

# **Aktivitet, delaktighet och egna önskemål**

**Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt i äldreomsorgen. En utvärdering med kvalitativa intervjuer och EQ-5D.**

Emanuel Åhlfeldt

**Nestor FoU-center** är ett kommun- och landstingsägt forsknings- och utvecklingscenter.

Centrets uppgift är bland annat att bidra till att höja kvaliteten inom äldreomsorg och äldre-vård och därmed livskvaliteten för äldre personer och deras närstående.

Huvudmän är Haninge, Nynäshamn, Södertälje, Tyresö och Värmdö kommuner samt Stockholms läns landsting.

Nestor FoU-center  
Marinens väg 30, 136 40 Handen  
Hemsida: [www.nestor-foucenter.se](http://www.nestor-foucenter.se)  
tel: 070-814 59 31  
e-post: [nestor@haninge.se](mailto:nestor@haninge.se)

Rapporten kan laddas ner på  
[www.nestor-foucenter.se](http://www.nestor-foucenter.se)

Nestor FoU-center 2009

Emanuel Åhlfeldt  
Aktivitet, delaktighet och egna önskemål –  
Rehabiliterande och aktiverande förhållnings-sätt i äldreomsorgen. En utvärdering med kvalitativa intervjuer och EQ-5D.

© Nestor FoU-center  
Citera gärna, men ange källan.

## Förord

Det är allmänt bekant att vi i Sverige går en framtid till mötes där antalet och andelen äldre personer sannolikt kommer att öka kraftigt. Det ställer större krav på och är en utmaning för äldreomsorgen. Inte minst handlar det om att tillvarata forskning och ny kunskap. En sådan kunskap är exempelvis att äldre personers hälsa är kopplad till fysisk och social aktivitet. Det handlar även om att erbjuda en äldreomsorg där den enskilde garanteras ett värdigt liv och möjlighet att leva sitt liv utifrån sin egen identitet. Utifrån detta kan konstateras att det är angeläget att de äldre ges förutsättningar att vara aktiva, delaktiga och att man lyssnar till och kan möta de äldres egna önskemål.

Nestor FoU-center har försökt bidra till detta genom utbildningen *Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt*. Utbildningen har genomförts i flera av centrets ägarkommuner, i många personalgrupper på boenden och i hemtjänstområden. Den personal som genomgått utbildningen har uttryckt stor uppskattning och ansett att den varit mycket givande. Det samma gäller kursledarna. Nestor FoU-center har även utvärderat en utbildningssatsning i Gotlands kommun där utbildningsmaterialet har använts, och även där ansåg personal och kursledare att utbildningen var värdefull.

I slutändan är det dock de äldre personerna som ska få ut någonting av utbildningen; de ska märka att personalen arbetar på nya sätt och har ett förändrat förhållningssätt. Därför är det angeläget att utvärdera utbildningens effekter för de äldre. Det är vad denna rapport handlar om.

Den utbildningsomgång, som utvärderingen i rapporten bygger på, har ingått i ett större sammanhang. Utbildningen har genomförts parallellt i flera kommuner och kursledarna från de olika kommunerna har ingått i ett nätverk för att få pedagogiskt stöd, kunna bistå varandra och diskutera svårigheter och lösningar på problem. Nätverket har letts av Cecilia Nygren och Tove Ahner på Nestor FoU-center. Utbildningsprojektet är finansierat med statliga stimulansmedel och utvärderingen är finansierad av Socialstyrelsen.

Vi vill rikta ett tack till all personal som engagerat sig i utbildningarna, till kursledarna ute i kommunerna och, inte minst, till de äldre personer som öppnat sina hem för att delta i intervjuer och fylla i enkäter. Vi vill även tacka Kristina Burström, Med dr och MPH (Karolinska Institutet, Institutionen för lärande, informatik, management och etik, Forskargruppen i hälsoekonomi), som utifrån en tidigare version av rapporten givit viktiga kommentarer gällande EQ-5D, samt Eva M Karlsson, Fil dr i etnologi (Nestor FoU-center), som givit värdefulla synpunkter på främst de kvalitativa delarna i rapporten.

Haninge i juni 2009

Britt Almberg  
FoU-chef, Nestor FoU-center

Emanuel Åhlfeldt  
Projektledare, Nestor FoU-center

# Innehåll

|                                                                         |           |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>SAMMANFATTNING .....</b>                                             | <b>5</b>  |
| <b>INLEDNING.....</b>                                                   | <b>7</b>  |
| RAPPORTENS SYFTE .....                                                  | 7         |
| METOD .....                                                             | 8         |
| <b>PROJEKTET REHABILITERANDE OCH AKTIVERANDE FÖRHÅLLNINGSSÄTT .....</b> | <b>11</b> |
| STUDIECIRKEL .....                                                      | 11        |
| SITUATIONSANPASSAD HANDLEDNING.....                                     | 11        |
| CHECKLISTA .....                                                        | 12        |
| <b>RESULTAT: INTERVJUER.....</b>                                        | <b>13</b> |
| HJÄLPINSATSER FRÅN HEMTJÄNSTEN .....                                    | 13        |
| HJÄLP FRÅN NÄRSTÅENDE .....                                             | 14        |
| YTTERLIGARE HJÄLP OCH STÖD .....                                        | 14        |
| DELAKTIGHET I HEMTJÄNSTINSATSER .....                                   | 15        |
| INFLYTANDE OCH SOCIAL KONTAKT .....                                     | 16        |
| REHABILITERANDE OCH AKTIVERANDE MÅL .....                               | 18        |
| <b>RESULTAT: EQ-5D .....</b>                                            | <b>20</b> |
| RÖRLIGHET .....                                                         | 20        |
| HYGIEN .....                                                            | 21        |
| HUVUDSAKLIGA AKTIVITETER .....                                          | 21        |
| SMÄRTOR/BESVÅR .....                                                    | 22        |
| ORO/NEDSTÄMDHET .....                                                   | 23        |
| EQ-5D INDEX.....                                                        | 23        |
| EQ VAS .....                                                            | 24        |
| HÄLSORELATERAD LIVSKVALITET FÖR MÄN OCH KVINNOR .....                   | 25        |
| <b>AVSLUTNING OCH DISKUSSION .....</b>                                  | <b>27</b> |
| HJÄLP, STÖD OCH DELAKTIGHET .....                                       | 27        |
| SOCIALT INNEHÅLL .....                                                  | 28        |
| HÄLSORELATERAD LIVSKVALITET .....                                       | 29        |
| REAKT-MÅL.....                                                          | 30        |
| FÖRESTÄLLNINGAR OM ÅLDРАНDET .....                                      | 31        |
| VÄRDIGHET OCH RESPEKT .....                                             | 31        |
| <b>REFERENSER.....</b>                                                  | <b>33</b> |

## Sammanfattning

Det finns ett starkt vetenskapligt stöd för att fysisk aktivitet är positivt för hälsa och välbefinnande, även för äldre personer. Därför är det angeläget att inom äldreomsorgen arbeta för ett förhållningssätt som stödjer de äldre att vara aktiva. Med ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt uppmuntrar personalen den äldre att göra det denne klarar själv och stödjer sedan i övrigt i aktiviteten. Personalen försöker göra den aktiva insatsen så liten som omständigheterna tillåter.

Denna rapport beskriver en utvärdering av ett utbildningsprojekt för rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt som genomfördes i Södertälje kommun våren 2008. Utbildningen riktade sig till vårdbiträden/undersköterskor inom kommunal äldreomsorg och syftade till att dessa grupper skulle få möjlighet att utveckla och förbättra sin yrkeskompetens och få en fördjupad kunskap i vad ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt innebär. Vidare var syftet att arbeta fram en gemensam målsättning och ett gemensamt förhållningssätt i arbetet med rehabilitering och aktivering i de äldres vardag. Utbildningen bestod av en studie-cirkel, en situationsanpassad handledning samt en checklista.

Utvärdering är riktad till de äldre personerna och bygger på kvalitativa intervjuer och enkäten EQ-5D, som mäter hälsorelaterad livskvalitet. Studien omfattar 33 personer före och efter projektperioden samt en mindre jämförelsegrupp med åtta personer. Kortfattat visar resultatet följande:

- De äldre fick relativt mycket hjälp från hemtjänsten men även från närstående. Make/maka eller vuxna barn gav ofta hjälp och stöd med exempelvis matlagning, disk, tvätt, städning, inköp, hygien och ekonomi. De hjälpte även till genom att följa med till vårdcentral, apotek, post etc. Flera av de äldre menade dessutom att de fick hjälp genom att släkt och vänner kom och hälsade på eller följde med på utflykter och promenader.
- Omkring två tredjedelar av de äldre uppgav att det fanns ytterligare saker, utöver det de fick hjälp med från hemtjänst och närstående, som de inte klarade av i sin dagliga livsföring. Det gällde både områden där de redan hade hjälp från hemtjänsten och områden där de inte hade det. Det kunde exempelvis handla om att man ville ha mer städning, kunna laga egen mat eller klara tyngre saker i hemmet. Men inte minst handlade det om sociala aktiviteter som att komma ut, delta i föreningsliv, gå promenader, handla eller gå till frisören.
- Ett mål med ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt är att de äldre ska vara delaktiga utifrån sina egna önskemål. Inför projektperioden svarade nästan två tredjedelar av de äldre att de inte var delaktiga. Det kunde bero på att de inte orkade, att de inte ville, att de upplevde att de var i vägen och gjorde att det tog längre tid eller i värsta fall att de upplevde att de inte tilläts vara delaktiga. Efter projektperioden hade antalet som svarade att de på ett eller annat sätt var delaktiga i hemtjänstens arbete fördubblats.
- De flesta av de äldre, ungefär två tredjedelar, uppgav att de hade inflytande över sin vardag. De som var mer missnöjda förklarade ofta detta med den egna sviktande hälsan. I de fall brister i inflytande kopplades till hemtjänsten, handlade det främst om att inte kunna påverka tider, att man kände sig låst vid hemtjänstens rutiner.

- I intervjun innan projektperioden svarade mindre än hälften av de äldre att de var nöjda med sin upplevelse av social kontakt och gemenskap. Flera berättade att de begränsades av dålig hälsa och svårigheter att ta sig ut samt att de saknade bortgångna vänner och släktingar. Bilden förändrades dock något till andra intervjun då både antalet som var nöjda ökade och antalet verkligt missnöjda minskade.
- I utbildningen ingick så kallade rehabiliterande och aktiverande mål som den äldre och kontaktmannen satte upp tillsammans. Det var bara elva av de äldre som hade uppfattat att de hade sådana mål. Det fanns en diskrepans mellan de mål som personalen uppfattade att de satt upp och de mål som de äldre hade uppfattat och kom ihåg vid intervjuerna.
- Resultatet från mätningarna med EQ-5D visar att den hälsorelaterade livskvaliteten för de äldre förbättrades under undersökningsperioden. I samtliga fem hälsodimensioner som ingår i instrumentet visas positiva förändringar, speciellt när det gäller rörlighet och huvudsakliga aktiviteter.
- De flesta äldre rapporterade att de upplevde problem i flera hälsodimensioner. I samtliga hälsodimensioner inför projektperioden, var det fler äldre som upplevde att de hade problem och svårigheter än som inte hade det. Efter projektet var det en mer positiv bild, men det var fortfarande fler som rapporterade problem än som inte gjorde det.
- Även jämförelsegruppen skattade sin hälsa som bättre vid det andra mättillfället än vid det första. Enligt EQ-5D index hade de äldre, i såväl interventionsgruppen som jämförelsegruppen, tydligt förbättrat sin hälsorelaterade livskvalitet. Interventionsgruppen hade även förbättrat sitt tillstånd enligt den visuella analogskala (EQ VAS) som ingår i EQ-5D. Jämförelsegruppen uppvisade inte motsvarande förbättring av livskvaliteten mätt med EQ VAS.

## Inledning

Äldre personer, liksom alla andra, mår bra av aktivitet och att använda kroppen. Stillasittande kan leda till muskelsvaghet, ledstelhet och även upplevda förluster gällande identiteten eftersom funktioner man tidigare haft kan avta eller försvinna. Likaväl som det är förödande att inte få hjälp när man är i behov av det, kan det vara nedbrytande att få för mycket hjälp, att bli övervårdad. När omsorgspersonal arbetar under hård tidspress är det lätt hänt att funktioner och initiativ tas ifrån den äldre, eftersom det ofta går fortare för personalen att göra insatserna utan den äldres delaktighet. I förlängningen leder detta dock till en ineffektiv resursanvändning då den äldre kan riskera att bli passiviserad och genom att rehabilitering och aktivering motverkas. Den äldre tillåts då inte använda sin kropp, hans eller hennes integritet kränks och självkänslan undergrävs eftersom förmågan och dugligheten ifrågasätts. I förlängningen skapar detta ett ökat vårdbehov och, med andra ord, större kostnader och onödigt lidande.

Med ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt försöker man göra den aktiva insatsen så liten som omständigheterna tillåter, det vill säga: omsorgspersonalen uppmuntrar den äldre att göra det denne klarar själv och stödjer sedan i övrigt i aktiviteten. Personalen identifierar vad den äldre personen kan och vill göra själv och utför därefter de delar som han eller hon inte klarar av. Det handlar om att uppmuntra den äldre så att han eller hon kan bevara eller ta tillbaka funktioner och handlingsutrymme (Andersson, 2006).

Detta rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt handlar således inte i första hand om det sjukgymnaster och arbetsterapeuter traditionellt ägnar sig åt. Istället handlar det om vård- och omsorgspersonalens attityder, föreställningar och kunskaper om åldrandet samt om organisatoriska förutsättningar i form av tid, resurser och ledarskap. De institutionella attityderna, som rutinberoende, initiativlöshet, förändringsmotstånd och revirtänkande, är motbilden till det rehabiliterande förhållningssättet (Andersson, 2006).

Nestor FoU-center har i samarbete med Tyresö kommun och Stockholms läns landsting tagit fram utbildningsmodellen *Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt*. Den togs fram och testades under 2005 till 2007 inom hemtjänsten i Tyresö kommun (se Åhlfeldt m.fl., 2007). Därefter har utbildningen utökats med ytterligare en studiehandledning, för att även passa i särskilt boende, och den har genomförts i Tyresö, Haninge, Nynäshamn och Södertälje kommuner.

Denna rapport redovisar en utvärdering av utbildningen som genomfördes i Södertälje hemtjänst våren 2008. Utvärderingen riktades till de äldre personerna. Denna rapport behandlar alltså inte personalens uppfattning om utbildningen, utan har fokus på effekter för de äldre och deras upplevelser av stödet från hemtjänsten. Den som vill veta mer om utbildningen utifrån ett personalperspektiv kan läsa rapporten från de lokala projektledarna i Södertälje: *Ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt gentemot brukaren i ordinärt boende och vård- och omsorgsboende* (Johansson & Sundqvist, 2009).

## Rapportens syfte

I denna rapport beskrivs och analyseras hur de äldre personerna upplevde den hjälp och det stöd de fick från hemtjänsten och närstående, samt hur deras hälsorelaterade livskvalitet såg ut före och efter det att hemtjänstpersonalen genomgått utbildningen i rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt. Syftet är att ge kunskap om hur utbildningen påverkat de äldre personerna. Följande frågeställningar besvaras i rapporten:

- Vilken hjälp och stöd fick de äldre från hemtjänsten respektive närstående? Hur har det förändrats under projektperioden?
- Ansåg de äldre att de var i behov av ytterligare hjälp, utöver den de fick från hemtjänst och närstående? Hur har det förändrats under projektperioden?
- På vilket sätt var de äldre delaktiga i de insatser som hemtjänsten utförde? Hur har detta förändrats under projektperioden?
- Hur var de äldres upplevelser av inflytande och social gemenskap och hur har dessa förändrats under projektperioden?
- Vilken hälsorelaterad livskvalitet, mätt med EQ-5D, hade de äldre personerna och hur förändrades denna under projektperioden?

## Metod

Utvärderingen bygger på två former av data: dels från kvalitativa, halvstandardiserade intervjuer, dels från det kvantitativa instrumentet EQ-5D. Det genomfördes en före- och en eftermätning/intervju med en interventionsgrupp och en jämförelsegrupp. Den första mätningen/intervjun gjordes innan utbildningen, i januari 2008, och den andra gjordes i juni/juli, vilket innebär att utbildningen var slutförd och att det passerat ytterligare en månad. Intervjuerna och mätningarna med EQ-5D har genomförts vid samma tillfälle.

## Urval

Interventionsgruppen bestod av 40 personer vid första mättillfället och av 33 personer vid andra mättillfället. Sju personer, eller 18 procent, hade fallit bort under perioden på grund av flytt, sjukdom, dödsfall eller att de inte ville delta i en ytterligare intervju. De resultat som presenteras i denna rapport bygger på de 33 personer som deltagit vid båda mättillfällena. Av dessa var 13 män och 20 kvinnor. Åldrarna spände mellan 73 och 100 år, medelåldern var 82,8 år. Urvalskriterierna för de äldre i interventionsgruppen var följande:

- De skulle bo i ordinärt boende och ha hemtjänst.
- De skulle ha fler insatser än bara en serviceinsats och larm.
- De skulle inte ha demensdiagnos.
- Samtliga hemtjänstpersonal som arbetade med den äldre skulle genomgå utbildningen i rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt.

I jämförelsegruppen genomfördes det första mättillfället med elva personer och det andra med åtta personer. Bortfallet på tre personer, eller 27 procent, berodde på sjukdom, resa samt val att inte delta i den andra intervjun. Resultaten har beräknats på de åtta personer som deltog vid båda mättillfällena. Av dessa var två män och sex kvinnor. Åldrarna spände mellan 76 och 99 år, medelåldern var 88,1 år. Urvalskriterierna för jämförelsegruppen var följande:

- De skulle ha liknande sammansättning av ålder, kön, boendeform och insatser som interventionsgruppen.
- De skulle inte ha demensdiagnos.
- Ingen hemtjänstpersonal som arbetade med den äldre skulle ha genomgått utbildningen i rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt eller gå denna under den aktuella perioden.

## Intervjuer

Intervjuerna handlade om de äldres hjälp och stöd från hemtjänsten, vad de klarade och inte klarade i sin dagliga livsföring och på vilket sätt de var delaktiga i det arbete som hemtjänsten

ten utförde samt hur de upplevde sitt inflytande och det sociala innehållet i dagen. Det ställdes även frågor om vilken hjälp närstående stod för. Intervjuguiden innehöll sju frågor plus en extra fråga vid det andra intervjutillfället. De sju första frågorna var följande:

- Vad får du hjälp med från hemtjänsten?
- Vad får du hjälp med från närstående?
- Vad ytterligare klarar du inte av i din dagliga livsföring?
- På vilket sätt deltar du i det arbete som hemtjänsten utför?
- Skulle du kunna utföra en del av det som hemtjänsten nu utför, om du fick stöd att göra detta? Vilket stöd skulle du behöva för att utföra detta?
- Vilket inflytande över din vardag upplever du att du har?
- Hur är din upplevelse av social kontakt och gemenskap?

Extrafrågan vid andra intervjutillfället var följande:

- Har du och kontaktmannen satt upp gemensamma mål? Vilka mål har ni satt upp? Hur har det fungerat att nå upp till dessa mål?

Intervjuerna var halvstandardiserade, det vill säga samtliga intervjuer utgick från ovanstående frågor men inte nödvändigtvis i en fastslagen ordning (jfr. Patel & Davidson, 1994). Intervjuerna var samtal som kretsade kring frågorna och intervjuaren styrde samtalen fram och tillbaka för att få svar på samtliga frågor. Intervjuerna kan även beskrivas som löst strukturerade, då frågorna var öppna utan givna svarsalternativ. Samtidigt var svarsalternativen på flera av frågorna i praktiken relativt givna och öppnade inte för vidlyftiga och resonerande svar (jfr. Patel & Davidson, 1994). Intervjusvaren antecknades under intervjuernas gång.

Intervjuerna syftade till att ge en bakgrundsbeskrivning och en kontext som utbildningen i rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt kan förstås gentemot. De syftade även till att ge en djupare förståelse av de kvantitativa data som framkom med EQ-5D. Tanken var att intervjuerna och mätningarna med EQ-5D skulle komplettera varandra.

### **EQ-5D**

För att mäta hälsoeffekter för de äldre personerna har hälsorelaterad livskvalitet studerats med instrumentet EQ-5D, som är framtaget av en tvärvetenskaplig forskargrupp inom bland annat medicin, psykologi och ekonomi. Instrumentet är icke sjukdomsspecifikt och bygger på informanternas uppfattningar och bedömningar av den egna hälsan. EQ-5D består av två delar: ett frågeformulär där individen beskriver sin hälsa i fem hälsodimensioner och en visuell analogskala (EQ VAS) från 0, sämsta tänkbara tillstånd, till 100, bästa tänkbara tillstånd.

De fem hälsodimensionerna är rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär samt oro/nedstämdhet. Varje dimension har tre allvarlighetsgrader av problem: den första att individen inte har problem, den andra att denne har måttliga problem och den tredje att problemen är svåra. Svaren bildar en hälsoprofil. Fem dimensioner med tre svarsalternativ vardera innebär att det totalt finns 243 olika hälsoprofiler ( $3^5 = 243$ ). Utifrån hälsoprofilen beräknas ett indexvärde där 1,0 motsvarar full hälsa. När man räknar fram indexvärdet utgår man från ett viktberäkningssystem där olika avvikelser från full hälsa subtraheras från utgångsvärdet 1,0 (Dolan, 1997; Rabin & de Charro, 2001; Burström & Rehnberg, 2006a; Burström m.fl., 2007). Exempelvis innebär måttliga problem med rörligheten ett avdrag av storleksordningen 0,069 och svåra problem med smärtor/besvär ger ett avdrag på 0,386. Dessutom finns konstanten 0,081, som alltid dras bort om individen inte har full hälsa och kon-

stanten 0,269, som dras av om någon dimension är på den tredje nivån, det vill säga svåra problem (Burström & Rehnberg, 2006a).

Det viktberäkningssystem som används för uträkningen av EQ-5D index är framtaget genom att man låtit ett urval av befolkningen värdera hypotetiska hälsotillstånd genom metoden "time trade-off" (TTO). Personen får ta ställning till en valsituation där hon eller han antingen får leva tio år utan full hälsa eller ett mindre antal år med full hälsa. Det antal år personen är villig att byta bort (därav namnet time trade-off) visar hur allvariga olika hälsotillstånd anses vara (Dolan, 1997; Burström, 2002; Henriksson & Burström, 2006). I dagsläget finns inga livskvalitetsvikter baserad på den svenska befolkningen för att beräkna EQ-5D index. Därför används ett viktberäkningssystem utifrån resultaten i en brittisk studie. Dessa livskvalitetsvikter används inte bara i Sverige utan även i flera andra länder som saknar nationella studier för ändamålet (EuroQol, 2009; Henriksson & Burström, 2006).

### **Några metodanmärkningar**

Det finns ett par faktorer som är värda att påpeka när det gäller studiens metod. För det första är jämförelsegruppen liten. Av olika praktiska orsaker i verksamheterna så blev den mindre än planerat och dessutom föll tre av elva personer bort mellan första och andra intervjutillfället. Till följd av detta används resultatet från jämförelsegruppen med sparsamhet i denna rapport. Jämförelsegruppen tas dock med eftersom informationen från denna nyanseerar resultatet som annars skulle framstå som mycket mer positivt.

För det andra är jämförelsegruppen inte helt opåverkad av utbildningen i rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt. Hemtjänstpersonalen besöker många olika äldre personer i kommunen och det har lett till att några personer som har gått utbildningen har varit hemma hos pensionärer i jämförelsegruppen. Detta har främst gällt på natten. Dessa äldre personer har dock inte fått rehabiliterande och aktiverande mål och hemtjänstpersonalen har inte haft handledning hemma hos dem (se avsnittet *Situationsanpassad handledning*). Dessa äldre känner inte heller till projektet eller utbildningen. Den påverkan som detta kan ha fått är sannolikt liten, men bör ändå beaktas.

För det tredje är intervjuerna och mätningarna med EQ-5D vid de två mättillfällena genomförda av två olika personer, eftersom den första personen slutade sin tjänst under projektperioden. Den första personen var en kvinnlig fil kand i sociologi och den andra var en kvinnlig, några år äldre arbetsterapeut. Vid överlämnandet gick den person som gjorde första mätningen igenom frågorna och förklarade hur de ställts för den person som skulle ta över. Detta för att de två mättillfällena skulle bli så lika som möjligt. En svaghet är dock att frågorna ändå kan ha ställts något olika vid de två intervjutillfällena och att intervjuarnas olika personligheter och erfarenheter kan ha påverkat intervjusituationerna.

På grund av dessa faktorer och att studien är relativt liten, är det nödvändigt att tolka resultaten med försiktighet. Detta bör beaktas vid den fortsatta läsningen.

## Projektet Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt

Utbildningen Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt riktar sig till vårdbiträden/undersköterskor inom kommunal äldreomsorg och syftar till att dessa grupper ska få möjlighet att utveckla och förbättra sin yrkeskompetens och få en fördjupad kunskap i vad ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt innebär. Vidare är syftet att arbeta fram en gemensam målsättning och ett gemensamt förhållningssätt i arbetet med rehabilitering och aktivering i de äldres vardag. Utbildningen består av en studiecirkel, en situationsanpassad handledning samt en checklista.

Till utbildningen finns rapporten *Vardagsrehabilitering inom äldreomsorgen* (Åhlfeldt m.fl., 2007), studiehandledningen *Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt* (Nestor FoU-center, 2007) samt kurslitteraturen som består av två böcker: *Rehabilitering* (Holm & Jansson, 2003) och *Geriatrisk* (Jansson & Almberg, 2002).

### Studiecirkel

Meningen med studiecirkeln är att den ska ge deltagarna verktyg och kunskaper om ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt i arbetet. Studiecirkeln leds, enligt utbildningsmodellen, av en sjukgymnast och en arbetsterapeut. Den består av åtta studiecirkeltillfällen om vardera tre timmar, där varje tillfälle handlar om ett specifikt tema.

- Cirkeltillfälle 1: Vardagsrehabilitering för äldre.
- Cirkeltillfälle 2: Att klara aktiviteterna i vardagen.
- Cirkeltillfälle 3: Förhållningssätt vid stroke och Parkinsons sjukdom.
- Cirkeltillfälle 4: Förhållningssätt vid ledsjukdomar och frakturer.
- Cirkeltillfälle 5: Arbetsteknik och ergonomi.
- Cirkeltillfälle 6: Strategier i vardagen.
- Cirkeltillfälle 7: Bemötande – ett givande och tagande.
- Cirkeltillfälle 8: Samarbete med den äldre i centrum.

Inför varje cirkeltillfälle förbereder sig deltagarna genom att läsa angivna sidor i kurslitteraturen (oftast 15-20 sidor). Till varje cirkeltillfälle finns en beskrivning av målsättningarna med sammankomsten och en kort faktatext gällande det aktuella ämnesområdet. Fokus för studiecirkeln är diskussion utifrån ett antal diskussionsfrågor. Det finns även ett beskrivande praktikfall om en fingerad kvinna kallad Tora, vilket fungerar som underlag för diskussionen. Berättelsen om Tora följer studiecirkeln ämnesområden och hon råkar ut för diverse händelser som anknyter till dessa. Till varje cirkeltillfälle finns även Dagens övning som består av praktiska övningar i kroppskänneteknik och förflyttningsteknik.

### Situationsanpassad handledning

Studiecirkeln ger teoretiska och praktiska kunskaper genom läsning, praktiska övningar, diskussion och reflektion. I utbildningen kompletteras detta med handledning i det direkta arbetet i de äldres hem. Utbildningen är då förlagd till den miljö där kunskaperna ska användas. Handledning definieras här som en pedagogisk process där klargörande och systematisering av det rehabiliterande och aktiverande förhållningssättet sätts in i sitt yrkesmässiga sammanhang. Handledningen blir därmed till en lärosituation hos den äldre, med syfte att integrera erfarenheter och teoretiska kunskaper i det direkta omsorgsarbetet. Deltagarna väljer själva den eller de äldre de vill ha handledning hos, förslagsvis en person som hon eller han är kontaktman till. Handledningen ges av någon av kursledarna, det vill säga en arbetsterapeut eller sjukgymnast.

Handledningen inleds med att handledaren och den handledde tillsammans går igenom aktuell dokumentation, biståndsbeslutet och den befintliga genomförandeplanen. Därefter besöker de tillsammans den äldre i dennes hem. Under hembesöket utför kontaktpersonen inplanerade insatser. Handledaren ska i första hand observera vad som sker. Besöket avslutas med att kontaktmannen och den äldre tillsammans går igenom checklistan (se nedan) och fyller i den för att använda den som underlag i en diskussion om rehabiliterande och aktiverande mål, ett så kallat ReAkt-mål som avser att få vardagen för den äldre att fungera bättre. Under handledningen ska en tidsplan för uppföljning av målet sättas upp. Efter hembesöket går handledaren och kontaktmannen igenom vad som hände under besöket och dokumenterar i genomförandeplanen.

## **Checklista**

Enligt utbildningsmodellen används checklistan både under studiecirkeln och i handledningen. Genom checklistan ges deltagarna en metod och ett verktyg för att kartlägga den äldres behov av rehabilitering och aktivering. Kartläggningen berör både de funktioner som ska bibehållas och de insatser som den äldre får hjälp med. I modellen rekommenderas att checklistan börjar användas vid andra studiecirkeltillfället utifrån berättelserna om Tora. Checklistan fungerar också som underlag och stöd vid skrivandet av genomförandeplaner.

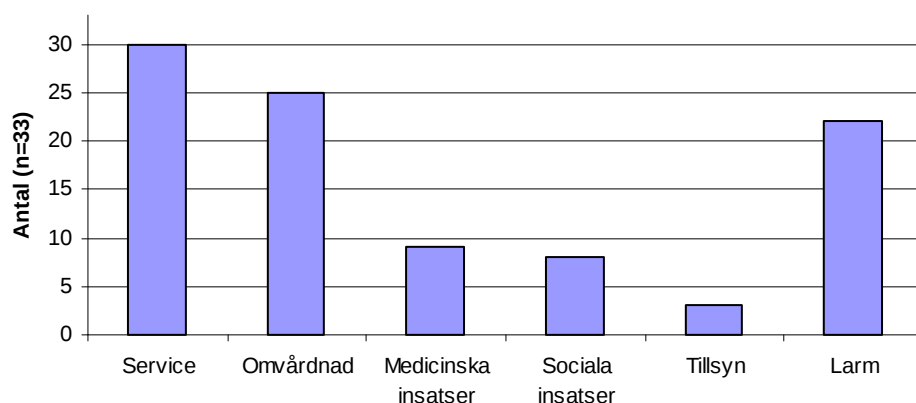
I Södertälje har checklista endast använts några enstaka gånger i början av projektet. Orsaken var att man ville minska antalet papper som skulle fyllas i (se Johansson & Sundqvist, 2009). En ny genomförandeplan började användas i kommunen i slutet av 2007 och denna fångade, enligt de lokala projektledarna/kursledarna, det som checklistan skulle förmedla. I genomförandeplanen ska det dokumenteras hur de beviljade insatserna ska utföras rehabiliterande och aktiverande utifrån den äldres specifika förmågor och önskemål. I genomförandeplanen ska det även dokumenteras vad den äldre klarar själv och hur personalen kan stödja honom eller henne att vara delaktig. Vid handledningstillfället har kontaktmannen upprättat genomförandeplanen i dialog med den äldre och/eller närstående. ReAkt-mål sattes upp vid handledningstillfället och dokumenterades i genomförandeplanen (Johansson & Sundqvist, 2009).

## Resultat: intervjuer

### Hjälpinsatser från hemtjänsten

I intervjuerna ställdes en fråga om vilken hjälp de äldre fick från hemtjänsten. Samtliga uppgav att de hade ett flertal insatser, som städ, tvätt, hygien, dusch, inköp, frukost, matlådor och larm. Många fick dessutom stöd vid på- och avklädning, promenader, tillsyn, hjälp med medicin, stödstrumpor och kateterpåse. Uppgifterna är de äldres egna svar på vilken hjälp de fick och det är möjligt att de inte tagit upp allting i intervjuerna. Svaren speglar dock den hjälp de äldre uppfattade att de fick, trots att den inte nödvändigtvis stämmer överens med biståndsbeslutet.

I figur 1 redovisas vilka insatser de äldre uppgav att de hade vid första intervjutillfället. Insatserna är indelade i sex kategorier: *service* (städning, inköp, klädtvätt, matlagning, disk, bäddning), *omvårdnad* (hygien, dusch, på- och avklädning, uppstigning, läggning, toalettbesök), *medicinska insatser* (hjälp med läkemedel, stödstrumpor, kateterpåse, ögondroppar), *sociala insatser* (promenader, ledsagning till affär, frisör, bank och post), *tillsyn* (tillsyn dag och natt, nattpatrull) och *larm* (trygghetslarm). Figuren visar att de flesta hade serviceinsatser och att många även hade omvårdnadsinsatser och larm. Färre hade tillsyn, medicinska insatser och sociala insatser.



Figur 1. Hjälpinsatser från hemtjänsten. Antal personer i interventionsgruppen som uppgav att de hade minst en insats inom respektive kategori vid första intervjutillfället.

Vid andra intervjutillfället var de äldres svar i stort desamma, men antalet personer som svarade att de hade omvårdnadsinsatser hade ökat något och antalet som svarade att de hade larm hade minskat påtagligt. Det går dock inte att dra några slutsatser utifrån detta. Att färre svarade att de hade larm vid andra intervjutillfället beror sannolikt på att det är en insats som inte med självklarhet kopplas till hemtjänsten. Därför kan det ha fått genomslag att det är två olika personer som genomfört intervjuerna och att dessa kan ha ställt frågorna på lite olika sätt.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> En stor skillnad i antal personer som uppgav att de hade larm fanns även i den tidigare utvärderingen av utbildningen i Tyresö kommun. Även då var det olika personer som genomförde intervjuerna före och efter. Den gången var det dock fler som svarade att de hade larm vid andra intervjutillfället.

## Hjälp från närstående

Det var vanligt att de äldre som intervjuades uppgav att de fick hjälp från närstående. Till stor del var det make/maka och vuxna barn som gav denna hjälp men det kunde också vara barnbarn, vänner och grannar. I interventionsgruppen svarade bara fyra av 33 personer, vid båda intervjutillfällena, att de inte fick någon hjälp utöver hemtjänstens insatser. (Fem personer svarade att de inte fick någon hjälp från närstående i enbart en av intervjuerna.)

Vad hjälpen från närstående bestod av uttrycktes ibland tämligen diffust. Det var relativt vanligt att de äldre uppgav att de fick hjälp utan att det framgick vad denna hjälp bestod av. Det kunde exempelvis uttryckas som hjälp med "lite av varje" eller med "småsaker", eller att närstående hjälpte till om det var "något särskilt" eller "vid behov".

Utöver denna typ av stöd och hjälp, så svarade de äldre att närstående hjälpte till med sådant som matlagning, disk, tvätt, städning, inköp, hygien, ekonomi, gräsklippning, snöskottning, att hänga gardiner, att skaka mattor, fönsterputsning, byte av lampor, att komma ut på promenader och följa med till vårdcentral, apotek och post etc. Dessa saker kan delas upp i följande sju kategorier:

- Hushållsarbete – matlagning, disk och klädtvätt.
- Hygien – dusch och tvätt.
- Tyngre saker – gräsklippning, snöskottning, att hänga gardiner etc.
- Inköp – särskilt kläder och kompletterande matinköp.
- Ekonomi – betala räkningar och ta ut pengar.
- Socialt – komma på besök, utflykter, promenader etc.
- Ledsagning – följa med till vårdcentral, sjukhus, tandläkare, apotek, post etc.

Flera av de äldre uppgav att make eller maka hjälpte till med hushållsarbete och hygien. Denna typ av hjälp gavs även av vuxna barn till de äldre. De övriga sysslorna var det främst de vuxna barnen som bistod med. Det skiljde dock mellan olika personer när det gällde vem eller vilka de fick hjälp av. Flera var änkor eller änklingsor och flera uppgav att de inte hade barn som bodde i närheten. Detta påverkade vilka som utförde dessa informella hjälpinsatser.

I intervjuerna går det inte att utläsa några skillnader mellan första och andra intervjutillfället när det gäller hjälp och stöd från närstående. Det går inte heller att se några skillnader mellan interventionsgruppen och jämförelsegruppen. De flesta svarade på ungefär samma sätt vid båda intervjutillfällena. Bland dem som gav något olika svar vid de två tillfällena, var det varierande om man tog upp mer eller mindre hjälp från närstående vid första eller andra tillfället. Intervjuerna visar alltså inga förändringar. Däremot visar de att de allra flesta av de äldre fick betydande informella hjälpinsatser från sina närstående.

## Ytterligare hjälp och stöd

Av de intervjuade äldre personerna uppgav de flesta att det fanns ytterligare saker, utöver det de fick hjälp med från hemtjänst och närstående, som de inte klarade av i sin dagliga livsföring. 20 av 33 personer uppgav detta i båda intervjuerna och ytterligare fem personer svarade det i en av intervjuerna.

De saker de äldre uppgav att de inte klarade av var exempelvis matlagning, att komma ut, gå promenader, handarbete, bakning, trädgårdsarbete, föreningsliv, tvätt, städning, inköp, gå

till frisör, köra bil, samt i mindre utsträckning av- och påklädning, hygien och dusch. Detta kan delas upp i sex olika kategorier:

- Utevistelse – promenader, gå i skogen, vistas i trädgården.
- Nöjen – föreningsliv, bridge, trädgårdsarbete, handarbete, spela musik, bakning.
- Hushållsarbete – matlagning, städ, tvätt.
- Konsumtion – matinköp, klädinköp, frisör.
- Tyngre saker – putsa fönster, byta gardiner, skaka mattor, byta lampor.
- Omvårdnad – hygien, dusch, av-/påklädning.

Det var relativt likartade svar som de äldre gav när det gällde vad de inte klarade av i sin dagliga livsföring. Ofta handlade det om saker som de fick hjälp med från hemtjänsten, men inte i tillräcklig utsträckning eller på det sätt de önskade. Exempelvis gällde detta utevistelse och hushållsarbete. Trots att hemtjänsten hjälpte till med matlagning, levererade matlådor, stötade vid promenader eller städade, så upplevde flera äldre ändå att de saknade detta. De ville kunna komma ut mer, de ville kunna laga sin egen mat och de ville ha städad oftare eller på annat sätt. Under projektperioden fick flera personer utökade hemtjänstinsatser, exempelvis gällande dusch, hygien och promenader.

Vanligt var dock även att de äldres svar handlade om sådant de inte fick hjälp med från hemtjänsten. Till stor del handlade det om olika former av sociala aktiviteter. Utevistelse och många nöjen har en tydlig social karaktär, men även vardagssysslor som att gå till posten, handla mat eller kläder, baka eller gå till frisören bär på en social mening. Detta blir inte minst tydligt när förmågan att utföra detta avtar. Hit kan man även räkna tyngre, fysiskt krävande sysslor, som att skaka mattor, putsa fönster, byta glödlampor etc. Det är sådant som ofta har varit löpande sysslor som hört det vardagliga livet till. I dessa sysslor kan det finnas en mening som går förlorad när man inte längre kan utföra dem; det kan vara sådant som varit betydelsefullt för den egna identiteten. Att flera personer tog upp dessa saker på frågan om vad de inte klarade av, tyder på att de upplevdes som viktiga för de äldre. Det var dock ingenting de fick stöd med från hemtjänsten.

Utifrån intervju svaren går det inte att dra slutsatser om skillnader mellan första och andra intervjutillfället eller mellan interventionsgruppen och jämförelsegruppen. Det var snarlika beskrivningar som gavs.

### **Delaktighet i hemtjänstinsatser**

I intervjuerna ställdes en fråga om på vilket sätt de äldre personerna deltog i det arbete som hemtjänsten utförde. En stor del av de äldre svarade att de inte var delaktiga. Det kunde bero på olika faktorer: en del menade att de inte orkade eller att de inte ville, andra upplevde att de var i vägen och gjorde att det tog längre tid, och en man sade att hemtjänsten inte tillät honom att vara delaktig. Några äldre svarade även att de var med och tittade, men att det var skönt att hemtjänstpersonalen utförde insatserna själva, och några äldre svarade att de betalade för insatserna och därför inte ansåg att de skulle hjälpa till.

Det fanns dock en skillnad mellan första och andra intervjutillfället, då fler vid den andra intervjun uppgav att de var delaktiga. I den första intervjun svarade 13 av 33 personer att de var delaktiga på ett eller annat sätt, medan det i den andra intervjun hade ökat till 25 av 33 personer. Det tycks med andra ord vara så att det under projektperioden hade skett en förändring som innebar att de äldre och hemtjänstpersonalen gjorde fler saker tillsammans och att de äldre var mer involverade i de insatser som utfördes. Det är dock möjligt att det i detta

sammanhang spelade in att det var två olika personer som genomförde den första och den andra intervjun (se metodkapitlet) och att de äldres svar skilde sig åt för att frågorna ställdes på något olika sätt. Dessutom var det ibland diffusa gränser mellan att vara delaktig i insatserna och att göra saker till följd av missnöje. Några personer svarar nämligen att de hjälpte till med exempelvis städning eller bäddning för att de inte ansåg att det blev bra när hemtjänsten gjorde det. Några menade även att de hjälpte till genom att komplettera städningen efter att hemtjänstpersonalen hade gått eller att de värmdde matlådan för att den var kall när den levererades.

Med detta i beaktande kan konstateras att de äldre rapporterade betydligt större delaktighet vid det andra intervjutillfället än vid det första. Typiska aktiviteter som de äldre uppgav att de deltog i var att damma vid städning, skriva inköpslista, göra smörgåsar, delta vid matlagning samt göra olika delar vid duschning, exempelvis tvätta överkroppen, tvätta håret eller torka sig. Utöver detta menade flera att de deltog vid på-/avklädning, förberedde inför bäddning, hjälpte till med disk, plockade in varor i skåp eller deltog vid kaffebragning.

I intervjuerna ställdes även en fråga om huruvida de äldre ansåg att de skulle kunna utföra en del av de insatser som hemtjänsten utförde, om de fick stöd att göra detta. De allra flesta, 21 av 33 personer, svarade nej på denna fråga såväl i första som i andra intervjun. Dessutom svarade sex personer nej vid en av intervjuerna (de flesta vid den andra). I detta avseende är det ingen skillnad mot jämförelsegruppen, där de flesta också svarade nej på frågan vid båda intervjutillfällena. Den slutsats som kan dras utifrån intervju svaren är att det var ovanligt att de äldre ansåg att de kunde göra mer än de redan gjorde.

Det angavs olika förklaringar till detta. Absolut vanligast var hälsoskäl; de äldre ansåg att de gjorde det de kunde och orkade. Flera sade att de önskade att de kunde göra mer, men att det inte fanns möjlighet till det. Andra svarade att de ville vara mer delaktiga i sysslorna, men att det inte gick för att hemtjänstpersonalen ansåg att det var för tidskrävande. Det fanns två olika typer av svar när det gällde detta: några äldre uttryckte missnöje över att de inte fick göra mer, några ansåg själva att det hade tagit för lång tid om de varit mer delaktiga och ville inte vara till besvär. Flera personer uttryckte att de inte ville vara mer delaktiga, eftersom de ansåg att det var skönt att bli ompysslade och få hjälp från hemtjänsten. Två personer berättade att de ibland utförde sysslor för att hemtjänstpersonalen inte kom när de skulle. De kunde med andra ord utföra sysslorna, men de ansåg inte att det var deras uppgift och ville därför inte göra dem.

När det gäller de personer som svarade att de kunde delta mer i arbetet, om de fick stöd till detta, så menade de flesta att de skulle kunna följa med och handla mat. Detta var något som flera önskade, de ville komma ut och ha möjlighet att se utbudet i affärerna. En annan aktivitet som flera ansåg att de skulle kunna vara delaktiga i var matlagning, genom att skala potatis, göra smörgåsar, värma mat, hälla kaffepulver i bryggaren eller dylikt. Ytterligare aktiviteter som nämndes var städning, på-/avklädning, tvätt och dusch. Det var ofta svårt för de äldre att precisera vilken typ av stöd de skulle behöva för att kunna vara mer delaktiga. De menade att det helt enkelt krävdes en person närvarande som kunde stödja när det behövdes.

### **Inflytande och social kontakt**

I intervjuerna ställdes en fråga om vilket inflytande över vardagen som de äldre upplevde att de hade. De flesta svarade att de upplevde att de hade inflytande, att de var nöjda, kunde bestämma själva och att de hade en bra kontakt med hemtjänstpersonalen.

Det går inte att dra några slutsatser utifrån skillnader mellan första och andra intervjutillfället. Vid båda tillfällena svarade ungefär två tredjedelar att de var nöjda, och knappt en tredjedel var under omständigheterna relativt positiva men samtidigt uttryckte de ett visst missnöje. Brister i inflytande kunde kopplas till sviktande hälsa och ork, men också direkt till hemtjänsten då det främst handlade om svårigheter att påverka vilka tider som olika insatser skulle utföras. Dessutom var ett par personer påtagligt missnöjda med sina möjligheter till inflytande i vardagen, både före och efter projektperioden. Även för dessa personer handlade det främst om tider, de upplevde att de begränsades och var tvungna att anpassa sina liv efter hemtjänstens rutiner. En person sade att han upplevde att hemtjänstens regler och kultur ansågs vara viktigare än hans liv och åsikter.

I intervjuerna ställdes även en fråga om de äldres upplevelse av social kontakt och gemenskap. Utifrån svaren kan en grov uppdelning i tre kategorier göras: nöjd, missnöjd och en mellankategori. Till kategorin nöjd räknas då de personer som uttryckligen sade att de var nöjda, att de hade det bra eller dylikt. Till kategorin räknas även de som använde uttryckssätt som kan tolkas som positivt värderande – exempelvis att de *ofta* träffade barnen eller att det var *mycket* gemenskap i huset. Kategoriseringen utgår från att det finns en samhällelig norm som gör gällande att det är positivt att ha kontakt med släkt och vänner. Alla behöver inte hålla med om detta, men normen gör att de som inte önskar social kontakt sannolikt förhåller sig till normen när de svarar, exempelvis genom att säga att de är ensamma, *men* att de trivs bra med det (se kapitel *Avslutning och diskussion*). Till kategorin missnöjd räknas de personer som uttryckligen svarade att de var missnöjda samt de som använde uttryckssätt som kan tolkas som negativt värderande – exempelvis att de *sällan* träffade släkt och vänner eller att de hade *liten* kontakt med andra människor. Till mellankategorin räknas de som uttryckligen sade att deras sociala kontakter var medelbra, men även de som gav en rent deskriptiv beskrivning utan värderande uttryck. Till mellankategorin räknas dessutom de som svarade att det sociala innehållet hade blivit sämre under senare tid men ändå inte uttrycktes som dåligt.

Omkring hälften uppgav att de var nöjda med sin upplevelse av social kontakt och gemenskap. Det var alltså färre som var positiva i sina svar på denna fråga än på frågan om inflytande. Det fanns dock en positiv förändring mellan första och andra intervjutillfället, då det var fler som uttryckte att de var nöjda i andra intervjun än i den första. Samtidigt hade antalet som uttryckte att de var missnöjda minskat något. Antalet nöjda hade ökat från 13 till 18 personer och antalet missnöjda hade minskat från sju till fem personer. Det är inte möjligt att dra några långtgående slutsatser om denna förändring utifrån denna kategorisering, men det kan konstateras att de äldre åtminstone uttryckte sig på ett mer positivt sätt om sociala kontakter och gemenskap vid det andra intervjutillfället. Det kan dock även konstateras att de sociala kontakterna var ett område där en stor del (ungefär hälften) av de äldre upplevde brister.

De personer som de äldre nämnde i sina intervjusvar om sociala kontakter var främst make eller maka samt barn och barnbarn, men de nämnde även andra släktingar, vänner och granar. Flera besökte gemensamhetslokaler i huset där de bodde eller besökte närliggande äldreboenden. En del nämnde även föreningar eller kyrkan. I mindre utsträckning lyftes dessutom hemtjänsten upp som en viktig del i det sociala livet.

När det gällde hindrande faktorer för de sociala kontakterna så handlade det nästan uteslutande om den egna sviktande hälsan, att många i bekantskapskretsen hade gått bort samt att barn och barnbarn var bosatta långt bort. Det var flera av de äldre som sade att de inte kunde komma ut eller delta i tidigare sociala sammanhang på grund av hälsoskäl, bristande ork, yr-

sel, dålig syn, problem med rörlighet etc. Flera uttryckte att de saknade kontakt med andra människor, att de saknade bortgångna vänner eller sin tidigare partner.

Samtidigt var det några äldre personer som uppgav att de förvisso var ensamma, men att det inte var ett problem. De sade att de trivdes med att vara ensamma, att de inte upplevde att de hade behov av andra människor.

## Rehabiliterande och aktiverande mål

Vid handledningen (se avsnittet *Situationsanpassad handledning*) ingick att sätta upp rehabiliterande och aktiverande mål, så kallade ReAkt-mål, vilket omsorgspersonalen (oftast kontaktmannen) skulle göra tillsammans med den äldre. I intervjuerna ställdes en fråga om huruvida det formulerats sådana gemensamma mål och i sådana fall hur dessa såg ut och hur det fungerat att arbeta mot målen. Det visade sig att de flesta, 22 av 33 personer, svarade att de inte satt upp några gemensamma mål, varav två personer menade att de tackat nej till mål för att de ansåg sig vara tillräckligt aktiva. Elva äldre personer svarade att de hade satt upp mål. Dessa beskrevs som följer:

- Promenad en gång per vecka.
- Göra ärenden i centrum och ytterligare en promenad per vecka.
- Promenad.
- Åka till Heijkensköldska gården (äldreboende med rehab-avdelning) två gånger per vecka.
- Promenad med rollator tre gånger per vecka.
- Följa med och handla.
- Ta av stödstrumpor själv på kvällen och promenera mer själv.
- Göra sina smörgåsar själv till frukost.
- Gåträning tre gånger per vecka.
- Sköta nedre hygien själv.
- Promenad.

I vissa fall är det oklart om det handlade om det ReAkt-mål som sattes upp under handledningen, om det var andra mål som funnits tidigare eller om det var nya biståndsbeslut. Överlag kan konstateras att det för de äldre inte var naturligt att tala om mål. Sannolikt var det främst personalen som tänkte i termer av mål, men att detta kommunicerades till de äldre med ett annat språkbruk vilket gjorde att de inte uppfattade att de varit delaktiga i att formulera gemensamma mål.

I slutrapporten från de lokala projektledarna i Södertälje beskrivs att de flesta brukare var positiva till att upprätta ReAkt-mål (Johansson & Sundqvist, 2009). I rapporten anges följande exempel på mål:

- Göra sina smörgåsar själv till frukost.
- Sitta vid handfatet och tvätta sig, istället för på toaletten.
- Tvätta det man själv kan vid dusch.
- Vara delaktig vid blomvattning.
- Äta lunch tillsammans med personal.
- Gå ut och promenera.
- Vara med och plocka in tvätt.
- Steka blodpudding till kvällsmål.

- Åka till stan och handla.
- Måla teckningar.

Flera av de mål som de äldre uppgav att de hade och de exempel som projektledarna ger stämmer överens. Det gäller promenader, delaktighet vid dusch, att göra smörgåsar och att följa med och handla. Dessutom finns det en samstämmighet mellan de aktiviteter som de äldre uppgav att de var mer delaktiga i (se kapitel *Delaktighet i hemtjänstinsatser*) och de mål som projektledarna beskriver. Det gäller främst att göra smörgåsar själv, delta i matlagning och att göra olika delar vid duschning. Det tyder på att fler äldre hade satt upp ReAkt-mål än de som svarade att de hade gjort det – dock utan att uppfatta det som mål.

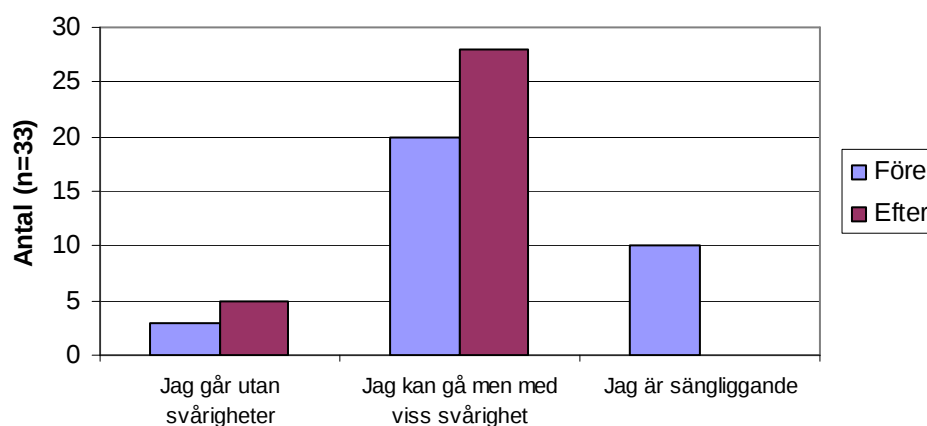
Av de äldre som svarade att de satt upp mål, menade de flesta även att det hade fungerat bra. Med detta menade de att de fick möjlighet att gå promenader, att de bredde sina smörgåsar, tog av stödstrumporna själv, deltog vid duschningen etc. Tre personer svarade dock att målen inte hade fungerat. Det handlade i samtliga fall om att promenader inte blivit av. I ett fall angavs en orsak, som handlade om att den äldre tillfälligt bodde i en evakueringslägenhet där en trappa gjorde det svårt att ta sig ut. Enligt den äldre hade inget annat mål satts upp istället. (För diskussion om målen se avsnittet om ReAkt-mål kapitel *Avslutning och diskussion*.)

## Resultat: EQ-5D

I detta avsnitt presenteras resultatet från studien med instrumentet EQ-5D. Först presenteras de fem hälsodimensionerna var och en för sig. Därefter presenteras EQ-5D index och EQ VAS, som båda visar den hälsorelaterade livskvaliteten som ett samlat, generellt mått. Avslutningsvis redovisas resultatet för män respektive kvinnor.

### Rörlighet

Av de fem hälsodimensionerna i EQ-5D var rörlighet den i vilken flest äldre rapporterade att de hade problem. Vid första mättillfället var det bara tre personer som svarade att de inte hade några problem, att de gick utan svårigheter (se Figur 2). I hälsodimensionen visar resultatet dock en påtaglig förbättring under projektperioden. Vid första mättillfället uppgav tio personer att de hade svåra problem med rörligheten (svarsalternativet Jag är sängliggande). Vid andra mättillfället svarade ingen att de hade svåra problem, istället svarade fler att de kunde gå med viss svårighet eller att de gick utan svårigheter.



Figur 2. Rörlighet. Antal personer i interventionsgruppen som uppgav respektive svarsalternativ, vid första och andra mättillfället.

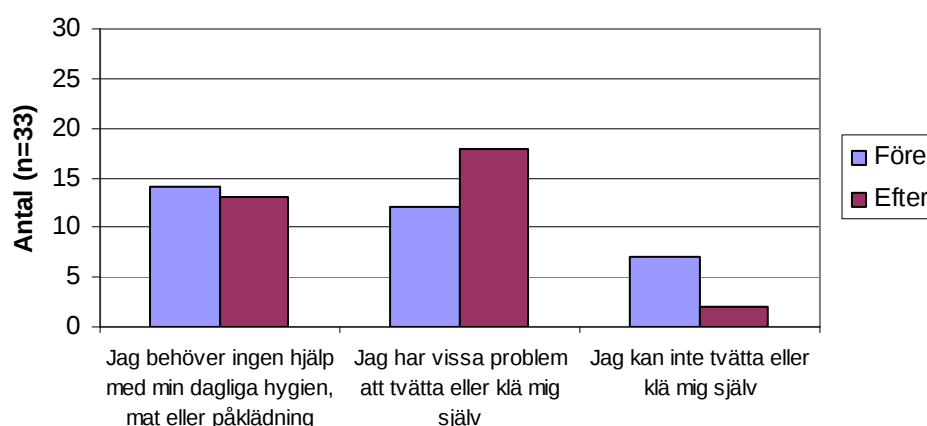
Tittar man på individnivå så ser man att 19 personer rapporterade oförändrad rörlighet, medan 13 personer rapporterade en förbättring och en person rapporterade en försämring. Förändringen mellan första och andra mättillfället är stor gällande svarsalternativet "Jag är sängliggande". Det kan bero på att det skett en sådan positiv förändring under undersökningsperioden, men det kan även spela in att det är två olika personer som genomfört de två mätningarna. Trots att den första personen gått igenom hur frågorna ställts med den person som tog över, kan frågorna ha ställts och förklarats något annorlunda. Hälsodimensionen rörlighet är den fråga som informanterna haft svårast att besvara då de ansett att svarsalternativen varit svåra att relatera till. Svarsalternativen har förklarats som tre allvarlighetsgrader av problem gällande rörlighet, från inga problem till svåra problem.

När det gäller jämförelsegruppen, som också intervjuats av två olika personer, finns inte denna stora förändring. Där svarade sju av åtta informanter mellanalternativet (Jag kan gå men med viss svårighet) vid båda mättillfällena.

## Hygien

Hygien var den hälsodimensionen där flest antal äldre vid första mättillfället rapporterade att de inte hade problem (i detta fall att de inte behövde någon hjälp med sin dagliga hygien, mat eller påklädning) (se Figur 3). Samtidigt visar resultatet en förbättring i denna hälsodimension. Sex personer fler svarade mellanalternativet vid andra mättillfället jämfört med det första. Överflyttningen har främst skett från det tredje svarsalternativet, då fem personer färre uppgav att de inte kunde tvätta eller klä sig själva. Antalet personer som uppgav att de inte behövde någon hjälp med den dagliga hygien, mat och påklädning sjönk dock med en person.

Tittar man på individnivå, ser man att 24 personer uppgav samma svar vid båda mättillfällena, sex personer rapporterade en förbättring och tre personer rapporterade en försämring. Med andra ord var det tre personer fler som rapporterade en förbättring än en försämring.<sup>2</sup>



Figur 3. Hygien. Antal personer i interventionsgruppen som uppgav respektive svarsalternativ, vid första och andra mättillfället.

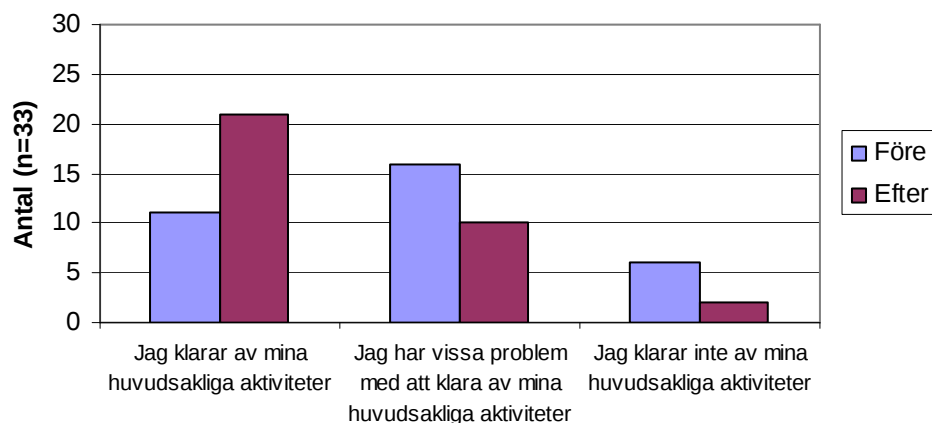
## Huvudsakliga aktiviteter

I hälsodimensionen huvudsakliga aktiviteter var utgångsläget att elva personer svarade att de inte hade några problem, att de klarade sina huvudsakliga aktiviteter. Resultatet visar sedan en förbättring i denna hälsodimension, då det var tio personer fler som rapporterade att de klarade av sina huvudsakliga aktiviteter efter undersökningsperioden än innan densamma (se Figur 4). Samtidigt var det färre som ansåg att de hade vissa problem eller inte klarade av sina huvudsakliga aktiviteter. Antalet som angav svarsalternativet för svårast problem minskade med fyra personer.

På individnivå var det 13 personer som gav samma svar vid båda mättillfällena, medan 16 personer rapporterade en förbättring<sup>3</sup> och fyra personer rapporterade en försämring.

<sup>2</sup> En kvinna rapporterade en förbättring med två steg, varför differensen mellan förbättring och försämring är fyra i diagrammet.

<sup>3</sup> Två personer rapporterade en förbättring med två steg.

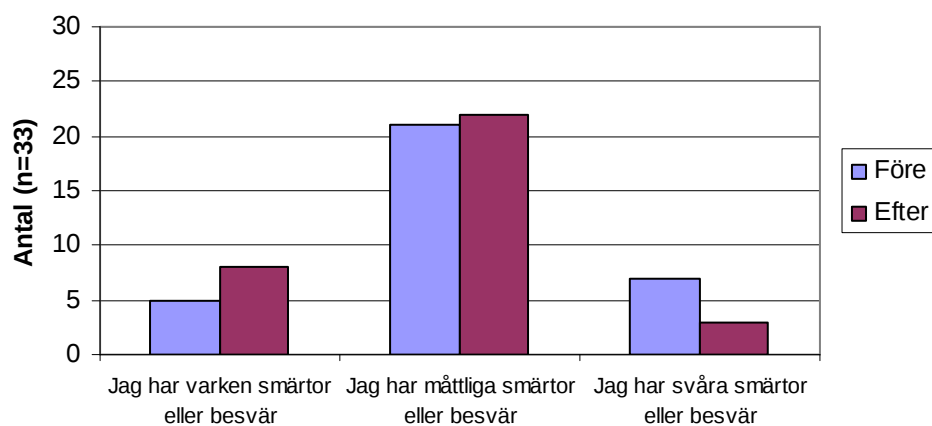


Figur 4. Huvudsakliga aktiviteter. Antal personer i interventionsgruppen som uppgav respektive svarsalternativ, vid första och andra mättillfället.

### Smärtor/besvär

Tillsammans med hälsodimensionen rörlighet var smärtor/besvär det område där flest äldre personer rapporterade att de hade problem. Vid första mättillfället var det bara fem personer som svarade att de varken hade smärtor eller besvär (se Figur 5). Vid andra mättillfället visar resultatet en förbättring, då det var fyra personer färre som svarade att de hade svåra smärtor eller besvär jämfört med första mättillfället. Antalet som svarade att de inte hade några smärtor eller besvär ökade med tre personer under perioden.

På individnivå ser man att 23 personer rapporterade att deras tillstånd var oförändrat, åtta personer rapporterade en förbättring<sup>4</sup> och två personer rapporterade en försämring.



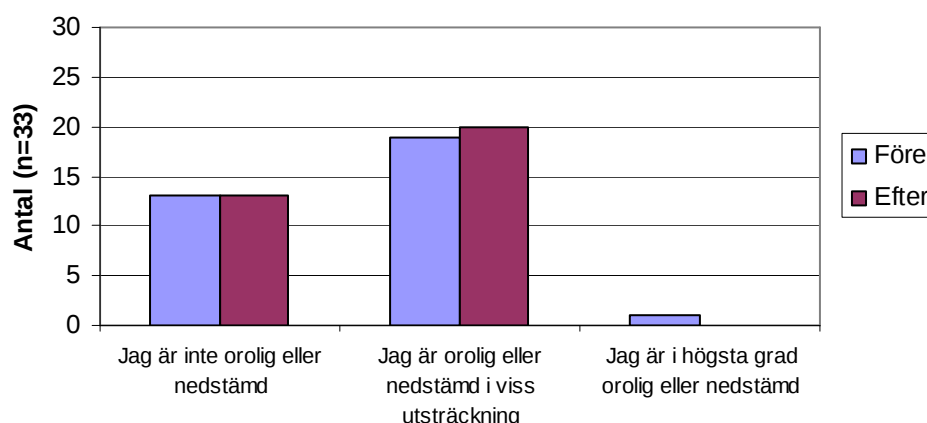
Figur 5. Smärtor/besvär. Antal personer i interventionsgruppen som uppgav respektive svarsalternativ, vid första och andra mättillfället.

<sup>4</sup> En person rapporterade en förbättring med två steg.

## Oro/nedstämdhet

Hälsodimensionen oro/nedstämdhet var tillsammans med hygien det område där flest antal personer rapporterade att de inte hade problem, i detta fall att de inte var oroliga eller nedstämda. Samtidigt var det bara en person som uppgav att hon i högsta grad var orolig eller nedstämd (se Figur 6). När det gäller hälsodimensionen oro/nedstämdhet är resultatet i stort oförändrat mellan mättillfällena. Vid det andra mättillfället svarade ingen att de i högsta grad var oroliga eller nedstämda. Antal personer som svarade att de inte var oroliga eller nedstämda var oförändrat.

På individnivå var det 28 personer som angav samma svarsalternativ vid de båda mättillfällena. Tre personer rapporterade en förbättring och två personer rapporterade en försämring.



Figur 6. Oro/nedstämdhet. Antal personer i interventionsgruppen som uppgav respektive svarsalternativ, vid första och andra mättillfället.

## EQ-5D index

EQ-5D index är en sammanvägning av informanternas svar på samtliga fem hälsodimensioner i enkäten. Vid första mättillfället i interventionsgruppen var medelvärdet för detta index 0,36 och medianvärdet var 0,37. Vid det andra mättillfället hade medelvärdet ökat till 0,56 och medianvärdet hade ökat till 0,66 (se Tabell 1).<sup>5</sup> Skillnaden var dock stor mellan de olika personerna. Vid första mättillfället spände informanternas EQ-5D index mellan 0,0 och 0,85, medan det vid andra mättillfället fanns en spridning mellan 0,0 och 1,0.

Trots att spridningen var stor vid båda tillfällena så låg de flesta indexvärden betydligt högre vid det andra mättillfället. Då hade 26 av 33 personer (79 procent) ett index över 0,5, medan motsvarande vid första tillfället var 16 av 33 personer (48 procent).

EQ-5D index hade alltså ökat i interventionsgruppen under projektperioden. Samtidigt hade en ökning i motsvarande storleksordning skett i jämförelsegruppen, dock från ett något lägre utgångsläge: medelvärdet ökade från 0,32 till 0,52 och medianvärdet ökade från 0,27 till

<sup>5</sup> För att få en uppfattning om vad dessa siffror betyder kan en jämförelse göras med motsvarande värden för åldersgruppen 65-84 år i Södertälje, enligt rapporten *Geografiska skillnader i hälsorelaterad livskvalitet i Stockholms län 2002* (Burström & Rehnberg, 2006b). Medelvärdet för EQ-5D index var då 0,74. Värt att notera är dock att dessa personer är yngre än personerna i denna studie, vilkas ålder spänner mellan 73 och 100 år med en medelålder på 82,8 år.

0,60. Det innebär att den hälsorelaterade livskvaliteten hade ökat i båda grupperna (se Tabell 1). I sammanhanget är det värt att påpeka att jämförelsegruppen är liten och att det därför är nödvändigt att tolka siffrorna med försiktighet.

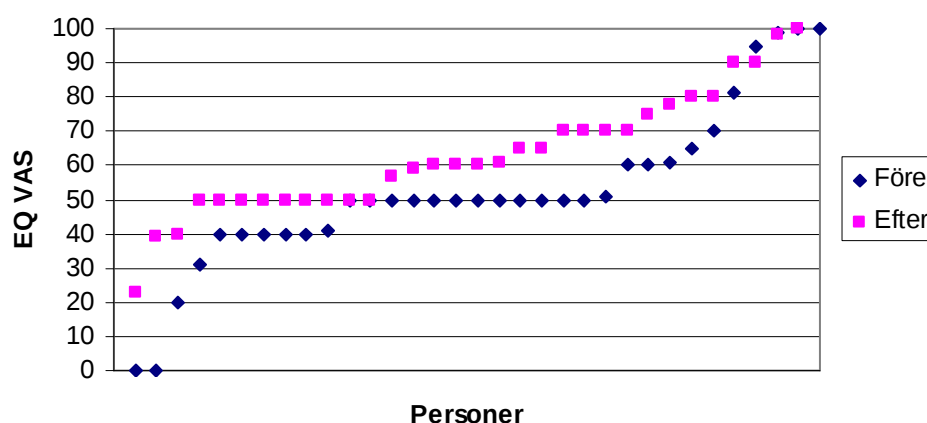
Tabell 1. EQ-5D index för interventionsgruppen (n=33) och jämförelsegruppen (n=8), före och efter projektperioden. Redovisat med medelvärden och medianvärden.

|                           | Före | Efter |
|---------------------------|------|-------|
| <b>Interventionsgrupp</b> |      |       |
| Medelvärde                | 0,36 | 0,56  |
| Medianvärde               | 0,37 | 0,66  |
| <b>Jämförelsegrupp</b>    |      |       |
| Medelvärde                | 0,32 | 0,52  |
| Medianvärde               | 0,27 | 0,60  |

## EQ VAS

I instrumentet EQ-5D ingår även en visuell analogskala (EQ VAS) där informanterna skattar sin hälsa mellan 0 och 100, sämsta tänkbara tillstånd och bästa tänkbara tillstånd. Liksom indexvärdet är det alltså en samlad bild av personens hälsorelaterade livskvalitet, det är inte uppdelat i olika dimensioner.

Vid första mätningen med EQ VAS var medianvärdet 50 i interventionsgruppen. Vid andra mättillfället hade medianen ökat till 60.<sup>6</sup> Det var stora skillnader mellan olika individer: vid första mättillfället fanns en spridning mellan 0 och 100, vid andra tillfället fanns en spridning mellan 23 och 100. Figur 7 nedan visar hur spridningen av informanternas rapporterade EQ VAS såg ut vid de båda mättillfällena. Figuren visar att värdena för EQ VAS ligger högre i andra mätningen (efter-kurvan ligger ovanför före-kurvan). Vid första mättillfället rapporterade 11 av 33 personer (33 procent) ett EQ VAS över 50. Vid andra mättillfället var motsvarande siffra 20 av 33 (61 procent).



Figur 7. EQ VAS för de äldre personerna, ordnade efter ökande värden, före och efter projektperioden. Redovisat för interventionsgruppen (n=33).

<sup>6</sup> För att få en uppfattning om vad dessa siffror betyder kan en jämförelse göras med motsvarande värden för åldersgruppen 65-84 år i Södertälje, enligt rapporten *Geografiska skillnader i hälsorelaterad livskvalitet i Stockholms län 2002* (Burström & Rehnberg, 2006b). Medianvärdet för EQ VAS var då 75. Värt att notera är dock att dessa personer är yngre än personerna i denna studie, vilkas ålder spannar mellan 73 och 100 år med en medelålder på 82,8 år.

Under projektperioden förbättrades alltså den hälsorelaterade livskvalitet, mätt med EQ VAS, i interventionsgruppen. Under perioden har det dock inte skett någon motsvarande förändring i jämförelsegruppen, där medianen för EQ VAS var 48 vid det första mättillfället och 47 vid det andra (se Tabell 2). Resultatet från EQ VAS skiljer sig därmed från resultatet av EQ-5D index. För båda måtten har det skett en ökning i interventionsgruppen, men medan index ökade även i jämförelsegruppen så har EQ VAS bara ökat för interventionsgruppen. Återigen bör påminnas om att jämförelsegruppen är liten, varför resultaten bör tolkas med försiktighet.

Tabell 2. EQ VAS för interventionsgruppen (n=33) och jämförelsegruppen (n=8), före och efter projektperioden. Redovisat med medianvärden.

|                           | Före | Efter |
|---------------------------|------|-------|
| <b>Interventionsgrupp</b> |      |       |
| Medianvärde               | 50   | 60    |
| <b>Jämförelsegrupp</b>    |      |       |
| Medianvärde               | 48   | 47    |

### Hälsorelaterad livskvalitet för män och kvinnor

Det finns vissa skillnader mellan män och kvinnor i denna studie (se Tabell 3). Medianvärdet för EQ VAS var 50 för såväl män som kvinnor vid det första mättillfället och det ökade till 60 för männen och 61 för kvinnorna. När det gäller EQ-5D index så var dock utgångsläget något bättre för kvinnorna och deras ökning var större: kvinnornas medelvärde för index vid första mättillfället var 0,38 och ökade till 0,61 medan männens medelvärde för index var 0,34 vid första mättillfället och ökade till 0,49. Medianvärdet var 0,37 för både män och kvinnor vid första mättillfället. Vid det andra mättillfället var det dock en något större ökning för kvinnorna, som då hade ett medianvärde för EQ-5D index på 0,66 jämfört med männens medianvärde på 0,62.

Tabell 3. Hälsorelaterad livskvalitet för män (n=13) respektive kvinnor (n=20) i interventionsgruppen, före och efter projektperioden. Redovisat med medelvärde och medianvärde för EQ-5D index och medianvärde för EQ VAS.

|                             | Före | Efter |
|-----------------------------|------|-------|
| <b>EQ-5D index (medel)</b>  |      |       |
| Män                         | 0,34 | 0,49  |
| Kvinnor                     | 0,38 | 0,61  |
| <b>EQ-5D index (median)</b> |      |       |
| Män                         | 0,37 | 0,62  |
| Kvinnor                     | 0,37 | 0,66  |
| <b>EQ VAS (median)</b>      |      |       |
| Män                         | 50   | 60    |
| Kvinnor                     | 50   | 61    |

Den hälsorelaterade livskvaliteten hade med andra ord ökat för både männen och kvinnorna, men det var en större ökning för kvinnorna. Den största skillnaden finns i hälsodimensionen smärtor/besvär, där männen i stort sett inte förändrats alls medan kvinnorna rapporterade en relativt stor förändring. Vid första mättillfället uppgav fem kvinnor och två män att de

hade svåra smärtor eller besvär. Vid andra mättillfället låg männen kvar på samma nivå, medan det bara var en kvinna som rapporterade att hon hade svåra smärtor eller besvär, alltså en minskning med fyra personer.

Även hälsodimensionen huvudsakliga aktiviteter påverkar att kvinnornas EQ-5D index ökat mer än männens. Överlag är förbättringen stor i denna dimension. Vid andra mättillfället var det ungefär dubbelt så många som uppgav att de inte hade några problem, vilket gällde för både män och kvinnor. Kvinnornas utgångsläge var dock sämre då fler kvinnor rapporterade stora problem; fem kvinnor och en man uppgav att de hade stora problem vid första mättillfället. Männens förbättring var enbart från måttliga till inga problem, medan fyra kvinnor färre rapporterade stora problem vid det andra mättillfället.

Kvinnorna i denna studie var äldre än männen: kvinnornas medelålder var 85,3 år och medelåldern för männen var 78,8 år. Generellt brukar kvinnor ha sämre hälsa än män och äldre personer ha sämre hälsa än yngre. I detta fall visar resultatet dock det motsatta. Det är, som nämnts tidigare, svårt att dra långtgående slutsatser då studien omfattar få personer, men en tänkbar tolkning är att ålder och kön är relativt ovidkommande faktorer när det gäller denna grupp. Samtliga hade hjälp från hemtjänsten, men ingen bodde på särskilt boende. Oavsett ålder och kön var dessa personer alltså bedömda att ha hjälpbehov av jämförbar storlek och art.

## Avslutning och diskussion

### Hjälp, stöd och delaktighet

De äldre i denna studie hade relativt mycket hjälp och stöd från hemtjänsten, men också från närstående. Det medförde dock inte att det inte fanns ytterligare saker i det dagliga livet som de äldre upplevde att de behövde hjälp för att klara av. Nästan två tredjedelar uppgav att de var i behov av mer stöd än det de fick från hemtjänst och närstående.

När det gäller stöd och hjälp från närstående så svarade många att de fick hjälp med hushållsarbete, hygien, inköp, ekonomi, socialt stöd med mera. Samtidigt var det inte ovanligt att de äldre inte preciserade vad hjälpen egentligen bestod av, det kunde exempelvis vara "småsaker" och "lite av varje". Även när man sällan fick hjälp från närstående, så uttryckte man gärna att man fick stöd från dem. De äldre var relativt välvilliga i sina svar om stöd från närstående och var mer kritiska gentemot hemtjänsten. Det finns flera möjliga tolkningar av detta. En sådan är att de äldre har en annan relation till närstående än till hemtjänstpersonalen och att det påverkar inställningen till hjälpen. Hemtjänsten har ett uppdrag att erbjuda stöd och hjälp och då ställer man högre krav och är mer kritisk. En annan tolkning är att det kan anses vara tabu att inte få stöd från närstående. Därför säger man hellre något diffust än ingenting alls. Samtidigt vet vi från forskningen att närstående utför en betydande del av hjälpen till de äldre (Szebehely, 2009a).

Enligt statistiken har andelen äldre som får del av den offentliga äldreomsorgen minskat de senaste decennierna och den informella hjälpen har ökat. Det har skett en informalisering av omsorgen vilket innebär en förskjutning av gränsen mellan den offentliga äldreomsorgen och närståendes omsorgsinsatser (Szebehely & Trydegård, 2007; SOU 2001:79). De informella hjälpgivarna är i regel partners, vuxna barn, annan släkt eller vänner. Dessa personer hjälper exempelvis till med matlagning, städning, tvättning och trädgårdsskötsel. Enligt Sundström m.fl. (2002) utgjorde de informella insatserna 60 procent av omsorgen till hemmaboende äldre (75 år eller äldre) år 1994. Denna siffra hade ökat till 70 procent år 2000. Det är med andra ord 30 procent av den hjälp som de äldre får som ges av den offentliga äldreomsorgen.

Det är de vuxna döttrarnas informella hjälpinsatser som har ökat mest de senaste åren. Vanligast är att den informella hjälpen ges av vuxna döttrar samt av makor. De flesta män är gifta livet ut, medan kvinnor ofta lever ensamma den sista tiden. Detta tillsammans med att det är fler kvinnor än män i den äldre befolkningen och att äldre kvinnor generellt har sämre hälsa, gör att kvinnor är överrepresenterade inom äldreomsorgen. De äldre kvinnorna är mer beroende av hjälp från den offentliga äldreomsorgen än männen, men även mer beroende av hjälp från närstående utanför hushållet (Szebehely, 2009a och 2009b).

Eftersom närstående ofta ger så stor del av hjälpen till de äldre, är det viktigt att ta hänsyn till det i en utbildning i rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt. Omsorgspersonalen ska givetvis göra vad de kan för egen del, men det är även angeläget att beakta närståendes roll och diskutera och reflektera kring den i studiecirkeln och handledningen.

Ett viktigt mål med ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt är att de äldre ska bli mer delaktiga i omsorgsarbetet utifrån sina egna önskemål. Inför projektperioden svarade en stor del av de äldre att de inte var delaktiga. Det kunde bero på att de inte orkade, att de inte ville, att de upplevde att de var i vägen och gjorde att det tog längre tid eller i värsta fall att de upplevde att de inte tilläts vara delaktiga. Efter projektperioden svarade de äldre annorlunda: nästan dubbelt så många menade då att de var delaktiga i hemtjänstens arbete på ett eller annat sätt. Det hade skett en förändring som innebar att de äldre upplevde att de gjorde fler

saker tillsammans med hemtjänstpersonalen, de var mer involverade i de insatser som utfördes. Exempel på aktiviteter som de äldre uppgav att de deltog i var att damma vid städning, skriva inköpslista, göra smörgåsar, delta vid matlagning, göra olika delar vid duschning, på- och avklädning, förbereda inför bäddning, hjälpa till med disk och plocka in varor i skåp.

En viktig fråga, när det gäller delaktighet och rehabiliterande och aktiverande förhållnings-sätt, är inflytande. Det är inte meningen att de äldre ska göras mer aktiva mot sin vilja, utan det handlar om att tillsammans komma fram till vad den äldre vill och kan göra. Det krävs med andra ord inflytande. I intervjuerna svarade de flesta, ungefär två tredjedelar, att de upplevde att de hade bra inflytande. Det fanns ingen skillnad mellan första och andra inter-vjun avseende detta. De som var mer missnöjda förklarade ofta detta med den egna sviktande hälsan. I de fall brister i inflytande kopplades till hemtjänsten, handlade det främst om att inte kunna påverka tider, att man kände sig låst vid hemtjänstens rutiner.

## **Socialt innehåll**

I intervjuerna framkom att en stor del, omkring hälften, av de äldre upplevde brister i det so-ciala innehållet i tillvaron. Flera berättade att de saknade vänner och släktingar som gått bort och att de begränsades av dålig hälsa och svårigheter att ta sig ut. Samtidigt var det några äldre personer som uppgav att de förvisso var ensamma, men att det inte var ett problem. De sade att de trivdes med att vara ensamma och att de inte upplevde att de hade behov av andra människor.

Detta kan kopplas till teorin om gerotranscendens (Tornstam, 2005), vilken vänder sig mot att det goda åldrandet är att även som äldre vara framgångsrik utifrån medelålderns ideal; människor har inte samma behov och mål genom hela livet. Traditionellt värderas åldrandet mot samhälleligt dominerande ideal med fokus på aktivitet, produktivitet, effektivitet, indivi-dualitet, oberoende, välstånd, hälsa och social förmåga. Men gerotranscendenteorin utgår från att ålderdomen har en egen mening och karaktär, som är kvalitativt skild från detta. Bland annat innebär det ett ökat behov av ensamhet, meditation och stilla stunder, minskat intresse för ytliga relationer, större selektivitet och ökad medvetenhet om sociala roller (Tornstam, 2005; jmf. Åhlfeldt & Engelheart, 2009). Teorin menar att utvecklingen mot ge-rotranscendens är universell. Däremot kan människor hindras eller bromsas i utvecklingen på grund av olika faktorer. Exempelvis kan samhälleliga normer göra att det gerotranscen-denta tillståndet betraktas som avvikande, vilket kan leda till skamkänslor hos individen och/eller åtgärder från familj, vänner och vård och omsorg för att motverka eller bromsa ut-vecklingen (Tornstam, 2005). Gerotranscendenteorin menar dock inte att alla äldre som går in i den mer transcendent livsfasen uppskattar ensamhet och stillhet. Teorin menar inte hel-ler att allt sökande efter ensamhet är utslag av gerotranscendens.

Utifrån intervjumaterialet kan konstateras att några personer uttryckte att de uppskattade ensamhet och att de inte var missnöjda trots att de saknade sociala kontakter. Men desto fler sade tvärtom att de önskade mer kontakt med andra människor, exempelvis att de ville flytta till särskilt boende för att få ett socialt sammanhang. Det kan möjligen tyda på att samhälleli-ga normer och förväntningar har hindrat utvecklingen mot gerotranscendens eller att de äld-re har anpassat sina krav efter rådande omständigheter (jfr. Åberg, 2004; Åhlfeldt & Engel-heart, 2009). En rimlig tolkning är dock att olika individer har skilda behov, krav och öns-kemål för att de är just olika personer med olika personligheter. Äldre är inte en homogen grupp; det är stora skillnader mellan individer. Det är inte mer eller mindre naturligt att upp-skatta ensamhet och stilla stunder än att uppskatta aktivitet och gemenskap med andra

människor – och vice versa. Det är därför viktigt att, inte minst äldreomsorgen, kan möta de äldre som just individer.

För utbildningen i rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt är detta något som är angeläget att reflektera över. Den så kallade aktivitetsteorin, som poängterar att äldre ska vara aktiva, delaktiga och sociala, har stort genomslag i äldreomsorgen – inte minst för att det finns vetenskapligt stöd för att aktivitet är positivt för hälsan. I arbetet med rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt kan det dock finnas en risk för överambition. Det gäller att ta hänsyn till att människor är olika, har skilda intressen och att alla inte är intresserade av aktivitet på samma sätt.

### **Hälsorelaterad livskvalitet**

Det är svårt att definitivt avgöra vad en siffra, ett indexvärde, en skattning på en visuell analogskala innebär. Hur känns det för en människa vars livskvalitet är 53 på en skala 0-100? Vad innebär det att ha svåra smärtor eller besvär?

Frågan är med andra ord vad de äldres svar i denna studie betyder när det gäller deras hälsorelaterade livskvalitet. Uppenbart är att de allra flesta rapporterade att de upplevde problem i flera hälsodimensioner (det var bara två personer vid andra mättillfället som svarade att de inte hade några problem). I samtliga hälsodimensioner inför projektperioden, var det fler äldre som upplevde att de hade problem och svårigheter än som inte hade det. Efter projektet var det en mer positiv bild, men det var fortfarande fler som rapporterade problem än som inte gjorde det. Det var bara i hälsodimensionen huvudsakliga aktiviteter som en majoritet upplevde att de klarade sig utan problem.

Man kan alltså konstatera att det fanns betydande problem avseende de äldre personernas hälsorelaterade livskvalitet. Men hur stora var dessa problem? För att få ett svar på det kan vi göra jämförelser med andra studier med instrumentet EQ-5D. Om man då jämför med ett genomsnitt av befolkningen så hade de flesta äldre i denna studie en betydligt lägre hälsorelaterad livskvalitet. Enligt forskningen vet vi dock att det är vanligt att hälsan försämras vid hög ålder och därför kan en jämförelse med andra äldre vara mer rättvis. I en rapport från Centrum för folkhälsa (Burström & Rehnberg, 2006b) redovisas en studie som visar att 65-84-åringar i Södertälje kommun hade ett EQ-5D index på 0,74. Vid denna jämförelse kan konstateras att de äldre i föreliggande rapport hade sämre hälsorelaterad livskvalitet.<sup>7</sup> Slutligen kan en jämförelse göras med den utvärdering av utbildningsmodellen som genomfördes i Tyresö kommun (se Åhlfeldt m.fl., 2007). Då blir värdena relativt lika. Medelvärde för EQ-5D index vid första mättillfället var 0,36 i Södertälje och 0,39 i Tyresö. Vid andra mättillfället var förändringen större i Södertälje där medelvärdet blev 0,56. I Tyresö var medelvärdet vid det andra mättillfället 0,44. De äldre personerna skattade alltså sin hälsorelaterade livskvalitet ungefär lika som andra äldre personer i samma livssituation, det vill säga personer med behov av hemtjänstinsatser från äldreomsorgen.

Vad kan vi då säga om den förändring som har skett under projektperioden? De resultat som presenterats visar ju entydigt att den hälsorelaterade livskvaliteten för de äldre hade blivit bättre under undersökningsperioden. I samtliga fem hälsodimensioner visas positiva förändringar, speciellt när det gäller rörlighet och huvudsakliga aktiviteter. Även resultatet för själv-

---

<sup>7</sup> Värt att notera är att personerna i denna studie är äldre än 65-84 år. Deras åldrar spannar mellan 73 och 100 år med en medelålder på 82,8 år.

skattningen av hälsotillståndet med EQ VAS visade en positiv förändring. Dessa förändringar påminner om resultatet från utvärderingen i Tyresö, där samtliga hälsodimensioner förbättrats, liksom EQ VAS. I Tyresö var förändringen störst för hälsodimensionen rörlighet, därefter för huvudsakliga aktiviteter, oro/nedstämdhet, hygien och slutligen för smärtor/besvär. Det följer samma mönster som i Södertälje (med skillnaden att dimensionen oro/nedstämdhet i stort sett var oförändrad i Södertälje medan den förbättrats relativt mycket i Tyresö).

Resultatet antyder med andra ord att utbildningen i rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt skulle ha positiv effekt på de äldres hälsorelaterade livskvalitet. Dock är det så att även jämförelsegruppen skattade sin hälsa som bättre vid det andra mättillfället än vid det första. Enligt resultatet har de äldre tydligt förbättrat sin hälsorelaterade livskvalitet, mätt med EQ-5D index, i såväl interventionsgruppen som i jämförelsegruppen. Däremot uppvisar jämförelsegruppen inte motsvarande förbättring av livskvaliteten mätt med EQ VAS.

Eftersom jämförelsegruppen är liten så måste resultatet från denna tolkas mycket försiktigt. Trots att det inte går att på ett tillförlitligt sätt lita på resultatet från jämförelsegruppen, så är det ändå angeläget att reflektera över detta. Det visar nämligen att den positiva förändring som har ägt rum inte nödvändigtvis beror på utbildningen i rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt. Någonting annat kan ha påverkat de äldres svar. En möjlighet är att upplevelsen av hälsotillståndet påverkas av årstiden – det första mättillfället ägde rum på vintern och det andra på våren. En annan faktor som kan ha påverkat är att det var olika personer som genomförde intervjuerna före och efter projektperioden. Hur som helst bör man inte tro att utbildningen har den revolutionerande effekt som man eventuellt kan anta om man bara tittar på förändringen i interventionsgruppen.

Det man med större säkerhet kan säga är att utbildningen inte påverkar de äldre i negativ riktning. Utbildningen i rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt syftar till att omsorgspersonalen ska låta de äldre vara delaktiga och utföra större del i aktiviteterna. Med detta förhållningssätt försöker personalen göra den aktiva insatsen så liten som omständigheterna tillåter och de uppmuntrar den äldre att göra det denne klarar själv. Det är inte en alltför långsökt tanke att detta förhållningssätt skulle kunna vara påfrestande för de äldre, uppfattas negativt och till och med vara skadligt, om omsorgspersonalen förstår det på fel sätt. Detta tycks dock inte vara fallet. Utbildningen har lyckats förmedla kunskaper om ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt på ett sätt som gör att det i praktiken inte upplevs som påfrestande för de äldre. Enligt de äldre, har flera blivit mer delaktiga och aktiva i diverse insatser och aktiviteter. Om förhållningssättet gör att de äldre blir mer delaktiga och aktiva i vardagen utifrån sina önskemål så är det en framgång. Inom forskningen finns många studier som visar att aktivitet är positivt för hälsa och välbefinnande (jfr. Agahi m.fl., 2005).

## **ReAkt-mål**

Utifrån de äldres intervjusvar kan man konstatera att det fanns brister när det gäller de rehabiliterande och aktiverande målen. För det första kände de flesta äldre inte till att de hade satt upp mål – vilket de hade gjort enligt rapporten från de lokala projektledarna (se Johansson & Sundqvist, 2009).

För det andra var de formulerade målen snarast åtgärder eller åtaganden för hemtjänsten än mål för pensionären. Exempelvis var ett av målen att en viss äldre person skulle erbjudas en promenad per vecka. Att gå promenader var dock något den äldre redan kunde göra med rätt stöd. Målet var med andra ord ingen utmaning för den äldre. Målet skulle kunna ha utvecklats genom att precisera vad man ville åstadkomma med promenaderna. Ett mål skulle då

kunna vara att den äldre ska klara av att gå en längre sträcka eller en längre tid. När målet är formulerat som det var, enligt den äldres intervjusvar, är måluppfyllelsen upp till personalen och hemtjänstens rutiner. Den äldre kan inte själv påverka måluppfyllelsen.

För det tredje bör det finnas större flexibilitet i målsättningarna. I en av intervjuerna framkom att en person inte uppfyllt sitt mål om promenader, på grund av att han flyttat till en evakueringslägenhet där det fanns en trappa som hindrade. Rimligt vore om kontaktmannen, eller någon annan, hade initierat en diskussion om ett nytt mål med den äldre, eftersom omständigheterna förändrats. Målet måste betraktas som ett verktyg för att åstadkomma förändring, inte som något mindre viktigt i genomförandeplanen som det är legitimt att bortprioritera om man kan skylla på yttre omständigheter.

Utifrån intervjuerna i denna studie kan det dock inte dras några långtgående slutsatser om hur ReAkt-målen har fungerat. Det man med säkerhet kan säga är att majoriteten av de äldre inte hade uppfattat att de hade satt upp mål – vilket är nog så allvarlig kritik med tanke på att målen skulle formuleras tillsammans med de äldre. Det kan dock vara så att personalen upplevde att det fungerade väl att arbeta med ReAkt-mål, men att de inte medvetandegjort de äldre om att det var just mål. En förklaring skulle kunna vara att personalen använde ett språkbruk i utbildningen och i dokumentationen och ett annat i arbetet med de äldre. Det som tyder på att ReAkt-målen ändå har fungerat är att flera av de äldre uppgav att de blivit mer delaktiga inom flera av de områden som det, enligt slutrapporten från de lokala projektledarna, var vanligt att sätta upp mål inom.

### **Föreställningar om åldrandet**

Det är av ringa betydelse för den enskilde äldre personen hur man inom medicinen eller andra vetenskapliga discipliner beskriver och förklarar åldrandet, om kunskapen inte också finns hos den vård- och omsorgspersonal som utgör den dagliga kontakten. Det har länge funnits och finns fortfarande föreställningar om äldre som mer eller mindre offer för åldrandet i sig. Åldrandet och ålderdomen kan då beskrivas i termer av sjukdom och som ett tillstånd definierat av beroende, oförmåga att bestämma över det egna livet, passivitet, isolering etc. (Hazan, 1999). Detta håller glädjande nog på att förändras så att aktivitet och livsstilsfaktorer numera tillskrivs ett viktigt förklaringsvärde även när det gäller äldre personers funktionella nedgång (Nyberg, 2006). För äldreomsorgens kvalitet är det avgörande vilka föreställningar om åldrandet som är rådande hos personalen, från politiker till chefer och omsorgspersonal. Det är viktigt vilket förhållningssätt som dominerar.

Ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt i äldreomsorgen innebär att verksamheten har som utgångspunkt att det går att påverka livskvalitet hos äldre personer. Åldrandet är inte sådant att det obönhörligt medför ett visst händelseförlopp utan det finns möjligheter att påverka den äldres livssituation. Med ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt tillerkänns den äldre inflytande och en viktig funktion i omsorgsarbetet genom valmöjlighet att vara delaktig i sin vardag och i aktiviteter.

### **Värdighet och respekt**

Denna utvärdering har till stor del fokuserat på hälsoeffekter och förändring. Ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt handlar dock inte uteslutande om hälsa. Det handlar även om respekt för individen, om värdighet och etik. Det handlar om att inte ta aktiviteter, funktioner, handlingsutrymme, inflytande och makt ifrån den äldre personen.

Aktiviteter som att promenera, laga mat, putsa ett fönster eller gå till frisören är aktiviteter som har egna syften och meningar. Aktiviteterna syftar inte till att alstra god hälsa. Om en människa tar tillbaka en aktivitet eller färdighet så kan det med andra ord vara betydelsefullt oavsett om det leder till bättre hälsa eller inte. Viktigt i sammanhanget är dock att den äldre vill utföra aktiviteten och lägga tid och energi på den. Det rehabiliterande och aktiverande förhållningssättet ska inte leda till att äldre personer tvingas göra saker som de inte prioriterar, utan arbetet ska utgå från de enskilda äldre personernas önskemål.

## Referenser

- Agahi, Neda, Lagergren, Mårten, Thorslund, Mats & Wånell, Sven Erik (2005): *Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar – En kunskapssammanställning*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, R 2005:6
- Andersson, Lisa (2006): *Att få leva tills jag dör – om ett rehabiliterande synsätt*. Stockholm: Fortbildningsförlaget
- Burström, Kristina (2002): *Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D – Beskrivning av instrumentet samt resultat från en befolkningsundersökning i Stockholms län*. Stockholm: Stockholms läns landsting
- Burström, Kristina, Johannesson, Magnus & Rehnberg, Clas (2007): "Deteriorating health status in Stockholm 1998-2002: results from repeated population surveys using the EQ-5D" i *Quality of Life Research* 2007; 16(9): 1547-1553
- Burström, Kristina & Rehnberg, Clas (2006a): *Hälsorelaterad livskvalitet i Stockholms län 2002 – Resultat per åldersgrupp och kön, utbildningsnivå, födelseland samt sysselsättningsgrupp – en befolkningsundersökning med EQ-5D*. Stockholm: Centrum för folkhälsa, Rapport 2006:1
- Burström, Kristina & Rehnberg, Clas (2006b): *Geografiska skillnader i hälsorelaterad livskvalitet i Stockholms län 2002. Resultat per kommun och stadsdel, geografisk beredning samt beställaravdelning – en befolkningsundersökning med EQ-5D*. Stockholm: Centrum för folkhälsa, Rapport 2006:2
- Dolan, Paul (1997): "Modeling valuations for EuroQol health states" i *Medical Care* 1997; 35: 1095-1108
- EuroQol (2009): Hemsida The EuroQol Group, [www.euroqol.org](http://www.euroqol.org) (2009-05-27)
- Hazan, Haim (1999): *Old age – constructions and deconstructions*. New York: Cambridge University Press
- Henriksson, Martin & Burström, Kristina (2006): "Kvalitetsjusterade levnadsår och EQ-5D – En introduktion" i *Läkartidningen* 2006; 103(21-22): 1734-1739
- Holm, Anna & Jansson, Marie (2003): *Rehabilitering*. Stockholm: Liber
- Jansson, Wallis & Almberg, Britt (2002): *Geriatrik*. Stockholm: Liber
- Johansson, Susanne & Sundqvist, Maria (2009): *Ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt gentemot brukaren i ordinärt boende och vård- och omsorgsboende*. Södertälje kommun, tillgänglig på [www.sodertalje.se/rehab](http://www.sodertalje.se/rehab)
- Nestor FoU-center (2007): *Rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt*. Studiehandledning. Stockholm: Nestor FoU-center
- Nyberg, Lars (2006): "Fysisk träning förbättrar balans och muskelstyrka hos äldre" i *Fysioterapi* nr 2/2006 s. 40-43
- Patel, Runa & Davidson, Bo (1994): *Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur
- Rabin R, de Charro F (2001): "EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group" i *Annals of Medicine* 2001; 33:337-343
- Sundström, Gerdt, Johansson, Lennart & Hassing, Linda (2002): "The Shifting Balace of Long-Term Care in Sweden" i *The Gerontologist* 2002; 42:350-355
- SOU 2001:79. *Välfärdsbokslut för 1990-talet*. Kommittén Välfärdsbokslut
- Szebehely, Marta & Trydegård, gun-Britt (2007): "Omsorgstjänster för äldre och funktionshindrade: skilda villkor, skilda trender?" i *Socialvetenskaplig Tidskrift* 2007; 14:197-219
- Szebehely, Marta (2009a): "Omsorgsmönster bland kvinnor och män – inte bara en fråga om kön" i Gunnarsson, Evy & Szebehely, Marta (red): *Genus i omsorgens vardag*. Stockholm: Gothia förlag
- Szebehely, Marta (2009b): "Ett könsperspektiv på äldreomsorg" i *Äldre i centrum* nr 1/2009:22-23

- Tornstam, Lars (2005): *Åldrandets socialpsykologi*. Sjunde upplagan. Stockholm: Norstedts akademiska förlag
- Åberg, Anna Cristina (2004): *Viktiga faktorer för livstillfredsställelse bland äldre under och efter rehabilitering - Ett samarbetsprojekt mellan Geriatrikcentrum, Akademiska sjukhuset i Uppsala, Uppsala kommun och Universiteten i Uppsala och Aberdeen*. FoU-rapport 3/2004. Uppsala: Uppsala universitet, FoU-centrum äldre Uppsala län
- Åhlfeldt, Emanuel, Ahner, Tove, Nygren, Cecilia & Törnquist, Agneta (2007): *Vardagsrehabilitering inom äldreomsorgen – Projektredovisning, resultatutvärdering och lärarhandledning*. Stockholm: Nestor FoU-centers skriftserie 02/07
- Åhlfeldt, Emanuel & Engelheart, Stina (2009): *Socialt innehåll – Om förändringsarbete för enhetschefer i äldreomsorgen*. Stockholm: Nestor FoU-centers skriftserie 01/09



**Aktivitet, delaktighet och egna önskemål** behandlar ett utbildningsprojekt med syftet att fördjupa omsorgspersonalens kunskaper om ett rehabiliterande och aktiverande förhållningssätt inom äldreomsorgen. Projektet genomfördes i Södertälje kommun 2007 till 2009, inom både hemtjänsten och särskilt boende. Utbildningen har även genomförts i kommunerna Tyresö, Haninge och Nynäshamn.

Denna rapport redovisar utvärderingen av en del av projektet: en utbildningsomgång som riktades till hemtjänstpersonal i Södertälje kommun våren 2008. Utvärderingens fokus är effekter för de äldre personerna. Den bygger på kvalitativa intervjuer och EQ-5D, som mäter hälsorelaterad livskvalitet.



Nestor FoU-center  
Marinens väg 30, 136 40 Handen  
hemsida: [www.nestor-foucenter.se](http://www.nestor-foucenter.se)  
tel: 070-814 59 31  
e-post: [nestor@haninge.se](mailto:nestor@haninge.se)