

Hemvård

En kartläggning av översikter

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-252-1
Artikelnummer 2014-12-22

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2014

Förord

Socialstyrelsen arbetar sedan 2010 med en särskild satsning på kunskapsunderlag om äldreomsorg samt hälso- och sjukvård för de mest sjuka äldre. Denna rapport innehåller en kartläggning av sammanställd forskning i form av översikter om hemvård för äldre och de mest sjuka äldre. Syftet med kartläggningen är att beskriva forskningsfältet, det vill säga var det finns respektive saknas kunskap. Rapporten har relevans för beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå, chefer, utvecklare och utredare samt andra yrkesgrupper inom vård och omsorg om äldre, liksom för Socialstyrelsens arbete. Målsättningen är att sammanställa bästa tillgängliga kunskap för att stödja en evidensbaserad praktik.

Rapporten har gjorts av Gunilla Fahlström, projektledare, och Elizabeth Åhsberg, vid enheten för kunskapsöversikter. Jenny Rehnman är ansvarig enhetschef.

Agneta Holmström
tf avdelningschef, avdelningen för kunskapsstyrning

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
English summary – Home care - a map of reviews	9
Bakgrund	11
Tidigare forskning av särskild relevans	14
De äldre och de mest sjuka äldre	15
Syfte	15
Tillvägagångssätt	16
Litteratursökning	17
Urval av översikter	18
Bedömning av tillförlitlighet och aktualitet	18
Flödesschema för urval och kategorisering	19
Resultat	21
Rehabilitering	21
Telemedicin i hemvård	26
Utskrivning	28
Hemsjukvård som vårdform och arbetssätt	31
Hemtjänst	33
Patientsäkerhet	34
Diskussion	36
Hemvård är beforskat	36
Om genomförandet	40
Kunskapsluckor	43
Referenser	44
Bilaga 1. Exklusionskriterier	51
Bilaga 2. Tabell över inkluderade översikter efter område	52
Bilaga 3. Beskrivningar av inkluderade översikter	69
Bilaga 4. Sökdokumentationer	101
Bilaga 5. Medverkande	107

Sammanfattning

Vård och omsorg i hemmet blir allt vanligare både i Sverige och internationellt. Syftet med denna kartläggning är att identifiera och beskriva redan sammanställd forskning i form av översikter om effekter av hemvård för äldre. Hemvård innebär här hemsjukvård, hemtjänst och andra vårdinsatser i hemmet för personer 60 år och äldre. Jämförelse görs ofta med sjukhusvård. Totalt inkluderades 70 systematiska översikter varav 35 bedömdes vara av god vetenskaplig kvalitet medan 25 bedömdes ha begränsad tillförlitlighet. Av de 35 tillförlitliga översikterna var 10 även uppdaterade, dvs. sökning efter primärstudierna har gjorts 2011 eller senare. Antalet pågående översikter var 10. De områden som studerats i de publicerade översikterna var rehabilitering (23 översikter), telemedicin (15 översikter), utskrivning (10 översikter), hemsjukvård (10 översikter) och hemtjänst (2 översikter).

Bedömningen av översikternas tillförlitlighet, dvs. vetenskapliga kvalitet, har gjorts med hjälp av AMSTAR. Inga primärstudier har granskats. Inga graderingar av styrkan på det vetenskapliga underlaget för olika utfall har gjorts utan redovisningen i kartläggningen utgår från det som presenterats i översikterna.

Här sammanfattas slutsatser och resultat från tillförlitliga och uppdaterade översikter inom de fem områdena.

För området rehabilitering:

- Hembaserad träning kan lindra symtom vid andning och förbättra träningskapacitet samt livskvalitet vid kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL).
- Sjukgymnastik eller arbetsterapi i den äldres hem jämfört med sjukhus eller rehabiliteringsklinik kan lindra vid besvär i muskler och skelett.
- Hembaserad vård kan göra vården av kroniskt sjuka så bra som möjligt. Funktionell aktivitet kan förbättras efter hembesök av arbetsterapeut och sjukgymnast, där förändringar i hemmiljö och utförande av uppgifter är i fokus.

För området telemedicin i hemvård:

- Elektronisk övervakning av blodtryck i hemmet kan bidra till bättre blodtryckskontroll och relaterade hälsoeffekter.

För området utskrivning:

- Strukturerad och individualiserad utskrivningsplan medför troligen minskningar i sjukhusvistelsens längd samt minskar risken för återinskrivning för äldre med medicinska sjukdomstillstånd. Effekten på dödlighet, hälsa och kostnader är osäker.

- Vissa patienter med stroke som skrivits ut med stöd av ett utskrivningsteam återvände hem tidigare än de som skrivits ut enligt konventionella rutiner. Det var mer sannolikt att de som fått stöd var oberoende och bodde i hemmet sex månader efter stroke och att de var tillfreds med vårdinsatserna. Ingen negativ inverkan sågs när det gäller sinnesstämning eller hälsa för patienter eller anhöriga. Tydlig nytta med utskrivningsteam för strokedrabbade märks främst med samordnade team som rekryterar patienter med mindre allvarlig sjukdomsgrad. Även om klarhet behövs rörande den specifika modellen för utskrivningsteam finns tillräckligt stöd för att införa utskrivningsteam inom strokevård, enligt författarna.
- Vårdplanering vid tidig utskrivning från sjukhus av akut sjuka äldre minskar såväl antal återinläggningar som återinläggningens längd. Resultaten kan användas för att utforma och införa tidig utskrivningsplanering för denna grupp.

För området hemsjukvård:

- Färre personer med KOL blir återinlagda på sjukhus om de får avancerad hemsjukvård. Ingen säkerställd skillnad fanns mellan grupperna för livskvalitet, men patienter och anhöriga föredrog avancerad hemsjukvård. Ingen säkerställd skillnad fanns för antal dödsfall. Dessa resultat är bara tillämpliga på vissa personer; för majoriteten av personer med akut försämring av KOL är avancerad hemsjukvård troligen inte ett passande alternativ, enligt författarna.
- Olika typer av förbättringsåtgärder för äldre och multisjuka personer. Multisjuklighet är vanligt, men det finns endast begränsad evidens för specifika interventioner. Resultaten indikerar att förbättrad läkemedelsanvändning kan uppnås om interventionen riktas mot individuella riskfaktorer och funktionsnedsättningar.

För området hemtjänst:

- Det saknas vetenskapliga studier som visar på eventuella skillnader mellan hemtjänst och särskilt boende för långvarig vård och omsorg om äldre – vad gäller funktionsförmåga, dödlighet och vårdkonsumtion.

Kartläggningen visar att i många fall kan vårdinsatser genomföras i hemmet med liknande effekter och kvalitet som på sjukhus. För de mest sköra äldre och mest sjuka i olika diagnoser förefaller hemvård ha vissa begränsningar. Utifrån kartläggningens resultat skulle man kunna säga att hemvård inte är lämpligt i alla vård- och omsorgssituationer för samtliga äldre.

Multidisciplinära team verkar vara av godo. Patientsäkerhet har relevans inom samtliga ovan nämnda områden och nämns i några översikter. Vid sidan av den relativt stora mängden sammanställd kunskap finns flera kunskapsluckor. Exempelvis är ingen intervention studerad för hela gruppen äldre. Det behövs mer sammanställd kunskap om hemvård för sköra äldre. Det behövs också sammanställd kunskap om en sammanhållen vård- och omsorgskedja för hemtjänst, hemsjukvård och rehabilitering.

English summary

– Home care - a map of reviews

Care and services given in home settings is becoming more frequent in Sweden and in other countries. The aim of this report is to map reviews, i.e. research that is synthesized, about effects of home care for elderly people in comparison with usual care e.g. at hospital. Home care means health care, help and other types of care or services given to persons at the age of 60 years or older in their home.

In total, 70 systematic reviews were included after assessment of how they were performed. Of these were 35 reviews assessed as holding good scientific quality implying that the results are reliable. However, the scientific support for the outcome effects has not been assessed according to the GRADE-approach. Ten reviews were updated i.e. the search for literature was undertaken in the year of 2011 or later, and ten reviews were registered protocols about home care. Studied areas were rehabilitation, telemedicine, hospital discharge, home health care and home help services. Some reliable and updated results were found, for example:

- Rehabilitation: home based exercise can reduce symptoms for a) persons with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and b) persons with musculoskeletal disorders, compared to hospital based exercise.
- Telemedicine: home based electronic supervision can contribute to better blood pressure control compared to hospital visits.
- Hospital discharge: structured individualized discharge can reduce the length of hospital stay and readmissions compared to usual routine.
- Home health care: hospital at home can reduce the risk for readmission among persons with COPD compared to hospital care; improvement interventions for multiply diseased can improve drug use compared to usual care.
- Home help services: long-term care for older adults and the importance of home and community-based services versus institutional care is unclear.

The map shows that many home based interventions equals hospital based interventions in terms of results. For the most frail or ill persons home based interventions may be of limited value. Multidisciplinary teams seem to be beneficial indicating that the organization of home care work is of importance for the quality of care. Patient security is relevant for all the earlier mentioned areas and is mentioned in a few reviews. Beside the rather great volume of synthesized knowledge there are gaps of knowledge. For instance, no intervention was evaluated for all subgroups of the elderly; there is a need for further synthesized knowledge of home care for frail elderly and there is a

lack of knowledge concerning effects of a closely connected care chain for home help services, home health care and rehabilitation.

Bakgrund

Vård och omsorg i hemmet är en växande trend i Sverige och internationellt [1]. Det behövs ökad kunskap om vad hembaserad vård och omsorg kan innebära för enskilda personer som behöver detta, liksom om vård och omsorg som system. Vård och omsorg i hemmet benämns i denna rapport hemvård, ett begrepp som finns i Socialstyrelsens termbank och även används i internationell litteratur (eng. *home care*). Denna kartläggning ingick som ett av uppdragen i det regleringsbrev som Socialstyrelsen fick i december 2013 från regeringen. Kartläggningen ska relatera till ett annat uppdrag från regeringen som handlar om att göra en systemanalys inom ämnet (Dnr 5.3-9733/2014).

Syftet med rapporten är att beskriva forskningsfältet, det vill säga var det finns respektive saknas sammanställd kunskap av tillräcklig vetenskaplig kvalitet om hemvård för äldre. Med hemvård avses här vård och omsorg organiserat som hemsjukvård, hemtjänst och andra vård- eller omsorgsinsatser i hemmet.

Systematiska översikter

Eftersom hemvård kan innebära olika insatser och vårdformer har vi som utgångspunkt för denna kartläggning valt redan sammanställd forskning, det vill säga systematiska översikter. Det betyder att vi inte tagit del av och granskat de studier som en översikt bygger på och inte heller granskat några primärstudier. Det finns sannolikt studier om relevanta ämnen som inte ställts samman i en översikt.

Ett särskilt fokus för denna kartläggning är dels att beskriva vilka interventioner och grupper av personer som förekommer i översikterna, dels att bedöma om översikterna är tillförlitliga och aktuella. Vi kommer också att peka på områden där det saknas översikter som är tillförlitliga eller uppdaterade. Ett område som är relevant och angeläget för svensk äldreomsorg kan identifieras med hjälp av en kartläggning och studeras i en ny systematisk översikt.

Vård och omsorg för en åldrande befolkning

I Sverige är nästan 19 procent, ungefär 1,8 miljoner människor, 65 år eller äldre [2]. De äldres andel i befolkningen har ökat och beräknas fortsätta att öka [3]. Med stigande ålder ökar sannolikheten att drabbas av olika kroniska sjukdomar och särskilt att flera sjukdomar och symtom förekommer samtidigt, s.k. multisjuklighet [4]. Detta innebär att det i framtiden sannolikt kommer att ställas ännu större krav på tillgång till god vård och omsorg för äldre. Förmodligen kommer det också att ställas större krav på samordning mellan olika professioner och huvudmän. Med detta följer ett behov av kunskap för kommuner och landsting kring effektiva sätt att organisera vård och omsorg. En evidensbaserad vård och omsorg är numera någonting självklart. Lika mycket uppmärksamhet har dock inte ägnats behovet av att evidensbaserat vårdens organisation (eng. *services*) [5]. Det är angeläget att dels förstå

hur olika former av vård, till exempel öppen eller sluten vård, påverkar patienter, dels förstå vårdens förutsättningar att erbjuda en säker och ändamålsenlig vård.

Hemvård – ett vitt begrepp

För att minska risken att utesluta viktig kunskap om vård och omsorg i hemmet, både avseende vårdform och insatser, används uttrycket hemvård i denna rapport. I en litteraturgenomgång om hemvård i 18 europeiska länder definierades hemvård (eng. *home care*) brett. Genet m.fl. 2011 [1] skriver att det handlar om insatser som utförs i hemmet av personal för vuxna personer med behov av rehabiliterande, stödjande och tekniska insatser, hjälp med hem och hushåll samt personlig omvårdnad. Även stöd från anhöriga kan ingå i hemvård. Fenomenet och begreppet hemvård tas upp i en litteraturoversikt. Eftersom hemvård innebär ett spann av aktiviteter, allt ifrån primärprevention till vård i livets slutskede, kan hemvård ses som ett paraplybegrepp [6]. I denna rapport avses med hemvård: vård och omsorg i hemmet, hemsjukvård och hemtjänst.

Vård och omsorg i hemmet

Insatser i form av vård och omsorg i hemmet blir, som nämnts, allt vanligare i Sverige och internationellt [1]. Det kan vara insatser som är knutna till någon speciell sjukdom eller mer allmänt rör personens symtom eller situation.

Den genomsnittliga vårdtiden på sjukhus minskar samtidigt som vård utförs i större utsträckning som öppenvård, både vid sjukhus, i primärvård, genom hemsjukvård eller inom kommunal vård och omsorg. I de senare fallen handlar det då om det som i Sverige kallas hemsjukvård, hemtjänst eller ibland hemvård, liksom om vård i hemmet. I Sverige råder stor likhet i hur sjukvård och omsorg organiseras över landet, men samtidigt finns det skillnader i organisation, rutiner och arbetssätt. Var insatserna ges beror bland annat på den regionala och lokala organisationen samt rutiner. Vilken vård som ges beror på hur sjuk eller funktionsnedsatt personen är och vilka behov av vård och omsorg som därmed föreligger. Den svenska lagstiftningen, hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) respektive socialtjänstlagen (2001:453), är ramlagar vilket innebär att kommunerna och landstingen har stor frihet att utforma verksamheten efter sina skiftande behov.

Hemsjukvård

Med hemsjukvård menas vanligtvis medicinska insatser, rehabilitering, habilitering samt omvårdnad som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller av annan vårdpersonal med delegering enligt 6 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659) samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1997:14) om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård. I förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen definieras hemsjukvård som sådan vård i den enskildes hem där patientens tillstånd kräver regelbundna besök av hälso- och sjukvårdspersonal enligt särskild överenskommelse mellan patienten och sjukvårdshuvudmannen (proposition 2001/02:63, De nya läkemedelsförmånerna, s. 96). Insatserna ska ha föregåtts

av vård- och omsorgsplanering. Socialstyrelsen har tagit upp sammanställd forskning om vårdplanering i en tidigare kartlägningsrapport [8].

I Sverige är hemsjukvård och hemtjänst i praktiken ofta integrerade så att hemsjukvårdsuppgifter kan utföras av hemtjänstpersonal med delegation för detta. Hemsjukvård innefattar hälso- och sjukvårdsinsatser av olika slag, även rehabilitering och habilitering. Det innebär insatser från legitimerade yrkesgrupper såsom arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor samt insatser från undersköterskor. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster utreder och bedömer bland annat behov av rehabiliterande insatser. De kan också förskriva tekniska hjälpmedel. Sjuksköterskor i hemsjukvård kan utföra provtagningar, ge injektioner, lägga om sår, hjälpa till med näringstillförsel via dropp eller sond, ge ordinerad smärtlindring eller annan specifik omvårdnad. omvårdnad [9]. En viktig uppgift är också att säkerställa att individen får ordinerade läkemedel på rätt sätt. Sjuksköterskan kan under vissa förutsättningar förskriva vissa läkemedel vilket följer av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel. Sjuksköterskan kan även tillhandahålla förbrukningsartiklar, t.ex. vid urininkontinens, vilket följer av 4 § 3 Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. Sjuksköterskan kan ge råd och har det övergripande omvårdnadsansvaret för patienten. Det kan dock finnas insatser som på grund av medicinska risker inte bör utföras i basal hemsjukvård.

Enligt en rapport om svensk hemsjukvård från Socialstyrelsen 2008 påverkar organiseringen tillgängligheten, men även tillgången till olika insatser såsom behandling och utredning [10]. I rapporten ingår basal hemsjukvård, hemrehabilitering eller motsvarande som pågår över tid, men även hemsjukvård som kan betecknas som avancerad.

Enkel, basal och avancerad hemsjukvård i Sverige

I dagsläget har landstingets primärvård kvar ansvaret för basal hemsjukvård endast i ett län, i de övriga har den kommunaliserats. Avgränsningarna inom detta ansvar kan dock variera något. För de insatser som kräver läkarkompetens ansvarar alltid landstingen och då vanligtvis primärvården.

Enklare hemsjukvård kan innefatta läkemedelsadministration, såromläggning, katetervård och provtagning. Basal hemsjukvård innebär tillgång till sjuksköterskor och baspersonal samt läkare på dagtid. Det handlar då om hemsjukvård med mer sammansatta behov av medicinska och omvårdnads-mässiga insatser som bedömning, behandling, uppföljning och utvärdering.

Avancerad hemsjukvård innebär bland annat tillgång till sjuksköterskor och läkare dygnet runt. Vid avancerad sjukvård görs sammansatta ställningstaganden medicinskt och omvårdnads-mässigt samt behandlingar, symtomkontroll och infusioner/transfusioner. Avancerad hemsjukvård är vanligtvis landstingens ansvar. I engelskspråkig litteratur förekommer uttrycket ”*hospital at home*” vilket är jämförbart med avancerad hemsjukvård

http://www.oxfordhealth.nhs.uk/?service_description=hospital-at-home.

Det finns tekniker för övervakning och kommunikation i hemmet med hjälp av olika applikationer. Detta benämns här telemedicin, men flera begrepp, som till exempel telehälsa och televård, förekommer i litteraturen. Välfärdsteknologi, som utvecklas alltmer inom omsorg, knyter också an till detta.

Hemtjänst

Enligt förarbetena till socialtjänstlagen är syftet med olika slags insatser från hemtjänsten att underlätta den dagliga livsföringen, och i många fall också att möjliggöra ett kvarboende i det egna hemmet. Hemtjänstens traditionella innehåll kan allmänt sett indelas dels i uppgifter av servicekaraktär, dels i uppgifter som mer inriktas mot personlig omvårdnad. Med serviceuppgifter kan avses bland annat praktisk hjälp med hemmets skötsel – städning och tvätt – och hjälp med inköp, ärenden på post och bank och tillredning av måltider eller distribution av färdiglagad mat. Med personlig omvårdnad avses de insatser som därutöver behövs för att tillgodose fysiska, psykiska och sociala behov. Det kan handla om hjälp för att kunna äta och dricka, klä sig och förflytta sig, sköta personlig hygien och insatser för att bryta isolering och kunna känna trygghet och säkerhet i det egna hemmet (prop. 1996/97:124, Ändring i socialtjänstlagen, s. 88).

Undersköterskor är den största yrkesgruppen inom hemtjänsten. Hemtjänst är kommunens ansvar och kan efter ett biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen verkställas av kommunen eller andra utförare. Hemtjänst är den vanligaste insatsen i den samhälleliga äldreomsorgen; 9 procent av alla personer som är 65 år och äldre har det, medan 5 procent av samma grupp bor i särskilt boende 2012[11]. Kostnaderna för det särskilda boendet motsvarar 59,4 procent av socialtjänstens kostnader medan motsvarande siffra för hemtjänsten är 30,3 procent [12].

Tidigare forskning av särskild relevans

Hemsjukvård

För att få en så aktuell kunskapsbas som möjligt valdes sammanställningar från den senaste tioårsperioden – dvs. från och med år 2004 och framåt – som avgränsning i tid för denna kartläggning. Avgränsningen kan också motiveras av att även gamla studier innefattas i relevanta forskningsöversikter från de senaste tio åren.

Några översikter som är av äldre datum, men med hög relevans för ämnet, kan ändå omnämnas. I en översikt av Hedrick m.fl. från 1989 [13] studerades effekter av hemvård (hemsjukvård eller personliga insatser i hemmet). Hemvård visades minska antalet flyttningar till särskilt boende (OR 0.77; 0.62-0.95) och en minskad, men inte statistiskt säkerställd, dödlighet iakttoogs för interventionsgruppen under uppföljningsperioden (OR 0.92; 0.73-1.07). I en översikt från SBU 1999 [14] granskades det vetenskapliga kunskapsunderlaget utifrån frågan huruvida avancerad hemsjukvård samt hemrehabilitering kunde vara bättre eller billigare än sjukhusvård efter stroke respektive ortopedisk kirurgi. Slutsatsen var att avancerad hemsjukvård och hemrehabilite-

ring under kortare perioder är jämbördiga alternativ till andra vårdformer beträffande såväl effekter som kostnader.

Enligt en översikt av Kadushin m.fl. från år 2004 [15] om konsumtion av hemsjukvård kännetecknas personer som använder hemsjukvård av att de är äldre, har stora nedsättningar i funktioner som rör det dagliga livets aktiviteter (ADL och IADL) samt är ensamboende med litet stöd från anhöriga. Dessa resultat bygger framförallt på amerikanska studier och avser perioden 1985–2000.

Hemtjänst

I en översikt av Godfrey m.fl. från 2000 [16] inriktad på hemtjänst fann man inget aktuellt vetenskapligt stöd för effekter och utfall av hemtjänst.

Några andra sammanställningar som vi funnit handlar om utbredning, konsumtion eller utveckling av vård i hemmet. Enligt en översikt från år 2011 [1] varierar hemvård såväl inom som mellan europeiska länder. Dessa resultat kommer från studier om hemvård i 18 länder. Studierna handlade i många fall om någon fråga inom hemvårdssystemet och jämförande studier förekom sällan. Systemen med hemtjänst reformeras i flera europeiska länder i strävan att bland annat begränsa kostnader men samtidigt bevara kvalitet i termer av att tillgodose individuella och olikartade behov [17].

De äldre och de mest sjuka äldre

Gruppen av personer som denna kartläggning handlar om (populationen) utgörs inte enbart av personer som under senare år benämnts de mest sjuka äldre eller sköra äldre. Istället avgränsades populationen till personer som är minst 60 år gamla och behöver någon form av vård och omsorg till följd av skörhet, sjukdom eller nedsatt funktionsförmåga. Mer detaljerad information om populationen finns i kapitlet ”Tillvägagångssätt”.

Syfte

Syftet med denna rapport är att kartlägga och beskriva översikter om hemvård för äldre samt bedöma översikternas tillförlitlighet och aktualitet. Översikterna granskas utifrån nedanstående frågor:

- Vilka områden har studerats?
- Har effekter av specifika interventioner studerats avseende vårdresultat och patientsäkerhet?
- Har jämförelser gjorts mellan hemvård och institutionell vård och omsorg?
- Har organisatoriska frågor studerats avseende för- och nackdelar med hemvård, respektive med olika typer av organisation inom hemvård?

Tillvägagångssätt

Inklusions- och exklusionskriterier

De översikter, det vill säga redan sammanställd forskning, som inkluderas i kartläggningen ska uppfylla nedanstående kriterier för population, intervention, jämförelsegrupp och utfallsområden. Urvalet styrs också av översiktens språk, när och var den är publicerad samt var primärforskningen gjorts. Exklusionskriterierna redovisas i bilaga 1. Inklusionskriterierna var:

Population

1. Populationen ska uppfylla minst ett av följande tre kriterier:

- Har hemtjänst (eng. home help, home help services, home care) eller hemsjukvård (eng. home care, home care nursing, home health care)
- Är benämnd skör (eng. frail) i relevanta studier alternativt beskrivs som multisjuk eller i övrigt har benämnts ha sammansatta hälsoproblem.
- Har någon av följande sjukdomar/hälsoproblem: cancer, demens, frakturer, hjärtsjuklighet, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), lunginflammation, psykisk ohälsa, stroke [8].

2. Något av följande kriterier avseende populationen ska också uppfyllas i översikten:

- Studiepopulationen ska vara ≥ 60 år.
- En majoritet av de ingående primärstudierna har studiepopulationer med en medelålder av ≥ 60 år.
- En separat analys finns för äldre.
- Om studiepopulationen har demenssjukdom, höftfraktur eller stroke så inkluderas översikten även om åldersuppgifter inte framgår.

Intervention

Interventionerna skulle syfta till att ge sjuka äldre vård och/eller omsorg i hemmet. Det kunde exempelvis handla om:

- Interventioner inom hälso- och sjukvård.
- Interventioner av bredare karaktär (ADL/PADL eller annat) för att få livet att fungera.
- Tekniker för övervakning och kommunikation i hemmet med hjälp av olika applikationer. Här benämns detta som telemedicin, men flera begrepp som t.ex. telehälsa och televård, förekommer.

Jämförelse (kontrollgrupp)

Inga specifika krav på jämförelsegrupp ställs, men den ska vara beskriven för att relevansen ska kunna avgöras. Vanliga jämförelsealternativ är vård och omsorg vid sjukhus eller i särskilt boende. Jämförelsealternativen kan också

vara vård i hemmet, sedvanliga insatser i respektive land eller ingen insats, exempelvis personer som står på väntelista för den aktuella insatsen.

Utfall (effektmått)

Alla typer av patientrelaterade utfall accepterades, till exempel fysisk funktionsförmåga, depression och livskvalitet, som är individrelaterade, eller sjukvårdskonsumtion, som också är systemrelaterat. I de fall där resultat för anhöriga redovisas, beskrivs också dessa.

Om publikationerna

Typ: Publicerade översikter i vetenskapliga tidskrifter, av myndigheter eller forskningsinstitut samt registrerade pågående översiktsarbeten, så kallade protokoll.

Tid: År 2004 och framåt. Det senaste decenniet valdes för att få så aktuella forskningssammanställningar som möjligt.

Språk: Skandinaviska språk, tyska eller engelska.

Geografi: I sökningarna gjordes inga geografiska begränsningar. Översikter som däremot enbart inkluderar studier från USA, Kina eller andra system som skiljer sig avsevärt från Sverige, uteslöts.

Litteratursökning

Översikter identifierades via informationssökning i vetenskapliga referensdatabaser och granskning av referenslistor i alla inkluderade översikter. Därtill har även en granskning gjorts av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för lungcancervård, hjärtsvikt, depression och ångestsyndrom, strokesjukvård, demenssjukdom samt palliativ vård avseende rekommendationer om insatser inom hemsjukvård. SKL:s och Svenskt demenscentrums webbplatser har granskats, liksom register över planerade och pågående översikter (PROSPERO och Joanna Briggs Institute). Webbplatsen för det nationella och longitudinella forskningsprojektet om vård och omsorg om äldre, SNAC (Swedish National Study on Ageing and Care), har också granskats (<http://snacsweden.wordpress.com/om-snac/länken>). Därutöver har svenska ämnesexperter tillfrågats om huruvida de känner till ytterligare översiktsartiklar.

Databassökningarna gjordes under perioden januari till och med april 2014 av en informationsspecialist vid Socialstyrelsen. Två sökomgångar har gjorts: 1) översikter om hemsjukvård för äldre personer; 2) en bredare sökning utan begränsning till åldersgrupper av systematiska översikter och HTA-rapporter om hemsjukvård/hemtjänst/hemrehabilitering. Följande nio databaser har genomsökts:

- Ageline
- ASSIA
- Cinahl
- Cochrane library
- PsycINFO
- ProQuest Sociology

- PubMed
- Social Care Online
- The Campbell Library.

I sökningarna har både kontrollerade ämnesord samt ord som finns i titlar och/eller i sammanfattningar använts för att få bästa möjliga träffresultat. Sökstrategierna har varit breda och varierade för att minimera risken att missa relevanta översikter. Ett exempel därpå är att en generell utgångspunkt vad gäller population är äldre och sköra äldre, men ibland har ingen sådan begränsning gjorts. Exakt vilka sökord som har använts varierar beroende på databas samt ämnesområde. Sökningarna har inte begränsats geografiskt. Exempel på sökstrategier från de båda sökomgångarna redovisas i bilaga 4.

Urval av översikter

Kartläggningen fokuserar på den forskning som sammanfattats i systematiska översikter. En systematisk översikt genomförs med hjälp av en strukturerad och öppet redovisad metod för att finna, samla in, välja ut och väga samman forskning om en definierad fråga. Syftet är att minimera risken för att resultat och slutsatser systematiskt snedvrids [18]. Genom en kartläggning kan en stor mängd sammanvägd kunskap inom ett område täckas.

Först granskades titlar och sammanfattningar av översiktsartiklar för att avgöra vilka som var potentiellt relevanta för kartläggningen. Därefter dubbelgranskades 25 procent av de exkluderade sammanfattningarna. De potentiellt relevanta översikterna lästes och granskades sedan i fulltext för att avgöra vilka som skulle inkluderas eller exkluderas i kartläggningen. Detta gjordes av två personer oberoende av varandra. När granskarna gjort olika bedömningar vidtog först en diskussion mellan granskarna för att uppnå konsensus och vid behov togs hjälp av en tredje bedömare.

Bedömning av tillförlitlighet och aktualitet

Bedömningen av översikternas tillförlitlighet, eller vetenskapliga kvalitet, har främst gjorts med hjälp av elva frågor. Dessa handlar bland annat om litteratursökning, inklusionskriterier, studieurval, hur siffror och information från studierna tagits fram, beskrivning av de studier som ingår i översikten samt vetenskapliga hänsyn vid formulering av slutsatser, allt enligt mallen för AMSTAR från SBU (www.sbu.se).

Särskild tyngd för tillförlitlighet har getts översiktens redovisning av litteratursökning, metod för urval av studier, hur granskningen av primärstudier-
nas kvalitet gått till samt hur resultaten presenteras i översikten [19]. Det finns risk för snedvridning av resultat om det inte finns någon tydlig redovisning av bland annat hur urval och fördelning av deltagare gjorts, bortfallets storlek, vem som utfört insatsen, vilka som följt upp hur resultatet blev och om dessa kände till huruvida deltagarna tillhörde interventionsgruppen eller kontrollgruppen för varje studie. Denna risk för systematiska fel kallas med ett engelskt uttryck för *bias*.

Även om översikten är av god kvalitet kan primärstudierna ha brister.

Tre kategorier

De inkluderade och publicerade översikterna delades in i tre kategorier utifrån bedömningen av tillförlitlighet och aktualitet, alltså om översikten var uppdaterad eller inte. Tidpunkten för litteratursökningen avgör om en översikt är uppdaterad eller inte. Brytpunkten sattes till 2011, det vill säga tre år tillbaka i tiden. Tre år bedömdes som rimligt med tanke på produktionstid och publikationsprocess för en översikt samt önskemålet att få så färsk sammanställningar av forskningen som möjligt. De tre kategorierna är:

1. Uppdaterade översikter av god kvalitet. Det innebär väl genomförda systematiska översikter med databassökningar avslutade 2011 eller senare. I resultatet presenteras dessa under rubriken "Tillförlitlig och uppdaterad kunskap".
2. Inte uppdaterade översikter men av god kvalitet. Det innebär väl genomförda systematiska översikter med databassökningar avslutade före 2011. I resultatet presenteras dessa under rubriken "Tillförlitlig men inte uppdaterad kunskap".
3. Översikter av begränsad kvalitet. Det innebär översikter som bedömts ha brister i hur de genomförts. Bristerna medför att det är oklart i vilken utsträckning resultaten är tillförlitliga. I resultatet presenteras dessa under rubriken "Insatser där vi inte vet säkert".

Om det finns flera översikter inom samma ämnesområde har syfte, undersökningsgrupp, intervention, jämförelsegrupp, utfall och uppföljningstid särskilt jämförts för att identifiera vad som kan skilja översikterna åt.

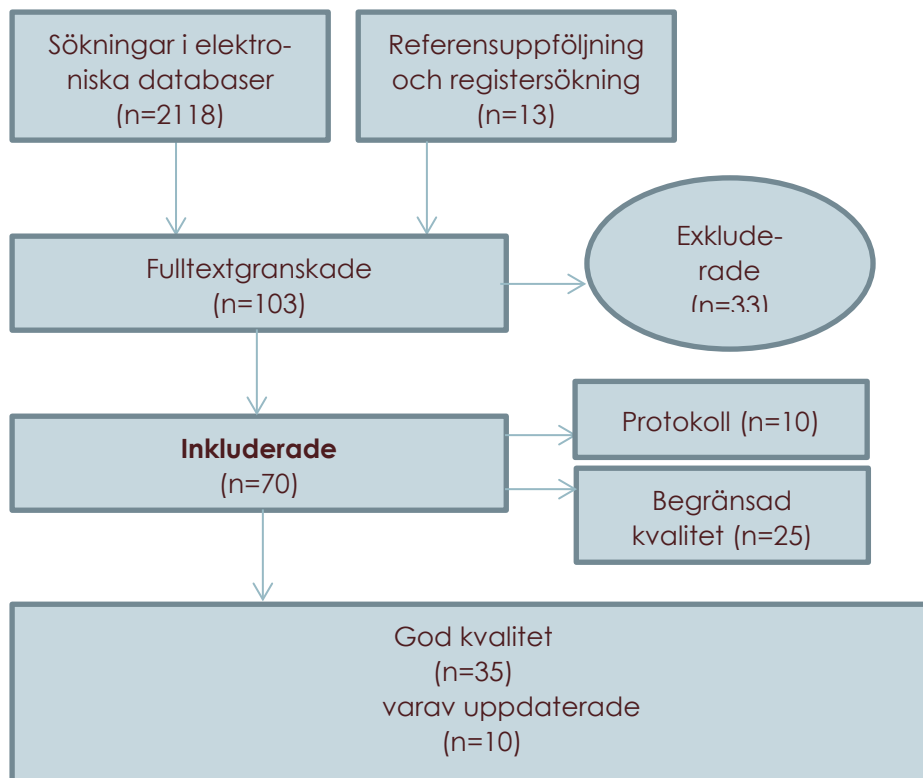
De resultat och slutsatser, liksom eventuellt vetenskapligt stöd, som redovisas är vad författarna till översikterna presenterar. I kartläggningen ingår ingen värdering av styrkan på det vetenskapliga underlaget.

Flödesschema för urval och kategorisering

Databassökningen resulterade i 2 118 sökträffar efter att dubletter sorterats bort. Sökningen kompletterades med uppföljning av bland annat referenslistor och registersökning, varvid 13 översiktsartiklar tillkom. Översiktsartiklar som inte uppfyllde kriterierna för att ingå uteslöts.

Totalt inkluderades 70 översikter i kartläggningen varav 10 var pågående översikter, så kallade protokoll. Av de 60 publicerade översikterna bedömdes 35 (58 %) vara av god kvalitet. Av dessa översikter var 10 uppdaterade. För 25 översikter gjordes bedömningen att de var av begränsad kvalitet (Figur 1).

Figur 1: Flödesschema för urval och kategorisering av översikter



Resultat

I det här kapitlet presenteras resultatet, det vill säga vad de översikter som ingår i kartläggningen handlar om samt hur tillförlitliga och aktuella resultaten är. Framförallt är det resultat av insatser som ges till äldre personer som bor i ordinärt boende (här ofta benämnt ”hemmaboende”) jämfört med motsvarande vid sjukhus, särskilt boende eller liknande (mer institutionellt och inte i ordinärt boende). Annan sammanställd forskning som är av relevans för svensk hemsjukvård och hemtjänst ingår också. Resultatet presenteras områdesvis och under ett antal återkommande rubriker. Först kommer en sammanfattning av tillförlitlig och uppdaterad kunskap inom det aktuella området. Därefter redovisas kunskapsläget efter sjukdom, intervention eller på annat sätt.

I bilaga 3 listas översikterna i alfabetisk ordning efter första författarens efternamn och de beskrivs mer eller mindre utförligt beroende på dess kvalitet. En kortfattad beskrivning av översikterna efter område finns i bilaga 2.

Fem beteckningar av översikternas innehåll

För att gruppera översikterna efter innehåll och göra texten mer överskådlig används några beteckningar. Beteckningarna utgör gemensamma nämnare av innehållet i översikterna och är olika eftersom beteckningarna på hemvård varierar mellan vårdformer (hemsjukvård och hemtjänst) och insatser (rehabilitering, utskrivning och telemedicin). En uppdelning på insatser kopplade till specifik sjukdom, symptom eller mer generella insatser för sköra eller multisjuka äldre har gjorts när studierna haft sådana avgränsningar. Beteckningarna är:

- Rehabilitering
- Telemedicin i hemvård (beskrivs kortfattat på s. 25)
- Utskrivning från sjukhus eller överföring till annan vård/insats
- Hemsjukvård som vårdform eller arbetssätt
- Hemtjänst (omsorgsinriktning).

Rehabilitering

Rehabilitering ingår definitionsmässigt i hemsjukvård och innefattar här sjukdomsspecifik respektive allmän rehabilitering.

Tillförlitlig och uppdaterad kunskap om rehabilitering
Inom området rehabilitering finns kunskap som är tillförlitlig och uppdaterad om effekter av:

- Hembaserad träning på andningssymtom, lungfunktion, träningskapacitet samt livskvalitet vid kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) [20].
- Sjukgymnastik eller arbetsterapi i den äldres hem jämfört med sjukhus eller rehabiliteringsklinik vid besvär i muskler och skelett [21].

- Hembaserad vård för att göra vården av hemmaboende kroniskt sjuka så bra som möjligt [22].

I området rehabilitering ingår 23 översikter samt 3 pågående översikter (protokoll).

Rehabilitering med sjukdomsspecifik inriktning

Rehabilitering inriktad på specifika sjukdomar studerades i 16 översikter. De handlade om rehabiliteringsinsatser vid hjärtsjukdom, stroke eller andra neurologiska sjukdomar, höftfraktur, KOL, besvär i muskler och skelett samt demenssjukdom.

Rehabilitering vid besvär i muskler och skelett – 1 översikt

Tillförlitlig och uppdaterad kunskap

En uppdaterad översikt av god kvalitet [21] studerade sjukgymnastik eller arbetsterapi i den äldres hem jämfört med sjukhus eller rehabiliteringsklinik. Deltagarna var 63 år eller äldre. Författarnas slutsats var att rehabilitering i hemmet kan lindra vid besvär i muskler och skelett.

Rehabilitering vid hjärtsjukdom – 4 översikter

Fyra översikter handlade om rehabilitering vid hjärtsjukdom, varav tre har bedömts hålla god kvalitet, men de var inte uppdaterade.

Tillförlitlig men inte uppdaterad kunskap

En icke-uppdaterad översikt av god kvalitet granskade det vetenskapliga stödet för rehabilitering av hjärt-kärlpatienter avseende livskvalitet [23]. Interventionen var sjukhusledd fysisk träning, avslappning och utbildning, psykologiskt stöd och telefonuppföljning, som vanligen jämfördes med hembaserade insatser. Slutsatsen var att rehabilitering för hjärt- och kärlsjuka kan förbättra livskvaliteten. Rehabilitering i hemmet gav patienter fler möjligheter till individuellt anpassad träning, vilket kan vara särskilt betydelsefullt för äldre personer, enligt författarna.

En annan icke-uppdaterad översikt av god kvalitet granskade effektiviteten av en intervention för depression bland äldre med hjärtsjukdom [24]. Den hembaserade interventionen kunde innefatta utbildning, rådgivning, träning, video- eller internetbaserad vård eller telehälsa. Intervention kunde även ges vid rehabiliteringsklinik. Författarna slutsats var att det fanns ett blandat stöd för lokalt baserade interventioner vid hjärtsjukdom. Studierna i översikten hade metodologiska brister.

En icke-uppdaterad översikt av god kvalitet undersökte multidisciplinära interventioners inverkan på behov av sjukhusvård och dödlighet till följd av hjärtsjuklighet [25]. Ett team med bred kompetens utförde interventionerna som var fyra, av varandra uteslutande, kategorier: hembesök, fysiologisk övervakning eller televideolänk, telefonuppföljning men inga hembesök, och enbart intervention vid sjukhus eller klinik. Slutsatsen var att multidisciplinära interventioner för hjärtsjuklighet minskar såväl sjukhusvård som dödlighet, oavsett orsak. De mest effektiva interventionerna genomfördes åtminstone delvis i hemmet, enligt författarna.

Insatser där vi inte vet säkert

En översikt av begränsad kvalitet handlade om icke-farmakologiska insatser vid hjärtsvikt. Det innebär att det saknas sammanställd kunskap av tillräcklig kvalitet om värdet av utbildning i bland annat medicinering, diet och träning [26].

Rehabilitering vid stroke – 4 översikter

Fyra översikter handlade om rehabilitering vid stroke eller liknande, varav två har bedömts hålla god kvalitet.

Tillförlitlig men inte uppdaterad kunskap

En översikt [27] som håller god kvalitet, men inte är uppdaterad, studerade plats för rehabilitering av personer med stroke. Effekter av rehabilitering vid stroke i det egna hemmet jämfördes med rehabilitering vid klinik, exempelvis dagsjukvård. Rehabiliteringen inkluderade singel- eller multidisciplinära insatser av hälso- och sjukvårdspersonal. Slutsatsen var att hembaserad rehabilitering signifikant förbättrade funktionsförmåga efter 6 veckor och efter 3–6 månader. Efter 6 månader var effekterna mer oklara. Rehabilitering för personer med stroke som bor hemma borde vara mer hembaserad, speciellt utifrån en kostnadsaspekt. Men mot bakgrund av att effekterna inte är lika tydliga på lång sikt, rekommenderade författarna att patienters önskemål bör beaktas vid avgörandet av vårdplats.

I en något äldre översikt av god kvalitet [28] bedömdes effekterna av terapibaserad rehabilitering för personer med stroke. Interventionen beskrevs som terapibaserad rehabilitering av sjukgymnast, arbetsterapeut eller blandad insats av multidisciplinär personal, där handledning ges av legitimerade yrkesutövare. Slutsatsen var att terapibaserad rehabilitering till hemmaboende patienter som drabbats av stroke förbättrade förmågan att klara personliga aktiviteter i dagligt liv och reducerade risken för försämrad funktionsförmåga, enligt författarna.

Insatser där vi inte vet säkert

Två översikter har begränsad kvalitet, vilket innebär att det saknas sammanställd kunskap av tillräcklig kvalitet om effekter av specialiserad neurologisk rehabilitering till personer med bland annat stroke och Parkinsons sjukdom [29] respektive effektiviteten av bland annat hembaserad rehabilitering efter stroke med avseende på depression och livskvalitet [30].

Rehabilitering vid höftfraktur – 4 översikter

Fyra översikter handlade om rehabilitering efter höftfraktur varav två har bedömts hålla god kvalitet.

Tillförlitlig men inte uppdaterad kunskap

En översikt av god kvalitet [31] studerade effekter av multidisciplinär rehabilitering i hemmet efter höftkirurgi på funktion, livskvalitet, rörlighet, muskelstyrka och balans. Rehabiliteringsteamerna kunde vara olika bemannade, men sjukgymnastik ingick alltid. Slutsatsen var att multidisciplinär rehabilitering i hemmet jämfört med ingen insats befanns vara lika eller mer effektiv. Däre-

mot kunde inga slutsatser om rekommendationer ges på grund av att studierna var metodologiskt svaga, enligt författarna.

En annan, icke-uppdaterad översikt av god kvalitet [32] jämförde effekter av hembaserad sjukgymnastik med poliklinisk sjukgymnastik eller ingen sjukgymnastik efter höftfrakturskirurgi. Hembaserad sjukgymnastik var bättre än ingen sjukgymnastik och likvärdig med poliklinisk sjukgymnastik när det gäller att förbättra hälsorelaterad livskvalitet. Författarna drog slutsatsen att prestationsbaserade utfall, exempelvis rörelseförmåga, var marginellt bättre efter poliklinisk sjukgymnastik jämfört med hembaserad sjukgymnastik tre och sex månader efter operation.

Insatser där vi inte vet säkert

Två översikter har begränsad kvalitet, vilket innebär att det saknas sammanställd kunskap av tillräcklig kvalitet om beskrivning av nya och framgångsrika modeller för hembaserad rehabilitering [33] respektive olika former av rehabilitering efter höftfrakturer [34].

Rehabilitering vid KOL – 2 översikter

Tillförlitlig och uppdaterad kunskap

En uppdaterad översikt av god kvalitet [20] studerade hembaserad rehabilitering, övervakad eller inte, som inkluderar träning med eller utan utbildning och/eller psykologiskt stöd under minst fyra veckor. Enligt författarna innebär hembaserad rehabilitering effektiv terapeutisk intervention för att lindra KOL-relaterade andningssymtom som andnöd och förbättra träningskapacitet, lungfunktion och livskvalitet.

Tillförlitlig men inte uppdaterad kunskap

En annan översikt handlade om hemrehabilitering vid KOL [35]. Den har bedömts vara av god kvalitet, men är inte uppdaterad. De flesta ingående studierna som jämförde hembaserad rehabilitering med standardvård påvisade förbättringar i hälsorelaterad livskvalitet och fysisk kapacitet. Slutsatsen var att studier som jämförde hembaserad rehabilitering med sjukhusbaserade öppenvårdsprogram inte har kunnat påvisa några statistiska och kliniskt signifikanta skillnader i hälsorelaterad livskvalitet och fysisk kapacitet. Det är därmed fortfarande oklart om hembaserad rehabilitering skiljer sig från sjukhusbaserade öppenvårdsprogram när det handlar om att öka de fysiska aktiviteterna i det dagliga livet för personer med KOL. Egenkontrollerad hembaserad rehabilitering kan vara ett alternativ till öppenvårdsrehabilitering, enligt författarna.

Rehabilitering vid demens – 1 översikt + 3 protokoll

Insatser där vi inte vet säkert

En översikt av begränsad kvalitet [36] studerade icke-farmakologiska interventioner och möjligheten att skjuta upp funktionsnedsättningar bland hemboende personer med demenssjukdom, vilket innebär att det saknas sammanställd kunskap av tillräcklig kvalitet om detta.

Pågående kunskapssammanställningar

Tre pågående översikter handlar om insatser i hemmet för personer med demenssjukdom: arbetsterapi [37], fysisk träning [38] samt hantering av beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD) [39].

Rehabilitering med allmän inriktning

Rehabilitering med allmän inriktning innebär här antingen att det handlar om insatser till äldre som är sköra, multisjuka utan närmare specificering eller att insatsen är allmän, det vill säga att flera diagnosgrupper ingår utan att insatsen är diagnosspecifik. Vi fann sju översikter om rehabilitering med allmän inriktning. Fyra översikter bedömdes hålla god kvalitet varav en var uppdaterad [22].

Hemrehabilitering för kroniskt sjuka och sköra äldre – 2 översikter

Tillförlitlig och uppdaterad kunskap

Den uppdaterade översikten [22] syftade till att fastställa effektiviteten av hembaserad vård för att göra vården av kroniskt sjuka hemmaboende så bra som möjligt. Det var personer med kronisk sjukdom som hjärtsvikt, stroke, KOL, diabetes eller multisjuka. Åtta av tolv studier rörde äldre med en medelålder på 60–79 år. Interventionen var hembesök av sjuksköterska, ibland tillsammans med apotekare, sjukgymnast och arbetsterapeut eller hälsoarbetare. Besöken varierade mellan 30 minuter och 2 timmar och antalet besök varierade med den äldres behov. Utbildning ingick oftast om sjukdomen, livsstilsförändring, medicinering samt förändringar i hemmiljö och hur vardagslivets göromål kan utföras. Slutsatsen var att utbildningsbaserad hemvård är effektivt för att förbättra för patienter med olika hjärtsjukdomar om hemvården ges av sjuksköterska, antingen vid ett enskilt hembesök eller kontinuerligt. Hembesök av arbetsterapeut och sjukgymnast med fokus på förändringar i hemmiljö och hur uppgifter i hemmet kan genomföras förbättrade funktionell aktivitet för hemmaboende vuxna med kronisk sjukdom.

Insatser där vi inte vet säkert

En översikt av begränsad kvalitet utvärderade om hembaserad träning förbättrar utfall för sköra äldre [40]. Det innebär att det saknas sammanställd kunskap av tillräcklig kvalitet om effekter av träning som kräver fysisk ansträngning för att förbättra eller behålla konditionen bland sköra äldre.

Rehabilitering för äldre – 1 översikt

Tillförlitlig men inte uppdaterad kunskap

En översikt av god kvalitet handlar om effekter av interventioner för att förbättra fysisk funktion och bevara oberoende bland äldre [41]. Interventionen var multifaktoriell och varierade, men inbegrep ofta bedömningar och råd av läkare och/eller sjuksköterska eller andra yrkesgrupper. Den utfördes ibland i hemmet eller i kombination med hembesök. Interventionen riktades till hemmaboende äldre eller äldre som ska skrivas ut från sjukhus till eget hem, med en medelålder på minst 65 år. Innehållsrika interventioner kan hjälpa

äldre personer att leva säkert och oberoende och kan utformas för att möta individuella behov och önskemål, enligt författarna.

Olika vårdmiljöer för rehabilitering – 4 översikter

Tillförlitlig men inte uppdaterad kunskap

En icke-uppdaterad översikt av god kvalitet presenterades i två publikationer [42, 43]. Geriatrisk dagsjukvård där äldre patienter vistades en hel eller nästan en hel dag i sjukvårdsmiljö och fick multidisciplinär rehabilitering studerades [43]. Detta jämfördes med omfattande geriatrisk äldrevård, insatser i hemmet eller inte någon omfattande äldrevård. Geriatrisk dagsjukvård verkade vara mer effektivt än ingen intervention i termer av förbättrad aktivitet i dagligt liv (ADL) och minskad användning av slutenvård vid sjukhus. Geriatrisk dagsjukvård visade ingen tydlig fördel i förhållande till andra former av omfattande äldrevård/service, enligt författarna. I en andra publikation jämfördes geriatrisk dagsjukvård särskilt med rehabilitering av varierande intensitet vid hembesök med rehabilitering, i 7 av 13 primärstudier [42]. Slutsatsen var att hemrehabilitering tycks visa liknande kliniskt utfall som geriatrisk dagsjukvård, men är mer resurseffektiv. Det finns dock brister i genomförandet av primärforskningen, enligt författarna.

En översikt som är av god kvalitet men inte är uppdaterad studerade effektivitet av olika vårdmiljöer för rehabilitering av äldre. Slutsatsen var att det inte fanns underlag för att jämföra effekt av rehabilitering i olika vårdformer [44] eftersom inga studier kunde inkluderas; översikten är ”tom”.

Insatser där vi inte vet säkert

En översikt av begränsad kvalitet [45] syftade till att granska om multidisciplinära rehabiliterande åtgärder kan främja oberoende hos hemmaboende sköra äldre, här definierade som personer 65 år eller äldre som hade hemtjänst eller dagvård. Det innebär att det saknas sammanställd kunskap av tillräcklig kvalitet om effekter av interventioner som arbetsterapi (t.ex. matlagning eller hjälpmedel), sjukgymnastik (t.ex. styrke- och balansträning), social rehabilitering (t.ex. stöd från sociala nätverk) och hälsoutbildning (t.ex. fallskadeprevention).

Telemedicin i hemvård

Telemedicin i hemvård innebär övervakning på avstånd, geografiskt eller tidsmässigt, av de berörda. Det kan handla om övervakning av medicinskt viktiga tecken, trygghet eller säkerhet i hemmet genom sensorer samt stöd, information och kommunikation mellan berörda eller behandling med hjälp av tele-applikationer. Även om något olika begrepp har använts i översikterna, exempelvis telehälsa och telestöd, redovisas de under rubriken ”telemedicin i hemvård”.

Tillförlitlig och uppdaterad kunskap om telemedicin i hemvård

Inom området telemedicin i hemvård finns kunskap som är tillförlitlig och uppdaterad om effekter av:

- Elektronisk övervakning av blodtryck i hemmet [46].

I området telemedicin i hemvård ingår 15 översikter.

Telemedicin vid blodtryck – 1 översikt

Tillförlitlig och uppdaterad kunskap

I en uppdaterad översikt av god kvalitet [46] togs elektronisk övervakning av blodtryck upp. Detta kan bidra till bättre kontroll och därmed sammanhängande hälsoeffekter.

Telemedicin vid hjärtsvikt – 2 översikter

Tillförlitlig men inte uppdaterad kunskap

Två översikter som inte är uppdaterade handlade om tele-applikationer i hemmet vid hjärtsvikt. Interventionerna var strukturerat stöd eller övervakning per telefon utan hembesök [47], övervakning med hembesök av sjuksköterska och specialiststöd [48]. Båda rapporterade minskat antal dödsfall under uppföljningstiden. När det gäller vårdkonsumtion relaterad till hjärtsvikt fann Inglis [47] liksom Clarke [48] en minskning. Inglis fann också att de äldre var tillfreds med insatsen och lärde sig använda tekniken. Teleövervakning kombinerat med hembesök av sjuksköterska och specialiststöd kan, enligt Clarke [48], vara effektivt och förbättra livskvaliteten för personer med hjärtsvikt. Inglis [47] rapporterade också förbättrad livskvalitet, minskad medicinförskrivning samt minskade kostnader.

Telemedicin vid KOL – 1 översikt

Tillförlitlig men inte uppdaterad kunskap

En icke-uppdaterad översikt handlade om tele-applikationer i hemmet för övervakning av personer med KOL [49]. Insatsen var elektronisk hälsoövervakning eller telefonkontakt med vårdgivare. Slutsatsen var att det vetenskapliga stödet för minskat sjukvårdsutnyttjande är oklar. Däremot var risken för dödsfall i förtid större i interventionsgruppen, även om livskvalitet och patientnöjdhet var bättre eller lika som vid sedvanlig vård.

Telemedicin vid stroke – 1 översikt

Tillförlitlig men inte uppdaterad kunskap

En icke-uppdaterad översikt studerade telekommunikativt stöd, ibland med andra insatser som hembesök eller utbildning, vid rehabilitering av stroke [50]. Slutsatsen var att kvaliteten på det vetenskapliga stödet för telerehabilitering vid eftervård av stroke generellt var låg.

Insatser där vi inte vet säkert – 10 översikter

Tio översikter av begränsad kvalitet har identifierats vilket medför att det saknas sammanställd kunskap av tillräcklig kvalitet om effekter av:

- Övervakning rörande säkerhet och trygghet samt information och stöd för sköra äldre [51]
- Telemedicinska interventioner som rörde diagnostik och behandling för äldre [52]
- Hembaserade interventioner (teleövervakning, telehälsa, telekonsultationer, videokonferenser mm) för personer med kronisk sjukdom [53]
- Vetenskapligt stöd för klinisk och ekonomisk nytta med teleövervakning vid kronisk sjukdom [54]
- Möjligheter för sjukvårdspersonal att övervaka fysiologiska mätningar, testresultat, bilder och ljud från multisjuka äldre i deras hem [55]
- Olika typer av teknologi för hembaserad telehälsa för multisjuka personer och äldre [56]
- Telemedicin i hemmet för personer med hjärtsjukdom [57]
- Teleövervakning vid KOL av yngre äldre (medelålder 61–73 år) [58]
- Enbart telefonstöd utan övervakning av hälsodata vid KOL [59]
- Övervakning av personers dagliga aktiviteter i hemmet genom sensorer [60].

Utskrivning

Insatser i hemsjukvård i Sverige ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering. Det kan ske vid utskrivning från sjukhus och utskrivning är därför av betydelse för personer som får hemsjukvård. Av det skälet ingår översikter som studerade tillvägagångssätt i samband med utskrivning från sjukhus till hemmet i denna kartläggning. I 3 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård anges bland annat att landsting och kommuner i samråd ska utarbeta rutiner för vårdplanering inför utskrivning av patienter.

Tillförlitlig och uppdaterad kunskap om utskrivning

Inom området utskrivning finns kunskap som är tillförlitlig och uppdaterad om effekter av:

- Strukturerad och individualiserad utskrivningsplan [61]
- Insatser från särskilda utskrivningsteam för personer med stroke [62]
- Tidig och strukturerad utskrivning för akut sjuka äldre [63].

I området utskrivning ingår 10 översikter samt 1 pågående översikt (protokoll).

Utskrivning vid blandade sjukdomstillstånd – 1 översikt

Tillförlitlig och uppdaterad kunskap

En uppdaterad översikt av god kvalitet, där några europeiska studier ingick, beskrev strukturerad och individualiserad utskrivningsplanering [61]. Det innebar bedömning, planering, tillämpning och uppföljning. Planen kunde ingå i annan vård eller intervention. Inslag av utbildning för deltagarna ingick ofta. Deltagarna var personer från medicinsk, kirurgisk och psykiatrisk vård samt äldre personer som fallit. En strukturerad och individualiserad utskrivningsplan medför troligen minskningar i längden på sjukhusvistelsen samt färre återinskrivningar för äldre med olika tillstånd som hjärtsjuklighet, kirurgiska eller psykiatriska besvär. Effekten på dödlighet, hälsa och kostnader var osäker, enligt författarna.

Utskrivning vid stroke – 3 översikter

Tillförlitlig och uppdaterad kunskap

En uppdaterad översikt av god kvalitet med flera nordiska studier, varav en från Sverige, beskrev utskrivningsteam som bedömde behov av insatser för personer som drabbats av stroke [62]. Teamen arbetade på olika sätt: 1) Ko-ordinerat multidisciplinärt team samordnade utskrivning och tillhandahöll eftervård samt rehabilitering hemma; 2) Team som samordnade utskrivning och följde och planerade närmaste vårdtiden men lämnade över till lokala team, som vanligen inte tillhandahöll koordinerad multidisciplinär vård. Detta jämförs med inget team efter utskrivning. Typiska utskrivningsteam hade tre personal. Vissa patienter med stroke, som skrivits ut med stöd av ett utskrivningsteam, återvände hem tidigare än de som skrivits ut enligt kon-ventionella rutiner. Det var mer sannolikt att de som fått samordnad vård var oberoende och bodde i hemmet sex månader efter stroke och var tillfreds med vårdinsatserna. Ingen negativ effekt sågs när det gäller sinnesstämning eller hälsa för anhöriga. Tydlig nytta med utskrivningsteam vid stroke märks främst när samordnade team rekryterar personer med mindre allvarlig funk-tionsnedsättning. Även om klarläggande behövs rörande den specifika mo-dellen för utskrivningsteam, är det vetenskapliga stödet tillräckligt för att införa utskrivningsteam i vård vid stroke, enligt författarna. De påpekade dock att majoriteten av studierna har gjorts för mer än tio år sedan [62].

Tillförlitlig men inte uppdaterad kunskap

En annan översikt av god kvalitet, men som inte är uppdaterad, rörde stroke [64]. Interventionen var multidisciplinärt team som samordnade utskrivning och (a) tillhandahöll rehabilitering hemma eller (b) ingen rehabilitering hemma. Ett tredje alternativ (c) var samordnade insatser på lokal nivå eller från frivilliga. För strokepatienter som vårdas på sjukhus kan ett team som tillhandahåller tidig bedömning på sjukhuset, samordnad utskrivning och stöd efteråt påskynda utskrivning och öka patienternas utsikter att bli obero-ende på lång sikt. De bästa resultaten uppnås troligen med samordnade team med goda resurser och för patienter med mindre allvarliga symtom på stroke. En osäkerhet finns dock om vad som kännetecknar en effektiv ESD-inter-vention (eng. *Early Supported Discharge*) i geografiskt avlägsna områden,

liksom om balansen mellan kostnader och nytta i olika patientgrupper, enligt författarna.

Ytterligare en översikt av god kvalitet, men som inte är uppdaterad, studerar team från sjukhus eller utanför sjukhus med arbetsterapeut, sjuksköterska, sjukgymnast, läkare och socialarbetare som koordinerar sitt arbete genom regelbundna möten, vilket jämfördes med vård på stroke-enhet [65]. Tidig utskrivning börjar ofta med förberedande hembesök, hembesök vid utskrivning och därefter vid behov, med personens återhämtningsplan som utgångspunkt. Tidig utskrivning till hemmet med vårdplanering och hembesök reducerar både antalet vård dagar, dödlighet och behov av särskilt boende.

Tidig utskrivning av akut sjuka äldre – 2 översikter

Tillförlitlig och uppdaterad kunskap

En uppdaterad översikt av god kvalitet [63] handlade om tidig utskrivning, 24 till 48 timmar efter inläggning av akut sjuka äldre. Interventionen kunde innefatta: behovsbedömning med fokus på funktionella behov, utbildning till äldre och/eller anhöriga, översyn av medicinering, överföring av information till kommande vårdgivare, uppföljning med hembesök eller telefonsamtal. Tidig utskrivning från sjukhus minskade antalet återinläggningar och längden på dessa, dvs. interventionen ledde till minskad vårdkonsumtion. Resultaten kan användas för att utforma och införa planering för tidig utskrivning för denna grupp, enligt författarna.

Tillförlitlig men inte uppdaterad kunskap

Tidig utskrivning och avancerad hemsjukvård studerades i en icke uppdaterad översikt av god kvalitet [66]. Detta innebär aktiv behandling/vård genomförd av hälso- och sjukvårdspersonal i patientens hem, för ett tillstånd som i annat fall skulle kräva akut sjukhusvård för en begränsad tidsperiod. Dessa patienter skulle vara på en akut vård enhet om de inte skrivits ut tidigt för vård i det egna hemmet. Vanligtvis utfördes behandlingen av ett team med läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster. Enligt författarna kunde det inte visas att avancerad hemsjukvård efter tidig utskrivning ökade risken för död eller återinläggning (otillräckligt vetenskapligt stöd). Personer med stroke eller äldre patienter kan i mindre utsträckning behöva flytta till särskilt boende om de efter tidig utskrivning får avancerad hemsjukvård. Däremot förelåg otillräckligt objektivt stöd för ekonomisk nytta eller förbättrade hälsoeffekter till följd av avancerad hemsjukvård efter tidig utskrivning från sjukhus.

Utskrivning vid hjärtsjukdom – 1 översikt

Tillförlitlig men inte uppdaterad kunskap

Omfattande utskrivningsplanering samt stöd efter utskrivning vid hjärtsjukdom togs upp i en icke-uppdaterad översikt av god kvalitet [67]. Fem typer av stöd fanns: (a) ett hembesök, (b) ökad uppföljning vid klinik och frekvent telefonkontakt, (c) hembesök och/eller frekvent telefonkontakt, (d) utvidgad hemtjänst, (e) stöd från specialiserad enhet vid dagsjukhus. Den omfattande utskrivningsplaneringen kompletterades med exempelvis genomgång och råd angående medicinering, diet, viktkontroll och fysisk träning. För äldre perso-

ner med hjärtsvikt (eng. *CHF, Congestive Heart Failure*) kan omfattande utskrivningsplanering plus stöd efter utskrivning signifikant minska återinläggning och förbättra hälsan i termer av överlevnad och livskvalitet utan ökade kostnader, enligt författarna.

Insatser där vi inte vet säkert

Tre översikter har begränsad kvalitet. Det innebär att det saknas sammanställd kunskap av tillräcklig kvalitet om effekter av:

- Interventioner utformade för äldre som skrivs ut från akutmottagning [68]
- Olika utskrivnings- och rehabiliteringsstöd för personer med stroke [69]
- Samordnad vård hemma efter stroke eller akut hjärtinfarkt [70].

Utskrivning som vårdplanering – 1 protokoll

Pågående kunskapssammanställning

En pågående översikt studerar effekter av vårdplanering där sjuksköterska deltar [71].

Hemsjukvård som vårdform och arbetssätt

Tillförlitlig och uppdaterad kunskap om hemsjukvård
Inom området hemsjukvård finns kunskap som är tillförlitlig och uppdaterad om effekter av:

- Avancerad hemsjukvård jämfört med vård på sjukhus för äldre personer med KOL [72]
- Förbättringsåtgärder för äldre och multisjuka personer [73].

I området hemsjukvård som vårdform och arbetssätt ingår 9 översikter presenterade i 10 publikationer samt 1 pågående översikt (protokoll).

Hemsjukvård vid KOL – 1 översikt

Tillförlitlig och uppdaterad kunskap

Interventionen i denna uppdaterade översikt av god kvalitet [72] var schema-lagda hembesök av sjuksköterska till personer med KOL. Sjuksköterskan hade specialistkunskaper om andningssjukdomar och arbetade under ledning av ett sjukhusteam. Slutsatsen var att färre personer med KOL blev återinlagda på sjukhus om de fick avancerad hemsjukvård. Ingen säkerställd skillnad fanns mellan interventions- och kontrollgruppen för livskvalitet, men patienter och anhöriga föredrog avancerad hemsjukvård. Ingen säkerställd skillnad fanns för antal dödsfall. Dessa resultat är bara tillämpliga på vissa personer; för majoriteten av personer med akut försämring av KOL är avancerad hemsjukvård troligen inte ett passande alternativ, enligt författarna.

Hemsjukvård för äldre med akuta medicinska tillstånd

Tillförlitlig men inte uppdaterad kunskap – 2 publikationer

En icke-uppdaterad översikt av god kvalitet presenterades i två publikationer [74, 75]. Interventionen gavs av (a) ett sjukhusbaserat team, (b) en blandning av team från sjukhus och lokalt team eller (c) en blandning av lokalt team och distriktsläkare. Patientgruppen var blandad med personer med KOL, stroke samt akuta medicinska tillstånd, huvudsakligen bland äldre. I en första publikation [74] skrev författarna att det inte finns vetenskapligt stöd för att avancerad hemsjukvård skulle leda till resultat som skiljer sig från sjukhusbaserad vård. I en andra publikation, baserad på individdata från fem av de tio inkluderade primärstudierna om äldre personer med olika medicinska tillstånd [75], menade författarna att denna insats kan erbjuda ett effektivt alternativ till sjukhusvård för en viss grupp av äldre patienter, men det är oklart vilka. För vissa patienter kan avancerad hemsjukvård ge likartade resultat som slutna vård vid sjukhus till samma eller mindre kostnad, enligt författarna.

Hemsjukvård av sår och stomi – 1 översikt

Insatser där vi inte vet säkert

En översikt av begränsad kvalitet innebär att det saknas sammanställd kunskap av tillräcklig kvalitet om värdet av insatser för sår och stomier från sjuksköterska i hemsjukvård med specialistkunskap om stomi [76].

Arbetssätt vid vård i hemmet – 6 översikter + 1 protokoll

Tillförlitlig och uppdaterad kunskap

En uppdaterad översikt av god kvalitet handlade om förbättringsåtgärder för multisjuka, det vill säga personer med två eller flera kroniska sjukdomar, i ordinärt boende med vård och omsorg [73]. Interventionen var behandling mot depression och högt blodtryck, vårdplan och stöd, råd om kost och fysisk aktivitet, hembesök av (a) arbetsterapeut och sjukgymnast, (b) hälsocoach eller (c) multidisciplinärt team, läkemedelsgenomgång samt gruppmöten för självhjälp. Författarnas slutsats var att multisjuklighet är vanligt, men det finns endast begränsat vetenskapligt stöd för nyttan av specifika interventioner. Resultatet indikerade att förbättrad läkemedelsanvändning kan erhållas om interventionen riktas mot individuella riskfaktorer och funktionssvårigheter.

Tillförlitlig men inte uppdaterad kunskap

En annan, inte uppdaterad, översikt av god kvalitet handlade om interventioner som effektivt minskar risken för återinläggning på sjukhus bland äldre samt betydelsen av uppföljning i hemmet [77]. Interventionerna var blandade med: (a) Geriatrisk bedömning med hembesök, ibland med vårdplan, hemrehabilitering, samarbete med distriktsläkare, telefonsamtal, koordinering av eftervård, annat som till exempel hemvård, läkemedelsgenomgång, utbildning m.m., (b) Geriatrisk utvärdering på sjukhus och omfattande utskrivningsplanering. Enligt författarna förefaller det troligt att interventioner med

någon form av uppföljande vård i hemmet kan minska återinläggning. Flertalet av de studerade interventionerna hade ingen effekt på återinläggning.

Krisstöd i hemmet vid psykisk ohälsa hos äldre togs upp i en icke-uppdaterad översikt av god kvalitet [78]. Det fanns inget belägg för någon effekt av krisbehandling i hemmet för äldre personer med psykisk ohälsa, var författarnas slutsats.

Insatser där vi inte vet säkert

Två översikter av begränsad kvalitet medför att det saknas sammanställd kunskap av tillräcklig kvalitet om effekter av mångfacetterade hembesök av främst sjuksköterskor när det gäller sköra äldre. Viktiga komponenter i hembesök [79] samt strukturella variabler och deras betydelse för effektivitet [80] studeras. En annan översikt av begränsad kvalitet handlar om att identifiera goda modeller där arbetssättet var allsidigt och omfattande för äldre med olika behov, vård av flera kroniska sjukdomar eller flera aspekter av ett kroniskt tillstånd [81].

Pågående kunskapssammanställning

En översikt pågår om arbetssätt i hemsjukvård, som jämför bemanning av läkare och sjuksköterskor [82].

Hemtjänst

Hemtjänst innebär hemvård med omsorgsinriktning. I området ingår 2 översikter och 5 protokoll. En översikt var uppdaterad [83].

Tillförlitlig och uppdaterad kunskap om hemtjänst

Inom området hemtjänst finns kunskap som är tillförlitlig och uppdaterad om effekter av:

- Hemtjänst och särskilt boende som omsorgstyper (kostnader, grupper) [83].

Hemtjänst jämfört med särskilt boende – 2 översikter + 1 protokoll

Tillförlitlig och uppdaterad kunskap

Vårdformerna hemtjänst och särskilt boende jämfördes avseende långvariga insatser och kostnader i en uppdaterad översikt som var av god kvalitet [83]. Inga nordiska studier ingick. Slutsatsen var att skillnaden var oklar beroende på brister i primärstudierna.

Pågående kunskapssammanställning

Om jämförelsen av hemtjänst och särskilt boende handlar också Youngs pågående översikt [84]. Fokus ligger på betydelsen av förstärkt hemtjänst jämfört med särskilt boende.

Hemtjänst för personer med demenssjukdom – 1 protokoll

Pågående kunskapssammanställning

En pågående översikt studerar olika organisationsmodeller av hemtjänst för att stödja personer med demenssjukdom [85].

Insatser för att minska äldres beroende i dagligt liv – 3 protokoll

Pågående kunskapssammanställningar

Tre pågående översikter handlar om insatser i hemmet för att minska personers beroende när det gäller att klara av det dagliga livet [86-88]. Två av dessa pågående översikter rör en insats (eng. *reablement*) som innebär en omorientering från sjukdom och behandling till att försöka maximera oberoende [86, 87].

Olika modeller för att främja valfrihet och delaktighet för äldre – 1 översikt

Tillförlitlig men inte uppdaterad kunskap

Hemvård, men utifrån ett icke-medicinskt perspektiv, finns i en icke-uppdaterad översikt av god kvalitet [89] som utvärderade integrerad respektive användarinriktad vård för äldre hemmaboende personer. Integrerad vård definierades som en uppsättning tekniker och organisatoriska modeller för att skapa samordning och kontakter mellan botande och vårdande sektorer på systemnivå. I studierna varierade interventionerna men de var ofta multi- eller interdisciplinära teaminsatser, ibland med samordnare eller särskilt utsedd vård- och omsorgspersonal. Användarinriktad vård (eng. *consumer-directed home and community care*) ska ge användarna högre medvetenhet, kontroll och ansvar för sin vårdkonsumtion. Det kan ske genom vouchers, att den äldre själv får välja/hyra in personal och insatser. Enligt författarna är översikten den första som jämför olika modeller av icke-medicinsk hemvård för äldre. Slutsatsen var att varje modell påverkar olika utfall som relaterar till fokus för respektive modell. Istället för att fråga vilken modell som är bäst på att förbättra utfall bör frågan vara hur framgångsrika faktorer i alla tre modellerna kan kombineras för att maximera utfallet, menade författarna. Den tredje modellen som studerades, (eng. *case management*), ingår inte i kartläggningen.

Patientsäkerhet

Patientsäkerhet är inte förbehållet något av de fem områdena utan är generellt relevant även inom hemtjänst. Ett exempel på hur patientsäkerhet har beaktats är när översiktsförfattarna framhållit vilka personer som bör eller inte bör erbjudas en insats, liksom när oönskade händelser rapporteras [35]. Vid studier av rehabilitering i hemmet förekom rapportering av antal fallskador [31], frakturer och blåmärken efter fysisk träning [32] och upplevd säkerhet i fysisk träning [23]. Innehållsrika interventioner för att främja äldres oberoende

i hemmet kan även främja möjligheterna att leva på ett säkert sätt. I övrigt är aspekter på eller brister avseende patientsäkerhet inte särskilt framträdande.

Diskussion

Hemvård är beforskat

Kartläggningen visar att hemvård av äldre har studerats, om än i olika omfattning, med olika grad av tillförlitlighet och aktualitet. Totalt ingår 70 översikter i kartläggningen, varav 60 stycken är färdigställda översikter om hemvård för områdena:

- rehabilitering (7 översikter om allmän och 16 om sjukdomsspecifik rehabilitering)
- telemedicin (15 översikter)
- utskrivning från sjukhus eller överföring till annan vård/insats (10 översikter)
- hemsjukvård som vårdform eller arbetssätt (10 översikter)
- hemtjänst (2 översikter).

Det fanns översikter som bedömdes vara tillförlitliga inom alla områden. Med undantag för området rehabilitering med specifik inriktning fanns det också uppdaterade översikter. Tillgång till senaste och bästa kunskap eftersträvas i en evidensbaserad vård och omsorg.

Av de 60 färdiga översikterna bedömdes 35 vara tillförlitliga. Av dessa 35 var 10 stycken också uppdaterade. Brister i genomförandet, det vill säga att de hade begränsad tillförlitlighet, var fallet med 25 översikter. Därutöver har 10 pågående kunskapssammanställningar av relevans för hemvård identifierats i så kallade protokoll för en översikt.

Översikter om fem områden

Översikter av interventioner om sätt att organisera långvariga vård- och boendeformer är mindre vanliga än översikter om organisering av insatser och modeller av mer avgränsat slag, konstaterade Socialstyrelsen i en tidigare kartläggning [8]. Det ligger i linje med att rehabilitering i regel är mer avgränsad i tid än övrig hemsjukvård och hemtjänst, där insatserna kan pågå över längre tid. SBU konstaterade i en översikt från 2014 att det finns stora kunskapsluckor när det gäller vårdorganisationens betydelse för patienter med svårläkta sår. Det gäller till exempel betydelsen av specialistmottagningar, utbildning, kommunikation, samordning och kontinuitet [90].

Området rehabilitering dominerade i den tillförlitligt sammanställda forskningen. Sammanställd forskning om telemedicin var också ganska omfattande, men tillförlitligheten var begränsad i 14 av 15 översikter, vilket innebär många kunskapsluckor. Översikter om effekter av telemedicin på sköra äldre var ovanligt.

Mot bakgrund av att vård och omsorg i hemtjänst och särskilt boende är de största insatserna i både svensk och internationell äldreomsorg kan det tyckas anmärkningsvärt att det fanns så lite sammanställd forskning. En hel del forskning kan dock förväntas genom kommande översikter, där särskilt några

ämnen kan nämnas: (a) Betydelsen av förstärkt hemtjänst jämfört med särskilt boende, som är en angelägen kunskap för svensk äldreomsorg [84], (b) En insats (eng. *reablement*) som motsvarar ungefär att kunna återfå vardagliga färdigheter [86, 87], (c) Flera pågående översikter [37-39, 85] rör också insatser i hemmet för personer med demenssjukdom. Endast en översikt av begränsad kvalitet [36] handlar om personer med demens i denna kartläggning.

Kontinuitet i sjuksköterskeinsatser för personer med hemvård och betydelsen för återinläggning på sjukhus samt patienttillfredsställelse studerades i en översikt som inte ingår i kartläggningen. Anledningen var att inklusionskriterierna inte uppfylldes, men frågeställningen är relevant för hemvård. Värdet av teamarbete och sjuksköterskors utbildning och kompetens diskuteras i denna översikt [91].

Organisation

För- och nackdelar med hemvård

Hemmet är en viktig och generellt möjlig arena för vård av och omsorg om äldre. Hemmet är en invand miljö, vilket kan skapa trygghet och främja ”vardagsrehabilitering”. Kartläggningen visar att i många fall kan vårdinsatser genomföras i hemmet med liknande effekter och kvalitet som på sjukhus. För de mest sköra och de mest sjuka i olika diagnoser förefaller det dock som om hemvård kan ha vissa begränsningar. Preferenser bland de sjuka respektive anhöriga rörande hemvård kan också behöva beaktas. Utifrån kartläggningen skulle man kunna säga att hemvård inte är lämpligt i alla vård- och omsorgssituationer för samtliga äldre.

Individualisering av insatser när det gäller hemvård, vid utskrivning respektive träning verkar gynnas av hemvård. I sju av tio översikter, som även studerat hur äldre skattar sin livskvalitet, har visats att hemvård kan främja livskvaliteten [20, 23, 32, 35, 47, 48, 67].

För- och nackdelar med olika typer av organisation inom hemvård

Arbete i team verkar vara av godo. Multidisciplinära team, som åtminstone delvis arbetade i hemmet, kunde minska både sjukhusvård och dödlighet bland patienter med hjärtsjukdom [25]. Detta sammanfaller med SBU:s slutsats att ett integrerat och strukturerat omhändertagande, där multiprofessionella har ett direkt patientansvar, kan användas när sköra äldre kommer in akut till sjukhus. Metoden leder till vissa förbättringar jämfört med ett så kallat rådgivande strukturerat omhändertagande [92].

Flera modeller för att organisera insatserna kan tänkas nå goda resultat, men kan variera beroende på de studerade utfallsmåtten. I kartläggningen ingår tre översikter av begränsad kvalitet, men relativt färsk, där syftet varit att hitta goda modeller för arbetssätt [33, 69, 81]. Det rörde rehabilitering efter höftfraktur [33] eller stroke [69], och framgångsrika arbetssätt allmänt i vård och omsorg om sköra äldre [81] som endast tagits upp i denna översikt. Två uppdaterade översikter är också relevanta, men med olika begränsningar

vad gäller insats och undersökningsgrupp. Utskrivningsteam för personer som drabbats av stroke [62] är en rekommendation i de nationella riktlinjerna för strokevård.

<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforstrokesjukvard/sokiriktlinjerna?search=team&#listing>.

Goda effekter av allmän rehabilitering har visats för bland annat multisjuka äldre, men gällde även för något yngre äldre i åldern 60–79 år [22]. En annan tillförlitlig översikt om rehabilitering av äldre i olika vårdmiljöer [44] hittade ingen primärstudie som kunde inkluderas, vilket visade att relevant och väl genomförd primärforskning saknas.

Hembesök används i både vård och omsorg och ingår i interventioner i många primärstudier. Därmed finns hembesök som en insats i flera tillförlitliga översikter, exempelvis [22, 42], men vad som är de viktiga inslagen i ett hembesök är inte känt.

Patientsäkerhet

Med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada enligt 1 kap. 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Exempel på risk- och vårdskadeområden kan vara kommunikation och ansvar i vårdens övergångar, läkemedelshantering, vårdrelaterade infektioner, undernäring, trycksår och fallskador. Försenade eller uteblivna diagnoser, personalens kompetensnivå och säkerhetskulturen i verksamheten är andra exempel. En kartläggning av program och metoder inom patientsäkerhet visar att de nästan uteslutande har utvärderats inom ramen för sjukhusbunden akutsjukvård och då främst i USA [93]. I en annan rapport från Socialstyrelsen om patientsäkerhet beskrivs utvecklingen inom somatisk slutenvård eftersom det främst är där tillförlitliga data och indikatorer är tillgängliga [94]. Det innebär att vi vet mindre om patientsäkerhet och dess risker i hemvård. Socialstyrelsen har framhållit vikten av att utveckla metoder och indikatorer rörande patientsäkerhet inom primärvård, psykiatrisk vård och öppen specialistvård [94]. Vid Sveriges kommuner och landsting registreras så kallade säkerhetsdata om överbeläggning och utlokalisering av patienter, trycksår och vårdrelaterade infektioner.

Rätt mat och god näring är särskilt avgörande för de äldres patientsäkerhet. Vårdens och omsorgens ansvar för att förebygga och behandla undernäring skärps därför genom Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:10) om förebyggande av och behandling vid undernäring som träder i kraft den 1 januari 2015. Andra viktiga bestämmelser som knyter an till patientsäkerhet är Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel samt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

Slutsatser

Här sammanfattas slutsatser och resultat från tillförlitliga och uppdaterade översikter inom de fem områdena.

För området rehabilitering:

- Hembaserad träning kan lindra symtom vid andning och förbättra träningskapacitet samt livskvalitet vid KOL [20].
- Sjukgymnastik eller arbetsterapi i den äldres hem jämfört med sjukhus eller rehabiliteringsklinik kan lindra vid besvär i muskler och skelett [21].
- Hembaserad vård kan göra vården av kroniskt sjuka så bra som möjligt. Funktionell aktivitet kan förbättras efter hembesök av arbetsterapeut och sjukgymnast, där förändringar i hemmiljö och utförande av uppgifter är i fokus [22].

För området telemedicin i hemvård:

- Elektronisk övervakning av blodtryck i hemmet [46] kan bidra till bättre blodtryckskontroll och relaterade hälsoeffekter.

För området utskrivning:

- Strukturerad och individualiserad utskrivningsplan [61] medför troligen minskningar i sjukhusvistelsens längd samt minskar risken för återinskrivning för äldre med medicinska sjukdomstillstånd. Effekten på dödlighet, hälsa och kostnader är osäker.
- Vissa patienter med stroke som skrivits ut med stöd av ett utskrivningsteam återvände hem tidigare än de som skrivits ut enligt konventionella rutiner. Det var mer sannolikt att de som fått stöd var oberoende och bodde i hemmet sex månader efter stroke och att de var tillfreds med vårdinsatserna. Ingen negativ inverkan sågs när det gäller sinnesstämning eller hälsa för patienter eller anhöriga. Tydlig nytta med utskrivningsteam för stokedrabbade märks främst med samordnade team som rekryterar patienter med mindre allvarlig sjukdomsgrad. Även om klarhet behövs rörande den specifika modellen för utskrivningsteam finns tillräckligt stöd för att införa utskrivningsteam inom strokevård [62].
- Vårdplanering vid tidig utskrivning från sjukhus av akut sjuka äldre minskar såväl antal återinläggningar som återinläggningens längd. Resultaten kan användas för att utforma och införa tidig utskrivningsplanering för denna grupp [63].

För området hemsjukvård:

- Färre personer med KOL blir återinlagda på sjukhus om de får avancerad hemsjukvård. Ingen säkerställd skillnad fanns mellan grupperna för livskvalitet, men patienter och anhöriga föredrog avancerad hemsjukvård. Ingen säkerställd skillnad fanns för antal dödsfall. Dessa resultat är bara tillämpliga på vissa personer; för majoriteten av personer med akut försämring av KOL är avancerad hemsjukvård troligen inte ett passande alternativ, enligt författarna [72].

- Olika typer av förbättringsåtgärder för äldre och multisjuka personer [73]. Multisjuklighet är vanligt, men det finns endast begränsad evidens för specifika interventioner. Resultatet indikerar att förbättrad läkemedelsanvändning kan uppnås om interventionen riktas mot individuella riskfaktorer och funktionsnedsättningar.

För området hemtjänst:

- Det saknas vetenskapliga studier som visar på eventuella skillnader mellan hemtjänst och särskilt boende för långvarig vård och omsorg om äldre – vad gäller funktionsförmåga, dödlighet och vårdkonsumtion [83].

Om genomförandet

Kartläggning innebär inte rekommendationer

Resultatet av en kartläggning ska inte ses som en rekommendation om användning eller införande av interventioner. Även om en översikt är både tillförlitlig och uppdaterad, framgår inte alltid styrkan av det vetenskapliga stödet för en intervention. Det kan man bara uttala sig om då en så kallad gradering av det vetenskapliga underlaget har gjorts. I en gradering beaktas bland annat överförbarheten till svenska förhållanden. En sådan gradering finns i en översikt [61], men inga graderingar har gjorts inom ramen för kartläggningen. Kartläggningen visar att det finns studier från Sverige och Norden, men de är inte i majoritet i någon översikt.

De interventioner om rehabilitering, utskrivning, hemsjukvård och hemtjänst som beskrivs i kartläggningen förefaller möjliga att använda i Sverige och många arbetssätt förekommer redan. Hembesök och teamarbete är sådana exempel.

För att det ska vara tillåtet att använda tekniska applikationer som t.ex. sensorer och bildövervakning i någons hem måste de juridiska krav som blir tillämpliga beaktas. Sådana krav finns dels i 2 kap 6 § andra stycket regeringsformen men också bl.a. i kameraövervakningslagen (2013:460), socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Gemensamt för den nämnda lagstiftningen är att åtgärder bygger på samtycke från den enskilde. I SoL och HSL finns därutöver bestämmelser som innebär att omsorgen och vården ska vara av god kvalitet m.m. Om den enskilde samtycker till en viss åtgärd och omständigheterna i övrigt, utifrån den enskildes individuella förutsättningar, är sådana att kraven på god kvalitet m.m. respekteras, så finns inte några juridiska hinder för att använda teknik i hemmet. När det gäller användning av tekniska applikationer som innebär övervakning för personer som är beslutsoförmögna, exempelvis personer med demenssjukdom, är det juridiska läget mer komplicerat. Det beror bl.a. på att det är oklart vem som ska anses vara beslutsoförmögen och vilka slags samtycken som kan godtas i olika situationer. Beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst utreds för tillfället och utredningen ska bl.a. belysa när, av vem och hur det ska avgöras om beslutsoförmåga föreligger och vem som istället kan fatta beslut för en en-

skild då beslutsoförmåga föreligger.^[1] Uppdraget ska redovisas under hösten 2015.

Statens medicinsk-etiska råd, SMER, utreder för närvarande etiska frågeställningar kopplat till teknikanvändning för äldre och en rapport väntas vara klar 2015.

Omfattning och begränsningar

Ett dilemma är att en översikt kan vara välgjord på alla sätt och vis, men primärforskningen kan ha mindre eller större begränsningar. En översikt kan även vara ”tom”, vilket betyder att det antingen helt saknas studier om ett ämne eller att det saknas studier som är tillräckligt bra för att inkluderas [44]. Då är kunskapsluckan på primärstudienivå. Det är inte ovanligt att översiktsförfattarna påtalar olika metodologiska svagheter i primärstudierna, såsom exempelvis ett lågt antal deltagare. Å andra sidan kan väl genomförda primärstudier ingå i en översikt som bedömts vara av begränsad tillförlitlighet. En utmaning har varit att se olikheter och likheter i frågeställning, intervention och/eller undersökningsgrupp mellan översikter. De svårigheter som vi diskuterar nedan innebär dock inte att resultaten saknar betydelse.

Begränsningar

Det ska noteras att översikter som gör en geografisk avgränsning enbart till system som skiljer sig avsevärt från Sverige, såsom Kina och USA, inte har tagits med i denna kartläggning. År 2013 kom ett kunskapsstöd om palliativ vård från Socialstyrelsen, varför vi uteslöt översikter som rör palliativ vård i livets slutskede, även om palliativ hemsjukvård är vanligt förekommande. Det har troligen medfört att en del översikter om äldre personer med cancersjukdom inte kommit med i kartläggningen. Sökningarna innefattade inte någon uppräkningslista av relevanta sjukdomar, symtom eller besvär för gruppen. Utgångspunkten var istället vårdform och plats där vården bedrivs och ges.

Tidsgränsen 2004 kan naturligtvis också diskuteras, men aktualitet har bedömts som angeläget av flera skäl. Förändringar över tid, exempelvis när det gäller möjliga insatser för äldre inom vård och omsorg, är ett skäl. Ett annat skäl är utvecklingen av metoder samt skärpta krav som ska infrias när det gäller tillförlitlighet i systematiskt översiktsarbete under senare tid [95]. Dessutom, relevant kunskap kan även finnas i andra kunskapssammanställningar än publicerade eller pågående systematiska översikter, exempelvis i s.k. grå litteratur, som vi inte funnit. Det kan med andra ord finnas översikter vars primärstudier och resultat kan ha relevans för hemvård, men som inte ingår i kartläggningen.

^[1] Dir, 2012:72, Kommittédirektiv, Beslutsoförmögna personers ställning i hälso- och sjukvård, tandvård, socialtjänst, Socialdepartementet.

Interventionerna

Ett annat dilemma rör interventionerna. En intervention i hemvård består sällan av en enda metod eller ett väl beskrivet program som utförs på ett visst sätt, utan är ofta bredare och mer innehållsrik. Interventionerna beskrivs i vissa fall ganska övergripande och framstår då som likartade, även om konkreta insatser kanske skiljer sig åt. Exempel är sjukgymnastik och rehabilitering som kan innefatta olika åtgärder av olika mängd. Det gör det svårt att utläsa eventuella likheter och olikheter mellan interventionerna och försvårar möjligheten att få en tydlig bild av kunskapsläget. Den mycket ofta oklara innebörden i uttrycket ”sedvanlig vård” bidrar till den otydligheten.

Ett annat problem är att det är svårt att renodla effekten av en viss insats. Samtidigt verkar interventioner som är mer innehållsrika (t.ex. multidisciplinära insatser eller flera insatser av en och samma yrkesgrupp) kunna vara framgångsrika. I den här kartläggningen har inte överlappningen med insatser som samordnare [96] och förebyggande hembesök helt kunnat undvikas. Det finns även viss överlappning mellan studier om utskrivning, rehabilitering och hemsjukvård. Vid sidan av detta kan även nämnas att utskrivning från sjukhus inte görs i hemsjukvård, men har stor betydelse för de personer som får hemsjukvård och därmed för de insatser som ska utföras. Därför ingår översikter om utskrivning i denna rapport. Gränserna mellan områden, interventioner med mera är således inte knivskarpa eller absoluta. Det betyder att det kan finnas relevant och viktig information om ett visst område eller en viss intervention i flera översikter, det vill säga på fler ställen i rapporten.

De undersökta personerna och effekterna

I översikterna ingick framförallt äldre personer med tillstånd som specifika diagnoser eller kronisk sjukdom. Personer med funktionsnedsättning förekom sparsamt, liksom personer som enbart hade hemtjänst. Ibland betecknades deltagarna som sköra men det finns ingen vedertagen definition av skörhet. Ofta innefattar begreppet försämringar i fysisk och kognitiv funktionsförmåga samt gånghastighet. Dödsfall, funktionsnedsättning och särskilt boende är vanligt förekommande utfallsmått [97] när det gäller skörhet. Det är sannolikt lättare att identifiera personer utifrån diagnos eller kronisk sjukdom än utifrån skörhet, även om dessa personer också kan vara sköra. Dessa förhållanden bidrar troligen till inriktningen på deltagarna i studierna i de inkluderade översikterna.

Att som i denna kartläggning definiera populationen äldre som personer 60 år eller äldre innebär en avgränsning på en mycket övergripande nivå. Denna grupp av äldre är heterogen vilket medför begränsningar i möjligheten att generalisera resultat från en intervention bland en grupp av äldre (t.ex. 60–79 åringar) till andra grupper av äldre (t.ex. mycket gamla eller sköra personer). Överförbarhet av resultat från interventioner i en grupp äldre till en annan grupp äldre måste därför övervägas från gång till gång.

Dessutom, när det gäller utfall på individnivå (t.ex. fysisk funktionsförmåga) är en förbättring inte alltid möjlig, utan det bästa resultatet kan vara att ingen försämring inträffar. Ett annat exempel på detta kan vara att äldre i inter-

ventionsgruppen kan fortsätta med vardagens aktiviteter, medan kontrollgruppen successivt får en försämrad funktionsförmåga. För systemrelaterade utfall (t.ex. vårdkonsumtion) måste en eventuell avsaknad av önskade förändringar också ses i ljuset av vad som är möjligt med tanke på de vård- och omsorgsbehov som kan finnas bland personer som drabbats av sjukdom och allmän skörhet.

Kunskapsluckor

En rad kunskapsluckor till följd av avsaknad av uppdatering av eller begränsad tillförlitlighet i översikterna har presenterats områdesvis i resultatkapitlet. Ytterligare några kunskapsluckor av generellt slag kan nämnas:

- Ingen intervention är studerad för hela gruppen äldre.
- Inga tillförlitliga översikter finns om betydelsen av olika arbetssätt, det vill säga hur hemvården bör organiseras.
- Inga översikter har identifierats om hälsoområden som också är relevanta i hemvård, som urininkontinens, munhälsa, näring och nutrition.
- Det finns behov av välgjorda primärstudier avseende hembaserade vårdinsatser för sköra äldre jämfört med vård på sjukhus.

Vid SBU pågår för närvarande arbete med att sammanställa effekter av tidig hemgång vid akut stroke respektive multidisciplinär rehabilitering vid höftfraktur. Dessa översikter kan också förväntas bidra till kunskap av betydelse för hemvård för äldre. Flera översiktsarbeten pågår internationellt om vård och omsorg i hemmet vid demenssjukdom. I andra pågående översiktsarbeten studeras en insats som knyter an till både rehabilitering och hemtjänst, på engelska benämnd *reablement*.

Områden som kan anses vara särskilt viktiga för svensk vård och omsorg om äldre att ha systematisk kunskap om är:

- Betydelsen av en sammanhållen vård- och omsorgskedja för hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering.
- Vad som är de viktiga inslagen vid hembesök.
- Kunskap om hur delegering av uppgifter mellan yrkesgrupper, exempelvis rörande läkemedel, fungerar i praktiken
- Hemtjänst jämfört med särskilt boende.

Referenser

1. Genet, N, Boerma, WG, Kringos, DS, Bouman, A, Francke, AL, Fagerstrom, C, et al. Home care in Europe: a systematic literature review. BMC Health Serv Res. 2011; 11:207.
2. SCB. Folkmängden i riket efter civilstånd, ålder och kön. År 1968-2011. www.ssd.scb.se/databaser/makro. Cited 20120306.; 2011.
3. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009; 2009.
4. Fratiglioni, L. Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år: en systematisk litteraturoversikt om förekomst, konsekvenser och vård: en rapport. . 2010 [cited; Available from:
5. Parker G., mf. Best place of care for older people after acute and during subacute illness: a systematic review. J Health Services Research & Policy 2000; 5(3):176-89.
6. Thome, B, Dykes A., Rahm Hallberg I. Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. Journal of Clinical Nursing. 2003; 12:860-72.
7. SKL. Aktuellt på äldreområdet. Sveriges kommuner och landsting; 2008.
8. Socialstyrelsen. Organisering av vård och omsorg för de mest sjuka äldre – en kartläggning av översikter; 2012. Report No.: 2012-3-13.
9. Socialstyrelsen. Den kommunala hälso- och sjukvårdens omfattning; 2001. Report No.: 2001-110-17.
10. Socialstyrelsen. Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer; 2008.
11. Socialstyrelsen. Sveriges officiella statistik. Äldre – vård och omsorg den 1 oktober 2012. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen; 2013. Report No.: 2013-4-15.
12. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2014 2014. Report No.: 2014-2-3.
13. Hedrick, SC, Koepsell, TD, Inui, T. Meta-analysis of home-care effects on mortality and nursing-home placement. Medical Care. 1989; 27(11):1015-26.
14. SBU. Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering – Effekter och kostnader; 1999.
15. Kadushin, G. Home Health Care Utilization: A Review of the Research for Social Work. Health & Social Work. 2004; 29(3):219-44.
16. Godfrey, M, et al. Home care: review of effectiveness and outcomes: University of Exeter. Centre for Evidence-Based Social Services; 2000.
17. Rostgaard, T, Timonen, V., Glendinning C. Guest editorial: Reforming Home Care in Ageing Societies. Health & Social Care in the Community. 2012; 20(3):225-7.
18. Higgins JPT, e. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions: The Cochrane Collaboration; 2011.
19. Shea, B, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. . BMC Med Res Methodol. 2007; 7(10).

20. Liu, XL, Tan, JY, Wang, T, Zhang, Q, Zhang, M, Yao, LQ, et al. Effectiveness of home-based pulmonary rehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis of randomized controlled trials (Provisional abstract). *Rehabilitation Nursing*. 2013; epub.
21. Stolee, P, Lim, SN, Wilson, L, Glenny, C. Inpatient versus home-based rehabilitation for older adults with musculoskeletal disorders: a systematic review (Structured abstract). *Clinical Rehabilitation*. 2012; 26(5):387-402.
22. Ontario, HQ. In-home care for optimizing chronic disease management in the community: an evidence-based analysis (Provisional abstract). Toronto; 2013. Report No.: 5.
23. Shepherd, CW, While, AE. Cardiac rehabilitation and quality of life: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2012; 49(6):755-71.
24. Kang-Yi, CD, Gellis, ZD. A systematic review of community-based health interventions on depression for older adults with heart disease. *Aging and Mental Health*. 2010; 14(1):1-19.
25. Holland, R, Battersby, J, Harvey, I, Lenaghan, E, Smith, J, Hay, L. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure (Structured abstract). *Heart*. 2005; 91(7):899-906.
26. Duffy, JR, Hoskins, LM, Chen, M. Nonpharmacological strategies for improving heart failure outcomes in the community: a systematic review (Structured abstract). *Journal of Nursing Care Quality*. 2004; 19(4):349-60.
27. Hillier, S, Inglis-Jassiem, G. Rehabilitation for community-dwelling people with stroke: home or centre based? A systematic review (Structured abstract). *International Journal of Stroke*. 2010; 5(3):178-86.
28. Legg, L, Langhorne, P. Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomised trials. *Lancet*. 2004; 363(9406):352-6.
29. Chard, SE. Community neurorehabilitation: A synthesis of current evidence and future research directions. *NeuroRX®*. 2006; 3(4):525-34.
30. Graven, C, Brock, K, Hill, K, Joubert, L. Are rehabilitation and/or care co-ordination interventions delivered in the community effective in reducing depression, facilitating participation and improving quality of life after stroke? (Structured abstract). *Disability and Rehabilitation*. 2011; 33(17-18):1501-20.
31. Donohue, K, Hoevenaars, R, McEachern, J, Zeman, E, Mehta, S. Home-Based Multidisciplinary Rehabilitation following Hip Fracture Surgery: What Is the Evidence? *Rehabil Res Pract*. 2013; 2013:875968.
32. Mehta, SP, Roy, JS. Systematic review of home physiotherapy after hip fracture surgery (Provisional abstract). *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2011; 43(6):477-80.
33. Giusti, A, Barone, A, Razzano, M, Pizzonia, M, Pioli, G. Optimal setting and care organization in the management of older adults with hip fracture. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2011; 47(2):281-96.
34. Chudyk, AM, Jutai, JW, Petrella, RJ, Speechley, M. Systematic review of hip fracture rehabilitation practices in the elderly. *Arch Phys Med Rehabil*. 2009; 90(2):246-62.

35. Vieira, DS, Maltais, F, Bourbeau, J. Home-based pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease patients (Structured abstract). *Current Opinion in Pulmonary Medicine*. 2010; 16(2):134-43.
36. McLaren, AN, LaMantia, MA, Callahan, CM. Systematic review of non-pharmacologic interventions to delay functional decline in community-dwelling patients with dementia. *Aging and Mental Health*. 2013; 17(6):655-66.
37. Bennett, S, Letts, L, Graff, M, Voight-Radloff, S, Wiseman, J, Clemson, J. Occupational therapy for community dwelling people with dementia. 2011 [cited; Available from: Available from http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42011001166
38. Fox, B, Hodgkinson, B. The effects of physical exercise on older adults, aged 65 years and older, with a diagnosis of dementia: a systematic review protocol. 2013 [cited; Available from: Available from http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42013005557
39. Trivedi, D, McLaughlin, J. A protocol for a systematic review of research on managing Behavioural and Psychological symptoms in Dementia (BPSD) for community dwelling older people: evidence mapping and syntheses 2013 [cited; Available from: Available from http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42013004344
40. Clegg, AP, Barber, SE, Young, JB, Forster, A, Iliffe, SJ. Do home-based exercise interventions improve outcomes for frail older people? Findings from a systematic review. *Reviews in Clinical Gerontology*. 2012; 22(1):68-78.
41. Beswick, AD, Rees, K, Dieppe, P, Ayis, S, Gooberman-Hill, R, Horwood, J, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2008; 371(9614):725-35.
42. Forster, A, Young, J. Community rehabilitation for older people: day hospital or home-based services? *Age & Ageing*. 2011; 40(1):2-4.
43. Forster, A, Young, J, Lambley, R, Langhorne, P. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008; (4).
44. Ward, D, Drahota, A, Gal, D, Severs, M, Dean Taraneh, P. Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008; (4).
45. Ryburn, B, Wells, Y, Foreman, P. Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults. *Health and Social Care in the Community*. 2009; 17(3):225-34.
46. Omboni, S, Gazzola, T, Carabelli, G, Parati, G. Clinical usefulness and cost effectiveness of home blood pressure telemonitoring: meta-analysis of randomized controlled studies (Provisional abstract). *Journal of Hypertension*. 2013; 31(3):455-68.
47. Inglis, SC, Clark, RA, McAlister, FA, Ball, J, Lewinter, C, Cullington, D, et al. Structured telephone support or telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010; (8).

48. Clarke, M, Shah, A, Sharma, U. Systematic review of studies on telemonitoring of patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *J Telemed Telecare*. 2011; 17(1):7-14.
49. Polisena, J, Tran, K, Cimon, K, Hutton, B, McGill, S, Palmer, K, et al. Home telehealth for chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *J Telemed Telecare*. 2010; 16(3):120-7.
50. Johansson, T, Wild, C. Telerehabilitation in stroke care—a systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2011; 17(1):1-6.
51. Barlow, J, Singh, D, Bayer, S, Curry, R. A systematic review of the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2007; 13(4):172-9.
52. van den Berg, N, Schumann, M, Kraft, K, Hoffmann, W. Telemedicine and telecare for older patients—A systematic review. *Maturitas*. 2012; 73(2):94-114.
53. Gaikwad, R, Warren, J. The role of home-based information and communications technology interventions in chronic disease management: a systematic literature review. *Health Informatics J*. 2009; 15(2):122-46.
54. Bowles, KH, Baugh, AC. Applying research evidence to optimize telehomecare. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007; 22(1):5-15.
55. Hersh, WR, Hickam, DH, Severance, SM, Dana, TL, Krages, KP, Helfand, M. Telemedicine for the medicare population: update. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2006; (131):1-41.
56. DelliFraine, JL, Dansky, KH. Home-based telehealth: a review and meta-analysis (Structured abstract). *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2008; 14(2):62-6.
57. Martinez, A, Everss, E, Rojo-Alvarez, JL, Figal, DP, Garcia-Alberola, A. A systematic review of the literature on home monitoring for patients with heart failure. *J Telemed Telecare*. 2006; 12(5):234-41.
58. Bolton, CE, Waters, CS, Peirce, S, Elwyn, G. Insufficient evidence of benefit: a systematic review of home telemonitoring for COPD (Structured abstract). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011; 17(6):1216-22.
59. Franek, J. Home telehealth for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2012; 12(11):1-58.
60. Pol, MC, Poerbodipoero, S, Robben, S, Daams, J, Hartingsveldt, M, Vos, R, et al. Sensor Monitoring to Measure and Support Daily Functioning for Independently Living Older People: A Systematic Review and Road Map for Further Development. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2013; 61(12):2219-27.
61. Shepperd, S, Lannin, NA, Clemson, LM, McCluskey, A, Cameron, ID, Barras, SL. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 1:CD000313.
62. Fearon, P, Langhorne, P. Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012; (9).
63. Fox, MT, Persaud, M, Maimets, I, Brooks, D, O'Brien, K, Tregunno, D. Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured

- hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis (Provisional abstract). *BMC Geriatrics*. 2013; 13(4):70.
64. Langhorne, P, Holmqvist, LW. Early supported discharge after stroke. *J Rehabil Med*. 2007; 39(2):103-8.
 65. Larsen, T, Olsen, TS, Sorensen, J. Early home-supported discharge of stroke patients: a health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*. 2006; 22(3):313-20.
 66. Shepperd, S, Doll, H, Broad, J, Gladman, J, Iliffe, S, Langhorne, P, et al. Hospital at home early discharge. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009; (1).
 67. Phillips, CO, Wright, SM, Kern, DE, Singa, RM, Shepperd, S, Rubin, HR. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA*. 2004; 291(11):1358-67.
 68. Hastings, SN, Heflin, MT. A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2005; 12(10):978-86.
 69. Winkel, A, Ekdahl, C, Gard, G. Early discharge to therapy-based rehabilitation at home in patients with stroke: a systematic review (Structured abstract). *Physical Therapy Reviews*. 2008; 13(3):167-87.
 70. Olson, DM, Prvu Bettger, J, Alexander, KP, Kendrick, AS, Irvine, JR, Wing, L, et al. Transition of care for acute stroke and myocardial infarction patients: from hospitalization to rehabilitation, recovery, and secondary prevention (Structured abstract). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2011. Report No.: 202.
 71. Mabire, C, Monod, S, Dwyer, A, Pellet, J. Effectiveness of nursing discharge planning interventions on health-related outcomes in elderly inpatients discharged home: a systematic review protocol. 2013 [cited; Available from: Available from http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42013005809
 72. Jeppesen, E, Brurberg Kjetil, G, Vist Gunn, E, Wedzicha Jadwiga, A, Wright John, J, Greenstone, M, et al. Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012; (5).
 73. Smith Susan, M, Soubhi, H, Fortin, M, Hudon, C, O'Dowd, T. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012; (4).
 74. Shepperd, S, Doll, H, Angus, RM, Clarke, MJ, Iliffe, S, Kalra, L, et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; (4):CD007491.
 75. Shepperd, S, Doll, H, Angus Robert, M, Clarke Mike, J, Iliffe, S, Kaira, L, et al. Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Canadian Medical Association Journal* 2009; 180(2):175-82.
 76. Baich, L, Wilson, D, Cummings, GG. Enterostomal therapy nursing in the Canadian home care sector: what is its value? *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2010; 37(1):53-64.
 77. Linertová, R, García-Pérez, L, Vázquez-Díaz, JR, Lorenzo-Riera, A, Sarria-Santamera, A. Interventions to reduce hospital readmissions in

- the elderly: In-hospital or home care. A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011; 17(6):1167-75.
78. Toot, S, Devine, M, Orrell, M. The effectiveness of crisis resolution/home treatment teams for older people with mental health problems: a systematic review and scoping exercise. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2011; 26(12):1221-30.
 79. Liebel, DV, Friedman, B, Watson, NM, Powers, BA. Review of nurse home visiting interventions for community-dwelling older persons with existing disability (Structured abstract). *Medical Care Research and Review*. 2009; 66(2):119-46.
 80. Marek, KD, Baker, CD. Nurse home visit programs for the elderly. *Annual Review of Nursing Research*. 2006; 24:157-78.
 81. Boulton, C, Green, AF, Boulton, LB, Pacala, JT, Snyder, C, Leff, B. Successful models of comprehensive care for older adults with chronic conditions: evidence for the institute of medicine's "Retooling for an aging America" report. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009; 57(12):2328-37.
 82. Kanda, M, Ota, E, Gilmour, S, Shibuya, K, Nakagama, E, Kono, Y, et al. The effectiveness of care provided by nurse practitioners in a community setting: a systematic review and meta-analysis. . 2014 [cited; Available from: Available from http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42014009627
 83. Wysocki, A, Butler, M, Kane, RL, Kane, RA, Shippee, T, Sainfort, F. Long-term care for older adults: a review of home and community-based services versus institutional care (Structured abstract). *Health Technology Assessment Database*. 2012; (4).
 84. Young, C, van de Glind Esther, MM, Quinn Terry, J, Hooft, L, Legg Lynn, A, van Munster Barbara, C, et al. At-home versus institutional long-term-care for chronic functionally dependent older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012; (6).
 85. Clarkson, P, Giebel, C, Larbey, M, Roe, B, Challis, D. Systematic review of home support interventions to people with dementia and their carers: components and impacts. 2014 [cited; Available from: Available from http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42014008890
 86. Cochrane, A, McGiloway, S, Furlong, M, Molloy David, W, Stevenson, M, Donnelly, M. Home-care 're-ablement' services for maintaining and improving older adults' functional independence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; (11).
 87. Legg, L, Glasser, SP, Drummond, M, Davidson, A, Robertson, C. Reablement for adults referred to home care services. 2014 [cited; Available from: Available from http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42014008801
 88. Whitehead, PJ, Drummond, AE, Walker, MF, Parry, RH. Interventions to reduce dependency in personal activities of daily living in community-dwelling adults who use homecare services: protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2013; 2:49.

89. Low, LF, Yap, M, Brodaty, H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons (Structured abstract). BMC Health Services Research. 2011; 11(4):93.
90. SBU. Svårsläkta sår hos äldre - prevention och behandling; 2014.
91. Santomassini, M, Costantini, G, McDermott, M, Primiano, D, Slyer, J, Singleton, J. A systematic review on the effectiveness of continuity of care and its role in patient satisfaction and decreased hospital readmissions in the adult patient receiving home care services. JBI Library of Systematic Reviews. 2012; 10(21):1214-59.
92. SBU. Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus - med fokus på sköra äldre. En systematisk litteraturöversikt; 2013.
93. Socialstyrelsen. Kartläggning av metoder för patientsäkerhetsarbete – en granskning av insatser för patientsäkerhetskultur och metoder för identifiering och analys av risker mot patientsäkerheten 2013. Report No.: Artikelnummer: 2013-5-1.
94. Socialstyrelsen. Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet 2014; 2014. Report No.: 2014-4-7.
95. Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J, Altman, DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. International journal of surgery (London, England). 2010; 8(5):336-41.
96. Socialstyrelsen. Effekter av individuell samordnare av vård- och omsorgsinsatser för de mest sjuka äldre; 2013.
97. Sternberg, SA, Wershof Schwartz, A, Karunanathan, S, Bergman, H, Mark Clarfield, A. The identification of frailty: a systematic literature review. J Am Geriatr Soc. 2011; 59(11):2129-38.

Bilaga 1. Exklusionskriterier

Kartläggningen inkluderar inte översikter om:

- innehåll, utformning, omfattning eller intensitet av medicinsk eller rehabiliterande insats (sjukdomsspecifik eller sjukdomsinriktad)
- specifik och enskild behandling såsom sjukgymnastik eller arbetsterapi, dvs. den ges inte tillsammans med annan hemvårdsinsats
- diagnostiska test
- instrumentutveckling
- knä- eller höftbyte (joint replacement)
- larm
- personalens arbetsuppgifter, arbetssituation eller arbetsmiljö
- primärprevention eller hälsopromotion (folkhälsa)
- datorbaserade påminnelser som medicinskt beslutsstöd
- kommunikation och informationsöverföring
- balansen mellan informell och formell vård
- palliativ vård till personer som är döende eller i livets slut (Nationella riktlinjer presenterades 2013, <http://www.socialstyrelsen.se/nationelltkunskapsstodforgodpalliativvard>)
- utbredning och konsumtion av hemvård ur ett epidemiologiskt perspektiv, undantaget om det specifikt rör gruppen äldre eller är kopplat till jämförelser av vårdkonsumtion för grupper med respektive utan hemvård
- nationella beskrivningar av hemvård eller dess utveckling
- samordnare/samordning (effekter av individuell samordnare har studerats i en översikt från Socialstyrelsen [96])
- ekonomi och finansiering
- presentation i ledare, sammanfattning i tidskrift av översikt, kommentarer/debattinlägg, avhandlingar som måste köpas
- insatser som enbart bygger på enstaka besök eller insatser i personens hem.

Bilaga 2. Tabell över inkluderade översikter efter område

Interventioner om rehabilitering, telemedicin, utskrivning, hemsjukvård och hemtjänst

Hemtjänst

Referens	Syfte	Intervention & jämförelser	Population	Ursprungsland Antal primärstudier	Kvalitet
Low m.fl. 2011	Utvärdera utfall av <i>case management</i> (uteslutet här), integrerad vård samt användarinriktad vård (<i>consumer-directed home och community care</i>) för äldre personer.	Integrerad vård: varierar men handlar ofta om multi- eller interdisciplinära teaminsatser, ibland samordnare eller som särskilt utsedd vård- och omsorgspersonal. Jämförs med ej integrerad vård, sedvanliga insatser eller personer som avböjt. Användarinriktad vård: ger användarna högre medvetenhet, kontroll och ansvar för sin vårdkonsumtion. Kan ske genom vouchers, att själv välja/hyra in personal och insatser. Jämförs med sedvanliga insatser.	Äldre hemmaboende personer. Medelålder framgår inte i alla studier.	17 studier, varav integrerad vård: Australien (1), Finland (1), Kanada (1), Storbritannien (1), USA (7). Användarinriktad vård: Italien (1), Storbritannien (1), USA (4).	God kvalitet, inte uppdaterad.
Wysocki 2012	Jämföra betydelsen av hemtjänst och särskilt boende för äldre beroende personer.	Hemtjänst jämförs med särskilt boende med avseende på fysisk och kognitiv funktionsförmåga, mental hälsa, mortalitet, användande av akutsjukvård och kostnader.	Personer 60 år eller äldre som får äldreomsorg.	42 studier: Kanada (2), Irland (1), Nederländerna (1) Storbritannien (5), USA (33).	God kvalitet, uppdaterad.

Hemsjukvård

Referens	Syfte	Intervention & jämförelser	Population	Ursprungsland Antal primärstudier	Kvalitet
Baich 2010	Studera betydelse av sjuksköterska med specialistkunskap i stomivård i hemsjukvård i Kanada,	Insats i hemsjukvård av sjuksköterska med specialistkunskap. Jämförs med insatser som ges av sjuksköterska utan specialistkompetens i sår och stomi-vård.	Personer med sår och stomi i hem-sjukvård. Antal: 21–767,	8 studier: Kanada (3), USA (5),	Begränsad kvalitet,
Boult 2009	Identifiera modeller för allsidigt omhändertagande som högkvalitativ forskning visat kan förbättra kvalitet, utfall och effektivitet i vård av kroniskt sjuka äldre.	Modeller med allsidigt och omfattande arbetssätt rörande olika behov, vård av flera kroniska sjukdomar eller flera aspekter av ett kroniskt tillstånd. Jämförelserna framgår inte klart.	Personer minst 65 år gamla med kronisk sjukdom,	Framgår inte. 123 studier.	Begränsad kvalitet,
Jeppesen m.fl. 2012	Utvärdera effekten av hembesök av sjuksköterska, med stöd från sjukhuset, vid KOL,	Schemalagda hembesök av sjuksköterska med specialistkunskaper om andningssjukdomar, som arbetar under ledning av ett sjukhusteam. Jämförelse görs med slutenvård vid sjukhus,	Personer med kronisk obstruktiv lungsjukdom som skrivits ut från sjukhus inom 72 timmar efter att bedömning gjorts vid akutmottagning. Medelålder: 68-80 år. Antal: 870 personer; för 25 % av dessa bedömdes avancerad hemsjukvård vara lämplig.	8 studier: Australien (1), Danmark (1), Italien (1), Spanien (1), Storbritannien (4),	God kvalitet, uppdaterad.
Liebel 2009	Ge information om vilka komponenter i hembesök av sjuksköterskor som direkt bidrar till utfall (effekter) samt vilka sköra äldre som har nytta av insatsen,	Hembesök av sjuksköterska som gjorde vårdplaner, bedömningar, skrev remisser, lämnade information och tillhandahöll utbildning m.m. Interdisciplinärt samarbete förekom också på olika sätt. Mängd och varaktighet varierade. Vanligtvis var besöken schemalagda, men besök efter behov och önskemål förekom också. Antalet besök varierade mellan 6 och 34, besöken varade i ca 60 minuter. Jämförelsegrupp framgår inte tydligt.	Äldre med begränsningar i ADL/IADL, riskfaktorer för funktionsnedsättning eller sjukhusvård, kronisk sjukdom. Antal deltagare: 200–1966. Medelålder framgår inte.	10 studier: Italien (1), Kanada (2), Nederländerna (1), Schweiz (1), USA (5)	Begränsad kvalitet.

Referens	Syfte	Intervention & jämförelser	Population	Ursprungsland Antal primärstudier	Kvalitet
Linertová 2011	Identifiera interventioner som effektivt minskar risken för återinläggning på sjukhus bland äldre samt bedöma betydelsen av uppföljning i hemmet.	a) Geriatrisk utvärdering på sjukhus och omfattande utskrivningsplanering. I 10 studier gjordes en vårdplan. 11 studier innehöll någon form av uppföljning med distriktsläkare eller annan sjukvård. b) Geriatrisk bedömning med hembesök eller uppföljning i hemmet genom hembesök, ibland med vårdplan (7 studier), hemrehabilitering (6 studier), samarbete med distriktsläkare (8 studier), telefonsamtal (3 studier), koordinering av eftervård (5 studier), hemvård, läkemedelsgenomgång, utbildning m.m.(5 studier). Jämförs med sedvanlig vård.	Personer 75 år och äldre. a) Medelålder: 74–82,4 år. Antal: 41–1 538. b) Medelålder: 75–85 år. Antal: 54–1 648.	a) 17 studier: Australien (5), USA (5), Storbritannien (2), Belgien (2), Norge (1), Sverige (1), Tyskland (1). b) 15 studier: Australien (2), Danmark (1), Nya Zeeland (1), Storbritannien (8), Tyskland (1), USA (2)	God kvalitet, inte uppdaterad.
Marek & Baker 2006	Undersöka vad som påverkar effektiviteten i hembesök av sjuksköterskor.	Hembesök av olika yrkesgrupper vid (a) avancerad hemsjukvård, (b) tidig utskrivning, (c) korttidsvård, (d) diagnosspecifika besök. Jämförelsegrupp framgår inte tydligt.	Sköra personer, 65 år eller äldre i ordinärt boende.	60 studier. Studierna kom från mer än 15 länder, framförallt industriländer i västvärlden, 51 stycken.	Begränsad kvalitet.
Shepperd m.fl. 2008 a Publikation 1	Avgöra effektivitet och kostnad vid tidig utskrivning från sjukhus av patienter med behov av akut sjukvård.	Avancerad hemsjukvård. Hälso- och sjukvårdsteam erbjuder aktiv behandling i hemmet för något som annars skulle kräva akut sjukhusvård. Detta jämförs med akut sjukvård på sjukhus.	Ingående diagnoser är bland annat KOL, stroke och akuta medicinska tillstånd. Resultat sårredovisas för 65 år+. Medelålder varierar mellan 50,1 och 82,9 där uppgift finns.	10 studier: Australien (2), Italien (2), Storbritannien (3), Nya Zeeland (3).	God kvalitet, inte uppdaterad.
Shepperd m.fl. 2009 b Publikation 2	Avgöra effektivitet och kostnad vid tidig utskrivning från sjukhus av patienter med behov av akut sjukvård (både individdata och publicerade data.)	Insatser från sjukhusbaserat team (4 studier), blandning av team från sjukhus och lokalt team (3 studier) eller blandning av lokalt team och distriktsläkare. Detta jämförs med akut sjukvård på sjukhus.	Äldre personer med medicinska tillstånd. Antal: 844 i metaanalyser; totalt 1327 deltagare. Medelålder: 70–80 år.	10 studier från 4 länder: Australien, Italien, Storbritannien, Nya Zeeland.	God kvalitet, inte uppdaterad.

Referens	Syfte	Intervention & jämförelser	Population	Ursprungsland Antal primärstudier	Kvalitet
Smith 2013	Granska evidensen för interventioner riktade till multisjuka i hemmet	Organisatoriska och patientinriktade interventioner i hemmet jämfört med sedvanlig vård.	Personer med två eller fler kroniska sjukdomar. Majoriteten är äldre än 65 år, men materialet inkluderar personer 40 år och äldre.	10 studier: Kanada (1) Storbritannien (1), USA (8).	God kvalitet, uppdaterad.
Toot 2011	Undersöka betydelsen av krisstöd i vid psykisk ohälsa.	Krisstöd i hemmet. Jämförs med sedvanlig vård eller väntelista.	Personer 65 år eller äldre med diagnostiserad psykisk ohälsa.	Framgår inte. 10 studier.	God kvalitet, inte uppdaterad.

Rehabilitering allmän

Referens	Syfte	Intervention & jämförelser	Population	Ursprungsland. Antal primärstudier	Kvalitet
Beswick 2008	Studera effekter av sammansatta lokala interventioner som bevarar fysisk funktion och oberoende bland äldre.	Interventionerna varierade men inbegrep ofta bedömningar och råd av läkare och/eller sjuksköterska eller andra yrkesgrupper, hembesök m.m. Jämförs med sedvanlig vård eller minimal intervention.	Hemmaboende äldre eller äldre som ska skrivas hem från sjukhus. Beskrivs bland annat som sköra. Medelålder på minst 65 år.	Italien (1), Japan (1), Kanada (5), Nederländerna (1), Storbritannien (1), USA (15), (116 artiklar totalt i översikten, här redovisas länder för 24 studier om sköra äldre).	God kvalitet, inte uppdaterad.
Clegg 2012	Utvärdera om hembaserad träning förbättrar utfall för sköra äldre.	Träning (t.ex. motståndsträning) som kräver fysisk ansträngning avsedd att förbättra eller behålla kondition. Jämförelsegrupp beskrivs inte.	Sköra äldre (enl. egen operationalisering eller något av fem vedertagna kriterier). Antal: 987 personer, medelålder 83 år (78–88).	6 studier: Danmark (1), England (1), Finland (1), Nya Zeeland (1), USA (2).	Begränsad kvalitet.
Forster m.fl. 2008	Studera effekt och implikationer för resurser av geriatrisk dagsjukvård för äldre.	Geriatrisk dagsjukvård är öppenvård där äldre patienter vistas en hel eller nästan en hel dag och får multidisciplinär rehabilitering i sjukvårdsmiljö. Multidisciplinär rehabilitering i öppenvård ingick i alla studier. Detta jämförs med omfattande geriatrisk äldre-vård, insatser hemma eller ingen omfattande äldrevård.	Medicinska problem. Stroke eller blandning av diagnoser som Parkinson, artros, fraktur, depression. I alla utom en studie var medelåldern över 70 år och i en över 65 år.	Framgår inte. 13 studier.	God kvalitet, inte uppdaterad.
Forster & Young 2011	Studera rehabilitering för äldre i hemmet.	Rehabilitering i hemmet. Jämförelser med rehabilitering i geriatrisk dagsjukvård.	Äldre patienter	7 studier: Australien (1), Nya Zeeland (1), Storbritannien (4), uppgift saknas (1).	God kvalitet, inte uppdaterad.

Referens	Syfte	Intervention & jämförelser	Population	Ursprungsland. Antal primärstudier	Kvalitet
Health Quality Ontario 2013	Fastställa effektiviteten av hembaserad vård för att optimera vården av kroniskt sjuka hemmaboende.	Mer eller mindre intensiva program med hembesök av sjuksköterska, ibland tillsammans med apotekare, sjukgymnast och arbetsterapeut eller hälsoarbetare. Besökslängden varierade mellan 30 minuter och 2 timmar. Antal besök varierade efter behov. Utbildning ingick oftast avseende sjukdomen, livsstilsförändring, mediciner samt förändringar i hemmiljö och hur uppgifter kan utföras. Jämförs med t.ex. sedvanlig vård, inget utbildningsinslag, läkarkontakt.	Hemmaboende med kronisk sjukdom. I 8 studier var medelåldern 60–79 år.	12 studier varav åtta rörde äldre: Australien (1), Spanien (3), Storbritannien (1), Thailand (1) USA (2).	God kvalitet, uppdaterad.
Ryburn 2009	Granska om multidisciplinära rehabiliterande åtgärder främjar oberoende hos sköra äldre.	Arbeterapi, sjukgymnastik, social rehabilitering och hälsoutbildning, jämfört med traditionell hemvård.	Personer 65 år eller äldre, med hemtjänst eller dagvård.	Australien, Storbritannien, USA (oklart antal studier),	Begränsad kvalitet.
Ward m.fl. 2008	Undersöka effekter av rehabilitering för äldre i olika vårdmiljöer.	Rehabilitering i tre olika vårdmiljöer: sjukhem jämfört med sjukhus och eget hem.	Äldre över 60 år. Stroke, lårbensfraktur och annat.	Inga studier identifierades.	God kvalitet, inte uppdaterad.

Rehabilitering sjukdomsspecifik

Referens	Syfte	Intervention & jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Chard 2006	Granska evidensen för effektiviteten av neuro-rehabilitering utanför sjukhus för fyra neurologiska tillstånd (stroke, MS, Parkinson och traumatisk hjärnskada).	Tidig koordinerad utskrivning. Fortsatta rehabiliteringsinsatser i hemmet vid behov. Jämförelserna tycks vara akut vård eller korttidsvård (<i>transitory care settings</i>).	Personer med neurologisk sjukdom i behov av rehabilitering, men inte nödvändigtvis på sjukhus.	Framgår inte. Antal studier oklart, beskrivs i text.	Begränsad kvalitet.
Chudyk m.fl. 2009	Utvärdera effekter av rehabiliteringsinsatser vid höftfraktur hos äldre.	Kategorier som identifierades: behandlingsregim, tidig rehabilitering, interdisciplinär vård, arbetsterapi och sjukgymnastik, träning samt ospecificerad intervention. Detta jämförs med sedvanlig vård.	Höftfraktur. Ålder framgår inte tydligt.	Framgår inte tydligt.	Begränsad kvalitet.
Donohue m.fl. 2013	Bestämma effekter av multidisciplinär rehabilitering i hemmet efter höftkirurgi på funktion, livskvalitet, rörlighet, muskelstyrka, balans.	Multidisciplinär rehabilitering i hemmet. Teamen kunde vara olika bemannade men sjukgymnastik ingick alltid. Jämförelser med rehabilitering på sjukhus eller ingen rehabilitering efter utskrivning.	Personer som genomgått höftoperation. Medelålder: 75 år eller mer.	5 studier: Australien (2), Hong Kong (1), Sverige (2)	God kvalitet, inte uppdaterad.
Duffy m.fl. 2004	Sammanställa aktuell evidens om ickefarmakologiska strategier i vård av hjärtsvikt (heart failure).	Icke-farmakologisk komponent bestående av utbildning rörande medicinering, diet, träning, självövervakning och hantering. Jämförelser med kontrollgrupp.	Hemmaboende äldre med kronisk hjärtsjukdom. Medelålder: 71,5 år.	Framgår inte. 15 studier.	Begränsad kvalitet.
Giusti m.fl. 2011	Tillhandahålla bl.a. en kort beskrivning av modeller som implementerats under de senaste 20 åren, särskilt de nyaste och mest framträdande.	Hembaserad rehabilitering efter höftfraktur, ofta genom multidisciplinärt team (finns flera interventioner i översikten). Jämförs med sedvanlig vård (traditionella program).	Äldre med höftfraktur.	Framgår inte.	Begränsad kvalitet.

Referens	Syfte	Intervention & jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Graven 2011	Undersöka effektiviteten av lokal rehabilitering efter stroke.	Rehabilitering (olika interventioner) a) Singeldisciplinär rehabilitering genom arbetsterapeut eller sjukgymnast, varierande intensitet. Jämförs med sedvanlig vård eller annan insats. b) Omfattande rehabilitering med multidisciplinära, mer intensiva insatser. Jämförs med icke intensiva insatser, icke lokal insats eller annan insats.	Personer som diagnostiserats med cerebrovaskulär skada.	Framgår inte. a) 10 studier. b) 11 studier.	Begränsad kvalitet.
Hillier & Inglis-Jassiem 2010	Utvärdera effekter av hembaserad rehabilitering vid stroke.	Plats/lokalisering för rehabilitering där effekter av rehabilitering i det egna hemmet jämförs med rehabilitering vid klinik, exempelvis dagsjukvård.	Personer över 18 år som drabbats av stroke. En majoritet av studierna rapporterar åldrar på 65-75 år. I studien med de äldsta varierade medelvärdet mellan 78,3 och 79,6 år; i studien med de yngsta var medianåldern 53 år.	11 studier: Danmark (1), Nya Zeeland (1), Storbritannien (7), Sverige (1), USA (1).	God kvalitet, inte uppdaterad.
Holland m.fl. 2005	Undersöka multidisciplinära interventioners inverkan på sjukhusvård och mortalitet i hjärtsjuklighet.	Ett team med medicinsk samt annan kompetens utförde fyra separata interventioner: hembesök, fysiologisk övervakning eller televideoenk, telefonuppföljning men inte hembesök, enbart sjukhus- eller klinisk intervention. Detta jämförs med sedvanlig vård.	Hjärtsjuklighet. Medelålder 56–86 år. I två studier var medelåldern under 60 år.	30 studier: Argentina (1), Australien/ Nya Zeeland (3), Europa (13, varav tre i Sverige), USA (13).	God kvalitet, inte uppdaterad.
Kang-Yi & Gellis 2010	Granska effektiviteten av lokalt baserad intervention för depression bland äldre med hjärtsjukdom.	Behandling/insats i hemmet som kan innefatta utbildning, rådgivning, träning, video eller internetbaserad vård eller telehälsa. Intervention kunde även ges vid rehabiliteringsklinik. Längd: 1–16 månader. Jämförelse med sedvanlig ospecificerad vård samt hembesök.	Äldre med diagnostiserad hjärtsjukdom. 3 545 deltagare totalt, variation 32–1 173 deltagare. Medelålder: 64-80 år.	15 studier: Finland (1), Japan (1), Sverige (1), Storbritannien (2), USA (10).	God kvalitet, inte uppdaterad.

Referens	Syfte	Intervention & jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Legg m.fl. 2004	Bedöma effekterna av terapibaserad rehabilitering för personer med stroke.	Terapibaserad rehabilitering av sjukgymnast (4 studier), arbetsterapeut (8 studier) eller blandad insats av multidisciplinär personal (2 studier) under handledning av legitimerade yrkesutövare. Förbättring av gångförmåga och att klä sig var ett syfte. Jämfördes vanligtvis med ingen rutinmässig intervention eller sedvanlig vård, men kontakt med medicinklinik eller hälsoarbetare förekom.	Personer som bor i ordinärt boende och som för högst ett år sedan drabbats av stroke eller skrivits ut från sjukhus. Medelålder: 70 år (55–75,5 år). Antal: 1 617 personer.	14 studier: Danmark (1), Hong Kong (1), Kanada (1). Storbritannien (9), USA (2).	God kvalitet, inte uppdaterad.
MacLaren 2013	Undersöka om icke-farmakologiska interventioner kan försena funktionsnedsättning vid demens.	Arbetsterapi, träning eller multipla interventioner. Jämförelser beskrivs inte, men alla jämförelser accepterades.	Hemmaboende äldre personer med demenssjukdom. Ålder: framgår inte Antal: 29–255 personer.	18 studier: Frankrike, Israel, Italien, Korea, Nederländerna, Spanien, Tyskland, USA (hälften).	Begränsad kvalitet.
Mehta & Roy 2011	Undersöka effekter av hembaserad sjukgymnastik efter höftfrakturkirurgi.	Hembaserad sjukgymnastik i jämförelse med poliklinisk sjukgymnastik och ingen sjukgymnastik alls.	Höftfraktur. Ålder framgår inte.	5 studier. Framgår inte tydligt.	God kvalitet, inte uppdaterad.
Liu 2013	Avgöra effekter av hembaserad rehabilitering på livskvalitet och andra utfall för personer med KOL.	Hembaserad rehabilitering, övervakad eller inte, som inkluderar träning med eller utan utbildning och/eller psykologiskt stöd under minst 4 veckor (4–48 veckor). Jämförs med sedvanlig vård utan rehabilitering utanför sjukhus.	733 deltagare med KOL som klinisk diagnos, medelantal: 43 (20–60). Medelålder: 54–77,8 år.	18 studier: Australien (2), Egypten (1), Indien (1), Kanada (1), Kina (1), Nederländerna (3), Spanien (2), Storbritannien (2), Sydkorea (1), Turkiet (1), Tyskland (1), USA (2).	God kvalitet, uppdaterad.
Shepherd 2012	Granska evidensen för rehabilitering av hjärt-kärlpatienter avseende livskvalitet.	Träning och rådgivning på sjukhus jämfört med träning och rådgivning i hemmet.	Personer med hjärt-kärlsjukdom. Majoriteten äldre än 65 år, men studie med medelålder på 56 år inkluderad.	16 studier: Australien (1), Brasilien(1), Italien (2), Japan(1), Finland(1), Kanada (2), Norge(3), Sverige(2), Storbritannien (3).	God kvalitet, inte uppdaterad.

Referens	Syfte	Intervention & jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Stolee 2011	Granska evidensen för rehabilitering i hemmet för patienter med muskuloskeletala besvär.	Sjukgymnastik och arbetsterapi i ordinärt boende. Jämförelse med rehabilitering på sjukhus.	Patienter med muskuloskeletala besvär, medel- och medianålder 63 år eller äldre.	Framgår inte. 12 studier.	God kvalitet, uppdaterad.
Vieira m.fl. 2010	Utvärdera effekter av hembaserad rehabilitering vid KOL på fysisk förmåga.	Hembaserad rehabilitering i jämförelse med standardvård eller sjukhusbaserad rehabilitering eller både och.	KOL. Ålder över 60 år.	12 studier. Nation framgår inte för alla, Kanada (1), Spanien (1).	God kvalitet, inte uppdaterad.

Utskrivning

Referens	Syfte	Intervention & jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Fearon & Langhorne 2012	Undersöka effektiviteten av insatser för tidig utskrivning av personer som insjuknat akut i stroke.	1) Koordinerat multidisciplinärt team samordnade utskrivning och tillhandahöll eftervård samt rehabilitering hemma. 2) Team som samordnade utskrivning och följde och planerade närmaste vårdtiden men lämnade över till lokala team som vanligen inte tillhandahöll koordinerad multidisciplinär vård. Detta jämförs med inget team efter utskrivning.	Personer med stroke som vårdats på sjukhus. Medelålder: 66–80 år.	14 studier: Australien (1), Danmark (2), Kanada (1), Norge (4), Storbritannien (3), Sverige (1), Thailand (1), USA (1).	God kvalitet, uppdaterad.
Fox m.fl. 2013	Undersöka effektivitet av tidig utskrivning.	Tidig utskrivning 24–48 timmar efter inläggning kan innefatta - behovsbedömning med fokus på funktionella behov - utbildning till patient/anhöriga - översyn av medicinerings - överföring av information till kommande vårdgivare - uppföljning med hembesök eller telefonsamtal. Jämförs med sedvanligt rutin för utskrivning.	Äldre personer på sjukhus p.g.a. akut skada eller sjukdom.	9 studier: Australien (1), Frankrike (1), Taiwan (1), USA (6).	God kvalitet, uppdaterad.
Hastings m.fl. 2005	Utvärdera interventioner utformade för att förbättra utfall för äldre som skrivs ut från akutmottagning.	Olika interventioner vid akutmottagning (telefonuppföljning, omfattande geriatrisk bedömning av specialist-sjuksköterska, geriatrisk konsultation, konsultation med arbetsterapeut/sjuktymnast för bedömning av funktion, samordningsteam för bedömning av risk, eventuell remiss, personalutbildning) och i hemmet (snabb tillgång till lämpligt stöd, annan vårdform alt. hembesök för bedömning). Jämförs med sedvanlig vård.	Äldre i ordinärt boende, minst 65 år gamla i alla studier utom en.	8 studier: Uppgifter tabellerade endast för RCT- och kohortstudier. Australien (1), Kanada (4), Storbritannien (1), USA (2).	Begränsad kvalitet.

Referens	Syfte	Intervention & jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Langhorne & Holmqvist 2007	Avgöra om tidigt stöd vid utskrivning genom team (<i>ESD=early supported discharge</i>) kan förbättra utfall för patienter med stroke och minska vårdtid vid sjukhus.	Det första alternativet var multidisciplinärt team som samordnade utskrivning och tillhandahöll rehabilitering hemma. Det andra alternativet var multidisciplinärt team som samordnade utskrivning men inte tillhandahöll rehabilitering hemma. Det tredje alternativet var samordnade insatser på lokal nivå eller från frivilliga. Jämförs med sedvanlig vård.	1 659 personer med stroke. Medelåldern var minst 66 år med undantag för en studie.	12 studier: Australien (1), Irland (1), Kanada (1), Norge (4), Storbritannien (3), Sverige (1), Thailand (1).	God kvalitet, inte uppdaterad.
Larsen m.fl. 2006	Studera effekten av hembesök efter tidig utskrivning från stroke-enhet.	Ett team från sjukhuset (3 studier) eller utanför (4 studier) med arbetsterapeut, sjuksköterska, sjukgymnast, läkare och socialarbetare som koordinerar sitt arbete genom regelbundna möten. Tidig utskrivning börjar ofta med förberedande hembesök, hembesök vid utskrivning och sedan efter behov. Jämförs med vård på stroke-enhet.	Hemmaboende personer som skrivs ut från sjukhus efter stroke. Medelålder: 70–79 år.	Framgår inte. 7 studier.	God kvalitet, inte uppdaterad.
Olson m.fl. 2011	Bedöma om evidens i publicerad litteratur stödjer gynnsam roll för samordnad postakut vård i hemmet av patienter med stroke eller hjärtinfarkt.	Samordning, utskrivningsplanering inkl. remisser, t.ex. till hemvård, utrustning/bostadsanpassning, vårdkedjor för att organisera vård och rehabilitering. Jämförs med sedvanlig vård.	Personer över 18 år som skrivs ut från sjukhus efter stroke eller akut hjärtinfarkt	26 studier: Stroke: Danmark (2), Italien (1), Kanada (1), Mexiko (1), Nederländerna (1), Storbritannien (3), USA (5). Hjärtinfarkt: Australien (3), Brasilien (1), Finland (1), Kanada (2), Norge (2), Storbritannien (1), USA (2).	Begränsad kvalitet.

Referens	Syfte	Intervention & jämförelser	Population	Ursprungsland primärstudier	Kvalitet
Phillips m.fl. 2004	Utvärdera effekt av omfattande utskrivningsplanering samt stöd efter utskrivning.	Fem typer av interventioner: 1) Ett hembesök; 2) Ökad uppföljning vid klinik och frekvent telefonkontakt; 3) Hembesök och/eller frekvent telefonkontakt; 4) Utvidgad hemtjänst; 5) Specialiserad enhet vid dagsjukhus. Utskrivningsplaneringen kompletterades med t.ex. genomgång och råd om medicinering, diet, viktkontroll och fysisk träning. Jämförs med sedvanlig rutin.	Äldre med hjärtsvikt. Medelåldern var minst 70 år i 16 studier, under 70 år i två studier.	18 studier: Australien (2), England (1), Irland (1), Italien (1), Kanada (1), Nederländerna (1), Sverige (1), USA (10).	God kvalitet, inte uppdaterad.
Shepperd m.fl. 2009	Avgöra effektivitet och kostnad vid tidig utskrivning från sjukhus av patienter med behov av akut sjukvård.	Tidig utskrivning från sjukhus till hemmet där aktiv behandling erbjuds av sjukvårdspersonal för tillstånd som annars skulle krävt sjukhusvård. Jämförs med akut sjukvård på sjukhus.	KOL, stroke, akuta medicinska tillstånd. Ålder: patienter över 18 år, särredovisning för äldre (65 år eller äldre).	26 studier: Australien (3), Kanada (1), Nya Zeeland (1), Norge (3), Storbritannien (16) Sverige (1), Thailand (1).	God kvalitet, inte uppdaterad.
Shepperd m.fl. 2013	Bestämma effektiviteten av utskrivningsplanering från sjukhus till hemmet.	Utveckla en individualiserad utskrivningsplan. Den kan ingå i annan intervention. Jämförs med sedvanlig rutin.	Personer med medicinska tillstånd som hjärtsjuklighet eller kirurgiska tillstånd, äldre personer som bl.a. fallit samt äldre som fått psykiatrisk vård. Antal deltagare: 8 098 totalt. Medelålder: >75 år i nio studier, 70–75 år i fem studier och <70 år i tio studier.	24 studier: Australien (1), Danmark (1), Frankrike (2), Kanada (3), Nederländerna (1), Storbritannien (5), Taipei (1), USA (10),	God kvalitet, uppdaterad.
Winkel m.fl. 2008	Granska evidensen av tidig utskrivning och hemrehabilitering för strokepatienter.	Interventionerna innefattar: rehabilitering vid sjukhus och tidig utskrivning med stöd, stöd från utskrivningsteam vid sjukhus utan rehabiliteringsstöd och kommunbaserat rehabiliteringsstöd. Detta jämförs med olika former av rehabilitering vid sjukhus.	Vuxna med stroke. Medelålder 74 år (28–93 år).	17 studier: Kanada (2), Italien (1), Norge (7), Storbritannien(2), Sverige (5).	Begränsad kvalitet.

Telemedicin i hemvård

Referens	Syfte	Intervention & jämförelser	Population	Ursprungsland Primärstudier	Kvalitet
Barlow m.fl. 2007	Undersöka potentiella effekter av televård avseende nytta för enskilda och systemet såsom kostnader och vårdprocess.	Övervakning av fysiologiska värden (t.ex. blodtryck, blodsocker), övervakning rörande säkerhet och trygghet (fall-larm) samt information och stöd med hjälp av hembaserad teleinsats. Jämförelserna framgår inte.	Sköra äldre och personer med kroniska sjukdomar såsom framförallt diabetes och hjärtsjukdom.	98 studier. 64 % av studierna kom från USA, 10 % från Storbritannien. Inga övriga uppgifter.	Begränsad kvalitet.
van den Berg Telemedicine and telecare for older patients 2012	Undersöka om telemedicinska koncept passar som ny innovativ möjlighet i medicinsk vård av äldre.	Telemedicinska interventioner som rörde diagnostik, övervakning och behandling. Tre typer av intervention fanns: mätning av vitala fysiologiska värden, t.ex. blodtryck, interaktiva system, t.ex. IT-baserade formulär och teknik som stödjer interaktionen mellan personal och patient, t.ex. video eller telefonkontakt. Jämförs oftast med sedvanlig vård.	Personer minst 60 år och äldre i eget hem där insatsen utgick från en medicinsk indikation. Medelålder 60–74 år utom i sex studier där medelåldern var under 60 år.	68 studier: Argentina (1), Australien (1), Europa (26), Kanada (6), Israel (2), USA (32).	Begränsad kvalitet.
Bolton 2010	Granska evidensen för klinisk och ekonomisk nytta med teleövervakning för personer med KOL.	Patienter använder telekommunikation för att överföra data om t.ex. spirometri. Jämförs med sedvanlig vård.	Vuxna personer med KOL. Medelålder 61–73 år.	Framgår inte.	Begränsad kvalitet.
Bowles & Baugh 2007	Sammanfatta och granska publicerad evidens om effekter av telehemvård på vuxna med kronisk sjukdom.	Användning av hjälpmedel för telekommunikation. Om jämförelser görs är det med sedvanlig vård.	Vuxna personer med kronisk sjukdom som hjärtfel, diabetes, sår m.m. Medelålder 41,6–83 år.	Framgår inte.	Begränsad kvalitet.
Clarke 2011	Studera effektiviteten av teleövervakning vid hjärtsvikt (congestive heart failure, CHF).	Utrustning (telefon, bredband m.m.) för kommunikation, ofta dagligen eller enligt överenskommelse. Mätning gjordes av fysiologiska värden som vikt, EKG m.m. Data analyserades av sjuksköterska, vid behov konsulterades läkare. Jämförelse med sedvanlig vård.	Diagnos hjärtsvikt. En del studier hade ytterligare inklusionskriterier såsom minst en sjukhusvistelse. Medelålder 55–85 år.	Framgår inte. 13 studier.	God kvalitet, inte uppdaterad.

Referens	Syfte	Intervention & jämförelser	Population	Ursprungsland Primärstudier	Kvalitet
DelliFraine & Danský 2008	Bestämma effekt av hembaserad telehälsa vid olika sjukdomar, patientgrupper och typer av teknologi.	Olika typer av hembaserade teleinterventioner såsom skärm, telefon, internet, video. Varierande jämförelsegrupper, antingen ingen vård, hemsjukvård eller uppföljning av läkare.	Personer med sjukdomar som diabetes, högt blodtryck, astma, hjärtsjukdom, m.m. liksom multisjuka. 10 studier handlade om äldre.	Framgår inte. 29 studier.	Begränsad kvalitet.
Franeck 2012	Genomföra en evidensbaserad bedömning av teknologier för telehälsa i hemmet.	Telefonstöd till patienter vid sjukdom men utan biologiska data eller övervakning av hälsodata. Jämförs med sedvanlig vård.	Personer med måttlig eller svår KOL. 310 deltagare. Medelålder 61,1–74,5 år.	6 studier fördelade på två grupper: - Hong Kong (1). - Danmark (1), Italien (1), Kanada (1), Storbritannien (1), USA (1).	Begränsad kvalitet.
Gaikwad & Warren 2009	Utvärdera möjligheter och nytta med hembaserad information, kommunikationsteknologi och andra interventioner för vård av kroniskt sjuka.	Telehemvård (t.ex. videokonferenser), teleövervakning, multidisciplinära hembaserade interventioner, intervention av sjuksköterska eller sjukgymnast. Jämförelser görs i förekommande fall med ingen insats eller sedvanlig vård.	Personer med kronisk sjukdom. Ålder framgår inte alltid.	27 studier: Australien (6), Danmark (1), Frankrike (1), Hong Kong (1), Italien (4), Kanada (1), Nya Zeeland (1), Storbritannien (1), Sydkorea (1), USA (10).	Begränsad kvalitet.
Hersh m.fl. 2006	Sammanställa vetenskapligt stöd avseende diagnostik, beslut om vårdinsatser, utfall och tillgänglighet till vård genom telemedicinska insatser, bl.a. hembaserade.	Möjligheter för sjukvårdspersonal att övervaka fysiologiska mätningar, testresultat, bilder och ljud från patienter i deras hem. Kommunikation var också möjlig på olika sätt. Hemdator, telefon eller kabel-TV, video, audio och medicinsk utrustning användes. Främst jämförelser med sedvanlig vård.	Population: äldre personer med diagnoser som lungsjukdom, hjärtsvikt, diabetes, högt blodtryck. Antal deltagare: 18–1 401. Fem studier handlade om kroniskt sjuka äldre.	Framgår inte. 27 studier (hembaserad).	Begränsad kvalitet.
Inglis m.fl. 2010	Bedöma effekter av teleövervakning och/eller strukturerat telefonstöd.	Strukturerat telefonstöd eller telefonövervakning utan hembesök eller intensifierad klinisk uppföljning. Detta jämförs med standardvård efter utskrivning utan intensifierad närvaro på hjärtklinik, klinikbaserade program för hjärtsvikt eller hembesök.	Patienter över 18 år med diagnostiserad kronisk hjärtsvikt. Medelålder 44,5–78 år. I majoriteten av studierna är medelåldern över 60 år.	30 studier: Argentina (1), Australien (1), EU (Tyskland, Nederländerna, Storbritannien, Polen, Italien [2]), Storbritannien (1), Italien (4), Kanada (2), Tyskland (3), Nederländerna (1), Indien (1), USA (14).	God kvalitet, inte uppdaterad.

Referens	Syfte	Intervention & jämförelser	Population	Ursprungsland Primärstudier	Kvalitet
Johansson & Wild 2011	Utforska - möjlighet, effektivitet och kvalitet i telerehabilitering i vård efter stroke - effekt på hälsa, processen, vårdutnyttjande, tillfredsställelse och acceptans bland användare och patienter.	Telerehabilitering definierades som stöd på avstånd, utvärdering och intervention till personer med hjälp av telekommunikation. Detta kunde ske på många olika sätt såsom med hjälp av vanliga telefoner, ibland med hembesök; internetbaserad utbildning och kontakt via bl. a. videofon; plattform on-line (web tv), videokonsultsystem i realtid (en sjukgymnast erbjöd utbildning, övningar och psykologiskt stöd); virtuell miljö för träning av övre extremiteter (sensorer sattes för att kunna övervaka). Interventionerna varade 2–24 veckor. Jämförelser görs med insatser vid sjukhus eller rehabiliteringscenter.	Personer med stroke. Antal deltagare: 11–536. Ålder framgår inte.	9 studier: USA (4), Italien (2), Nederländerna (2), Kina (1).	God kvalitet, inte uppdaterad.
Martínez 2006	Undersöka betydelsen av telemedicin för personer med hjärtsjukdom.	Telemedicin i hemmet, ibland kombinerat med hembesök eller telefonkontakt. Jämförs med sedvanlig vård, hembesök av sjuksköterska eller stödgrupp med sjuksköterska.	Personer med hjärtsjukdom. Ålder 48–83 år.	Framgår inte.	Begränsad kvalitet.
Omboni, 2013	Granska evidensen för elektronisk blodtrycksmätning i hemmet.	Elektronisk blodtrycksövervakning i hemmet. Utfall jämförs med mätning på klinik respektive kontinuerlig ambulatorisk mätning.	Personer med högt blodtryck i hemmet. Medelålder 57–62 år.	Framgår inte.	God kvalitet, uppdaterad.
Poi 2013	Undersöka trådlös övervakning av äldre personers dagliga aktiviteter i hemmet.	Sensorer i bostaden registrerar och överför information till vårdpersonal. Jämförelse oklar.	Äldre personer i eget boende eller boende med service. Medelålder 82, 6 år.	Framgår inte.	Begränsad kvalitet.
Polisena 2010	Granska evidensen för teknisk övervakning i hemmet för personer med kronisk obstruktiv lungsjukdom.	Teknisk övervakning eller telefonkontakt (<i>tele health</i>). Jämförelse med sedvanlig vård.	Patienter med kroniskt obstruktiv lungsjukdom, medelålder 69 år eller äldre.	10 studier: Australien (1), Italien (1), Grekland (1), Kanada (2), Kina (1), Nederländerna (1), Spanien (3.)	God kvalitet, inte uppdaterad.

Bilaga 3. Beskrivningar av inkluderade översikter

Beskrivningar av översikter med god kvalitet

Beswick m.fl. (2008) Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis

Översikten handlar om sammansatta interventioner för att förbättra fysisk funktion och behålla självständigt boende. Ett antal studier handlade om sköra äldre.

Intervention: Multifaktoriell lokal intervention för att förbättra fysisk funktion och behålla självständigt boende. Interventionerna varierade men inbegrep ofta bedömningar och råd av läkare och/eller sjuksköterska eller andra yrkesgrupper. Utfördes ibland i hemmet eller i kombination med hembesök.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig vård eller minimal intervention.

Population: Hemmaboende äldre eller äldre som ska skrivas ut från sjukhus till eget hem. Medelålder: minst 65 år. 97 984 personer.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 116 artiklar från 87 randomiserade kontrollerade studier. 24 studier handlar om sköra äldre.

Exklusionskriterier: Framgår inte.

Utfallsmått: Hemmaboende, mortalitet, sjukhemsvård, sjukhusvård, fall och fysisk funktion.

Uppföljningstid: Varierande, men minst sex månader.

Primärstudiernas ursprungsland: USA (15), Kanada (5), Japan (1), Nederländerna (1), UK (1), Italien (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1971–2004.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2006.

Författarnas slutsatser: Sammansatta interventioner kan utformas för att möta individuella behov och önskemål och kan hjälpa äldre personer att leva säkert och oberoende.

Clarke m.fl. (2011) Systematic review of studies on telemonitoring of patients with congestive heart failure (CHF): a meta-analysis

Hjärtsvikt är en kronisk sjukdom som är vanligt förekommande bland äldre.

Intervention: Utrustning (telefon, bredband m.m.) för kommunikation, ofta dagligen eller enligt överenskommelse. Mätning gjordes av fysiologiska värden som vikt, EKG m.m. Systemen var olika avancerade där en del även visade påminnelser om medicin, motiverande meddelanden m.m. Data analyserades vanligen av en sjuksköterska. Vid behov konsulterades läkare. Utbildning till deltagarna ingick i en del studier, både om sjukdomen och om utrustningen.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig vård som kunde variera. En definition av miniminivå för sedvanlig vård skapades för att säkra jämförbarhet i resultaten.

Population: Hemmaboende personer med diagnos hjärtsvikt, från milda till svåra symptom på hjärtsvikt. En del studier hade ytterligare inklusionskriterier såsom minst en sjukhusvistelse. Medelålder 55–85 år. 3 480 personer.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 13 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Ingen specifik beskrivning av vad kontrollgruppen fick. Ingen utrustning användes. Patienterna övervakades inte hemma. Sekundära interventioner med enbart stöd från sjuksköterska och/eller telefonstöd.

Utfallsmått: Dödlighet och sjukhusvård samt livskvalitet, kostnader, följsamhet och besök hos andra vårdgivare.

Uppföljningstid: 3–15 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: Framgår inte.

Årsintervall för inkluderade studier: 2003–2009.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2009.

Författarnas slutsatser: Teleövervakning kombinerat med hembesök av sjuksköterska och specialiststöd kan vara effektivt för personer med CHF och förbättra deras livskvalitet. Dödlighet kan minskas överlag. Sjukhusvård inklusive akutvård minskade inte överlag, men CHF-relaterad sjukhusvård minskade. Interventionen gynnade livskvalitet enligt en kvalitativ analys.

Donohue m.fl. (2013). Home-Based Multidisciplinary Rehabilitation following Hip Fracture Surgery: What Is the Evidence?

Intervention: Multidisciplinär rehabilitering i hemmet. Teamen kunde vara olika bemannade, men sjukgymnastik ingick alltid.

Intervention för jämförelsegrupp: Ingen rehabilitering efter sjukhusvistelse eller rehabilitering på sjukhus eller liknande.

Population: Antal varierade mellan 66–102 personer. Medelålder: 75 år eller äldre.

Analys: Beskrivande.

Antal ingående studier och design: Fem randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Prospektiva kohort- och fall-kontrollstudier, endast sjukgymnastik, höftbyte eller elektiv höftkirurgi, kostnader som primärt utfall, singeldisciplinär intervention, multidisciplinär rehabilitering vid sjukhus eller liknande.

Utfallsmått: Funktion, livskvalitet, rörlighet, muskelstyrka och balans.

Uppföljningstid: 1–12 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: Australien (2), Hong Kong (1), Sverige (2).

Årsintervall för inkluderade studier: 2002–2010.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: Framgår inte.

Författarnas slutsatser: Resultaten visar att multidisciplinär rehabilitering i hemmet är lika eller mer effektiv än ingen insats. Inga slutsatser om rekommendationer kan dock ges på grund av att studierna var metodologiskt svaga.

Fearon & Langhorne (2012) Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients

Intervention: Insatser från särskilt utskrivningsteam: 1) Koordinatorat multidisciplinärt team samordnade utskrivning och tillhandahöll eftervård samt rehabilitering hemma; 2) Team som samordnade utskrivning och följde och planerade närmaste vårdtiden men lämnade över till lokala team som vanligen inte tillhandahöll koordinerad multidisciplinär vård. Typiska utskrivningsteam hade 3 personal (2,5–4,6) hemmahörande inom medicin, omvårdnad, arbetsterapi, logopedi, sjukgymnastik eller socialt arbete. Teamen kunde arbeta vid eller utanför sjukhus. Alla koordinerade sitt arbete genom multidisciplinära möten. Utskrivning innefattade ofta ett förberedande hembesök tillsammans med patienten eller ett hembesök för att se på hemmiljön. Insatserna från teamet berodde på behovet.

Intervention för jämförelsegrupp: Multidisciplinärt team på sjukhus, men inte efter utskrivning.

Population: Personer som vårdats på sjukhus för stroke med medelmåttig funktionsnedsättning. Antal: 1 957 personer. Medelålder: 66–80 år.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 14 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Blandad patientgrupp, interventionen är att förebygga inläggning eller förebygga att interventionen kommer för sent, icke-randomiserad studie.

Utfallsmått: Dödlighet, fysiskt beroende, vårdtid för stroke, återinläggning, totalkostnad, ADL-funktion, upplevd hälsa, sinnesstämning, anhörigas hälsa, tillfredsställelse med vård för personen och dennas anhöriga.

Uppföljningstid: 3–12 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: Australien (1), Danmark (2), Kanada (1), Norge (4), Storbritannien (3), Sverige (1), Thailand (1), USA (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1997–2009.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2012.

Författarnas slutsatser: Vissa patienter med stroke som skrivits ut med stöd av ett utskrivningsteam återvände hem tidigare än de som skrivits ut enligt konventionella rutiner. Det var mer sannolikt att de var oberoende och bodde i hemmet sex månader efter stroke och de var tillfreds med vårdinsatserna. Ingen negativ effekt iaktogs när det gäller sinnesstämning eller hälsa för anhöriga. Tydlig nytta med utskrivningsteam vid stroke ses när samordnade team rekryterar personer med mindre allvarlig funktionsnedsättning. Även om klarläggande behövs rörande den specifika modellen för utskrivningsteam, finns tillräckligt stöd för att införa utskrivningsteam inom strokevården. Även om evidensen är god ska det noteras att majoriteten av studierna gjorts för mer än tio år sedan.

Forster m.fl. (2008). Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care

Geriatrisk dagsjukvård är utformad för att komplettera sjukhusbaserad vård. Vårdformen startade i England på tidigt 1950-tal och finns nu i Europa i USA, Nya Zeeland och Australien. I Sverige förekommer den inte.

Intervention: Geriatrisk dagsjukvård är öppenvård där äldre patienter vistas en hel eller nästan en hel dag och får multidisciplinär rehabilitering i sjukvårdsmiljö.

Intervention för jämförelsegrupp: Omfattande geriatrisk äldrevård, insatser i hemmet alternativt inte någon omfattande äldrevård.

Population: Personer över 60 år med medicinska problem. Totalt 3 007 deltagare. I alla utom en studie var medelåldern över 70 år och i en över 65 år. Diagnoser som ingår är stroke eller en blandning av diagnoser så som exempelvis artros, frakturer, Parkinson, depression eller patienter som genom screening bedömts vara i behov av dagvård.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 13 randomiserade och kvasirandomiserade studier.

Exklusionskriterier: Sociala dagcenter och andra typer av psykiatrisk dagsjukvård för patienter med demens eller psykiatriska åkommor och dagsjukvård för enstaka åkommor såsom reumatoid artrit.

Utfallsmått: Dödlighet, behov av institutionsvård, självständighet, totalt sett ”dåliga utfall” bestående av dödsfall eller en av följande: institutionsvård, svåra/stora behov i slutet av uppföljningstid eller försämrad fysisk funktion under uppföljningstid, beroende (ADL), nöjdhet, subjektiv hälsa och resursutnyttjande (sjukhus eller institutionsvård samt totalkostnader).

Uppföljningstid: Varierade mellan 2 och 6 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: Framgår inte.

Årsintervall för inkluderade studier: 1962–2001.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2008.

Författarnas slutsatser: Geriatrisk dagsjukvård verkar vara mer effektivt än ingen intervention i termer av förbättrad aktivitet i dagligt liv (ADL) och minskad användning av slutenvård vid sjukhus. Geriatrisk dagsjukvård visade ingen tydlig fördel i förhållande till andra former av omfattande äldrevård/service.

Forster & Young (2011) Community rehabilitation for older people: day hospital or home-based services?

Intervention: Rehabilitering vid hembesök. Varierande intensitet.

Intervention för jämförelsegrupp: Multidisciplinär rehabilitering i geriatrisk dagsjukvård.

Population: Äldre patienter. Antal: 894 personer.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 7 randomiserade kontrollerade studier

Exklusionskriterier: Framgår inte.

Utfallsmått: Dödlighet eller dåligt utfall (behov av särskilt boende, risk för handikapp eller försämring).

Uppföljningstid: 3–6 månader

Primärstudiernas ursprungsland: Australien (1), Nya Zeeland (1), Storbritannien (4), uppgift saknas (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1992–2009

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2008.

Författarnas slutsatser: Hemrehabilitering tycks visa liknande kliniska utfall som geriatrisk dagsjukvård, men är mer resurseffektiv. Det finns dock osäkerhet forskningsmässigt när det gäller dessa jämförelser, skriver författarna.

Fox m.fl. (2013) Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis

Intervention: Vårdplanering vid tidig utskrivning 24–48 timmar efter inläggning på sjukhus kan innefatta: behovsbedömning med fokus på funktionella behov, utbildning till patienter och/eller anhöriga, översyn av mediciner, överföring av information till kommande vårdgivare, uppföljning med hembesök eller telefonsamtal.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanligt sätt, dvs. rutinmässig utskrivning.

Population: Antal: 50–665, totalt inkluderades 1 736 personer. Medelålder: 79 år. Vårdad på medicin-, ortoped- eller intensivvårdsavdelning. Medelpatienten hade inga kognitiva problem.

Analys: Metaanalys och beskrivande/narrativ analys.

Antal ingående studier och design: 9 studier, varav 8 randomiserade kontrollerade studier och 1 observationsstudie.

Exklusionskriterier: Jämförelser av vanliga enheter och akuta eller geriatriska enheter, jämförelser med träningsprogram, historiska kontrollgrupper, patienter i sub- eller postakut fas, palliativ vård eller planerad kirurgi.

Utfallsmått: vårdtid, behov av återinläggning, återinläggningens längd, dödlighet, tillfredsställelse med utskrivningssättet, livskvalitet.

Uppföljningstid: 2–52 veckor efter första vårdtillfället.

Primärstudiernas ursprungsland: Australien (1), Frankrike (1), Taiwan (1), USA (6).

Årsintervall för inkluderade studier: 1987–2011.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2011.

Författarnas slutsatser: Vårdplanering vid tidig utskrivning från sjukhus av akut sjuka äldre minskar antalet återinläggningar och återinläggningens längd. Resultaten kan användas för att utforma och införa tidig utskrivningsplanering för denna grupp.

Health Quality Ontario (2013). In-Home Care for Optimizing Chronic Disease Management in the Community: An Evidence-Based - Analysis

Intervention: Hembesök av sjuksköterska, ibland tillsammans med apotekare, sjukgymnast och arbetsterapeut eller hälsoarbetare. Besökslängden varierade mellan 30 minuter och 2 timmar. Antalet besök varierade efter behov. Utbildning ingick oftast avseende sjukdomen, livsstilsförändring, mediciner samt förändringar i hemmiljö och hur uppgifter kan utföras.

Intervention för jämförelsegrupp: Varierade, bl.a. ingen utbildningsinsats, distriktsläkarkontakt, sedvanlig vård.

Population: Hemmaboende personer med kronisk sjukdom som hjärtsvikt, stroke, KOL, diabetes eller multisjuka. 8 av 12 studier rörde äldre. Medelålder: 60–79 år.

Analys: Metaanalys och kvalitativ bedömning.

Antal ingående studier och design: 12 randomiserade kontrollerade studier (systematiska översikter ingår också).

Exklusionskriterier: Teleövervakning, telemedicin eller telefonuppföljning, palliativ vård, jämförelser av modeller för hemvård, tidig utskrivning, sjukvård i hemmet, rehabilitering, korttidsvård (transitional care).

Utfallsmått: Sjukhusvård av olika slag, dödlighet, livskvalitet, sjukdomsspecifika kliniska/fysiologiska mått, patienttillfredsställelse.

Uppföljningstid: 6 månader – 4 år.

Primärstudiernas ursprungsland: Spanien (3), USA (2), Australien (1), Storbritannien (1), Thailand (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 2006–2009.

År då sökning efter primärstudier slutförts: 2012.

Författarnas slutsatser: Utbildningsbaserad hemvård är effektivt för att förbättra utfall för patienter med olika grad av hjärtsjuklighet om det ges av sjuksköterska. Hembesök av arbetsterapeut och sjukgymnast med fokus på förändringar i hemmiljö och hur uppgifter i hemmet kan genomföras, förbättrade funktionell aktivitet för hemmaboende vuxna med kronisk sjukdom.

Hillier m.fl. (2010). Rehabilitation for community-dwelling people with stroke: home or centre based? A systematic review

Intervention: Översikten handlar om plats för rehabilitering av personer med stroke. Effekter av rehabilitering vid stroke i det egna hemmet jämförs med rehabilitering vid klinik, exempelvis dagsjukvård. Rehabiliteringen inkluderar singel- eller multidisciplinära insatser av hälso- och sjukvårdspersonal.

Intervention för jämförelsegrupp: Rehabilitering vid klinik, exempelvis dagsjukvård.

Population: Personer över 18 år med stroke. Ålder varierade mellan studierna men en majoritet rapporterade åldrar på 65–75 år. I studien med de äldsta varierade medelvärdet mellan 78,3 och 79,6 år. I studien med de yngsta var medianåldern 53 år. 1 711 deltagare.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 11 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Specificeras inte.

Utfallsmått: Funktionellt oberoende, vårdares tillfredsställelse eller stress, kostnadseffektivitet.

Uppföljningstid: Varierade mellan 3 och 12 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: Storbritannien (7), Danmark (1), Nya Zeeland (1), Sverige (1), USA (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1991–2006.

År då sökning efter primärstudier slutförts: 2008.

Författarnas slutsatser: Det fanns signifikanta effekter för hembaserad rehabilitering efter 6 veckor och efter 3 till 6 månader. Efter 6 månader är effekterna mer oklara. Rehabilitering av personer med stroke boende hemma

borde vara mer hembaserad, speciellt utifrån en kostnadsaspekt. Mot bakgrund av att effekterna dock inte är lika tydliga på lång sikt rekommenderar författarna att patienters önskemål bör beaktas vid val av vårdplats.

Holland m.fl. (2005) Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure

Översikten handlar om multidisciplinära interventioners inverkan på behov av sjukhusvård och dödlighet till följd av hjärtsjuklighet.

Intervention: Ett team med både medicinsk och annan kompetens genomförde fyra interventioner som var av varandra uteslutande: hembesök, fysiologisk övervakning eller televideolänk, telefonuppföljning men inga hembesök, enbart sjukhus-/klinikintervention.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig vård.

Population: 20–1 518 personer med hjärtsvikt. Medelålder 56–86 år. I två studier var medelåldern under 60 år.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 30 studier.

Exklusionskriterier: Annan design än randomiserad kontrollerad studie, inte multidisciplinär intervention, intervention som innehöll träning eller farmakologi, felaktig diagnos, otillräckliga data, kontrollgrupp fick inte sedvanlig vård.

Utfallsmått: Sjukhusvård och dödlighet.

Uppföljningstid: 12–52 veckor.

Primärstudiernas ursprungsland: Europa (13, varav tre i Sverige), USA (13), Australien/Nya Zeeland (3), Argentina (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1993–2005.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2004.

Författarnas slutsatser: Multidisciplinära interventioner för hjärtsjuklighet minskar såväl sjukhusvård som mortalitet, oavsett orsak. De mest effektiva interventionerna genomfördes åtminstone delvis i hemmet.

Inglis m.fl. (2010). Structured telephone support or telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure

Intervention: Strukturerat telefonstöd eller telefonövervakning. Interventionen innefattar inte telefonuppföljningar som erbjuds efter behov. Interventionen måste ha initierats av sjukvårdspersonal för hemmaboende patienter som enda eftervårdsintervention, utan hembesök eller intensifierad klinisk uppföljning. Interventionen måste vara riktad mot patienten och avsedd för patientens bekymmer och problem, inte vårdgivarens. Patienten får inte ha haft hembesök av sjukvårdspersonal specialiserad på kronisk hjärtsvikt eller studiepersonal med syfte utbildning eller kliniska bedömningar, förutom ett inledande besök för att ställa in utrustningen.

Intervention för jämförelsegrupp: Vanlig eftervård för hemmaboende patienter med kronisk hjärtsvikt. Denna bestod av standardvård efter utskrivning utan intensifierad närvaro på hjärtklinik, klinikbaserade program för hjärtsvikt eller hembesök.

Population: Patienter över 18 år med diagnostiserad kronisk hjärtsvikt. Medelålder 44,5–78 år. I majoriteten av studierna har deltagarna en medelålder över 60 år. Totalt 5 613 deltagare.

Analys: Metaanalys

Antal ingående studier och design: 30 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Studier om allmänna hjärtsjukdomar (dvs. inte specifikt kronisk hjärtsvikt) exkluderades.

Utfallsmått: Dödlighet, återinläggning på sjukhus relaterad till kronisk hjärtsvikt respektive oavsett orsak, vårdtid, livskvalitet, kostnadsbesparingar inom hälsovården och patienternas acceptans av interventionen.

Uppföljningstid: 3–18 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: USA (14), Italien (4), Tyskland (3), Kanada (2), EU (2 [Tyskland, Nederländerna, Storbritannien, Polen, Italien]), Storbritannien (1), Nederländerna (1), Indien (1), Argentina (1), Australien (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1999–2009.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2008.

Författarnas slutsatser: Strukturerat telefonstöd och telefonövervakning är effektiva för att minska död och sjukhusinläggningar relaterade till kronisk hjärtsvikt; de förbättrar livskvaliteten, minskar kostnader och förbättrar förskrivning av läkemedel. Majoriteten av äldre patienter lärde sig att använda tekniken lätt och var nöjda med att få hälsovård på detta sätt.

Jeppesen m.fl. (2012) Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease

Intervention: Schemalagda hembesök av sjuksköterska med specialistkunskaper om andningssjukdomar som arbetar under ledning av ett sjukhusteam.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig vård på sjukhus.

Population: Personer med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) som skrivits ut från sjukhus inom 72 timmar efter att bedömning gjorts vid akutmottagning eller på annat sätt. Medelålder: 68–80,1 år. Antal: 870 personer. 25 procent av patienterna bedömdes vara lämpliga för hembesök av sjuksköterska med stöd från sjukhuset.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 8 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Framgår inte,

Utfallsmått: Primära utfall är dödlighet och återinläggning på sjukhus. Sekundära utfall: livskvalitet, lungfunktion, försämring, användning av bronkvidgande medel, tillfredsställelse/preferens, kostnader, antal dagar med vårdinsats.

Uppföljningstid: Varierande från vid utskrivningstillfället till 6 månader senare, därefter beroende på vilket utfall det handlade om.

Primärstudiernas ursprungsland: Australien (1), Danmark (1), Italien (1), Spanien (1), Storbritannien (4).

Årsintervall för inkluderade studier: 2000–2008.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2012.

Författarnas slutsatser: Färre personer med KOL blir återinlagda på sjukhus om de får avancerad hemsjukvård. Ingen säkerställd skillnad fanns för livskvalitet, men patienter och anhöriga föredrog avancerad hemsjukvård. Ingen säkerställd skillnad fanns för antal dödsfall. Dessa resultat är tillämpliga på vissa personer, men för majoriteten av personer med akut försämring av KOL är avancerad hemsjukvård troligen inte ett passande alternativ.

Johansson & Wild (2011) Telerehabilitation in stroke care – a systematic review

Intervention: Telerehabilitering definierades som stöd på avstånd, utvärdering och intervention till personer med hjälp av telekommunikation. Detta kunde ske på många olika sätt, såsom med hjälp av vanliga telefoner, ibland med hembesök; internetbaserad utbildning och kontakt via mejl, videofon; plattform on-line (webb-tv), videokonsultsystem i realtid (en sjukgymnast erbjöd utbildning, tips på övningar och psykologiskt stöd); virtuell miljö för träning av övre extremiteter (sensorer sattes för att kunna övervaka). Interventionerna varade mellan 2 och 24 veckor.

Intervention för jämförelsegrupp: Insatser på sjukhus eller rehabiliteringscenter.

Population: Personer med stroke. Antal deltagare: 11–536. Ålder framgår inte.

Analys: Beskrivande.

Antal ingående studier och design: 9 studier, varav 4 randomiserade kontrollerade studier, 1 kvalitativ analys och 4 observationsstudier eller fallserier.

Exklusionskriterier: Framgår inte.

Utfallsmått: Livskvalitet, tillfredsställelse med vården, depression, beroende, rörlighet, belastning för anhöriga, acceptans.

Uppföljningstid: Framgår inte genomgående.

Primärstudiernas ursprungsland: USA (4), Italien (2), Nederländerna (2), Kina (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 2004–2009.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2009.

Författarnas slutsatser: Generellt är kvaliteten på evidensen för telerehabilitering vid eftervård av stroke låg. De få studierna visar lovande resultat när det gäller att förbättra hälsan för personer som haft stroke. Personal och patienter rapporterar hög tillfredsställelse med och acceptans för telerehabilitering.

Kang-Yi & Gellis (2010) A systematic review of community-based health interventions on depression for older adults with heart disease

Intervention: Hembaserad intervention: behandling/insats i hemmet som kan innefatta utbildning, rådgivning, träning, video eller internetbaserad vård eller telehälsa. Intervention kunde även ges vid rehabiliteringsklinik. Längd: 1–16 månader

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig ospecificerad vård samt hembesök.

Population: Äldre med diagnosticerad hjärtsjukdom. Antal deltagare: 3545, variation 32–1 173. Medelålder: 64–80 år.
Analys: Metaanalys (10 studier).
Antal ingående studier och design: 15 randomiserade kontrollerade studier,
Exklusionskriterier: Framgår inte.
Utfallsmått: Förekomst av depression.
Uppföljningstid: 3–12 månader.
Primärstudiernas ursprungsland: Finland (1), Japan (1), Sverige (1), Storbritannien (2), USA (10).
Årsintervall för inkluderade studier: 1998–2008.
År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2008.
Författarnas slutsatser: Blandat stöd för lokalt baserade interventioner för hjärtsjukdom. De granskade studierna har metodologiska brister.

Langhorne & Holmqvist (2007) Early supported discharge after stroke

Intervention: Det första alternativet var multidisciplinärt team som samordnade utskrivning och tillhandahöll rehabilitering hemma. Det andra alternativet var multidisciplinärt team som samordnade utskrivning men inte tillhandahöll rehabilitering hemma. Det tredje alternativet var samordnade insatser på lokal nivå eller från frivilliga. Detta jämfördes med sedvanlig vård.
Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig vård.
Population: 1 659 personer. Medelåldern var minst 66 år med undantag för en studie.
Analys: Metaanalys.
Antal ingående studier och design: 12 randomiserade kontrollerade studier.
Exklusionskriterier: Framgår inte.
Utfallsmått: Dödlighet, oberoende i utförande av dagliga aktiviteter, kvarboende i ordinärt boende, tillfredsställelse med hemvård.
Uppföljningstid: 3–12 månader.
Primärstudiernas ursprungsland: Norge (4), Storbritannien (3), Australien (1), Irland (1), Kanada (1), Sverige (1), Thailand (1).
Årsintervall för inkluderade studier: 1998–2004.
År då sökningar efter primärstudier slutförts: Framgår inte klart.
Författarnas slutsatser: För strokepatienter som vårdas vid sjukhus kan ett team som tillhandahåller tidig bedömning vid sjukhuset, samordnad utskrivning och stöd efteråt snabba på utskrivning och öka deras utsikter att bli oberoende på lång sikt. De bästa resultaten uppnås troligen med samordnade team med goda resurser och för patienter med mindre allvarliga symtom på stroke. Det är osäkert om de viktiga kännetecknen för en effektiv ESD-intervention gäller även i geografiskt avlägsna områden liksom var balansen mellan kostnader och nytta finns i olika patientgrupper.

Larsen m.fl. (2006) Early home-supported discharge of stroke patients: A health technology assessment

Studien är en fördjupad analys av studier i en översikt från Cochrane Collaboration 2002. Syftet är att granska betydelsen av tidig utskrivning till hemmet för strokepatienter.

Intervention: Ett team från sjukhuset (3 studier) eller utanför (4 studier) med arbetsterapeut, sjuksköterska, sjukgymnast, läkare och socialarbetare koordinerar sitt arbete genom regelbundna möten. Tidig utskrivning börjar ofta med förberedande hembesök, hembesök vid utskrivning och sedan efter behov, md=11, och baserades på personens återhämtningsplan.

Intervention för jämförelsegrupp: Vård på stroke-enhet.

Population: Personer som skrivs ut efter stroke. Medelålder 70–79 år. 1 108 personer ingick i analysen.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 7 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Avliden inom en vecka, återhämtning från symtom inom en vecka, medicinska eller personliga skäl.

Utfallsmått: dåligt utfall (=död eller särskilt boende), särskilt boende, funktion, vård dagar.

Uppföljningstid: 3–12 månader samt 5 år.

Primärstudiernas ursprungsland: Framgår inte (någon svensk studie ingår).

Årsintervall för inkluderade studier: 1997–2003.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2005.

Författarnas slutsatser: Tidig utskrivning till hemmet med vårdplanering och hembesök reducerar både antalet vård dagar, dödlighet och särskilt boende.

Legg m.fl. (2004). Rehabilitation therapy services for stroke patients living at home: systematic review of randomized trials

Intervention: Terapibaserad rehabilitering, dvs. intervention av kvalificerad personal. Dessa var sjukgymnast (4 studier), arbetsterapeut (8 studier) eller blandad insats av multidisciplinär personal (2 studier) under handledning av legitimerade yrkesutövare. Förbättrad gångförmåga var ett syfte.

Intervention för jämförelsegrupp: Vanligtvis ingen rutinmässig intervention eller sedvanlig vård, men kontakt med medicinklinik eller hälsoarbetare förekom.

Population: Personer som bor hemma och drabbats av stroke eller skrivits ut från sjukhus, för högst ett år sedan. Medelålder: 70 år (55–75,5 år). Antal: 1 617 personer.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 14 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Tidig utskrivning, sena eller irrelevanta interventioner m.m.

Utfallsmått: Sammantaget mått om risk för försämring i att kunna utföra aktiviteter i dagligt liv eller beroende. Dödsfall ingick i risk för försämring. Sekundära: död, särskilt boende, ADL-förmåga, sinnesstämning för patienter och anhöriga, livskvalitet, resursutnyttjande såsom återinläggning.

Uppföljningstid: 3–12 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: Storbritannien (9), USA (2), Danmark (1), Hong Kong (1), Kanada (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1981–2003.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2001.

Författarnas slutsatser: Terapibaserad rehabilitering till hemmaboende patienter som haft stroke förbättrar förmågan att klara personliga aktiviteter i dagligt liv och reducerar risken för försämrad funktionsförmåga.

Linertová m.fl. (2011) Interventions to reduce hospital readmissions in the elderly: in-hospital or home care. A systematic review

Intervention: a) geriatrisk bedömning på sjukhus och omfattande utskrivningsplanering. I 10 studier gjordes en vårdplan. 11 studier innehöll någon form av uppföljning med distriktsläkare, multidisciplinärt team, telefonuppföljning eller geriatrisk uppföljning i öppenvård; b) geriatrisk bedömning med hembesök eller uppföljning i hemmet genom hembesök, ibland med vårdplan (7 studier), hemrehabilitering (6 studier), samarbete med distriktsläkare (8 studier), telefonsamtal (3 studier), koordinering av eftervård (5 studier), läkemedelsgenomgång, utbildning m.m. (5 studier).

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig vård.

Population: Personer 75 år och äldre. a) Medelålder: 74–82,4 år. Antal: 41–1 538. b) Medelålder: 75–85 år. Antal: 54–1 648.

Analys: Beskrivande.

Antal ingående studier och design: 32 studier, varav 25 randomiserade studier och 7 icke-randomiserade studier.

Exklusionskriterier: Mer än hälften av studiedeltagarna under 75 år eller medelålder under 75 år.

Utfallsmått: Återinläggning.

Uppföljningstid: 15 dagar till 1 år efter utskrivning.

Primärstudiernas ursprungsland: a) Australien (5), USA (5), Storbritannien (2), Belgien (2), Norge (1), Sverige (1), Tyskland (1); b) Australien (2), Danmark (1), Nya Zeeland (1), Storbritannien (8), Tyskland (1), USA (2).

Årsintervall för inkluderade studier: a) 1993–2009; b) 1992–2009.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2009.

Författarnas slutsatser: Flertalet av de studerade interventionerna hade ingen effekt på återinläggning, men det förefaller som om interventioner med någon form av uppföljande vård i hemmet kan minska återinläggning.

Liu m.fl. (2013) Effectiveness of Home-Based Pulmonary Rehabilitation for patients with chronic obstructive pulmonary disease: a metaanalysis of randomized controlled trials (KOL)

Intervention: Hembaserad rehabilitering, övervakad eller inte, som inkluderar träning med eller utan utbildning och/eller psykologiskt stöd under minst 4 veckor (4–48 veckor)

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig vård utanför sjukhus och utan rehabilitering.

Population: 733 deltagare med KOL som klinisk diagnos, medelantal: 43 (20–60). Medelålder: 54–77,8 år.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 18 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Framgår inte.

Utfallsmått: Gångförmåga, utandningsvolym, andningsförmåga, trötthet, dödlighet, vårdkonsumtion m.m.

Uppföljningstid: 12 veckor.

Primärstudiernas ursprungsland: Australien (2), Egypten (1), Indien (1), Kanada (1), Kina (1), Nederländerna (3), Spanien (2), Storbritannien (2), Sydkorea (1), Turkiet (1), Tyskland (1), USA (2).

Årsintervall för inkluderade studier: 1994–2011.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2012.

Författarnas slutsatser: Hembaserad rehabilitering för personer med KOL innebär effektiv terapeutisk intervention för att lindra KOL-relaterade andningssymtom som andnöd, och förbättra träningskapacitet, andningsfunktion och livskvalitet.

Low m.fl. (2011) A systematic review of different models of home and community care for older persons

Här beskrivs 2 av 3 studerade modeller, men alltså inte case management.

Intervention: Modell 1. Integrerad vård: definieras som en uppsättning tekniker och organisatoriska modeller för att skapa samordning och kontakter mellan botande och vårdande sektorer på systemnivå. I studierna varierar interventionerna men de handlar ofta om multi- eller interdisciplinära teaminsatser, ibland samordnare eller särskilt utsedd vård- och omsorgspersonal. Modell 2. Användarinriktad vård (consumer-directed home and community care) ger användarna högre medvetenhet, kontroll och ansvar för sin vårdkonsumtion. Det kan ske genom vouchers, att själv välja/hyra in personal och insatser.

Intervention för jämförelsegrupp: Integrerad vård: varierande, såsom inte integrerad vård, sedvanliga insatser eller personer som avböjt. Användarinriktad vård: sedvanliga insatser.

Population: Integrerad vård: Äldre hemmaboende personer. Medelålder: 75–82 år, 1 studie inga uppgifter. Antal deltagare: 265–18 143. Användarinriktad vård: Äldre hemmaboende personer. Ålder: 65 år eller äldre, uppgift om medelålder finns i 2 studier. Antal deltagare: 121–2 353.

Analys: Metaanalys (effektstorlek beräknas, men inga sammanslagningar av data görs).

Antal ingående studier och design: Integrerad vård: 2 randomiserade kontrollerade studier, 2 icke randomiserade kontrollerade studier, 7 observationsstudier. Användarinriktad vård: 3 randomiserade kontrollerade studier, 1 icke randomiserad kontrollerad studie och 2 observationsstudier med kontrollgrupper.

Exklusionskriterier: Deltagarna hade specifik sjukdom, men om det var demens inkluderades studien.

Utfallsmått: 10 kliniska utfall (t.ex. depression, livskvalitet, dödlighet, smärta m.m.); tillfredsställelse (insats, livet, anhöriga); vård- och omsorgskonsumtion (t.ex. akutvård, vårdtid).

Uppföljningstid: Integrerad vård: 3 veckor– 5 år. Användarinriktad vård: framgår bara för en enda studie, 6–24 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: Integrerad vård: USA (7), Australien (1), Finland (1), Kanada (1), Storbritannien (1). Användarinriktad vård: USA (4), Italien (1), Storbritannien (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 2000– 2008.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2009.

Författarnas slutsatser: Översikten är den första som jämför olika modeller av icke-medicinsk hemvård för äldre. Istället för att fråga vilken modell som är bäst för att förbättra utfall ska vi fråga hur framgångsrika kännetecken i alla tre modellerna kan kombineras för att maximera effekterna.

Mehta m.fl. (2011) Systematic review of home physiotherapy after hip fracture surgery

Intervention: Hembaserad sjukgymnastik i jämförelse med poliklinisk sjukgymnastik och ingen sjukgymnastik alls efter höftfrakturkirurgi.

Intervention för jämförelsegrupp: Sjukgymnastik vid sjukhus eller motsvarande eller ingen intervention.

Population: Personer som genomgått höftfrakturkirurgi. Ålder framgår inte men författarna talar om att höftfrakturer är vanliga hos äldre. En primärstudie anger att populationen är äldre patienter. 329 deltagare.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 5 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Studier där den hembaserade interventionen var multidisciplinär eller patienterna hade en planerad höftoperation. Studier som inkluderade patienter 5 månader eller mer efter höftfrakturkirurgin på grund av att dessa patienter tidigare kan ha fått andra interventioner, vilket kan påverka det slutliga utfallet.

Utfallsmått: Patientrapporterad hälsorelaterad livskvalitet och prestationsbaserade mätningar som rörelseförmåga, muskelstyrka och balans.

Uppföljningstid: 3 månader–6 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: Framgår inte tydligt.

Årsintervall för inkluderade studier: 2002–2006.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: Framgår inte. Senast inkluderad primärstudie är från 2006.

Författarnas slutsatser: Resultaten indikerar att hembaserad sjukgymnastik var bättre än ingen sjukgymnastik och likvärdig med poliklinisk sjukgymnastik när det gäller att förbättra hälsorelaterad livskvalitet. Prestationsbaserade utfall var marginellt bättre efter poliklinisk sjukgymnastik jämfört med hembaserad sjukgymnastik 3 och 6 månader efter operation.

Omboni m.fl. (2013) Clinical usefulness and cost effectiveness of home blood pressure telemonitoring: a metaanalysis of randomized controlled studies.

Betydelsen av elektronisk blodtrycksmätning i hemmet för olika hälsomått.

Intervention: Elektronisk övervakning av blodtryck i hemmet, där data överfördes till vårdgivare via telefon eller internet. Ibland stöd av sjuk-

sköterska och annan hälso- och sjukvårdspersonal, ibland i form av utbildning.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig vård, vanligen via besök på klinik/sjukhus.

Population: Patienter som behandlades för högt blodtryck.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 23 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Icke randomiserade studier, ofullständiga blodtrycksdata.

Utfallsmått: Blodtrycksvärde via elektronisk utrustning, samt jämförelsemått antingen på klinik eller kontinuerligt via s.k. ambulatorisk utrustning, läkemedelsbehandling, följsamhet till behandling, antal vårdbesök, sjukvårdskostnad, livskvalitet, förekomst av oönskade händelser.

Uppföljningstid: 8–240 veckor (ca 4,5 år).

Primärstudiernas ursprungsland: Framgår inte.

Årsintervall för inkluderade studier: 1996–2011.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2012.

Författarnas slutsatser: Elektronisk blodtrycksmätning kan bidra till bättre blodtryckskontroll och relaterade hälsoeffekter. Mer kostsamt än sedvanlig vård.

Phillips m.fl. (2004) Comprehensive discharge planning plus post discharge support reduces total readmissions in older patients with congestive heart failure

Översikten handlar om utskrivning från sjukhus för äldre personer med hjärtproblem.

Intervention: Omfattande utskrivningsplanering samt stöd efter utskrivning. Fem typer av stöd fanns: a) ett hembesök, b) ökad uppföljning vid klinik och frekvent telefonkontakt, c) hembesök och/eller frekvent telefonkontakt, d) utvidgad hemtjänst, e) specialiserad enhet vid dagsjukhus. Den omfattande utskrivningsplaneringen kompletterades med exempelvis genomgång och råd angående medicinering, diet, viktkontroll och fysisk träning.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig rutin.

Population: 3 304 personer med hjärtproblem. Medelåldern var minst 70 år i 16 studier, under 70 år i 2 studier.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 18 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Inte adekvat design, grupp, intervention eller avsaknad av relevanta utfallsmått, annat språk än engelska.

Utfallsmått: Återinläggning, död, initial vårdtid, livskvalitet, kostnader.

Uppföljningstid: 3–12 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: USA (10), Australien (2), Kanada (1), England (1), Irland (1), Nederländerna (1), Italien (1), Sverige (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1993–2003.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2003.

Författarnas slutsatser: För äldre personer med hjärtsvikt (CHF) kunde omfattande utskrivningsplanering samt stöd efter utskrivning signifikant minska

återinläggning och förbättra hälsan i termer av överlevnad och livskvalitet, utan ökade kostnader.

Polisena m.fl. (2010). Home telehealth for chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis

Översikten handlar om betydelsen av teknisk övervakning i hemmet, för patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom, med avseende på sjukvårdskonsumtion, livskvalitet, patientnöjdhet och dödlighet.

Intervention: Vård på distans genom elektronisk hälsoövervakning eller telefonkontakt med vårdgivare.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig vård dvs. uppföljning efter utskrivning från sjukhus.

Population: Patienter med kronisk obstruktiv lungsjukdom som vårdas hemma.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 7 randomiserade kontrollerade studier, 1 kohortstudie, 2 före-efter-studier.

Exklusionskriterier: Studier utan jämförelsegrupp, andra sjukdomar och andra interventioner.

Utfallsmått: Sjukvårdskonsumtion, livskvalitet, patientnöjdhet, dödlighet

Uppföljningstid: En månad till 1 år.

Primärstudiernas ursprungsland: Kanada (11), Spanien (3), Australien (1), Italien (1), Nederländerna (1), Grekland (1), Kina (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 2001–2008.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: Framgår inte

Författarnas slutsatser: Evidensen för minskat sjukvårdsutnyttjande oklar.

Risken för förtida död var större i interventionsgruppen, även om livskvalitet och patientnöjdhet var bättre eller lika som i sedvanlig vård.

Shepherd m.fl. (2012) Cardiac rehabilitation and quality of life. A systematic review

Översikten handlar om betydelsen av rehabilitering, sjukhusledd eller hembaserad, för livskvalitet vid hjärtsjukdom.

Intervention: Sjukhusbaserad insats innehållande fysisk träning, avslappning och utbildning, psykologiskt stöd och telefonuppföljning.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig vård i hemmet, individuellt anpassad träning samt rådgivning, öppenvårdsbesök, ingen träning.

Population: Patienter med hjärt- och kärlsjukdom.

Analys: Beskrivande.

Antal ingående studier och design: 16 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Jämförelser av duration, frekvens och typ av intervention, särskilda krav på bostaden.

Utfallsmått: Fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande samt funktionsstatus.

Uppföljningstid: 6 veckor till 6 år.

Primärstudiernas ursprungsland: Storbritannien (3), Norge (3), Kanada (2), Sverige (2), Italien (2), Australien (1), Brasilien (1), Japan (1), Finland (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1999–2009.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 1990–2010.

Författarnas slutsatser: Rehabilitering för hjärt- och kärlsjuka kan förbättra livskvaliteten. Rehabilitering i hemmet ger patienter mer möjligheter till individuellt anpassad träning, vilket kan vara särskilt betydelsefullt för äldre personer.

Översikt presenterad i två publikationer

a) Shepperd et al. (2008) Admission avoidance hospital at home

Intervention: Handlar om att ge människor med behov av akut vård sådan vård i hemmet i stället för på sjukhus. Ett team med hälso- och sjukvårdspersonal (läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster, men även andra yrkesgrupper) tillhandahåller vård i hemmet. Insatsen definierades som ”avancerad hemsjukvård är en service som kan undvika sjukhusinläggning genom att erbjuda aktiv behandling/vård av hälso- och sjukvårdspersonal i patientens hem för ett tillstånd som i annat fall skulle kräva akut sjukhusvård för en begränsad tidsperiod”. Patienterna kan komma via sjukhusets akutmottagning eller genom remiss från distriktsläkare eller från akutsjukvård.

Intervention för jämförelsegrupp: Akut sjukvård på sjukhus.

Population: Patienter över 18 år. Totalt ingick 1 333 personer, där medelålder i interventionsgruppen varierade mellan 50,1–82,9 för de studier där ålder framgick. Resultat särredovisas för äldre som definieras som personer över 65 år. Diagnoser som ingår är bl.a. kronisk obstruktiv lungsjukdom, stroke samt akuta medicinska tillstånd, huvudsakligen bland äldre.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 10 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Patienter med långvariga vårdbehov inkluderades inte om de inte behövde vård för en akut vårdepisod. Utvärderingar av vård i hemmet för obstetriska, pediatrika eller psykiska besvär exkluderades. Service som erbjuder långvarig vård, inom öppenvård efter utskrivning från sjukhus eller egenvård av patienten i sitt hem exkluderades också.

Utfallsmått: Dödlighet, återinläggningar eller överföring till sjukhus för dem som kräver slutenvård under tiden avancerad hemsjukvård gavs, generell och sjukdomsspecifik hälsostatus, funktionell status, psykiskt välbefinnande, kliniska komplikationer, patientens och vårdares nöjdhet, vårdares belastning, personalens åsikter inklusive allmänläkares tillfredsställelse, utskrivningsdestination från avancerad hemsjukvård, vårdtid på sjukhus och avancerad hemsjukvård, kostnader inklusive kostnader för patienten och familjen, för primärvård inklusive arbetsbelastning respektive för sjukhuset och för samhället.

Uppföljningstid: En vecka till 12 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: Australien (2), Italien (2), Nya Zeeland (3), Storbritannien (3).

Årsintervall för inkluderade studier: 1999–2005.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2008.

Författarnas slutsatser: Det finns inget vetenskapligt stöd för att avancerad hemsjukvård skulle leda till utfall som skiljer sig från sjukhusbaserad vård.

Författarna menar att denna insats kan erbjuda ett effektivt alternativ till sjukhusvård för en viss grupp av äldre patienter, men det är oklart vilka.

b) Shepperd m.fl. (2009) Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data

Intervention: Insatser från sjukhusbaserat team (4 studier), blandning av team från sjukhus och lokalt team (3 studier) eller blandning av lokalt team och distriktsläkare.

Intervention för jämförelsegrupp: Som ovan.

Population: Äldre personer med medicinska tillstånd. Antal: 844 i metaanalys; totalt 1 327 deltagare. Medelålder: 70–80 år.

Analys: Metaanalys av individuella data för 5 studier.

Antal ingående studier och design: 10 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Som ovan.

Utfallsmått: Som ovan.

Uppföljningstid: Vanligtvis 3–6 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: Australien, Italien, Nya Zeeland, Storbritannien.

Årsintervall för inkluderade studier: 1999–2005.

År då sökning efter primärstudier slutförts: 2008.

Författarnas slutsatser: För vissa patienter kan sjukvård i hemmet ge likartade resultat som slutna vård vid sjukhus till samma eller mindre kostnad.

Shepperd et al. (2009) Hospital at home early discharge

Intervention: Tidig utskrivning och avancerad hemsjukvård är en service som tillhandahåller aktiv behandling av hälso- och sjukvårdspersonal i patientens hem för ett tillstånd som i annat fall skulle kräva akut sjukhusvård, och för en begränsad tidsperiod. Dessa patienter skulle vara på en akut vårdenhets om de inte skrivits ut tidigt för vård i det egna hemmet. Vanligtvis är det ett team med läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster.

Intervention för jämförelsegrupp: Sjukhusbaserad akutvård.

Population: Patienter över 18 år. Patienter med långvariga vårdbehov inkluderas inte om de inte behövde sjukhusvård för en akut vårdepisod. Äldre patienter definieras som över 65 år. Primärstudierna grupperades utifrån patienternas tillstånd: patienter som återhämtar sig från stroke, äldre patienter med en blandning av tillstånd (inklusive KOL och de som återhämtar sig efter ortopedisk kirurgi) samt patienter som återhämtar sig efter kirurgi. 11 av 21 studier rörde stroke, 7 rörde äldre patienter med en blandning av tillstånd och 3 rörde KOL. Totalt 3 967 deltagare.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 26 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Utvärderingar rörande förlossning, pediatrik och psykisk hälsovård.

Utfallsmått: Dödlighet, återinläggning, generell och sjukdomsspecifik hälsostatus, funktionell status, psykologiskt välbefinnande, kliniska komplikationer, patienters nöjdhet, vårdarens nöjdhet, vårdarens börda, personalens åsikter,

utskrivningsdestination från ”avancerad hemsjukvård”, vårdtid på sjukhus och i avancerad hemsjukvård, kostnader.

Uppföljningstid: Beroende på utfallsmått.

Primärstudiernas ursprungsland: Storbritannien (16), Australien (3), Kanada (1), Nya Zeeland (1), Norge (3), Sverige (1) och Thailand (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1978–2006.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2008.

Författarnas slutsatser: Det finns otillräckligt vetenskapligt stöd för att avancerad hemsjukvård efter tidig utskrivning skulle öka risken för död eller återinläggning. Personer med stroke eller äldre patienter kan ha lägre risk för att komma till särskilt boende om de efter tidig utskrivning får avancerad hemsjukvård. Emellertid föreligger otillräckligt stöd för ekonomisk nytta eller förbättrade hälsoeffekter till följd av avancerad hemsjukvård efter tidig utskrivning från sjukhus.

Shepperd m.fl. (2013) Discharge planning from hospital to home

Intervention: Individualiserad utskrivningsplan vid utskrivning från sjukhus till hemmet. Det innebär bedömning, planering, implementering och uppföljning. Planen kan ingå i annan vård eller intervention. Inslag av utbildning för deltagarna ingick ofta.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig utskrivningsrutin.

Population: personer med medicinska tillstånd som hjärtsjuklighet eller kirurgiska tillstånd, äldre personer, bl.a. efter att ha fallit samt psykiatrisk vård. Antal deltagare: 8 098 totalt. Medelålder: >75 år i 9 studier, 70–75 år i 5 studier och <70 år i 10 studier.

Analys: Metaanalys.

Antal ingående studier och design: 24 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Om bedömning och implementering inte ingick; om utskrivningsplaneringen var en del av en större insats och effekterna inte kunde åtskiljas.

Utfallsmått: Vårdtid vid sjukhus, oplanerad återinläggning, dödlighet, hälsa, kostnader.

Uppföljningstid: 2 veckor till 9 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: USA (10), Storbritannien (5), Kanada (3), Frankrike (2), Australien (1), Danmark (1), Nederländerna (1), Taipei (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1990–2011.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2012.

Författarnas slutsatser: En strukturerad och individualiserad utskrivningsplan medför troligen minskningar i längden på sjukhusvistelsen samt minskningar i återinskrivning för äldre med medicinskt sjukdomstillstånd. Effekten på dödlighet, hälsoutfall och kostnader är osäker. Det vetenskapliga stödet för effekterna bedöms vara måttligt starkt (moderate), enligt GRADE.

Smith m.fl. (2012) Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings (Review)

Förbättringsåtgärder för multisjuka (två eller flera kroniska sjukdomar).

Intervention: Behandling mot depression och högt blodtryck, vårdplan och stöd, råd om kost och fysisk aktivitet, hembesök av arbetsterapeut och sjukgymnast, hälsocoach eller multidisciplinärt team, läkemedelsgenomgång samt gruppmöten för självhjälp.

Intervention för jämförelsegrupp: Sedvanlig vård, information, läkemedelsgenomgång, personer som står på väntelista.

Population: Multisjuka i ordinärt boende med vård och omsorg. Majoriteten är äldre än 65 år, men materialet inkluderar personer 40 år och äldre.

Analys: Beskrivande.

Antal ingående studier och design: 10 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Intervention enbart till personal eller om patienten bara hade en diagnos.

Utfallsmått: Fysisk och mental hälsa, livskvalitet, välbefinnande, funktionsförmåga, patientnöjdhet samt vårdutnyttjande, läkemedelsanvändning, åtgärder från vårdgivaren (t.ex. läkemedelsförskrivning) och ekonomiska mått.

Uppföljningstid: 2 veckor till 4 år.

Primärstudiernas ursprungsland: USA (8), Kanada (1), Storbritannien (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1999–2011.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 1990–2011.

Författarnas slutsatser: Multisjuklighet är vanligt, men det finns endast begränsad evidens för specifika interventioner. Resultatet indikerar att förbättrad läkemedelsanvändning kan erhållas om interventionen riktas mot individuella riskfaktorer och funktionssvårigheter.

Stolee m.fl. (2011) Inpatient versus home-based rehabilitation for older adults with musculoskeletal disorders: a systematic review

Rehabilitering i hemmet av äldre personer med besvär i skelett, leder, muskler eller andra mjukdelar.

Intervention: Sjukgymnastik eller arbetsterapi i den äldres hem.

Intervention för jämförelsegrupp: Sjukgymnastik eller arbetsterapi på sjukhus eller rehabiliteringsklinik.

Population: Medel- eller medianålder på 63 år eller äldre.

Analys: Beskrivande.

Antal ingående studier och design: 12 (8 randomiserade kontrollerade studier, 4 kohortstudier).

Exklusionskriterier: Diagnoser som stroke, lung-, hjärt- och kärlsjukdom, studier enbart om kostnadseffektivitet.

Utfallsmått: Skattad fysisk och mental funktionsförmåga, livskvalitet, patientnöjdhet, samt vårdutnyttjande och dödlighet.

Uppföljningstid: Framgår inte.

Primärstudiernas ursprungsland: Framgår inte.

Årsintervall för inkluderade studier: 1998–2011.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2011.

Författarnas slutsatser: Rehabilitering i hemmet kan vara effektivt för patienter med besvär i muskler och skelett.

Toot m.fl. (2011) The effectiveness of crisis resolution/home treatment teams for older people with mental health problems: a systematic review and scoping exercise

Krisstöd i hemmet vid psykisk ohälsa hos äldre.

Intervention: Krisstöd i hemmet.

Intervention för jämförelsegrupp: Standardstöd eller personer som står på väntelista.

Population: Personer 65 år eller äldre, med diagnostiserad psykisk ohälsa, i ordinärt boende.

Analys: Beskrivande.

Antal ingående studier och design: 3 kohortstudier, 1 beskrivande studie, 6 teoretiska studier.

Exklusionskriterier: Framgår inte.

Utfallsmått: Antal besök, tid på sjukhus, kvarboende i ordinärt boende, livskvalitet

Uppföljningstid: 6 månader till 3 år.

Primärstudiernas ursprungsland: Framgår inte.

Årsintervall för inkluderade studier: 1982–2007.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: Framgår inte.

Författarnas slutsatser: Det finns inget belägg för någon effekt av krisbehandling i hemmet för äldre personer med psykisk ohälsa.

Ward m.fl. (2008) Care home versus hospital and own home environments for rehabilitation of older people

Den tomma översikten tar upp effektiviteten av olika vårdmiljöer för rehabilitering av äldre.

Intervention: Rehabilitering (enligt definition) i olika vårdmiljöer, där sjukhem jämförs med sjukhus och eget hem (enligt definitioner).

Intervention för jämförelsegrupp: Inte aktuellt.

Population: Personer minst 60 år, boende sjukhem, eget hem eller på sjukhus och får rehabilitering. Personerna kan ha stroke, frakturer på lårbenshalsen eller annat.

Analys: Inte aktuellt.

Antal ingående studier och design: Inga studier. Sökning gjord efter randomiserade kontrollerade studier, kontrollerade studier, kontrollerade före och efterstudier med minst två interventions- och kontrollgrupper samt avbrutna tidsserier.

Exklusionskriterier: Vårdmiljö som inte kan klassificeras enligt definitionerna, personer som finns i minst två vårdmiljöer under ett dygn (t.ex. dagsjukhus, dagcenter).

Utfallsmått: Instrumentell ADL och personlig ADL, subjektiv hälsa, livskvalitet, återgång till boendeform, dödlighet, oönskade effekter, återinläggning till akut vård, tillfredsställelse, vårdtid, dagar med rehabilitering, kostnader.

Uppföljningstid: Inte aktuellt.

Primärstudiernas ursprungsland: Inte aktuellt.

Årsintervall för inkluderade studier: Inte aktuellt.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2007.

Författarnas slutsatser: Inga relevanta studier återfanns. Otillräckligt stöd för att jämföra effekt av rehabilitering i olika vårdformer.

Vieira m.fl. (2010) Home-based pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease patients

Intervention: Hembaserad rehabilitering vid kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) i jämförelse med standardvård, sjukhusbaserad rehabilitering eller både standardvård och sjukhusbaserad rehabilitering.

Intervention för jämförelsegrupp: Standardvård. Vanligen definierad som standardvård utan ytterligare behandling förutom utbildning och råd för livsstilsförändring.

Population: Personer med KOL 60 år eller äldre. 728 patienter.

Analys: Narrativ syntes

Antal ingående studier och design: 12 randomiserade kontrollerade studier.

Exklusionskriterier: Studier av andra populationer eller aspekter som inte relaterade till denna översikts syfte, t.ex. utbildning i egenvård, andningsinriktad muskelträning exkluderades.

Utfallsmått: Fysisk kapacitet och hälsorelaterad livskvalitet.

Uppföljningstid: 4 veckor–18 månader.

Primärstudiernas ursprungsland: Framgår inte för alla, Kanada (1), Spanien (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1977–2009.

År då sökningar efter primärstudier slutförts: 2009.

Författarnas slutsatser: Hembaserad rehabilitering påvisade förbättringar i hälsorelaterad livskvalitet och fysisk kapacitet jämfört med standardvård, men inte med sjukhusbaserade öppenvårdsprogram. Självkontrollerad rehabilitering i hemmet kan vara ett alternativ till rehabilitering i öppenvård.

Wysocki m.fl. (2012) Long-term care for older adults: A review of home and community-based services versus institutional care

Hemtjänst och särskilt boende jämförs med avseende på population, betydelse av omsorgstyp och kostnader.

Intervention: Hemtjänst.

Intervention för jämförelsegrupp: Särskilt boende.

Population: Personer 60 år eller äldre.

Analys: Beskrivande (kvalitativ syntes).

Antal ingående studier och design: 42 observationsstudier.

Exklusionskriterier: Studier med annat språk än engelska, publicerade före 1995, gjorda i länder utan väletablerad äldreomsorg, om korttidsvård efter akut sjukdom, avsaknad av relevant jämförelsegrupp, sammanhang eller utfallsmått.

Utfallsmått: Fysisk och kognitiv funktionsförmåga, mental hälsa, dödlighet, användning av akutsjukvård, kostnader.

Uppföljningstid: 6 månader till 5 år.

Primärstudiernas ursprungsland: USA (33), Storbritannien (5), Kanada (2), Irland (1), Nederländerna (1).

Årsintervall för inkluderade studier: 1997–2010.

Är då sökningar efter primärstudier slutförts: 2012.

Författarnas slutsatser: Det är svårt att avgöra betydelsen av långvarig vård i form av hemtjänst eller särskilt boende för äldre på grund av metodologiska brister i primärstudierna. Mer och bättre forskning behövs för att dra robusta slutsatser om hur vårdformen påverkar utfall och kostnader för långvarig vård av äldre.

Beskrivningar av översikter med begränsad kvalitet

Baich m.fl. (2010) Enterostomal therapy nursing in the Canadian home care sector. What is its value?

Intervention: Insats i hemsjukvård av sjuksköterska med specialistkunskap.

Population: Personer med sår eller stomi i hemsjukvård. Ålder framgår inte.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningarna är att urvalet av sammanfattningar gjordes av en person samt att det inte framgår om någon granskning av bias för de ingående 8 primärstudierna har gjorts.

Barlow m.fl. (2007) A systematic review of the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions

Intervention: Övervakning av viktiga fysiologiska värden (t.ex. blodtryck, blodsocker), övervakning rörande säkerhet och trygghet (fall-larm) samt information och stöd med hjälp av hembaserad telekommunikation.

Population: Sköra äldre och personer med kroniska sjukdomar, framförallt diabetes och hjärtsjukdom.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningen är att ingen granskning av bias har gjorts för de 98 primärstudierna.

Van den Berg m.fl. (2012) Telemedicine and telecare for older patients – A systematic review

Intervention: Telemedicinska interventioner som rörde diagnostik, övervakning och behandling.

Population: Äldre över 60 år. Antal varierade mellan 13 och 4 598.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningen är att det inte framgår om någon granskning av bias för de 68 primärstudierna har gjorts.

Bolton m.fl. 2010. Insufficient evidence of benefit: a systematic review of home telemonitoring for COPD (KOL)

Intervention: Patienter använder telekommunikation för att överföra data om t.ex. spirometri. Här krävdes a) periodisk mätning av fysiologiska indikatorer; b) användning av telefon, internet m.m. för att överföra hälsodata från hemmet till sjukvården; c) manuell eller automatisk granskning av hälsodata; d) ett automatiskt eller manuellt svar om hälsodata överskred en fördefinierad nivå. Några studier erbjöd 1–2 timmars utbildning om sjukdomen och dess hantering. Andra erbjöd kontinuerlig information via ett nätbaserat program. Frekvensen på mätningarna och kontakten med personalen vid centret varierade.

Population: Vuxna personer med KOL. Medelålder 61–73 år.

Skäl till begränsad kvalitet: Tillräckligt med data om effekter av interventioner redovisas inte.

Boulton m.fl. (2009) Successful models of comprehensive care for older adults with chronic conditions: Evidence for the Institute of Medicine's "Retooling for an aging America" report

Intervention: Modeller med allsidigt och omfattande arbetssätt rörande olika behov, vård av flera kroniska sjukdomar eller flera aspekter av ett kroniskt tillstånd.

Population: Intressanta för denna kartläggning är 3 av 15 modeller: proaktiv rehabilitering, avancerad hemsjukvård samt tidig utskrivning till hemmet.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningarna är att endast en databas har sökts samt att det inte framgår om någon granskning av bias för de ingående 123 primärstudierna har gjorts. Urvalet handlade om framgångsrika modeller för vård av kronisk sjukdom.

Bowles & Baugh m.fl. (2007) Applying research evidence to optimize telehomecare

Intervention: Telekommunikation.

Population: Vuxna. Medelålder 41,6–83 år. Antal: 11–297.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningen är att det inte framgår om någon granskning av bias för de ingående 19 primärstudierna har gjorts.

Chard (2006) Community Neurorehabilitation: A synthesis of current evidence and future research directions

Intervention: Specialiserad neurologisk rehabilitering till personer med bland annat stroke och Parkinsons sjukdom.

Population: Personer som bor hemma och inte vårdas på sjukhus.

Skäl till begränsad kvalitet: Främsta anledningarna är att endast en person har svarat för urvalet av sammanfattningar samt att det inte framgår om någon granskning av bias har gjorts för de ingående studierna.

Chudyk m.fl. (2009) Systematic review of hip fracture rehabilitation practices in the elderly

Intervention: Översikten handlar om olika former av rehabilitering vid höftfraktur. Behandlingsregim, tidig rehabilitering, interdisciplinär vård, arbetsterapi och sjukgymnastik, träning samt ospecifiserad intervention.

Population: Personer med höftfraktur. Ingen egentlig beskrivning av antal eller ålder.

Skäl till begränsad kvalitet: Tillräckligt med data om effekter av interventioner redovisas inte.

Clegg m.fl. (2012) Do home-based exercise interventions improve outcomes for frail older people? Findings from a systematic review

Intervention: Träning (t.ex. motståndsträning) som kräver fysisk ansträngning avsedd att förbättra eller behålla kondition.

Population: Sköra äldre. Antal: 987 personer. Medelålder 83 år (78–88).

Skäl till begränsad kvalitet: Den insats som jämförelsegruppen får beskrivs inte.

DelliFrane & Dansky (2008) Home-based telehealth: a review and meta-analysis

Intervention: Olika typer av hembaserade teleinterventioner såsom skärm, telefon, internet och video.

Population: Personer med sjukdomar som diabetes, högt blodtryck, astma, hjärtsjukdom, m.m., liksom multisjukdom. 10 studier handlade om äldre.

Skäl till begränsad kvalitet: Främst att det inte framgår om någon granskning av bias för de ingående studierna har gjorts samt att sammanvägningen av effektstorlekar är tveksam.

Duffy m.fl. (2004). Nonpharmacological strategies for improving heart failure outcomes in the community: A systematic review

Intervention: Icke-farmakologisk komponent bestående av utbildning rörande medicinering, diet, träning, självövervakning och hantering.

Population: Hemmaboende personer med hjärtsvikt. Medelålder: 71,5 år.

Skäl till begränsad kvalitet: Ingen information om resultatet av sökningen och om förfarandet vid granskning av abstrakt. Granskningen av bias för de ingående primärstudierna är inte fullständig. Tillräckligt med data om effekter av interventioner redovisas inte.

Franek (2012). Home telehealth for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): An evidence-based analysis

Intervention: Telefonstöd till patienter vid sjukdom men utan biologiska data eller övervakning av hälsodata.

Population: Personer med måttlig eller svår KOL. 310 deltagare, medelålder 61,1–74,5 år.

Skäl till begränsad kvalitet: Urvalet har gjorts av en enda person. Endast en författare till översikten.

Gaikwad & Warren (2009). The role of home-based information and communications technology interventions in chronic disease management: a systematic literature review

Intervention: Hembaserade interventioner som innefattar teleövervakning, telehälsa, telekonsultationer, teleassistans, hemsjukvård och hjärtsjukvård via telefon samt videokonferenser och sjukgymnastik.

Population: Personer med kronisk sjukdom.

Skäl till begränsad kvalitet: Främst att endast en databas har genom sökts samt att det inte framgår om någon granskning av bias för de ingående 27 primärstudierna har gjorts.

Giusti m.fl. (2011). Optimal setting and care organization in the management of older adults with hip fracture

Intervention: Hembaserad rehabilitering efter höftfraktur, ofta genom multidisciplinärt team (finns flera interventioner i översikten).

Population: Äldre personer med höftfraktur.

Skäl till begränsad kvalitet: Främst att ingen information om sökning i litteratordatabaser finns, att studierna inte beskrivs samt att det inte framgår om någon granskning av bias har gjorts för de ingående primärstudierna.

Graven m.fl. (2011) Are rehabilitation and/or care co-ordination interventions delivered in the community effective in reducing depression, facilitating participation and improving quality of life after stroke?

Intervention: (a) Singeldisciplinär rehabilitering genom sjukgymnast eller arbetsterapeut, vanligen inklusive hembesök; (b) Omfattande rehabilitering med multidisciplinära och mer intensiva insatser, vanligen vid öppenvård.

Population: Personer med stroke, oftast äldre. Antal deltagare bygger på redovisningar av utfall och varierade mellan 36 och 1 136 personer.

Skäl till begränsad kvalitet: Tillräckligt med data om effekter av interventioner redovisas inte.

Hastings m.fl. (2005). A systematic review of interventions to improve outcomes for elders discharged from the emergency department

Intervention: Interventioner vid akutmottagningen eller i hemmet. Vid akutmottagningen kunde det vara: telefonuppföljning inom 3 dygn, omfattande geriatrisk bedömning av specialistsjuksköterska, geriatrisk konsultation, konsultation med arbetsterapeut/sjukgymnast för bedömning av funktion, samordningsteam som bedömde risk och kunde remittera, utbildningsprogram till personal. Hembaserade interventioner var snabb tillgång till lämplig form av stöd/hjälp hemma eller annan vårdform alternativt hembesök för bedömning.

Population: Hemmaboende äldre patienter som ska skrivas ut från akutmottagning. I RCT- och kohortstudierna är populationen över 65 år, med ett undantag. Totalt antal deltagare framgår inte.

Skäl till begränsad kvalitet: Tillräckligt med data om effekter av interventioner redovisas inte.

Hersh m.fl. (2006) Telemedicine for the medicare population: Update

Intervention: Möjligheter för sjukvårdspersonal att övervaka fysiologiska mätningar, testresultat, bilder och ljud från patienter i deras hem. Kommunikation var också möjlig på olika sätt. Hemdator, telefon eller kabel-TV, video, audio och medicinsk utrustning användes.

Population: Äldre multisjuka personer eller personer med sjukdomar i lungor, hjärtsvikt, diabetes, högt blodtryck. Antal: 18–236. I 5 studier var populationen multisjuka äldre.

Skäl till begränsad kvalitet: Sökning endast i en databas. Bedömningen av eventuell bias är inte tillräckligt omfattande.

Liebel m.fl. (2009) Review of nurse home visiting interventions for community dwelling older persons with existing disability

Intervention: Hembesök av sjuksköterska som gjorde vårdplaner, bedömningar, skrev remisser, lämnade information och tillhandahöll utbildning m.m. Interdisciplinärt samarbete förekom också på olika sätt. Mängd och

varaktighet varierade. Vanligtvis var besöken schemalagda, men besök efter behov och önskemål förekom också. Uppgifter finns om 6–34 besök samt om att besöken varade ca 60 minuter.

Population: Äldre med begränsningar i ADL/IADL, riskfaktorer för funktionsnedsättning eller sjukhusvård, kronisk sjukdom. Antal deltagare: 200–1966. Medelålder framgår inte.

Skäl till begränsad kvalitet: Urvalet av studier verkar ha gjorts av en enda person, jämförelsegrupp framgår inte tydligt.

MacLaren m.fl. (2013) Systematic review of non-pharmacologic interventions to delay functional decline in community-dwelling patients with dementia

Intervention: Arbetsterapi, träning eller multipla interventioner.

Population: Hemmaboende äldre personer med demenssjukdom. Antal: 29–255 personer.

Skäl till begränsad kvalitet: Endast en databas har genom sökts. Ingen information om huruvida urvalet gjorts av fler än en person.

Marek & Baker (2006) Nurse home visit programs for the elderly

Intervention: Hembesök av (a) sjuksköterska, (b) team ledda av sjuksköterska, (c) specialistsjuksköterska (advanced practice nurse), (d) traditionellt team (sjuksköterska, läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast, socialarbetare), eller (e) par med sjuksköterska och apotekare/ arbetsterapeut/ sjukgymnast. Hembesöken beskrivs som (1) avancerad hemsjukvård, (2) delaktighet i tidig utskrivning, där hemsjukvårdspersonal kommer till sjukhuset för utskrivningsplanering, (3) korttidsvård, och (4) diagnosspecifika besök (med läkemedelsgenomgång, rådgivning, telemedicin, rehabilitering, träning, kost, egenvård, förebyggande insatser).

Population: Sköra äldre patienter, dvs. 65 år eller äldre, i ordinärt boende. Flerparten var drabbade av kronisk obstruktiv lungsjukdom eller hjärtsjukdom, men även depression, cancer, diabetes, Parkinsons sjukdom och demens förekom.

Skäl till begränsad kvalitet: Ingen information om hur studieurvalet och dataextraktion gjordes, jämförelsegrupp framgår inte tydligt. Bristfällig beskrivning av karaktäristika och värdering av vetenskaplig kvalitet i de ingående studierna.

Martínez m.fl. (2006) A systematic review of the literature on home monitoring for patients with heart failure

Intervention: Telemedicin i hemmet, dvs. övervakning och automatisk överföring av EKG och värden för blodtryck, puls, läkemedelsanvändning, kroppsvikt och symtom. Interventionen bestod i vissa studier även av hembesök eller telefonkontakt av sjuksköterska.

Population: Personer med hjärtsjukdom i ordinärt boende. Ålder: 48–83 år.

Skäl till begränsad kvalitet: Främst att ingen information ges om hur urval av studier och dataextraktion genomfördes.

Olson m.fl. (2011) Transition of care for acute stroke and myocardial infarction patients: From hospital to rehabilitation, recovery and second prevention

Intervention: Samordning, utskrivningsplanering inkl. remisser exempelvis hemvård, utrustning/bostadsanpassning, vårdkedjor för att organisera vård och rehabilitering.

Population: Personer över 18 år som skrivs ut från sjukhus efter stroke eller akut hjärtinfarkt. Antal deltagare och ålder framgår inte.

Skäl till begränsad kvalitet: Tillräckligt med data om effekter av interventioner redovisas inte.

Pol m.fl. (2013) Sensor monitoring to measure and support daily functioning for independently living older people: A systematic review and road map for further development.

Intervention: Elektroniska sensorer för (a) mätning av dagliga aktiviteter, (b) mätning av dagliga aktiviteter och stöd till den äldre.

Population: 65 år och äldre, ibland med en eller flera kroniska sjukdomar.

Skäl till begränsad kvalitet: Tillräckligt med data om effekter av interventioner redovisas inte.

Ryburn m.fl. (2009) Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults

Intervention: Arbetsterapi (t.ex. matlagning eller hjälpmedel), sjukgymnastik (t.ex. styrke- och balansträning), social rehabilitering (t.ex. stöd från volontärer), hälsoutbildning (t.ex. fallskadeprevention).

Population: Sköra äldre, dvs. personer 65 år eller äldre, som hade hemtjänst eller dagvård.

Skäl till begränsad kvalitet: Oklart hur studieurvalet gjordes, bristfällig beskrivning av karaktäristika och värdering av vetenskaplig kvalitet i de ingående studierna.

Winkel et al. (2008) Early discharge to therapy-based rehabilitation at home in patients with stroke: a systematic review

Intervention: Tre olika interventionsgrupper: utskrivningsstöd från sjukhus, utskrivningsstöd från utskrivningsteam vid sjukhus utan direkt rehabiliteringsstöd, kommunbaserat rehabiliteringsstöd efter tidig utskrivning.

Population: 1 122 personer, medelålder 74 år. Personer med akut stroke, inkluderades inom tio dagar från det att stroke inträffade, över 18 år och hemmaboende.

Skäl till begränsad kvalitet: Främst att det är oklart hur dataextraktionen gått till. Tillräckligt med data om effekter av interventioner redovisas inte.

Pågående översikter (registrerade protokoll)

Bennett m.fl. (2011) Occupational therapy for community dwelling people with dementia.

Syfte: Studera om arbetsterapi i hemmet kan a) förbättra funktionsförmågan (ADL) bland demenssjuka i eget hem, b) minska beteende- och psykiska symtom bland demenssjuka i eget hem, c) minska belastning och förbättra stämningsläget hos anhöriga.

Intervention: Arbetsterapi som syftar till att främja demenssjukas aktivitetsnivå och minska beteende- och psykiska symtom. Interventionen ska vara gjord av arbetsterapeut eller under handledning av arbetsterapeut. Inslag kan vara: träning av ADL, bostadsanpassning, råd/utbildning och samordning.

Population: Vuxna med demenssjukdom som bor hemma, anhöriga som stöder demenssjuka i hemmet.

Jämförelsegrupp: Sedvanlig vård eller personer som står på väntelista.

Clarkson m.fl. (2014) Systematic review of home support interventions to people with dementia and their carers: components and impacts.

Syfte: Jämföra olika modeller av stöd till demenssjuka och deras anhöriga, med avseende på effektivitet, hur och för vem effekterna gäller, om svårigheter mildras och välbefinnande ökar.

Intervention: Formellt och informellt stöd, både emotionellt och instrumentellt för ADL, rådgivning och utbildning.

Population: Personer med demenssjukdom, dvs. Alzheimers sjukdom, vasculär demens, frontallobsdemens eller Levy Body demens.

Jämförelsegrupp: Sedvanlig vård.

Cochrane m.fl. (2013) Home-care 'reablement' services for maintaining and improving older adults' functional independence (Protocol)

Vård och omsorg i hemmet är en ökande trend världen över. Under senare år har märkts ett ökat intresse internationellt för innovativa sätt att förbättra för personer som har hemvård eller har risk för försämrad funktion. Reablement, här översatt som att kunna återfå vardagliga färdigheter, kännetecknas av omorientering av hemvård från behandling av sjukdom och skapande av beroende till att maximera oberoende. Reablement är inte utformat för specifika hälsoproblem, men kan hjälpa en äldre person att återfå självtillit och funktionsförmåga efter sjukdom eller sjukhusvistelse.

Syfte: Värdera effekterna av home care "reablement"-insatser för att bibehålla och förbättra äldres funktionella självständighet/oberoende (independence).

Intervention: Intensiva (många besök), men tidsbegränsade (6–12 veckor) multidisciplinära insatser och målinriktade personcentrerade insatser.

Population: Äldre som har hemvård eller riskerar försämrad funktion.

Jämförelsegrupp: Sedvanliga insatser eller personer som står på väntelista avseende hemtjänst i någon form.

Fox m.fl. (2013) The effects of physical exercise on older adults, aged 65 and older, with a diagnosis of dementia: a systematic review protocol

Syfte: Studera vilken påverkan fysisk aktivitet har på funktionsförmåga, livskvalitet, kognitiv försämring och fysisk aktivitetsnivå.

Intervention: Enskild fysisk aktivitet och fysisk aktivitet i grupp för hemmaboende.

Population: Demenssjuka personer över 65 år.

Jämförelsegrupp: Personer på särskilda boenden.

Kanda m.fl. (2014) The effectiveness of care provided by nurse practitioners in a community setting: a systematic review and meta-analysis

Syfte: Jämföra utfall av hemvård från sjuksköterska respektive läkare.

Intervention: Behandling och vård utanför sjukhus, även i hemmet.

Population: Vuxna som får vård av sjuksköterska.

Jämförelsegrupp: Vuxna som får vård av läkare.

Legg m.fl. (2014) Reablement for adults referred to home care services.

Syfte: Studera om ”reablement” (ungefär återfå vardagliga färdigheter) (a) minskar behovet av stöd och hjälp från hemtjänst, (b) har någon betydelse för andra kliniska utfallsmått.

Intervention: Insatser som (a) riktas till personer som får social omsorg, (b) syftar till att minska behovet av hjälp och stöd, (c) syftar till att öka funktionsförmågan eller förbättra prestationer.

Population: Personer över 75 år som ska föras över från institution till hemmet, som får hemtjänst eller som har svårt att klara sig själva hemma.

Jämförelsegrupp: Ingen intervention eller sedvanlig vård.

Mabire m.fl. (2013) Effectiveness of nursing discharge planning interventions on health-related outcomes in elderly inpatients discharged home: a systematic review protocol.

Syfte: studera (a) Effektiviteten i vårdplanering, där minst en sjuksköterska deltar, för funktionshinder, symtombehandling, icke tillgodosedda behov och livskvalitet, (b) Betydelsen av olika individuella komponenter (t.ex. egenvård) i vårdplanering.

Intervention: Tidig geriatrisk bedömning, utskrivningsförberedelse, patienters delaktighet, fortsatt vård, bedömning på utskrivningsdag, uppföljning efter utskrivning.

Population: Personer över 65 år som skrivits ut från sjukhus till hemmet

Jämförelsegrupp: Ingen.

Trivedi m.fl. (2013) A protocol for a systematic review of research on managing Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia (BPSD) for community dwelling older people: evidence mapping and syntheses.

Syfte: Kartlägga forskning om hur BPSD kan hanteras, identifiera insatser som kan främja oberoende hos demenssjuka, utvärdera metodernas nytta för demenssjuka och anhöriga, uppskatta betydelse och kostnadseffektivitet av olika metoder, skapa underlag för riktlinjer och identifiera kunskapsluckor.

Intervention: Icke-farmakologiska strategier för att hantera personer med beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom.

Population: Personer över 65 år med demenssjukdom som bor hemma, anhöriga som stöder demenssjuka i hemmet.

Jämförelsegrupp: Sedvanlig vård, annan intervention eller grupp som inte fått någon insats.

Whitehead m.fl. (2013) Interventions to reduce dependency in personal activities of daily living in community-dwelling adults who use homecare services: protocol for a systematic review

Syfte: (a) Bestämma insatser för att minska beroende för vuxna användare av hemvård som erbjuds och har utvärderats; (b) Studera effektivitet och effekt avseende beroende i dagligt liv; (c) Bestämma om effekten av insatser där arbetsterapeut medverkar skiljer sig från insatser där arbetsterapeut inte medverkar.

Intervention: Hjälp med personliga aktiviteter i dagligt liv av avlönad utförare. Insatsen kan ha en multipel eller enkel inriktning. Hemsjukvård kan ingå.

Population: Hemmaboende vuxna över 18 år som har hemvård, det vill säga minst ett besök per vecka av en avlönad utförare för att hjälpa till med personliga aktiviteter i dagligt liv.

Jämförelsegrupp: Sedvanlig hemvård som inte syftar till att förbättra individens utförande av personliga aktiviteter.

Young m.fl. (2012) At-home versus institutional long-term-care for chronic functionally dependent older people (Protocol)

Syfte: Undersöka om äldre med långvarigt beroende av hjälp gagnas mer av förstärkt hemtjänst än av plats på ett särskilt boende.

Intervention: Hemtjänst förstärkt med (a) personlig omvårdnad, (b) bostadsanpassning, (c) dagvård, (d) växelvård.

Population: Personer 65 år eller äldre, som behöver hjälp med en eller flera dagliga aktiviteter.

Jämförelsegrupp: Särskilt boende (boende och vård vid institution).

Bilaga 4. Sökdokumentationer

Exempel från första sökningen:

Databas: AgeLine Databasleverantör: Ebsco Datum: 2014-01-28 Ämne: Hemsjukvård (mest sjuka äldre) – översikter Sökning gjord av: Edith Orem På uppdrag av: Gunilla Fahlström			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Antal ref. **)
1.	DE	DE "Visiting Nurses" OR DE "Consumer Directed Care" OR DE "Home Care" OR DE "Home Health Care" OR DE "Home Care Agencies" OR DE "Home Care Workers" OR DE "Home Health Care" OR DE "Homemaker Services" OR DE "House-bound"	4,996
2.	FT/TI, AB	TI ("home care*" OR "domiciliary care" OR "home health care" OR homecare OR "home-base*" OR "home health nursing" OR "home nursing" OR "visiting nurse*" OR "in-home care" OR "home visit*" OR "home support*" OR "home help*" OR "home service*" OR "home social service*" OR "home assistan*" OR "assistance servic*" OR "community care" OR "community care worker*" OR "community-based servic*" OR "community support servic*" OR "direct-care recipient*" OR "direct-care worker*" OR "domestic care" OR "help servic*" OR "home and community-based servic*" OR "home health aid*" OR "home health and help servic*" OR homemaker* OR "health aide servic*" OR "household help*" OR "housework assist*" OR "in-home*" OR "supportive servic*" OR "personal assist*" OR "personal care" OR "personal care servic*" OR "supportive care servic*" OR "support worker*" OR "visiting aide*") OR AB ("home care*" OR "domiciliary care" OR "home health care" OR homecare OR "home-base*" OR "home health nursing" OR "home nursing" OR "visiting nurse*" OR "in-home care" OR "home visit*" OR "home support*" OR "home help*" OR "home service*" OR "home social service*" OR "home assistan*" OR "assistance servic*" OR "community care" OR "community care worker*" OR "community-based servic*" OR "community support servic*" OR "direct-care recipient*" OR "direct-care worker*" OR "domestic care" OR "help servic*" OR "home and community-based servic*" OR "home health aid*" OR "home health and help servic*" OR homemaker* OR "health aide servic*" OR "household help*" OR "housework assist*" OR "in-home*" OR "supportive servic*" OR "personal assist*" OR "personal care" OR "personal care servic*" OR "supportive care servic*" OR "support worker*" OR "visiting aide*")	29,643
3.		1. OR 2.	29,976

4.	DE	DE "Older Adults" OR DE "65+" OR DE "70+" OR DE "75+" OR DE "80+" OR DE "85+" OR DE "90+" OR DE "95+" OR DE "Centenarians" OR DE "Old Old" OR DE "Young Old" OR DE "Frail Elderly"	108,945
5.	FT/TI, AB	TI ("older people*" OR "older patient*" OR "older adult*" OR "older women" OR "older men" OR "older person*" OR elderly OR "oldest old" OR "frail older" OR "frail elder*" OR "frail seniors" OR nonagenarians OR frailty OR "elderly care recipient*" OR "frail patient*" OR "geriatric patient*") OR AB ("older people*" OR "older patient*" OR "older adult*" OR "older women" OR "older men" OR "older person*" OR elderly OR "oldest old" OR "frail older" OR "frail elder*" OR "frail seniors" OR nonagenarians OR frailty OR "elderly care recipient*" OR "frail patient*" OR "geriatric patient*")	63,000
6.		4. OR 5.	113,525
7.	DE	DE "Meta Analyses"	368
8.	FT/TI, AB	TI ("systematic review" OR "meta analy*") OR AB ("systematic review" OR "meta analy*")	706
9.		7. OR 8.	801
10.		3. AND 6. AND 9.	103

Databas: PsycINFO **Databasleverantör:** Ebsco **Datum:** 2014-01-28

Ämne: Hemsjukvård (mest sjuka äldre) – översikter

Sökning gjord av: Edith Orem

På uppdrag av: Gunilla Fahlström

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Antal ref. **)
1.	DE	DE "Aging in Place" OR DE "Home Care Personnel" OR DE "Home Visiting Programs" OR DE "Home Care"	5,795
2.	FT/TI, AB	TI ("home care*" OR "domiciliary care" OR "home health care" OR homecare OR "home-base*" OR "home health nursing" OR "home nursing" OR "visiting nurse*" OR "in-home care" OR "home visit*" OR "home support*" OR "home help*" OR "home service*" OR "home social service*" OR "home assistan*" OR "assistance servic*" OR "community care" OR "community care worker*" OR "community-based servic*" OR "community support servic*" OR "direct-care recipient*" OR "direct-care worker*" OR "domestic care" OR "help servic*" OR "home and community-based servic*" OR "home health aid*" OR "home health and help servic*" OR homemaker* OR "health aide servic*" OR "household help*" OR "housework assist*" OR "in-home*" OR "supportive servic*" OR "personal assist*" OR "personal care" OR "personal care servic*" OR "supportive care servic*" OR "support worker*" OR "visiting aide*") OR AB ("home	111,975

		care*" OR "domiciliary care" OR "home health care" OR "homecare" OR "home-base*" OR "home health nursing" OR "home nursing" OR "visiting nurse*" OR "in-home care" OR "home visit*" OR "home support*" OR "home help*" OR "home service*" OR "home social service*" OR "home assistant*" OR "assistance service*" OR "community care" OR "community care worker*" OR "community-based service*" OR "community support service*" OR "direct-care recipient*" OR "direct-care worker*" OR "domestic care" OR "help service*" OR "home and community-based service*" OR "home health aid*" OR "home health and help service*" OR "homemaker*" OR "health aide service*" OR "household help*" OR "housework assist*" OR "in-home*" OR "supportive service*" OR "personal assist*" OR "personal care" OR "personal care service*" OR "supportive care service*" OR "support worker*" OR "visiting aide*")	
3.		1. OR 2.	112,705
4.	ZG	(ZG "aged (65 yrs & older)")	209,541
5.	FT/TI, AB	TI ("older people*" OR "older patient*" OR "older adult*" OR "older women" OR "older men" OR "older person*" OR elderly OR "oldest old" OR "frail older" OR "frail elder*" OR "frail seniors" OR nonagenarians OR frailty OR "elderly care recipient*" OR "frail patient*" OR "geriatric patient*") OR AB ("older people*" OR "older patient*" OR "older adult*" OR "older women" OR "older men" OR "older person*" OR elderly OR "oldest old" OR "frail older" OR "frail elder*" OR "frail seniors" OR nonagenarians OR frailty OR "elderly care recipient*" OR "frail patient*" OR "geriatric patient*")	82,442
6.		4. OR 5.	232,734
7.	ZC	(ZC "meta analysis") or (ZC "systematic review")	18,314
8.		3. AND 6. AND 7. AND Limiters - Language: Danish, English, German, Norwegian, Swedish	103

Från den utvidgade sökningen:

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2014-04-16 Ämne: Hemsjukvård/hemtjänst/hemrehabilitering – systematiska översikter, HTA-rapporter (utvidgad sökning) Sökning gjord av: Edith Orem På uppdrag av: Gunilla Fahlström			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Antal ref. **)
1.	MeSH	Home Care Services[Mesh] OR Home Health Nursing[Mesh] OR Home Nursing[Mesh] OR Homemaker Services[Mesh] OR House Calls[Mesh] OR Community Health Nursing[Mesh] OR Home Health Aides[Mesh] OR Home Care Agencies[Mesh]	56161
2.	FT	home care*[ti] OR domiciliary[ti] OR home health care[ti] OR homecare[ti] OR home-base*[ti] OR home health nursing[ti] OR home nursing[ti] OR visiting nurse*[ti] OR in-home care[ti] OR home visit*[ti] OR home support*[ti] OR home help*[ti] OR home service*[ti] OR home social service*[ti] OR home assistan*[ti] OR assistance servic*[ti] OR community care[ti] OR community care worker*[ti] OR community-based servic*[ti] OR community support servic*[ti] OR direct-care recipient*[ti] OR direct-care worker*[ti] OR domestic care[ti] OR help servic*[ti] OR home and community-based servic*[ti] OR home health aid*[ti] OR home health and help servic*[ti] OR homemaker*[ti] OR health aide servic*[ti] OR household help*[ti] OR housework assist*[ti] OR in-home*[ti] OR supportive servic*[ti] OR personal assist*[ti] OR personal care[ti] OR personal care servic*[ti] OR supportive care servic*[ti] OR support worker*[ti] OR visiting aide*[ti] OR hospital at home[ti] OR hospital based home care[ti] OR hospital in the home[ti] OR community health service*[ti] OR home rehabil*[ti]	18042
3.		1. OR 2.	61986
4.		3. AND Filters: Systematic Reviews; Danish; English; German; Norwegian; Swedish	986

Databas: Cinahl Databasleverantör: Ebsco Datum: 2014-04-23 Ämne: Hemsjukvård/hemtjänst/hemrehabilitering – systematiska översikter, HTA-rapporter (utvidgad sökning) Sökning gjord av: Edith Orem På uppdrag av: Gunilla Fahlström			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Antal ref. **)
1.	DE	(MH "Home Health Agencies") OR (MH "Home Health Aides") OR (MH "Home Health Care") OR (MH "Home Nursing, Professional") OR (MH "Homemaker Services") OR (MH "Homebound Patients") OR (MH "Home Visits") OR (MH "Psychiatric Home Care") OR (MH "Home Occupational Therapy") OR (MH "Home Physical Therapy") OR (MH "Community Mental Health Nursing") OR (MH "Community Health Nursing")	46,391
2.	FT/TI, AB	TI ("home care*" OR "domiciliary care" OR "home health care" OR "homecare" OR "home-base*" OR "home health nursing" OR "home nursing" OR "visiting nurse*" OR "in-home care" OR "home visit*" OR "home support*" OR "home help*" OR "home service*" OR "home social service*" OR "home assistan*" OR "assistance servic*" OR "community care" OR "community care worker*" OR "community-based servic*" OR "community support servic*" OR "direct-care recipient*" OR "direct-care worker*" OR "domestic care" OR "help servic*" OR "home and community-based servic*" OR "home health aid*" OR "home health and help servic*" OR "homemaker*" OR "health aide servic*" OR "household help*" OR "housework assist*" OR "in-home*" OR "supportive servic*" OR "personal assist*" OR "personal care" OR "personal care servic*" OR "supportive care servic*" OR "support worker*" OR "visiting aide*") OR AB ("home care*" OR "domiciliary care" OR "home health care" OR "homecare" OR "home-base*" OR "home health nursing" OR "home nursing" OR "visiting nurse*" OR "in-home care" OR "home visit*" OR "home support*" OR "home help*" OR "home service*" OR "home social service*" OR "home assistan*" OR "assistance servic*" OR "community care" OR "community care worker*" OR "community-based servic*" OR "community support servic*" OR "direct-care recipient*" OR "direct-care worker*" OR "domestic care" OR "help servic*" OR "home and community-based servic*" OR "home health aid*" OR "home health and help servic*" OR "homemaker*" OR "health aide servic*" OR "household help*" OR "housework assist*" OR "in-home*" OR "supportive servic*" OR "personal assist*" OR "personal care" OR "personal care servic*" OR "supportive care servic*" OR "support worker*" OR "visiting aide*")	24,838
3.		1. OR 2.	58,753
4.	ZT	(ZT "systematic review") or (ZT "meta analysis")	33,373

5.	DE	(MH "Systematic Review") OR (MH "Meta Analysis")	27,654
6.		4. OR 5.	42,493
7.		3. AND 6.	637
8.		7. AND Limiters - Language: Danish, English, German, Norwegian, Swedish	599

Bilaga 5. Medverkande

Litteratursökning:
Edith Orem

Övriga arbetsmoment med kartläggningen:
Gunilla Fahlström
Elizabeth Åhsberg

Granskning av rapporten:
Sonja Modin, Stockholms läns landsting
Birgitta Wallerstedt, Linnéuniversitetet
Sven Erik Wånell, Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum

Gert Alaby, Socialstyrelsen
Gabriella Falkelius, Socialstyrelsen
Karin Hedenmalm, Socialstyrelsen
Synnöve Ljunggren, Socialstyrelsen
Alexandra Snellman, Socialstyrelsen