

# Allt fler, allt sjukare patienter rehabiliteras i hemmet

**Sjukgymnaster, arbetsterapeuter och andra yrkeskategorier har i decennier arbetat med rehabilitering hemma hos patienter. På senare år har emellertid verksamheten systematiserats, flera yrkesgrupper har engagerats i organisationen, fler patienter behandlas i hemmet – och dessa patienter är allt sjukare. Denna utveckling, som ibland framtvings av besparingsskäl, tycks innebära fördelar för vissa patienter.**

Avsikten med denna artikel är dels att redovisa några vetenskapliga arbeten om hemrehabilitering, dels att presentera resultatet av en enkät som våren 1997 skickades till landets samtliga sjukhus.

Begreppet »hemrehabilitering» är långt ifrån enhetligt. På olika håll i landet har man haft olika idéer om verksamhetens inriktning när man startade. Olikheter i grundidé och ambitionsnivå speglas i organisationen och bemanningen.

## Tre syften med hemrehabilitering

Man har vid starten haft i huvudsak tre syften med hemrehabiliteringen:

- Ersätta slutenvårdsplatser. Ofta har verksamheten startat i samband med att vårdplatser lagts ner.
- Förbättra övergången mellan slutenvård och öppen vård. Här blir ambitionen med hemrehabilitering snarast analog med dagrehabilitering. Även i detta fall möjliggörs en tidigare utskrivning.
- Förhindra återinläggning. Detta kan ske genom kontinuerlig eller intermittent träning för att patienten skall bibehålla en hög grad av oberoende.

## Författare

PETER APPELROS

överläkare, geriatriska kliniken, Regionsjukhuset i Örebro.

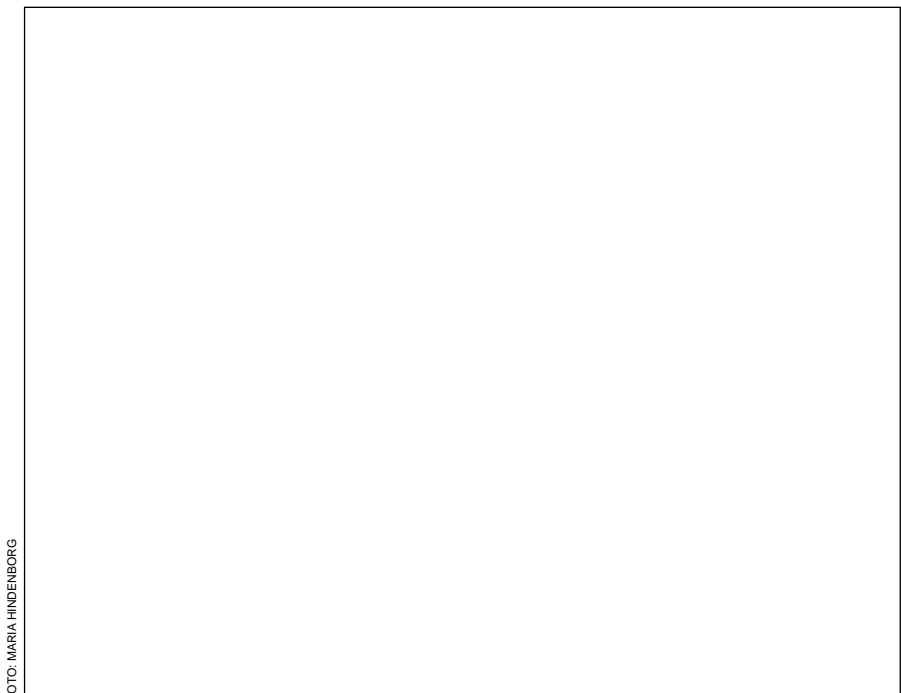


FOTO: MARIA HINDENBORG

## ÖVERSIKT ÖVER STUDIER Ortopedi

År 1976 påbörjades vid ortopedkliniken, Lasarettet i Lund, ett försök som bl a innebar att höftfrakturpatienter tidigt skrevs ut till det egna boendet, där de tränades av ett rehabiliteringsteam [1, 2]. Sjukhusvistelsen kunde för 3/4 av patienterna minskas till två-tre veckor. Man visade att tidig hemskrivning är möjlig och att kostnaderna för vården är lägre i hemmet än inom slutenvård eller konvalescentvård. En liknande studie genomfördes vid ortopedkliniken, Danderyds sjukhus 1986 [3]. Genom en attitydförändring kunde fler patienter skrivas ut direkt till eget boende.

Vid Peterborough Hospital, Cambridge, gjordes 1989 en prospektiv studie där man jämförde sjukhusvård med hemrehabilitering för höftfrakturpatienter [4]. Man drog slutsatsen att tidig utskrivning och hemrehabilitering sparar vård dagar på sjukhus, och att det för patienten medför snabbare och effektivare återhämtning. Även vid en pilotstudie av patienter som opererats med höftplastik vid ortopedkliniken, Karolinska sjukhuset [5] kunde man förkor-

**Karin, 85 år**, har drabbats av slaganfall. Tillsammans med hemrehabiliteringens arbetsterapeut Carina Lewin, Örebro, tränar hon sig i köket.

ta sjukhusvistelsen genom att organisera rehabilitering hemma.

## Invärtesmedicinska diagnoser

Ett sjukhus-i-hemmet-program introducerades i Gloucester år 1992 [6]. Man ville försöka skriva hem patienter från invärtesmedicinska vårdavdelningar tidigare. Programmet inkluderade intensiv rehabilitering under maximalt fyra veckor efter slutenvårdsperioden, och även stöd till anhöriga. Efter nio månader utvärderades programmet i en randomiserad kontrollerad studie. 60 patienter randomiserades. Man fann att patienterna med hjälp av hemteamet kunde skrivas hem i medeltal fem dagar tidigare. Vid sexmånaderskontrollen fann man små skillnader i funktionsförmåga mellan grupperna. Tendensen var till förmån för hemrehabilitering.

## Slaganfall

I Bradford Community Stroke Trial (Storbritannien) jämfördes hemrehabi-

litering med geriatrisk dagrehabilitering [7, 8]. 124 patienter ingick i studien, som var randomiserad och kontrollerad. Framstegen var i vissa avseenden större hos dem som rehabiliterats hemma, trots att de fick mindre tid med aktiv behandling. Kostnaden för hemrehabilitering var lägre än i dagrehabilitering.

327 patienter inkluderades i Domino-studien (Nottingham), där man jämförde hemrehabilitering med sjukhusbaserad dagrehabilitering [9-11]. Man fann små skillnader mellan hem- och dagrehabilitering efter tre och sex månader. Patienter i hemrehabilitering hade något högre förmåga vad gäller hushålls- och fritidsaktiviteter. Färre av gruppen med dagrehabilitering dog under uppföljningstiden, och färre flyttade till sjukhem. Yngre patienter hade lättare att anpassa sig till hemrehabilitering, medan de äldre tenderade att ha större nytta av dagrehabilitering.

En kostnadsanalys visade att dagrehabilitering var 27 procent billigare än hemrehabilitering. En efteranalys [12] visade dock att transportkostnaderna för patienterna var ovanligt låga i Nottingham.

Sjukgymnasten Lotta Widén Holmqvist, Huddinge sjukhus, har inom ramen för en doktorsavhandling bl a genomfört en kontrollerad randomiserad studie [13], där hemrehabilitering jämfördes med slutenvårdsrehabilitering för slaganfallspatienter med måttlig funktionsnedsättning. 83 patienter inkluderades under de två år som studien pågick.

Vid tremånaderskontrollen kunde man inte finna några statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna beträffande bl a Katz-index och Barthel-index. Med hjälp av logistisk regressionsanalys kunde man dock se tendenser till positiva effekter för hemrehabilitering i fråga om sociala aktiviteter, dagliga livets aktiviteter (ADL), grov- och finmotorik samt gångförmåga. Kommunens hemtjänst hade inte utnyttjats mer i hemrehabiliteringsgruppen, belastningen på anhöriga var inte större, och patienternas tillfredsställelse var högre i denna grupp, särskilt när det gällde att själv aktivt delta i planeringen av rehabiliteringen.

## SVENSK ENKÄT 1997

### Metod och definition

För att kartlägga hemrehabiliteringen i Sverige skickade jag under våren 1997 en enkät ut till landets samtliga sjukhus, i första hand till den geriatriska kliniken, eller där sådan saknades till annan klinik med ansvar för äldrehabilitering. Dessutom skickades enkäten till vårdcentraler som jag visste bedri-

Tabell I. Personalstat vid hemrehabiliteringsenheter.

Tjänstekategori	Minst	Flest	Medeltal
Sjukgymnast	0,1	6	1,5
Arbetssterapeut	0,1	6	1,5
Läkare	0,1	1,8	0,5
Sjuksköterska	0	2,8	0,8
Logoped	18/44 har tillgång		
Kurator	24/44 har tillgång		
Undersköterskor	3/44 har egna undersköterskor		

ver hemrehabilitering och jag bad om uppgift om andra liknande enheter, som fick enkäten i efterhand. Påminnelse har gått ut till dem som inte svarat.

Följande definition på hemrehabilitering användes: »Läkarledd teamverksamhet med inriktning på rehabilitering. Behandlingen sker i patientens hem. Sjukgymnast och/eller arbetssterapeut ska finnas med i teamet. Andra personalkategorier kan ingå.»

Enkäten sändes till 109 sjukhuskliniker, varav 101 svarade. Sju utslöts eftersom de på grund av omorganisation, nedläggning etc inte längre är aktuella för sammanställningen. Bearbetningen bygger således på 94 svar från sjukhusen.

Endast sex av 14 vårdcentraler svarade, och eftersom de utgör en så liten andel av alla har jag valt att inte redovisa den delen av enkäten här.

### 44 redovisar hemrehabiliteringen organisationen varierar

Av de 94 sjukhusen uppgav 44 att de har någon form av hemrehabilitering enligt min definition. Verksamheten i Linköping har varit igång längst, sedan 1993. Flertalet enheter startade under 1995 och 1996. 18 av de 44 verksamheterna är reguljära, de övriga bedrivs som tidsbegränsade projekt.

Verksamheten kan vara organiserad på flera sätt. 13 enheter är självständiga eller samorganiserade med annan lasarettensluten hemsjukvård (LAH), t ex palliativ. Tolv enheter är samorganiserade med slutenvård, dvs att man tillhör och utgår från en vårdavdelning, och 13 enheter är kopplade till dagrehabilitering. Tre har svarat att hemrehabilitering också förekommer inom ramen för annan klinik eller vårdcentral i upptagningsområdet.

### Variationer i inriktning och personalstab

Sju av enheterna är specialiserade på behandling av slaganfallspatienter, medan en endast behandlar patienter med höftfraktur. Övriga enheter har en allmän inriktning, även om patienter med slaganfall eller ortopediska sjukdomar tycks dominera.

Tillgången på behandlande personal varierar mycket, och avspeglar dels hur

många patienter man kan ta emot, dels träningsbehoven för de enskilda patienterna. Tabell I ger en översikt över de personalkategorier som är aktuella.

16 av enheterna har ett eget jouransvar för hemrehabiliteringen, oftast genom att verksamheten är del av en större klinik.

23 av enheterna har egna sjuksköterskor, som vid åtta av enheterna utför alla sjuksköterskeuppgifter. Dessa sköts vid 13 av enheterna av primärvårdens sjuksköterskor och i två fall av kommunens. Att sjuksköterskeuppgifter delas mellan huvudmännen i olika kombinationer tycks vara vanligast, i 16 av de 44 fallen.

Kommunernas undersköterskor sköter patientomvårdnad i de flesta fall. Tre av de 44 hemrehabiliteringsenheterna har dock »egna» undersköterskor i personalstaten. De står för all omvårdnad vid en av dessa enheter, och vid en annan delas uppgifterna mellan hemrehabiliteringens och kommunens undersköterskor. På en tredje enhet har undersköterskan främst administrativa uppgifter.

### Samarbete med primärkommuner

Beträffande samarbetet med primärkommunerna har 35 av enheterna lämnat svar. 24 tyckte att det i regel var bra eller mycket bra. Fem noterade att det ibland var oklara gränser, viss konkurrens eller att det fanns viss oro från kommunens sida. Endast vid en enhet klassades samarbetet som negativt, men i ett par andra fall noterade viss skepsis hos kommunens tjänstemän och sämre samarbete med hemtjänsten. Två av enheterna uppger att brist på kommunala hjälpinsatser kan vara begränsande för verksamheten.

Hälften av enheterna kan behandla patienter inom kommunens särskilda boendeformer.

### Från två till 50 inskrivna

Antalet patienter som kan vara inskrivna i hemrehabiliteringen varierar mellan två och 50, med ett medeltal på 15,5 för de 36 enheter som svarat på denna fråga.

Leasingbilar finns vid 34 enheter, antalet varierar mellan en och elva (me-

deltal 3,3). De enheter som har flest bilar använder dem även vid palliativ verksamhet.

18 av enheterna har fastställt en största verksamhetsradie från kliniken. Den varierar mellan 10 och 80 km, med ett medeltal på 29 km.

En fråga gällde vad den som svarat

**Arvid, 82 år**, är dubbelsidigt underbensamputerad. Han gångtränar här tillsammans med sjukgymnast Maria Hindenborg från hemrehabiliteringen i Örebro.

på enkäten ansåg om hemrehabilitering. Svaren fördelar sig enligt Tabell II.

57 kliniker har svarat att hemrehabilitering inte finns vid sjukhuset ifråga.

**Tabell II.** Åsikter om hemrehabiliteringens värde.

	Hemrehabilitering finns på den egna kliniken		Hemrehabilitering finns inte på den egna kliniken	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Stort värde, har framtiden för sig	37	84	23	40
Visst värde, växer kanske ej mer nu	2	5	7	12
Vet ej, varken positiv eller negativ	4	9	25	44
Överklamerat, har blivit för stor affär	1	2	1	2
Modelfluga, kommer att visa sig ha klent värde			1	2

På frågan om planer på – eller önskemål om – sådan verksamhet, svarade man enligt Tabell III.

## DISKUSSION

### Kontrollerade studier behövs

Är hemrehabilitering lika effektiv som slutenvårdsrehabilitering? Går det att förkorta vårdtider på sjukhus genom att införa hemrehabilitering? Vilken typ av rehabilitering föredrar patienten? Är rehabilitering i hemmet billigare än i slutenvård?

Detta är några av de frågor som vi bör finna svar på när hemrehabiliteringen successivt vinner terräng inom sjukvården. I ovan nämnda studier har man tagit sikte på att besvara dem, men det finns många problem i studier som syftar till att jämföra en vårdmiljö med en annan:

- Ofta beskrivs endast ett sjukdomstillstånd, och urvalet av patienter från denna grupp är mer eller mindre snävt.
- De lokala förhållandena (geografiska avstånd, antal slutenvårdsplatser, vårdtraditioner, hemtjänstens kompetens, sociala nätverk, »eldsjälar» osv) påverkar verksamhetens omfattning och resultat.
- Tempot i den rehabiliterande vården, mätt i medelvårdtider, har ökat i takt med att tillgången på vårdplatser minskat, alldeles oavsett om man infört hemrehabilitering eller ej. Detta gör resultaten av studier svårvärderade.
- Att vård dagar sparas på sjukhus är inte liktydigt med att pengar sparas för samhället. Särskilda hälsoekonomiska studier måste göras.

Man måste således vara försiktig med att generalisera resultaten av de studier som finns. De gäller just för den sjukdomsgrupp, den plats och den tid som är aktuell i respektive studie. Detta betyder naturligtvis inte att undersökningarna saknar värde, men det behövs fler kontrollerade studier, så att vi kan få en mer mångfacetterad bild av situatio-

**Tabell III.** Planer på att införa hemrehabilitering vid de sjukhus där man saknar sådan verksamhet idag.

Ja, startdatum redan planerat	5
Ja, planeras	4
På diskussionsstadiet	4
Vi är intresserade	11
Möjligt	1
Nej	11
Finns vid närliggande sjukhus, därför ej aktuellt	5
Primärvårds-hemrehabilitering planeras	2
Tidigare haft projekt, nu avslutat	1
Ingen kommentar	13

nen. Särskilt angeläget är det att även kartlägga möjligheterna för hemrehabilitering hos en grupp patienter som är svårare drabbade än dem man hittills undersökt.

### Ersätter inte slutna vård helt

Jag tror de flesta kolleger är överens om att hemrehabilitering inte kan ersätta slutenvårdsrehabilitering fullt ut. Det finns å ena sidan en stor grupp patienter med omfattande omvårdnadsbehov, t ex slaganfallspatienter med kognitiva och spatiala störningar eller sviktande social situation, och de hör initialt hemma inom den slutna vården. Å andra sidan finns det en grupp patienter som mår bra av att rehabiliteras hemma, och för dem är kanske rehabiliteringen både effektivare och billigare i denna vårdform.

Gråzonen mellan de båda grupperna är dock betydande. Vi vet inte när den ena eller den andra vårdformen är effektivast, vare sig det gäller behandlingsresultat eller kostnader.

Problemet att utforska detta blir inte mindre av att hemrehabilitering är ett heterogent begrepp, något som tydligt kan ses av svaren på enkäten. Exempelvis varierar sjukgymnasttäteten per inskriven patient från 0,5 ner till 0,03. (Många enheter har valt att lägga nivån vid ca 0,15.)

Ett annat exempel är läkarjourer. 16 enheter har eget jouransvar med – i de flesta fall – möjlighet att direkt lägga in patienter på egen klinik. Det ligger nära till hands att tro att det är möjligt att acceptera en bredare grupp patienter när man har egen jourverksamhet.

### Otillfredsställande oklarhet

Begreppet »hemrehabilitering» har alltså kommit att användas i vida sammanhang, men innehållet i verksamheten kan vara mycket olika. Situationen är otillfredsställande av minst två skäl. Dels kommer vi inte att kunna tala samma språk inom professionen om vi inte preciserar innehållet. Dels finns det en uppenbar risk för att makthavare i ekonomiskt trångmål ser det som en enkel och för landstinget kostnadssnål lösning att starta en personalgles hemrehabilitering, som inte tillnärmelsevis kan ersätta en nedlagd slutenvårdsavdelning. En väldimensionerad hemrehabilitering med dygnet-runt-resurser, god tillgång på paramedicinare och läkare, och inte att förglömma omvårdnadspersonal, kan emellertid många gånger ersätta vårdplatser på sjukhus.

### Kvalificerad hemsjukvård

Det är måhända dags för branschen själv att varudeklarerar sina enheter och föreslå kvalitetsindikatorer som kan vara till hjälp för verksamheten och de styrande vid både dialog och vägval.

Inom området palliativ hemsjukvård har man lanserat begreppet »kvalificerad hemsjukvård», något som man nu tar fram kvalitetsindikatorer för. Detta begrepp skulle mycket väl kunna tillämpas även inom hemrehabilitering. Ett första steg är att identifiera de kvalitetsparametrar som bör gälla för kvalificerad hemsjukvård med rehabiliterande inriktning.

\*

Enkätens innehåll har utformats i samråd med bl a överläkare Gertrud Helmersson, Geriatriska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping.

### Referenser

1. Ceder L, Thorngren KG, Walldén B. Prognostic indicators and early home rehabilitation in elderly patients with hip fractures. *Clin Orthop* 1980; nr 152: 173-84.
2. Jarnlo GB, Ceder L, Thorngren KG. Early rehabilitation at home of elderly patients with hip fractures and consumption of resources in primary care. *Scand J Prim Health Care* 1984; 2: 105-12.
3. Holmberg S, Agger E, Ersmark H. Rehabilitation at home after hip fracture. *Acta Orthop Scand* 1989; 60: 73-6.
4. Pryor GA, Williams DRR. Rehabilitation after hip fractures. Home and hospital management compared. *J Bone Joint Surg* 1989; 71B: 471-4.
5. Möller G, Goldie I, Jonsson E. Hospital care versus home care for rehabilitation after hip replacement. *Int J Technol Assess Health Care* 1992; 8: 93-101.
6. Donald IP, Baldwin RN, Bannerjee M. Gloucester hospital-at-home: a randomized controlled trial. *Age Ageing* 1995; 24: 434-9.
7. Young JB, Forster A. The Bradford community stroke trial: results at six months. *BMJ* 1992; 304: 1085-9.
8. Young J, Forster A. Day hospital and home physiotherapy for stroke patients: a comparative cost-effectiveness study. *J R Coll Physicians Lond* 1993; 27: 252-8.
9. Gladman JRF, Lincoln NB, Barer DH. A randomized controlled trial of domiciliary and hospital-based rehabilitation for stroke patients after discharge from hospital. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993; 56: 960-6.
10. Gladman JR, Lincoln NB. Follow-up of a controlled trial of domiciliary stroke rehabilitation (Domino Study). *Age Ageing* 1994; 23: 9-13.
11. Gladman J, Whynes D, Lincoln N. Cost comparison of domiciliary and hospital-based stroke rehabilitation. *Age Ageing* 1994; 23: 241-5.
12. Gladman J, Forster A, Young J. Hospital and home-based rehabilitation after discharge from hospital for stroke patients: analysis of two trials. *Age Ageing* 1995; 24: 49-53.
13. Widén Holmqvist L. Development and evaluation of rehabilitation at home after stroke in south-west Stockholm. Thesis. Stockholm: Karolinska institutet, 1997.

### KORTKLIPP



### Minskar folsyratillskott risken för koronarsjukdom?

För att förebygga neuralrörsdefekter hos foster har amerikanska läkemedelsmyndigheten FDA rekommenderat att cerealier berikas med folsyra (0,14 mg per 100 g) så att de flesta kvinnor får ett dagligt intag över 0,2 mg. Eftersom folsyra också sänker plasmanivån av homocystein – som i hög halt visats vara en oberoende riskfaktor för bl a koronarsjukdom – har forskare i USA och England intresserat sig också för hur stor sänkning man kan räkna med vid olika intag av folsyra.

En metaanalys av tolv randomiserade kontrollerade studier med totalt mer än 1 100 individer tyder på att ett dagligt tillskott av 0,5–5 mg folsyra kan sänka homocysteinnivån i blod med 25 procent. Tillägg av 0,5 mg B<sub>12</sub> kan sänka nivån ytterligare 7 procent (*BMJ* 1998; 316: 894-8).

En strikt upplagd amerikansk studie omfattande 75 män och kvinnor med koronarsjukdom visade att ett dagligt tillskott på 0,127 mg folsyra via frukostflingor (motsvarande FDA-rådet) minskade homocystein med knappt 4 procent. Först med folsyratillskott på 0,5–0,6 mg sänktes homocystein mer än 10 procent (*New England Journal of Medicine* 1998; 338: 1009-15, 1042-50, 1060-1).

En ledarskribent i *New England Journal* understryker visserligen att det inte finns några randomiserade kontrollerade studier som visar att folsyratillskott verkligen minskar risken för kardiovaskulär sjukdom men anser ändå att mycket talar för att fler bör göra som 25 procent av vuxna i USA – äta rätt och ta en multivitamintablett med 0,4 mg folsyra per dag. En översiktsskribent och de brittiska forskarna ger försiktigare råd: vänta på kliniska studier.

### Gallstensbesvär förebyggs med raska promenader

En halvtimmes rask promenad eller liknande fysisk aktivitet fem gånger i veckan skulle kunna förebygga 34 procent av fallen av symptomgivande gallstenssjukdom hos män i USA, konkluderar sju amerikanska forskare som följt mer än 45 000 män mellan 40 och 75 år från 1986 till 1994. Kraftigare fysisk aktivitet har ännu bättre effekt, och effekten beror inte enbart på att vikten hålls nere. Slutsatsen bygger på data från fem postenkäter med två års intervall (*Annals of Internal Medicine* 1998; 128: 417-25).