

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 slutet 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 B₁₂ 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).