

Kunskapsunderlag – Hälsoekonomiska effekter av rehabiliteringsinsatser i hemmet

Del 1. Litteraturöversikt av de ekonomiska vinsterna
av hemrehabilitering i en internationell kontext

Del 2. Ekonomisk analys av hemrehabilitering i
svenska kommuner 2007–2022

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2023-4-8437

Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2023

Förord

Inom ramen för Socialstyrelsens arbete med kunskapsstöd för vård och rehabilitering i hemmet har myndigheten även studerat kostnader och effekter av insatsen inom kommunal hemrehabilitering.

De ekonomiska effekterna som är beskrivna i kunskapsunderlaget är uppdelade i två delar, en sammanställning av internationellt publicerade hälsoekonomiska studier och en sammanställning samt analys av resultat från ett antal kommuners hälsoekonomiska uppföljningar av rehabilitering i hemmet.

Syftet med kunskapsunderlaget är att beskriva vad som finns vetenskapligt publicerat kring kostnader och ekonomiska effekter i rehabilitering i hemmet samt svenska exempel på uppföljningar gällande rehabilitering i hemmet.

Kunskapsunderlaget inleds med en kort introduktion i hälsoekonomi. Sökdokumentation återfinns i bilaga

Innehåll

Förord	3
Bakgrund och syfte	7
Introduktion till hälsoekonomisk analys.....	8
Del 1 - Litteraturöversikt av de ekonomiska vinsterna av hemrehabilitering i en internationell kontext.....	10
Sammanfattning.....	10
Metod	11
Resultat	12
Utvärdering av hemrehabilitering inom vissa sjukdomar	13
Utvärdering av hemrehabilitering efter fall eller fraktur.....	14
Utvärdering av hemrehabilitering för äldre personer i eget eller särskilt boende	15
Slutsatser.....	18
Referenser till litteratur översikt.....	19
Del 2 - Ekonomisk analys av hemrehabilitering i svenska kommuner 2007–2022	21
Sammanfattning.....	21
Metod	22
Resultat	24
Utformning av hemrehabilitering och kostnader för dessa	24
Insatsernas inverkan på ekonomiska utfall för kommunen.....	27
Insatsernas inverkan på behovet av hemtjänst	28
Insatsernas inverkan på behovet av särskilt boende och korttidsboende	31
Insatsers inverkan på olika grupper av vårdtagare	31
Hälsoekonomisk analys av hemrehabilitering	32
Kostnadsnyttoanalys av hemrehabilitering med data från Jönköpings kommun	32
Kostnadsintäktanalys av hemrehabilitering med data från Eskilstuna kommun	33
Samhällsekonomiska effekter	35
Övriga kliniska utfallsmått	37
Exempel på kommuner som analyserat vårdtagarnas aktivitets- och funktionsförmåga efter insatsen.....	37
Exempel på kommuner som analyserat vårdtagarnas upplevda hälsa eller livskvalitet efter insatsen	38
Slutsatser.....	40

Referenser Ekonomisk analys av hemrehabilitering i svenska kommuner	41
Bilaga 1.1 Rehabiliterande insatser i ordinärt eller särskilda boendeformer – 16 exkluderade studier	43
Bilaga 1.2 Kortfattad översikt av inkluderade studier avseende frågeställning, design, inkluderade kostnader och effekter samt resultat och kommentarer	46
Bilaga 1.3 Litteratursökning	60
Bilaga 2.1 Systemisk litteratursökning i grå litteratur	69
Bilaga 2.2 Ekonomiska utvärderingar i studerade kommuner	72
Bilaga 2.3 Hemrehabiliteringsinsatsens inverkan på behov av hemtjänst och boendeformer	81
Bilaga 2.4 Bedömningsinstrument för aktivitets- och funktionsförmåga och upplevt hälsotillstånd	85
Bilaga 2.5 Intervjufrågor för ekonomisk analys av hemrehabilitering i svenska kommuner 2007–2022	86

Bakgrund och syfte

Socialstyrelsen har ett uppdrag att ta fram ett kunskapsstöd kring rehabilitering i hemmet. Detta är en del av ett större regeringsuppdrag kring kommunal hälso- och sjukvård som är kopplat till omställningen till en god och nära vård. Socialstyrelsen genomförde inom ramen för detta uppdrag en litteratursökning över internationell evidens gällande de hälsoekonomiska effekterna av rehabilitering i hemmet, som redovisas i del 1. I del 2 rapporteras en genomgång av data från svenska kommuners arbete av ekonomiska utfall kopplade till hemrehabilitering.

Utöver sammanställningen innehåller denna del också exempelberäkningar och analyser på kostnadsnyttan av hemrehabilitering baserat på resultat från två av de studerade kommunerna. Företrädesvis presenteras resultat från kommuner som följt upp insatsen i närtid samt har gjort en statistisk analys av sina ekonomiska resultat. Även kliniska utfallsmått för individen har redovisats hos de undersökta kommunerna men fokus för kunskapsunderlaget har varit att analysera de ekonomiska effekterna.

Introduktion till hälsoekonomisk analys

Utgångspunkten för hälsoekonomiska analyser är att offentliga resurser är begränsade och att man genom att använda dessa resurser för ett visst ändamål går miste om alternativa användningsmöjligheter. För att kunna prioritera vilka åtgärder, behandlingar eller diagnostiska metoder i hälso- och sjukvården som resurserna ska läggas på krävs att man undersöker både de hälsorelaterade och ekonomiska konsekvenserna. Hälsoekonomiska utvärderingar, som på ett strukturerat sätt jämför hälsoutfall och kostnader för alternativa åtgärder är ett hjälpmedel för beslutsfattare att avgöra huruvida en åtgärd eller behandling ger så pass mycket hälsa att det står i proportion till dess kostnad.

Inom hälsoekonomisk analys skiljer man på fyra olika metoder för att kunna utvärdera olika åtgärder och behandlingar, *kostnadsintäktsanalys*, *kostnadseffektanalys*, *kostnadsminimeringsanalys*, och *kostnadsnyttoanalys*. De fyra metoderna mäter alla kostnaderna i pengar, men skiljer sig åt i hur de mäter utfallen. Vilken metod som är lämplig beror på frågeställningen och vilka data som finns tillgängliga.

I *kostnadsintäktsanalys* mäts både kostnad och utfall i monetära termer, för att analysera den studerade åtgärden eller behandlingens "vinst/lönsamhet". På grund av praktiska och etiska betänkligheter är metoden ofta svår eller direkt olämplig att applicera i hälso- och sjukvården. Den andra metoden *kostnadseffektanalys* mäter effekt endast inom en dimension, exempelvis antalet vunna levnadsår för individen. En sjukdom eller tillstånd påverkar ofta flera dimensioner samtidigt, och utfallsmått som vunna levnadsår ger en begränsad information om patientens livskvalitet. Dessutom kan metoden inte användas för att jämföra olika åtgärder med varandra. *Kostnadsminimeringsanalysen* anses ofta vara en version av kostnadseffektanalysen, där två åtgärder eller behandlingar har samma effekt men olika kostnader för behandling. Den behandling som har lägst kostnad anses då vara mer kostnadseffektiv. Vid användning av *kostnadsnyttoanalys* används ett utfallsmått som kombinerar livskvalitet och livslängd. Vanligast är att använda livskvalitetsjusterade levnadsår (quality-adjusted life-year, QALY), vilket möjliggör jämförelser och ger en mer heltäckande bild av hälsoeffekten av en åtgärd eller behandling. QALY är konstruerat så att ett levnadsår multipliceras med livskvaliteten under det levnadsåret. Livskvaliteten ligger mellan 0 och 1, där 1 motsvarar full hälsa och 0 motsvarar död. En person som lever fem år med full hälsa har motsvarande 5 QALY, medan en person som lever fem år med 60 procents livskvalitets-vikt har 3 QALY ($0,6 \cdot 5 = 3$) [16]. Fördelen med en kostnadsnyttoanalys är att kostnaden per QALY kan ställas i relation till beslutsfattarens betalningsvilja. Man har därför möjlighet att utröna om en åtgärd är kostnadseffektiv utifrån hur mycket beslutsfattaren är villig att betala för hälsoförbättringen. QALYs kan användas som utfallsmått inom alla hälso- och sjukvårdsområden, vilket möjliggör för en enklare jämförelse mellan åtgärder.

För en värdering av kostnaderna för olika åtgärder eller behandlingar är det viktigt att inkludera all relevant resursförbrukning som uppstår till följd av dem. Kostnader relaterade till sjukdom, vård och omsorg kan delas in i direkta, indirekta och immateriella kostnader. De direkta kostnaderna uppstår som en följd av den vård, omsorg och behandling som ges. De direkta kostnaderna består av förbrukning av resurser inom den offentliga hälso- och sjukvården, kommunala insatser, informell vård (utförd främst av närstående), samt tids- och resekostnader för vårdtagare. Indirekta kostnader domineras av produktionsförluster, dvs. kostnader relaterade till minskad arbetsförmåga hos vårdtagare eller minskad arbetstid hos anhöriga som utför informell vård och omsorg. Immateriella kostnader avser kostnader för smärta, lidande och minskad livskvalitet som uppstår på grund av ett hälsotillstånd.

I den hälsoekonomiska analysen av hemrehabilitering bör insatsen jämföras med ordinarie arbetssätt. Vanligtvis innebär ordinarie arbetssätt att vårdtagaren får ordinarie hemtjänst och/eller hemsjukvård samt eventuella rehabiliteringsinsatser på annan plats än i sitt ordinarie boende. Som hälsoutfall för hemrehabilitering kan exempelvis nytta i form av upplevd livskvalitet hos de vårdtagare som fått insatsen användas. Kostnader för annan vård och behandling som undviks genom insatsen inkluderas i kostnadsutfallet. Dessa kostnadsutfall inkluderar direkta kostnader som i första hand uppstår inom kommunen, exempelvis kostnader för hemrehabiliteringsinsatsen, hemtjänst, korttidsboende, särskilt boende och hjälpmedel. Regionala direkta kostnader som antas kunna påverkas av hemrehabilitering är exempelvis kostnader till följd av fallskador, kostnader för återinskrivning efter utskrivning från slutenvård, samt vissa besök i öppenvården. Då de vårdtagare som berörs av hemrehabilitering i regel inte arbetar, kan indirekta kostnader framför allt inkludera kostnader som uppstår när närstående går ned i arbetstid för att utföra vård- och omsorgsinsatser. Men indirekta kostnader till följd av minskad arbetsförmåga hos de vårdtagare som arbetar kan också inkluderas. Immateriella kostnader kan uppskattas med vedertagna bedömningsverktyg för att mäta hälsorelaterad livskvalitet, vilket möjliggör en kostnadsnyttoanalys.

I bilaga 1 inkluderas samtliga typer av hälsoekonomiska utvärderingar. I bilaga 2 används två metoder, en kostnadsnyttoanalys för att mäta kommunens kostnad för att uppnå hälsovinster för individen och en kostnadsintäktanalys för att beräkna möjliga kostnadsbesparingar för kommunerna.

Del 1 - Litteraturoversikt av de ekonomiska vinsterna av hemrehabilitering i en internationell kontext

Sammanfattning

Socialstyrelsen har sammanställt vetenskaplig evidens för de ekonomiska och hälsorelaterade vinsterna av hemrehabiliteringsinsatser utifrån en internationell kontext. Sökningen resulterade i 768 träffar, varav 15 artiklar och underlag ansågs relevanta utifrån de frågeställningar och inklusionskriterier som sats upp.

Resultaten från de 15 inkluderade artiklarna om kostnadseffektivitet för rehabilitering i hemmet är inte entydiga. En anledning till studiernas olika slutsatser om kostnadseffektivitet är att underlagen och metoderna för bedömning om hälsovinster inte är likvärdiga. Det finns kliniska studier som har visat hälsovinster och bedömt kostnaden för dessa hälsovinster som rimliga. Det finns också kliniska studier som inte funnit några hälsovinster av hemrehabilitering samtidigt som kostnaderna ökat. I de studier som ingår i litteraturoversikten kan hemrehabilitering leda till kostnadsbesparingar eller ökade kostnaderna jämfört med vanlig vård och omsorg. Litteraturoversikten hade en bred avgränsning. Den innehöll inga avgränsningar när det gällde huvudman för vården, ålder på populationen eller specifika diagnosgrupper, däremot skulle rehabiliteringen genomföras i hemmet, oavsett om det var i ordnärt boende eller någon särskild boendeform. Detta innebar en homogen population och kunde innebära olika interventioner inom begreppet hemrehabilitering. Utifrån de studier som identifierades grupperades resultaten därför efter hemrehabilitering riktad till äldre personer allmänt, till personer som fallit, samt till personer som vårdats på sjukhus för neurologiska eller hjärt-kärlsjukdomar. Studierna har analyserat kostnader, resursanvändning och möjliga hälsovinster av olika former av rehabiliterande insatser som kan ges i hemmet där den äldre personen bor.

Denna genomgång inkluderar två typer av hälsoekonomiska utvärderingsmetoder: 1) kostnadseffektstudier som gjorts in anslutning till randomiserade kliniska prövningar och 2) modellbaserade hälsoekonomiska utvärderingar som använt underlag från flera studier efter litteraturgenomgång och gjort prognoser för förväntade kostnader och hälsovinster¹. De granskade interventionsstudierna har alla förhållandevis begränsade studiepopulationer där man dimensionerat efter att kunna visa på statistisk skillnad i det primära kliniska effektmåttet. Studiegruppernas storlek var i flertalet studier för liten för att kunna utesluta att underliggande skillnader i sjuklighet, som inte påverkats av interventionen, har påverkat kostnaderna och även hälsorelaterad

¹Socialstyrelsen har valt att inte omvandla olika valutor i studierna till en enhetlig valuta utifrån att valutor varierar över tid, vilket skulle skapa ytterligare osäkerhet kring de sammanvägda slutsatserna.

livskvalitet på ett snedvridande sätt. De modellbaserade studierna har i flera fall använt samma källa för effekt av intervention. Denna effektstudie visade att hemrehabilitering är kostnadsbesparande.

Sammantaget är underlaget otillräckligt för att kunna dra slutsatser om kostnadseffektivitet. I ett första steg behövs fler större studier med tillräckligt stora studiepopulationer för att kunna dra slutsatser om vilken effekt som rehabilitering i hemmet har på både kliniska effektmått, livskvalitet och behov av omsorgsinsatser över tid vilket påverkar resursanvändning och kostnader.

Metod

Socialstyrelsen gav under år 2020 IHE (Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi) uppdraget att genom en internationell litteraturstudie undersöka de hälsoekonomiska effekterna av rehabiliterande insatser i kommunal hälso- och sjukvård.

Litteratursökningen genomfördes i PubMed, Cochrane Library och tre hälsoekonomiska databaser (NIHR, CEVR, INAHTHA) avseende studier av kostnader, hälsovinster och kostnadseffektivitet för hemrehabilitering jämfört med sedvanlig vård utan särskilt planerade rehabiliterande insatser. Jämförelsealternativet i studierna kan därmed inkludera aktiviteter som kan ges inom ramen för vanlig vård och omsorg eller inga aktiva insatser alls. Däremot inkluderades inte studier som jämförde olika strukturerade program med varandra. En målsättning var att hitta studier som utvärderade kostnadseffektivitet för tidiga rehabiliterande insatser, det vill säga i anslutning till att behovet uppkommit. Projektgruppen valde breda sökord och inkluderade exempelvis både rehabilitering för personer som bor i eget hem och på ett särskilt boende. Söktermerna redovisas i bilaga 1.3. Litteratursökningen gjordes i november 2020.

Litteratursökningen gav 768 träffar på studier se tabell 1. I ett första steg granskade två personer vid Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi de 100 första träffarna och identifierade exempelstudier att diskutera på projektmöte med Socialstyrelsens projektgrupp. Målet med diskussionen var att hitta avgränsningar för vilka typer av insatser som var relevanta, vilket innehåll jämförelsealternativet kunde ha samt studiepopulation i förhållande till den breda målgruppen vuxna, oftast äldre personer. Detta steg var ett led för en samstämmig fortsatt sällning av aktuella studier.

Efterfrågade hälsoekonomiska studier skulle innehålla rehabiliterande insatser i hemmet för vuxna över 18 år, oftast men inte enbart inom kommunal hälso- och sjukvård. I sällningsprocessen av de internationella studierna var målet att hitta studier som undersökt interventioner som ges till vuxna i deras hem. Däremot användes inte organisatorisk tillhörighet av utföraren eller institutionell ram som ett inklusionskriterium. Detta eftersom organisation och ansvarsområden för offentliga och privata aktörer inom hälso- och sjukvård och omsorg kan variera mellan länder.

Litteratursökningen var bred och därför sorterades många referenser bort i den första relevansbedömningen. För att säkerställa överförbarhet till en svensk hälso- och sjukvårds- samt omsorgs miljö begränsades urvalet till studier från de nordiska länderna, Nederländerna, Storbritannien, Kanada, Australien och Nya Zeeland. Flera av sökträffarna hade också vid närmare

granskning en annan intervention eller jämförde med någon form av alternativ aktiv intervention och var därför inte aktuella för sammanställningen.

Efter granskning av titel och sammanfattning var totalt 31 studier kvar för läsning av hela artikeln och för en fördjupad relevansbedömning. I nästa steg föll 16 av dessa artiklar bort, se tabell 1. Några studier var visserligen relevanta för den övergripande frågeställningen men exkluderade, likt flertalet studier, på grund av färre än 30 personer i studiegrupperna, undermålig beskrivning av resursutnyttjande och hur kostnader beräknats eller att jämförelsealternativet inte kunde betraktas som sedvanlig vård enbart. De exkluderade artiklarna finns beskrivna med referensnummer i bilaga 1.1. Två exkluderade studier som är värda att nämna är en norsk kostnadseffektivitetsstudie (ref.nr 1341) och en HTA-rapport (Health Technology Assessment)² från Storbritannien (ref.nr 441) som studerade hembaserad rehabilitering jämfört med sedvanlig vård för att främja äldre individers möjlighet till oberoende. Båda var i linje med litteraturöversiktens frågeställning och beskrev också resurs- och kostnadsdata tydligt, men studiepopulationerna var för små för att kunna utesluta att resultaten inte snedvridits av bakomliggande faktorer, se bilaga 1.1.

I resultatpresentationen benämns interventionen i alla studier som ”hemrehabilitering” som ett förenklat och samlat begrepp. Det specifika innehållet skiljer sig däremot åt mellan studierna. Innehållet i intervention och i jämförelsealternativ beskrivs kortfattat i tabelleringen av studierna (bilaga 1.2). En mer ingående beskrivning av interventionsupplägg och innehåll återfinns i de underliggande artiklarna eller i några fall i de tillhörande protokollstudierna.

Tabell 1 Resultat från litteraturöversikten

Beskrivning	Antal
Studier som identifierades vid litteratursökningen och som granskades på titel/abstraktnivå utifrån de uppställda kriterierna för PICO	768
Granskade abstrakt som bedömdes som relevanta utifrån de uppställda kriterierna för PICO och granskades på fulltextnivå	31
SÖ/RCT/observationsstudier som uppfyllde kriterierna för PICO och som ingår i underlaget	15

PICO= Population, Intervention, Control, Outcome, RCT=randomiserad kontrollerad studie, SÖ=Systematisk översikt
Litteratursökningen genomfördes november 2020.

Resultat

Det hälsoekonomiska underlaget består av studier som jämför olika former av hemrehabilitering med ”sedvanlig vård och omsorg” utan specifika rehabiliteringsinsatser för personer i ordinärt eller särskilt boende. Totalt granskades 14 vetenskapliga artiklar och en HTA-rapport. Fyra studier och HTA-rapporten var från Storbritannien, tre studier från Kanada, två från Sverige, en från Nederländerna, en från Nya Zeeland och tre från Australien. Fem av studierna avser hemrehabilitering som erbjudits personer med specifik diagnos där fyra studier var inom området neurologi (stroke, Parkinson,

² En HTA-rapport (Health Technology Assessment) innebär en tvärvetenskaplig process som använder specifika utvärderingsmetoder för att bedöma värdet av en åtgärd i olika stadier av utveckling. Syftet är att ta fram ett beslutsunderlag som främjar likvärdig och effektiv hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Källa: SBU

multipel skleros) och en studie gällde personer med implanterad hjärtdefibrillator. Resterande 10 studier avsåg äldre personer i ordinärt eller i särskilt boende varav fem studier fokuserade på äldre personer med fallproblematik. Alla granskade studier redovisas övergripande i bilaga 1.2.

Utvärdering av hemrehabilitering inom vissa sjukdomar

Två studier, en randomiserad klinisk studie [1] och en modellstudie, från Kanada [2] analyserade kostnader och effekter av multidisciplinär teamrehabilitering efter stroke. Den första studien [1] analyserade funktion, hälsorelaterad livskvalitet och samhällskostnader i ett ettårsperspektiv utan att beräkna kostnadseffektiviteten. Resultaten visade ingen statistisk signifikant skillnad mellan grupperna avseende något av de analyserade utfallsmåtten vid uppföljningen. Det var dock en kliniskt signifikant förbättring avseende funktion hos personerna i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen som var hemtjänst samt sedvanlig vård. Detta var en liten studie där personer kunde ha haft stroke eller TIA upp till 18 månader före inkludering i studien. Författarna angav att studien hade ett samhällsperspektiv men redovisningen av de indirekta kostnaderna är otydligt.

Modellstudien [2] som hade ett hälso- och sjukvårdsperspektiv och en tidshorisont på 35 år eller tid till död med sexmånaderscykler, beräknade den monetära nettovinsten för multidisciplinär teamrehabilitering jämfört med sedvanlig vård för personer med stroke till omkring CAD 44 000. Utifrån modellens antaganden medförde hemrehabilitering både hälsovinster och kostnadsbesparingar. De genomförda känslighetsanalyserna visade på robusta resultat. Författarna påpekar dock att kostnaden för själva interventionen hade betydelse för kostnadsbesparingen och i en känslighetsanalys försvann kostnadsbesparingen.

En brittisk studie från 2019 [3] som utvärderade kostnadseffektivitet av ett hembaserat program för träning med ståstöd för personer med progressiv multipel skleros (MS) fann att interventionen var kostnadsbesparande jämfört med sedvanlig vård i ett 35-veckors perspektiv. Den redovisade kostnaden per vunnet levnadsår uppgick till knappt GBP 15 000 utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. I känslighetsanalysen använde författarna ett samhällsperspektiv och då gav hemrehabilitering både hälsovinster och kostnadsbesparingar. Detta var en välgjord studie med tydlig presentation av kostnader och effekter förenade med jämförelsealternativen. Uppföljningstiden, 35 veckor, var förhållandevis kort med tanke på att sjukdomen är livslång.

I en för denna litteraturöversikt jämförelsevis stor nederländsk randomiserad studie med 124 personer i interventionsgruppen och 67 personer i jämförelsegrupp från 2015 [4] utvärderades kostnadseffektivitet av hembaserad arbetsterapi för personer med Parkinsons sjukdom. Rehabiliteringen fokuserade på förbättrad förmåga att utföra dagliga aktiviteter. Jämförelsegruppen fick sedvanlig vård men ingen form av arbetsterapi. Studien hade en tidshorisont på sex månader och antog ett samhällsperspektiv där produktionsbortfall och användning av informell vård ingick i de indirekta kostnaderna. Resultaten visade inga statistisk signifikanta skillnader i livskvalitet mätt med EQ-5D eller i totala kostnader mellan jämförelsegrupperna vid sex

månader. Studien hade ett kort uppföljning och beräknade produktionsbortfall med friktionskostnadsmetoden, en metod som ger mer konservativa skattningar än humankapitalprincipen som används i svenska studier.

En brittisk studie från 2007 [5] som utvärderade kostnadseffektivitet av hembaserad rehabilitering för personer som fått en implanterad hjärtdefibrillator, en så kallad ICD, i anslutning till den kliniska studien. De fann att interventionen både gav hälsovinster och var kostnadsbesparande jämfört med information i en broschyr. Den hälsoekonomiska utvärderingen följde den kliniska studien och hade därför ett kort tidsperspektiv (sex månader).

Utvärdering av hemrehabilitering efter fall eller fraktur

Fem studier [6-10] i sammanställningen avser personer som får hemrehabilitering efter fall eller fraktur. En av dessa studier är en brittisk HTA-rapport som omfattar både en klinisk interventionsstudie och en ekonomisk utvärdering utifrån studiedata [7]. Alla studierna riktar sig till äldre personer. Gemensamt för studierna var randomisering, ettårsuppföljning och att de hade ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Definitionen av äldre var 65 år i tre arbeten [6, 7, 9]. En studie avsåg personer 70 år och äldre [10] och i en studie definierade ingen gräns men 75 procent av studiepopulationen var över 85 år [8]. De två sistnämnda studierna omfattade personer i särskilt boende. Själva innehållet i rehabiliteringen skiljde sig åt men i fyra studier var en fysioterapeut involverad. I vissa rehabiliteringsprogram deltog också arbetsterapeuter, logopedier och dietister.

I en studie [7] ombesörjdes rehabiliteringen av fotvårdsspecialister som gav råd om fotbeklädning samt fot- och ankelövningar. HTA-rapporten, som var en stor brittisk studie från 2017 [7], beräknade den inkrementella kostnadseffektkvoten för fotrehabilitering jämfört med sedvanlig behandling till omkring GBP 19 500 per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår. Denna basanalys byggde på fall-relaterade kostnader. Känslighetsanalysen där endast fall med kompletta data inkluderades visade att interventionen både var kostnadsbesparande och medförde hälsovinster. I övriga känslighetsanalyser varierade kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår mellan GBP 20 400 och GBP 29 500 (alla hälso- och sjukvårdskostnader). I den kanadensiska studien från 2019 [10] som utvärderade rehabilitering efter höftfraktur för personer på särskilt boende beräknades den inkrementella kostnadseffektkvoten för rehabilitering jämfört med sedvanlig behandling till CAD 328 685 per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår. Författarna påpekar att denna inkrementella kostnadseffektkvot är högre än tröskelvärdet för betalningsviljan för ett kvalitetsjusterat levnadsår i Australien (AUD 50 000). Detta betyder att kostnaden för hemrehabilitering inte skulle vara rimlig i förhållande förväntade hälsovinster och därmed inte bedömas som kostnadseffektiv i Australien. I studien verkar rehabiliteringsinsatser inom intervention också ha använts i jämförelsealternativet, vilket kan inverka på storleken på de skillnader mellan grupper som påvisas.

En för denna sammanställning stor studie [6] från 2020 med 201 personer i interventionsgruppen och 102 personer i kontrollgruppen genomförd i Nya Zeeland visade att tidig multidisciplinär rehabilitering för personer utskrivna från sjukhus efter fraktur medförde signifikant mindre tid på sjukhus jämfört

med ingen rehabilitering under året efter utskrivning. Den totala genomsnittliga hälso- och sjukvårdskostnaden per person var NZD 34 300 i interventionsgruppen och NZD 37 200 i kontrollgruppen. Någon kostnadseffektivitetsanalys gjordes inte. Enligt rapporteringen i studien verkar vissa av de rehabiliteringsinsatser som gavs till interventionsgruppen också ha använts i kontrollgruppen. Detta gör resultaten mer svårtolkade och det är möjligt att skillnaderna i sjukvårdskostnader inte bara berodde på effekter av hemrehabilitering men att det fanns skillnader underliggande sjuklighet eller att studiegrupperna trots allt var för små för att kunna utesluta slumpmässiga skillnader i vårdkonsumtion.

En kanadensisk studie [8] från 2020 utvärderade kostnadseffektiviteten av ett strukturerat program med 30 rehabiliteringstillfällen efter utskrivning från sjukhus för höftfraktur för personer i särskilt boende. Studien beräknade att hemrehabiliteringen som genomfördes av licensierade fysioterapeuter medförde hälsovinster mätt som vunna kvalitetsjusterade levnadsår och lägre kostnader än sedvanlig vård som rehabiliteringen efter utskrivning sköttes utan stöd från fysioterapeut och av den ordinarie omsorgspersonalen. Studien hade ett begränsat antal deltagare (total 77 personer) och skillnaderna i kostnader och hälsovinster var inte statistiskt säkerställda. Dessutom hade studien bortfall i både kostnads och livskvalitetsdata vilket hanterades med imputering³. Studieförskottade hade hög ålder (de flesta över 85 år) och 75 procent hade svår kognitiv nedsättning.

En svensk studie [9] från 2018 utvärderade effekt och vårdkonsumtion av fallprevention bland hemmaboende äldre personer med tidigare fall. Resultaten visade ingen statistisk signifikant skillnad i fallrisk mellan grupperna och inte heller någon skillnad i vårdkonsumtion mellan grupperna vid ettårsuppföljningen. Inga kostnadsdata redovisades.

Utvärdering av hemrehabilitering för äldre personer i eget eller särskilt boende

Fem studier [11-15] utvärderade rehabiliteringsinsatser avsedda att förbättra äldre personers möjlighet att klara det vardagliga livet hemma eller på särskilt boende. I en av studierna (524) identifierades personerna som erbjöds rehabiliteringsinsatser genom en händelse, att de varit nyligen inlagda på sjukhus, men i övriga fyra studier riktades interventioner till breda grupper. I litteraturen finns flera termer för denna form av rehabilitering såsom ”restorative care” (Australien och Nya Zeeland) och ”reablement care” (Storbritannien) [14, 16]. Rehabiliteringen avser då ofta en tidsbegränsad insats med syfte att förbättra äldre personers självständighet och att därmed minska deras behov och beroende av stöd och omsorg. Interventionen strävar efter att förbättra förmågan att genomföra vanliga dagliga aktiviteter. Det kan också handla om förmågor som delvis gått förlorade till följd av sjukdomsperiod eller annan livshändelse. En australiensisk randomiserad studie från 2014 [14] gav 375 personer med begränsade hemtjänstinsatser (mindre än 15 timmar per vecka) ett individanpassat rehabiliteringsprogram med syfte att främja

³ Imputering innebär att saknade värden i en statistisk undersökning ersätts med värden så att en statistisk analys kan göras av hela materialet. Denna metod används för att hantera bortfall av data.

självständighet i aktiviteter genom att hitta förenklande metoder och att använda hjälpmedel. Programmet kunde också omfatta balans- och uthållighetsövningar, strategier för att förebygga fall och öka sociala kontakter samt genomgång läkemedel och matvanor. Insatsen begränsades till 12 veckor. Kontrollgruppen var lika stor och hade fortsatt vanlig hemtjänst. Uppföljningstiden var upp till 2 år.

Studien jämförde antal hemtjänststimmar och kostnader därför, förflyttning till särskilt boende samt akutbesök och inläggning på sjukhus. Kostnaderna beräknades utifrån prislistor. Artikeln redovisar resultat för intention-to-treat (ITT) och för faktisk behandling samt genomförde regressionsanalyser som kontrollerade för grad av beroende, sammanboende, informell vårdgivare samt kön. Resultatredovisningen är detaljerad och analyserna prövar olika empiriska strategier för att visa hur det individanpassade rehabiliteringsprogrammet påverkar resursanvändning och kostnader för vård och omsorg.

Interventionsgruppen hade under studieperioden färre hemtjänststimmar (117.3 vs 129.4), hade lägre hemtjänstkostnader (AUD 5 570 vs AUD 8 541) och flyttade i mindre utsträckning till särskilt boende. Akutbesöken och sjukhusinläggningarna var också färre men skillnaden mellan grupperna var inte statistiskt signifikant.

En brittisk modellbaserad kostnadsminimeringsstudie från 2018 [11] utgick från resursanvändningsdata från den australiensiska studien för en framskrivning i ett livstidsperspektiv [14]. Utvecklingen övertid baserades på observationerna under de två studieåren i den australiensiska studien samt registerdata från Storbritannien. Enhetskostnaderna hämtades från engelska prislistor. Studien redovisar ingående utgångspunkter för hur resultaten från Australien extrapoleras i modellanalysen. Artikeln analyserade också osäkerheten i beräkningarna genom att låta modellens parametrar variera inom ramen för den underliggande studies konfidensintervall, en så kallad probability-sensitivity analysis, PSA. Artikeln redovisar resultaten för att erbjuda hemrehabilitering till personer som är 65 år, 75 år samt 85 år. Modellanalysen pekar på att hemrehabilitering är kostnadsbesparande för alla tre grupperna och att den största kostnadsminskningen blir i den äldsta åldersgruppen.

Resultaten från den australiensiska och den brittiska studien ger båda stöd för att hemrehabilitering är kostnadseffektivt på grund av förväntade kostnadsbesparingar. Studierna omfattar inte en belysning av hälsovinster utan antar att hemrehabilitering är likvärdigt med sedvanlig vård. Om hemrehabilitering dessutom ger hälsovinster ger det ytterligare stöd för att erbjuda åtgärden.

En svensk modellbaserad studie från 2017 [15] beräknade kostnadseffektiviteten för en intervention med syfte att öka oberoende vid bad och dusch för äldre personer som bor hemma. Modellen hämtade information om risken för nedsättning i funktion och autonomi från en kanadensisk studie av personer över 75 år som följdes under fyra år. Dessa uppgifter kombinerades i modellen med data från andra studier på förväntad livskvalitet för personer med olika grad av beroende. Uppgifter om interventionseffekt hämtades från den australiensiska randomiserade studien publicerad 2014 som också ligger till grund för den brittiska modellanalysen samt från en svensk studie från 2011 [17]. Kostnadsuppgifter för personer med fyra olika beroendenivåer hämtades från en svensk studie som summerade kostnader för sjukvård, hemtjänst,

informell vård och särskilt boende för personer med demens [18]. Kostnad för ökat behov av särskilt boende utgjorde den avgörande skillnaden i den beräknade samhällsekonomiska kostnaden i den studien. Modellanalysen av interventionen för ökat oberoende vid bad och dusch hade ett livstidsperspektiv men prövade olika tidshorisonter i känslighetsanalyser. Med studiens antaganden var interventionen kostnadsbesparande och medförde hälsovinster mätt i kvalitetsjusterade levnadsår.

En annan australiensisk studie från 2015 [13] randomiserade 340 personer som skrivits ut från sjukhus till antingen ett hemträningsprogram med 10 hembesök och fem telefonsamtal av fysioterapeut under en 12-månadersperiod eller en kontrollgrupp som fick sedvanlig vård och omsorg. Interventionen var ett program för att förbättra hållning och muskelstyrka samt uppmaning om 20–30 minuters träning sex dagar i veckan under en 12-månadersperiod. Alla studiedeltagare fick dessutom skriftlig information om att förebygga fall. Den hälsoekonomiska studien [13] jämförde hälsovinster mätt som förändring i hälsorelaterad livskvalitet med instrumentet EQ-5D från studiestart till 12-månadersmätningen med kostnader för vård och omsorg samt för interventionskostnader. De totala kostnaderna i interventionsgruppen var större medan studien inte visade statistiskt signifikanta skillnader i livskvalitet även om studien visade att fler hade förbättrad rörlighet. Artikeln beräknar också sannolikheten att interventionen skulle vara kostnadseffektiv genom en så kallad bootstrapanalys och genomförde även subgruppsanalyser. Utifrån dessa analyser menade författarna att interventionen skulle bedömas som tillräckligt kostnadseffektiv men den slutsatsen har inte fullt stöd i de resultat man redovisar. Eftersom studien var liten (340 deltagare totalt) kan dock slumpmässiga skillnader i behov av sjukvård och omsorg som inte har direkt med interventionen att göra ha påverkat de uppmätta kostnadsskillnaderna. Interventionsgruppen hade förutom kostnader för interventionen även högre kostnader för särskilt boende och sjukhusvård medan kostnader för hemtjänst var lägre. Sammantaget är underlaget i studien otillräckligt för att dra slutsatser om kostnadseffektivitet.

En brittisk klusterrandomiserad studie från 2019 [12] beräknade kostnadseffektiviteten för individualiserat videospel för fysisk träning hemma (Exergame) som utvecklats för att öka och utveckla fysisk aktivitet samt minska risken för fall. Studien omfattade personer 55 år och äldre. Interventionsgruppen fick videospel under och deltagande av sjukgymnast tre gånger i veckan under 12 veckor samt broschyrer om fallprevention och träningsanvisningar för styrka och balans. Kontrollgruppen fick bara broschyrerna under de första 12 veckorna men sedan tillgång till videospel. Studien beräknade förändring i livskvalitet enligt EQ-5D från studiestart till 12 veckor och summerad självrapporterade vårdkostnader och fall. Skillnader i uppmätta kostnader och livskvalitet var inte statistiskt signifikanta. Författarna drog ändå slutsatsen att interventionen var kostnadseffektiv som preventionsstrategi. Denna slutsats stöds inte av de data som redovisas.

Slutsatser

Resultaten från litteraturöversikten om kostnadseffektivitet för rehabilitering i hemmet är inte entydiga. En anledning till studiernas olika slutsatser om kostnadseffektivitet är att underlagen och metoderna för bedömning om hälsovinster inte är likvärdiga mellan de inkluderade studierna. Det finns kliniska studier som har visat hälsovinster och bedömt kostnaden för dessa hälsovinster som rimliga. Det finns också kliniska studier som inte funnit några hälsovinster av hemrehabilitering samtidigt som kostnaderna ökat. Hemrehabilitering kan både leda till kostnadsbesparingar eller ökade kostnaderna jämfört med vanlig vård och omsorg utan särskilt planerade rehabiliteringsinsatser i de studier som ingår i denna sammanställning. Litteraturöversikten hade en bred avgränsning och omfattade därmed olika patientgrupper och olika typer av hemrehabilitering. Utifrån de studier som identifierades grupperades resultaten efter hemrehabilitering riktad till äldre personer allmänt, till personer som fallit, samt till personer som vårdats på sjukhus för neurologiska eller hjärt-kärlsjukdomar sjukdomar. Studierna har analyserat kostnader, resursanvändning och möjliga hälsovinster av olika former av rehabiliterande insatser som kan ges i hemmet där den äldre personen bor.

Denna genomgång inkluderar två typer av hälsoekonomiska utvärderingsmetoder: 1) kostnadseffektstudier som gjorts in anslutning till randomiserade kliniska prövningar och 2) modellbaserade hälsoekonomiska utvärderingar som använt underlag från flera studier efter litteraturgenomgång och gjort prognoser för förväntade kostnader och hälsovinster. De granskade interventionsstudierna har alla förhållandevis begränsade studiepopulationer där man dimensionerat efter att kunna visa på statistisk skillnad i det primära kliniska effektmåttet. Studiegruppernas storlek var i flertalet studier för liten för att kunna utesluta att underliggande skillnader i sjuklighet, som inte påverkats av interventionen, har påverkat kostnaderna och även hälsorelaterad livskvalitet på ett snedvridande sätt. De modellbaserade studierna har i flera fall använt samma källa för effekt av intervention. Denna effektstudie visade att hemrehabilitering är kostnadsbesparande.

Sammantaget är underlaget i denna översikt otillräckligt för att kunna dra sammanvägda slutsatser om kostnadseffektivitet av hemrehabilitering för vuxna äldre personer. I ett första steg behövs fler större studier med tillräckligt stora studiepopulationer för att kunna dra slutsatser om vilken effekt hemrehabilitering har på både kliniska effektmått, livskvalitet och behov av omsorgsinsatser över tid vilket påverkar resursanvändning och kostnader.

Referenser till litteratur översikt

1. Markle-Reid M, Orridge C, Weir R, Browne G, Gafni A et al., Interprofessional stroke rehabilitation for stroke survivors using home care. *Can J Neurol Sci*, 2011. 38(2): 317-34.
2. Allen L, John-Baptiste A, Meyer M, Richardson M, Speechley M et al., Assessing the impact of a home-based stroke rehabilitation programme: a cost-effectiveness study. *Disability & Rehabilitation*, 2019. 41(17): 2060-2065.
3. Freeman J, Hendrie W, Jarrett L, Hawton A, Barton A et al., Assessment of a home-based standing frame programme in people with progressive multiple sclerosis (SUMS): a pragmatic, multi-centre, randomised, controlled trial and cost-effectiveness analysis. *Lancet Neurology*, 2019. 18(8): 736-747.
4. Sturkenboom IH, Hendriks JC, Graff MJ, Adang EM, Munneke M et al., Economic evaluation of occupational therapy in Parkinson's disease: a randomized controlled trial. *Movement disorders*, 2015. 30(8): 1059-1067.
5. Lewin RJ, Coulton S, Frizelle DJ, Kaye G, Cox H, A brief cognitive behavioural preimplantation and rehabilitation programme for patients receiving an implantable cardioverter-defibrillator improves physical health and reduces psychological morbidity and unplanned readmissions. *Heart*, 2009. 95(1): 63-69.
6. Parsons M, Parsons J, Pillai A, Rouse P, Mathieson S et al., Post-Acute Care for Older People Following Injury: A Randomized Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc*, 2020. 21(3): 404-409.e1.
7. Cockayne S, Rodgers S, Green L, Fairhurst C, Adamson J et al., Clinical effectiveness and cost-effectiveness of a multifaceted podiatry intervention for falls prevention in older people: a multicentre cohort randomised controlled trial (the REDucing Falls with ORthoses and a Multifaceted podiatry intervention trial). *Health Technol Assess*, 2017. 21(24): 1-198.
8. Beaupre LA, Lier D, Magaziner JS, Jones CA, Johnston DWC et al., An Outreach Rehabilitation Program for Nursing Home Residents After Hip Fracture May Be Cost-Saving. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*, 2020. 75(10): e159-e165.
9. Fahlström G, Kamwendo K, Forsberg J, Bodin L, Fall prevention by nursing assistants among community-living elderly people. A randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2018. 32(2): 575-585.
10. Crotty M, Killington M, Liu E, Cameron ID, Kurrle S et al., Should we provide outreach rehabilitation to very old people living in Nursing Care Facilities after a hip fracture? A randomised controlled trial. *Age and ageing*, 2019. 48(3): 373-380.
11. Bauer A, Fernandez JL, Henderson C, Wittenberg R, Knapp M, Cost-minimisation analysis of home care reablement for older people in England: A modelling study. *Health Soc Care Community*, 2019. 27(5): 1241-1250.
12. Stanmore EK, Mavroeidi A, de Jong LD, Skelton DA, Sutton CJ et al., The effectiveness and cost-effectiveness of strength and balance Exergames to reduce falls risk for people aged 55 years and older in UK

- assisted living facilities: a multi-centre, cluster randomised controlled trial. *BMC Med*, 2019. 17(1): 49.
13. Farag I, Howard K, Hayes AJ, Ferreira ML, Lord SR et al., Cost-effectiveness of a Home-Exercise Program Among Older People After Hospitalization. *J Am Med Dir Assoc*, 2015. 16(6): 490-6.
 14. Lewin G, Allan J, Patterson C, Knuiiman M, Boldy D et al., A comparison of the home-care and healthcare service use and costs of older Australians randomised to receive a restorative or a conventional home-care service. *Health Soc Care Community*, 2014. 22(3): 328-36.
 15. Zingmark M, Nilsson I, Norström F, Sahlén KG, Lindholm L, Cost effectiveness of an intervention focused on reducing bathing disability. *Eur J Ageing*, 2017. 14(3): 233-241.
 16. King AII, Parsons M, Robinson E, Jørgensen D, Assessing the impact of a restorative home care service in New Zealand: a cluster randomised controlled trial. *Health & Social Care in the Community*, 2012. 20(4): 365-374.
 17. Zingmark M, Bernspång B, Meeting the needs of elderly with bathing disability. *Australian Occupational Therapy Journal*, 2011. 58(3): 164-171.
 18. Lindholm C, Gustavsson A, Jönsson L, Wimo A, Costs explained by function rather than diagnosis—results from the SNAC Nordanstig elderly cohort in Sweden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2013. 28(5): 454-462.

Del 2 - Ekonomisk analys av hemrehabilitering i svenska kommuner 2007–2022

Sammanfattning

Socialstyrelsen har sammanställt och analyserat kostnader för, och hälsovinster av kommunala hemrehabiliteringsinsatser i Sverige som underlag till kunskapsstödet för rehabilitering i hemmet. Resultat från 18 kommuner har studerats.

Utvärderingar av hemrehabiliteringsinsatser, som gjorts av kommunerna visar att vårdtagarnas behov av hemtjänst minskat efter insatserna och att detta resulterat i kostnadsbesparingar för kommunen.

Möjligheterna att dra säkra slutsatser från utvärderingarna är dock begränsad, då endast två av kommunerna har haft kontrollgrupper, som inte fått hemrehabilitering, att jämföra resultaten mot. Den hälsoekonomiska analysen baseras därför på data från dessa två kommuner samt nationella kostnadsdata. Syftet har varit att undersöka potentialen av hemrehabilitering för vårdtagare och för en kommun.

Resultatet av den hälsoekonomiska analysen som Socialstyrelsen sammanställt visar att hemrehabilitering kan resultera i lägre kostnader för en kommun. Detta eftersom ett minskat hemtjänstbehov uppväger kostnaden för insatsen. I en exempelberäkning som gjorts visas att över en tvåårsperiod motsvarar besparingen för insatsen cirka 5 600 kronor per vårdtagare jämfört med kontrollgruppen. I ett annat räkneexempel, som avser en annan interventionsgrupp, uppskattas besparingen efter ett år till 47 000 kronor per vårdtagare. Det finns dock vissa begränsningar i jämförbarheten mellan denna interventionsgrupp och kontrollgruppen, vilket gör att ett orsakssamband kan vara svårt att påvisa för detta räkneexempel.

En kostnadsnyttoanalys baserat på data från Jönköpings kommun visar att hemrehabilitering kostar cirka 280 000 kronor/år per kvalitetsjusterat levnadsår (QALY). Det bedöms som en måttlig kostnad per vunnet QALY. Denna redovisning gäller dock enbart för en grupp individer som fått hemrehabilitering, och hälsovinster och kostnader ställs därför inte i relation till individer utan insats. Ett orsakssamband är därför svårt att påvisa.

Samtliga kommuner som följt upp funktions- och aktivitetsförmåga eller livskvalitet uppger att insatsen har positiva effekter för vårdtagarna. Däremot kan endast ett fåtal kommuner visa på positiva förändringar som är både statistiskt signifikanta och kliniskt relevanta på individnivå.

Det saknas tillräckligt med data för att kunna svara generellt på om insatsernas inverkan på kommunernas kostnader eller på nytta för vårdtagarna skiljer sig åt mellan olika grupper av vårdtagare som fått insatsen, exempelvis utifrån hur snart in på en skada rehabiliteringen kan påbörjas, ålder, underliggande sjukdomar eller omsorgsbehov. Resultaten från kommuner som följt insatsen på gruppnivå visar skillnader som tyder på att det kan vara värt

att genomföra mer detaljerade uppföljningar för att kunna styra insatserna mot de grupper som svarar bäst på dessa. I både rapporterna och i intervjuer med kommunföreträdare beskrivs att vårdtagare som innan skada eller sjukdom har bättre hälsa och är mer självständiga återhämtar sig snabbare i samband med rehabiliteringen.

Det finns olika sätt att bedriva hemrehabilitering på och lokala förutsättningar och organisation har stor betydelse för vad som fungerar i olika kommuner. Bland annat framgår att det behövs ett lägsta antal vårdtagare för att ett team som enbart arbetar med hemrehabilitering ska vara effektivt och lönsamt. Flera kommuner har efter hand omstrukturerat verksamheten så att medarbetarna i hemrehabiliteringsteamet även arbetar i övrig kommunal hälso- och sjukvård. Det förändrade arbetssättet har visat på positiva effekter även efter att insatsen avslutas, både ur ett ekonomiskt perspektiv men också utifrån ett organisatoriskt perspektiv.

Förutom storleken på kommunen, påverkas inflödet av vårdtagare till insatsen bland annat av hur stor del av verksamheten som bedrivs av den huvudman som tillhandahåller hemrehabiliteringsteamet, hur väldefinierad målgruppen för insatsen är, och hur väl samverkan med andra aktörer fungerar.

För att förbättra möjligheterna till en mer heltäckande hälsoekonomisk analys av rehabiliterande insatser och kostnadseffektivitet mot andra typer av åtgärder behöver metodarbetet utvecklas i kommunerna. Både utformning av insatserna, mätmetoder och uppföljning av insatser kan behöva utvecklas. Exempel på utvecklingsområden är användandet av kontrollgrupp att jämföra resultat med, avgränsad och tydlig målgrupp för insatsen, uppföljning av kostnader för andra huvudmän än den som arbetar med insatsen, samt uppföljning av anhörigas livskvalitet och stöd i hemmet.

Metod

Denna del av kunskapsunderlaget innehåller en sammanställning och hälsoekonomiska analyser som bygger på resultat från 18 svenska kommuners arbete med rehabiliterande insatser i kommunal hemsjukvård, även benämnt *rehabilitering i hemmet* eller *hemrehabilitering*, se Tabell 1 för redovisning av kommuner som inkluderats i sammanställningen. Fortsättningsvis används benämningarna *hemrehabiliteringsinsatser*, *hemrehabilitering* eller *insatsen*.

Data och information om insatserna har inhämtats från publicerade utvärderingar från kommunerna, forsknings- och utvecklingsenheter (FoU-enheter), vetenskapliga artiklar samt från intervjuer med företrädare från kommuner.

I arbetet med en förstudie kring rehabilitering inom kommunal hälso- och sjukvård (2019) identifierade Socialstyrelsen ett antal kommuner som arbetat systematiskt med olika projekt kring rehabilitering i hemmet. Dessa kommuner kontaktades med en förfrågan om att dela underlag som beskrev utformning och resultat av insatserna. Kompletterande semistrukturerade intervjuer genomfördes med flera av dessa kommuner för att kunna inhämta ytterligare

skriftliga underlag samt för att komplettera insikterna från de befintliga underlagen⁴. I flera av kommunerna genomfördes dock insatserna för så länge sedan att det saknades kompletterande information att tillgå.

Underlaget kompletterades med en systematisk litteratursökning (Bilaga 2.1) för att hitta ytterligare exempel på initiativ från kommuner i Sverige där man gjort en hälsoekonomisk utvärdering av projekten. Artiklar som inte utgick från den kommunala hälso- och sjukvården, inte berörde rehabiliteringsinsatser i hemmet, eller där kommunen inte kunde identifieras exkluderades. Dubletter, artiklar som inte indikerade att någon form av kvantitativ utvärdering gjorts, samt artiklar som rörde kommuner som redan inkluderats i första sökningen exkluderades också. Se bilaga 2.1 för litteratursökning och flödesschema för granskning av litteraturen.

Utifrån denna litteratursökningen intervjuades sedan ett flertal av de kommuner som implementerat hemrehabilitering, för att komplettera resultat och data från deras utvärderingar. I två kommuner, Jönköping och Eskilstuna, har utvärderingarna haft följeforskning knuten till sig och vissa delar av resultaten har legat till grund för vetenskapliga artiklar vars resultat också ingår i denna sammanställning.

Tabell 1. Kommuner med hemrehabiliteringsinsatser som studerats

Kommun	Tidsperiod som inkluderats i skriftlig utvärderingen	Utvärdering eller vetenskaplig publikation	Kompletterande intervju
Borås	2007–2009	[1]	
Danderyd	2017–2018	[2]	X
Enköping	2016–2018	[3]	X
Eskilstuna	2015 – 2019	[4]	X
Eslöv	2016–2017	[5]	X
Gotland	2014–2015	[6]	
Jönköping	2018	[7,8]	X
Kalmar	2010–2021	[9]	X
Kävlinge	2004–2006	[10]	
Landskrona	-	-	X
Lessebo	2009	[11]	
Ljungby	2009	[11]	
Sundsvall	2015	[12]	X
Svedala	2007–2009	[13]	
Västerås	2018	[14]	X
Växjö	2009	[11]	X
Örebro	-	-	X
Östersund	2015	[15]	X

⁴ För intervjufrågor, se bilaga 2.5

Resultat

Utformning av hemrehabilitering och kostnader för dessa

Organisation och arbetssätt

Både organisering och arbetssätt av insatsen hemrehabilitering skiljer sig mellan kommunerna. I samtliga 18 studerade kommuner har insatserna huvudsakligen omfattat tidsbegränsade rehabiliteringsinsatser för vårdtagare i ordinärt boende, som beslutas och utförs av ett för uppgiften sammansatt multiprofessionellt team. Insatsen kallas ibland intensiv hemrehabilitering

Sammansättningen av kompetenser i kommunernas team varierar, men inkluderar i alla studerade fall: arbetsterapeut, fysioterapeut och undersköterska. Utöver dessa knyts ofta en sjuksköterska, biståndshandläggare och i vissa fall hemtjänstpersonal till teamet. Insatserna pågår i regel i 4–10 veckor och innebär att det inledningsvis görs en bedömning av behovet av rehabilitering, hjälpmedel, och/eller bostadsanpassning samt att mål och en plan för insatsen formuleras tillsammans med patienten i en rehabiliteringsplan. Rehabiliteringsbedömningen kan påbörjas redan i samband med vårdplanering inför utskrivning från sjukhus eller på korttidsboende. Den kompletteras dock i dessa fall med en grundligare bedömning när vårdtagarens är i sitt ordinarie boende. I andra fall görs bedömningen i samband med att en individ ansöker om nya eller utökade hemtjänstinsatser. Därefter kommer en eller flera personer ur hemrehabiliteringsteamet regelbundet hem till vårdtagaren för att stötta denne och utföra insatser enligt den gemensamma rehabiliteringsplanen. Frekvensen för dessa besök varierar utifrån behov och metod, från ett par gånger i veckan till flera gånger om dagen. Det sker vanligen en nedtrappning i frekvens, allt eftersom behoven minskar. Det görs i regel en utvärdering av insatserna, som därefter avslutas. I vissa kommuner görs en uppföljande bedömning ett par månader efter att insatserna avslutats.

Vårdtagare som fått insatsen

Målgruppen för insatserna har i regel varit patienter som skrivs ut från slutenvård till ordinärt boende och som är i behov av hemtjänst och/eller hemsjukvård. Det har framför allt handlat om personer över 65 år, men de flesta kommuner har även inkluderat yngre om det finns ett behov av rehabiliteringsinsatser, exempelvis efter en stroke. Vissa kommuner har dock haft en bredare målgrupp, där exempelvis alla som ansöker om nya hemtjänstinsatser enligt Socialtjänstlagen (SoL), äldre som skrivits ut från slutenvård till ordinärt boende med hemtjänstinsatser (enligt SoL) eller personer som vårdas inom Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) också inkluderas. Det är också vanligt att målgruppen avgränsats till personer som är motiverade att genomföra insatserna och utan nedsatt kognitiv förmåga på grund av psykisk sjukdom eller funktionsvariation.

Kommunens kostnad för hemrehabilitering

I alla studerade kommuner har insatserna initierats som avgränsade pilotprojekt och i många fall sedan övergått till ordinarie drift i någon form. Pilotprojekt har ofta delfinansierats med statliga stimulansmedel. Den vanligaste orsaken till att projektet inte övergått från pilotverksamhet till ordinarie drift är

att den inte ansetts kortsiktigt ekonomiskt lönsam ur ett kommunalt perspektiv. I många fall har arbetssätten justerats i samband med eller efter övergång till ordinarie drift. Det kan exempelvis handla om att målgruppen för insatsen anpassats, att sammansättningen av det multiprofessionella teamet ändrats eller att teamet integrerats i övrig verksamhet så att man inte längre enbart arbetar med tidsbegränsad hemrehabilitering.

Den stora variationen i arbetssätt, målgrupp för insatsen, samt organisering av teamen, gör det svårt att jämföra utfallen av insatserna mellan kommunerna. Även de totala kostnaderna för insatserna varierar kraftigt, från 3 500 till 189 000 kronor per vårdtagare. Denna variation kan ha flera tänkbara orsaker, som inte alltid framgår av utvärderingarna då en detaljerad beskrivning av vad som inkluderas i kostnadsposten ofta saknas.

En viktig parameter utgörs av ambitionsnivån på insatserna, exempelvis hur många timmar hemrehabilitering per vecka som individerna kan få och hur många veckor insatserna pågår. Vissa kommuner begränsar det totala antalet timmar per profession som en vårdtagare är berättigad till under rehabiliteringstiden. Men ambitionsnivån styrs också av vilka kompetenser personalen som är involverade i insatserna har, och i vilken grad de är direkt involverade i arbetet med individen i hemmet. Även om de flesta hemrehabiliteringsteam består av ungefär samma kompetenser (arbetsterapeut, fysioterapeut och undersköterska utgör ofta kärnan) så varierar det hur dessa kompetenser används. I vissa kommuner utför exempelvis hemtjänstpersonal delar av de rehabiliterande insatserna, vilket innebär att hemrehabiliteringsteamets uppgift till viss del består av att utbilda och handleda hemtjänstpersonal i hemrehabilitering. I vissa fall ingår även utbildning och handledning av närstående i teamets uppgifter.

Teamets nyttjandegrad är en annan viktig parameter i hur stor kostnaden per vårdtagare blir. I de flesta kommuner har hemrehabiliteringsinsatserna tillhandahållits av ett mindre team som inte haft andra uppgifter. Individerna i dessa team har då inte arbetat med andra insatser än hemrehabilitering och det krävs en viss efterfrågan på insatser för att fullt ut sysselsätta ett sådant team. Flera kommuner beskriver att det varit svårt att rekrytera tillräckligt med vårdtagare för att fullt ut sysselsätta teamet, vilket inneburit en hög kostnad per vårdtagare. Denna kostnad har ökat ytterligare om ett litet team haft en stor geografisk yta att täcka, då en stor del av arbetstiden går åt till transporter mellan vårdtagarna. Samtidigt kan ett litet team få problem att möta plötsliga behovstoppar, vilket understryker de svårigheter att dimensionera och planera verksamheten för ett hemrehabiliteringsteam som flera kommuner ger uttryck för. Även vårdtyngden hos vårdtagarna har stor påverkan på behovet, vilket komplicerar dimensionering och planering av teamet ytterligare. Ett exempel är Västerås Stad där 37 patienter erhöll hemrehabiliteringsinsatser under den studerade perioden. Detta beräknas ha resulterat i ett minskat behov av hemtjänstinsatser som sparat kommunen 21 600 kronor per brukare som omfattades av insatsen, när kostnaden för hemrehabiliteringsinsatserna dragits bort. Hemrehabiliteringsteamets kapacitet uppskattas dock ha varit 65 patienter under samma tid och om denna kapacitet hade nyttjats bedömer kommunen att besparingen i stället hade blivit 55 000 kronor per brukare och år [14].

Kommunerna redovisar sällan i detalj vad det är som drivit kostnaderna för hemrehabiliteringsteamet. Endast tre kommuner redovisar specifika kostnadsposter, se tabell 2. I flera kommuner, exempelvis Eskilstuna, utgår redovisningen från att insatserna är anslagsfinansierade. Det innebär att kostnaderna för insatserna ses som fasta under en viss tidsperiod, vanligtvis ett år, och att samtliga kostnader knutna till insatsen inkluderas, exempelvis kostnader för personal, lokaler och fortbildning av personalen. Dessa kostnader fördelas sedan på antalet brukare som omfattats av insatsen under tidsperioden. Enligt detta sätt att räkna anger Eskilstuna kommun att deras insats i genomsnitt kostar 600 kronor per timme och vårdtagare (2021). Andra kommuner, exempelvis Kävlinge kommun inkluderar endast lönekostnader för personalen i rehabiliteringsteamet och redovisar då en kostnad för insatsen på 250 kronor per timme och vårdtagare (2007) [10].

Tabell 2. Kommuner som redovisat kostnaden för utvärderade hemrehabiliteringsinsatser

Kommun (år)	Antal deltagare	Snittkostnad för hemrehabilitering per individ ⁵	Kostnadsposter (andel av totala kostnader)	Sammansättning hemrehabiliterings-team ⁶	Källa
Borås (2007–2009)	7	3 571 kr	Specificeras ej	Bestod av 50% AT och 50% FT, men kvantifieras ej	[1]
Eskilstuna (2020)	100 – 140 (IHR 1)	25 800 kr	Specificeras ej	28 USK ,3 AT, 3 FT, 4 BH, 1 BV, 1 DSK	[4], uppgifter från Eskilstuna kommun
Gotland (2014–2015)	37	48 649 kr	Personalkostnader	Bestod av 3,8 AT/FT (fördelningen AT/FT specificeras ej)	[6]
Jönköping (2018)	84	71 000 kr	Personalkostnader (93%), Utökade teamträffar (3%), Övriga kostnader (4%)	Specificeras ej	[7]
Kävlinge (2004–2006)	72	32 303 kr	Personalkostnader	1 AT, 1 FT, 7 USK	[10]
Ljungby (2009)	32	55 833 kr	Lönekostnader (74%), Övriga personalkostnader (26%)	1,75 AT, 1,75 FT	[11]
Västerås (2018)	37	189 189 kr	Specificeras ej	Bestod av AT, FT, SSK, USK, men antal och fördelning specificeras ej	[14]

⁵ Anger den totala kostnaden för hemrehabiliteringsinsatserna dividerat med antalet individer som omfattats av insatserna. Varje individ tar del av insatserna under en begränsad tid, i regel 4–10 veckor, men då inte alla individer får insatser samtidigt anges de totala kostnaderna för hemrehabiliteringsteamet för hela den period som studien pågår (så länge någon individ i studien får insatser). Alla kostnader anges i nominella termer, det vill säga ej uppräknade till dagens priser. Det innebär att underliggande timkostnader för de olika insatserna generellt är lägre ju längre bak i tiden en insats genomförts.

⁶ AT=arbetsterapeut, BV= beteendevetare, BH=biståndshandläggare, DSK=distriktssköterska, FT=fysioterapeut, SSK=sjuksköterska, USK=undersköterska

Insatsernas inverkan på ekonomiska utfall för kommunen

I sex av 18 studerade kommuner har den ekonomiska inverkan av hemrehabilitering utvärderats genom att besparingar kopplade till minskat behov av hemtjänst, korttidsboende eller platser på särskilt boende har uppskattats och jämförts med kostnaderna för hemrehabiliteringsinsatsen. Samtliga sex kommuner som uppskattat inverkan av hemrehabiliteringsinsatserna på kommunens ekonomi redovisar kostnadsbesparingar, det vill säga att kostnaderna för hemrehabiliteringsinsatserna motsvaras av en minst lika stor besparing inom andra delar av kommunens budget (se bilaga 2.2 för redovisning av resultat från kommunernas egna utvärderingar).

Samtliga studerade kommuner uppger i intervjuer eller utvärderingar att behovet av hemtjänst minskat för de vårdtagare som fått hemrehabiliteringsinsatser och 12 av de 18 studerade kommunerna har mätt eller uppskattat antalet hemtjänststimmar per vårdtagare inom insatsen. Vidare har sex kommuner analyserat hemrehabiliteringsinsatsernas effekt på behovet av korttidsboende eller särskilt boende, men endast tre av dem redovisar resultat från dessa analyser. Se tabell 3 för en sammanfattning av de resultat som beskrivs ovan och bilaga 2.3 för en översikt av analysmetoder och resultat av hemrehabiliteringsinsatsernas effekt på hemtjänststimmar, korttidsboende och särskilt boende.

Tabell 3. Hemrehabiliteringsinsatsens inverkan på behov av hemtjänst och korttidsboende/särskilt boende

Kommun (år)	Inverkan på behov av hemtjänst	Inverkan på behov av korttidsboende/särskilt boende
Borås (2007–2009)	Minskat behov av hemtjänst för den grupp som fått hemrehabilitering, vilket ledde till besparingar	-
Enköping (2016–2018)	-	Antalet vårdtagare som gick från slutenvård till korttidsboende minskade från 161 till 116 under projektets första år.
Eskilstuna (2015–2019)	Statistiskt signifikant minskning av hemtjänstbehov efter ett år jämfört med kontrollgrupp.	Minskat behov av särskilt boende hos vårdtagare som avslutar hemtjänstinsatser efter hemrehabilitering jämfört med kontrollgrupp.
Gotland (2014–2015)	Minskning av antalet hemtjänststimmar per vårdtagare och vecka, från 18,6 vid insatsens början till 10,8 vid insatsens avslut.	-
Jönköping (2018)	Större minskning av hemtjänststimmar för de som fick hemrehabilitering jämfört med kontrollgrupp under insatsiden (statistiskt säkerställd) och 18 veckor efter att insatserna avslutats (ej statistiskt säkerställd).	-
Kalmar (2010–2021)	Uppskattad 26-procentig minskning av behovet av hemtjänststimmar från det att insatsen inleds till den avslutats.	-

Kommun (år)	Inverkan på behov av hemtjänst	Inverkan på behov av korttidsboende/särskilt boende
Kävlinge (2004–2006)	Minskning i antalet hemtjänsttimmar per vårdtagare och vecka för de som fått hemrehabilitering: från 11,4 vid insatsens början till 3,9 vid insatsens avslut och 5,4 efter 6 månader.	-
Ljungby (2009)	Genomsnittligt antal hemtjänsttimmar per vårdtagare och vecka minskade från 12,6 vid insatsens början till 4,4 efter tre månader.	7 av 32 vårdtagare som fick hemrehabilitering har klarat sig utan 21 dagars korttidsboende. En vårdtagare har klarat sig utan särskilt boende.
Sundsvall (2015)	Efter 2–3 veckor hade 20% av vårdtagarna inte längre något hemtjänstbehov, medan 20% hade ett minskat behov. Efter 3 månader hade 36% av de kvarvarande vårdtagarna inte längre något hemtjänstbehov medan ytterligare 36% hade ett minskat behov.	9 av de 27 vårdtagare som ingick i projektet var aktuella för korttidsboende. Efter kontakt med Trygg hemma-teamet valde 4 av brukarna att inte ansöka om korttidsplats.
Svedala (2007–2009)	Det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar per vårdtagare och månad var 31,1 vid insatsens början, vilket minskade med 38% till 19,1 timmar efter tre månader.	Redovisar inga data men konstaterar att fler patienter gick hem till eget boende från korttidsavdelningen 2009 än 2008 (då projektet inleddes).
Västerås (2018)	Behovet av hemtjänst minskade med 40,5 timmar per vårdtagare och månad mellan inskrivning och utskrivning och minskade sedan med ytterligare en timme efter tre månader.	-
Växjö (2009)	Antalet hemtjänsttimmar per vårdtagare och vecka minskade från 13,5 vid insatsens början till 3,5 efter tre månader.	10 av 32 vårdtagare som fick hemrehabilitering har klarat sig utan 21 dagars korttidsboende. En vårdtagare har klarat sig utan särskilt boende.
Östersund (2015)	Antalet hemtjänsttimmar per vårdtagare som fått hemrehabilitering och vecka minskade från 6,3 till 6,0.	-

Insatsernas inverkan på behovet av hemtjänst

Samtliga 12 kommuner som mätt hur behovet av hemtjänst påverkats av hemrehabiliteringsinsatserna redovisar ett minskat behov under tiden som insatsen pågick. Utgångspunkten utgörs generellt av antalet beviljade hemtjänsttimmar per vecka eller månad när insatsen inleds. Denna brukar sedan jämföras med antalet hemtjänsttimmar när insatsen avslutas och vid ytterligare en eller flera tidpunkter efter avslutad insats.

Den kommunala omsorgen brukar ofta stärkas upp med extra hemtjänst vid exempelvis utskrivning från sjukhus eller annan händelse som resulterar i ett ökat omsorgsbehov. Över tid brukar omfattningen på omsorgsinsatsen bli bättre kalibrerad mot vårdtagarens behov samtidigt som spontanläkning och

återhämtning hos individen också kan ske. Det resulterar i att hemtjänsttim- marna minskar över tid oavsett om vårdtagaren har fått extra hemrehabilite- ring eller inte. För att kunna koppla en eventuell minskning av hemtjänsttim- mar till de specifika rehabiliteringsinsatser som har genomförts krävs därför en kontrollgrupp att jämföra resultaten mot. Kontrollgruppen behöver vara likvärdiga med den grupp av personer som man jämför med. Exempelvis en individ som skrivits ut från sjukhus efter en fraktur är inte jämförbar med en individ som har en kronisk sjukdom med förväntad succesiv försämring. Det är generellt också önskvärt att kunna visa att resultaten består över tid. Korta tidsperioder för uppföljning och avsaknad av jämförbara kontrollgrupper för- svårar därför möjligheten att utvärdera effekten av minskat behov av hem- tjänst i de undersökta kommunerna på ett meningsfullt sätt.

Endast två av de studerade kommunerna, Eskilstuna och Jönköping har jämfört resultaten med en kontrollgrupp som inte fått insatserna (Tabell 3). Båda dessa kommuner visar på en statistiskt säkerställd minskning av beho- vet av hemtjänsttimmar för vårdtagare under vissa tidsintervall, i jämförelse med kontrollgruppen.

I Jönköpings kommun såg man en statistisk säkerställd minskning av det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar per vårdtagare och månad under ti- den insatsen pågick med 45% för de som fått hemrehabilitering (från 39,6 timmar till 21,6 timmar) och med 23% (från 37,5 timmar till 28,8 timmar) för de som fick ordinarie hemtjänstinsatser (kontrollgrupp). 18 veckor efter att hemrehabiliteringsinsatserna avslutats hade antalet hemtjänsttimmar minskat med totalt 53% (till 18,6 timmar) för hemrehabiliteringsgruppen. Hos kon- trollgruppen var den totala minskningen nu 35% (till 24,3 timmar). Denna skillnad mellan grupperna är dock inte statistiskt säkerställd.

Forskare från Mälardalens universitet publicerade resultat från Eskilstuna kommuns insats i en rapport från 2020. Under perioden 2015 – 2019 rando- miserades individer till antingen kontrollgrupp eller interventionsgrupp. Tre månader efter att insatsen avslutas⁷ var medelantalet hemtjänsttimmar något lägre i den grupp som fick insatsen men skillnaderna mot en kontrollgrupp var inte statistiskt signifikanta [4].

Eskilstuna kommun följde därefter upp utfallen för individerna över en tvåårsperiod⁸ men där även något fler individer inkluderades vilket därmed kan ha påverkat det randomiserade urvalet som gjordes i forskningsrappor- ten. Uppföljningen baseras på data för perioden 2015 – 2019 och eftersom in- dividerna kunde inkluderas till kontrollgrupp eller interventionsgrupp vid olika tidpunkter kan det variera när i tid som tvåårs-uppföljningen gjordes för respektive individ.

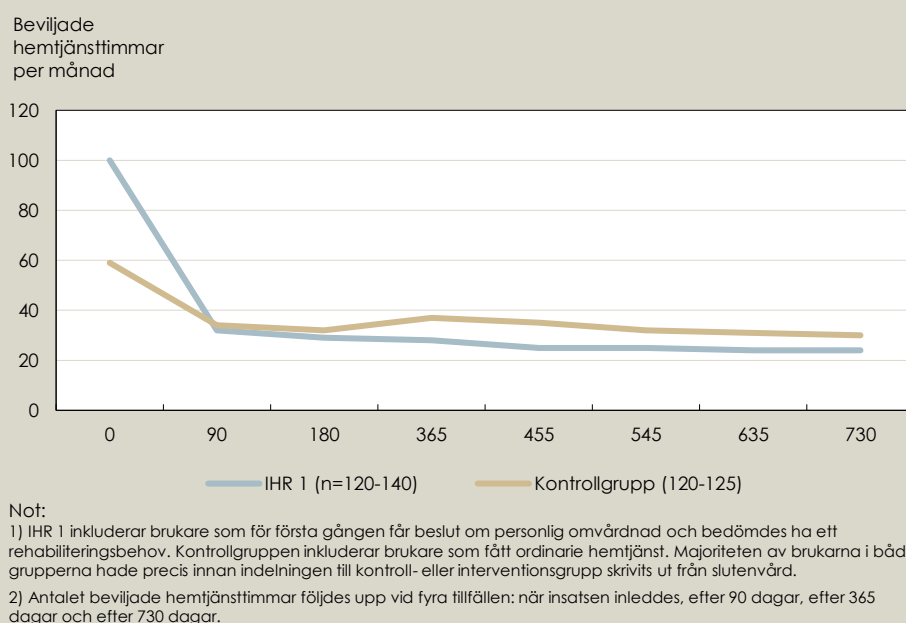
Resultaten från Eskilstuna kommuns egna uppföljning framgår i Figur 1. Interventionsgruppen (IHR 1) har fler hemtjänsttimmar än kontrollgruppen vid baslinjemätningen, vilket beror på att baslinjemätningen sker i samband med beslutet om beviljade hemtjänsttimmar och där interventionen i sig var förenat med fler hemtjänsttimmar. Både IHR 1 och kontrollgruppen minskar därefter sitt behov av hemtjänst under de första 90 dagarna. Detta är förväntat

⁷ Det kan variera när i tid som tre månaders-uppföljning skedde, beroende på när individerna inkluderades till antingen kontrollgrupp eller interventionsgrupp

⁸ Denna uppföljning har inte publicerats externt.

då kommuner ofta brukar stärka upp med hemtjänst vid exempelvis mottagande efter utskrivning från sjukhus eller om en händelse resulterar i ett förändrat omsorgsbehov. Efter 365 dagar är skillnaden mellan IHR 1 och kontrollgruppen statistiskt signifikant, vilket gäller också efter 730 dagar. Detta belyser utmaningen med korta uppföljningstider eftersom det i många fall dröjer innan effekterna av en insats kan påvisas. Även om en insats inte uppvisar någon eller tillräckligt stor effekt i ett kortare tidsperspektiv kan det fortfarande uppstå positiva effekter i det längre perspektivet.

Figur 1. Hemtjänststimmar för brukare med IHR och kontrollgrupp



Figur 1 Hemtjänststimmar för brukare med intensiv hemrehabilitering och för kontrollgrupp, Eskilstuna kommuns egna uppföljning, 2015–2019

Eskilstuna kommun har fortsatt att erbjuda hemrehabilitering även efter att uppföljningen av IHR 1 och kontrollgruppen avslutats. Bedömningskriterierna för vilka individer som kunde beviljas intensiv hemrehabilitering justerades i samband med detta vilket gjorde att brukare som tidigare haft ordinarie hemtjänst men som inte nödvändigtvis fått beslut om personlig omvårdnad också kunde remitteras hemrehabilitering om de bedömdes ha ett rehabiliteringsbehov. Kommunen har följt upp olika utfall även för dessa individer i en separat grupp (IHR 2), men för denna grupp saknas en kontrollgrupp. Eftersom uppföljningen av IHR 2 avser bland annat en annan tidsperiod jämfört med IHR 1 och kontrollgruppen är det inte möjligt att dra några kausala slutsatser om effekten grupperna emellan.

Skillnaden i beviljade hemtjänststimmar mellan IHR 2 och kontrollgruppen är relativt stor redan efter 90 dagar (10 beviljade hemtjänststimmar jämfört med 34 hemtjänststimmar) trots att IHR 2 initialt hade fler beviljade hemtjänststimmar än kontrollgruppen (86 respektive 59 hemtjänststimmar). Skillnaden är statistiskt signifikant, vilket fortsatt gäller efter 365 dagar. Huruvida effekten beror på hemrehabiliteringen är dock inte möjligt att avgöra utan

andra aspekter skulle kunna vara drivande i skillnaden, exempelvis om beslutsprocessen för beviljande av antal hemtjänsttimmar har blivit mer restriktiv över tid eller om individerna i IHR 2 har ett lägre behov av hemtjänst. Trenden tycks dock vara liknande som för IHR 1.

Eskilstuna kommun lyfter det team-baserade arbetssättet som en framgångsfaktor i arbetet med intensiv hemrehabilitering. Förändringarna i rutiner och arbetssätt har bland annat inneburit att antalet hemtjänsttimmar för brukarna har minskat och i vissa fall förskjutit behovet av särskilt boende. Det förändrade arbetssättet leder också till positiva ekonomiska effekter för kommunen och en ökad delaktighet i sin egen rehabilitering för brukarna.

Insatsernas inverkan på behovet av särskilt boende och korttidsboende

För att uppskatta den ekonomiska inverkan av senareläggande av en plats på särskilt vård- och omsorgsboende hos vårdtagarna kan skillnaden i kostnad mellan särskilt boende och hemtjänstinsatser användas. Sveriges kommuner och regioner (SKR) uppskattar den genomsnittliga årliga kostnaden för en brukare i hemtjänsten till 334 071 kronor (2020) och kostnaden per timme för en brukare till 551 kronor (2020). Den genomsnittliga årliga kostnaden för en brukare på ett särskilt vård- och omsorgsboende uppskattas till 1 058 549 kronor (2020) [16]. Detta innebär att om en kommun senarelägger behovet av en plats på ett särskilt boende ett år för en brukare i hemtjänsten leder det till en genomsnittlig kostnadsbesparing på 724 478 kronor per person och år.

Sex av de studerade kommunerna har analyserat hur behovet av särskilt boende påverkats av hemrehabiliteringsinsatserna. Dessa analyser har dock ofta stannat vid teoretiska resonemang då antalet individer som bedömts vara aktuella för dessa insatser varit så lågt att det inte gått att dra några tillförlitliga slutsatser av resultaten.

Kommunernas egna utvärderingar tyder över lag på att hemrehabilitering minskar behovet av korttidsboende även om de flesta kommunerna har svårt att kvantifiera denna minskning. De kommuner som försökt kvantifiera inverkan bygger ofta sina analyser på att exempelvis biståndshandläggare bedömt vilka vårdtagare som hade varit aktuella för korttidsboende om de inte fått hemrehabilitering. De kommuner som gjort denna typ av bedömningar uppskattar att ungefär en fjärdedel av vårdtagarna hade varit i behov av korttidsboende om de inte hade fått hemrehabilitering. Endast två kommuner har kvantifierat effekten av detta och har då räknat med att vistelsen på korttidsboende annars hade varit 21 dagar. I många kommuner har just minskad användning av korttidsboende varit en faktor som bidragit till att fortsätta implementera hemrehabiliteringsinsatserna.

Insatsers inverkan på olika grupper av vårdtagare

Även där det inte går att visa på statistiskt säkerställda resultat av insatserna för hela studiepopulationen när man jämför med en kontrollgrupp som inte fått insatsen kan det finnas statistiskt säkerställda resultat för vissa grupper av vårdtagare.

Något som lyfts fram både i intervjuer och i en vetenskaplig studie av hemrehabilitering baserad på resultat från Eskilstuna kommun är att det verkar finnas skillnader i resultat mellan vårdtagare med ett ”linjärt” rehabiliteringsbehov, till exempel efter en höftledsfraktur, och ett behov som varierar över tid på grund av kronisk sjukdom. Vårdtagare som har en underliggande sjukdom som förändras över tid, exempelvis reumatism eller hjärt- och kärlsjukdom kan enligt studien och intervjuade kommunföreträdare ha sämre förutsättningar för att få en positiv effekt av insatsen jämfört med de vårdtagare som har ett avgränsat och tillfälligt rehabiliteringsbehov [17]. En förbättrad funktion hos individen har ett stort värde för personen, och kan även vara kostnadseffektivt för samhället. Men även en bromsad försämring hos individen är av stort värde, men det kan vara svårare att mäta.

Hälsoekonomisk analys av hemrehabilitering

Kostnadsnyttoanalys av hemrehabilitering med data från Jönköpings kommun

För att kunna mäta hälsovinster kopplade till upplevd hälsa eller livskvalitet (immateriella kostnader) används vanligen kvalitetsjusterade levnadsår eller QALY. QALY beräknas utifrån förväntad livslängd multiplicerad med livskvalitetsvikter motsvarande olika typer av hälsotillstånd. I Sverige finns ingen exakt vedertagen gräns för hur mycket en QALY får kosta för att en insats ska bedömas som kostnadseffektiv. I Socialstyrelsens nationella riktlinjer är en låg kostnad per QALY definierad som under 100 000 kronor, en hög kostnad per QALY som över 500 000 kronor och en mycket hög kostnad per QALY som över 1 miljon kronor [18].

Det finns flera validerade värderingssystem som används för att översätta upplevd hälsa eller livskvalitet till QALY. Ett av dessa system, ”Area under the curve-metoden”, används för att översätta upplevd livskvalitet mätt med bedömningsinstrumentet EQ-5D-5L (Se bilaga 2.4 för utförligare beskrivning av vanliga bedömningsinstrument) till QALY [19].

I en studie från 2021 som använde data från Jönköpings kommun visade vårdtagarna en statistiskt signifikant förbättring av upplevt hälsotillstånd efter att de fått hemrehabilitering. Vårdtagarnas livskvalitet mättes med EQ-5D-5L vid två tillfällen, vid start av insatsen (baslinjemätning) och två månader efter att insatsen avslutats, vilket gav ett totalt tidsperspektiv på fem månader. Vid baslinjemätningen uppmättes ett genomsnittligt värde på 55 på denna skala och vid andra tillfället ett värde på 66 [20]. Resultaten kan jämföras med normalvärdet för personer över 75 år vilket är 72 [21]. För att avgöra om ett förändrat värde i EQ-5D-5L är kliniskt relevant för vårdtagarna används begreppet minsta kliniskt relevanta förändring (minimal clinically important difference), som för äldre personer uppskattas till cirka 7 poäng [22]. I detta fall var den genomsnittliga förbättringen 11 poäng, vilket alltså innebär en kliniskt relevant förändring.

Översattts värdet i EQ-5D-5L till QALY innebär detta att hemrehabilitering i genomsnitt genererar 0,25 år med full livskvalitet per vårdtagare. Givet den

kostnad för hemrehabilitering som Jönköpings kommun uppger, 71 000 kronor per vårdtagare, innebär det att kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår för hemrehabilitering i Jönköping är cirka 280 000 kronor, vilket är en måttlig kostnad enligt Socialstyrelsens riktlinjer [18].⁹ Det är dock värt att notera att hälsovinsten här endast mäts för den tid mätningarna pågick. Det betyder att om effekten av hemrehabiliteringen består längre än fem månader så minskar kostnaden per QALY. Denna redovisning gäller dock enbart för en grupp individer som fått hemrehabilitering, och hälsovinster och kostnader ställs därför inte i relation till individer utan insats. Ett orsakssamband är därför svårt att påvisa.

Kostnadsintäktanalys av hemrehabilitering med data från Eskilstuna kommun

En kostnadsintäktanalys har använts för att utvärdera hemrehabiliteringsinsatsers inverkan på en kommuns direkta kostnader. I denna metod värderas effekterna av insatsen i pengar för att möjliggöra en kvantifiering av kostnadsbesparingar kopplade till insatsen jämfört med ordinarie arbetssätt.

Socialstyrelsen har valt att använda sig av data från Eskilstuna kommun för en illustrativ beräkning. Detta då kommunen har inkluderat samtliga kostnadsposter knutna till insatsen, använt sig av en kontrollgrupp, beräknat behov av hemtjänst, samt genomfört uppföljningen över en längre tid. Utifrån en definierad målgrupp har individer randomiserats till antingen en interventionsgrupp eller en kontrollgrupp. Interventionsgruppen (IHR 1) består av brukare som för första gången får beslut om personlig omvårdnad och som bedömdes ha ett rehabiliteringsbehov. Kontrollgruppen består av brukare som fått ordinarie hemtjänst.

Eskilstuna kommuns data över beviljade hemtjänststimmar samt nationella kostnader för hemtjänst används som underlag för beräkningarna (se bilaga 2.3 för en beskrivning av Eskilstunas resultat). Den genomsnittliga kostnaden per vårdtagare för en timmes hemtjänst i Sverige beräknas enligt Sveriges kommuner och regioner (SKR) till 551 kronor (2020) [16]. Eskilstuna kommun uppskattar att kostnaden för en timmes hemrehabilitering uppgår till cirka 600 kronor per vårdtagare för båda grupperna. Vårdtagare som omfattas av hemrehabiliteringsinsatser i Eskilstuna får i genomsnitt totalt 43 timmar hemrehabilitering under tiden för insatsen, som inte fick pågå längre än tre månader. Detta innebär att snittkostnaden för hemrehabilitering per vårdtagare var $43 \cdot 600$ kronor eller 25 800 kronor. Kostnaden per vårdtagare under de olika mätperioderna baseras på det genomsnittliga antalet hemtjänststimmar per månad och per grupp för de olika tidsperioderna 3, 6, 12 samt 24 månader efter att insatsen påbörjades. För kontrollgruppen utgår mättillfällen från en startpunkt som är tre månader efter inklusion i kontrollgruppen. Se Figur 1, sidan 30, för genomsnittligt antal hemtjänststimmar per grupp i Eskilstuna kommuns egen uppföljning.

⁹ Formeln för att översätta förändring i upplevd livskvalitet mätt som EQ-5D till QALY är $((\text{Tid}2 - \text{Tid}1) \cdot (\text{EQ}5\text{D}1 + \text{EQ}5\text{D}2)) / 2$ där Tid 1 och Tid 2 anger tiden för första respektive andra mätpunkten som andelar av ett kalenderår. EQ5D1 och EQ5D2 anger snittpoängen i EQ-5D vid första respektive andra mätpunkten. I Jönköping är första mätpunkten nollpunkten och andra är efter fem månader vilket innebär 0 respektive 5/12 av ett år. Med data från Jönköpings kommun blir då beräkningen $((5/12 - 0) \cdot (55 + 66)) / 2 = 0,25$.

I tabell 4 redovisas genomsnittligt totalt antal hemtjänsttimmar för olika mätperioder samt den totala kostnaden för hemtjänst och hemrehabilitering. Den totala kostnaden för respektive mätperiod beräknas genom att det totala antalet hemtjänsttimmar multipliceras med kostnaden för en hemtjänsttimme, vilket sedan adderas till kostnaden för hemrehabiliteringsinsatsen. Den totala kostnaden för IHR 1 under 3 månader (dag 1–90) är $198*551+43*600 = 134\,898$ kronor. Beräkningen visar att för den grupp som får hemrehabilitering uppnås en kostnadsbesparing först efter två år (24 månader), det vill säga den totala kostnaden för både insatsen och hemtjänst är då lägre än för gruppen som endast får hemtjänst (kontrollgrupp).

Tabell 4. Antal hemtjänsttimmar och kostnader för intensiv hemrehabilitering och/eller hemtjänst (genomsnittlig kostnad per vårdtagare), baserat på genomsnittliga kostnader i Sverige (2020) och resultat från Eskilstuna kommun

Mätillfällen	Interventionsgrupp (IHR 1)		Kontrollgrupp (Endast hemtjänst)	
	Totalt antal hemtjänsttimmar	Total kostnad hemtjänst och hemrehabilitering	Totalt antal hemtjänsttimmar	Total kostnad för hemtjänst
3 månader	198 (dag 1–90)	134 898 kronor	140 (dag 0–90)	76 865 kronor
6 månader	290 (dag 1–180)	185 315 kronor	290 (dag 0–180)	131 414 kronor
12 månader	375 (dag 1–365)	232 425 kronor	342 (dag 0–365)	188 442 kronor
24 månader	687 (dag 1–730)	404 337 kr	744 (dag 0–730)	409 944 kronor

Eftersom insatsens omfattning varierar med kommunens storlek använder Socialstyrelsen i detta räkneexempel ett antagande om 100 vårdtagare per grupp. Ett år (365 dagar) efter att insatsen avslutats innebär det för IHR 1 en total kostnad för hemrehabiliteringsinsatser och hemtjänst på 23,2 miljoner kronor och för kontrollgruppen 18,8 miljoner kronor. Efter två år överstiger den förväntade kostnaden för gruppen som endast fått hemtjänst (kontrollgruppen) kostnaden för den grupp som får intensiv hemrehabilitering (IHR 1). Uppskattade besparingar är då 0,5 miljoner kronor för IHR 1.¹⁰

Eskilstuna kommun har fortsatt att erbjuda hemrehabilitering även efter att uppföljningen av IHR 1 och kontrollgruppen avslutats. De nya brukare som identifierades som aktuella för hemrehabilitering har inkluderats i en ny grupp (IHR 2). Eskilstuna kommun har inte följt upp IHR 2 längre än ett år, inte heller har en separat kontrollgrupp använts. Om samma typ av räkneexempel och kontrollgrupp skulle användas för IHR 2 skulle besparingarna bli ännu större än redovisat ovan. I tabell 5 redovisas kostnaden för IHR 2 samt

¹⁰ Beräkningar för totalkostnaden under 1 år för 100 vårdtagare per grupp:

IHR 1 $(43*600+375*551)*100 = 23\,242\,500$ kronor

Kontrollgrupp $(451*551)*100 = 18\,844\,200$ kronor

Beräkningar för totalkostnaden under 2 år för 100 vårdtagare per grupp:

IHR 1 $(43*600+687*551)*100 = 40\,433\,700$ kronor

Kontrollgrupp $(744*551)*100 = 40\,994\,400$ kronor

Besparingarna beräknas genom att subtrahera den totala kostnaden för kontrollgruppen från den totala kostnaden för IHR 1

kostnaden för de som endast fick hemtjänst. Redan efter sex månader understiger kostnaden för IHR 2 kostnaden för de som enbart fick hemtjänst.

Tabell 5. Antal hemtjänsttimmar och kostnader för intensiv hemrehabilitering och/eller hemtjänst (genomsnittlig kostnad per vårdtagare), baserat på genomsnittliga kostnader i Sverige (2020) och resultat från Eskilstuna kommun

Måttillfällena	Ordinärt boende med rehabiliteringsbehov (IHR 2)		Kontrollgrupp till IHR 1 (Endast hemtjänst)	
	Totalt antal hemtjänsttimmar	Total kostnad hemtjänst och hemrehabilitering	Totalt antal hemtjänsttimmar	Total kostnad för hemtjänst
3 månader	143 (dag 0–90)	104 318 kronor	140 (dag 0–90)	76 865 kronor
6 månader	176 (dag 0–180)	122 501 kronor	290 (dag 0–180)	131 414 kronor
12 månader	210 (dag 0–365)	141 510 kronor	342 (dag 0–365)	188 442 kronor

Under ett antagande om att det är 100 vårdtagare i respektive grupp skulle kostnaden efter 1 år (365 dagar) uppgå till 14,2 miljoner kronor för IHR 2 och 18,8 miljoner kronor för de med enbart hemtjänst. Detta innebär en besparing på 4,7 miljoner kronor för IHR 2.

Kostnadsuppskattningarna för IHR 2 bör dock tolkas med försiktighet eftersom det finns osäkerheter och begränsningar i data. Eftersom kontrollgruppen inte följdes upp under samma tidsperiod som IHR 2 är det inte möjligt att avgöra om de lägre kostnaderna beror på hemrehabiliteringen eller om det beror på sedan tidigare befintliga skillnader mellan grupperna.

Utöver ett minskat behov av hemtjänsttimmar har Eskilstuna kommun i sin uppföljning även sett att färre brukare flyttade till vård- och omsorgsboende bland de som fick intensiv hemrehabilitering (IHR 1 och IHR 2) jämfört med kontrollgruppen. Enligt uppgifter från Socialstyrelsens lägesrapport om vård och omsorg för äldre (2022) är snittkostnaden per år för särskilt boende högre än snittkostnaden per år för hemtjänst[23]. Ett förskjutet behov av särskilt boende kan därför innebära ytterligare kostnadsbesparingar för kommunerna.

Samhällsekonomiska effekter

Kostnaden för hemrehabilitering belastar i alla studerade fall kommunens budget medan besparingar även kan uppstå hos andra huvudmän då effekterna av insatsen kan påverka både direkta kostnader för exempelvis regionens hälso- och sjukvård eller indirekta kostnader för samhället i form av ökad arbetsförmåga hos vårdtagare eller ökad arbetstid hos anhöriga som inte längre behöver utföra informell vård och omsorg.

Ingen av de studerade kommunerna har redovisat ekonomiska konsekvenser av hemrehabilitering för andra huvudmän än den egna kommunen. Det finns dock två områden som har utvärderats där utfallen kan översättas till

kostnader för både regionen och övriga samhället: risk för fallskador samt alternativkostnaden för den tid som närstående lägger ned för att vårda vårdtagaren.

Fallskador resulterar ofta i flera olika typer av kostnader: direkta kostnader för omhändertagande i slutenvården, rehabilitering i öppenvården, hjälpmedel, indirekta kostnader i form av minskad arbetstid för anhöriga som vårdar patienten, samt immateriella kostnader i form av en försämrad livskvalitet för patienten. I en rapport från Socialstyrelsen från 2022 uppskattas den direkta årliga kostnaden för fallskador i Sverige till 11,3 miljarder kronor och den indirekta till 5,5 miljarder kronor [24]

Ingen kommun har redovisat data över hur det faktiska antalet fallskador utvecklats bland brukare som fått hemrehabiliteringsinsatser men en av de studerade kommunerna som systematiskt inkluderar fallförebyggande träning i sina hemrehabiliteringsinsatser har delvis uppskattat utfallet av de fallpreventiva åtgärderna. I Sundsvalls kommun fanns sedan tidigare rutiner för fallprevention vid kommunens särskilda boenden, där en fallriskbedömning utförs när en vårdtagare flyttar in och där balansträning och andra fallpreventiva aktiviteter genomförs vid behov. I samband med att projektet Trygg Hemma startade 2014 utvidgades rutinerna för fallprevention till att även omfatta rehabiliteringsinsatser i ordinärt boende. I den utvärdering av projektet som genomfördes 2016 konstaterades en betydande minskning av fallrisken hos de vårdtagare som ingått i Trygg Hemma-projektet [12]. Som underlag för fallriskbedömningen användes Berghs balansskala, där hemrehabiliteringsteamet bedömde vårdtagarens balans på en 56-gradig skala vid tre tillfällen: när insatserna inleddes, när de avslutades och tre månader efter avslutad insats. Bedömningarna visade på en stor variation, men att de flesta vårdtagare förbättrade sin balans med 5–20 poäng mellan första och sista mättillfället. En förändring på 4–5 poäng eller mer anses i de flesta fall utgöra en valid skillnad¹¹[25]. Baserat på resultaten i balansskalan uppskattades även fallrisken hos vårdtagarna i tre nivåer: ”hög fallrisk”, ”mellanfallrisk” och ”låg fallrisk”. Enligt dessa skattningar hade 36 procent av vårdtagarna en hög fallrisk när insatserna inleddes medan 12 procent hade en låg fallrisk. Vid den tredje mätningen bedömdes ingen av vårdtagarna längre ha en hög fallrisk medan andelen som hade en låg fallrisk hade ökat till 77 procent [12].

Jönköpings kommun har lyft närståendeperspektivet genom att försöka uppskatta de ekonomiska effekterna för närstående till vårdtagare som får intensiv hemrehabilitering. I en förenklad modell inkluderade man 59 vårdtagare som inte hade hemtjänst utan i stället hade en närstående som vårdade eller stöttade dem i vardagen. För dessa individer beräknade man vad det skulle kostat kommunen om de i stället haft hemtjänst och utifrån denna schablonkostnad beräknat den uppskattade besparingen för närstående. Enligt

¹¹ En förändring på 4 poäng anses utgöra en valid skillnad om vårdtagaren initialt uppnår 45–56 poäng på den 56-gradiga skalan. Om vårdtagaren initialt uppnår 25–34 poäng behöver dock förändringen vara 7 poäng för att räknas som valid. För alla andra initiala poäng behöver skillnaden vara 5 poäng eller mer för att räknas som valid. I den studerade gruppen uppnådde 4 av 24 vårdtagare initialt 25–34 poäng. Då förändringarna inte redovisas på individnivå går det inte att avgöra om dessa 4 vårdtagare noterades för en valid skillnad.

denna förenklade beräkning skulle hemrehabiliteringsinsatserna för dessa individer varit kostnadsneutrala om förbättringarna i funktions- och aktivitetsförmåga varat i minst nio månader [7].

Övriga kliniska utfallsmått

Tretton av 18 studerade kommuner redovisar att de vårdtagare som fått hemrehabilitering förbättrat sin aktivitetsförmåga och sin uppskattade hälsa och livskvalitet under insatsen. Även om dessa resultat ofta inte kan knytas direkt till minskade kostnader för kommunen så påverkas det kommunala uppdraget att bedriva en god hälso- och sjukvård (jämför Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) kap. 12 §§ 1–2,5).

Jönköpings kommun är den enda kommun som redovisar statistiskt signifikanta förändringar över tid för vårdtagarnas aktivitets- och funktionsförmåga. De övriga kommuner som analyserat effekter på vårdtagarnas uppskattade hälsa och livskvalitet uppger alla att vårdtagarnas hälsotillstånd förbättrats. Tre kommuner, Växjö, Ljungby och Jönköping kan redovisa statistiskt signifikanta resultat. För dessa kommuner är också förändringarna i både funktions- och aktivitetsförmåga samt upplevd hälsa och livskvalitet så stora att de också är kliniskt relevanta för individen, så kallad minimal clinically important difference. Växjö, Ljungby och Jönköping använder dock olika bedömningsinstrument för funktions- och aktivitetsförmåga och upplevd hälsa och livskvalitet, vilket försvårar jämförelser och generella slutsatser. Här följer exempel från kommunernas egen uppföljning.

Exempel på kommuner som analyserat vårdtagarnas aktivitets- och funktionsförmåga efter insatsen

Fjorton av de studerade kommunerna redogör strukturerat för hur aktivitets- och/eller funktionsförmågan utvecklats hos de vårdtagare som fått hemrehabilitering. De studerade kommunerna använder flera olika bedömningsinstrument. Dessa redovisas i bilaga 2.4 med en kortare förklaring.

Ett exempel är Kävlinge kommun som i sin utvärderingsrapport från 2007 redovisar aktivitetsförmåga enligt ADL-taxonomin. Deras metod innebär att det går att följa hur många vårdtagare som har behov av stöd med olika typer av aktiviteter. Resultaten visar att för den mest basala aktiviteten i ADL-taxonomin, födointag, skedde endast en marginell förbättring då en mycket stor andel av brukarna (88 procent) redan klarade av detta när insatsen inledes. Inom områdena förflyttning och på- och avklädning ökade däremot andelen vårdtagare som klarade av dessa aktiviteter kraftigt. När insatserna påbörjades var endast 7 procent av brukarna självständiga i förflyttningar och 22 procent var självständiga i på- och avklädning. Två månader efter att insatserna avslutats var 52 procent självständiga i förflyttningar och 66 procent var självständiga i på- och avklädning. Även bland de vårdtagare som inte var helt självständiga när insatserna avslutades hade behovet av stöd minskat under insatstiden [10].

Västerås kommun beskriver i sin utvärdering av intensiv hemrehabilitering under 2017–2018 hur en stor majoritet av brukarna (70–80 procent, beroende

på mått och tidsintervall) förbättrat sin aktivitetsförmåga under insatsen och tre månader efter insatsen. Detta inkluderade både självuppskattningar hos brukarna och bedömningar enligt Short Physical Performance Battery (SPPB) och Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Däremot redovisas inte hur stora dessa förändringar är, det vill säga hur stor den genomsnittliga förändringen per vårdtagare är [14].

Jönköpings kommun har utvärderat både aktivitets- och funktionsförmåga samt livskvalitet för deras insats Utökad hemrehabilitering. Resultaten har publicerats av forskare vid Jönköping University (2021). I utvärderingen användes två olika standardiserade bedömningsinstrument för att mäta förändringar i brukarnas aktivitets- respektive funktionsförmåga, Sunnaas ADL-index och Generell Motorisk Funktionsbedömning (GMF). Baserat på dessa instrument skapades två index, ett för brukarnas funktion och förflyttningsförmåga (11 aktiviteter) och ett för rörlighet i armar och greppförmåga (10 aktiviteter). Vid både insatsens avslutning och vid uppföljning 60 dagar senare observerades positiva och statistiskt signifikanta resultat för daglig funktionsförmåga i Sunnaas ADL-index samt för de båda nyskapade index. I den publicerade utvärderingen redovisades endast mätning från GMF om hjälpberoende. De vårdtagare som fick insatsen jämfördes inte med någon kontrollgrupp. [20]

Eskilstuna kommun (2020) använde sig av COPM för att bedöma allmän funktionsförmåga och SPPB för funktion i nedre extremiteter samt ett handdynamometertest för att mäta handstyrka. För att kunna isolera eventuella effekter av hemrehabilitering lottades presumtiva deltagare till en interventionsgrupp eller en kontrollgrupp. Deltagare i interventionsgruppen fick utöver ordinarie hemtjänst även hemrehabilitering. De deltagare som lottades till kontrollgruppen fick hemtjänst och rehabiliteringsinsatser efter behov enligt kommunens ordinarie modell [4]. För båda grupperna genomfördes en baslinjemätning, en uppföljning vid avslutad insats (90 dagar efter baslinjemätning för kontrollgruppen) och en uppföljning 90 dagar efter avslutad insats (180 dagar efter baslinjemätning för kontrollgruppen). Utvärderingen visade att bägge grupperna förbättrades signifikant till insatsens avslutning, och denna förbättring bibehölls till uppföljningen. Efter 90 dagar hade grupperna snarlika värden avseende självbedömd kapacitet att utföra fysiska aktiviteter såväl som tillfredsställelse med utförandet enligt COPM. Detsamma gällde för måtten på fysisk funktionsförmåga avseende nedre extremiteter (SPPB) och handstyrka (handdynamometertest). Inga skillnader mellan grupperna var dock statistiskt säkerställt i utvärderingen [4].

Exempel på kommuner som analyserat vårdtagarnas upplevda hälsa eller livskvalitet efter insatsen

Utöver frågor specifikt kopplade till aktivitetsförmåga ställer 12 av de studerade kommunerna andra hälsorelaterade frågor till vårdtagare som tagit del av hemrehabiliteringsinsatserna. Samtliga kommuner som redovisar resultat för denna typ av frågor ger en positiv bild av brukarnas syn på hur den egna hälsan utvecklats under tiden som insatsen pågått. I en utvärdering av hemrehabilitering i Ljungby, Växjö, och Lessebo uppvisas statistiskt signifikanta

förbättringar av det upplevda fysiska och psykiska hälsotillståndet jämfört med en referenspopulation. [11,26]

Västerås kommun följde upp sitt arbete med en enkät till de 37 vårdtagare som fått insatsen. 36 av dessa uppskattade sitt hälsotillstånd i enkäten och 69 procent upplevde ett förbättrat hälsotillstånd från inskrivning till utskrivning. När man enbart betraktade frågor om sömn, smärta, rörlighet, aktiviteter och nedstämdhet uppgav 80 procent en förbättring jämfört med inskrivning. Utvärderingen redovisade inte resultat för övriga parametrar [14].

I en rapport från FoU Kronoberg som redovisar resultaten från hemrehabilitering i tre kommuner, Lessebo, Ljungby, och Växjö, bedömdes brukarnas allmänna hälsostatus med hjälp av självskattningsverktyget SF-12 som mäter både upplevd fysisk (PCS) och psykisk hälsa (MCS) från en skala från 0–100. I SF-12 representerar 0 den sämsta möjliga upplevda hälsa eller livskvalitet och 100 representerar högsta möjliga hälsa eller livskvalitet [26]. Resultaten redovisas i Tabell 6 nedan.

I alla tre kommunerna observerades en förbättring. I Växjö förbättrades den självskattade fysiska hälsan från baslinjemätning till 90 dagar senare från 26,0 till 32,1, och den psykiska hälsan förbättrades från 48,6 till 59,3. Brukarna upplevde också mindre smärta och otrygghet vid förflyttningar. I Ljungby förbättrades den upplevde fysiska hälsan från 26,2 till 34,8 och den psykiska från 50,8 till 58,1 under mätperioden. För både Ljungby och Växjö var dessa förändringar statistiskt signifikanta. Se redovisning av samtliga resultat i Tabell 6 [11]. Resultaten kan jämföras med normalvärden för svenska äldre personer över 80 år som är 37 för fysisk hälsa (PCS) samt 51 för psykisk hälsa (MCS) [26]. Den minsta kliniskt relevanta förändringen (minimal clinically important difference) för en generell befolkning anges för PCS vara 2 poäng och för MCS 3 poäng [27]. Detta innebär att de vårdtagare som fick hemrehabilitering förbättrade sin upplevde fysiska och psykiska hälsa med en förändring som är kliniskt relevant efter insatsen. Även om man fortfarande har begränsningar i sin fysiska kapacitet så upplever man en förbättring till en bättre psykisk hälsa jämfört med andra svenskar i samma ålder.

Tabell 6. Förändring av självskattat hälsotillstånd enligt SF-12 från baslinjemätning till 90 dagar efter start av hemrehabilitering, Lessebo kommun, Ljungby kommun, och Växjö kommun

	n	Kommun	Median - Baslinjemätning	Median - Uppföljning 90 dagar	P-värde ¹²
Upplevd fysisk hälsa (PCS) (Normalvärde 37)	5	Lessebo	27,9	30,5	Ej statistiskt signifikant
	29	Ljungby	26,2	34,8	0,01
	37	Växjö	26,0	32,1	0,01
Upplevd psykisk hälsa (MCS) (Normalvärde 51)	5	Lessebo	45,7	53,1	Ej statistiskt signifikant
	29	Ljungby	50,8	58,1	0,05
	37	Växjö	48,6	59,3	0,01

I Eskilstuna kommun följs uppskattat hälsotillstånd upp för en interventionsgrupp som fått insatsen och en kontrollgrupp som endast fått hemtjänst under

¹² Statistiska test genomförda av FoU Kronoberg [11]

samma tid. För båda grupperna har den skattade generella hälsan (EQ-5D-5L) och livstillfredställelsen (HACT) samt det psykiska välbefinnandet (GPCORE) förbättrats vid insatsens avslutning för interventionsgruppen och tre månader efter baslinjemätning för kontrollgruppen. Förbättringen kvarstår vid uppföljning 90 dagar efter insatsen avslutats eller eftermätning för kontrollgruppen. Skillnaderna mellan gruppen som fått insatsen och kontrollgruppen är dock inte statistiskt säkerställda [4]

Slutsatser

Den hälsoekonomiska analysen och resultat från kommunerna visar att hemrehabilitering kan vara både kostnadsbesparande för kommunen och ge en ökad nytta för individen i form av förbättrad livskvalitet och funktions- och aktivitetsförmåga. Generaliserbara slutsatser om insatsens kostnadseffektivitet samt effekterna på vårdtagarna försvåras dock av varierande metodik i flera av utvärderingarna. Endast ett fåtal kommuner har jämfört utfallen mot en kontrollgrupp som inte fått insatsen och tydligt redovisat sina kostnader för insatsen. Man följer ofta också upp insatsen under en för kort tid och med för små interventionsgrupper för att kunna få statistiskt signifikanta resultat. Generellt redovisas endast direkta kostnader för den kommunala verksamheten och data över direkta eller indirekta kostnader för regionen eller övriga samhället saknas, även om insatsen skulle kunna ha en effekt på dessa.

En förbättrad funktion hos individen har ett stort värde för personen och kan också vara kostnadseffektivt för samhället, men även en bromsad försämring hos individen är av stort värde för individ och samhälle.

Referenser Ekonomisk analys av hemrehabilitering i svenska kommuner

1. Kerstin Hellekant. Hemrehabilitering i Borås Stad 2007–2009. Borås stad; 2010.
2. Lina Palmlöf, Charlotte Klinga, Åsa Hedberg Rundgren. Samarbeta mellan primärvårdsrehabilitering och hemtjänst för att förebygga fall hos hemmaboende äldre personer. 2019. Report No.: FoU-rapport nr 34/2019.
3. Enköpings kommun. Trygg hemgång sammanfattning. 2018 dec.
4. Gustafsson LK, Östlund G, Elfström M, Anbacken EM, Zander V. IHR-projektet Forskningsrapport. :49.
5. Netterheim A. Projektnamn: MEA-projektet (Möjliggöra Egen Aktivitetsförmåga). :11.
6. Mariann Godin Luthman, Eva Hällgren, Rickard Pettersson. Tidig rehabilitering i hemmet Region Gotland. 31 augusti 2015;17.
7. Anette Elfver, Maria Frank, Anette Johansson, Marie Kemi, Johanna Lindqvist. Uppdrag utvärdering projekt hemrehab Jönköpings kommun. Jönköpings kommun; 2020 mar.
8. Zingmark M, Evertsson B, Haak M. Characteristics of occupational therapy and physiotherapy within the context of reablement in Swedish municipalities: A national survey. Health Soc Care Community. 2020;28(3):1010–9.
9. Kalmar kommun. Registrering av ADL-nivå på patienter i ordinärt boende, Kalmar kommun, Årliga interna rapporter 2010-2021. Kalmar kommun;
10. Jeanette Hellström, Alexander Dozet, Marie Wänglund, Ann-Louise Christensen, Eva Person. Slutrapport intensiv hemrehabilitering i Kävlinge. Kävlinge kommun; 2007.
11. Ulf Gustafsson, Birgitta Gunnarsson, Åsa Boman Sjöstrand, Birgitta Grahn. Hemrehabilitering för äldre i olika stora kommuner. 2010. Report No.: 2010:11.
12. Rosdahl J, Blusi M, Zimic S, Blusi M, Ölmerud FK, Blusi M. Trygg Hemma - Hemrehabilitering med teambaserat arbetssätt i hemsjukvården. 2016 s. 65. Report No.: 2016:11.
13. Valastig K, Mohlin A, Wada K. Projekt Hemrehabilitering i Svedala kommun 2007-2009.
14. Emelie Ågren, Helena Arwidson. Intensiv hemrehabilitering - slutrapport. Västerås stad; 2018 dec.
15. Bodil Evertsson. Uppföljning hemrehabilitering 2015. 2015 okt.
16. Kolada [Internet]. [citerad 11 februari 2022]. Tillgänglig vid: <https://www.kolada.se/>
17. Lena-Karin Gustafsson, Mirkka Söderman, Anna Bondesson, Tina Pettersson. Rapport Uppföljning IHR. Mälardalens universitet; 2021.
18. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL - Hälsoekonomiskt underlag - Bilaga:108.
19. Matthews JN, Altman DG, Campbell MJ, Royston P. Analysis of serial measurements in medical research. BMJ. 27 januari 1990;300(6719):230–5.

20. Johansson A, Ernsth Bravell M, Fransson EI, Fristedt S. Factors associated to functioning and health in relation to home rehabilitation in Sweden: a non-randomized pre-post intervention study. *BMC Geriatr.* 06 juli 2021;21(1):416.
21. Szende A, Janssen B, Cabases J, redaktörer. *Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014 [citerad 08 februari 2022]. Tillgänglig vid: <http://link.springer.com/10.1007/978-94-007-7596-1>
22. Coretti S, Ruggeri M, McNamee P. The minimum clinically important difference for EQ-5D index: a critical review. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2014;14(2):221–33.
23. Vård och omsorg för äldre – Lägesrapport 2022 Stockholm: Socialstyrelsen Artikelnummer 2022-3-7791
24. Fallprevention - en kostnadseffektiv åtgärd? Hälsoekonomiska beräkningar av fallpreventiva åtgärder för äldre 2022 Stockholm: Socialstyrelsen Artikelnummer 2022-5-7923
25. Donoghue D, Stokes EK. How much change is true change? The minimum detectable change of the Berg Balance Scale in elderly people. *J Rehabil Med.* april 2009;41(5):343–6.
26. Sullivan M, Karlsson J, Ware JE. SF-36 hälsoenkät : svensk manual och tolkningsguide = (Swedish manual and interpretation guide). Göteborg: Sahlgrenska sjukhuset, Sektionen för vårdforskning; 1994
27. Maruish ME. *User's Manual for the SF-36v2 Health Survey.* Quality Metric Incorporated; 2011. 330 s.

Bilaga 1.1 Rehabiliterande insatser i ordinärt eller särskilda boendeformer

– 16 exkluderade studier

Referensnummer i EndNote bibliotek	Studie	Orsak till exkludering
441	Walters, R. Frost, K. Kharicha, C. Avgerinou, B. Gardner, F. Ricciardi, et al. <i>Home-based health promotion for older people with mild frailty: the HomeHealth intervention development and feasibility RCT</i> . K. Health Technol Assess 2017 Vol. 21 Issue 73 Pages 1-128	Begränsad studiepopulation; Interventionsgrupp, N=25 Jämförelsegrupp: N=23 HTA-rapport från NHS som består av fyra delstudier. Rapporten kan vara av allmänintresse för den övergripande frågeställningen
499	I. Farag, K. Howard, S. O'Rourke, M. L. Ferreira, S. R. Lord, J. C. Close, et al. <i>Health and social support services in older adults recently discharged from hospital: service utilisation and costs and exploration of the impact of a home-exercise intervention</i> . BMC Geriatr 2016 Vol. 16 Pages 82	Svagheter i metoden. I tabell redovisas resursutnyttjande samt kostnader för interventions- och jämförelsegrupperna tillsammans. I löptext framgår dock att det inte är några signifikanta skillnader mellan grupperna.
506	S. Iliffe, D. Kendrick, R. Morris, M. Griffin, D. Haworth, H. Carpenter, et al. Br J Gen Pract 2015 Vol. 65 Issue 640 Pages e731-8. <i>Promoting physical activity in older people in general practice: ProAct65+ cluster randomised controlled trial</i> .	Visar bara kostnaden för insatsen. Inkluderar inte inbesparade kostnader för minskad fallrisk.
708	P. Miller, J. R. Gladman, A. L. Cunliffe, S. L. Husbands, M. E. Dewey and R. H. Harwood. <i>Economic analysis of an early discharge rehabilitation service for older people</i> . Age Ageing 2005 Vol. 34 Issue 3 Pages 274-80	Felaktigt jämförelsealternativ ("outpatient rehabilitation")
830	A. I. I. King, M. Parsons, E. Robinson and D. Jörgensen. <i>Assessing the impact of a restorative home care service in New Zealand: a cluster randomised controlled trial</i> . Health & Social Care in the Community 2012 Vol. 20 Issue 4 Pages 365-374	Ingen redovisning av resursutnyttjande och kostnader.
856	S. Guidetti, K. Andersson, M. Andersson, K. Tham and L. V. Koch. <i>Client-centred self-care intervention after stroke: A feasibility study</i> . Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2010 Vol. 17 Issue 4 Pages 276-285	Begränsad studiepopulation; Interventionsgrupp, N=19 Jämförelsegrupp: N=21
875	A. Bauer, J. L. Fernandez, C. Henderson, R. Wittenberg and M. Knapp. <i>Cost-minimisation analysis of home care reablement for older people in England: A modelling study</i> . Health & Social Care in the Community 2019 Vol. 27 Issue 5 Pages 1241-1250	Dubblett med annan referens som ingår i inkludera studier (EndNote reference:407)

Referensnummer i EndNote bibliotek	Studie	Orsak till exkludering
1024	E. Oosting, M. P. Jans, J. J. Dronkers, R. H. Naber, C. M. Dronkers-Landman, S. M. Appelman-de Vries, et al. <i>Preoperative Home-Based Physical Therapy Versus Usual Care to Improve Functional Health of Frail Older Adults Scheduled for Elective Total Hip Arthroplasty: A Pilot Randomized Controlled Trial</i> . Archives of Physical Medicine & Rehabilitation 2012 Vol. 93 Issue 4 Pages 610-616	En förstudie med 15 personer i både interventions- och jämförelsegruppen.
1036	R. J. Cook, K. Berg, K.-A. Lee, J. W. Poss, J. P. Hirdes and P. Stolee. <i>Rehabilitation in Home Care Is Associated With Functional Improvement and Preferred Discharge</i> . Archives of Physical Medicine & Rehabilitation 2013 Vol. 94 Issue 6 Pages 1038-1047	Ingen redovisning av resursutnyttjande och kostnader.
1119	B. Dinesen, L. K. Haesum, N. Soerensen, C. Nielsen, O. Grann, O. Hejlesen, et al. <i>Using preventive home monitoring to reduce hospital admission rates and reduce costs: a case study of telehealth among chronic obstructive pulmonary disease patients</i> . Journal of Telemedicine & Telecare 2012 Vol. 18 Issue 4 Pages 221-225	Bristfällig redovisning av relevanta resultat och begränsad kostnadsperspektiv.
1127	H. E. Senior, M. Parsons, N. Kerse, M. H. Chen, S. Jacobs, S. V. Hoorn, et al. <i>Promoting independence in frail older people: a randomised controlled trial of a restorative care service in New Zealand</i> . Age and ageing 2014 Vol. 43 Issue 3 Pages 418-424	Liten population: kvar i studien vid 12 månader, 23 i interventionsgruppen och 12 i jämförelsegruppen. För resursutnyttjande gjordes ingen statistisk analys och redovisningen av utnyttjandet var bristfällig Ingen kostnadsredovisning.
1132	H. M. Dalal, R. S. Taylor, K. Jolly, R. C. Davis, P. Doherty, J. Miles, et al. <i>The effects and costs of home-based rehabilitation for heart failure with reduced ejection fraction: the REACH-HF multicentre randomized controlled trial</i> . European journal of preventive cardiology 2019 Vol. 26 Issue 3 Pages 262-272	Ingen redovisning av resursutnyttjande och kostnader.
1142	C. C. Lang, K. Smith, J. Wingham, V. Eyre, C. J. Greaves, F. C. Warren, et al. <i>A randomised controlled trial of a facilitated home-based rehabilitation intervention in patients with heart failure with preserved ejection fraction and their caregivers: the REACH-HFpEF Pilot Study</i> . BMJ open 2018 Vol. 8 Issue 4 Pages e019649	Pilotstudie med endast 15 personer i både interventions- och jämförelsegrupp
1173	A. M. Beck, A. G. Christensen, B. S. Hansen, S. Damsbo-Svendsen and T. K. Møller. <i>Multidisciplinary nutritional support for undernutrition in nursing home and home-care: a cluster randomized controlled trial</i> . Nutrition (burbank, los angeles county, calif.) 2016 Vol. 32 Issue 2 Pages 199-205	Endast information om antal med "rehabilitation stay" och "hospitalizations" samt ingen kostnadsredovisning.
1259	A. Hedman, G. Eriksson, L. von Koch and S. Guidetti. <i>Five-year follow-up of a cluster-randomized controlled trial of a client-centred activities of daily living intervention for people with stroke</i> . Clinical rehabilitation 2019 Vol. 33 Issue 2 Pages 262-276	Ingen redovisning av resursutnyttjande och kostnader.
1341	E. Kjerstad and H. K. Tunltand. <i>Reablement in community-dwelling older adults: a cost-</i>	Begränsad studiepopulation; Interventionsgrupp, N=25

Referensnummer i EndNote bibliotek	Studie	Orsak till exkludering
	<i>effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial</i> . Health economics review 2016 Vol. 6 Issue 1 Pages 1-10	Jämförelsegrupp: N=15 Betydande bortfall.

Bilaga 1.2 Kortfattad översikt av inkluderade studier avseende frågeställning, design, inkluderade kostnader och effekter samt resultat och kommentarer

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effekter	Resultat	Kommentarer
Markle-Reid m. fl. 2011 Kanada [1] Stroke	<p>Utvärdering av effekter och kostnader av ett 12 månader långt rehabiliteringsprogram med en specialiserad multidisciplinär ansats för personer med stroke.</p> <p>Intervention: hemtjänst plus hembesök av multidisciplinärt team bestående av bl.a. sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, logoped, dietist under 12 månader.</p> <p>Jämförelsealternativ: hemtjänst innehållande rutinmässig uppföljning med vårdkoordinator för koordinering och av både professionell och icke-professionell hemservice.</p> <p>Ingen i jämförelsegruppen fick någon interventionsåtgärd.</p> <p>Studiedesign: randomiserad kontrollerad studie.</p>	<p>Kanadensiska dollar (CAD).</p> <p>Resursutnyttjande: mätes med enkät "Health and Social Service Utilization Inventory" (HSSUI): primärvård, akut- och annan specialistvård, inläggningar, sju typer av övrig hälso- och sjukvårdspersonal, läkemedel, laboratorieservice.</p>	<p>Primär effekt: skillnad i hälsorelaterad livskvalitet (SF-36) mellan studiestart och 12-månader.</p> <p>Sekundär effekt: fysisk funktion (SIS-16), socialt stöd (PRQ-85-Part 2), depressiva symtom (CES-D, Kessler 10), kognitiv funktion (SPMSQ). Skillnad mellan studiestart och 12-månader.</p>	<p>Interventionsgruppen visade större förbättring i SF-36 fysisk funktion (5.87, 96% CI-3.98-15.7; p=0.24) och SF-36 social funktion (9.03, CI-7.50-25.6; p=0.28) versus jämförelsegruppen. Det var en klinisk betydelsefull skillnad (fem punkters skillnad anses kliniskt betydelsefullt) men ingen statistisk signifikant skillnad.</p> <p>Inga signifikanta skillnader mellan jämförelsegrupperna avseende övriga effektmått och kostnader.</p>	<p>12-månadersdata saknades för 18,8 procent av personerna.</p> <p>Ingen kostnadseffektivitetsanalys.</p> <p>Kort uppföljningstid.</p> <p>Priser från 2006.</p> <p>Resursanvändningen anges inte. Endast kostnader.</p> <p>Artikeln tar upp att det är samhällsperspektiv, men</p>

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effekter	Resultat	Kommentarer
	<p>Population: personer med bekräftad diagnos för stroke eller TIA senast 18 månader före inkludering i studien. Eget boende.</p> <p>Populationsstorlek: intervention (52), jämförelsealternativ (49).</p> <p>Tidshorisont: 1 år.</p> <p>Perspektiv: Samhälle.</p>				de indirekta kostnaderna redovisas otydligt.
Allen m. fl. 2019 Kanada [2] Stroke	<p>Utvärdering av kostnadseffektiviteten av ett hembaserat rehabiliteringsprogram för personer med stroke (Community Stroke Rehabilitation Teams, CSRTs).</p> <p>Intervention: Rehabilitering utförd av multidisciplinärt team bestående av bland annat sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, logoped.</p> <p>Jämförelse: sedvanlig vård utan formell rehabilitering.</p> <p>Studiedesign: Enarmad ettårsstudie som bas. N=164.</p> <p>Modell: Markov. Modellen hämtade data från grundstudien, annan publicerad litteratur och "Canadian Community Health Survey"</p> <p>Tidshorisont: Långtidsperspektiv (35 år eller fram till död).</p> <p>Perspektiv: hälso-och sjukvård.</p>	<p>Amerikanska dollar (USD).</p> <p>Diskontering med 3 procent.</p> <p>Kostnader för resursutnyttjande förutom för själva interventionen hämtades från annan studie.</p> <p>För långtidsprojektionerna av kostnader hämtades uppgifter från en enkätundersökning (Canadian Community Health Survey).</p>	<p>Kvalitetsjusterade levnadsår, QALY, skattades med EQ-5D-5L.</p> <p>Diskontering med 3 procent per år.</p>	<p>Interventionen var dominant, dvs kostnadsbesparande och mer effektiv (inkrementell kostnad =USD - 17 255, inkrementell effekt=1.65).</p> <p>Sensitivitetsanalysen visade att interventionen var överlägsen jämförelsealternativet i 100 procent av iterationerna då betalningsviljan var USD 20 000/QALY.</p> <p>Kostnaden för själva interventionen hade betydelse för kostnadsbesparingen. När interventionskostnaden översteg en viss nivå</p>	<p>En begränsning i studien är användningen av flera olika datakällor.</p> <p>År för prisnivå anges inte.</p>

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effekter	Resultat	Kommentarer
				försvann kostnadsbesparingen.	
Freeman m. fl. 2019 Storbritannien [3] Multipel skleros	<p>Utvärdering av klinisk effekt och kostnadseffektivitet av ett hembaserat program för träning med ståstöd för personer med progressiv multipel skleros (MS).</p> <p>Intervention: användning av ståstöd tre ggr/vecka under 20 veckor. Rekommendation om egen träning utan stöd av fysioterapeut. Personerna tillsammans med anhörig fick två tillfällen med genomgång av programmet, broschyr om interventionen, DVD samt sex telefonsamtal.</p> <p>Jämförelse: sedvanlig vård.</p> <p>Studiedesign: pragmatisk randomiserad klinisk studie med flera deltagande enheter.</p> <p>Patientpopulation: Personer ≥ 18 år med diagnos för progressiv MS.</p> <p>Inkluderade studiepersoner: Intervention: 71. Jämförelsegrupp: 69.</p> <p>Tidshorizont: 36 veckor.</p> <p>Perspektiv: hälso- och sjukvård (NHS samt stöd- och omsorgsservice). Samhälle där personernas egna utgifter och kostnader för informell vård också inkluderades.</p>	<p>Kostnader för hälso- och sjukvården inkluderar primärt.</p> <p>Kostnader för hälso- och sjukvård, patienterna egna utgifter och kostnader för informell vård i sensitivitetanalys.</p> <p>Brittiska pund (GBP).</p> <p>2016-års priser.</p> <p>Enhetspriser.</p>	<p>Kvalitetsjusterade levnadsår, QALY, skattades med EQ-5D-5L.</p>	<p>Primär analys: GBP14 700/QALY.</p> <p>Sensitivitetsanalys: interventionen är dominant förutom i alternativet där broschyr och DVD-kostnaden antogs vara högre än i primäranalysen, GBP15 200/QALY.</p>	<p>Vad som ingår i sedvanlig vård är inte definierat.</p> <p>Kort tidsperspektiv.</p> <p>Tydlig redovisning av kostnader och effekter.</p>
Sturkenboom m. fl. 2015	Utvärdering av kostnadseffektivitet av hembaserad fysioterapi för personer med Parkinsons sjukdom (PD).	Information om resursutnyttjande inhämtades via enkäter.	Kvalitetsjusterade levnadsår, QALY, skattades med EQ-5D.	Den genomsnittliga monetära nettovinsten vid en betalningsvilja av Euro 40 000 var Euro 305 per	Stor andel saknade data för informell vård och därför gjorde analysen utan

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effekter	Resultat	Kommentarer
Nederländerna [4] Parkinsons sjukdom	<p>Intervention: 10 veckors individualiserad arbetsterapi enligt nederländska riktlinjer för arbetsterapi inom PD under loppet av tre månader Fokus på dagliga aktiviteter.</p> <p>Jämförelsealternativ: sedvanlig vård men inte arbetsterapi.</p> <p>Studiedesign: Randomiserad klinisk studie.</p> <p>Population: Hemmaboende personer med PD.</p> <p>Inkluderade studiepersoner: Intervention: 124. Jämförelsegrupp: 67.</p> <p>Tidshorisont: sex månader.</p> <p>Perspektiv: Samhälle.</p>	<p>Direkta kostnader: medicinska kostnader och övriga kostnader.</p> <p>Indirekta kostnader: produktionsbortfall och informell vård.</p> <p>Standardpriser enligt nederländska riktlinjer.</p> <p>Euro (2014-års priser)</p> <p>Friktionskostnadsmetoden användes för beräkning av produktionsbortfall.</p>		<p>patient, 866 per informell vårdgivare och 845 per patient-vårdgivarpar. Resultatet var endast signifikant för vårdgivare.</p> <p>Inga statistisk signifikanta skillnader i EQ-5D mellan grupperna vid sex månade.</p>	<p>respektive med informell vård.</p> <p>Kort uppföljningstid.</p> <p>Framgick ottydligt om alla kostnaderna var uttrycka i 2014-års priser.</p> <p>Beräkningsmetoden av produktionsbortfall är inte relevant för svenska förhållanden.</p>

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effekter	Resultat	Kommentarer
Lewin m.fl. 2007 Storbritannien [5] Implanterad hjärtdefibrillator	<p>Utvärdering av klinisk effekt och kostnads-effektivitet av hembaserad rehabilitering för personer med implanterad hjärtdefibrillator (ICD).</p> <p>Intervention: Kognitiv beteenderekonstruktion enligt ICD-plan: två patientbroschyrer, dagbok för målsättningar samt avslappnings-CD. Den första broschyren delades ut före operation. Telefonkontakt med facilitator (hälso- och sjukvårdsperson) 1,3 och 6 veckor efter utskrivning.</p> <p>Jämförelsealternativ: Broschyr från "the British Heart Foundation". Kontakt med facilitator för uppföljning av postoperativ utveckling.</p> <p>Studiedesign: Klusterbaserad randomiserad klinisk studie.</p> <p>Population: patienter 18 år och äldre med sin första ICD.</p> <p>Populationsstorlek: Intervention (93), jämförelsealternativ (175).</p> <p>Tidshorisont: 6 månader.</p> <p>Perspektiv: Hälso- och sjukvård.</p>	<p>Brittiska pund (GBP)</p> <p>Information om resursförbrukning (primärvård, specialiserad vård, ECG-åtgärd) upp till sex månader efter operation inhämtades via enkät.</p> <p>Information om både ICD-relaterade och icke ICD-relaterade kostnader.</p> <p>Primärvårdsbesök (läkare, sjuksköterska, övriga)</p> <p>Besök i specialiserad vård Läkare, sjuksköterska, övriga, ECG-åtgärd</p> <p>Telefonkontakter Slutenvårdstillfällen (akut, icke-akut).</p> <p>Interventionskostnad: Träningskostnader (halvdag) och interventionskostnad för sjuksköterskor.</p>	<p>Kvalitetsjusterade levnadsår, QALY, skattades med SF-36.</p>	<p>Inkrementella kostnadseffektkvoten (ICER)</p> <p>ICER rehabilitering versus ingen rehabilitering=GBP - 1 429/QALY (dominant strategi).</p> <p>I 66 procent av replikeringarna var interventionen mer effektiv och mindre kostsam än jämförelsealternativet.</p> <p>Interventionen dominerade jämförelsealternativet för alla värden (GBP 0-GBP 50 000) som beslutfattarna (riktlinjer enligt NICE) kan tänka sig vilja betala för ett ytterligare QALY.</p>	<p>År för prisnivå inte angett.</p> <p>Kostnaden för interventionen skattades med priser från 2002–2003</p> <p>Kort uppföljning</p> <p>Tydlig kostnadsredovisning</p>

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effekter	Resultat	Kommentarer
		Enhetskostnader från nationella (UK) källor.			
Parson m. fl. 2020 Nya Zeeland [6] Fraktur	<p>Utvärdering av effekt och kostnader för tidig rehabilitering efter inläggande sjukvård till följd av fraktur.</p> <p>Intervention: Tidig utskrivning med insatser av sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter. Besök av rehabiliteringspersonal upp till 4 gånger per dag, 7 dagar i veckan. Övningar med ADL.</p> <p>Jämförelsealternativ: sedvanlig vård med utskrivningsplanering på sjukhus samt efterföljande vård, stöd och omsorg (exempelvis distriktssköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, hemvård).</p> <p>Studiedesign: randomiserad klinisk studie.</p>	<p>Nyzeeländska dollar (NZD) (2015 års priser).</p> <p>Resursanvändning av såg inläggande vård och kostnader för vård, stöd och omsorg (fysioterapi, arbetsterapi, hemvård).</p>	<p>Primärt utfallsmått: antal inläggande dagar i samband med vilstesen då randomiseringen ägde rum.</p> <p>Sekundära utfallsmått: funktion (<i>interRAI-CA</i>) och hälso- och sjukvårdskostnader.</p>	<p>Interventionsgruppen tillbringade statistisk signifikant mindre tid på sjukhus (både vid tillfället för randomisering och återinläggning) versus jämförelsegruppen under 1 år efter utskrivning.</p> <p>Total genomsnittlig hälso- och sjukvårdskostnad per person var NZD 34 300 i interventionsgruppen och NZD 37 200 i jämförelsegruppen.</p>	<p>Ingen presentation av om skillnaderna i kostnader mellan grupperna var statistisk signifikant skilda från varandra.</p> <p>Populationsstorlek över 200 i varje grupp.</p> <p>Flera av de insatser som ingår i interventionen återfinns också i jämförelsealternativet men då i ett senare skede och i annan omfattning.</p>

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effekter	Resultat	Kommentarer
	<p>Population: personer 65 år och äldre som erhållit skada (fraktur) som krävde inneliggande vård och därefter rehabilitering.</p> <p>Populationsstorlek: Intervention (201), jämförelsealternativ (202).</p> <p>Tidshorizont: 4 månader respektive 1 år.</p> <p>Perspektiv: Hälso- och sjukvård.</p>			Kostnaden för att erbjuda tidig rehabilitering i hemmet kompenseras av att interventionsgruppen hade lägre kostnader för hemtjänst och sjukhusvård.	
Cockayne m. fl. 2017 Storbritannien [7] Fallprevention	<p>Utvärdering av klinisk effekt och kostnadseffektivitet av en fotintervention för fallprevention bland äldre personer med tidigare fall.</p> <p>Intervention: Råd om fotbeklädning, fotbeklädning vid behov, ortoser, fot- och ankelövningar, broschyr om fallprevention. Fotvårdsspecialister var involverade.</p> <p>Jämförelsealternativ: sedvanlig vård från fotvårdsspecialist och primärvården samt broschyr om fallprevention.</p> <p>Studiedesign: Kohort RCT</p> <p>Population: Personer ≥65 år.</p> <p>Populationsstorlek: intervention (493), jämförelsealternativ (517).</p> <p>Tidshorizont: 6 månader och 1 år.</p> <p>Perspektiv: hälso- och sjukvård (NHS samt stöd- och omsorgsservice).</p>	<p>Brittiska pund (GBP).</p> <p>2015-års priser.</p> <p>Enhetskostnader från NHS:s prislister.</p> <p>Resursanvändning omfattar primärvård, specialiserad vård och social service samt själva interventionen.</p> <p>Information om resursförbrukning inhämtades via enkäter.</p> <p>Fallrelaterade och icke-fallrelaterade kostnader presenterades.</p>	<p>Kvalitetsjusterade levnadsår, QALY, skattade med EQ-5D-5L.</p> <p>Multipel imputation (MI) användes för att inhämta saknade QALY-data</p> <p>QALY extrapolerades till 5 år med antagandet att skillnaden i HRQoL och kostnader vid 1 år förblev oförändrade.</p>	<p>Interventionsgruppen hade marginellt högre QALY och kostnader vid 1 år än för jämförelsegruppen.</p> <p>Basanalysen (fall-relaterade kostnader med MI) visade en ICER= GBP 19 500/QALY för interventionen. Sannolikhet för kostnadseffektivitet var 66 procent vid en betalningsvilja på GBP 30 000 (NICE).</p> <p>Sensitivitetsanalysen där endast fall med kompletta data inkluderades visade att interventionen var dominant. För övriga sensitivitetsanalyser varierade ICER mellan GBP 20 400</p>	<p>Stor studiepopulation.</p> <p>Många studiepersoner med saknade värden.</p> <p>Inte någon tydlighet huruvida det var någon statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna.</p>

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effekter	Resultat	Kommentarer
		Multipel imputation användes för att inhämta värden för saknade kostnader.		(MI av HRQoL på aggregerad nivå dvs QALY) och GBP 29 500 (både fall och icke-fallrelaterade kostnader). ICER vid 5 år GBP 21 400/QALY.	
Beaupre m. fl. 2020 Kanada [8] Höftfraktur	<p>Utvärdering av kostnadseffektiviteten av ett rehabiliteringsprogram efter höftfraktur för personer i särskilt boende.</p> <p>Intervention: 30 rehabiliteringstillfällen över fler än 10 veckor efter utskrivning från den slutna vården till särskilt boende. Utförare av rehabiliteringen var en licensierad och två assisterande fysioterapeuter.</p> <p>Jämförelsealternativ: sedvanlig vård efter höftfraktur utförd av personal på det särskilda boendet. Inga instruktioner från fysioterapeuterna till vårdpersonalen.</p> <p>Studiedesign: Ekonomisk utvärdering baserad randomiserad klinisk studie (feasibility).</p> <p>Population: Personer i särskilt boende som fått en höftfraktur Personer som endast kunde röra sig mellan säng och rullstol exkluderades.</p> <p>Inkluderade studiepersoner: Intervention: 46. Jämförelsegrupp: 31.</p> <p>Tidshorisont: 1 år.</p> <p>Perspektiv: Hälso- och sjukvård.</p>	<p>Kanadensiska dollar (CAD)</p> <p>Priser uttrycka i 2015-års prisnivå.</p> <p>Kostnader för hälso- och sjukvård inkluderades: ineliggande vård samt öppen specialiserad vård</p>	<p>Kvalitetsjusterade levnadsår, QALY, skattade med EQ-5D-3L.</p> <p>Multipel imputation av saknade värden (cirka procent för EQ-5D-3L och kostnader.</p>	<p>Basanalysen byggde på data med imputerade värden.</p> <p>QALY var högre och kostnaderna lägre för interventionen (QALY=0,297, Kostnad=CAD 7000) versus jämförelsegruppen (QALY=0,244, Kostnad=CAD 8400). Resultaten var inte signifikanta.</p> <p>Sensitivitetsanalys: baserad på personer med fullständiga data.</p> <p>Interventionen var dominant jämfört med jämförelsealternativet i båda analyserna.</p>	<p>Liten studiepopulation. I sensitivitetsanalysen fanns totalt kostnadsdata för 11 personer och QALY-data för 20 personer.</p> <p>Effekterna skattades genom ombud då 75 procent av respondenterna hade svår kognitiv nedsättning.</p> <p>Stort bortfall för QALY och kostnader i jämförelsegruppen.</p>

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effekter	Resultat	Kommentarer
Fahlström m. fl. 2018 Sverige [9] Fallprevention	<p>Utvärdering av effekt och vårdkonsumtion av fallprevention bland hemmaboende äldre personer med tidigare fall.</p> <p>Intervention: träningsprogram 3 ggr/vecka. Första månaden: hembesök av undersköterska en gång i veckan, hembesök av undersköterska och fysioterapeut två gånger, månad 2–5: träningsprogram 3 gånger i veckan, hembesök av undersköterska en gång i månaden. Daglig kalenderregistrering av fall.</p> <p>Jämförelsealternativ: Daglig registrering i kalender och samtal för att verifiera deltagande i studien.</p> <p>Studiedesign: randomiserad kontrollerad studie.</p> <p>Population: hemmaboende personer 65 år och äldre som erfarit ett fall under det senaste året.</p> <p>Inkluderade studiepersoner: Intervention: 82. Jämförelsegrupp: 87.</p> <p>Tidshorison: Interventionen pågick i 5 månader och effekterna utvärderades efter 1 år.</p> <p>Perspektiv: Hälso- och sjukvård.</p>	<p>Data om resursanvändning (öppen- och slutenvård) hämtades från regionala hälsoregister.</p> <p>Ingen kostnadsredovisning.</p>	<p>Primärt utfallsmått var antal dagar med fall under 12 månader.</p> <p>Sekundärt utfallsmått var resursanvändning under 12 månader.</p> <p>Balans, styrka, ADL, hälsorelaterad livskvalitets (SF-36) utvärderades efter fem månader.</p>	<p>Ingen statistisk signifikant skillnad i fallrisk mellan grupperna.</p> <p>Förbättringen i balans, ADL och kroppssmärta vid 5 månader var signifikant högre för interventionsgruppen versus jämförelsegruppen.</p> <p>Ingen skillnad i vårdkonsumtion mellan grupperna vid 1 år. I jämförelsegruppen var det statistiskt signifikant fler ($p=0,025$) som hade vårdkonsumtion (5) till följd av fraktur jämfört med interventionsgruppen (0).</p>	<p>Inga kostnader.</p> <p>Självrapporterade data om fall, träning, promenader. 31 patienter i respektive grupp hade fullständiga data vid 1 år.</p>
Crotty m. fl. 2019 Australien [10]	<p>Utvärdering av ett rehabiliteringsprogram avseende hälsorelaterad livskvalitet och rörlighet efter höftledsfraktur.</p> <p>Intervention: fyra veckors rehabilitering utförd på vårdboende för personer med</p>	<p>Australienska dollar (AUD) (2015/2016 års priser)</p>	<p>Primära effekter: autonomi avseende rörlighet (NHLSD), hälsorelaterad livskvalitet (DEMQOL, EQ-5D-5L).</p>	<p>Inga signifikanta skillnader i direkta kostnader vid ettårsuppföljningen. Kostnadsdrivande var själva</p>	<p>Stor andel av de inkluderade studiepersonerna hade kognitiv nedsättning, vilket innebär att</p>

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effekter	Resultat	Kommentarer
Höftfraktur	<p>höftfraktur. Insatserna utfördes bland annat av fysioterapeut, dietist och sjuksköterska.</p> <p>Jämförelsealternativ: sedvanlig vård</p> <p>Studiedesign: randomiserad klinisk studie.</p> <p>Population: personer 70 år och äldre som bor på särskilt boende och som haft höftfraktur.</p> <p>Inkluderade studiepersoner: Intervention: 121. Jämförelsegrupp: 119.</p> <p>Tidshorisont: fyra veckor och ett år</p> <p>Perspektiv: Hälso- och sjukvård. I kostnaden för själva interventionen inkluderas också indirekta kostnader.</p>	<p>Direkta kostnader: primärvård, specialiserad vård, läkemedel, prover.</p> <p>Indirekta kostnader: tidsåtgång för olika personalkategorier (geriatriker, administration, logoped m. fl.)</p>	<p>Sekundära effekter: fysiskt beroende, funktionell återhämtning, kognition, depression, smärta, nutrition.</p> <p>Kvalitetsjusterade levnadsår. QALY, skattades med DEMQOL (engelska vikter).</p>	<p>interventionen och läkemedel.</p> <p>ICER: AUD 328 685 per vunnen QALY för interventionen. Detta är högre än tröskelvärdet för betalningsviljan för en QALY i Australien (AUD 50 000), vilket indikerar att interventionen inte är kostnadseffektiv.</p>	<p>många av frågeformulären besvarades via ombud (anhörig eller vårdpersonal).</p> <p>Jämförelsealternativet innehöll insatser som också ingick i interventionen.</p> <p>Kort tidshorisont.</p>
<p>Bauer m.fl. 2019 Storbritannien [11]</p> <p>"Reablement care"</p>	<p>Utvärdering av kostnadseffekten av "home care reablement" (HCR) för äldre personer.</p> <p>Intervention: HCR.</p> <p>Jämförelsealternativ: sedvanlig hemtjänst.</p> <p>Studiedesign: Modellstudie</p> <p>Typ av modell: Beslutsanalytisk Markovmodell med känslighetsanalys (höjd startålder för HCR till 75 och 85 år).</p> <p>Population: Hemmaboende personer över 65 år.</p> <p>Populationsstorlek: Två hypotetiska kohorter med 1000 personer i varje.</p> <p>Tidshorisont: från 65 års ålder fram till död.</p>	<p>Kostnadsminimeringsanalys med syfte att analysera påverkan av HCR på användning av hemtjänst och sjukhusinläggningar.</p> <p>Kostnaderna omfattar interventionen, hemtjänst och inläggning på sjukhus.</p> <p>Brittiska pund (GBP)</p> <p>Kostnaderna anges i 2014/15 års priser.</p>	<p>Effekterna mätt i hälso-relaterad livskvalitet antas vara lika mellan grupperna.</p>	<p>Resultaten visar att HCR medförde lägre kostnader jämfört med sedvanlig hemtjänst. Genomsnittlig kostnad per person var GBP 56 499 för interventionen versus GBP 58 600 för jämförelsealternativet (statistisk signifikant skillnad).</p> <p>Känslighetsanalyserna förstärkte skillnaden i kostnader mellan grupperna. De visade också att sannolikheten att HCR kostar</p>	<p>Många olika datakällor för kostnadsinformation. Effektdata hämtas från [14].</p>

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effekter	Resultat	Kommentarer
	Perspektiv: hälso- och sjukvård (NHS samt stöd- och omsorgsservice).	Diskontering med 3,5 procent		mindre än jämförelsealternativet låg över 85 procent i alla scenarion.	
Stanmore m.fl. 2019 Storbritannien [12] "Konditionsspel"	Utvärdering av effekten och kostnadseffektiviteten av ett rehabiliteringsprogram för äldre personer i särskilt boende. Intervention: Individualiserat konditionsspel (Exergame) för att förbättra balansen, upprätthålla funktionen och minska risken att ramla. Under handledning av fysioterapeut tre ggr/vecka i 12 veckor. Råd om fallprevention och träning. Jämförelsealternativ: Allmänna råd om fallprevention från fysioterapeut och råd om träning. Studiedesign: randomiserad klinisk studie. Population: personer 55 år och äldre i särskilt boende. Inkluderade studiepersoner: Intervention: 56. Jämförelsegrupp: 50. Tidshorisont: 12 veckor. Perspektiv: hälso- och sjukvård (NHS).	Brittiska pund (GBP). Enhetskostnader för åren 2015/2016.	Kvalitetsjusterade levnadsår, QALY, skattade med EQ-5D-5L.	Kostnadseffektivitetsanalysen visade en ICER= GBP 15 200/QALY för interventionen. Sannolikheten för kostnadseffektivitet var 61 procent vid en betalningsvilja på GBP 20 000 (nedre tröskelvärde NICE). Sannolikheten för kostnadseffektivitet var 50 procent vid en betalningsvilja på GBP 15 500. Ingen statistisk signifikant skillnad i kostnader och QALY mellan grupperna.	80 procent kvinnor. Kort tidsperspektiv. Ingen presentation av vilket resursutnyttjande som är underlag för kostnadsberäkningen. Inte någon tydlig redovisning av totalkostnaderna för jämförelsegrupperna.
Farag m. fl. 2015 Australien [13]	Utvärdering av kostnadseffektiviteten av ett 12 månaders hemträningsprogram bland äldre personer efter inläggning på sjukhus.	Australienska dollar (AUD) 2012 års priser	Kvalitetsjusterade levnadsår, QALY, skattade med EQ-5D-5L.	Basanalysen visade en ICER= AUD 77 400/QALY för interventionen.	

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effekter	Resultat	Kommentarer
"Fysioterapeutisk rehabilitering"	<p>Intervention: 10 hembesök och 5 telefonsamtal från erfaren fysioterapeut under 12 månader. Fokus på muskelstärkning, hållningskontroll, balans.</p> <p>Jämförelsealternativ: sedvanlig vård inom hälso- och sjukvård samt kommunal service.</p> <p>Alla deltagare erhöll en broschyr om fallprevention.</p> <p>Studiedesign: randomiserad klinisk studie.</p> <p>Population: Personer 60 år och äldre som nyligen varit inlagda på sjukhus.</p> <p>Inkluderade studiepersoner: Intervention: 171 och jämförelsegrupp 169.</p> <p>Tidshorisont: 1 år.</p> <p>Perspektiv: Hälso- och sjukvård.</p>	<p>Resursanvändning avsåg hälso- och sjukvård (primärvård och specialiserad vård) samt social service (hemtjänst, transport, mat).</p> <p>Resursanvändningen var patientrapporterad.</p>		<p>Sensitivitetsanalys 1 (exklusive kostnader för korttidsboende) visade en ICER: AUD 71 300/QALY.</p> <p>Sensitivitetsanalys 2 (exklusive personer boende på korttidsboende) visade en ICER= AUD 44 500/QALY</p> <p>Sensitivitetsanalys 3 (endast personer med högre kognitiv funktion enligt mätinstrument (I. n=108, J, n=103): visade en ICER=AUD 20 300/QALY.</p>	
Lewin m.fl. 2014 Australien [14] "Restorative care"	<p>Utvärdering av resursanvändning och kostnader för hälso- och sjukvård samt hemtjänst bland äldre personer.</p> <p>Intervention: "Home Independence Program" (HIP) designat att främja självständighet och minska behovet av stöd och omsorg. Pågick i 12 veckor.</p> <p>Jämförelsealternativ: sedvanlig vård inkluderande hemtjänst (3 ggr/veckan avseende dusch/bad, städning, tvätt).</p> <p>Studiedesign: randomiserad klinisk studie.</p> <p>Population: Personer 65 år och äldre, bedöms berättigade till stöd och omsorg pga. svårighet med dagliga aktiviteter</p>	<p>Australiensiska dollar (AUD)</p> <p>Hälso- och åldersomsorgsdata hämtades från Western Australian Data Linkage System.</p> <p>Resursanvändningen avsåg HACC-service, akutvård, öppen vård och inläggande vård.</p>	Dagliga aktiviteter (ADL och IADL).	<p>Interventionsgruppen hade färre hemtjänststimmar (117.3 vs 129.4), lägre total hemtjänstkostnad (AUD 5 570 vs AUD 8 541). Odds ratio (OR) för högre servicenivå inom äldreomsorgen samt besök på akutmottagning och oplanerad inläggning var lägre i interventionsgruppen versus jämförelsegruppen.</p>	<p>Artikeln nämner att det förekom i ett fåtal fall försök till manuell manipulering av vid randomiseringen.</p>

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effekter	Resultat	Kommentarer
	(HACC-service: "government-funded home and community service"). Inkluderade studiepersoner: Intervention: 375 och jämförelsegrupp 375. Tidshorisont: 2 år.			Den aggregerade kostnaden för hälso- och sjukvård samt hemtjänst var lägre i interventionsgruppen versus jämförelsegruppen (AUD 19 100 versus AUD 23 400). Användningen av "reablement home-care" minskar kostnaden för hälso- och äldreomsorgs sektorn över tid. Majoriteten av dessa besparingar sker inom äldreomsorgssektorn.	
Zingmark m.fl. 2016 Sverige [15] "Bad"	Utvärdering av kostnadseffektiviteten av rehabilitering med fokus på att främja säkert och självständigt utförande av badrelaterade Intervention: bad/dusch-relaterade insatser av arbetsterapeut. Jämförelsealternativ: sedvanlig hemtjänst och hjälp med bad/dusch av hemtjänsten om behov förelåg. Inga insatser av kommunal arbetsterapeut. Studiedesign: randomiserad klinisk studie i grunden. Typ av modell: Markovmodell Population: Hemmaboende personer 65 år och äldre i behov av badrelaterade insatser.	Euro Diskontering med 3 procent per år. Direkta kostnader: hälso-och sjukvård, hemtjänst, särskilt boende. Indirekta kostnader: Informell vård. Modellen har fem olika hälsotillstånd: mildt beroende, måttligt	QALY. Data för QALY-vikterna tillhörande olika stadier i modellen hämtades från olika studier. Diskontering med 3 procent per år.	Interventionen var dominant, dvs kostnadsbesparande och mer effektiv (inkrementell kostnad =Euro - 2 400, inkrementell effekt=0,052). Känslighetsanalyserna visade också på att interventionen var dominant. Känslighetsanalysen visade att kostnaden för interventionen hade en liten påverkan på den totala kostnadseffektiviteten,	Använt data från kanadensisk studie och svensk studie samt från [14]. Hypotetiska kohorter. Långsiktig kostnadseffekt.

Författare, år Referens Land	Frågeställning, design	Kostnader	Effekter	Resultat	Kommentarer
	<p>Tidshorisont: 8 år. Perspektiv: Samhälle.</p>	<p>beroende, svårt beroende, totalt beroende och död.</p> <p>Kostnaden för olika hälsotillstånd i modellen är baserad på data från en svensk studie.</p> <p>Interventionskostnaden inkluderade löner och kostnad för tekniska hjälpmedel. Två alternativa interventionskostnader: (a) arbetsterapi och (b) multidisciplinär teamrehabilitering.</p>		<p>medan interventionseffektiviteten hade en mer betydande inverkan.</p>	

Bilaga 1.3 Litteratursökning

Databas: Cinahl Databasleverantör: Ebsco Datum: 2020-11-23			
Ämne: Hälsoekonomiska effekter av rehabilitering för vuxna inom kommunal hälso- och sjukvård			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.		(MH "Home Rehabilitation+") OR (MH "Home Occupational Therapy") OR (MH "Home Physical Therapy/EC")	2,142
2.		TI ("home rehabilitation" OR "home occupational therap*" OR "home physical therap*" OR reablement OR re-ablement OR "resorative care" OR "restorative support" OR "restorative approach*" OR rehabilitation OR rehabilitate*) OR AB ("home rehabilitation" OR "home occupational therap*" OR "home physical therap*" OR reablement OR re-ablement OR "resorative care" OR "restorative support" OR "restorative approach*" OR rehabilitation OR rehabilitate*) OR SU ("home rehabilitation" OR "home occupational therap*" OR "home physical therap*" OR reablement OR re-ablement OR "resorative care" OR "restorative support" OR "restorative approach*" OR rehabilitation OR rehabilitate*)	181,483
3.		1 OR 2	181,490
4.		(MM "Residential Facilities") OR (MM "Community Living") OR (MM "Home Health Care") OR (MM "Nursing Home Patients")	33,646
5.		TI ("assisted living facilit*" OR "assisted living residen*" OR "community-dwelling" OR "residential facilit*" OR "old age home*" OR "homes for the aged" OR "home for the aged" OR "homes for the elderly" OR "home for the elderly" OR "community residence*" OR "senior group dwelling*" OR "senior group home*" OR "senior group living*" OR "residential home*" OR "residential care home*" OR "nursing home*" OR "retirement home*" OR "care home*" OR "geriatric home*" OR "institutional care" OR "extended care facilit*" OR "home residen*" OR "home-dwelling" OR "home-based" OR "independent living" OR "home care*" OR "home-care*" OR "domiciliary care" OR "home help service*") OR AB ("assisted living facilit*" OR "assisted living residen*" OR "community-dwelling" OR "residential facilit*" OR "old age home*" OR "homes for the aged" OR "home for the aged" OR "homes for the elderly" OR "home for the elderly" OR "community residence*" OR "senior group dwelling*" OR "senior group home*" OR "senior group living*" OR "residential home*" OR "residential care home*" OR "nursing home*" OR "retirement home*" OR "care home*" OR "geriatric home*" OR "institutional care" OR "extended care facilit*" OR "home residen*" OR "home-dwelling" OR "home-based" OR "independent living" OR "home care*" OR "home-care*" OR "domiciliary care" OR "home help service*") OR SU ("assisted living facilit*" OR "assisted living residen*" OR "community-dwelling" OR "residential facilit*" OR "old age home*" OR "homes for the aged" OR "home for the aged" OR "homes for the elderly" OR "home for the elderly" OR "community residence*" OR "senior group dwelling*" OR "senior group home*" OR "senior group	94,380

	living* OR "residential home*" OR "residential care home*" OR "nursing home*" OR "retirement home*" OR "care home*" OR "geriatric home*" OR "institutional care" OR "extended care facilit*" OR "home residen*" OR "home-dwelling" OR "home-based" OR "independent living" OR "home care*" OR "home-care*" OR "domiciliary care" OR "home help service*")	
6.	4 OR 5	106,357
7.	3 AND 6	7,002
8.	TI ("cost analysis" OR "cost benefit" OR "cost effective*" OR "cost control" OR utilit* or QALY OR "quality adjusted life year*" OR "willingness to pay" OR "resource utilisation" OR "resource utilization" OR "markov chain*" OR "budget impact" OR financ*) OR AB ("cost analysis" OR "cost benefit" OR "cost effective*" OR "cost control" OR utilit* or QALY OR "quality adjusted life year*" OR "willingness to pay" OR "resource utilisation" OR "resource utilization" OR "markov chain*" OR "budget impact" OR financ*) OR SU ("cost analysis" OR "cost benefit" OR "cost effective*" OR "cost control" OR utilit* or QALY OR "quality adjusted life year*" OR "willingness to pay" OR "resource utilisation" OR "resource utilization" OR "markov chain*" OR "budget impact" OR financ*) OR TI (resource* OR pric* OR cost* OR economic*) OR MH ((MH "Costs and Cost Analysis+") OR (MH "Quality-Adjusted Life Years+") OR (MH "Resource Allocation+"))	357,840
9.	7 AND 8	792
10.	TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	138,532)
11.	9 NOT 10	764
12.	PT (protocol OR editorial OR "historical article" OR letter) OR TI (protocol OR editorial OR "historical article" OR letter) OR AB (protocol OR editorial OR "historical article" OR letter)	801,422
13.	11 NOT 12	704
14.	(MH "Asia+") OR (MH "Africa+") OR (MH "United States by Individual State+") OR (MH "Central America+") OR (MH "Latin America") OR (MH "South America+") OR (MH "West Indies+")	778,260
15.	13 NOT 14	566
16.	15 AND English, Swedish, Danish, Norwegian AND Source Types: Academic journals, Dissertations AND Publication date from 2005-	346
17.		

ProQuest databaser:

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: Cochrane L **Databasleverantör:** Cochrane Library **Datum:** 2020-11-24

Ämne: Kunskapsstöd till kommunal hemsjukvård gällande rehabilitering. Hälsoekonomiska effekter av rehabilitering för vuxna inom kommunal hälso- och sjukvård

Sökning gjord av: Cecilia/Lisa

På uppdrag av: Malin Åman

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh	MeSH descriptor: [Aged] this term only OR MeSH descriptor: [Aged, 80 and over] this term only OR MeSH descriptor: [Adult] this term only OR MeSH descriptor: [Chronic Disease] this term only	420114
2.	FT/TI, AB, KW	(adult* OR "middle age*" OR elder* OR "older person*" OR "old person*" OR "older patient*" OR "old patient*" OR "older women" OR "old women" OR "older men" OR "old men" OR "old adult*" OR "old people" OR "older people" OR old patient* OR "older patient*" OR "chronic disease*" OR disabled*);ti,ab,kw	701645
3.		1 OR 2	759533
4.	Mesh	MeSH descriptor: [Residential Facilities] this term only OR MeSH descriptor: [Assisted Living Facilities] explode all trees OR MeSH descriptor: [Group Homes] explode all trees OR MeSH descriptor: [Homes for the Aged] explode all trees OR MeSH descriptor: [Home Care Services] explode all trees OR MeSH descriptor: [Independent Living] explode all trees	3689
5.	FT/TI,AB, KW	("assisted living facilit*" OR "assisted living residen*" OR "community-dwelling" OR "residential facilit*" OR "old age home*" OR "homes for the aged" OR "home for the aged" OR "homes for the elderly" OR "home for the elderly" OR "community residence*" OR "senior group dwelling*" OR "senior group home*" OR "senior group living*" OR "residential home*" OR "nursing home*" OR "care home*" OR "geriatric home*" OR "extended care facilit*" OR "home residen*" OR "home-dwelling" OR home-based OR "independent living" OR "home-care*" OR "home care*" OR "domiciliary care" OR "home help service*");ti,ab,kw	15284
6.		4 OR 5	15747
7.	Mesh	MeSH descriptor: [Rehabilitation] this term only OR MeSH descriptor: [Activities of Daily Living] explode all trees OR MeSH descriptor: [Recovery of Function] explode all trees OR MeSH descriptor: [Exercise Therapy] explode all trees OR MeSH descriptor: [Occupational Therapy] explode all trees OR MeSH descriptor: [Nutrition Therapy] this term only OR MeSH descriptor: [Accidental Falls] explode all trees and with qualifier(s): [prevention & control - PC]	27237
8.	FT/TI, AB, KW	re-ablement OR "restorative care" OR "restorative home support" OR "restorative approach*" OR rehabilitation OR rehabilitate* OR "home occupational therap*" OR "home physical therap*" OR "daily activit*" OR "activity of daily living" OR "daily living activit*" OR "physical exercise" OR "exercise therap*" OR "nutrition therap*" OR "nutrition management" OR physiotherap* OR "physical therap*" OR "strength training" OR "aerobic exercise" OR "neuromotor rehabilitation" OR "falls prevention*" OR "balance function*" OR	112497

		"physical activit*" OR "physical function*" OR ambulation OR "selfcare" OR walk* OR running):ti,ab,kw OR (ADL):ti	
9.		7 OR 8	122317
10.	Mesh FT/TI, AB, KW	MeSH descriptor: [Rehabilitation] this term only OR (rehabilitation):ti,ab,kw	49474
11.		9 AND 10	49474
12.		3 AND 6 AND 11	1975
13.	Mesh FT/TI, AB, KW	"Costs and Cost Analysis"[Mesh] OR "Markov Chains"[Mesh] OR "Computer Simulation"[Mesh] OR "Quality-Adjusted Life Years"[Mesh] OR "Models, Economic"[Mesh] OR "Resource Allocation"[Mesh] OR "economics"[Subheading] OR cost*[tiab] OR utilit*[tiab] or QALY [tiab] OR quality adjusted life year*[tiab] OR economic*[ti] OR budget impact[tiab] OR resource*[ti] OR financ*[tiab] OR pric*[ti] OR willingness to pay[tiab] OR resource utilisation[tiab] OR resource utilization[tiab] OR markov chain*[tiab]	65225
14.		12 AND 13	325
15.	Mesh	MeSH descriptor: [Asia] explode all trees OR MeSH descriptor: [Asia] explode all trees OR MeSH OR MeSH descriptor: [Latin America] explode all trees OR MeSH descriptor: [United States] explode all trees	
16.		14 NOT 15 Avgränsning: trials, year first published 2005 -	235

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Databas: HEK-databaser **Databasleverantör:** NIHR, CEVR, INAHTHA **Datum:** 2020-11-16

Ämne: Hälsoekonomiska effekter av rehabilitering för äldre personer inom kommunal hälso- och sjukvård

Sökning gjord av: Lisa

På uppdrag av: Malin Åman

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
CRD Database/NIHR, Centre for Reviews and Disseminations 2020-11-17			
1.	Mesh	Residential Facilities EXPLODE ALL TREES	274
2.	Mesh	Home Care Services EXPLODE ALL TREES	516
3.	Mesh	Assisted Living Facilities EXPLODE ALL TREES	4
4.	Mesh	Group Homes EXPLODE ALL TREES	7
5.	Mesh	Independent Living EXPLODE ALL TREES	24
6.	FT/TI	(rehabilitation* OR reablement* OR restorative):TI	176
7.		1 – 5 OR	793
8.		6 AND 7 Assessed economic evaluations, HTA published, HTA in progress. Från 2005 – Obs! Databasen uppdateras inte efter 2015	22

HTA database/ The International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)

9.	Mesh/FT	(ResidentialFacilities)[mh] OR (Home Care Services) [mh] OR (Assisted Living Facilities) [mh] OR (Group Homes) [mh] OR (Independent Living) [mh] AND (rehabilitation* OR reablement* OR restorative)[Title] Avgränsat till Sweden, Norway, Finland, Denmark, Australia, New Zealand, United Kingdom FROM 2005 TO 2020	4 (2)
----	---------	---	-------

ProQuest databaser:

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2020-11-18

Ämne: Kunskapsstöd till kommunal hemsjukvård gällande rehabilitering. Hälsoekonomiska effekter av rehabilitering för vuxna inom kommunal hälso- och sjukvård

Sökning gjord av: Cecilia/Lisa

På uppdrag av: Malin Åman

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref**)
PubMed 1 (AND Rehabiliteration på hela sökblock 4):			
1.	Mesh/FT	"Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh] OR Aging[Mesh] OR "Adult"[Mesh] OR adult*[tiab] OR middle age*[tiab] OR ageing[tiab] OR aging[tiab] OR elder*[tiab] OR older person*[tiab] OR old person*[tiab] OR older patient*[tiab] OR old patient*[tiab] OR older women[tiab] OR old women[tiab] OR older men[tiab] OR old men[tiab] OR old adult*[tiab] OR older adult*[tiab] OR older individual*[tiab] OR old people[tiab] OR older people[tiab] OR old patient*[tiab] OR older patient*[tiab] OR "Chronic Disease"[Mesh] OR chronic disease*[tiab] OR disabled*[tiab]	442,184
2.	Mesh/FT	"Residential Facilities"[Majr:NoExp] OR "Assisted Living Facilities"[Majr] OR "Group Homes"[Majr] OR "Homes for the Aged"[Majr] OR "Home Care Services"[Mesh] OR "Independent Living"[Mesh] OR assisted living facilit*[tiab] OR assisted living residen*[tiab] OR community- dwelling[tiab] OR residential facilit*[tiab] OR old age home*[tiab] OR homes for the aged[tiab] OR home for the aged[tiab] OR homes for the elderly[tiab] OR home for the elderly[tiab] OR community residence*[tiab] OR senior group dwelling*[tiab] OR senior group home*[tiab] OR senior group living*[tiab] OR residential home*[tiab] OR residential care home*[tiab] OR nursing home*[tiab] OR retirement home*[tiab] OR care home*[tiab] OR geriatric home*[tiab] OR institutional care[tiab] OR extended care facilit*[tiab] OR home residen*[tiab] OR home-dwelling[tiab] OR home-based[tiab] OR independent living[tiab] OR home care*[tiab] OR home-care*[tiab] OR domiciliary care[tiab] OR resident*[ti] OR home*[ti] OR home help service*[tiab]	248,531
3.		1 AND 2	17,621
4.	Mesh/FT	"Rehabilitation"[Mesh:NoExp] OR "Activities of Daily Living"[Mesh] OR "Recovery of Function"[Mesh] OR "Exercise Therapy"[Mesh] OR "Occupational Therapy"[Mesh] OR "Nutrition Therapy/methods"[Mesh:NoExp] OR "Exercise"[Mesh:NoExp] OR "Accidental Falls/prevention and control"[Mesh] OR Reablement[tiab] OR re-ablement[tiab] OR restorative care[tiab] OR restorative home support[tiab] OR Restorative approach*[tiab] OR rehabilitation[tiab] OR rehabilitate*[tiab] OR home occupational therap*[tiab] OR home physical therap*[tiab] OR daily activit*[tiab] OR activity of daily living[tiab] OR daily living activit*[tiab] OR ADL[ti] OR physical exercise[tiab] OR exercise therap*[tiab] OR nutrition therap*[tiab] OR nutrition management[tiab] OR physiotherap*[tiab] OR physical therap*[tiab] OR strength training[tiab] OR aerobic exercise[tiab] OR neuromotor rehabilitation[tiab] OR falls prevention*[tiab] OR	176,415

	balance function*[tiab] OR physical activit*[tiab] OR physical function*[tiab] OR ambulation[tiab] OR self care[tiab] OR walk*[tiab] OR running[tiab] AND ("Rehabilitation"[Mesh:NoExp] OR rehabilitation[tiab])	
5.	3 AND 4	1,059
6.	"Costs and Cost Analysis"[Mesh] OR "Markov Chains"[Mesh] OR "Computer Simulation"[Mesh] OR "Quality-Adjusted Life Years"[Mesh] OR "Models, Economic"[Mesh] OR "Resource Allocation"[Mesh] OR "economics"[Subheading] OR cost*[tiab] OR utilit*[tiab] or QALY[tiab] OR quality adjusted life year*[tiab] OR economic*[ti] OR budget impact[tiab] OR resource*[ti] OR financ*[tiab] OR pric*[ti] OR willingness to pay[tiab] OR resource utilisation[tiab] OR resource utilization[tiab] OR markov chain*[tiab]	1,518,509
7.	5 AND 6	198
8.	"Asia"[MeSH] OR "Africa"[MeSH] OR "Latin America"[MeSH] OR "United States"[MeSH]	2,446,022
9.	7 NOT 8	156
10.	letter[pt] OR editorial[pt] OR historical article[pt] OR protocol[tiab] OR "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	2,669,456
11.	9 NOT 10	130
12.	11 AND English, Swedish, Danish, Norwegian AND Publication date from 2005-	73 (0 efter dubblettrensning i EndNote)
13.	PubMed2 (AND Rehabilitation endast i sökblock 15):	
14.	"Rehabilitation"[Mesh:NoExp] OR "Activities of Daily Living"[Mesh] OR "Recovery of Function"[Mesh] OR "Exercise Therapy"[Mesh] OR "Occupational Therapy"[Mesh] OR "Nutrition Therapy/methods"[Mesh:NoExp] OR "Exercise"[Mesh:NoExp] OR "Accidental Falls/prevention and control"[Mesh] OR Reablement[tiab] OR re-ablement[tiab] OR restorative care[tiab] OR restorative home support[tiab] OR Restorative approach*[tiab] OR rehabilitation[tiab] OR rehabilitate*[tiab] OR home occupational therap*[tiab] OR home physical therap*[tiab]	469,340
15.	("Activities of Daily Living"[Mesh] OR daily activit*[tiab] OR activity of daily living[tiab] OR daily living activit*[tiab] OR ADL[ti] OR physical exercise[tiab] OR exercise therap*[tiab] OR nutrition therap*[tiab] OR nutrition management[tiab] OR physiotherap*[tiab] OR physical therap*[tiab] OR strength training[tiab] OR aerobic exercise[tiab] OR neuromotor rehabilitation[tiab] OR falls prevention*[tiab] OR balance function*[tiab] OR physical activit*[tiab] OR physical function*[tiab] OR ambulation[tiab] OR selfcare[tiab] OR walk*[tiab] OR running[tiab]) AND ("Rehabilitation"[Mesh:NoExp] OR rehabilitation[tiab])	37,954

16.	14 OR 15	469,340
17.	3 AND 16 AND 6	845
18.	17 NOT 8 NOT 10	502
19.	18 AND English, Swedish, Danish, Norwegian AND Publication date from 2005-	344

ProQuest databaser:

*) DE= Kontrollerade ämnesord från ASSIA:s thesaurus. KW=Fritexttermer som söks samtidigt i Title (TI), Abstract (AB), Descriptor (DE), och Identifier (ID) fälten. FT = Fritextterm/er.

Cochrane library:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Ebsco databaser:

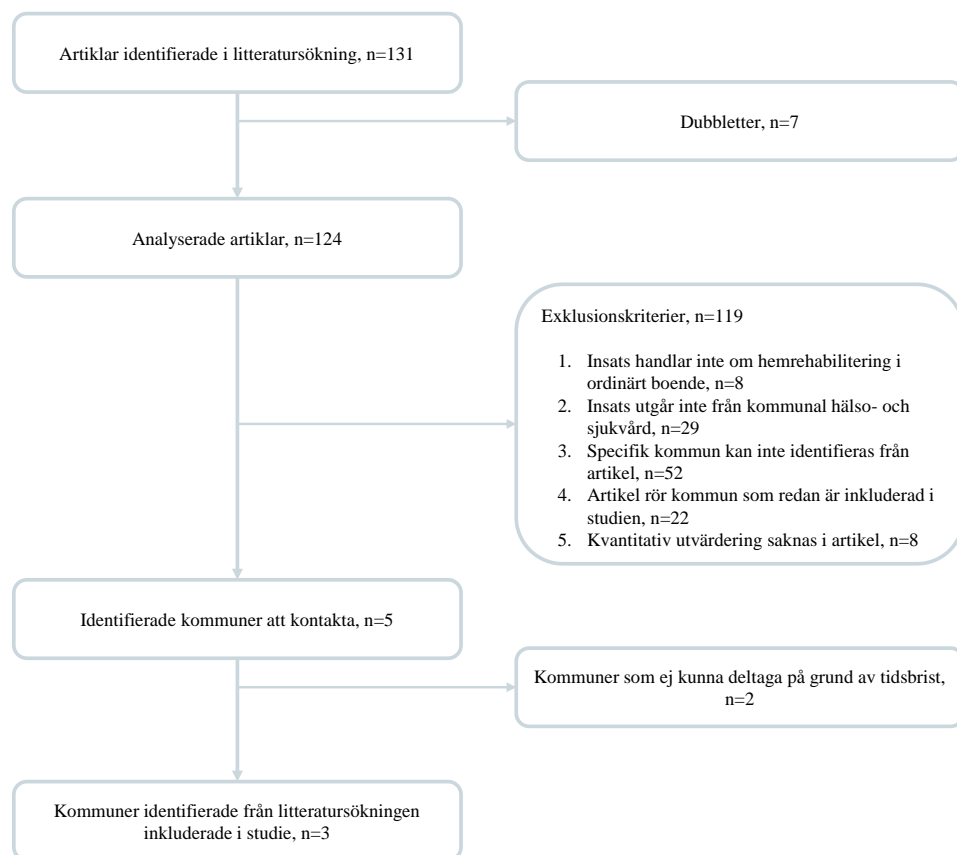
*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter [systematic[sb]], alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i titel- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Bilaga 2.1 Systemisk litteratursökning i grå litteratur



Databas: Swepub, DiVa, Mediearkivet, Infosök, Google samt webbsidor

Databasleverantör: se nedan Datum: 2021-12-10

Ämne: Rehabilitering i hemmet – hälsoekonomiska utvärderingar (grå litteratur)

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
Swepub (KB)			
1.	FT	(hemrehab* OR "rehabilitering i hemmet" OR "home rehab*" OR home-rehab* OR homerehab* OR "restorative home support" OR "home occupational therap*" OR "home phsysical therap*" OR "home nutrition therap*") SAME (hälsoekonom* OR ekonom* OR effekt* OR kostnad* OR budget* OR utvärder* OR QALY OR cost* OR health-economic* OR economic* OR evaluation* OR "quality-adjusted life years" OR QALY OR "Incremental cost effectiveness ratio" OR ICER)	49
2.	FT	(rehab* OR fysioterap* OR sjukgymnast* OR arbetsterap* OR dietist* OR logoped* OR talterap* OR talpedagog* OR dietist* OR nutrit* OR reablement OR restorative OR physiotherap* OR "physical therap*" OR "nutrition therap*" OR "nutrition management" OR "nutrition program*" OR "daily activities" OR "daily living activities" OR "activity of daily living" OR ADL OR "falls prevention") SAME (hembaserad* OR hemmet* OR hemmiljö* OR hemsjukvård* OR hemtjänst* OR "särskilt boende" OR "home care services" OR homecare OR home-care OR "domiciliary care" OR home-based OR "home setting*") SAME (hälsoekonom* OR ekonom* OR effekt* OR kostnad* OR budget* OR utvärder* OR QALY OR cost* OR health-economic* OR economic* OR evaluation* OR "quality-adjusted life years" OR QALY OR "Incremental cost effectiveness ratio" OR ICER)	15
DiVa/deldatabas forskningspublikationer (DiVa-konsortiet)			
3.		FRITEXT: hemrehab*	
4.		FRITEXT: rehab* AND hem	
5.		TITEL: ("home rehab*" OR home-rehab* OR homerehab*) AND TITEL: (cost* OR economic)	
6.		TITEL: ("home rehab*" OR home-rehab* OR homerehab*) AND TITEL: (evaluation)	
7.		3 – 6 OR	8
Mediearkivet (Retriever)			
8.		(hemrehab* OR "rehabilitering i hemmet") AND (ekonom* OR kostnad* OR utvärdering* OR ekonom* OR effekt*) Källor: Dagens Nyheter, Dagens Medicin, Läkartidningen, Dagens Samhälle Sökning från 2000-	26
Infosök			
9.		(hemrehab* OR "rehabilitering i hemmet") AND (ekonom* OR kostnad* OR utvärdering* OR ekonom* OR effekt*) Publikationsår 2000 –	4
10.		TI (hemrehab* OR "rehabilitering i hemmet") OR AB (hemrehab* OR "rehabilitering i hemmet") Publikationsår 2000 –	20
Google			

11. (rehab * AND hem *) OR hemrehab* AND (utvärder *
OR kostnad* OR hälsoek*) AND kommun* 2000.. **25**

Myndigheter och institutioner (besökta hemsidor)

Exempel på sökord : hemrehab* ; "rehabilitering i hemmet" ; rehabilitering ; hem ; utvärder * ; kostnad* ; hälsoek*

12.	Sveriges kommuner och regioner	2
13.	Inspektionen för vård och omsorg	1
14.	Socialstyrelsen	1
15.	Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU	2
16.	Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)	1

Bilaga 2.2 Ekonomiska utvärderingar i studerade kommuner

Kommun (år)	Utvärderingstid (mättid per individ) ¹³	Insats	Målgrupp	Antal deltagare	Används kontrollgrupp?	Statistisk signifikanta resultat?	Snittkostnad för hemrehabilitering per individ ¹⁴	Minskad kostnad för kommunal omsorg ¹⁵ per individ med hemrehabilitering jämfört med individer som inte fått insatsen (12 månader)	Besparing av kommunala resurser per individ med hemrehabilitering (12 månader)	Kommentar	Källa
Borås (2007–2009)	Specificeras ej	Användning av utvalda bedömningsinstrument och upprättande av en hemrehabiliteringsplan utifrån patientens egna mål. Arbets terapeut och	Patienter äldre än 65 år som omfattas av kommunens hälso- och sjukvård, har ett nytt eller förändrat rehabiliteringsbehov, har eller planeras få hem-	7	Nej	Inget statistiskt test	3 571 kr	82 286 kr (endast hemtjänst)	78 715 kr	I utvärderingen ingick 91 individer, men endast i en kommun del gjordes en ekonomisk analys.	[1]

¹³ I de fall utvärderingstiden är kortare än 12 månader har resultaten extrapolerats genom att de resultat som redovisades vid den sista mätningen antagits vara konstanta till 12 månader efter mätningarna början.

¹⁴ Anger den totala kostnaden för hemrehabiliteringsinsatserna dividerat med antalet individer som omfattas av insatserna. Varje individ tar del av insatserna under en begränsad tid, i regel 4–10 veckor, men då inte alla individer får insatser samtidigt anges de totala kostnaderna för hemrehabiliteringsteamet för hela den period som studien pågår (så länge någon individ i studien får insatser). Alla kostnader anges i nominella termer, det vill säga ej uppräknade till dagens priser. Det innebär att underliggande timkostnader för de olika insatserna generellt är lägre ju längre bak i tiden en insats genomförts.

¹⁵ I kommunal omsorg inkluderas kostnader för hemtjänst samt särskilt boende och i vissa fall korttidsboende

Kommun (år)	Utvärderingstid (mättid per individ) ¹³	Insats	Målgrupp	Antal deltagare	Används kontrollgrupp?	Statistisk signifikanta resultat?	Snittkostnad för hemrehabilitering per individ ¹⁴	Minskad kostnad för kommunal omsorg ¹⁵ per individ med hemrehabilitering jämfört med individer som inte fått insatsen (12 månader)	Besparing av kommunala resurser per individ med hemrehabilitering (12 månader)	Kommentar	Källa
		sjukgymnast har ett nära samarbete vad gäller planering, insatser och uppföljning	tjänstinsatser alternativt vårdas av närstående, har förutsättningar att efter hemrehabilitering bli mer självständig i vardagen, vara motiverade eller kunna motiveras samt förstå instruktioner								
Eskilstuna (2015-2019)	12 månader	Insatsen bedrivs av ett intraprofessionellt team som arbetar intensivt och målinriktat. Vardagsträning och aktiviteter i dagliga livet är ett stort fokus.	Brukare med beslut om personlig omvårdnad för första gången samt brukare som av teamet i ordinarie hemtjänst bedöms ha rehabiliteringspotential	120-140 (IHR 1)	Ja (kontrollgruppen fick sedvanlig hemtjänst)	Ja	25 800 kr	1 15 007 kr (IHR 1)	89 207 kr (IHR 1)		Uppgifter från Eskilstuna kommun (2021)

Kommun (år)	Utvärderingstid (mättid per individ) ¹³	Insats	Målgrupp	Antal deltagare	Används kontrollgrupp?	Statistisk signifikanta resultat?	Snittkostnad för hemrehabilitering per individ ¹⁴	Minskad kostnad för kommunal omsorg ¹⁵ per individ med hemrehabilitering jämfört med individer som inte fått insatsen (12 månader)	Besparing av kommunala resurser per individ med hemrehabilitering (12 månader)	Kommentar	Källa
			Brukare med demens, livshotande sjukdom eller allvarlig psykisk diagnos exkluderades								
Gotland (2014–2015)	Rehabtid (3–9 veckor) + 3 månader	Hembesök av arbetsterapeut och fysioterapeut där deltagarens funktionsnivå, aktivitetsförmåga samt upplevda hälsa kartläggs. Därefter upprättas en rehabiliteringsplan med deltagarens mål och behov. Därefter	67–96 år som råkat ut för falltrauma med eller utan benbrott, neurologiska skador eller amputation av extremitet eller infektioner.	37	Nej	Inget statistiskt test	48 649 kr	-	-	Antal hemtjänsttimmar per vårdtagare vid start och avslut redovisas, vilket innebär att det med hjälp av en schablonkostnad skulle gå att räkna fram en besparing under själva insatsen (3–9 veckor), som sedan kan användas för att beräkna besparing 12 månader efter avslutad insats (om antagande att effekten håller i sig i 12 månader).	[6]

Kommun (år)	Utvärderingstid (mättid per individ) ¹³	Insats	Målgrupp	Antal deltagare	Används kontrollgrupp?	Statistisk signifikanta resultat?	Snittkostnad för hemrehabilitering per individ ¹⁴	Minskad kostnad för kommunal omsorg ¹⁵ per individ med hemrehabilitering jämfört med individer som inte fått insatsen (12 månader)	Besparing av kommunala resurser per individ med hemrehabilitering (12 månader)	Kommentar	Källa
		sker en intensiv rehabiliteringsperiod i deltagarens hem och närmiljö									
Jönköping (2018)	Rehabtid (genomsnitt 10 veckor) + 2 månader	Utökad hemrehabilitering	Alla brukare i ordinärt boende	84	Ja (retrospektiv kontrollgrupp framtagen via journalgranskning där individerna har hemtjänst samt vanliga rehabiliteringsinsatser)	Ja (mellan start och avslut) Nej (vid uppföljning 2 månader efter insats avslutas)	71 000 kr	-	-	Jämförelse med kontrollgrupp gäller enbart totalt antal beviljade hemtjänsttimmar per brukare, dvs inte kostnaderna för detta. Skillnaden mellan grupperna i minskning av antal hemtjänsttimmar är statistiskt signifikant mellan start och avslut av insatsen, men inte vid uppföljning 2 månader efter avslutad insats. Ca en tredjedel av hemrehabiliteringsteamets	[7]

Kommun (år)	Utvärderingstid (mättid per individ) ¹³	Insats	Målgrupp	Antal deltagare	Används kontrollgrupp?	Statistisk signifikanta resultat?	Snittkostnad för hemrehabilitering per individ ¹⁴	Minskad kostnad för kommunal omsorg ¹⁵ per individ med hemrehabilitering jämfört med individer som inte fått insatsen (12 månader)	Besparing av kommunala resurser per individ med hemrehabilitering (12 månader)	Kommentar	Källa
										arbetstid lades på annat än de 84 brukarna. Hela kostnaden belastar dock hemrehabiliteringsinsatserna (teamet nyttjades inte fullt ut). Kommunen redovisar inte eventuella kostnadsbesparingar för de 84 brukare som fick hemrehabiliteringsinsatser under 2018.	
Kävlinge (2004–2006)	Rehabtid (5–10 veckor) + 6 månader	Vardagsrehabilitering i hemmet där vårdtagaren är delaktig i målplanering och rehabiliteringsprocessen	Fyra kriterier behövde vara uppfyllda för att erhålla hemrehabilitering: vårdtagaren ska vara villig att genomgå hemrehabilite-	72	Ja (personer med hemtjänst som inte genomgått hemrehabilite-	Ja	32 000 kr	-	103 302 kr (extrapolerad)	Kävlinge redovisar enbart besparingar för en 6-månadersperiod. Uppgiften för 12 månader är extrapolerad utifrån besparingen under 6-månadersperioden. Kommunen gjorde även en analys där man ökade kostnaderna för	[10]

Kommun (år)	Utvärderingstid (mättid per individ) ¹³	Insats	Målgrupp	Antal deltagare	Används kontrollgrupp?	Statistisk signifikanta resultat?	Snittkostnad för hemrehabilitering per individ ¹⁴	Minskad kostnad för kommunal omsorg ¹⁵ per individ med hemrehabilitering jämfört med individer som inte fått insatsen (12 månader)	Besparing av kommunala resurser per individ med hemrehabilitering (12 månader)	Kommentar	Källa
			ringsprogrammet, vårdtagaren ska ha behov av funktionshöjning, vårdtagaren ska kunna tillgodogöra sig instruktioner samt att vårdgivaren ska kunna larma		ring. Antagande görs att grupperna är jämförbara, framgår dock ingen mer ingående förklaring på vilket sätt grupperna är jämförbara. I kontrollgruppen återfinns ofta vårdtagare i					hemrehabiliteringen med 100%, vilket gav en besparing på 33 000 kr per vårdtagare och 6-månadersperiod	

Kommun (år)	Utvärderingstid (mättid per individ) ¹³	Insats	Målgrupp	Antal deltagare	Används kontrollgrupp?	Statistisk signifikanta resultat?	Snittkostnad för hemrehabilitering per individ ¹⁴	Minskad kostnad för kommunal omsorg ¹⁵ per individ med hemrehabilitering jämfört med individer som inte fått insatsen (12 månader)	Besparing av kommunala resurser per individ med hemrehabilitering (12 månader)	Kommentar	Källa
					korttidsboende)						
Ljungby (2009)	3 månader (från start)	Hemrehabilitering där vårdtagaren var delaktig i att sätta upp mål tillsammans med arbetsterapeut och sjukgymnast	Personer som är 65 år och äldre med ett fortsatt rehabiliteringsbehov till följd av skada/sjukdom, efter vård på sjukhus alternativt vistelse på korttidsboende eller ett nytillkommet rehabiliteringsbehov bedömt av distriktsläkare	32	Nej	Inget statistiskt test	55 833 kr	171 101 kr	115 267 kr	Vårdtagare fick hemrehabilitering i genomsnitt i 96 dagar. Beräkningarna utgår från att effekterna kvarstår 12 månader efter påbörjad insats	[11]
Västerås (2018)	Rehabtid (max 10 veckor) +	Teambaserad rehabilitering i den enskildes	Följande kriterier behövde vara uppfyllda för att insatsen:	37	Nej	Inget statistiskt test	189 189 kr	210 811 kr	21 622 kr	Kommunen uppger svårigheter med att rekrytera brukare till insatsen, vilket gjorde	[14]

Kommun (år)	Utvärderingstid (mättid per individ) ¹³	Insats	Målgrupp	Antal deltagare	Används kontrollgrupp?	Statistisk signifikanta resultat?	Snittkostnad för hemrehabilitering per individ ¹⁴	Minskad kostnad för kommunal omsorg ¹⁵ per individ med hemrehabilitering jämfört med individer som inte fått insatsen (12 månader)	Besparing av kommunala resurser per individ med hemrehabilitering (12 månader)	Kommentar	Källa
	3 månader	hem och närmiljö efter vistelse på sjukhus eller korttidsplats efter en ny sjukdom eller skada	bo i ordinärt boende, ha en nyfyllkommen sjukdom och/eller skada, ha ett omvårdnadsbehov, vara motiverad, kunna tillgodogöra sig information och instruktioner, kunna vara ensam och påkalla hjälp, ha förutsättningar att efter avslutad träningsperiod bibehålla eller förbättra aktivitets- och funktionsförmågan.							att teamet var undernyttjat. Kommunen beräknar att teamet har kapacitet att rehabilitera 65 personer per år. Vid 65 personer under året beräknar kommunen att man hade sparat 55 385 kr per brukare och år. Kriterierna för att få insatsen har justerats under projektiden utifrån erfarenheter om vilken målgrupp som bäst kunnat tillgodogöra sig rehabiliteringen.	

Kommun (år)	Utvärderingstid (mättid per individ) ¹³	Insats	Målgrupp	Antal deltagare	Används kontrollgrupp?	Statistisk signifikanta resultat?	Snittkostnad för hemrehabilitering per individ ¹⁴	Minskad kostnad för kommunal omsorg ¹⁵ per individ med hemrehabilitering jämfört med individer som inte fått insatsen (12 månader)	Besparing av kommunala resurser per individ med hemrehabilitering (12 månader)	Kommentar	Källa
Växjö (2009)	3 månader (från start)	Tidsbegränsad rehabilitering i hemmet	65 år och äldre som är i behov av rehabilitering efter nyfyllkommen sjukdom/skada	39	Nej	Inget statistiskt test	57 097	189 546 kr	132 449 kr	Vårdtagarna fick hemrehabilitering i genomsnitt i 35 dagar. Beräkningarna utgår från att effekterna kvarstår 12 månader efter påbörjad insats	[11] ¹⁶

¹⁶ I samtliga kommuner har insatserna huvudsakligen omfattat tidsbegränsade rehabiliteringsinsatser, ibland kallat intensiv hemrehabilitering. Det är dock inte alla studerade kommuner som använder detta begrepp

Bilaga 2.3 Hemrehabiliteringsinsatsens inverkan på behov av hemtjänst och boendeformer

Kommun (år)	Behov av hemtjänst		Behov av korttidsboende el. särskilt boende	
	Analysmetod	Resultat	Analysmetod	Resultat
Borås (2007–2009)	Räknade om insparad hemtjänsttid till kronor i en kommunedel (7 patienter). Antalet hemtjänsttimmar registrerades före insatsen och i samband med att den avslutades	Besparing på 48 000 kr per månad (576 000 kr per år) för hela gruppen	Ej analyserat	-
Enköping (2016–2018)	Ej analyserat	-	Mätte endast den totala efterfrågan på korttidsboende i kommunen (inte specifikt för de som fick hemrehabilitering).	Mellan 2015 och 2016 (då projektet Trygg hemgång påbörjades) minskade antalet vårdtagare som gick från slutenvård till korttidsboende från 161 till 116
Eskilstuna (2015–2019)	Mätte antalet hemtjänsttimmar vid flera tidpunkter för de som fick hemrehabilitering samt för en kontrollgrupp	Statistiskt signifikant minskning av hemtjänstbehov hos vissa åldersgrupper, jämfört med kontrollgrupp: 65–75 år: 104 timmar per vårdtagare och månad vid start, 10 timmar efter 90 dagar, 6 timmar efter 365 dagar. Kontrollgrupp: 64 timmar vid start, 37 timmar efter 90 dagar, 45 timmar efter 365 dagar	Mätte behovet av särskilt boende för de vårdtagare som avslutade hemtjänstinsatser. Men då man inte kopplade detta till en specifik tidsperiod går det inte att dra några slutsatser för hela grupperna som fått hemrehabilitering eller för hela kontrollgruppen.	Av de som avslutar hemtjänstinsatser är andelen vårdtagare som är i behov av en plats på ett särskilt boende statistiskt signifikant lägre hos de som fått hemrehabilitering jämfört med kontrollgruppen. Men detta resultat är inte applicerbart på alla vårdtagare utan gäller bara för gruppen som avslutat hemtjänstinsatser.

Kommun (år)	Behov av hemtjänst		Behov av korttidsboende el. särskilt boende	
	Analysmetod	Resultat	Analysmetod	Resultat
		85-95 år: 92 timmar per vårdtagare och månad vid start, 24 timmar efter 90 dagar, 20 timmar efter 365 dagar. Kontrollgrupp: 60 timmar vid start, 28 timmar efter 90 dagar, 38 timmar efter 365 dagar		
Gotland (2014-2015)	Mätte antalet hemtjänsttimmar per vårdtagare vid insatsens start och avslut.	Det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar per vårdtagare och vecka minskade från 18,6 vid insatsens början till 10,8 vid insatsens avslut	Ej analyserat	-
Jönköping (2018)	Mätte andelen vårdtagare med behov av hemtjänst vid 3 tillfällen: vid insatsens början, avslut (i genomsnitt efter 10 veckor) och 2 månader efter avslutad insats. Både vårdtagare som fått hemrehabilitering och en kontrollgrupp som inte fått insatserna ingick i utvärderingen	En minskning av det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar per vårdtagare och månad under tiden insatsen pågick med 45% för de som fått hemrehabilitering (från 39,6 timmar till 21,6 timmar) och med 23% (från 37,5 timmar till 28,8 timmar) för de som fick ordinarie hemtjänstinsatser (kontrollgrupp) Detta är en statistiskt säkerställd skillnad. 18 veckor efter att hemrehabiliteringsinsatserna avslutats hade antalet hemtjänsttimmar minskat med totalt 53% (till 18,6 timmar) för hemrehabiliteringsgruppen. Hos kontrollgruppen var den totala minskningen nu 35% (till 24,3 timmar). Denna skillnad mellan grupperna är dock inte statistiskt säkerställd	Analyserade behov av korttidsboende och särskilt boende, men redovisar inga data då man ej kan visa på samband mellan insatser och minskat behov på grund av för få vårdtagare i grupperna.	-

Kommun (år)	Behov av hemtjänst		Behov av korttidsboende el. särskilt boende	
	Analysmetod	Resultat	Analysmetod	Resultat
Kalmar (2010-2021)	Uppskattade minskningen i antal hemtjänsttimmar mellan insatsens början och avslut för de som fått hemrehabilitering mellan 2010 och 2021. Använder en beräkningsnyckel som man tagit fram själva och kalibrerat med motsvarande nycklar som tagit fram andra kommuner. Med hjälp av denna nyckel omvandlade kommunen olika nivåer i ADL-trappan till hemtjänsttimmar,	Uppskattar att behovet av hemtjänsttimmar sammantaget under perioden minskar med i genomsnitt 26 procent från det att insatsen inleds till den uppföljande bedömningen när insatsen avslutats. Minskningen varierar från år till år, men under sju av de studerade åren minskar behovet av hemtjänsttimmar med mellan 23 och 28 procent.	Har analyserat, men redovisar ej data	-
Kävlinge (2004-2006)	Mätte antalet hemtjänsttimmar för de som fick hemrehabilitering vid 5 tillfällen: insatsens början, efter 2 veckor, vid insatsens avslut, 2 månader efter insatsens avslut och 6 månader efter insatsens avslut.	Antalet hemtjänsttimmar per vårdtagare och vecka minskade för de som fått hemrehabilitering från 11,4 vid insatsens början till 3,9 vid insatsens avslut och 5,4 efter 6 månader.	Ingår i analysen, men särredovisas ej	-
Ljungby (2009)	Mätte antalet hemtjänsttimmar per vårdtagare och vecka vid 2 tillfällen: vid insatsens början och 3 månader efter påbörjad insats	Det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar per vårdtagare och vecka (median) minskade från 12,6 vid insatsens början till 4,4 efter tre månader	Behovet av korttidsboende eller särskilt boende bedömdes genom att biståndshandläggare fick ange vad alternativet för vårdtagaren hade varit om inte hemrehabilitering funnits	7 av 32 vårdtagare som fick hemrehabilitering har klarat sig utan 21 dagars korttidsboende tack vare insatsen. En vårdtagare har klarat sig utan särskilt boende.
Sundsvall (2015)	Mätte andelen vårdtagare med behov av hemtjänst vid 3 tillfällen: start, efter 2-3 veckor, efter 3 månader.	Efter 2-3 veckor hade 20% av vårdtagarna inte längre något hemtjänstbehov, medan 20% hade ett minskat behov. Efter 3 månader hade 36% av de kvarvarande vårdtagarna inte längre	Mätte behov av korttidsboende, men redovisar inte hur	9 av de 27 vårdtagare som ingick i projektet var aktuella för korttidsboende. Efter kontakt med Trygg hemma-teamet valde 4 av brukarna att inte ansöka om korttidsplats.

Kommun (år)	Behov av hemtjänst		Behov av korttidsboende el. särskilt boende	
	Analysmetod	Resultat	Analysmetod	Resultat
		något behov av hemtjänst, medan ytterligare 36% hade ett minskat behov		
Svedala (2007-2009)	Mätte antalet hemtjänsttimmar per vårdtagare vid 3 tillfällen: start, efter 2 veckor, efter 3 månader	Det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar per vårdtagare och månad var 31,1 vid insatsens början, vilket sedan minskade med 38% till 19,1 timmar efter tre månader.	Mätte behov av korttidsboende, men redovisar inte hur	Redovisar inga data men konstaterar att fler patienter gick hem till eget boende från korttidsavdelningen 2009 än 2008 (då projektet inleddes)
Västerås (2018)	Mätte antalet hemtjänsttimmar per vårdtagare vid 3 tillfällen: start, utskrivning, 3 månader efter avslutad insats	Det genomsnittliga behovet av hemtjänst minskade med 40,5 timmar per vårdtagare och månad mellan inskrivning och utskrivning och minskade sedan med ytterligare en timme efter tre månader	Har minskad tid på korttidsboende som effektmål, men har inte hittat något sätt att mäta och analysera detta.	-
Växjö (2009)	Mätte antalet hemtjänsttimmar per vårdtagare och vecka vid 2 tillfällen: vid insatsens början och 3 månader efter påbörjad insats	Det genomsnittliga antalet hemtjänsttimmar per vårdtagare och vecka (median) minskade från 13,5 vid insatsens början till 3,5 efter tre månader	Behovet av korttidsboende eller särskilt boende bedömdes genom att biståndshandläggare fick ange vad alternativet för vårdtagaren hade varit om inte hemrehabilitering funnits	10 av 32 vårdtagare som fick HR har klarat sig utan 21 dagars korttidsboende tack vare insatsen. En vårdtagare har klarat sig utan särskilt boende.
Östersund (2015)	Uppskattade minskningen i antal hemtjänsttimmar mellan insatsens början och avslut för de som fått hemrehabilitering under våren 2015. Använder en beräkningsnyckel som man tagit fram själva	För personer som fått hemrehabilitering minskade det genomsnittliga antalet beviljade hemtjänsttimmar per vecka från 6,3 till 6,0.	Ej analyserat	-

Bilaga 2.4 Bedömningsinstrument för aktivitets- och funktionsförmåga och upplevt hälsotillstånd

Bland de kommuner som ingått i sammanställningen har följande bedömningsinstrument använts. Socialstyrelsen har inte gjort någon värdering av bedömningsinstrumenten och de redovisas i bokstavsordning

	Bedömningsinstrument	Förklaring
Aktivitets- och funktionsförmåga	ADL-taxonomin	Aktivitetsförmågan beskrivs för tolv aktiviteter (med tillhörande delaktiviteter), som kan anses vara generella för de flesta och som utgör en bas för funktion i det dagliga livet. [30]
	ADL-trappa	Behovstrappan inom aktivitetsområdet ADL, bygger på fyra trappsteg: personlig, instrumentell, i samhället, och fritt valda aktiviteter. Varje trappsteg anger såväl omfattning som eventuella avgränsningar [31].
	COPM	Respondenten får under en intervju ange betydelsefulla aktiviteter när det gäller dagliga aktiviteter, produktivitet och fritid. Respondenten får sedan skatta sin kapacitet att utföra de mest betydelsefulla aktiviteterna, samt hur tillfredsställd hen är med sitt utförande av dem. (1)
	Sunnaas ADL-index	Indexet består av 12 aktiviteter som graderas efter en skala från 0–3. Där 2 och 3 innebär att vårdtagaren klarar sig utan personhjälp och 0 och 1 är avhängigt av andra personer för vårdtagaren. [32]
	GMF- Generell Motorisk Funktionsbedömning	GMF är ett screeninginstrument för identifiering och kvantifiering av problem relaterade till vardagsmotorik hos framför allt äldre personer. GMF innefattar tre funktionsrelaterade aspektskalor: hjälpberoende, smärta och otrygghet [33].
Upplevd fysisk eller psykisk hälsa	SPPB	Mäter funktionen i nedre extremitet hos framför allt äldre personer. Mätinstrumentet består av tre delmoment; balans, gång och ett uppresningsmoment [34].
	SF-12 Standard Swedish version 1.0	Utvecklat som ett mindre omfattande alternativ till verktyget SF-36. Resultaten från SF-12 korrelerar i mycket hög grad (90%) med resultaten i verktyget SF-36. [35] SF-12 är ett självskattningsinstrument med 12 frågor och är indelat i två dimensioner, fysisk och psykisk hälsa. Instrumentet belyser upplevelse av fysisk och psykisk funktion i dagsläget, för fyra veckor sedan och ett år tillbaka. [36]
	GP-CORE	Mäter psykiskt välbefinnande med 14 påståenden som är särskilt valda för att accepteras av personer i grupper som inte har kontakt med psykiatri. Påståendena tar upp subjektivt välbefinnande, emotionella problem och tillfredsställelse med social funktionsförmåga [37].
	EQ-5D/EQ-5D-5L	Instrumentet består av två delar och mäter hälsorelaterad livskvalitet, oavsett sjukdomsbild. Instrumentet mäter det allmänna hälsotillståndet inom fem dimensioner och finns i två versioner för vuxna där varje fråga besvaras på en tregradig (EQ-5D-3L) respektive en femgradig skala (EQ-5D-5L) [38].

Bilaga 2.5 Intervjufrågor för ekonomisk analys av hemrehabilitering i svenska kommuner 2007–2022

Hur var insatsen eller projektet i er kommun utformad?

- Vad för åtgärder genomfördes inom ramen för insatsen, exempelvis hemrehabilitering, mobila team, förbyggande insatser mm.?
- Var någon grupp eller verksamhet utvald målgrupp för insatsen, exempelvis boende på Säbo, äldre med hemtjänst?
- Var någon grupp exkluderad ut insatsen, exempelvis brukare/patienter med kognitiv svikt?
- Under vilken tidsperiod genomfördes insatsen?
- Gjordes några geografiska avgränsningar?
- I vilken skala genomfördes insatsen/projektet, exempelvis pilot eller breddinförande?
- Har insatsen skalats upp/förändrats?
- Var välfärdsteknik en del av insatsen?

Har en utvärdering (hälsoekonomisk eller annan typ) av insatsen eller projektet gjorts?

- Om ja, hur genomfördes utvärderingen? När, av vem, och hur har den spridits?
- Om nej, är dessa uppgifter tillgängliga via er controllerfunktion?

Vilka resultat har ni sett av insatsen eller projektet – i utvärderingen eller övriga underlag?

- Hur påverkades brukarens/patientens behov av stöd i hemmet av insatsen, exempelvis, hemtjänst, hjälpmedel, hemsjukvård, uppskjutande av inflytt på särskilt boende?
- Vad såg ni för ekonomiska resultat för den kommunala verksamheten, exempelvis besparingar jämfört med omvårdnad/hemtjänst?
- Vad såg ni för ekonomiska resultat för regionens hälso- och sjukvård, exempelvis minskning av akutbesök, inskrivningar i slutenvård?
- Vad såg ni för övriga ekonomiska resultat, exempelvis för närstående, andra delar av samhället?
- Vad såg ni för effekt för individen/närstående, exempelvis upplevd hälsa, möjlighet till aktivitet och delaktighet, ADL, EQ5D?
- Vilka kostnader var kopplat till planering och införande av insatsen, exempelvis projektledning, externt stöd?

- Vilka övriga kostnader medförde det förändrade arbetssättet, exempelvis ökade kostnader för nyrekrytering, transportkostnader, kostnad för hjälpmedel/annan utrustning, förändrat antal hemtjänststimmar eller bostadsanpassningsbidrag?

Avslutning

- Känner ni till några liknande initiativ i andra kommuner? Någon annan som är framstående?
- Har ni några övriga frågor till oss? Något vi missat att fråga om?
- Om inte underlag har delats, har ni möjlighet att dela något underlag med oss (exv. beskrivning av insats, utvärdering, resultat)?
- Finns en möjlighet att en kontakt med controller kan tas för att ta fram konkreta siffror kring kostnader och besparingar om dessa saknas?
- Går det bra att vi kontaktar dig igen om vi behöver komplettera med någon information?