

Kunskapsunderlag rehabilitering i hemmet

Litteratursammanställning av systematiska översikter
2020–2022

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

Korrigerad *Maj 2023 Sidan 24–25, tabell Fysisk aktivitet och träning, rad 3. Sidan 39, 43 och 44 samt språkliga och förtydligande korrigeringar.*

Artikelnummer 2023-4-8436

Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2023

Innehåll

Sammanfattning	7
Om kunskapsunderlaget	8
Frågeställningar och litteratursökning	8
Typ av publikation	8
Populationen	8
Interventioner	8
Frågeställningar	8
Relevansgranskning	9
Evidensgradering av effekter	10
Resultat	11
Rehabiliterande åtgärder i hemmet	11
Frågeställningar för rehabiliterande åtgärder i hemmet	11
Resultat och granskning av litteratur	12
Specifika rehabiliterande åtgärder	12
Tidiga rehabiliterande åtgärder i hemmet	14
Samarbete mellan biståndshandläggare och legitimerad personal	14
Arbete i multiprofessionella team i hemmet	14
Frågeställningar för arbete i multiprofessionella team i hemmet	14
Resultat och granskning av litteratur	16
Läkarmedverkan och risk för fall	16
Arbete utifrån ett rehabiliterande arbetssätt i hemmet	16
Frågeställningar för arbete utifrån rehabiliterande arbetssätt i hemmet	16
Resultat och granskning av litteratur	17
Beskrivning	17
Antal	17
Arbete utifrån en strukturerad rehabiliteringsprocess i hemmet	17
Frågeställningar för arbete utifrån en strukturerad rehabiliteringsprocess i hemmet	17
Resultat och granskning av litteratur	18
Använda standardiserade bedömningsinstrument	18
Frågeställningar för arbete utifrån att använda standardiserade bedömningsinstrument	18
Resultat och granskning av litteratur	19
Beskrivning	19
Antal	19

Publikationer av SBU	19
Tabell 1. Publikationer från SBU kopplat till rehabilitering i hemmet. Publikationerna kan vara SBU:s Upplysningstjänst eller kommentarer på en granskad systematisk översikt (SÖ)	19
Bilaga 1. Tabellering av inkluderade systematiska översikter	22
Författare, år, titel.....	22
Studiedesign och syfte	22
Population	22
Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp.	22
Mätinstrument	22
Effekt på utfallsmått:.....	22
Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	22
Kommentar kring SÖ.....	22
Författare, år, land	25
Studiedesign och syfte	25
Population	25
Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp.	25
Mätinstrument	25
Effekt på utfallsmått:.....	25
Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	25
Kommentar kring SÖ.....	25
Författare, år, land	28
Studiedesign och syfte	28
Population	28
Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp.	28
Mätinstrument	28
Effekt på utfallsmått:.....	28
Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	28
Kommentar kring SÖ.....	28
Författare, år, land	29
Studiedesign och syfte	29
Population	29
Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp.	29
Mätinstrument	29
Effekt på utfallsmått:.....	29
Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	29
Kommentar kring SÖ.....	29
Författare, år, titel.....	30
Studiedesign och syfte	30
Population	30

Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp.....	30
Mätinstrument	30
Effekt på utfallsmått:	30
Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier.....	30
Kommentar kring SÖ	30
Författare, år, titel	38
Studiedesign och syfte	38
Population.....	38
Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp.....	38
Mätinstrument	38
Effekt på utfallsmått:	38
Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier.....	38
Kommentar kring SÖ	38
Bilaga 2. Exkluderad litteratur.....	39
Exkluderade studier om rehabiliterande åtgärder hemmet	39
Fysisk aktivitet	39
Träning via personal.....	40
Patienters perspektiv på rehabilitering efter höftfraktur	40
Demens	41
Nutrition	41
Dysfagi.....	41
Digital rehabilitering i hemmet	42
Exkluderade studier om tidiga rehabiliterande åtgärder i hemmet	43
Geriatrisk rehabilitering.....	43
Utskrivning från sjukhus till hemmet	43
Exkluderade studier om att arbeta i multiprofessionella team i hemmet	44
Exkluderade studier om rehabiliterande arbetssätt i hemmet.....	45
Exkluderade studier om att arbeta utifrån en strukturerad rehabiliteringsprocess i hemmet.....	45
Exkluderade studier om att använda standardiserade bedömningsinstrument i hemmet	47
Översikter kring multidimensionell bedömning.....	47
Specifika bedömningsinstrument.....	47
Bilaga 3. Dokumentation av informationsökning.....	50
Referenser	57

Sammanfattning

Det finns vetenskapligt underlag utifrån Socialstyrelsen litteratursökning för att rehabiliterande åtgärder i hemmet kopplat till olika typer av fysisk aktivitet i hemmet har effekt för vissa patientgrupper, exempelvis förbättra fysisk förmåga, ADL, kognition och livskvalitet. Fysisk aktivitet med stöd av olika digitala tekniker verkar vara likvärdig som personledd, vid kronisk obstruktiv lungsjukdom. Kunskapsunderlaget innefattar endast systematiska översikter publicerade mellan 2020 till mars 2022.

För effekter kopplat till att arbeta utifrån multiprofessionella team, rehabiliterande arbetssätt, en strukturerad rehabiliteringsplan och att använda standardiserade bedömningsinstrument fanns inte tillräckligt vetenskapligt underlag.

Utöver resultat från litteratursammanställningen finns även en tabell med publikationer (upplysningstjänst och kommentarer) från Statensberedning för medicinsk och social utvärdering (SBU) kopplat till området. Exempelvis positiva effekter av internet baserade psykologiska interventioner vid psykiatrisk sjukdom och naturbaserade aktiviteter på särskilt boende. Olika icke-farmakologiska åtgärder vid demens, exempelvis djur eller robotdjur, kognitiv stimulering, massage eller beröring kan ha positiva effekter på psykisk och socialt välbefinnande eller kognition.

I bilaga 1 finns beskrivning av inkluderade publikationer i tabellform och i bilaga 2 finns beskrivning av exkluderade studier i text och varför de är exkluderade. Exkluderade studier redovisas då de bedöms kunna vara av intresse för den som är intresserad av ämnet rehabilitering i hemmet, även om de inte stämde in i frågeställningarna för kunskapsunderlaget.

Om kunskapsunderlaget

Till kunskapsstödet hälso- och sjukvård i hemmet gjordes en systematisk litteraturöversikt för att undersöka effekter av rehabilitering i hemmet. Sökningen begränsades i första hand till systematiska översikter och inkluderade studier publicerade mellan januari 2020 och april 2022. Tidigare publikationer från SBU presenteras i tabell 1. under *Publikationer från SBU*.

Frågeställningar och litteratursökning

Övergripande syfte med litteraturöversikten var att undersöka effekter av olika åtgärder och arbetssätt vid rehabilitering i hemmet. I första hand effekter för personen i hemmet, men om möjligt även för närstående och vård- och omsorgspersonal. Delfrågor användes för att arbeta fram de sök- och urvalskriterier som skulle gälla.

Typ av publikation

För att inkluderas i kunskapsunderlaget skulle publikationen vara en systematisk översikt, med en meta-analys eller liknande sammanvägning av resultat. Litteratursökningen inkluderade publikationer från 2015 och framåt. Projektgruppen beslutade att inkludera systematiska översikter som publicerats under 2020 och framåt i kunskapsunderlaget. För att inkluderas i kunskapsstödet skulle publikationen uppnå grundläggande kvalitetskrav utifrån granskning med granskningsmallen AMSTAR [1].

Populationen

Individ med behov av rehabilitering i hemmet. Ofta har personen även behov av stöd i dagliga livet i hemmet, exempelvis av närstående, hemtjänst eller hemsjukvård.

Interventioner

- Rehabiliterande åtgärder i hemmet för att förbättra kroppsfunktion, aktivitet eller delaktighet
- Arbetssätt kring rehabilitering i hemmet

Frågeställningar

Vilka effekter finner man för patienten, och i andra hand för närstående, omsorgs- och vårdpersonal av följande åtgärder:

1. **Rehabiliterande åtgärder i hemmet** för att öka funktion, aktivitet och delaktighet:
 - specifika rehabiliterande åtgärder i hemmet
 - tidigt insatt rehabilitering i hemmet efter upptäckt behov (exempelvis efter sjukdom, skada eller annan försämring i hälsa)?

- samverkan mellan biståndshandläggare och legitimerad personal vid bedömning av personens behov av stöd i hemmet?
- 2. Att arbeta i multiprofessionella team kring personen i hemmet?
 - inklusive läkarmedverkan
 - inklusive omsorgspersonal
- 3. Att personalen arbetar utifrån rehabiliterande arbetssätt i samband med stöd för personen i hemmet
 - inklusive handledning
 - inklusive utbildning
- 4. Att personalen arbetar utifrån en strukturerad rehabiliteringsprocess
 - inklusive en strukturerad och dokumenterad rehabiliteringsplan
- 5. **Att använda standardiserade bedömningsinstrument** vid utredning och uppföljning i samband med rehabilitering

Det har inte funnits någon begränsning när det gäller vilka jämförelsegrupper som använts i översikterna. Det kunde exempelvis vara en kontrollgrupp utan intervention eller ”care as usual”. Det var inte heller begränsningar avseende vilka utfall som studerats, men primärt skulle effekter ses för personen i hemmet. Sekundärt effekter för närstående, vård- och omsorgspersonal eller personens behov av stöd i hemmet.

Litteratursökningen genomfördes av informationsspecialister på Socialstyrelsen i databaserna PubMed, Cinahl och Cochrane.

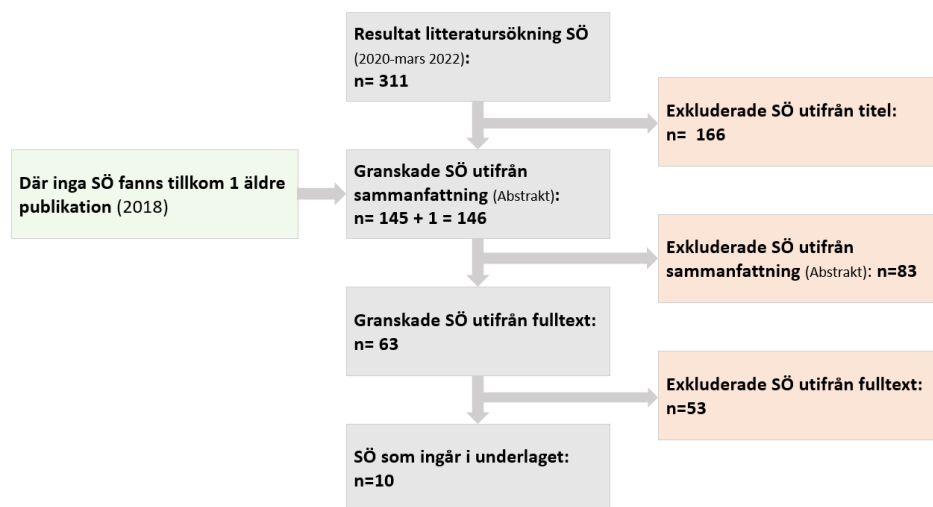
Sökdokumentation innehållande sökstrategi och söktermer finns i bilaga 3.

Relevansgranskning

De fem frågeställningarna resulterade i 311 publikationer (2020-mars 2022). För var och en av publikationerna gjordes en bedömning om de var relevanta för frågeställningarna och uppsatta kriterier. Efter den första relevansgranskningen utifrån titel var 145 publikationer kvar. Efter läsning av sammanfattningar (abstrakt) fanns 63 publikationer kvar som potentiellt intressanta för arbetet. För de frågeställningar där inga systematiska översikter hittades söktes ytterligare publikationer 2 år tillbaka. Då tillkom 1 systematisk översikt kring rehabiliterande arbetssätt (2018). Efter genomläsning av fulltextdokument fann vi 10 systematiska översikter som motsvarade de fastställda urvalskriterierna. För tre av de fem områdena fanns fortfarande inga relevanta systematiska översikter som motsvarade frågeställningarna och de fastställda urvalskriterierna för att inkluderas i underlaget. Se hela flödesschemat för relevansgranskningen i figur 1.

Relevansgranskning och grundläggande kvalitetsgranskning av systematiska översikter genomfördes i alla steg av en utredare i projektgruppen. Vid osäkerhet fördes en dialog med projektmedarbetare och man tog ett konsensusbeslut om ett underlag skulle inkluderas eller ej.

Figur 1. Flödesschema över relevansgranskning av systematiska översikter (SÖ) från vetenskaplig litteratursökning.



Evidensgradering av effekter

Socialstyrelsen har inte gjort någon egen evidensgradering av effekter enligt Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations (GRADE)¹. Där det finns gradering enligt GRADE i respektive systematisk översikt har vi utgått från de graderingarna. Se tabeller för respektive systematisk översikt i bilaga 1.

¹ GRADE-systemet (www.gradeworkinggroup.org) används för att göra en strukturerad bedömning av tillförlitligheten (evidensstyrkan) hos varje sammanvägt delresultat (utfall) i en systematisk översikt.

Resultat

Inom vissa frågeställningar fanns inga systematiska översikter och inte heller några primärstudier som var relevanta utifrån frågeställningar och framtagna PICO. Studier som lästes i fulltext men som inte svarade på direkt på frågeställningarna eller höll tillräcklig god kvalitet för att inkluderas i kunskapsunderlaget finns beskrivna i bilaga 2.

Nedan beskrivs effekter av åtgärderna i kunskapsunderlaget utifrån de fem frågeställningarna:

1. Rehabiliterande åtgärder i hemmet (9 systematiska översikter)
2. Arbeta i multiprofessionella team (1 systematisk översikt)
3. Arbeta utifrån rehabiliterande arbetssätt (inga systematiska översikter)
4. Arbeta efter en strukturerad rehabiliteringsprocess (inga systematiska översikter)
5. Använda standardiserade bedömningsinstrument (inga systematiska översikter)

Specifik beskrivning av resultat för inkluderade systematiska översikter finns i tabeller i bilaga 1.

Rehabiliterande åtgärder i hemmet

Syfte med rehabiliterande åtgärder i hemmet är att öka en persons kroppsfunction, aktivitet och delaktighet, eller mentala hälsa, i dagliga livet i hemmet och dess närmiljö. Rehabiliteringen kan inkludera olika åtgärder exempelvis: träning av kroppsfunctioner, aktiviteter i dagliga livet (ADL), nutrition, kommunikation, hjälpmedel eller bostadsanpassning. Professioner som vanligen arbetar med rehabiliterande åtgärder är arbetsterapeuter, dietister, fysioterapeuter, logoped, psykologer eller kurator.

Om personen får tillgång till rehabiliterande åtgärder tidigt när en försämring i kroppsfunctioner upptäcks, borde åtgärderna förebygga ytterligare försämring av funktioner eller följsjukdomar. Möjligheten till förbättring av funktion, aktivitet och delaktighet kan också minska behovet av stöd från närstående eller samhället.

Biståndshandläggare bedömer behovet av stöd i hemmet, exempelvis hemtjänst eller särskild boendeform. En frågeställning rör därför vilka effekter på behovet av stöd för den enskilde blir det om legitimerad personal med rehabiliteringskompetens är med vid bedömningen utifrån möjligheten att även få tillgång till rehabilitering.

Frågeställningar för rehabiliterande åtgärder i hemmet

1. Vilka effekter får det för patienten när hen får tillgång till rehabilitering i hemmet, utredd, planerad och genomförd av legitimerad profession?

2. Vilka effekter får det för patienten när hen får tillgång till tidigt insatt rehabilitering i hemmet, utredd, planerad och genomförd av legitimerad profession?
3. Vilka effekter får det för patienten om biståndshandläggare och legitimerad personal med rehabiliteringskompetens samarbetar kring bedömning av personens behov av stöd och rehabilitering?

Resultat och granskning av litteratur

Resultat från litteratursökning 2022-03-02

Beskrivning	Antal
Systematiska översikter som identifierades vid litteratursökningen och granskades på abstractnivå utifrån de uppställda kriterierna för PICO (år 2020–2022)	73
Granskade abstract/s som bedömdes relevanta utifrån de uppställda kriterierna för PICO och granskades på fulltextnivå	35
Systematiska översikter/RCT:er/observationsstudier som uppfyllde kriterierna för PICO och ingår i underlaget	9

Utifrån publicerade systematiska översikter med meta-analyser ses effekter av rehabiliterande åtgärder för några av de frågeställningar som ställts. Översikterna som finns med i kunskapsunderlaget är till största del välgjorda utifrån granskningsmall AMSTAR. Vissa översikter har redovisat tillförlitligheten av sina sammanvägda resultat enligt GRADE. Specifika data för respektive systematisk översikt finns i tabeller i bilaga 1.

I vissa systematiska översikter var underlagen (primärstudierna) heterogena, man hade exempelvis använt olika definitioner, metoder och mätinstrument, och tillförlitligheten till effekterna är ibland låg. Andra studier stämde inte helt med frågeställningar och PICO men kan ändå vara av intresse och beskrivning av exkluderade publikationer finns i bilaga 2.

I granskningen av den vetenskapliga litteraturen om effekter av rehabilitering i hemmet ingår 9 systematiska översikter publicerade 2020–2022, uppdelade på a) rehabiliterande åtgärder i hemmet (9 systematiska översikter) b) tidiga rehabiliterande åtgärder i hemmet (inga systematiska översikter) c) samarbete mellan biståndshandläggare och legitimerad personal (inga systematiska översikter). Studier som bara undersökt fallprevention specifikt exkluderades i granskningen.

Specifika rehabiliterande åtgärder

Interventioner med fysisk aktivitet och träning

- *kan förbättra kognitionen* hos sköra äldre (>60 år), framför allt inom exekutiva funktioner, arbetsminne och bearbetningshastighet (MD 2.26, 95% CI 0.42-4.09). Oklart vilken typ, duration och intensitet av fysisk träning som är effektivast. Författarna beskriver en låg risk för bias i underlagen [2].
- *kan förbättra fysisk förmåga och ADL hos sköra äldre (<65år)* utförd individuellt eller i grupp, hemma eller i lokal. (Normal gånghastighet: MD 0.06, 95%CI 0.03, 0.1, Mobilitet: MD -3.71, 95% CI -5.38,-2.03, Fysisk förmåga: MD 1.24, 95% CI 0.33, 2.16, Enbents balans: MD 2.94, 95% CI 1.32, 4.56, ADL: MD 0.54, 95% CI 0.11, 0.96). Oklart vilken typ, duration

och intensitet av fysisk träning som är effektivast. Den systematiska översikten hade vissa svagheter liksom i underlagen till denna [3].

- *kan förbättra balansen*, även om det är små effekter, vid egen träning i hemmet (multimodal träning eller styrketräning - med eller utan balansträning) för äldre (>60år). (Balans: MD: -1.37, 95% CI -2.24, -0.51, och MD: 1.80 s., 95% CI -0.46, 3.14 s.). Den systematiska översikten hade vissa brister och författarna bedömde kvaliteten i underlagen som moderat [4].
- *kan öka hälsorelaterad livskvalitet och träningskapaciteten* 6–12 månader efter lungrehabilitering, genomförd med personledd upprätthållande träning för personer med kronisk obstruktiv lungsjukdom (50-88år) som tidigare genomgått strukturerad lungrehabilitering. (Livskvalitet: MD: 0.54 p. 95% CI 0.04-1.03, 6-min. gångtest MD 26 m., 95% CI -1.04, 52.84) Låg evidens enligt GRADE. Oklart vilken upprätthållande träningsmodell eller frekvens som är optimal [5].
- *kan öka muskelstyrka, gånghastighet, balans, livskvalitet* efter höftledsfraktur hos äldre personer >60 år, jämfört med ”usual care” (ingen specifik hemrehabilitering). (Muskelstyrka knäextensorer: MD 19.65, 95% CI 9.78, 29.51, 6-min. gång: MD 76.98, 95% CI 36.10, 117.85, Bergs balanstest: MD 1.08, 95% CI: 0.51, 1.65, Time-up-go test: MD -4.86, 95% CI -7.48, -2.24, Livskvalitet: MD 3.46, 95% CI 2.40, 4.5). Om träningen även innehöll andra åtgärder som utbildning och miljöanpassningar förbättrades även ADL (MD 2.21, 95% CI 0.64, 3.77). Hemrehabilitering är likvärdig med slutenvårdsrehabilitering och lika säker. Vissa svårigheter med heterogenitet i underlagen till sammanvägningen i den systematiska översikten [6].

Fysisk träning med stöd av digitala tekniker

- *kan ge ökad effekt på träningskapacitet, livskvalitet och dyspné*. vid hembaserad fysisk träning för vuxna personer med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) jämfört med ingen träning, och samma effekt som personledd på klinik. Två systematiska översikter undersökte individanpassade instruktioner och uppföljning via exempelvis video, interaktiva webbplatser och telefon-appar. Låg till mycket låg evidens för effekter enligt GRADE uppgavs i de två systematiska översikterna. Oklart om populationen var relevant i alla inkluderade studier [7, 8]. För specifika resultat från respektive systematisk översikt se tabeller i bilaga 1.
- *kan minska fallrisken* (RR:0.79, 95% CI 0.70, 0.90) *och öka balansen* (MD:0.28, 95% CI 0.04, 0.53) hos friska äldre personer (>50 år) jämfört traditionell fysioterapiträning. Interventionen inkluderade *träning och/eller utbildning via digitala lösningar* (VR, exorgames, mobilappar, feedbacksystem mm) Träning med digitala stöd i kombination med *smarta hemlösningar* (t.ex. sensorer och AI-teknologi) visade starkast evidens för effekt på fallrisk (Fallrisk RR 0.58-0.84, Balans: MD:0.10-0.38). God kvalitet på den systematiska översikten men vissa oklarheter i underlagen, bland annat om populationen var relevant i alla inkluderade studier [9].

Individanpassade aktiviteter vid demens

- *kan minska utmanande beteende (SMD -0.44, 95% CI) -0.77, -0.10) och möjligen förbättra livskvaliteten något* hos individer med mild till måttlig demens (71–83 år). Låg evidens enligt GRADE [10].

Tidiga rehabiliterande åtgärder i hemmet

Det fanns ingen systematisk översikt att inkludera i underlaget som svarade på frågeställningen. Det fanns 3 systematiska översikter av intresse men utan metaanalys och av olika design, exempelvis scoping review eller sammanställning av kvalitativa data. De undersökte processen och interventioner vid övergång mellan slutenvård och hemmet. Bland annat en som undersökte kvalitativa studier kring äldre personers erfarenheter av återgång till livet i hemmet efter sjukhusvistelse. Exkluderade publikationer finns beskrivna i bilaga 2.

Samarbete mellan biståndshandläggare och legitimerad personal

Det fanns ingen systematisk översikt eller internationella primärstudier som svarade på frågeställningen att inkludera i kunskapsunderlaget.

Arbeta i multiprofessionella team i hemmet

Personer med behov av rehabilitering i hemmet har ofta en multisjuklighet och nedsättning av flera kroppsfunktioner. Det innebär att personen har behov av att utredas av olika professioner med olika kompetenser. Dessa behöver samverka i ett team kring personen i hemmet för att optimera och realisera rehabiliteringen. Därför rör en frågeställning effekter av att arbeta i multiprofessionella team.

Strukturerad rehabilitering utförd i multiprofessionellt team i hemmet innebär ett koordinerat arbete mellan legitimerad vårdpersonal med rehabiliteringskompetens och annan hälso- och sjukvårdspersonal (läkare, sjuksköterska). Teamet kan också inkludera socialtjänstens personal i hemmet. Det kan vara diagnosspecifika team, exempelvis vid stroke- eller demens. Men det finns också team utan några specifika kriterier.

I granskningen av den vetenskapliga litteraturen om effekter av multiprofessionell rehabilitering i hemmet ingår 1 systematisk översikt med meta-analys som undersökt effekter på risk för fall när läkare är en del i teamet.

Frågeställningar för arbete i multiprofessionella team i hemmet

1. Hur påverkas resultaten av rehabiliterande åtgärder individen, om den bedrivs teambaserat och multiprofessionellt jämfört enstaka rehabiliteringsåtgärder eller inga rehabiliteringsåtgärder alls?
2. Hur påverkas resultaten av rehabiliterande åtgärder individen, om den bedrivs multiprofessionellt med strukturerad läkarmedverkan, jämfört utan läkarmedverkan?

3. Hur påverkas resultaten av rehabiliterande åtgärder individen, om den bedrivs multiprofessionellt med strukturerad samverkan med omsorgspersonal i teamet, jämfört utan samverkan med personal i hemmet?

Resultat och granskning av litteratur

Resultat från litteratursökning 2023-03-02

Beskrivning	Antal
Systematiska översikter som identifierades vid litteratursökningen och granskades på abstractnivå utifrån de uppställda kriterierna för PICO (år 2020–2022)	47
Granskade abstract/s som bedömdes relevanta utifrån de uppställda kriterierna för PICO och granskades på fulltextnivå	11
Systematiska översikter/RCT:er/observationsstudier som uppfyllde kriterierna för PICO och ingår i underlaget	1

Läkarmedverkan och risk för fall

Om läkare finns med i teamet för att förebygga fall hos personer över 60 år kan *fallskador minska med 24%* jämfört om läkare inte är med i teamet (7 RCT, 6 846 personer. RR: 0.76) [11].

Exkluderade publikationer finns beskrivna i bilaga 2.

Arbeta utifrån ett rehabiliterande arbetssätt i hemmet

För att personen aktivt själv, eller med lätt stöd, ska kunna bibehålla förmågor och sin självständighet är det viktigt att de får utföra ADL utifrån sin förmåga i alla moment under dagen – det vill säga bibehålla och träna funktioner dagligen. Om omsorgs- och vårdpersonal i hemmet arbetar utifrån det sättet när de stödjer personen i hemmet kan det kallas rehabiliterande arbetssätt i hemmet. För att omsorgspersonal ska få möjlighet att arbeta utifrån ett hälsofrämjande och rehabiliterande arbetssätt i alla moment i arbetet tillsammans med personen i dess hem behövs kunskap och träning i detta. Utbildning och handledning av legitimerad vårdpersonal med kompetens i rehabilitering och i arbetssättet kan behövas.

Frågeställningar för arbete utifrån rehabiliterande arbetssätt i hemmet

1. Vilken effekt har det om omsorgs- och vårdpersonal arbetar utifrån ett hälsofrämjande, aktiverande och rehabiliterande förhållnings- och arbetssätt i sitt arbete med personen i dess hem?
2. Vilken effekt har det om omsorgs- och vårdpersonal får löpande handledning och stöd i arbetssättet?
3. Vilken effekt har det om omsorgs- och vårdpersonal får utbildning i arbetssättet?

Resultat och granskning av litteratur

Resultat från litteratursökning 2022-03-11.

Beskrivning	Antal
Systematiska översikter som identifierades vid litteratursökningen och granskades på abstractnivå utifrån de uppställda kriterierna för PICO (år 2020–2022)	3
Granskade abstract/s som bedömdes relevanta utifrån de uppställda kriterierna för PICO och granskades på fulltextnivå	1 + 1 (2018)
Systematiska översikter/RCT:er/observationsstudier som uppfyllde kriterierna för PICO och ingår i underlaget	0

Det fanns inte tillräckligt med vetenskapligt underlag för att bedöma effekter av rehabiliterande arbetssätt, varken för patienter eller vårdpersonal utifrån systematiska översikter. I litteraturgranskningen identifierades ingen relevant systematisk översikt eller primärstudie. Det fanns en äldre systematisk översikt från 2018 som gränsar till frågeställningarna kring utbildning och handledning men som handlar om bemötande av personer med demenssjukdom och koppling till aktivitet och delaktighet. Den inkluderas inte i kunskapsunderlaget då den inte följer uppsatt PICO och studiedesign, men den finns beskriven i bilaga 2.

Arbeta utifrån en strukturerad rehabiliteringsprocess i hemmet

Att arbeta utifrån en strukturerad rehabiliteringsprocess inkluderar vanligtvis att

- identifiera behov av rehabilitering
- bedömning och utredning av kroppsfunction, aktivitet och delaktighet
- upprätta en rehabiliteringsplan med patientens mål
- genomföra åtgärder enligt plan
- följa upp effekter av åtgärder
- följa upp målen i rehabiliteringsplanen
- avsluta rehabiliteringen och rehabiliteringsplanen.

Frågeställningar för arbete utifrån en strukturerad rehabiliteringsprocess i hemmet

1. Vilka effekter ger det att arbeta systematiskt utifrån rehabiliteringsprocessen som inkluderar alla steg i processen, vid rehabilitering?
2. Hur påverkar en dokumenterad överenskommelse (inkluderar bedömning, mål och planerade åtgärder) resultatet av rehabiliteringsinsatsen? Skulle kunna vara en rehabiliteringsplan.

Resultat och granskning av litteratur

Resultat från litteratursökning 2023-03-11.

Beskrivning	Antal
Systematiska översikter som identifierades vid litteratursökningen och granskades på abstractnivå utifrån de uppställda kriterierna för PICO (år 2020–2022)	8
Granskade abstract/s som bedömdes relevanta utifrån de uppställda kriterierna för PICO och granskades på fulltextnivå	1
Systematiska översikter/RCT:er/observationsstudier som uppfyllde kriterierna för PICO och ingår i underlaget	0

Det fanns inte tillräckligt med vetenskapligt underlag för att bedöma effekter av att följa en strukturerad rehabiliteringsprocess i hemmet, varken för patienter, närstående eller vårdpersonal. Inga primärstudier identifierades i litteratursökningen. Det återfanns 3 systematiska översikter men ingen svarade på frågeställningen. Dessa tre systematiska översikter finns beskrivna tillsammans med övriga exkluderade studier i bilaga 2.

Använda standardiserade bedömningsinstrument

I rehabiliteringsprocessen undersöker och bedömer legitimerade professioner personens kroppsfunction, aktivitet och delaktighet inför rehabiliterande åtgärder.

Initialt kan det vara en strukturerad bedömning för att identifiera eventuella behov av rehabilitering eller andra stöd i hemmet. Det vill säga en multidimensionell bedömning som fångar flera dimensioner av utrednings- och rehabiliteringsbehov. Det innebär att vårdpersonalen identifierar patientens behov av utredning utförd av andra kompetenser och professioner än den man själv har.

Det kan också innebära en specifik bedömning för att kartlägga kroppsfunction, aktivitet och delaktighet utifrån kompetensen hos en specifik legitimerad profession.

Frågeställningar för arbete utifrån att använda standardiserade bedömningsinstrument

1. Vilka effekter ses om man gör bedömning av helheten, det vill säga multidimensionell bedömning som fångar flera dimensioner av utrednings- och rehabiliteringsbehov?
2. Vilka effekter ses om det görs en bedömning utifrån kompetens hos en specifik legitimerad profession?
3. Vilka effekter ses om man använder någon form av strukturerad bedömningsinstrument?
4. Ses en skillnad i tillgång till rehabilitering utifrån om bedömningen sker med strukturerade bedömningsinstrument?

Resultat och granskning av litteratur

Resultat från litteratursökning 2022-03-15.

Beskrivning	Antal
Systematiska översikter som identifierades vid litteratursökningen och granskades på abstractnivå utifrån de uppställda kriterierna för PICO (år 2020–2022)	14
Granskade abstract/s som bedömdes relevanta utifrån de uppställda kriterierna för PICO och granskades på fulltextnivå	12
Systematiska översikter/RCT:er/observationsstudier som uppfyllde kriterierna för PICO och ingår i underlaget	0

Det fanns inte tillräckligt med vetenskapligt underlag för att bedöma effekter för patienten funktion och delaktighet, eller tillgång till rehabilitering av att använda standardiserade bedömningsinstrument. De identifierade publikationernas metodik var oftast andra än en systematisk översikt, med eller utan meta-analys. De systematiska översikter som identifierades fångade inte frågeställningarna eller var av annan studiedesign, exempelvis scoping review, integrative review eller clinical practice guidelines. Det fanns systematiska översikter som bland annat validerat olika bedömningsinstrument, de är exkluderade men beskrivs bland de exkluderade publikationerna. Exkluderade publikationer finns i bilaga 2.

Publikationer från SBU

Tabell 1. Publikationer från SBU kopplat till rehabilitering i hemmet. Publikationerna kan vara SBU:s Upplysningstjänst eller kommentarer på en granskad systematisk översikt (SÖ)

Titel, år	Publikation, inkluderade studier frågeställning	SBU:s Slutsats
Naturbaserade inomhusinsatser på särskilda boenden för att öka hälsa och välmående hos äldre (2022)	SBU KOMMENTERAR: 1 SÖ (Yeo et al. 2020) Gynnar naturbaserade inomhusinsatser på särskilda boenden äldres hälsa och välbefinnande?	Naturbaserade insatser som innebär aktivt deltagande (till exempel trädgårdsarbete) ökar äldres psykologiska och sociala välbefinnande, engagemang och livskvalitet. Passiva naturupplevelser har inte samma effekter.
Behandling av depression hos personer med demenssjukdom (2022)	SBU KOMMENTERAR: 1 SÖ (Watt et al. 2021) Insatser: djurterapi, kognitiv stimulering, fysisk träning, massage och beröringsterapi, reminiscensterapi, multidisciplinär vård, arbetsterapi, kognitiv stimulering + kolinesteras-hämmare, träning + socialinteraktion +kognitiv stimulering, psykoterapi +reminiscensterapi, ändrad boendemiljö	Enligt den systematiska översikten är icke-farmakologiska insatser lika eller mer effektiva än läkemedelsbehandling för personer med demenssjukdom och mild till måttlig depression. För personer med allvarlig depression är det vetenskapliga stödet oklart. Resultaten bygger på en nätverks-meta-analys och bör tolkas medförsiktighet. Resultaten är inte heller evidens graderade vilket försvårar bedömning av resultatens tillförlitlighet.
Kognitiv träning för personer med mild till måttlig demens (2022)	SBU KOMMENTERAR: 1 SÖ (Bahar-Fuchs 2019) Vilka effekter har kognitiv träning hos personer med mild till måttlig demens?	Kognitiv träning har troligen en liten till måttlig effekt på generell kognition för personer med mild till måttlig demenssjukdom (måttlig tillförlitlighet). Möjligen även på språkförmåga efter

Titel, år	Publikation, inkluderade studier frågeställning	SBU:s Slutsats
		behandling. Dessa positiva resultat förefaller kunna kvarstå 3 till 12 månader efter avslutad träning.
Robotdjurs betydelse för hälsa och välbefinnande hos äldre personer med demenssjukdom i särskilt boende (2022)	SBU KOMMENTERAR: 1 SÖ (Abbott et al. 2019) Vilka effekter på hälsa och välbefinnande har robotdjur för äldre personer med demenssjukdom i särskilt boende?	Robotdjur kan vara positivt för hälsa och välbefinnande hos äldre personer i särskilt boende, framför allt för personer med demens. Alla hade dock inte en positiv upplevelse av robotdjur.
Trygg hemgång – intensiva hemtjänstinsatser vid utskrivning från slutenvård (2021)	SBU UPPLYSNINGSTJÄNST 2 SÖ (Sempé et al. 2019, Sims-Gould et al, 2017) Vilken sammanställd forskning finns om effekter av en intensiv hemtjänstinsats (Trygg hemgång) vid utskrivning från slutenvård? Personer >60 år som blivit utskrivna från slutenvård till det egna boendet.	Författarna till översikterna drog slutsatsen att det vetenskapliga underlaget är svagt (framför allt små studier och hög risk för bias i de inkluderade primärstudierna) och att det är svårt att bedöma effekten på grund av hög heterogenitet och bristande rapportering av innehållet i insatsen. Utifrån den sammanställda forskningen vet man alltså inte säkert om vilken effekt insatsen har.
Internetförmedlad psykologisk behandling Jämförelse med andra behandlingar vid psykiatriska syndrom (2021)	SBU UTVÄRDERAR Resultaten avser personer som vid professionell diagnostik har bedömts uppfylla kriterier för depressivt syndrom, ångestsyndrom, tvångssyndrom eller trauma- och stressrelaterat syndrom,	För vuxna personer med diagnosen social ångest är iKBT på kort och lång sikt (minst sex månader) möjligen likvärdigt med KBT i grupp i fråga om effekten på symtom, funktionsförmåga och livskvalitet (låg tillförlitlighet). Förutsatt att effekten är likvärdig skulle iKBT kunna vara ett kostnadsbesparande behandlingsalternativ. För vuxna personer med diagnosen hypokondri/hälsångest är iKBT möjligen likvärdigt med traditionell individuell KBT i fråga om effekten på symtom och funktionsförmåga på kort sikt (låg tillförlitlighet), men samtidigt är risken för kvarvarande symtom på längre sikt möjligen något större med iKBT (låg tillförlitlighet). För vuxna personer som har diagnosen depression och som får sedvanlig behandling kan tillägg av iKBT kortsiktigt minska symtomen ytterligare något (låg tillförlitlighet). Effekterna på lång sikt kan inte bedömas, och därmed inte heller kostnadseffektiviteten
Rehabilitering av strokepatienter i utomhusmiljö (2021)	SBU UPPLYSNINGSTJÄNST: 1 SÖ (Kamoika et al. 2014) Vilken forskning har undersökt effekten av rehabilitering av strokepatienter i utomhusmiljö (uterehabilitering)?	Författarna i den ingående studien rapporterade att trädgårdsterapi hade positiva effekter på mental hälsa såsom självkänsla, maktlöshet, depression och perceptuell funktion för patienter med ensidig förlamning efter stroke.
Musikbaserade terapeutiska	SBU KOMMENTERAR: 1 SÖ van der Steen 2018)	Den vetenskapliga tillförlitligheten i resultaten varierar från måttlig till mycket låg beroende på vilket utfall

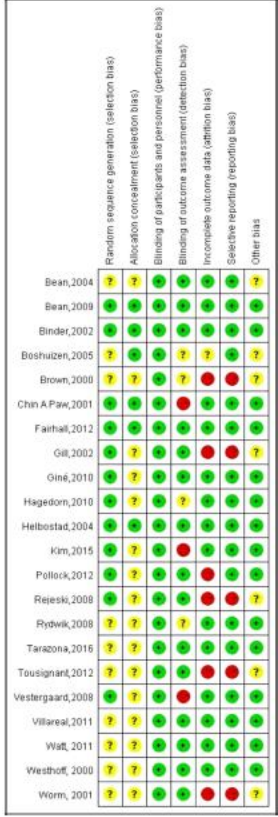
Titel, år	Publikation, inkluderade studier frågeställning	SBU:s Slutsats
insatser för personer med demenssjukdom (2020)	Vilka effekter finns av musikterapeutiska insatser för personer med demens?	det handlar om. Översikten visar att musikbaserade terapeutiska insatser efter minst fem tillfällen troligen minskar depressiva symtom och beteendeproblem hos personer med demenssjukdom (måttlig tillförlitlighet).

Bilaga 1. Tabellering av inkluderade systematiska översikter (SÖ)²

Fysisk aktivitet och träning

Författare, år, titel	Studiedesign och syfte	Population	Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp. Mätinstrument	Effekt på utfallsmått:	Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	Kommentar kring SÖ
Rossi PG. et al. (2021) Effects of physical exercise on the cognition of older adults with frailty syndrome: A systematic review and meta-analysis of randomized trials	SÖ inkl. 6 RCT (t.o.m. mars 2020) 655 personer. 4 studier i meta-analys. Syfte: Effekt av fysisk träning på kognition	Sköra äldre personer (>60 år) med kognitiva nedsättningar	I: Fysisk aktivitet (strukturerat enligt protokoll) lett av profession K: Ingen intervention Mätinstrument Kognition: Bland annat Mini-mental State Examination, Trail Making Testforms A and B, Digit Span test.	Kognition: I: Förbättrad kognition mätt med Global Cognition and Trail Making Test A och B Fördel I: MD 2.26 (95% CI 0.42-4.09) p=0.02. Framförallt inom exekutiva funktioner, arbetsminne, bearbetningshastighet Mental flexibilitet: Mätt med Trail Making Test B I vs. K: MD -30.45 (95% CI -47.72, -13.19) p=0,0005	Bara studier med låg risk för bias (4 st.) enligt PEDro-skalan (Physiotherapy Evidence Database scale) var inkluderade i meta-analysen. Oklart vilken typ av fysisk träning som bäst gynnar kognitionen hos äldre sköra personer	Kvaliteten på SÖ var god.

² Kolumnerna fyra, fem och sex hänvisar till resultaten av meta-analysen och endast studier inkluderade i denna redovisas

Författare, år, titel	Studiedesign och syfte	Population	Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp. Mätinstrument	Effekt på utfallsmått:	Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	Kommentar kring SÖ
<p>Zhang, Y. et al. (2020)</p> <p>Exercise interventions for improving physical function, daily living activities and quality of life in community-dwelling frail older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials</p>	<p>SÖ 22 RCT samt en meta-analys</p> <p>Syfte: Undersöka om fysisk träning för sköra äldre har effekt på deras fysiska kapacitet, ADL-förmåga och livskvalitet</p>	<p>Sköra äldre (>65 år) som bor i ordinärt boende. Skör enligt standardiserade kriterier eller nedsatt funktion (gångshastighet, muskelstyrka, balans, uthållighet eller vikt)</p>	<p>I: Fysisk träning (konditions-, styrke-, rörlighets-, balansträning) ensamt (14 studier) eller i kombination (8 studier) K: "Vanlig vård" eller liknade som inte definierades som fysisk träning. Träningen utfördes oftast 3-5ggr./v. (1-7ggr./v.), oftast 45-60 min/gång (9-90 min.) Oftast under 1 år (8-48 veckor). Intensiteten beskrevs i 11/22 studier. Individuellt eller i grupp hemma eller i lokal. Mätinstrument: Muskelstyrka t.ex. knäextension, gripstyrka Gångshastighet Fysisk förmåga: Short Physical Performance Battery (SPPB), Physical</p>	<p>Muskelstyrka: Nedre extremitet (4 studier) I vs. K: MD 8.6, (95% CI -0.57, 17.77), p=0.07 Grepstyrka (3 studier) inte signifikant Gångshastighet: Normal hastighet: I bättre vs. K: MD 0.06, (95% CI 0.03, 0.1), p<0.01 Snabb hastighet I vs. K: MD 0.12, (95% CI -0.05, 0.3), p=0.16 (ns) Maximal hastighet MD 0.02, (95% CI -0.06, 0.1), p=0.65 (ns) Mobilitet: TUG: I bättre vs. K: MD -3.71, (95% CI (-5.38, -2.03), p<0.01 Fysisk förmåga: SPPB, I bättre vs. K: MD 1.24, (95% CI 0.33, 2.16), p<0.01</p>	<p>Tre studier hade hög risk för bias och resten låg risk för bias. Högst risk gällde blindning och reporting bias</p> 	<p>Kvaliteten på SÖ var god men med några svagheter: Sex studier exkluderades från meta-analys p.g.a. bristande underlag. SÖ inkluderade inte grå litteratur. Ingen standardiserad definition av skörhet. Heterogenitet mellan studier i typer av interventioner och utvärderingsinstrument. Författarnas konklusion var att interventioner med fysisk träning kan ha positiva effekter på fysisk förmåga och ADL hos sköra äldre. Oklart vilken träning som är bäst och effektivast.</p>

Författare, år, titel	Studiedesign och syfte	Population	Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp. Mätinstrument	Effekt på utfallsmått:	Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	Kommentar kring SÖ
			Performance Test (PPT) Balans: enbent-, Berg balanstest Mobilitet: TUG, gångtest ADL olika test Livskvalitet: EQ-5D, EQ-5D VAS	PPT I bättre vs. K: MD 3.5, (95% CI 0.13, 6.88), p=0.04 Balans: Variant av enbents stående I bättre värde vs. K: MD 2.94, (95% CI (1.32, 4.56), p<0.01 ADL: (FSQ, GARS, ADL score Barthel Index) I; Högre score vs. K: MD 0.54, (95% CI 0.11, 0.96), p=0.01 Livskvalitet: inte signifikant		
Mahjur. M. et al. (2021) The Effect of Unsupervised Home-Based Exercise Training on Physical Functioning Outcomes in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis	SÖ inkl. 13 RCT (2005-okt 2020) 1 206 personer. Meta-analys. Syfte: undersöka effekt på balans och styrka i överkropp av egen hemträning enligt strukturerad regim, jämfört medingen träning eller sedvanlig vård som inte inkluderade inkluderade träningsregim.träningsregim.	Äldre än 60 år boendes hemma, män och kvinnor. Medelålder: I: 74.3 år + 5.5 K: 74.1 år + 5.8	I: Egen hemträning enligt strukturerade träningsprogram (unsupervised or minimally supervised home-based exercise regimes) K: Sedvanlig vård, ingen träning eller vård enligt riktlinjer.(usual care (1), no exercise (10),	Balans: TUG: (979 personer) I förbättrad balans MD: -1.37 (95% CI -2.24, -0.51) p=0.002 Bergs balanstest: (813 personer) I förbättrad balans MD: 1.80 s. (95% CI -0.46, 3.14 s.) p=0.009	Övergripande kvaliteten på studierna bedömdes av författarna som moderat. Median 8 poäng av 15 (range 6-11) enligt TESTEX (Tool for the Assessment of Study Quality and Reporting in Exercise) 8/13 studier uppfyllde alla kvalitetskriterier (enligt TESTEX) för randomisering och blindning av bedömare. 3/13 uppfyllde alla kriterierna för relativ träningsintensitet. 2/13 studier uppfyllde kriterier för bindning vid randomisering,	Definitionen av oövervakad, egen hemträning specificerades med ett förhållande som dividerade antalet övervakade träningspass med det totala antalet träningspass. Om minst 2 av de 3 träningspassen var oövervakade (dvs. inte övervakades av en terapeut/tränare), ansågs experimentgruppen som oövervakad, med hänvisning till referens.

Författare, år, titel	Studiedesign och syfte	Population	Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp. Mätinstrument	Effekt på utfallsmått:	Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	Kommentar kring SÖ
of Randomized Controlled Trials			guideline care (2). Mätinstrument: Time-Up-and-Go-Test (TUG) Berg Balance scale Handstyrka (hand dynamometer) Träningsperiod: 12v. till 1 år	Hög heterogenitet: I2 = 96% resp. 97% Muskelstyrka: ingen signifikant skillnad mellan I och K. Max griptest: (106 personer) MD: 0.61kg (95% CI - 0.90, 2.11 kg) p=0.43 Låg heterogenitet: I2 = 0%	1/13 analyserade enligt "intention-to-treat". Ingen av studierna mötte alla kvalitetskriterierna för mätning av fysisk aktivitet (intensitet och duration)	Svagheter var att SÖ inte var registrerad i protokoll innan, en granskare (som vid oklarheter konsulterade kollega),). Publikationsbias finns inte beskrivet.

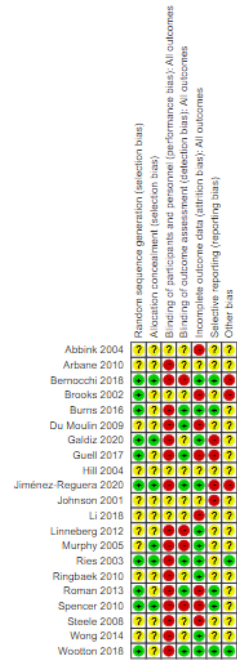
Demens

Författare, år, land	Studiedesign och syfte	Population	Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp. Mätinstrument	Effekt på utfallsmått:	Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	Kommentar kring SÖ
Möhler. R. et al. (2020) Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in	Cochrane Systematic Review, 5 RCT, 262 pers Meta-analys Syfte: Effekter av individanpassade aktiviteter för personer med demens.	Hemmaboende personer med mild eller moderat demens (71-83 år) Mini-Mental State Examination (MMSE) scores mellan 11 to 24.	I: Individanpassade aktiviteter utifrån personens intresse K: Information om demens eller "usual care" (14 av studierna var det närstående som tränats i att stödja personen i aktiviteter,	Utmanande beteende: (4 RCT 303 personer, olika mätinstrument, högre värde=större besvär) SMD -0.44 SD (95% CI -0.77,- 0,1) I2 = 44%; GRADE: ⊕⊕⊖⊖	Alla studier hade hög risk för bias i minst en domän, framförallt inom blindning. Exempelvis visste utförarna av interventionen att det var interventionsgrupp och det var det utförarna som gjorde mätningarna,	SÖ är välgjord. Författarna av Cochranerapporten drog slutsatsen att individanpassade aktiviteter för personer med mild till måttlig demens kan minska utmanande beteende och förbättra deras livskvalitet något.

Författare, år, land	Studiedesign och syfte	Population	Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp. Mätinstrument	Effekt på utfallsmått:	Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	Kommentar kring SÖ
community settings	Uppföljning 2-4 månader		<p>i 1 studie hade personen själv tränats i aktiviteten. Aktivisterna skildes sig inte speciellt mellan studierna)</p> <p>Mätinstrument: Olika instrument användes. Närstående arbetsbörda: Zarit Burden Scale</p>	<p>Livskvalitet: (2 RCT, 86 personer, olika mätinstrument, högre värde=bättre livskvalitet) Studie 1: I: något ökad livskvalitet K: något försämrad livskvalitet Studie 2: I: lite eller ingen förbättrad effekt jämfört med K. GRADE: ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Depression: (2 RCT, 96 personer, olika mätinstrument, högre värde=större besvär) 2 studier fann liten eller ingen skillnad mellan I och K. GRADE: ⊕⊕⊕⊖</p> <p>Affekt/ Känsloläge: (1 RCT, 160 personer, olika mätinstrument, högre värde=högre andel positiva känslor) K: medelvärde 17.5 (3.8)</p>	<p>Random sequence generation (selection bias) Allocation concealment (selection bias) Blinding of participants and personnel (performance bias): All outcomes Blinding of outcome assessment (detection bias): Subjective outcomes (participant-rated) Blinding of outcome assessment (detection bias): Subjective outcomes (proxy-rated) Incomplete outcome data (attrition bias): All outcomes Selective reporting (reporting bias) Other bias</p> <p>Fitzsimmons 2002 Gitlin 2008 Gitlin 2018 Lu 2016 Novelli 2018</p> <p>Alla effekter bedömandes ha låg säkerhet enligt GRADE ⊕⊕⊕⊖</p>	<p>Med tanke på bevisens låga säkerhet bör resultaten tolkas med försiktighet. För depression hos personer med demens, samt vårdgivares livskvalitet och börda fann man inga tydliga fördelar med personligt anpassade aktiviteter.</p>

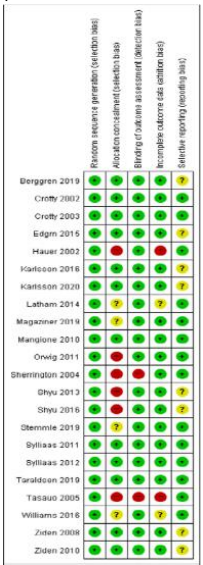
Författare, år, land	Studiedesign och syfte	Population	Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp. Mätinstrument	Effekt på utfallsmått:	Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	Kommentar kring SÖ
				<p>MD 0.47 lägre (95% CI 1.37 lägre – 0.43 högre) GRADE: ⊕⊕⊕⊖ Närståendes depression: (3 RCT, 256 personer, olika mätinstrument, högre värde=större besvär) Studierna fann liten eller ingen skillnad mellan I och K. GRADE: ⊕⊕⊕⊖ Närståendes arbetsbörda: (3 RCT, 246 personer, Zenit Burden Scale högre siffror=högre börda) I: MD -0.62 (95% CI -3.08, 1.83) I² = 0% GRADE: ⊕⊕⊕⊖ Närståendes livskvalitet: (1 RCT, 30 personer, QOL-AD högre siffror=bättre livskvalitet) K: medelvärde 35.73 (4.08) Liten eller ingen skillnad mellan I och K. GRADE: ⊕⊕⊕⊖</p>		

Lungsjukdom

Författare, år, land	Studiedesign och syfte	Population	Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp. Mätinstrument	Effekt på utfallsmått:	Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	Kommentar kring SÖ
Malaguti. C. et al. (2021) Supervised maintenance programmes following pulmonary rehabilitation compared to usual care for chronic obstructive pulmonary disease	Cochrane Systematic Review, meta-analys, 21 RCT (1 799 patienter) Syfte: Sammanställa effekter av personledd, upprätthållande lungträning efter genomgången lungrehabilitering för personer med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL)	Personer med kronisk obstruktiv lungsjukdom (50-88år) som genomgått strukturerad lungrehabilitering Allvarlighetsgrad av sjukdom 24-88% av PFEV/ 1s.	I: Personledd, upprätthållande träning K: "Vanlig vård" ("usual care") Interventionen pågick 4-36 månader. Mätinstrument: Chronic Respiratory Questionnaire total score (CRQ) 6-min. gångtest	Livskvalitet: CRQ: Fördel I: MD: 0.54 poäng (95% CI 0.04-1.03, 258 patienter, 4 RCT) Träningsförmåga/motion (6-min. gångtest): Fördel I: MD 26 meter (m) (95% CI -1.04, 52.84, 639 patienter, 10 RCT) Sjukhusinläggning: (risk) Mean 56/1000 I: OR: 0.71 (0.41-3.69) Mean 0.3-0.6/ person ingen signifikant skillnad (332 patienter, 3 RCT) Försämring: (risk) Mean 336/1000 I: OR 0.73 (0.26-2.02) (281 personer, 3 RCT) Mean 0.6-3.1/person, ingen skillnad (342, 3 RCT) Mortalitet: (risk) OR: 0.73, (95% CI 0.36- 1.51, 755 patienter, 6 RCT)	De flesta studierna hade hög risk för bias. 	God kvalitet på SÖ.

Låg tillförlitlighet till evidens enligt GRADE ⊕⊕⊕⊕, förutom mortalitet som hade måttlig tillförlitlighet ⊕⊕⊕⊕

Höftfraktur

Författare, år, land	Studiedesign och syfte	Population	Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp. Mätinstrument	Effekt på utfallsmått:	Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	Kommentar kring SÖ
Lee. H. et al. (2022) Effectiveness of multicomponent home-based rehabilitation in older patients after hip fracture surgery: A systematic review and meta-analysis	SÖ (22 RCT) Syfte: Utvärdera effekter av hemrehabilitering hos äldre patienter efter höftfraktur	Personer som genomgått kirurgi p.g.a. höftledsfraktur, äldre >60 år	I: Hemrehabilitering a) träning + flera olika komponenter (som utbildning och anpassningar) eller b) bara fysisk träning K1: "Usual care" (oftast läkarbesök) K2: Slutenvårds-rehabilitering. Mätinstrument: Balans: Bergs balansskala Time Up and Go test Mobilitet: Gånghastighet 6 minuters gångtest Short Physical Performance Battery ADL: Barthel Index, Modified Bartel Index ADL Index Livskvalitet: Physical component score of quality of life, Mental Component Score of Quality of Life, Muskelstyrka: Knästräckning Handgreppstyrka	ADL: I (a) vs. K1: Fördel I. MD 2.21 (95% CI 0.64, 3.77) p<0.006, I2=94% I (a) vs. K2: Ingen skillnad. MD -2.70 (95% CI -9.80, 4.40) p=0.46, I2=94% Muskelstyrka: I (a) vs. K1: Knäextensorer, (3 RCT, 173 personer) Fördel I: MD 19.65 (95% CI 9.78, 29.51) p<0.001, I2=0% Greppstyrka. (2 RCT, 89 pers.) Ingen signifikant skillnad. MD 0.64 95% CI -12.80, 14.08) p=0.93, I2=54% Balans: I (a) vs K1: Time Up and Go Test: (1 RCT, 101 pers) Fördel I: 24.9 (SD 15.4) I (b) vs. K1: Bergs balanstest: (3 RCT, 477 pers.) Fördel I: MD 1.08 (95% CI: 0.51, 1.65) p=0.0002, I2=86% Time Up and Go Test: (5 RCT, 399 pers. Fördel I:) p=0.0003 6 min gångtest:	6 studier hade oklarheter kring dold randomisering, 20 hade problem med blindningen och 2 saknade viss presentation av data. 	God kvalitet på SÖ men en del inkluderade studier var små och det är svårt med blindning av denna typ av studier. Det finns också problem med heterogenitet när det gäller interventioner och mätinstrument, vilket gör det svårare att göra jämförelser och sammanvägningar. SÖ är sammanställd i Republiken Korea men de flesta inkluderade studier är från Europa och USA. Författarnas konklusion var att hemrehabilitering som inkluderar träning ökar muskelstyrka, gånghastighet, balans, ADL och livskvalitet jämfört med "usual care" (ingen specifik hemrehabilitering) Hemrehabilitering var likvärdig med rehabilitering inom slutenvården.

Författare, år, land	Studiedesign och syfte	Population	Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp. Mätinstrument	Effekt på utfallsmått:	Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	Kommentar kring SÖ
				<p>I (b) vs. K1: (3 RCT, 271 pers.) MD 76.98 (95% CI 36.10, 117.85) p=0.002, I2=74%</p> <p>Gånghastighet: I (b) vs. K1: (4 RCT, 299 pers.) Fördel I: MD 0.15 (95% CI 0.003, 0.27) p=0.01, I2=51%</p> <p>ADL: I (b) vs. K1: (4 RCT, 347 pers.) Fördel I: 3.53 (96% CI 1.22, 5.83) p=0.003, I2=19%</p> <p>Livskvalitet: (physical component score) I (b) vs. K1: (2 RCT, 124 pers.) Fördel I: MD 3.46 (95% CI 2.40, 4.52) p<0.0001, I2=29%</p>		

Digital rehabilitering i hemmet

Författare, år, titel	Studiedesign och syfte	Population	Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp. Mätinstrument	Effekt på utfallsmått:	Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	Kommentar kring SÖ
<p>Bonnevie. T. et al. (2021)</p> <p>Advanced telehealth technology improves home-</p>	<p>SÖ (15 RCT, 1 522 pers. 2–4 RCT inkluderade i meta-analyserna)</p> <p>Syfte: Effekt av hembaserad</p>	<p>Personer med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), >60 år</p>	<p>I: Hembaserad fysisk träning med stöd av teleteknik</p> <p>K1: Ingen intervention</p> <p>K2: Intervention på klinik</p> <p>K3: Hembaserad fysisk träning utan telestöd</p>	<p>I vs. K1: (7 RCT, 787 patienter) Uppföljning 1–12 månader.</p> <p>I vs. K2: (3 RCT, 327 patienter)</p>	<p>Risk för bias var hög inom områdena blindning för intervention och kring selektiv rapportering</p>	<p>SÖ välgjord, inkluderade hemrehabilitering för äldre personer över 60 år.</p>

Författare, år, titel	Studiedesign och syfte	Population	Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp. Mätinstrument	Effekt på utfallsmått:	Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	Kommentar kring SÖ
based exercise therapy for people with stable chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review	träning med stöd av telehälsoteknik. Uppföljning 1-4 månader och långtidsuppföljning 9-12 månader		Mätinstrument: 6-min. gångtest (6MWT) Chronic Respiratory Questionnaire-Dyspnoea Saint George's Respiratory Questionnaire	<p>Uppföljning 1.5–12 månader. I vs. K3: (6 RCT, 451 patienter) Uppföljning 3–12 månader).</p> <p>Träningskapacitet: K1: (4 RCT, 458 personer) 1–12 månader. Liten fördel I: MD 15 m (95% CI 5, 24) n.s GRADE: ⊕⊕○○</p> <p>K2: (2 RCT, 224 patienter) Ingen skillnad: MD 6m (95% CI –26 to 37) GRADE: ⊕⊕○○</p> <p>K3: (3 RCT, 231 patienter) Ingen skillnad: MD 2m (95% CI –16 to 19) GRADE: ⊕⊕○○</p> <p>Livskvalitet: K1: (4 RCT, 361 patienter) SMD 0.22 (95% CI 0.00, 0.43) GRADE: ⊕⊕○○</p> <p>K2: (2 RCT, 224 patienter) Liten fördel I: SMD 0.23</p>	<p>Forest plot showing risk of bias for seven categories: Random sequence generation (selection bias), Allocation concealment (selection bias), Blinding of participants and personnel (performance bias), Blinding of outcome assessment (detection bias), Incomplete outcome data (attrition bias), Selective reporting (reporting bias), and Other bias. The x-axis represents the percentage of trials from 0 to 100. The legend indicates low risk of bias (green), unclear risk of bias (yellow), and high risk of bias (red).</p>	<p>Små skillnader i effekter och låg evidens.</p> <p>Konklusionen i SÖ var att hembaserad fysisk träning med stöd av avancerad teleteknik ökar träningskapaciteteten, fysisk aktivitet och förmodligen livskvaliteten något jämfört med ingen hemträning. Jämfört med träning på klinik eller utan digitalt stöd var effekterna desamma eller ibland något bättre.</p>

Författare, år, titel	Studiedesign och syfte	Population	Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp. Mätinstrument	Effekt på utfallsmått:	Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	Kommentar kring SÖ
				<p>(95% CI -0.04 to 0.50) GRADE: ⊕⊕○○</p> <p>K3: (3 RCT, 171 patienter) Fördel I: SMD 0.79 (95% CI -0.04 to 1.62) GRADE: ⊕○○○</p> <p>Funktionell dyspné: K1: (2 RCT, 120 pers.) MD 2 (95% CI 0 to 4) GRADE: ⊕○○○</p> <p>K2: (2 RCT, 152 pers.) SMD -0.05 (95% CI -0.39, 0.29) GRADE: ⊕⊕○○</p> <p>K3: (2 RCT, 123 patienter) Fördel I: MD 2 (95% CI 0 to 4) GRADE: ⊕○○○</p>		
Cox. N. S. et al. (2021) Telerehabilitation for chronic respiratory disease	SÖ (15 studier, 3 RCT, 1 904 personer) Cochrane-rapport Syfte: sammanställa effekter för telerehabilitering vid kronisk lungsjukdom	Personer med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), >18 år	I: Rehabilitering där minst 50% utfördes via telerehabilitering (5 olika modeller: video, ljud, både bild och ljud, i grupp eller individuell) K1: Personledd rehabilitering (öppenvård) K2: Ingen intervention K3: Sluten vårdrehabilitering Mätinstrument:	Träningskapacitet: I vs K1: Uppföljning 6–12 veckor. (4 studier, 556 personer) Ingen eller liten fördel I: MD 0.06m (95% CI -10.82, 10.94) p=0.99 GRADE: ⊕⊕⊕○ I vs. K2:	Risk för bias:	God kvalitet på SÖ. Inkluderade rehabilitering för vuxna över 18 år

Författare, år, titel	Studiedesign och syfte	Population	Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp. Mätinstrument	Effekt på utfallsmått:	Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	Kommentar kring SÖ																																																																																																																								
			6-min. gångtest (6MWT) St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ) Chronic obstructive pulmonary disease Assessment Test (CAT)	<p>Uppföljning medel 8v. (2 RCT, 94 personer) MD: 22.17 (95% CI - 38.89, 83.23) p=0.48 GRADE: ⊕⊕○○</p> <p>Livskvalitet: (SGRQ) (2 studier, 274 personer) Ingen eller liten skillnad fördel I: MD 1.26 (95% CI - 3.97, 1.45) GRADE: ⊕⊕○○</p> <p>I vs. K2: (2 RCT, 94 personer) MD: 6.90 (95% CI - 0.57, 14.36) GRADE: ⊕⊕○○</p> <p>Livskvalitet: (CAT): MD 1.37 (95% CI -3.1, 0.36) GRADE: ⊕⊕⊕○</p> <p>Dyspné: (3 studier, 394 personer) Liten eller ingen skillnad MD 0.13 (95% CI -0.13, 0.40) GRADE: ⊕⊕○○</p> <p>I vs. K2: (2 RCT, 94 personer) MD 1.97 (95% CI -</p>	<p>Allocation concealment (selection bias)</p> <p>Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes</p> <p>Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes</p> <p>Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes</p> <p>Selective reporting (reporting bias)</p> <p>Other bias</p> <table border="1"> <tr> <td>Barberan-Garcia 2014 (Barcelona and Athens)</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> </tr> <tr> <td>Barberan-Garcia 2014 (Trondheim)</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> </tr> <tr> <td>Bernocchi 2018</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> </tr> <tr> <td>Bourne 2017</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> </tr> <tr> <td>Chaplin 2017</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> </tr> <tr> <td>Hansen 2020</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> </tr> <tr> <td>Holland 2017</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> </tr> <tr> <td>Knox 2019</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> </tr> <tr> <td>Kwon 2018</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> </tr> <tr> <td>Lahham 2020</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> </tr> <tr> <td>Maltais 2008</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> </tr> <tr> <td>Stickland 2011</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> </tr> <tr> <td>Tabak 2014</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> </tr> <tr> <td>Tsai 2017</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> </tr> <tr> <td>Vasilopoulou 2017</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> <td>?</td> </tr> </table>	Barberan-Garcia 2014 (Barcelona and Athens)	?	?	?	?	?	?	?	Barberan-Garcia 2014 (Trondheim)	?	?	?	?	?	?	?	Bernocchi 2018	?	?	?	?	?	?	?	Bourne 2017	?	?	?	?	?	?	?	Chaplin 2017	?	?	?	?	?	?	?	Hansen 2020	?	?	?	?	?	?	?	Holland 2017	?	?	?	?	?	?	?	Knox 2019	?	?	?	?	?	?	?	Kwon 2018	?	?	?	?	?	?	?	Lahham 2020	?	?	?	?	?	?	?	Maltais 2008	?	?	?	?	?	?	?	Stickland 2011	?	?	?	?	?	?	?	Tabak 2014	?	?	?	?	?	?	?	Tsai 2017	?	?	?	?	?	?	?	Vasilopoulou 2017	?	?	?	?	?	?	?	
Barberan-Garcia 2014 (Barcelona and Athens)	?	?	?	?	?	?	?																																																																																																																							
Barberan-Garcia 2014 (Trondheim)	?	?	?	?	?	?	?																																																																																																																							
Bernocchi 2018	?	?	?	?	?	?	?																																																																																																																							
Bourne 2017	?	?	?	?	?	?	?																																																																																																																							
Chaplin 2017	?	?	?	?	?	?	?																																																																																																																							
Hansen 2020	?	?	?	?	?	?	?																																																																																																																							
Holland 2017	?	?	?	?	?	?	?																																																																																																																							
Knox 2019	?	?	?	?	?	?	?																																																																																																																							
Kwon 2018	?	?	?	?	?	?	?																																																																																																																							
Lahham 2020	?	?	?	?	?	?	?																																																																																																																							
Maltais 2008	?	?	?	?	?	?	?																																																																																																																							
Stickland 2011	?	?	?	?	?	?	?																																																																																																																							
Tabak 2014	?	?	?	?	?	?	?																																																																																																																							
Tsai 2017	?	?	?	?	?	?	?																																																																																																																							
Vasilopoulou 2017	?	?	?	?	?	?	?																																																																																																																							

Författare, år, titel	Studiedesign och syfte	Population	Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp. Mätinstrument	Effekt på utfallsmått:	Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	Kommentar kring SÖ
				1.07, 5.02) GRADE: ⊕⊕○○ Fullfölja interventionen: I: 93% (95% CI 90% - 96%) K: 70%		
Chan JKY et al. (2021) The effectiveness of e-interventions on fall, neuromuscular functions and quality of life in community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis	SÖ (31 RCT, 4 877 personer, Meta-analys 2 500 personer) effekter av digitala e-interventioner på fallrisk, neuromuskulära funktioner och livskvalitet	Äldre friska vuxna >50 år i ordinärt boende (medelålder 78 år).	I: Träning och/eller utbildning via träningsdataspel (exergames), VR-utrustning (virtual reality), mobilapplikationer, elerehabilitering, hållnings- och gångträning med visuell datoråterkoppling, hembaserad teknik utformad för att minska och upptäcka fall (smarta hemsystem), telerehabilitering, telehälsocoaching och rådgivning, datoriserad kognitiv beteendeträning, datoriserad balansträning. K: Standardiserad fysioterapi eller träning (utan spel, virtuell verklighet eller interaktiv komponent), utbildning utan användning av mobilapplikationer (t.ex. ansikte mot ansikte eller utbildningsbroschyrer), standardvård eller ingen intervention.	Fallrisk: Totalt (12 RCT, 2 500 pers.) Fördel I: RR 0.79 (95% CI 0.70, 0.90) Overall effekt z= 3.68, p=0.0002 I2=44% Subgruppsanalys: Telerehabilitering + träning (8 RCT, 1 329pers.) Fördel I: RR (risk-ratio) 0.84 (95% CI 0.73, 0.97) p=0.02, I2=26% Smart hemsystem: (2 RCT, 290 pers.) Fördel I: RR 0.58 (95% CI 0.44, 0.77) p=0.0001, I2=0% Bara telehälsa: (2 RCT, 891 pers.) knapp fördel I: RR 0.80 (95% CI 0.60, 1.08) p=0.14 n.s., I2=73%	Risk för bias bedömdes som låg i 74,7% av studierna. 11 studier hade hög risk för bias (35,5%).	SÖ god kvalitet. Vissa studier var små, riskstudier kan ha flera påverkansfaktorer (hälsostatus, socioekonomi m.m. Vissa oklarheter vad träningen (styrka och balans) inkluderade och karaktären på träningen. Bara friska personer, ej sköra eller specifika diagnoser. Författarnas konklusion var att telehälsa i kombination med träning och smarta hemsystem har bäst effekt när det gäller att minska fall hos frisk äldre i eget boende.

Författare, år, titel	Studiedesign och syfte	Population	Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp. Mätinstrument	Effekt på utfallsmått:	Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	Kommentar kring SÖ
			<p>Interventioner: Telerehabilitering: 45% Exergames: 29% Kognitiva spel: 10% Feedback-balans-spel (NCBT): 6.5% Smarta hemsystem: 6,5% Socialiseringsspel (surfplatta): 3,2%</p> <p>Mätinstrument: Trail Making Test (TMT) för kfor ognition EuroQol-5 Dimension (EQ-5D) och EuroQolVisual Analogue Scale (EQ VAS) för livskvalitet</p>	<p>Balans: Totalt (10 RCT, 653 pers.) Fördel I: MD 0.28 (95% CI 0.04, 0.53) Overall effekt: z= 2.24 p=0.03, I²=0%</p> <p>Subgruppsanalys: Telerehabilitering + träning (5 RCT, 440 pers.) Fördel I: MD 0.38 (95% CI 0.04, 0.73) p=0.03, I²=57%</p> <p>Datoriserad balansträning: (1 RCT, 27 pers.) MD: 0.10 (95% CI -0.66, 0.86) p=0.79 n.s.</p> <p>Exergames: (3 RCT, 141 pers.) MD 0.18 (95% CI --0.50, 0.87) p=0.60 n.s. I²=71%</p> <p>Kognitiva spel: (1 RCT, 45 pers.) Fördel I: MD 0.003 (95% CI --0.55, 0.62) p=0.92 n.s.</p> <p>Muskelstyrka ben: Totalt (8 RCT, 702 pers.) svag fördel I: MD 0.05 (95% CI --0.10, 0.20) Overall</p>		

Författare, år, titel	Studiedesign och syfte	Population	Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp. Mätinstrument	Effekt på utfallsmått:	Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	Kommentar kring SÖ
				<p>effekt $z=0.67$ $p=0.50$ n.s. $I^2=0\%$</p> <p>Subgruppsanalyser: Telerehabilitering + träning (1 RCT, 278 pers.) Fördel K: MD -0.07 (95% CI -0.30, 0.17) $p=0.58$ n.s.</p> <p>Socialiserande träning: (2 RCT, 44 pers.) Ingen skillnad MD 0.12 (95% CI -- 0.49, 0.73) $p=0.70$ n.s. $I^2=0\%$</p> <p>Exergames: (4 RCT, 235 pers.) liten fördel I: MD 0.12 (95% CI -- 0.14, 0.38) $p=0.36$ n.s. $I^2=0\%$</p> <p>Kognitiva spel: (1 RCT, 145 pers.) Ingen skillnad MD 0.15 (95% CI --0.18, 0.47) $p=0.38$ n.s.</p> <p>Falleffekt: (7 RCT, 428 pers.) Fördel I: MD 0.29 (95% CI 0.09, 0.48) Overall effekt: $z=2.84$ $p=0.005$. $I^2=0\%$</p>		

Författare, år, titel	Studiedesign och syfte	Population	Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp. Mätinstrument	Effekt på utfallsmått:	Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	Kommentar kring SÖ
				Kognitiv funktion: (3 RCT, 329 pers.) Ingen effekt Hälsorelaterad livskvalitet: (EQ-5D: 5 RCT, 791 pers. EQ VAS: 4 RCT, 693 pers.) Ingen effekt.		

Multiprofessionella team med läkarmedverkan

Författare, år, titel	Studie-design och syfte	Population	Åtgärd i interventions- och kontrollgrupp. Mätinstrument	Effekt på utfallsmått:	Risk för systematiska fel (bias) i inkluderade studier	Kommentar kring SÖ
Mackenzie. L. et. al. (2020) Systematic Review and Meta-Analysis of Intervention Studies with General Practitioner Involvement Focused on Falls Prevention for Community-Dwelling Older People	SÖ, 21 RCT: 19 RCT i meta-analys, 186 932 personer	Personer >60 år	I: Fallprevention utförd av läkare (t.ex. elektroniska larmsystem i journal om ökad risk för fall, riskscreening kopplat till mediciner, frakturriskscreening, uppföljning efter fall som lett till sjukhusinläggning) K: Ingen läkarinvolvering Uppföljning: 4 mån-5 år. Fall: proportionen fall proportionen upprepade fall proportionen fallskador risk för fall	Proportion fall: (18 RCT) 9% minskning för I: RR 0,91 (95% CI: 0,082–p= 0.08) I ² =55,1% Upprepade fall: (4 RCT) Ingen effekt av I: RR 1.16 (95% CI: 0.97-1.39) p=0.10, I ² =0% Fallskador: (7 RCT, 6846 patienter) 24% minskning för I: RR 0.76 (95% CI: 0.66–0.87) p = 0,001, I ² =0%	SÖ använde Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Checklist for Randomised Controlled Trials (JBI CAP-RTC). Författarna bedömde kvaliteten på inkluderade studier som acceptabel, men i vissa studier var rapporteringen otydlig och kvalitetsbedömningen sänktes.	Stort underlag i SÖ. God kvalitet på SÖ men ibland oklar kvalitet på underlagen i SÖ. Ibland hög heterogenitet mellan studier

Bilaga 2. Exkluderad litteratur

Denna bilaga redovisar systematiska översikter som exkluderats vid litteraturgranskningen. Det berodde oftast på att de inte svarade direkt på frågeställningarna eller att publikationen inte håller tillräckligt god kvalitet enligt Socialstyrelsens process för vetenskapligt underlag och enligt granskningsmallar. Dessa publikationer har lästs i fulltext men Socialstyrelsen har inte granskat kvaliteten på publikationerna.

Exkluderade studier om rehabiliterande åtgärder hemmet

Fysisk aktivitet

En systematisk översikt från 2021 (Baldelli et al.[12]) undersökte hur livskvaliteten (mätt med validerade instrument) hos friska personer, 65 år eller äldre, som bor i någon form av särskild boendeform (residential care facilities) påverkas av någon form fysisk aktivitet som varade i minst 4 veckor. Träningsprogrammen kunde bestå av styrke-, balans-, gångträning eller stretching, men också rörelseträning, yoga, vibrationsträning, eller i kombination med kognitiva strategier. Författarna förespråkade multidisciplinära strategier som inkluderar fysisk träning. Den systematiska översikten använde bara en databas (PubMed) vid litteratursökning och det beskrevs heterogenitet i underlagen. Exkluderas i kunskapsunderlaget.

Smallfield et al. (2021)[13] – Undersökte egenvård med syfte att öka ADL förmågan och förbättra sömnen för personer >18 år med kroniska sjukdomar (hjärt-, kärl-sjukdom, diabetes, hjärtsjukdom, KOL, eller njursjukdom). Fokus låg på interventioner som arbetsterapeuter utför. Den systematiska översikten inkluderar 15 artiklar men det gick inte att genomföra någon meta-analys. Författarna fann att, utbildning till diabetiker starkt förbättrar den egna fotvården. Träning och utbildning kan förbättra ADL för personer med hjärtsjukdom eller KOL och utbildning förbättrar sömnen. På grund av heterogenitet och låg kvalitet är denna systematiska översikt inte med i kunskapsunderlaget.

Gelaw et al. (2020)[14] genomförde en systematisk översikt (9 RCT med >5p på kvalitets-gransknings skalan Physiotherapy Evidence Database scale score) på effek-ter av hembaserad rehabiliterande träning för personer med fysiska ned-sättningar efter sjukdom (stroke, diabetes, KOL, Parkinson, höftplastik, Cp hos barn) jämfört med rehabilitering på klinik (öppen eller slutenvård). På grund av heterogeniteter (bl.a. kring populationerna, interventionerna och metoder) mellan de inkluderade studierna kunde ingen meta-analys genomföras. Författarna beskrev resultaten narrativt och även om någon sammanvägning inte kunde göras konkluderade de att hembaserad rehabilitering är ett likvärdigt alternativ till sjukhusbaserad rehabilitering, även om effekterna på fysisk funktion inte är bättre. Publikationen stämde

inte helt med PICO och ingen meta-analys var möjlig på grund av heterogenitet i underlagen. Publikationen exkluderades från kunskapsunderlaget.

Träning via personal

Silva et al. (2021) [15] genomförde en systematisk översikt över experimentella studier (8 RCT och 2 kvasi-experimentella studier, 844 personer, år 1995–2015) som undersökte effekter av olika interventioner i hemmiljö för att förbättra kognition hos äldre med svåra kognitiva funktionsnedsättningar (>60 år) och som genomfördes av närstående eller andra personer i hemmet efter instruktion av legitimerad personal. Jämförelsegrupper fick sin sedvanliga vård (usual care), väntelista, eller annan vård. Primära effektmått man undersökte var kognition (olika domäner), social funktion, och livskvalitet, men även beteende/uppträdande (behavior), sinnesstämning (mood) och ADL. Någon meta-analys var inte möjlig pga. heterogenitet mellan studierna. Ingen av studierna undersökte social funktion och inga kunde visa signifikanta förändring i livskvalitet. Positiva effekter sågs när det gällde vissa kognitiva domäner, beteende och ADL men med låg tillförlitlighet för effekterna. Författarna sammanfattade att interventionerna är förknippade med förbättringar av kognitiv prestation, stabiliserar neuropsykiatriska symtom och självständighet i ADL[15]. Exkluderades på grund av heterogenitet i underlag och ingen meta-analys eller sammanvägning var möjlig.

Patienters perspektiv på rehabilitering efter höftfraktur

Blackburn et al. (2020) [16] gjorde en systematisk kvalitativ syntes av studier (10 artiklar) för att undersöka patientens perspektiv på rehabilitering efter höftledsfraktur. Man identifierade tre teman: 1) Engagemang i fysisk aktivitet (Engaging in physical activity), vilket innebar i förhållande till post-operativa träning och instruktioner (hur patienten reagerar och interagerar). 2) Behålla ett positivt synsätt (Maintaining a positive perspective) och hur det påverkade tillfrisknande utifrån rehabiliteringen. 3) Tillgång till stöd (Support) innehöll information om vem och hur patienten fick stöd för att fortsätta sin rehabilitering. I resultaten beskrevs att 1) Viktiga aspekter kring engagemanget var känslan av kontroll över återhämtningen och rehabiliteringen och att progress och motivationen hänger samman både positivt och negativt. Även närstående är viktiga aktörer att stödja engagemanget och träningen hos patienten. 2) Det lyftes att tydlighet med att rehabiliteringen tar lång tid kan hjälpa patienten att sätta realistiska mål, vilket kan stödja positivt synsätt på rehabiliteringen. Och att ett positivt synsätt kan påverka progressen positivt. 3) Tillgång på stöd i rehabiliteringen (familj eller personal) beskrevs som både positivt (stöd och säkerhet) och som negativt i form av frustration och beroende. Författarna menar att patientens perspektiv och erfarenheter måste tas tillvara vid rehabilitering. Den systematiska översikten inkluderar kvalitativa studier och inkluderas inte i underlaget men kan ge vissa intressanta aspekter på patientens perspektiv vid rehabilitering efter höftledsfraktur.

Demens

Raj et al. (2021)[17] sammanställde en systematisk översikt om insatser i hemmet från legitimerad arbetsterapeut (AT) riktade till personer med demens och deras närstående. Insatserna utfördes av AT eller av närstående på instruktion. Kontrollgruppen fick ”care as usual”, stod på väntelista eller fick ingen intervention från arbetsterapeut. Effekter som undersöktes för populationen var olika sätt att ta hand om sin egen hälsa och möjligheter till fritidsaktiviteter. Andra effekter som mättes var börda och känsla av kompetens hos de som tog hand om personen i hemmet. SÖDen systematiska översikten inkluderade 20 studier och 4 304 vuxna individer med demens och deras närstående. 12 studier var RCT-studier, men 4 hade fel kontrollgrupp och resultat användes istället som pretest-posttest. Ytterligare 6 pretest-posttest studier inkluderades, liksom 2 case studies. De inkluderade studierna hade hög risk för bias, framförallt när det gällde blindning och det var en heterogenitet vad gäller utfallsmått, mätinstrument, och definition av demens, liksom att data fattades i vissa studier. Därmed var det inte möjligt att göra någon meta-analys utan resultaten presenterades narrativt. Författarnas slutsatser var ändå att insatser från AT i hemmet förbättrar ADL-förmågan hos personer med demenssjukdom och minskar arbetsbelastningen för närstående i hemmet. Insatserna behöver individanpassas, upplevas meningsfulla för personen, hjälpmedlen behöver vara kopplade till ADL och det behövs utbildning och träning vid användning av hjälpmedel. Interventionen behöver inkludera olika typer av insatser samtidigt, och författarna bedömde evidensen som moderat. Publikationen exkluderades i kunskapsunderlaget.

Nutrition

Mareschal et al. (2020)[18] – En systematisk översikt utan meta-analys (28 artiklar). Effekter av nutraitions interventioner, enskilt eller i kombination med andra interventioner (fysik aktivitet eller träning, kognition eller testosteronterapi) för äldre (>65 år) i olika typer av boendeformer. Syftet med interventionerna var att motverka muskelsvaghet och skörhet (sarcopenia and frailty) och de varade i 1- 48 månader. Sökningar gjordes bara i en databas (PubMed) Konklusionen var att det är viktigt med multimodala interventioner som inkluderar träning för att öka muskelmassa, styrka och fysisk prestation hos äldre sköra personer. Populationen var heterogen i de inkluderade underlagen, få studier testade enbart nutraitionsinterventioner, mätmetoderna i studierna varierade och beskrevs inte alltid som standardiserade. Låg kvalitet på studien.

En systematisk översikt av Brown et. al. (2021)[19] hade syftet att undersökta om dietrekommendationer från dietist påverkade njursjukas hälsa och glomerulära filtration (tecken på njurfunktionen). Studien innehöll inga kvantitativa analyser på grund av att underlaget inte tillät det. Publikationen exkluderades i kunskapsunderlaget.

Dysfagi

En Cochrane rapport, inkluderat 25 primära studier, av Boaden et al. (2021)[20] undersökte 37 olika screeningmetoders tillförlitlighet, sensitivitet

och specificitet för att diagnostisera dysfagi vid akut Stroke. Den systematiska översikten kunde inte finna ett specifikt test med hög tillförlitlighet och god evidens. Denna systematiska översikt exkluderas från kunskapsunderlaget, då den inte svarade på frågeställningarna eller följde uppsatt PICO. Denna studie finns även beskriven bland exkluderade studier om att använda standardiserade bedömningsinstrument i hemmet

Chen et al. (2021)[21] genomförde en systematisk översikt i form av en scoping review för att se vad som fanns beskrivet i litteraturen kring interventioner för att förebygga dysfagi, speciellt hos äldre på särskilt boende. Vanligaste interventionerna var modifierad kost, stöd vid måltider, hållnings- och sväljråd, rehabiliteringsprogram och screening för dysfagi. Exkluderas från kunskapsunderlaget då studien hade fel syfte och design.

Digital rehabilitering i hemmet

Cugusi et al. (2021)[22] – En systematisk översikt som (32 artiklar, både RCT och icke-randomiserade studier) 1 594 patienter) undersökte effekter av att spela interaktiva dator-spel för fysisk aktivitet (exergame-based interventions delivered by commercial devices) hos personer med kroniska sjukdomar (Hjärtsjukdom, RA, cystisk fibros, typ2 diabetes, kronisk lungsjukdom, oosteroartrit, spondylit, stroke, Parkinson, MS, fibromyalgi, Alzheimer, MCI, Huntington, schizofreni, yrsel) Kontrollgrupperna fick ordinarie sjukdomsrelaterad rehabilitering. Effektmåttan var Hälsorelaterad livskvalitet (HRQoL). Risk för bias mättes med PEDro och 20 studier skattades till 6–8 på den 10-gradig skalan och 14 studier lägre än 6. Det var en stor heterogenitet mellan studierna ($I^2 > 50\%$). Författarna tog bort två studier från meta-analysen som på olika sätt påverkade resultatet snett och man såg då en svag signifikant ökad effekt på hälsorelaterad livskvalitet jämfört med konventionell rehabilitering (SMD 0.24; 95% CI 0.1 to 0.4; $I^2 = 27\%$). Resultaten för neurologiska, reumatiska, metaboliska sjukdomar och hjärt-sjukdom presenterades för sig, liksom klinik- respektive hembaserad intervention. Författarna menar att interventionen ger små men positiva effekter inom slutenvården men inte hembaserad intervention. Kritiska problem hemma som nämndes var höga kostnader, lägre följsamhet till interventionen och högre risker för negativa effekter. Studien exkluderades pga. hög heterogenitet och låg tillförlitlighet för inkluderade studier.

Corregidor-Sanchez (2020)[23] genomförde en systematisk översikt och meta-analys för att sammanställa hur användandet av VR-utrustning (virtual Reality Systems) påverkade funktionell självständighet i ADL och I-ADL, hos personer över 60 år som klarar ADL självständigt. Underlaget grundar sig på 23 artiklar och 1 595 personer. Författarna summerade resultaten med att VR-interventioner förbättrade ADL något (SMD 0.61; 95% CI: -0.15-1.37; $P < 0.001$) och I-ADL mindre (SMD -0.34; 95% CI: -0.82-0.15; $P < 0.001$). Funktionell rörlighet (functional ambulation) förbättrades mest (SMD -0.63; 95% CI: -0.86, -0.40; $P < 0.001$). Tillförlitligheten i effekterna var dock mycket låg så ingen klar evidens för interventionens effekt på ADL sågs. Publikationen exkluderades i kunskapsunderlaget.

Dermody et al., 2020[24] genomförde en systematisk översikt utan meta-analys av undersökte om VR-interventioner via appar har effekt på fysisk,

psykisk eller psykosocial hälsa hos äldre personer (>60 år) som bodde i någon form av stödboende. 7 studier inkluderades men det var inte möjligt att utföra någon metaanalys pga. hög heterogenitet mellan studierna. Författarna angav att VR-interventioner har potential att öka hälsa hos denna population men att det inte är möjligt att sammanväga resultaten från de inkluderade studierna (tillförlitligheten i effekterna angavs vara mycket låg enligt GRADE). Publikationen exkluderades i kunskapsunderlaget.

Exkluderade studier om tidiga rehabiliterande åtgärder i hemmet

Inga systematiska översikter stämde med frågeställningarna.

Geriatrisk rehabilitering

I en systematisk översikt från Nederländerna (van der Laag et al.2021[25]) undersöktes vilka faktorer som påverkar möjligheten till goda resultat efter inläggande på geriatrisk rehabilitering och en tidig utskrivningsplan från kliniken till hemmet. Återgång till hemmet användes som en indikator för god och lyckad rehabilitering under sjukhusvården. Faktorer som undersöktes var om patienten hade närstående som stöd i vården, samsjuklighet (antalet sjukdomar/diagnoser och läkemedel), fysisk funktion innan inskrivning på geriatrisk rehabilitering, nutritionsstatus (inte undernär) och tid mellan symptom och inledning på rehabilitering (time from onset). Nio RCT studier inkluderades och 242 667 patienter. Åldern på patienterna var 65 år eller äldre. Det gick inte att göra någon meta-analys på resultaten på grund av för stor heterogenitet i underlagen, resultaten var inte heller samstämmiga. Kvaliteten på inkluderade studier bedömdes till moderat i de flesta fall. Författarnas konklusion var ändå att kunskap om dessa faktorer kan stödja en personcentrerad rehabilitering på geriatrisk klinik och planering av en tidig och personcentrerad utskrivningsplan. Publikationen exkluderades i kunskapsunderlaget.

Utskrivning från sjukhus till hemmet

Suksatan et al. (2022) [26] genomförde en systematisk integrativ litteraturoversikt med 15 både kvantitativa och kvalitativa studier för att undersöka interventioner i processen mellan utskrivning från hjärtavdelning och hemgång. Utfallsmått var återinskrivning inom 30 dagar hos hjärtpatienter >60 år. Interventionerna innebar framför allt identifiering av patienternas mål, upprättande och implementering av en vårdplan och kontinuitet för både vård och vårdgivare mellan vårdnivåerna och hemmet. Metoden för översikten innebär att någon sammanvägning eller meta-analys av effekter inte är möjlig, men författarna konkluderade att interventionen verkar minska återinläggning inom 30 dagar. Publikationen exkluderades i kunskapsunderlaget bland annat på grund av fel studiedesign.

En systematisk översikt (scoping review) av O'Donnell et al (2021)[27] sammanställde interventioner med målet att öka hälsa och välmående hos äldre personer i samband med utskrivning från sjukhus, samt minska återinskrivningar. Den systematiska översikten inkluderade 20 studier och

fyra interventioner identifierades: utbildning (10/20 studier), målorientering/målformulering (4/20), träning (4/20), socialt stöd (2/20). Resultaten presenterades narrativt och informations- och utbildningsinsatser samt målorienterade insatser var effektiva utfallsmått för öka hälsa och välmående hos de äldre personerna. Det var motsägelsefulla resultat kring återinskrivning på klinik. Författarnas sammanfattning var att individanpassad information och utbildning tillsammans med målorienterade interventioner som stödjer möjligheten till eget ansvar för sin hälsa var viktiga faktorer vid utskrivning från sjukhus. Studien uppfyller inte metodkrav för att inkluderas i kunskapsunderlaget.

Hestevik (2019)[28] sammanställde en systematisk översikt med kvalitativ metasummering av 13 studier som undersökt äldre personers erfarenheter av återgång till livet i hemmet efter sjukhusvistelse. Fyra områden identifierades:

1. Känsla av osäkerhet och en osäker överföring från sjukhus till hemmet
2. Komma till rätta med en ny situation i hemmet
3. Vad skulle jag göra utan mina närstående?
4. Erfarenheter av en auktoritär sjukvård.

Studien sammanfattade att resultaten understryker vikten av bedömning och planering, information och utbildning, förberedelse av hemmiljön, involvering av den äldre och vårdgivare samt att stödja egenvård och ansvar i utskrivnings- och uppföljningsprocesserna i hemmet. Bättre kommunikation mellan äldre personer, sjukhusvårdare och hemtjänst behövs för att förbättra samordningen av vården och underlätta återhämtningen i hemmet. Organisationsstrukturen kan behöva omdefinieras och omorganiseras för att säkerställa kontinuitet i vården och välbefinnande för äldre personer i övergångsvårdssituationer. Publikationen exkluderades i kunskapsunderlaget.

Exkluderade studier om att arbeta i multiprofessionella team i hemmet

Carey et al. 2021[29] utförde en integrative systematic literature review med en tematisk analys för att undersöka interprofessionella arbetsmodeller. 44 studier inkluderades varav 2 var scooping reviews. Författarna angav att det är brist på evidens för samband mellan interprofessionella arbetssätt och jämlik hälso- och sjukvård för den åldrande populationen. Det finns behov av ökad samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård för att tydliggöra roller. Och man behöver hitta sätt att mäta effekter av interprofessionella arbetssätt. Publikationen exkluderades i kunskapsunderlaget.

Bramble et al. (2022)[30] utförde en scoping review med syfte att sammanställa litteratur kring hur arbetssättet reablement integreras och tagits emot av personalen i praktiken. Studien stämde inte med PICO men innehåller intressant information. Den systematiska översikten inkluderade 11 studier som handlade om personal inom kommunal verksamhet och primärvård. Resultaten visade att utbildning och träning i arbetssättet för vård- och omsorgspersonal gavs oftast av arbetsterapeuter, sjuksköterskor

eller fysioterapeuter. Innehållet i reablement-programmet påverkas av tillgång till olika professioner. Övervägande positiva effekter angavs för personalen t.ex. vad gäller kapacitet i arbetet, flexibilitet och positiva effekter för arbetsgrupper. Författarna sammanfattade att reablement är ännu inte helt etablerat som arbetssätt inom kommunala verksamheter eller primärvården. Olika arbetssätt används utifrån olika tillgång till olika professioner/discipliner och kontext. Det behövs ytterligare arbete för att integrera vissa professions-specifika delar inom reablement och samverkan mellan ledning och personal kan förbättra utbildning i, och användandet av, arbetssättet reablement. Fel design och svarade inte på frågeställningarna men innehåller intressant information, exkluderades från kunskapsunderlaget.

Exkluderade studier om rehabiliterande arbetssätt i hemmet

En äldre systematiska översikt av Bauer et al. (2018)[31] undersökte utbildningsinsatser för sjuksköterskor och omsorgspersonal som arbetade med personer med demens. Den systematiska översikten inkluderade 12 RCT eller kvasirandomiserade studier, och en studie var före-efter design. Interventionen innehöll oftast utbildning i sätt att kommunicera med personen, sätt att bemöta beteendeförändringar, och sätt att stödja självständighet hos personerna med demenssjukdom. Direkt handledning i situationer kunde också vara inkluderade. Utfall var ADL-förmåga, beteende och psykosociala symtom, självständighet, sociala engagemang och livskvalitet. Resultatet visade att utbildningsinsatserna var heterogena och utbildningens längd varierade i de inkluderade studierna. Det var därför inte möjligt att göra en meta-analys eller sammanvägning av resultaten, så resultaten presenterades narrativt. Författarna drog slutsatsen att resultaten var svaga och motstridiga, men att interventionen utbildning och handledning kan öka ADL-förmåga något och eventuellt livskvaliteten för personer med demenssjukdom (beroende på vilket utvärderingsinstrument man använt). I vissa studier, med längre uppföljningstid så fanns effekt kvar även efter 3–6 månader. Bättre effekt om interventionen även inkluderar praktiskt stöd och löpande handledning. Publikationen exkluderades i kunskapsunderlaget då den inte stämde med frågeställningen, eftersökt design och kvaliteten på en systematisk översikt.

Exkluderade studier om att arbeta utifrån en strukturerad rehabiliteringsprocess i hemmet

En systematisk översikt av Kang et al. (2022)[32] sammanställde studier som undersökt interventioner som innebar att *sätta personcentrerade mål i samband med rehabilitering*. Det var inte möjligt att göra någon meta-analys

av resultaten utan de presenteras narrativt. Översikten hade som mål att undersöka

1. *vilka komponenter* som används i interventioner som inkluderar personcentrerade målsättning för vuxna i behov av rehabilitering
2. i vilken utsträckning *individernas engagemang* i deras rehabiliteringsmål uppmuntras.

Konklusionen var att även om man eftersträvar ett aktivt engagemang från individen/patienten saknar många interventioner komponenter som är viktiga för att nå meningsfulla mål för rehabiliteringen, och därmed optimera hälsoeffekterna av rehabiliteringsåtgärderna. 22 kvantitativa RCT och non-RCT studier, där interventionerna också vilade på en teoretiskt grund, inkluderades och granskades. Nio studier hade hög kvalitet enligt PEDro scale. För att mäta patientens engagemang och medverkan i processen användes en 3-gradig skala som använts i tidigare studier (starkt, svagt eller inget engagemang). Resultaten sammanställdes i en narrativ syntes.

Fem faser och 12 komponenter identifierades för dessa:

1. Förberedelse
Komponenter: sjukdomsinformation, reflektion över hälsa och levnadsvanor, identifiera områden att sätta mål för.
2. Formulering av mål
Komponenter: personcentrerade mål
3. Formulera åtgärdsplan
Komponenter: planerade åtgärder
4. Plan för copingstrategier
Komponenter: identifiera barriärer och facilitorer samt åtgärder kring dessa, självsäkerhet att uppnå mål och fullfölja planen, Formulera plan för copingstrategier
5. Uppföljning
Komponenter: egenuppföljning, mätning/uppföljning av progressen, revidering av planen.

Resultatet visade att interventioner för personcentrerad målsättning innehåller en variation av komponenter. Ett stort antal komponenter är inte inkluderade i nuvarande praxis, framförallt för copingstrategier (33%) och uppföljning (41%). Ingen studie innehöll alla 12 komponenter, medeltal 6.59 + 2.89 (range 1-11). Den mest använda *komponenten* var målformulering (91%), formulering av åtgärdsplan (82%) och utbildning (82%). Minst använda komponenten var mätning av självsäkerhet att uppnå mål och följa åtgärdsplan (14%), identifiera facilitorer (23%) och revidering av mål- och åtgärdsplanen (27%). När det gällde patientens möjlighet till medverkan och engagemang i processen rapporterar författarna till översikten att om reflektion, målformulering, identifiering av facilitorer för att genomföra mål- och åtgärdsplanen, mätning av självkänslan kring att genomföra planerna, egen uppföljning av progressen mot målet och revidering av mål- och åtgärdsplanerna alla användes i processen fanns alltid ett starkt engagemang och medverkan av patienten. Vissa komponenter innebar inte alltid ett starkt engagemang när de användes. Detta sågs speciellt vid komponenterna

utbildning (sjukdomsinformation, reflektion över hälsa och levnadsvanor, identifiera områden att sätta mål för) och formulering av åtgärdsplan, vilka innebar relativt lågt engagemang av patienten. Författarna noterade att bättre patientengagemang i dessa två delar skulle kunna resultera i bättre formuleringar av mål och genomförande av åtgärder för att uppnå dem.

Svagheter med översikten är att inte alla studier rapporterade klart vilka komponenter eller tekniker som inkluderats, eller vilka teoretiska grunder som studierna vilade på. Heterogeniteten mellan studierna var också stor. Publikationen exkluderades i kunskapsunderlaget då den inte svarar direkt på frågeställningen eller motsvarar PICO.

Exkluderade studier om att använda standardiserade bedömningsinstrument i hemmet

Översikter kring multidimensionell bedömning

En Brasiliansk systematisk översikt av Silva et al. (2020)[33] sammanställde hur kategorier i ICF kan länkas till olika specifika tester som ofta används för att mäta funktion hos Stroke-patienter och som var validerade på portugisiska. Dessa test var:

- Timed Up and Go test
- Functional Independence Measure (FIM)
- Barthel Index
- Rivermead Mobility Index
- Modified Rankin Scale

Sex studier kunde inkluderas men resultaten gick isär, troligen på grund av komplexiteten i ICF och svårigheter att klart kunna relatera med specifikt test och klassifikationen. Den mest jämförda komponenten var *Aktivitet och delaktighet* och där mobilitet var den mest jämförda kategorin. FIM inkluderar många kategorier och kunde därför bäst länkas till ICF. Därefter kom Barthel Index, Modified Rankin Scale, Rivermead Mobility Index och Timed Up and Go test. Modified Rankin Scale var det test som länkades till flest kategorier relaterade till *miljöfaktorer*. Författarna sammanfattade resultaten med att måtten för funktionellt oberoende har FIM fler begrepp relaterade till ICF eftersom den tar upp ett större antal kategorier. Dessa fynd kan hjälpa vårdpersonal att välja ut bedömningsverktyg för utvärdering av funktion efter stroke, vilket gör användningen av ICF värdefull. Publikationen svarade inte på frågeställningarna men innehåller intressant information. Exkluderades från kunskapsunderlaget.

Specifika bedömningsinstrument

Aspiration

Boaden et al. (2021)[20] genomförde en systematisk översikt (Cochrane rapport) med syfte att undersöka screeningtester för att undersöka risk för aspiration vid stroke. 25 studier och 3953 patienter inkluderades. 37

screeningtester använde bara vatten, 6 text vatten + annan konsistens och 7 andra metoder. Det var svårt att jämföra de olika testen för studierna var olika i design och använde olika mätinstrument för effekt. Författarna kom fram till att de inte kunde rekommendera ett specifikt screeningstest med hög specificitet och sensitivitet. Studien exkluderades i kunskapsstödet då den inte svarade på frågeställningarna eller följde uppsatt PICO [20].

Smärta vid demens

Felton et al. (2021)[34] undersökte olika instrument för att mäta smärta hos personer med demenssjukdom som bodde på demensboende. 26 studier inkluderades och de flesta studier var observationsstudier i denna systematiska översikt. Studien identifierade 17 smärtskalor för att mäta smärta (exempelvis olika skattningsskalor, ansiktskodning mm) Författarnas slutsats var att det i denna patientgrupp är viktigt med ett holistiskt, tvärvetenskapligt tillvägagångssätt, som är både strukturerat och personcentrerat. Smärtverktyg kompletterar klinisk information och kliniskt omdöme tillsammans med förtrogenhet med individen. Smärtbedömningsprocessen måste vara pågående och stöddas av personalutbildning. Inget specifikt test kunde rekommenderas. Studien exkluderades då den inte svarade på frågeställningen eller följde uppsatt PICO.

Muskelstyrka

I en systematisk översikt av Lunt et al. (2021)[35] sammanställde 83 artiklar med syfte att undersöka om olika mätmetoder för att diagnosticera sarcopeni, muskelsvaghet (muskelstyrka, muskelns massa och omfång) kan förutsäga nedsatt kroppsfunction och aktiviteter i dagliga livet, hos äldre personer. Inkluderade studier var observations- eller interventionsstudier. Författarna av den systematiska översikten konverterade statistiken från de inkluderade studierna till ett standardiserat medelvärde för att beräkna effektstorleken. Det mest använda testet var handgreppstyrka (47 studier), styrka i knästräckarmuskulaturen (21) och bioelektroniska mätningar (18). Det var skillnader i inklusionskriterier i de inkluderade studierna och hög heterogenitet mellan studiernas resultat vilket medförde att det inte var möjligt att göra någon meta-analys eller sammanvägning av effekter och resultat. Resultaten från inkluderade studier beskrivs narrativt i text. Det sammanvägda resultatet från tvärsnittsstudierna visade enligt författarna att handgreppstyrka kunde associeras till *mobilitet* (14 av 16 studier, 2 088 individer), *balans* (6 av 6 studier, 1 177 individer) och självständighet i *ADL* (10 av 11 studier, 3 228 individer). Utifrån sammanvägt resultat från longitudinella studier fann författarna association till *mobilitet* (3 av 3 studier, 883 individer) och självständighet i *ADL* (7 av 10 studier, 1 511 individer). Författarna menar att handgreppstyrka skulle kunna mäta och förutsäga nedsatt kroppsfunction och aktiviteter i dagliga livet för äldre personer. Studien exkluderades i kunskapsunderlaget på grund av svag design med breda inklusionskriterier, betydande heterogenitet i underlagen och en oklar metod för att sammanslå och tolka effekter.

Demens

En Cochrane-rapport av Quinn et al. (2021)[36] undersökte *The informantbased questionnaire* (IQCODE) för att upptäcka demens. De undersökte en längre variant (26 ämnen) och en kortare (16 ämnen). 10 artiklar och data från 2 644 individen inkluderades. Noggrannheten i testet ansågs rimligt ("reasonable") men testet kan inte användas ensamt utan behöver användas tillsammans med andra typer av tester för att bedöma demens. Studien exkluderades i kunskapsunderlaget då den inte svarade på frågeställningarna utifrån rehabilitering i hemmet.

Mental funktion vid traumatisk hjärnskada

Kristensen et al. (2020)[37] genomförde en systematisk översikt för att undersöka prestationsbaserade mätinstrument för att bedöma kognitiv funktion under aktivitet hos individer med traumatisk hjärnskada. Fokus låg på instrument som arbetsterapeuter använder. 28 studier och 24 olika instrument (40 olika områden) inkluderades, exempelvis Functional Independence Measure (FIM) och Functional Assessment Measurement (FAM). De flesta studierna visade begränsad eller oklar evidens för att bedöma kognitiv funktion under aktivitet och som kan användas för att utvärdera arbetsterapeutiska åtgärder. Kombinationen av FIM och FAM visade måttlig intern reliabilitet (intern konsistens), Cronbachs alfa 0.99. Men motstridig evidens för reliabilitet och låg evidens för begreppsvaliditet. Författarna anger att inget test är klart bättre än något annat och att flera olika test tillsammans med annan bedömning behövs vid traumatisk hjärnskada. Publikationen exkluderades i kunskapsstödet då den inte svarar på frågeställningarna eller motsvarar PICO.

Bilaga 3. Dokumentation av informationsökning

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM Datum: 2022-03-02 Ämne: Rehabilitering i hemmet: effekter av rehabilitering i hemmet samt teambaserat arbetssätt (Pico 1 a,b,c samt Pico 2 a,b,c)			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
PICO 1 Effekter av rehabilitering i hemmet			
1.	Mesh/FT	"Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[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] 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] OR Functionally-Impaired Elderly[tiab] OR Functionally Impaired Elderly[tiab] OR "Frail Elderly"[Mesh] OR "Disabled Persons"[Mesh:NoExp]	824,059
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] OR "Home Health Nursing"[Mesh] OR "Home Nursing"[Mesh] OR "Homemaker Services"[Mesh] OR "House Calls"[Mesh] OR "Community Health Nursing"[Mesh] OR "Home Health Aides"[Mesh] OR "Home Care Agencies"[Mesh] OR assistance service*[tiab] OR community care[tiab] OR community care worker*[tiab] OR community-based service*[tiab] OR community support service*[tiab] OR direct-care recipient*[tiab] OR direct-care worker*[tiab] OR domestic care[tiab] OR health aide services[tiab] OR help services[tiab] OR community-based service*[tiab] OR home health aide*[tiab] OR home health care[tiab] OR home-helper services[tiab] OR homemaker*[tiab] OR in-home care[tiab] OR in-	302,548

		home service*[tiab] OR in-home support services[tiab] OR in-home worker*[tiab] OR personal assist*[tiab] OR personal care[tiab] OR personal care servic*[tiab] OR supportive care services[tiab] OR support worker*[tiab] OR supportive services[tiab] OR visiting aides[tiab] OR visiting homemakers[tiab] OR personal care[tiab] OR home help[tiab] OR home service[tiab] OR home social service[tiab] OR home assistan*[tiab] OR housework assist*[tiab]	
3.		1 AND 2	30,007
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]	519,413
5.	Mesh/FT	("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 self care[tiab] OR walk*[tiab] OR running[tiab]) AND ("Rehabilitation"[Mesh:NoExp] OR rehabilitation[tiab])	43,490
6.		4 OR 5	519,413
7.		3 AND 6	9,631
8.		"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])	
9.		7 AND 8	448
10.		9 AND English, Swedish, Danish, Norwegian AND Publication date from 2010-	382
PICO 2 Teambaserat arbetssätt			
11.	Mesh/FT	"Interdisciplinary Communication"[Majr] OR "Interprofessional Relations"[Majr] OR "Patient Care Team"[Mesh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh:NoExp] OR "Patient Care Team"[Majr] OR "Patient-Centered Care"[Mesh:NoExp] OR care team*[tiab] OR crossdisciplinary[tiab] OR cross-disciplinary[tiab] OR crossprofessional[tiab] OR cross-professional[tiab] OR	348,113

	health care team*[tiab] OR healthcare team*[tiab] OR integrated care[tiab] OR integrated disease management[tiab] OR integrated management[tiab] OR inter disciplinary[tiab] OR interdisciplinary[tiab] OR interprofessional[tiab] OR inter-professional[tiab] OR multi disciplinary[tiab] OR multidisciplinary[tiab] OR multiprofessional[tiab] OR multi-professional[tiab] OR patient center*[tiab] OR patient centre*[tiab] OR patient focus*[tiab] OR rehabilitation team*[tiab] OR team care[tiab] OR trans disciplinary[tiab] OR transdisciplinary[tiab] OR multi-speciality team*[tiab] OR Rehabilitation approach[tiab] OR restorative approach[tiab] OR chronic pain management[tiab] OR multimodal approach[tiab] OR coordinated treatment[tiab] OR collaborative practice[tiab] OR multimodal[ti] OR multidimensional[ti] OR team*[ti]	
12.	3 AND 11	2,652
13.	"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])	
14.	12 AND 13	132
15.	14 AND Filters applied: Danish, English, Norwegian, Swedish, from 2010/1/1	107

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 nedsparade.

Databas: PubMed **Databasleverantör:** NLM Datum: 2022-03-11

Ämne: Rehabilitering i hemmet: rehabiliterande förhållnings- och arbetsätt hos omsorgspersonal, med löpande handledning respektive grundläggande utbildningsinsats (PICO 3 a,b,c)

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Home Health Aides"[Mesh] OR community care worker*[tiab] OR direct-care worker*[tiab] OR home care helper*[tiab] OR homemaker*[tiab] OR homemaker-home health aides[tiab] OR Homemaker Home Health Aides[tiab] OR in-home worker*[tiab] OR personal assistante[tiab] OR support workers[tiab] OR visiting aides[tiab] OR visiting homemakers[tiab] OR home health aides[tiab] OR home care aides[tiab] OR nursing home staff[tiab] OR nursing home personell[tiab] OR home care nurse*[tiab]	4,633
2.	Mesh/FT	"Counseling"[MeSH:NoExp] OR "Mentoring"[Mesh] OR mentor*[tiab] OR coaching[tiab] OR counseling[tiab] OR support*[tiab] OR competenc*[tiab] OR "Inservice Training"[Mesh:NoExp] OR "Education"[Mesh:NoExp] OR "Home Health Aides/education"[Mesh] OR education[tiab] OR Educational Activit*[tiab] OR workshop*[tiab]	2,431,519
3.	Mesh/FT	"Rehabilitation"[Mesh:NoExp] OR "Activities of Daily Living"[Mesh] OR "Occupational Therapy"[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]	310,287
4.		1-3 AND	213
5.	Mesh/FT	"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])	
6.		4 AND 5 Filters applied: Publication date from 2010-English	5
7.	Mesh/FT	Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab]) NOT Medline[sb])	
8.		4 AND 7 Filters applied: Publication date from 2010-English	14
9.	Mesh/FT	"Physical Therapists"[Mesh] OR "Occupational Therapists"[Mesh] OR "Nutritionists"[Mesh] OR Physical Therapist*[tiab] OR Physiotherapist*[tiab] OR Occupational Therapist*[tiab] OR Nutritionist*[tiab]	50,650

	OR Dietician*[tiab] OR Dietitian*[tiab] OR speech therapist*[tiab] OR Psychologist*[tiab]	
	1 AND 2 AND 9	
10.	Filters applied: Publication date from 2010-English	52
11.	10 AND 5	2
12.	10 AND 7	8

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: 2022-03-11

Ämne: Rehabilitering i hemmet: arbeta systematiskt utifrån rehabiliteringsprocessen (pico 4 a,b)

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Physical Therapists"[Mesh] OR "Occupational Therapists"[Mesh] OR "Nutritionists"[Mesh] OR Physical Therapist*[tiab] OR Physiotherapist*[tiab] OR Occupational Therapist*[tiab] OR Nutritionist*[tiab] OR Dietician*[tiab] OR Dietitian*[tiab] OR speech therapist*[tiab] OR Psychologist*[tiab]	50,650
2.	Mesh/FT	"Rehabilitation"[Mesh:NoExp] OR "Activities of Daily Living"[Mesh] OR "Occupational Therapy"[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 phsysical therap*[tiab]	310,287
3.	Mesh/FT	"Disability Evaluation"[Majr] OR "Patient Care Planning"[Majr] OR "Goals"[Majr] OR structured rehabilitation[tiab] OR organized rehabilitation[tiab] OR systematic rehabilitation[tiab] OR rehabilitation plan*[tiab] OR rehabilitation assessment*[tiab] OR rehabilitation goal*[tiab] OR disability evaluation*[tiab] OR needs assessment*[tiab] OR treatment plan*[tiab] OR care plan*[tiab] OR organized care[tiab] OR structured assessment*[tiab] OR structured evaluation[tiab] OR structured questionnaire*[tiab] OR structured interview*[tiab] OR symptoms assessment[tiab] OR assessment of symptom*[tiab] OR diagnostic assessment[tiab] OR symptoms evaluation[tiab] OR evaluation of symptom*[tiab] OR detailed questionnaire[tiab] OR diagnostic assessment[tiab]	230,449
4.		1 – 3 AND	1,099
5.	Mesh/FT	"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])	
6.		4 AND 5 Filters applied: Danish, English, Norwegian, Swedish, from 2010 - 2022	9
7.	FT/TI	structured rehabilitation[ti] OR organized rehabilitation[ti] OR systematic rehabilitation[ti] OR rehabilitation plan*[ti] OR rehabilitation assessment*[ti] OR rehabilitation goal*[ti]	205
8.		5 AND 7 Filters applied: Danish, English, Norwegian, Swedish, from 2010 - 2022	7
9.	Mesh/FT	4 Filters: Clinical Trial, Danish, English, Norwegian, Swedish, from 2010 - 2022	42
10.		7 Filters: Clinical Trial, Danish, English, Norwegian, Swedish, from 2010 - 2022	3

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:** 2022-03-15

Ämne: Rehabilitering i hemmet: bedömning av funktion, aktivitet och delaktighet utifrån strukturerat bedömningsinstrument (pico 5 a,b)

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Disabled Persons/rehabilitation"[Mesh] OR "Rehabilitation"[Mesh:NoExp] OR "Activities of Daily Living"[Majr] OR "Occupational Therapy"[Majr] OR Reablement[tiab] OR re-ablement[tiab] OR restorative care[tiab] OR restorative home support[tiab] OR rehabilitation[tiab] OR rehabilitate*[tiab] OR home occupational therap*[tiab] OR home phsysical therap*[tiab]	255,126
2.	Mesh/FT	"Disability evaluation"[Majr] OR disability evaluation[tiab] OR capacity evaluation[tiab] OR rehabilitation assessment*[tiab] OR standardised assessment[tiab] OR disability assessment[tiab] OR functional assessment[tiab] OR impairment assessment[tiab] OR Assessment practice[tiab] OR standard assessment[tiab] OR rehabilitation assessment*[tiab] OR multi-professional assessment[tiab] OR multiprofessional assessment[tiab] OR disability[ti]	63,678
3.	FT	Assessment*[ti] OR tool*[ti] OR instrument*[ti] OR scale*[ti] OR inventory[ti] OR test*[ti] OR measure*[ti] OR checklist*[ti] OR index[ti] OR Questionnair*[ti]	1,127,164
4.		1 – 3 AND	2,766
5.	Mesh/FT	"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])	
6.		4 AND 5 Publication date from 2010 - Filters applied: Danish, English, Norwegian, Swedish	88

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 nedsparade.

Referenser

1. SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Hämtad 2022-04-25 från <https://www.sbu.se/metodbok>; 2020.
2. Rossi PG, Carnavale BF, Farche ACS, Ansai JH, de Andrade LP, Takahashi ACdM. Effects of physical exercise on the cognition of older adults with frailty syndrome: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Archives of Gerontology & Geriatrics*. 2021; 93:104322.
3. Zhang Y, Zhang Y, Du S, Wang Q, Xia H, Sun R. Exercise interventions for improving physical function, daily living activities and quality of life in community-dwelling frail older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Geriatric Nursing*. 2020; 41(3):261-73.
4. Mahjur M, Norasteh AA. The Effect of Unsupervised Home-Based Exercise Training on Physical Functioning Outcomes in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Biological Research for Nursing*. 2021; 23(3):504-12.
5. Malaguti C, Dal Corso S, Janjua S, Holland AE. Supervised maintenance programmes following pulmonary rehabilitation compared to usual care for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021; (8).
6. Lee H, Lee SH. Effectiveness of multicomponent home-based rehabilitation in older patients after hip fracture surgery: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2022.
7. Bonnevie T, Smondack P, Elkins M, Gouel B, Medrinal C, Combret Y, et al. Advanced telehealth technology improves home-based exercise therapy for people with stable chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *J Physiother*. 2021; 67(1):27-40.
8. Cox NS, Dal Corso S, Hansen H, McDonald CF, Hill CJ, Zanaboni P, et al. Telerehabilitation for chronic respiratory disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021; (1).
9. Chan JKY, Klainin-Yobas P, Chi Y, Gan JKE, Chow G, Wu XV. The effectiveness of e-interventions on fall, neuromuscular functions and quality of life in community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2021; 113:N.PAG-N.PAG.
10. Möhler R, Renom A, Renom H, Meyer G. Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020; 17(8).
11. Mackenzie L, Beavis A-M, Tan ACW, Clemson L. Systematic Review and Meta-Analysis of Intervention Studies with General Practitioner Involvement Focused on Falls Prevention for Community-Dwelling Older People. *Journal of Aging & Health*. 2020; 32(10):1562-78.
12. Baldelli G, De Santi M, De Felice F, Brandi G. Physical activity interventions to improve the quality of life of older adults living in

- residential care facilities: a systematic review. *Geriatric Nursing*. 2021; 42(4):806-15.
13. Smallfield S, Fang L, Kyler D. Self-Management Interventions to Improve Activities of Daily Living and Rest and Sleep for Adults With Chronic Conditions: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*. 2021; 75(4):1-21.
 14. Gelaw AY, Janakiraman B, Gebremeskel BF, Ravichandran H. Effectiveness of Home-based rehabilitation in improving physical function of persons with Stroke and other physical disability: A systematic review of randomized controlled trials. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2020; 29(6):104800.
 15. Silva R, Bobrowicz-Campos E, Cardoso D, Costa P, Couto F, Camarneiro AP, et al. Effects of caregiver-provided individual cognitive interventions on cognition, social functioning and quality of life in older adults with major neurocognitive disorders: a systematic review. *JBIC Evidence Synthesis*. 2021; 19(4):1-2.
 16. Blackburn J, Yeowell G. Patients' perceptions of rehabilitation in the community following hip fracture surgery. A qualitative thematic synthesis. *Physiotherapy*. 2020; 108:63-75.
 17. Raj SE, Mackintosh S, Fryer C, Stanley M. Home-Based Occupational Therapy for Adults With Dementia and Their Informal Caregivers: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*. 2021; 75(1):1-27.
 18. Mareschal J, Genton L, Collet TH, Graf C. Nutritional Intervention to Prevent the Functional Decline in Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *Nutrients*. 2020; 12(9).
 19. Brown TJ, Williams H, Mafriqi B, Jackson HS, Johansson L, Willingham F, et al. Dietary interventions with dietitian involvement in adults with chronic kidney disease: A systematic review. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*. 2021; 34(4):747-57.
 20. Boaden E, Burnell J, Hives L, Dey P, Clegg A, Lyons MW, et al. Screening for aspiration risk associated with dysphagia in acute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021; (10).
 21. Chen S, Kent B, Cui Y. Interventions to prevent aspiration in older adults with dysphagia living in nursing homes: a scoping review. *BMC Geriatr*. 2021; 21(1):429.
 22. Cugusi L, Prosperini L, Mura G. Exergaming for Quality of Life in Persons Living with Chronic Diseases: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pm r*. 2021; 13(7):756-80.
 23. Corregidor-Sánchez AI, Segura-Fragoso A, Criado-Álvarez JJ, Rodríguez-Hernández M, Mohedano-Moriano A, Polonio-López B. Effectiveness of Virtual Reality Systems to Improve the Activities of Daily Life in Older People. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(17).
 24. Dermody G, Whitehead L, Wilson G, Glass C. The Role of Virtual Reality in Improving Health Outcomes for Community-Dwelling Older Adults: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*. 2020; 22(6):N.PAG-N.PAG.
 25. van der Laag PJ, Arends SAM, Bosma MS, van den Hoogen A. Factors associated with successful rehabilitation in older adults: A systematic review and best evidence synthesis. *Geriatric Nursing*. 2021; 42(1):83-93.

26. Suksatan W, Tankumpuan T. The Effectiveness of Transition Care Interventions from Hospital to Home on Rehospitalization in Older Patients with Heart Failure: An Integrative Review. *Home Health Care Management & Practice*. 2022; 34(1):63-71.
27. O'Donnell R, Savaglio M, Skouteris H, Banaszak-Holl J, Moranl C, Morris H, et al. The Effectiveness of Transition Interventions to Support Older Patients From Hospital to Home: **A Systematic Scoping Review**. *J Appl Gerontol*. 2021; 40(11):1628-36.
28. Hestevik CH, Molin M, Debesay J, Bergland A, Bye A. Older persons' experiences of adapting to daily life at home after hospital discharge: a qualitative metasummary. *BMC Health Serv Res*. 2019; 19(1):224.
29. Carey MJ, Taylor M. The impact of interprofessional practice models on health service inequity: an integrative systematic review. *Journal of Health Organization & Management*. 2021; 35(6):682-700.
30. Bramble M, Young S, Prior S, Maxwell H, Campbell S, Marlow A, et al. A scoping review exploring reablement models of training and client assessment for older people in primary health care. *Prim Health Care Res Dev*. 2022; 23:e11.
31. Bauer M, Fetherstonhaugh D, Haesler E, Beattie E, Hill KD, Poulos CJ. The impact of nurse and care staff education on the functional ability and quality of life of people living with dementia in aged care: A systematic review. *Nurse Educ Today*. 2018; 67:27-45.
32. Kang E, Kim MY, Lipsey KL, Foster ER. Person-Centered Goal Setting: A Systematic Review of Intervention Components and Level of Active Engagement in Rehabilitation Goal-Setting Interventions. *Arch Phys Med Rehabil*. 2022; 103(1):121-30.e3.
33. Silva SM, Brandão TCP, Silva FPD, Buchalla CM. Identification of categories of the International Classification of Functioning, Disability and Health in functional assessment measures for stroke survivors: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 2020; 42(2):156-62.
34. Felton N, Lewis JS, Cockburn SJ, Hodgson M, Dawson S. Pain Assessment for Individuals with Advanced Dementia in Care Homes: A Systematic Review. *Geriatrics (Basel)*. 2021; 6(4).
35. Lunt E, Ong T, Gordon AL, Greenhaff PL, Gladman JRF. The clinical usefulness of muscle mass and strength measures in older people: a systematic review. *Age & Ageing*. 2021; 50(1):88-95.
36. Quinn TJ, Fearon P, Noel-Storr AH, Young C, McShane R, Stott DJ. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) for the detection of dementia within community dwelling populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021; (7).
37. Kristensen LQ, Muren MA, Petersen AK, van Tulder MW, Gregersen Oestergaard L. Measurement properties of performance-based instruments to assess mental function during activity and participation in traumatic brain injury: A systematic review. *Scand J Occup Ther*. 2020; 27(3):168-83.