

Hotus



Hemvård som stödjer äldre personers aktörskap och rehabilitering

Hotus-vårdrekommendation®

ARBETSGRUPPEN OCH DESS BINDNINGAR

ORDFÖRANDE

SINIKKA LOTVONEN, fysioterapeut, HVD, forskardoktor, GeroNursing Centre, forskningsenheten för medicinsk teknik och hälsovetenskaper, Uleåborgs universitet

VICE ORDFÖRANDE

MARJAANA TEERIKANGAS, fysioterapeut, SVM, doktorand, GeroNursing Centre, forskningsenheten för medicinsk teknik och hälsovetenskaper, Uleåborgs universitet; serviceområdeschef, Norra Österbottens välfärdsområde

MEDLEMMAR

ANJA KAHANPÄÄ, sjukskötare, HVD, chef för den rehabiliterande bedömningsenheten, Helsingfors stad, Social-, hälsovårds- och räddningssektorn, Sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänster, hemvård, Rehabiliterande bedömningsenheten

JAANA NUMMIJOKI, fysioterapeut, FD, hemvårdschef, Helsingfors stad, Social-, hälsovårds- och räddningssektorn; Sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänster, hemvård, Sydöstra hemvårdsenheten

JONNA PUUSTINEN, sjukskötare, HVM, doktorand, Åbo universitet; lektor i äldrekompetens, Karelia yrkeshögskola

SALLA TUKIAINEN, sjukskötare, HVM, Norra Savolax välfärdsområde

ARBETSGRUPPEN FÖR HÄLSOEKONOMI

FANNY PUTKISTO, sjukskötare/hälsovårdare, HVM-studerande (hälsoekonomi), yngre forskare, Stiftelsen för vårdforskning

SUVIMARI PYYKKÖ, sjukskötare/hälsovårdare, HVM-studerande (hälsoekonomi), yngre forskare, Stiftelsen för vårdforskning

HENNA TIITINEN, sjukskötare/hälsovårdare, FöK, HVM (hälsoekonomi), yngre forskare, Stiftelsen för vårdforskning

EXPERTER

JOHANNA HEIKKINEN, fysioterapeut, HVM, FöM, ansvarsenhetschef, Norra Österbottens välfärdsområde

AIJA JACOBSSON, sjukskötare, HVM, regionchef, Tjänster som ges i hemmet och terapitjänster, Attendo

PENTTI KOISTINEN, specialistläkare i internmedicin och geriatrik, docent i geriatrik, Uleåborgs universitet

TEPPO KRÖGER, SVD, professor i samhällspolitik, Jyväskylä universitet

TARJA KÄSMÄ, fysioterapeut (högre YH), Norra Österbottens välfärdsområde

MIA MAJAMAA, geronom (högre YH), områdesansvarig, Västra Nylands välfärdsområde

AILA PIKKARAINEN, HVM, PeD, lektor (pensionerad), Jyväskylä yrkeshögskola, Rehabiliteringsinstitutet (medlem i arbetsgruppen fram till 31.12.2024)

ERFARENHETSEXPERTER:

KIRSTI KIVIRIKKO, lektor i bildkonst (pensionerad)

KARI KIVIRIKKO akademiprofessor (emeritus), Uleåborgs universitet

BINDNINGAR:

Ingen av medlemmarna i rekommendationsarbetsgruppen eller expertgruppen har några bindningar med relevans för rekommendationen som kan ge dem ekonomisk nytta eller påverka rekommendationens tillförlitlighet.

ISSN 2489-5024

Innehåll

ARBETSGRUPPEN OCH DESS BINDNINGAR	2
Inledning	5
Rekommendationens syfte och mål	6
Avgränsning	6
Målgrupper	6
Centrala begrepp	7
Rekommendationer	13
1. Klientskap och personalresurser inom rehabiliterande hemvård	13
2. Uppbyggnad av enhetlig kompetens och verksamhetskultur	15
3. Målinriktad rehabiliterande hemvård	18
4. Värdigt och individuellt bemötande	21
5. Stödjande och främjande av fysisk funktionsförmåga	22
6. Stödjande av aktörskap i dagliga aktiviteter	24
7. Beaktande och stödjande av närstående hjälpare	26
Implementering av rekommendationen	27
Metoder	30
Källor	31

Inledning

Tjänsterna för äldre personer i Finland grundar sig på lagstiftning och nationella riktlinjer som understryker behoven som utgångspunkt samt vikten av att stödja och främja funktionsförmågan. Bland de centrala författningarna finns lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre¹, socialvårdslagen² och grundlagen³.

Nationella program och kvalitetsrekommendationer understryker vikten av att stödja äldre personers välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig självständigt i vardagen samt möjligheten att bo kvar i det egna hemmet så länge som möjligt^{4,5}. Kvalitetsrekommendationen för att trygga en aktiv och funktionsduglig ålderdom 2024–2027 betonar särskilt vikten av att upprätthålla funktionsförmågan och förebygga att den försämras⁴. Den riksomfattande handlingsplanen för rehabilitering fastställer i sin tur centrala principer för rehabilitering av äldre personer⁶.

Reformen av social- och hälsovårdssystemet, införandet av välfärdsområdena år 2023 samt den åldrande befolkningen har ökat hemvårdens betydelse. År 2024 fick cirka 13 procent av dem som fyllt 75 år regelbundet hemvårdstjänster. Andelen hemvårdsklienter har minskat under de senaste åren, även om servicebehovet har ökat.⁷

Målet med hemvården är att genom multiprofessionellt arbete stödja äldre personers förmåga att klara sig i vardagen och möjlighet att bo hemma⁸. Hemvård som främjar funktionsförmågan och ges på ett klientorienterat och planmässigt sätt är det primära sättet att stödja äldre personers möjlighet att klara sig i hemmiljön⁹. Detta kan genomföras med rehabiliterande vård. Där har hemvårdspersonalen en central roll, eftersom de känner sina klienters vardag och individuella behov¹⁰. Verksamheten ska vara klientorienterad, målinriktad, planmässig och baserad på en bedömning av funktionsförmågan⁹.

Nationella rekommendationer om bedömning av funktionsförmåga samt tidigare vårdrekommendationer från Stiftelsen för vårdforskning (Hotus) understryker vikten av att främja funktionsförmågan och aktörskapet inom hemvården¹¹⁻¹⁷. Denna vårdrekommendation kompletterar tidigare nationella rekommendationer genom att lyfta fram aktuell vetenskaplig evidens om hemvård som stödjer äldre personers aktörskap och rehabilitering.

Rekommendationens syfte och mål

Syftet med vårdrekommendationen är att utifrån kritiskt granskade vetenskapliga studier sammanställa evidens om hemvård som stödjer äldre personers aktörskap och rehabilitering och att utifrån denna evidens ge nationella rekommendationer som kan användas inom hemvården för äldre personer och för att stödja äldre personer i att bo kvar hemma. Dessutom ger rekommendationen en beskrivning av hur delat aktörskap möjliggör rehabiliterande hemvård i de äldre klienternas och hemvårdspersonalens gemensamma verksamhetsmiljö.

Målet med vårdrekommendationen är att harmonisera evidensbaserade vådrutiner som främjar aktörskap och rehabilitering hos äldre klienter inom hemvården samt att stödja en nationellt enhetlig användning av dessa.

Avgränsning

Denna vårdrekommendation gäller äldre personer som får regelbundna hemvårdstjänster av en offentlig eller privat serviceproducent i sin egen hemmiljö, det vill säga i en privat bostad eller i en därmed jämförbar bostad och boendemiljö. Vårdrekommendationen är inriktad på att främja aktörskap och rehabilitering hos äldre hemvårdsklienter i hemvårdens verksamhetsmiljö.

Målgrupper

Vårdrekommendationen har tagits fram för att användas av all social- och hälsovårdspersonal som arbetar inom hemvården och som i sitt arbete ger vård och omsorg antingen självständigt eller som en del av ett multiprofessionellt team. Vårdrekommendationen kan även användas av personer som är med i äldre personers vardag och hemmiljö och som saknar utbildning inom social- och hälsovårdsområdet, såsom närståendehjälpare. Med närståendehjälpare avses i denna rekommendation närstående till äldre hemvårdsklienter och olika frivilligaktörer. Rekommendationen kan dessutom användas som läromaterial och för att utveckla läroplaner inom social- och hälsovårdsområdets yrkesinriktade grundutbildning och fortbildning.

Centrala begrepp

Äldre hemvårdsklient

Med äldre person avses en person vars fysiska, psykiska, kognitiva eller sociala funktionsförmåga har försämrats på grund av åldersrelaterade förändringar, tilltagande eller förvärrade sjukdomar eller skador, utan någon åldersmässig avgränsning¹. Försämrade funktionsförmåga och det därmed följande behovet av hjälp och stöd utgör en grund för regelbunden hemvård. I samband med klient-skap inom hemvården utarbetas en vård- och serviceplan för den äldre personen. Planen bör innehålla en beskrivning av hur funktionsförmågan stöds och främjas i den egna livsmiljön⁹. I denna rekommendation är den centrala utgångspunkten för definitionen av en äldre person personens individuella funktionsförmåga, och definitionen grundar sig inte enbart på den ålder som berättigar till ålderspension.

Funktionsförmåga och bedömning av funktionsförmåga

Funktionsförmåga avser människors fysiska, psykiska, kognitiva och sociala förutsättningar att klara av de aktiviteter i det dagliga livet som är betydelsefulla och nödvändiga för dem i den miljö där de lever. En äldre persons funktionsförmåga är inte enbart en individuell egenskap, utan formas i samspel mellan individen och miljön och är beroende av bland annat ett tryggt och tillgängligt boende, socialt stöd och tillgängliga tjänster. Funktionsförmågan och förmågan att klara sig i vardagen kan stödjas med miljörelaterade faktorer i samarbete med den äldre, med stöd av andra människor samt med hjälp av social- och hälsovårdstjänster.¹⁸

Bedömning av funktionsförmåga är en lagstadgad förutsättning för beviljande av tjänster och förmåner samt för planering och uppföljning av vård och tjänster^{1,2,19}. Vid bedömningen av en äldre persons funktionsförmåga ska, utöver fysisk, psykisk, kognitiv och social funktionsförmåga, även boendets trygghet, livsmiljöns tillgänglighet och tillgången till närservice beaktas. Lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre kräver att RAI-bedömningsinstrumentet används vid bedömning av äldre personers servicebehov och funktionsförmåga. Bedömningen av funktionsförmågan utgör en grund för planeringen av vård och tjänster, men ger inte en fullständig bild av funktionsförmågan i vardagen^{1,2,11,18,19}. I denna vårdrekommendation beskrivs den faktiska funktionsförmågan med hjälp av begreppet aktörskap.



Bedömning av funktionsförmåga och information om funktionsförmåga som grund för rehabiliterande hemvård

Rehabiliterande hemvård grundar sig på enhetlig och tillförlitlig information om funktionsförmåga.

- Äldre hemvårdsklienters funktionsförmåga bedöms brett i samarbete med klienterna.
- Vid bedömningen används tillförlitliga mätinstrument som lämpar sig för äldre hemvårdsklienter (Tabell 1).
- Inom socialvårdstjänster och vid bedömning av servicebehov används det lagstadgade RAI-bedömningsinstrumentet, som kan kompletteras med andra mätinstrument (t.ex. SPPB-testet för bedömning av rörelseförmåga).
- Mätinstrumenten fungerar som stöd för att utarbeta individuella mål och planer samt för regelbunden uppföljning.
- Regelbunden bedömning med enhetliga mätinstrument möjliggör rehabiliterande hemvård samt uppföljning och utvärdering av dess effekter.
- Inom rehabiliterande hemvård ingår bedömning av funktionsförmåga i hemvårdspersonalens arbetsuppgifter och arbetstid.¹⁷

Tabell 1. Exempel på instrument för bedömning av funktionsförmåga inom hemvården^{16,17,20}

Bedömnings- område	Instrument i RAI-bedömningen	Instrument för bedömning av funktionsförmåga
Fysisk funktionsförmåga	Balans, rörelseförmåga • 4 meters gångtest • Längsta gångsträcka • Balanssvårigheter • Gångsvårigheter	Kort bedömningsinstrument för fysisk funktionsförmåga • SPPB (Short Physical Performance Battery) Bedömningsinstrument för rörelseförmåga • EMS-skalan (Elderly Mobility Scale) Greppstyrka
Dagliga aktiviteter	Vardagsfunktion, grundläggande aktiviteter • ADL-H (Activities of Daily Living Hierarchy) Vardagsfunktion, instrumentella aktiviteter • IADLCH (Instrumental Activities of Daily Living Capacity Hierarchy Scale)	Barthel-index IADL (Instrumental Activities of Daily Living)
Fallrisk	Fall under de senaste 30 dygna	Kort bedömning av fallrisk FRAT (Fall Risk Assessment Tool) FROP Com (The Falls Risk for Older People in the Community)
Psykisk funktionsförmåga	Bedömningsinstrument för depressionssymtom • DRS (Depression Rating Scale)	Screening för depression i hög ålder • GDS-15 (Geriatric Depression Scale)
Kognitiv funktionsförmåga	Bedömningsinstrument för kognitiv funktion • CPS (Cognitive Performance Scale) Utvidgat bedömningsinstrument för kognitiv funktion • CPS2 (Cognitive Performance Scale 2)	MMSE (Mini Mental State Examination) MoCA (Montreal Cognitive Drawing Test)
Social funktionsförmåga	Social delaktighet • ISE (Index of Social Engagement) • SES (Social Engagement Scale)	SPS-skalan (Social Provision Scale)

Aktörskap

Med aktörskap (eng. human agency) avses det ömsesidiga förhållande mellan individen och miljön som kommer till uttryck i vardagliga aktiviteter och handlingssituationer så att människan inte enbart är ett objekt för sina omständigheter, utan också en aktiv aktör som gör val och påverkar sitt eget liv utifrån de möjligheter som finns²¹⁻²³. Aktörskap är inte en bestående egenskap, utan formas i respektive situation utifrån personens livsförlopp, erfarenheter, interaktionsrelationer och möjligheterna eller begränsningarna i respektive miljö, vilket innebär att det kan variera mellan olika situationer och tidpunkter^{21,24,25}. Aktörskap skiljer sig från funktionsförmåga, som syftar på relativt bestående och bedömningsbara individuella egenskaper och funktionsförutsättningar, såsom fysisk, kognitiv, psykisk och social funktionsförmåga^{8,26}. Begreppet aktörskap betonar däremot individens möjlighet att göra val och fatta beslut om sitt handlande samt att delta i utformningen av lösningar som gäller individen själv i stället för att handlandet enbart styrs av yttre strukturer, såsom normer, anvisningar eller rutiner. Just därför är aktörskap ett centralt perspektiv i klientorienterat arbete inom hemvården.^{8,21,22,27-29}

Inom hemvården byggs aktörskap upp i interaktionen mellan den äldre personen och hemvårdspersonalen, vilket beskrivs som delat aktörskap. Delat aktörskap uppstår genom gemensam förhandling och gemensamt lärande och genom att verksamheten anpassas till den äldre personens egen vardagsmiljö²⁵. I praktiken innebär detta att hemvårdspersonalen gör situationsbundna professionella val mellan hemvårdens anvisningar och den äldre klientens individuella behov. På så sätt stärks klientens aktiva delaktighet och aktörskap och kan komma till uttryck som delat förändringsaktörskap i vardagliga rutiner. Delat förändringsaktörskap innebär att hemvårdspersonalen och äldre klienter tillsammans ifrågasätter nuvarande arbetssätt, tar initiativ och utvecklar nya handlingssätt som förbättrar deras gemensamma situation.^{21,25,27,30} I denna vårdrekommendation ses delat aktörskap och det delade förändringsaktörskap som är möjligt inom rehabiliterande hemvård som en central förutsättning för hemvård som stöd för funktionsförmågan.

Hemvård

Med hemvård avses en gemensam social- och hälsovårdstjänst som ges till en person i hemmet eller på en därmed jämförbar plats^{2,19} och som omfattar både hemtjänst och hemsjukvård³¹. Hemvården stödjer och hjälper personer som på grund av sjukdom eller nedsatt funktionsförmåga behöver hjälp för att klara av dagliga sysslor och personliga aktiviteter, såsom hygien och nutrition.⁹ Hemvårdsklienter kan vara personer i olika åldrar (t.ex. unga personer med funktionsnedsättning). I denna vårdrekommendation syftar hemvård på tjänster riktade till äldre hemvårdsklienter. Hemvårdspersonalen består huvudsakligen av närvårdare, hemvårdare och hemhjälpare, men även av sjukskötare och hälsovårdare⁹.

I denna vårdrekommendation används begreppen **hemvårdspersonal** och **vårdpersonal**. Med hemvårdspersonal avses multiprofessionella yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården som arbetar inom hemvården. Dessa yrkespersoner omfattar även vårdpersonal, och

med vårdpersonal avses i denna rekommendation yrkesutbildade personer inom vårdarbete, såsom sjukskötare och närvårdare.

Hemvård är en del av helheten av tjänster som ges i hemmet. De stödtjänster som kompletterar hemvården är ofta de första tjänster som erbjuds som stöd för äldre personers funktionsförmåga, och de omfattar bland annat städ-, måltids- och ärendetjänster samt tjänster som främjar eller stödjer delaktighet och socialt umgänge. Hemvården kan vid behov även omfatta den hem-sjukvård som den äldre personen behöver, och tjänsten kan ges alla tider på dygnet.³²

Rehabiliterande hemvård

I denna vårdrekommendation syftar rehabiliterande hemvård på hemvård som främjar den äldre klientens aktörskap och funktionsförmåga genom vårdåtgärder som genomförs av hemvårdspersonalen och som vid behov genomförs i multiprofessionellt samarbete i gränssnittet mellan rehabilitering och vårdarbete.

Syftet med rehabiliterande hemvård är att främja äldre personers aktörskap inom funktionsförmågans olika områden samt att upprätthålla självständighet i dagliga sysslor och rörlighet i den egna livsmiljön^{33,34}. Rehabiliterande hemvård är interaktion mellan den äldre, de närstående och personalen, som genom vårdarbetets metoder stödjer den äldre klienten i att uppnå sina rehabiliteringsmål. Rehabiliterande hemvård består av att bedöma funktionsförmågan tillsammans med den äldre klienten, att sätta upp rehabiliteringsmålen och att lägga upp, genomföra, löpande utvärdera och uppdatera planen. För att målen ska uppnås krävs att den äldre klienten och hemvårdspersonalen engagerar sig i att främja rehabiliteringen.^{35,36}

Inom rehabiliterande hemvård hänger den äldre klientens funktionsförmåga och aktörskap tätt ihop, eftersom klientens fysiska, psykiska, kognitiva och sociala resurser samt villkoren i livsmiljön påverkar i vilken utsträckning klienten kan handla, delta och fatta beslut om sin vardag hemma^{8,21,29}. Aktörskap visar sig som ett sätt att leva och handla som formats under det individuella livsförloppet och tar sig uttryck i konkreta aktiviteter och alla val, beslut, förhandlingar och former av delaktighet kring dem i hemvårdens vardag^{21,24,28}.

Arbetsätt för att stödja funktionsförmågan hos äldre hemvårdsklienter definieras på många olika sätt internationellt och nationellt. Under de senaste åren har det multiprofessionella arbetsättet för hemrehabilitering (reablement) blivit vanligare både i Finland och internationellt. I detta arbetsätt stöds den äldre klientens funktionsförmåga under en tidsbegränsad period som grundar sig på klientens egna mål och genomförs som ett samarbete mellan vårdarbete och rehabilitering. För att harmonisera begreppet reablement har 82 professionella från 11 länder utarbetat en gemensam internationell definition³³. Enligt definitionen är hemrehabilitering ett helhetsorienterat arbetsätt som beaktar den äldre klientens behov och mål med syftet att stärka individens fysiska och/eller övriga funktionsförmåga, öka eller upprätthålla självständigheten i meningsfulla dagliga aktiviteter i den egna boendemiljön samt minska behovet av långvariga tjänster. Arbetsättet lämpar sig för alla oberoende av ålder, diagnos och verksamhetsmiljö.³³

Det regelbundna rehabiliterande vårdarbetet inom hemvården och den interventionsbaserade hemrehabiliteringen stödjer varandra. Rehabiliterande vårdarbete är en arbetsmetod och en referensram i synnerhet för vårdpersonalen inom hemvården, och det används både inom hemvården och mer allmänt i vårdarbetets olika verksamhetsmiljöer. Multiprofessionellt samarbete stödjer utfallet av rehabiliterande vårdarbete.³⁷ I denna Hotus-vårdrekommendation® förstås rehabiliterande hemvård som hemvårdspersonalens kontinuerliga och systematiska arbete, som utöver regelbundet rehabiliterande vårdarbete inom hemvården även omfattar multiprofessionell periodisk hemrehabilitering.

Rekommendationer

1. Klientskap och personalresurser inom rehabiliterande hemvård

Inom organisationen bör man fastställa enhetliga sätt att identifiera klienter som kan ha nytta av rehabiliterande vårdarbete, eftersom

- **evidensen är osäker, men tyder på att hemvårdspersonalen anser att tydliga organisatoriska riktlinjer och rutiner är viktiga för att identifiera klienter som kan ha nytta av rehabiliterande hemvård³⁸. (C)**
 - Enligt hemvårdspersonalens erfarenheter är det viktigt att man på organisationsnivå identifierar de äldre klienter som kan ha nytta av rehabiliterande vårdarbete och hänvisar dem till rehabiliterande hemvård. Det är väsentligt att så tidigt som möjligt upptäcka nedsatt funktionsförmåga och minskad fysisk aktivitet hos äldre klienter. Ett tydligt arbetssätt för rehabiliterande hemvård och enhetliga kriterier för att tas in som klient är nyckelfaktorer för att nå de äldre personer som rehabiliterande vårdarbete lämpar sig bäst för.³⁸
 - Rekommendationsarbetsgruppen rekommenderar att man använder validerade och nationellt etablerade bedömningsinstrument för regelbunden bedömning av hemvårdsklienters funktionsförmåga (Tabell 1). Mer information om bedömningsinstrumenten finns till exempel i THL:s rekommendationer *Bedömning av äldre personers funktionsförmåga inom rehabiliteringsfrämjande vårdarbete*, *Bedömning av äldre personers funktionsförmåga inom hemrehabilitering* och *Mätning av äldre personers funktionsförmåga i samband med bedömning av servicebehov*^{11,16,17}.

Inom organisationen bör man skapa strukturer och förutsättningar för multiprofessionellt samarbete och stödja hemvårdspersonalen i att genomföra rehabiliterande hemvård, eftersom

- **det finns måttlig evidens för att hemvårdspersonalen upplever multiprofessionellt teamarbete som centralt för rehabiliterande hemvård³⁷⁻³⁹. (B)**
 - Hemvårdens multiprofessionella team har upplevt att principen om rehabiliterande hemvård utgör en god referensram för samarbete, utnyttjande av professionell kompetens och gemensamt beslutsfattande.³⁷

➤ **evidensen är osäker, men tyder på att personalen inom rehabiliterande hemvård upplever det som viktigt att de får stöd i arbetet och att arbetsklimatet är bra⁴⁰. (C)**

- Hemvårdspersonalen har upplevt att de får lite respons från chefer, arbetsgemenskapen och de äldre klienterna. Man ansåg det som viktigt att bli hörd, men identifierade även utvecklingsbehov avseende detta. Man strävade efter att förbättra upplevelsen av att bli hörd och det multiprofessionella samarbetet genom gemensamma möten och gemensamma besök hos klienterna.⁴⁰
- Hemvårdspersonalen har identifierat till exempel hög personalomsättning och för stor arbetsbelastning som faktorer som försvårar rehabiliterande hemvård.³⁹



Den tillgängliga evidensen är osäker, men tyder på att multiprofessionellt genomförd rehabiliterande hemvård kan vara kostnadseffektiv⁴¹.

Den multiprofessionella interventionen bedömdes med förbehåll vara kostnadseffektiv med tanke på hur äldre hemvårdsklienter själva bedömer sin aktivitet och tillfredsställelse med sin funktionsförmåga samt på hemvårdens kostnader⁴¹. Multiprofessionalitetens självständiga betydelse som bakomliggande faktor för kostnadseffektiviteten kan dock inte bedömas med säkerhet.



Säkerställande av tillräckliga resurser för att genomföra rehabiliterande hemvård

När rehabiliterande hemvård planeras och genomförs är tillräckliga resurser centrala. Hemvårdspersonalen har beskrivit tillräckliga tids- och personalresurser som betydelsefulla faktorer i sitt arbete. Personalen har upplevt att de i huvudsak kan svara väl mot klienternas behov, men hos vissa klienter har tiden varit knapp. Resursernas tillräcklighet har beskrivits ha betydande inverkan på dokumentation, stödande av klientens självständighet och det rehabiliterande arbetssättets ändamålsenlighet.⁴⁰ På organisationsnivå har personal- och tidsresurser beskrivits påverka organiseringen av rehabiliterande hemvård samt identifieringen av klienternas rehabiliteringsbehov och främjandet av deras fysiska aktivitet⁴².

2. Uppbyggnad av enhetlig kompetens och verksamhetskultur

Inom organisationen bör man göra det möjligt för hemvårdspersonalen att delta i utbildning om rehabiliterande hemvård, eftersom

➤ **det finns stark evidens för att fortbildning stärker hemvårdspersonalens kompetens inom rehabiliterande hemvård^{38,40,42-44}. (A)**

- Hemvårdspersonalen har upplevt att utbildning och introduktion för personalen är en central faktor för att rehabiliterande verksamhet ska förverkligas inom hemvården (t.ex. stöd för klienternas psykosociala välbefinnande)⁴⁰.
- Hemvårdspersonalen har upplevt att tidigare kompetens, som omfattar rehabiliteringskompetens som förvärvats genom utbildning och arbetserfarenhet, stödjer arbetet enligt hemrehabiliteringsmodellen⁴⁰.
- Efter utbildningen har hemvårdspersonalen kunnat identifiera vilka risker som är förknippade med att man gör saker åt klienten och vilka fördelar som kan uppnås genom rehabiliterande hemvård (t.ex. bättre fysisk kondition och stärkt självförtroende hos den äldre personen). Samtidigt har en del av personalen upplevt att ett rehabiliterande arbetssätt tar mer tid och inte lämpar sig för alla klienter, till exempel på grund av bristande motivation eller nedsatt funktionsförmåga.⁴⁴
- Hemvårdspersonalen använder metoder som att uppmuntra klienten och att motivera klienten till fysisk aktivitet. Att sätta upp mål och att involvera det sociala nätverket är något som används i mindre utsträckning. Som orsaker till att dessa metoder inte används har hemvårdspersonalen angett till exempel tidsbrist och att de upplever att vissa saker inte ingår i deras arbetsbeskrivning. Genom fortbildning kan personalen påminnas om en mer medveten och konsekvent användning av rehabiliterande hemvård, även om de har dessa färdigheter sedan tidigare.⁴⁴
- Hemvårdspersonalen har upplevt att kompetens inom rehabiliterande hemvård och personalens motivation främjar äldre klienters fysiska aktivitet. Centralt är att hemvårdspersonalen känner klienterna, får utbildning i rehabiliterande hemvård och har tillräcklig yrkeserfarenhet. Personalen har upplevt bristande kompetens och motivation som hinder för att främja äldre personers fysiska aktivitet.³⁸

➤ **evidensen är osäker, men tyder på att hemvårdspersonalen upplever att kompetens inom rehabiliterande hemvård ökar deras tillit till den egna kompetensen⁴⁴. (C)**

- Efter fortbildning inriktad på rehabiliterande hemvård har hemvårdspersonalen konstaterat att de tillämpar ett rehabiliterande arbetssätt mer aktivt och medvetet än tidigare. Samtidigt har en del yrkespersoner upplevt det som utmanande att motivera klienterna, till exempel i situationer där klienten inte har varit villig att delta i aktiviteter.⁴⁴

➤ **evidensen är osäker, men tyder på att kompetens inom rehabiliterande hemvård ökar hemvårdspersonalens arbetstillfredsställelse⁴³. (C)**

Inom organisationen bör man stödja hemvårdspersonalen i att tillägna sig den rehabiliterande hemvårdens tänkesätt och arbetskultur, eftersom

➤ **det finns måttlig evidens för att hemvårdspersonalen upplever att övergången till ett rehabiliterande arbetssätt inom hemvården förutsätter en aktiv förändring i tänkesättet^{37,45,46}. (B)**

- Medlemmar i multiprofessionella rehabiliteringsteam har upplevt att multiprofessionell rehabiliterande hemvård kräver ett nytt tänkesätt och nya arbetssätt, vilket innebär en förändring i arbetskulturen. Detta perspektiv har gjort att de äldre klienterna har gått från att vara passiva mottagare av hjälp till att bli aktiva deltagare. Hemvårdspersonalen har betonat vikten av en gemensam vision både inom teamet och i arbetet med äldre personer.³⁷
- Hemvårdspersonalen har upplevt att rehabiliterande hemvård kräver en balans mellan att arbeta rehabiliterande och att beakta den äldre personens resurser. De strävar efter att stödja självständighet, men beaktar samtidigt den äldre personens resurser och önskemål.⁴⁷

➤ **det finns måttlig evidens för att hemvårdspersonalen upplever rehabiliterande hemvård som betydelsefull både i det egna arbetet och ur ett samhällsperspektiv^{40,46}. (B)**

- Hemvårdspersonalen har tillämpat sina erfarenheter av ett rehabiliterande arbetssätt i hemvårdens vardag. Genom nya färdigheter och erfarenheter har stödet för äldre personers delaktighet i vardagliga aktiviteter stärkts. Personalen har upplevt att förändringen i tänkesättet och rutinerna har lett till positiva effekter i äldre personers liv och att integreringen av det rehabiliterande arbetssättet i det dagliga arbetet främjar bestående och hållbara förändringar.⁴⁶

- Hemvårdspersonalen har

- upplevt rehabiliterande hemvård som belönande, eftersom den har hjälpt dem att stödja äldre personers sociala, fysiska, psykiska och emotionella självständighet och därigenom gett dem erfarenheter av framgång och meningsfullhet. Att kunna stödja äldre personers självständighet har ökat personalens professionella tillfredsställelse.⁴²
- upplevt modellen för rehabiliterande hemvård som samhällslyst betydelsefull. Enligt deras erfarenheter medför modellen besparingar och påverkar användningen av samhällets resurser positivt. Dessutom ser personalen modellen som nödvändig i framtiden på grund av att befolkningen åldras.⁴⁰
- upplevt att rehabiliterande hemvård synliggör en förändring i deras professionella roll där vårdarbetet i högre grad än tidigare fokuserar på handledning, uppmuntran och stöd för klienternas självständighet i stället för den traditionella omsorgsrollen⁴⁸.

➤ **evidensen är osäker, men tyder på att hemvårdspersonalen upplever att rehabiliterande hemvård stöds av att man motiverar klienten och gör saker tillsammans³⁹. (C)**

- Hemvårdspersonalen har upplevt att det ibland är svårt att se på när äldre personer försöker klara av något själva. Att dämpa sin vilja att hjälpa och att möjliggöra målmedveten träning för äldre personer kan väcka motstridiga känslor och osäkerhet kring den egna rollen inom rehabiliterande hemvård. Övergången från att hjälpa den äldre personen till att möjliggöra personens handlande kan skapa förvirring, och de motstridiga situationer och den osäkerhet som förknippas med detta kan leda till motstridiga erfarenheter av att arbeta inom rehabiliterande hemvård.⁴⁶

3. Målinriktad rehabiliterande hemvård



Processen för rehabiliterande hemvård

❖ **Bedömning av funktionsförmåga**

Den äldre hemvårdsklientens funktionsförmåga bedöms med RAI-bedömningsinstrumentet⁴⁹ och andra instrument för bedömning av funktionsförmåga.

❖ **Mål och plan**

Hemvårdspersonalen utarbetar utifrån bedömningen av funktionsförmågan tillsammans med klienten (och klientens närståendehjälpare) individuella, mätbara och uppnåeliga rehabiliteringsmål med en fastställd tidsplan samt en plan som

- dokumenteras i vård- och serviceplanen
- uppdateras i samband med uppföljning och bedömning av funktionsförmågan.

❖ **Genomförande**

Hemvårdspersonalen genomför rehabiliterande hemvård enligt planen tillsammans med klienten.

❖ **Uppföljning och bedömning**

Funktionsförmågan bedöms regelbundet, och målen och planen uppdateras

- alltid när funktionsförmågan förändras
- efter sjukhusvård
- minst halvårsvis.

Beakta interaktionen i alla skeden av den rehabiliterande processen. Interaktionssituationer där den äldre hemvårdsklienten och hemvårdspersonalen möts och det gemensamma delade aktörskapet förverkligas är centrala med tanke på att främja den äldre personens rehabilitering och funktionsförmåga.

Sätt upp rehabiliteringsmålen i samarbete med den äldre hemvårdsklienten så att de grundar sig på klientens önskemål, resurser och livssituation, eftersom

- **evidensen är osäker, men tyder på att individuellt fastställda mål enligt hemvårdspersonalen stödjer rehabiliterande hemvård^{37,39}. (C)**
 - Äldre hemvårdsklienter har upplevt att målen för rehabiliterande hemvård lämpar sig sämre för dem som har en progredierande sjukdom eller som håller på att anpassa sig till en bestående funktionsnedsättning⁵⁰.
- **evidensen är osäker, men tyder på att hemvårdspersonalen upplever att individuellt fastställda mål stödjer den äldre klientens funktionsförmåga³⁸. (C)**

Genomför rehabiliterande hemvård i enlighet med den äldre klientens mål, eftersom

- **det finns stark evidens för att rehabiliterande hemvård minskar äldre klienters behov av tjänster⁵¹⁻⁵⁴. (A)**
- **det finns måttlig evidens för att rehabiliterande hemvård stödjer äldre klienters möjlighet att bo kvar hemma^{54,55}. (B)**
- **det finns måttlig evidens för att äldre klienter upplever att rehabiliterande hemvård förbättrar deras livskvalitet^{43,51}. (B)**
- **evidensen är osäker, men tyder på att rehabiliterande hemvård minskar antalet jourbesök på sjukhus bland äldre klienter⁵⁴. (C)**
 - Klienter inom rehabiliterande hemvård har skattat både sin allmänna livskvalitet⁴³ och sin hälsorelaterade livskvalitet⁵¹ som bättre än hemvårdsklienter som fått sedvanlig hemvård.



Den tillgängliga evidensen tyder på att rehabiliterande hemvård kan ge kostnadsbesparingar^{53,56} och vara kostnadseffektiv⁴¹ i och med att behovet av hemvård minskar.

Rehabiliterande interventioner inom hemvården konstaterades minska behovet av hemvårdstjänster^{41,53}. Dessutom visade sig interventionen ge besparingar i hemvårdskostnader⁵³ eller i kostnader för hem- och sjukhusvård⁵⁶. Det finns även evidens för kostnadseffektivitet utifrån en granskning av hur äldre hemvårdsklienter själva bedömde sin aktivitet och tillfredsställelse med sin funktionsförmåga samt av hemvårdskostnaderna⁴¹.

4. Värdigt och individuellt bemötande

Bemöt den äldre klienten inom rehabiliterande hemvård som en värdig och jämlik människa, eftersom

- **evidensen är osäker, men tyder på att äldre klienter anser att hemvårdspersonal som värdesätter dem och förhåller sig positivt till dem är viktig för deras hälsa och rehabilitering⁵⁷. (C)**

Beakta den äldre klientens medicinering och långvariga sjukdomar inom rehabiliterande hemvård, eftersom

- **evidensen är osäker, men tyder på att äldre klienter upplever att variationer i medicineringen och symtomen vid långvariga sjukdomar försvårar genomförandet av rehabiliterande hemvård och bedömningen av uppnådda fördelar⁵⁸. (C)**

Stärk den äldre klientens känsla av trygghet och tillit till hemvårdspersonalen, eftersom

- **evidensen är osäker, men tyder på att äldre klienters känsla av otrygghet och brist på tillit kan försvåra genomförandet av och engagemanget i rehabiliterande hemvård⁵⁸. (C)**
- Äldre klienters upplevda brist på tillit till hemvården och hemvårdspersonalen försvårade genomförandet av hemrehabilitering. Negativa erfarenheter och felbehandlingar försvagade engagemanget och rubbade tilliten till hälso- och sjukvårdssystemet, vilket blev ett centralt hinder för att hemrehabiliteringen skulle lyckas.⁵⁸

Genomför rehabiliterande hemvård på ett klientorienterat sätt så att den äldre klienten står i centrum för planeringen och genomförandet av vården, eftersom

- **det finns måttlig evidens för att klientorienterad rehabiliterande hemvård förutsätter ett respektfullt arbetssätt som svarar mot individuella behov och stärker de äldre klienternas upplevelse av delaktighet^{42,59}. (B)**

5. Stödjande och främjande av fysisk funktionsförmåga

Hjälp och uppmuntra den äldre hemvårdsklienten under ditt hembesök att regelbundet utföra individuella och målinriktade fysiska övningar, såsom upprensningar från stol och gångträning, hemma, eftersom

- det finns måttlig evidens för att regelbunden fysisk träning som en del av hembesök stärker äldre klienters fysiska funktionsförmåga⁶⁰⁻⁶². (B)
- evidensen är osäker, men tyder på att individuellt anpassad fysisk träning som genomförs hemma under ledning av hemvårdspersonalen hjälper äldre klienter att upprätthålla sin gånghastighet⁶³. (C)

Använd distansbaserade träningsprogram som ett alternativ för att stödja den fysiska funktionsförmågan hos äldre hemvårdsklienter, eftersom

- evidensen är osäker, men tyder på att regelbundet genomförande av distansbaserade träningsprogram hemma förbättrar äldre klienters fysiska funktionsförmåga, gånghastighet och muskelstyrka⁶⁴. (C)

Uppmuntra den äldre hemvårdsklienten i samband med hembesöken till aktivitet i fråga om fysisk träning och dagliga aktiviteter, eftersom

- det finns måttlig evidens för att målinriktad hemvård som uppmuntrar till fysisk aktivitet ökar äldre klienters fysiska aktivitet^{54,65}. (B)
- evidensen är osäker, men tyder på att regelbunden och målinriktad träning av dagliga aktiviteter förbättrar äldre klienters fysiska funktionsförmåga⁵². (C)
 - Rekommendationsarbetsgruppen uppmuntrar hemvårdspersonalen att vid hembesök beakta följande faktorer som kan stödja uppfyllelsen av hemvårdsklientens egna mål och möjlighet att klara av dagliga aktiviteter så självständigt som möjligt samt främja klientens funktionsförmåga:
 - möjliggör träning av grundläggande aktiviteter, till exempel i samband med tvättning, påklädning, måltider och förflyttningar
 - möjliggör träning av instrumentella aktiviteter, till exempel genom att göra det möjligt för klienten att delta i matlagning, hushållsarbete och att sköta ärenden

Uppmuntra den äldre hemvårdsklienten att fortsätta träna sin fysiska funktionsförmåga självständigt efter en intensiv hemrehabiliteringsperiod, eftersom

- **evidensen är osäker, men tyder på att äldre klienter upplever självständig träning som utmanande efter en hemrehabiliteringsperiod⁶⁶. (C)**
 - Äldre klienter har upplevt det som belönande att återfå kontroll och flexibilitet i vardagen efter en hemrehabiliteringsperiod. Hemrehabiliteringsperioden upplevdes som en intensiv period, då hemvårdspersonalen besökte dem regelbundet. En del äldre klienter upplevde dock att det var utmanande att fortsätta den fysiska träningen självständigt efter hemrehabiliteringsperioden.⁶⁶

Uppmuntra i möjligaste mån närstående hjälpare att stödja den äldre hemvårdsklientens aktivitet och delaktighet i vardagliga aktiviteter hemma, eftersom

- **evidensen är osäker, men tyder på att närståendehjälparens positiva inställning och stöd samt en boendemiljö som aktiverar klienten främjar en fysiskt aktiv livsstil hos hemvårdsklienter³⁸. (C)**
 - Enligt hemvårdspersonalen kan den fysiska miljön både främja och hindra ökad fysisk aktivitet hos äldre klienter. Enligt dem kan boendeförhållanden som gör vardagen alltför enkel (t.ex. flytt till höghus) passivera äldre personer. Å andra sidan kan branta trappor, långa avstånd och svåra väderförhållanden utgöra betydande hinder för fysisk aktivitet och begränsa äldre personers delaktighet i aktiviteter som de upplever som meningsfulla.³⁸



Den tillgängliga evidensen tyder på att stödjande och främjande av fysisk funktionsförmåga som en del av hembesök kan ge kostnadsbesparingar^{53,56} och vara kostnadseffektivt⁴¹.

Interventioner som stödjer och främjar fysisk funktionsförmåga bedömdes kunna ge kostnadsbesparingar i de kumulativa, det vill säga sammanlagda, hemvårdskostnaderna under granskningsperioden^{53,56}. Det finns även evidens för kostnadseffektivitet utifrån en granskning av hur äldre hemvårdsklienter själva bedömde sin aktivitet och tillfredsställelse med sin funktionsförmåga samt av hemvårdskostnaderna⁴¹. Stödjande och främjande av fysisk funktionsförmåga kan ha en central roll som en faktor som främjar kostnadsbesparingar eller kostnadseffektivitet, även om dess självständiga betydelse inte med säkerhet kan bedömas utifrån denna forskningsevidens.

6. Stödjande av aktörskap i dagliga aktiviteter

Genomför rehabiliterande hemvård med ett positivt och uppmuntrande arbetssätt, eftersom

- **evidensen är osäker, men tyder på att äldre klienter upplever uppmuntrande vårdpersonal och en positiv atmosfär som betydelsefulla⁵⁷. (C)**
 - Äldre hemvårdsklienter har upplevt att uppmuntrande vårdpersonal hade central betydelse för att stödja deras hälsa. Vårdpersonalens positiva framtoning underlättar engagemanget i att nå målen för rehabiliterande hemvård och skapar hoppfullhet. Ett målinriktat arbetssätt som samtidigt beaktar den äldre personens resurser uppmuntrar i sin tur till självständiga försök. Ett uppmuntrande bemötande stärker den äldre personens självförtroende och känsla av egen förmåga, som ofta har försvagats till följd av sjukdom eller skada.⁵⁷

Använd det rehabiliterande vårdarbetets metoder mångsidigt i den äldre klientens hemvård, eftersom

- **det finns stark evidens för att rehabiliterande hemvård främjar äldre klienters egen bedömning av sin funktionsförmåga och tilltro till att fungera i vardagen^{41,54,67}. (A)**
- **evidensen är osäker, men tyder på att rehabiliterande hemvård ökar äldre klienters självständighet och oberoende⁴³. (C)**

Berätta för den äldre hemvårdsklienten vad rehabiliterande hemvård innebär, eftersom

- **evidensen är osäker, men tyder på att äldre klienter inte upplever utförande av dagliga aktiviteter som något som främjar eller upprätthåller deras funktionsförmåga⁶⁸. (C)**
 - Hemvårdspersonalen har beskrivit att en del äldre klienter förhåller sig reserverat till rehabiliterande åtgärder och i första hand önskar konkret hjälp i vardagen i stället för att behöva delta i aktiviteter som främjar rehabilitering⁶⁹.

Inkludera träning av dagliga aktiviteter och vardagssysslor som en del av den individuella rehabiliteringsplan som utarbetas tillsammans med hemvårdsklienten, eftersom

- **det finns måttlig evidens för att träning av dagliga aktiviteter och vardagssysslor som en del av rehabiliterande hemvård förbättrar äldre klienters förmåga att klara av dagliga aktiviteter^{52,70}. (B)**
 - När äldre klienter uppmuntras att utföra dagliga aktiviteter självständigt kan de uppleva en konflikt kopplad till bekvämlighet, eftersom bekvämlighet och bristande motivation tidvis kan hindra utförandet av övningar. Dessutom kan hemvårdspersonalens handledning och uppmuntran till självständighet i dagliga aktiviteter upplevas som obekväm eller rentav respektlös, vilket kan göra hemrehabiliteringen utmanande.⁵⁸
 - Att resa sig från en stol är en liten sak, men utgör ändå utgångspunkten för all rörelse⁷¹. Rekommendationsarbetsgruppen rekommenderar att hemvårdspersonalen i samband med hembesök uppmuntrar den äldre hemvårdsklienten att resa sig upp när klientens individuella situation tillåter det.
- **det finns måttlig evidens för att hemvårdspersonalen upplever att rehabiliterande hemvård ökar äldre klienters självständighet i dagliga aktiviteter^{46,69}. (B)**



Den tillgängliga evidensen tyder på att rehabiliterande hemvård som omfattar träning av dagliga aktiviteter kan ge kostnadsbesparingar^{53,56} och vara kostnadseffektiv⁴¹.

Interventioner som omfattade träning av dagliga aktiviteter bedömdes kunna ge kostnadsbesparingar^{53,56}. Det finns även evidens för kostnadseffektivitet utifrån en granskning av hur äldre hemvårdsklienter själva bedömde sin aktivitet och tillfredsställelse med sin funktionsförmåga samt av hemvårdskostnaderna⁴¹. Träning av dagliga aktiviteter kan ha en central roll som en faktor som främjar kostnadsbesparingar eller kostnadseffektivitet, även om dess självständiga betydelse inte med säkerhet kan bedömas utifrån denna forskningsevidens.

7. Beaktande och stödjande av närståendehjälpare

Beakta inom rehabiliterande hemvård utöver den äldre klienten även närstående-hjälpare, eftersom

- **evidensen är osäker, men tyder på att närståendehjälpare till äldre klienter upplever att rehabiliterande hemvård minskar den belastning som vården av den närstående medför⁴³. (C)**
- **evidensen är osäker, men tyder på att rehabiliterande hemvård förbättrar det fysiska och psykiska välbefinnandet hos närståendehjälpare till äldre klienter och därigenom bidrar till att de orkar fortsätta⁵⁵. (C)**
- **evidensen är osäker, men tyder på att rehabiliterande hemvård stärker det enhetliga stöd som hemvården och närståendehjälpare ger den äldre klienten⁴³. (C)**

Implementering av rekommendationen

Denna nationella Hotus-vårdrekommendation är avsedd för social- och hälsovårdspersonal som arbetar med äldre personer inom hemvården samt för studerande inom området och personer som arbetar med utbildning inom området. Vårdrekommendationen kan även användas av personer som deltar i att stödja vardagen i hemmiljön, såsom närståendehjälpare, utan utbildning inom social- och hälsovårdsområdet.

Vårdrekommendationen är avsedd att fungera som stöd för nationella program^{6,65} och kvalitetsrekommendationer^{4,5} samt som grund för beslutsfattande och personalledning hos chefer inom social- och hälsovården. Att integrera vårdrekommendationen i organisationens eller enhetens arbetssätt främjar evidensbaserat arbete och harmonisering av rutiner. Det är viktigt att beakta rekommendationen i befintliga strukturer samt vid utveckling av multiprofessionella tjänster för äldre personer.

Implementeringen av rekommendationen förutsätter ett planmässigt och stegvist tillvägagångssätt som exempelvis kan omfatta följande faser:

1. **Information och förankring:** Rekommendationen presenteras för ledningen, cheferna och personalen, och den operativa ledningens engagemang säkerställs.
2. **Bedömning av nuläget:** Organisationens nuvarande arbetssätt, kompetens och resurser bedöms i förhållande till rekommendationen.
3. **Uppbyggnad och beskrivning av nya gemensamma arbetssätt:** Gemensamma, konkreta arbetssätt och ansvar utarbetas och fastställs utifrån rekommendationen (vad som görs, av vem, när och hur).
4. **Utbildning och introduktion:** Personalens kompetens i fråga om rekommendationen och de arbetssätt som utarbetats utifrån den stärks genom utbildning, och rekommendationen integreras i personalens introduktion och fortbildning.
5. **Praktiskt genomförande:** Rekommendationen och de gemensamma arbetssätt som grundar sig på den införs som en del av det dagliga multiprofessionella samarbetet.
6. **Uppföljning och utvärdering:** Implementeringen och genomförandet av rekommendationen och de gemensamma arbetssätt som grundar sig på den följs upp och utvärderas. Genomförandet och effekterna av rehabiliterande hemvård utvärderas systematiskt exempelvis utifrån den information om funktionsförmåga som samlats in med bedömningsinstrument för funktionsförmåga, klientrespons och personalenkäter samt bedömning av personalens kompetens.

Implementeringen av rekommendationen stöds genom utbildning och inkluderande utveckling samt genom information i samarbets- och nätverksstrukturer. En smidig implementering av rekommendationen förutsätter att man tar fram organisationsspecifika konkreta anvisningar och exempel för vardagliga arbetssituationer. Centralt är att rehabiliterande hemvård förstås och genomförs som ett gemensamt arbetssätt för hela teamet.

Organisationens ledning skapar förutsättningarna för implementeringen genom att sätta upp tydliga mål, allokera resurser, stödja personalen i förändringen samt säkerställa uppföljning och kontinuerlig utveckling av verksamheten. Utvärdering av verksamheten och resultaten samt utnyttjande av insamlad information som stöd för ledningen är centralt. Till exempel gör systematisk insamling och användning av information om funktionsförmåga det möjligt att bedöma hur rekommendationen realiseras i praktiken och att påvisa verksamhetens effekter.

Vid implementeringen av vårdrekommendationen kan man använda FinYHKÄ-verksamhetsmodellenTM som finns på Hotus webbplats.⁷²

Nytta för hemvårdsklienten

Hemvård som systematiskt främjar aktörskap och rehabilitering stödjer de äldre klienternas välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga, aktörskap och förmåga att klara sig självständigt i vardagen och främjar jämlikhet i tjänsterna. Enhetliga bedömningsrutiner och tillförlitliga bedömningsinstrument för funktionsförmåga gör det möjligt att planmässigt utnyttja information om funktionsförmåga, utveckla verksamheten enligt rekommendationen och säkerställa kontinuiteten i vården mellan olika tjänster. Detta kan minska fallrisken, öka aktiviteten i vardagen och bidra till att det är tryggt för klienten att bo kvar hemma.

Nytta för närståendehjälpare

Enhetlig hemvård som främjar aktörskap och rehabilitering stärker närståendehjälparens tillit till tjänsterna och bidrar till att de beaktas jämlikt. När den äldre klientens funktionsförmåga bevaras minskar närståendehjälparens oro och belastning samt behovet av att delta i den dagliga vården. Närståendehjälparens erfarenheter kan följas upp systematiskt exempelvis med hjälp av klientresponser.

Nytta för yrkespersoner

Enhetliga arbetssätt som grundar sig på vårdrekommendationen stödjer hemvårdspersonalens evidensbaserade arbete och stärker deras kompetens och därigenom vårdarbetets kvalitet och effekter. Tydliga rutiner och ett arbetssätt som främjar aktörskap och rehabilitering kan öka arbetets hanterbarhet. Den äldre personens goda funktionsförmåga och möjlighet att utnyttja egna resurser kan också minska arbetsbelastningen för social- och hälsovårdspersonalen. Multiprofessionellt samarbete och enhetliga arbetssätt stödjer välbefinnandet i arbetet och ett smidigt arbete. Kompetens och välbefinnande i arbetet kan bedömas exempelvis genom kompetenskartläggningar och personalenkäter.

Nytta för samhället

Hemvård som främjar aktörskap och rehabilitering bidrar till att bevara och förbättra äldre klients funktionsförmåga, vilket kan minska behovet av hemvårdstjänster samt skjuta upp behovet av tyngre tjänster, såsom vård dygnet runt och sjukhusvård. Detta medför kostnadsbesparingar och minskar belastningen på servicesystemet. Dessutom stödjer det social- och hälsovårdens hållbarhet och främjar den äldre befolkningens hälsa och möjlighet att bo kvar hemma.

För att påvisa effekterna krävs systematisk uppföljning samt granskning av information om funktionsförmåga, användningen av tjänsterna och kostnaderna. Som helhet är hemvård som främjar äldre personers aktörskap och rehabilitering ett centralt sätt att bygga ett effektivt, kostnadseffektivt och hållbart servicesystem i ett åldrande samhälle.

Metoder

Informationssökning och val av informationskällor

Hotus-vårdrekommendationer bygger på en systematisk informationssökning som genomförs av en informationsspecialist vid biblioteket enligt en plan som utarbetats av rekommendationsarbetsgruppen. Sökningen utförs i databaser som är relevanta för ämnesområdet.

Valet av forskningsartiklar grundar sig på de inklusions- och exklusionskriterier som rekommendationsarbetsgruppen har fastställt på förhand. Rekommendationsarbetsgruppen granskar referenserna systematiskt i programmet Covidence, först på titel- och abstraktnivå och därefter i fulltext. Varje referens bedöms självständigt av två medlemmar i rekommendationsarbetsgruppen. Avvikande bedömningar avgörs i konsensusamtal.

Rekommendationsarbetsgruppen väljer de resultat från de utvalda forskningsartiklarna som är mest relevanta för rekommendationen. Därefter tar Hotus forskare, med hjälp av artificiell intelligens, fram översättningar av resultaten samt beskrivningar av studiernas metodologiska genomförande enligt en på förhand fastställd mall.

Kvalitetsbedömning

Den metodologiska kvaliteten hos de inkluderade forskningsartiklarna bedöms med hjälp av JBI:s kriterier för kritisk granskning, anpassade till respektive studieupplägg. Kvalitetsbedömningen genomförs först av två personer självständigt, varefter den slutliga bedömningen fastställs i ett konsensusamtal mellan bedömarna. I vårdrekommendationen inkluderas vetenskapliga, referentgranskade systematiska översikter och originalstudier vars kvalitet bedöms vara tillräckligt god: mer än 50 procent av kriterierna i JBI:s studieuppläggsspecifika granskningsmall för kritisk granskning uppfylls och de på förhand definierade kritiska kriterierna uppfylls.

Utarbetande av översikter över evidensstyrka och rekommendationer

För varje rekommendation utarbetas en översikt över evidensstyrka som beskriver det resultat som är centralt för rekommendationen, studiens metodologiska genomförande, resultatet av kvalitetsbedömningen samt forskningsresultatets relevans för rekommendationen. Evidensstyrkan för rekommendationen bestäms utifrån hur stark och samstämmig evidens studierna i översikten över evidensstyrka ger, med beaktande av studiernas kvalitet samt andra aspekter som är av betydelse för bedömningen av evidensstyrkan. Översikterna över evidensstyrka publiceras på finska på Hotus webbplats. Handboken för utarbetande av Hotus-vårdrekommendationer finns i sin helhet tillgänglig på finska på Hotus webbplats.

Källor

1. Finlex®. Ajantasainen lainsäädäntö: Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2012/980>. 2012.
2. Finlex®. Ajantasainen lainsäädäntö: Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2014/1301>. 2014.
3. Finlex®. Ajantasainen lainsäädäntö: Suomen perustuslaki 731/1999. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1999/731>. 1999.
4. Laatusuositus aktiivisen ja toimintakykyisen ikääntymisen ja kestävien palvelujen turvaamiseksi 2024–2027. Sosiaali- ja terveysministeriö, Hyvinvointialueyhtiö Hyvil Oy, Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2024; 4. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5436-6>.
5. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020; 29. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5457-1>.
6. Kuntoutuksen uudistaminen: Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelma vuosille 2020–2022. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020; 39. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8443-1>.
7. Kotihoidon käynnit ja asiakkaat 2024. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 47/2025. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2025092998751>. 2025.
8. Paltamaa J. Ikääntyneen asiakkaan toimintakyky ja sen arviointi asiakaslähtöisessä tavoitteellisessa kotihoidossa. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 251. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-830-499-2>. 2018.
9. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2026. Kotihoito ja kotipalvelut. Saatavilla: <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>.
10. Gutenbrunner C, Stievano A, Nugraha B, Stewart D, Catton H. Nursing – a core element of rehabilitation. International Nursing Review 2022; 69: 13–19. DOI: 10.1111/inr.12661.
11. Finne-Soveri H, Äijö M, Tolonen E, Rehula P, Vähäkangas P, Patronen M, Autio T, Haimi-Liikkanen S, Havulinna S. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2020. TOIMIA-tietokanta. Terveysportti, Duodecim Oy. Saatavilla: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tms00051?toc=802599>.
12. Hotus. 2025. Hotus-hoitosuositus®: läkkään turvallinen kotiutuminen sairaalasta. Työryhmä: Palonen M, Pesonen H-M, Rantanen A, Siira H, Tohmola A, Tiitinen H. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla: <https://hotus.fi/hoitosuositukset>.
13. Hotus. 2019. Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen - Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä. Työryhmä: Parisod H, Haapala O, Koskeniemi J, Okkonen E, Saarnio R, Tuomikoski A. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla: <https://hotus.fi/hoitosuositukset>.
14. Kerminen H, Jäppinen A-M, Kiviniemi K, Tikkanen P, Havulinna S. Iäkkäiden henkilöiden lyhytaikaiseen sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn arviointi kuntoutumisen

- käynnistäjänä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2019. TOIMIA-tietokanta. Terveysportti, Duodecim Oy. Saatavilla: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tms00051?toc=802599>.
15. Mäkelä M, Autio T, Heinonen H, Holma T, Häkkinen H, Hänninen T, Pajala S, Sainio P, Schroderus K, Seppänen M, Sihvonen S, Stenholm S, Valkeinen H. Suositus toimintakyvyn arvioinnista iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2013. TOIMIA-tietokanta. Terveysportti, Duodecim Oy. Saatavilla: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tms00051?toc=802599>.
 16. Äijö M, Kauppinen T, Niskanen S, Rasmus M, Unkeri P, Tunkkari A-M, Havulinna S. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn arviointi kotikuntoutuksessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2022. TOIMIA-tietokanta. Terveysportti, Duodecim Oy. Saatavilla: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tms00051?toc=802599>.
 17. Lotvonen S, Saarela K-M, Korvola-Hemminki M, Siira H, Söderling R, Lind M, Havulinna S. Toimintakyvyn arviointi iäkkäiden kuntoutumista edistävissä hoitotyössä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2024. TOIMIA-tietokanta. Terveysportti, Duodecim Oy. Saatavilla: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tms00051?toc=802599>.
 18. THL. 2023. Mitä toimintakyky on? Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla: <https://thl.fi/aiheet/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>.
 19. Finlex®. Ajantasainen lainsäädäntö: Terveidenhuoltolaki 1326/2010. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2010/1326>. 2010.
 20. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). TOIMIA-tietokanta. Terveysportti, Duodecim Oy. Saatavilla: <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmi00005?toc=802599>.
 21. Nummijoki J. Breaking new ground in home care encounters: Shared transformative agency between home care workers and their elderly clients. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, 2020.
 22. Tieteen termipankki. 2026. Kasvatustieteet: toimijuus. Saatavilla: <https://tieteentermipankki.fi/wiki/Kasvatustieteet:toimijuus>.
 23. Bandura A. Toward a psychology of human agency. Perspectives on psychological science 2006; 1: 164–180. DOI: 10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x.
 24. Elder GH, Johnson MK. The life course and aging: Challenges, lessons, and new directions. Teoksessa: Settersten RA, (toim.) Invitation to the life course: Toward new understandings of later life. Amityville, New York: Baywood Publishing Company, 2003.
 25. Engeström Y. Toimijuus toiminnan teoriassa. Konferenssiesitys. Kolmannet toiminnan teorian ja sosiokulttuurisen tutkimuksen päivät (FISCAR'07) Sosiaalisten käytäntöjen muuttuvat kohteet globaaleissa verkostoissa. 27.-28-9.2007 Helsingin yliopisto, 2007.
 26. World Health Organization (WHO). 2001. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: WHO.
 27. Jyrkämä J. Toimijuus ja toimintatilanteet – aineksia ikääntymisen arjen tutkimiseen. Teoksessa Seppänen M, Karisto A, Kröger T. (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 2007: 195-217.
 28. Järvisilta K. Ikääntyneiden toimijuus lääkkehoidossa: kyselytutkimus ikääntyneiden halusta osallistua keskusteluun ja päätöksentekoon lääkkeen valinnasta. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto, 2018.

29. Moilanen J. Ikääntyvän ihmisen osallisuus ja toimijuus kotihoidossa - hoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyö. Karelia-ammattikorkeakoulu, 2023.
30. Eteläpelto A, Vähäsantanen K, Hökkä P, Paloniemi S. What is agency? Conceptualizing professional agency at work. *Educational Research Review* 2013; 10: 45–65. DOI: 10.1016/j.edurev.2013.05.001.
31. Kotihoito 2020: Yli puolella säännöllisen kotihoidon asiakkaista palvelujen käyttö on päivittäistä. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 2021; 27. Saatavilla: <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021090645178>.
32. Eduskunnan vastaus EV 96/2022 vp — HE 231/2021 vp. Eduskunta. Saatavilla: <https://www.eduskunta.fi/asiat-ja-aanestykset/valtiopaivaasiat/asiakirjat/edkunnus/EDK-2022-AK-34346>. 2022.
33. Metzelthin SF, Rostgaard T, Parsons M, Burton E. Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study. *Ageing and Society* 2022; 42: 703–718. DOI: 10.1017/S0144686X20000999.
34. Sims-Gould J, Tong CE, Wallis-Mayer L, Ashe MC. Reablement, reactivation, rehabilitation and restorative interventions with older adults in receipt of home care: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association* 2017; 18: 653–663. DOI: 10.1016/j.jamda.2016.12.070.
35. Moe C, Brinchmann BS. Tailoring reablement: A grounded theory study of establishing reablement in a community setting in Norway. *Health & Social Care in the Community* 2018; 26: 113–121. DOI: 10.1111/hsc.12471.
36. Routasalo P, Arve S. läkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö: toimintatutkimus. Turun kaupunki, 2002.
37. Hjelle K, Skutle O, Førland O, Alvsvåg H. The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2016; 9: 575–585. DOI: 10.2147/JMDH.S115588.
38. Mjøsund HL, Uhrenfeldt L, Burton E, Moe CF. Promotion of physical activity in older adults: Facilitators and barriers experienced by healthcare personnel in the context of reablement. *BMC Health Services Research* 2022; 22: 956. DOI: 10.1186/s12913-022-08247-0.
39. Ambugo EA, Dar I, Bikova MS, Førland O, Tjerbo T. A qualitative study on promoting reablement among older people living at home in Norway: opportunities and constraints. *BMC Health Services Research* 2022; 22: 150. DOI: 10.1186/s12913-022-07543-z.
40. Perälä S, Lotvonen S, Kääriäinen M, Siira H. Kotihoidon henkilökunnan kokemuksia kotikuntoutusmallin mukaisesti toimimisesta. *Hoitotiede* 2022; 34: 72–84.
41. Kjerstad E, Tuntland HK. Reablement in community-dwelling older adults: A cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *Health Economics Review* 2016; 6: 1–10. DOI: 10.1186/s13561-016-0092-8.
42. Maxwell H, Bramble M, Prior SJ, Heath A, Reeves NS, Marlow A, Campbell S, Doherty DJ. Staff experiences of a reablement approach to care for older people in a regional Australian community: A qualitative study. *Health & Social Care in the Community* 2021; 29: 685–693. DOI: 10.1111/hsc.13331.

43. Chiang Y-H, Hsu H-C, Chen C-L, Chen C-F, Chang-Lee S-N, Chen Y-M, Hsu S-W. Evaluation of reablement home care: Effects on care attendants, care recipients, and family caregivers. *International Journal of Environmental Research & Public Health* 2020; 17: 8784. DOI: 10.3390/ijerph17238784.
44. Smeets RGM, Kempen GJIM, Zijlstra GAR, Rossum E, de Man-van Ginkel JM, Hanssen WAG, Metzelthin SF. Experiences of home-care workers with the 'Stay Active at Home' programme targeting reablement of community-living older adults: An exploratory study. *Health & Social Care in the Community* 2020; 28: 291–299. DOI: 10.1111/hsc.12863.
45. Jokstad K, Skovdahl K, Landmark BT, Haukelien H. Ideal and reality; Community healthcare professionals' experiences of user-involvement in reablement. *Health & Social Care in the Community* 2019; 27: 907–916. DOI: 10.1111/hsc.12708.
46. Liaaen J, Vik K. Becoming an enabler of everyday activity: Health professionals in home care services experiences of working with reablement. *International Journal of Older People Nursing* 2019; 14: e12270. DOI: 10.1111/opn.12270.
47. Bødker MN. Potentiality made workable – exploring logics of care in reablement for older people. *Ageing and Society* 2019; 39: 2018–2041. DOI: 10.1017/S0144686X18000417.
48. Meldgaard Hansen A. Rehabilitative bodywork: cleaning up the dirty work of homecare. *Sociology of health & illness* 2016; 38: 1092–1105. DOI: 10.1111/1467-9566.12435.
49. THL. 2026. RAI-arviointi asiakastyössä. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla: <https://thl.fi/ohjeita-ammattilaisille/rai-arviointi-asiakastyossa>.
50. Wilde A, Glendinning C. 'If they're helping me then how can I be independent?' The perceptions and experience of users of home-care re-ablement services. *Health and Social Care in the Community* 2012; 20: 583–590. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2012.01072.x.
51. King All, Parsons M, Robinson E, Jørgensen D. Assessing the impact of a restorative home care service in New Zealand: a cluster randomised controlled trial. *Health & Social Care in the Community* 2012; 20: 365–374. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2011.01039.x.
52. Kjernsholen J, Schou-Bredal I, Kaaresen R, Soberg HL, Sagen A. A prospective intervention study with 6 months follow-up of the effect of reablement in home dwelling elderly: Patient-reported and observed outcomes. *Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation* 2024; 6: 100311. DOI: 10.1016/j.arrct.2023.100311.
53. Lewin G, Alfonso, Alan J. Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs. *Clinical Interventions in Aging* 2013; 8: 1273–1281. DOI: 10.2147/CIA.S49164.
54. Tinetti ME, Baker D, Gallo WT, Nanda A, Charpentier P, O'Leary J. Evaluation of restorative care vs usual care for older adults receiving an acute episode of home care. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2002; 287: 2098–2105. DOI: 10.1001/jama.287.16.2098.
55. Parsons M, Senior H, Kerse N, Chen M-H, Jacobs S, Anderson C. Randomised trial of restorative home care for frail older people in New Zealand. *Nursing Older People* 2017; 29: 27–33. DOI: 10.7748/nop.2017.e897.

56. Bauer A, Fernandez JL, Henderson C, Wittenberg R, Knapp M. Cost-minimisation analysis of home care reablement for older people in England: A modelling study. *Health & Social Care in the Community* 2019; 27: 1241–1250. DOI: 10.1111/hsc.12756.
57. Gustafsson LK, Östlund G, Zander V, Elfström ML, Anbäcken EM. 'Best fit' caring skills of an interprofessional team in short-term goal-directed reablement: older adults' perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2019; 33: 498–506. DOI: 10.1111/scs.12650.
58. Gustafsson L-K, Bondesson A, Pettersson T, Söderman M. Dilemmas in rehabilitation and patient strategies in an intensive home intervention: A follow-up study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 2023; 18: 2253001. DOI: 10.1080/17482631.2023.2253001.
59. Moe A, Ingstad K, Brataas HV. Patient influence in home-based reablement for older persons: qualitative research. *BMC Health Services Research* 2017; 17: 736. DOI: 10.1186/s12913-017-2715-0.
60. Johnson S, McLeod B, Gupta S, McLeod K. Impact of a home-based nutrition and exercise intervention in improving functional capacity associated with falls among rural seniors in Canada. *Quality in Ageing and Older Adults* 2018; 19: 261–272. DOI: 10.1108/QAOA-11-2017-0044.
61. Parsons JGM, Sheridan N, Rouse P, Robinson E, Connolly M. A randomized controlled trial to determine the effect of a model of restorative home care on physical function and social support among older people. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2013; 94: 1015–1022. DOI: 10.1016/j.apmr.2013.02.003.
62. Teerikangas M, Lotvonen S, Siira H, Elo S. Effects of reablement on home-dwelling older adults' physical functioning: a quasi-experimental study in primary healthcare. *Aging Clinical and Experimental Research* 2025; 38: 35. DOI: 10.1007/s40520-025-03292-1.
63. Bonnefoy M, Boutitie F, Mercier C, Gueyffier F, Carre C, Guetemme G, Ravis B, Laville M, Cornu C. Efficacy of a home-based intervention programme on the physical activity level and functional ability of older people using domestic services: A randomised study. *The Journal of Nutrition, Health and Aging* 2012; 16: 370–377. DOI: 10.1007/s12603-011-0352-6.
64. Vestergaard S, Kronborg C, Puggaard L. Home-based video exercise intervention for community-dwelling frail older women: a randomized controlled trial. *Aging Clinical and Experimental Research* 2008; 20: 479–486. DOI: 10.1007/BF03325155.
65. Burton E, Lewin G, Boldy D. Physical activity levels of older adults receiving a home care service. *Journal of Aging and Physical Activity* 2013; 21: 140–154. DOI: 10.1123/japa.21.2.140.
66. Jokstad K, Hauge S, Landmark BT, Skovdahl K. Control as a core component of user involvement in reablement: A qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2020; 13: 1079–1088. DOI: 10.2147/JMDH.S269200.
67. Tuntland H, Aaslund MK, Espehaug B, Førland O, Kjeklen I. Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC geriatrics* 2015; 15: 145. DOI: 10.1186/s12877-015-0142-9.

68. Hjelle KM, Tuntland H, Førland O, Alvsvåg H. Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health and Social Care in the Community* 2017; 25: 1581–1589. DOI: 10.1111/hsc.12324.
69. Bødker MN, Langstrup H, Christensen U. What constitutes 'good care' and 'good carers'? The normative implications of introducing reablement in Danish home care. *Health and Social Care in the Community* 2019; 27: e871–e878. DOI: 10.1111/hsc.12815.
70. Engeström Y, Kajamaa A, Nummijoki J. Double stimulation in everyday work: Critical encounters between home care workers and their elderly clients. *Learning, Culture and Social Interaction* 2015; 4: 48–61. DOI: 10.1016/j.lcsi.2014.07.005.
71. Engeström Y, Nummijoki J, Sannino A. Embodied germ cell at work: building an expansive concept of physical mobility in home care. *Mind, Culture, and Activity* 2012; 19: 287–309. DOI: 10.1080/10749039.2012.688177.
72. Hotus. 2026. FinYHKÄ-toimintamalli™ sekä käsikirja toimintamallin käyttöönottoon. Hoitotyön tutkimussäätiö. Saatavilla: <https://hotus.fi/finyhka-toimintamalli-kasikirja-toimintamallin-kayttoonottoon/>.