

# **Faktorer associerade med utnyttjande av fysioterapi inom långtidsvården för äldre i Finland**

Emma Soveri

|   |   |
|---|---|
| MASTERARBETE  |   |
| Arcada  |   |
| Utbildningsprogram:   | Rehabilitering (HYH)  |
| Identifikationsnummer:  | 4020  |
| Författare:   | Emma Soveri   |
| Arbetets namn:  | Faktorer associerade med utnyttjande av fysioterapi inom långtidsvården för äldre i Finland   |
| Handledare (Arcada):  | Överlärare, docent i hälsovetenskap Jyrki Kettunen  |
| Uppdragsgivare:   | Institutet för hälsa och välfärd  |
| <p>Sammandrag:</p> <p><b>Bakgrund.</b> Högkvalitativ äldreomsorg inkluderar fysioterapi. Det är ändå oklart hur många äldre inom långtidsvården i Finland som mottar fysioterapi, vilken tillgången till fysioterapi är och vilka faktorer som är associerade med utnyttjande av fysioterapi. I denna studie skapades ny kunskap som svarar på dessa frågor.</p> <p><b>Material och metod.</b> Populationen av intresse var 65 år fyllda personer i Finland som bodde på enheter där Resident Assessment Instrument Long Term Care (RAI-LTC) användes och vars bedömning från våren 2012 fanns i RAI-LTC -registret. Populationen bestod av 13209 människor. Det effektiva samplet bestod av 2443 människor, som bodde på enheter som hade uppgett att de hade tillgång till fysioterapeut. Prevalensen för fysioterapi uträknades och tillgången till fysioterapi definierades i enheten heltids-ekvivalent (FTE)/100 vårdplatser. Faktorer som var associerade med utnyttjande av fysioterapi definierades med binär logistisk regressionsanalys.</p> <p><b>Resultat.</b> Ungefär 16% av hela populationen och 31% av boende på enheter med fysioterapeuteresurs hade vid bedömningstillfället fått fysioterapi under de senaste sju dagarna. Tillgången till fysioterapi var mellan 1,55 FTE/100 vårdplatser på ålderdomshem och 2,34 FTE/100 vårdplatser på hälsocentralernas långtidsavdelningar. Faktorer som ökade oddsen att få fysioterapi var manligt kön, smärta, stroke och höftfraktur. Faktorer som minskade oddsen att få fysioterapi var svårt nedsatt kognition, ingen eller liten social funktionsförmåga, beteendesymptom, oförmåga att ansvara för sig själv, frånvaro av läkarbedömning, frånvaro av vårdarens tro på rehabilitering, frånvaro av fallolycka och vårdtid på över ett år.</p> <p><b>Slutledningar.</b> Enligt denna studie fördelas fysioterapin inom långtidsvården för äldre inte jämlikt. I fortsättningen behöver indikationerna för fysioterapi och fysioterapeutens roll inom långtidsvården för äldre klargöras.</p> |   |
| Nyckelord:  | Fysioterapi, långtidsvård, äldre, prevalens, tillgång, associerade faktorer, Resident Assessment Instrument, Institutet för hälsa och välfärd |
| Sidantal:   | 39  |
| Språk:  | Svenska   |
| Datum för godkännande:  | 26.2.2013   |

|   |  |
|---|--|
| MASTER'S THESIS   |  |
| Arcada  |  |
| Degree Programme:   | Rehabilitation (Master)  |
| Identification number:  | 4020   |
| Author:   | Emma Soveri  |
| Title:  | Factors associated with physiotherapy provision in long-term care for the aged in Finland  |
| Supervisor (Arcada):  | Principal lecturer, adjunct professor in health science Jyrki Kettunen   |
| Commissioned by:  | National institute for health and welfare  |
| <p>Abstract:</p> <p><b>Background.</b> Physiotherapy (PT) is a part of qualitative long-term care (LTC) for the aged. The prevalence and availability of PT in LTC in Finland is unclear. So are the factors associated with PT provision. This study produced new knowledge about these questions.</p> <p><b>Material and method.</b> The studied population was 65-year-olds or older in LTC in Finland living in care units using Resident Assessment Instrument Long-Term Care. Data from assessments collected in the spring 2012 was used (N=13209). The effective sample was 2443 persons living in care units where PT was available. The prevalence of PT during seven days preceding the assessment day and the availability of PT was calculated, the latter using the unit full time equivalent (FTE)/100 beds. The factors associated with PT provision were defined through logistic regression analysis.</p> <p><b>Results.</b> The prevalence of PT was 16 % in the population and 31 % among elderly living in units where PT was available. The availability of PT varied between 1,55 FTE/100 beds in nursing homes and 2,34 FTE/100 beds in the health centre wards for LTC. Factors increasing the odds for PT were male gender, pain, stroke and hip fracture. Factors decreasing the odds for PT were severe cognitive impairment, no or little social functioning, behavioral symptoms, inability to care for oneself, lack of assessment by a physician, lack of nurse's assessment having rehabilitation potential and length of stay over one year.</p> <p><b>Conclusions.</b> Physiotherapy in LTC for the aged is unequal. In the future the indications for physiotherapy and the role of the physiotherapist in the multiprofessional team should be better defined.</p> |  |
| Keywords:   | Physiotherapy, long-term care, aged, prevalence, availability, associated factors, Resident Assessment Instrument, National institute for health and welfare |
| Number of pages:  | 39   |
| Language:   | Swedish  |
| Date of acceptance:   | 26.2.2013  |

|  |   |
|--|---|
| OPINNÄYTE  |   |
| Arcada   |   |
| Koulutusohjelma  | Kuntoutus (YAMK)  |
| Tunnistenumero   | 4020  |
| Tekijä   | Emma Soveri   |
| Työn nimi  | Fysioterapian saantiin yhteydessä olevat tekijät iäkkäiden pitkäaikaishoidossa Suomessa   |
| Työn ohjaaja (Arcada)  | Yliopettaja, terveystieteiden dosentti Jyrki Kettunen   |
| Toimeksiantaja   | Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)  |
| <p>Tiivistelmä:</p> <p><b>Tausta.</b> Fysioterapia on osa laadukasta iäkkäiden pitkäaikaishoitoa. Suomessa fysioterapian käytöstä, saatavuudesta ja saantiin yhteydessä olevista tekijöistä pitkäaikaishoidossa on niukasti tietoa. Tässä tutkimuksessa tuotettiin tietoa näihin kysymyksiin.</p> <p><b>Tutkittavat ja menetelmät.</b> Tutkittavina olivat ne vähintään 65-vuotiaat pitkäaikaishoitotodot asia (N=13209), joiden hoitoyksikössä oli käytössä Resident Assessment Instrument Long-Term Care –mittari. Tutkimusdatana käytettiin keväällä 2012 THL:lle lähetettyjä tietoja. Otos koostui 2443 henkilöstä, jotka asuivat yksiköissä, joissa oli fysioterapeutti käytettävissä. Fysioterapian vallitsevuus arviointihetkeä edeltävien seitsemän päivän aikana ja sen saatavuus laskettiin. Saatavuuden yksikkönä käytettiin koko ajan ekvivalenttia (FTE)/100 hoitopaikkaa. Fysioterapian saatavuuteen yhteydessä olevat tekijät määriteltiin logistisen regressioanalyysin avulla.</p> <p><b>Tulokset.</b> Fysioterapian vallitsevuus oli 16 % perusjoukossa ja 31 % yksiköissä, joissa oli fysioterapeutti käytettävissä. Saatavuus vaihteli vanhainkotien 1,55 FTE/100 hoitopaikkaa ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidosten 2,34 FTE/100 vuodepaikkaa välillä. Tekijät, jotka lisäsivät mahdollisuutta saada fysioterapiaa, olivat miessukupuoli, kipu, aivoinfarkti ja lonkkamurtuma. Saannin mahdollisuutta pienensivät vaikea kognition alenema, erittäin heikko tai puuttuva sosiaalinen aktiivisuus, käytösoireet, kyvyttömyys vastata omista asioistaan, puuttuva lääkärin arvio terveydentilasta, puuttuva hoitajan usko kuntoutumiseen, ei-raportoituja kaatumisia ja yli vuoden kestänyt hoitoaika.</p> <p><b>Johtopäätökset.</b> Tämän tutkimuksen tulosten mukaan iäkkäiden pitkäaikaishoidon fysioterapian saanti ei ole tasavertaista. Jatkossa onkin perusteltua tarkentaa pitkäaikaishoidossa olevien iäkkäiden fysioterapian indikaatiot ja myös fysioterapeutin rooli moniammatillisissa tiimissä kaipa lisäselvitystä.</p> |   |
| Avainsanat   | Fysioterapia, iäkkäät, pitkäaikaishoito, vallitsevuus, saatavuus, yhteydessä olevat tekijät, Resident Assessment Instrument, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos |
| Sivumäärä  | 39  |
| Kieli  | Ruotsi  |
| Hyväksymispäivämäärä   | 26.2.2013   |

## **INNEHÅLL**

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUKTION.....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>2</b> | <b>OJÄMLIKHET I DET FINLÄNSKA SOCIAL-, HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEMET .....</b> | <b>10</b> |
| <b>3</b> | <b>LÅNGTIDSVÅRD FÖR ÄLDRE I FINLAND .....</b>                                 | <b>11</b> |
| 3.1      | Långtidsvårdens nivåer .....  | 11        |
| 3.2      | Kännetecken för de äldre inom långtidsvården .....                            | 13        |
| 3.3      | Resident Assessment Instrument Long-Term Care .....                           | 14        |
| <b>4</b> | <b>REHABILITERING INOM LÅNGTIDSVÅRDEN FÖR ÄLDRE.....</b>                      | <b>15</b> |
| 4.1      | Fysioterapins effekter inom långtidsvården.....                               | 16        |
| 4.2      | Faktorer som är associerade med fysioterapi i andra länder .....              | 17        |
| <b>5</b> | <b>SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR .....</b>                                       | <b>18</b> |
| <b>6</b> | <b>METOD .....</b>  | <b>19</b> |
| 6.1      | Forskningsetiska frågor.....  | 20        |
| <b>7</b> | <b>RESULTAT .....</b>   | <b>21</b> |
| <b>8</b> | <b>DISKUSSION .....</b>   | <b>25</b> |
|          | <b>Källor.....</b>  | <b>33</b> |

**BILAGA 1. Forskning kring faktorer som är associerade med fysioterapi och rehabilitering samt fysioterapins prevalens inom långtidsvård för äldre**

**BILAGA 2 De studerade variablerna utgående från MDS-formuläret och RAI-mätarna**

## Tabeller

Tabell 1. Karakteristika hos de äldre, som bodde på avdelningar med fysioterapeuters, antal(%) .....24

Tabell 2. Tillgången till fysioterapi enligt vårdtyp.....25

Tabell 3. Faktorer som var associerade med fysioterapi gällande de äldre (n=2443) på avdelningar som hade uppgett att de hade tillgång till fysioterapeut.....26

Tabell 4. Slutledningar.....32

## FÖRORD

Detta masterarbete har gjorts i samarbete med Ikäihmisten palvelut –enheten vid Institutet för hälsa och välfärd. Jag vill rikta ett stort tack till överläkare Matti Mäkelä för hjälpen med datakörningarna och för all feedback. Jag vill också tacka min handledare Jyrki Kettunen för stödet och kommentarerna. Min syster Anna förtjänar ett tack för genomläsningen av arbetet och tankarna kring det. Jag är tacksam över möjligheten till vuxenstudiestödet från Utbildningsfonden som har underlättat fullföljandet av detta arbete. Sist men inte minst – tack Toffe för all omtanke under ett på många sätt omvälvande livsskede.

Åbo 12.2.2013

Emma Soveri

## 1 INTRODUKTION

Befolkningen i Finland åldras och andelen över 65-åriga människor kommer att stiga från cirka 17 % år 2010 till cirka 26 % år 2040 och till cirka 28 % år 2060. Det fanns år 2010 ungefär 941 000 över 65-åringar och det kommer år 2060 att finnas ungefär 1 755 000 över 65-åriga (Finlands officiella statistik 2012 s. 4) och 463 000 över 85-åriga personer (Finlands officiella statistik 2009 s. 1). I slutet av år 2010 bodde 16 082 äldre personer på åldringshem, 6 675 på serviceboende och 28 644 på effektiverat serviceboende (Institutet för hälsa och välfärd 2011a s. 10). Därtill omfattade långtidsvården på hälsovårdscentralernas bäddavdelningar ca 7 600 över 65-åriga personer (Institutet för hälsa och välfärd 2011b s. 32). I Finland är utgångspunkten att så många äldre människor som möjligt skall kunna bo i sitt hem i den bekanta omgivningen och leva ett meningsfullt liv där (Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands kommunförbund 2008 s. 21). Gällande 75-år fyllda personer är målet ändå att fem till sex % bor på effektiverat serviceboende och tre % på ålderdomshem eller hälsovårdscentralens långtidsavdelning (ibid s. 30). Andelen över 75-år fyllda personer var i Finland i slutet av år 2011 8,2 %, d.v.s cirka 443 000 personer (SOTKANet). I Finland finns det alltså många tiotusentals äldre som bor på institution eller serviceboende (Social- och hälsovårdsministeriet 2011b s. 15).

I det finländska samhället har debatten kring äldreomsorgen på sistone gått het. Det pågår arbete för att förbättra de äldres situation. Social- och hälsovårdsministeriets strategi för social- och hälsvårdspolitikerna definierar målet som ”ett socialt hållbart samhälle, där människorna behandlas jämlikt, allas delaktighet säkerställs och allas hälsa och funktionsförmåga främjas” (Social- och hälsovårdsministeriet 2011a s. 3). I strategiskriften talas det om stora skillnader i välfärd och hälsa mellan befolkningsgrupper och kön samt att folkhälsan förbättras bäst om de sämst lottades situation förbättras relativt sett. Förebyggande arbete poängteras (ibid s. 10-11). En av uppföljningsindikatorerna för strategin är funktionsförmågan hos över 75-åriga personer. (Social och hälsovårdsministeriet 2011b s. 22) Den nya äldreomsorgslagen, som träder i kraft inom ett år, har sin bakgrund i missförhållanden som upptäckts inom heldygnsomsorgen för äldre. Lagförslaget säger att social- och hälsovårdstjänsterna för äldre skall vara av hög kvalitet, rätt



tajmade och tillräckligt omfattande i förhållande till behoven. De äldres välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand skall stödjas och deras påverkningsmöjligheter förbättras. (Regeringens proposition 160/2012)

De äldre, som är berättigade till långtidsvård, är det på grund av sjukdom eller skada och har antingen långvariga eller bestående nedsättningar av funktionsförmågan (Finne-Soveri 2010 s. 76). Nedsättningarna rör många dimensioner (Barredo 2008, Noro 2005a s. 52-53). En god äldreomsorg är mångprofessionell verksamhet, där bl.a. fysioterapeuter deltar. (Kivelä 2006 s. 18) Rehabilitering och rehabiliteringsfrämjande vård kännetecknar högkvalitativ heldygnsvård (Social- och hälsovårdsministeriet 2011b s. 25) Verksamhetens centrala mål är vård av sjukdomar, prevention, förbättring eller upprätthållande av funktionsförmåga, social delaktighet och livskontroll samt bedömning av hjälpmedel och omgivning. (Kivelä 2006 s. 18) Vården av äldre styrs av många etiska principer, bl.a. dem om tillvaratagande av resurser, rättvisa, individualitet, delaktighet och trygghet (Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands kommunförbund 2008 s. 12). Vården på institution skall vara klientcentrerad samt stödja alla äldres livskvalitet, självbestämmanderätt och förmåga att klara sig själv oberoende av funktionsförmåga (Luoma 2007 s. 7-8). Då den äldre behöver precisionsrehabilitering är det viktigaste tajmingen av denna (Holma et al. 2002 s. 39). Enligt nationella vårdrekommendationer kan fysioterapi t.ex. vara en del av vården vid demens (Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus 2010), efter höftfrakturer (Lonkkamurtuma: Käypä hoito –suositus 2011), vid höft- och knäartros (Polvi- ja lonkkanivelrikko: Käypä hoito –suositus 2012), vid reumatoid artrit (Nivelreuma: Käypä hoito –suositus 2009), efter stroke (Aivoinfarkti: Käypä hoito -suositus 2011) och vid förhindrandet av fallolyckor (Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisy fysioterapiasuositus 2011). Fysioterapiens effekter inom långtidsvården har studerats med avseende på bl.a. ADL, styrka, flexibilitet, balans, allmän fysisk kondition, sinnesstämning och kognitivt status. Det finns evidens för att fysioterapi förbättrar både fysiskt och mentalt status hos boende inom långtidsvården. (Forster et al. 2009). Fysioterapiresursen är ändå ofta liten inom långtidsvården, trots att trenden verkar ha varit stigande under de gångna årtiondena. År 1990 jobbade det 33 fysioterapeuter och år 2001 60 fysioterapeuter på de kommunala åldringshemmen i Finland (Stakes 2003 s. 100). Enligt Institutet för hälsa och välfärd (2009) var siffran år 2007 80 fysioterapeuter per 393 kommunala åldringshem (Saarnio 2009 s. 84). Om fysioterapeut-

resursen är i denna klass kan inte alla äldre inom långtidsvården omfattas av fysioterapi. Detta innebär att det måste ske prioriteringar gällande vem som ska få fysioterapi och vad fysioterapin skall bestå av inom långtidsvården för äldre. Forskare har försökt identifiera faktorer för rehabiliteringsframgång inom geriatrisk rehabilitering för att skapa modeller till hjälp för prioriteringen (Murray et al. 2005, Pereira et al. 2010, Singh et al. 2012, Unsworth 2001). Förutsägande faktorer för rehabiliteringsframgång har identifierats, t.ex. lägre ålder, problem med kontinens, mindre sociala kontakter, (Ilett et al. 2010, Murray et al. 2005), låg grad av depression, mera kognitiva nedsättningar i positiv (Murray et al. 2005) och negativ (Landi et al. 2002) bemärkelse, lägre utgångsvärden på testresultat (Murray et al. 2005, Pereira et al. 2010) och frånvaro av skörhet (Singh et al. 2012), men forskarna har inte lyckats skapa modeller som har klinisk användbarhet. Forskare har också upptäckt att personalen inte alltid vet vem de skall och när de skall hänvisa en boende till fysioterapi (Murray et al. 2005). Olika människor (Cunningham et al. 1999, Harding et al. 2010) och institutioner (Ilett et al. 2010) gör olika prioriteringar gällande ordination till rehabilitering. Prioriteringen är inte entydig. Å ena sidan har prevention och uppbromsning av förlust av självständighet i ett tidigt skede ekonomisk och livskvalitetsmässig inverkan hos den äldre (Guralnik et al. 2002) Å andra sidan har studier visat att personer, som i utgångsläget har haft de lägsta resultaten på mätningar av t.ex. dagliga funktioner, kognitiv förmåga, gånghastighet och balans ändå har fått störst relativ nytta av rehabiliteringen (Murray et al. 2005, Pereira et al. 2010). En viktig fråga som uppstår är därmed vem det egentligen är som får fysioterapi inom långtidsvården för äldre i Finland?

## **2 OJÄMLIKHET I DET FINLÄNDSKA SOCIAL-, HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSSYSTEMET**

I undersökningen Hälsa 2000 fann man, att det finländska hälso- och sjukvårdssystemet är ojämlikt sett ur ett socioekonomiskt perspektiv. Personer med mera utbildning och högre inkomstnivå utnyttjade i högre grad hälsogranskningar, screeningundersökningar, tandvård och fysikalisk vård än övriga människor. Även utnyttjande av läkartjänster

hade ett samband med socioekonomiska faktorer. Dessutom hade ålder, civilstånd och typ av vårdställe samband med utnyttjande av hälso- och sjukvårdstjänster. (Häkkinen & Alha s. 90-91) När det gäller fysioterapi hade 11 procent av den 18 år fyllda befolkningen använt tjänsten. Människor som var frånskilda, som hörde till de högre inkomst- och utbildningsklasserna samt änkor utnyttjade i högre grad fysioterapi än övriga. Hälsovårdscentralens tjänster utnyttjades i högre grad av frånskilda och änkor medan privata tjänster utnyttjades av människor ur de högre inkomstklasserna samt gifta personer. (Alha & Hakulinen 2006 s. 80) När det gäller social- och hälsovårdsservice för äldre utnyttjade kvinnor i högre grad än män regelbunden service d.v.s. hemservice, hemsjukvård, serviceboende, vård på åldringshem eller långtidsvård på hälsovårdscentralen (Stakes 2003, s. 78).

### **3 LÅNGTIDSVÅRD FÖR ÄLDRE I FINLAND**

Långtidsvård för äldre innefattar institutionsvård, boendeservice och hemvård samt mellanformer som dagverksamhet, nattvård och regelbunden intervallvård (Finne-Soveri 2010 s. 77). Detta arbete omfattar på grund av materialvalet hälsovårdscentralernas långtidsavdelningar och ålderdomshem samt effektiverat och normalt serviceboende.

#### **3.1 Långtidsvårdens nivåer**

Heldygnsvård och -omsorg för de äldre i Finland produceras i dagens läge på tre nivåer: hälsovårdscentraler, ålderdomshem och effektiverade serviceboenden (Social- och hälsovårdsministeriet 2011b s. 15). Anstaltvården omfattar långtidsvården på hälsocen-

traler eller på ålderdomshem. Långtidsvård på hälsocentralens bäddavdelningar kan dels definieras som en hälsovårdstjänst baserad på Hälso- och sjukvårdslagens 67§:

Med sluten vård avses vård, behandling och rehabilitering på vårdavdelning vid sjukhus, hälsovårdscentral eller någon annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården eller under motsvarande förhållanden.

Dessutom är långtidsvård på hälsocentralens bäddavdelningar även institutionsvård inom socialvården enligt Socialvårdslagens 24§:

Med *anstaltsvård* avses anordnande av vård, uppehälle och rehabiliterande verksamhet i sådan verksamhetsenhet inom socialvården som lämnar fortlöpande vård. Anstaltsvård ges den som är i behov av hjälp, vård eller annan omvårdnad som inte kan ordnas eller som det inte är ändamålsenligt att ordna i hans eget hem genom utnyttjande av någon annan socialservice.

Långtidsvård på hälsocentraler innebär att klienten fått ett beslut om långtidsvård eller att han har fått vård i minst 90 dygn (Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands kommunförbund 2008 s. 52).

Vården på ålderdomshem är anstaltsvård inom socialvården (Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands kommunförbund 2008 s. 52). Den baserar sig på den tidigare nämnda Socialvårdslagens 24 §. Även Socialvårdsförfattningens 11 § styr:

Vid anstaltsvård skall ges sådan behövlig rehabilitering, vård och omsorg som är nödvändig med tanke på klientens ålder och tillstånd. Klientens livsmiljö skall dessutom såvitt möjligt ordnas så att den är trygg, hemlik och stimulerande samt tillika möjliggör ett privatliv och främjar klientens rehabilitering, initiativkraft och handlingsförmåga.

Anstaltsvård ordnas i åldringshem [...].

Anstaltsvård kan ordnas i form av kortvarig eller fortgående dag- eller nattvård eller dygnet-runtvård. I anstalterna kan dessutom ordnas verksamhet som stöder självständigt boende samt rehabilitering

Socialvårdslagens 17 § säger, att kommunen måste sörja för boendeservice och anstaltsvård. Det finns ingen officiell definition på serviceboende. Folkpensionsanstalten har godkänt enheterna som öppen vård och de boende betalar, i motsats till de boende på anstalt, skilt för boende och tjänster. Effektiverat serviceboende för äldre är enheter där personalen är på plats dygnet runt. Normalt serviceboende är ytterligare en form av boendeservice för äldre och här finns det inte nödvändigtvis personal dygnet runt. (Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands kommunförbund 2008 s. 52) Strukturen för servicen har kontinuerligt förändrats under 2000-talet så att täckningsgraden hos vården på

ålderdomshem, hälsovårdscentralernas långtidsavdelningar och normalt serviceboende har minskat, medan vården på effektiviserat serviceboende har ökat (Institutet för hälsa och välfärd 2011a s. 10).

Det nuvarande systemet för heldygnsvård på tre olika nivåer är utmanande både ur ett funktionellt och ett administrativt perspektiv (Social- och hälsovårdsministeriet 2011b s. 15). Gränsen mellan den service som de olika nivåerna producerar kan vara svårdragen och konstgjord (ibid s. 16) och på de olika nivåerna får människor med rätt likartade vårdbehov vård (Social- och hälsovårdsministeriet 2011b s. 24). Heldygnsvården är mål för utveckling och t.ex. Ikähoiva-arbetsgruppen har föreslagit en utveckling mot ett system på bara en nivå där individen inte behöver flytta från en nivå till en annan utan vården anpassas efter hans behov (ibid s.23).

### **3.2 Kännetecknen för de äldre inom långtidsvården**

Orsaker till vårdbehov dygnet runt är minnessjukdomar, stroke, depression, höftfrakturer, ensamhet och dåligt fungerande sociala nätverk samt begränsningar i den fysiska miljön i hemmet (Social- och hälsovårdsministeriet 2011b s. 14). De äldre kan alltså ha kognitiva nedsättningar och fysiska nedsättningar (Barredo 2008, Noro 2005a s. 52-53) samt psykosociala förluster, t.ex. förlust av kontroll, självständighet och familjerelationer (Barredo 2008). De boende inom långtidsvården kännetecknas i Finland av hög ålder, medelåldern har varit över 80 år. Ungefär tre av fyra boende är kvinnor. (Noro 2005a s. 49) De boende har bl.a. beteendesyntom och smärta. (Noro 2005a s. 55-58) Medelvårdtiden har varierat mellan cirka två år på hälsovårdscentral till cirka fyra år på normalt serviceboende (Finne-Soveri 2010 s. 79). Forskning har visat att äldre med det största vårdbehovet finns på hälsovårdscentralernas långtidsavdelningar och på normalt serviceboende de med det minsta vårdbehovet. Dock finns det också normala serviceboenden med väldigt utmanande klientstruktur (Noro 2005a s. 61) och därmed är gränsen mellan vårdtyperna inte så klar.

### 3.3 Resident Assessment Instrument Long-Term Care

Resident Assessment Instrument Long-Term Care, RAI-LTC, är ett instrument som mångsidigt kartlägger individens vårdbehov och resurser samt ger information som stöder vårdplaneringen. Dessutom kan man med hjälp av instrumentet bedöma vårdkvalitet och kostnader samt utveckla betalningssystem och vård. (Finne-Soveri et al. 2005 s. 22) RAI-LTC har utvecklats i USA på 1980-talet (Hawes et al. 1997, InterRAI, Noro et al. 2001 s. 3) och dess ibruktagande i Finland startade genom planering och utbildning år 1999 och ett pilotprojekt år 2000 (Noro et al. 2001 s. 3, Noro 2005b s. 27). När det gäller 75 år fyllda personer, omfattade RAI-bedömningen i Finland år 2010 15 % av klienterna inom serviceboende, 16 % av klienterna inom effektiviserat serviceboende, 34 % av de boende på ålderdomshem och 30 % av patienterna på hälsovårdscentralernas långtidsavdelningar (Institutet för hälsa och välfärd 2012a). Nu används RAI-LTC i 18 länder (InterRAI). Vårdaren gör en RAI-bedömning av den äldre människans funktionsförmåga då denna hamnar inom vården och därefter åtminstone var sjätte månad eller tidigare om tillståndet förändras väsentligt (Vähäkangas et al. 2012 s. 23). Bedömningen baserar sig på frågeformuläret Minimum Data Set, MDS (formuläret finns t.ex. i Noro et al. 2005 s. 191-209). Informationen matas in i ett dataprogram, som ger uppgifter om individens funktionsförmåga och riskfaktorer och dessa uppgifter använder vårdpersonalen och teamet i planeringen och bedömningen av vården och rehabiliteringen (Vähäkangas et al. 2012 s. 23-24). Informationen kan användas nationellt för att bedöma långtidsvårdens kvalitet. Dessutom kan internationella jämförelser göras med RAI-systemets information. (Noro et al. 2001 s. 1) RAI har enligt tidigare studier god reliabilitet och validitet (Noro et al. 2001 s. 3).

Institutet för hälsa och välfärd är ett utvecklings- och forskningsinstitut, som är underställt social- och hälsovårdsministeriet och vars uppgifter är att ”främja välfärd och hälsa, förebygga sjukdomar och sociala problem, utveckla social- och hälso-tjänsterna” (Institutet för hälsa och välfärd 2012b). Institutet för hälsa och välfärd samlar två gånger om året in RAI-bedömningarna, som har gjorts på olika håll i Finland. Denna information analyseras och Institutet för hälsa och välfärd producerar

information åt användarna som kan användas i benchmarking. (Vähäkangas et al. 2012 s. 24)

## 4 REHABILITERING INOM LÅNGTIDSVÅRDEN FÖR ÄLDRE

God vård av den äldre förutsätter bedömning av den fysiska, kognitiva, psykiska och sociala funktionsförmågan (Luoma 2007 s. 8). ”Rehabiliteringen är en systematisk och mångomfattande, ofta långsiktig verksamhet som syftar till att hjälpa rehabiliteringsklienten att bemästra sin livssituation” (Statsrådet 2002 s. 3). Rehabiliteringen och vården skiljer sig med avseende på metoder fastän gränsen inte alltid är klar och inte alltid behöver vara det. Klientens påverkningsmöjligheter och delaktighet betonas. Rehabiliteringen har i allt högre grad psykosociala och sociala element. (ibid s. 3) Det är den kommunala social- och hälsovården som har huvudansvaret för de äldres rehabilitering och denna skall ingå i all övrig vård och service åt de äldre (Statsrådet 2002 s. 20-21). Till exempel säger Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården i 7§-9§ att en service-, vård-, rehabiliteringsplan eller dylikt skall utarbetas då socialvård ges. Klientens önskemål skall beaktas och självbestämmanderätt respekteras och planen skall göras i samförstånd med klienten eller klienten och dennes lagliga företrädare eller närstående. Sipari (2008 s. 36) använder i sin doktorsavhandling termen ”moniasiantuntijuteen perustuva yhteistoiminta”, som i detta arbete fritt har översatts till samordning baserad på mångexpertis. Enligt detta synsätt är aktörerna, som här kan tolkas som den äldre, anhöriga och närstående samt de professionella, jämställda experter på sina egna områden och skapar tillsammans verksamheten. Inom långtidsvården kan faktorer som kvalitet, de anhörigas och närståendes åsikter och vårdteamen ha stor betydelse för vården och rehabiliteringen, då många sköra äldre inte kan förmedla sina tankar och önskemål (Taipale 2005 s. 3).

Geriatrisk rehabilitering behövs för att förbättra funktionsförmågan efter en akut sjukdom eller skada och också vid långvariga nedsättningar av funktionsförmågan. Rehabiliteringen kan också vara av preventiv karaktär. (Pitkälä et al. 2010 s. 438) I Finland har

cirka 64 % av de äldre på faciliteter inom långtidsvården fått rehabiliteringsfrämjande vård. Denna definieras som rehabilitering eller upprätthållande verksamhet utförd av annan personal än terapipersonal. Vårdarens tro på rehabilitering har haft signifikant positivt samband med denna av typ vård. (Vähäkangas et al. 2006) Det verkar inte finnas publicerad information om fysioterapins prevalens inom långtidsvården för äldre i Finland.

## 4.1 Fysioterapins effekter inom långtidsvården

Fysioterapeutens uppgift är att främja och bibehålla befolkningens hälsa, funktions- och arbetsförmåga samt att förebygga sjukdomar.

Fysioterapeuten stöder klienter i alla åldrar vid olika levnadssituationer och bidrar till att förbättra livskvaliteten och finna den inneboende kraften hos sina klienter. Fysioterapeuten arbetar med individer och familjer samt inom sammanslutningar. Fysioterapeuten samarbetar med klientens anhöriga och andra närstående och stöder deras medverkan i rehabiliteringen. (Finlands fysioterapeuter 2009)

Sökningar kring evidens för fysioterapi och fysisk rehabilitering inom långtidsvården för äldre har gjorts i Cochrane-databasen med de följande sökorden: physiotherapy, rehabilitation, aged, long-term care, nursing home, assisted living, dementia, stroke, hip fracture och falls i olika sammansättningar. Fem artiklar som tangerade långtidsvård togs med. Många olika interventioner gällande fysisk rehabilitering, bl.a. träning av koordination och balans (Howe et al. 2011), 3D-träning (t.ex. tai chi, yoga, chi gong), gångträning, funktionell träning, styrketräning (Forster et al. 2010, Howe et al. 2011), progressiv motståndsträning (Liu & Latham 2009), gruppträning, träning i sittande och rörlighetsträning (Forster et al. 2010), hade ett samband med signifikanta förbättringar gällande balansförmågan (Howe et al. 2011), muskelstyrkan, nedsättningar och funktionella begränsningar (Liu & Latham 2009), fysiskt och mentalt status (Forster et al. 2010) hos äldre. Cameron et al. (2010) konstaterade ändå att det inte fanns evidens för att fysisk träning som den enda interventionen hade effekt på fallrisken hos personer inom långtidsvården. Forbes et al. (2008) kunde inkludera endast ett fåtal studier i sin översikt om fysisk aktivitet och dess effekt hos människor med demens. Det fanns otill-



räcklig evidens för att fysisk aktivitet hade effekt på kognition, funktion, depressivt beteende och dödlighet hos människor med demens. Det är ännu oklart vilken den optimala träningsformen inom långtidsvården är.

## **4.2 Faktorer som är associerade med fysioterapi i andra länder**

Forskning kring prevalensen för och tillgången till fysioterapi samt faktorer som är associerade med fysioterapi inom långtidsvården (Bilaga 1) identifierades med olika kombinationer av de följande sökorden: patient selection, provision, availability, characteristics, prevalence, factors associated, prioritizing, aged, elderly, geriatrics, health services for the aged, long-term care, nursing homes, physical therapy, physiotherapy, rehabilitation. Sökningarna gjordes i oktober 2012 i databaserna PubMed, Academic Search Elite Ebsco, Ovid Medline och PEDro. Artiklar publicerade från och med år 1997 beaktades.

Studier påvisar att det finns stor variation i hur stor andel av de boende på vårdhem som får fysioterapi/rehabilitering i olika länder. Prevalensen har i studier i olika länder varierat mellan 10,1% och 67,3 % (Barodawala et al. 2001, Berg et al. 1997, Leemrijse et al. 2007, Murray et al. 1999, Murray et al. 2005). Variationen mellan de olika vårdhemmen i ett land var stor, andelen fysioterapimottagare per vårdhem var t.ex. i Holland 35-90 % (Leemrijse et al. 2007) och i England 3,9 - 35,7 % (Barodawala et al. 2001). Orsaker till variationen gällande andelen människor som mottog fysioterapi var typ av vårdhem, den boendes ekonomiska situation, ledningens prioriteringar (Leemrijse et al. 2007) och den tillgängliga fysioterapiresursen (Barodawala et al. 2001, Leemrijse et al. 2007,). Ett nationellt betalningssystem och förändringar i detta påverkade också utnyttjande av rehabilitering (Arling et al. 2000, Hutt et al. 2001, Murray et al. 1999). Yip et al. 2002, Zinn et al. 2003) Faktorer, som på individnivå var associerade till mottagandet av fysioterapi var rehabilitering som orsak till vården, vistelse på somatiskt vårdhem, många samtidiga diagnoser, manligt kön i både positiv (Leemrijse et al. 2007) och nega-

tiv bemärkelse (Berg et al. 1997), kortare vårdtid (Berg et al. 1997, Leemrijse et al. 2007). Ålder var associerat med terapier på så sätt att över 85-åriga personer hade mindre sannolikhet att få fysioterapi. (Arling et al. 2000, Berg et al. 1997, Harada et al. 2000) De som fick fysioterapi ansågs i högre grad ha rehabiliteringspotential än de som inte fick terapi (Arling et al. 2000, Berg et al. 1997). I USA förekom fysioterapi oftare till följd av en akut händelse (Berg et al. 1997). Tillgången till fysioterapi har studerats i Nederländerna, där 99 % av vårdhemmen hade fysioterapi och FTE/100 vårdplatser var i medeltal 2.16 (de Boer et al. 2007).

Med andra ord har fysioterapi enligt forskning sin plats inom långtidsvården för äldre. Det verkar ändå inte finnas publicerad information om hur stor del av de äldre inom långtidsvården i Finland som får fysioterapi och om vilka faktorer på individnivå som har ett samband med mottagande av fysioterapi. Information om tillgången till fysioterapi inom långtidsvården för äldre Finland verkar inte heller finnas. Därför behövs grundforskning som ger hänvisningar om nuläget och en bas för utveckling av fysioterapin inom långtidsvården för äldre personer.

## **5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR**

Studiens syfte var att producera ny kunskap om faktorer som är associerade med utnyttjande av fysioterapi, om prevalensen för fysioterapi samt om tillgången till fysioterapi inom långtidsvården för äldre i Finland.

Frågeställningarna är följande:

1. Hur stor del av de äldre inom långtidsvården i Finland mottar fysioterapi?
2. Vilken är tillgången till fysioterapi inom långtidsvården för äldre i Finland?
3. Vilka faktorer är associerade med utnyttjande av fysioterapi inom långtidsvården för äldre i Finland?

## 6 METOD

Populationen av intresse för studien var äldre människor inom långtidsvården i Finland. I detta arbete definierades äldre som 65-år fyllda människor. Samplet (se tabell 1) bestod av personer som hade fyllt 65-år och som bodde på ålderdomshem, hälsovårdscentralens långtidsavdelningar, normalt serviceboende eller effektiverat serviceboende. Dessutom bodde personerna på enheter som använde RAI-LTC –instrumentet och vars RAI-LTC –bedömning hade insamlats av Institutet för hälsa och välfärd våren 2012. Data till denna studie fanns i RAI-LTC –databanken, som Institutet för hälsa och välfärd förvaltar.

De till studien valda variablerna (Bilaga 2) var enskilda frågor ur MDS-formuläret, RAI-mätare som dataprogrammet ger och vårdtiden. Den beroende variabeln var det studerade fenomenet fysioterapi. RAI-LTC –instrumentet frågar i hur många dagar och minuter den boende har fått fysioterapi under de gångna sju dagarna. I detta arbete skapades den beroende variabeln som en dikotom variabel och de studerade delades in i två grupper – de som hade fått fysioterapi och de som inte hade fått fysioterapi. De oberoende variablerna är presenterade nedan:

- Tidigare forskning har visat att bakgrundsfaktorer har samband med utnyttjande av tjänster (Alha & Hakulinen 2006 s. 80, Häkkinen & Alha 2006 s. 90-91, Stakes 2003, s. 78) och därför har *kön, ålder, civilstånd, utbildning, vårdtyp* tagits med.
- Inom långtidsvården bör åtgärder baseras på bedömning av den totala – *fysiska, psykiska, sociala och kognitiva – funktionsförmågan* (Luoma 2007 s. 8)
- *Vårdplats, förändring i hälsotillstånd och tillståndets stabilitet, smärta, ålder, kön, fallolyckor och vårdtid* har i tidigare studier varit associerade med fysioterapi (Bilaga 1) och valdes därför med.
- Samverkan baserad på mångsakkunnighet (Sipari 2008) och att få sin röst hörd - *förmåga att uttrycka sig, ansvarsförhållanden, vårdarens tro på rehabilitering, egen tro på rehabilitering, läkarens bedömning av hälsotillståndet*

- Vanliga orsaker till långtidsvård (Social- och hälsovårdsministeriet 2011b s. 14) - *minnessjukdomar, stroke, depression, höftfraktur, socialt status*

I studien användes också verksamhetsuppgifter, som gällde fysioterapeutresursen på enheterna och som Institutet för hälsa och välfärd hade samlat in, för att belysa tillgången till fysioterapi inom långtidsvården för äldre.

Studien är en retrospektiv tvärsnittsstudie och en registerstudie. Deskriptiv statistik presenteras gällande karakteristika hos samplet samt tillgången till och prevalensen för fysioterapi. Tillgången till fysioterapi anges med måttet heltidsekvivalent (FTE)/100 bäddar. Genom binär logistisk regressionsanalys definieras faktorer som är associerade med fysioterapi och odds kvot (OR, odds ratio), 95% konfidensintervall (95% CI, confidence interval) och signifikans ( $p$ -värde) presenteras.

## 6.1 Forskningsetiska frågor

De studerade människorna behöver inte ge sitt samtycke då data fås endast ur ett register utan en myndighet eller registerförare ger tillståndet (Informationscentret för registerforskning 2012). För att få tillgång till RAI-LTC –data, har skribenten ansökt om forskningslov från Institutet för hälsa och välfärd. När man talar om rehabiliteringsrådets etik, avser man åtminstone rättigheter, skyldigheter, nytta, det goda, rättvisa, jämlikhet, frihet och ansvar (Airaksinen 2008 s. 111) Med detta arbete strävar skribenten efter att skapa en bas för fortsatt utveckling av fysioterapin för äldre. I bakhuvudet finns de äldres rättigheter, social- och hälsovårdens skyldigheter, nytta, det goda och rättvisan och därmed kan man säga att ändamålet med studien är gott. Skribenten förbinder sig vid god vetenskaplig praxis (Forskningsetiska delegationen 2002), d.v.s. ärlighet, omsorgsfullhet och noggrannhet, ändamålsenliga vetenskapliga metoder, öppenhet, respekt för andra forskare, god planering, genomförande och rapportering. Skribenten har gjort

en överenskommelse med Institutet för hälsa och välfärd om ansvar, skyldigheter, rättigheter och uppbevaring av material. Överläkare Matti Mäkelä vid Institutet för hälsa och välfärd har gjort datakörningarna. Skribenten har därmed inte haft tillgång till rådata. Vidare har skribenten arbetat med RAI-LTC -datamaterialet och rapporterar resultatet i en sådan form, att enskilda individer och institutioner inte går att känna igen. Skribenten har förbundit sig till tystnadsplikt gällande möjlig kännedom om sekretessbelagda uppgifter. Skribenten har också förbundit sig till att en eventuell artikel endast görs i samarbete med Institutet för hälsa och välfärd och att det använda materialet i detta skede inte används för annat ändamål än masterarbetet. Institutet för hälsa och välfärd bevarar forskningsmaterialet i fem års tid.

## **7 RESULTAT**

Data gällande 13209 personer på 738 avdelningar inom långtidsvården i Finland användes i studien för att definiera prevalensen för fysioterapi i hela populationen. I övrigt användes data gällande 2443 personer på 81 avdelningar, som i förfrågan om verksamhetsuppgifter hade uppgett att de hade tillgång till fysioterapeut. Medelåldern hos dem som fick fysioterapi var 82,8 år och hos dem som inte fick fysioterapi 83,7 år och 70,4% av samplet var kvinnor. På hälsovårdscentralernas långtidsavdelningar bodde 50,9 %, på vanligt eller effektiviserat serviceboende 18,2 % och på ålderdomshem 30,9 %. Karakteristika hos samplet är presenterat i tabell 1.

Tabell 1. Karakteristika hos de äldre, som bodde på avdelningar med fysioterapeutre-surs, och fått eller inte fått fysioterapi, antal (%)

| Karakteristika                                      | Fått fysioterapi<br>n=755 (30,9) | Inte fått fysioterapi<br>n=1688 (69,1) | p-värde |
|---|----------------------------------|--|---------|
| <b>Ålder</b>  |                                  |  | 0,0364  |
| 65-74 år  | 120 (36,5)                       | 209 (63,5)                             |         |
| 75-84 år  | 293 (31,1)                       | 648 (68,9)                             |         |
| 85+ år  | 342 (29,2)                       | 831 (70,8)                             |         |
| <b>Kön män/kvinnor</b>                              | 264 (36,6)/491 (28,5)            | 458 (63,4)/1230 (71,5)                 | <0.0001 |
| <b>Civilstånd</b>                                   |                                  |  | 0,0198  |
| Uppgift saknas                                      | 67 (25,1)                        | 200 (74,9)                             |         |
| Ej förhållande                                      | 482 (30,7)                       | 1089 (69,3)                            |         |
| Sambo eller äktenskap                               | 206 (34)                         | 399 (66)                               |         |
| <b>Utbidningsnivå</b>                               |                                  |  | 0,0272  |
| Uppgift saknas                                      | 85 (24,7)                        | 259 (75,3)                             |         |
| Grundnivå   | 595 (31,9)                       | 1273 (68,1)                            |         |
| Andra stadiet                                       | 59 (34,5)                        | 112 (65,5)                             |         |
| Hög nivå  | 16 (26,7)                        | 44 (73,3)                              |         |
| <b>Ansvarsförhållanden</b>                          |                                  |  | <0.0001 |
| Förmyndare  | 82 (23,3)                        | 270 (76,7)                             |         |
| Familjemedlem                                       | 557 (29,6)                       | 1324 (70,4)                            |         |
| Själv   | 103 (66,5)                       | 52 (33,5)                              |         |
| Ingen   | 13 (23,6)                        | 42 (76,4)                              |         |
| <b>Typ av långtidsvård</b>                          |                                  |  | <0.0001 |
| Serviceboende                                       | 111 (25)                         | 333 (75)                               |         |
| Hvc bäddavdelning                                   | 485 (39)                         | 758 (61)                               |         |
| Ålderdomshem  | 159 (21)                         | 597 (79)                               |         |
| <b>Fysisk funktionsförmåga</b>                      |                                  |  | <0.0001 |
| Självständig eller begränsat behov av hjälp         | 329 (45,1)                       | 401 (54,9)                             |         |
| Rikligt behov av hjälp                              | 233 (38,4)                       | 374 (61,6)                             |         |
| Beroende  | 193 (17,5)                       | 913 (82,5)                             |         |
| <b>Kognitiv funktionsförmåga</b>                    |                                  |  | <0.0001 |
| Normal eller lindrig nedsättning                    | 377 (50,1)                       | 376 (49,9)                             |         |
| Medelsvår nedsättning                               | 269 (30)                         | 628 (70)                               |         |
| Svår nedsättning                                    | 109 (13,7)                       | 684 (86,3)                             |         |
| <b>Depression nej/ja</b>                            | 550 (32,4)/205(27,5)             | 1147 (67,6)/541(72,5)                  | 0,0079  |
| <b>Beteendesyntom nej/ja</b>                        | 487 (37,4)/268 (23,5)            | 816 (62,6)/872 (76,5)                  | <0.0001 |
| <b>Social funktionsförmåga</b>                      |                                  |  | <0.0001 |
| Ingen eller liten initiativförmåga/social aktivitet | 229 (18,8)                       | 991 (81,2)                             |         |
| Måttlig initiativförmåga/social aktivitet           | 226 (35,9)                       | 403 (64,1)                             |         |
| God initiativförmåga/social aktivitet               | 300 (50,5)                       | 294 (49,5)                             |         |
| <b>Smärta nej/ja</b>                                | 303 (27,3)/452 (33,9)            | 808 (72,7)/880 (66,1)                  | 0,0006  |
| <b>Stabilitet i hälsotillståndet</b>                |                                  |  | 0,0298  |
| Stabilt hälsotillstånd                              | 242 (32,8)                       | 495 (67,2)                             |         |
| Akuta symtom  | 384 (31,7)                       | 828 (68,3)                             |         |
| Långvariga symtom                                   | 129 (26,1)                       | 365 (73,9)                             |         |
| <b>Uttryckssätt</b>                                 |                                  |  | <0.0001 |
| Språk   | 737 (33)                         | 1493 (67)                              |         |
| Gester  | 13 (8,5)                         | 140 (91,5)                             |         |
| Uttrycker sig inte                                  | 5 (8,3)                          | 55 (91,7)                              |         |
| <b>Läkarens bedömning av hälsotillstånd nej/ja</b>  | 140 (16,8) /615 (38,2)           | 695 (83,2)/993 (61,8)                  | <0.0001 |
| <b>Vårdarens tro på rehabilitering nej/ja</b>       | 336 (21,6)/419 (47)              | 1216 (78,4)/472 (53)                   | <0.0001 |
| <b>Egen tro på rehabilitering nej/ja</b>            | 518 (25,5)/237 (57,9)            | 1516 (74,5)/172 (42,1)                 | <0.0001 |
| <b>Minnessjukdom nej/ja</b>                         | 394 (42,5)/361 (23,8)            | 532 (57,5)/1156 (76,2)                 | <0.0001 |
| <b>Stroke nej/ja</b>                                | 632 (30,5)/123 (33,4)            | 1443 (69,5)/245 (66,6)                 | 0,3168  |
| <b>Höftfraktur nej/ja</b>                           | 680 (29)/75 (78,9)               | 1668 (71)/20 (21,1)                    | <0.0001 |
| <b>Fallolycka nej/ja</b>                            | 468 (25)/287 (50,4)              | 1406 (75)/282 (49,6)                   | <0.0001 |
| <b>Allmän förändring i hälsotillståndet</b>         |                                  |  | <0.0001 |
| Ingen förändring                                    | 327 (26,5)                       | 905 (73,5)                             |         |
| Förbättrats   | 132 (54,5)                       | 110 (45,5)                             |         |
| Försämrats  | 296 (30,5)                       | 673 (69,5)                             |         |
| <b>Vårdlängd</b>                                    |                                  |  | <0.0001 |
| <6 månader  | 436 (47,1)                       | 490 (52,9)                             |         |
| 6-12 månader  | 92 (32,9)                        | 188 (67,1)                             |         |
| 1-2 år  | 87 (24,4)                        | 269 (75,6)                             |         |
| Över 2 år   | 140 (15,9)                       | 741 (84,1)                             |         |

Verksamhetsuppgifter fanns gällande 342 (46,3%) av de 738 avdelningarna. Av dessa hade 81 avdelningar uppgett att de hade tillgång till fysioterapeut. På avdelningarna med fysioterapeutresurs var tillgången till fysioterapi i medeltal från 1,55 FTE/100 vårdplatser på ålderdomshem till 2,34 FTE/100 vårdplatser på hälsovårdscentralernas långtidsavdelningar.

Tabell 2. Tillgången till fysioterapi enligt vårdtyp

| Typ av långtidsvård                        | Alla avdelningar | Avd. med verksamhetsuppgifter | Avd. med ft-resurs | FTE/100 vårdplatser, avd. med ft resurs |                |
|--|------------------|-------------------------------|--------------------|---|----------------|
|  | N=738            | N=342                         | N=81               | medelvärde                              | variationsvidd |
| Serviceboende                              | 351              | 124                           | 22                 | 2,17                                    | 0,49-7,81      |
| Ålderdomshem                               | 270              | 134                           | 27                 | 1,55                                    | 0,33-10,49     |
| Hälsovårdscentralernas långtidsavdelningar | 117              | 84                            | 32                 | 2,34                                    | 0,29-6,39      |

Prevalensen för fysioterapi inom populationen var 16,1%, d.v.s. 2130 personer fick fysioterapi då RAI-bedömningen gjordes. När man endast beaktade de äldre som bodde på avdelningar som hade uppgett att de har tillgång till fysioterapeut ( $n=2443$ ), var prevalensen 30,9% d.v.s. 775 personer (Tabell 1).

Vid den logistiska regressionsanalysen av faktorer som var associerade med utnyttjande av fysioterapi gjordes tre iterationer med hela populationen ( $N=13209$ ) och olika variabeluppsättningar. Av dessa hade modellen med alla variabler (se Bilaga 2) bästa anpassningsgrad. Dessutom gjordes en logistisk regressionsanalys med alla variabler med data gällande endast de äldre, som bodde på enheter, som hade uppgett att de har tillgång till fysioterapeut ( $n=2443$ ). På detta sätt fick man information om signifikanta faktorer i situationer då det de facto fanns fysioterapi på avdelningen och det avgörande blev inte tillgången till fysioterapeut. De faktorer, som hade signifikant association med utnyttjande av fysioterapi på avdelningarna med fysioterapeutresurs presenteras i tabell 3. Sammanfattningsvis kan sägas att manligt kön, smärta, stroke och höftfraktur var positivt associerade med fysioterapi medan svårt nedsatt kognition, ingen eller liten social funktionsförmåga, beteendesyndrom, oförmåga att ansvara för sig själv, frånvaro av läkarbedömning, frånvaro av vårdarens tro på rehabilitering, frånvaro av fallolycka och vårdtid på över 1 år var negativt associerade med fysioterapi.

Tabell 3. Faktorer som var associerade med fysioterapi gällande de äldre (n=2443) på avdelningar som hade uppgett att de hade tillgång till fysioterapeut

| Variabel  | OR           | 95% CI    | p-värde |
|---|--------------|-----------|---------|
| <b>Kön</b>  |              |           |         |
| Kvinna  | 1 (referens) |           |         |
| Man   | 1,35         | 1,06-1,71 | 0,0139  |
| <b>Kognitiv funktionsförmåga</b>                    |              |           |         |
| Normal eller lindrig nedsättning                    | 1            |           |         |
| Svår nedsättning                                    | 0,68         | 0,48-0,98 | 0,0388  |
| <b>Beteendesymtom</b>                               |              |           |         |
| Nej   | 1            |           |         |
| Ja  | 0,69         | 0,55-0,87 | 0,0015  |
| <b>Social funktionsförmåga</b>                      |              |           |         |
| God initiativförmåga/social aktivitet               | 1            |           |         |
| Ingen eller liten initiativförmåga/social aktivitet | 0,55         | 0,40-0,74 | 0,0001  |
| <b>Ansvarsförhållanden</b>                          |              |           |         |
| Själv   | 1            |           |         |
| Förmyndare  | 0,59         | 0,36-0,97 | 0,0356  |
| Familjemedlem                                       | 0,55         | 0,37-0,82 | 0,0036  |
| Ingen   | 0,31         | 0,14-0,68 | 0,0037  |
| <b>Smärta</b>                                       |              |           |         |
| Nej   | 1            |           |         |
| Ja  | 1,45         | 1,17-1,79 | 0,0006  |
| <b>Läkarens bedömning av hälsotillstånd</b>         |              |           |         |
| Ja  | 1            |           |         |
| Nej   | 0,64         | 0,49-0,83 | 0,0009  |
| <b>Vårdarens tro på rehabilitering</b>              |              |           |         |
| Ja  | 1            |           |         |
| Nej   | 0,58         | 0,46-0,73 | <.0001  |
| <b>Stroke</b>                                       |              |           |         |
| Ja  | 1            |           |         |
| Nej   | 1,4          | 1,05-1,87 | 0,0222  |
| <b>Höftfraktur</b>                                  |              |           |         |
| Nej   | 1            |           |         |
| Ja  | 4,35         | 2,46-7,70 | <.0001  |
| <b>Fallolycka</b>                                   |              |           |         |
| Ja  | 1            |           |         |
| Nej   | 0,55         | 0,43-0,69 | <.0001  |
| <b>Vårdlängd</b>                                    |              |           |         |
| <6 månader  | 1            |           |         |
| 1-2 år  | 0,67         | 0,48-0,94 | 0,0196  |
| Över 2 år   | 0,55         | 0,41-0,75 | 0,0001  |



## 8 DISKUSSION

Det har mig veterligen inte tidigare gjorts studier om prevalensen för och tillgången till fysioterapi inom långtidsvården för äldre samt vilka faktorer som är associerade med utnyttjande av fysioterapi inom långtidsvården för äldre i Finland. Denna studie visar att kvinnor, personer som hade svåra kognitiva nedsättningar, personer som hade tillbringat en längre tid inom långtidsvården, personer som hade svåra nedsättningar i den sociala funktionsförmågan, personer som inte hade rapporterade fallolyckor, personer som inte hade vårdarens tro på rehabilitering och personer som saknade en läkarbedömning var underrepresenterade gällande fysioterapi. Prevalensen för utnyttjande av fysioterapi var under de senaste sju dagarna vid bedömningstillfället i hela populationen cirka 16 % och på avdelningar med fysioterapiresurs cirka 31 %. Tillgången till fysioterapi varierade mellan 1,55 FTE/100 vårdplatser på ålderdomshemmen och 2,45 FTE/100 vårdplatser på hälsovårdscentralernas långtidsavdelningar. Eftersom de avdelningar som inte gav information om tillgången till fysioterapeut exkluderades ur studien, kan man inte generalisera fynden till långvårdsavdelningar överlag i Finland. Däremot kan man på basen av resultaten ur studien diskutera situationen på sådana avdelningar där man vet att det finns fysioterapiresurs.

Resultatet att män hade högre odds än kvinnor att få fysioterapi då man korregerat för övriga faktorer är i enlighet med Lemrijse et al. (2007) men står i kontrast till Berg et al. (1997). Orsaken till resultatet är oklar och det krävs mera forskning för att förklara fenomenet.

Klienter med svåra nedsättningar i kognitionen hade i denna studie mindre odds att få fysioterapi. Leemrijse et al. (2007) har också kommit fram till att människor med demens hade mindre sannolikhet att få fysioterapi. I Berg et al. (1997) var fynden motstridiga. I denna studie hade även de klienter som inte kunde ansvara för sig själv och de med beteendestörningar mindre odds att få fysioterapi. Oförmågan att ansvara för sig själv har antagligen ett samband med nedsatt kognitiv funktion. Även beteendesymp-

tom – bl.a. depression, orolighet, aggressivitet, sömnstörningar– har ett samband med minnessjukdomar och kognitiva nedsättningar (Erkinjuntti et al. 2006). God social funktionsförmåga var i denna studie associerad med högre odds att få fysioterapi. Även denna faktor kan ha ett samband med kognition. Studier har visat att personer med demens har nedsatt social funktionsförmåga. Personer med t.ex. frontotemporal demens kan ha nedsatt social funktionsförmåga på grund av svårigheter att tolka andra människors känslor, att ta beslut, att känna empati, att uppfatta sociala varningssignaler och att styra sitt beteende. (Eslinger et al. 2011, Kipps et al. 2009, Lough et al. 2006, Shany-Ur & Rankin 2011) Kognitionen, och faktorer kopplade till den, hade alltså i denna studie ett samband med minskad odds till fysioterapi. Det finns motstridig information om effekten av fysisk aktivitet och träning hos människor med demens. En del forskningar har inte funnit att fysisk aktivitet har effekt på kognition, funktion, beteende, depression och mortalitet hos människor med demens (Brittle et al. 2009, Eggermont et al. 2010, Forbes et al. 2008). Andra har funnit att fysisk aktivitet kan lindra t.ex. ångslan och depression (Edwards et al. 2008), förbättra kondition, fysisk och kognitiv funktionsförmåga samt positivt beteende (Heyn et al. 2004). Forskningen har inte varit av tillräckligt hög kvalitet för att kliniska riktlinjer skulle kunna formuleras (Forbes et al. 2008). Därför behövs det mera högkvalitativ forskning för att utreda om den ojämlika behandlingen av människor med svårt nedsatt kognition inom långtidsvården är berättigad och för att kunna skapa kliniska riktlinjer för fysioterapi gällande dem. Trots att det inte finns riktlinjer har forskning ändå försiktigt fört fram en tanke om att gruppverksamheter inom långtidsvården för äldre inte lämpar sig för människor med svåra nedsättningar i funktionsförmågan (Brittle et al. 2009, Forster et al. 2010) utan att för dessa personer kunde individuell terapi fungera bättre.

Oddsens att få fysioterapi minskade i denna studie med ökande vårdtid. Detta stämmer överens med andra studier (Berg et al. 1997, Finne-Soveri 2012 s. 139). En förklaring till vårdtidens negativa association med fysioterapi kan vara att många äldre hamnar inom långtidsvården på grund av minnessjukdomar och demens, vilka är progredierande tillstånd som försämras med tiden och som vi har sett minskar oddsens till fysioterapi med nedsatt kognition. Det kan hända att fysioterapeuten ofta bedömer funktionsförmågan hos den nyinskrivne. Kanske görs en aktiv insats i början då den äldre hamnar inom långtidsvården och därefter ger man kanske upp. Kanske har de professionella en

tanke om att människorna inom långtidsvården ändå bara blir sämre och att dessa ju inte kommer att åka hem längre. Inom långtidsvården behöver de professionella kanske i högre grad fokusera också på livskvaliteten vid sidan av funktionsförmågan.

Vårdarens tro på rehabiliteringen var i denna studie signifikant positivt associerad med fysioterapi. Tidigare studier har kommit fram till samma resultat (Arling et al. 2000, Berg et al. 1997). Forskning har också funnit att personalen inte alltid vet vem de ska hänvisa till fysioterapi och när detta skall ske (Murray et al. 2005) Forskning har också ifrågasatt vårdarnas förmåga att upptäcka rehabiliteringspotential (Vähäkangas et al. 2006). Detta kan vara ett problem inom långtidsvården för äldre i Finland där egenvårdssystemet är utbrett. Egenvårdaren har ett helhetsansvar över klientens vård. I ett finskt projekt (Vähäkangas et al. 2012), där man studerade vårdarledd rehabiliterande verksamhet inom långtidsvården, skapade man på basen av RAI-mätare en rehabiliterings- och resursklassificering som skulle hjälpa vårdarna att identifiera rehabiliteringspotential. Resultatet var positivt, klassificeringen ledde till bättre identifiering av potential. I projektet studerade man också att olika former av multiprofessionellt arbete. I den bästa formen ingick fysioterapeuten i teamet. Fysioterapeuten och vårdaren bedömde tillsammans klientens behov, ställde tillsammans upp mål och bestämde tillsammans metoder samt bedömde tillsammans resultatet av vården. Fysioterapeutens deltagande bidrog till optimalare bedömningar och träningsprogram, ökning av vårdarnas expertis och mera ambitiösa mål. (Vähäkangas et al. 2012 s. 68-69) Fysioterapeuten arbetade mera med handledning av personalen än med individuell terapi. Detta är ett nyare närmelesätt som, om det får bredare fotfäste, bör beaktas i utbildningen av fysioterapeuter. I projektet riktades terapipersonalens insats till de två klasserna med mest resurser. (Vähäkangas et al. 2012 s. 68-69) Det kan ju tolkas vara i enlighet med ett förebyggande perspektiv. Den tredje klassen, klienter med svåra nedsättningar i ADL och kognition, kan nog ändå tänkas behöva terapipersonalens insatser. Det kan handla om träning av gång, förflyttningar och vardagliga funktioner, hjälp med hjälpmedel, instruktioner gällande lägesvård, handledning i rörelseterapi för ledrörlighet och smärtlindring m.m. samt patientförflyttningsteknik för en så aktiv vardag som möjligt för klienten och för en välmående personal. Avdelningar kan ha anställda fysioterapeuter eller besökande fysioterapeuter. En besökande fysioterapeut deltar antagligen inte i det multiprofessionella arbetet på samma sätt som en teammedlem och därmed väcks frågan om hur

mycket anställningsförhållandena påverkar fysioterapins effektivitet? Studier pekar mot att mångexpertis leder till bättre vårdprocesser, vårdkvalitet och resultat (Boorsma et al. 2011, Martin et al. 2010, Zwarenstein et al. 2009) även om de också säger att mera forskning i ämnet behövs.

Personer, vars hälsotillstånd hade blivit bedömt av läkare, hade större odds att få fysioterapi. Inom långtidsvården av äldre kan läkarens roll bl.a. vara att sammanställa den medicinska historien, undersöka fysiskt, kognitivt och funktionellt status, bedöma rehabiliteringspotential, delta i vårdplanering, ansvara för den medicinska vården, diskutera vårdplanen med klienten eller anhöriga. (Zweig et al. 2011) Inom den öppna långtidsvården, serviceboende, har klienterna rätt att för fysioterapi som ges med läkarremiss få ersättning av Folkpensionsanstalten. För remissen behövs ett ställningstagande och en insats av läkare. Detta kan vara en förklaring till varför en läkarbedömning ger högre odds att få fysioterapi.

Förekomst av smärta var i denna studie associerad med högre odds att få fysioterapi. Smärta är ett stort problem inom vården av de äldre. I denna studie hade 54,5% av de äldre smärta och i andra studier har prevalensen för smärta varit 19-69% (Boerlage et al. 2008, Torvik et al. 2009, Torvik et al. 2010, Tosato et al. 2012, Tse et al. 2011, Walid & Zaytseva 2009). Smärta är associerat med livskvalitet och välmående, äldre med smärta har mera negativa känslor (Torvik et al. 2010) och har i högre grad upplevelser ensamhet och depression (Tse et al. 2011). Smärta är också positivt associerat med beteendesyntom som vandring, motstånd mot vård, vanföreställningar och förekomst av åtminstone ett psykiatriskt symptom. (Tosato et al. 2012). Diagnoser som orsakar smärta inom långtidsvården för äldre är enligt studier stroke, frakturer, myalgier och artrit, angina pectoris (Torvik et al. 2009, Torvik et al. 2010) och knä- och höftproteser (Torvik et al. 2010) samt cancer (Torvik et al. 2009). Vanliga smärtlokaliseringar är knä, rygg, axel och muskuloskeletala systemet (Tse et al. 2011). Högre grad av kognitiva nedsättningar har varit associerat med lägre grad av smärta (Torvik et al. 2009). Detta kan bero på att människor med svåra nedsättningar i kognitionen kan ha svårt att förmedla sin smärtupplevelse och därmed kan de eventuellt bli underbehandlade.

Vissa faktorer som stroke, höftfrakturer och fallolyckor som i nationella vårdrekommendationer är ”fysioterapiindikatorer”, hade i denna studie ett samband med höjda odds till fysioterapi. Människor, som bor på faciliteter med någon form av vård, har förhöjd eller särskilt hög fallrisk (Pajala 2012 s. 10) Fallrisken är särskilt hög omedelbart efter att människan har flyttat till en facilitet och därför är det viktigt att bedömningen av fallrisken görs genast (ibid. s. 122-123). Fallolyckor kan bero på inre faktorer såsom hög ålder, kvinnligt kön, sjukdomar (t.ex. stroke, depression, minnessjukdomar), medicinering, balans- och gångsvårigheter, nedsatt muskelstyrka eller yttre faktorer, som handlar om omgivningen och dess trygghet. Fysioterapeuten är en väsentlig person i bedömningen av fallrisk då den så gott som alltid innehåller bedömning av rörelseförmågan. (Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyyn fysioterapiasuositus 2011). Med mångdimensionella interventioner, där motion alltid ingår, kan man minska fallrisken med 40% (Pajala 2012 s. 123) Höftfrakturer kan vara ett resultat av fallolyckor. Kostnaderna för det första årets vård vid en höftfraktur är närmare 20 000 euro (ibid. 14) och påverkan på individens livskvalitet är stor. Därför är det förebyggande åtgärderna viktiga. De flesta höftfrakturer sker på vårdhem eller på sjukhus (Pajala 2012 s. 12). Enligt den nationella vårdrekommendationen (Lonkkamurtuma: Käypä hoito –suositus 2011) ska fysioterapi vara en del av vården efter höftfrakturer. Vårdrekommendationen nämner ändå inte specifikt fysioterapi inom långtidsvården.

Efter en stroke behöver människan mångprofessionell vård. Fysioterapi skall vara en del av denna i det akuta skedet och möjligtvis även senare (Aivoinfarkti: Käypä hoito -suositus 2011).

Prevalensen för fysioterapi inom långtidsvården i Finland var 16,1%. Denna är mycket lägre än t.ex. på vårdhem i Nederländerna, 67%, (Leemrijse et al 2007) och högre än i England, 10%, (Barodawala et al. 2001). Detta kan delvis bero på skillnader i vården för äldre i olika länder. T.ex. på vårdhem i Nederländerna finns både rehabiliterings- och långtidsavdelningar (Leemrijse et al. 2007) och från rehabiliteringen har enligt Ribbe et al. (1997) tidigare hemförlovats en tredjedel av klienterna efter i medeltal en 1,4-årig vistelse. I Nederländerna finns det fysioterapiresurs på 99% av vårdhemmen (de Boer et

al. 2007). Tillförlitliga uppgifter och hur många avdelningar i Finland som har fysioterapiresurs finns inte. I Finland har enligt grova beräkningar 300 klienter på ålderdomshemmen och effektiverat serviceboende samt 1200 klienter från hälsovårdscentralernas långtidsavdelningar årligen hemförlovats till hemvård eller normalt serviceboende (Stakes 2003 s. 77) och dessa andelar är mycket mindre än andelen i Nederländerna.

Prevalensen för fysioterapi på avdelningar, som har uppgett att de har fysioterapiresurs, var i denna studie 30,9%. Man kan dra den kanske självklara slutsatsen att förekomst av fysioterapiresurs på en avdelning leder till att en större andel klienter mottar fysioterapi.

Tillgången till fysioterapi på avdelningar med fysioterapiresurs var i denna studie på ålderdomshem 1,55 FTE/100 vårdplatser, på serviceboende 2,17 FTE/100 vårdplatser och på hälsovårdscentralernas långtidsavdelningar 2,34 FTE/100 vårdplatser. Tillgången till fysioterapi på serviceboende kan jämföras med tillgången i Nederländerna som har varit 2,16 FTE/100 vårdplatser (de Boer et al. 2007). Siffran är högre på hälsovårdscentralernas långtidsavdelningar och lägre på ålderdomshemmen. Vård på hälsovårdscentralernas långtidsavdelningar kan sägas vara både sjuk- och hälsovårdstjänst och socialvårdstjänst. I Finland fanns det år 2009 drygt 8000 sysselsatta fysioterapeuter av vilka 90,5% jobbade inom sjuk- och hälsovården mot 9,5% inom socialvården. Fysioterapin verkar alltså ha ett starkare fotfäste inom sjuk- och hälsovården än inom socialvården över lag. Andelen fysioterapeuter inom socialvården har ökat med 1,4 procentenheter åren 2000-2009 och därmed verkar trenden vara stigande. (Institutet för hälsa och välfärd 2012c s. 8) På hälsovårdscentralernas bäddavdelningar finns aktiv rehabiliteringsverksamhet och det kan hända att den kulturen påverkar det faktum att fysioterapiresursen är större också inom långtidsvården på dessa institutioner. På hälsovårdscentralernas långtidsavdelningar finns normalt de äldre, som har de största nedsättningarna i funktionsförmågan. (Noro 2005a s. 61) Då prevention betonas i strategin för social- och hälsovårdstjänster (Social- och hälsovårdsministeriet 2011a s. 10-11) verkar det avigt att fysioterapiresursen är störst där funktionsförmågan är sämst. I en kanadensisk studie har en ökning i fysio- och ergoterapiresursen från 1 FTE/200 vårdplatser till 1 FTE/50 vårdplatser lett till positiva förändringar i de äldres funktionsförmåga och till

inbesparingar i vården på upp till 283 dollar/vårdplats/år (Przybylski et al. 1996). Tillgången till fysioterapi på ålderdomshemmen i denna studie var mindre än 1 FTE/50 vårdplatser. Detta väcker frågan om det även i Finland kunde vara kostnadseffektivt att öka fysioterapiresursen inom långtidsvården, för att på detta sätt stöda de äldres funktionsförmåga? Funktionsförmågan hos de äldre, som bor på ålderdomshem eller serviceboende i Finland, försämras snabbare och förbättringar i den sker mera sällan än i jämförda länder. Upprätthållandet av de äldres funktionsförmåga är en aktuell utmaning inom vården. (Institutet för hälsa och välfärd 2012d)

Denna studie gav svar på frågeställningarna. Studien har sina styrkor och svagheter. Med logistisk regression försöker man bland många förklarande faktorer hitta dem som förklarar ett fenomen bäst och försöker skapa en matematisk modell av verkligheten (Metsämuuronen 2006 s. 670). Denna analysmetod lämpar sig väl för frågeställningen om faktorer som är associerade med utnyttjande av fysioterapi. Det känns meningsfullt att kunna utnyttja existerande register till forskning ur ett nytt perspektiv. RAI-LTC -data finns gällande ett stort antal personer, vilket är en styrka. Det kan också vara problematiskt därför att ett stort sampel lättare ger signifikanta samband i analyser. Informationen som RAI-LTC ger om fysioterapi är väldigt yttlig, den säger ingenting om fysioterapiens innehåll. I RAI-LTC -instrumentet gäller frågan utnyttjande av fysioterapi under de gångna sju dagarna. Det finns en risk att en person fått fysioterapi en gång under ett halvt år och just den gången registreras. Någon annan, som regelbundet får fysioterapi, kan igen ha haft paus just den veckan. Data som skapas kan alltså vara utsatt för slumpen.

Denna studie var en tvärsnittsstudie. Med RAI-LTC -materialet kunde man i framtiden också göra longitudinella studier och studera förändringen hos fysioterapimottagarna över tid eller studera faktorer som påverkar terapiintensitet.

#### *Tabell 4. Slutledningar*

- Utnyttjandet av fysioterapi inom långtidsvården i Finland är inte jämlikt.
- Kvinnor är underrepresenterade när det gäller fysioterapi inom långtidsvården för äldre. Orsaken är oklar och det behövs studier för att förklara fenomenet.
- Svårt nedsatt kognition minskar oddsen att få fysioterapi. Det finns inte evidens för att fysioterapi är effektivt för denna klientgrupp men samtidigt inte heller evidens för att det inte är effektivt. Det behövs mera forskning för att klargöra effekten av fysioterapi gällande personer med minnessjukdomar och demens, för att skapa riktlinjer för fysioterapin för denna klientgrupp och för att för att klargöra vad fysioterapin för denna klientgrupp möjligtvis skall bestå av – Konsulterande verksamhet? Individuell terapi? Gruppverksamheter?
- Upprätthållandet av de äldres funktionsförmåga inom långtidsvården i Finland behöver utvecklas. Fysioterapeutens roll och det multiprofessionella samarbetet behöver utvecklas. En viktig uppgift för fysioterapeuten kan vara att hjälpa vårdpersonalen att identifiera rehabiliteringspotential hos de äldre.
- Många enheter saknar tillgång till fysioterapeut. Framtida studier kunde utreda huruvida fysioterapi kunde bidra till förbättrad funktionsförmåga på enheterna och vilken kostnadseffektiviteten blev. Detta skulle bidra till skapandet av riktlinjer för fysioterapi inom långtidsvården.
- Vissa fysioterapiindikationer såsom stroke, smärta, fallolyckor och höftfrakturer var berättigat associerade med högre odds att få fysioterapi.



## KÄLLOR

- Aivoinfarkti: Käypä hoito –suositus*. 2011, Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä, Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Tillgänglig: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi) Hämtad 12.11.2012
- Airaksinen, T. 2008, Kuntoutuksen etiikka I: P. Rissanen; T. Kallanranta & Suikkanen, A. *Kuntoutus*, Helsinki: Duodecim
- Alha, P & Hakulinen, K. 2006, Fysioterapiapalvelujen käyttö. I: U. Häkkinen & Alha, P, toim. 2006, *Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 tutkimus*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B10 / 2006 Tillgänglig: [http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2006/2006b10.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2006/2006b10.pdf) Hämtad 8.10.2012
- Arling, G.; Williams, A.R. & Kopp, D. 2000, Therapy use and discharge outcomes for elderly nursing home residents, *The Gerontologist*, 40(5): 587-595
- Barodawala, S.; Kesavan, S. & Young, J. 2001, A survey of physiotherapy and occupational therapy provision in UK nursing homes, *Clinical Rehabilitation* , 15: 607-610
- Barredo, R.D. 2008, A descriptive study of losses associated with permanent long-term care, *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 31(3): 87-92
- Berg, K.; Sherwood, S.; Murphy, K.; Carpenter, I.; Gilgen, R. & Phillips C.D. 1997, Rehabilitation in nursing homes: a cross-national comparison of recipients, *Age and Aging*, 26-S2: 37-42
- de Boer, M.E.; Leemrijse, C.J.; van den Ende, C.H.M.; Ribbe, M.W. & Dekker, J. 2007, The availability of allied health care in nursing homes, *Disability and Rehabilitation*, 29(8): 665-670
- Boerlage, A.A; van Dijk, M.; Stronks, D.L.; de Wit, R. & van der Rijt, C.C.D. 2008, Pain prevalence and characteristics in three Dutch residential homes, *European Journal of Pain*, 12: 910-916
- Boorsma, M.; Frijters, D.H.M.; Knol, D.L.; Ribbe, M.E. Nijpels, G. & van Hout H.P.J. 2011, Effects of multidisciplinary integrated care on quality of care in residential care facilities for elderly people: a cluster randomized trial, *Canadian Medical Association Journal*, 183(11): E724-E732
- Brittle, N.; Patel, S.; Wright, C.; Baral, S.; Versfeld, P. & Sackley, C. 2009, An exploratory cluster randomized controlled trial of group exercise on mobility and depression in care home residents, *Clinical Rehabilitation*, 23: 146-154
- Cameron, I.D.; Murray, G.R.; Gillespie L.D.; Robertson, M.C.; Hill K.D.; Cumming, R.G. & Kerse, N. 2010, Interventions for preventing falls in older people in nursing care facilities and hospitals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD005465.DOI: 10.1002/14651858.CD005465.pub2.
- Cunningham, C.; Horgan, F. & O'Neill, D. 1999, Clinical assessment of rehabilitation potential of the older patient: a pilot study, *Clinical Rehabilitation* 14: 205–207
- Edwards, N.; Gardiner, M.; Ritchie, D.M.; Baldwin, K. & Sands, L. 2008, Effect of exercise on negative affect in residents in special care units with moderate to severe dementia, *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 22(4): 362-368

- Eggermont, L.H.P.; Blankevoort, C.G. & Scherder, E.J. 2010, Walking and night-time restlessness in mild-to-moderate dementia: a randomized controlled trial, *Age and Ageing*, 39: 746-761
- Erkinjuntti, T.; Alhainen, K.; Rinne, J. & Huovinen, M. 2006, *Muistihäiriöt*, Helsinki: Duodecim
- Eslinger, P.J.; Moore, P.; Anderson, C. & Grossman, M. 2011, Social cognition, executive functioning, and neuroimaging correlates of empathic deficits in frontotemporal dementia, *The Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 23(1): 74-82
- Finlands fysioterapeuter. 2009, *Fysioterapeutens etiska principer* Tillgänglig: [www.suomenfysioterapeutit.fi](http://www.suomenfysioterapeutit.fi) Hämtad 12.11.2012
- Finlands officiella statistik. 2009, *Befolkningsprognosen 2009-2060*, Helsingfors: Statistikcentralen Tillgänglig: [http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn\\_2009\\_2009-09-30\\_sv.pdf](http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_sv.pdf) Hämtad 6.11.2012
- Finlands officiella statistik. 2012, *Befolkningsprognosen 2012-2060*, Helsingfors: Statistikcentralen Tillgänglig: [http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn\\_2012\\_2012-09-28\\_sv.pdf](http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_sv.pdf) Hämtad 6.11.2012
- Finne-Soveri, H. 2010, Ikääntyneiden pitkäaikaishoito. I: R.Tilvis; K. Pitkälä; T. Strandberg; R. Sulkava & M. Viitanen, toim. *Geriatría*, Helsinki: Duodecim
- Finne-Soveri, H. 2012, *Vanhenemiseen varautuva kaupunki. Esimerkinä Helsinki*, Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 31/2012
- Finne-Soveri, H.; Björkgren, M.; Noro, A. & Vähäkangas, P. 2005, RAI-järjestelmän esittely. I: A. Noro; H. Finne-Soveri; M. Björkgren & P. Vähäkangas, toim. *Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus*, Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tillgänglig: <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/539AF5C4-13FA-40BC-A8D2-540BF5BA1FF2/3926/RAIraportti.pdf> Hämtad 13.11.2012
- Forbes, D.; Forbes, S.; Morgan, D.G.; Markle-Reid, M.; Wood, J. & Culum, I. 2008, Physical activity programs for persons with dementia, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.:CD006489.DOI: 10.1002/14651858.CD006489.pub.2
- Forskningsetiska delegationen. 2002, *God vetenskaplig praxis*. Tillgänglig: [http://www.tenk.fi/sv/god\\_vetenskaplig\\_praxis/praxis.html](http://www.tenk.fi/sv/god_vetenskaplig_praxis/praxis.html) Hämtad 29.11.2011
- Forster, A.; Lambley, R.; Hardy, J.; Young, J.; Smith, J.; Green, J. & Burns, E. 2009, Rehabilitation for older people in long-term care, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1 Art No.: CD004294. DOI:10.1002/14651858.CD004294.pub2.
- Guralnik, J.M.; Alexih, L.; Branch, L.G. & Wiener, J.M. 2002, Medical and long-term care costs when older persons become more dependent, *American Journal of Public Health*, 92(8): 1244-1245
- Harada, N.D.; Chun, A.; Chiu, V. & Pakalniskis, A. 2000, Patterns of rehabilitation utilization after hip fracture in acute hospitals and skilled nursing facilities, *Medical Care*, 38(11): 1119-1130
- Harding, K.E.; Taylor, N.F.; Leggat, S.G. & Wise, V.L. 2010, Prioritizing patients for community rehabilitation services: do clinicians agree on triage decisions? *Clinical rehabilitation*, 24: 928-934
- Hawes, C.; Morris, J.N.; Phillips, C.D.; Fries, B.E.; Murphy, K. & Mor, V. 1997, Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age and Ageing*, 26-S2: 19-25

- Heyn, P.; Abreu, B.C. & Ottenbacher, K.J. 2004, The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85: 1694-1704
- Holma, T.; Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2002, Rehabiliteringsinriktat arbetssätt. I: Voutilainen, P.; Vaarama, M.; Backman, K.; Paasivaara, L.; Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri U.H., red. *God vård och omsorg för äldre*, Helsingfors: Stakes, Handböcker 53
- Howe, T.E.; Rochester, L.; Neil, F.; Skelton, D.A. & Ballinger, C. 2011, Exercise for improving balance in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 11. Art. No.: CD004963. DOI: 10.1002/14651858.CD004963.pub3
- Hutt, E.; Ecord, M.; Eilertsen, T.B.; Frederickson, E.; Kowalsky, J.C. & Kramer, A.M. 2001, Prospective Payment for nursing homes increased therapy provision without improving community discharge rates, *Journal of the American Geriatrics Society* 49: 1071-1079
- Häkkinen, U. & Alha, P. (toim.). 2006, *Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 tutkimus*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B10/2006 Tillgänglig: [http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julka\\_isusarja\\_b/2006/2006b10.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julka_isusarja_b/2006/2006b10.pdf) Hämtad 8.10.2012
- Hälso- och sjukvårdslag* 30.12.2010/1326. Tillgänglig: <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2010/20101326> Hämtad 22.11.2011
- Ilett, P.A.; Brock, K.A.; Graven, C.J. & Cotton, S.M. 2010, Selecting patients for rehabilitation after acute stroke: are there variations in practice? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91:788-793
- Informationscentret för registerforskning. 2012, *Tillstånd och datasekretess* Tillgänglig: <http://rekisteritutkimussv.wordpress.com/tillstand-och-datasekretess/> Hämtad 30.10.2012
- Institutet för hälsa och välfärd. 2011a, *Institutionsvård och boendeservice inom socialvården 2010*, Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd, Statistikrapport 26/2011 Tillgänglig: [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr26\\_11.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr26_11.pdf) Hämtad 8.11.2011
- Institutet för hälsa och välfärd. 2011b, *Statistisk årsbok om social- och hälsovården 2011*, Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd, FOS Socialskydd 2011
- Institutet för hälsa och välfärd. 2012a, *RAI-vertailukehittäminen*. Tillgänglig: <http://info.stakes.fi/finrai/FI/Index.htm> Hämtad 1.11.2012
- Institutet för hälsa och välfärd. 2012b, *Institutet för hälsa och välfärd* Tillgänglig: [http://www.thl.fi/sv\\_SE/web/sv/organisation;jsessionid=F324C33B796253A5F6A0108F2610D140](http://www.thl.fi/sv_SE/web/sv/organisation;jsessionid=F324C33B796253A5F6A0108F2610D140) Hämtad 1.11.2012
- Institutet för hälsa och välfärd. 2012c, *Sosiaali- ja terveystilastojen henkilöstö 2009*, Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd, Statistikrapport 6/2012 Tillgänglig [http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr06\\_12.pdf](http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr06_12.pdf) Hämtad 6.12.2012
- Institutet för hälsa och välfärd. 2012d, *Toimintakyky heikkenee Suomessa verrokkimaita useammin vanhainkodeissa ja palveluasumisessa* Tillgänglig: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/uutinen?id=29902](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/uutinen?id=29902) Hämtad 12.2.2013
- InterRAI. *Long-Term Care Facilities* Tillgänglig: <http://www.interrai.org/index.php?id=97> Hämtad 30.10.2012
- Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyyn fysioterapiasuositus*. 2011, Suomen fyysioterapeuttien asettama työryhmä, Helsinki: Suomen fysioterapeutit ry Tillgänglig: [www.suomenfysioterapeutit.fi](http://www.suomenfysioterapeutit.fi) Hämtad 12.11.2012

- Kipps, C.M.; Mioshi, E. & Hodges, J.R. 2009, Emotion, social functioning and activities of daily living in frontotemporal dementia, *Neurocase*, 15(3): 182–189
- Kivelä, S-L. 2006, *Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti*, Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön selvityksiä 2006:30 Tillgänglig: <http://pre20090115.stm.fi/hl1150272501953/passthru.pdf> Hämtad 6.5.2011
- Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården* 22.9.2000/812 Tillgänglig: <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2000/20000812?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=klient> Hämtad 5.11.2012
- Landi, F.; Bernabei, R.; Russo, A.; Zuccalà, G.; Onder, G.; Carosella, L.; Cesari, M. & Cocchi, A. 2002, Predictors of Rehabilitation Outcomes in Frail Patients Treated in a Geriatric Hospital, *Journal of the American Geriatrics Society*, 50: 679–684
- Leemrijse, C.J.; de Boer, M.E.; van den Ende, C.H.M.; Ribbe, M.W. & Dekker, J. 2007, Factors associated with physiotherapy provision in a population of elderly nursing home residents; a cross sectional study, *BMC Geriatrics*, 7:7 DOI:10.1186/1471-2318-7-7
- Liu, C.J. & Latham, N.K. 2009, Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD002759. DOI: 10.1002/14651858.CD002759.pub2
- Lonkkamurtuma: Käypä hoito –suositus*. 2011, Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediayhdistyksen asettama työryhmä Tillgänglig: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50040> Hämtad 12.11.2012
- Lough, S.; Kipps, C.M.; Treise, C.; Watson, P.; Blair, J.R. & Hodges, J.R. 2006, Social reasoning, emotion and empathy in frontotemporal dementia, *Neuropsychologia*, 44: 950–958
- Luoma, M-L. 2007, Ikäpoliittiset tavoitteet ikääntyvien laitoshoidon laadun kehittämisen suuntaajina. I: H. Lehtoranta, M-L. Luoma & S. Muurinen. *Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti 2007*, Helsinki: Stakes, Stakesin raportteja 19/2007
- Martin, J.S.; Ummenhofer, W.; Manser, T. & Spirig, R. 2010, Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome, *Swiss Medical Weekly* Early Online Publication 4 May 2010
- Metsämuuronen, J. 2006, *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä 2*, Helsinki: International Methelp
- Muistisairaudet: Käypä hoito –suositus*. 2010, Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Tillgänglig: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044> Hämtad 12.11.2012
- Murray, P.K.; Dawson, N.V.; Thomas, C.L. & Cebul, R.D. 2005, Are we selecting the right patients for stroke rehabilitation in nursing homes? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86: 788-793
- Murray, P.K.; Mendel, E.S.; Fortinsky, R.; Russo, L. & Cebul, R.D. 1999, Rapid growth of rehabilitation services in traditional community-based nursing homes, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80: 372-378
- Nivelreuma: Käypä hoito –suositus*. 2009, Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Reumatologisen yhdistyksen asettama työryhmä. Tillgänglig:

- <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi21010>  
Häntad 12.11.2012
- Noro, A. 2005a, Asiakasrakenne pitkäaikaisessa laitoshoidossa. I: Noro, A.; Finne-Soveri, H.; Björkgren, M. & Vähäkangas, P., toim. *Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus*, Helsinki: Stakes. Tillgänglig: <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/539AF5C4-13FA-40BC-A8D2-540BF5BA1FF2/3926/RAIraportti.pdf> Häntad 24.3.2011
- Noro, A. 2005b, Vertailukehittämishanke I: Noro, A.; Finne-Soveri, H.; Björkgren, M. & Vähäkangas, P., toim. *Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus*, Helsinki: Stakes. Tillgänglig: <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/539AF5C4-13FA-40BC-A8D2-540BF5BA1FF2/3926/RAIraportti.pdf> Häntad 30.10.2012
- Noro, A.; Finne-Soveri, H.; Björkgren, M.; Häkkinen, U.; Laine, J.; Vähäkangas, P.; Kerppilä, S. & Storbacka, R. 2001, *RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking. RAI-raportti 1/2000*, Helsinki: Stakes, Aiheita 17/2001
- Noro, A.; Finne-Soveri, H.; Björkgren, M. & Vähäkangas, P. (toim.) 2005, *Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus*, Helsinki: Stakes Tillgänglig: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77767/RAIraportti.pdf?sequence=1> Häntad 10.1.2013
- Pajala, S. 2012, *Ikäkkäiden kaatumisten ehkäisy*, Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Opas 16
- Pereira, S.R.M.; Chiu, W.; Turner, A.; Chevalier, S.; Joseph, L.; Huang, A.R. & Morais, J.A. 2010, How can we improve targeting of frail elderly patients to a geriatric day-hospital rehabilitation program? *BMC Geriatrics*, 10: 82
- Pitkälä, K.; Valvanne, J. & Huusko, T. 2010, Geriatriinen kuntoutus. I: R.Tilvis; K. Pitkälä; T. Strandberg; R. Sulkava & M. Viitanen, toim. *Geriatria*, Helsinki: Duodecim
- Polvi- ja lonkkanivelrikko: Käypä hoito –suositus*. 2012, Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä. Tillgänglig: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50054>  
Häntad 12.11.2012
- Przybylski, B.R.; Dumont, E.D.; Watkins, M.E.; Warren, S.A.; Beaulne, A.P. & Lier, D.A. 1996, Outcomes of enhanced physical and occupational therapy service in a nursing home setting, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77: 554-561
- Regeringens proposition 160/2012. *Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre samt lag om upphävande av 20 § i hälso- och sjukvårdslagen*, Tillgänglig: <http://217.71.145.20/TRIPviewer/show.asp?tunniste=RP+160/2012&base=errp&palvelin=www.eduskunta.fi&f=WORD&kieli=ru> Häntad 19.11.2012
- Ribbe, M.W.; Ljunggren, G.; Steel, K.; Topinkova, E.; Hawes, C.; Ikegami, N.; Henrard J-C. & Jónsson, P.V. 1997, Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings, *Age and Ageing*, 26-S2: 3-12
- Saarnio, R. 2009, *Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa*, Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1024 Tillgänglig: <http://herkules oulu.fi/isbn9789514292088/isbn9789514292088.pdf> Häntad 8.11.2011
- Shany-Ur, T. & Rankin, K.P. 2011, Personality and social cognition in neurodegenerative disease, *Current Opinion in Neurology*, 24: 550–555

- Singh, I.; Gallacher, J.; Johansen, A.; Eeles, E. & Hubbard, R.E. 2012, Predictors of adverse outcomes on an acute geriatric rehabilitation ward, *Age and Ageing* 41: 242-246
- Sipari, S. 2008, *Kuntouttava arki lapsen tueksi. Kasvatuksen ja kuntoutuksen yhteistoiminnan rakentuminen asiantuntijoiden keskustelussa*, Jyväskylä studies in education, psychology and social research 342
- Socialvårdsförordning* 607/1983. Tillgänglig <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1983/19830607> Hämtad 22.11.2011
- Socialvårdslag* 17.9.1982/710. Tillgänglig <http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1982/19820710> Hämtad 22.11.2011
- Social- och hälsovårdsministeriet. 2011a, *Ett socialt hållbart Finland 2020. Strategi för social- och hälsovårdspolitiken*, Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, Publikationer 2011:5 Tillgänglig: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=2765155&nameDLFE-15325.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&nameDLFE-15325.pdf) Hämtad 13.11.2012
- Social- och hälsovårdsministeriet. 2011b, *Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva –työryhmän muistio*, Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:28 Tillgänglig: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=2872962&name=DLFE-14929.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-14929.pdf) Hämtad 13.11.2012
- Social- och hälsovårdsministeriet och Finlands kommunförbund. 2008, *Kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre*, Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet, Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2008:4 Tillgänglig: [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/\\_julkaisu/1063089#sv](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1063089#sv) Hämtad 24.3.2011
- SOTKANet, *75 år och över, % av befolkningen och befolkning 31.12, 2011*, Tillgänglig: <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu> Hämtad 2.2.2013
- Stakes. 2003, *Äldreomsorgen 2002*, Finlands officiella statistik, Socialskydd 2003:1 Tillgänglig:<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/IkaantyneidenSosTervpal2002.pdf> Hämtad 30.10.2012
- Statsrådet. 2002, Rehabiliteringsredogörelse 2002 Tillgänglig <http://pre20031103.stm.fi/svenska/eho/publikat/rehabiliteringsredogorelse/kste2002.pdf> Hämtad 6.11.2012
- Taipale, V. 2005, Laatus ja kunnianhimoa vanhusten palveluihin. I: A. Noro; H. Finne-Soveri; M. Björkgren & Vähäkangas, P., toim. *Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus*, Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tillgänglig: <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/539AF5C4-13FA-40BC-A8D2-540BF5BA1FF2/3926/RAIraportti.pdf> Hämtad 30.10.2012
- Torvik, K.; Kaasa, S.; Kirkevold, Ø & Rustøen, T. 2009, Pain in patients living in Norwegian nursing homes, *Palliative medicine*, 23: 8-16
- Torvik, K.; Kaasa, S.; Kirkevold, Ø & Rustøen, T. 2010, Pain and quality of life among residents of Norwegian nursing homes, *Pain Management Nursing*, 11(1): 35-44
- Tosato, M.; Lukas, A.; van der Roest, H.; Danese, P.; Antocicco, M.; Finne-Soveri, H.; Nikolaus, T.; Landi, F.; Bernabei, R. & Onder, G. 2012, Association of pain with behavioral and psychiatric symptoms among nursing home residents with cognitive impairment: Results from the SHELTER study, *PAIN*, 153: 305- 310
- Tse, M.; Leung, R. & Ho, S. 2011, Pain and psychological well-being of older persons living in nursing homes: an exploratory study in planning patient-centred intervention, *Journal of Advanced Nursing* Epub 2011 Jun 16
- Unsworth, C.A. 2001, Selection for rehabilitation: acute care discharge patterns for

- stroke and orthopaedic patients, *International Journal of Rehabilitation Research*, 24: 103-114
- Vähäkangas, P.; Noro, A. & Björkgren, M. 2006, Provision of rehabilitation nursing in long-term care facilities, *Journal of Advanced Nursing*, 55(1): 29-35
- Vähäkangas, P.; Niemelä, K. & Noro, A. 2012, *Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen*, Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 48/2012
- Walid, M.S. & Zaytseva, N. 2009, Pain in Nursing Home Residents and Correlation with Neuropsychiatric Disorders, *Pain Physician*, 12: 877-880
- Yip, J.Y.; Wilber, K.H. & Myrtle, R.C. 2002, The impact of the 1997 balanced budget amendment's Prospective Payment System on patient case mix and rehabilitation utilization in skilled nursing, *The Gerontologist*, 42(5): 653-660
- Zinn, J.S.; Mor, V.; Intrator, O.; Feng, Z.; Angelelli, J. & Davis, J.A. 2003, The impact of the Prospective Payment System for skilled nursing facilities on therapy service provision: a transaction cost approach, *Health Services Research* 38:6, Part 1 (December 2003)
- Zwarenstein M.; Goldman J. & Reeves S. 2009, Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review), *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD000072. DOI:10.1002/14651858.CD000072.pub2.
- Zweig, S.C.; Popejoy, L.L.; Parker-Oliver, D. & Meadows, S.E. 2011, The Physician's Role in Patients' Nursing Home Care "She's a Very Courageous and Lovely Woman. I Enjoy Caring for Her", *The Journal of the American Medical Association*, 306(13): 1468-1478

## BILAGA 1. Forskning kring faktorer som är associerade med fysioterapi och rehabilitering samt fysioterapins prevalens inom långtidsvård för äldre

| <i>Forskare och syftet med studien</i>   | <i>Material och metod</i>   | <i>Resultat</i>   |
|--|---|---|
| <p>Arling et al. 2000</p> <p>Att beskriva faktorer som är associerade med terapier (fysio-, ergo-, talterapi) och terapiintensitet samt resultat inom 90 dagar gällande utskrivning, död eller fortsatt vistelse på vårdhem</p>  | <p>Tvärsnittsstudie 04/1995-03/1996. Variabler ur MDS data gällande äldre (60+), som ansågs ha rehabiliteringspotential, på 105 vårdhem i South Dakota.</p> <p>N=1419</p> <p>ANOVA, logistisk regression, ordinary least regression, polytomous regression, model chi-square, pseudo R-square</p> | <p>70% av samplet, d.v.s av människorna med rehabiliteringspotential, fick fysioterapi. Medicare som betalare, höftfrakturer, annan fraktur, stroke, Parkinsons sjukdom, artrit, kontrakturer, frånvaro av cancer och uppkastningar, den äldres och personalens förväntningar på rehabilitering hade signifikant association med terapier. Medicare som betalare, ålder, cancer och annan fraktur hade signifikant association med terapiintensitet. Giftnänskors, Medicare som betalare, daglig smärta, intensiv terapi var signifikant associerat med utskrivning medan stroke, kognitiva nedsättningar, nedsättningar i mobilitet hade mindre sannolikhet till utskrivning. Människor med moderat/intensiv terapi eller rehabiliteringsfrämjande vård hade lägre morbiditet medan Medicare som betalare, nedsättning av ADL, daglig smärta, cancer, lungsjukdom, feber, hjärtinsufficiens hade högre morbiditet.</p> |
| <p>Barodawala et al. 2001</p> <p>Att kartlägga hur många äldre människor på vårdhem som får fysio- och ergoterapi, som har fått det under de gångna 6 månaderna, hur remitteringen sker, hur mycket träningsklasser, hur mycket undervisning och träning i rehabilitering åt personalen.</p> | <p>Postad enkät till stratifierat proportionellt randomiserade vårdhem i England, Skottland och Wales</p> <p>N=400 (vårdhem), effektivt sampel N=355</p> <p>Frekvenstabell</p>  | <p>Svarsprocent 97%. Totalt antal berörda människor 10 518, median 35 invånare per vårdhem. På majoriteten av vårdhemmen, 206 st (75%) remitterades invånarna till fysioterapi av läkaren. 25% av vårdhemmen hade regelbundna besök, 1-4 sessioner per vecka, av utomstående fysioterapeut. 18% av hemmen betalade privat för fysioterapin, 7% av hemmen fick fysioterapin betalad av National Health Services och några hem hade tillgång till fysioterapi både privat och via NHS. 10,1% av människorna hade fysioterapi och hemmen med privat ft hade högre andel fysioterapimottagare. Ergoterapi hade 3,3% av människorna. Ca 2/3 av hemmen hade trä-</p>  |



|   |   |   |
|---|---|---|
|   |   | ningsklasser åtminstone en gång i veckan och av hemmen med privat fysioterapi ¾. I 82% av hemmen hade personalen deltagit i undervisning eller träning i rehabilitering under det gångna året.  |
| Berg et al. 1997<br><br>Att studera prevalensen gällande fysio- och ergoterapi i vårdhem i valda länder och beskriva karaktäristika för boende som får terapi | Tvårsnittstudie. Data grundat på MDS gällande alla invånare på vårdhem i sex stater i USA (N=273491), Köpenhamn (N=3451), Reykjavik (N=1254), valda ställen i Italien (N=1089) och Japan (N=1255)<br><br>Frekvenstabell, case-mix           | Prevalensen för terapi var 31% på Island, 30% i Japan, 23% i Danmark, 14% i Italien och 11% i USA och de flesta fick fysioterapi. I Italien fick en mindre andel män terapi. I alla länder har en mindre andel 85+ -åringar fått terapi. I USA var terapimottagarna oftare nyligen intagna eller intagna från sjukhus och de hade oftare varit med om en akut händelse (fallolyckor, ledsmärta, förändring i kliniskt status). I övriga länder var terapimottagarna stabilare. Terapimottagarna ansågs oftare ha rehabiliteringspotential. Människor med nedsatt ADL men god kognitiv funktion fick oftare fysioterapi än övriga, på Island fick dock människor med kognitiva nedsättningar oftare fysioterapi.   |
| de Boer et al. 2007<br><br>Att kartlägga tillgången till terapier i vårdhem samt terapitillgångens association med karaktäristika hos vårdhemmen              | Strukturerad survey-undersökning per telefon gällande somatiska eller somatiska/psykogeriatriska vårdhem i Nederländerna.<br><br>N=100 (vårdhem)<br><br>Deskriptiv statistik, multipel lineär regression, heltidsekvivalent(FTE)/100 bäddar | Svarsprocent 88%. Fysioterapi fanns tillgängligt på 99%, ergoterapi på 93%, talterapi på 92% och näringsterapi på 88% av vårdhemmen. Det fanns störst tillgång till fysioterapi, medelvärde 2.16 FTE/100 bäddar och minst till näringsterapi, medelvärde 0.18 FTE/100 bäddar och tillgången varierade mellan olika vårdhem. Tillgången till fysioterapi var inte associerad med studerade faktorer. Tillgången till ergoterapi var associerad med dagverksamhet och strokeenhet. Tillgången till talterapi var associerad med somatiskt vårdhem och dagverksamhet. Vårdhem med poliklinik verksamhet var associerade med näringsterapi. Den totala tillgången till terapier var associerad med "hospital replaced care" d.v.s. vård på vårdhem efter sjukhusvård t.ex. vid höftfraktur. |
| Harada et al. 2000  | Secondary analysis gällande människor med höftfraktur med data från Medi-   | Utnyttjande av fysioterapi påverkades av demografiska och kliniska karaktäristika såsom   |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>Att analysera mönster gällande utnyttjandet av fysioterapi på sjukhus och på vårdhem vid höftfraktur</p>  | <p>care<br/>N=187990<br/>Deskriptiv statistik, univariata och bivariata analyser, chi-square, least-squares regression, logistisk regression, OR, 95% CI, Huberization</p>  | <p>ålder, ras och typ av operation. Det finns ojämlikhet i utnyttjandet av fysioterapi hos olika subgrupper, t.ex. äldre (85+) och svarta.</p>   |
| <p>Hutt et al. 2001<br/><br/>Att utvärdera effekten som ”prospective payment system”(PPS) har på utnyttjande av terapi och utskrivning</p>   | <p>Kvasiexperimentell studie gällande förändring i utnyttjande av terapi mellan pre-demonstration (1994) och demonstration (1997) och utskrivning från vårdhem som hörde och inte hörde till PPS. MDS-data gällande människor på 18 vårdhem som hörde och 17 som inte hörde till PPS i fem stater i USA<br/><br/>N=2067</p>   | <p>Mängden terapi till de bäst fungerande patienterna ökade i faciliteter med PPS men sannolikheten för utskrivning ökade inte.</p>  |
| <p>Leemrijse et al. 2007<br/><br/>Att undersöka hur många boende på vårdhem som mottar fysioterapi, faktorer som är associerade med fysioterapi samt faktorer som påverkar variationen gällande fysioterapi mellan individer och vårdhem</p> | <p>Tvärsnittstudie. Data, gällande människor ålder 55+ (medelålder 81,53 år) på 15 vårdhem (rehabilitering eller långtidsvård) i Nederländerna, som erhöles genom strukturerade intervjuer med läkare/fysioterapeut inklusive enkät baserad på MDS som fylldes i av forskaren.<br/><br/>N=600<br/><br/>Multilevel logistic regression, multilevel linear regression</p> | <p>404 äldre (67,3%) fick fysioterapi. I medeltal fick 69% av de boende på ett vårdhem fysioterapi (min-max 39%-93%). Faktorer signifikant positivt associerade med fysioterapi var på individnivå avdelningstyp (rehabilitering och somatiskt vårdhem i motsats till psykiatriskt vårdhem där dementa ofta bodde), manligt kön, komorbiditet. Ju längre den äldre varit på vårdhem, desto mindre sannolikhet för fysioterapi. Den tillgängliga fysioterapiresursen var associerad med fysioterapi, ju flera ft:n, desto större sannolikhet att få fysioterapi. Mängden fysioterapi skiljde sig inte signifikant mellan vårdhemmen. Faktorer som var associerade med intensivare fysioterapi var avdelningstyp (rehabilitering) och totalprotesoperation, nedsättningar främst i mobilitet och egenvård (kontra andra nedsättningar). Komorbiditet har ett negativt samband med mängden fysioterapi.</p> |
| <p>Murray et al. 1999</p>  | <p>Retrospektiv trendanalys av administra-</p>  | <p>50,5% fick rehabilitering, medelvärdet för</p>  |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p>Att beskriva förändringen av terapitjänster i vårdhem under en period av ökade Medicarebetalningar</p>  | <p>tivt data gällande nyligen intagna på vårdhem i Ohio år 1994 och 1995.</p> <p>N=52 705</p> <p>Logistisk regression, lineär regression, <i>t</i> test</p>   | <p>total terapitid var 412 min/vecka och 53% var fysioterapi, 37% ergoterapi och 10% talterapi. Den vanligaste terapimängden var i kategorin 180-300 min/vecka. Terapimottagarna ökade med 2,2% varje kvartal och mängden terapi ökade med 6,4 minuter per kvartal. Ergoterapi ökade mest och talterapi minst. Vid baslinjen erbjöd större, urbana vårdhem terapier åt en större andel intagna än övriga och dessa plus vinstdrivande hem erbjöd mera terapi. Den äldsta kvartilen fick mindre terapi än övriga. Överlag, med undantag av de minsta, rurala, offentliga vårdhemen, ökade andelen terapimottagare och terapimängden. De äldres, kvinnornas och den näststörsta vårdhemskategoriens sannolikhet att få terapi ökade snabbast.</p> |
| <p>Att studera överlevnad och utskrivning i relation till rehabilitering bland människor på vårdhem</p>  | <p>Retrospektiv kohortstudie 1994-1996. Data baserad på MDS+ och dödscertifikat gällande människor med på 945 vårdhem i Ohio.</p> <p>N=11 150</p> <p>Logistisk regression, proportional hazards regression, case matching analyses, dose-response analyses, propensity model evaluation, sensitivity analyses</p> | <p>58% av människorna fick rehabilitering (fysio, ergo-, talterapi) och denna var associerad med högre grad av utskrivning och mindre dödsrisk. Dos-responseeffekter observerades för båda resultaten gällande hela samplet och likaså i studerade subgrupper (stroke, höftfraktur, amputation, kongestiv hjärtsvikt, kronisk lungsjukdom, övrig).</p>  |
| <p>Att utvärdera den effekt ”prospective payment system” (PPS) har på rehabiliteringstjänster i vårdhem och om effekten varierar mellan olika betalningssystem</p> | <p>Intervjuer med Medicare-förmånstagare på tre vårdhem i södra Kalifornien samt deras patientjournaler, 03/1998-09/1999</p> <p>N=214</p> <p>Bivariat jämförelse, chi-square, <i>t</i> tests, internal consistency, regression</p>  | <p>Klienter som intogs efter implementeringen av PPS hade med större sannolikhet ortopediska problem eller stroke och sämre självrapporterad fysisk hälsa. De hade kortare vistelser och fick mindre terapi. Skillnader fanns mellan betalningssystem.</p>  |
| <p>Zinn et al. 2003</p>  | <p>Longitudinellt On-line Survey Certifi-</p>   | <p>Ökad transaktionsfrekvens, osäkerhet gällande</p>  |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <p>Att utvärdera den effekt ”prospective payment system” (PPS) hade på faciliteters beslut att antingen producera eller köpa rehabiliteringstjänster</p> | <p>cation and Reporting data gällande ett sampel urbana vårdhem<br/>N=10241<br/>Longitudinal multinomial logistic regression.</p> | <p>efterfrågan och krävande vård resulterade i högre grad av kontroll över rehabiliteringstjänster genom att anställa personal i stället för att använda utomstående personer. Vinstdrivande företag och kedjor var associerade med större kontroll över rehabiliteringstjänster. Den osäkerhet som implementeringen av PPS förde med sig ledde till att faciliteter ökade kontrollen över rehabiliteringstjänster eller eliminerade dem totalt.</p> |
|--|---|--|

## BILAGA 2 De studerade variablerna utgående från MDS-formuläret och RAI-mätarna

| <i>Beroende variabel</i>                                | <i>Värde</i>   | <i>Typ av skala</i> |
|---|--|---------------------|
| Fysioterapia (P1c.)                                     | Ei<br>Kyllä  | Nominal             |
| <i>Oberoende variabel</i>                               | <i>Värde</i>   | <i>Typ av skala</i> |
| Ikä (AA2)   | 65-74v<br>75-84v<br>85+  | Ordinal             |
| Sukupuoli (AA3)   | Mies<br>Nainen   | Nominal             |
| Siviilisääty (AA4)                                      | Ei tietoa<br>Ei liitossa (naimaton tai leski tai asumuserossa tai eronnut)<br>Avo/avioliitossa                       | Nominal             |
| Koulutus (AB6)  | Ei tietoa<br>Perusaste<br>Toisen asteen koulutus<br>Korkea-aste  | Nominal             |
| Vastuusuhteet (A7)                                      | Edunvalvoja<br>Perheenjäsen<br>Itse<br>Ei kukaan   | Nominal             |
| Tyyppi (AA8)  | Palveluasuminen<br>Terveyskeskus<br>Vanhainkoti  | Nominal             |
| Fyysinen toimintakyky, ADL_H (0-6)                      | 0 Itsenäinen tai rajoitetun avun tarve (ADL_H 0-2)<br>1 Runsaan avun tarve (ADL_H 3-4)<br>2 Riippuvainen (ADL_H 5-6) | Ordinal             |
| Kognitiivinen toimintakyky kognitioasteikko CPS_6 (0-6) | 0 Normaali tai lievä häiriö (CPS 0-2)<br>1 Keskivaikea häiriö (CPS 3-4)<br>2 Vaikea häiriö (CPS 5-6)                 | Ordinal             |

|  |   |         |
|--|---|---------|
| Psyykkinen toimintakyky<br>Jokin käytösoire(E4)                            | Ei<br>Kyllä   | Nominal |
| Psyykkinen toimintakyky<br>Masennus (DRS)                                  | Ei viitteitä masennuksesta<br>Kyllä, viitteitä masennuksesta  | Nominal |
| Kipu (PAIN SCALE)  | Ei<br>Kyllä   | Nominal |
| Sosiaalinen toimintakyky<br>Sosiaalisen aktiivisuuden asteikko SES_6 (0-6) | 0 Ei tai vähän aloitekykyä/sosiaalista osallistumista ( SES 0-1)<br>1 Kohtalaisesti aloitekykyä/sosiaalista osallistumista(SES 2-3)<br>2 Paljon aloitekykyä/sosiaalista osallistumista ( SES 4-6) | Ordinal |
| CHESS terveydentilan vakaus (0-5)  | 0 Vakaa terveydentila (CHESS 0)<br>1 Akuutteja oireita (CHESS 1-2)<br>2 Pidempiaikaisia oireita (CHESS 3-5)   | Ordinal |
| Ilmaisutavat (C3)  | Kieli (puhe/kirjoitus/viittomakieli/sokeainkirjoitus)<br>Eleet (merkit, eleet, ääntely/kommunikaatiotaulu/muu)<br>Ei ilmaise  | Ordinal |
| Lääkärin arvio terveydentilasta (P5-P8)                                    | Ei<br>Kyllä   | Nominal |
| Hoitajan usko kuntoutumiseen (G8_b)  | Ei<br>Kyllä   | Nominal |
| Oma usko kuntoutumiseen (G8_a)   | Ei<br>Kyllä   | Nominal |
| Muistisairaus (I1q, I1u)   | Ei<br>Kyllä   | Nominal |
| Stroke (I1t, I1v)  | Ei<br>Kyllä   | Nominal |
| Lonkkamurtuma (J4c.)   | Ei<br>Kyllä   | Nominal |
| Kaatuminen (J4a,b)   | Ei<br>Kyllä   | Nominal |
| Yleinen muutos terveydentilassa (Q2)                                       | Ei muutosta<br>Parantunut<br>Huonontunut  | Nominal |

|                  |   |         |
|------------------|---|---------|
| Hoitoajan pituus | <6 kk<br>6-12 kk<br>1-2 v<br>Yli 2 vuotta | Ordinal |
|------------------|---|---------|