

Eldre mottagere av fysioterapi i Kongsberg kommune, hvem er de?

FYSIOPRIM i Kongsberg

Rapport 2019

Gro Gujord Tangen
Universitetet i Oslo

Hilde Stendal Robinson
Universitetet i Oslo

Anne Kari Skarbekk
Kongsberg kommune

Einar Frogh
Kongsberg Medisinske
Treningscenter

Ragnhild Karlsen
Kongsberg Medisinske
Treningscenter

Kjersti Haugan
Kongsberg kommune

Jon-Håvard Hurum
Kongsberg kommune



UiO • Universitetet i Oslo



KONGSBERG
KOMMUNE



Innhold

Innledning.....	3
Eldre i Kongsberg – hvem og hvor mange?	4
Fysioterapitjenester i Kongsberg.....	5
FYSIOPRIM i Kongsberg	7
Resultater fra kartleggingen	8
Resultater fra de yngre pasientene	14
Diskusjon	16
Konklusjon	18
Referanser	19

Innledning

Hvordan skal Kongsberg kommune imøtekomme behovet for fysioterapi i årene som kommer? Hvem er pasientene som mottar tjenester i dag og hvordan skal ressursene som er tilgjengelig benyttes mest mulig effektivt i årene som kommer? Hvilke forskjeller er det mellom pasienter som behandles av avtalefysioterapeutene og de som behandles av de fastlønnede fysioterapeutene? Spørsmålene blir fort mange når man tillater seg å løfte blikket opp fra dag-til-dag drift. Fysioterapeutene er en viktig faggruppe i dagens kommunehelsetjeneste, hvor oppgavene er mange, komplekse og behovene i ytterste forstand utømmelige. Avtalefysioterapeutene har opplevd en økning i antall eldre som kommer til instituttene uten at systematiske tall eller funksjonsskår har vært tilgjengelig for disse pasientene.

I et samarbeid med forskere fra Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap ved Universitetet i Oslo, gjennom FYSIOPRIM prosjektet, så har Kongsberg kommune gjennomført et forskningsprosjekt med kartlegging av innbyggere over 70 år som mottar fysioterapitjenester. Både avtalefysioterapeuter og fastlønnede fysioterapeuter har deltatt og registrert pasienter inn i prosjektet. De har videre testet funksjon og registrert funksjonsskår, gjennom bruk av Short Physical Performance Battery, sykdomsdiagnoser, medisinbruk samt bruk av andre kommunale helse- og omsorgstjenester. Formålet er å få en bedre oversikt over hvem som mottar tjenester, og i forlengelsen av dette stå bedre rustet til å organisere gode tjenester for fremtidens Kongsberg.

Eldre i Kongsberg – hvem og hvor mange?

Kongsberg kommune hadde 27.481 innbyggere 1. januar 2019, av disse var 3.871 over 70 år¹. Innbyggertallet hadde økt fra 25.887 1. januar 2013. Antallet innbyggere over 70 år i 2013 var 3.007. I denne perioden (2013-2019) økte den prosentvise andelen innbyggere over 70 år fra 11,6% til 14,1%. Det er forventet at antallet innbyggere over 70 år kommer til å fortsette å øke de kommende årene, både som følge av tilflytting til kommunen og alderssammensetningen i befolkningen². Forventet befolkningsvekst er illustrert i tabell 1 under. Tallen er basert på Statistisk sentralbyrås hovedalternativ (middel fruktbarhet, innvandring, levealder og innenlands flytting)

Tabell 1. Forventet befolkningsvekst – Kongsberg kommune

År	2025	2030	2035	2040
Total befolkning	28694	29583	30468	31301
Befolkning over 70 år	4345	4835	5399	5999
Over 70 år i prosent	15,1	16,3	17,7	19,2

Aldring og redusert aktivitet medfører reduksjon i evnen til å utføre daglige aktiviteter³. I tillegg er kroniske sykdommer mer vanlig blant den eldre befolkning⁴. Det er dermed forventet at behovet for helsehjelp til eldre vil øke i årene som kommer. Det finnes imidlertid forskere som tar til orde for at de varslede utfordringene er overdrevet, grunnet naturlig forbedret funksjon og helse hos den aldrende befolkningen⁵. Fra samme hold argumenteres det også for at penger kan flyttes fra oppvekstsektor grunnet færre antall fødte barn. Andre hevder at økt stillesitting og større overlevelse etter akutt sykdom opphever det gunstige med flere «friskere eldre» og holder hjelpebehovet høyt og høyere enn i dag.⁵

Eldre personer er en svært heterogen gruppe som har behov for ulike former for tilbud og oppfølging. Av Kongsbergs befolkning over 70 år mottar ca. 10% kommunale tjenester i form av hjemmesykepleie, mens ca. 7,5% mottar hjelp i form av praktisk bistand.

Fysioterapitjenester i Kongsberg

I Lov om kommunale helse og omsorgstjenester står det at kommunens helsetjenester skal fremme folkehelse og forebygge, diagnostisere og behandle sykdom og skader. For å løse disse oppgavene er kommunen pålagt å sørge for bl.a. fysioterapitjeneste, og sikre lik tilgang på nødvendig helsehjelp for alle som oppholder seg i kommunen. Kongsberg kommune løser sitt ansvar for fysioterapitjeneste gjennom å kombinere et tilbud av kommunalt ansatte fysioterapeuter (fastlønnede fysioterapeuter) og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen (avtalefysioterapeuter). De fastlønnede fysioterapeutene har hovedansvar for forebyggende helsearbeid, behandling på helsestasjon, skoler, institusjoner og for behandling av hjemmeboende som ikke kommer seg til institutt. Avtalefysioterapeutene driver sin virksomhet regulert gjennom avtaler og takster og har hovedansvar for de som bor hjemme og kan komme seg til institutt. I Kongsberg kommune er fysioterapeutene organisert i samme avdeling i helse- og omsorgstjenesten. Kongsberg kommune har 19,1 årsverk for avtalefysioterapeuter og 12,8 årsverk for fastlønnede fysioterapeuter pr. 01.05.19.

Som en del av kommune-stat-rapporteringen (KOSTRA) registrerer alle norske kommuner hvert år antall årsverk innen fysioterapi. Tabell 2 viser utviklingen i årsverk i Kongsberg kommune i perioden 2009-2018.

Tabell 2. Årsverk fysioterapi i Kongsberg kommune

År	Årsverk fysioterapi
2018	30,8
2017	30,8
2016	30,4
2015	29,7
2013	29,2
2012	29,8
2011	27,8
2010	27,6
2009	27,4

Utviklingen i antall årsverk er i tråd med utviklingen nasjonalt. Nasjonalt har det vært en økning fra 8,6 årsverk pr 10.000 innbyggere i 2011 til 9,5 årsverk i 2018⁶. Kongsberg kommune har pr 1.6.19 11,5 årsverk fysioterapeuter pr 10.000 innbyggere. De siste årene har det vært en satsning på

forebyggende helsearbeid og rehabilitering i Kongsberg kommune, samtidig som det har blitt færre årsverk til oppfølging av pasienter i institusjon. Dette er også i tråd med de nasjonale prioriteringene.

Fysioterapeutene utfører tiltak på individ- og gruppenivå, på institutt, institusjon og i pasientenes hjem. Blant avtalefysioterapeutene blir det drevet grupper rettet mot spesifikke diagnosegrupper som KOLS, hjerneslag, hjertesykdom og artrose, egne grupper for barn, kvinner, samt egne grupper for psykomotorisk fysioterapi og medisinsk treningsterapi. De fastlønnede fysioterapeutene driver bassenggruppe, frisklivsgruppe samt styrke- og balansegrupper. Både avtalefysioterapeutene og de fastlønnede fysioterapeutene prioriterer henvendelser etter vedtatte prioriteringsnøkler. Disse er i tråd med prioriteringsnøkler brukt i andre kommuner⁷.

Omkring 25% av pasientene som følges opp av avtalefysioterapeutene er over 70 år. I følge Årsmelding 2018 for selvstendig næringsdrivende fysioterapi utgjorde dette i alt 929 av 3506 pasienter. I 2017 var tallet 865 av 3539 pasienter totalt. Omkring 80% av pasientene som følges opp av de fastlønnede fysioterapeutene er over 70 år. Dette tallet er høyt da de fastlønnede fysioterapeutene som arbeider med barn i kommunen ikke inngår i denne statistikken, det gjør kun de som har ansvar for den voksne befolkningen.

FYSIOPRIM i Kongsberg

FYSIOPRIM er et forskningsprosjekt om fysioterapi i primærhelsetjenesten. Målsettingen med prosjektet er å skape ny kunnskap om og for klinisk praksis, etablere metoder og verktøy for systematisk og standardisert registrering av data relevant for klinisk praksis og skape grunnlag for varige samarbeidsmiljøer, ved å prøve ut ulike samarbeidsmodeller mellom klinikere i primærhelsetjenesten og forskningsmiljøer⁸. Kongsberg Medisinske Treningscenter har deltatt i programmet siden oppstarten i 2010, og har bidratt med data i en rekke prosjekter.

Prosjektet «Eldre i Kongsberg» ble gjennomført for å undersøke fysisk form blant pasienter over 70 år som blir behandlet av fysioterapeuter i Kongsberg kommune. Spørsmål som vi ønsket å undersøke var:

- Hvor god balanse, gangfunksjon og beinstyrke har eldre over 70 år som følges opp av fysioterapeuter i Kongsberg kommune?
- Er det ulik funksjon og personkarakteristika hos pasienter som behandles av avtalefysioterapeutene og de som behandles av de fastlønnede fysioterapeutene?

I forkant av datainnsamlingsperioden, ble det arrangert en samling hvor fysioterapeutene i Kongsberg deltok sammen med forskerne fra UiO og hvor vi sammen gikk gjennom utførelse av testene for å samkjøre hvordan testene skulle gjennomføres og dermed redusere feilregistreringer. De fastlønnede fysioterapeutene i kommunen benyttet allerede testen ved oppstart av behandling og til vurdering av alle pasientene de får henvist. For mange av avtalefysioterapeutene var testen ny, men de har lang erfaring i bruk av andre standardiserte tester. Avtalefysioterapeutene hadde gjennom sin mangeårige deltagelse i FYSIOPRIM god kjennskap til rutinen med elektronisk datainnsamling og bruk av Infopad systemet. De fastlønnede fysioterapeutene leverte testresultater og samtykkeskjema til de to fagansvarlige fysioterapeutene. Disse igjen registrerte resultatene inn via en sikker, lukket nettside til TSD (Tjenester for sikker datahåndtering) ved UiO. Informasjon om kommunale tjenester og medisinlister ble hentet fra pasientenes journal.

Datainnsamlingen ble gjennomført i perioden 15.01-14.04.19 (3 mnd.). Alle de fastlønnede fysioterapeutene og fysioterapeutene på fire av kommunens seks institutt (til sammen 11 av 21 selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter) deltok i datainnsamlingen. Alle pasienter som deltok i behandling, i gruppe eller individuelt i aktuell periode, var 70 år eller eldre og som samtykket til deltagelse, ble undersøkt med Short Physical Performance Battery og eventuelt ett-bens stående

(opptil 30 sek pr ben). Det ble også samlet inn demografisk informasjon om deltakerne. Alle registrerte personer har levert skriftlig samtykke til deltagelse i studien. Som del av FYSIOPRIM er studien godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2013/2030).

Short Physical Performance Battery (SPPB) ble brukt for kartlegging av funksjon. SPPB er et screeningsverktøy for fysisk funksjon blant eldre. Statisk balanse, ganghastighet og styrke i beina testes. Hver av de tre deltestene gis en skår fra 0 til 4 som summeres og gir en totalskår mellom 0-12. Høyere skår er et uttrykk for bedre funksjon⁹. Resultatene kan også kategoriseres i fire kategorier; svært lav score (0-3 poeng), lav skår (4-6 poeng), moderat skår (7-9 poeng) og høy score (10-12 poeng). Testen har vist god prediksjonsevne på fremtidige funksjonsfall og helsebehov¹⁰, og er anbefalt til bruk i primærhelsetjenesten¹¹. Testen er hurtig å gjennomføre og gir samtidig en god oversikt over pasientens totalfunksjon. Pasientenes ganghastighet kan også brukes som en selvstendig test og er et anbefalt mål på helse og funksjon hos eldre, hvor vi kan sammenligne med veletablerte referanseverdier¹². Alle pasientene foruten 1 hadde fullført SPPB, for 6 av pasientene er det én oppgave som ikke er utført. For disse har vi brukt en etablert metode for å gi de en sumskår: gjennomsnittet av de to oppgavene som er utført brukes for å gi poeng på oppgaven som mangler.

Resultater fra kartleggingen

Totalt inkluderte fysioterapeutene i Kongsberg 250 pasienter som var 70 år eller eldre, 179 pasienter ble rekruttert fra avtaleterapeutene, mens 71 pasienter ble rekruttert fra de fastlønnede terapeutene. De fastlønnede terapeutene møter pasienter igjennom ulike tjenester i kommunal sektor. I dataregistreringsperioden mottok 75 pasienter fysioterapi gjennom rehabiliteringsteamet, 70 pasienter på Skinnarberga Helsehus, 16 på dagrehabilitering og 106 pasienter fikk fysioterapi i hjemmet. Flere av disse mottok fysioterapi flere steder, og det unike antallet pasienter i perioden er 185. Av disse var 124 70 år eller eldre, noe som tilsier at de 71 inkluderte pasientene utgjør 57 % av det totale antallet som fikk behandling av fastlønnede terapeuter. Avtalefysioterapeutene sendte inn testresultater på totalt 192 pasienter, av disse var 179 70 år eller eldre. Vi har ikke informasjon over hvor mange pasienter 70 år eller eldre som fikk behandling av avtaleterapeuter i kommunen i samme periode.

Terapeutene ble også enige om å inkludere pasienter under 70 år hvor en kartlegging av funksjonsnivå med SPPB kunne vurderes som relevant, og totalt ble 24 pasienter under 70 år inkludert

I tabell 3 presenterer vi pasientene som var 70 år eller eldre, deres bruk av kommunale tjenester og deres medisinske diagnoser. Oppsummert er pasientene som får oppfølging av de fastlønnede terapeutene signifikant eldre, de benytter flere kommunale tjenester, bruker oftere ganghjelpemidler og de har flere medisinske diagnoser og benytter flere medikamenter. En større andel av pasientene som behandles av avtaleterapeutene har muskelskjelettsykdommer.

Tabell 3. Beskrivelse av pasientene som mottar fysioterapitjenester som er 70 år eller eldre.

	Alle (N=250)	Avtale- terapeuter n=179 (71.6 %)	Fastlønnede terapeuter n= 71 (28.4 %)	P
Kvinner, n (%)	157 (62.8 %)	117 (65.4 %)	40 (56.3 %)	0.18 ^a
Alder, median (IQR)	77.0 (9)	76.0 (8)	81.0 (10)	<0.001 ^b
Min-max	70-95	70-92	70-95	
Ganghjelpemiddel, ja n (%)	82 (32.8 %)	38 (21.5 %)	44 (62.0 %)	<0.001 ^a
Har offentlig hjelp, n (%)	89 (37.7%)	24 (14.0%)	65 (100 %)	<0.001 ^a
Hjemmesykepleie	71 (30.1 %)	18 (10.5 %)	53 (81.5 %)	<0.001 ^a
Varm mat	30 (12.0 %)	4 (2.3 %)	26 (40.0 %)	<0.001 ^a
Praktisk bistand i hjemmet	46 (18.4 %)	12 (7.0 %)	34 (52.3 %)	<0.001 ^a
Annen bistand	12 (4.8 %)	2 (1.2 %)	10 (15.4 %)	0.001 ^a
Antall medikamenter, median (IQR)	5.0 (3)	4.0 (4)	6.0 (0)	<0.001 ^b
Min- max ¹	0-6	0-6	2-6	
Medisinske diagnoser i kategorier:				
Kardiovaskulære sykdommer	125 (51.4 %)	64 (36.0%)	54 (83.1%)	<0.001 ^a
Nevrologisk	67 (27.6 %)	43 (24.2%)	24 (36.9%)	0.049 ^a
Muskel-skjelett	168 (69.1%)	140 (78.7%)	28 (43.1%)	<0.001 ^a
Respiratorisk	51 (21.0%)	34 (19.1%)	17 (26.2%)	0.23 ^a
Kreft	23 (9.5%)	11 (6.2%)	12 (18.5%)	0.004 ^a
Annet	40 (16.5%)	16 (9.0%)	24 (36.9%)	<0.001 ^a
Antall diagnosekategorier				<0.001 ^a
1 diagnosekategori	97 (39.9%)	88 (49.4%)	9 (13.8%)	
2 diagnosekategorier	81 (33.3%)	55 (30.9%)	26 (40.0%)	
3-6 diagnosekategorier	65 (26.7%)	35 (19.7%)	30 (46.2%)	

¹Høyeste alternativet var "6 medikamenter eller flere". Det er opp til 15 pasienter som har missing på de ulike variablene, de fleste fra fastlønnede fysioterapeuter. Vi har rapportert presenter av de som har svart. ^a Kji-kvadrat test, ^b Mann-Whitney U test.

Pasientene som ble kartlagt i løpet av perioden fordeler seg på 70 nye pasienter, 199 pasienter hvor behandling allerede var påbegynt og 3 pasienter som kun kom til undersøkelse.

I Tabell 4 presenterer vi en oversikt over hvilke typer mål og tiltak som er avtalt mellom pasient og terapeut. Vi har valgt å klassifisere behandlingsmålene etter de ulike nivåene i ICF-modellen; 1) symptom (f.eks. smertelindring), 2) funksjon (f.eks. bedre styrke i beina, øke bevegelighet i skulder)

og 3) aktivitet og deltagelse (f.eks. kunne hente posten selv, delta i idrettskonkurranse). Hvis det er satt behandlingsmål på flere nivå har vi kategorisert hovedmålet som det høyeste nivået.

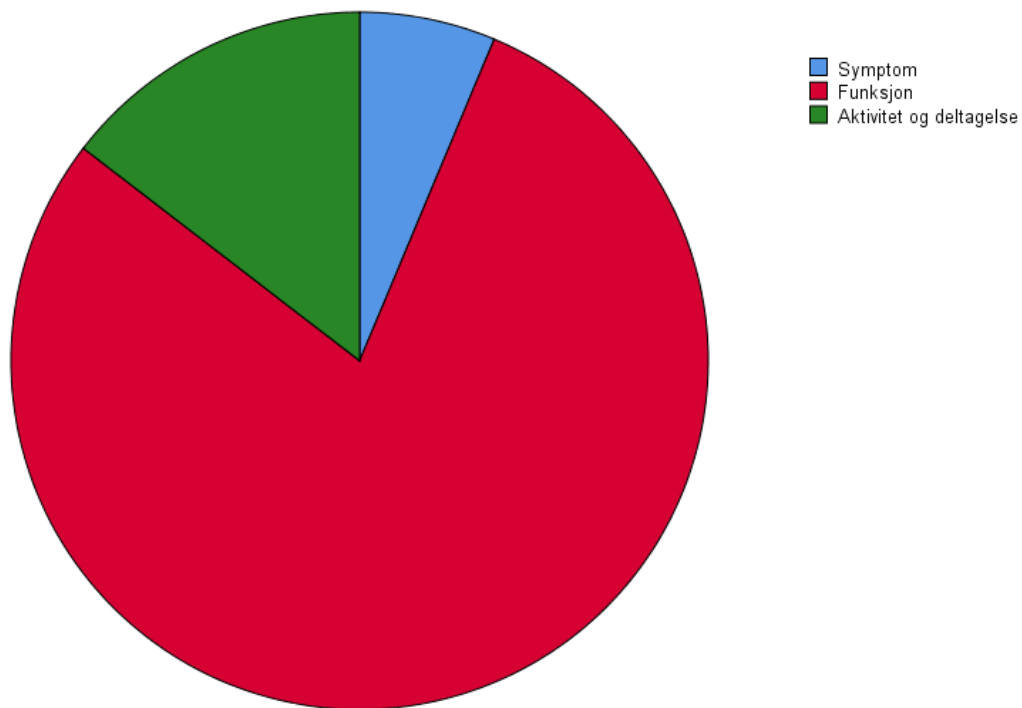
Behandlingstiltakene er klassifisert som passive (f.eks. massasje, TENS, lymfødembehandling), aktive (f.eks. styrketrening, trening i trappegang) og kombinasjon av passive og aktive tiltak. Informasjon om behandlingsmål og tiltak er nær komplett utfylt av avtaleterapeutene, mens det kun er informasjon på 1/3 av pasientene fra de fastlønnede. Manglende utfylling fra de fastansatte terapeutene skyldes en misforståelse rundt registreringer. Vi har derfor ikke gjort statistiske analyser på eventuelle forskjeller mellom terapeutgruppene her.

De aller fleste pasientene har satt seg et behandlingsmål som går på funksjonsnivå (91%). Kun 6 % har symptomlindring som hovedmål. Dette samsvarer også med valg av behandlingstiltak hvor kun 1.5 % mottar kun passiv behandling, 72 % får kun aktiv behandling og 27 % mottar en kombinasjon av passive og aktive tiltak. Ingen pasienter hos de fastlønnede terapeutene har symptomlindring som mål, og alle pasientene mottar kun aktiv behandling. De fleste pasientene får individuell behandling (69 %), men gruppebehandling brukes også alene (18%) og i kombinasjon med individuell behandling (13 %).

Tabell 4. Behandlingsmål og tiltak hos pasienter over 70 år

Alle tall er n (%)	Alle N=250	Avtaleterapeuter n=179	Fastlønnede terapeuter n= 71
Behandlingsmål etter ICF	N=206	n=176	n=30
- Symptom	5 (25.2)	52 (29.5)	0
- Funksjon	188 (91.3)	162 (92.0)	26 (86.7)
- Aktivitet og deltagelse	30 (14.6)	11 (6.3)	19 (63.3)
- uspesifikt	2		
Hovedkategori			
- symptom	13 (6.3)	13 (7.4)	0
- funksjon	163 (79.1)	152 (86.4)	11 (36.7)
- aktivitet og deltagelse	30 (14.6)	11 (6.3)	19 (63.3)
Behandlingstiltak		n=176	n=26
Kun passive	3 (1.5)	3 (1.7)	0
Kun aktive	145 (71.8)	119 (67.6)	26 (100)
Kombinasjon	54 (26.7)	54 (30.7)	0
Type behandling			
Individuell	172 (68.8)	107 (59.8)	65 (91.5)
Gruppe	45 (18.0)	39 (21.8)	6 (8.5)
Kombinasjon	33 (13.2)	33 (18.4)	0

Figur 1. Behandlingsmål etter hovedkategori



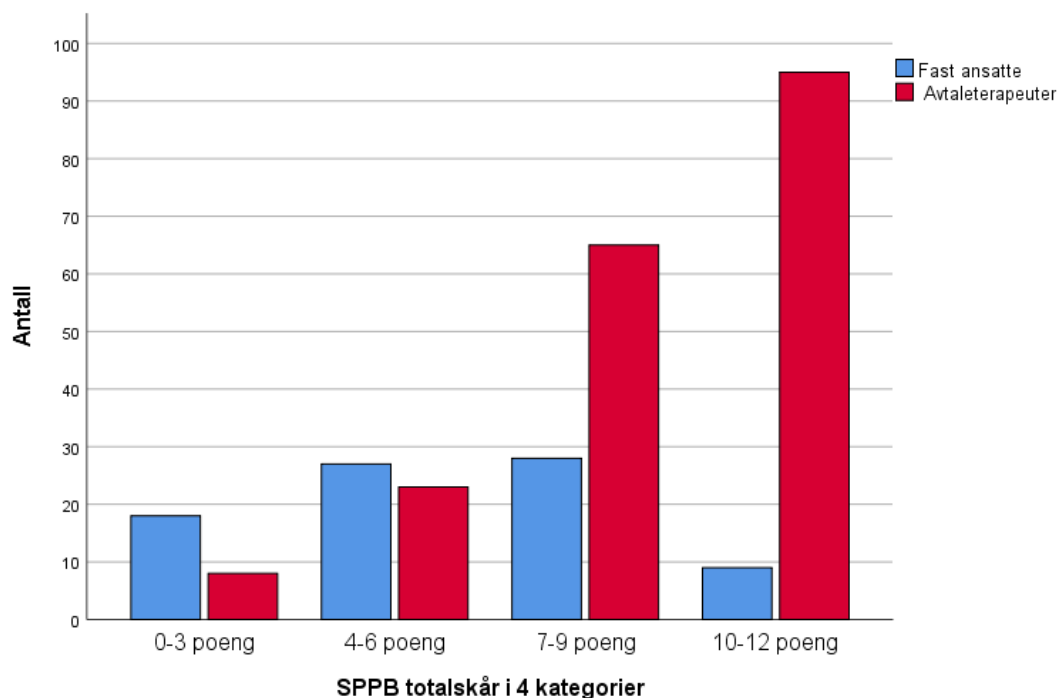
I Tabell 5 og figur 1 presenterer vi hvordan pasientene skårer på SPPB og ganghastighet. Vi finner at pasientene som behandles av avtaleterapeutene har signifikant bedre fysisk funksjon enn de som behandles av de fastlønnede terapeutene. Det er likevel stor spredning i funksjonsnivå også hos pasientene som går til avtaleterapeutene. Detaljer om resultatene på deltestene på SPPB er presentert i tabell 6.

Tabell 5. Resultater på Short physical performance battery og ganghastighet hos pasienter over 70 år.

	Alle n=250	Avtale n=179	Fastlønnede n=71	P
SPPB sum				<0.001 ^a
0-3 poeng (svært lav)	23 (9.2 %)	6 (3.4 %)	17 (23.9 %)	
4-6 poeng (lav)	43 (17.3 %)	20 (11.2 %)	23 (32.4 %)	
7-9 poeng (moderat)	81 (32.5 %)	58 (32.6 %)	23 (32.4 %)	
10-12 poeng (høy)	102 (41.0 %)	94 (52.8 %)	8 (11.3 %)	
Sum (0-12)				<0.001 ^b
Median (IQR)	9.0 (5.0)	10.0 (3.0)	6.0 (4.0)	
Min-max	0-12	1-12	0-12	
Ganghastighet i m/s, gjennomsnitt (SD)	0.88 (0.4)	0.97 (0.3)	0.63 (0.3)	<0.001 ^c

^a Kji-kvadrat test, ^b Mann-Whitney U test, ^c t-test

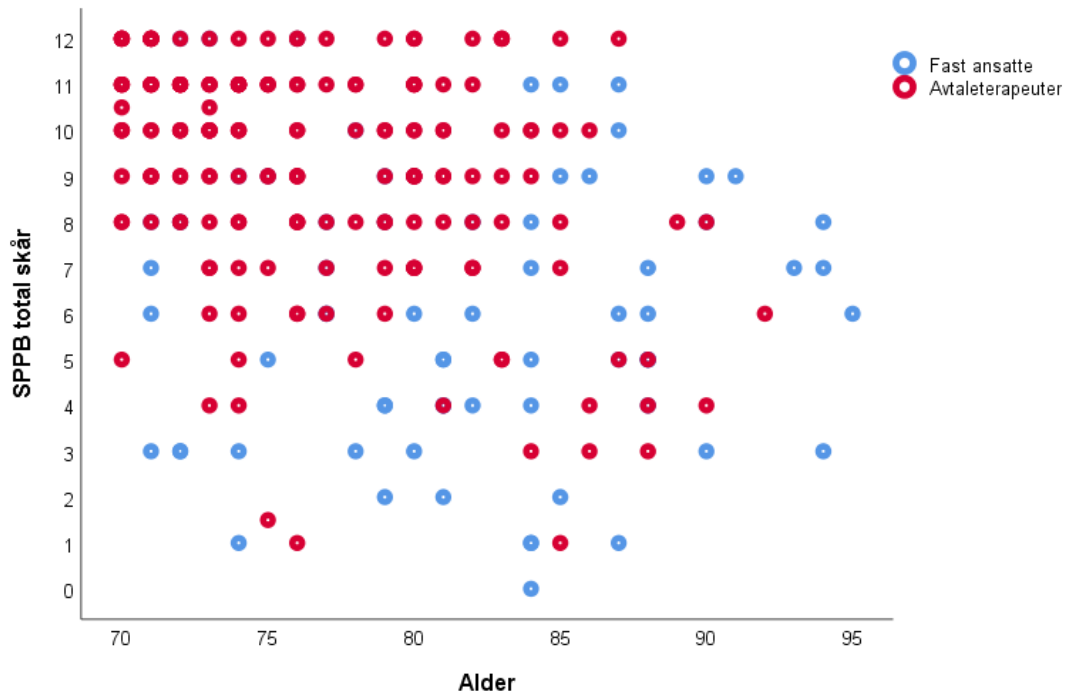
Figur 2. Oversikt over skår på SPPB



Tabell 6. Resultater på delskalaene Short physical performance battery (SPPB) hos pasienter over 70 år

	Alle	Avtale	Fastlønnede
Stående balanse			
0 poeng	17 (6.9 %)	9 (5.2 %)	8 (11.3 %)
1 poeng	4 (1.6 %)	0	4 (5.6 %)
2 poeng	36 (14.7 %)	19 (10.9 %)	17 (23.9 %)
3 poeng	42 (17.1 %)	24 (13.8 %)	18 (25.4 %)
4 poeng	146 (59.6 %)	122 (70.1 %)	24 (33.8 %)
Ganghastighet			
0 poeng	1 (0.4 %)	0	1 (1.4 %)
1 poeng	34 (13.7 %)	12 (6.7 %)	22 (31.0 %)
2 poeng	33 (13.3 %)	18 (10.1 %)	15 (21.1 %)
3 poeng	50 (20.1 %)	38 (21.3 %)	12 (16.9 %)
4 poeng	131 (52.6 %)	110 (61.8 %)	21 (29.6 %)
Reise-sette seg			
0 poeng	41 (16.5 %)	8 (4.5 %)	33 (46.5 %)
1 poeng	69 (27.7 %)	46 (25.8 %)	23 (32.4 %)
2 poeng	49 (19.7 %)	43 (24.2 %)	6 (8.5 %)
3 poeng	52 (20.9 %)	47 (26.4 %)	5 (7.0 %)
4 poeng	38 (15.3 %)	34 (19.1 %)	4 (5.6 %)

Figur 3. Spredningsdiagram over sammenhengen mellom alder og skår på SPPB



Spearman korrelasjon koeffisient, r_s er 0.39, $p=0.001$.

Resultater fra de yngre pasientene

I tabell 7 presenterer vi hva som kjennetegner pasientene som var under 70 år, og sammenligner de med de som var 70 år og eldre. De yngre pasientene har en median alder på 65.5 år, 75% har offentlig hjelp og halvparten bruker ganghjelpemiddel. I motsetning til de eldre pasientene, har de yngre oftere nevrologiske tilstander og de har i mindre grad muskelskjelettplager. Antallet medikamenter og antallet sykdomskategorier er imidlertid likt mellom de to aldersgruppene.

Tabell 7. Sammenligning av karakteristika på pasienter under 70 år og pasienter 70 år og eldre

	Yngre (<70 år) n=24	Eldre (≥70 år) n=250	p
Kvinner, n (%)	10 (41.7 %)	157 (62.8 %)	0.04 ^a
Alder, median (IQR)	65.5 (14)	77.0 (9)	<0.001 ^b
Min-max	40-69	70-95	
Ganghjelpemiddel, ja n (%)	12 (50 %)	82 (32.8 %)	0.10 ^a
Har offentlig hjelp, n (%)	17 (73.9 %)	89 (37.7%)	0.001 ^a
Hjemmesykepleie	12 (52.2 %)	71 (30.1 %)	0.03 ^a
Varm mat	1 (4.3 %)	30 (12.0 %)	0.33 ^a
Praktisk bistand i hjemmet	6 (26.1 %)	46 (18.4 %)	0.42 ^a
Annen bistand	7 (30.4 %)	12 (4.8 %)	<0.001 ^a
Antall medikamenter, median (IQR)	5.0 (3)	5.0 (3)	0.85 ^b
Min- max ¹	0-6	0-6	
Medisinske diagnoser i kategorier:			
Kardiovaskulære sykdommer	9 (39.1 %)	125 (51.4 %)	0.39 ^a
Nevrologisk	11 (47.8 %)	67 (27.6 %)	0.04 ^a
Muskel-skjelett	11 (47.8 %)	168 (69.1%)	0.04 ^a
Respiratorisk	6 (26.1 %)	51 (21.0%)	0.60 ^a
Kreft	1 (4.3 %)	23 (9.5%)	0.71 ^a
Annet	7 (30.4 %)	40 (16.5%)	0.15 ^a
Antall diagnosekategorier			0.92 ^a
1 diagnosekategori	9 (39.1 %)	97 (39.9%)	
2 diagnosekategorier	7 (30.4 %)	81 (33.3%)	
3-6 diagnosekategorier	7 (30.4 %)	65 (26.7%)	

^a Kji-kvadrat test, ^b Mann-Whitney U test

I tabell 8 gir vi en oversikt over resultatene på de fysiske funksjonstestene, og sammenligner de yngre pasientene med de eldre. De yngre pasientene har et signifikant lavere fysisk funksjonsnivå enn de eldre, og de går også signifikant saktere enn de eldre pasientene.

Tabell 8. Sammenligning av resultater på SPPB mellom pasienter under 70 år og pasienter 70 år og eldre

	<70	70+	P
SPPB sum			<0.005 ^a
0-3 poeng (svært lav)	3 (12.5 %)	23 (9.2 %)	
4-6 poeng (lav)	7 (29.2%)	43 (17.3 %)	
7-9 poeng (moderat)	12 (50 %)	81 (32.5 %)	
10-12 poeng (høy)	2 (8.3 %)	102 (41.0 %)	
Sum (0-12)			0.006 ^b
Median (IQR)	7.3 (3.8)	9.0 (5.0)	
Min-max	0-11	0-12	
Ganghastighet i m/s, gjennomsnitt (SD)	0.62 (0.3)	0.88 (0.4)	0.001 ^c

^a Kji-kvadrat test/Fisher's exact test, ^b Mann-Whitney U test, ^c t-test.

Diskusjon

Kartleggingen av pasienter 70 år og eldre som mottar fysioterapitjenester i Kongsberg kommune viser at dette er en heterogen gruppe med stor variasjon i funksjonsnivå. Pasientene som mottar fysioterapi fra de fastlønnede terapeutene, er generelt skrøpeligere enn de som mottar fysioterapi fra avtaleterapeutene.

Fysioterapeutene i Kongsberg har gjort en stor og grundig jobb i å kartlegge funksjonsnivået til pasientene som er 70 år og eldre. Resultatene viser at det er stor spredning i både hva som kjennetegner pasientene og deres funksjonsnivå. Pasientene bruker mange medikamenter, de har betydelig komorbiditet, og nær 40 % mottar hjemmetjenester fra kommunen. Likevel er det ca. en tredjedel som går fortere enn 1.0 m/s og som skårer 10 poeng eller mer på SPPB. Dette er verdier som tilsier at pasientene har et godt funksjonsnivå, liten risiko for å havne på sykehus og kan bevege seg greit utendørs¹³. De øvrige to tredjedelene av pasientene er imidlertid i risikozonen for fremtidig funksjonstap, har økt fallrisiko og økt dødelighet. Vi kan også sammenligne resultatene på SPPB med referansetall fra befolkningsundersøkelse i Tromsø (Tromsøundersøkelsen)¹⁴. Pasientene registrert fra Kongsberg kommune har en gjennomsnittsalder på 77 år, og en median skår på SPPB på 9.0 poeng. I Tromsøundersøkelsen hadde 75-79 åringer i gjennomsnitt 10.2 poeng på SPPB. Dette er en forskjell som tilsvarer en klinisk betydningsfull forskjell, pasientene i Kongsberg har altså dårligere fysisk funksjon enn deltakerne i Tromsøundersøkelsen.

Et hovedfunn i kartleggingen i Kongsberg, er at det er ulike pasientgrupper som får oppfølging av avtaleterapeuter og av de fastlønnede terapeutene. Pasientene som mottar fysioterapi hos avtaleterapeutene er yngre, de mottar færre kommunale tjenester, bruker færre medikamenter og har færre medisinske diagnoser. I tillegg har disse et signifikant bedre funksjonsnivå enn pasientene som får oppfølging av de fastlønnede fysioterapeutene målt både ved SPPB, ganghastighet og andel som bruker ganghjelpemidler. Forskjellene mellom pasientene, som vi her beskriver, er i tråd med føringene for hvor pasienter med ulike funksjonsnivå skal motta fysioterapitjenester. Det ser dermed ut til at fysioterapeutene i Kongsberg kommune fordeler de pasientene som mottar behandling hensiktsmessig mellom seg og i tråd med retningslinjer for tjenesten. De fastlønnede terapeutene har pasienter med svært begrenset mobilitet, og stor sykdomsbyrde. Avtaleterapeutene har noe mer spredning i funksjonsnivået på sine pasienter, men det kan se ut til at de i stor grad treffer pasienter som er i risikozonen for fremtidig funksjonssvikt og skrøpeligheit («frailty»). Denne delen av tjenesten har dermed en viktig oppgave med både å behandle aktuelle plager, men også forebygge framtidig funksjonssvikt. Denne kartleggingen har begrenset med informasjon om faktorer som også påvirker

hvilket tjenestetilbud pasientene får. Slike faktorer kan dreie seg om psykiske tilleggsbelastninger, utforming av bolig, avstander fra bolig til tjenester etc.

Begge terapeutgruppene har en aktiv tilnærming i sin behandling, noe som gjenspeiles i både hvilke mål pasientene og terapeutene har blitt enige om, og i hvilke tiltak som iverksettes. Det er imidlertid en stor andel av de fastlønnede som ikke har rapportert informasjon om behandlingsmål – og tiltak. Hovedårsaken til denne noe mangelfulle utfyllingen er misforståelse rundt registreringen av målsetting, slik at det ikke ble innhentet aktivt fra journal hos alle pasienter.

Ved planleggingen av denne kartleggingen kom det også opp et ønske om å inkludere pasienter som var yngre enn 70 år, men som likevel hadde mange av de samme helseutfordringene som de eldre pasientene. Vi la ingen faste inklusjonskriterier for denne gruppen, og det er dermed noe vanskelig å si hvem de er representative for. Disse yngre pasientene hadde dårligere fysisk funksjonsnivå enn de eldre, og de hadde oftere kommunale hjemmetjenester. De er dermed også en gruppe med lavt funksjonsnivå som behandles både hos avtaleterapeuter og hos fastlønnede terapeuter. Det lave funksjonsnivået kan forklares med at de yngre pasientene ble valgt ut på grunn av sitt funksjonsnivå, mens de eldre pasientene kun ble valgt ut på bakgrunn av alder.

Av det totale antallet pasienter over 70 år som mottok fysioterapi av en fastlønnet fysioterapeut i perioden, er omtrent 57% inkludert i studien. En årsak til at ikke flere er inkludert kan være at det ikke har vært mulig å innhente samtykke på grunn av redusert kognitiv funksjon. I tillegg jobber rehabiliteringsteamet med pasienter i overgangen sykehus/ institusjon – hjem, i mange tilfeller er oppfølgingen begrenset av få besøk uten at det iverksettes fysioterapi. Pasienter som kun mottok vurderingsbesøk, ble ikke inkludert i denne studien.

Konklusjon

Kartleggingen av pasienter over 70 år som mottar fysioterapi i Kongsberg kommune viser at det er to ulike pasientgrupper som får oppfølging av avtaleterapeuter og av de fastlønnede terapeutene. Pasientene som mottar fysioterapi fra avtaleterapeutene er yngre, de bruker færre kommunale tjenester, har færre medisinske diagnoser og de har et bedre funksjonsnivå enn pasientene som mottar fysioterapi fra de fastlønnede terapeutene. Dette viser at de to delene av fysioterapitjenesten fordeler de pasientene som mottar behandlingen mellom seg på en hensiktsmessig måte. Samlet sett dekker fysioterapeutene et stort spenn av viktige oppgaver for å ivareta helsen til de eldre i Kongsberg, fra å behandle aktuelle plager og forebygge framtidig funksjonssvikt til opptrening av de aller skrøpeligste eldre.

Referanser

1. Kommnehelsa statistikkbank. 2019; <http://khs.fhi.no/>.
2. Befolkningsframskrivinger. 2019; <https://www.ssb.no/folkfram/>.
3. Hjort PF. [Physical activity and health in the elderly--walk on!]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2000;120(24):2915-2918.
4. Helse hos eldre i Norge. 2014; <https://fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/#aldring-helse-og-funksjon-dagens-situasjon-og-trender>.
5. Farstad S. Eldrebølgen - storm i et vannglass. *Fagbladet samfunn & økonomi*. 2018;1:6-23.
6. 11995: Fysioterapeutårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter avtaleform og funksjon (K) 2015 - 2018. 2019; <https://www.ssb.no/statbank/table/11995/>. Accessed 01.10.2019.
7. Øyehaug GAP, A.K. "Vondt å vente" - et prosjekt om ventelistene hos fysioterapeutene med driftsavtale. <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/fysioprim/vondt-aa-vente-rapport.pdf>2018.
8. FYSIOPRIM. Et forskningsprogram om fysioterapi i primærhelsetjenesten. 2019; <https://www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/fysioprim/>. Accessed 01.12.2019.
9. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol*. 1994;49(2):M85-94.
10. Guralnik JM, Ferrucci L, Pieper CF, et al. Lower extremity function and subsequent disability: consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2000;55(4):M221-M231.
11. Thingstad P. Screeningtest for fysisk funksjon hos eldre : Norsk oversettelse av Short Physical Performance Battery (SPPB) 2013.
12. Studenski S. Bradypedia: is gait speed ready for clinical use? *J Nutr Health Aging*. 2009;13(10):878-880.
13. Fritz S, Lusardi M. White paper: "walking speed: the sixth vital sign". *J Geriatr Phys Ther*. 2009;32(2):46-49.
14. Bergland A, Strand BH. Norwegian reference values for the Short Physical Performance Battery (SPPB): the Tromso Study. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):216.