

**POTREBA PO ORGANIZACIJI FIZIOTERAPIJE NA
DOMU (OBČINA KRANJ)
ORGANISATION OF HOME-BASED
PHYSIOTHERAPY (MUNICIPALITY KRANJ)**

Andreja Kancilija, dipl. fiziot.,
UKC, Nevrološka klinika, Zaloška 2, 1000 Ljubljana
Andreja Kancilija, PT,
Neurology Clinic, Zaloška 2, 1000 Ljubljana

Mojca Divjak, viš. fiziot., univ. dipl. org.,
Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta, Oddelek za fizioterapijo, Poljanska 26a, 1000
Ljubljana
Mojca Divjak, PT, B. Sc.,
University of Ljubljana, University College of Health Studies, Physiotherapy Department,
Poljanska 26a, 1000 Ljubljana

POTREBA PO ORGANIZACIJI FIZIOTERAPIJE NA DOMU (OBČINA KRANJ)

Uvod: Fizioterapevt je član tima, ki je odgovoren za fizioterapijo in zdravstveno vzgojo pacientov. Njegova potreba se kaže na primarni, sekundarni ter terciarni ravni. Fizioterapija na domu v tem okviru spada v primarno zdravstveno varstvo.

Namen: Osnova za diplomsko delo je bila raziskava narejena v Zdravstvenem domu Ljubljana Osnovna enota Bežigrad leta 1994. V diplomskem delu pa smo želeli dodati vprašanja o starosti, mobilnosti in oddaljenosti naših anketirancev od fizioterapije.

Metode dela: V raziskavo je bilo vključenih 50 naključno izbranih prebivalcev Občine Kranj. Med preiskovanci je bilo 23 moških in 27 žensk starih med 60 in 90 let, izključeni so bili ljudje, ki so bili kognitivno prizadeti in slepi. V raziskavo so bili vključeni preiskovanci, ki so oddaljeni od zdravstvenega doma oz. od fizioterapije največ 10 km. Postopek dela je potekal tako, da smo se predhodno najavili po telefonu, pustili anketo, da jo anketiranec samostojno reši brez naših navodil in sugestij in jo potem do dogovorjenega datuma rešeno vrnil. Anketa vsebuje šestnajst vprašanj, od tega pet splošnega in enajst specifičnega tipa. Za analizo podatkov ter kasnejši grafični prikaz smo uporabili Microsoftov program Excel.

Rezultati: Ugotovili smo, da 40% preiskovancev na fizioterapijo pripeljejo svojci ali prijatelji, 30% pa se jih pripelje s svojim avtomobilom. Ugotovljene težave preiskovancev so bile večinoma travmatološke, sledijo nevrološke nato pa kardiovaskularne narave.

Zaključek: S fizioterapijo na domu bi naredili velik korak naprej v rehabilitacijskem ciklu in s tem omogočili rehabilitacijo bolnikom vseh starosti in patologij.

Ključne besede: fizioterapija, fizioterapija na domu, organizacija fizioterapije na domu.

ORGANISATION OF HOME-BASED PHYSIOTHERAPY (MUNICIPALITY KRANJ)

Introduction: Physiotherapist is a member of a team responsible for physiotherapy and healthcare education of patients. The demand of physiotherapist's work is shown on primary, secondary and tertiary level. Accordingly, home-based physiotherapy falls into the category of primary medical care.

Purpose: The basis for the thesis was a research carried out at the Community Health Centre Ljubljana, Unit Bežigrad in 1994. In the thesis, we desired to add the issues of age, mobility and remoteness of our respondents from the first accessible physiotherapy.

Methods and materials: We surveyed a random sample of 50 elderly residents of the City Municipality of Kranj, among them 23 were male and 27 female. The age of the respondents was from 60 to 90; however, we excluded the cognitively handicapped and the blind. We surveyed only those who reside 10 km at the most from the first community health centre or available physiotherapy. Working procedure was the following: preliminarily, we noticed our candidates by phone, and then delivered the surveys to them to answer without our instructions and suggestions and return them until the appointed date. The survey consisted of sixteen questions, five of general and eleven of specific type. For interpretation and statistical analysis of data and subsequent graphic representation, I used Microsoft Excel.

Results: We found out that 40% of respondents are taken to physiotherapy by their relatives or friends, and 30% go on their own by car. Respondents were diagnosed primarily with problems of traumatic nature, followed by problems of neurological and finally of cardiovascular nature.

Conclusion: Home-based physiotherapy could result as the missing link in the process of rehabilitation and would provide for patients of wide age range and various pathologies.

Key words: physiotherapy, home-based physiotherapy, organization of home-based physiotherapy.

POTREBA PO ORGANIZACIJI FIZIOTERAPIJE NA DOMU (OBČINA KRANJ)

V 90-tih letih se je večina evropskih držav soočala s finančnimi težavami. Primorane so bile znižati stroške za zdravstvo. Veliko pozornosti so namenili fizioterapiji na domu (1) ob predvidevanju, da so stroški zdravljenja pri tovrstni obravnavi nižji. Sledile so številne študije o učinkovitosti fizioterapije bolnikov na domu. Tovrstna obravnava je dokazano učinkovita in sprejemljiva tako za bolnike kot njihovo družino in potencialno zmanjšuje trajanje hospitalizacije v bolnišnicah (2, 3, 4, 5, 6, 7). Prav tako je bilo dokazano, da so stroški zdravljenja nižji v primerjavi z dolgim konvencionalnim hospitalnim zdravljenjem (1, 5, 6, 8).

Prednost fizioterapije na domu je, da se fizioterapija izvaja tam, kjer bo bolnik naučene veščine tudi uporabljal. Bolnik se prej in lažje prilagodi bivanju v domačem okolju. Bolniki, vključeni v fizioterapijo na domu bolj aktivno sodelujejo, so bolj iniciativni in v večji meri izrazijo svoje cilje (9, 10).

Za opravljanje fizioterapije na domu je potrebno izpolnjevati določene pogoje (11): soglasje bolnika in družine (svojcev, ljudi, ki so v neposrednem stiku z bolnikom), bolnik oziroma svojci upoštevajo navodila in napotke fizioterapevta, ustrezn strokovni kader in opremljenost, vodenje ustrezne dokumentacije in evidentiranje podatkov in stalno strokovno izpopolnjevanje.

V okviru primarnega zdravstvenega varstva naj bi se fizioterapijo na domu zagotovilo slabo pokretnim bolnikom, ki ne morejo redno prihajati v fizioterapijo v zdravstveni dom (12, 13), t.j.: bolnikom, ki v zgodnjem obdobju niso bili hospitalizirani, in potrebujejo fizioterapijo; bolnikom, ki so se vrnili domov iz bolnišnice in še naprej potrebujejo fizioterapijo; bolnikom, ki so se vrnili domov iz specializiranih ustanov (npr. zdravilišč, IRSR) in potrebujejo občasne obiske fizioterapevtov in bolnikom, ki potrebujejo obnovitev fizioterapevtskega programa zaradi poslabšanja funkcijskega stanja.

Aktivna fizioterapija naj bi trajala dokler se pojavlja objektivno izboljšanje funkcijskega stanja. Kasneje potrebujejo bolniki dolgoročen (t.i. »long-term«) fizioterapevtski program, s katerim se skuša vzdrževati doseženo funkcijsko stanje (14).

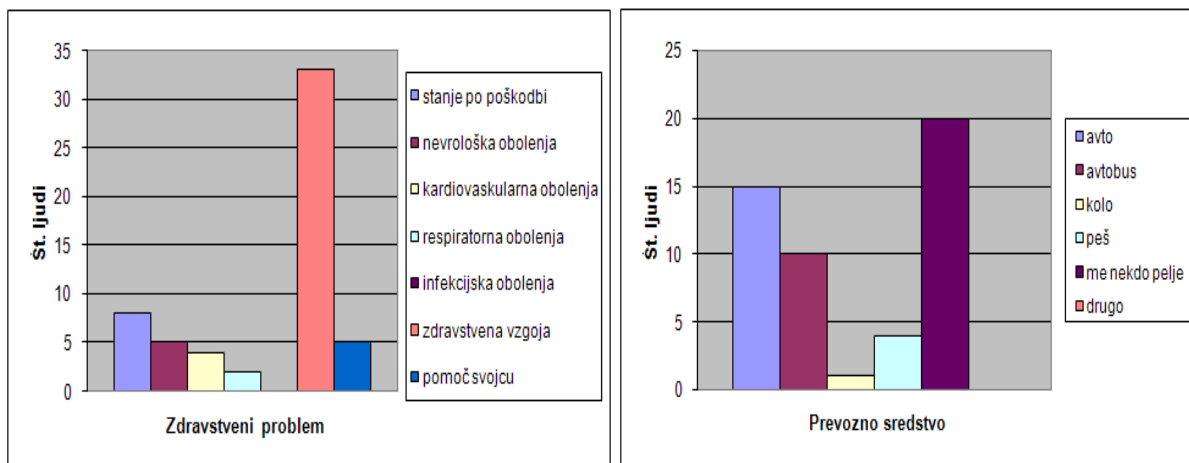
Metode dela

Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko je odobrila raziskavo o potrebi fizioterapije na domu, kar pomeni, da je sprejemljiva iz etičnega vidika. V diplomskem delu je bila uporabljena anketa, ki vsebuje 16 vprašanj. Anketni list so izpolnjevali anketiranci na svojem domu brez naše pomoči oz. sugestij. Predhodno smo izvedli pilotsko študijo ankete na petih prostovoljcih.

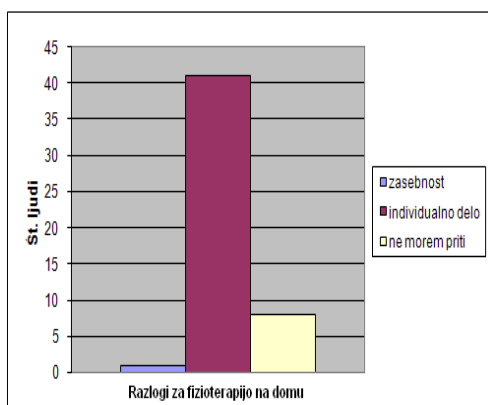
V raziskavo je bilo vključenih 50 naključno izbranih prebivalcev (izbirali smo preko Telefonskega imenika Slovenije) občine Kranj. Med anketiranci je bilo 23 moških in 27 žensk starih med 60 in 90 let, izključeni so bili ljudje, ki so bili kakorkoli kognitivno prizadeti (tisti, ki niso bili orientirani v kraju, času, dajejo smiselne odgovore na vprašanja) in slepi. V raziskavo so bili vključeni anketiranci, ki so oddaljeni od zdravstvenega doma oz. od fizioterapije največ 10 km. Anketiranci so bili naključno zbrani po telefonskem imeniku. Nato smo jih poklicali po telefonu in prosili za sodelovanje. Anketo so anketiranci reševali v pisni obliki in prostovoljno. Vprašalnik je vseboval 16 anketnih vprašanj. Cilj teh vprašanj je bilo ugotoviti potrebo po fizioterapiji na domu v Občini Kranj glede na patologijo, starost in oddaljenost anketirancev od prve fizioterapije.

Rezultati

Pod vprašanje »Imate kakšne zdravstvene probleme?« (Graf 1) je večina 57,9% odgovorila, da nima nobenih resnih težav in obolenj, da bi potrebovali le zdravstveno vzgojo in preventivo. Glede na obolenja pa so prevladovala stanja po poškodbi 14,0%, sledila pa sta nevrološka obolenja 8,8% in potreba po pomoči bolnemu svojcu 8,8%. Pri vprašanju o prevoznem sredstvu na fizioterapijo (Graf 2) so bile največkrat omenjene besede: »Nekdo me pelje.« v 40,0% primerih, avto je uporabljalo 30,0% preiskovancev, z avtobusom se jih je peljalo 20,0%, peš jih je šlo 8,0%, 2,0% pa se jih je peljalo s kolesom. Za fizioterapijo na domu bi se 82,0% preiskovancev odločilo zaradi individualnega dela, 16,0%) zaradi težav z dostopnostjo (težko oz. ne more priti na fizioterapijo), 2,0% pa zaradi zasebnosti (Graf 3).



Graf 1: Prikaz predhodnih ali obstoječih težav sodelujočih v anketi. Graf 2: Prikaz prevoznega sredstva na fizioterapijo.



Graf 3: Razlogi anketirancev za odločitev izvajanja FT na domu.

Razprava

Naše izhodišče za raziskavo je bila raziskava Zdravstvenega doma Ljubljana Osnovne enote Bežigrad, ki je leta 1994 pripravila poročilo o Patologijah in storitvah, ki jih je fizioterapevt na domu obravnaval na področju ZD Ljubljana OE Bežigrad. Po pogovoru z avtorico raziskave ZD Ljubljana OE Bežigrad Brezigar Burmazovo smo uspeli izvedeti, da je v času izvedbe raziskave potekala fizioterapija na domu kot ustaljena praksa, izvajala pa jo je ena fizioterapevtka po naročilu fiziatrinje. Na podlagi njenega prispevka smo želeli videti, kakšna slika se bo pokazala v občini Kranj. Glede na podatke, ki so jih navedli v prispevku so prevladovala travmatološka obolenja enako kot pri nas, vendar v različnih odstotkih (OE Bežigrad – 67,0%, Občina Kranj – 14,0%). Velika procentualna razlika med skupinama je pomembna, ker smo v naši raziskavi spraševali tudi po preventivnih dejavnikih in zdravstveni vzgojni tematiki, ki je dobila večinski delež odgovorov (57,89%). Na drugem mestu so bila v obeh skupinah nevrološka obolenja (OE Bežigrad - 26,8%, Občina Kranj - 8,8%). Na nevrološka obolenja bi morali polagati še posebno pozornost, glede na to, da so v veliki večini kronična obolenja pri katerih je potrebna stalna obravnava, večinoma do konca življenja.

Nevrološki pacient dejansko potrebuje pomoč terapevta: oslabeledost, nezmožnost normalnega gibanja in samooskrbe. Pri obeh skupinah najdemo na tretjem mestu kardiovaskularna obolenja, katerih deleži se ravno tako razlikujejo (OE Bežigrad - 6,2%, Občina Kranj - 7,02%). Glede na celotno primerjavo med obema skupinama ugotovimo, da se obe skupini srečujeta z enako razporeditvijo patologij le v različnih odstotkih. Vendar je potrebno poudariti, da v svojem poročilu niso navedli starosti preiskovancev, kar bi omogočilo boljše primerjavo med obema skupinama. Pomemben podatek, ki bi ga bilo potrebno navesti pa je zakaj so bili ti ljudje deležni fizioterapije na domu. V našo raziskavo je bilo v ta namen vključenih več dejavnikov. Prvi dejavnik, ki ga je vredno izpostaviti je starost preiskovancev. Naša skupina je zajemala preiskovance stare od 60 do 90 let, med tem ko za skupimo OE Bežigrad nimamo podatkov. Faganel (15) navaja, da se starost bolnikov, pri katerih izvajajo fizioterapijo na domu, giblje med 61 in 80 let. Tudi ta podatek je pomemben glede na to, da se prebivalstvo stara in da nekateri potrebujejo vedno več pomoči svojcev ali prijateljev (oslabeledost, odvzem voznškega izpita zaradi starosti, kognitivni upad). Drug izmed njih je bil mobilnost. Od preiskovancev smo želeli izvedeti, kako pridejo na fizioterapijo. Večinsko dobljen odgovor je bil, da jih nekdo od svojcev ali prijateljev (40,0%) pripelje na fizioterapijo, med tem ko jih samostojno pride na fizioterapijo (avto) 30,0% preiskovancev. Ta podatek zna biti zelo variabilen – kljub temu da ima človek svoje prevozno sredstvo (avto), lahko pride do situacije, ko človek ni zmožen samostojne vožnje in potrebuje pomoč nekoga (svojca ali prijatelja). To se pravi, da lahko v različnih situacijah dobimo veliko več pacientov, ki so potrebni pomoči pri prevozu na terapijo oz. so potencialni kandidati za fizioterapijo na domu. Omenjena prevozna sredstva so bila še avtobus in kolo, vendar se tudi tukaj stvari lahko zataknejo – nekateri ne morejo priti do avtobusne postaje in iti na avtobus, drugi so zaradi svojega neznanja ali nezmožnostjo vožnje s kolesom omejeni tudi na ta prevozna sredstva. Osebni vir navaja (po pogovoru z Brezigar Burmazovo smo naknadno izvedeli), da je bil fizioterapevt napoten na bolnikov dom zaradi nezmožnosti prihoda na fizioterapijo v ambulanto. Je pa pomembno omeniti razlike med obema skupinama glede na okolje, transportno ureditev (večje in manjše mesto, boljše in slabše povezave javnega prometa; avtobus, taxi,...). Tega se v naši raziskavi nismo posebej lotili vendar obstajajo tudi te razlike. Naslednji tretji dejavnik, ki smo ga dodali je oddaljenost anketirancev od fizioterapije, ki ga prav tako ni zaslediti v objavi ZD Ljubljana OE Bežigrad, ki pa je ravno tako pomemben kot mobilnost. Ker nimamo nobenih podatkov iz objave ZD Ljubljana OE Bežigrad ne moremo primerjati obe skupini. Naša raziskava je obsegala ljudi, ki so bili od fizioterapije oddaljeni maksimalno 10 km, kar predstavlja dodatno oviro za mobilnost bolj oddaljenih pacientov.

V naši raziskavi nismo želeli samo primerjati zapisov iz objave ZD Ljubljana OE Bežigrad in naše skupine iz Občine Kranj, ampak smo želeli še izvedeti kakšne so primerjave med starostjo, mobilnostjo, oddaljenostjo in patologijo v tujini. Na žalost nismo našli primernih primerjav s tujino. Smo pa našli raziskave (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23), ki kažejo v dobrobit fizioterapiji na domu iz finančnega, psihološkega in funkcionalnega vidika, ki so navedeni spodaj.

Nieuwboer in sod. (2002), Nieuwboer in sod. (2001) in Banks (1989) opisujejo fizioterapijo na domu pri napredovali Parkinsonovi bolezni. Ti avtorji navajajo pozitivne rezultate v funkcionalnem napredku pri izvedbi fizioterapije na bolnikovem domu. Hale in sod. (2003) so opisovali razlike med fizioterapijo v bolnišnici in fizioterapijo na domu. Dejavniki, ki so bili vključeni v študijo so bili: prehodna doba (doba med bolnišnično oskrbo in fizioterapijo na domu), priprava na fizioterapijo, transport, sredstva ali oprema, izpostava pomembnih ciljev, vpletenost ali sodelovanje pacienta, komunikacija, čustven vpliv, socialna interakcija, vključenost družine, ocena profesionalnosti dela fizioterapevta. Dokazali so, da ima vsaka oblika (fizioterapija v bolnišnici in fizioterapija na domu) fizioterapije svoje prednost in slabosti. Za kakšno vrsto fizioterapije (fizioterapijo v bolnišnici ali fizioterapijo na domu) se bomo odločili je odvisno od posameznega bolnika in obsega njegove prizadetosti. Pryor in Williams (1989), Hollingworth in sod. (1993) ter Kelly in Ackerman (1999) navajajo, da je neodvisnost in funkcionalnost v vsakdanjem življenju zelo pomembna za pacienta in njegovo družino, tudi kar se tiče finančne obremenitve in kvalitete življenja. Ležalna doba v bolnišnicah se skrajšuje; subakutna obravnava v zgodnji fazi po odpustu iz bolnišnice igra veliko vlogo pri promociji funkcionalnega okrevanja. Subakutno obravnavo pa vključujejo v rehabilitacijske, negovalne ustanove in fizioterapijo na domu. Pryor in Williams (1989) sta dokazala, da bi zgodnji odpust (krajša hospitalizacija) po zlomu kolka in fizioterapija na domu zmanjšala čas, ki ga pacient preživi v postelji v primerjavi s fizioterapijo izvajano v bolnišnici ter omogočala prejšnje okrevanje. Hollingworth in sodelavci (1993) so prav tako prikazali, da so stroški rehabilitacije po zlomu kolka pri izvajanju fizioterapije na domu manjši kot pri fizioterapiji izvajani v bolnišnici. Kelly in Ackerman (1999) sta prikazala, da so imeli pacienti po artroplastiki dobre rezultate pri rehabilitaciji tako s fizioterapijo v bolnišnici kot s fizioterapijo na domu, vendar so bili stroški v bolnišnici bistveno višji. Dobre strani fizioterapije na domu vključujejo boljše funkcionalne in čustvene napredke ter zmanjšane stroške rehabilitacije. Raziskava na Tajvanu (23, 24) je pokazala, da je imela fizioterapija na

domu bistveno boljši funkcionalni napredek kot kontrolna skupina. Vse te ugotovitve bi lahko imele posledice ne samo za klinično prakso, ampak tudi za javno zdravstvo kot tudi za zdravstveno zavarovanje.

Nadalje je bil v naši raziskavi en od možnih odgovorov, če potrebujejo nasvet in pomoč za bolnega in pomoči potrebnega svojca. Glede na ponujeno možnost odgovora je 9% izbralo to možnost, kar pomeni, da se nekateri zavedajo, da za dobro skrb za bolnega svojca potrebujejo strokovno pomoč. V uvodu smo navedli študije (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8), ki so pokazale učinkovitost in sprejemljivost fizioterapije na domu. Te študije poleg učinkovitosti in sprejemljivosti navajajo še nižje stroške zdravljenja v primerjavi z dolgim konvencionalnim hospitalnim zdravljenjem. Z uvedbo fizioterapije na domu bi lahko skrajšali ležalno dobo bolnikov v bolnišnici, s tem pa prihranili pri stroških, ki spadajo v oskrbni dan. Del prihranjenega denarja bi potem lahko namenili fizioterapiji na domu in nakupu sodobne opreme, ostali denar pa bi namenili strokovnim izpopolnjevanjem fizioterapevta, ki izvaja fizioterapijo na domu. V primeru izvajanja fizioterapije na domu dejansko govorimo samo o stroških dela fizioterapevta na domu in opreme, ki jo fizioterapevt potrebuje. Odštejemo pa stroške nege, perila in sanitetnega materiala, zdravniške in medicinske oskrbe ter ostalih stroškov, ki spadajo v oskrbni dan v bolnišnici. Moramo povedati, da za vso nego, perilo, čiščenje bolnikovega okolja in ostale storitve skrbijo bolnikovi svojci, katerih delo je brezplačno oziroma ne predstavlja stroška za zdravstveno blagajno.

Ko smo preiskovance spraševali, iz kakšnih razlogov bi se poslužili fizioterapije na domu, smo največkrat (v 82%) dobili odgovor, da zaradi individualnega dela (fizioterapevt bi se mi bolj posvetil). Včasih, ko pogovor nanese na ambulantno fizioterapijo, ljudje zavijejo z očmi. Za razlago smo že velikokrat slišali, da pridejo ljudje na skupinske vaje, kjer ne dobijo dovolj pozornosti in kvalitetne obravnave, ki bi bila pričakovana in strokovno korektna. Zato velikokrat slišimo za željo po individualni obravnavi, ki bi bila prirejena posameznikovim težavam in njegovemu razumevanju navodil (mlajši, starejši ljudje – vsak ima drugačno percepcijo sprejemanja navodil za izvajanje vaj in dodatnih zdravstveno vzgojnih informacij). V 16% je bil razlog prevoz (težko oziroma ne morem priti na fizioterapijo), 2% anketirancev pa zaradi zasebnosti (zaradi boljšega varovanja svojih osebnih podatkov; ne želim, da sem preveč izpostavljen drugim). Že prej smo govorili o tem, da je prevoz na fizioterapijo zelo problematičen za nekatere ljudi, vendar pa po odgovorih sodeč ne prioriteten. Ambulantne fizioterapije so zelo obremenjene z velikim številom pacientov in s tem vsak pacient ne more

dobiti vse pozornosti, ki jo potrebuje, zato bi bilo dobro stremeti k individualnemu pristopu, kar pa omogoča fizioterapija na domu.

Sklep

Če pogledamo celoto, pridemo do zaključka, da je fizioterapija na domu zelo dobra dolgotrajna rešitev, ki pozitivno vpliva na bolnika. Njene prednosti pa se ne navezujejo le na bolnika, ampak tudi na manjšo zasedenost postelj v bolnišnicah – boljši finančni vidik, prejšnje vračanje bolnika v domače okolje – boljši psihološki vidik ter iz funkcionalnega vidika.

Analiza ankete je pokazala, da je večina preiskovancev oddaljena od prve fizioterapije od 1 do 5km, kar je relativno blizu. Vendar pa relativna večina potrebuje nekoga, da jih pelje na fizioterapijo (40,0%). Ta podatek je pomemben, ker procent ljudi kmalu lahko postane višji (npr. človek, ki ima izpit za avto in redno vozi si zlomi nogo, kasneje potrebuje fizioterapijo, vendar zaradi oslabiljene miškulature in zmanjšanih refleksnih sposobnosti ne zmore priti v ambulantno fizioterapijo; človek, ki ima izpit za avto in redno vozi doživi možgansko kap ter ne zmore več voziti, potrebuje pa fizioterapijo do katere ne more priti). Je pa pri tej ugotovitvi zanimivo, da je samo pri 16,0% preiskovancev problem prevoz. Pri vprašanju, zakaj bi se poslužili fizioterapije na domu, je večina odgovorila, da bi imela fizioterapijo na domu zaradi individualnega dela s terapevtom.

Izkazalo se je da je bil izbran vzorec preiskovancev pretežno brez hudih bolezni in težav (57,9%), le nekateri so imeli travmatološka, nevrološka, kardiovaskularna ali respiratorna obolenja (33,3%).

Ena rešitev našega problema bi bila uvedba fizioterapije na domu, ki bi delovala tako preko koncesije (bila bi financirana preko ZZZS) kot tudi samoplačniško. Pomembno bi bilo razširiti to dejavnost po vsej Sloveniji, v vseh zdravstvenih domovih in njihovih Območnih enotah. Nadalje pa bi bilo potrebno razmišljati o ustreznem izobraževanju fizioterapevtov.

Fizioterapija na domu bi lahko končno postala samostojna storitev v okviru patronažne nege bolnika na domu v okviru zdravstvenega doma ali pa kot zasebna služba s koncesijo.

S fizioterapijo na domu bi bilo življenje pacientov prijetnejše, brez skrbno, bolj kvalitetno, bi bili bolj samostojni in manj odvisni od pomoči drugih (svojcev, prijateljev, sosedov).

Literatura

1. Andersson A, Levin LA, Oberg B, Mansson L (2002). Health care and social welfare costs in home-based and hospital-based rehabilitation after stroke. *Scand J Caring Sci* 16: 386–92.
2. Eldar R (2000). Rehabilitation in the community for patients with stroke: a review. *Top Stroke Rehabil* 6(4): 48–59.
3. Wilden Holmqvist L, von Koch L, Kostulas V, Holm M, Widsell G, Tegler H, Johansson K, Almazan J, de Pedro-Cuesta J (1998). A randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke in southwest Stockholm. *Stroke* 29: 591–7.
4. Von Koch L, Holmqvist LW, Wottrich AW, Tham K, de Pedro-Cuesta J (2000). Rehabilitation at home after stroke: a descriptive study of an individualized intervention. *Clin Rehabil* 14: 574–83.
5. Von Koch L, de Pedro-Cuesta J, Kostulas V, Almazan J, Widen Holmqvist L (2001). Randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke: one year follow-up of patient outcome, resource use and cost. *Cerebrovasc Dis* 12: 131–8.
6. Brezigar Burmaz I (1995). Fizikalna medicina za zdravnike splošne prakse. Fizioterapija na domu. V: Zbornik predavanj, Ljubljana, 26. in 27. maj 1995. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, 17–23.
7. Baskett JJ, Broad JB, Reekie G, Hocking C, Green G (1999). Shared responsibility for ongoing rehabilitation: a new approach to home-based therapy after stroke. *Clin Rehabil* 13: 23–33.
8. Anderson C, Mhurchu CN, Rubenach S, Clark M, Spencer C, Winsor A (2000). Home or hospital for stroke rehabilitation? Results of a randomized controlled trial: II: cost minimization analysis at 6 months. *Stroke* 31: 1032–37.
9. Von Koch L, Wottrich AW, Holmqvist LW (1998). Rehabilitation in the home versus the hospital: the importance of context. *Disabil Rehabil* 20: 367–72.
10. Holmqvist LW, von Koch L, de Pedro-Cuesta J (2002). Use of healthcare, impact on family caregivers and patient satisfaction of rehabilitation at home after stroke in southwest Stockholm. *Scand J Rehabil Med* 32: 173–9.

11. Dovečar F, Razinger V, Imenšek Š in sod. (1993). Strokovna navodila za zdravljenje in zdravstveno nego na domu. *Zdrav Var* 32(1): 5–46.
12. Ačimovič-Janežič R (1983). Rehabilitacijska obravnava bolnikov po možganski kapi v osnovnem zdravstvenem varstvu. Univerzitetni zavod za rehabilitacijo invalidov. Ljubljana: 52p.
13. Geddes JM, Chamberlain MA (2001). Home-based rehabilitation for people with stroke: a comparative study of six community services providing coordinated, multidisciplinary treatment. *Clin Rehabil* 15: 589–99.
14. Kaste M, Olsen TS, Orgogozo JM, Bogousslavsky J, Hacke W (2000). Organization of stroke care: education, stroke units and rehabilitation. *Cerebrovasc Dis* 10: 1–11.
15. Faganel M (2001). Organizacija fizioterapije na domu. Diplomsko delo. Ljublanja: Visoka šola za zdravstvo.
16. Nieuwboer A in sod. (2002). Prediction of outcome of physiotherapy in advanced Parkinson's disease. *Clin Rehabil* 16: 886–93.
17. Nieuwboer A in sod. (2001). The effect of a home physiotherapy program for persons with Parkinson's disease. *J Rehabil Med* 33: 266–72.
18. Banks MA (1989). Physiotherapy benefits patients with Parkinson's disease. *Clin Rehabil* 3: 11–6.
19. Hale L in sod. (2003). Stroke Rehabilitation – Comparing hospital and home-based physiotherapy: the patient's perception. *NZ Journal of Physiotherapy* 31, 2: 84–92.
20. Pryor GA, Williams DR (1989). Rehabilitation after hip fractures. Home and hospital management compared. *J Bone Joint Surg Br* 71: 471–4.
21. Hollingworth W, Todd C, Parker M, Roberts JA, Williams R (1993). Cost analysis of early discharge after hip fracture. *BMJ* 307: 903–6.
22. Kelly MH, Ackerman RM (1999). Total joint arthroplasty: a comparison of postacute settings on patient functional outcomes. *Orthop Nurs* 18 (5): 75–84.
23. Dai YT, Huang GS, Yang RS, Tsauo JY, Yang LH (2002). Functional recovery after hip fracture: six months follow-up of patients in a multidisciplinary rehabilitation program. *J Formos Med Assoc* 101: 846–53.
24. Tsauo J-Y, Leu W-S, Chen Y-T, Yang R-S (2005). Effects on function and quality of life of postoperative home-based physical therapy for patients with hip fracture. *Arch Phys Med Rehabil* 86: 1953–7.