



Offentligt tilskud til fysioterapi uden lægehenvi sning

Resultater fra en clusterrandomiseret afprøvning

Titel: Offentligt tilskud til fysioterapi uden lægehenvi-
sning
Resultater fra en clusterrandomiseret afprøvning

Copyright: © Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Alle rettigheder forbeholdes
ISBN 978-87-93775-17-6

Forfattere: Jacob Dahlerup
Julie Christina Grew
Anna Fowler Lund
Rikke Kart Jacobsen
Ulla Toft
Michaela Louise Schiøtz
Louise Meinertz Jakobsen

Udgiver: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg
Telefon: 38 16 31 00

Publikationen citeres således:

Dahlerup J; Grew JC; Lund AF; Jacobsen RK; Toft U; Schiøtz ML; Jakobsen LM: Offentligt tilskud til fysioterapi uden lægehenvi-
sning. Resultater fra en clusterrandomiseret afprøvning, Center for Klinisk
Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2022

Indhold

1.1 Resume	4
2.1 Direkte adgang – introduktion til projektet	5
3.1 Design og metode	6
3.1 Interviewdata	7
3.2 Afregningsdata	7
3.3 Spørgeskemadata fra patienterne	7
3.4 Fysioterapeutvurdering ved første konsultation	8
3.5 Kobling af data	8
3.6 Rekruttering	8
3.7 Analysetilgang	9
3.8 COVID-19-forbehold	9
4.0 Resultater	11
4.1 Produktion i klinikkerne i indsatsperioden	11
4.2 Deltagerpopulation	12
4.3 Implementering	14
4.4. Oplevelsen af ordningen med direkte adgang til fysioterapi blandt de sundhedsprofessionelle	15
4.4.1 Erfaringer med dataindsamling til evaluering af projektet	16
4.4.2 Overordnet tilfredshed med muligheden for direkte adgang til fysioterapi	16
4.4.3 Information om muligheden for direkte adgang	16
4.4.4 Antal henvendelser i almen praksis fra patienter i projektets målgruppe	17
4.4.5 Procedurer i forbindelse med første konsultation	17
4.4.6 Patientgrupper og betydning for behandlingsforløb	18
4.4.7 Kommunikation mellem fysioterapeuter og almen praksis	18
4.4.8 Sundhedsfaglig tillid til ordningen direkte adgang til fysioterapi	19
4.4.9 Implementering af ordningen	20
5.1 Aggregerede resultater	21
6.1 Koblede resultater for deltagerne	24
6.2 Effekter på henvendelser til almen praksis inden opstart i fysioterapi	26
6.3 Effekter på symptomer og livskvalitet	27
6.4 Effekt på ydelsesforbrug	29
6.5 Tryghed og patientsikkerhed	30
7.1 Diskussion	32
7.2 Dataforbehold	34
8.1 Konklusion	35
8.2 Påvirkning af den daglige praksis i fysioterapi- og lægeklinikker	35
8.3 De fagprofessionelles tillid til ordningen i forhold til patientsikkerheden	36
8.4 Opmærksomhedspunkter i forbindelse med implementering af direkte adgang	36
9.1 Referencer	37

1.1 Resume

Projektet har evalueret betydningen af offentligt tilskud til fysioterapibehandling uden henvisningskrav i forsøgskommunerne Ballerup og Frederikssund, mens kommunerne Gribskov og Gladsaxe har været projektets kontrolgruppe. Datamaterialet består af patienter rekrutteret til forskningsprojektet i perioden 1. november 2020 til 31. oktober 2021. I kontrolkommunerne gav 36 % af de adspurgte patienter samtykke til at deltage i forskningsprojektet, mens det i forsøgskommunerne gjaldt 48 %. Blandt projektdeltagere var der flere i kontrolgruppen, som havde en lang videregående uddannelse, flere var i beskæftigelse, og flere havde privat sundhedsforsikring. Det kunne tyde på, at muligheden for offentligt tilskud uden lægehenvi sning kunne tiltrække en patientgruppe, der ikke igennem forsikring eller økonomi har mulighed for at betale den fulde egenbetaling selv. Der tages dog forbehold for en lav deltagelsesgrad i begge grupper, som kan mudre billedet. Der blev ikke fundet signifikante forskelle mellem kontrol- og interventionsgruppen i udviklingen af tilskudsberettigede ydelser til almen fysioterapi. Der blev samlet set på tværs af praksis- og hospitalssektor ikke fundet forskelle mellem kontrol- og interventionsgruppe i andelen af patienter med ortopædkirurgiske speciallægeydelser, radiologisk billeddiagnostik og reumatologiske speciallægeydelser. Der blev ikke fundet forskelle i antallet af ydelser i almen praksis. På aggregeret niveau for alle borgere i de fire projektkommuner blev der ikke fundet forskelle i den absolutte udvikling af sundhedsydelser i almen fysioterapi, almen praksis eller hos undersøgte specialer. Datamaterialet tegner et samlet billede af, at

sundhedsydelser til borgerne følger det samme mønster som den nuværende ordning. Der blev ikke fundet forskel i selvrapporteret fysisk og mentalt helbred mellem kontrol- og interventionsgruppen. Det tyder på, at direkte adgang til fysioterapi med offentligt tilskud resulterer i den samme helbredsprognose som den almindelige ordning. Generelt rapporterede patienterne i begge grupper en høj grad af tilfredshed med det generelle behandlingsforløb, dog lidt højere i interventionsgruppen. Patienterne i interventionsgruppen rapporterede også højere tillid til, at almen praksis og fysioterapeuten kommunikerer og samarbejder i det omfang, det er nødvendigt, end deltagerne i kontrolgruppen. Desuden rapporterede 40 % af patienterne i interventionsgruppen, at direkte adgang til fysioterapi havde stor eller meget stor betydning for, hvor hurtigt de søgte behandling. Fysioterapeuterne følte sig trygge ved det øgede ansvar som førstebehandler, og størstedelen mente, at de var ordentligt klædt på til at opspore tidlige tegn på alvorlig patologi. De interviewede praktiserende læger oplevede ikke væsentlige ændringer i deres egen patientgruppe, men oplevede det som positivt, at de oftere og mere fyldstgørende blev orienteret om påbegyndelsen af patientens behandling i fysioterapi. Fem af de seks interviewede praktiserende læger bakkede op om ordningen.

2.1 Direkte adgang – introduktion til projektet

Projektet 'Direkte adgang til fysioterapi' har til formål at evaluere, om der i dansk kontekst er fordele i form af kortere patientforløb, aflastning af almen praksis, færre henvisninger til radiologisk billeddiagnostik og speciallægehjælp samt patientoplevelset kvalitet ved at afskaffe kravet om lægehenvielse for at kunne modtage fysioterapibehandling med offentligt tilskud.

I Danmark er muskelskeletbesvær (MSD) blandt de hyppigste årsager til langvarigt sygefravær og tab af sunde leveår og er en tilstand, som rammer mere end 25 % af den voksne befolkning¹. En Cost-of-Illness analyse (COI) af MSD i Danmark konkluderede, at årlige omkostninger relateret til hospitalsindlæggelse, ambulans behandling, receptpligtig medicin, involvering i primærsektoren og kort- og langsigtet produktionstab er 17,2 mia. kr.².

I Danmark er det allerede en mulighed at henvende sig direkte til en fysioterapeut, men en henvisning fra almen praksis giver 40 % offentligt tilskud til konsultationer og behandling i almen fysioterapi hos klinikker med ydernumre i et kalenderår. Dette økonomiske incitament fastholder praktiserende læger som gatekeepere til fysioterapi. I 2018 modtog 8,1 % af den danske befolkning offentligt tilskud til fysioterapi, og patienterne modtog i gennemsnit knap ni tilskudsberettigede behandlinger³.

Den internationale litteratur på området er inkonsistent og sammenligningsgrundlaget til danske forhold er sparsomt. Nogle litteraturgennemgange fra andre vestlige lande om øget tilgængelighed til fysioterapi har fundet lovende effekter. De peger på lavere samlede omkostninger pr. patient, hurtigere bedring og øget patienttilfredshed som de mest virkningsfulde målbare effekter⁴. Derudover sås en effekt på antal læge- og fysioterapikonsultationer og henvisninger til radiologisk billeddiagnostik⁵. To studier, der målte smerteintensitet og varighed, sundhedsrelateret livskvalitet og varige symptomer, har også vist positive effekter af direkte adgang på tværs af forskellige opfølgingsvarigheder⁶. Tre nyere studier har dog ikke fundet nogen konsistente signifikante forskelle i fysisk og mentalt helbred, smerteintensitet, sundhedsrelateret livskvalitet eller omkostninger. Konklusionen var, at patienter som blev behandlet i fysioterapien, viste samme helbredseffekter ved op til 12 måneders opfølgning, uanset om patienten var henvist af praktiserende læge eller havde henvendt sig direkte til fysioterapeuten⁷. Uagtet effekter på helbred og sundhedsøkonomi kan en forenklet adgang til fysioterapi imidlertid bidrage til øget patienttilfredshed⁸.

Ingen tidligere undersøgelser har evalueret indførelsen af 40 % offentligt tilskud til

¹ Hartvigsen et al., 2018; Koch et al., 2017; Woolf & Pflieger, 2003; Holmberg et al., 2015

² Koch et al., 2017

³ Danmarks Statistik, 2019

⁴ Ojha et al., 2014; Piano et al., 2017; Piscitelli et al., 2018

⁵ Leemrijse et al., 2008; Ludvigsson & Enthoven, 2012; Pendergast et al., 2012; Webster et al., 2008

⁶ Ludvigsson & Enthoven, 2012; Nordeman et al., 2006

⁷ Bishop et al., 2017; Bornhöft et al., 2019; Ojha et al., 2020

⁸ Bishop et al., 2017; Ludvigsson & Enthoven, 2012; Webster et al., 2008

selvhenviste fysioterapipatienter i en kontekst, hvor direkte adgang allerede er en mulighed. I stedet evaluerer de selve indførelsen af direkte adgang. Tidligere undersøgelser stammer fra Sverige, Holland, Irland, Storbritannien, Skotland

og USA, som har sundhedssystemer der på flere punkter adskiller sig fra det danske. Ovenstående resultater kan derfor ikke nødvendigvis overføres til en dansk kontekst.

3.1 Design og metode

Direkte adgang – behandling i almen fysioterapi med offentligt tilskud uden lægehenvi­sing – er blevet afprøvet i et kontrolleret design i fire kommuner, der parvis ligner hinanden i forhold til socioøkonomi, pendlermønstre, forekomst af ryg­sygdomme samt adgang til og forbrug af ydelser i henholdsvis almen praksis og fysioterapi. Via lodtrækning blev det bestemt, at Ballerup og Frederikssund blev interventionskommuner, mens Gladsaxe og Gribskov blev kontrolkommuner. I de to interventionskommuner har borgere bosiddende i kommunen haft mulighed for direkte adgang til fysioterapi inden for kommunegrænsen. I de to kontrolkommuner har adgang til fysioterapi fungeret efter de gældende regler. Projektet omfattede alle praktiserende fysioterapeuter, der tilbyder fysioterapi med offentligt tilskud i de fire kommuner med undtagelse af en enkelt fysioterapiklinik, som udskød sin deltagelse i seks måneder. Dette omfattede i alt 15 klinikker, heraf syv klinikker i indsatskommunerne og otte klinikker i kontrolkommunerne.

Direkte adgang var en mulighed fra 1. november 2020 til 31. oktober 2021. I denne periode blev borgerne inviteret til at deltage i projektet i forbindelse med tidsbestilling hos klinikkerne i interventions- og kontrolkommunerne.

Deltagelsen indebar, at patienterne gav samtykke til, at deres data kunne anvendes i forbindelse med evalueringen. Både borgere med og uden henvi­sing blev inviteret.

Interventions- og kontrolgruppen udgøres således af alle patienter i de givne kommuner, der har anvendt almen fysioterapi (både patienter med og

uden henvi­sing fra almen praksis), og som valgte at deltage i projektet.

Derudover blev der indsamlet ydelsesdata fra de fire kommuner på aggregeret niveau for at sammenligne eventuelle overordnede ændringer i ydelsesmønstrene i de to grupper.

Omfattede patienter

Målgruppen omfattede patienter i almindelig fysioterapi (speciale 51). Det betyder, at patienter som modtog vederlagsfri fysioterapi (speciale 62), ikke indgik i projektet. Deltagere skulle:

- være fyldt 18 år
- opstarte nyt fysioterapiforløb i interventionsperioden.

Deltagerne blev ekskluderet hvis han/hun:

- var gravid
- havde en lægehenvi­sing til hjemmebehandling.

Dataindsamling

Evalueringen blev udviklet på baggrund af en forståelse af indsatsens aktiviteter, implementering og forventede effekter. Bilag 1 illustrerer de undersøgte sammenhænge og guidede dataindsamlingen.

3.1 Interviewdata

Der er gennemført interviews i de syv fysioterapiklinikker og udvalgte lægepraksisser i de to interventionskommuner om de fagprofessionelles oplevelser med ordningen direkte adgang. Data består af:

- semistrukturerede kvalitative telefoninterviews med én fysioterapeut fra hver af de syv deltagende klinikker
- semistrukturerede kvalitative telefoninterviews med to kliniksekretærer
- semistrukturerede kvalitative telefoninterviews med seks praktiserende læger og tre praksispersonaler (lægesekretærer og sygeplejersker)
- Feltnoter (om COVID-19, dataregistrering, kommentarer fra klinikker etc.).

Interviews med fysioterapeuter afdækker deres oplevelse af at tage patienter ind uden henvisning, overvejelser over opsporing af cancer og tilbagehenvisning af patienter til almen praksis,

oplevelse af at have de nødvendige kompetencer og oplevelse af patientgruppen sammenlignet med den patientgruppe, de almindeligvis har (med lægehenvi sning). Kliniksekretærene i fysioterapiklinikkerne er blevet spurgt til deres oplevelse af projektet i forbindelse med tidsbestilling, rekruttering og afregninger. Interviews med praktiserende læger afdækker deres tillid til ordningen med direkte adgang til fysioterapi og til fysioterapeuterne, oplevelse af omfanget af patienter med MSD og vurdering af betydningen af ordningen for deres praksis. Praksispersonalet er blevet spurgt til deres rolle i forbindelse med at informere om muligheden for direkte adgang til fysioterapi, når patienter henvendte sig med MSD.

Interviewguides er vedlagt i bilag 2. Interviewene er gennemført i slutningen af og umiddelbart efter indsatsperioden. Alle interviews er optaget på diktafon og efterfølgende transskriberet ordret, tematiseret og meningskondenseret.

3.2 Afregningsdata

Vi har indhentet aggregerede data på ydelsesforbrug i fysioterapi, almen praksis, reumatologi, ortopædkirurgi og radiologisk billeddiagnostik for alle borgere bosiddende i de fire kommuner fra 1. november 2018 til 1. november 2021.

For de deltagere, der gav samtykke, indhentede vi data om henvisninger og ydelser fra tidspunktet

for første konsultationsdato til seks måneder efter. Der blev indhentet ydelsesdata i almen praksis seks måneder før første konsultation for at kunne vurdere effekten på henvendelser i almen praksis inden start på fysioterapiforløbet. Data blev indhentet i afregningssystemet for praksis- og hospitalssektor i Region Hovedstaden. Se bilag 3 for oversigt over disse ydelser.

3.3 Spørgeskemadata fra patienterne

Deltagere blev bedt om at udfylde tre spørgeskemaer: ved baseline samt henholdsvis seks uger og seks måneder efter henvendelse til fysioterapiklinikken. Spørgeskemaet afdækkede symptomer, livskvalitet, funktionsniveau, kontakt til sundhedsvæsenet, tiltro til ordningen om direkte

adgang og ved followup også tilfredshed med forløbet. Spørgeskemaet blev sendt til deltagerne e-Boks, og deltagerne udfyldte spørgeskemaerne online (i sikret databasesystem (REDCap)). Se bilag 4.

3.4 Fysioterapeutvurdering ved første konsultation

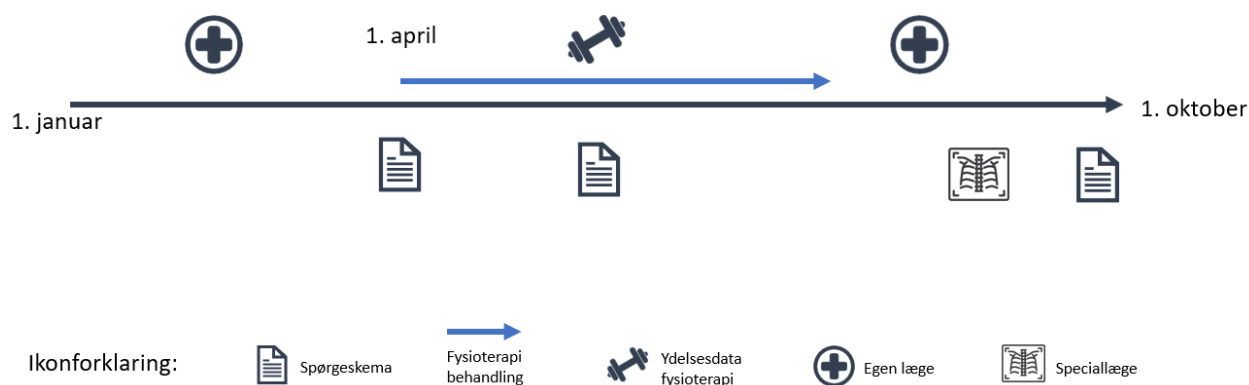
Ved første konsultation registrerede fysioterapeuterne i REDCap, om fysioterapiforløb blev igangsat eller afsluttet, og hvis det blev afsluttet en begrundelse herfor; herunder

registrerede fysioterapeuterne, hvis der var et rødt flag, der indikerede patologi, som ikke skulle håndteres i fysioterapipraksis.

3.5 Kobling af data

Deltagernes spørgeskemabesvarelser blev koblet på CPR med ydelsesdata fra Region Hovedstaden.

Figur 1 Illustreret eksempel på projektets datasammensætning



3.6 Rekruttering

Deltagere blev rekrutteret ved tidsbestillingen til første behandling i fysioterapi. Sekretær eller fysioterapeut informerede om projektet og indhentede samtykke til at sende mere information via e-Boks gennem forskningsdatabasen REDCap. Der blev sendt to rykkere efter henholdsvis syv og 14 dage. Ved at klikke på et link i email-invitationen fik patienten adgang til projektets oplysningspligt, samtykkeerklæring og spørgeskema. I projektperioden blev klinikkerne

løbende kontaktet af en projektmedarbejder og støttet i at få inviteret så mange patienter som muligt og for at øge svarprocenten. Klinikkerne fik bl.a. tilsendt data over rekrutteringsstatus for både interventions- og kontrolklinikker, de fik input til hvordan invitationen og indtastningen kunne håndteres, og de fik mulighed for at klare indtastningen på den måde, der bedst passede deres arbejdsrutiner.

3.7 Analysetilgang

Rekrutteringsprocessen illustreres af diagrammer over det samlede antal registrerede deltagere samt svarprocenter på baseline og followup for interventions- og kontrolgruppe. Derudover anvendes baselinedata til at undersøge, om interventions- og kontrolgruppe var sammenlignelig.

På baggrund af aggregerede data over ydelser i november 2018-oktober 2019 (uden COVID-19), november 2019-oktober 2020 (med COVID-19) og november 2020-oktober 2021 (indsatsperioden) vurderes det, hvor stor indflydelse ordningen har haft på det samlede ydelsesforbrug i de fire kommuner.

Effekten af ordningen direkte adgang undersøges ved at sammenligne selvrapporteret effektmål og ydelsesforbrug. Vurderingen af, om der er forskel mellem grupperne, foretages på den samlede gruppe, da en eventuel bredere indførelse af direkte adgang uden lægehenvielse vil omfatte den samlede gruppe af mennesker, der går til fysioterapi. Derudover foretages der sensitivitetsanalyser, hvor deltagerne deles op på patienter med og uden henvisning. Kontinuerede variable opsummeres med middelværdi og range. Procentdel og hyppighed rapporteres for kategoriske variable.

3.8 COVID-19-forbehold

Det offentlige ydelsesmønster i sundhedsvæsenet var i indsatsperioden påvirket af COVID-19-pandemien. Resultaterne af projektet skal derfor tolkes under hensyntagen til restriktioner og smittetal i de deltagende kommuner. Projektet blev igangsat 1. november 2020. Beslutningen om igangsættelse blev taget efter en sommer, hvor smittetallene var faldet, hverdagen var normaliseret i klinikkerne og produktionen af

fysioterapiydelser var på et let reduceret niveau sammenlignet med tiden før COVID-19-pandemien. Da indsatsen blev igangsat 1. november 2020, var smitten imidlertid stigende igen og vinteren bød løbende på restriktioner afhængigt af smittetallene i den enkelte kommune. Se overblik over gældende restriktioner i samfundet i projektperioden i tabel 1 nedenfor.

Tabel 1 Oversigt over gældende COVID-19-relaterede restriktioner i projektperioden

Periode	Generelle restriktioner	I fysioterapi
Nov.-dec. 2020	<p>Forsamlinger: Max 10 personer</p> <p>Private arrangementer: Anbefaling om max 10 personer i privat hjem og max 10 sociale kontakter</p> <p>Kollektiv transport: Krav om mundbind/visir. Undgå myldretid</p> <p>Detailhandlen: Krav om mundbind/visir. Restriktioner, fx afstand og antal</p> <p>Sundheds- og plejesektor: Krav om mundbind/visir</p> <p>Kirke og trossamfund: Max 500 til stede samtidigt</p> <p>Arbejdspladser: Opfordring til hjemmearbejde</p>	<p>Patienter skal bære mundbind eller visir – dog ikke under træning</p> <p>Rengøring efter hver behandling</p> <p>Loft på antal patienter pr. m² i klinikken</p>

	<p>Restauranter, cafeer mv: Krav om mundbind/visir. Skal lukke kl. 22</p> <p>Spillesteder, konferencer mv. med siddende publikum: Max 500 personer, hvis siddende i samme retning</p> <p>Diskoteker, natklubber mv: Lukket</p> <p>Indendørs kulturinstitutioner og idrætsfaciliteter: Krav om mundbind eller visir. Restriktioner, fx afstand og antal</p>	Afspærring af venteværelse samt opfordring til patienter om at ankomme præcis til tiden
16. dec. 2020	Indendørs kulturinstitutioner, restauranter mv: Lukket	
17. dec. 2020	Storcentre: Lukket	
21. dec. 2020	<p>Skoler: Elever undervises digitalt</p> <p>Fritidstilbud og liberale erhverv: Lukket</p> <p>Danmark er reelt nedlukket</p>	Ved en fejl bliver det kommunikeret i medierne, at fysioterapi er omfattet af nedlukningen
27. dec. 2020	Første danskere vaccineres	
29. dec. 2020	Nedlukningen forlænges til 17. januar	
5. jan. 2021	<p>Restriktioner: Skærpes</p> <p>Forsamlingsforbud: Sænkes til fem personer</p> <p>Afstandskrav: Øges til to meter</p> <p>Opfordring til at droppe alle aftaler og blive hjemme</p>	
9. jan. 2021	Rejser til udlandet: Frarådes	
1. mar. 2021	<p>Danmark genåbner delvist</p> <p>Udvalgswarebutikker: Genåbnes med kvadratmeterkrav/tidsbestilling</p> <p>Indendørs kulturinstitutioner: Genåbnes med krav om dokumentation for negativ COVID-19-test (højest 72 timer gammel)</p> <p>Forsamlingsforbuddet: Hæves fra fem til 25 personer for udendørs idræts- og foreningsaktiviteter i organiseret regi</p>	
15. mar. 2021	<p>Skoler og uddannelser: Genåbnes</p> <p>Udvalgswarebutikker: Lempelse af kvadratmeterkrav/tidsbestilling.</p>	
6. apr. 2021	Liberale erhverv: Genåbnes med krav om dokumentation for negativ COVID-19-test	
21. apr. 2021	<p>Forsamlingsloft: Hæves til 25</p> <p>Restauranter, cafeer mv: Genåbnes med krav om dokumentation for negativ COVID-19-test</p>	
4. maj 2021	Udvidet genåbning	
21. maj 2021	Alt på nær natklubber og diskoteker åbner	
10. jun. 2021	Krav om mundbind udfases	
14. aug. 2021	Afstandskrav udfases	
10. sep. 2021	COVID-19 vurderes ikke længere som samfundskritisk sygdom. Alle restriktioner fjernes	

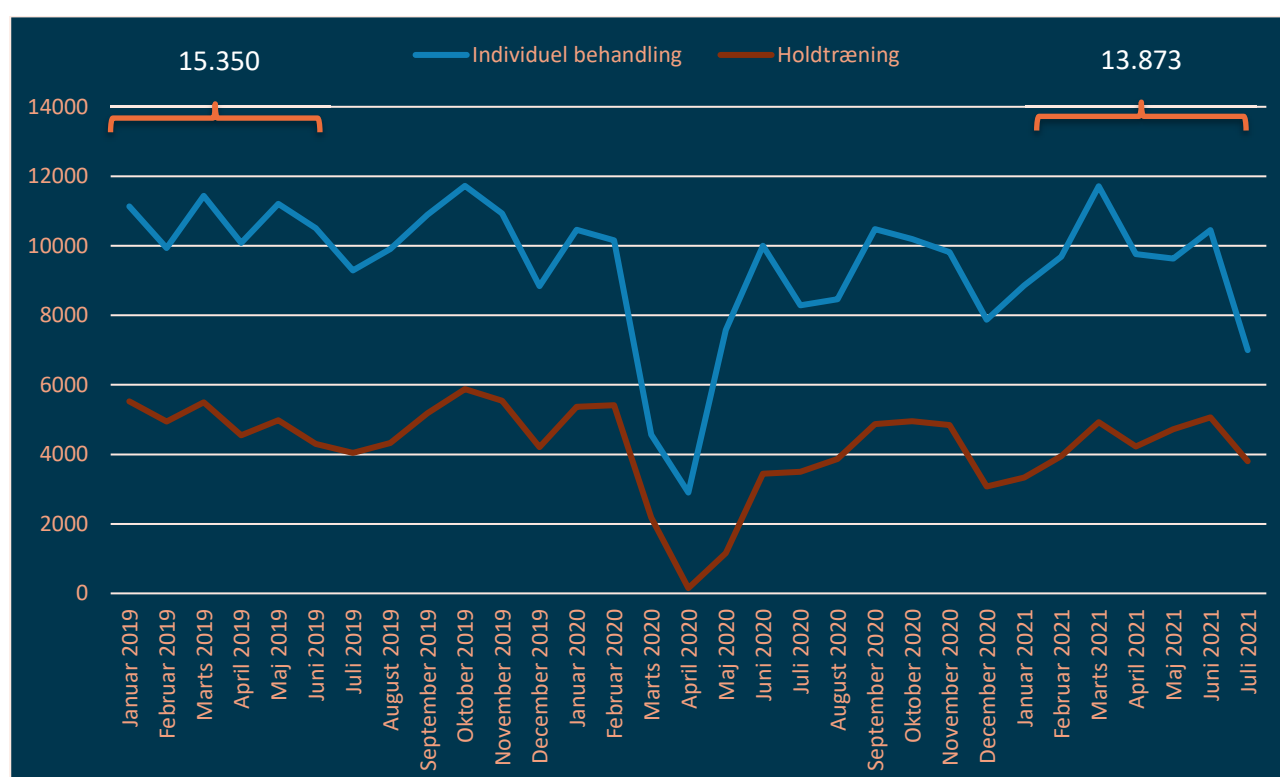
4.0 Resultater

4.1 Produktion i klinikkerne i indsatsperioden

På trods af at perioden var præget af restriktioner, har klinikkerne i indsatsperioden haft en produktion, der kun ligger lidt lavere end i de

forudgående år. Figur 2 viser den månedlige produktion i de deltagende klinikker inden indsatsperioden og i første del af indsatsperioden.

Figur 2 Projektklinikkernes månedlige produktion i perioden januar 2019-juli 2021



Da der er et sæsonpræget mønster i den månedlige produktion, er det nødvendigt at sammenligne de samme kalendermåneder. For april og maj 2020 ses effekterne af nedlukningen på produktionen, da alle ikke-nødvendige sundhedsydelser blev standset. Sammenlignes perioden januar 2021-juli 2021 (indsatsperioden) med samme kalendermåneder i 2019, ses et lille fald på 10 % i det gennemsnitlige antal ydelser. Det betyder, at selvom kravet om flere kvadratmeter pr. patient har betydet, at holdtræning er blevet afholdt med

færre deltagere pr. hold for at overholde restriktionerne, og at klinikansatte har brugt mere arbejdstid på rengøring efter hver patient, var der i indsatsperioden en produktion svarende til 90 % af niveauet i 2019.

Restriktionerne kan have betydet, at andre grupper af patienter er kommet til. Dels kan mennesker med kronisk sygdom eller anden form for sårbarhed over for virus have haft større tendens til ikke at opsøge fysioterapi alene grundet risikoen for smitte med COVID-19, særligt i

vintermånederne, hvor Danmark i praksis var lukket. Dels kan hjemmearbejde have betydet, at andre grupper har benyttet sig af fysioterapi. Vi kan imidlertid ikke med de eksisterende data

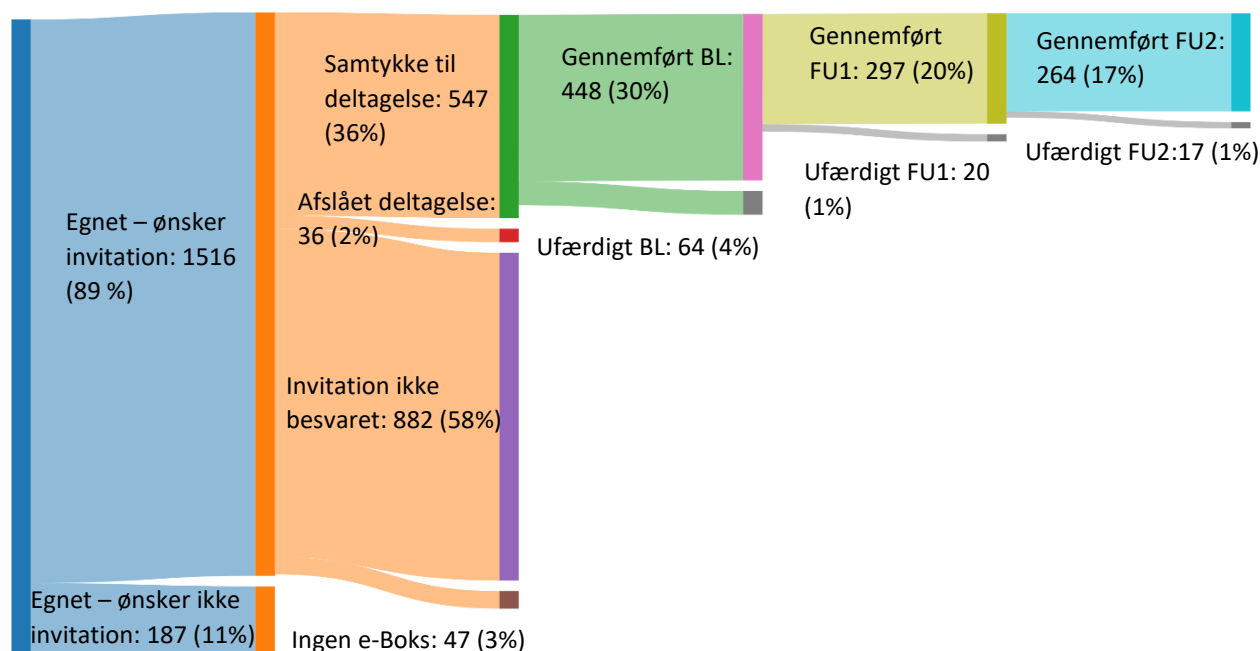
redegøre for en eventuel ændring i patientpopulationen i indsatsperioden. De deltagende fysioterapeuter italesatte dog ikke nogen oplevede forskelle i patientgruppen.

4.2 Deltagerpopulation

Nedenfor illustreres rekrutteringsflowet samt svarprocenter ved baseline og followup i henholdsvis interventions- og kontrolkommuner

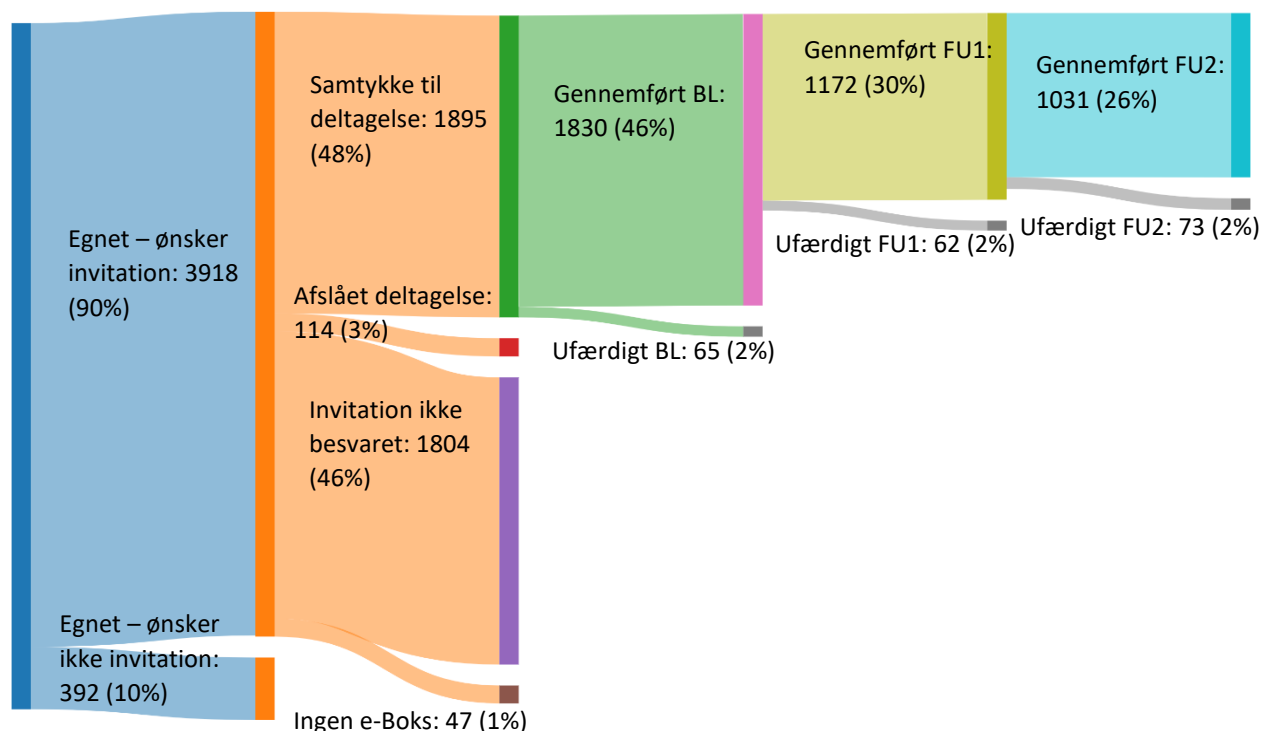
blandt de patienter, der blev inviteret til deltagelse i studiet.

Figur 3 Rekruttering og deltagelse i kontrolgruppen



BL = baselinespørgeskema. FU1 = spørgeskema: seks uger. FU2 = spørgeskema: seks måneder.

Figur 4 Rekruttering og deltagelse i interventionsgruppen



BL= baselinespørgeskema. FU1 = spørgeskema: seks uger. FU2= spørgeskema: seks måneder.

Som det fremgår af figur 4, var deltagelsesprocenten i kontrolgruppen 36 % (547 personer). Heraf besvarede 297 personer første followup og 264 personer besvarede anden followup. I interventionsgruppen var deltagelsesprocenten 48 % (1895 personer). Heraf besvarede 1172 personer første followup og 1131 personer besvarede anden followup. For begge grupper gør det sig således gældende, at det må antages at være en selekteret gruppe, som inddrages i analyserne på individniveau. Forud for projektet blev det på baggrund af data fra praksissektoren vurderet, at mere end 8.000

unikke personer modtog offentligt tilskud til behandling i almen fysioterapi i 2018. Dertil kommer et ukendt antal personer som behandles i fysioterapi, men som ikke optræder i de offentlige registre, fordi de ikke modtager tilskud. Den generelle svarprocent for projektet vurderes således som lav, og desværre ses der samtidig en forskel i både antal afsendte invitationer og deltagelsesgrad mellem kontrol- og interventionsgruppen. Det svækker generaliserbarheden, og der skal tages forbehold for et relativt smalt datagrundlag.

4.3 Implementering

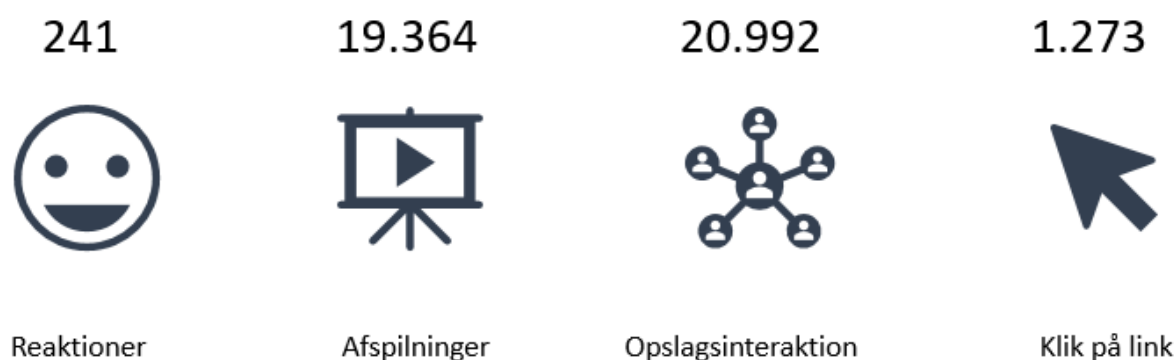
Ændringer i ydelsesmønstre og patientoplevelsen af adgangen til fysioterapi afhænger af, at borgerne i de to interventionskommuner har været opmærksomme på muligheden for at kunne gå direkte til fysioterapi uden en lægehenvielse, at de følte sig trygge ved at søge behandling uden om lægen, og at samarbejdet mellem fysioterapeut og læge understøttede muligheden.

Den primære information direkte til borgeren om muligheden for at gå direkte til fysioterapi skete via information i lokalaviser, notiser på fysioterapeuternes hjemmesider og via annoncering på Facebook. Derudover blev almen praksis flere gange gennem forløbet informeret om muligheden, så klinikpersonalet i forbindelse med tidsbestilling kunne informere borgere om, at de ikke behøvede en henvielse fra lægen i forbindelse med MSD, hvis patienten selv vurderede, at fysioterapi kunne være en brugbar behandlingsmetode.

Det var oprindeligt planen at gennemføre en reel kendskabsanalyse, men grundet COVID-19-

relaterede restriktioner og anbefalinger gennem størstedelen af projektets varighed var dette ikke en mulighed. I stedet anvendes data om trafik på Facebook samt antal annoncer i perioden til at give et billede af kendskabet. Derudover undersøges kendskabet blandt patienter med og uden henvielse gennem spørgeskemaet. I den 31-dages kampagne i perioden 11. februar 2021-14. marts 2021 for Facebookbrugere i Ballerup og Frederikssund Kommuner viser Facebooks egen opgørelse, at i alt 20.992 personer har interageret med opslaget, hvor daværende Regionrådsformand Sophie Hæstorp Andersen (S) i et videospot kort informerede om projektet (se figur 5). Der er således en stor andel af de knap 95.000 borgere i Frederikssund og Ballerup Kommuner, der har set informationen. Vi kan dog ikke vide, hvor mange der har set informationen andre steder, eller hvor mange der er informeret af egen læge, når de har henvendt sig med MSD.

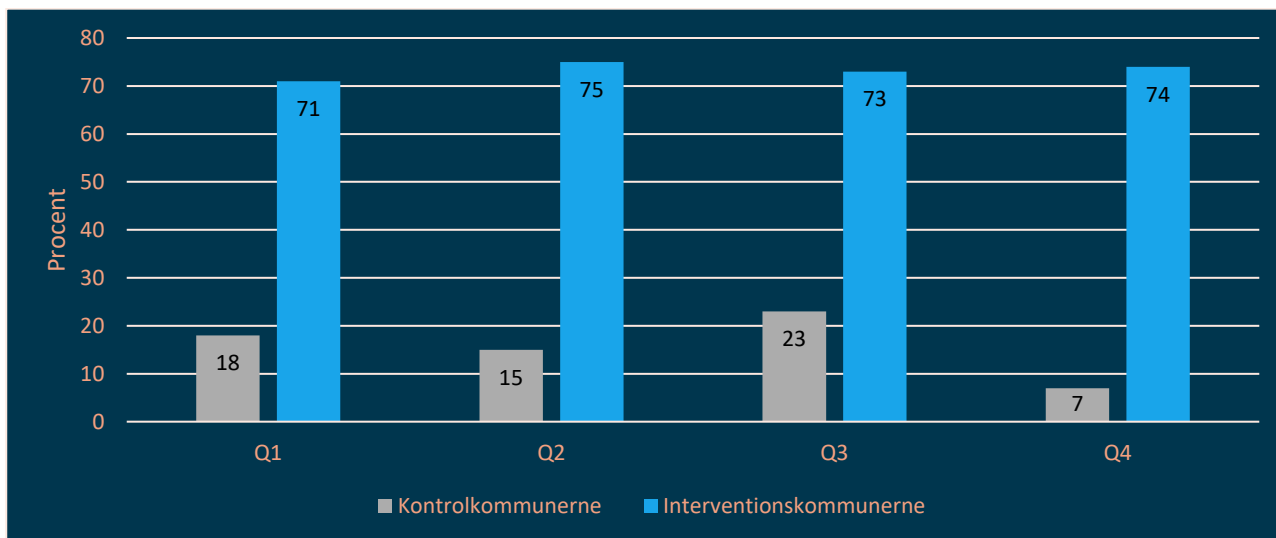
Figur 5 Opslagsinteraktion med annonce på Facebook



Hvis man ser på andelen af borgere, som benyttede sig af ordningen direkte adgang til fysioterapi, kan vi se, at der i interventionskommunerne er næsten tre gange så

mange som i kontrolkommunerne, der har benyttet sig af direkte adgang (illustreret i figur 6). Det tyder på, at kendskabet til ordningen til en vis grad har været udbredt.

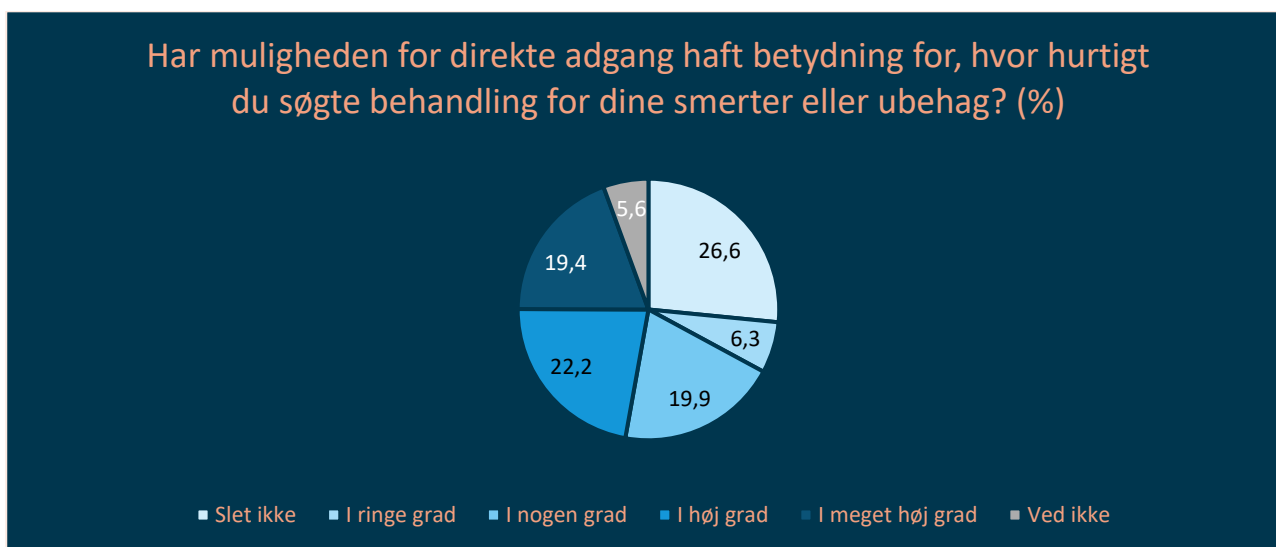
Figur 6 Andel projektdeltagere uden henvisning i kontrol- og interventionskommune pr. kvartal



Blandt de patienter i indsatskommunerne, der havde en henvisning, kendte knap halvdelen til muligheden for at gå direkte med tilskud (45 %). Knap 40 % af patienterne, som brugte direkte

adgang, vurderede, at indsatsen i høj eller i meget høj grad har haft betydning for, hvor hurtigt de søgte behandling, mens det for over en fjerdedel slet ikke har haft betydning (se figur 7).

Figur 7 Betydning af direkte adgang for brugere af ordningen



4.4. Oplevelsen af ordningen med direkte adgang til fysioterapi blandt de sundhedsprofessionelle
 I det følgende beskrives de fagprofessionelles holdninger til, tilfredshed og erfaringer med ordningen direkte adgang til fysioterapi, herunder betydningen for almen praksis og for behandlingsforløbene samt erfaringer med ændrede procedurer og patientgruppen, der benyttede sig af muligheden. Herefter beskrives de fagprofessionelles sundhedsfaglige tillid til ordningen og deres forslag i forbindelse med en eventuel implementering af ordningen.

4.4.1 Erfaringer med dataindsamling til evaluering af projektet

Som led i evalueringen af projektet blev de fagprofessionelle pålagt en række ændrede arbejdsgange og procedurer. Disse bestod i, at patienter i målgruppen skulle informeres om muligheden for direkte adgang til fysioterapi og inviteres til at deltage i projektet, hvorefter deltagende patienter skulle oprettes og registreres i forskningsdatabasen i REDCap. De ændrede arbejdsgange og procedurer vil ikke være aktuelle i en eventuel implementering af ordningen efter projektets ophør, men kan have haft betydning for rekrutteringen af patienter til projektet. Begge kliniksekretærer beskriver, at det har været mere omstændigt at oprette forløb med direkte adgang til fysioterapi end vanlige forløb med

lægehenvi sning, fordi de har skullet oprette patienterne i REDCap-databasen og introducere dem til spørgeskemaet. Derudover har det været frustrerende for sekretærerne, at klinikkens IT-system, sundhedsforsikrings bookingsystemer og forskningsdatabasen ikke har kunnet kommunikere med hinanden. Også fysioterapeuterne beskriver oplevelser af et stort tidsforbrug i forbindelse med oprettelse og registrering af patienter i forskningsdatabasen. Dette kan være en del af forklaringen på, at der er blevet oprettet væsentligt færre patienter end forventet, og at fysioterapeuterne kun for under halvdelen af patienterne har indtastet opstart af forløb og røde flag ved første konsultation.

4.4.2 Overordnet tilfredshed med muligheden for direkte adgang til fysioterapi

Alle syv interviewede fysioterapeuter beskriver en umiddelbar tilfredshed med og begejstring for muligheden for direkte adgang til fysioterapi. Begrundelserne for dette er blandt andet, at de ikke oplevede nogen mærkbar forskel mellem ordinære forløb med henvisning fra egen læge og forløb med direkte adgang til fysioterapi. Fem ud af seks interviewede læger udtrykker en generel tilfredshed med muligheden for direkte adgang til fysioterapi. De oplever det både som en aflastning af almen praksis og som en

kvalitetsforbedring for patienterne, som kan spare et besøg hos deres alment praktiserende læge. Også de tre praksispersonaler udtrykker tilfredshed med ordningen og beskriver det som en mulighed, der aflaster almen praksis og gør livet lettere for patienterne. De fortæller, at patienterne har taget godt imod tilbuddet. En enkelt læge er principielt imod muligheden for direkte adgang til fysioterapi, fordi den fratager de praktiserende læger rollen som gatekeeper til sundhedsvæsenet.

4.4.3 Information om muligheden for direkte adgang

I de fleste fysioterapiklinikker har opgaven med at informere patienter om muligheden for direkte adgang ligget hos klinikpersonalet, primært hos sekretærene og også hos fysioterapeuter, som har passet telefonen. Ingen af fysioterapeuterne har brugt meget tid på at informere patienter, men har været glade for at kunne give patienterne tilbuddet om direkte adgang. En fysioterapeut beretter desuden, at de praktiserende læger har stået for at informere patienter, mens en anden nævner, at information om muligheden har været tilgængelig på klinikens hjemmeside. De interviewede kliniksekretærer fortæller, at opgaven med at informere patienter om muligheden for direkte adgang har været delt mellem dem og de alment

praktiserende læger. Kliniksekretærene har oplevet opgaven som lettere tidskrævende, men meget relevant.

Fire af de interviewede læger har erfaringer med selv at informere patienter om muligheden for at henvende sig direkte til en fysioterapiklinik. Alle tre adspurgte praksispersonaler fra almen praksis har erfaringer med at informere patienter, som har henvendt sig i klinikken med MSD, om muligheden for fysioterapi uden lægehenvisning. De interviewede læger og praksispersonaler har været glade for at kunne informere deres patienter om denne mulighed, og den ekstra tid, de har brugt på det, er til gengæld blevet sparet på at lave aftaler om og afholde konsultationer.

4.4.4 Antal henvendelser i almen praksis fra patienter i projektets målgruppe

Tre læger har en oplevelse af at have tilset lidt færre patienter med MSD i projektperioden, mens tre læger mener, at antallet af patienter med MSD ikke ændrede sig. To læger fortæller, at de havde forventet færre patienter i denne gruppe, to læger havde forventet et uændret patientantal, og de resterende to læger havde ingen forventninger til antallet af patienter med MSD.

For de praktiserende læger har ordningen kun i begrænset omfang resulteret i ændrede arbejdsgange. De fleste læger tilkendegiver, at de ikke har handlet anderledes i forbindelse med projektet. Et par læger fortæller, at de har sprunget et arbejdsled over og derved sparet tid for både patienterne og sig selv ved at sende patienter med banale problemstillinger, og som i mange tilfælde selv har bedt om en henvisning til fysioterapi, direkte til fysioterapi frem for at bede patienten

om at møde op i konsultationen for at få en henvisning. Patienter, som har ytret ønske om en tid hos lægen og patienter med mere komplicerede problemstillinger har de som vanligt tilset i klinikken før en eventuel videresendelse til fysioterapi.

I løbet af projektperioden blev det besluttet, at de praktiserende læger skulle skrive en henvisning, hvis en patient besøgte deres klinik pga. MSD, også selvom patienten her blev informeret om muligheden for direkte adgang til fysioterapi. To læger oplyser, at de af denne grund ikke har oplevet ændrede arbejdsgange i forhold til gruppen af patienter med MSD. De oplevede det ikke som en ekstra byrde, når der alligevel skulle skrives en henvisning, men blot som vanlig procedure.

4.4.5 Procedurer i forbindelse med første konsultation

Størstedelen af de adspurgte fysioterapeuter beretter om lille eller ingen forskel på den første konsultation i et ordinært forløb med lægehenvisning og et forløb med direkte adgang til fysioterapi. Dog peger de på at have brugt ekstra tid på dokumentation til almen praksis, og flere af fysioterapeuterne fremhæver en klar oplevelse af, at denne tid går fra undersøgelse og

behandling af patienten. To fysioterapeuter oplever et øget ansvar som den afgørende forskel mellem forløb med direkte adgang og forløb med lægehenvisning; et ansvar, som både omfatter at undersøge, om der er indikation for fysioterapi, eller om patienten bør tilses af en praktiserende læge først, og at tilrettelægge behandlingsforløbet.

4.4.6 Patientgrupper og betydning for behandlingsforløb

Fysioterapeuterne har indtryk af, at muligheden for direkte adgang for nogle patienter har betydet, at deres behandlingsforløb har kunnet igangsættes tidligere, eftersom de har kunnet springe et besøg hos egen læge over. Fire ud af syv fysioterapeuter mener, at de patienter, som har fået behandling med direkte adgang til fysioterapi, ligner de patienter, der får behandling med henvisning fra egen læge. De tre resterende fysioterapeuter har en oplevelse af, at henvendelsesårsagerne har været mindre komplicerede end i forløb med lægehenvvisning, og at behandlingsforløbene tilsvarende har været kortere. Én fortæller, at henvendelsesårsagerne oftest har været smerter eller tilstande, som normalt går over af sig selv, fordi den praktiserende læge ikke som vanligt på forhånd har frasorteret patienter med denne type

problemstillinger. I disse tilfælde har behandlingsforløbene været kortere, og flere patienter er blevet afsluttet efter første konsultation. I alt har tre fysioterapeuter oplevet at måtte afvise patienter på grund af en bagatelgrænse, det vil sige patienter, som efter fysioterapeutens vurdering ikke havde behov for fysioterapi. Ingen af dem har erfaret det som svært eller problematisk at afslutte patienter efter første konsultation. Derudover nævner enkelte fysioterapeuter, at patientgruppen er yngre og mere ressourcestærk, og at en større andel af patienterne tidligere er blevet behandlet i samme klinik og dermed har kendskab til klinikken, behandleren og til fysioterapi samt tillid til, at fysioterapi er den rigtige terapiform til den pågældende problemstilling.

4.4.7 Kommunikation mellem fysioterapeuter og almen praksis

I projektet har fysioterapeuterne haft til opgave at kommunikere med almen praksis via korrespondancemeddelelser i forbindelse med første konsultation og via epikriser i forbindelse med afslutning af et forløb. Et flertal af fysioterapeuterne oplever et øget tidsforbrug på dokumentation i forbindelse med både korrespondancemeddelelser og epikriser. To fysioterapeuter nævner, at det er særligt tidskrævende i tilfælde, hvor den alment praktiserende læge ikke allerede findes i fysioterapeutens system, og lokationsnummeret derfor skal søges frem. Dette ekstraarbejde er dog kun nødvendigt første gang, der skal kommunikeres med en given læge. Generelt er det fysioterapeuternes erfaring, at kommunikationen med de praktiserende læger i høj grad – og som vanligt – er envejskommunikation. Kun i tilfælde, hvor en patient skal sendes tilbage til almen praksis, eller der er behov for undersøgelser uden for fysioterapien, er der dialog med de

praktiserende læger. Flere fysioterapeuter problematiserer dette og efterspørger flere tilbagemeldinger fra de praktiserende læger og som minimum en bekræftelse af, at lægen har læst informationen fra fysioterapeuten. Én fysioterapeut fortæller, at de i deres system har en funktion, som viser, at den praktiserende læge har åbnet meddelelsen, hvilket er rart for fysioterapeuten at vide. Fem ud af seks læger er tilfredse med kommunikationen med fysioterapeuterne, herunder korrespondancemeddelelserne, i projektperioden. To læger oplever, at korrespondancen med fysioterapeuterne fungerer bedre end normalt, fordi de modtager mere detaljeret information. En enkelt læge oplever dog at ”drukne” i korrespondancemeddelelser og ønsker i stedet kun at modtage information om vigtige ændringer i behandlingsforløbet.

4.4.8 Sundhedsfaglig tillid til ordningen direkte adgang til fysioterapi

De interviewede fysioterapeuter oplever et øget ansvar for behandlingsforløbet i forbindelse med direkte adgang til fysioterapi i forhold til ordinære forløb med lægehenviisning, fordi de fungerer som gatekeeper til behandlingssystemet og har den første kontakt med patienten. Bortset fra en enkelt fysioterapeut føler fysioterapeuterne sig rustet til og trygge ved dette øgede ansvar. Én fysioterapeut fortæller, at trygheden er betinget af muligheden for at sparre og rådføre sig med kollegaer i klinikken. En anden efterlyser en genopfriskning af journalskrivning, fordi præcis information til lægen er afgørende, når fysioterapeuten har overtaget lægens rolle som gatekeeper til sundhedsvæsenet.

Størstedelen af fysioterapeuter har følt sig fuldt ud i stand til at opfange røde flag og beretter, at det ikke har været anderledes end i ordinære forløb med lægehenviisning, hvor fysioterapeuten skal være tilsvarende opmærksom på afvigelser og komplikationer. To fysioterapeuter har i projektperioden oplevet at måtte sende en patient tilbage til almen praksis på grund af et rødt flag. To fysioterapeuter har en oplevelse af ikke at være fuldstændig rustet til at opfange røde flag. Den ene var ikke ansat i den pågældende klinik på tidspunktet for undervisningen i opsporing af cancer og deltog derfor ikke. Den anden ville gerne have haft mere undervisning i opsporing af cancer og hvilke symptomer, behandleren skal være opmærksom på, end det udbudte kursus tilbød. De fem resterende fysioterapeuter beskriver undervisningen som god. For de flestes vedkommende var der dog ikke tale om, at undervisningen bragte ny viden med sig, men i højere grad at undervisningen tilbød en genopfriskning af deres eksisterende viden på området. En fysioterapeut mener, at det er nødvendigt at gentage undervisningen løbende grundet vigtigheden af emnet.

Alle seks adspurgte læger har en overordnet tillid til fysioterapeuternes kompetencer til at kunne udpege de patienter, som skal sendes tilbage til

almen praksis for at blive behandlet af en læge.

Fire læger har i projektperioden oplevet, at patienter er blevet sendt retur til revurdering fra en fysioterapiklinik. I disse tilfælde har der overvejende været tale om relevante cases. Ingen af lægerne har eksempler på, at patienter er blevet sendt for sent tilbage til almen praksis.

Fem ud af seks læger giver udtryk for at have stor tillid til ordningen, mens en enkelt læge er imod ordningen, fordi den fjerner den praktiserende læges rolle som gatekeeper til sundhedsvæsenet. Den pågældende læge mener, at patienter ikke altid selv har en sikker fornemmelse af, hvad de har brug for (som fx speciallægehjælp, radiologisk billeddiagnostik, fysioterapi), og at en lægehenviisning indeholder værdifulde observationer om patienten til fysioterapeuten.

4.4.9 Implementering af ordningen

I forhold til en eventuel implementering af muligheden for direkte adgang til fysioterapi efter projektperioden nævner fysioterapeuterne forskellige opmærksomhedspunkter. To fysioterapeuter pointerer vigtigheden af, at det skal være nemt og simpelt, og at det ikke må være for tidskrævende. Som minimum bør der følge økonomi med, når man som fysioterapeut bruger ekstra tid på patienterne, også når tiden bruges på kommunikation med almen praksis. To andre fysioterapeuter fremhæver vigtigheden af, at klinikkerne har de nødvendige IT-systemer, så man undgår at skulle dokumentere både i klinikkens eget system og i forsikringselskabernes. Dette aspekt taler ligeledes ind i vigtigheden af at minimere tidsforbruget til dokumentation.

Sekretærene påpeger også nødvendigheden af, at de forskellige IT-systemer i højere grad kan interagere med hinanden, og at det gøres nemmere at oprette alle typer af patienter i klinikkens system. Fx kan patienter, som har en sundhedsforsikring, booke deres første tid online uden om sekretærerne, men sekretærerne har ikke mulighed for at rette eventuelle ukorrekte oplysninger, hvilket kan betyde returregninger fra Region Hovedstaden.

En fysioterapeut foreslår som løsning på problemet med ukendte lokationsnumre på

praktiserende læger, som skal modtage en korrespondancemeddelelse, at der etableres en server, hvor fysioterapeuterne kan lægge informationer, som de enkelte praktiserende læger efterfølgende selv kan finde, det vil sige en server svarende til den, hvor alment praktiserende læger kan lægge henvisninger til fysioterapi.

To fysioterapeuter beskriver, hvordan implementering af ordningen vil kræve en kulturændring i flere forskellige henseender: Dels skal befolkningen oplyses og have større kendskab til fysioterapeuternes kvaliteter og kompetencer for at opnå en højere grad af tryghed ved at henvende sig til en fysioterapeut uden at være tilset af sin praktiserende læge, og dels skal de praktiserende læger fralægge sig den opgave og det ansvar, det er at henvise til en fysioterapeut.

I almen praksis understreger både læger og praksispersonale vigtigheden af at øge borgernes kendskab til muligheden for direkte adgang, for at ordningen kan implementeres. Flere læger nævner, at en del patienter i projektets målgruppe trods muligheden for direkte adgang til fysioterapi har henvendt sig i almen praksis. Disse patienter viste sig ikke at være bekendt med ordningen. To læger foreslår, at der udsendes mere information direkte til borgerne, fx via e-Boks.

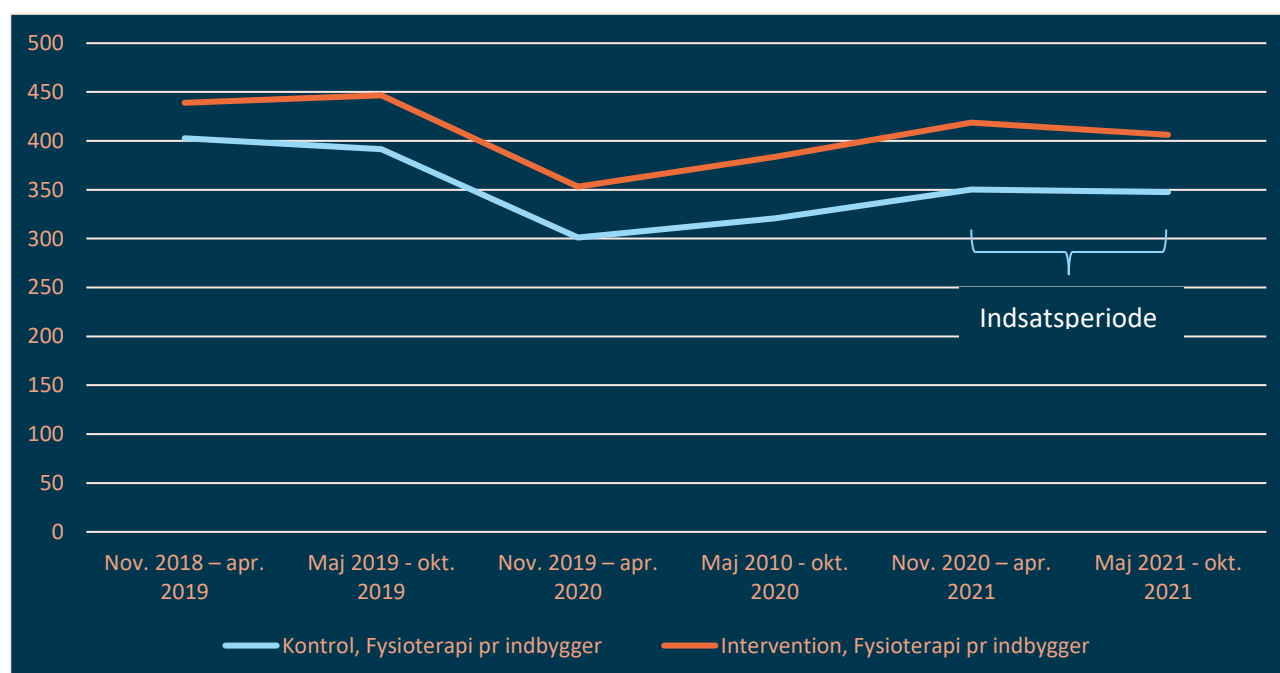
5.1 Aggregerede resultater

På baggrund af data om ydelsesmønstre indenfor almen praksis, fysioterapi, speciallægepraksis samt radiologisk billeddiagnostik i praksis- og hospitalssektor for borgere i de deltagende kommuner to år før og et år efter indførelse af direkte adgang vurderes det, om indførelsen af direkte adgang har medført ændringer i det samlede ydelsesmønster.

Figur 8 illustrerer ydelser i fysioterapi pr. indbygger i kontrol- og interventionskommuner

fra november 2018 til oktober 2021. Det ses, at antal ydelser pr. borger er lidt højere i interventionskommunerne end i kontrolkommunerne. Hvis man sammenligner absolut forskel mellem kontrol- og interventionskommune i hver af de seks halvårige datapunkter, ses ingen signifikant forskel før og efter indsatsen ($p=0.82$).

Figur 8 Ydelser i fysioterapi pr. 1000 indbyggere i perioden november 2018- oktober 2021



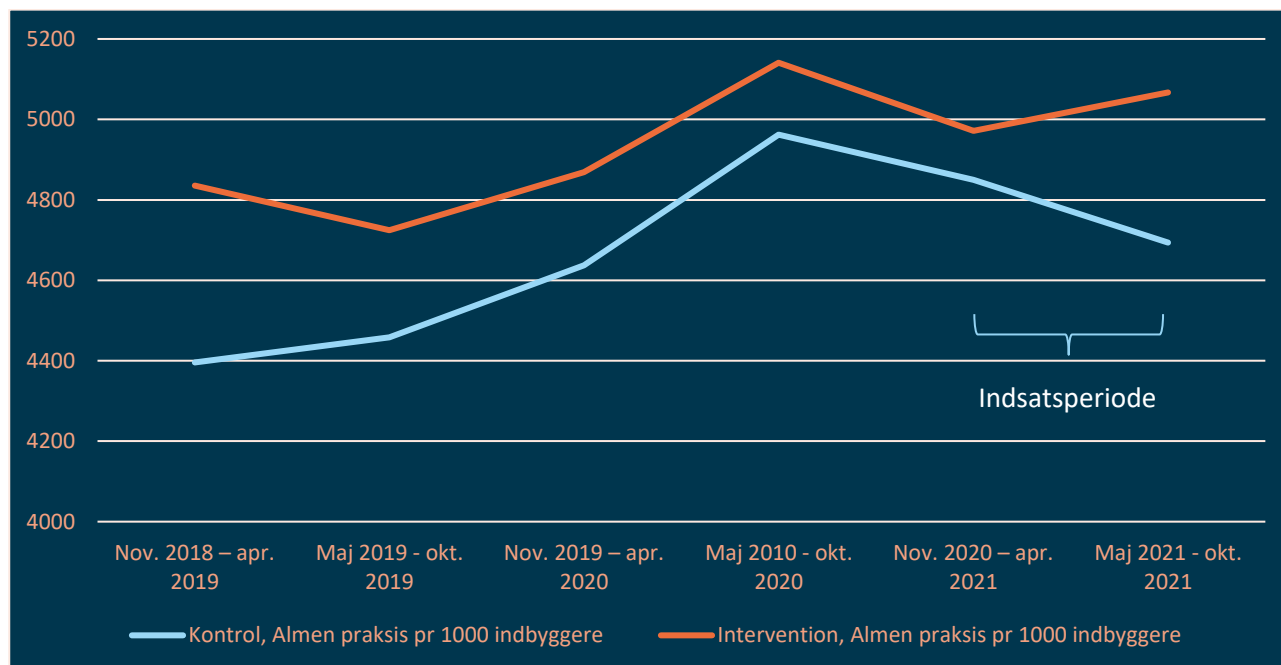
Ingen signifikante forskelle i udviklingen af ydelser i §51-fysioterapi.

I starten af indsatsperioden vælger 18 % af patienterne at gå til fysioterapi i en anden kommune. Dette falder i indsatsperioden til først 17 % og derefter 16 % (data ikke vist). Det kunne tyde på, at lidt flere vælger at gå til fysioterapi i egen kommune. Ændringen er dog lille, og andre

overvejelser som fx logistik vejer formentlig tungere, når det kommer til valg af fysioterapeut. Med hensyn til ydelser i almen praksis ses samme mønster som for fysioterapi: Antallet af ydelser pr. borger var højere i interventionskommunerne end i kontrolkommunerne både før og i indsatsperioden (se figur 9), og der var ingen

signifikant forskel på udviklingen mellem grupperne ($p=0.78$).

Figur 9 Ydelser i almen praksis pr. 1000 indbyggere i perioden november 2018-oktober 2021



Ingen signifikant forskel på udviklingen af ydelser i almen praksis.

Ydelsesmønstret for privatpraktiserende speciallæger og speciallægeydelser på hospital er faldende i perioden og følger hinanden i interventions- og kontrolkommunerne. Omvendt har henvisninger til radiologisk billeddiagnostik i privat regi været stigende, mens de på hospitaler har været fluktuerende. Der kan ikke ses forskel i

udviklingen i de to grupper (se figur 10 for privatpraktiserende speciallægeydelser og speciallægeydelser på hospital). Når man ser på resultaterne på ydelser til alle borgere i de deltagende kommuner, kan man således ikke se en påvirkning af normaltrenden som resultat af direkte adgang til fysioterapi.

Figur 10 Sundhedsydelse pr. 1000 indbyggere i perioden november 2018-oktober 2021



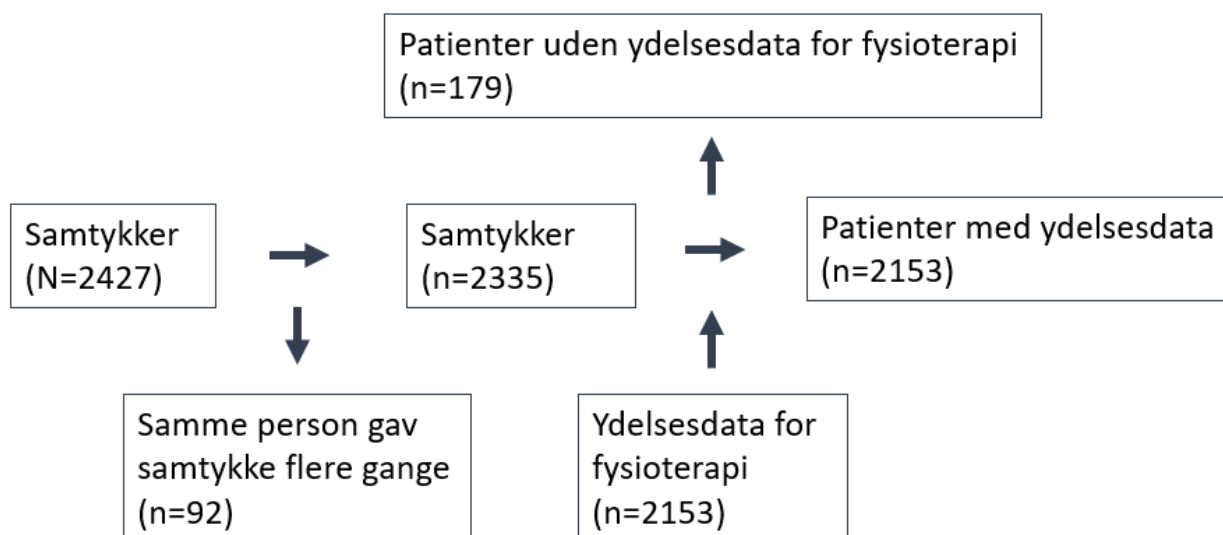
Speciallæger: Ortopædkirurgi og reumatologi. Ingen signifikante forskelle i udviklingen af ydelser radiologisk billeddiagnostik, ortopædkirurgi og reumatologi.

6.1 Koblede resultater for deltagerne

Efter afsluttet rekrutteringsperiode var der i alt indsamlet 2427 samtykker fra i alt 2335 unikke personer, hvilket betyder, at 92 personer gav samtykke to gange (se figur 11). De 92 samtykker blev frasorteret, fordi personerne allerede havde afgivet samtykke mindre end 270 dage forinden i forbindelse med et tidligere behandlingsforløb i fysioterapi. Fordi opfølgningstiden for

speciallægeydelser er ni måneder for hver projektdeltager, vil dette konflikte med eventuelle samtykker, som afgives mindre end 270 dage senere end det første samtykke. 179 patienter gav samtykke, men figurerer ikke på de offentlige ydelsesdata, hvilket kan forklares med, at de ikke modtog tilskud til deres behandling.

Figur 11 Dataflow for projektdeltagere



Nedenfor ses tabel 2, som beskriver deltagerpopulationen i interventions- og kontrolkommunerne. Vi kan se, at interventionsgruppe og kontrolgruppe minder om hinanden i forhold til alder, køn, symptomlokation, symptomvarighed, antal dage med smerte inden for de seneste 28 dage, smerteintensitet, scorer på fysisk og psykisk funktionsevne, antal sygedage og forbrug af håndkøbs- og receptpligtig medicin. Til gengæld ser vi signifikante forskelle (markeret med *) på

beskæftigelse og uddannelse mellem grupperne. Andelen af erhvervsaktive og andelen af patienter med lang videregående uddannelser er større i kontrolgruppen sammenlignet med interventionsgruppen. Der ses endvidere forskel i symptomvarighed, hvor en større andel af patienterne i interventionsgruppen har rapporteret kortere symptomvarighed. Desuden er der signifikant flere patienter i kontrolgruppen med privat sundhedsforsikring, hvilket måske hænger sammen med forskellen i erhvervsstatus, da privat sundhedsforsikring ofte udbydes af arbejdsgivere.

Tabel 2 Beskrivelse af deltagerpopulationens karakteristika

	Kontrolgruppe			Interventionsgruppe		
	Ingen henvisning	§51-henvisning	Samlet	Ingen henvisning	§51-henvisning	Samlet
	n= 86	n=432	n=518	n= 1329	n= 489	n= 1816
Alder (år, spredning)	54 (19-78)	57 (20-89)	57 (18-90)	58 (18-93)	58 (19-89)	58 (18-90)
Køn (% kvinder)	60	67	66	68	69	68
Uddannelse (%)						
Grundskole/studentereksamen	18	14	15	15	17	16*
Erhvervsfaglig	26	24	24	26	29	27*
Kort- og mellemlang videregående	39	41	40	46	42	45*
Lang videregående	17	21	20	12	12	12*
Beskæftigelse (%)						
Lønmodtager/selvstændig	72	60	62	53	49	52*
Pensionist	13	29	27	33	37	34*
Øvrige	15	11	11	14	14	14*
Symptomlokation; meget generet (%)						
Hoved/nakke/skulder	44	38	39	37	38	37
Ryg (øvre og nedre)	38	42	40	40	43	41
Ekstremiteter	45	45	45	45	51	46
Symptomvarighed (%)						
0-4 uger	33	31	31	40	41	40*
4-12	29	28	28	24	23	24*
12-26	16	20	19	13	16	14*
26+	22	21	21	23	19	22*
Dage med smerte seneste 28 dage	21	21	21	20	21	21
Smerteintensitet (0-10)	6	6	6	6	6	6
SF-12 fysisk helbredsscore	39	40	40	41	39	40
SF-12 mental helbredsscore	48	47	47	48	48	48
Andel med lav fysisk helbredsscore (%)	34	32	32	29	33	30
Andel med lav mental helbredsscore (%)	12	18	17	15	14	15
Antal delvise sygedage	2	1	1	1	1	1
Antal hele sygedage	5	2	3	2	2	2*
Privat sundhedsforsikring (%)	65	63	63	53	57	54*
Forbrug af håndkøbsmedicin 15-30 dage/måned (%)	35	23	25	22	25	23
Forbrug af receptpligtig medicin 15-30 dage/måned (%)	22	17	17	19	20	19

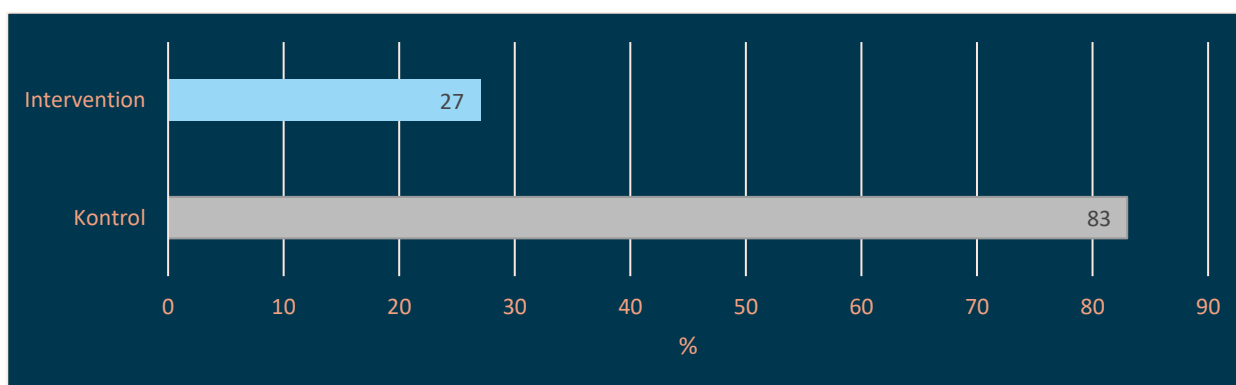
*=signifikant forskel. Testet med t-test for kontinuerte variable og χ^2 for kategoriske variable

6.2 Effekter på henvendelser til almen praksis inden opstart i fysioterapi

En af antagelserne i forbindelse med ordningen direkte adgang var, at almen praksis ville spare konsultationer med patienter med MSD, fordi borgere, som har brug for en fysioterapeutisk behandling, og som ønsker offentligt tilskud, kan gå direkte uden at bruge lægens eller egen tid på at få en henvisning. Vi kan se på fordelingen af patienternes henvisningstype til behandling i fysioterapi (se figur 12), at en langt større andel af patienterne i kontrolgruppen har fået en

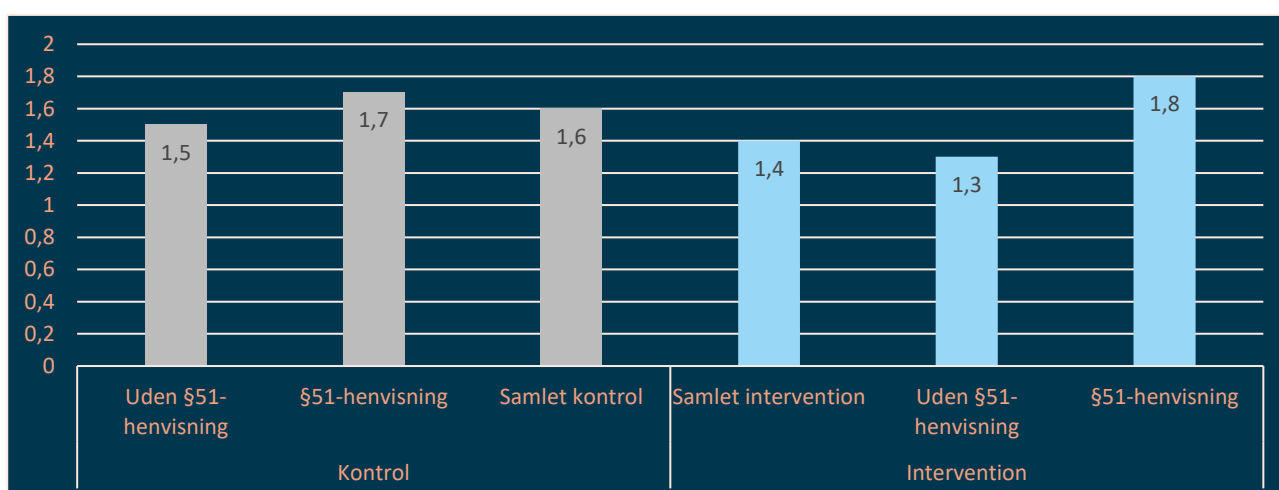
lægehenvi sning end i interventionskommunerne. Det kunne tyde på, at antallet af kontakter til almen praksis i forbindelse med MSD kunne falde, når der introduceres direkte adgang. Dog afspejles dette mønster ikke i antallet af ydelser før påbegyndelsen af behandling i fysioterapi, hvor der ikke blev fundet signifikant forskel mellem kontrol- og interventionsgruppen, se figur 13.

Figur 12 Andel med henvisning til fysioterapi fra almen praksis



**Tydelig signifikant forskel i andelen af patienter med og uden henvisning til §51-fysioterapi.*

Figur 13 Antal ydelser i almen praksis før fysioterapeutisk behandling



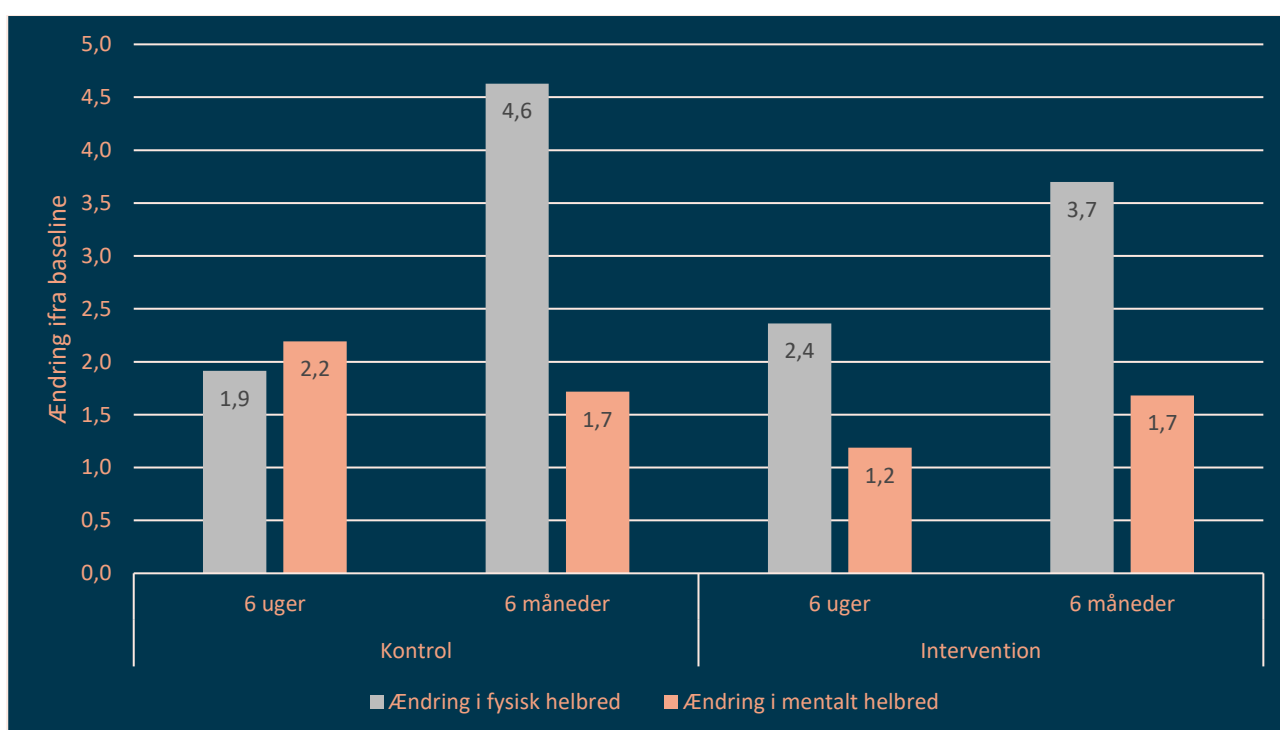
Ingen signifikante forskelle i antal ydelser i almen praksis forud for behandling i fysioterapi mellem kontrol- og interventionsgruppe.

6.3 Effekter på symptomer og livskvalitet

Tanken med ordningen direkte adgang var at give hurtigere og lettere adgang til tilskudsberettiget fysioterapi, så behandlingen kan igangsættes hurtigere. Det skulle sikre patienterne samme (eller potentielt yderligere) forbedringer i symptomer og livskvalitet.

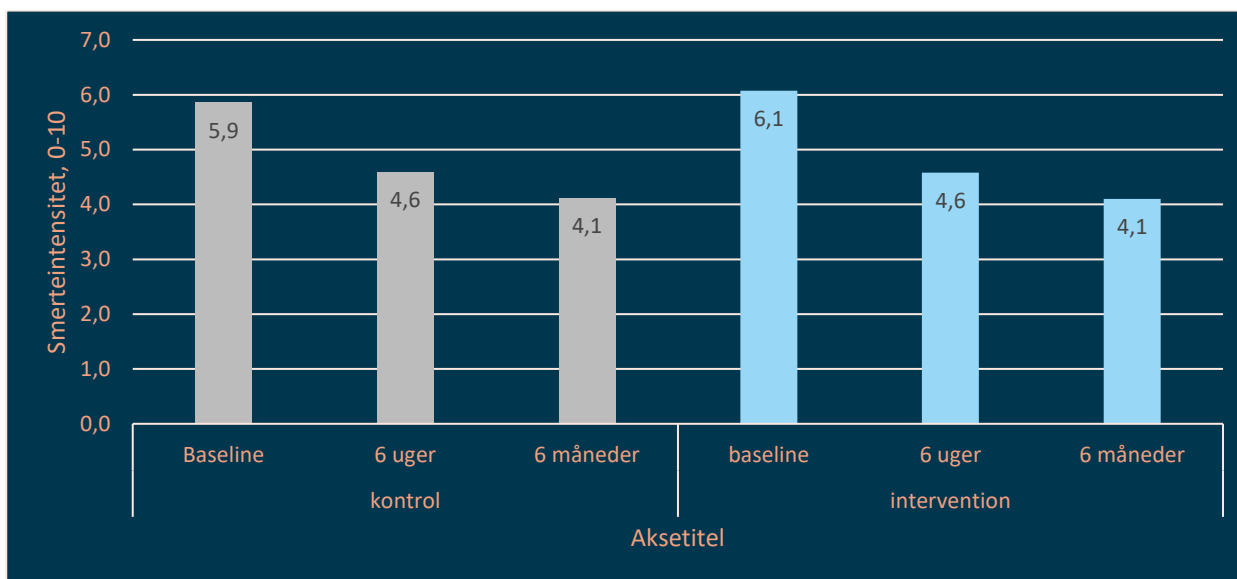
I figur 14a sammenlignes ændringer i henholdsvis fysisk og mentalt helbred og i figur 14b sammenlignes smerteintensitet blandt patienter i interventions- og kontrolgruppen. Her kan vi se, at udviklingen i fysisk funktionsniveau, psykisk funktionsniveau og smerteintensitet er på samme niveau i begge grupper.

Figur 14a Ændring i patientrapporteret fysisk og mentalt helbred



Ingen signifikante forskelle i udviklingen af SF-12 mellem kontrol- og interventionsgruppe.

Figur 14b Ændring i patientrapporteret smerteintensitet

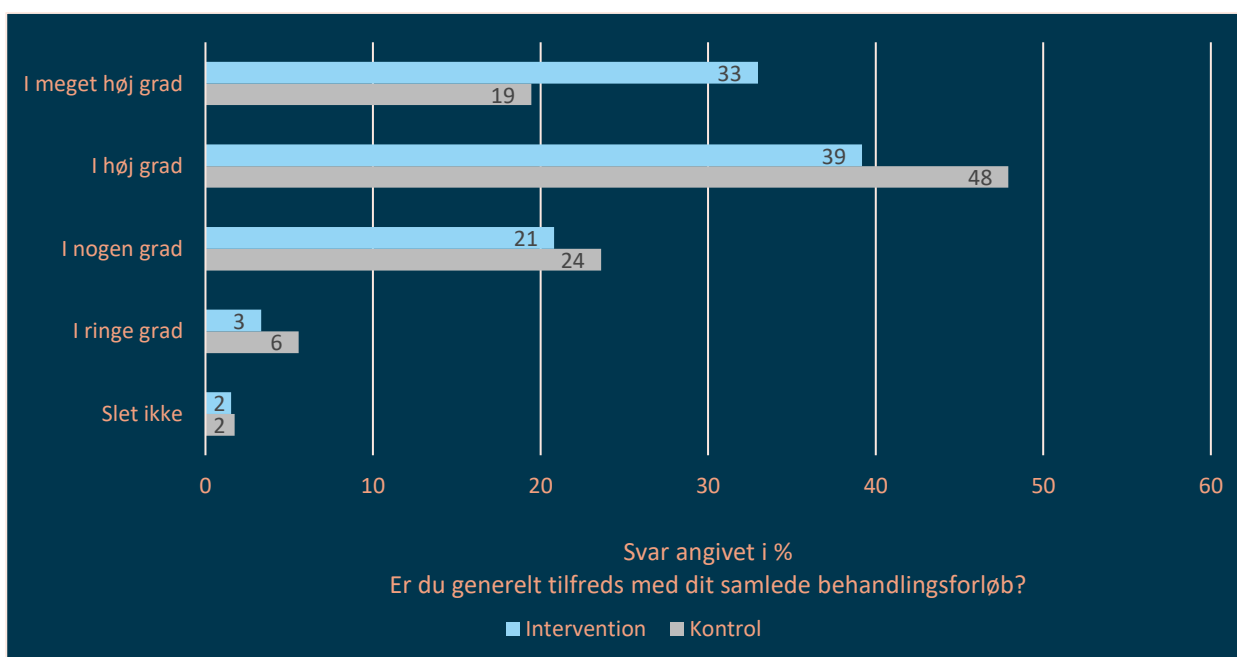


Ingen signifikante forskelle i udviklingen af smerteintensitet mellem kontrol- og interventionsgruppe.

Den generelle tilfredshed med behandlingen var højere i interventionsgruppen end i kontrolgruppen (se figur 15). Her rapporterer mere end 10 procentpoint flere patienter, at de i

høj grad er tilfredse med deres samlede behandlingsforløb sammenlignet med kontrolgruppen ($p < 0.00$).

Figur 15 Generel tilfredshed med det samlede behandlingsforløb



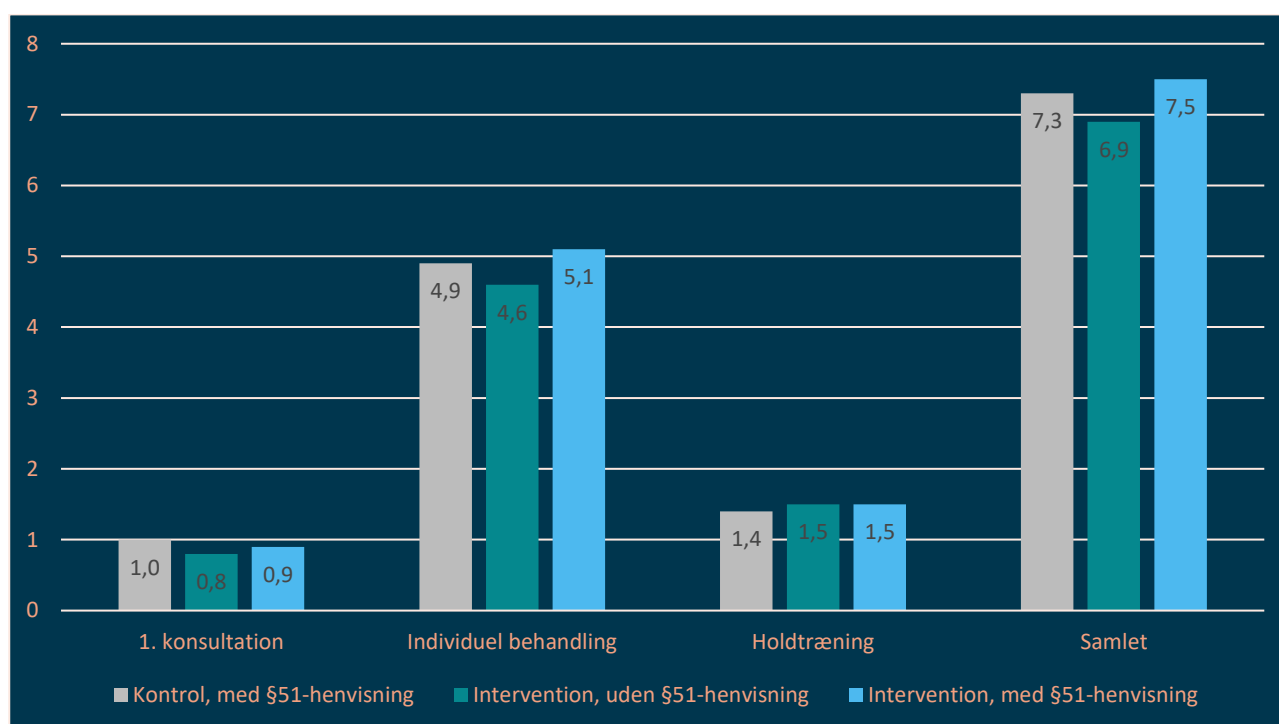
*Patienter i interventionsgruppen er statistisk signifikant mere tilfredse med det samlede behandlingsforløb.

6.4 Effekt på ydelsesforbrug

Med direkte adgang til fysioterapi og en hurtigere opstart af behandling kan man potentielt spare senere ydelser hos almen praksis og derigennem henvisninger til speciallæger samt billeddiagnostiske undersøgelser. Figur 16, 17 og 18 viser ydelserne for de to grupper. Der er ingen forskelle i antallet af fysioterapiydelser mellem kontrol- og

interventionsgruppen, hverken med hensyn til første konsultationer, individuelle behandlinger eller ydelser i holdaktiviteter. Det skal bemærkes, at der ikke findes ydelsesdata på patienter uden henvisning i kontrolgruppen, da denne gruppe ikke kunne modtage offentligt tilskud. Enkelte har dog efterfølgende fået en henvisning og derfor modtaget ydelser med tilskud⁹.

Figur 16 Antal ydelser i almen fysioterapi pr. patient



Ingen signifikante forskelle i antallet af ydelser mellem kontrol- og interventionsgruppe.

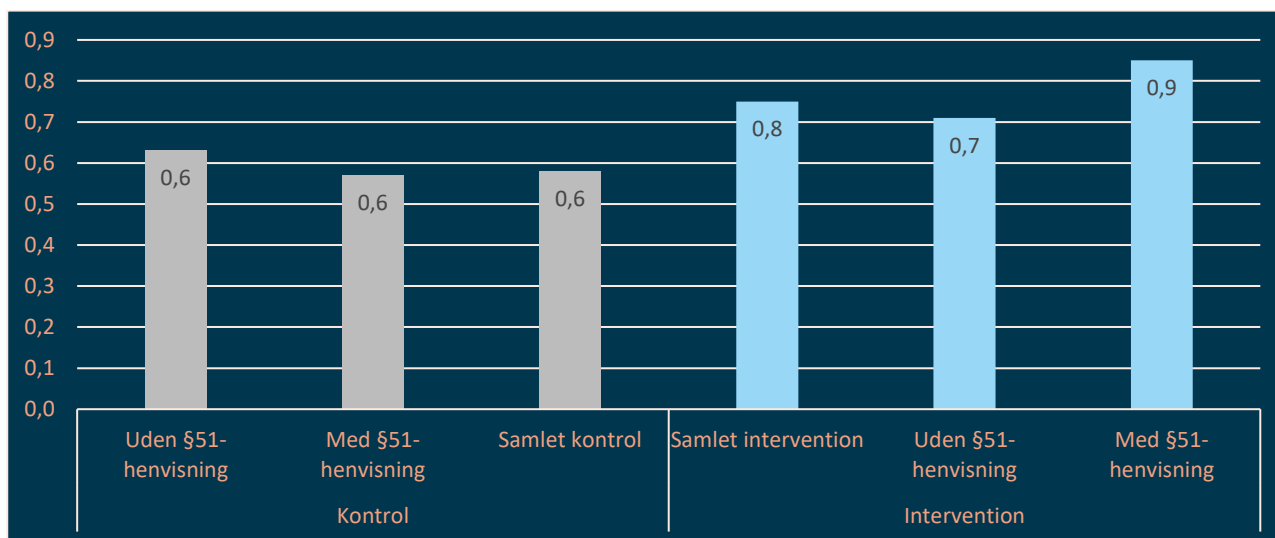
Figur 16 viser, at der samlet set ikke er forskelle i antallet af fysioterapiydelser mellem kontrol og intervention. Sammenlignes patienter med og uden henvisning i interventionsgruppen, finder vi en statistisk signifikant forskel i det totale antal ydelser i fysioterapi på 0,6. Figur 17 viser, at der ikke blev fundet forskel i antallet af ydelser i

almen praksis efter opstartet behandlingsforløb i fysioterapi. Der var heller ikke forskel på andelen af patienter med ydelser i ortopædkirurgi, radiologisk billeddiagnostik og reumatologi i en opfølgingsperiode på ni måneder efter første behandling i fysioterapi.

⁹ I tilfælde, hvor en patient har givet ét samtykke til deltagelse i forskningsprojektet, men har haft to eller flere fysioterapiforløb både med og uden lægehenvielse har vi taget udgangspunkt i det forløb, der lå tættest på samtykket. Har patienten i forbindelse

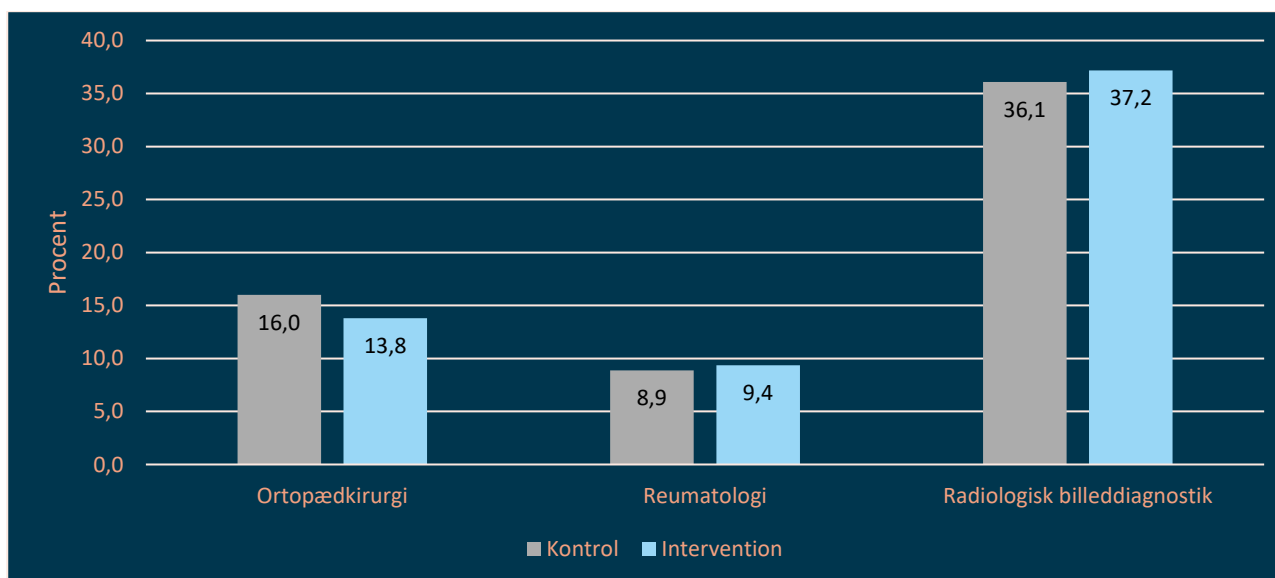
med et fysioterapiforløb uden henvisning givet samtykke til deltagelse, men indenfor seks måneder senere er opstartet et andet fysioterapiforløb med henvisning fra almen praksis, vil ydelserne i dette tilfælde tælle med i det 'første' forløb.

Figur 17 Antal ydelser i almen praksis efter opstart i fysioterapi pr. patient



Ingen signifikante forskelle i antallet af ydelser mellem kontrol- og interventionsgruppe.

Figur 18 Andel patienter med ydelse hos speciallæger



Ingen signifikante forskelle i andelen af patienter med ydelser mellem kontrol- og interventionsgruppe.

6.5 Tryghed og patientsikkerhed

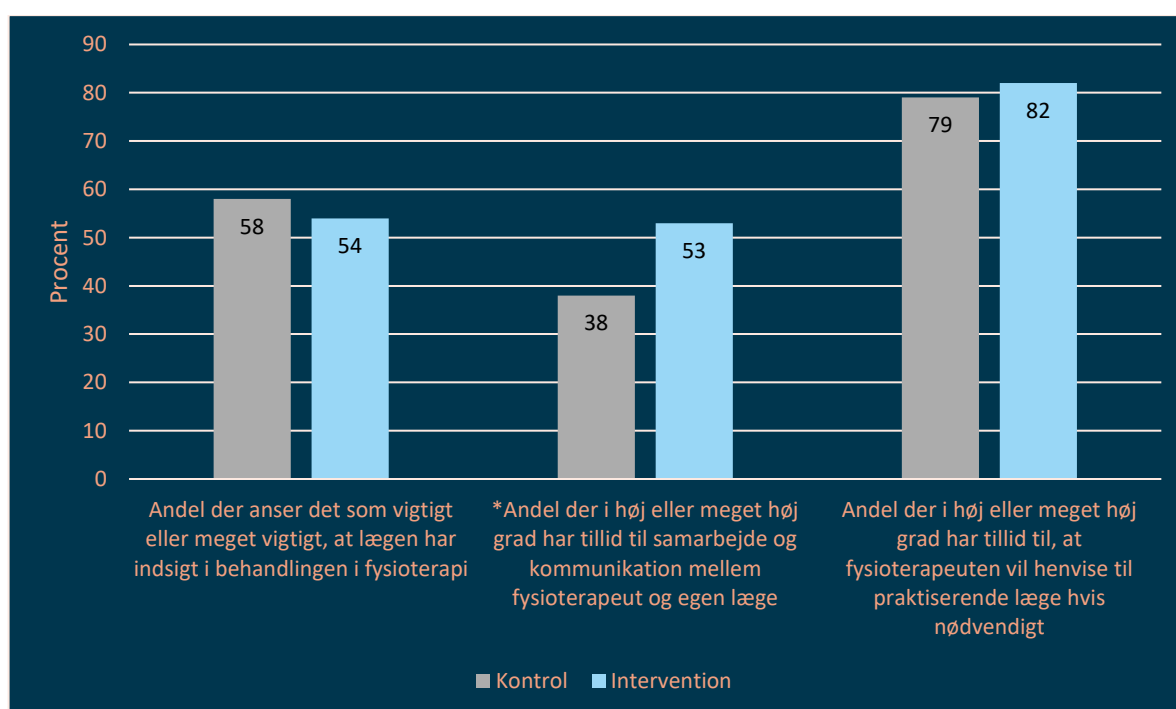
En forudsætning for, at ordningen direkte adgang til fysioterapi fungerer, er, at fysioterapeuterne henviser patienterne tilbage til almen praksis, hvis

der er tegn på patologi, som ikke skal håndteres i fysioterapipraksis.

I figur 19 kan vi se, at patienterne generelt har stor tillid til, at lægen inddrages i nødvendigt omfang. Lidt mere end halvdelen af patienterne i begge grupper vurderer, at det er vigtigt, at praktiserende læge er orienteret om behandlingen i fysioterapi. Der er dog forskel på patienternes tillid til, at der

eksisterer et godt samarbejde mellem deres egen læge og fysioterapeuten. I interventionskommunerne havde 53 % af patienterne således høj tillid til samarbejdet, mens det kun gjaldt 38 % af patienterne i kontrolkommunerne.

Figur 19 Patienters holdninger til direkte adgang til fysioterapi efter seks ugers behandling



**Signifikant forskel på andelen med tillid til samarbejde og kommunikation mellem almen praksis og fysioterapeut mellem kontrol- og interventionsgruppe. Ellers ingen forskelle.*

Det var planen at evaluere på antallet af røde flag, der blev registreret i perioden. Under hele indsatsperioden fra 1. november 2020 til 31. oktober 2021 blev der dog kun registreret tre røde flag i kontrolkommunerne og fem røde flag i interventionskommunerne. Derudover havde fysioterapeuterne kun udfyldt informationer efter

første konsultation i forskningsdatabasen for omkring 40 % af patienterne. Der er således en stor mængde manglende data, og det har derfor ikke været muligt at gennemføre meningsfulde analyser på identifikationen af røde flag i fysioterapi i forbindelse med projektet.

7.1 Diskussion

Ordningen direkte adgang til fysioterapi har betydet, at flere patienter i interventionsgruppen har henvendt sig til fysioterapi uden lægehenvielse sammenlignet med kontrolgruppen. Der har således fra patienternes side været en interesse i hurtig tilskudsberettiget adgang og en tiltro til, at fysioterapeuterne kan fungere som første indgang til behandling af deres symptomer.

Analyserne finder ingen signifikante forskelle mellem kontrol- og interventionsgruppen i selvrapporeret fysisk og mentalt helbred. Der blev heller ikke fundet forskelle mellem kontrol- og interventionsgruppen i ydelsesmønstret. Der blev målt højere generel tilfredshed med behandlingsforløbet hos interventionsgruppen, hvilket stemmer overens med fund fra tidligere udenlandske studier¹⁰.

Det er nødvendigt at påpege, at ydelsesloftet på §51-fysioterapi deles med det vederlagsfrie §61, som i øvrigt ser en væsentlig stigning i antal patienter hvert år. Hvis direkte adgang til fysioterapi med offentligt tilskud indføres, vil det være forventeligt med en større patienttilgang med tilskud – herunder også den patientgruppe, som i dag ikke modtager offentligt tilskud til behandling. Hvis flere tilskudsberettigede patienter henvender sig til behandling i fysioterapi, er der risiko for, at ventetiden til behandling vokser.

Resultaterne i denne evaluering svækkes desværre af lave svarprocenter og en skæv rekrutteringsrate mellem kontrol- og interventionsgruppen. En lav svarprocent fører ofte til selektion i respondenterne, hvor tendensen er, at de mest ressourcerstærke i langt højere grad besvarer. Det

kan derfor ikke nødvendigvis afvises, at eventuelle forskelle er resultat af en intern selektion i henholdsvis kontrol- og interventionsgruppen.

I baselinemålingerne for kontrol- og interventionsgruppen ses en signifikant forskel i deltagernes uddannelses- og beskæftigelsesstatus, hvor kontrolgruppen består af en større andel personer med lange videregående uddannelser og en større andel erhvervsaktive personer.

Forskellen i beskæftigelse kan have betydning for personernes økonomiske muligheder for at søge fysioterapibehandling, da det offentlige tilskud dækker 40 % af udgiften. Personer med en større disponibel indkomst eller personer med mulighed for privat sundhedsforsikring vil dermed have bedre mulighed for at søge fysioterapibehandling uden økonomiske bekymringer. Det kan også tolkes som et resultat i sig selv, at en stigende andel patienter i interventionsgruppen med direkte adgang til fysioterapi er udenfor arbejdsmarkedet eller ikke har lange videregående uddannelser. Direkte adgang gør det lettere at få tilskud til fysioterapeutisk behandling, hvilket i sin natur henvender sig til dem, som i forvejen oplever barrierer ved at søge behandling. Det kan måske være medvirkende til, at der ses denne forskel på deltagerne i de to grupper.

Hvis præmissen om, at ordningen henvender sig mere til erhvervsinaktive personer med kortere uddannelse, ikke accepteres og i højere grad menes at skyldes rekrutteringen til dataindsamlingen, kan det diskuteres, om evalueringens analyser burde justeres for uddannelse og beskæftigelse.

Der ses en signifikant forskel i andelen af patienter med og uden privat sundhedsforsikring

¹⁰ Bishop et al., 2017; Bornhöft et al., 2019; Ojha et al., 2020

mellem kontrol- og interventionsgruppen. Den private sundhedsforsikring kan stykkes sammen på mange måder, og det har ikke været denne evalueringens mål at hverken kortlægge eller differentiere mellem graderne af tilskud, de hver især tilbyder. Der er dog en række forsikringselskaber og pensionsordninger, der allerede i dag dækker bl.a. fysioterapi uden lægehenvielse. Der kan spekuleres i, om direkte adgang ville kunne få en betydning for sundhedsforsikringernes sammensætning og rolle i forbindelse med fysioterapi for fremtiden. Den private sundhedsforsikring ville givetvis stadig være benyttet til dækning af patientens egenbetaling, mens det offentlige ville dække den offentlige andel for alle, som behandles i almen fysioterapi, uanset om de har en forsikring eller ej.

Ordnningen om direkte adgang til fysioterapi beror på patientens egen vurdering af behandlingsbehov, hvilket er et område, som ikke blev undersøgt i denne evaluering, og som i øvrigt sjældent er undersøgt i litteraturen. Hvis patienter med andre underliggende sygdomme på baggrund af deres symptomer fejlagtigt søger fysioterapi, er der risiko for, at de forsinkes deres behandling. Viden om fysioterapeuternes kompetenceområde og behandlingsmuligheder indenfor overenskomsten er essentielt for at undgå misforståelser og spild af ydelser for patienten. Et studie fra Skotland rapporterede i 2008, at mere end 80 % af respondenterne godt kunne vurdere egne behov for fysioterapibehandling, men mindre end 23 % vurderede at have en god eller meget god viden om fysioterapi¹¹. Det vil derfor være væsentligt at undersøge danske patienters viden om fysioterapi og tiltro til egen vurdering af behandlingsbehov.

I denne evaluering undersøgte vi ikke ventetider hos hverken almen praksis eller fysioterapiklinikker. Evalueringen kan derfor ikke udtale sig om effekten af ordningen på ventetider. Hurtig opstart på behandling i fysioterapien er et centralt argument for at give direkte adgang til

fysioterapi, men hvis indsatsen giver øgede ventetider hos fysioterapeuten, vil denne mekanisme ikke nødvendigvis aktiveres. Det kan derfor være relevant at monitorere ventetider og/eller justere ydelsesloftet, hvis tilskudsberettiget direkte adgang til fysioterapi indføres.

En af de primære bekymringer i forbindelse med direkte adgang til fysioterapi er risikoen for at overse smerter, der skyldes en mulig cancer. Det var derfor intentionen med denne evaluering at monitorere registreringen af røde flag i forbindelse med den første konsultation i fysioterapi. Det var imidlertid kun i 40 % af førstekonsultationerne, at fysioterapeuterne har registreret en status. Dermed er der for få data til at gennemføre pålidelige analyser. Denne evaluering kan derfor ikke udtale sig om, hvorvidt fysioterapeuterne opsporer røde flag i forbindelse med direkte adgang. De kvalitative data fra læger og fysioterapeuter tyder dog på, at begge faggrupper føler sig trygge ved, at fysioterapeuterne kan fange eventuelle patologiske symptomer.

Selv før COVID-19 pandemien har ventetider på speciallægeydelser været lange. Under pandemien blev mange behandlinger udskudt som konsekvens af restriktioner og bemanning på afdelingerne. Ydelsesdata fra speciallæger er derfor betinget af, at der kan gå længe mellem en kontakt til almen praksis og ydelsen hos en speciallæge, og er derfor ikke nødvendigvis retvisende, hvis ikke opfølgningstiden er tilstrækkelig. Ved konsultation hos almen praksis kan der gives henvisninger til speciallæge, men som først kan udføres mange måneder senere, og derfor får flere MSD-patienter samtidigt en henvisning til fysioterapi, som oftest kan påbegyndes i løbet af kortere tid.

Det er væsentligt at overveje, at patienternes kendskab til muligheden for direkte adgang til fysioterapi er en forudsætning for anvendelsen. I

¹¹ Webster et al., 2008

projektets indsatsperiode omhandlede langt de fleste nyhedsstrømme på sundhedsområdet COVID-19, som gjorde det udfordrende at sprede kendskabet til ordningen blandt borgere i Frederikssund og Ballerup Kommuner. Af spørgeskemadata ses det, at kendskabet til ordningen primært blev kommunikeret ud gennem fysioterapiklinikken, almen praksis og gennem lokalaviser og online annoncering. Det betyder, at de fleste patienter først blev informeret om ordningen ved kontakten med sundhedspersonale. Ydelsesdata under indsatsperiodens fire kvartaler

viser, at brugen af direkte adgang steg gennem perioden, hvilket muligvis hænger sammen med kendskabet til muligheden. Det er i tråd med hollandske erfaringer i en national indsats fra 2006, hvor andelen af patienter, som anvender direkte adgang til fysioterapi, steg fra 22 % til 33 % på elleve måneder¹², uden at antallet af patienter steg sammenlignet med tidligere år. Det burde dermed også forventes, at andelen af patienter, som anvender direkte adgang, vil stige i takt med ordningens varighed.

7.2 Dataforbehold

I projektperioden blev patienter i interventionsgruppen i nogle almene praksisser henvist til fysioterapi uden en digitalt registreret henvisning, selvom patienterne faktisk havde haft konsultation i almen praksis. Dette kan have tegnet et misvisende billede af henvisningsmønsteret, da patienterne derved fremgår som 'uden henvisning' i ydelsesdata, selvom de faktisk burde tilhøre kategorien 'henvisning'. Der er således sket en misklassifikation i en del af indsatsperioden, som kan have betydet, at gruppen med og uden henvisning inden for interventionsgruppen var mindre, end den burde have været. Omfanget af denne misklassifikation kan ikke bestemmes eller undersøges nærmere med de tilgængelige data. Misklassifikation har dog ikke betydning for de primære analyser, da tests er gennemført på den samlede interventions- og kontrolgruppe uden hensyntagen til, om patienten havde en henvisning eller ej.

De deltagende patienter har kunnet opstarte et nyt forløb i fysioterapi flere gange inden for projektperioden; herunder forløb med forskellige henvisningstyper (fx først et forløb med en henvisning og senere i projektperioden et forløb

uden en henvisning eller omvendt). Koblingen mellem et patientrapporteret spørgeskema og registerdata er derfor ikke altid entydig. Fx har flere patienter i kontrolgruppen ved samtykketidspunktet ikke fået en henvisning og dermed heller ikke tilskud til behandling. Til gengæld modtager de senere i den efterfølgende opfølgingsperiode på seks måneder behandling i almen fysioterapi med tilskud (hvilket vil sige, at de efterfølgende har fået en henvisning, som de modtager behandling på). Det øger kompleksiteten i data, at patienter kan henvende sig flere gange til fysioterapi med forskellige henvisningsgrundlag. Dertil kommer, at vi ikke igennem de offentlige afregningssystemer kan se antallet af behandlinger en patient modtager, hvis der ikke er offentligt tilskud. Der er således en gruppe uden henvisning i kontrolgruppen, som fremgår med ingen eller meget få konsultationer i fysioterapi, da en del af deres behandling er foregået uden tilskud. Det vil betyde, at vi estimerer færre konsultationer i fysioterapi end det reelle antal for denne gruppe. Konsultationerne har blot ikke været offentligt understøttede. Det illustrerer, at behandling af MSD i praksis er komplekst og påvirket af en lang række faktorer.

¹² Leemrijse et al., 2008

8.1 Konklusion

Baseret på spørgeskemadata havde en større andel af patienter i interventionsgruppen et lavere uddannelsesniveau, en større andel var uden beskæftigelse, og en større andel var uden privat sundhedsforsikring, hvilket kan være udtryk for, at direkte adgang til fysioterapi i højere grad appellerer til denne gruppe. Selvom det generelle niveau af tilfredshed i forvejen er højt, rapporterede patienter i interventionsgruppen lidt højere grad af generel tilfredshed med behandlingsforløbet og udtrykte mere tillid til kommunikation og samarbejde mellem almen praksis og fysioterapeuten end patienter i kontrolgruppen. Stigningen ses primært hos den gruppe, der i forvejen er ret tilfredse. 40 % af patienterne i interventionsgruppen rapporterede, at ordningen havde stor eller meget stor betydning for, hvor hurtigt de søgte behandling.

Der blev ikke fundet forskelle i fysisk og mentalt helbred, smerteintensitet, symptomvarighed, symptomlokation eller brug af håndkøbsmedicin ved hverken baseline, seks ugers followup eller seks måneder followup. Direkte adgang resulterede dermed i samme selvrapporterede

helbredsudfald, som ville være forventet med vanlig praksis.

På kommunalt niveau blev der ikke fundet forskelle i udviklingen af absolutte antal ydelser på §51-fysioterapiområdet for projektets fire kommuner. Der blev heller ikke på aggregeret niveau fundet forskel i udviklingen af ydelser i radiologisk, reumatologisk eller ortopædkirurgisk speciale i hverken praksis- eller hospitalssektoren. På individniveau blev der samlet set på tværs af praksis- og hospitalssektor ikke fundet forskelle i andelen af patienter med ortopædkirurgiske speciallægeydelser, reumatologiske speciallægeydelser eller radiologisk billeddiagnostik.

Der blev ikke fundet forskelle mellem kontrol- og interventionsgruppen på hverken antallet af ydelser i henholdsvis fysioterapi eller almen praksis. Udover faldet i henvisninger til ortopædkirurgi i praksissektoren tyder data på, at direkte adgang til fysioterapi resulterer i samme ydelsesmønster som den nuværende struktur. Der skal dog tages højde for den andel patienter, som ikke fremgår i fysioterapeutisk ydelsesdata, og som derfor ikke medregnes i disse analyser.

8.2 Påvirkning af den daglige praksis i fysioterapi- og lægeklinikker

Samlet set viser interviewene, at muligheden for direkte adgang til fysioterapi har haft en begrænset påvirkning på den daglige praksis i fysioterapiklinikkerne. De fleste fysioterapeuter har oplevet et øget tidsforbrug til kommunikation med almen praksis i forbindelse med opstart og afslutning af forløb. Til gengæld har de oplevet en lille eller slet ingen forskel på forløb med direkte adgang til fysioterapi sammenlignet med forløb med lægehenvielse, hverken med hensyn til den første konsultation, det samlede behandlingsforløb eller patientgruppen. Tre fysioterapeuter mener, at

henvendelsesårsagerne har været mindre komplicerede og behandlingsforløbene tilsvarende kortere. Enkelte fysioterapeuter nævner, at patientgruppen er yngre og mere ressourcestærk, og at en større andel af patienterne i forvejen er kendte i klinikken.

Også i almen praksis har direkte adgang påvirket dagligdagen i begrænset omfang. Muligheden har resulteret i lidt færre eller et uændret antal patienter med MSD i klinikkerne. Fire læger har i indsatsperioden selv informeret patienter om muligheden for direkte adgang til fysioterapi,

ligesom alle tre interviewede praksispersonaler har brugt tid på at informere patienter. De fleste praktiserende læger opfatter muligheden som en aflastning af almen praksis og som en fordel for patienterne, som kan spare tid ved ikke at skulle hente en henvisning hos egen læge. Den øgede kommunikationsstrøm i form af

korrespondancemeddelelser og epikriser fra fysioterapeuterne, som direkte adgang har medført, har alle læger på nær en enkelt været tilfredse med, og to har oplevet kommunikationen som bedre end sædvanligt på grund af en større detaljeringsgrad i informationen.

8.3 De fagprofessionelles tillid til ordningen i forhold til patientsikkerheden

Fysioterapeuterne udtrykker samlet set en oplevelse af øget ansvar ved at have den første kontakt med patienten – et ansvar, som seks ud af syv føler sig rustet til og trygge ved. En fysioterapeut efterspørger en genopfriskning af journalskrivning for at sikre præcis kommunikation med almen praksis. Fem ud af syv føler sig fuldt ud i stand til at opfange røde flag, mens to fysioterapeuter har en oplevelse af ikke at være fuldstændig rustet til opgaven og efterspørger mere undervisning i opsporing af cancer. For en fysioterapeut skyldes dette, at vedkommende ikke var ansat i klinikken, da kurset om tidlig opsporing af cancer blev afholdt.

Også blandt de praktiserende læger er der stor tillid til direkte adgang. En enkelt læge er principielt imod muligheden, men har dog ligesom de øvrige læger tillid til fysioterapeuternes kompetencer til at skelne mellem patienter, som har gavn af fysioterapi, og patienter, som skal sendes tilbage til almen praksis. Fire læger har i projektperioden oplevet, at patienter på relevant grundlag er blevet sendt retur fra en fysioterapiklinik, og i ingen tilfælde er patienter blevet sendt for sent tilbage til almen praksis.

8.4 Opmærksomhedspunkter i forbindelse med implementering af direkte adgang

Fysioterapeuter, kliniksekretærer, praktiserende læger og evaluator fremhæver følgende opmærksomhedspunkter med betydning for en eventuel fremtidig implementering af direkte adgang til fysioterapi:

- Arbejdsgangene skal være nemme, simple og ikke for tidskrævende
- Den økonomiske struktur bør overvejes, så der er midler til at varetage øget dokumentation til almen praksis
- Der skal være styr på afregningsstrukturen – både for patienter med og uden forsikring – så klinikkerne ikke oplever ukorrekte returregninger
- De praktiserende læger og praksispersonale skal klædes på til at informere patienter om muligheden for direkte adgang
- Borgernes kendskab til muligheden for direkte adgang til fysioterapi uden lægehenvi sning skal sikres, fx via information på sundhed.dk og andre kanaler, hvor borgere selv søger information om behandling
- Borgernes kendskab til fysioterapeuternes faglige kompetencer kan med fordel øges for at skabe større tryghed ved at modtage fysioterapi uden henvisning
- Monitorering af røde flag skal fremadrettet prioriteres for at dokumentere udviklingen i opsporing af alvorlig patologi
- Ydelsesloftet for §51 og §61 skal tages i betragtning, og det skal undersøges, om ordningen indirekte giver forlængede ventetider.

9.1 Referencer

- Bishop, A., Ogollah, R. O., Jowett, S., Kigozi, J., Tooth, S., Protheroe, J., Hay, E. M., Salisbury, C., & Foster, N. E. (2017). STEMS pilot trial: a pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open*, 7(3), e012987. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012987>
- Bornhöft, L., Larsson, M. E., Nordeman, L., Eggertsen, R., & Thorn, J. (2019). Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: a pragmatic randomized controlled trial. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*, 11, 1759720X1982750. <https://doi.org/10.1177/1759720X19827504>
- Danmarks Statistik - <https://statistikbanken.dk/SYGPS1> (fysioterapi 51)
- Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, Hoy D, Karpainen J, Pransky G, Sieper J, Smeets RJ, Underwood M; Lancet Low Back Pain Series Working Group. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*. 2018 Jun 9;391(10137):2356-2367. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30480-X. Epub 2018 Mar 21. PMID: 29573870.
- Holmberg, T., Poulsen, M. J., & Davidsen, M. (2015). Muskel- og skelet- lidelser i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 978-87-7899-303-8.
- Koch, M. B., Davidsen, M., Juel, K., & Statens Institut for Folkesundhed. (2017). De samfundsmæssige omkostninger ved rygsgdomme og rygsmerter i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed.
- Leemrijse, C. J., Swinkels, I. C., & Veenhof, C. (2008). Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands: Results From the First Year in Community-Based Physical Therapy. *Physical Therapy*, 88(8), 936–946. <https://doi.org/10.2522/ptj.20070308>
- Ludvigsson, M. L., & Enthoven, P. (2012). Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy*, 98(2), 131–137. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2011.04.354>
- Nordeman, L., Nilsson, B., Moeller, M., & Gunnarsson, R. (2006). Early Access to Physical Therapy Treatment for Subacute Low Back Pain in Primary Health Care: A Prospective Randomized Clinical Trial. *The Clinical Journal of Pain*, 22(6), 505–511. <https://doi.org/10.1097/01.ajp.0000210696.46250.0d>
- Ojha, H. A., Fritz, J. M., Malitsky, A. L., Wu, J., Weiner, M. G., Brandi, J. A., Rhon, D. I., Mobo, B. H. P., Fleming, K. M., Beidleman, R. R., & Wright, W. G. (2020). Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM&R*. <https://doi.org/10.1002/pmrj.12382>
- Ojha, H. A., Snyder, R. S., & Davenport, T. E. (2014). Direct Access Compared With Referred Physical Therapy Episodes of Care: A Systematic Review. *Physical Therapy*, 94(1), 14–30. <https://doi.org/10.2522/ptj.20130096>

- Harris, P. A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., Conde, J. G. (2009). Research electronic data capture (REDCap) – A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support, *J Biomed Inform*, 42(2):377-81.
- Pendergast, J., Kliethermes, S. A., Freburger, J. K., & Duffy, P. A. (2012). A Comparison of Health Care Use for Physician-Referred and Self-Referred Episodes of Outpatient Physical Therapy. *Health Services Research*, 47(2), 633–654. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01324.x>
- Piano, L., Maselli, F., Viceconti, A., Gianola, S., & Ciuro, A. (2017). Direct access to physical therapy for the patient with musculoskeletal disorders, a literature review. *Journal of Physical Therapy Science*, 29(8), 1463–1471. <https://doi.org/10.1589/jpts.29.1463>
- Piscitelli, D., Furmanek, M. P., & Meroni, R. (2018). Direct access in physical therapy: a systematic review. *LA CLINICA TERAPEUTICA*, 5, 249–260. <https://doi.org/10.7417/CT.2018.2087>
- Webster, V. S., Holdsworth, L. K., McFadyen, A. K., & Little, H. (2008). Self-referral, access and physiotherapy: patients' knowledge and attitudes—results of a national trial. *Physiotherapy*, 94(2), 141–149. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2007.11.003>
- Woolf AD, Pfleger B. (2003). Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ*.81(9):646-56. Epub 2003 Nov 14. PMID: 14710506; PMCID: PMC2572542.

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital



**Bispebjerg og Frederiksberg
Hospital**

Telefon: 38163100
E-mail:
centerforkliniskforskningogforebyggelse.bispebjerg-
frederiksberg-hospitaler@regionh.dk