



Værdi af øget fysioterapeutisk indsats i almen praksis

Rapport

Danske Fysioterapeuter

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion	3
2	Metode	5
2.1	Søgestrategi	5
2.2	Vurdering af evidens	5
2.3	Syntetisering af evidens	6
3	Resultater	7
3.1	Frigivelse af lægens tid	8
3.2	Kvalitet i behandlingen	8
3.3	Omkostninger i sundhedsvæsenet	9
3.4	Sygefravær	9
4	Diskussion	10
4.1	Konklusioner	10
4.2	Mulige beregninger	10
5	Referencer	12

Kolofon

Kontakt

Forfatter: Lise Hagelund

Incentive, Holte Stationsvej 14, 1., DK-2840 Holte

Dato: Marts 2016

T: (+45) 61 333 500, E: kontakt@incentive.dk

Version: 1

www.incentive.dk

1 Introduktion

Lægemangel og ventetider

I en kortlægning udført af Kommunernes Landsforening fremgår det, at der er mangel på alment praktiserende læger i dele af Danmark, samt at mange alment praktiserende læger nærmer sig pensionsalderen (Kommunernes Landsforening, 2015). Fra 2001 til 2013 voksede andelen af læger over 60 år fra 10% til 30%. Manglen på alment praktiserende læger stiger mest i kommuner, der er socioøkonomisk dårligt stillet.

Normtallet for antal tilmeldte patienter til en almen praksis er 1600. Analysen fra Kommunernes Landsforening viser, at der i to tredjedele af kommunerne ikke er lægemangel, da det gennemsnitlige antal tilmeldte patienter er under 1600 (Kommunernes Landsforening, 2015). Til gengæld viser analysen, at der i Nordjylland og på Sydsjælland generelt er mange patienter tilmeldt pr. læge, samt at de mange praktiserende læger i disse landsdele er over 60 år. Kombinationen af disse to faktorer indikerer både en nutidig og fremtidig lægemangel.

I speciallægepraksis kan ventetid til behandling være en udfordring. Fx er der i februar 2016 6-21 ugers ventetid på en speciallæge i ortopædkirurgi og 16-34 ugers ventetid på en speciallæge i reumatologi i Region Nordjylland (sundhed.dk, 2016).

Muskelskeletsygdomme

Statens Institut for Folkesundhed har i en kortlægning af sygdomsbyrden i Danmark fundet, at lændesmerter, nakkesmerter og artrose (slidgigt) er nogle af de hyppigste lidelser i Danmark med en prævalens på mellem 600.000 og 900.000 for hver af de tre lidelser (Statens Institut for Folkesundhed, 2015). De tre nævnte muskelskeletlidelser er dem, der giver anledning til flest ekstra besøg hos alment praktiserende læger sammenlignet med personer uden lidelsen. De tre lidelser er også blandt de fire lidelser, der fører til flest ekstra sygedage i den erhvervsaktive del af befolkningen.

Studier har påvist en tendens til, at patienterne kan føle, at læger ikke tager deres lidelser såsom osteoartrose og rygsmerter seriøst, og at patienterne oplever, at der ikke er noget at gøre ved deres lidelse (Foster et al., 2012). Andre studier viser desuden en tendens til, at nogle alment praktiserende læger ikke følger guidelines for behandling af muskelskeletlidelser, hvilket kan lede til, at der bliver igangsat flere dyre forløb, fx med billeddannelse og operationer, end det er nødvendigt (Cottrell et al., 2010; Foster et al., 2012).

En hypotese er, at der i en klinik med et højt antal tilmeldte patienter ikke er tilstrækkelig tid til at følge guidelines på området, eller at der kan være lang ventetid på at komme til lægen, hvilket forringer patientens helbredstilstand unødigt.

Fysioterapeuter i primærsektor

I januar 2016 nedsatte sundhedsministeren et udvalg for bedre lægedækning i hele Danmark. En del af dette udvalgs opgave er at fremsætte anbefalinger til at understøtte *"en bedre fordeling af lægeressourcerne på tværs af landet"* (Sundheds- og Ældreministeriet, 2016).

En måde at afhjælpe lægemanglen på er at give læger økonomiske incitamenter til at flytte til ydernumre i de dele af landet, hvor der mangler læger, sådan som det også er blevet foreslået (Sundheds- og Ældreministeriet, 2015).

En anden løsning kunne være at inddrage efteruddannede fysioterapeuter i udredning og diagnostik i primærsektoren for patienter med muskelskeletlidelser. Der er en international tendens til i højere grad at inkludere andre faggrupper end læger i forbindelse med udredning, diagnostik og behandling, og det er foreslået, fx af Deyle, at fysioterapeuterne er en oplagt gruppe sundhedsprofessionelle at inddrage i netop det arbejde (2006).

Det kan antages, at ved at opgradere fysioterapeuters kompetencer i relation til diagnostik vil ventetiden til udredning kunne forkortes, og lægetid vil frigives fra lette sager til mere komplicerede patienter. Dertil kommer antagelser om, at fysioterapeuter i højere grad følger guidelines, samt at de udskriver mindre medicin og mindre komplekse (og dyre) behandlinger.

Dette leder til en hypotese om, at flere fysioterapeuter i primærsektoren kunne lede til en gevinst for patienterne samt en samfundsøkonomisk gevinst.

Formål med projektet

Dette projekt har til formål, at be- eller afkræfte hypotesen om, at fysioterapeutisk undersøgelse og udredning i primærsektoren kan give en samfundsøkonomisk gevinst. Første del af projektet er et litteraturstudie, som vi beskriver i denne rapport. Heri fremhæver vi resultaterne fra litteraturen på området og diskuterer dem i forhold til deres anvendelighed i økonomiske analyser.

2 Metode

2.1 Søgestrategi

Vi har benyttet PICO (*participants, interventions, comparisons, outcomes*) som søgestrategi for at afgrænse søgningen. Søgningen tog udgangspunkt i følgende:

- + (P) Type sundhedsprofessionelle - fysioterapeuter
- + (I) Type intervention - udvidede ansvarsområder, fokus på diagnosticering og udredning
- + (C) Type sammenligning - ingen defineret sammenligningsgruppe
- + (O) Type outcome-mål - ventetid, frigivet lægetid, behandlingskvalitet, livskvalitet, patienttilfredshed, alvorlige fejl, omkostninger

Den primære litteratursøgning foretog vi i databasen PubMed, og denne blev suppleret med søgning i referencers referencer. Vi anvendte følgende søgeord "extended scope physiotherapy/physiotherapist", "advanced practice physiotherapy/physiotherapist", "physiotherapist AND diagnostic/diagnosing OR triaging". Vi screenede studier på baggrund af overskrifter og abstracts og hentede de relevante studier til gennemlæsning. Vores primære interesse var systematiske reviews eller metastudier, jf. GRADEs hierarki, som vi beskriver i følgende afsnit.

2.2 Vurdering af evidens

Studiernes metode og validitet vurderer vi med inspiration fra GRADE-metodikken, som vises i figur 1. I denne metode anser man randomiserede kontrollerede forsøg (RCT) som den type studie, der giver bedst evidens. Det skal bemærkes, at det er svært at udføre optimale RCT'er, når interventionen, der undersøges, er organisatorisk. Dette kan lede til en ringere vurdering. Observationelle studier som registerstudier får som udgangspunkt lavere evidensvurderinger, men de kan opgraderes, hvis de er metodisk stærke. Ved systematiske reviews undersøges, udover resultaterne, kvaliteten af de bagvedliggende studier. Ofte kommenterer forfatterne desuden selv på kvaliteten af de inkluderede studier.

Figur 1. GRADEs tilgang til vurdering af evidens og kvalitet

Table: GRADE's approach to rating quality of evidence (aka confidence in effect estimates)

For each outcome based on a systematic review and across outcomes (lowest quality across the outcomes critical for decision making)

1. Establish initial level of confidence		2. Consider lowering or raising level of confidence		3. Final level of confidence rating
Study design	Initial confidence in an estimate of effect	Reasons for considering lowering or raising confidence		Confidence in an estimate of effect across those considerations
		↓ Lower if	↑ Higher if*	
Randomized trials →	High confidence	Risk of Bias	Large effect	High ⊕⊕⊕⊕
		Inconsistency	Dose response	
		Indirectness	All plausible confounding & bias	Moderate ⊕⊕⊕○
Observational studies →	Low confidence	Imprecision	• would reduce a demonstrated effect or	Low ⊕⊕○○
		Publication bias	• would suggest a spurious effect if no effect was observed	Very low ⊕○○○

*upgrading criteria are usually applicable to observational studies only.

2.3 Syntetisering af evidens

Vi har syntetiseret data fra de udvalgte studier og samlet resultaterne i temaer centreret om de forskellige outcome-mål. Vores fokus var på at frembringe data, der kan ligge til grund for en egentlig økonomisk analyse.

3 Resultater

Vi præsenterer resultatet af litteratursøgningen i de følgende afsnit. Tabel 1 giver et overblik over studierne og vores evidensvurdering. Det skal påpeges, at studier, der indgår som en del af et systematisk review, ikke er præsenteret separat.

Tabel 1. Oversigt over inkluderede studier

Forfatter	År	Evidensvurdering
Ackerman et al.	2005	Lav
Bath & Janzen	2012	Lav
Bishop et al.	2008	Lav
Bøvlingbjerg Fysioterapi	2011	Meget lav
Braybrooke et al.	2007	Lav
Cottrell et al.	2010	Lav
Desmeules et al.	2012	Lav
Foster et al.	2012	Lav
Hay et al.	2006	Moderat
Holdsworth et al.	2006	Moderat
Jette et al.	2006	Lav
Linton et al.	1993	Lav
Lugvigsson & Enthoven	2012	Lav
McClelland et al.	2006	Lav
Moore et al.	2005	Lav
Oakly & Shacklady	2015	Lav
Ojha et al.	2014	Lav/Moderat
Saxon et al.	2014	Lav
Stanhope et al.	2012	Lav/Moderat
Swinkels et al.	2014	Lav
Williams et al.	2010	Lav

I gennemgangen af studier fandt vi to forskellige typer, hvorpå fysioterapeuters rolle i primærsektoren kan udvides. Nogle studier undersøgte en generel opgradering af fysioterapeuters kompetencer til at udrede patienter i stedet for en læge. Andre studier undersøgte en lettere adgang for patienterne til fysioterapeuter, uden at disse nødvendigvis havde udvidede kompetencer.

Den første type studier undersøger det, der på engelsk kaldes *"extended scope physiotherapists"* eller *"advanced practice physiotherapy"*, og er især lavet inden for speciallægepraksis, fx ortopædi. Den anden type kommer fra sundhedssystemer, der bruger *"direct access"* eller direkte adgang til fysioterapeuter - altså at patienter selv kan henvende sig hos en fysioterapeut under deres sundhedsforsikring uden at få en henvisning fra en læge.

Der er kun få casestudier fra det danske sundhedsvæsen. Derfor er størstedelen af studierne i dette review internationale. Det betyder, at der skal knyttes nogle antagelser til resultaterne, hvis de skal overføres til det danske sundhedsvæsen.

3.1 Frigivelse af lægens tid

I de enkelte danske casestudier, hvor fysioterapeuter har overtaget en del af diagnosticeringen, har det frigivet en del af lægernes tid i klinikken. Et forsøgsprojekt af denne art har været gennemført i Bøvlingbjerg (Bøvlingbjerg Fysioterapi, 2011). Efter en af klinikkens tre læger gik på pension, blev mange patienter, der henvendte sig til lægeklinikken med umiddelbare symptomer fra bevægeapparatet, tilset af en fysioterapeut.

I Region Midtjylland har man desuden flere steder opgraderet fysioterapeuters kompetencer i udredning og diagnose af lettere patienter på regionshospitalerne (Fysioterapeuten, 2013, 2011). Dette har givet lægerne på afdelingerne mere tid til patienter med mere komplekse lidelser. Der er dog ikke lavet kvantitative opgørelser over præcis, hvor meget lægetid der frigives i forbindelse med opgradering af fysioterapeuternes kompetencer.

I Holland implementeredes i 2006 direkte adgang eller selvhenvisning til fysioterapeuter under sygesikringen uden forudgående henvisning fra en praktiserende læge. En del af årsagen til denne organisatoriske ændring var en hypotese om, at de praktiserende læge ville bruge mindre tid på muskelskeletlidelser og derfor få mere tid til andre opgaver.

Incidensen af henvendelser i almen praksis med ryg-, skulder- og nakkesmerter er faldet, dog ikke signifikant, efter den nye organisering i Holland (Swinkels et al., 2014). Brugen af selvhenvisning til fysioterapi er til gengæld steget gennem hele perioden. Dette indikerer, at direkte adgang til fysioterapi åbner op for nye typer af patienter end dem, der kommer i almen praksis. Eksempelvis har et studie fra Skotland vist, at flere patienter, der selv henvender sig til fysioterapi, har akutte frem for kroniske problemer (Holdsworth et al., 2006). Direkte adgang til fysioterapi leder altså ikke nødvendigvis til mindre arbejdsbyrde hos de alment praktiserende læger, men det leder måske til, at patienterne hurtigere får behandling og dermed kan forebygge forværring af deres symptomer til kroniske lidelser. På sigt kunne dette betyde bedre behandlede patienter.

I et studie af Stanhope et al. inden for speciallægepraksis er det fundet, at der er langt kortere ventetid på en fysioterapeut end på en ortopædisk læge. Det er også fundet, at der efter inddragelse af fysioterapeuter i udredning og diagnostik var kortere ventetid på den ortopædiske afdeling (2012)

3.2 Kvalitet i behandlingen

Flere studier, der sammenligner læger og fysioterapeuters holdninger og handlinger i relation til evidensbaserede guidelines, finder, at fysioterapeuter oftere kender til og følger disse guidelines (Bishop et al., 2008; Cottrell et al., 2010). Dette kunne indikere en mere korrekt behandling fra start i behandlingsforløbet ved udredning og diagnose hos en fysioterapeut.

Hvis patienter kommer tidligere i gang med behandling, fx fordi en fysioterapeut tager sig af udredning, kan det lede til bedre outcomes og muligvis bedre livskvalitet for patienten (Ackerman et al., 2005; Braybrooke et al., 2007; Linton et al., 1993).

I flere systematiske reviews er det undersøgt, hvorvidt fysioterapeuter med opgraderede kompetencer har lige så gode evner som læger og andre sundhedsprofessionelle, når det kommer til udredning og diagnosticeringen. Desmeules et al. har fx fundet, at ortopædkirurger og fysioterapeuter diagnosticerer ens på det ortopædiske område, mens begge grupper er signifikant bedre til at diagnosticere end ikke-ortopædtrænede sundhedsprofessionelle (2012). Lignende resultater er fundet i andre studier (Hay et al., 2006; Jette et al., 2006; Oakley and Shacklady, 2015; Stanhope et al., 2012).

Flere studier har undersøgt, om der er større risiko for, at fysioterapeuter overser alvorlige sygdomme, når de udreder patienter. Det er ikke fundet i en svensk almen praksis og på et amerikansk militærhospital (Ludvigsson & Enthoven, 2012; Moore et al., 2005). Udredning og diagnose ved en fysioterapeut kan derfor siges at være sikkert for patienterne og med mindst lige så høj kvalitet som ved en læge.

I de studier, der har undersøgt patienternes tilfredshed med at blive udredt og behandlet af en fysioterapeut, er der generelt fundet stor patienttilfredshed - i nogle tilfælde mere tilfredshed end blandt kontrolgrupper, der er behandlet af en læge (Bath and Janzen, 2012; Desmeules et al., 2012; Ludvigsson & Enthoven, 2012; McClellan et al., 2006; Saxon et al., 2014).

3.3 Omkostninger i sundhedsvæsenet

Både i studier, der undersøger fysioterapeuter med opgraderede kompetencer og i studier, der undersøger direkte adgang til fysioterapi, er det fundet, at fysioterapeuter udskriver mindre medicin, i mindre grad benytter sig af billeddannelse og scanninger, og at patienterne har færre behandlingssange, hvis første kontakt er med en fysioterapeut (Desmeules et al., 2012; Hay et al., 2006; Ojha et al., 2014; Williams et al., 2010).

De fleste studier, vi har fundet, der undersøger de økonomiske effekter af første kontakt med fysioterapeuter, tager udgangspunkt i direkte adgang til fysioterapi. I Ojha et al.s' review finder de eksempelvis, at forløb, hvor patienterne selv har henvendt sig til fysioterapeuten, gennemsnitligt er billigere (Ojha et al., 2014). Det er dog usikkert, hvor meget af dette, der skyldes, at patientpopulationen er anderledes. Et skotsk studie har undersøgt forskellen i patientpopulationer, og forfatterne finder, at patienter, der selvhenviser til fysioterapi, har færre kroniske lidelser, får mindre medicin og i mindre grad er sygemeldt fra deres arbejde, end patienter der er henvist fra deres egen læge (Holdsworth et al., 2006). Det er dog uvist, hvordan disse faktorer er associeret med hinanden.

Nogle studier finder, at der i speciallæge-settings ikke er forskel i omkostninger mellem patienter, der er udredt og behandlet af fysioterapeuter, og patienter, der er udredt og behandlet ved standardpraksis (Desmeules et al., 2012).

3.4 Sygefravær

Vi har ikke fundet nogle studier, der direkte har undersøgt, om sygefraværet reduceres (dvs. at produktionsgevinsten øges), når første kontakt i sundhedsvæsenet er hos en fysioterapeut frem for hos en læge. Holdsworth et al. har vist, at patienter, der selvhenviser til fysioterapi, har færre sygedage (2006), men som beskrevet ovenfor, kan dette ikke henvises direkte til den fysioterapeutiske udredning og behandling.

4 Diskussion

4.1 Konklusioner

I litteraturgennemgangen fremgår det, at det er sikkert, når fysioterapeuter udreder og diagnosticerer. Hvis patienterne lider af alvorlige sygdomme, bliver det opdaget, og de bliver henvist til andre relevante sundhedsprofessionelle. Samtidig kan vi se, at patienter er tilfredse med behandlingen - i nogle tilfælde mere tilfredse end med behandling hos praktiserende læger. Dette gælder både i almen praksis-setting og i speciallægesetting.

Det studie, der bedst kan overføres til en dansk sammenhæng, er et studie af Ludvigsson & Enthoven (2012). Her undersøges fysioterapeuter som første kontakt i den svenske primær sektor. Studiet fremhæver netop de samme tendenser, som konkluderet ovenfor. De finder nemlig både, at alvorlige sygdomme fanges af fysioterapeuterne, og at patienterne er meget tilfredse med deres behandling. Vi finder det derfor rimeligt at konkludere, at dette også vil gøre sig gældende i den danske primærsektor.

Der findes ikke tilstrækkelig litteratur, der kan overføres til dansk sammenhæng, om reduceret sygefravær og reducerede omkostninger som følge af første kontakt i almen praksis hos en fysioterapeut. Vi har derfor ikke kunne konkludere noget på disse faktorer.

Til gengæld har vi fundet, at der ved direkte adgang til fysioterapi (det vil sige uden en henvisning fra egen læge) er reducerede omkostninger i form af færre billeder/scanninger, mindre medicin og færre behandlingsgange. Om disse reducerede omkostninger delvist afspejler en anden type patienter er, ud fra den tilgængelige litteratur, uvist.

Evidens

På trods af inklusionen af en del systematiske reviews er evidensniveauet i den litteratur, vi har gennemgået, forholdsvis lav. I mange af studierne kommenterer forfatterne selv på metodeproblematikkerne i forbindelse med deres undersøgelser. Det betyder ikke, at de resultater, vi har fundet, er forkerte, men at den viden, vi har fundet, er behæftet med nogle usikkerheder, og at generalisering af resultaterne vil indeholde en del antagelser.

4.2 Mulige analyser

Vi mener, at litteraturgennemgangen og de identificerede nøglestudier åbner mulighed for følgende analyser:

- + Kapacitetsudvidelse i almen praksis
- + Direkte adgang til fysioterapi under sygesikringen

Kapacitetsudvidelse

Baseret på data om andelen af patienter i almen praksis, som søger læge med muskelskeletlidelser, kan vi estimere, hvor stor en andel af disse patienter, der potentielt kan udredes og behandles af en fysioterapeut. Det giver populært sagt mulighed for at estimere, hvor mange lægekonsultationer der frigives. Denne frigivelse af tid kunne aflaste læger med for mange tilknyttede patienter eller kunne åbne praksis op for at tilknytte flere patienter i nuværende lukkede praksisser.

Direkte adgang til fysioterapi

En anden analyse, vi kan udføre, er at estimere effekter af direkte adgang til fysioterapi under sygesikringen. Vi kan på baggrund af den gennemgåede litteratur fra fx Holland og Skotland, samt danske data estimere effekten af et lignende system i Danmark. Under antagelse om, at effekten i Danmark vil ligne den fra de andre sundhedsvæsener, kan vi estimere ændringer i udskrivning af medicin, billeddannelse/scanninger og behandlingsgange samt samlede omkostninger.

5 Referencer

- Ackerman, I.N., Graves, S.E., Wicks, I.P., Bennell, K.L., Osborne, R.H., 2005. Severely compromised quality of life in women and those of lower socioeconomic status waiting for joint replacement surgery. *Arthritis Rheum.* 53, 653-658. doi:10.1002/art.21439
- Bath, B., Janzen, B., 2012. Patient and referring health care provider satisfaction with a physiotherapy spinal triage assessment service. *J. Multidiscip. Healthc.* 5, 1-15. doi:10.2147/JMDH.S26375
- Bishop, A., Foster, N.E., Thomas, E., Hay, E.M., 2008. How does the self-reported clinical management of patients with low back pain relate to the attitudes and beliefs of health care practitioners? A survey of UK general practitioners and physiotherapists. *Pain* 135, 187-195. doi:10.1016/j.pain.2007.11.010
- Bøvlingbjerg Fysioterapi, 2011. Fysioterapeutisk undersøgelse og udredning i primærsektoren - et tiltag til aflastning af praktiserende læger.
- Braybrooke, J., Ahn, H., Gallant, A., Ford, M., Bronstein, Y., Finkelstein, J., Yee, A., 2007. The impact of surgical wait time on patient-based outcomes in posterior lumbar spinal surgery. *Eur. Spine J. Off. Publ. Eur. Spine Soc. Eur. Spinal Deform. Soc. Eur. Sect. Cerv. Spine Res. Soc.* 16, 1832-1839. doi:10.1007/s00586-007-0452-5
- Cottrell, E., Roddy, E., Foster, N.E., 2010. The attitudes, beliefs and behaviours of GPs regarding exercise for chronic knee pain: a systematic review. *BMC Fam. Pract.* 11, 4. doi:10.1186/1471-2296-11-4
- Desmeules, F., Roy, J.-S., MacDermid, J.C., Champagne, F., Hinse, O., Woodhouse, L.J., 2012. Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *BMC Musculoskelet. Disord.* 13, 107. doi:10.1186/1471-2474-13-107
- Deyle, G.D., 2006. Direct access physical therapy and diagnostic responsibility: the risk-to-benefit ratio. *J. Orthop. Sports Phys. Ther.* 36, 632-634. doi:10.2519/jospt.2006.0110
- Foster, N.E., Hartvigsen, J., Croft, P.R., 2012. Taking responsibility for the early assessment and treatment of patients with musculoskeletal pain: a review and critical analysis. *Arthritis Res. Ther.* 14, 205. doi:10.1186/ar3743
- Fysioterapeuten, 2013. Fysioterapeuter udreder patienter i Medicinsk Rygcenter Maj 2013.
- Fysioterapeuten, 2011. Fysioterapeuter udreder og diagnosticerer skulderpatienter Oktober 2011.
- Hay, E.M., Foster, N.E., Thomas, E., Peat, G., Phelan, M., Yates, H.E., Blenkinsopp, A., Sim, J., 2006. Effectiveness of community physiotherapy and enhanced pharmacy review for knee pain in people aged over 55 presenting to primary care: pragmatic randomised trial. *BMJ* 333, 995. doi:10.1136/bmj.38977.590752.0B
- Holdsworth, L.K., Webster, V.S., McFadyen, A.K., 2006. Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GPs? Results of a national trial. *Physiotherapy* 92, 26-33. doi:10.1016/j.physio.2005.11.002
- Jette, D.U., Ardleigh, K., Chandler, K., McShea, L., 2006. Decision-making ability of physical therapists: physical therapy intervention or medical referral. *Phys. Ther.* 86, 1619-1629. doi:10.2522/ptj.20050393
- Kommunernes Landsforening, 2015. Kortlægning af lægedækning i Danmark.
- Linton, S.J., Hellsing, A.L., Andersson, D., 1993. A controlled study of the effects of an early intervention on acute musculoskeletal pain problems. *Pain* 54, 353-359.
- Ludvigsson & Enthoven, 2012. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy* 98, 131-137. doi:10.1016/j.physio.2011.04.354
- McClellan, C.M., Greenwood, R., Bengert, J.R., 2006. Effect of an extended scope physiotherapy service on patient satisfaction and the outcome of soft tissue injuries in an adult emergency department. *Emerg. Med. J. EMJ* 23, 384-387. doi:10.1136/emj.2005.029231
- Moore, J.H., McMillian, D.J., Rosenthal, M.D., Weishaar, M.D., 2005. Risk determination for patients with direct access to physical therapy in military health care facilities. *J. Orthop. Sports Phys. Ther.* 35, 674-678. doi:10.2519/jospt.2005.35.10.674

- Oakley, C., Shacklady, C., 2015. The Clinical Effectiveness of the Extended-Scope Physiotherapist Role in Musculoskeletal Triage: A Systematic Review. *Musculoskeletal Care* 13, 204-221. doi:10.1002/msc.1100
- Ojha, H.A., Snyder, R.S., Davenport, T.E., 2014. Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review. *Phys. Ther.* 94, 14-30. doi:10.2522/ptj.20130096
- Saxon, R.L., Gray, M.A., Oprescu, F.I., 2014. Extended roles for allied health professionals: an updated systematic review of the evidence. *J. Multidiscip. Healthc.* 7, 479-488. doi:10.2147/JMDH.S66746
- Stanhope, J., Grimmer-Somers, K., Milanese, S., Kumar, S., Morris, J., 2012. Extended scope physiotherapy roles for orthopedic outpatients: an update systematic review of the literature. *J. Multidiscip. Healthc.* 5, 37-45. doi:10.2147/JMDH.S28891
- Statens Institut for Folkesundhed, 2015. Sygdomsbyrden i Danmark. sundhed.dk, 2016. Find behandler.
- Sundheds- og Ældreministeriet, 2016. Kommisorium for Lægedækningsudvalget.
- Sundheds- og Ældreministeriet, 2015. Regeringen vil sikre bedre lægedækning- og kvalitet i almen praksis.
- Swinkels, I.C.S., Kooijman, M.K., Spreeuwenberg, P.M., Bossen, D., Leemrijse, C.J., van Dijk, C.E., Verheij, R., de Bakker, D.H., Veenhof, C., 2014. An overview of 5 years of patient self-referral for physical therapy in the Netherlands. *Phys. Ther.* 94, 1785-1795. doi:10.2522/ptj.20130309
- Williams, C.M., Maher, C.G., Hancock, M.J., McAuley, J.H., McLachlan, A.J., Britt, H., Fahridin, S., Harrison, C., Latimer, J., 2010. Low back pain and best practice care: A survey of general practice physicians. *Arch. Intern. Med.* 170, 271-277. doi:10.1001/archinternmed.2009.507