

Fysioterapeuter i almen lægepraksis

ET UFORLØST POTENTIALE



Muskuloskeletal Fysioterapi | Kandidatspeciale 4. semester

Vejleder: Thorvaldur Palsson | 1. juni 2021

Abstract

Background: There is a growing demand for general practitioners (GP) in Denmark. One way to accommodate the demand of GPs is to implement physiotherapists as a first point of contact for patients with musculoskeletal (MSK) complaints. However, the quality of this model of care has not yet been investigated in a Danish setting. The aim of this project is to evaluate the quality of a first point of contact physiotherapists providing MSK care, as an alternative to GPs in a Danish setting.

Method: A retrospective journal audit was conducted using medical records, and a separate consecutive non-randomised study of patient satisfaction of patients visiting a Danish primary healthcare centre in the period 01.11.2020 – 04.03.2021. Additionally, a systematic literature search was carried out in March 2021 (PubMed, CINAHL and EMBASE) to identify relevant outcomes the journal audit and patient satisfaction study was not able to. The overall outcomes were: The ability to diagnose the problem, number of referrals, patient satisfaction, missed serious pathology/adverse events, work-related sick leave, function, pain, and health-related quality of life.

Results: Journal audits from 186 patients with MSK complaints were available for analysis. A subgroup of 98 patients answered a patient satisfaction questionnaire. The results indicated an *acceptable* diagnostic ability and an *acceptable* patient satisfaction. The number of referrals were higher compared to the standard and therefore considered unacceptable. Six studies met the eligibility criteria and indicated that there was no difference between physiotherapists and GPs regarding missed serious pathology or adverse events. Patients accessed by a physiotherapist were overall less likely to report work-related sick leave compared to those accessed by a GP. There were no differences in function, pain, or quality of life between patients consulted by a physiotherapist or a GP.

Conclusion: It appears that physiotherapists as a primary contact are able to manage patients with MSK complaints in a Danish general practice. Due to varying methodological quality, the results of the thesis report should be interpreted with caution.

Forord

Denne specialerapport er udarbejdet i perioden 01.02.2021 - 01.06.2021 af tre studerende (specialegruppen) fra kandidatuddannelsen i Muskuloskeletal Fysioterapi på Aalborg Universitet. Alle tre gruppemedlemmer har en professionsbachelor i fysioterapi og har tidligere arbejdet som fysioterapeuter.

Specialerapporten henvender sig til fagpersoner med interesse for almen praksis samt interesse indenfor udviklingen af fysioterapifaget.

Formålet med rapporten er at vurdere kvaliteten af en fysioterapeutisk konsultation, hvor fysioterapeuten agerer primær kontakt for patienter med muskuloskeletale symptomer i en dansk alment praktiserende lægeklinik?

Vi vil gerne benytte lejligheden til at takke alle medvirkende deltagere samt projektansatte i Det Eksemplariske Samarbejde, hvor en særlig tak skal lyde til projektleder og AC-fuldmægtig Heidi Ettrup Vejen for det gode samarbejde. Ydermere vil vi gerne takke vores vejleder Thorvaldur Palsson, lektor ved Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, for konstruktiv feedback og sparring i forbindelse med udarbejdelsen af specialerapporten.

Rapportens indhold er frit tilgængeligt, men offentliggørelse (med kildeangivelse) må kun ske efter aftale med forfatterne.

Læsevejledning

Denne specialerapport er udarbejdet med afsæt i studieordningen for 4. semester på kandidatuddannelsen i Muskuloskeletal Fysioterapi på Aalborg Universitet. Specialerapporten består af 51 sider inklusiv litteraturliste samt 11 bilag, som fremgår sidst i rapporten. I rapporten anvendes referencesystemet American Psychological Association 7. Edition, hvor kildehenvisningerne angives i en parentes efter sætningen.

Ved brug af forkortelser skrives ordet eller begrebet ud første gang det anvendes med forkortelsen i en efterfølgende parentes. Derefter anvendes kun forkortelsen.

Begrebsafklaring

Specialiserede fysioterapeuter

Specialiserede fysioterapeuter dækker over 1) “Extended Scope Physiotherapists”, som varetager opgaver, der rækker ud over det fysioterapeuter traditionelt varetager, men som ikke nødvendigvis har modtaget videreuddannelse indenfor det muskuloskeletale speciale og 2) “Advanced Practice Physiotherapists” som defineres af Europe Region World Physiotherapy som *”being highly specialised making complex decisions and managing risks in unpredictable contexts and within a defined area”*, og som har modtaget videreuddannelse indenfor det muskuloskeletale speciale (*Europe Region WorldPhysio | Advanced Practice Physiotherapy in the Europe Region World Physiotherapy Position Statement, 2018*).

Det Eksemplariske Samarbejde (DES)

DES er et udviklingsprogram som består af repræsentanter fra Hjørring kommune, Regionshospitalet Nordjylland og Regionsklinik Hjørring, som har til formål at implementere fysioterapeuter i dansk almen lægepraksis. Denne specialerapport er udarbejdet i samarbejde mellem specialegruppen og udviklingsprogrammet.

Indholdsfortegnelse

1. Initierende problem.....	1
2. Problemanalyse.....	2
2.1. Stigende pres på alment praktiserende læger i Danmark.....	2
2.2. Det politiske udspil for fremtidens nære sundhedsvæsen.....	2
2.3. Aflastning af læger ved brug af specialiserede fysioterapeuter.....	3
2.4. Specialiserede fysioterapeuter kan være en gevinst for samfundsøkonomien.....	4
2.5. Barrierer for fysioterapeuter i almen praksis.....	4
2.5.1. Patientens perspektiv.....	5
2.5.2. Komorbiditeter komplicerer patientgruppen.....	6
2.6. Kvalitet i sundhedsvæsenet.....	6
2.7. Problemafgrensning.....	7
3. Problemformulering.....	8
4. Metode.....	9
4.1. Studiedesign.....	9
4.2. Klinisk kontekst.....	9
4.3. Effektmål.....	10
4.4. Dataindsamling.....	12
4.4.1. Journalaudit.....	12
4.4.2. Patienttilfredshed.....	13
4.4.3. Litteratursøgning.....	14
4.5. Dataudtræk og databearbejdning.....	18
4.6. Etiske overvejelser.....	18
5. Resultat.....	20
5.1. Journalaudit.....	20

5.1.1.	Kvalitetsvurdering af journalaudit.....	20
5.2.	Patienttilfredshed	21
5.2.1.	Kvalitetsvurdering af patienttilfredsheden	22
5.3.	Litteratursøgning.....	23
6.	Diskussion	32
6.1.	Evne til at identificere årsagen	32
6.2.	Viderehenvisninger	33
6.3.	Patienttilfredshed	36
6.4.	Litteratursøgning.....	36
6.5.	Økonomisk aspekt ved implementering af fysioterapeuter i almen praksis	37
6.6.	Metodologiske overvejelser og begrænsninger	37
6.6.1.	Audit	37
6.6.2.	Litteratursøgning	39
7.	Konklusion.....	40
8.	Perspektivering	41
9.	Litteraturliste.....	43
10.	Bilag	1
10.1	Bilag 1: Visitationsskema med diagnosekoder	1
10.2	Bilag 2: Litteratursøgning.....	2
10.3	Bilag 3: Subgruppering af symptomgivende regioner	5
10.4	Bilag 4: Viderehenvisninger fordelt på subgrupper af symptomgivende region.....	6
10.5	Bilag 5: Ekskluderede artikler efter fuld-tekstlæsning.....	7
10.6	Bilag 6: Metodisk kvalitet af Demont et al., 2019	8
10.7	Bilag 7: Metodisk kvalitet af Babatunde et al., 2020	11
10.8	Bilag 8: Metodisk kvalitet af Bornhöft et al., 2019.....	14
10.9	Bilag 9: Metodisk kvalitet af Ho et al., 2019.....	17

10.10	Bilag 10: Metodisk kvalitet af Ojha et al., 2020	20
10.11	Bilag 11: Metodisk kvalitet af Gagnon et al., 2021	23

1. Initierende problem

Muskuloskeletale (MSK) smerter er den hyppigste årsag til besøg hos alment praktiserende læger og udgør tæt på hver fjerde konsultation i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2015). Det forventes at middellevetiden stiger i Danmark (Jensen et al., 2017) og samtidig tyder det på, at prævalensen for MSK symptomer stiger med alderen (Downie et al., 2019). Særligt artrose og andre degenerative led problematikker samt generelle MSK symptomer som lænderyg-, skulder-, og knæ smerter vil stige markant (Picavet & Schouten, 2003; Urwin et al., 1998). Alt dette kan lede til et større pres på sundhedsvæsenet. Samtidig med at der ventes en stigende incidens af patienter med MSK symptomer, så er antallet af alment praktiserende læger på de danske lægehuse faldet med 7,9 % fra 2010 til 2020. I Region Nordjylland udgjorde faldet 19 % i samme periode (*PLO faktaark*, 2020). Konsekvensen af dette er lægemangel (*PLO faktaark*, 2020), hvilket igen resulterer i et større pres på sundhedssektoren. Allerede nu, har det betydet længere ventetider for patienter, lukket patienttilgang og, hvor der anvendes udbuds- eller regionsklinikker, er det ikke sikkert, at lægen er den samme fra gang til gang (*PLO faktaark*, 2020). Hertil kommer, at alderen hos de eksisterende danske alment praktiserende læger er stigende (*PLO faktaark*, 2020). Andelen af alment praktiserende læger over 60 år udgør således lidt over 22 % i Danmark. En sådan demografiske udvikling er betænkelig, da lidt over 22 % af de alment praktiserende læger må forventes at trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet i en nærtstående fremtid, hvilket kan tænkes at medføre et yderligere fremtidigt pres på sundhedsvæsenet. Ydermere er det ikke sikkert, at der står nye læger klar til at tage over når andre læger vælger at stoppe (*PLO faktaark*, 2020).

Dette står i kontrast til Regeringens udspil i sundhedsreformen, der blandt andet lyder på, at der skal skabes et sundhedsvæsen, hvor borgerne bliver behandlet så tæt som muligt på eget hjem og at antallet af henvisninger til ambulant sygehusbesøg nedsættes uden samtidig at gå på kompromis med kvaliteten (*Patienten først - nærhed, sammenhæng, kvalitet og patientrettigheder*, 2019).

Specialrapporten vil dermed omhandle hvordan det øgede pres på alment praktiserende læger kan imødekommes uden at kvaliteten kompromitteres.

2. Problemanalyse

2.1. Stigende pres på alment praktiserende læger i Danmark

Ifølge Statens Institut for Folkesundhed udgør lænderygmerter, artrose og nakkesmerter de tre hyppigste årsager til besøg hos danske alment praktiserende læger, og var alene i perioden 2010 - 2012 årsag til over to millioner konsultationer årligt (Sundhedsstyrelsen, 2015). Denne udvikling kan blandt andet tilskrives en stadig stigende middellevetid, hvilket skyldes forbedrede levevilkår, og det forventes at antallet af danskere over 80 år fordobles yderligere fra 2016 til 2036 (*Befolkningspyramide*, n.d.). Både den store andel af patienter med MSK symptomer hos alment praktiserende læger og den demografiske udvikling i Danmark kan antages at øge presset på den danske sundhedssektor.

Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus gennemførte i 2012 og 2016 en undersøgelse blandt PLO's medlemmer, som viste en fordobling af alment praktiserende læger der oplevede, at deres arbejde var blevet mere krævende (*PLO faktaark*, 2020). Flere læger oplevede et stigende arbejdspress, hvilket kan formodes at hænge sammen med, at antallet af alment praktiserende læger falder, samtidig med at antallet af patienter stiger. I 2017 havde en alment praktiserende læge i gennemsnit 48 konsultationer dagligt (*PLO faktaark*, 2020). Dette svarer til seks patienter i timen på en otte timers arbejdsdag. Der kan sættes spørgsmålstegn ved om denne form for praksis er hensigtsmæssig, både for de alment praktiserende læger og for patienterne, da kvaliteten af konsultationen, og behovet for en fyldestgørende undersøgelse inden for den bio-psyko-sociale model forudsætter mere tid (Ng et al., 2021).

2.2. Det politiske udspil for fremtidens nære sundhedsvæsen

Regeringen fremlagde i 2019 en ny sundhedsreform med målsætningen om 500.000 færre ambulante besøg og 40.000 færre indlæggelser på sygehusene (*Patienten først - nærhed, sammenhæng, kvalitet og patientrettigheder*, 2019). Formålet med reformen var at forebygge belastning på landets sygehuse ved blandt andet at flytte de 770.000 patienter med diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom og hjertekarsygdomme (*National Klinisk Retningslinje for Hjerterehabilitering*, 2013; *National klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL*, 2018; *Tal og fakta om diabetes*, 2020) over i almen praksis. I tillæg til et stigende antal ældre samt stigende prævalens af MSK symptomer hos den generelle befolkning (Jensen et al.,

2. Problemanalyse

2017) må denne reform formodes at øge presset hos de i forvejen pressede alment praktiserende læger. Regeringen vil afsætte seks milliarder til at sikre kvaliteten i det nære sundhedsvæsen i en Nærhedsfond. Denne fond skal blandt andet gå til at opbygge moderne sundhedshuse med f.eks. alment praktiserende læger og andet sundhedspersonale herunder fysioterapeuter (*Patienten først - nærhed, sammenhæng, kvalitet og patientrettigheder*, 2019). Derudover skal Nærhedsfonden give sundhedspersonalet nye muligheder for at bruge og udvikle deres faglige kompetencer. Kvaliteten af sundhedsydelser skal ifølge udspillet være ens for alle patienter uanset bopæl eller behandlingssted. Dette vil Regeringen bl.a. sikre ved at have øget fokus på indsamling af data i primærsektoren, da der er behov for mere viden om effekten samt kvaliteten af patientforløbene (*Patienten først - nærhed, sammenhæng, kvalitet og patientrettigheder*, 2019).

En måde hvorpå man kan imødekomme både Regeringens udspil om udredning og behandling tæt på borgerens eget hjem samt færre henvisninger til ambulante besøg på sygehuse samt problemet med lægemangel, kan være ved at lade specialiserede fysioterapeuter aflaste de alment praktiserende læger.

2.3. Aflastning af læger ved brug af specialiserede fysioterapeuter

Specialiserede fysioterapeuter varetager undertiden opgaver, som visitation til operation, henvisning til billeddiagnostik og laboratorietests samt udskrivning af medicin og injektioner (Desmeules et al., 2012). I England er der god erfaring med anvendelse af specialiserede fysioterapeuter til at reducere arbejdsopgaver hos de alment praktiserende læger (Downie et al., 2019). I et nyere engelsk evalueringsstudie (Downie et al., 2019) blev 8.417 patienter med MSK symptomer udredt af fysioterapeuter som alternativ til alment praktiserende læger. Resultaterne viste, at de fleste patienter (60 %) blev behandlet alene ved hjælp af self-management (råd/vejledning og kort intervention) og det var kun i ganske få tilfælde nødvendigt at inddrage en alment praktiserende læge. Ifølge forfatterne tyder resultaterne på, at patienter med MSK symptomer med fordel kan blive udredt af specialiserede fysioterapeuter som alternativ til alment praktiserende læger, og samtidigt få reduceret behovet for yderligere udredning (Downie et al., 2019). Dette har potentiale til at reducere arbejdsbyrden hos de alment praktiserende læger, hvilket giver de alment praktiserende læger mere tid til de patienter, der søger behandling for ikke MSK lidelser. Dette kunne potentielt overføres til en dansk kontekst enten i alment

2. Problemanalyse

praktiserende lægeklinikker eller i sundhedshuse. Ydermere tyder det på, at der kan være en samfundsøkonomisk gevinst ved at lade specialiserede fysioterapeuter aflaste alment praktiserende læger (Goodwin & Hendrick, 2016).

2.4. Specialiserede fysioterapeuter kan være en gevinst for samfundsøkonomien

MSK smerter er blandt de hyppigste årsager til sygefravær på det danske arbejdsmarked (Sundhedsstyrelsen, 2015). Årligt medfører MSK smerter minimum tre millioner sygedage og i 2010 blev det anslået, at det kostede det danske samfund 17,2 milliarder kroner (Maja Bæksgaard Jørgensen, 2017). Det kan dermed udledes, at patienter med MSK symptomer udgør en belastning for samfundsøkonomien. Dog tyder det på, at patienter med MSK symptomer udredt af specialiserede fysioterapeuter rapporterer færre sygedage sammenlignet med vanlig behandling fra alment praktiserende læger (Holdsworth et al., 2007). I tillæg til dette finder et systematisk review fra 2019 (Demont et al., 2019), at den gennemsnitlige omkostningsbesparelse pr. episode af MSK symptomer for patienterne er signifikant lavere for patienter der er udredt af specialiserede fysioterapeuter sammenlignet med udredning af alment praktiserende læger. Besparelsen var på mellem 331 – 4.581 kr. (Goodwin & Hendrick, 2016; Mallett et al., 2014). Disse resultater tyder dermed på, at anvendelse af fysioterapeuter som primær kontakt kan være en besparelse for samfundsøkonomien.

Til trods for den gode erfaring med fysioterapeuter som primær kontakt er der dog fortsat barrierer for implementeringen af specialiserede fysioterapeuter i almen praksis.

2.5. Barrierer for fysioterapeuter i almen praksis

Et af de oftest anvendte argumenter for at bevare den nuværende model, hvor patienter med MSK symptomer først ses af en alment praktiserende læge, er lægernes diagnostiske evne til identificering af alvorlig patologi, “røde flag” samt differentialdiagnostik (Babatunde et al., 2020; Foster et al., 2012). Frygten for at overse alvorlig patologi har således afledt spørgsmålet, om andet sundhedspersonale, herunder fysioterapeuter, har den fornødne viden til at mistænke alvorlig patologi eller “røde flag” hos patienter med MSK symptomer (Foster et al., 2012).

2. Problemanalyse

Bekymringen ses også hos PLO, hvor formanden i et offentligt debatindlæg i 2019 såede tvivl om, hvorvidt der skulle indføres direkte adgang til fysioterapeuter eller ej, grundet bekymring for tiltagets konsekvenser for de patienter, der behøver en lægefaglig vurdering (Bachmann, 2019). Det tyder dog på, at der ikke er risiko for forværret effekt, bivirkninger eller oversete “røde flag” hos patienter med MSK symptomer med direkte adgang til andet sundhedspersonale (hovedsageligt fysioterapeuter) sammenlignet med alment praktiserende læger (Foster et al., 2012). Det tyder endvidere ikke på, at der er forskel i diagnosticering af patienter med MSK symptomer mellem alment praktiserende læger og andet sundhedspersonale (Babatunde et al., 2020; Foster et al., 2012). Forfatterne af to systematiske reviews fandt, at specialiserede fysioterapeuters diagnostiske beslutninger sammenholdt med ortopædkirurger for knæ-, hofte- og skulderproblematikker varierede fra moderat til meget god (Desmeules et al., 2012; Marks et al., 2017). Ligeledes finder et dansk randomiseret cross-over studie, foretaget på en ortopædisk skulderklinik, god diagnostisk enighed mellem specialiserede fysioterapeuter (Madsen et al., 2021).

Det kan være problematisk for implementeringen af fysioterapeuter i almen lægepraksis når der sås tvivl om fysioterapeuters evne til at mistænkte alvorlig patologi (Babatunde et al., 2020; Foster et al., 2012; *PLO faktaark*, 2020). Denne evne er særligt vigtig at besidde for sundhedspersonale med en primær konsulerende rolle (Foster et al., 2012). Foruden evnen til at mistænke alvorlig patologi, så er patientens perspektiv afgørende for implementeringen af fysioterapeuter som primær kontakt.

2.5.1. Patientens perspektiv

Ved implementeringen af specialiserede fysioterapeuter som primær kontakt, kan en barriere være, at det bryder med det gængse kulturelle aspekt af den nuværende organisering af sundhedsvæsenet, hvor alment praktiserende læger har ansvaret for hele patientens helbred (Moffatt et al., 2018; van Weel et al., 2012). Endvidere argumenteres der for, at forholdet mellem egen læge og patient kan blive komprimeret og forløbet for patienten kan blive fragmenteret, hvis en fysioterapeut står for udredning og behandling af patienter med MSK symptomer (Foster et al., 2012). Patienter værdsætter at have én kontaktperson, som de kender og har tillid til, når de oplever helbredsproblemer (Foster et al., 2012). Implementeringen af specialiserede fysioterapeuter som primær kontaktperson kan risikere at have en negativ påvirkning på

2. Problemanalyse

patienttilfredsheden (van Weel et al., 2012). Imidlertid fandt forfatterne af et svensk studie (Ludvigsson & Enthoven, 2012), at patienter med MSK symptomer var signifikant mere tilfredse med at blive undersøgt af en fysioterapeut end af en alment praktiserende læge. Dette understøttes af et systematisk review (Demont et al., 2019), der blandt andet undersøgte patienttilfredshed ved direkte adgang til fysioterapeuter sammenlignet med læger. Det kan dermed tyde på, at en stor del af patienterne med MSK symptomer er tilfredse med at lade sig undersøge af specialiserede fysioterapeuter (Goodwin & Hendrick, 2016; Ludvigsson & Enthoven, 2012).

2.5.2. Komorbiditeter komplicerer patientgruppen

Det er vigtigt at understrege og anerkende alment praktiserende lægers kompetencer når det kommer til patienter, der har behov for medicinsk behandling (Foster et al., 2012). I et kvalitativt studie fra England (Moffatt et al., 2018) gav alment praktiserende læger udtryk for en lettet arbejdsbyrde, grundet ansættelse af fysioterapeuter til håndtering af patienter med MSK symptomer. Dog satte én læge spørgsmålstegn ved, om fysioterapeuter aflastede lægerne svarende til den forventede andel af patienter med MSK symptomer, da nogle patienter også præsenterede sig med en sekundær problematik, og derfor behøvede en lægefaglig vurdering. Komorbiditeter kan således komplicere forløbet hos patienter som præsenteres med MSK symptomer, og et tværfagligt arbejde kan i sådanne situationer være påkrævet til at håndtere en sådan patientgruppe.

2.6. Kvalitet i sundhedsvæsenet

For at imødekomme udfordringerne i almen praksis er der lavet forsøgsordninger, hvor specialiserede fysioterapeuter varetager den primære kontakt af patienter med MSK symptomer i almen lægepraksis. For at denne konstruktion med fysioterapeuter i almen lægepraksis kan opnå anerkendelse blandt patienter og sundhedspersonale samt bred implementering i sundhedsvæsenet forudsætter det, at kvaliteten af de leverede ydelser opretholdes (Mainz, 2017). Kvalitetsbegrebet er et centralt begreb inden for sundhedsvæsenet, da det benyttes til at vurdere og evaluere evnen til at opfylde patienternes sundhedsmæssige behov såsom forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering, som anses for at være sundhedsvæsenets kerneydelser (Mainz, 2017). I takt med at presset på alment praktiserende læger øges af politiske og

2. Problemanalyse

demografiske årsager, stilles der fortsat høje krav til kvaliteten af sundhedsvæsenets kerneydelser (*Patienten først - nærhed, sammenhæng, kvalitet og patientrettigheder*, 2019; *PLO faktaark*, 2020). En både national og international anerkendt metode, hvorpå sundhedsvæsenets kerneydelser kan vurderes er auditmetoden (Mainz, 2017). Auditmetoden kan betragtes som en systematisk tilgang til kvalitetsvurdering og kan være med til at belyse tre dimensioner af kvalitet i relation til sundhedsvæsenets ydelser, hhv. *struktur*, *proces* og/eller *resultat*: *Struktur* omfatter rammer og ressourcer i sundhedsvæsenet, herunder faciliteter, personalenormering, teknologi, udstyr og lignende. *Proces* omhandler de kerneydelser, som patienten modtager i kontakten med sundhedsvæsenet og om ydelserne stemmer overens med de gældende retningslinjer på området. *Resultat* indeholder evaluering af effekten af sundhedsvæsenets ydelser målt på relevante og meningsfulde resultatmål for den specifikke sygdom eller kliniske tilstand (Donabedian, 1988). De tre dimensioner muliggør kvalitetssikring og tilrettelæggelse af sundhedsvæsenets ydelser. Struktur, proces og resultat udgør en sammenhængende model, hvor eksempelvis en ikke-tilfredsstillende kvalitet af resultatet af sundhedsvæsenets ydelser muligvis kan forklares ved en ikke-tilfredsstillende proces- eller strukturkvalitet (Donabedian, 1992).

Auditmetoden kan således bidrage til at vurdere kvaliteten af fysioterapeuter, hvor disse implementeres som primær kontakt.

2.7. Problemafgrænsning

Grundet den demografiske udvikling i danskernes middellevetid samt et faldende antal af alment praktiserende læger, vil der i fremtiden ses et større pres på det danske sundhedsvæsen (*Befolkningspyramide*, n.d.; Jensen et al., 2017). En mulig løsning på denne problemstilling kan være implementering af fysioterapeuter i almen lægepraksis. International forskning tyder på, at fysioterapeuter er i stand til at diagnosticere, igangsætte relevant intervention og henvise patienter med MSK symptomer, hvilket er en patientgruppe som udgør en betydelig patientandel hos de alment praktiserende læger. Derudover tyder det på, at anvendelsen af specialiserede fysioterapeuter som primær kontakt ikke øger risikoen for overset alvorlig patologi. Fysioterapeuter har dermed potentiale til at aflaste de alment praktiserende læger og være en del af løsningen på lægemanglen i Danmark.

2. Problemanalyse

Kvalitetsvurderingen af fysioterapeuter, der arbejder som primær kontakt, er imidlertid endnu ikke undersøgt i en dansk kontekst. Formålet med denne specialerapport er derfor at vurdere kvaliteten af den fysioterapeutiske konsultation hos fysioterapeuter, der arbejder som primær kontakt for patienter med MSK symptomer i en dansk alment praktiserende lægeklinik.

3. Problemformulering

Hvordan vurderes kvaliteten af en fysioterapeutisk konsultation, hvor fysioterapeuten agerer primær kontakt for patienter med muskuloskeletale symptomer i en dansk alment praktiserende lægeklinik?

I hvilket omfang kan dette sammenlignes med alment praktiserende læger?

4. Metode

I det følgende afsnit præsenteres studiedesign, klinisk kontekst og beskrivelser af de anvendte metoder, som blev benyttet til den kliniske dataindsamling, -udtræk og -bearbejdning. Herefter præsenteres en systematisk litteratursøgning og -udvælgelse. Denne specialerapport følger retningslinjerne for The Strengthening Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement Cohort tjekliste (Cuschieri, 2019) samt Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) 2020 tjekliste (Page et al., 2021). Disse tjeklister følges for at sikre en transparent og troværdig afrapportering af specialerapportens data (von Elm et al., 2007).

4.1. Studiedesign

Specialerapporten består af to dele. Del 1 er en auditundersøgelse bestående af en journalaudit fra en observationelt retrospektiv kohorte undersøgelse og en non-randomiseret patientrapporteret spørgeskemaundersøgelse omhandlende patienttilfredshed vedrørende konsultationen hos en fysioterapeut, der arbejdede som primær kontakt. Auditmetoden havde til formål at evaluere kvaliteten af sundhedsfaglige ydelser såsom diagnostik og viderehenvisning (*procesindikator*) samt patientforløb (*resultatindikator*). Dette skete via en systematisk gennemgang af patientforløb (Isager, 2009). Der blev anvendt kvantitativ ekstern monofaglig audit (Isager, 2009). Metoden er hyppigt anvendt (Isager, 2009) til kvalitetsvurdering både internationalt (Bourn, 1995) og nationalt (Mainz, 2017; OECD, 2013), særligt på lokalt plan herunder i almen lægepraksis (Isager, 2009).

Del 2 er en systematisk litteraturgennemgang, der blev igangsat efter specialegruppen, var blevet bekendt med effektmål fra DES. Denne litteraturgennemgang havde til formål at afdække relevante effektmål, som ikke blev afdækket i auditundersøgelsen.

4.2. Klinisk kontekst

Auditundersøgelsen baserede sig på data fra DES. DES blev implementeret i Regionsklinik Hjørring i perioden 1. september 2020 til d. 4. marts 2021, hvor der blev ansat to fysioterapeuter to dage pr. uge á fem timers varighed. Fysioterapeuterne havde til opgave, som primær kontakt

4. Metode

at udrede, vejlede og/eller viderehenvise patienter med MSK symptomer. Fysioterapeuterne havde hhv. 8 og 12 års erfaring med kommunal genoptræning samt flere kurser indenfor diagnostik og behandling af MSK-problematikker (nakke, skulder, ryg, hofter, knæ og fod).

Når patienterne henvendte sig på Regionsklinik Hjørring, blev det vurderet af regionsklinikens sygeplejersker, der alle havde minimum to års erhvervserfaring inden for almen praksis, hvorvidt patienterne skulle tilses af en fysioterapeut eller en alment praktiserende læge. Sygeplejerskerne var inden implementeringen af DES blevet informeret omkring formålet og visionen for fysioterapeuternes ansættelse i regionsklinikken, samt hvilken visiteringsmetode de skulle anvende ved uddelegeringen af patienter. Sygeplejerskerne visiterede patienterne på baggrund af International Classification of Primary Care-koder (ICPC-koder) for symptomer og/eller smerter i muskel og skeletsystem (LS) (Bilag 1) (*ICPC-3 codesystem*, n.d.). Fysioterapeuterne havde 30 minutter pr. konsultation, inklusive journalføring. Fysioterapeuterne havde ikke bemyndigelse til selvstændigt at henvise patienterne til billedmodaliteter, speciallæge, fysioterapi m.m. Dog havde de mulighed for at udarbejde en henvisning på baggrund af deres faglige vurdering af patienten, hvorefter de i samråd med den ansvarlige lægefaglige kollega havde mulighed for at viderehenvise patienten.

4.3. Effektmål

Specialerapporten består af effektmål fra auditundersøgelsen, der måler på *proces- og resultat-indikatorer* (del 1) og effektmål fra litteratursøgningen (del 2) (Tabel 1). Effektmålene fra auditundersøgelsen var defineret af repræsentanterne fra DES og ikke specialegruppen. Litteratursøgningen gjorde det muligt at måle på effektmål som specialegruppen fandt relevante, men som DES ikke målte på. Således er disse effektmål defineret af specialegruppen selv. Alle nævnte effektmål er hyppigt anvendt i litteraturen (Babatunde et al., 2020; Downie et al., 2019; Ludvigsson & Enthoven, 2012). Effektmålene blev sammenlignet med læger, hvor det var muligt.

4. Metode

Tabel 1: Effektmål

Del 1: Auditundersøgelse	Del 2: Litteratursøgningen
Om årsagen til problemstilling blev fundet	Overset alvorlig patologi
Antal viderehenvisninger	Antal arbejdsrelaterede sygedage
Patienttilfredshed	Funktionsevne
	Smerteniveau
	Sundhedsrelateret livskvalitet

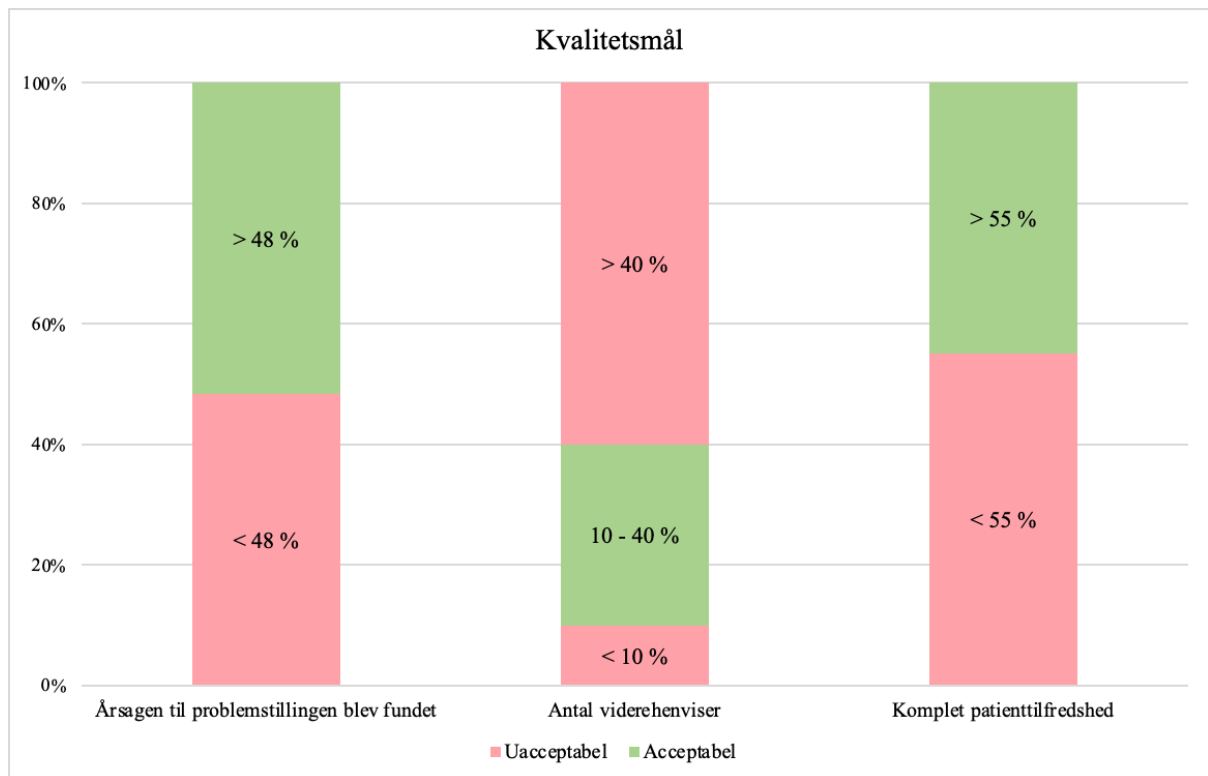
For at vurdere den overordnede kvalitet af den fysioterapeutiske konsultation fra DES, blev der opsat kvalitetsmål for hver enkelt effektmål fra auditundersøgelsen. Således blev der opsat kvalitetsmål for: *Om årsagen til problemstillingen blev fundet*, *Antal viderehenvisninger* samt *Patienttilfredshed*. Kvalitetsmålene danner grænsen mellem den acceptable og uacceptable kvalitet (Figur 1) (Mainz, 2017). Effektmålene sammenholdes med kvalitetsmålene og danner dermed grundlag for vurdering og evaluering af kvaliteten af den fysioterapeutiske konsultation fra DES. For at gøre kvalitetsvurderingen af den fysioterapeutiske konsultation fra DES objektiv, blev der defineret eksplicitte kvalitetsmål af specialegruppen (Isager, 2009).

Kvalitetsmålet for om årsagen til problemstillingen blev fundet blev sat til 48 %. Alt herunder vurderes som uacceptabelt. Dette kvalitetsmål er funderet i et dansk tværsnitsstudie (Rosendal et al., 2015), som fandt at danske alment praktiserende læger evnede at diagnosticere patienter med MSK symptomer i 48 % af tilfældene.

Kvalitetsmålet for andelen af viderehenvisninger blev sat til 10-40 %. En mindre andel (1-6 %) af patienter med MSK symptomer har alvorlig patologi (Bardin et al., 2017; Budtz et al., 2021; Enthoven et al., 2016; Oliveira et al., 2018), hvorfor det som minimum er denne andel af patienterne der bør viderehenvises til billedmodaliteter eller speciallæge. Et forsigtighedsprincip ved viderehenvisninger bør benyttes, da overset alvorlig patologi kan medføre alvorlige konsekvenser, hvorfor kvalitetsmålets nedre grænse er sat højere end prævalensen for alvorlig patologi. Kvalitetsmålets øvre grænse er funderet i et svensk case-kontrolstudie, som fandt at alment praktiserende læger viderehenviste patienter med MSK symptomer i 40 % af tilfældene (Bornhöft et al., 2015).

4. Metode

Kvalitetsmålet for komplet patienttilfredshed blev sat til 55 %. Alt herunder vurderes som uacceptabelt. Dette kvalitetsmål er funderet i et svensk non-randomiseret kohortestudie (Ludvigsson & Enthoven, 2012), som fandt en komplet selvrapporteret patienttilfredshed på op til 55 % hos patienter med MSK symptomer, der blev undersøgt af alment praktiserende læger.



Figur 1: Grænseværdier for kvalitetsmål

4.4. Dataindsamling

4.4.1. Journalaudit

Alt data til journalaudit blev indsamlet i et standardiseret skema efter endt konsultation af den undersøgende fysioterapeut i et Excel dataark version 16.45 @Microsoft (Seattle, USA). DES stod for udarbejdelsen af det standardiserede skema, dataindsamlingen og anonymisering af data. Alt anonymiseret data blev herefter videregivet til specialegruppen, som var blindet for dataindsamlingen. Inklusionskriterierne for deltagelse var, at patienterne kunne kategoriseres under LS i ICDPC-kodesystemet.

4. Metode

Det standardiserede skema afdækkede patienternes demografiske data, symptomgivende regioner samt dikotome spørgsmål (Ja/Nej) vedrørende:

- Blev årsagen til problemet fundet?
- Blev der iværksat handling på problemstillingen?
- Fik patienten en lægetid i klinikken?
- Blev patienten henvist til et kommunalt tilbud?
- Blev patienten henvist til hospital?
- Blev patienten henvist andetsteds

Lignende variabler er ofte anvendt til evaluering af fysioterapeuter i almen praksis (Goodwin & Hendrick, 2016; Ludvigsson & Enthoven, 2012). Fysioterapeuten havde mulighed for at skrive stikord til hver enkelt svarkategori, f.eks. hvorfor patienten fik en tid hos lægen i klinikken.

4.4.2. Patienttilfredshed

DES stod ligeledes for udarbejdelsen og dataindsamling af patienttilfredshedsundersøgelsen. Fysioterapeuterne udleverede ved konsultationens afslutning et fysisk spørgeskema til alle patienter omhandlende patienttilfredshed vedrørende den fysioterapeutiske konsultation. Manglende evne til at læse og/eller forstå dansk var et eksklusionskriterie. Patienterne blev opfordret til at deltage i undersøgelsen og besvare spørgeskemaet, hvorefter de kunne aflevere spørgeskemaet i en postkasse inden de forlod regionsklinikken. DES stod herefter for anonymisering af data fra patienttilfredsundersøgelsen, hvilket blev gjort i Excel dataark version 16.45 @Microsoft (Seattle, USA) for derefter at videregive den anonymiserede data til specialegruppen. De patienter, som ikke udfyldte spørgeskemaet blev ikke kontaktet efterfølgende. Patienterne blev bedt om at oplyse køn, alder og hvorvidt de havde henvendt sig til egen læge med samme problemstilling tidligere. For at afdække patientens tilfredshed vedrørende den fysioterapeutiske konsultation, blev følgende spørgsmål stillet:

- Har du tidligere henvendt dig til din egen læge omkring den undersøgte problemstilling?
- Jeg har en opfattelse af, at fysioterapeuten forstod min problemstilling.

4. Metode

- Jeg føler, at jeg modtager fyldestgørende information om min problemstilling fra fysioterapeuten.
- Jeg vurderer, at jeg er tættere på en løsning på min problemstilling end jeg var før konsultationen med fysioterapeuten.
- Hvis jeg en anden gang får en lignende lidelse, vil jeg gerne tilses af en fysioterapeut igen.

Patienterne kunne erklære sig mere eller mindre enige i de nævnte udsagn målt på en 5-punkts likert skala: “Helt uenig”, “Delvist uenig”, “Hverken enig eller uenig”, “Delvist enig” eller “Helt enig”. Lignende spørgsmål er ofte anvendt til at undersøge patienttilfredsheden hos patienter undersøgt af fysioterapeuter som primær kontakt (Goodwin & Hendrick, 2016; Ludvigsson & Enthoven, 2012).

4.4.3. Litteratursøgning

Litteratursøgningen blev udført i de videnskabelige databaser PubMed og Embase, som primært indeholder artikler indenfor områderne biomedicin og sundhedsteknologi (*About Embase - Biomedical research* | Elsevier, n.d.; *PubMed*, n.d.), samt databasen Cochrane, der overvejende indeholder sundhedsrelaterede oversigtsartikler (*About the Cochrane Library* | *Cochrane Library*, n.d.). Der blev først foretaget pilotsøgninger i PubMed samt kædesøgning forinden den systematiske litteratursøgning med det formål at identificere relevante søge- og emneord. Disse søge- og emneord blev efterfølgende kombineret i blokke, som slutteligt blev afprøvet i forskellige kombinationer. Med afsæt i pilotsøgningerne blev det besluttet at brede søgningerne ud til at afdække fysioterapeuter, der arbejder som primær kontakt, frem for fysioterapeuter der udelukkende arbejder i almen lægepraksis. Dette begrundes med, at der ses store ligheder mellem jobfunktionerne i forskellige kliniske kontekster, hvor fysioterapeuter arbejder som primær kontakt. Dette inkluderede rollen som primær kontakt i almen lægepraksis, akutmodtagelsen og i privat fysioterapeutisk klinik og lignende.

Den endelige systematiske litteratursøgning blev udført af to omgange. Første søgning blev udført d. 25/03-2021 og bestod af fire blokke; Population, Intervention, Outcome og Setting. Hver af de fire blokke indeholdt fritekst søgeord og emneord. Ved fritekstsøgeordene blev fraser og trunkeringer anvendt for hhv. at specificere og brede søgningen ud. Internt i blokkene blev søge- og emneord kombineret med ”OR”, mens der eksternt mellem blokkene blev benyttet

4. Metode

”AND” (Lund et al., 2014). Til sidst blev filtrene ”Meta-Analysis”, ”Review” og ”Systematic Review” tilføjet, for at få et samlet indblik i den tilgængelige litteratur på området. Efter udførelsen af den første systematiske søgning blev alle artiklernes titel og abstrakt screenet af to gruppemedlemmer uafhængigt af hinanden i henhold til de på forhånd definerede in- og eksklusionskriterier (Tabel 2). Ved uenighed om inkludering af artikler blev et tredje gruppemedlem inddraget indtil konsensus var opnået. Dernæst blev der foretaget kædesøgning via de inkluderede artikler. Eventuelle relevante artikler identificeret via kædesøgningen blev screenet i henhold til in- og eksklusionskriterierne.

Anden søgning blev udført d. 13/04-2021 med filtre for udgivelsesår, der havde til formål at identificere nyere enkeltstående studier, som ikke indgik i de identificerede systematiske reviews. Der blev endvidere tilføjet filtret ”Randomized Controlled Trial” (RCT) med det formål kun at inddrage stærkere studiedesigns. Dette blev gjort på baggrund af at de inkluderede systematiske reviews fra første søgning primært indeholdte observationelle studier samt at forfattere fra de systematiske reviews anbefalede at fremtidig forskning burde fokusere på at udforme flere RCT-studier på området. Anden søgning bestod af samme fire blokke; Population, Intervention, Outcome og Setting, og var udformet på samme vis som første søgning. Anden søgning blev udført i PubMed og Embase. Screenings-, in- og eksklusionsprocesserne samt kædesøgning foregik på samme måde som i første søgning.

De anvendte søgestrategier for begge søgninger kan ses i Tabel 3, mens antal hits for de endelige søgninger i hver database kan ses i Bilag 2.

4. Metode

Tabel 2: In- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Sprog: Dansk, norsk og engelsk Studiedesigns: - Første søgning: Review, Systematiske review med eller uden meta-analyse - Anden søgning: Randomiserede kontrollerede studier Studiet skal omhandle fysioterapeuter som primær kontakt Deltagerne i studiet skal have muskuloskeletale symptomer som primær henvendelsesårsag OG Effekt målt på minimum én af nedenstående: - Overset alvorlig patologi eller utilsigtede hændelser - Arbejdsrelateret sygedage - Funktionsevne - Smerteniveau - Livskvalitet Anden søgning: - Sammenligning skal ske med alment praktiserende læger	Patientgrupper med multitraume, højenergitraume, blødninger, allergiske reaktioner m.m.

4. Metode

Tabel 3: Søgeord for PubMed

Population	Intervention	Outcome	Setting
"Musculoskeletal pain"	Physio*	Evaluat*	"Primary Health care"
"Musculoskeletal Diseases*"	"Physical therap*"	Outcome	"Primary care"
"Musculoskeletal pain"[MeSH Terms]	Physiotherap*	"Sick leav*"	"General practice"
"Musculoskeletal diseases"[MeSH Terms]	"Physical therapists"[MeSH Terms]	"Quality of life"	"First line contact"
		"Pain measurement"	"First point of contact"
		"Recovery of function"	"First point of care"
		"Diagnostic error*"	"Direct access"
		"Serious pathology"	"Triage"
		"Serious diseases*"	"Primary health care"[MeSH Terms]
		"Red flag*"	"General practice"[MeSH Terms]
		Outcome and process assessment, health care[MeSH Terms]	"Triage"[MeSH Terms]
		Sick Leave[MeSH Terms]	"Triage"[MeSH Terms]
		Quality of life[MeSH Terms]	"Triage"[MeSH Terms]
		Pain measurement[MeSH Terms]	"Triage"[MeSH Terms]
		Recovery of Function[MeSH Terms])) OR (diagnostic error[MeSH Terms]))))	"Triage"[MeSH Terms]

Der blev foretaget en risikovurdering for fejlkilder af de inkluderede artikler. Dette blev gjort af to af specialegruppens medlemmer uafhængigt af hinanden ved brug af tjeklisterne A Measurement Tool to Assess systematic Reviews II (AMSTAR-II) (*AMSTAR - Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews*, n.d.) og Critical Appraisal Skill Program (CASP) (*CASP CHECKLISTS - CASP - Critical Appraisal Skills Programme*, n.d.). Ved uenighed mellem de to gruppemedlemmer om graden af risiko for fejlkilder blev der inddraget et tredje gruppemedlem indtil konsensus var opnået.

4. Metode

4.5. Dataudtræk og databearbejdning

Data fra journalaudit og patienttilfredshedsundersøgelsen blev håndteret og bearbejdet i Microsoft Excel version 16.37 © 2019 Microsoft Corporation (Seattle, Washington) af to af specialegruppens medlemmer og præsenteres som deskriptiv statistik. De indsamlede data fordelte sig på tre skalatyper: Nominalskala (køn, identificeret årsag, antal viderehenvisninger og symptomgivende regioner), ordinalskala (patienttilfredshed) samt ratio/interval skala (alder). For overskuelighedens skyld blev svarene fra patienttilfredshedsundersøgelsen omdannet til en scoringsliste fra 1-5, som indikerede, hvor stor værdi hver enkelt kategori svarede til. Således blev svarkategorien “Helt uenig” til tildelt 1 og “Helt enig” blev tildelt 5. Data på nominal- og ordinalskala præsenteres i absolutte tal og procentvis fordeling. Såfremt alder er normalfordelt, afrapporteres denne med en middelværdi og standard deviation (SD). Findes alder ikke normalfordelt, afrapporteres denne med median og interkvartil range (IQR; 25/75) (statistik i ord). For at vurdere kvaliteten af den fysioterapeutiske konsultation hos DES blev effektmålene *om årsagen til problemstillingen blev fundet*, *antal viderehenvisninger* og *patienttilfredshed* sammenholdt med de opsatte kvalitetsmål.

Litteraturudvælgelsesprocessen præsenteres via PRISMA flowchart (Page et al., 2021). Efter litteraturudvælgelsesprocessen blev der foretaget dataudtræk af de inkluderede artiklers resultater, herunder patientpopulation, populationsstørrelse, studiedesign, klinisk kontekst, land og effektmål. Dette blev ligeledes udført af to gruppe-medlemmer uafhængigt af hinanden. Ved uenighed blev et tredje medlem af specialegruppen inddraget indtil enighed var opnået. Til at belyse kvaliteten af fysioterapeuternes evne som primær kontakt målt på *overset alvorlig patologi*, *antal arbejdsrelaterede sygedage*, *funktionsevne*, *smerteniveau* og *sundhedsrelateret livskvalitet* blev de overordnede konklusioner samt eventuelle vurderinger af styrken af evidensen for ovenstående effektmål udtrykt. Disse data præsenteres i en tabel med dertilhørende tabeltekst. Effektmålene blev sammenlignet med læger, hvor det var muligt.

4.6. Etiske overvejelser

Specialerapporten omhandler kvalitetsudvikling samt en spørgeskemaundersøgelse, der ikke omfatter biologisk materiale, hvorfor denne specialerapport er fritaget for anmeldelse hos

4. Metode

National Videnskabssetiske Komité (komité-lovens § 14, stk. 2) (*Hvad skal jeg anmelde?*, n.d.).
Al data modtaget fra DES var anonymiseret. Efter udarbejdelse af specialerapporten vil al data videregivet til specialegruppen blive slettet.

5. Resultat

I nedenstående afsnit præsenteres resultaterne fra journalaudit, hvor effektmålene bliver sammenholdt med de opsatte kvalitetsmål. Dernæst præsenteres resultaterne fra patienttilfredshedsundersøgelsen, hvorefter denne sammenholdes med det opsatte kvalitetsmål. Slutteligt præsenteres resultaterne fra litteratursøgningen.

5.1. Journalaudit

I alt var 186 patienter fra journalaudit tilgængelig til dataanalyse. De inkluderede patienter præsenterede sig med i alt 216 symptomgivende regioner. Der var 28 patienter, der præsenterede sig med to symptomgivende regioner og én patient, der præsenterede sig med tre symptomgivende regioner (Se subgruppering af symptomgivende regioner i Bilag 3). Der var ingen frafald hos de inkluderede patienter og ingen tilfælde af manglende data. For fuld beskrivelse af patientkarakteristika se Tabel 4.

Tabel 4: Patientkarakteristika fra journalaudit

Antal patienter, n (kvinder %)	186 (54,3)
Gennemsnitsalder, år (SD)	46,6 (17,3)
Antal symptomgivende regioner	216
UE, n (%*)	76 (40,9)
OE, n (%*)	60 (32,3)
Columna og bækken, n (%*)	66 (35,5)
Andet**, n (%*)	14 (7,5)

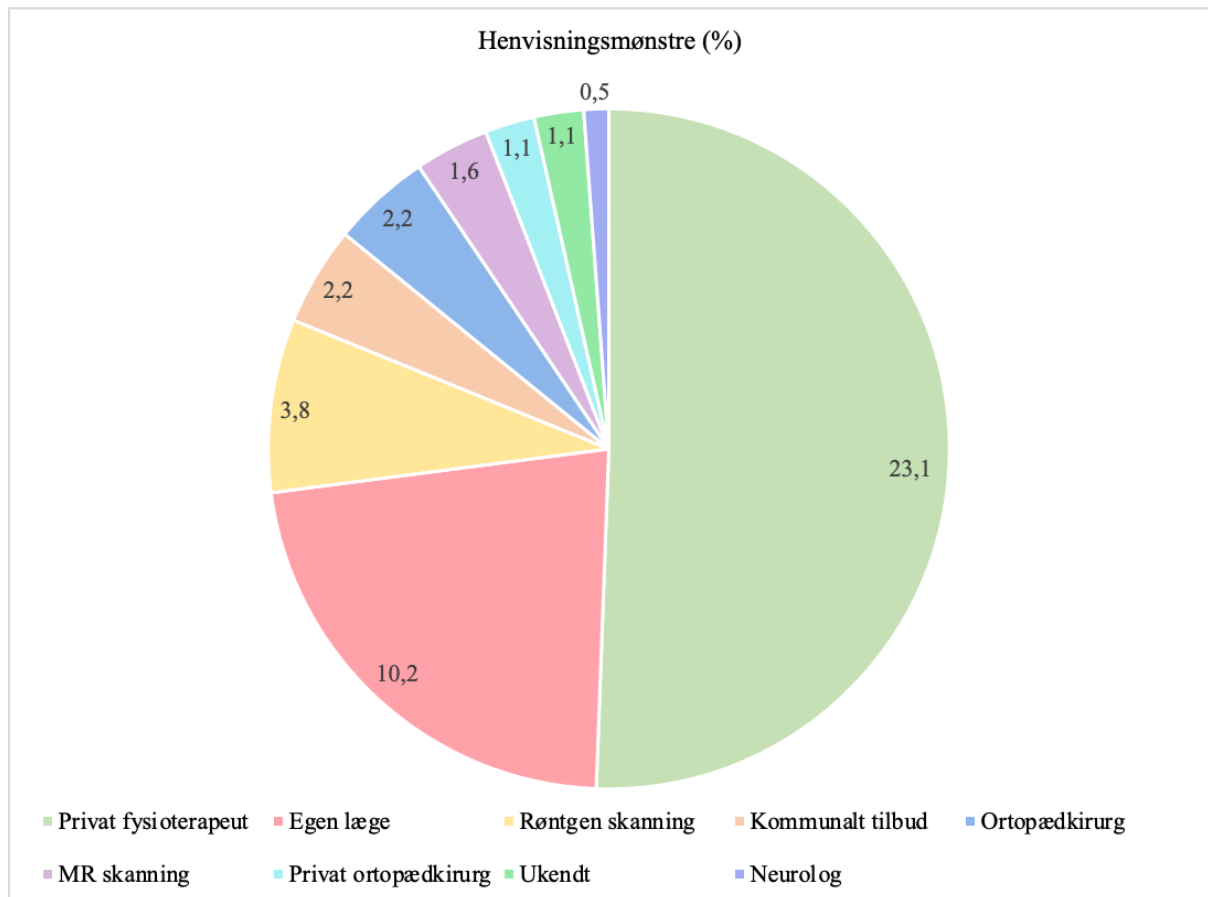
* Procentandel af antal patienter. **Neurologiske symptomer, hovedpine, graviditetsgener og vejtrækningsbesvær.

5.1.1. Kvalitetsvurdering af journalaudit

Fysioterapeuterne identificerede årsagen til problemstillingen i 171 (91,9 %) af tilfældene. Sammenholdes dette med det fremsatte kvalitetsmål (48 %), vurderes kvaliteten af fysioterapeuternes evne til at identificere årsagen til problemstillingen som værende *acceptabel*.

5. Resultat

Der blev i alt foretaget 85 (45,7 %) viderehenvisninger. Sammenholdes den totale procentvise fordeling af viderehenvisninger med det fremsatte kvalitetsmål (40 %), vurderes antallet af viderehenvisninger som værende *uacceptabel*. De tre hyppigste henvisningstyper var til privat fysioterapi (23,1 %), egen læge (10,2 %) og hospital (8,6 %) (Figur 2). Se Bilag 4 for fordeling af viderehenvisninger fordelt på subgrupperinger af de symptomgivende regioner (Bilag 4).



Figur 2: Henvisningsmønstre udregnet i forhold til procentandel af antal patienter

5.2. Patienttilfredshed

I alt blev 151 patienter tilbudt deltagelse i patienttilfredshedsundersøgelsen, hvoraf 98 (65 %) patienter besvarede spørgeskemaet. Der var 35 patienter, som blev ekskluderet grundet utilstrækkelige dansk kundskaber. Fordelingen af køn og gennemsnitsalder var tilsvarende den oprindelige kohorte (Tabel 4) på hhv. 56,1 % kvinder og en gennemsnitsalder på 45,1 år (SD

5. Resultat

17,4). Der var 51 patienter (52 %), som tidligere havde henvendt sig til egen læge omkring den undersøgte problemstilling (Tabel 5).

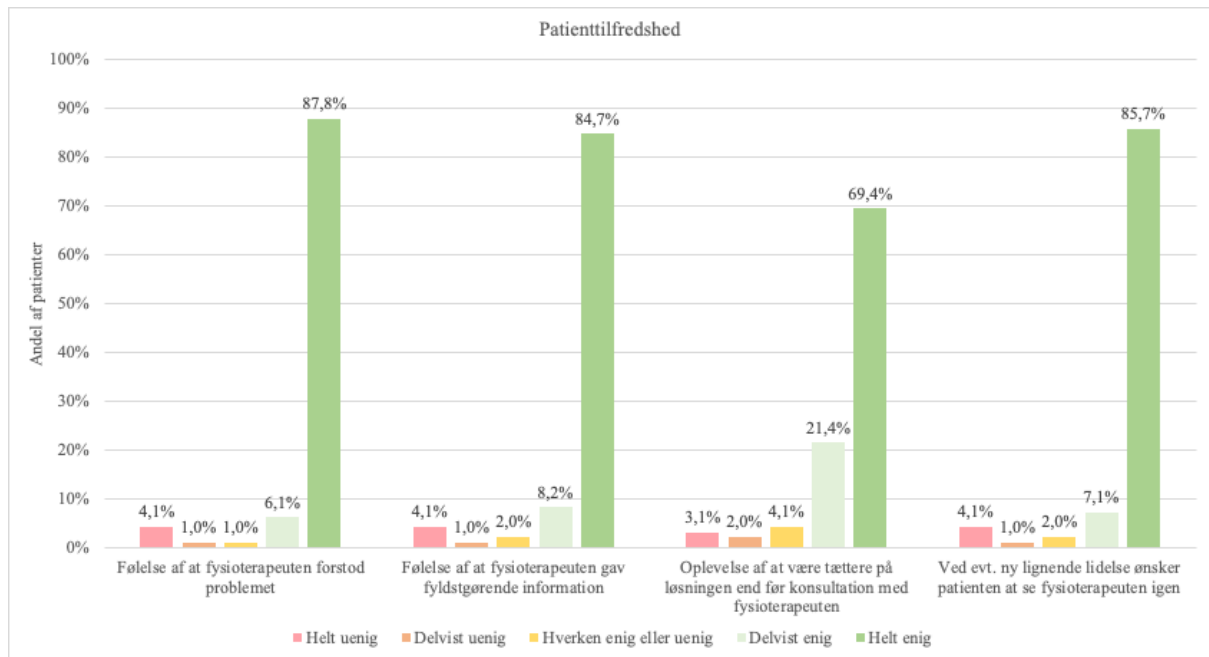
Tabel 5: Patientkarakteristika fra patienttilfredshedsundersøgelsen

Antal patienter, n (kvinder %)	98 (56,1)
Gennemsnitsalder, år (SD)	45,1 (17,5)
Tidligere henvendelse til egen læge om aktuelle problematik, n (%)	51 (52)

5.2.1. Kvalitetsvurdering af patienttilfredsheden

Resultaterne viste, at 87,8 % var helt enige (komplet tilfredshed) vedrørende oplevelsen af, at fysioterapeuten forstod problemstillingen. Ydermere var 84,7 % af patienterne helt enige i, at de modtog fyldestgørende information om problemstillingen fra fysioterapeuten. Endvidere erklærede 69,4 % sig helt enige i at være tættere på en løsning på problemstillingen end før konsultationen med fysioterapeuten. Slutteligt var 85,7 % helt enige i, at de i tilfælde af en ny lignende lidelse ville tilses af en fysioterapeut (Figur 3). Sammenholdes den procentvise patienttilfredshed for hver enkelt spørgsmål med det opstillede kvalitetsmål (55 %) vurderes kvaliteten af patienttilfredsheden vedrørende den fysioterapeutiske konsultation hos DES som værende *acceptabel*.

5. Resultat

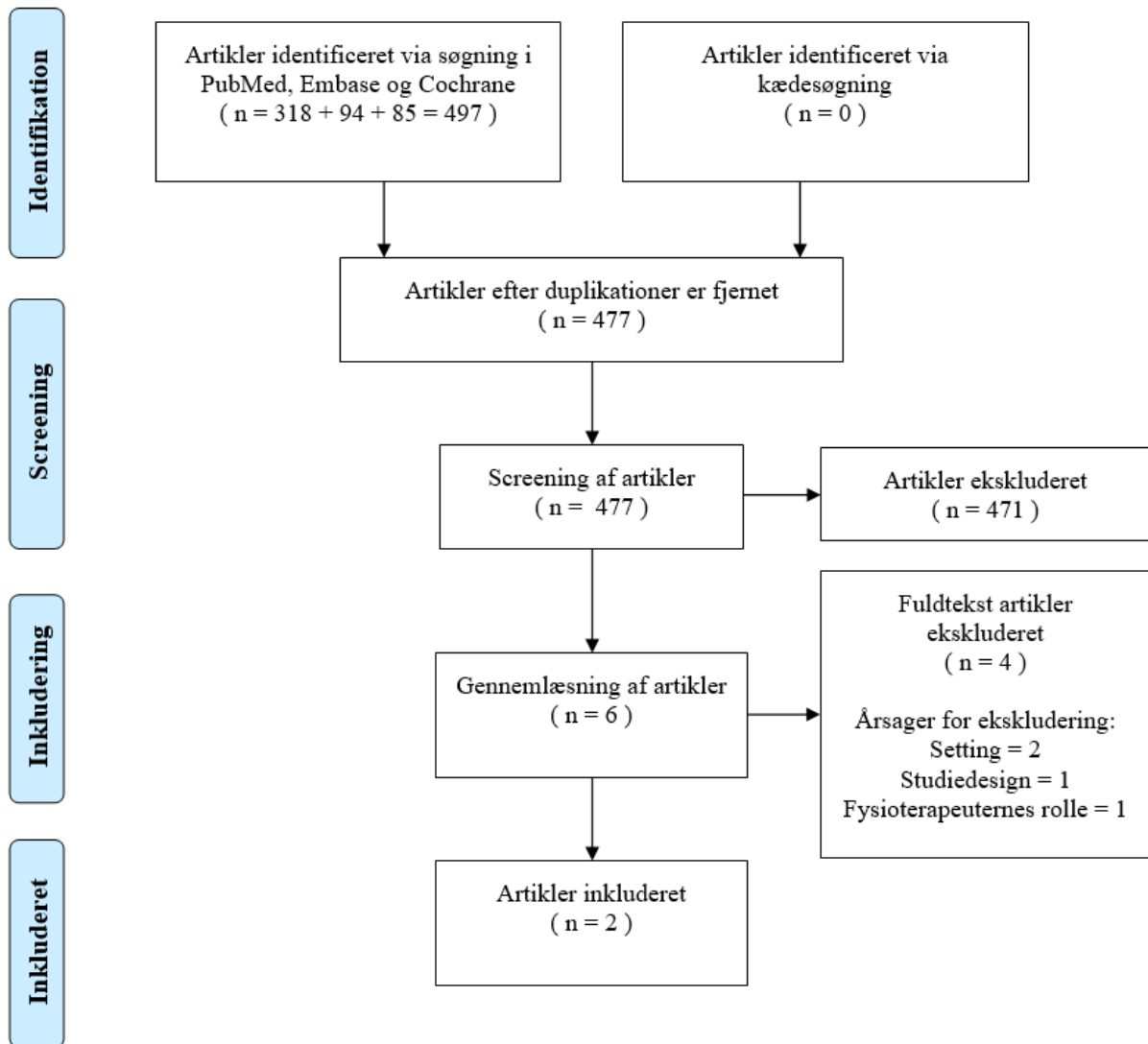


Figur 3: Resultat af patienttilfredshedsundersøgelse

5.3. Litteratursøgning

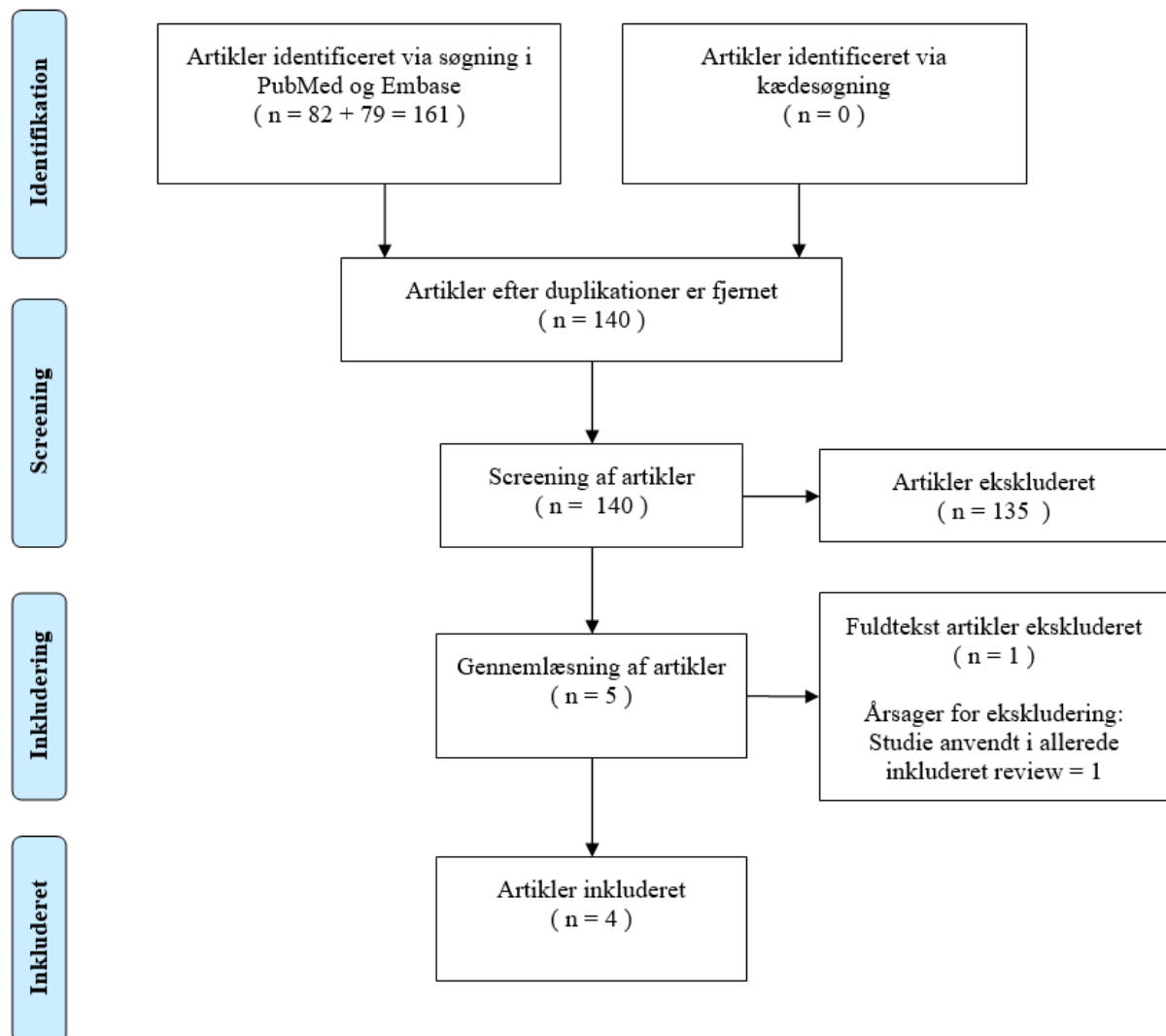
Første litteratursøgning resulterede i 497 artikler (Figur 4), hvoraf 20 artikler var duplikater. Dette efterlod 477 artikler til screening af titel og abstrakt. Seks artikler blev vurderet relevante for fuldtekst læsning, hvorefter to artikler blev ekskluderet grundet studiedesign, én blev ekskluderet grundet kontekst og én blev ekskluderet grundet fysioterapeuternes rolle. To systematiske reviews blev på baggrund af in- og eksklusionskriterier inkluderet. Anden litteratursøgning identificerede 161 artikler (Figur 5), hvoraf 21 artikler var duplikater. Der blev screenet 140 artikler ud fra titel og abstrakt, hvoraf fem artikler blev fundet relevante for fuldtekst læsning. Én artikel blev ekskluderet, da den i forvejen udgjorde en del af resultaterne af et af de inkluderede systematiske reviews (Demont et al., 2019). Dette resulterede afslutningsvis i, at der blev inkluderet to systematiske reviews og fire RCT'er i specialerapportens resultatafsnit. En liste over ekskluderede artikler efter fuldtekst læsning findes i Bilag 5.

5. Resultat



Figur 4: Flowchart for første søgning (systematiske reviews)

5. Resultat



Figur 5: Flowchart for anden søgning (RCT)

Resultaterne fra litteratursøgningen (Tabel 6) viser ingen forskel mellem overset alvorlig patologi og/eller utilsigtede hændelser hos patienter med MSK symptomer ved triagering/direkte adgang til fysioterapeut sammenlignet med patienter tilset af en alment praktiserende læge (Babatunde et al., 2020; Demont et al., 2019; Ojha et al., 2020). Ligeledes var der moderat evidens for, at patienter ved triagering/direkte adgang til fysioterapeut rapporterede statistisk signifikant færre arbejdsrelaterede sygedage sammenlignet med patienter tilset af en alment praktiserende læge (Babatunde et al., 2020). Der var begrænset evidens for en statistisk signifikant mindre funktionsbegrænsning hos patienter med MSK symptomer ved triagering/direkte

5. Resultat

adgang til fysioterapeut sammenlignet med patienter tilset af en alment praktiserende læge (Demont et al., 2019; Gagnon et al., 2021). Der var begrænset evidens for, ingen forskel på funktionsevne hos patienter med MSK symptomer tilset af en fysioterapeut sammenlignet med patienter tilset af en alment praktiserende læge (Babatunde et al., 2020; Ojha et al., 2020). Der fandtes ingen forskel mellem patienter ved triagering/direkte adgang til fysioterapeut sammenlignet med patienter tilset af en alment praktiserende læge målt på smerteniveau (Babatunde et al., 2020; Demont et al., 2019; Ojha et al., 2020). Forfatterne af ét RCT-studie fra 2021 (Gagnon et al., 2021), fandt derimod at patienter ved triagering/direkte adgang til fysioterapeut havde statistisk signifikant færre smerter sammenlignet med patienter tilset af en alment praktiserende læge. Der ses modstridende evidens for påvirkningen af sundhedsrelateret livskvalitet hos patienter ved triagering/direkte adgang til fysioterapeut sammenlignet med patienter tilset af en alment praktiserende læge. Resultaterne viste bedre, eller ingen forskel i patienternes sundhedsrelaterede livskvalitet ved triagering/direkte adgang til fysioterapeut, sammenlignet med de der blev tilset af en alment praktiserende læge (Babatunde et al., 2020; Bornhöft, Thorn, et al., 2019; Demont et al., 2019; Ho et al., 2019; Ojha et al., 2020).

5. Resultat

Tabel 6: Resultattabel for litteratursøgningen

Studiekarakteristika	Effektmål	Resultat
Forfatter: Demont et al., 2019 Studietype: Systematisk review Population: MSK lidelser Klinisk kontekst: Primærsektor Metodisk kvalitet: Moderat (AMSTAR 2) (Bilag 6)	Overset alvorlig patologi	Fem studier (n = 500.354) fandt ingen sammenhæng mellem overset alvorlig patologi og/eller utilsigtede hændelser ved triagering/direkte adgang til fysioterapeut. Evidensniveau C på CEBM* score.
	Arbejdsrelateret sygefravær	-
	Funktionsevne	Ni studier (n = 1.330) fandt statistisk signifikant mindre funktionsbegrænsning til fordel for triagering/direkte adgang til fysioterapi sammenlignet med adgang til alment praktiserende læge. Evidensniveau C på CEBM* score.
	Smerteniveau	Seks studier (n = 4.792) fandt ingen statistisk signifikant forskel målt på smerteniveau ved triagering/direkte adgang til fysioterapeut sammenlignet med adgang til alment praktiserende læge. Evidensniveau C på CEBM* score.
	Sundhedsrelateret livskvalitet	Fire studier (n = 1.330) fandt statistisk signifikant bedre sundhedsrelateret livskvalitet til fordel for triagering/direkte adgang til fysioterapi sammenlignet med adgang til alment praktiserende læge. Evidensniveau C på CEBM* score.

5. Resultat

Forfatter: Babatunde et al., 2020 Studietype: Systematisk review Population: MSK lidelser Klinisk kontekst: Primærsektor Metodisk kvalitet: Moderat (AMSTAR 2) (Bilag 7)	Overset alvorlig patologi	13 studier (n = 103.738) fandt ingen evidens for at triagering/direkte adgang til fysioterapeut førte til utilsigtede hændelser eller udgjorde en højere risiko for overset alvorlig patologi. Evidensniveau er moderate vurderet ud fra GRADE** score.
	Arbejdsrelateret sygefravær	Fire studier (n = 5.949) fandt, at patienter med direkte adgang til fysioterapeut, rapporterede statistisk signifikant færre arbejdsrelaterede sygedage sammenlignet med adgang til alment praktiserende læge. Evidensniveau er moderate vurderet ud fra GRADE** score.
	Funktionsevne	Otte studier (n = 5.412) fandt, at patienterne udviste forbedret funktionsevne uden statistisk signifikant forskel mellem triagering/direkte adgang til fysioterapeut sammenlignet med adgang til alment praktiserende læge. Ét studie (n = 93) fandt en statistisk signifikant forskel på funktionsevne til fordel for direkte adgang til fysioterapeut. Evidensniveau er begrænset vurderet ud fra GRADE** score.
	Smerteniveau	Otte studier (n = 5.412) fandt, at patienterne udviste forbedring på smerteniveau uden statistisk signifikant forskel ved triagering/direkte adgang til fysioterapeut sammenlignet med adgang til alment praktiserende læge. Ét studie (n = 93) fandt en statistisk signifikant forskel på smerteniveau til fordel for direkte adgang til fysioterapeut. Evidensniveau er begrænset vurderet ud fra GRADE** score.

5. Resultat

	Sundhedsrelateret livskvalitet	Fem studier (n = 1.844) fandt ingen forskel på sundhedsrelateret livskvalitet hos patienter triageret/direkte adgang til fysioterapeut sammenlignet med adgang til alment praktiserende læge. Evidensniveau er begrænset vurderet ud fra GRADE** score.
Forfatter: Bornhöft et al. 2019 Studietype: RCT Population: MSK lidelser Populationsstørrelse: 55 Klinisk kontekst: Almen lægepraksis Land: Sverige Metodisk kvalitet: Bilag 8	Overset alvorlig patologi	-
	Arbejdsrelateret sygefravær	-
	Funktionsevne	-
	Smerteniveau	-
	Sundhedsrelateret livskvalitet	Der ses statistisk signifikant forskel i sundhedsrelateret livskvalitet over ét år, til fordel for patienter triageret til fysioterapeut frem for de patienter med adgang til alment praktiserende læge.
Forfatter: Ho et al. 2019 Studietype: RCT Population: Patienter med knæartrose Populationsstørrelse: 69	Overset alvorlig patologi	-
	Arbejdsrelateret sygefravær	-
	Funktionsevne	-
	Smerteniveau	-
	Sundhedsrelateret livskvalitet	Der ses ingen statistisk signifikant forskel på sundhedsrelateret livskvalitet, når der justeres for funktionsevne og smerteniveau for patienter med

5. Resultat

Klinisk kontekst: Almen lægepraksis Land: Sverige Metodisk kvalitet: Bilag 9		knæartrose ved den indledende undersøgelse af en fysioterapeut sammenlignet med adgang til alment praktiserende læge.
Forfatter: Ojha et al. 2020 Studietype: RCT Population: MSK smerter Populationsstørrelse: 150 Klinisk kontekst: Universitetsklinik Land: USA Metodisk kvalitet: Bilag 10	Overset alvorlig patologi	Der blev ikke rapporteret tilfælde af overset alvorlig patologi eller utilsigtede hændelser.
	Arbejdsrelateret sygefravær	-
	Funktionsevne	Der var ingen statistisk signifikant forskel på funktionsevne ved triagering/direkte adgang til fysioterapeut sammenlignet med adgang til alment praktiserende læge ved 1 måneds opfølgning.
	Smerteniveau	Der var ingen statistisk signifikant forskel på smerteniveau ved triagering/direkte adgang til fysioterapeut sammenlignet med adgang til alment praktiserende læge ved 1 måneds opfølgning.
	Sundhedsrelateret livskvalitet	Der var ingen statistisk signifikant forskel på sundhedsrelateret livskvalitet ved triagering/direkte adgang til fysioterapeut sammenlignet med adgang til alment praktiserende læge ved 1 måneds opfølgning.
Forfatter: Gagnon et al. 2021 Studietype: RCT	Overset alvorlig patologi	-
	Arbejdsrelateret sygefravær	-

5. Resultat

Population: MSK smerter Populationsstørrelse: 77 Klinisk kontekst: Skadestue Land: Canada Metodisk kvalitet: Bilag 11	Funktionsevne	Patienter triageret til fysioterapeut havde statistisk signifikant færre funktionsbegrænsninger sammenlignet med patienter med adgang til alment praktiserende læge ved både 1 og 3 måneders opfølgning.
	Smerteniveau	Patienter triageret til fysioterapeut havde statistisk signifikant færre smerter sammenlignet med patienter med adgang til alment praktiserende læge ved både 1 og 3 måneders opfølgning.
	Sundhedsrelateret livskvalitet	-

**Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM), (Oxford 2011)*

***Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE), (GRADE Guidelines 2011)*

6. Diskussion

Specialerapportens primære formål var at vurdere kvaliteten af den fysioterapeutiske konsultation hos fysioterapeuter, der arbejdede som primær kontakt for patienter med MSK symptomer i en dansk alment praktiserende lægeklinik. Resultaterne indikerede en *acceptabel* diagnostisk evne hos fysioterapeuterne samt en *acceptabel* patienttilfredshed vedrørende den fysioterapeutiske konsultation. Fysioterapeuterne viderehenviste flere patienter sammenlignet med det opstillede kvalitetsmål, hvilket blev betragtet som *uacceptabelt*. Der findes i litteraturen ingen forskel mellem fysioterapeuter og alment praktiserende læger målt på overset alvorlig patologi og/eller utilsigtede hændelser, hvorimod triagering/direkte adgang til fysioterapeut kan give færre arbejdsrelaterede sygedage hos patienter med MSK symptomer. Funktionsevne, smert niveau og sundhedsrelateret livskvalitet er sammenlignelig mellem fysioterapeuter og alment praktiserende læger. Resultaterne og fortolkning heraf diskuteres i det følgende afsnit.

6.1. Evne til at identificere årsagen

Fysioterapeuterne fra DES identificerede årsagen til patientens problem væsentligt oftere end det opsatte kvalitetsmål (Figur 1). Der kan være flere årsager til denne forskel. Én årsag kan være, at fysioterapeuterne fra DES blot skulle forholde sig til om årsagen blev fundet eller ej. Dette kan have simplificeret den diagnostiske beslutningstagen væsentligt, da det ikke stiller krav til opfyldning af prædefinerede diagnosekoder, hvilket kan have medført at procentsatsen for den identificerede årsag var væsentligt højere sammenlignet med det opsatte kvalitetsmål. Det var ikke muligt for specialegruppen at indhente diagnosekoder i patienternes journaler, for at se hvor ofte fysioterapeuterne havde anvendt ICPC-koderne, hvilket ville bidrage til en mere objektiv vurdering af, om årsagen til problemstilling blev fundet. Dette er en væsentlig forskel mellem specialerapporten og Rosendahl et al. (Rosendahl et al., 2015), hvor de alment praktiserende læger var nødsaget til at benytte en prædefineret diagnose (ICPC-diagnosekoder), hvilket kan have medført den store forskel.

En anden mulig årsag kan tilskrives forskellen i konsultationslængden. Fysioterapeuterne fra DES havde 30 minutter til hver konsultation, hvorimod danske læger i gennemsnit bruger ca. 13 minutter på hver konsultation (Rosendahl et al., 2015). Det kan tænkes, at en længere

6. Diskussion

konsultation giver bedre mulighed for en mere grundig anamnese og undersøgelse, hvilket kan lede til hyppigere diagnosticering af patienterne. Slutteligt kan forskellen muligvis forklares ved, at fysioterapeuterne fra DES føler sig mere kompetente til at undersøge denne patientpopulation end alment praktiserende læger. Imidlertid finder ældre studier, at alment praktiserende læger føler sig kompetente i diagnosticering af *simple* MSK symptomer (Glazier et al., 1996; Roberts et al., 2002), mens nyere studier finder, at både alment praktiserende læger og uddannelseslæger i mindre grad føler sig kompetente til at diagnosticere patienter med MSK symptomer (Joseph et al., 2014; Truntzer et al., 2014).

Det er ikke udelukkende i den primære sektor, at fysioterapeuter har vist sig kompetente til at varetage opgaveglidende funktioner. Et nyere dansk mixed method studie fra 2021 (Madsen et al., 2021) viste, at specialiserede fysioterapeuter i størstedelen af tilfældene registrerer den samme eller delvist den samme diagnosekode og behandlingsplan for patienter henvist til en ortopædkirurgisk skulderklinik sammenlignet med ortopædkirurger. Disse resultater er i tråd med fund fra forskellige populationer med MSK symptomer som har sammenlignet den diagnostiske enighed mellem fysioterapeuter og ortopædkirurger (Trøstrup et al., 2020).

6.2. Viderehenvisninger

Sammenholdes specialerapportens resultater målt på antal viderehenvisninger med det opstillede kvalitetsmål (Figur 1) fremgår det, at fysioterapeuterne fra DES overordnet set viderehenviste mere end alment praktiserende læger (Bornhöft et al., 2015). En væsentlig grund til denne forskel kan findes i, at henvisningerne fra Bornhöft et al. (Bornhöft et al., 2015) alene dækker over billedmodaliteter som f.eks. MR- og røntgenskanninger samt henvisninger til speciallæger og ikke inddrager antallet af viderehenvisninger til fysioterapi, som denne specialerapport gør. Sammenlignes DES og Bornhöft et al. (Bornhöft et al., 2015) udelukkende på antallet af henvisninger til billedmodaliteter og speciallæger fremgik det, at fysioterapeuterne fra DES viderehenviste patienterne i 9,2 % (Figur 2) af tilfældene sammenlignet med 40 % (Bornhöft et al., 2015). På trods af at andelen af viderehenviste patienter til billedmodaliteter og speciallæger er under den nedre grænse for det opsatte kvalitetsmål, kan det tyde på, at fysioterapeuterne fra DES viderehenviste et mere passende antal patienter. Dette kan begrundes med at kun en

6. Diskussion

mindre andel (1-6 %) af patienter med MSK symptomer har alvorlig patologi (Bardin et al., 2017; Budtz et al., 2021; Enthoven et al., 2016; Oliveira et al., 2018), hvorfor det som minimum er denne andel af patienterne der bør viderehenvises til billedmodaliteter eller speciallæger. Det kan ses som en fordel at fysioterapeuterne fra DES ikke viderehenviste i stort omfang, da rutinemæssig MR-skanning af patienter med lænderygsmærter har vist sig at kunne forringe patientens prognose på sigt (Rajasekaran et al., 2021). På trods af, at DES henviste tæt på tre procentpoint mere end den estimerede prævalens for alvorlig patologi, kan dette forsvares med, at alvorlig patologi ikke bør overses og at et forsigtighedsprincip kan følges, hvorfor antallet af viderehenviste patienter med symptomer på alvorlig patologi bør ligge over prævalensen for alvorlig patologi. Det tyder endvidere ikke på, trods færre henvisninger, at fysioterapeuter overser alvorlig patologi i højere grad end alment praktiserende læger (Babatunde et al., 2020; Demont et al., 2019; Foster et al., 2012). Det kan dermed formodes, at antallet af viderehenviste patienter til videre udredning formentlig har dækket langt størstedelen af eventuel tilstedeværende alvorlig patologi, og at risikoen for overset alvorlig patologi hos fysioterapeuterne fra DES var lav.

Sammenlignes antallet af viderehenvisninger fra en subgruppering af de symptomgivende regioner målt på UE fra DES med Bornhöft et al. (Bornhöft et al., 2015) fremgår det, at fysioterapeuterne fra DES viderehenviste 13,2 % af patienterne til enten billeddiagnostik eller speciallæge (Bilag 4). Bornhöft et al. (Bornhöft et al., 2015) viderehenviste 52,4 % af samme patientgruppe. Denne forskel i henvisningsmønstre var ligeledes gennemgående hos patienter med lænderygsymptomer og nakke-/skuldersymptomer. Det lave henvisningsmønster kan ses som et eksempel på, at fysioterapeuterne fra DES tilsyneladende følger de respektive Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR) med hensyn til færre viderehenvisninger til billedmodaliteter (*National klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmærter*, 2019; *National Klinisk Retningslinje for Ikke-Kirurgisk Behandling Af Nyopståede Uspecifikke Nakkesmærter*, 2016; Sundhedsstyrelsen, 2021). Ligeledes kan dette være udtryk for, at fysioterapeuterne fra DES i højere grad følte sig kompetente i selv at behandle disse patientgrupper eller viderehenvise til sundhedspersonale som kunne. Næsten 82 % af patienterne blev enten håndteret af fysioterapeuterne fra DES, henvist til privat fysioterapi eller kommunal behandling, der involverer muligheden for at igangsætte behandling med udgangspunkt i NKR for både columnae, OE og UE smerter (*Knæartrose - Nationale Kliniske Retningslinjer og faglige*

6. Diskussion

visitationsretningslinjer, 2012; *National klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmærter*, 2019; *National Klinisk Retningslinje for Ikke-Kirurgisk Behandling Af Nyopståede Uspecifikke Nakkesmærter*, 2016; Sundhedsstyrelsen, 2021). Dette henvisningsmønster var i overensstemmelse med Hendricks et al. der fandt at knap 79 % af patienterne set af en fysioterapeut som primær kontakt blev håndteret af fysioterapeuten selv eller viderehenvist til fysioterapi (Hendricks et al., 2003). Dette høje antal henvisninger til samme faggruppe kan skyldes at fysioterapeuterne har en bedre forståelse for fagfællers kompetencer og arbejdsopgaver.

Fysioterapeuterne fra DES var ikke bemyndiget til selvstændig at kunne foretage viderehenvisninger, hvorfor dette blev gjort i samarbejde med de alment praktiserende læger på regionsklinikken. Således var lægerne involveret i henvisningsprocessen hos de patienter, som fysioterapeuterne fandt relevante for viderehenvisning, hvilket kan have påvirket henvisningsmønsteret. Involvering af lægernes vurdering om patienten skulle viderehenvises kan dog ses som en fordel, da der opstod et tværfagligt samarbejde mellem faggrupperne. Den faglige sparring med de alment praktiserende læger om mulige viderehenvisninger kan have medført et større antal passende viderehenvisninger. Den manglende bemyndigelse kan imidlertid have påvirket antallet og mønsteret af henvisninger fra DES, selvom det er vanskeligt at sige i hvilken retning resultaterne er påvirket. Det tyder dog på, at implementering af fysioterapeuter i almen lægepraksis sænker det generelle antal viderehenvisninger (Downie et al., 2019).

I alt blev 19 ud af 186 (10,2 %) patienter fra DES henvist tilbage til egen læge. Der ses en stor forskel mellem dette henvisningsmønster og et engelsk evalueringsstudie (Downie et al., 2019), hvor fysioterapeuterne kun henviste patienterne tilbage til egen læge i 1 % af tilfældene. Imidlertid kan der argumenteres for, at størstedelen af henvisningerne fra DES til egen læge var passende. Således omhandler næsten 80 % af henvisningerne til egen læge medicinopfølgning, smertestillende medicin eller dét at patienten i forvejen havde en tid hos lægen. Fysioterapeuterne fra DES var ikke bemyndiget til at udskrive smertestillende medicin. Non-steroid anti-inflammatorisk medicin (NSAID) anbefales i nogle tilfælde som tillæg til behandling af nogle MSK symptomer (*Knæartrose - Nationale Kliniske Retningslinjer og faglige visitationsretningslinjer*, 2012; *National Klinisk Retningslinje for Ikke-Kirurgisk Behandling Af*

Nyopståede Uspecifikke Nakkesmerter, 2016; Sundhedsstyrelsen, 2021), hvorfor den hyppige henvisning til egen læge kan ses som tværfagligt samarbejde.

6.3. Patienttilfredshed

På baggrund af 98 patienter fra DES, erklærede størstedelen (Figur 3) sig "Helt enig" i de fire udsagn, hvilket afspejlede generel tilfredshed med den fysioterapeutiske konsultation. Dette fund er i overensstemmelse med et svensk og et engelsk retrospektivt kohortestudie samt et nyere systematisk review (Demont et al., 2019; Goodwin & Hendrick, 2016; Ludvigsson & Enthoven, 2012). Den høje patienttilfredshed med den fysioterapeutiske konsultation kan muligvis forklares ved, at fysioterapeuterne fra DES havde 30 minutter til rådighed til hver konsultation. Dette kan have medført at fysioterapeuterne fra DES havde tid nok til at forklare målene for rehabiliteringen mere detaljeret, hvilket er vigtig for at lede til høj patienttilfredshed (Demont et al., 2019). Dette kan muligvis forklare den store forskel i patienttilfredshed sammenlignet med kvalitetsmålet. Det vurderes at størstedelen af patienterne var tilfredse med den fysioterapeutiske konsultation fra DES. Svarprocenten på 65 % (98/151) blev vurderede repræsentativ for den samlede studiepopulation og det tyder på at resultatet var generaliserbart. En svensk patienttilfredshedsundersøgelse (Ludvigsson & Enthoven, 2012) med en sammenlignelig population og kontekst, der benyttede lignende spørgsmål, fandt tilsvarende høj patienttilfredshed.

6.4. Litteratursøgning

Overordnet viste resultaterne fra litteratursøgningen en tendens til at fysioterapeuter kan varetage rollen som primær kontakt, hvilket understøttes bredt i litteraturen (Bornhöft, Larsson, et al., 2019; Foster et al., 2012; Hon et al., 2020; Joseph et al., 2014; Marks et al., 2017; Oakley & Shacklady, 2015; Ojha et al., 2014). Grundet varierende grad af metodisk kvalitet, som de to inkluderede systematiske reviews (Babatunde et al., 2020; Demont et al., 2019) bygger på, skal resultaterne tages med forbehold. Samtidig er sundhedssystemerne forskellige landene imellem, hvilket kan påvirke effekten af fysioterapeuter som primær kontakt. Der er også stor variation i graden af uddannelse som fysioterapeuterne modtager på tværs af landene, da der i øjeblikket ikke findes international enighed om definitionen af de færdigheder, som fysioterapeuter skal

6. Diskussion

besidde for at arbejde som primær kontakt (Froment et al., 2019). Alligevel tyder det på, at fysioterapeuter som primær kontakt vil give patienterne mulighed for at opnå deres rehabiliteringsmål uden at alvorlig patologi bliver overset i højere grad end hvis de blev tilset af en alment praktiserende læge.

6.5. Økonomisk aspekt ved implementering af fysioterapeuter i almen praksis

Denne specialerapport havde ikke til formål at undersøge det økonomiske aspekt af implementering af fysioterapeuter som primær kontakt. Alligevel var der flere faktorer som tydede på, at en implementering kunne resultere i en besparelse for samfundsøkonomien. Et engelsk retrospektivt kohortestudie (Goodwin & Hendrick, 2016), der evaluerede omkostningerne forbundet med viderehenvisninger til sekundærsektoren ved patienter med MSK symptomer viste, at alment praktiserende læger i gennemsnit brugte 4.257 kr. pr. forløb, hvor fysioterapeuter brugte 362 kr. pr. forløb. Dette er i tråd med et australsk studie af Williams et. al. (Williams et al., 2010) der beskrev, at alment praktiserende læger i højere grad favoriserede dyrere undersøgelsesstrategier som billedmodaliteter, mens fysioterapeuter generelt henviste mindre til dyre undersøgelsesstrategier. Endvidere viste specialerapportens resultater, at de patienter som bliver tilset af en fysioterapeut, rapporterede færre arbejdsrelaterede sygedage sammenlignet med patienter tilset af en alment praktiserende læge, hvilket må formodes at være en besparelse for samfundsøkonomien.

6.6. Metodologiske overvejelser og begrænsninger

6.6.1. Audit

Den anvendte metode muliggjorde undersøgelsen af procesindikatorerne (identificeret årsag samt antal viderehenvisninger) og resultatindikatoren (patienttilfredshed). Begge dimensioner bør undersøges, for at opnå valide resultater til vurdering af kvaliteten af en sundhedsydelse (Isager, 2009). Anvendelsen af objektive kvalitetsmål øgede specialerapportens validitet samt reproducerbarheden (Isager, 2009). Endvidere er eksplicit audit mindre ressourcekrævende og metoden indebar muligheden for at inddrage flere patientjournaler, hvorfor resultaterne var forbundet med mindre risiko for spredning. Ulempen ved at opstille prædefineret kvalitetsmål kan

6. Diskussion

være forbundet med at overse potentielle kvalitetsproblemer (Isager, 2009). Det var ikke muligt for specialegruppen at definere de undersøgte effektmål. Det vurderes dog, at der blev målt på de væsentligste effektmål til at vurdere kvaliteten af den fysioterapeutiske konsultation, hvorfor risikoen for oversete kvalitetsproblemer vurderes som mindre betydningsfulde.

Der var risiko for, at fysioterapeuterne fra DES overestimerede deres egen evne til at identificere årsagen til problemet. Dette kan skyldes, at fysioterapeuterne selv vurderede om de fandt årsagen eller ej. Der er således risiko for, at fysioterapeuterne, grundet social desirability bias, har fejlestimeret deres evne til at identificere årsagen til problemet, og dermed vurderet sig selv bedre, end hvad der reelt var tilfældet. Den usikkerhed dette medfører i resultaterne, kunne være imødekommet ved at bede fysioterapeuterne om at anvende diagnosekoder, som f.eks. ICDPC-koder for på denne måde at gøre diagnosticering af patientens årsag til problemet mere specifikt og objektiv.

Metoden var ikke designet til at måle på opfølgning over tid. Det har dermed ikke været muligt at måle på fysioterapeuternes konverteringsrate til operation, overset alvorlig patologi eller effekten af en eventuel intervention målt på funktionsevne og smerteniveau over tid hos de patienter, som blev tilset af en fysioterapeut fra DES. Dette kunne være imødekommet ved at specialegruppen havde haft adgang til patientjournalerne tre, seks og/eller tolv måneder efter første møde med fysioterapeuterne fra DES. Ligeledes var det ikke muligt at opnå adgang til journaldata fra patienter tilset af alment praktiserende læge, med det formål at sammenligne med fysioterapeuterne målt på diagnostiske evne, viderehenvisning samt effekt og type af intervention. På denne måde kunne specialegruppen have fået et bredere grundlag til at vurdere kvaliteten af DES. Imidlertid er dette ikke et kvalitetskrav (Isager, 2009) og auditmetoden skal ses som en mulighed for at udvikle et tættere samarbejde mellem sundhedspersonale som f.eks. fysioterapeuter og alment praktiserende læger samtidig med at kunne sikre høj kvalitet. Metoden bibringer dermed muligheden for at se nye måder at udvikle praksis på (Isager, 2009).

6. Diskussion

6.6.2. Litteratursøgning

Det vurderes, at den systematiske litteratursøgning har afdækket litteraturen i et acceptabelt omfang. Denne vurdering bygger på, at der blev foretaget søgninger i PubMed og Embase, som er to af de databaser med flest citationer inden for sundhedsområdet (*About Embase - Biomedical research* | Elsevier, n.d.; *PubMed*, n.d.) samt databasen Cochrane, som er anerkendt for at indeholde systematiske review og metaanalyser af høj kvalitet (*About the Cochrane Library* | *Cochrane Library*, n.d.). Samtidig er den anvendte søgestreng omfattende og udformet med inspiration fra den eksisterende litteratur. Eftersom den foretagne kædesøgningen ikke identificerede yderligere artikler, formodes det ikke, at den anvendte søgestrategi har reduceret opgavens interne validitet.

Resultaterne af denne specialerapport er delvist baseret på systematiske reviews, hvorfor den konkrete del af specialerapportens resultater er afhængige af kvaliteten af litteratursøgningen og -udvælgelsen fra de to systematiske reviews (Babatunde et al., 2020; Demont et al., 2019). Dette har medført at styrker og svagheder ved de systematiske review's metode og afrapportering af resultater videreføres i nærværende specialerapport. Det vurderes dog ikke at have påvirket specialerapportens interne validitet væsentlig, da begge systematiske reviews' metodiske kvalitet er vurderet moderat på baggrund af AMSTAR II tjekliste.

7. Konklusion

På baggrund af journalaudit kan kvaliteten af den diagnostiske evne hos fysioterapeuter som primær kontakt for patienter med muskuloskeletale symptomer vurderes *acceptabel*. Endvidere vurderes der *acceptabel* patienttilfredshed af den fysioterapeutiske konsultation. Det vurderes, at antallet af viderehenvisninger var *uacceptabel*, men at årsagen formentlig skyldes anderledes henvisningsmønster sammenlignet med alment praktiserende læger. Slutteligt vurderes det, på baggrund af resultaterne fra en systematisk litteratursøgning, at fysioterapeuter ikke er mindre kvalificerede sammenlignet med alment praktiserende læger, hvad angår håndteringen af patienter med muskuloskeletale symptomer målt på overset alvorlig patologi, antal arbejdsrelaterede sygedage, funktionsevne, smerteniveau samt sundhedsrelateret livskvalitet. Det tyder dermed på, at fysioterapeuter som primær kontakt har potentiale til at håndtere patienter med muskuloskeletale symptomer i en dansk alment praktiserende lægeklinik. Grundet varierende metodisk kvalitet bør specialerapportens resultater tolkes med forsigtighed.

8. Perspektivering

Grundet specialerapportens metodisk design kan indeværende resultater ikke stå alene som argument for implementeringen af fysioterapeuter som primær kontakt i dansk almen lægepraksis. Resultaterne danner dog belæg for at udføre fremtidige studier med stærkere metodiske designs, for på denne måde bedre at kunne vurdere effekten af fysioterapeuter i en dansk almen lægepraksis. Således kan det være relevant at undersøge kvaliteten af fysioterapeuter i et RCT-studie med opfølgende målinger, hvor patienter med MSK symptomer tilses af enten alment praktiserende læge eller fysioterapeut. Endvidere vurderes det relevant, at fremtidige studier afdækker de samfundsøkonomiske aspekter ved implementeringen af fysioterapeuter i dansk almen lægepraksis.

Såfremt resultaterne af foreslåede fremtidige studier understøtter specialerapportens resultater, bør det overvejes, hvorledes implementeringen af fysioterapeuter som primær kontaktperson i almen lægepraksis kan faciliteres. Danske Fysioterapeuter udarbejdede i 2019 og 2020 kompetenceprofiler for fysioterapeuter i hhv. akutmodtagelser og skadestuer (*National kompetenceprofil for fysioterapeuter i akutmodtagelsen*, n.d.; *National kompetenceprofil for fysioterapeuter med funktion i skadestuen*, n.d.). En lignende kompetenceprofil kan være relevant for fysioterapeuter i almen lægepraksis, da det tyder på at denne stilling kræver specialiserede kompetencer (Langridge, 2019). En sådan ordning kan bidrage til at sikre høj faglig kvalitet, selvstændighed og patienttilfredshed. Imidlertid er det afgørende at være opmærksom på mulige barrierer for denne implementering som et tidligere engelsk studie (Moffatt et al., 2018) har fremhævet:

En ændring af kulturen er nødvendig for alle, for at fysioterapeuter som primær kontaktperson kan anses for det naturlige valg for patienterne.

- Administrations - og receptionspersonalet spiller en vigtig rolle i implementeringen.
- Det kan være urealistisk at tro, at fysioterapeuter kan aflaste de alment praktiserende læger for alle patienter med MSK symptomer grundet komorbiditeter hos nogle patienter.

8. Perspektivering

- Implementeringen af fysioterapeuterne kan være en mulighed for at udvikle de faglige kompetencer for håndtering af patienter med MSK symptomer i personalegruppen, men der kan samtidig være en risiko for en afvikling af disse kompetencer hos de alment praktiserende læger.
- Det skal afklares, hvem der er ansvarshavende for patienternes sikkerhed.

Det må antages at ovenstående punkter også gør sig gældende i en dansk kontekst. Dog er der væsentlige forskelle mellem det danske og engelske sundhedssystem samt kultur, hvorfor det kan være relevant at udføre en lignende undersøgelse i en dansk kontekst.

9. Litteraturliste

About Embase - Biomedical research | Elsevier. (n.d.). Retrieved June 1, 2021, from <https://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research>

About the Cochrane Library | Cochrane Library. (n.d.). Retrieved June 1, 2021, from <https://www.cochranelibrary.com/about/about-cochrane-library>

AMSTAR - Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews. (n.d.). Retrieved June 1, 2021, from https://amstar.ca/Amstar_Checklist.php

Babatunde, O. O., Bishop, A., Cottrell, E., Jordan, J. L., Corp, N., Humphries, K., Hadley-Barrows, T., Huntley, A. L., & van der Windt, D. A. (2020). A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain. *PLoS ONE*, 15(7 July), 1–30. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235364>

Bachmann, C. L. (2019). Snart kan det være muligt at gå til fysioterapeuten uden en henvisning fra lægen. *Berlingske*, Sektion 7.

Bardin, L. D., King, P., & Maher, C. G. (2017). Diagnostic triage for low back pain: A practical approach for primary care. *Medical Journal of Australia*, 206(6), 268–273. <https://doi.org/10.5694/mja16.00828>

Befolkningspyramide. (n.d.). Danmarks Statistik. Retrieved June 1, 2021, from <http://extranet.dst.dk/pyramide/pyramide.htm#!y=2060&a=16,80>

Bornhöft, L., Larsson, M. E. H., & Thorn, J. (2015). Physiotherapy in Primary Care Triage - the effects on utilization of medical services at primary health care clinics by patients and sub-groups of patients with musculoskeletal disorders: a case-control study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 31(1), 45–52. <https://doi.org/10.3109/09593985.2014.932035>

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, 1759720X19827504.

9. Litteraturliste

<https://doi.org/10.1177/1759720X19827504>

- Bornhöft, L., Thorn, J., Svensson, M., Nordeman, L., Eggertsen, R., & Larsson, M. E. H. (2019). More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapists for initial assessment compared to initial general practitioner assessment. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 20(1), 186. <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2553-9>
- Bourn, J. (1995). *Clinical Audit in England*. 0–3. <http://www.official-documents.gov.uk/document/hc9596/hc00/0027/0027.pdf>
- Budtz, C. R., Hansen, R. P., Thomsen, J. N. L., & Christiansen, D. H. (2021). “The prevalence of serious pathology in musculoskeletal physiotherapy patients – a nationwide register-based cohort study.” *Physiotherapy*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.physio.2021.03.004>
- CASP CHECKLISTS - CASP - Critical Appraisal Skills Programme. (n.d.). Retrieved June 1, 2021, from <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Cuschieri, S. (2019). The STROBE guidelines. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 13(Suppl 1), S31–S34. https://doi.org/10.4103/sja.SJA_543_18
- Demont, A., Bourmaud, A., Kechichian, A., & Desmeules, F. (2019). The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. *Disability and Rehabilitation*, 0(0), 1–12. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1674388>
- 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 Musculoskeletal Disorders*, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-13-107>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Donabedian, A. (1992). The Lichfield Lecture. Quality assurance in health care: consumers’ role. *Quality in Health Care : QHC*, 1(4), 247–251. <https://doi.org/10.1136/qshc.1.4.247>

9. Litteraturliste

- Downie, F., McRitchie, C., Monteith, W., & Turner, H. (2019). Physiotherapist as an alternative to a GP for musculoskeletal conditions: a 2-year service evaluation of UK primary care data. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 69(682), e314–e320.
<https://doi.org/10.3399/bjgp19X702245>
- Enthoven, W. T. M., Geuze, J., Scheele, J., Bierma-Zeinstra, S. M. A., Bueving, H. J., Bohnen, A. M., Peul, W. C., van Tulder, M. W., Berger, M. Y., Koes, B. W., & Luijsterburg, P. A. J. (2016). Prevalence and “Red Flags” Regarding Specified Causes of Back Pain in Older Adults Presenting in General Practice. *Physical Therapy*, 96(3), 305–312. <https://doi.org/10.2522/ptj.20140525>
- Europe Region WorldPhysio | Advanced Practice Physiotherapy in the Europe Region World Physiotherapy Position Statement. (2018).
https://www.erwcpt.eu/education/advanced_physiotherapy_practice
- 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 Research & Therapy*, 14(1), 205. <https://doi.org/10.1186/ar3743>
- Froment, F. P., Olson, K. A., Hooper, T. L., Shaffer, S. M., Sizer, P. S., Woodhouse, L. J., & Brismée, J.-M. (2019). Large variability found in musculoskeletal physiotherapy scope of practice throughout WCPT and IFOMPT affiliated countries: An international survey. *Musculoskeletal Science & Practice*, 42, 104–119.
<https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.04.012>
- Gagnon, R., Perreault, K., Berthelot, S., Matifat, E., Desmeules, F., Achou, B., Laroche, M.-C., Van Neste, C., Tremblay, S., Leblond, J., & Hébert, L. J. (2021). Direct-access physiotherapy to help manage patients with musculoskeletal disorders in an emergency department: Results of a randomized controlled trial. *Academic Emergency Medicine : Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*.
<https://doi.org/10.1111/acem.14237>
- Glazier, R. H., Dalby, D. M., Badley, E. M., Hawker, G. A., Bell, M. J., & Buchbinder, R. (1996). Determinants of physician confidence in the primary care management of musculoskeletal disorders. *The Journal of Rheumatology*, 23(2), 351–356.

9. Litteraturliste

- Goodwin, R. W., & Hendrick, P. A. (2016). Physiotherapy as a first point of contact in general practice: A solution to a growing problem? *Primary Health Care Research and Development*, 17(5), 489–502. <https://doi.org/10.1017/S1463423616000189>
- Hendriks, H. J. M., Kerssens, J. J., Heerkens, Y. F., Elvers, J. W. H., Dekker, J., Van der Zee, J., & Oostendorp, R. A. B. (2003). Referral patterns and utilization of physiotherapy services following a one-time physiotherapist consultation in general practice. *Physiotherapy Theory and Practice*, 19(1), 5–21. <https://doi.org/10.1080/09593980307968>
- Ho, C.-M., Thorstensson, C. A., & Nordeman, L. (2019). Physiotherapist as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care-a randomised controlled pragmatic study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 20(1), 329. <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2690-1>
- Holdsworth, L. K., Webster, V. S., & McFadyen, A. K. (2007). What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy*, 93(1), 3–11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.physio.2006.05.005>
- Hon, S., Ritter, R., & Allen, D. D. (2020). Cost-Effectiveness and Outcomes of Direct Access to Physical Therapy for Musculoskeletal Disorders Compared to Physician-First Access in the United States: Systematic Review and Meta-Analysis. *Physical Therapy*. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa201>
- Hvad skal jeg anmelde? (n.d.). National Videnskabsetisk Komité. Retrieved March 20, 2021, from <https://www.nvk.dk/forsker/naar-du-anmelder/hvilke-projekter-skal-jeg-anmelde>
- ICPC-3 kodesystem. (n.d.). Retrieved April 23, 2021, from <https://www.icpc-3.info/>
- Isager, A.-M. K. (2009). *Om Audit*.
- Jensen, A. R., Davidsen, M., Ekholm, O., & Christensen, A. I. (2017). *Danskernes sundhed - Den nationale sundhedsprofil*. <https://doi.org/https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/~media/1529A4BCF9C64905BAC650B6C45B72A5.ashx>
- Joseph, C., Morrissey, D., Abdur-Rahman, M., Hussenbux, A., & Barton, C. (2014). Musculoskeletal triage: a mixed methods study, integrating systematic review with expert and patient perspectives. *Physiotherapy*, 100(4), 277–289.

9. Litteraturliste

<https://doi.org/10.1016/j.physio.2014.03.007>

Knæartrose - Nationale Kliniske Retningslinjer og faglige visitationsretningslinjer. (2012).

<http://www.sst.dk>

Langridge, N. (2019). The skills, knowledge and attributes needed as a first-contact physiotherapist in musculoskeletal healthcare. *Musculoskeletal Care*, 17(2), 253–260.

<https://doi.org/10.1002/msc.1401>

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>

Lund, H., Juhl, C. B., Andreasen, J., & Møller, A. M. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning*. Munksgaard.

Madsen, M. N., Kirkegaard, M. L., Klebe, T. M., Linnebjerg, C. L., Villumsen, S. M. R., Due, S. J., Trøstrup, J., Rossen, C. B., Birk, H. O., Elmengaard, B., & Mikkelsen, L. R.

(2021). Inter-professional agreement and collaboration between extended scope physiotherapists and orthopaedic surgeons in an orthopaedic outpatient shoulder clinic – a mixed methods study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 22(1), 1–16.

<https://doi.org/10.1186/s12891-020-03831-z>

Mainz, J. (2017). *Basal kvalitetsudvikling* (M. Toft (Ed.); 1. udgave).

Maja Bæksgaard Jørgensen, M. D. og J. S. T. (2017). De samfundsmæssige i Danmark

muskel- og skeletlidelser omkostninger ved. In *Statens Institut for Folkesundhed, SDU*.

https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2017/de_samfundsmaessige_omkostninger_ved_muskel_og_skeletlidelser_i_danmark

Mallett, R., Bakker, E., & Burton, M. (2014). Is physiotherapy self-referral with telephone triage viable, cost-effective and beneficial to musculoskeletal outpatients in a primary care setting? *Musculoskeletal Care*, 12(4), 251–260. <https://doi.org/10.1002/msc.1075>

Marks, D., Comans, T., Bisset, L., & Scuffham, P. A. (2017). Substitution of doctors with physiotherapists in the management of common musculoskeletal disorders: a systematic review. *Physiotherapy*, 103(4), 341–351. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2016.11.006>

9. Litteraturliste

- Moffatt, F., Goodwin, R., & Hendrick, P. (2018). Physiotherapy as first-point-of-contact-service for patients with musculoskeletal complaints: understanding the challenges of implementation. *Primary Health Care Research & Development*, 19(2), 121–130. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000615>
- National klinisk retningslinje for behandling af nyopståede lænderygsmærter. (2019). www.sst.dk
- National Klinisk Retningslinje for Hjerterehabilitering. (2013).
- National Klinisk Retningslinje for Ikke-Kirurgisk Behandling Af Nyopståede Uspecifikke Nakkesmerter (Issue 1). (2016). [https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/\\$~\\$/media/F34D82CE7A65475BAB4F31C6BB16567D.ashx](https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/$~$/media/F34D82CE7A65475BAB4F31C6BB16567D.ashx)
- National klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL. (2018). <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/~~/media/AD2FF426014943D983E0D7B937B356B9.ashx>
- National kompetenceprofil for fysioterapeuter i akutmodtagelsen. (n.d.).
- National kompetenceprofil for fysioterapeuter med funktion i skadestuen. (n.d.).
- Ng, W., Slater, H., Starcevich, C., Wright, A., Mitchell, T., & Beales, D. (2021). Barriers and enablers influencing healthcare professionals' adoption of a biopsychosocial approach to musculoskeletal pain: A systematic review and qualitative evidence synthesis. *Pain*. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002217>
- Oakley, C., & Shacklady, C. (2015). The Clinical Effectiveness of the Extended-Scope Physiotherapist Role in Musculoskeletal Triage: A Systematic Review. *Musculoskeletal Care*, 13(4), 204–221. <https://doi.org/10.1002/msc.1100>
- OECD. (2013). *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013*. <https://doi.org/https://doi.org/https://doi.org/10.1787/9789264191136-en>
- 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

9. Litteraturliste

- Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *PM & R : The Journal of Injury, Function, and Rehabilitation*, 12(11), 1071–1080. <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>
- Oliveira, C. B., Maher, C. G., Pinto, R. Z., Traeger, A. C., Lin, C.-W. C., Chenot, J.-F., van Tulder, M., & Koes, B. W. (2018). Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *European Spine Journal*, 27(11), 2791–2803. <https://doi.org/10.1007/s00586-018-5673-2>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372, 2020–2021. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Patienten først - nærhed, sammenhæng, kvalitet og patientrettigheder*. (2019). <https://www.regeringen.dk/media/6165/patienten-foerst-naerhed-sammenhaeng-kvalitet-og-patientrettigheder.pdf>
- Picavet, H. S. J., & Schouten, J. S. A. G. (2003). Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study. *Pain*, 102(1–2), 167–178. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(02\)00372-x](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(02)00372-x)
- PLO faktaark*. (2020). https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo%7B%5C_%7Dfaktaark%7B%5C_%7D2018.pdf
- PubMed*. (n.d.). Retrieved June 1, 2021, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Rajasekaran, S., Dilip Chand Raja, S., Pushpa, B. T., Ananda, K. B., Ajoy Prasad, S., & Rishi, M. K. (2021). The catastrophization effects of an MRI report on the patient and surgeon and the benefits of ‘clinical reporting’: results from an RCT and blinded trials. *European Spine Journal*, 0123456789. <https://doi.org/10.1007/s00586-021-06809-0>

9. Litteraturliste

- Roberts, C., Adebajo, A. O., & Long, S. (2002). Improving the quality of care of musculoskeletal conditions in primary care. *Rheumatology (Oxford)*, 41(5), 503–508. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/41.5.503>
- Rosendal, M., Carlsen, A. H., Rask, M. T., & Moth, G. (2015). Symptoms as the main problem in primary care: A cross-sectional study of frequency and characteristics. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33(2), 91–99. <https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1030166>
- Sundhedsstyrelsen. (2015). *Sygdomsbyrden i Danmark*. 2, 384. <https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/~media/00C6825B11BD46F9B064536C6E7DFBA0.ashx>
- Sundhedsstyrelsen. (2021). *National klinisk retningslinje for behandling af patienter med subakromielt smertesyndrom i skulderen - impingement syndrom/rotator-cuff syndrom*. www.sst.dk
- Tal og fakta om diabetes. (2020). Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/Viden/Diabetes/Faglige-anbefalinger-om-diabetes/Tal-og-fakta>
- Trøstrup, J., Juhl, C. B., & Mikkelsen, L. R. (2020). Effect of extended scope physiotherapists assessments in orthopaedic diagnostic setting: a systematic review. *Physiotherapy*, 108, 120–128. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2017.08.004>
- Truntzer, J., Lynch, A., Kruse, D., & Prislín, M. (2014). Musculoskeletal education: an assessment of the clinical confidence of medical students. *Perspectives on Medical Education*, 3(3), 238–244. <https://doi.org/10.1007/s40037-014-0124-1>
- Urwin, M., Symmons, D., Allison, T., Brammah, T., Busby, H., Roxby, M., Simmons, A., & Williams, G. (1998). Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: the comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and the relation to social deprivation. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 57(11), 649–655. <https://doi.org/10.1136/ard.57.11.649>
- van Weel, C., Carelli, F., & Gerada, C. (2012). Reforming primary care: innovation or destruction? *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 62(594), 43–44. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X616463>

9. Litteraturliste

- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Annals of Internal Medicine*, 147(8), 573–577. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010>
- 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. *Archives of Internal Medicine*, 170(3), 271–277. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.507>

10. Bilag

Indholdsfortegnelse

Bilag 1: Visitationsskema med diagnosekoder.....	1
Bilag 2: Litteratursøgning	2
Bilag 3: Subgruppering af symptomgivende regioner	5
Bilag 4: Viderehenvisninger fordelt på subgrupper af symptomgivende region	6
Bilag 5: Ekskluderede artikler efter fuld-tekstlæsning	7
Bilag 6: Metodisk kvalitet af Demont et al., 2019.....	8
Bilag 7: Metodisk kvalitet af Babatunde et al., 2020.....	11
Bilag 8: Metodisk kvalitet af Bornhöft et al., 2019	14
Bilag 9: Metodisk kvalitet af Ho et al., 2019	17
Bilag 10: Metodisk kvalitet af Ojha et al., 2020.....	20
Bilag 11: Metodisk kvalitet af Gagnon et al., 2021	23

10.1 Bilag 1: Visitationsskema med diagnosekoder

ICPC-Kode	
LS01: Symptom/klage fra nakke	LS02: Symptom/klage fra ryg
LS03: Symptom/klage fra nedre ryg	LS04: Symptom/klage fra bryst
LS05: Symptom/klage fra flanke og axil	LS06: Symptom/klage fra kæbe
LS07: Symptom/klage fra skulder	LS08: Symptom/klage fra arm
LS09: Symptom/klage fra albue	LS10: Symptom/klage fra håndled
LS11: Symptom/klage fra hånd/finger	LS12: Symptom/klage fra hofte
LS13: Symptom/klage fra lår/underben	LS14: Symptom/klage fra knæ
LS15: Symptom/klage fra ankel	LS16: Symptom/klage fra fod/tå
LS17: Muskelsmerter	LS18: Kronisk generaliserede smerter
LS20: Symptom/klage fra led	LS19: Symptom/klage fra muskler
LS90: Bekymringer og frygt for muskuloskeletale lidelser	LS99: Andre angivet klager og abnorm fund fra det muskuloskeletale system

10.2 Bilag 2: Litteratursøgning

Første søgning (systematiske reviews)

PubMed

(((((("Musculoskeletal pain") OR ("Musculoskeletal Diseases*")) OR ("musculoskeletal pain"[MeSH Terms])) OR ("musculoskeletal diseases"[MeSH Terms])) AND (((physio*) OR ("physical therap*")) OR (physiotherap*)) OR ("physical therapists"[MeSH Terms]))) AND (((((((((((((((Evaluat*) OR (Outcome)) OR ("Sick leav*")) OR ("Quality of life")) OR ("Pain measurement")) OR ("Recovery of function")) OR ("Diagnostic error*")) OR ("Serious pathology")) OR ("Serious diseases*")) OR ("Red flag*")) OR (outcome and process assessment, health care[MeSH Terms])) OR (sick Leave[MeSH Terms])) OR (quality of life[MeSH Terms])) OR (pain measurement[MeSH Terms])) OR (recovery of Function[MeSH Terms])) OR (diagnostic error[MeSH Terms]))) AND (((((((((((("Primary Health care") OR ("primary care")) OR ("general practice")) OR ("First line contact")) OR ("First point of contact")) OR ("First point of care")) OR ("Direct access")) OR ("Triage")) OR ("primary health care"[MeSH Terms])) OR ("general practice"[MeSH Terms])) OR ("triage"[MeSH Terms])) Filters: Meta-Analysis, Review, Systematic Review = 318 hits

Embase

('musculoskeletal pain' OR 'musculoskeletal diseases*' OR 'musculoskeletal pain'/exp/mj OR 'musculoskeletal disease'/mj) AND (physio* OR 'physical therap*' OR physiotherap* OR 'physiotherapist'/mj) AND (evaluat* OR outcome OR 'sick leav*' OR 'quality of life' OR 'pain measurement' OR 'recovery of function' OR 'diagnostic error*' OR 'serious pathology' OR 'serious diseases*' OR 'red flag*' OR 'treatment outcome'/mj OR 'medical leave'/mj OR 'quality of life'/mj OR 'pain measurement'/mj OR 'convalescence'/mj OR 'diagnostic error'/mj) AND ('primary health care' OR 'primary care' OR 'general practice' OR 'first line contact' OR 'first point of contact' OR 'first point of care' OR 'direct access' OR 'triage' OR 'primary health care'/mj OR 'general practice'/mj OR 'emergency health service'/mj) AND ('meta analysis'/de OR 'systematic review'/de) = 94 hits

10.2 Bilag 2: Litteratursøgning

Cochrane

((("Musculoskeletal pain") OR ("Musculoskeletal Disease") OR (MeSH: [Musculoskeletal Pain] this term only) OR (MeSH: [Musculoskeletal Diseases] explode all trees)) AND ((physio*) OR ("physical therap*") OR (physiotherap*) OR (MeSH: [Physical Therapists] this term only)) AND ((Evaluat*) OR (Outcome) OR ("Sick leav*") OR ("Quality of life") OR ("Pain measurement") OR ("Recovery of function") OR ("Diagnostic error*") OR ("Serious pathology") OR ("Serious diseases*") OR ("Red flag*") OR (MeSH: [Treatment Outcome] this term only) OR (MeSH: [Sick Leave] this term only) OR (MeSH: [Quality of Life] this term only) OR (MeSH: [Pain Measurement] this term only) OR (MeSH: [Recovery of Function] this term only) OR (MeSH: [Diagnostic Errors] explode all trees)) AND ((("Primary Health care") OR ("primary care") OR ("general practice") OR ("First line contact") OR ("First point of contact") OR ("First point of care") OR ("Direct access") OR ("Triage") OR (MeSH: [Primary Health Care] this term only) OR (MeSH: [General Practice] explode all trees) OR (MeSH: [Triage] explode all trees))) in Cochrane Reviews = 85 hits

Anden søgning (RCT)

PubMed

(((((("Musculoskeletal pain") OR ("Musculoskeletal Diseases*")) OR ("musculoskeletal pain"[MeSH Terms])) OR ("musculoskeletal diseases"[MeSH Terms])) AND (((physio*) OR ("physical therap*") OR (physiotherap*) OR ("physical therapists"[MeSH Terms])) AND (((((((((((((((Evaluat*) OR (Outcome)) OR ("Sick leav*") OR ("Quality of life") OR ("Pain measurement")) OR ("Recovery of function") OR ("Diagnostic error*") OR ("Serious pathology") OR ("Serious diseases*") OR ("Red flag*") OR (outcome and process assessment, health care[MeSH Terms])) OR (sick Leave[MeSH Terms])) OR (quality of life[MeSH Terms])) OR (pain measurement[MeSH Terms])) OR (recovery of Function[MeSH Terms])) OR (diagnostic error[MeSH Terms])) AND (((((((((((("Primary Health care") OR ("primary care") OR ("general practice") OR ("First line contact") OR ("First point of contact") OR ("First point of care") OR ("Direct access") OR ("Triage") OR ("primary health care"[MeSH Terms])) OR ("general practice"[MeSH Terms])) OR ("triage"[MeSH Terms])) Filters: Randomized Controlled Trial, from 2018 - 2021 = 82 hits

10.2 Bilag 2: Litteratursøgning

Embase

('musculoskeletal pain' OR 'musculoskeletal diseas*' OR 'musculoskeletal pain'/exp/mj OR 'musculoskeletal disease'/mj) AND (physio* OR 'physical therap*' OR physiotherap* OR 'physiotherapist'/mj) AND (evaluat* OR outcome OR 'sick leav*' OR 'quality of life' OR 'pain measurement' OR 'recovery of function' OR 'diagnostic error*' OR 'serious pathology' OR 'serious diseas*' OR 'red flag*' OR 'treatment outcome'/mj OR 'medical leave'/mj OR 'quality of life'/mj OR 'pain measurement'/mj OR 'convalescence'/mj OR 'diagnostic error'/mj) AND ('primary health care' OR 'primary care' OR 'general practice' OR 'first line contact' OR 'first point of contact' OR 'first point of care' OR 'direct access' OR 'triage' OR 'primary health care'/mj OR 'general practice'/mj OR 'emergency health service'/mj) AND (2018:py OR 2019:py OR 2020:py OR 2021:py) AND 'randomized controlled trial'/de = 68 hits

10.3 Bilag 3: Subgruppering af symptomgivende regioner

Knæ = 43	Skulder = 41
Ryg = 39	Nakke = 17
Ankel / fod / tær = 16	Hofte = 9
Albue = 6	Håndled = 6
Ben = 6	Lænd = 6
Hånd/fingre = 6	Neurologi = 5
Hoved = 5	Bækken = 4
Andet = 4	Underben = 1
Arm = 1	Lår = 1

10.4 Bilag 4: Viderehenvisninger fordelt på subgrupper

10.4 Bilag 4: Viderehenvisninger fordelt på subgrupper af symptomgivende region

	Lægetid	Kommune	Røntgen	Ortopæd	MR	Neurolog	Ukendt	Privat fysioterapeut	Privat ortopædkirurg	Ukendt
UE	6	0	5	2	2	0	1	6	1	0
OE	4	2	1	2	0	0	0	14	1	0
Columna	4	0	1	0	1	0	0	13	0	0
Andet	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
UE + OE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
UE + Ryg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
OE + Ryg	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0
Ryg + andet	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0
OE + OE	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
UE + UE	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0
Ryg + Ryg	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
Ryg + UE + OE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Andet + Andet	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0

10.5 Bilag 5: Ekskluderede artikler efter fuld-tekstlæsning

Første søgning (systematiske reviews)

Joseph C, Morrissey D, Abdur-Rahman M, Hussenbux A, Barton C. Musculoskeletal triage: a mixed methods study, integrating systematic review with expert and patient perspectives. *Physiotherapy*. 2014;100(4):277-289

Årsag: Kontekst

Hon S, Ritter R, Allen DD. Cost-Effectiveness and Outcomes of Direct Access to Physical Therapy for Musculoskeletal Disorders Compared to Physician-First Access in the United States: Systematic Review and Meta-Analysis. *Phys Ther*. 2020;pzaa201.

Årsag: Fysioterapeuternes rolle

Foster NE, Hartvigsen J, Croft PR. Taking responsibility for the early assessment and treatment of patients with musculoskeletal pain: a review and critical analysis. *Arthritis Res Ther*. 2012;14(1):205.

Årsag: Studiedesign

Oakley C, Shacklady C. The Clinical Effectiveness of the Extended-Scope Physiotherapist Role in Musculoskeletal Triage: A Systematic Review. *Musculoskeletal Care*. 2015;13(4):204-221.

Årsag: Kontekst

Anden søgning (RCT)

Bornhöft L, Larsson ME, Nordeman L, Eggertsen R, Thorn J. Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: a pragmatic randomized controlled trial. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2019;11:1759720X19827504.

Årsag: Indgik i Demont et al. 2019

10.6 Bilag 6: Metodisk kvalitet af Demont et al., 2019

AMSTAR 2 Results

Printer Friendly Version

Article Name: The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. Demont et al. 2019

The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physicia is a Moderate quality review

1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Yes Yes Yes Yes Yes
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	YesYesYesYesYes
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	No
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Yes Yes Yes Yes Yes Yes Yes Yes Yes
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Yes Yes
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Yes Yes

7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	No
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Yes Yes Yes Yes Yes Yes
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	
RCT	Yes
NRSI	Yes Yes Yes Yes Yes Yes Yes Yes
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	No
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	
RCT	0
NRSI	0
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	0
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Yes Yes
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Yes Yes
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	

10.6 Bilag 6: Metodisk kvalitet af Demont et al., 2019

16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review? Yes
Yes

10.7 Bilag 7: Metodisk kvalitet af Babatunde et al., 2020

AMSTAR 2 Results

Printer Friendly Version

Article Name: A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-referral and direct access services for patients with musculoskeletal pain. Babatunde et al. 2020.

A systematic review and evidence synthesis of non-medical triage, self-refe is a Moderate quality review

1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?	Yes Yes Yes Yes
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?	Partial YesYesYesYesYes
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?	No
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?	Yes Yes Yes Yes Yes Yes Yes Yes
5. Did the review authors perform study selection in duplicate?	Yes Yes
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate?	Yes Yes

7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?	No
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail?	Yes Yes Yes Yes Yes Yes Yes Yes Yes Yes Yes
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?	
RCT	Yes
NRSI	Yes Yes Yes Yes Yes Yes Yes Yes
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?	No
11. If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?	
RCT	0
NRSI	0
12. If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?	
13. Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/ discussing the results of the review?	Yes Yes
14. Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?	Yes Yes
15. If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?	

16. Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review? No

10.8 Bilag 8: Metodisk kvalitet af Bornhöft et al., 2019



More cost-effective management of patients with musculoskeletal disorders in primary care after direct triaging to physiotherapist for initial assessment compared to initial general practitioner. Bornhöft et al. 2019.

Study and citation:

Section A: Is the basic study design valid for a randomised controlled trial?

1. Did the study address a clearly focused research question? <i>CONSIDER:</i> <i>Was the study designed to assess the outcomes of an intervention?</i> <i>Is the research question 'focused' in terms of:</i> - Population studied - Intervention given - Comparator chosen - Outcomes measured?	Yes ☒	No ☐	Can't tell ☐
2. Was the assignment of participants to interventions randomised? <i>CONSIDER:</i> - How was randomisation carried out? Was the method appropriate? - Was randomisation sufficient to eliminate systematic bias? - Was the allocation sequence concealed from investigators and participants?	Yes ☒	No ☐	Can't tell ☐
3. Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion? <i>CONSIDER:</i> - Were losses to follow-up and exclusions after randomisation accounted for? - Were participants analysed in the study groups to which they were randomised (intention-to-treat analysis)? - Was the study stopped early? If so, what was the reason?	Yes ☒	No ☐	Can't tell ☐

Section B: Was the study methodologically sound?

4. - Were the participants 'blind' to intervention they were given? - Were the investigators 'blind' to the intervention they were giving to participants? - Were the people assessing/analysing outcome/s 'blinded'?	Yes ☐ ☒	No ☐ ☒ ☐	Can't tell ☒ ☐ ☐
5. Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial? <i>CONSIDER:</i> - Were the baseline characteristics of each study group (e.g. age, sex, socio-economic group) clearly set out? - Were there any differences between the study groups that could affect the outcome/s?	Yes ☒	No ☐	Can't tell ☐

6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)? <i>CONSIDER:</i> - Was there a clearly defined study protocol? - If any additional interventions were given (e.g. tests or treatments), were they similar between the study groups? - Were the follow-up intervals the same for each study group?	Yes	No	Can't tell
	☒	☐	☐

Section C: What are the results?

7. Were the effects of intervention reported comprehensively? <i>CONSIDER:</i> - Was a power calculation undertaken? - What outcomes were measured, and were they clearly specified? - How were the results expressed? For binary outcomes, were relative and absolute effects reported? - Were the results reported for each outcome in each study group at each follow-up interval? - Was there any missing or incomplete data? - Was there differential drop-out between the study groups that could affect the results? - Were potential sources of bias identified? - Which statistical tests were used? - Were p values reported?	Yes	No	Can't tell
	☒	☐	☐
8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported? <i>CONSIDER:</i> Were confidence intervals (CIs) reported?	Yes	No	Can't tell
	☒	☐	☐
9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs? <i>CONSIDER:</i> - What was the size of the intervention or treatment effect? - Were harms or unintended effects reported for each study group? - Was a cost-effectiveness analysis undertaken? (Cost-effectiveness analysis allows a comparison to be made between different interventions used in the care of the same condition or problem.)	Yes	No	Can't tell
	☒	☐	☐

Section D: Will the results help locally?			
10. Can the results be applied to your local population/in your context? <i>CONSIDER:</i> - Are the study participants similar to the people in your care? - Would any differences between your population and the study participants alter the outcomes reported in the study? - Are the outcomes important to your population? - Are there any outcomes you would have wanted information on that have not been studied or reported? - Are there any limitations of the study that would affect your decision?	Yes ☒	No ☐	Can't tell ☐
11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions? <i>CONSIDER:</i> - What resources are needed to introduce this intervention taking into account time, finances, and skills development or training needs? - Are you able to disinvest resources in one or more existing interventions in order to be able to re-invest in the new intervention?	Yes ☒	No ☐	Can't tell ☐

APPRAISAL SUMMARY: Record key points from your critical appraisal in this box. What is your conclusion about the paper? Would you use it to change your practice or to recommend changes to care/interventions used by your organisation? Could you judiciously implement this intervention without delay? Studiets resultater understøtter brugen af fysioterapeuter som primær kontakt til håndtering af patienter med MSK lidelser. Endvidere understøtter resultaterne også at triagering gennem sygeplejerske er fordelagtig. Studiets resultater kan ikke alene ændre måden hvorpå patienter med MSK lidelser skal håndteres i primær kontakt i dansk setting. Dog danner studies resultater belæg for at undersøge et ligende formål i dansk setting. Ligende implementering er allerede i gangsat i dansk setting hvorfor denne intervention formegentlig vil kunne i gang sættes uden forsinkelser.

10.9 Bilag 9: Metodisk kvalitet af Ho et al., 2019



Study and citation: Physiotherapist as primary assessor for patients with suspected knee osteoarthritis in primary care—a randomised controlled pragmatic study. Ho et al 2019.

Section A: Is the basic study design valid for a randomised controlled trial?

1. Did the study address a clearly focused research question? <i>CONSIDER:</i> Was the study designed to assess the outcomes of an intervention? Is the research question 'focused' in terms of: - Population studied - Intervention given - Comparator chosen - Outcomes measured?	Yes ☒ No ☐ Can't tell ☐ P: OA patienter I: Fysioterapeut som primær kontakt C: Læger som primær kontakt O: Sundhedsrelateret livskvalitet justeret for smerte og funktion
2. Was the assignment of participants to interventions randomised? <i>CONSIDER:</i> - How was randomisation carried out? Was the method appropriate? - Was randomisation sufficient to eliminate systematic bias? - Was the allocation sequence concealed from investigators and participants?	Yes ☒ No ☐ Can't tell ☐ Randomisering skete via computer-generede tal-liste, som styrede om den pågældende patient skulle undersøges af fysioterapeut eller læge.
3. Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion? <i>CONSIDER:</i> - Were losses to follow-up and exclusions after randomisation accounted for? - Were participants analysed in the study groups to which they were randomised (intention-to-treat analysis)? - Was the study stopped early? If so, what was the reason?	Yes ☒ No ☐ Can't tell ☐ Efter inklusionen af 20 patienter blev følgende inklusionskriterier fjernet: Morgenstivhed og crepitation ved under aktivitet, for at øge antallet af inkluderede patienter. Intention-to-treat blev anvendt

Section B: Was the study methodologically sound?

4. - Were the participants 'blind' to intervention they were given? - Were the investigators 'blind' to the intervention they were giving to participants? - Were the people assessing/analysing outcome/s 'blinded'?	Yes ☐ No ☒ Can't tell ☐ ☐ ☒ ☐ ☒ ☐ ☐
5. Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial? <i>CONSIDER:</i> - Were the baseline characteristics of each study group (e.g. age, sex, socio-economic group) clearly set out? - Were there any differences between the study groups that could affect the outcome/s?	Yes ☒ No ☐ Can't tell ☐ Der er ikke benyttet statistisk metode for at undersøge for baseline-forskelle. Det ser dog ud til at der ikke er markante forskelle.

6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)? <i>CONSIDER:</i> • Was there a clearly defined study protocol? • If any additional interventions were given (e.g. tests or treatments), were they similar between the study groups? • Were the follow-up intervals the same for each study group?	Yes ☐ No ☒ Can't tell ☐ Både læge og Fysioterapeut gav den intervention som en læge eller fysioterapeut normalt vil give denne patientgruppe. Dette var for at undersøge den måde fysioterapeuter og læger normalt arbejder på. Opfølgningsundersøgelser var med ens tidsinterval.
---	--

Section C: What are the results?

7. Were the effects of intervention reported comprehensively? <i>CONSIDER:</i> • Was a power calculation undertaken? • What outcomes were measured, and were they clearly specified? • How were the results expressed? For binary outcomes, were relative and absolute effects reported? • Were the results reported for each outcome in each study group at each follow-up interval? • Was there any missing or incomplete data? • Was there differential drop-out between the study groups that could affect the results? • Were potential sources of bias identified? • Which statistical tests were used? • Were p values reported?	Yes ☒ No ☐ Can't tell ☐ En power-beregning med plads til 14% drop-out fandt, at 50 patienter pr gruppe var nødvendig. Et drop-out på 14% vil betyde at 43 patienter er tilbage i begge grupper. Gruppen der tilses af fysioterapeut er 35 ved baseline og 21 ved sidste follow-up. Gruppen der tilses af læge er 34 ved baseline og 23 ved sidste follow-up. Der er ingen anmærkninger til de resterende spørgsmål til venstre, da de er tilfredsstillende opfyldt i studier.
8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported? <i>CONSIDER:</i> • Were confidence intervals (CIs) reported?	Yes ☐ No ☒ Can't tell ☐
9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs? <i>CONSIDER:</i> • What was the size of the intervention or treatment effect? • Were harms or unintended effects reported for each study group? • Was a cost-effectiveness analysis undertaken? (Cost-effectiveness analysis allows a comparison to be made between different interventions used in the care of the same condition or problem.)	Yes ☒ No ☐ Can't tell ☐ Der findes ingen forskel mellem læger og fysioterapeuter. Der blev ikke fundet utilsigtede hændelser ved begge grupper. Der bliver udført en cost-effective analyser i en separat artikel.

Section D: Will the results help locally?	
10. Can the results be applied to your local population/in your context? <i>CONSIDER:</i> - Are the study participants similar to the people in your care? - Would any differences between your population and the study participants alter the outcomes reported in the study? - Are the outcomes important to your population? - Are there any outcomes you would have wanted information on that have not been studied or reported? - Are there any limitations of the study that would affect your decision?	Yes ☒ No ☐ Can't tell ☐ Dog med forbehold for forskelle i sundhedssystemet i Danmark og Sverige.
11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions? <i>CONSIDER:</i> - What resources are needed to introduce this intervention taking into account time, finances, and skills development or training needs? - Are you able to disinvest resources in one or more existing interventions in order to be able to re-invest in the new intervention?	Yes ☒ No ☐ Can't tell ☐ Muligvis.
APPRAISAL SUMMARY: Record key points from your critical appraisal in this box. What is your conclusion about the paper? Would you use it to change your practice or to recommend changes to care/interventions used by your organisation? Could you judiciously implement this intervention without delay? Generelt en troværdig artikel. Forbehold for at studiet ikke formåede at inkludere nok patienter til at efterleve power-beregningen og at inklussionskriterer ved modificere undervejs. Havde studiet levet op til powerberegningen, kunne der muligvis findes forskel mellem grupperne.	

10.10 Bilag 10: Metodisk kvalitet af Ojha et al., 2020



Comparison of Physical Therapy and Physician Pathways for Employees with Recent Onset Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled. Ojha et al. 2020.

Study and citation:

Section A: Is the basic study design valid for a randomised controlled trial?

1. Did the study address a clearly focused research question? <i>CONSIDER:</i> Was the study designed to assess the outcomes of an intervention? Is the research question 'focused' in terms of: - Population studied - Intervention given - Comparator chosen - Outcomes measured?	Yes ☒	No ☐	Can't tell ☐
2. Was the assignment of participants to interventions randomised? <i>CONSIDER:</i> - How was randomisation carried out? Was the method appropriate? - Was randomisation sufficient to eliminate systematic bias? - Was the allocation sequence concealed from investigators and participants?	Yes ☒	No ☐	Can't tell ☐
3. Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion? <i>CONSIDER:</i> - Were losses to follow-up and exclusions after randomisation accounted for? - Were participants analysed in the study groups to which they were randomised (intention-to-treat analysis)? - Was the study stopped early? If so, what was the reason?	Yes ☒	No ☐	Can't tell ☐

Section B: Was the study methodologically sound?

4. - Were the participants 'blind' to intervention they were given? - Were the investigators 'blind' to the intervention they were giving to participants? - Were the people assessing/analysing outcome/s 'blinded'?	Yes ☐ ☐ ☒	No ☒ ☒ ☐	Can't tell ☐ ☐ ☐
5. Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial? <i>CONSIDER:</i> - Were the baseline characteristics of each study group (e.g. age, sex, socio-economic group) clearly set out? - Were there any differences between the study groups that could affect the outcome/s?	Yes ☒	No ☐	Can't tell ☐

6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)? <i>CONSIDER:</i> - Was there a clearly defined study protocol? - If any additional interventions were given (e.g. tests or treatments), were they similar between the study groups? - Were the follow-up intervals the same for each study group?	Yes ☒ No ☐ Can't tell ☐
---	--

Section C: What are the results?

7. Were the effects of intervention reported comprehensively? <i>CONSIDER:</i> - Was a power calculation undertaken? - What outcomes were measured, and were they clearly specified? - How were the results expressed? For binary outcomes, were relative and absolute effects reported? - Were the results reported for each outcome in each study group at each follow-up interval? - Was there any missing or incomplete data? - Was there differential drop-out between the study groups that could affect the results? - Were potential sources of bias identified? - Which statistical tests were used? - Were p values reported?	Yes ☒ No ☐ Can't tell ☐
8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported? <i>CONSIDER:</i> Were confidence intervals (CIs) reported?	Yes ☒ No ☐ Can't tell ☐
9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs? <i>CONSIDER:</i> - What was the size of the intervention or treatment effect? - Were harms or unintended effects reported for each study group? - Was a cost-effectiveness analysis undertaken? (Cost-effectiveness analysis allows a comparison to be made between different interventions used in the care of the same condition or problem.)	Yes ☒ No ☐ Can't tell ☐

Section D: Will the results help locally?			
10. Can the results be applied to your local population/in your context? <i>CONSIDER:</i> - Are the study participants similar to the people in your care? - Would any differences between your population and the study participants alter the outcomes reported in the study? - Are the outcomes important to your population? - Are there any outcomes you would have wanted information on that have not been studied or reported? - Are there any limitations of the study that would affect your decision?	Yes ☒	No ☐	Can't tell ☐
11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions? <i>CONSIDER:</i> - What resources are needed to introduce this intervention taking into account time, finances, and skills development or training needs? - Are you able to disinvest resources in one or more existing interventions in order to be able to re-invest in the new intervention?	Yes ☐	No ☐	Can't tell ☒

APPRAISAL SUMMARY: Record key points from your critical appraisal in this box. What is your conclusion about the paper? Would you use it to change your practice or to recommend changes to care/interventions used by your organisation? Could you judiciously implement this intervention without delay? Studiet finder ingen forskel på om patienterne blev undersøgt af en fysioterapeut eller læge målt på alle outcome. Studiets resultater kan ikke alene ændre måden hvorpå patienter med MSK lidelser skal håndteres i primær kontakt i dansk setting. Dog danner studies resultater belæg for at undersøge et ligende formål i dansk setting. Der findes ikke på samme måde univertetsklinikker i Danmark men lignende studie kan formegentlig overføres til dansk almen praksis uden forsinkelser.
--

10.11 Bilag 11: Metodisk kvalitet af Gagnon et al., 2021



Direct-access physiotherapy to help with musculoskeletal disorders in an emergency department: Results of a randomized controlled trial. Gagnon et al., 2021

Section A: Is the basic study design valid for a randomised controlled trial?			
1. Did the study address a clearly focused research question? <i>CONSIDER:</i> Was the study designed to assess the outcomes of an intervention? Is the research question 'focused' in terms of: - Population studied - Intervention given - Comparator chosen - Outcomes measured?	Yes ☒	No ☐	Can't tell ☐
The objective was to evaluate the effects of direct- access physiotherapy on patients presenting with a musculoskeletal disorder (MSKD) to the emergency de- partment (ED) on clinical outcomes and use of health care resources.			
2. Was the assignment of participants to interventions randomised? <i>CONSIDER:</i> - How was randomisation carried out? Was the method appropriate? - Was randomisation sufficient to eliminate systematic bias? - Was the allocation sequence concealed from investigators and participants?	Yes ☒	No ☐	Can't tell ☐
Block randomization was used to assign participants to either group.			
3. Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion? <i>CONSIDER:</i> - Were losses to follow-up and exclusions after randomisation accounted for? - Were participants analysed in the study groups to which they were randomised (intention-to-treat analysis)? - Was the study stopped early? If so, what was the reason?	Yes ☒	No ☐	Can't tell ☐
Section B: Was the study methodologically sound?			
4. - Were the participants 'blind' to intervention they were given? - Were the investigators 'blind' to the intervention they were giving to participants? - Were the people assessing/analysing outcome/s 'blinded'?	Yes ☐ ☐ ☐	No ☐ ☒ ☐	Can't tell ☒ ☐ ☒
5. Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial? <i>CONSIDER:</i> - Were the baseline characteristics of each study group (e.g. age, sex, socio-economic group) clearly set out? - Were there any differences between the study groups that could affect the outcome/s?	Yes ☒	No ☐	Can't tell ☐
Regarding baseline characteristics, there were no statistically significant differences between groups for all variables, except for age and sex.			

6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)? <i>CONSIDER:</i> • Was there a clearly defined study protocol? • If any additional interventions were given (e.g. tests or treatments), were they similar between the study groups? • Were the follow-up intervals the same for each study group?	Yes ☒ No ☐ Can't tell ☐ one group of participants had direct access to a PT (PT group) while the control group (CTL group) was managed according to usual ED practice by the emergency physician.
---	---

Section C: What are the results?

7. Were the effects of intervention reported comprehensively? <i>CONSIDER:</i> • Was a power calculation undertaken? • What outcomes were measured, and were they clearly specified? • How were the results expressed? For binary outcomes, were relative and absolute effects reported? • Were the results reported for each outcome in each study group at each follow-up interval? • Was there any missing or incomplete data? • Was there differential drop-out between the study groups that could affect the results? • Were potential sources of bias identified? • Which statistical tests were used? • Were p values reported?	Yes ☒ No ☐ Can't tell ☐
8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported? <i>CONSIDER:</i> • Were confidence intervals (CIs) reported?	Yes ☒ No ☐ Can't tell ☐
9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs? <i>CONSIDER:</i> • What was the size of the intervention or treatment effect? • Were harms or unintended effects reported for each study group? • Was a cost-effectiveness analysis undertaken? (Cost-effectiveness analysis allows a comparison to be made between different interventions used in the care of the same condition or problem.)	Yes ☒ No ☐ Can't tell ☐ The results of this study suggest that direct-access PT in the ED for patients presenting with a musculoskeletal disorder is associated with greater improvements in pain intensity and pain interference and less use of several services and resources at certain time points, such as ED return visits, imaging tests, and prescription medication

Section D: Will the results help locally?

10. Can the results be applied to your local population/in your context? <i>CONSIDER:</i> • Are the study participants similar to the people in your care? • Would any differences between your population and the study participants alter the outcomes reported in the study? • Are the outcomes important to your population? • Are there any outcomes you would have wanted information on that have not been studied or reported? • Are there any limitations of the study that would affect your decision?	Yes ☐ No ☐ Can't tell ☒ Sample size in our study is relatively small. We must then be reasonably careful with the generalization of the results. Also, although sufficient statistical power was obtained, there was a 20% loss to follow-up, which suggests a certain caution in the interpretation of the results obtained.
11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions? <i>CONSIDER:</i> • What resources are needed to introduce this intervention taking into account time, finances, and skills development or training needs? • Are you able to disinvest resources in one or more existing interventions in order to be able to re-invest in the new intervention?	Yes ☒ No ☐ Can't tell ☐ The results of this study suggest that direct-access PT in the ED for patients presenting with a musculoskeletal disorder is associated with greater improvements in pain intensity and pain interference and less use of several services and resources at certain time points, such as ED return visits, imaging tests, and

APPRAISAL SUMMARY: Record key points from your critical appraisal in this box. What is your conclusion about the paper? Would you use it to change your practice or to recommend changes to care/interventions used by your organisation? Could you judiciously implement this intervention without delay?