

# Fysioterapeuter i almen praksis

Rapport

Danske Fysioterapeuter

## Indholdsfortegnelse

1	<b>Baggrund</b>	<b>3</b>
2	<b>Effektanalyse</b>	<b>5</b>
2.1	Kapacitetsmangel	9
3	<b>Omkostningsanalyse</b>	<b>11</b>
4	<b>Konklusion</b>	<b>16</b>
5	<b>Referencer</b>	<b>17</b>

---

### Kolofon

### Kontakt

Forfatter(e): Lise Hagelund & Jens Olsen

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

Dato: 27.04.2016

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

Version: 2

[www.incentive.dk](http://www.incentive.dk)

---

# 1 Baggrund

## Lægemangel i almen praksis

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

Normtallet for antal tilmeldte patienter til en almen praksis er 1600, og landgennemsnittet er reelt 1625 patienter pr. alment praktiserende læge. Analysen fra KL viser, at der i to tredjedele af kommunerne ikke er lægemangel, da det gennemsnitlige antal tilmeldte patienter er under 1600 (Kommunernes Landsforening, 2015). Til gengæld viser analysen, at der i Nordjylland og på Sydsjælland generelt er mange patienter tilmeldt pr. læge, samt at mange af de praktiserende læger i disse landsdele er over 60 år. Kombinationen af disse to faktorer indikerer både en nutidig og fremtidig lægemangel.

## Bevægeapparatslidelser

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

I et litteraturstudie af Foster et al. er der fundet en tendens til, at patienter med bevægeapparatslidelser kan føle, at læger ikke tager deres lidelser seriøst, og at patienterne oplever, at der ikke er noget at gøre ved deres lidelse (2012). Der er også vist en tendens til, at nogle alment praktiserende læger ikke følger guidelines for behandling af muskelskeletlidelser. Det kan lede til, at der bliver igangsat flere dyre forløb, fx med billeddannelse og operationer, end det er nødvendigt (Cottrell et al., 2010; Foster et al., 2012).

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

## Fysioterapeuter i almen praksis

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

En af flere løsninger kunne være at inddrage erfarne fysioterapeuter i udredning og diagnostik i almen praksis for patienter med bevægeapparatslidelser. Der er en international tendens til i højere grad at inkludere andre sundhedsprofessionelle faggrupper end læger i forbindelse med udredning, diagnostik og behandling, og i Danmark er nogle lægeklinikker begyndt at have fysioterapeuter tilknyttet til at udrede og diagnosticere patienter med bevægeapparatslidelser, fx i Bøvlingbjerg og Tårs.

I de to nævnte cases er en fysioterapeut tilknyttet som konsulent 5-10 timer pr. uge og aflønnet på timebasis. Der er udelukkende tale om en aflastning af lægen i forbindelse med udredning og diagnostik,

og fysioterapeuten behandler derfor ikke patienter. Eventuelle henvisninger til behandling med fysioterapi går gennem de almindelige henvisningssystemer.

Efter en gennemgang af den tilgængelige litteratur på området har vi fundet, at fysioterapeuter i højere grad har kendskab til og følger guidelines for bevægeapparatslidelser. Vi har også fundet, at fysioterapeuter diagnosticerer korrekt og opdager såkaldte ”røde flag” – det vil sige tegn, der indikerer alvorlige sygdomme. Slutteligt har vi fundet, at patienter, der udredes af en fysioterapeut, er lige så tilfredse eller mere tilfredse med deres forløb, end patienter udredt af en anden sundhedsprofessionel (Incentive, 2016).

Vi kan altså konkludere, at fysioterapeuter sikkert og tilfredsstillende kan indgå i udredning og diagnosticering af patienter med bevægeapparatslidelser i almen praksis.

### **Formål**

I dette notat præsenterer vi effekter og omkostninger ved at tilknytte fysioterapeuter til udredning og diagnostik i almen praksis. Først præsenterer vi det gennemsnitlige potentiale ved fysioterapeuter i almen praksis. Dernæst beregner vi, hvornår det vil være relevant for en lægeklinik at tilknytte en fysioterapeut på grund af et for stort antal patienter. Til sidst beregner vi de omkostninger, der er forbundet med at ansætte en fysioterapeut for den enkelte lægeklinik.

## 2 Effektanalyse

I dette afsnit beregner vi den gennemsnitlige effekt, det vil have at ansætte fysioterapeuter i almen praksis på baggrund af regionale og nationale tal. Vi opgør først effekten, som det antal patienter en praktiserende læge vil kunne tilknytte ekstra i sin praksis. Effekten kan dog også være, at lægerne får mere tid til deres nuværende patienter, eller at patienterne hurtigere kan få en tid hos deres læge. Denne effekt beskriver vi i afsnit 2.1.

Tabel 1 viser de regionspecifikke befolkningstal og antal årlige konsultationer. Med en konsultation menes et fysisk møde mellem lægen og patienten i lægeklinikken i den almindelige åbningstid. Tabellen viser desuden det regionale antal alment praktiserende læger.

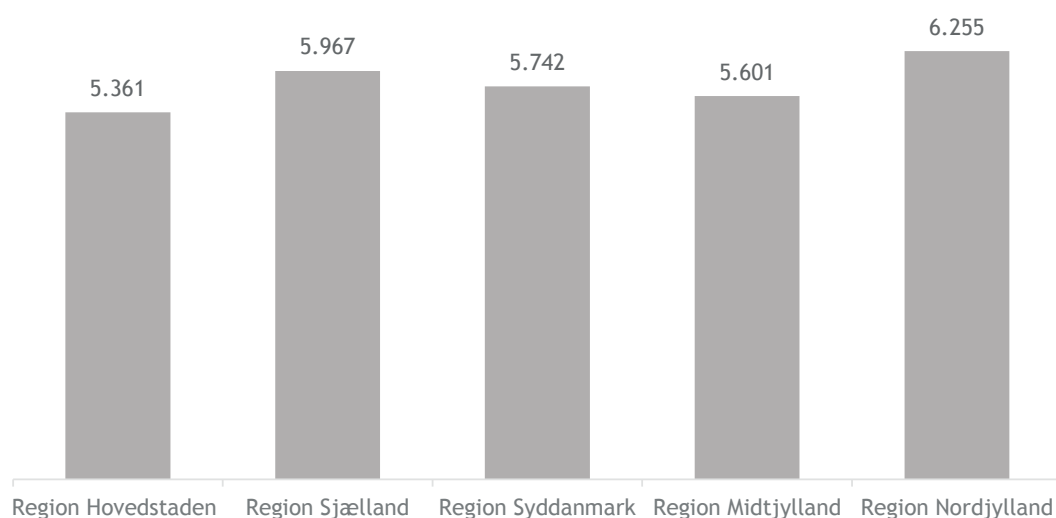
Tabel 1. Nationale og regionspecifikke input

	Hele Danmark	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
Befolkning (mio.) <sup>1</sup>	5,7	1,8	0,8	1,2	1,3	0,6
Konsultationer i almen praksis (mio.) <sup>2</sup>	20,2	5,7	3,0	4,5	4,6	2,1
Praktiserende læger <sup>3</sup>	3.513	1.062	495	790	825	341

Kilder: 1. Danmarks statistik (2016K1). 2. Danmarks Statistik (SYGK). 3. Danske Regioner, 2016.

Figur 1 viser antallet af konsultationer pr. læge pr. år beregnet ud fra ovenstående input. Landgennemsnittet af konsultationer pr. læge er 5.745. Figuren viser, at især i Region Sjælland og i Region Nordjylland har lægerne mange konsultationer pr. år. Dette giver et billede af, at netop disse regioner har problemer med underkapacitet hos lægerne. Det er samme konklusion, KL fandt i deres analyse af lægedækningen i Danmark (Kommunernes Landsforening, 2015)

Figur 1. Konsultationer pr. læge pr. år



Kilde: Beregnet

Tabel 2 viser de input, vi bruger i beregningerne. Vi antager, at den årlige effektive arbejdstid for en alment praktiserende læge er 210 dage. Heri er indregnet ferie, helligdage og andet fravær, fx på grund af sygdom, konferencer eller andet. Som beskrevet i baggrundsafsnittet har Statens Institut for Folkesundhed beregnet, at 25% af henvendelserne i almen praksis er relateret til lænderygsmærter, nakkesmærter, artrose og osteoporose (2015). Der findes naturligvis flere bevægeapparatslidelser, som patienter henvender sig med til almen praksis, men vi bruger dette konservative estimat.

Den antagelse, der er forbundet med størst usikkerhed, er, hvor stor en andel af konsultationer for bevægeapparatslidelser i almen praksis der vil kunne overtages af en fysioterapeut. I praksis vil dette formentlig variere afhængigt af den konkrete patientpopulation og behovet for aflastning i det enkelte tilfælde. Vi har benyttet et estimat på 50%, hvilket vil sige, at vi antager, at en fysioterapeut vil kunne overtage halvdelen af lægens konsultationer for bevægeapparatslidelser.

*Tabel 2. Input*

	Nøgletal
Effektiv åbningstid, dage <sup>1</sup>	210
Bevægeapparatkonsultationer, andel <sup>2</sup>	25%
Bevægeapparatkonsultationer/dag <sup>3</sup>	7
Konsultationer af fysioterapeut, andel <sup>4</sup>	50%
Fysioterapeutkonsultationer/dag <sup>5</sup>	3,5
Årligt basishonorar/patient <sup>6</sup>	403

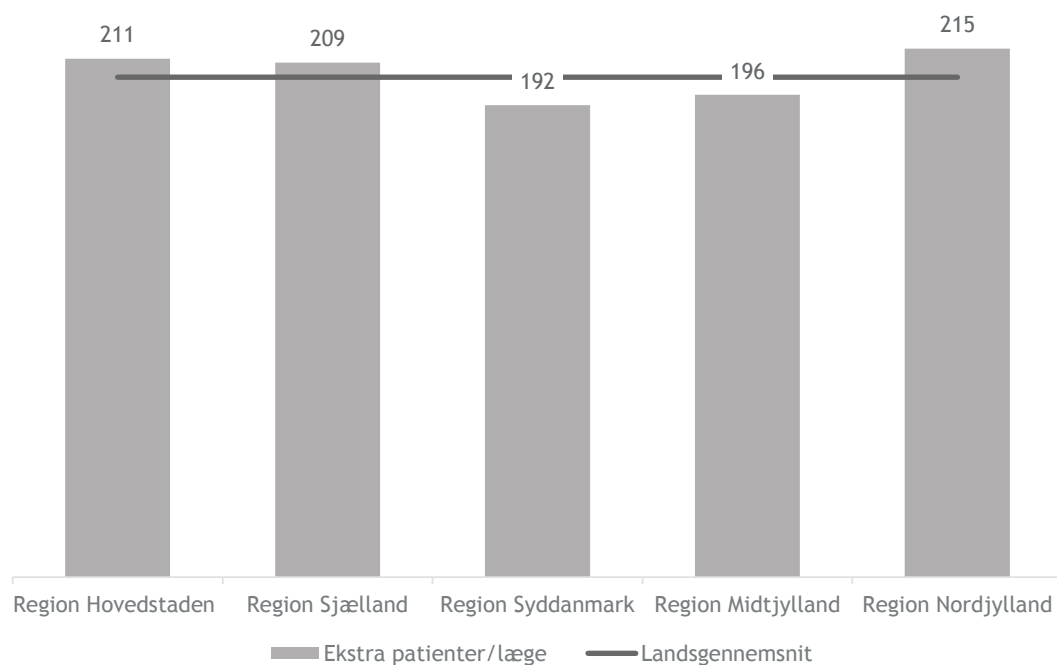
Kilder: 1. Antaget seks ugers ferie, ti søgnehelligdage og 10 dages anden fravær. 2. SIF, "Sygdomsbyrden i Danmark". 3. Beregnet. 4. Antagelse. 5. Beregnet. 6. PLO overenskomst 2014

Figur 2 viser det gennemsnitlige ekstra antal patienter, hver læge i de enkelte regioner vil kunne have tilknyttet, hvis en fysioterapeut aflastede ved at overtage halvdelen af deres konsultationer for bevægeapparatslidelser. Lands gennemsnittet er 203 ekstra patienter pr. læge. Potentialet for effekten er størst i de regioner, hvor der i dag er mangel på alment praktiserende læger, fx i Region Nordjylland, hvor hver læge i gennemsnit vil få kapacitet til 215 ekstra patienter ved at tilknytte en fysioterapeut.

---

Figur 2. Gennemsnitligt ekstra antal patienter pr. læge

---



Kilde: Egne beregninger.

---

Alment praktiserende læger modtager et basishonorar per tilknyttet patient på 100,74 kr. i kvartalet, svarende til 403 kr. årligt. Det vil sige, at når en læge i gennemsnit kan tage 203 ekstra patienter ind i sin praksis ved at tilknytte en fysioterapeut, modtager lægepraksissen cirka 81.800 kr. årligt i basishonorarer.

### Følsomhedsanalyser

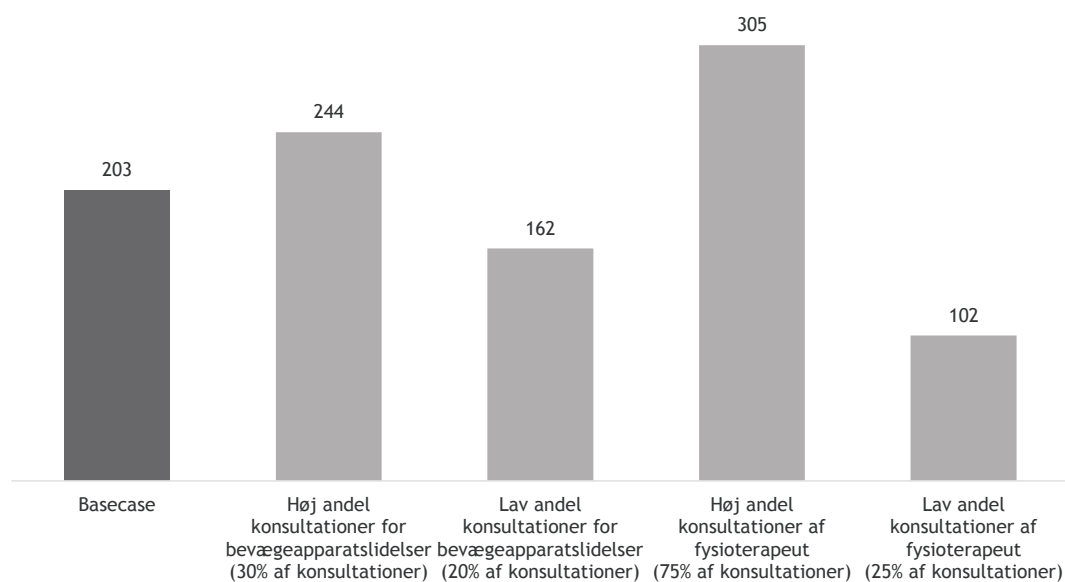
Der er usikkerheder forbundet med at beregne effekten ved at tilknytte en fysioterapeut. De primære usikkerheder er, hvor stor en andel af konsultationerne i almen praksis der er relateret til bevægeapparatslidelser, og hvor stor en andel af disse konsultationer en fysioterapeut vil kunne overtage fra den alment praktiserende læge.

I figur 3 viser vi beregninger for hele Danmark, hvor vi varierer en parameter ad gangen. I figuren ses det, at effekten på antal ekstra patienter pr. læge ændres væsentligt afhængigt af, hvor stor en andel af bevægeapparatslidelserne fysioterapeuten kan overtage. Det skal dog bemærkes, at selv i tilfældet, hvor en fysioterapeut kun kan overtage 25% af bevægeapparatskonsultationer, kan der gennemsnitligt tilknyttes cirka 100 ekstra patienter pr. læge.

---

Figur 3. Følsomhedsanalyser, ekstra patienter pr. læge

---



Kilde: Egne beregninger.

---



## 2.1 Kapacitetsmangel

Det skal bemærkes, at de ovenstående beregninger bygger på et tænkt gennemsnitligt eksempel, da ikke alle læger har behov for aflastning eller har lukket for tilmelding af nye patienter. Mange alment praktiserende læger har under 1600 patienter tilmeldt og har derfor – alt andet lige – overkapacitet i deres klinik, mens andre har langt flere end 1600 patienter tilmeldt og stadig holder deres klinik åben for nye patienter. I dette afsnit vil vi præsentere beregninger for, hvornår det er relevant for en lægeklinik at tilknytte en fysioterapeut til at udrede og diagnosticere patienter med bevægeapparatslidelser.

I tabel 3 viser vi de input og forudsætninger, vi har brugt til beregningerne. Det fremgår, som tidligere nævnt, at den effektive arbejdstid er 210 dage. Fra oplysninger om det samlede antal konsultationer i almen praksis og befolkningstallet har vi beregnet, at den gennemsnitlige dansker har 3,5 konsultationer hos lægen om året. Vi antager, at den alment praktiserende læge kan bruge seks timer på konsultationer om dagen, og vi antager, at lægen maksimalt kan have fem konsultationer i timen.

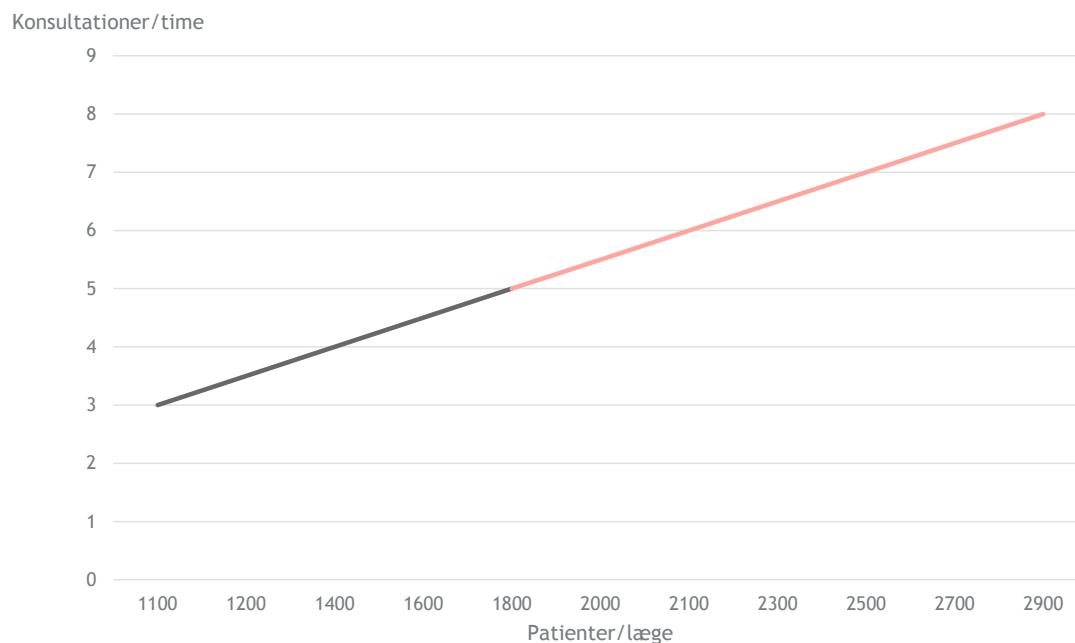
Tabel 3. Input

	Nøgletal
Effektiv åbningstid, dage <sup>1</sup>	210
Konsultationer/patient/år <sup>2</sup>	3,5
Timer til konsultationer/dag <sup>3</sup>	6
Maksimalt antal konsultationer/time <sup>3</sup>	5

Kilder: 1. Antaget seks ugers ferie, ti søgnehelligdage og 10 dages anden fravær. 2. Danske Regioner, 2016. 3. Antagelse.

Med udgangspunkt i ovenstående input og forudsætninger kan vi se i figur 4, at når der er mere end 1800 patienter tilmeldt en lægeklinik, vil der ikke være tid til alle patienter. Hvis det er tilfældet, kan det være relevant for klinikken at tilknytte en fysioterapeut. Det skal påpeges, at fem konsultationer i timen er højt sat, og at det i mange tilfælde derfor vil være færre end 1800 patienter per lægepraksis, der potentielt leder til underbehandling.

Figur 4. Break even, antal patienter pr. læge



Kilde: Egne beregninger.

Af KL's kortlægning af lægemangel samt vores beregninger fremgår det, at lægemanglen især ses i Region Nordjylland og Region Sjælland. I Nordjylland har fem kommuner i gennemsnit over 1700 patienter tilmeldt per læge praksis<sup>1</sup>. Det samme gælder 4 kommuner i Region Sjælland<sup>2</sup>. Det vil sige, at patienter i disse kommuner potentielt ikke får dækket deres behov for konsultationer i almen praksis og dermed underbehandles. Det er disse kommuner, der især vil have gavn af at tilknytte fysioterapeuter i de almene praksisser. Af KL's kortlægning fremgår det ikke præcist, hvor mange patienter der er tilmeldt per lægepraksis. Hvis vi fx antager, at der i gennemsnit er 2000 patienter tilknyttet hver lægepraksis i de omtalte kommuner, vil én fysioterapeut per lægepraksis sikre, at alle patienter vil kunne modtage konsultationer i et omfang, der nærmer sig landsgennemsnittet. En anden effekt af at tilknytte en fysioterapeut kan være, at patienterne kan komme hurtigere til lægen. Denne effekt vil også afhænge af, hvordan forholdene er for patienterne inden tilknytning af en fysioterapeut.

<sup>1</sup> Hjørring, Frederikshavn, Thisted, Morsø og Vesthimmerlands

<sup>2</sup> Greve, Ringsted, Vordingborg og Lolland

### 3 Omkostningsanalyse

I dette afsnit beskriver vi omkostningerne, der er forbundet med at tilknytte en fysioterapeut for den enkelte lægepraksis.

Analysen baserer vi på et eksempel fra lægeklinikken i Tårs i Nordjylland. Klinikken har omkring 4500 borgere tilknyttet klinikken, og det har ikke endnu været muligt at finde en ekstra alment praktiserende læge til at aflaste den ene læge, der p.t. er i praksissen (Fysioterapeuten, 2014). I klinikken har man derfor ansat en erfaren fysioterapeut på konsulentvilkår to timer om dagen til at udrede og diagnosticere patienter med bevægeapparatslidelser. Fysioterapeuten når at se cirka syv patienter på de to timer med et kvarters konsultation til hver og et kvarter til fx telefonopkald til patienter med svar på røntgenbilleder og lignende.

I klinikken er det sekretærens ansvar, at de rette patienter ser fysioterapeuten, og der er på klinikken udarbejdet standard, der sikrer, at fysioterapeuten kun ser patienter med relevante lidelser for dennes ekspertise.

Patienter med bevægeapparatslidelser kan se fysioterapeuten inden for to dage efter henvendelse, og der er derfor ikke reel ventetid på konsultationer for bevægeapparatslidelser i klinikken.

I tabel 4 præsenterer vi et overblik over input til omkostningsberegningerne. Vi bruger timer pr. dag for fysioterapeuten og antal konsultationer pr. time fra casen om lægeklinikken i Tårs. Vi antager desuden, at fysioterapeuten kan tage to telefonkonsultationer pr. time.

I forhold til fysioterapeutens timeløn har vi valgt at arbejde med to base case scenarier. I det første scenarie aflønnes fysioterapeuten på baggrund af en mødetakst per påbegyndt kvarter på 137,47 kr. i timen (Danske Fysioterapeuter, 2016). Dette svarer til en løn på 550 kr./time. I det andet scenarie tager vi udgangspunkt i en mindsteløn på 280 kr./time. Denne løn er baseret på en overenskomst mellem Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening og Dansk Sygeplejeråd, der foreskriver, at en sygeplejerske med 2 års erfaring har ret til 217,88 kr./time plus 12% pension og 12,95% feriegodtgørelse (Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening, 2015).

Honoraret, som lægeklinikken modtager for gennemførte konsultationer, er fundet i PLO's overenskomst for 2016. Her har vi ligeledes fundet basishonoraret for tilmeldte patienter i klinikken.

*Tabel 4. Input*

	Nøgletal
Timer/dag <sup>1</sup>	2
Timeløn base case (kr.) <sup>12</sup>	550
Timeløn base case (kr.) <sup>23</sup>	280
Konsultationer/time <sup>4</sup>	3,5
Honorar, konsultation (kr.) <sup>5</sup>	137
Honorar, telefonkonsultation (kr.) <sup>5</sup>	27
Antal telefonkonsultationer/time <sup>6</sup>	2
Årlig basishonorar pr. ny patient i praksis (kr.) <sup>7</sup>	403

*Kilder: 1. Tårs Lægeklinik. 2. Danske Fysioterapeuters takstkort 2016. 3. Mindsteløn jf. overenskomst PLA og DSR. 4. Tårs Lægeklinik. 5. PLO overenskomst 2016, laeger.dk. 6. Antagelse. 7. Beregning i henhold til PLOs overenskomst.*

Ud over de beskrevne antagelser i tabellen kan der være investeringsomkostninger forbundet med at tilknytte en fysioterapeut. Det kan fx være i form af opstartskurser. Da der ikke er krav om sådanne kurser, har vi valgt ikke at inddrage omkostninger til sådanne kurser.

Det kunne også være indkøb af ekstra it-udstyr eller lokaleomkostninger. I denne case antager vi dog, at der er lokale til rådighed på klinikken for fysioterapeuten, og at der ikke er behov for indkøb af it-udstyr.

Resultaterne for analysen afhænger af, om lægepraksissen ved at tilknytte en fysioterapeut åbner op for nye patienter eller får mere tid til de allerede tilknyttede patienter. Derfor beskriver vi et scenarie A, hvor der åbnes for 200 nye patienter og et scenarie B, hvor der ikke åbnes op for nye patienter.

Resultaterne af vores analyse fremgår af tabel 5. Lægeklinikken vil få honorar for 3,5 konsultationer og to telefonkonsultationer pr. time med fysioterapeut, svarende til 532 kr. I base case 1, hvor fysioterapeuten modtager et honorar på 550 kr./time, giver dette et lille underskud på 18 kr. pr. time for klinikken. I scenarie A, hvor lægepraksissen åbner op ekstra patienter, giver tilknytning af en fysioterapeut et årligt overskud på 73.000 kr. I scenarie B med samme antal patienter giver tilknytning af en fysioterapeut et underskud på 7.600 kr. årligt, hvilket rent omkostningsmæssigt stort set kan betragtes som et break even-scenarie.

I base case 2, hvor fysioterapeutens løn er på 280 kr./time, giver lægeklinikkens patienthonorarer i forhold lønnen et overskud på 252 kr./time. Åbnes der op for nye patienter i klinikken giver dette et overskud på 186.400 kr. pr. år. Hvis patientpopulationen er den samme får klinikken et overskud på 105.800 kr. pr. år.

**Tabel 5. Resultat, omkostninger**

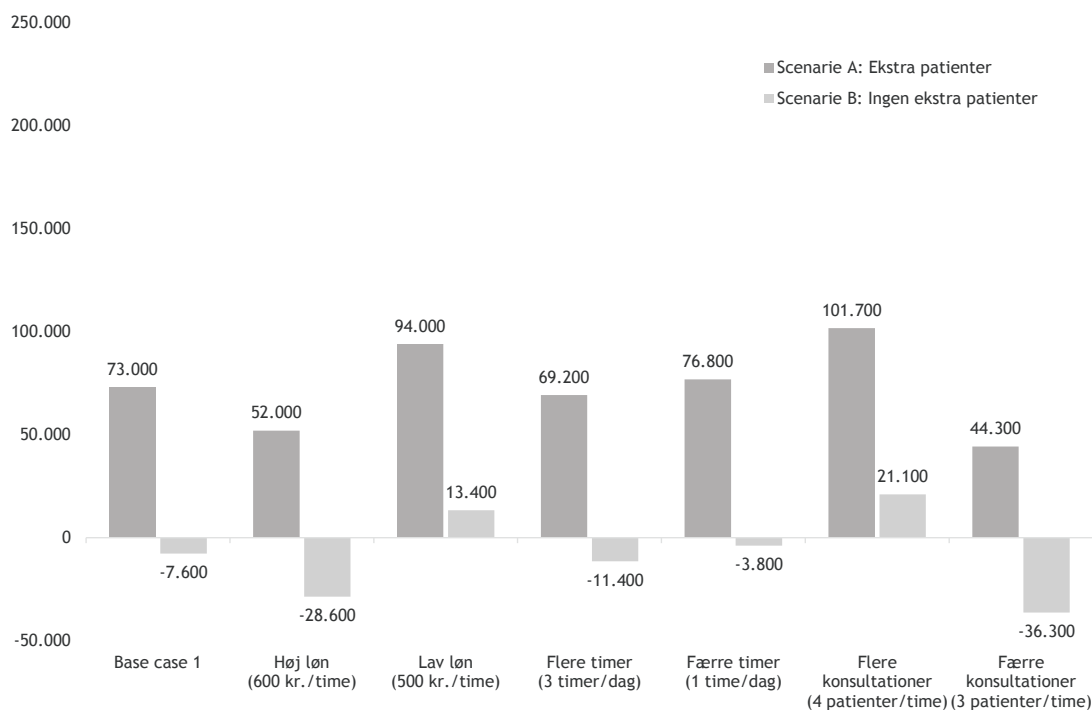
	Base case 1	Base case 2
Timeløn for fysioterapeuten (kr.)	550	280
Honorar pr. time med fysioterapeut (kr.)	532	532
Forskel honorar-timeløn (kr.)	-18	252
Forskel pr. dag (kr.)	-36	504
Forskel pr. år (kr.)	-7.600	105.800
Årlig basishonorar ved 200 nye patienter (kr.)	80.600	80.600
Scenarie A: Åbning for nye patienter (kr.)	73.000	186.400
Scenarie B: Ikke åbning for nye patienter (kr.)	-7.600	105.800

*Kilde: Egne beregninger. Resultaterne er afrundet til nærmeste 100.*

### Følsomhedsanalyser

Da ovenstående scenarier er beregnet på baggrund af estimater, vil omkostningerne forbundet med at ansætte en fysioterapeut i almen praksis i nogle tilfælde se anderledes ud. Vi har gennemført en række følsomhedsanalyser, hvor vi har varieret parametrene for de to base cases en ad gangen. Resultaterne er præsenteret i Figur 5 og Figur 6.

Figur 5. Følsomhedsanalyser, omkostninger per år, Base case 1



Kilde: Egne beregninger. Resultaterne er afrundet til nærmeste 100.

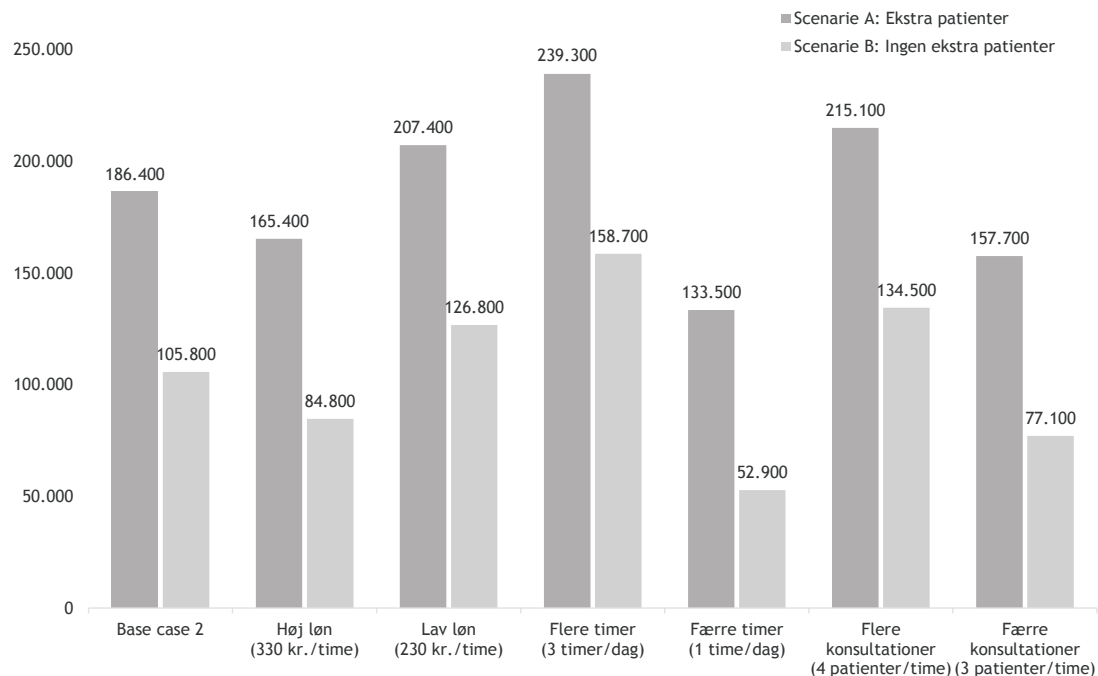
Figuren ovenfor viser, at for scenarie A vil der under alle omstændigheder være et overskud for lægepraksissen ved at ansætte en fysioterapeut. De parametre, der påvirker overskuddet mest er lønnen og antal konsultationer.

Fysioterapeutens timeantal pr. dag gør kun en meget lille forskel på omkostningerne, men dette vil naturligvis gøre en forskel på antallet af patienter, der kan komme til lægen. Det er derfor nødvendigt for lægeklinikken at afveje antal timer, fysioterapeuten er i lægeklinikken pr. dag i forhold til det lokale behov.

For scenarie B viser figuren viser ligeledes, at ved en lavere timeløn og ved flere konsultationer pr. time vil lægeklinikken få et overskud, hvis de tilknytter en fysioterapeut.

Ud over ovenstående beregninger vil eventuelle kompetenceudvidende kurser for fysioterapeuten, lokaleudvidelser og it-anskaffelser påvirke omkostningerne for lægeklinikken.

Figur 6. Følsomhedsanalyser, omkostninger per år, Base case 2



Kilde: Egne beregninger. Resultaterne er afrundet til nærmeste 100.

Figuren ovenfor viser følsomhedsanalyser for base case 2, hvor fysioterapeutens honorar er lavere en base case 1. Vi kan se, at tilknytning af fysioterapeuten i alle scenarier giver lægeklinikken et overskud.

På grund af den lavere løn gør det en større forskel, hvor mange timer om dagen fysioterapeuten er tilknyttet, end det gjorde i base case 1.

Betragtet som en **business case** ser vi, at den beskrevne base case 1 (tabel 5) rent omkostningsmæssigt giver et lille underskud på 7.600 kr. årligt, hvis der ikke kan tilknyttes flere patienter, men et overskud hvis der kan tilknyttes flere end 19 patienter på grund af basishonoraret på cirka 403 kr. årligt pr. patient.

I de tre andre scenarier, vi har undersøgt, giver det overskud for lægeklinikken at ansætte en fysioterapeut på mellem 73.000-186.400 kr./år.

## 4 Konklusion

Baggrunden for dette notat er den nuværende og fremtidige lægemangel i dele af Danmark. Denne lægemangel risikerer at lede til underbehandlede patienter, patienter, der ikke behandles i tide og patienter, der ikke kan få en alment praktiserende læge i deres lokalområde, når de flytter til et nyt område.

En løsning kan være, at fysioterapeuter tilknyttes almen praksis til at overtage en del af lægens arbejde med at udrede og diagnosticere patienter med bevægeapparatslidelser. I dette notat har vi præsenteret konklusionerne fra et litteraturstudie, en effektanalyse og en omkostningsanalyse for tilknytning af fysioterapeuter i almen praksis.

Litteraturstudiet viste, at fysioterapeuter i højere grad end andre professioner følger guidelines for bevægeapparatslidelser, og at patienterne føler sig sikre og er tilfredse med fysioterapeuternes udredning og diagnostik.

Effektanalysen viste, at der på landsplan kan tilknyttes 203 ekstra patienter pr. læge, hvis fysioterapeuter overtager en del af konsultationerne for bevægeapparatslidelser. Effekten er størst i de regioner, hvor der i dag er tilknyttet mange patienter pr. læge.

Vi lavede en række omkostningsanalyser på baggrund af en konkret case fra Tårs i Nordjylland. Med de givne antagelser beregnede vi, at ved et højere honorar for fysioterapeuten, og hvis der ikke tilknyttes flere patienter, har lægeklinikken på årsbasis havde omkostninger for knap 7.600 kr. Denne omkostning skal ses i forhold til den øgede kapacitet i lægeklinikken som følge af tilknytningen af fysioterapeuten.

Hvis der tilknyttes ekstra patienter, vil lægeklinikken med den højere løn få et årligt overskud på 73.000 kr. Ved minimumlønnen for en erfaren fysioterapeut vil lægeklinikken få et årligt overskud på 106.000-186.000 kr. om året afhængigt af, om klinikken åbner op for nye patienter.

Da vi gennemførte følsomhedsanalyser, kunne vi se, at især fysioterapeutens timeløn og antal konsultationer pr. time ændrede på resultaterne af omkostningsanalysen.

Følgende to forhold skal man altså blandt andet overveje, inden man tilknytter én fysioterapeut til sin praksis:

- + Er antallet af patienter i praksissen så højt, at det er relevant at tilknytte en fysioterapeut? Vores analyse viser, at man som minimum skal have tilknyttet 1.800 patienter.
- + Hvilke usikkerheder/risici er der, når fysioterapeuten er tilknyttet? Vores analyse viser, at:
  - + fysioterapeuten gennemsnitligt skal gennemføre fire konsultationer pr. time. Det kræver med andre ord en fysioterapeut med en vis erfaring.
  - + hvis der er etableringsomkostninger i forbindelse med at tilknytte en fysioterapeut, skal disse omkostninger medtages. Etableringsomkostninger på under 20.000 kr. vil formentlig blive dækket af første års indtjening.

Med det rette setup vil det være muligt at tilknytte en fysioterapeut til sin praksis til gavn for patienterne og med et økonomisk overskud.



## 5 Referencer

- Cottrell, E., Roddy, E., Foster, N.E., 2010. The attitudes, beliefs and behaviours of GPs regarding exercise for chronic knee pain: a systematic review. *BMC Fam. Pract.* 11, 4. doi:10.1186/1471-2296-11-4
- Danske Fysioterapeuter, 2016. Takstkort Fysioterapeuter 2016.
- Danske Regioner, 2016. Fakta og nøgletal.
- Foster, N.E., Hartvigsen, J., Croft, P.R., 2012. Taking responsibility for the early assessment and treatment of patients with musculoskeletal pain: a review and critical analysis. *Arthritis Res. Ther.* 14, 205. doi:10.1186/ar3743
- Fysioterapeuten, 2014. Nød lærer enlig læge.
- Incentive, 2016. Værdi af øget fysioterapeutisk indsats i almen praksis - et litteraturstudie.
- Kommunernes Landsforening, 2015. Kortlægning af lægedækning i Danmark.
- Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening, 2015. Overenskomst for konsultationssygeplejersker og praksisbioanalytikere.
- Statens Institut for Folkesundhed, 2015. Sygdomsbyrden i Danmark.
- Sundheds- og Ældreministeriet, 2016. Kommisorium for Lægedækningsudvalget.



# Værdi af øget fysioterapeutisk indsats i almen praksis

Rapport

Danske Fysioterapeuter

INCENTIVE

VI FJERNER GÆTVÆRK FRA BESLUTNINGER

## Indholdsfortegnelse

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

---

### Kolofon

### Kontakt

Forfatter: Lise Hagelund

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

Dato: Marts 2016

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

Version: 1

[www.incentive.dk](http://www.incentive.dk)

---

## 1 Introduktion

### Lægemangel og ventetider

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

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

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

### Muskelskeletsygdomme

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

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

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

### Fysioterapeuter i primærsektor

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

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

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

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

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

#### **Formål med projektet**

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

## 2 Metode

### 2.1 Søgestrategi

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

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

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

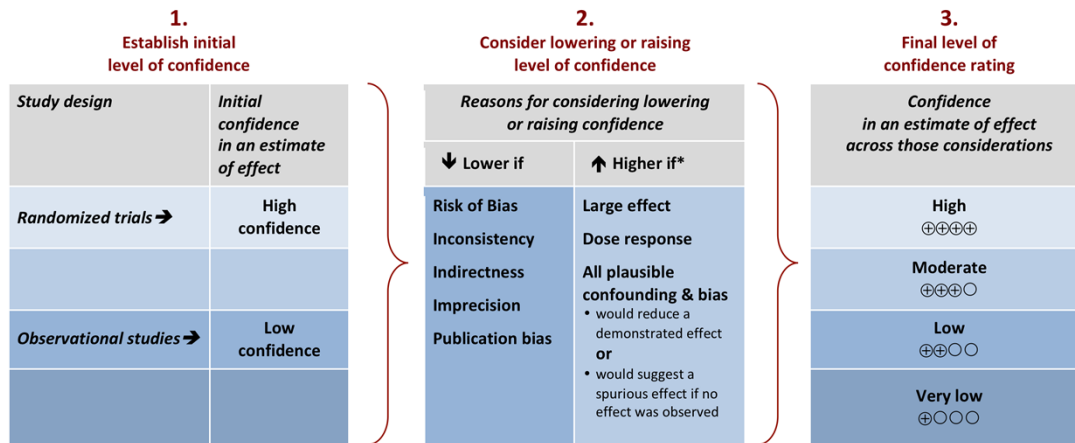
### 2.2 Vurdering af evidens

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

Figur 1. GRADEs tilgang til vurdering af evidens og kvalitet

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

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



\*upgrading criteria are usually applicable to observational studies only.

### 2.3 Syntetisering af evidens

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

### 3 Resultater

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

Tabel 1. Oversigt over inkluderede studier

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

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

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



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

### 3.1 Frigivelse af lægens tid

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

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

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

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

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

### 3.2 Kvalitet i behandlingen

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

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

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

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

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

### 3.3 Omkostninger i sundhedsvæsenet

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

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

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

### 3.4 Sygefravær

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

## 4 Diskussion

### 4.1 Konklusioner

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

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

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

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

#### Evidens

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

### 4.2 Mulige analyser

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

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

#### Kapacitetsudvidelse

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

Værdi af øget fysioterapeutisk indsats i almen praksis

### **Direkte adgang til fysioterapi**

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

## 5 Referencer

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

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

# Notat

Danske Fysioterapeuter  
Fag & Erhverv



## Vejledning til fysioterapeuter ansat som hjælpepersonale hos læger

Dato:  
22. juni 2016

Kontaktperson:  
Gurli Petersen

Tlf. direkte:  
+45 33414656

1. Indledning
2. Hvad er en medhjælp til en læge?
3. Hvad er reglerne for delegation?
4. Hvem har ansvaret?
5. Delegation af opgaver til konkret patient og til gruppe af patienter
6. Hvilke opgaver kan du varetage for lægen?
7. Hvilke kompetencer skal du have erhvervet sig?
8. Hvad skal du være opmærksom på?
9. Danske Fysioterapeuter rådgiver dig

### 1. Indledning

Denne vejledning er udarbejdet til dig, som ønsker at arbejde som hjælpepersonale til en læge. Vejledningen redegør for de love og regler, som ligger til grund for området og som du bør kende. Vejledningen giver dig anbefalinger til hvilke opgaver, du kan varetage for lægen, ligesom den giver anbefalinger til opmærksomhedspunkter i forbindelse



med dit arbejde som medhjælp. Vejledningen er et supplement til rådgivning og vejledning om løn og ansættelsesvilkår, som foreningen tilbyder dig, når du skal ansættes i lægepraksis.

Fysioterapeuter som hjælpepersonale i lægepraksis er et nyt jobområde. En væsentlig grund til at få fysioterapeuter ansat i lægepraksis er, at fysioterapeuternes kompetencer kan bidrage til det tværfaglige samarbejde, hvor fysioterapeuten og lægen videndeler og samarbejder om at udrede patienterne.

Fysioterapeuter som medhjælpere til læger fungerer typisk som udredere af muskuloskeletale lidelser, men kan også varetage andre og flere opgaver for lægen, eksempelvis screening af børn, kontrol af blodtryk ved kroniske sygdomme o.a.

Litteraturen og erfaringer peger på, at det tværfaglige samarbejde betyder både bedre og hurtigere udredning, patienterne kommer tidligere i gang med træning og egenomsorg, og får hurtigere afhjulpethed og funktionsnedlættelser.

## **2. Hvad er en medhjælp til en læge?**

I reglerne om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp er medhjælp alene en juridisk terminologi, som anvendes til at beskrive forholdet imellem lægen, som delegerer forbeholdt virksomhed, og fysioterapeuten, som udfører denne virksomhed. Ved denne juridiske forståelse af medhjælpsbegrebet er der ikke nødvendigvis tale om et ansættelsesretligt underordningsforhold.

Når lægen delegerer en opgave til fysioterapeuten indenfor lægens forbeholdte virksomhedsområde – eksempelvis at fysioterapeuten skal tage blodprøver på patienterne, så har lægen altså ansvaret for, at fysioterapeuten er tilstrækkeligt instrueret i opgaven og at fysioterapeuten foretager blodprøven korrekt.





Når lægen delegerer en opgave til fysioterapeuten, og opgaven ikke vedrører en forbeholdt virksomhed, er der tale om almindelig delegation, hvor lægens og fysioterapeutens pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed og almindelig ansættelsesretslige regler gælder.

### **3. Hvad er reglerne for delegation?**

Når det gælder delegation af forbeholdt virksomhed, er der regler for, hvordan lægen og fysioterapeuten skal agere.<sup>1</sup>

Autorisationsloven<sup>2</sup> har til formål at styrke patientsikkerheden og fremme kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Det sker gennem autorisation af nærmere bestemte grupper af sundhedspersoner, hvor det kan være forbundet med fare for patienter, hvis andre end autoriseret personale udfører arbejdet.

For læger, tandlæger o.a. gælder det, at de har ret til at udøve en bestemt sundhedsfaglig virksomhed – såkaldt forbeholdt virksomhedsområde. Det er forbeholdt læger at operere, ordinere medicin, skrive recepter m.v.

Lægen kan delegere den forbeholdte virksomhed til en medhjælp. Anvendelse af medhjælp forekommer i mange situationer, f.eks. ved en praktiserende læges delegation af opgaver til sin praksissygeplejerske eller andet personale – nu også fysioterapeuter – på klinikken.

### **4. Hvem har ansvaret?**

Der er regler for, hvordan lægen kan delegere opgaver til medhjælper<sup>3</sup>.

Ansvaret ved delegation hviler dels på lægen, der delegerer en opgave, samt fysioterapeuten, der påtager sig at udføre en delegeret opgave<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=129042>

<sup>2</sup> <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=138178#Afs1>

<sup>3</sup> <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=129042>

<sup>4</sup> <https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=129064>



Det er lægens ansvar i forbindelse med delegation af opgaver inden for sit forbeholdte virksomhedsområde, at han eller hun lever op til kravet om at udvise omhu og samvittighedsfuldhed jævnfør autorisationsloven. Derfor skal lægen supervisere medhjælpen, føre tilsyn og sikre at medhjælpen udfører opgaven forsvarligt og korrekt.

Der er selvfølgelig også krav til fysioterapeuterne, der får delegeret opgaver inden for et forbeholdt virksomhedsområde. Fysioterapeuten er altid forpligtet til at sige fra, hvis han eller hun ikke mener, at han eller hun kan udføre den delegerede opgave forsvarligt og korrekt.

Reglerne siger også, at hvis fysioterapeuten, der har fået delegeret opgaven, følger den givne instruktion, vil ansvaret for udførelsen af opgaven påhvile lægen. Hvis fysioterapeuten ikke følger instruktionen, vil fysioterapeuten selv have ansvaret for opgavens udførelse.

## **5. Delegation af opgaver til konkret patient og til gruppe af patienter**

Når lægen delegerer en forbeholdt virksomhed til fysioterapeuten er det enten en rammedelegation til en konkret patient eller en rammedelegation til en gruppe af patienter.

### Konkret patient

Ved rammedelegation til undersøgelse og behandling af den enkelte patient, beslutter lægen, at de forbeholdte opgaver kan iværksættes i forhold til netop denne konkrete patient. Eksempelvis kan lægen godkende fysioterapeutens vurdering af, at den enkelte og konkrete patient skal have receptpligtig medicin.

### Veldefineret patientgruppe

Lægen kan delegerer til fysioterapeuten at iværksætte behandling, uden at lægen forinden har taget stilling til, at behandlingen skal iværksættes over for de enkelte patienter. Eksempelvis kan lægen til fysioterapeuten



delegere opgaven om at udføre ultralydsvejledte injektioner til en gruppe af patienter med leddegigt.

## 6. Hvilke opgaver kan du varetage for lægen?

Nedenfor gengives eksempler på opgaver, som du kan varetage for lægen. Eksemplerne er opdelt i afgrænsede grupper af patienter.

### Patienter med muskel- og ledsygdomme

Arbejdsopgaverne, der er forbundet med patienter med muskel- og ledsygdomme i lægepraksis omfatter udredning, behandling, forebyggelse og kontrol vedrørende: Inflammatoriske led- og bindevævssygdomme (eksempelvis reumatoid artrit (kronisk leddegigt), non-inflammatoriske ryglidelser (uspecifikke rygsmerter, diskusprolaps), andre degenerative ryglidelser og non-inflammatoriske ledlidelser, for eksempel osteo-artrose (slidgigt), smerte- og dysfunktionstilstande i bevægeapparatet (belastningsskader på led, ledbånd, sener, muskler og slimsække, herunder idrætsmedicinske problemstillinger, regionale og generaliserede smertetilstande, hypermobilitet). Fysioterapeuten kan som hjælpepersonale varetage udredning, behandling<sup>5</sup>, forebyggelse og kontrol af tilstande hos mange af ovenstående patientkategorier.

Konsultation hos fysioterapeuten, som hjælpepersonale, kan indeholde:

- Optagelse af anamnese
- Relevante undersøgelser, test og mål
- Udredning og diagnostik af muskel- og ledsygdomme
- Vurdering af behov for udskrivning af receptpligtig medicin og udarbejdelse af recept til lægegodkendelse
- Vurdering af behov for henvisning til nærmere undersøgelse eller behandling (røntgen, speciallæge, fysioterapeut m.v.) og udarbejdelse af henvisning til lægegodkendelse

---

<sup>5</sup> Med behandling i denne sammenhæng forstås vejledning og instruktion i øvelser. Behandling i denne sammenhæng er ikke fysioterapeutisk behandling i form af gentagne behandlinger med øvelsesterapi, bløddelsbehandlinger og andre fysioterapeutiske ydelser. Dette vil kræve en henvisning til fysioterapeut.



- Information/vejledning til patienten med henblik egenomsorg og egenaktivitet, afhjælpning af smerter og/eller funktionsevnedssættelse
- Intervention i form af typisk 1-2 aktiviteter mhp egenomsorg og egenaktivitet
- Kontrol og opfølgning på tidligere iværksat behandlingsintervention
- Dokumentation af udredning, diagnostik og behandling

## Børn

Rapporter fra sundhedsplejersker samt motorisk screening af børn ved indskoling viser et stigende antal børn med forsinket motorisk udvikling og motoriske vanskeligheder. Det har betydning for evnen til læring og ikke mindst fundamentet for en sund og aktiv livsstil senere i livet. Derfor er motorisk screening af børn essentiel for at kunne iværksætte en målrettet indsats for at fremme disse børns motorik og aktivitetsniveau, og derved forebygge udviklingen af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd hos børn.

Et barns motorik kan måles ved forskellige motoriske test, foretaget af sundhedsfagligt personale, som har særlige kompetencer på området. Fysioterapeuter er særligt velegnede til at varetage denne indsats, til at iværksætte screening, støttende og trænende tiltag samt evaluere effekten af disse.

Praktiserende læger skal ifølge sundhedsloven tilbyde 7 vederlagsfri, forebyggende helbredsundersøgelser, heraf 3 i barnets første leveår.

Den forebyggende helbredsundersøgelse skal omfatte:

- Samtale om barnets trivsel, udvikling og eventuel sygelighed
- Undersøgelse af barnet
- Samtale med og vejledning af forældrene
- Vaccination i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens til enhver tid gældende vejledning.

Undersøgelserne tilbydes, når barnet er fem uger, fem måneder, 12 måneder, to år, tre år, fire år og fem år, og sideløbende tilbydes vaccination af barnet.



Formålet med undersøgelseerne er at medvirke til at give barnet de bedste betingelser for en sund udvikling fysisk, psykisk og socialt. Den praktiserende læge får via børneundersøgelseerne en central rolle ved forebyggelse og tidlig opsporing af sygdom, tidlig opsporing af børn med særlige behov og ved forebyggelse af ulykker.

Fysioterapeuter med kompetencer og viden om den normale og abnormale udvikling hos børn samt specifikke test og målemetoder på børneområdet kan varetage forebyggende helbredsundersøgelser af børn.

Konsultation hos fysioterapeuten, som hjælpepersonale kan indeholde:

- Motorisk screening
- Forebyggende helbredsundersøgelser af børn
- Undersøgelse og screening af barnet
- Samtale med forældrene
- Dokumentation af undersøgelse og behandling

#### Patienter med kroniske lidelser, f.eks. diabetes, KOL

Omkring 1/3 af den danske befolkning, eller mere end 1,5 millioner danskere, lider af én eller flere kroniske sygdomme. 70-80 % af ressourcerne i sundhedsvæsenet anvendes til kroniske patienter, og mindst halvdelen af samtlige kontakter til almen praksis skyldes en kronisk lidelse eller sygdom. En resultatorienteret kronikerbehandling forudsætter et konsekvent og målrettet fokus på optimale behandlingsmål og løbende monitorering af sygdomsudvikling med henblik på at forebygge sygdomsforværring. Eksempelvis opfølgning på blodtryk, kolesterol, vægt mv. Behandlingsmålene bør have høj prioritet i hele forløbet, og indsatsen over for de enkelte patienter bør løbende dokumenteres og evalueres. Samtidig er det utroligt vigtigt, at den opfølgende indsats over for patienterne også sker systematisk og målrettet, så patienterne så vidt muligt fastholdes i strukturerede og resultatorienterede forløb, også selv om deres motivation for fx livsstilsændringer eller brug af forebyggende medicin falder.



Konsultation hos fysioterapeuten, som hjælpepersonale, kan indeholde:

- Optagelse af anamnese
- Udførelse af relevante undersøgelser, test og målinger jf. ovenfor
- Vurdering af behov for udskrivning af receptpligtig medicin og udarbejdelse af recept til lægegodkendelse
- Vurdering af behov for henvisning til nærmere undersøgelse eller behandling (røntgen, speciallæge, fysioterapeut m.v.) og udarbejdelse af henvisning til lægegodkendelse
- Information/vejledning til patienten med henblik egenomsorg og egenaktivitet, afhjælpning af smerter og/eller funktionsevnedssættelse
- Intervention i form af typisk 1-2 aktiviteter mhp egenomsorg og egenaktivitet
- Kontrol af intervention
- Motivation til livstilsændringer og egenomsorg, herunder fysisk aktivitet
- Dokumentation af undersøgelse og behandling

## **7. Hvilke kompetencer skal du have erhvervet dig?**

Danske Fysioterapeuter anbefaler, at fysioterapeuter, der søger ansættelse som hjælpepersonale, i udgangspunktet har generel arbejds erfaring, erfaring med klinisk arbejde og dokumenteret efteruddannelse inden for de områder, som fysioterapeuten skal beskæftige sig med som hjælpepersonale.

I det følgende beskrives specifikke kompetencer, som Danske Fysioterapeuter anbefaler, at fysioterapeuter bør have, for at de kan varetage indsatsen over for konkrete patientgrupper.

### Kompetencer på det muskuloskeletale område

Fysioterapeuten, som særligt skal varetage patienter med muskuloskeletale sygdomme, bør have følgende særlige kompetencer:

- Omfattende viden om patologi, traumatologi og skadesmekanismer i forhold til det muskuloskeletale system
- Differentialdiagnostik indenfor muskel- og ledsygdomme
- Neuroanatomi og neurodynamiske forhold
- Smertefysiologi og smertemekanismer
- Epidemiologi i relation til det muskuloskeletale system



- Funktionel anatomi
- Biomekanik
- Specifikke undersøgelses- / behandlingsmetoders teoretiske og kliniske baggrund samt evidens herfor
- Psykosociale faktorer
- Klassifikationssystemer (ICF)
- Kendskab til medicinske sygdomme
- Kendskab til medicin og bivirkninger
- Viden om gældende visitationsretningslinjer og kliniske retningslinjer på det ortopædkirurgiske område

#### Kompetencer på børneområdet

Fysioterapeuten, som særligt skal varetage forebyggende helbredsundersøgelser, bør have følgende særlige kompetencer:

- Omfattende viden om screeningsværktøjer til børn
- Viden om den normale motoriske udvikling
- Viden om børns udviklingsstadier i forhold til sprog, psyke, sociale kompetencer mv.

#### Kompetencer på området om kroniske sygdomme

Fysioterapeuten, som særligt skal varetage opgaver vedrørende patienter med kroniske lidelser, bør have følgende særlige kompetencer:

- Omfattende viden om patologi inden for kroniske sygdomme
- Differentialdiagnostik inden for kroniske sygdomme
- Smertefysiologi og smertemekanismer
- Specifikke undersøgelses- / behandlingsmetoders teoretiske og kliniske baggrund samt evidens herfor
- Psykosociale faktorer
- Kendskab til medicin og bivirkninger
- Viden om motivationsteori og adfærdsændringer
- Viden om rygestop, alkoholbehandling og vægtregulering
- 

### **8. Hvad skal du være opmærksom på?**

Det er vigtigt at understrege, at fysioterapeuter, der arbejder som hjælpepersonale hos en alment praktiserende læge, *ikke* skal behandle patienterne med fysioterapi.

I afsnit 6 under "muskel og led sygdomme" er det beskrevet, at fysioterapeuten som hjælpepersonale kan varetage udredning, behandling ,



forebyggelse og kontrol. Med "behandling" i denne sammenhæng forstås eksempelvis vejledning og instruktion i øvelser med henblik på afhjælpning af smerter og/eller funktionsevnenedsættelse. Behandling i denne sammenhæng er *ikke* fysioterapeutisk behandling i form af gentagne behandlinger med øvelsesterapi, bløddelsbehandlinger og andre fysioterapeutiske indsatser.

Hvis patienten har behov for fysioterapi vil det kræve en henvisning til fysioterapeut og fysioterapeutisk behandling skal fortsat foregå hos praktiserende fysioterapeuter i deres respektive klinikker.

Eventuelle henvisninger til fysioterapi skal således foregå på helt almindelig vis, hvor patienten får en henvisning til fysioterapi, som vedkommende kan bruge til frit at vælge mellem fysioterapeuter, som er tilmeldt -eller ikke tilmeldt -overenskomsten.

Fysioterapeuter, som arbejder som hjælpepersonale hos en alment praktiserende læge, har derfor heller ikke lov til at henvise patienten direkte til sin egen klinik.

For at undgå misforståelser blandt lokale praktiserende fysioterapeuter, foreslår Danske Fysioterapeuter, at fysioterapeuter, der arbejder som hjælpepersonale hos en praktiserende læge, går i dialog med de lokale klinikker. Du kan i den sammenhæng fortælle om, hvilke opgaver du skal udføre for lægen og hvilke opgaver du *ikke* skal udføre.

## **9. Danske Fysioterapeuter rådgiver dig**

Vi anbefaler altid, at du, sammen med lægen, får udarbejdet en grundig kontrakt, som beskriver dit ansættelsesforhold hos lægen. Herunder udførlig beskrivelse af aftale om supervision ved opgaver i forbeholdt virksomhedsområde og interne aftaler, der sikrer, at interventionerne i forhold til patienten sker med lægelig godkendelse.



Vi rådgiver dig om løn og ansættelsesvilkår.

Kontakt Ditte Aggerholm [33414655/da@fysio.dk](mailto:33414655/da@fysio.dk)



Vi rådgiver dig om områdets love og regler.

Kontakt Gurli Petersen [33414656/gp@fysio.dk](mailto:33414656/gp@fysio.dk)

