

SAMMANFATTNING

Remissfri mottagning, så kallad *direkt access*, till sjukgymnast – inkluderat tidig tillgänglighet till undersökning, bedömning och individuell behandling – är riskfri, kostnadseffektiv och ger nöjda patienter. Direkt access till sjukgymnast är inget nytt, men nästan hälften av Sveriges befolkning har begränsad kunskap om möjligheten att söka sjukgymnast direkt utan föregående remiss från läkare eller annan vårdgivare. Resultatet är samstämmigt med studier gjorda i Europa och USA. Marknadsföring till befolkningen behövs för att ge möjlighet till ett oberoende sökmönster genom ökad medvetenhet om egna val till olika vårdgivare. Direkt access kan genomföras i olika verksamheter och mottagningsmodeller men behöver studeras ytterligare utifrån patientens, sjukgymnastens och hälso- och sjukvårdens perspektiv, inkluderat hälsoekonomiska effekter.

Direkt access

Sjukgymnasten som första bedömare vid remissfri mottagning



FOTO: JOHAN WINGBERG

LENA NORDEMAN

leg. sjukgymnast, med.dr
Verksam som forskningsledare och forskare vid FoU-enheten Primärvården Södra Älvsborg Västra Götalandsregionen.
E-post: lena.nordeman@vregion.se

Remissfrihet till sjukgymnast är inget nytt men en nyligen gjord undersökning visar att cirka hälften (46 procent) av Sveriges befolkning har begränsad kunskap om möjligheten att söka sjukgymnast direkt utan föregående remiss från läkare eller annan vårdgivare (1). Resultatet är samstämmigt med studier från Europa och USA (2, 3). Kunskapen om vilken effekt marknadsföring av remissfrihet till befolkningen har och hur den påverkar ett oberoende sökmönster är dock begränsad.

Smärta från rörelse- och stödjeorgan är vanligt förekommande (4–7). För de personer som söker vård är tidig undersökning, bedömning och behandling en rekommendation (7–9). Sjukgymnasters kompetens att undersöka och göra en första diagnostisk triage för patienter med muskuloskeletala besvär är viktig att integrera inom hälso- och sjukvården (10). Remissfrihet till sjukgymnast gör det möjligt för patienter att direkt, utan remiss från läkare eller annan vårdgivare, söka sjukgymnast (1, 10–13), vilket är i linje med hälso- och sjukvårdens mål som vill stärka patientens ställning gentemot sjukvården samt erbjuda hög tillgänglighet, medicinsk kompetens och bemötande (14).

För att kunna erbjuda patienter med besvär från rörelse- och stödjeorgan en tidig undersökning, bedömning och individuell behandling behövs

mottagningsmodeller som motsvarar dessa krav (15).

Remissfri mottagning, direkt access, till sjukgymnast är kostnadseffektivt för både patient och hälso- och sjukvård genom färre läkarbesök, behandlingstillfällen hos sjukgymnast, minskad förskrivning av röntgenremisser, receptbelagd analgetika samt remisser till specialistsjukvård (16, 17). Förutom ovan beskrivna fördelar så visar tidig tillgänglighet till undersökning och individuell behandling av sjukgymnast positiva hälsoeffekter för patienten (18–22). Dock behövs ytterligare studier av remiss- och väntefri mottagning till sjukgymnast ur patientens, sjukgymnastens och andra vårdgivares perspektiv samt hälsoekonomiska aspekter.

Denna artikels syfte är att beskriva bakgrund, utveckling och studier av remissfrihet/direkt access till sjukgymnast utifrån i första hand patienter med muskuloskeletala besvär inom primärvård samt behov av vidare forskning inom området.

Direkt access till sjukgymnast

Inför arbetet med denna kunskapsammansättning genomfördes litteratursökning i databaserna PubMed, Cinahl och PEDro med sökorden *direct access*, *physiotherapy* och/eller *physical therapy*, och 27 artiklar publicerade från 80-talet och framåt identifierades. Flera av dessa är redaktions- och



FOTO: JOHAN WINGBORG

diskussionsartiklar och de få studier som finns är framförallt från USA och Storbritannien. Litteratur om direkt access fokuserar på muskuloskeletala besvär. Litteratursökningen kompletterades med artiklar från referenslistor med studier som använt self-referral, first-contact, primary assessors, early access synonymt med direkt access. Litteratursammanställningen gör inte anspråk på att vara fullständig men täcker in en stor del av litteratur på engelska och svenska som diskuterar och studerar direkt access.

Vad menas med direkt access?

World Confederation for Physical Therapy (WCPT) har en definition av begreppet direkt access som innebär att patienten undersöks, bedöms och behandlas av sjukgymnast utan föregående remiss från läkare eller annan vårdgivare (13). Direkt access kan dock ha olika betydelse i litteraturen. I artiklar från 90-talet används begreppet direkt access när sjukgymnast finns tillgänglig för läkaren och dennes patienter utan fördröjning (22). I senare litteratur definieras direkt access som att patienten själv har sökt utan föregående hänvisning eller remiss (23–26). En annan variant av direkt access är när patienten hänvisas till sjukgymnast av sjuksköterska vid kontakt med vårdcentralens/mottagningens telefon-

mottagning (27). Det är också möjligt att det i studier av direkt access förekommer en blandning av att studiedeltagarna sökt själva eller blivit hänvisade av både läkare eller sjuksköterska utan någon formell remiss utfärdats (26). Senare studier av direkt access delar av denna anledning in studiedeltagarna i två kategorier: 1) patienten söker helt själv eller 2) patienten söker själv men är hänvisad av annan vårdgivare utan skriftlig remiss (2, 16, 28, 29).

Förutom ovanstående variationer av direkt access finns det olika former av begränsningar (13, 30). Direkt access kan alltså ha flera betydelser och det pågår en diskussion om vilket begrepp som är bäst för att beskriva remissfrihet. WCPT menar att begreppet direkt access används internationellt av sjukgymnaster men att patienter/kunder inte alltid har kunskap om vad det innebär (13). WCPT tydliggör också att begreppet direkt access i dag inte omfattar den tidigare betydelsen att läkare har direkt tillgänglighet till sjukgymnast för sina patienter. Direkt access används dessutom i WCPT:s policydokument gällande remissfrihet (13). WCPT beskriver också att direkt access kan innefatta olika former av konsultation som vårdbesök, telefon, e-post eller andra vägar via internet (13).

Direkt access till sjukgymnast infördes successivt i Sveriges landsting och regioner fram till 2009 (11). ►

På Ängabo vårdcentral i Alingsås får patienterna komma direkt till en sjukgymnast för undersökning, bedömning och behandling. Läkargesöken är nu färre och väntelistan till sjukgymnasterna är borta.

”Vid en genomgång av drygt 50 000 patientjournaler som sökt sjukgymnast som första bedömare och behandlare fanns ingen anteckning om allvarliga biverkningar.”

- Året efter genomfördes det nationella vårdvalet i primärvård med målsättning att bland annat stärka patientens ställning gentemot hälso- och sjukvården genom att ge patienten möjlighet att fritt välja vårdgivare inom primärvård (14). Remissfrihet till sjukgymnast omfattar patientens rätt att söka både offentlig eller privat sjukgymnast (1).

Internationellt är direkt access införd på flera olika håll som till exempel Australien (12), Nederländerna (25), Storbritannien (26) och de flesta delstaterna i USA (13). År 1997 hade 60 procent (31 stycken) av USAs 52 delstater direkt access (23) och i dag är det fyra delstater som fortfarande har kvar remissvång (31).

Kritiska röster angående direkt access

Inför ett införande av remissfrihet till sjukgymnast har det funnits argument mot direkt access. Några av de vanligaste argumenten är att allvarlig patologi kan förbises, patienten undanhålls medicinsk utredning och behandling, och en risk för ökade kostnader när kontrollen över behandling av sjukgymnast slopas (3, 17, 24, 25, 32).

Studier visar att sjukgymnaster levererar en effektiv och säker vård i rollen som första bedömare och behandlare (32–35). Jette och medarbetare visade att sjukgymnaster har kompetens att bedöma muskuloskeletala tillstånd med låg risk att missa kritiska tillstånd (32). Bedömningens säkerhet ökar om sjukgymnasten har fortbildning i ortopedisk medicin och klinisk erfarenhet av patienter med muskuloskeletala tillstånd (32). En retrospektiv studie som mätte samstämmighet mellan klinisk diagnos och magnetröntgenundersökning visade att sjukgymnaster med specialisering och vidareutbildning inom ortopedisk medicin hade lika hög grad av samstämmighet som ortopedspecialist och statistiskt signifikant högre grad av samstämmighet jämfört med läkare oavsett annan specialitet än ortoped (34). En annan studie jämförde antal poäng i ett standardiserat teoretiskt test i handläggning av muskuloskeletala tillstånd och visade att klinisk erfarna sjukgymnaster hade större kunskap i hand-

läggning av muskuloskeletala tillstånd än läkarstudenter, internmedicinare och övriga specialistläkare förutom ortopedspecialister (36). Vid en genomgång av drygt 50 000 patientjournaler som sökt sjukgymnast som första bedömare och behandlare fanns ingen anteckning om allvarliga biverkningar, felbedömning eller behandling som lett till anmälan (35). Deyle sammanfattar att det föreligger låg eller ingen risk att sjukgymnaster missar någon allvarlig sjukdom, och behandlingen i sig är inte riskfylld i jämförelse med till exempel kirurgiska ingrepp. Han menar vidare att det ger god grund för att låta befolkningen få möjlighet att söka sjukgymnast på egen hand (24).

Studier som mätt patientflödet efter införande av direkt access visar en acceptabel ökning av antal konsultationstillfällen men sammanfattas med att det är svårt att förutsäga framtida patientflöden (29). Andra visar att oron för ökade kostnader är ogrundad (17).

Direkt access ur sjukgymnastens perspektiv visar att majoriteten är positiv även om det samtidigt beskrivs en oro över en eventuell ökad stress för att ta emot ett större antal patienter, inte ha tillräcklig tillgänglighet till medicinteknisk utredning eller att samverkan med läkare skulle påverkas negativt. Dessutom lyftes frågeställningar kring hur förberedda nytexaminerade sjukgymnaster är för att arbeta som första bedömare i en direkt access-mottagning (23, 37).

Dessa studier, som är genomförda i USA, beskriver att vissa sjukgymnaster trots slopat remissvång inte erbjuder en direkt access-mottagning på grund av att försäkringar kräver läkarremiss (23, 37). Om detta gäller i Sverige och andra länder finns begränsad kunskap om.

Fördelar med direkt access

Direkt access beskrivs ha fördelar för både patient, sjukgymnast och läkare (10). I olika länder lyfts fördelar för patienten fram som innebär att han eller hon oberoende kan söka sjukgymnast för undersökning, bedömning och behandling samt

förebygga nedsättningar/begränsning i funktion, aktivitet/delaktighet och andra hälsoaspekter (1, 10, 13). Förutom att patienten slipper gå via läkare för att konsultera en sjukgymnast så visar Mitchell och medarbetare att patienter som sökte via direkt access hade färre antal återbesök till sjukgymnast jämfört med gruppen som remitterats av läkare (17). Andra fördelar är minskad väntetid och kostnad för patienten (17, 25).

Ofta beskrivs fördelar med direkt access för patienter med akuta muskuloskeletal tillstånd. Vid långvariga och/eller återkommande smärttillstånd som till exempel långvarig ländryggsmärta är patientens aktiva egenvård en del av behandlingen (38). I en studie av Cooper och medarbetare (39) intervjuades patienter med långvarig ländryggsmärta, och detta visade att direkt access till sjukgymnast när patienten är i behov av råd eller behandling stimulerar fortsatt egenvård.

För sjukgymnasten beskrivs fördelar med att oberoende kunna undersöka, bedöma och behandla patienter (23). Andra positiva aspekter som sjukgymnaster lyfter fram är att direkt access bidrar till att utveckla professionen och har fördelar för patienten (23, 37). För läkare minskar arbetsbelastningen (16).

En nationell kartläggning i Skottland rapporterar att direkt access minskar hälso- och sjukvårdskostnaderna, genom lägre förskrivning av röntgenremisser, receptbelagd medicinering och remisser till specialistsjukvård (16).

En nyligen publicerad svensk studie visar att patienter som undersöktes och behandlades av sjukgymnast som första vårdgivare var nöjda med handläggningen och sällan behövde kompletterande konsultation av läkare (27). Detta är i linje med tidigare studier som visar att patienter stödjer möjligheten att kunna söka sjukgymnast direkt för undersökning och behandling (40) och 79 procent av patienterna i en annan studie var nöjda eller mycket nöjda med sjukgymnast som första kontakt (2).

Direkt access ger möjlighet att erbjuda tidig undersökning och behandling. Trots att många patienter som söker vård för akut/subakut ländryggsmärta förväntas bli bra oavsett åtgärd (7, 41) så visar studier som undersökt effekten av tidig tillgänglighet till undersökning och individuell behandling minskad risk för återkommande smärta, positiv effekt på psykosociala faktorer och arbetsförmåga samt upplevd hälsa (18–21).

Vem söker sjukgymnast direkt?

En nationell studie från Skottland visar att patienter som sökt sjukgymnast utan föregående läkarkonsultation är yngre och har högre utbildning jämfört med patienter med föregående läkarkontakt (25).

Patienter som söker direkt har i större utsträckning akut ospecifik (det vill säga ingen känd patologi) muskuloskeletal tillstånd, återkommande besvär eller har tidigare fått behandling av sjukgymnast (25, 28). Andra visar att patienter som söker direkt har större följsamhet till egenvårdsråd och behandling, lämnar sällan återbud och tror sig kunna påverka och förbättra sina symtom (26). Det senare kunde dock inte bekräftas i en senare studie (28).

Marknadsföring

Trots att direkt access visat vara kostnadseffektivt och patienter är nöjda med sjukgymnast som första bedömare och behandlare så är det en stor del av befolkningen som inte vet om möjligheten (1–3). I en svensk undersökning var det cirka hälften av tillfrågade personer som visste om remissfrihet, en fjärdedel trodde att det fortfarande råder remiss tvång och en fjärdedel var osäkra (1). Studier som kartlagt kunskap om sjukgymnastik i befolkningen uttrycker konsekvent ett behov av marknadsföring (2, 3, 42).

Mottagningsmodeller för ökad tillgänglighet

Vårdval i primärvård har som mål att bland annat stärka patientens ställning gentemot hälso- och sjukvården (14). Primärvården blev i och med reformen satt i ett konkurrensläge, och faktorer som hög tillgänglighet, medicinsk kompetens och bemötande är viktiga aspekter för att patienten ska vara nöjd med vården.

Väntetider i vården är dock vanligt förekommande. Det finns teorier kring varför mottagningen kan ha en konstant väntelista (15). Det finns också teorier och strategier för att uppnå en bättre tillgänglighet (15, 43, 44). För att förstå problemet med väntetider beskriver Murray och medarbetare tre olika mottagningsmodeller och utgår från den traditionella mottagningsmodellen. I den traditionella mottagningsmodellen är vårdgivarens tidbok fullbokad flera dagar, veckor eller till och med månader i förväg. Patienter med akuta besvär pressas in i en redan fylld tidbok, i eventuella återbudstider, på lunchen eller bokas efter arbetstiden slut. När dessa möjligheter är tömda så hänvisas patienten till akutmottagningar eller till nästa dag. En strategi för att öka tillgänglighet till patienter med akuta besvär är att hålla en del av tiderna i tidboken öppen för akuta patienter. Denna modell kallas ”carved out model” och skapar viss kontroll. Den är dock sårbar på så sätt att när dessa öppna tider är slut hamnar vårdgivaren åter i samma problematik som i den traditionella modellen. Det vill säga att de patienter som inte fick plats pressas in i tidboken och så vidare. En tredje modell är när tidboken hålls öppen för alla ►

”Det finns behov av studier som undersöker hur nytexaminerade sjukgymnaster upplever att vara första bedömare”

- patienter oavsett om det är akut, återkommande eller långvarigt tillstånd som patienten söker för. Genom att ta emot dagens efterfrågan på vård samma dag oavsett sökorsak så håller man nästa dag öppen för den dagens behov. Murray och medarbetare menar att på så sätt skapas balans mellan tillgång och efterfrågan (15, 43). För att kunna erbjuda patienter den tredje modellen, ”advanced access”, finns viktiga steg beskrivna (15). Dessa teorier och strategier utgår ifrån läkarmottagningen men kan appliceras på vilken öppenvårdsmottagning som helst. Senare artiklar om ”advanced access” lyfter också fram vikten av att patienten erbjuds hög tillgänglighet till alla inom vårdteamet och att patienten matchas med rätt vårdgivare (44).

Mer forskning behövs

Sammanställning av litteraturen visar många fördelar med direkt access men också att direkt access behöver studeras vidare inom olika verksamheter utifrån patientens, sjukgymnastens och hälso- och sjukvårdens perspektiv.

Ur patientens perspektiv behövs mer kunskap om effekten av tidigt insatt undersökning och individuell behandling vid olika sökorsaker och symtomduration. Dessutom utgör direkt access tillsammans med en väntefri mottagning en plattform för studier av screeningsprocedurer som syftar till att avfärda

eller identifiera allvarlig patologi samt riskfaktorer för utveckling av ett ogynnsamt smärttillstånd.

Vårdval i primärvården innebär en ökad konkurrens. Hög tillgänglighet till läkare vid akuta tillstånd ger nöjda patienter och bidrar till att patienter söker samma enhet om behov uppstår (45). Tillgängligheten till hela vårdcentralen ökar om patienter kan välja den vårdgivare inom primärvårdsteamet som har rätt kompetens för aktuell sökorsak (44). Om direkt access bidrar till en kontinuitet i hur patienter väljer vårdcentral behöver studeras vidare.

Trots studier som visar på sjukgymnasters kompetens att undersöka och bedöma muskuloskeletala tillstånd så finns behov av studier som undersöker hur nytexaminerade sjukgymnaster upplever att vara första bedömare och vilka utbildningar som behövs för olika verksamheter. Vidare kan direkt access utgöra grund för studier som undersöker ett utökat ansvar för sjukgymnaster att till exempel förskriva läkemedel och remittera till medicintekniska undersökningar för patienter med muskuloskeletala tillstånd. Dessutom ser vi ofta patienten som söker hälso- och sjukvård som vår främsta uppgift, men direkt access ger nya arenor att vara verksam inom och som behöver utvärderas.

Vidare behövs studier som undersöker olika aspekter av direkt access vid andra tillstånd än muskuloskeletala.



REFERENSER

- 1. LSR. Argumentationsunderlag om remissfrihet. [Hämtad 15 augusti 2011 från http://www.sjukgymnastforbundet.se/remissfritt/Documents/Argumentationsunderlag_om_remissfrihet_2011-05-11.pdf]
- 2. Webster VS, Holdsworth LK, McFadyen AK, H L. Self-referral, access and physiotherapy: patients' knowledge and attitudes—results of a national trial. *Physiotherapy* 2008;94:141–9.
- 3. Snow BL, Shamus E, Hill C. Physical therapy as primary health care: public perceptions. *J Allied Health*. 2001;30:35–8.
- 4. Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Rosenberg C. Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *Clin J Pain*. 1993;9:174–82.
- 5. Gran JT. The epidemiology of chronic generalized musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2003;17:547–61.
- 6. Bergman S, Herrström P, Högström K, Petersson IF, Svensson B, Jacobsson LT. Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study. *J Rheumatol*. 2001;28:1369–77.
- 7. Waddell G. *Back Pain Revolution*. Second edition. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2004.
- 8. Koes BW, van Tulder M, Lin CW, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2010;19:2075–94.
- 9. SBU. Ont i ryggen ont i nacken. En evidensbaserad kunskaps-sammanställning. SBU rapport 145, 1&2 (Back pain, Neck Pain; An evidence Based Review. Report no. 145, 1&2); Stockholm 2000: The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care [Hämtad 11 juli 2011 från <http://www.sbu.se>]
- 10. Self-referral to physiotherapy services. London, United Kingdom: The chartered society of physiotherapy; 2004.
- 11. Vivanco L-S. Sök sjukgymnast fritt – remisstvånget har upphört i hela landet. *Fysioterapi*. 2009;8:29.

- 12. Galley P. Physiotherapists as first-contact practitioners – New challenges and responsibilities in Australia. *Physiotherapy*. 1977;63:246-8.
- 13. WCPT. Self-referral/direct access to physical therapy. 2011 [Hämtad 13 december 2010 från <http://www.wcpt.org/node/34062>
- 14. Socialdepartementet. Vårdval i Sverige (SOU 2008:37). Stockholm 2008 [Hämtad 1 september 2011 från <http://www.sweden.gov.se/sb/d/10057/a/102906>].
- 15. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag*. 2000;7:45-50.
- 16. Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK. What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy* 2007;93:3-11.
- 17. Mitchell JM, de Lissovoy G. A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *Phys Ther*. 1997;77:10-8.
- 18. Nordeman L, Nilsson B, Möller M, Gunnarsson R. Early access to physical therapy treatment for subacute low back pain in primary health care: a prospective randomized clinical trial. *Clin J Pain*. 2006;22:505-11.
- 19. Zigenfus GC, Yin J, Giang GM, Fogarty WT. Effectiveness of early physical therapy in the treatment of acute low back musculoskeletal disorders. *J Occup Environ Med*. 2000;42:35-9.
- 20. Wand BM, Bird C, McAuley JH, Dore CJ, MacDowell M, De Souza LH. Early intervention for the management of acute low back pain: a single-blind randomized controlled trial of biopsychosocial education, manual therapy, and exercise. *Spine*. 2004;29:2350-6.
- 21. Addley K, Burke C, McQuillan P. Impact of a direct access occupational physiotherapy treatment service. *Occup Med (Lond)*. 2010;60:651-3.
- 22. Robert G, Stevens A. Should general practitioners refer patients directly to physical therapists? *Br J Gen Pract*. 1997;47:314-8.
- 23. Crout KL, Tweedie JH, Miller DJ. Physical therapists' opinions and practices regarding direct access. *Phys Ther*. 1998;78:52-61.
- 24. Deyle GD. Direct access physical therapy and diagnostic responsibility: the risk-to-benefit ratio. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2006;36:632-4.
- 25. Leemrijse CJ, Swinkels IC, Veenhof C. Direct access to physical therapy in the Netherlands: results from the first year in community-based physical therapy. *Phys Ther*. 2008;88:936-46.
- 26. Holdsworth LK, Webster VS. Direct access to physiotherapy in primary care: now?—and into the future? *Physiotherapy*. 2004;90:64-72.
- 27. Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapist as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. doi: 10.1016/j.physio.2011.04.354. *Physiotherapy*. 2011.
- 28. Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK. Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GPs? Results of a national trial. *Physiotherapy* 2006;92:26-33.
- 29. Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK. Self-referral to physiotherapy: deprivation and geographical setting Is there a relationship? Results of a national trial. *Physiotherapy*. 2006;92:16-25.
- 30. Taylor TK, Domholdt E. Legislative change to permit direct access to physical therapy services: a study of process and content issues. *Phys Ther*. 1991;71:382-9.
- 31. APTA. Direct Access to Physical Therapy Service: Overview. 2011 [Hämtad 1 september 2011 från <http://www.apta.org/StateIssues/DirectAccess/Overview>].
- 32. Jette DU, Ardleigh K, Chandler K, McShea L. Decision-making ability of physical therapists: physical therapy intervention or medical referral. *Phys Ther*. 2006;86:1619-29.
- 33. Overman SS, Larson JW, Dickstein DA, Rockey PH. Physical therapy care for low back pain. Monitored program of first-contact nonphysician care. *Phys Ther*. 1988;68:199-207.
- 34. Moore JH, Goss DL, Baxter RE, DeBerardino TM, Mansfield LT, Fellows DW, et al. Clinical diagnostic accuracy and magnetic resonance imaging of patients referred by physical therapists, orthopaedic surgeons, and nonorthopaedic providers. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2005;35:67-71.
- 35. Moore JH, McMillian DJ, Rosenthal MD, Weishaar MD. Risk determination for patients with direct access to physical therapy in military health care facilities. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2005;35:674-8.
- 36. Childs JD, Whitman JM, Sizer PS, Pugia ML, Flynn TW, Delitto A. A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions. *BMC Musculoskelet Disord*. 2005;6:32.
- 37. Domholdt E, Durchholz AG. Direct access use by experienced therapists in states with direct access. *Phys Ther*. 1992;72:569-74.
- 38. Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F, et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006;15 Suppl 2:S192-300.
- 39. Cooper K, Smith BH, Hancock E. Patients' perceptions of self-management of chronic low back pain: evidence for enhancing patient education and support. *Physiotherapy*. 2009;95:43-50.
- 40. Durant TL, Lord LJ, Domholdt E. Outpatient views on direct access to physical therapy in Indiana. *Phys Ther*. 1989;69:850-7.
- 41. Waddell G. 1987 Volvo Award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine*. 1987;12:632-44.
- 42. Sheppard L. Public perception of physiotherapy: implications for marketing. *Aust J Physiother*. 1994;40:265-71.
- 43. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*. 2003;289:1035-40.
- 44. Tantau C. Accessing patient-centered care using the advanced access model. *J Ambul Care Manage*. 2009;32:32-43.
- 45. Howard M, Goertzen J, Hutchison B, Kaczorowski J, Morris K. Patient satisfaction with care for urgent health problems: a survey of family practice patients. *Ann Fam Med*. 2007;5:419-24.



Robert G (1997)	USA	8 artiklar	Översiktsartikel Litteratursammanställning av tillgänglighetsmodeller till sjukgymnast för läkarens patienter samt om tidig tillgänglighet till sjukgymnast leder till färre behandlingstillfällen	Väntetid till sjukgymnast Antal behandlingstillfällen Självskattad funktion Arbetsförmåga Kostnader för patient Kostnader för sjukvården	Tidig tillgänglighet till sjukgymnast visade: Minskad väntetid Ingen skillnad i antal behandlingstillfällen Större förbättring av självskattad funktion Ingen skillnad för arbetsförmåga Lägre kostnad vid beräkning/patient
Mitchell J (1997)	USA	605 försäkringsjournaler 252 <i>Direkt Access</i> 353 Läkarremiss	Retrospektiv studie Undersöka vårdkonsumtion och kostnader vid <i>Direkt Access</i> jämfört med föregående läkarremiss	Antal behandlingstillfällen Kostnader	Patienter som behandlats i <i>Direkt Access</i> gruppen visade: Färre behandlingstillfällen Lägre kostnader
Crout K (1998)	USA	283 sjukgymnaster 175 verksamma i en delstat med <i>Direkt Access</i> 108 i en delstat med remisstvång	Icke-experimentell studie Undersöka åsikter om <i>Direkt Access</i> hos sjukgymnaster	Frågeformulär	Ingen skillnad mellan grupperna i positiv eller negativ inställning till <i>Direkt Access</i> eller hur det påverkade deras yrkeskarriär Trots slopat remisstvång sökte 35% av patientflödet via <i>Direkt Access</i> Försäkringsaspekter kan vara ett hinder för att erbjuda en <i>Direkt Access</i> mottagning
Zigenfus G (2000)	USA	3867 patienter med akut ländryggssmärta delades i tre grupper beroende på väntetid till undersökning och behandling av sjukgymnast: 0 dagar n=1379 2 -7 dagar, n=2005 8 -197 dagar, n=483	Retrospektiv studie Utvärdera effekten av tidig individuell behandling	Antal läkarbesök Behandlingsperiod hos sjukgymnast Arbetsförmåga	Gruppen med insatt undersökning och behandling samma dag hade: Färre antal läkarbesök Kortare behandlingsperiod hos sjukgymnast Kortare period med nedsatt arbetsförmåga Färre sjukskrivningsdagar
Snow B (2001)	USA, Florida	162 slumpmässigt utvalda informanter ur telefonkatalog	Tvärsnittstudie Undersöka befolkningens kunskap om <i>Direkt Access</i>	Standardiserad telefonintervju om <i>Direkt Access</i>	67% av informanterna visste inte om möjligheten med <i>Direkt Access</i>

Holdsworth L (2004)	Storbritannien, Skottland	Totalt 340 patienter 264 Remiss 76 <i>Direkt Access</i>	Icke-experimentell studie Beskriva patientflöde ett år efter slopat remisstväng samt undersöka skillnader mellan remitterade och patienter som sökt direkt	Antal patienter via remiss eller <i>Direkt Access</i> Sociodemografiska data Sökorsak Tillståndets svårighetsgrad Besvärsduration Arbetsförmåga Väntetid Efter avslutad behandlingsperiod: Antal sjukgymnastbesök Antal läkarbesök Smärta Mål	Ingen ökning av efterfrågan efter slopat remisstväng 22 % sökte direkt utan remiss Patienter som sökt via <i>Direkt Access</i> : Yngre Kortare besvärsduration Yrkesverksamma Färre sjukskrivningsdagar Kortare väntetid Sökorsak och svårighetsgrad skiljde sig inte mellan grupperna Efter avslutad behandlingsperiod: Färre sjukgymnastbesök Färre läkarbesök Större förbättring i upplevd smärta Måluppfyllelse ingen skillnad mellan grupperna
Wand B (2004)	Storbritannien	102 patienter med akut ländryggssmärta	Randomiserad kontrollerad studie Undersökning/råd/individuell behandling jämfört med kontrollgrupp, undersökning/råd/avvakta förlopp	Självskattad funktion Smärta Psykosocial hälsa Självskattad hälsorelaterad livskvalitet	Interventionsgruppen visade efter 6 månader: Större förbättrad psykosocial hälsa och hälsorelaterad livskvalitet jämfört med kontrollgruppen
Childs J (2005)	USA	182 sjukgymnaster 174 sjukgymnaststuderenter	Tvärsnittstudie Undersöka grad av teoretisk kunskap i att bedöma muskuloskeletala tillstånd bland sjukgymnaster och sjukgymnaststuderenter	Standardiserat web-enkät med frågor om muskuloskeletala tillstånd och dess handläggning	Godkänt testresultat = 73% Medelvärdet för sjukgymnast 76% Medelvärdet för sjukgymnaststudent 66% Tidigare studier visar: Medelvärdet för läkarstuderande 49% Medelvärdet för läkare med specialitet internmedicin eller annan specialitet utom ortopedi 60%
Moor J (2005)	USA	50 799 journalanteckningar nya patienter via <i>Direkt Access</i>	Retrospektiv studie Kartlägga negativa händelser för patient som handlagts av sjukgymnast som första bedömare	Negativa effekter beskrivna eller rapporterade för undersökning eller behandling Anmälan felaktig handläggning	Inga negativa effekter av undersökning, behandling eller anmälningar för felaktig bedömning identifierades

Moor J (2005)	USA	Magnetrontgenundersökning (n=560) vid muskuloskeletala tillstånd	Retrospektiv studie Undersöka samstämmighet mellan magnetrontgenundersökning och klinisk diagnos gjord av sjukgymnast, ortoped och icke ortoped	Resultat/bedömning vid magnetrontgenundersökning Klinisk diagnos	Samstämmighet var för: Sjukgymnast 75% Ortoped 81% Icke-ortoped 35 % Ingen statistisk skillnad mellan sjukgymnast och ortoped ($P > 0.05$) Statistisk skillnad mellan ortoped och icke ortoped ($P < 0.001$) samt sjukgymnast och icke ortoped ($P < 0.001$) till fördel sjukgymnast
Holdsworth L (2006)	Storbritannien Skottland	3010 patienter	Nationell kartläggning efter införande av <i>Direkt Access</i> i Skottland Undersökning av sökmönster i olika geografiska områden	Demografiska data Sökväg	Patienter på landsbygd sökte i större utsträckning via <i>Direkt Access</i> Yngre (21-30 år) patienter i stadsbebyggelse sökte via <i>Direkt Access</i> i dubbelt så hög utsträckning jämfört med yngre personer boende på landsbygd
Holdsworth L (2006)	Storbritannien Skottland	3010 patienter	Nationell kartläggning efter införande av <i>Direkt Access</i> i Skottland Undersökning av patientkaraktäristika utifrån sökväg	Demografiska data Kliniska data	Remitterade patienter: Fler nack- och ryggbesvär (54%) Svårare symtom och längre symtomduration Patienter som sökte direkt: Fullföljde sin behandling i större utsträckning. Färre sjukskrivningsdagar Ingen skillnad mellan grupperna för skattad förbättring
Nordeman L (2006)	Sverige	60 patienter med subakut ländryggssmärta	Randomiserad kontrollerad studie Undersökning och individuell behandling inom 48 timmar jämfört 4 veckors väntan	Sökväg Smärta Självskattad funktion Risk för utveckling av långvarig smärta Antal sjukgymnastbesök Vårdåtgärd	60% sökte via <i>Direkt Access</i> Ingen skillnad mellan grupperna efter avslutad behandlingsperiod 6 månadersuppföljning: Interventionsgruppen visade signifikant större förbättring av upplevd smärta jämfört med gruppen som fått vänta

Jette D (2006)	USA	399 slumpmässigt utvalda sjukgymnaster	Icke experimentell studie Undersöka sjukgymnasters förmåga att bedöma om teoretiska patientfall som förväntas söka via <i>Direkt Access</i> kan handläggas av sjukgymnast eller behöver bedömas av läkare	Formulär med 12 patientfall med muskuloskeletala tillstånd, icke-kritiska medicinska tillstånd och kritisk medicinska tillstånd som förväntas söka till sjukgymnast direkt	Medelvärde för korrekt bedömning var: Muskuloskeletala tillstånd 87% Icke-kritiska medicinska tillstånd 88% Kritisk medicinska tillstånd 79% Sjukgymnast med specialisering i ortopedisk medicin eller klinisk erfarenhet i ortopediska tillstånd visade högre grad av korrekt bedömning och förslag på vidare handläggning
Holdsworth L (2007)	Storbritannien Skottland	3010 patienter	Nationell kartläggning efter införande av <i>Direkt Access</i> i Skottland Jämföra kostnader för patienter som söker via <i>Direkt Access</i> , är hänvisad eller remitterad av läkare	Sökväg Frågeformulär med demografiska och kliniska data Kostnad/besök läkare Kostnad/besök sjukgymnast Kostnad för röntgenundersökning, läkemedel och remiss till specialist Antal läkarbesök Antal sjukgymnastbesök	22% <i>Direkt Access</i> 18 % hänvisning av läkare 60% remiss av läkare Gruppen som sökt via <i>Direkt Access</i> : Färre läkarbesök Färre röntgenundersökningar Färre remisser till specialistsjukvård Lägre förskrivning av smärtstillande läkemedel <i>Direkt Access</i> visar mindre kostnad för både patient och hälso- och sjukvård
Holdsworth L (2008)	Storbritannien Skottland	64 sjukgymnaster 97 distriktsläkare	Tvärsnittstudie Undersöka sjukgymnaster och läkares erfarenhet och uppfattning om <i>Direkt Access</i>	Enkät med frågor om förändring av patientflöde till sjukgymnast genom <i>Direkt Access</i> Erfarenheter av <i>Direkt Access</i> med följdfrågor om fördelar och nackdelar	Förändringar av patientflöde: 77% av läkarna upplevde ingen förändring 55% av sjukgymnasterna upplevde förändring 96% av läkarna beskrev hög grad av förtroende för sjukgymnast att handlägga patienter med muskuloskeletala besvär 47% av sjukgymnasterna svarade att vissa sjukgymnaster inte är erfarna nog att arbeta i en <i>Direkt Access</i> mottagning 16% av sjukgymnasterna menar att det behövs fortbildning för att arbeta i <i>Direkt Access</i>

Webster V (2008)	Storbritannien Skottland	2177 patienter	Icke-experimentell studie Undersöka patienters kunskap och attityd till <i>Direkt Access</i>	Frågeformulär till patienter som sökt direkt, var hänvisade eller remitterade av läkare Kunskap om att söka via <i>Direkt Access</i> Nöjdhet med behandling Kunskap om sjukgymnastik	Ej kunskap om att söka via <i>Direkt Access</i> : 74 % av gruppen hänvisade patienter 66 % av gruppen remitterade patienter 79% av patienter som sökt via <i>Direkt Access</i> var nöjda eller mycket nöjda med behandling Ca 95% av totala undersökningsgruppen beskrev begränsad kunskap om sjukgymnastik
Leemrijse C (2008)	Nederländerna	10 510 journaler	Retrospektiv studie Undersöka andel patienter som sökt via <i>Direkt Access</i> initialt och efter ett år samt beskriva karakteristika för dessa patienter	Antal patienter vid start och efter ett år Demografiska och kliniska data Antal sjukgymnastbesök	22% via <i>Direkt Access</i> initialt 33% efter ett år med <i>Direkt Access</i> Patienter som sökte via <i>Direkt Access</i> är: Yngre, högre utbildning, akuta besvär, återkommande besvär, tidigare behandling av sjukgymnast Färre sjukgymnastbesök
Addley K (2010)	Nord Irland	231 patienter med nack-, rygg- och skulderbesvär	Icke experimentell studie Undersöka patienter som söker via <i>Direkt Access</i> utifrån arbetsförmåga, funktion och smärta före och efter individuell behandling	Smärta Självskattad funktion Självskattad arbetsförmåga	Patienter förbättrades avseende smärta, självskattad funktion och självskattad arbetsförmåga efter avslutad behandling Dock saknades kontrollgrupp
Ludvigsson M (2011)	Sverige	432 journaler för patienter med muskuloskeletala tillstånd	Observationsstudie Retrospektiv kohort studie Undersöka patienter som söker primärvård med sjukgymnast som första bedömare och behandlare och jämföra nöjdhet jämfört patienter som undersökts av läkare	Demografiska data Antal patienter som behövde läkarundersökning Nöjdhet	85% av patienterna undersöktes enbart av sjukgymnast 6% av patienterna som blivit hänvisade till läkare av sjukgymnasten hade allvarlig patologi 9% sökte till läkare för samma besvär men ingen allvarlig patologi identifierades Patienter som undersökts av sjukgymnast var nöjdare med information om de besvär de sökt för, egenvårdsråd samt hade högre förtroendet för den kliniska undersökningen