

Patientprofilen hos Praktiserende Fysioterapeuter i Danmark

En tværsnitsundersøgelse af patienternes karakteristika og belastningsgrad

April 2014

Et samarbejdsprojekt mellem praksiskonsulentfunktionen for fysioterapi i
Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Hovedstaden



Indholdsfortegnelse

Forord	3
Projektgruppe	3
Resume	4
Baggrund	5
Formål	5
Metode	5
Spørgeskema	6
Kliniske data, statistisk analyse	7
Resultater	8
Flow diagram over undersøgelsen	8
Deltagere fordelt på alder, køn og region	9
Deltagere sociodemografiske karakteristika	10
Varighed smerter, multisygdom og sundhedsvaner	10
Udredning i andet regi	11
Diagnosefordeling	12
Eksempler på subklassifikation	13
Smerte, funktionsbegrænsninger og smerteadfærd	14
Smerteadfærd og helbredsstatus	14
Mentalt helbred	15
Den overordnede patientprofil grafisk illustreret	16
Diskussion	17
Konklusion	18
Perspektivering	19
Litteraturliste	21

FORORD

Undersøgelsen er opstillet og organiseret af Praksiskonsulenterne for Fysioterapi i Danmark, i samarbejde med Arbejdsmedicinsk Klinik Regionshospitalet i Herning. De første overvejelser om kortlægning af patientprofilen i fysioterapipraksis ligger helt tilbage i 2008. En arbejdsgruppe bestående af praksiskonsulenter, udarbejdede i 2009 - 2010 en ideskitse til projektet. Endelig protokol for projektet er opstillet med vejledning fra Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Sundhedsinformatik Vest (KCKS-Vest), Regionernes Kliniske Kvalitetsudvikling Program. Fonden til fremme af Fysioterapeutisk forskning, uddannelse, information mv. c/o Regionernes Lønnings- og Takstnævn bevilger i november 2010 300.000,00 kr. til afvikling af selve Registreringsprojektet, og efterfølgende i 2012 60.000 kr. Herudover bevilges 230.000,00 kr. til opfølgende studier vedrørende validering af patientspørgeskema og vurdering af forløbsdata. Endvidere har Kvalitetsudviklingsudvalget for Fysioterapi Region Midtjylland bevilget 21.000,00 kr. til sekretærhjælp.

Tak til tidligere praksiskonsulentkolleger Marianne Krogh Rasmussen og Morten Topholm, der deltog i opstillingen af projektet i 2010. Tak til Annette Ingeman Kvalitetskonsulent, Cand. Scient. San, Ph.d. Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Sundhedsinformatik Vest (KCKS-Vest), for vejledning i forbindelse med opstilling af protokol og for senere inspiration og konstruktiv kritik. Tak til Gurli Petersen Danske Fysioterapeuter for stor opbakning i hele projektperioden, og endelig tak til ledelserne af afdelingerne for primær sundhed i de 4 Regioner, der har godkendt projektet.

PROJEKTGRUPPE

Nils-Bo de Vos Andersen fysioterapeut, Afdelingen for Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland.

Inger Qvist fysioterapeut, Afdelingen for Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland.

Flemming Pedersen fysioterapeut, Sundhedsområdet, Praksisafdelingen, Region Syddanmark.

Jesper Ottosen fysioterapeut, Koncern Praksis, Region Hovedstaden.

Marianne Kongsgaard fysioterapeut, MPQM Region Nordjylland.

Christine Ib fysioterapeut, Koncern Praksis, Region Hovedstaden.

David. H. Christiansen fysioterapeut, Cand. Scient. San. Ph.d. stud., Arbejdsmedicinsk Klinik, Regionshospitalet Herning, Hospitalsenheden Vest, Region Midtjylland.

Kontaktadresse: nils-bo.andersen@stab.rm.dk

**At tegne et kort er at erobre et landskab,
og kort har man tegnet i hundredvis af år.
Med kortet kan man spinde fortid, nutid og fremtid sammen,
jeg tegner et kort nu, der viser, at jeg ved, hvor jeg har været,
et kort, der gør det muligt for andre at komme der.
Det er en erobring.**

Udstillingen Antarktis, Louisiana november 2013 (faderløst citat)

RESUME

Formål

Undersøgelsen har til formål at beskrive en patientprofil, på patienter med muskel- og skeletbesvær henvist til fysioterapeutisk udredning og behandling under Almen Fysioterapi Speciale 51 (fysioterapi med egenbetaling og delvist offentligt tilskud til patienter, der er dækket af den offentlige sygesikring).

Metode

I alt 201 praktiserende fysioterapeuter, fordelt på 30 klinikker i 4 regioner, indsamlede spørgeskema og kliniske data på nyhenviste patienter under speciale 51 i perioden januar 2012 – maj 2012.

Dataindsamling

Registrering og indsamling af data blev foretaget i den internetbaserede database FysDB. FysDB er en fysioterapeutisk udredningsdatabase for muskuloskeletale tilstande udviklet i forbindelse med ordningen om Udvidet Rygdredning hos Praktiserende Fysioterapeuter.

Patientspørgeskema

Inkluderede spørgsmål om erhvervsstatus, smerter, funktion, fear avoidance adfærd, coping, fysisk og psykisk helbred via validerede måleredskaber. Ved første konsultation udførtes en standardiseret klinisk fysioterapeutisk undersøgelse, hvor data på relevante kliniske variabler blev indsamlet, og patientens tilstand blev klassificeret efter ICPC-2 diagnosekodning.

Resultater

I alt 4.885 patienter blev inviteret til at deltage i undersøgelsen, heraf indvilligede 3281 (67 %) patienter i at deltage. I alt 2.773 (57 %) patienter med både spørgeskemadata og kliniske data blev inkluderet i de endelige analyser. Blandt deltagende patienter var 66 % kvinder og gennemsnitsalder var 48 år (standard deviation, SD 15.2). Størstedelen havde en mellemlang videregående uddannelse (30 %). I alt 53 % var i arbejde ved henvisning og kun 9 % af den totale population var sygemeldt. Hyppigste ICPC-2 symptomdiagnose var og lænd (L03) og nakke (L01) og, som udgjorde henholdsvis 26 % og 21 % af alle registrerede diagnoser. 47,8 % af patienterne havde smerter varende i mere end 3 mdr., og 45 % angav at have oplevet generende smerter i mere end 2 regioner inden for de sidste 4 uger. I alt 40 % tog dagligt smertestillende medicin, og 46 % havde søvnproblemer pga. af smerterne. Smerteniveauet (0-10) var gennemsnitlig 6.5 (SD 2.2), mens begrænsning i funktionsniveauet (0-100) var 26.3 (SD 20.1). Gennemsnitlig fear avoidance score (0-30) var 15.9 (SD 8.3) angivet på 0-30 pointskala og hele 60 % oplevede det vanskeligt at kontrollere og håndtere smerterne i dagligdagen. Patienternes gennemsnitlige score for mentale helbred (0-100) var 75 (SD 17.6) og livskvalitet Index (-0.6 - 1.0) var 0.69 (SD 0.13), hvilket generelt er lavere end gennemsnitsscore for normalbefolkningen.

Sammenfatning og konklusion

Dette er den hidtil største kortlægning af patientprofilen på patienter med muskel- skeletbesvær henvist til udredning og behandling i fysioterapipraksis under speciale 51. Information om fordeling af symptomdiagnoser og patienternes smerter, funktionsbegrænsninger, smerteadfærd og helbredstatus blev systematisk indsamlet og demonstrerede, at ICPC-2 diagnosekodningssystem kan være et anvendeligt redskab til subgruppering af patienter i primær fysioterapipraksis. Nærværende undersøgelse peger på en række faktorer, - ud over smerter og funktionsbegrænsninger, som kan være vigtige indikatorer i udviklingen af fremtidig kvalitetsmonitorering i fysioterapipraksis. Der blev observeret regionale forskelle i patientkarakteristika og forskelle i belastningsgraden ift. køn og på tværs af symptomdiagnose. Langt størstedelen af patienterne var i aktivitet og arbejde på trods af smerterne, og oplevede kun lette til moderate funktionsbegrænsninger i hverdagen. Samtidig har undersøgelsen vist at en stor del af disse patienter havde langvarige problemstillinger. Fysioterapeuter i primær praksis kan, via råd/vejledning og relevante behandlingsstrategier, derfor have en vigtig rolle i at understøtte patienterne i at forblive i aktivitet og i arbejde, så varig funktionsevnenedsættelse forebygges.

BAGGRUND

Blandt ikke livstruende sygdomme er muskel- og skeletbesvær meget hyppigt forekommende i den danske befolkning. Mere end 50 % af alle voksne danskere har haft muskel- og skeletbesvær i form af smerter eller ubehag inden for de sidste 14 dage, og 37 % angiver at været meget generet heraf. Flere kvinder end mænd har muskel-skeletsbesvær. I Perioden fra 2006 til 2010 rapporteres en stigning i antallet af personer, der har haft muskel-skelet smerter (1,2).

Muskel- skeletbesvær beskrives i en rapport fra 2013, sammen med psykiatriske lidelser at være de dyreste for samfundet, bl.a. dyrere end cancer, diabetes og hjertekarsygdomme (3). Muskel-skeletbesvær har i den voksne befolkning en lang række konsekvenser, der bliver større jo mere generet personen er. Dette typisk som nedsat funktionsevneniveau og nedsat fysisk aktivitetsniveau, negativ påvirkning af humør og mental sundhed, anden samtidig sygdom og højt forbrug af sundhedsydelse.

En stor del af disse personer henvises til fysioterapeutisk udredning og behandling. Ifølge tal fra Danske Fysioterapeuter blev der i 2009 i alt undersøgt og behandlet 377.532 patienter hos praktiserende fysioterapeuter under overenskomsten Almen Fysioterapi Speciale 51. Det vil sige fysioterapi med egenbetaling og delvist offentligt tilskud til patienter, der er dækket af den offentlige sygesikring.

Undersøgelser af patientprofilen på patienter, som opsøger praktiserende læge og kiropraktor, er tidligere gennemført i Danmark (1,4), mens der kun er sparsom viden om, hvilke patientgrupper praktiserende fysioterapeuter i Danmark varetager. En tidligere undersøgelse fra 2001 (n=2042) beskriver henvisningsdiagnoser og fysisk og psykisk helbred hos patienter der opsøgte egen læge pga. muskel- og skeletbesvær i det daværende Aarhus Amt (5). Undersøgelsen fandt at patienterne generelt adskilte sig fra den danske baggrundsbefolkning ift. køn, fysisk og mentalt helbred målt ved SF36. En større andel af patienterne, som efterfølgende blev henvist til fysioterapi, var kvinder og havde hyppigere en mere veldefineret diagnose, mens små forskelle blev observeret ift. fysisk og mentalt helbred. Undersøgelsen var dog primært rettet mod en beskrivelse af patienter med muskel- og skeletbesvær set af praktiserende læge, og giver derfor sparsom information om patientkarakteristika i fysioterapipraksis.

En kortlægning af profilen på patienter i fysioterapipraksis, herunder fordeling af symptomdiagnoser og hvor belastede patienterne er af deres smerter, vil give muligheder for fremadrettet at kunne understøtte en målrettet indsats. Dette i forhold til indsats overfor udvalgte diagnosegrupper, yderligere kvalitetsmonitorering og udvikling i fysioterapipraksis. Dette så ressourcerne udnyttes bedst muligt. Der er bred enighed blandt aktørerne i det danske sundhedsvæsen om, at kvaliteten i sundhedsvæsenet bør monitoreres, herunder udvikling af kliniske databaser og anvendelse af validerede måleredskaber i daglig klinisk praksis.

FORMÅL

Undersøgelsen har til formål at beskrive en patientprofil på patienter med muskel- og skeletbesvær henvist til udredning og behandling hos praktiserende fysioterapeut under speciale 51. (fysioterapi med egenbetaling og delvist offentligt tilskud til patienter, der er dækket af den offentlige sygesikring).

METODE OG MATERIALE

Undersøgelsen er en deskriptiv tværsnitsundersøgelse. Udvælgelse af klinikker blev foretaget i samarbejde med Datamanagement Enheden Center for Folkesundhed Region Midtjylland, således at et repræsentativt udsnit blev sikret ud fra størrelse og demografi i ift. klinikker på landsplan. I alt 201 praktiserende fysioterapeuter fordelt på 30 klinikker i 4 regioner indsamlede spørgeskema og kliniske data på hver 20-30 nyhenviste patienter under speciale 51 i perioden 13. januar 2012 – 15. maj 2012.

Inklusions kriterier

- Patienterne skulle være over 18 år
- Kunne tale og forstå dansk
- Ikke være henvist til hjemme behandling
- Ikke have modtaget fysioterapeutisk behandling for samme tilstand de sidste 3 mdr.

Spørgeskema

Registrering og indsamling af data er blevet foretaget via en allerede eksisterende internetbaseret klinisk database FysDB. Databasen består af 2 kliniske databaser på henholdsvis lumbal og cervikalcolumna. Herudover har databasen været anvendt til udvikling og etablering af dels Det Nationale Indikator Projekt - Fysioterapi Lænderyg, i samarbejde med Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Sundhedsinformatik Vest og dels Registreringsprojekt Patientprofil hos Praktiserende Fysioterapeuter, i samarbejde med Arbejdsmedicinsk Klinik Herning.

Databasen er udviklet i sammenhæng med Forsøgsordning om Udvidet Rygdudredning og anvendes i fysioterapi praksis af fysioterapeuter, der er certificerede til ordningen i Region Midtjylland, Region Syddanmark og Region Nordjylland. Databasen er udviklet for kvalitetsudviklingsmidler og anmeldt og godkendt af datatilsynet. Databasen har for bevilgede projektmidler gennemgået en fuldstændig revision og opdatering i 2013.

Patienter, som ønskede at deltage i undersøgelsen, blev bedt om at besvare et elektronisk spørgeskema inden første konsultation. Skemaet inkluderede spørgsmål om individuelle faktorer, herunder uddannelse, erhvervsstatus, vægt, højde, rygning, og fysisk aktivitet, som tidligere har været anvendt i populationsbaserede undersøgelser (2). Smerter, funktionsbesvær, smerteadfærd, søvnbesvær, mentalt helbred og livskvalitet blev målt via kendte og validerede måleredskaber. Smerter, funktionsbegrænsninger og søvnbesvær blev målt via spørgsmål og subskalaer fra den danske version af The Standard Evaluation Questionnaire (,6,7,8,9). Fear avoidance adfærd og coping strategier blev målt via Örebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (10,11). EQ-5D-5L og Mental Health Scale blev anvendt til måling af patienternes helbredsrelateret livskvalitet og psykisk velbefindende (12,13). En oversigt over inkluderede måleredskaber er præsenteret i tabel 1.

Spørgeskema-data

Tabel 1: Anvendte måleredskaber

Spørgeskema	Beskrivelse
Standard Evaluation Questionnaire (6,7,8,9)	Inkludere spørgsmål om intensitet, frekvens, lokalisation og begrænsninger pga. af smerter de sidste 4 uger, herunder separate subskalaer indenfor domænerne smerter, funktion og søvn
Smerter	7 spørgsmål afdækkende intensitet og lokalisation af smerter angives på 11 point boxskala fra 0 (Ingen smerter) til 10 (Uudholdelige smerter) og Body diagram
Medicin	Et spørgsmål om anvendelse af smertestillende medicin i 6 svarkategorier fra flere gange dagligt til aldrig
Smerter i aktivitet	12 spørgsmål om smerter i forskellige daglige aktiviteter relateret til OE, UE og columna angivet på 11 point boxskala fra 0 (Ingen smerter) til 10 (Uudholdelige smerter) adderes og omregnes til sumskala 0-100 (100 værst)
Funktion	12 spørgsmål begrænsninger i daglig funktioner relateret OE, UE og columna angivet på 11 point boxskala fra 0 (Ingen vanskeligheder) til 10 (Ikke mere muligt) adderes og omregnes til sumskala 0-100 point (100 værst)
Søvnproblemer	Et spørgsmål om årsagen til søvnproblemer angivet i 5 svarkategorier

Søvnscore	2 spørgsmål angivet på 11 point skala om 1) søvnproblemer 0 (ikke haft søvnproblemer) - 10 (store problemer) og 2) om søvnproblemer har givet udslag i træthed om dagen 0 (Nej) - 10 (ja, jeg har været meget træt) adderes og omregnes til sumskala 0-100 (værst)
Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (10,11)	Spørgeskema udviklet mhp. at identificere risikofaktorer for kronicitet hos personer med smerter
Fear avoidance (undgåelsesadfærd)	3 spørgsmål med om udsagn om, hvordan fysisk aktivitet og arbejde kan forøge/forværre smerter angivet på 11 point skala 0 (slet ikke enig) - 10 (Helt enig) adderes til sumscore 0-30 (høj grad af fear avoidance)
Coping/ håndtering	Et spørgsmål om mulighed for at håndtere/kontrollere smerterne selv angivet på 11 point skala 0 (Ingen mulighed) - 10 (Kan kontrollere smerterne fuldstændigt)
Mental Health Scale -Five (MH-5) (12)	5 spørgsmål vedr. psykisk velbefindende i sidste 4 uger angivet i 5 svarkategorier (hele tiden til intet tidspunkt) adderes og omregnet til 0-100 point (100, bedst)
EQ-5D-5L Index (13)	5 spørgsmål omhandlende helbredstilstand i dag inden for domænerne bevægelighed, personlig pleje, aktiviteter, smerter/ubehag og angst/depression angivet i 5 svarkategorier som adderes og omregnes til helbredsrelateret livskvalitets Index -0.6 - 1.0 (1.0, bedst)

OE: overekstremiteter, UE: Underekstremiteter

Kliniske data

Ved første konsultation blev kliniske data indsamlet via et internetbaseret standardiseret undersøgelseskema, på en lang række anamnesticke oplysninger såsom; symptomudbredelse, aktuel smerte, tidligere episoder, alarmsymptomer, relevant traume, co-morbiditet, medicinforbrug, fysisk aktivitet, tilstedeværelse af arbejdsskadesag og om patienterne havde en sundhedsforsikring eller havde været udredt i andet regi. Symptomdiagnoser relateret til muskel- og skeletsystem blev registreret i overensstemmelse med den danske version af International Classification of Primary Care 2nd Edition (ICPC-2) (13) under symptom diagnosegruppe "L" muskel- og skelet system; http://www.dak-e.dk/files/22/icpc_2_kodekort.pdf. Der kodes initialt for henvendelsesdiagnose, og efter den kliniske undersøgelse for forløbsdiagnose. Derudover blev fysioterapeutens sub-klassifikation anført. Alle deltagende fysioterapeuter har modtaget undervisning i et 4 timers forløb, der foregik Regionsvis i 2 runder. Undervisningen indeholdt beskrivelse af baggrund og metode i projektet, informationsmateriale, patientspørgeskema, diagnosekodning, kliniske data, gennemgang af procedure og praktisk afprøvning af databasen FysDB. Derudover var der i hele dataindsamlingsperioden hotline funktion til praksiskonsulent i Region Midtjylland, hvorfra projektet blev administreret.

Etiske overvejelser

Deltagelse i undersøgelsen er baseret på princippet om informeret samtykke. Patienterne har modtaget både mundtlig information og skriftligt informationsmateriale, der indeholder kortfattet fremstilling af projektet. Projektet er godkendt af datatilsynet og henhører under Region Midtjyllands generelle anmeldelse til Datatilsynet, "Sundhedsvidenskabelig forskning i Region Midtjylland", jf. persondatalovens § 43 (jnr. 2007-58-0010).

STATISTISK ANALYSE

Deskriptiv statistik blev opgjøret for alle variable. Kategoriske variable blev tabuleret, og kontinuerte variable vurderet for normalfordelingen ved histogrammer og qq-plots. Gennemsnit og medianer med dertilhørende standard deviation og inter quartil range (IQR) blev estimeret for kontinuerlige variable. Forskelle mellem deltagere og ikke deltagere i undersøgelsen blev analyseret ift. til køn, alder og region via chi2 test og Wilcoxon rank-sum test. Patientkarakteristika og symptomdiagnosekoder blev opgjøret og regionale forskelle blev analyseret ved chi2, ensidet varians analyse eller Kruskal-Wallis test afhængig af variabelens fordeling. Subskalaer for inkluderet måleredskaber for smerter, funktion

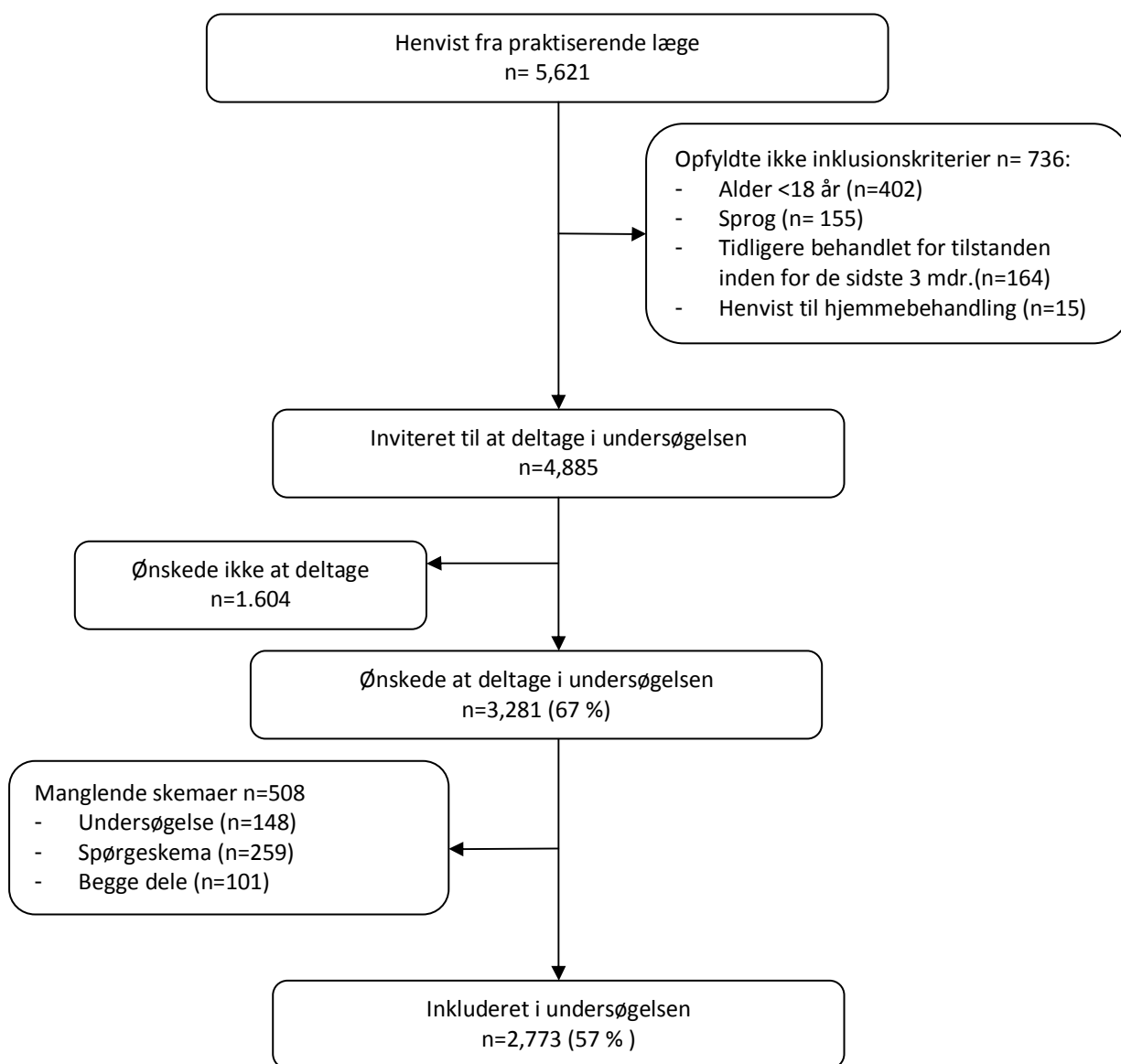
begrænsning, smerteadfærd og helbredsstatus blev opgjort. Forskelle mellem køn og overordnet diagnose blev ligeledes analyseret ved non parametriske analyse. Statistisk analyse udført med statistikprogram STATA version 12.

RESULTATER

Deltagelse i undersøgelsen

Undersøgelsen forløb er præsenteret i figur 1. I alt 4.886 ud af 5.621 patienter, henvist fra praktiserende læger, opfyldte inklusionskriterierne og blev inviteret til at deltage i undersøgelsen. Af dem ønskede 3.281 at deltage, hvilket gav en initial deltagelse på 67 %. En del af patienterne svarede ikke på spørgeskemaet, og nogle mødte ikke op/ blev ikke registreret ved første undersøgelse. Patienter med manglende data adskilte sig ikke i forhold til køn, alder eller på tværs af regioner fra patienter, som deltog i undersøgelsen.

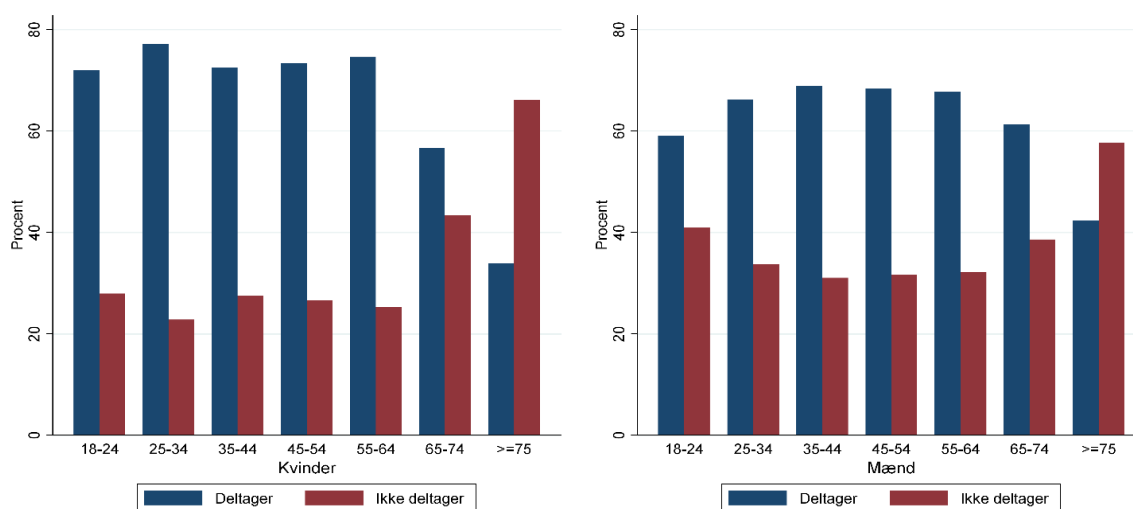
Figur 1: Flow diagram over undersøgelsen



Deltagelse fordelt på aldersgrupper og køn

Deltagelse fordelt på køn og aldersgrupper er præsenteret i figur 2. Der var signifikant forskel på patienter, som deltog og ikke deltog i undersøgelsen i forhold til køn og alder. Deltagelse for kvinder og mænd var henholdsvis 68 % og 65 %, og væsentlig flere i alderen ≥ 65 år deltog ikke. I aldersgruppen ≥ 75 år deltog kun 33 % af patienterne, denne andel var lidt større for kvinder (Figur 2). Derudover var deltagelsesprocenten lavere for mænd i aldersgruppen 18-24 år.

Figur 2: Deltagelse fordelt på aldersgrupper og køn



Deltagelse fordelt på aldersgrupper og køn

Deltagelse fordelt på Region

Der blev registreret flest henvisninger i Region Nordjylland (Tabel 2). Deltagelsesgraden var lavere i Region Midtjylland og Region Hovedstaden, hvor kun ca. 63 % af adspurgte patienter deltog, mens tilsvarende deltagelsesprocenter for Region Syddanmark og Region Nordjylland var 71 % og 70 %. Disse forskelle var ligeledes statistisk signifikante ($p < 0.01$)

Tabel 2: Andelen af deltagere fordelt på regioner	Region Hovedstaden		Region Syddanmark		Region Midtjylland		Region Nordjylland	
	Deltager	739	(62.5)	877	(71.1)	612	(63.2)	1.053
Ikke deltager	443	(37.5)	356	(28.9)	357	(36.8)	448	(29.8)
Total antal inviteret	1.182	(100.0)	1.234	(100.0)	969	(100.0)	1.501	(100.0)

Værdier er antal patienter (procent)

Deltagere sociodemografiske data

Karakteristika på deltagende patienter er præsenteret i tabel 3. I alt 66 % kvinder og 34 % mænd deltog. Gennemsnitsalderen for deltagende patienter var 48 år (SD 15), gennemsnitsalderen for kvinder var lidt lavere end for mænd (48 versus 49 år). Størstedelen af patienterne havde en mellemlang videregående uddannelse, og langt de fleste var i arbejde. Kun i alt 9 % af patienterne var sygemeldte fra arbejde eller arbejdsledighed, og tilstedeværelse af erstatningssag var sjælden. Der fandtes ingen regionale forskelle på køn, men Region Hovedstaden var gennemsnitslig yngre (46 år), og havde et højere uddannelsesniveau og var hyppigere i arbejde. Andelen af patienter med en sundhedsforsikring var en smule større i Region Syddanmark og Region Midtjylland, mens igangværende erstatnings/forsikrings sag blev hyppigst registreret i Region Syddanmark.

Tabel 3: Sociodemografiske karakteristika på 2,773 patienter som deltog i undersøgelsen, totalt og fordelt på Regioner

	Total	Region Hovedstaden	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
Kvinder	65.9	67.4	64.4	66.4	65.85
Alder gns. (SD)	48.3 (15.1)	46.5 (15.4)	49.4 (15.0)	48.5 (14.1)	48.5 (15.4) **
Uddannelse					
Ufaglært	14.8	6.2	15.3	16.8	18.7
Faglig	22.4	15.0	24.1	25.0	24.5
Kort videregående under 3 år	15.9	10.3	20.2	17.6	15.0
Mellemlang videregående 3 - 4 år	30.2	33.8	29.7	28.1	29.4
Lang videregående over 4 år	12.3	28.3	7.3	9.8	7.4
Anden uddannelse	4.5	6.4	3.5	2.8	5.0 **
Erhvervsstatus					
I arbejde	53.1	57.8	51.5	56.9	49.1
Beskæftiget på særlig vilkår	2.9	1.5	3.7	3.0	3.2
Sygemeldt fra arbejde	7.8	4.8	9.5	7.3	8.7
Sygemeldt fra arbejdsløshed	1.3	1.0	1.7	0.6	1.6
På orlov (barsel,forældre,uddannelse)	1.7	2.8	0.8	1.4	1.9
Arbejdsløs	3.2	3.1	3.0	3.0	3.4
Elev/ lærling/stud.	5.4	7.7	3.8	4.0	5.9
Folkepen./ efterlønsmod./førtidspen.	22.7	18.9	24.1	21.5	24.8
Andet	2.0	2.5	1.9	2.4	1.4 **
Sundhedsforsikring	30.3	29.4	33.6	32.1	27.2 *
Igangværende erstatningssag	5.2	3.0	7.7	4.6	5.1 *

Værdier er angivet i procent, hvis ikke anført anderledes. Statistisk test foretaget med chi², ensidet varians analyse eller Kruskal-Wallis test: * p<0.05, **p<0.001

Varighed af smerter, multisygdom og sundhedsvaner

Næsten halvdelen af patienterne havde smerter varende i mere end 3 mdr. og havde oplevet generende smerter fra mere en 2 kropsregioner (Tabel 4). I alt 50 % havde oplevet en eller flere tidligere smerteepisoder. Konkurrerende lidelser var til stede hos i alt 31 %, men heraf angav størstedelen kun en enkelt konkurrerende lidelse. Igangværende erstatningssag var relativ sjældent forekommende i denne population (5 %). I forhold til almen sundhedstilstand opgav

19.6 % at ryge (heraf 15 % dagligt), 53 % var moderat eller svært overvægtige (Body Max Index ≥ 25), mens hele 36 % angav at være moderat fysisk aktive mindst 30 min. 6-7 dage ugentlig.

Der fandtes ingen regionale forskelle i andelen af rygere, personer med konkurrerende lidelser eller varighed af smerter, men deltagere i Region Hovedstaden var sjældnere overvægtige end i de øvrige regioner.

Tabel 4: Varighed og udbredelse af smerter, multisygdom og sundhedsvaner for 2,773 patienter som deltog i undersøgelsen, totalt og fordelt på Regioner

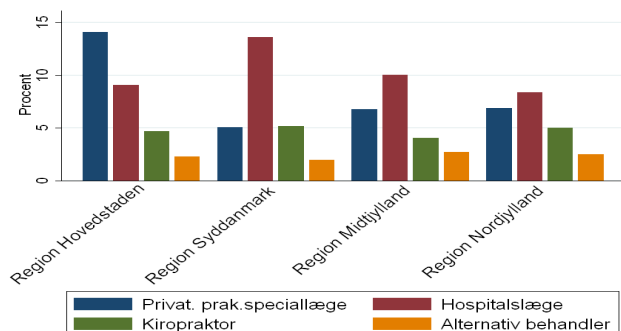
	Total	Region Hovedstaden	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
Varighed af smerter/symptomer					
Akutte (< 1.mdr)	24.5	21.7	23.6	25.6	26.4
Subakutte (1- 3.mdr.)	27.7	28.9	26.9	28.0	27.5
Kroniske (> 3 mdr.)	47.8	49.4	49.5	46.5	46.1
Smerter i >2 kropsregioner	45.4	41.8	48.1	46.4	45.1
En eller flere tidligere episoder	50.4	49.1	52.3	50.7	49.6
Tidligere operativt indgreb	17.2	13.1	20.7	18.2	16.3 **
Multisygdom					
1 konkurrerende lidelser	22.2	20.4	22.7	24.3	21.7
2 eller flere konkurrerende lidelser	8.5	8.4	8.6	8.1	8.6
Ryger	19.6	19.1	17.4	20.6	21.3
Fysisk aktiv 30 min. > 5 dage om ugen	35.8	32.2	36.9	35.0	37.8
Overvægt (BMI >25)	53.2	39.4	56.5	53.8	59.3 *

Værdier er angivet i procent, hvis ikke anført anderledes. Statistisk test foretaget med chi2 og Kruskal-Wallis test: * $p < 0.05$, ** $p < 0.001$

Udredning andet regi

Registreringen af patienter, som havde været udredt af en anden behandler i forbindelse med nuværende muskel-skeletbesvær, fordelt på regioner er præsenteret i figur 5. I alt patienter 616 (22 %) havde været udredt hos anden behandler, andelen som havde været til udredning ved privatpraktiserende speciallæge var markant højere i Region Hovedstaden, ligesom andelen af patienter der har været udredt af hospitalslæge er markant højere i Region Syddanmark.

Figur 3: Udredning i andet regi



Diagnosefordeling

Fordeling af symptomdiagnoser er præsenteret i tabel 4. Primær symptomklage fra nakke, brystryg og lænderyg var hyppigst og udgjorde samlet set mere end halvdelen af symptomdiagnoser, givet ved fysioterapeutiske undersøgelser. Totalt set over alle symptomdiagnoser sås små, men signifikante regionale forskelle. Størst var variationen i diagnose ift. underekstremiteter, men ingen signifikante forskelle mellem de tre største grupper; nakke, lænd, og skulder ($p=0.96$). Der fandtes desuden kønsmæssige forskelle på symptomdiagnose. Andelen af patienter med nakkesymptomer hos henholdsvis kvinder og mænd var 23.7 % og 16.9 %, mens procentfordeling for kvinder og mænd hos skulderpatienter var henholdsvis 9.8 % og 15.7 % (Tabel 5).

Tabel 5:
Fysioterapeutens primære klassifikation hos deltagende patienter (n=2773)

Symptom diagnose*	Total	Region			
		Hovedstaden	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Columna/bryst					
Nakke (L01)	21.4	22.8	21.7	20.2	21.0
Lænd (L03)	25.8	25.8	27.9	25.1	24.4
Ryg/bryst(L02/L04)	7.3	6.6	7.9	10.1	5.7
<i>Total</i>	<i>54.5</i>	<i>55.2</i>	<i>57.5</i>	<i>55.3</i>	<i>51.0</i>
Overekstremiteter					
Skulder (L08)	11.8	11.0	12.8	12.5	11.2
Arm/hånd (L09-L12)	4.9	4.4	5.0	5.7	4.5
<i>Total</i>	<i>16.7</i>	<i>15.4</i>	<i>17.9</i>	<i>18.2</i>	<i>15.7</i>
Underekstremiteter					
Hofte (L13)	4.7	5.1	2.7	6.1	5.3
Knæ (L015)	6.9	9.5	6.6	5.5	6.1
Lår/underben/fod (L014/16/17)	8.0	6.1	7.0	9.9	9.2
<i>Total</i>	<i>19.6</i>	<i>20.7</i>	<i>16.3</i>	<i>21.5</i>	<i>20.6</i>
Andet	7.8	7.4	6.8	4.2	11.0
Manglende	1.4	1.3	1.6	0.8	1.7

Værdier er angivet i procent, hvis ikke anført anderledes. *Symptomdiagnose baseret på ICP-2 klassifikation

Mistanke om alvorlig patologi:

I alt 21 (0.8%) tilfælde havde fysioterapeuten mistanke om alvorlig patologi (tegn til røde flag), som krævede tilbagehenvisning eller kontakt til egen læge. Flest røde flag blev registreret hos patienter klassificeret under symptomdiagnosen nakke og ryg/bryst (Figur 6).

Tabel 6: Røde flag

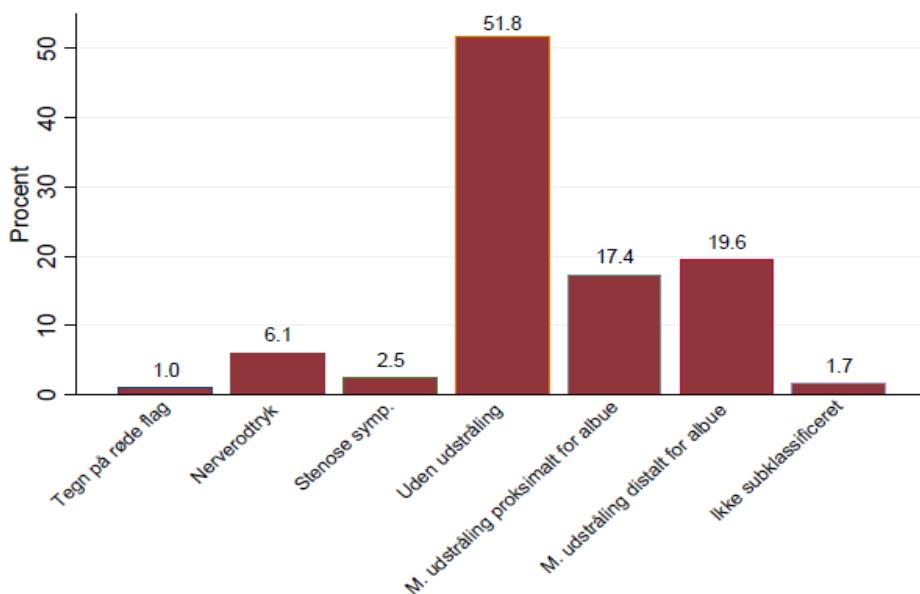
Symptomdiagnose		
Nakke (L01)	6	(1.0)
Lænd (L03)	2	(0.3)
Ryg/bryst (L02/L04)	5	(2.5)
Skulder (L08)	1	(0.3)
Arm/hånd (L09-L12)	2	(1.5)
Hofte (L13)	2	(1.5)
Knæ (L015)	0	(0.0)
Lår/underben/fod (L014)	1	(0.5)
Andet	2	(0.9)
Total	21	(0.8)

Værdier er antal patienter (procent)

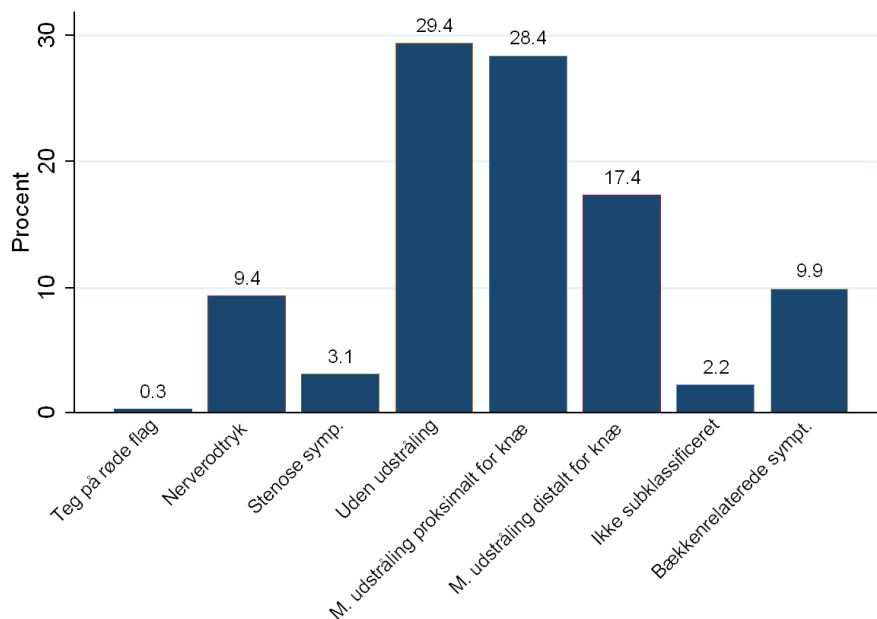
Subklassifikation

Fordelingen af sub-klassifikation for de to største symptomdiagnosegrupper Nakke (L01) og Lænd(L03) er præsenteret i figur 4 og 5. Nakkesymptomer uden udstråling blev konstateret hos mere end halvdelen af nakkepatienterne, mens 6 % havde tegn til nerverodstryk. Hos henholdsvis 35 % og 9 % af nakkepatienterne blev der i tillæg angivet hovedpine og whiplash symptomer (resultat ikke vist). Hos lænderygpatienter udgjorde gruppen uden udstrålende symptomer og med udstrålende symptomer tilsammen 75 %, mens tegn til nerverodstryk sås hos 9 %.

Figur 4: Subklassifikation for patienter med nakkesymptomer (L01)



Figur 5: Subklassifikation for patienter med lændesyntomer(L03)



Smerte, funktionsbegrænsninger og smerteadfærd

Gennemsnitligt smerteniveau var relativt højt (Tabel 7). Små, men signifikante forskelle blev observeret mellem kvinder og mænd og overordnede diagnosekategori. Især patienter med primære symptomer fra underekstremiteter skilte sig ud. Lignende forskelle blev observeret for smerter i aktivitet og funktionsbegrænsninger, som dog generelt lå på et noget lavere niveau – indikerende relativt lavt funktionsevnetab hos patienterne. 45,6 % angav at have søvnproblemer pga. af smerterne. Heraf angav halvdelen en score for søvnbesvær på 50 point eller mere.

Tabel 7: Smerter og funktionsbegrænsninger for deltagende patienter (n=2773), samt fordelt på køn og overordnet diagnosekategori

	Køn						Diagnose †									
	I alt		Mænd		Kvinder		OE		Columna		UE		Andet			
Smertes 0-10																
Gns.(SD)	6.5	(2.3)	6.2	(2.3)	6.7	(2.3)	6.5	(2.1)	6.9	(2.1)	5.6	(2.6)	6.2	(2.8)		
Median (IQR)	7.0	(3.0)	7.0	(3.0)	7.0	(3.0)	**	7.0	(3.0)	7.0	(2.0)	6.0	(4.0)	7.0	(4.0)	**
Sm. i aktivitet 0-100																
Gns. (SD)	32.7	(20.7)	30.3	(20.4)	34.0	(20.7)	34.6	(20.7)	34.3	(21.0)	27.6	(17.8)	30.3	(22.5)		
Median (IQR)	30.0	(15.8)	26.7	(30.8)	31.7	(31.7)	**	33.3	(32.5)	31.7	(31.7)	24.2	(25.8)	27.5	(38.3)	**
Funktion, 0-100																
Gns. (SD)	26.3	(20.1)	23.0	(19.0)	27.9	(20.5)	28.0	(18.7)	27.3	(20.7)	21.9	(18.1)	26.2	(22.5)		
Median (IQR)	22.5	(29.2)	19.2	(26.7)	24.1	(30.0)	**	25.0	(26.7)	23.3	(30.8)	17.5	(25.0)	21.3	(34.2)	**
Søvnscore, 0-100†																
Gns. (SD)	48.3	(25.0)	45.4	(24.1)	49.6	(25.3)	42.6	(24.2)	49.5	(25.1)	46.9	(25.3)	55.1	(23.5)		
Median (IQR)	50.0	(45.0)	45.0	(40.0)	50.0	(40.0)	*	40.0	(40.0)	50.0	(40.0)	50.0	(45.0)	60.0	(35.0)	**
Søvnproblemer, %	45.6	43.3	46.8	55.8	48.9	30.8	39.1	**								
Daglig smerter, %	87.6	88.0	87.4	93.0	88.4	84.2	80.2	**								
Sm. >2 regioner, %	45.4	34.6	51.0	**	38.3	51.9	30.6	52.8	**							

Gns.: Gennemsnitlig score, SD (standard deviation), Median score: 50 percentil, IQR: Inter quartile range., OE: Overekstremiteter (L08,L09-12), Columna (L01-04), UE: Underekstremiteter (L13-17), † Udregnet for patienter som ved baseline angav at årsag til søvnbesvær skyldtes smerter, * p<0.01, **p<0.001

Smerteadfærd og helbredsstatus

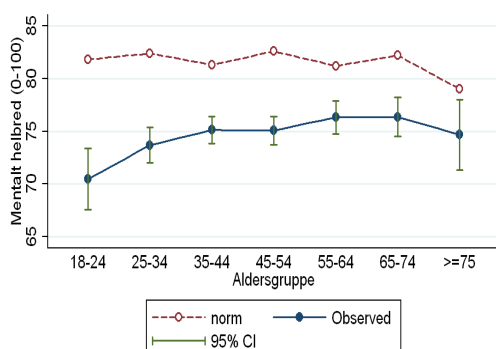
Gennemsnitlig score for fear avoidance var 15.9 (tabel 8), hvoraf 75 % havde en score > 10, angivende moderat til høj grad af fear avoidance (resultat ikke vist). Tilsvarende angav patienterne moderat evne til selv at kunne håndtere/cope med deres smerter. Ingen kønsmæssige forskelle blev fundet for fear avoidance- og copingscore, men patienter med symptomer relateret til underekstremiteterne havde en lidt højere fear avoidance score. 40 % tog daglig smertestillende medicin. Kvinder og patienter med columna relaterede symptomer oplevede hyppigere smerter fra flere kropsregioner, og andelen som tog daglig smertestillende medicin, var større hos patienter med columna relaterede symptomer. Patienternes mentale helbred og helbredsrelaterede livskvalitet var påvirket. Mental helbredsscore var gennemsnitlig 75,0. Mental helbredsscore var generelt noget lavere sammenlignet med baggrundsbefolkningen (se figur 6). Tilsvarende normalbefolkningen blev der observeret en lavere score for kvinder end mænd. Helbredsrelateret livskvalitet viste en index score på 0,69, men ingen signifikant forskel blev observeret i forhold til køn og diagnosegrupper.

Tabel 8: Smerteadfærd og helbredsstatus for deltagende patienter (n=2773), samt fordelt på køn og overordnet diagnosekategori

	Køn						Diagnose ‡							
	I alt	Mænd		Kvinder		OE	Columna		UE		Andet			
Fear avoidance 0-30														
Gns. (SD)	15.9 (8.4)	16.1 (8.3)	15.7 (8.4)	16.0 (8.0)	15.6 (8.4)	17.0 (8.2)	14.4 (9.2)	16.0 (8.0)	15.6 (8.4)	17.0 (8.2)	14.4 (9.2)	16.0 (8.0)	15.6 (8.4)	
Median (IQR)	16.0 (12.0)	16.0 (13.0)	16.0 (12.0)	16.0 (12.0)	16.0 (12.0)	16.0 (12.0)	15.0 (12.0)	17.0 (13.0)	15.0 (12.0)	17.0 (13.0)	15.0 (12.0)	16.0 (12.0)	15.0 (12.0)	
Coping, 0-10														
Gns. (SD)	5.4 (2.8)	5.3 (2.9)	5.5 (2.7)	5.4 (2.8)	5.2 (2.7)	6.0 (2.8)	5.5 (2.9)	5.0 (5.0)	5.0 (5.0)	6.0 (2.8)	5.5 (2.9)	5.0 (5.0)	5.0 (5.0)	
Median (IQR)	5.0 (5.0)	5.0 (5.0)	5.0 (5.0)	5.0 (5.0)	5.0 (5.0)	5.0 (5.0)	5.0 (5.0)	5.0 (5.0)	5.0 (5.0)	6.0 (4.0)	5.0 (5.0)	5.0 (5.0)	5.0 (5.0)	
Mentalt, 0-100														
Gns. (SD)	75.0 (17.6)	77.0 (17.2)	74.0 (17.7)	77.0 (17.1)	73.4 (17.8)	78.5 (15.9)	74.0 (19.6)	80.0 (20.0)	76.0 (24.0)	80.0 (20.0)	80.0 (28.0)	80.0 (20.0)	74.0 (19.6)	
Median (IQR)	80.0 (24.0)	80.0 (28.0)	76.0 (24.0)	80.0 (20.0)	76.0 (24.0)	80.0 (20.0)	80.0 (28.0)	80.0 (20.0)	76.0 (24.0)	80.0 (20.0)	80.0 (28.0)	80.0 (20.0)	74.0 (19.6)	
Livskvalitet, 0-1														
Gns. (SD)	0.69 (0.13)	0.69 (0.14)	0.69 (0.13)	0.71 (0.12)	0.69 (0.14)	0.70 (0.13)	0.70 (0.15)	0.73 (0.17)	0.72 (0.19)	0.73 (0.14)	0.73 (0.19)	0.73 (0.14)	0.70 (0.15)	
Median (IQR)	0.73 (0.17)	0.72 (0.17)	0.73 (0.17)	0.73 (0.14)	0.72 (0.19)	0.73 (0.14)	0.73 (0.19)	0.73 (0.14)	0.72 (0.19)	0.73 (0.14)	0.73 (0.19)	0.73 (0.14)	0.70 (0.15)	
Medicin dagligt, %														
	40.0	37.9	41.1	36.9	43.8	35.0	33.0	36.9	43.8	35.0	33.0	36.9	43.8	
Sygemeldt, %														
	9.1	8.2	9.6	8.6	9.7	7.5	8.3	9.1	8.2	9.6	8.6	9.7	7.5	

Gns.: gennemsnitlig score, SD(standard deviation), Median score: 50 percentil, IQR: Inter quartile range, OE: Overekstremiteter (L08,L09-12), Columna(L01-04), UE: Underekstremiteter (L13-17), * p<0.01, **p<0.001

Figur 6. Mental helbreds score hos de deltagende patienter (n=2773) sammenlignet med normscore i den danske befolkning.



Patientprofilen

Nedenstående figur er den overordnede patientprofil grafisk illustreret.

Figur 7.



DISKUSSION

Karakteristika for patientpopulationen i fysioterapipraksis

Dette er den hidtil største undersøgelse af patienter i primær fysioterapipraksis i Danmark. Grundlæggende træk ved patientpopulationen blev indsamlet og opstillet via udsendelse af elektronisk patientspørgeskema og ved standardiseret klinisk undersøgelse ved fysioterapeutisk konsultation. Overordnet peger undersøgelsens resultater på at fysioterapipraksis varetager en belastet patientgruppe i primær sektoren. En stor del af patienterne har langvarige smerter, behov for daglig smertestillende medicin, smerter i mere end 2 kropsregioner på samme tid, søvnproblemer, fear avoidance adfærd og manglende evne til at håndtere smerterne. Derudover synes patienternes psykiske velbefindende og livskvalitet at være påvirket.

Resultatet indikerer, at praktiserende læger ved henvisning til fysioterapipraksis kan differentiere patienter med behov for videre udredning og behandling i primærsektoren. Langt størstedelen af patienterne var i aktivitet og i arbejde på trods af smerterne og oplevede kun lette til moderate funktionsbegrænsninger i hverdagen. Dette i modsætning til patienter der henvises til sekundærsektoren. Her vil henvisningsårsagen hos patienter med muskel-skeletbesvær ofte være nedsat funktionsevneniveau og sygdommelding.

Der blev observeret kønsmæssige forskelle i forhold til symptomdiagnose, graden af smerter, funktionsbesvær, søvnbesvær og mentalt helbred. Næsten halvdelen af alle symptomklager var relateret til lænd og nakke. Kvinder oplevede hyppigere smerter fra nakkeregionen, og angav generelt et mere belastet fysisk og mentalt helbred. Derimod fandtes der ingen forskelle mellem kvinder og mænd i graden af fear avoidance eller helbredsrelateret livskvalitet. Mental helbredsscore er i nærværende undersøgelse generelt noget lavere sammenlignet med norm score fra baggrundsbefolkningen. En gennemsnitlig score for helbredsrelateret livskvalitet index på 0,69 var lavere end i en større populationsundersøgelse i Danmark (13), om end sådanne forskelle skal tolkes med forsigtighed, da nærværende undersøgelse anvendte en nyere version af EQ-5D-skemaet end førnævnte undersøgelse.

I forhold til overordnet symptomdiagnose adskilte patienter med smerter og besvær fra underekstremiteterne og andre problematikker sig fra øvrige diagnoser. Idet patienter med smerter og besvær fra underekstremiteterne oplevede at være mindre belastet af deres smerter og en højere grad af evne til selv at kunne håndtere deres smerter, men paradoksalt nok også en væsentlig højere grad af fear avoidance.

Regionalt adskilte patienter henvist til fysioterapipraksis i Region Hovedstaden, sig markant fra andre regioner i forhold til lavere aldersgennemsnit, højere uddannelsesniveau og lavere andel af overvægtige. Tilsvarende andre undersøgelser adskiller hovedstaden sig markant ved større forekomst af højtuddannede og yngre. Herudover kan klinikernes placering i de større byområder have betydning. I Region Hovedstaden observeres større forekomst af udredning hos speciallæge, før henvisning til fysioterapipraksis. I Region Syddanmark ses større forekomst af udredning i sekundærsektoren af hospitalslæge inden henvisning til fysioterapipraksis. Disse forskelle kan være et udtryk for forskellighed i regionernes organisatoriske opsætning.

Det har været muligt at implementere obligatorisk anvendelse af ICPC 2 DK kodning i fysioterapipraksis. Dette både hvad angår henvendelsesdiagnoser, der angiver patientens oplevelse af problematikken inden udredning, og overordnede forløbsdiagnoser, der vurderes ud fra den kliniske undersøgelse. Forløbsdiagnoser indeholder desuden sub-klassifikation med gensidige inklusions og eksklusionskriterier(14). Disse er ofte i opstilling og sprogbrug tilpasset praktiserende læger. Fysioterapeuter har muligvis behov for en yderligere beskrivelse og nuancering af forløbsdiagnoser.

Sammenligning med andre undersøgelser

De observerede forskelle mellem kvinder og mænd, som henvises til fysioterapi praksis, er i overensstemmelse med andre undersøgelser. I en dansk undersøgelse (n=2042) fandt Fink et al, at kvinder udgjorde 63 % af patienter, som blev henvist til fysioterapi af praktiserende læge (5). Tilsvarende fandt en undersøgelse, som sammenlignede karakteristika på fysioterapeutiske patienter på tværs af tre lande USA (n=62.798), Israel (n=99.541) og Holland (n=12.193), at andelen af kvinder i USA var 62,8 %, i Israel 60,4 % og i Holland 58 % (15). Lignende kønsfordeling er gennemgående i

sundhedsvæsenet. Kvinder bruger flere sundhedsydelser og har højere sygelighed og forskelle i rapportering af smerter og smerterelateret funktionsnedsættelse. Årsagsforholdene beskrives som komplekse og modstridende. Biologiske faktorer kan forklare nogle forskelle, men den vigtigste forklaring er formentlig kønsforskelle i arbejde, økonomi, dagligdag og det sociale liv (1,16). Gennemsnitsalderen var højere end undersøgelsen af Fink et al., 48 år versus 46 år (4), men lavere end i et internationalt studie med data indsamlet på kliniske databaser i fysioterapipraksis; i USA 52 år, i Israel 52 år og i Holland 49 år (15).

Primær symptomklage fra columna (L01, L02, L03) udgjorde samlet set 54,5 % af alle symptomdiagnoser i nærværende undersøgelse, efterfulgt af skuldersyndrom (L08), der udgjorde 11,8 %. Tilsammen udgjorde disse 4 diagnosegrupper 66,3 % af alle henviste patienter. Dette stemmer overens med fund i et Hollandsk populationsstudie på generel forekomst af muskuloskeletale smerter, hvor symptomklage fra columna og skulder udgjorde 68,4 % (17). Columna relaterede symptomdiagnoser, udgjorde i førnævnte studie hos praktiserende fysioterapeuter i USA, Israel og Holland, henholdsvis i USA 46,5 %, i Israel 47,5 % og i Holland 56,7 %, og skulderrelaterede symptomdiagnoser henholdsvis i USA 19,0 %, i Israel 11,7 % og i Holland 11,9 %, af alle registrerede symptomdiagnoser.

Forekomsten af diagnosegruppen knæsymptomer var i undersøgelsen (15) væsentlig større, henholdsvis i USA 14,3 %, i Israel 14,5 % og i Holland 11,5 %, versus 6,9 % i nærværende undersøgelse. Denne lave henvisningsfrekvens i Danmark kan undre, da der både foreligger evidens for træning og kliniske retningslinjer for indsatsen ved fx knæarthrose (18). Godt Liv med Arthrose i Danmark (GLA:D) repræsenterer en dansk version af en non-operativ behandling af knæ- og hoftearthrose bestående af patientuddannelse og træning. I GLA:D projektet foretages løbende dataopsamling med mulighed for at følge patienter med hofte- og knæarthrose, samt mulighed for at evaluere effekten af behandlingen (19).

Patientprofilen hos praktiserende fysioterapeuter adskiller sig markant fra patientprofilen hos danske kiropraktorer, hvor en større andel af patienter havde lænderygmerter 41 %, og hele 64 % havde haft smerter under 1 måneds varighed (n=2020) (4). Dette kan indikere, at patienter som henvises til fysioterapeut oftere har en mere kompleks og langvarig problemstilling. Der ses også en mere ligelig kønsfordelingen hos patienter som opsøger kiropraktor (51 % kvinder), hvilket kan afspejle forskel i behandlingspræference hos mænd og kvinder.

Der blev i patientpopulationen observeret højt niveau af fear avoidance adfærd, nedsat evne til håndtering af tilstanden og nedsat mentalt helbred. Der er bred enighed om at disse psykosociale faktorer kan have negativ indflydelse på forløb og prognose, og at tidlig identifikation er vigtig. Der findes dog kun få studier, der afprøver en målrettet intervention i forhold til psykosociale faktorer. Dette oftest inden for afgrænsede diagnoseområder. Effekten angives at være usikker, men målrettet intervention anbefales. De bedste resultater opnås hvor niveauet for psykosociale problemstillinger er størst (20).

Undersøgelsens begrænsninger

Nærværende undersøgelse har nogle begrænsninger, som skal medtages i fortolkning af undersøgelsens resultater. Initial deltagelsesprocent i undersøgelsen var acceptabel (67%) og tilsvarende en tidligere undersøgelse i det tidligere Aarhus amt (5), men kvinder deltog lidt hyppigere end mænd og en stor del af patienter i aldersgruppen ≥ 75 år valgte ikke at deltage. Dette svarer til andre større populationsbaserede undersøgelser (1,2). Dette kan skyldes, at undersøgelsen primært var baseret på et netbaseret spørgeskema. Selvom der var mulighed for at besvare spørgeskemaet på klinikken (evt. i papirform), var deltagelsesprocenten i denne gruppe meget lav. Ydermere kan det være svært at overskue at deltage i en sådan undersøgelse, hvis man oplever sig meget belastet af sin tilstand, eller har få ressourcer i sin hverdag. I et sådan tilfælde vil der være risiko for, i nogen grad, at underestimere patienternes funktionsbegrænsning.

Derudover havde ca. 10 % af patienterne manglende data (manglende besvarelse af spørgeskema og/eller mødte ikke op) – disse adskilte sig ikke i forhold til køn, alder, eller på tværs af regioner fra patienter, som deltog i undersøgelsen. Regionale forskelle i deltagelsesprocent og en vis variation i fysioterapeuternes ICPC-2 kodning kan desuden have haft indflydelse. En relativ større del af patienterne i Region Hovedstaden og Region Midtjylland valgte ikke at deltage.

Selvom alle fysioterapeuter blev undervist i ICPC-2 kodning og klassifikationen, blev guidet af detaljerede beskrivelser af definitioner og huskeregler i elektronisk undersøgelseskema, kan nogen variation i diagnosekodningen og andre kliniske variable indsamlet ved fysioterapeutiske undersøgelser ikke afvises. Yderligere undersøgelser af reproducerbarhed, validitet og prædikative værdi af ICPC – 2 kodning i fysioterapipraksis er ønskelig.

Patientspørgeskema var baseret på spørgsmål og validerede skalaer tidligere anvendt i større befolkningsundersøgelser (1, 2, 6, 7, 8, 9, 10,11). Disse måleredskaber er dog udviklet til populationsundersøgelser og er ikke specifikt blevet evalueret i forhold til en patientpopulation i fysioterapipraksis. Da undersøgelsens formål var af deskriptiv karakter, er der ikke taget højde for andre faktoreres indvirkning (confounding) i analyser af forskelle mellem køn og overordnet diagnosegrupper - de observerede forskelle skal derfor tolkes med forsigtighed. Endelig valgte Region Sjælland ikke at deltage, og resultater af nærværende undersøgelse kan således ikke generaliseres til patienter eller fysioterapeutklinikker i denne del af Danmark.

KONKLUSION

Dette er den hidtil største kortlægning af patientprofilen på patienter med muskel- skeletbesvær henvist til udredning og behandling i fysioterapipraksis under speciale 51. Information om fordeling af symptomdiagnoser og patienternes smerter, funktionsbegrænsninger, smerteadfærd og helbredstatus blev systematisk indsamlet og demonstrerede, at ICPC-2 diagnosekodningssystem kan være et anvendeligt redskab til subgruppering af patienter i primær fysioterapipraksis. Nærværende undersøgelse peger på en række faktorer, - ud over smerter og funktionsbegrænsninger, som kan være vigtige indikatorer i udviklingen af fremtidig kvalitetsmonitorering i fysioterapipraksis. Der blev observeret regionale forskelle i patientkarakteristika og forskelle i belastningsgraden ift. køn og på tværs af symptomdiagnose. Langt størstedelen af patienterne var i aktivitet og arbejde på trods af smerterne, og oplevede kun lette til moderate funktionsbegrænsninger i hverdagen. Samtidig har undersøgelsen vist at en stor del af disse patienter havde langvarige problemstillinger. Fysioterapeuter i primær praksis kan, via råd/vejledning og relevante behandlingsstrategier, derfor have en vigtig rolle i at understøtte patienterne i at forblive i aktivitet og i arbejde, så varig funktionsevnededsættelse forebygges.

PERSPEKTIVER

Undersøgelsen viser, at det er muligt at gennemføre systematisk opsamling af kliniske data og spørgeskema data i fysioterapipraksis. Dette via den allerede eksisterende lokale kvalitetsudviklingsdatabase FysDB. I sin nuværende form indeholder databasen obligatoriske data, der kan opsamles til datafangst, og fungerer samtidig som et hjælpe redskab for fysioterapeuten til klassifikation af tilstanden, vurdering af patientens belastningsgrad, og standardiseret journalisering. Videre udvikling af systemet rummer oplagte muligheder for datafangst, monitorering af forløb, kvalitetsbeskrivelse og yderligere standardisering af diagnosekodning og journal.

Kommunikationsmæssigt kan ICPC-2 diagnosekodning være en mulighed for fælles standard mellem praktiserende læger og praktiserende fysioterapeuter, og vurderes med fordel at kunne implementeres i fysioterapipraksis. Den anvendte udgave af ICPC 2 DK indbefatter i den lægeligt certificerede udgave, en fuldstændig mapping til ICD10 i SKS (Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem) (14). En opbygning der vil være velegnet til kommunikation med såvel primær og sekundær sundhedssektoren som med kommunerne, idet kodningen vil kunne følge patienter der viderehenvises. Hermed foreligger der mulighed for ud fra diagnosen at følge patientforløbet på tværs af sundhedssektoren. For patienterne vil fordelene være en sikring af en ensartet kommunikation vedrørende diagnostik og fælles betegnelse af deres tilstande. For fysioterapeuterne vil fordelene være at opnå en øget kompetence vedrørende formel diagnostik og diagnosekodning.

Endvidere vil implementering af ICPC–2 og fuld integration af SKS-kodning i fysioterapipraksissektoren bidrage til, at fysioterapipraksis kan levere data til kliniske kvalitetsdatabaser. De kliniske kvalitetsdatabaser har til formål at monitorere, evaluere og forbedre kvaliteten i behandlingen, herunder indsats og resultater, inden for hvert deres sygdomsområde. Denne viden kan dels benyttes som dokumentation for indsats og effekt, dels kan den indgå i audits og anden form for refleksion med henblik på kvalitetsudvikling. Kvalitetsdatabaserne udgør et væsentligt input i den kliniske hverdag. En række af kvalitetsdatabaserne indgår også som kilder til Den Danske Kvalitetsmodel (21).

Kortlægning af profilen på patienter, ud fra diagnosefordeling og belastningsgrad, peger på muligheden for at udvikle mere målrettede indsatser. Sundhedsstyrelsen udvikler aktuelt nationale kliniske retningslinjer for afgrænsede patientgrupper, ligesom der i de enkelte regioner er aftalt forløbsprogrammer for afgrænsede patientgrupper. Sammen og hver for sig giver de mulighed for at implementere nyeste viden om best practice.

Dette for eksempel med særligt fokus på målrettet indsats over for patienter med nakkebesvær, lænderygbesvær og skulderbesvær, der udgør de størst forekommende diagnosegrupper i fysioterapipraksis. Dette generelt i alle patientforløb, men især for de mest belastede patienter med risiko for dårlig prognose. Forløbet kan opstilles som intensive tidsafgrænsede forløb med intervention, der indeholder fysioterapeutisk udredning og behandling med særligt fokus på undersøgelse, klassifikation, kognitiv tilgang og patientuddannelse med inddragelse af patienterne i egen håndtering af tilstanden. Dette i tæt samarbejde og dialog med den praktiserende læge. Der bør opstilles klare kriterier for tidsmæssige rammer for forløbene og retningslinjer for viderehenvielse til sekundærsektoren.

Ovennævnte tiltag vil kunne være med til at sikre forbedrede, mere standardiserede og sammenhængende forløb på tværs i primærsektoren til gavn for patienterne. For den enkelte fysioterapeut vil de medføre en mere standardiseret og dokumenteret praksis. Håndtering af særligt komplekse patienter, vil kræve en kompetenceudvikling med efteruddannelse af fysioterapeuterne. Her kan der indtænkes en ordning med certificering og mulighed for specialisering i området. Endelig bør tilgængeligheden i fysioterapipraksis for særlige grupper vurderes, dette for eksempel for patienter med hofte- og knæarthrose.

Mere viden om forløbet for patienterne over tid er desuden nødvendig. Yderligere evaluering af forløbsdata på den etablerede kohorte af patienter i fysioterapipraksis via opfølgende spørgeskema, registerdata og sygesikringsdata er i øjeblikket igangværende.

LITTERATURLISTE

1. **Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987:** Anne Illemann Christensen, Ola Ekholm, Michael Davidsen, Knud Juel, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2012
2. **Den nationale Sundhedsprofil 2010. Hvordan har du det.** Ph.d.-studerende Anne Illemann Christensen, seniorforsker Michael Davidsen, seniorrådgiver Ola Ekholm, forsker Stig Eiberg Hansen, , videnskabelig assistent Maria Holst og forskningsleder Knud Juel, alle fra Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet
3. **Forebyggelse af skader og sygdomme i muskler og led.** Ewa Roos, Jan Hartvigsen, Henning Bliddal, Christian Mølgaard, Robin Christensen, Karen Søgaard, Mette K. Zebis, Vidensråd for Forebyggelse, 2013 www.vidensraad.dk
4. **Kiropraktorpatienter i Danmark 2002. En patientprofil.** Line Press Sørensen, Mette Jensen, Klaus Knarberg Doktor, Jan Hartvigsen. NIKKB 2004
5. **Patients in General Practice in Denmark Referred to Physiotherapists: A Description of Patient Characteristics Based on General Health Status Diagnoses, and Sociodemographic Characteristics.** Carsten Krogh Jørgensen, Per Fink, Frede Olesen. *Physical Therapy*. Volume 81, 915-923. 2001
6. **Sleep quality, the neglected outcome variable in clinical studies focusing on locomotor system; a construct validation study.** Aghayev E, Sprott H, Bohler D, Roder C, Muller U. *BMC Musculoskelet Disord* 2010 Sep 28;11:224.
7. **A pain assessment scale for population-based studies: development and validation of the pain module of the Standard Evaluation Questionnaire.** Muller U, Tanzler K, Burger A, Staub L, Tamcan O, Roeder C, et al. *Pain* 2008 05;136(1-2):62-74.
8. **The Standard Evaluation Questionnaire for Activities of Daily Living (SEQ ADL): A Population Based Validation.** Cronenberg S, Tamcan O, Elfering A, Muller U. Ikke publiceret materiale.
9. **Ageing challenges the results of any outcome study: how to address the effects of ageing on activities of daily living.** Rieger B, Tamcan O, Dietrich D, Muller U. *J Int Med Res* 2012;40(2):726-733.
10. **Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire.** Linton SJ, Boersma K. *Clin J Pain* 2003 03;19(2):80-86.
11. **Screening to identify patients at risk: profiles of psychological risk factors for early intervention.** Boersma K, Linton SJ. *Clin J Pain* 2005 01;21(1):38-43.
12. **Construction and validation of an alternate form general mental health scale for the Medical Outcomes Study Short-Form 36-Item Health Survey.** McHorney CA, Ware JE,Jr. *Med Care* 1995 01;33(1):15-28.
13. **Measurement properties of the EQ-5D-5L compared to the EQ-5D-3L across eight patient groups: a multi-country study.** Janssen MF, Pickard AS, Golicki D, Gudex C, Niewada M, Scalone L, et al. *Qual Life Res* 2013 Sep;22(7):1717-1727.
14. **ICPC – 2 DK, International klassifikation for den primære sundhedstjeneste.** Dansk bearbejdelse Erik Falkø og Niels Bentzen. World Organization of family Doctors, WONCA. 2003
15. **Comparing patient characteristics and treatment processes in patients receiving physical therapy in the United States, Israel and the Netherlands: Cross sectional analyses of data from three clinical databases.** Ilse CS Swinkels¹, Dennis L Hart, Daniel Deutscher, Wil JH van den Bosch, Joost Dekker, Dinny H de Bakker and Cornelia HM van den Ende. *BMC Health Services Research* 2008, 8:163 doi:10.1186/1472-6963-8-163
16. **Sex Differences in Pain and Pain-Related Disability among Primary Care Patients with Chronic Musculoskeletal Pain.** DaWana Stubbs MD, MS, Erin Krebs MD, MPH, Matthew Bair MD, MS, Teresa Damush PhD, Jingwei Wu MS, Jason Sutherland PhD, Kurt Kroenke MD *Pain Medicine* Volume 11, Issue 2, pages 232–239, February 2010
17. **Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC – Study.** H.S.J. Picavet, J.S.A.G. Schouten. *Pain*, Volume 102, Issues 1–2, March 2003, Pages 167–178

18. **Kliniske retningslinjer for fysioterapi til patienter med knæarthrose.** Jens Ole Rasmussen, praktiserende Fysioterapeut, Carsten Juhl, fysioterapeut, MPH, ph.d. studerende Hans Lund, fysioterapeut, ph.d., lektor SDU. Arbejdsgruppe Danske Fysioterapeuter 2011
19. **GLA:D - Årsrapport 2013 2, GLA:D-registeret.** Søren Thorgaard Skou Cand. Scient., ph.d.-studerende, pt, Ewa M. Roos Professor, ph.d., docent, forskningsleder, pt. Forskningsenheden for Muskuloskeletal Funktion og Fysioterapi – FoF, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet 2014 www.GLAiD.dk
20. **Early identification and management of Psychological Risk factors in Patients with Low Back Pain.** Michael K. Nicolas, Steven J. Linton, Chris J. Main, Physical Therapy Number 5 Volume 91p. 737 – 753 May 2011
21. **Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram,** Rammebeskrivelse for anvendelse af kvalitetsdata fra de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, Version 1.1, 2012.