



Illustrasjonsfoto: Blekkhuset as

Pasienter i privat praksis

– hvem er de og hva lider de av?

Av **Ottar Vasseljen, fysioterapeut, dr.philos, forsker, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Det medisinske fakultet, NTNU, Medisinsk teknisk forskningscenter**
Ottar.Vasseljen@medisin.ntnu.no

Anne Elisabeth Hansen, fysioterapeut, leder for fysioterapitjenesten, Trondheim kommune

Denne undersøkelsen ble foretatt i forkant av en ny overordnet plan for fysioterapitjenesten i Trondheim kommune. Kommunen var kjent med at behandlingstilbudet privatpraktiserende fysioterapeuter ga Trondheims befolkning var omfattende, men det var liten samlet kunnskap om hvem brukerne var og hvilken kompetanse fysioterapeutene hadde. For å nå målsettingen om at privatpraktiserende og fastlønte fysioterapeuter skal utfylle hverandre og samhandle om prioriterte oppgaver, ble det besluttet å

innhente mer kunnskap om pasientsammensetningen hos privatpraktiserende fysioterapeuter.

Det finnes lite dokumentasjon på hvilke diagnoser pasienter hos privatpraktiserende fysioterapeuter i Norge har. For fysikalske institutter (privat praksis) finnes informasjon fra Rikstrygdeverkets takstbrukundersøkelse i 1985/86 (1), der hovedhensikten var å utrede bruken av Rikstrygdeverkets (RTV) takster. Her ble det samme registreringskjemaet benyttet både av privatpraktiserende og fastlønte fysioterapeuter. Fastlønte ble bedt om å registrere taksten de ville ha brukt dersom de skulle søke refusjon fra RTV for behandling. Den rapporterte takstbruken og pasientsammensetningen har derfor begrensninger og gyldighetsproblemer i forhold til ren privat praksis. I en undersøkelse av Bård Paulsen fra 1989 ble 33 fysioterapeuter i privat praksis, i et representativt utvalg på 10 kommuner, bedt om å beskrive «fysioterapi-pasienten» (2). Studien benyttet spørre-

skjema med et åpent svaralternativ for henvisningsdiagnose. Diagnoseklassifisering ble foretatt i ettertid ved at forskeren dannet samlesekker.

Det finnes videre rapporter fra Tromsø kommune fra 1983 (3), Bergen kommune fra 1986 (4) og en database i Kristiansand for 1990, hvor samtlige pasienter for et kalenderår hos et mindre utvalg fysioterapeuter er registrert etter samme mal (5). Disse undersøkelsene viser en andel av kvinner i privat praksis på 65-67 prosent. Det er imidlertid benyttet svært ulike metoder for alders- og diagnosekategorisering, og manglende standardisering gjør sammenligninger problematisk. Videre har diagnoseinndelingene i tidligere studier vært for grove til å kunne gi et godt bilde av pasientsammensetningen. Et større detaljeringsnivå er derfor brukt både for alders- og diagnosekategorier i vår undersøkelse.

De fleste tidligere deskriptive undersøkelsene av fysioterapipraksis i Norge har

Sammendrag

Undersøkelsen beskriver pasientpopulasjonen i privat fysioterapipraksis i Trondheim kommune. Alle privatpraktiserende fysioterapeuter i kommunen (n=87) ble bedt om å fylle ut et spørreskjema om pasienter i aktiv behandling per 27.3.98. Utfylt spørreskjema fra 78 fysioterapeuter (90 prosent) inkluderte 3.196 pasienter. Pasientens alder og kjønn, fysioterapeutens primærdiagnose og mål for behandlingen ble registrert av pasientens fysioterapeut. Hovedfunnene var at 66,3 prosent av pasientene i privat praksis hadde muskel- og skjelettrelaterte lidelser. De to største enkeltdiagnosegroppene var li-

delser i nakke/hode (21,5 prosent) og rygg/bekken (17,8 prosent). 70 prosent var kvinner og tre av fire pasienter var i yrkesaktiv alder (24-66 år). Deskriptiv statistikk viser at lidelser i nakke/hode og rygg/bekken var mest utbredt (39,3 prosent). Problemer relatert til manglende standardisering i diagnose- og alderskategorisering, både i denne og sammenlignbare studier, diskuteres. Nøkkelord: pasientsammensetning, diagnosegrupper, muskel- og skjelettlidelser, fysikalsk institutt, fysioterapi, praksisundersøkelse.

forblitt interne rapporter. For at ikke undersøkelsen i Trondheim kommune skulle lide samme skjebne, var et hovedmål for oss å gjøre resultatene allment kjente og lett tilgjengelige.

Artikkelenes mål er å beskrive pasientsammensetningen hos privatpraktiserende fysioterapeuter i en større norsk bykommune per ultimo mars 1998 og baserer seg på en studie med registrering av alle pasienter under aktiv behandling hos alle privatpraktiserende fysioterapeuter i Trondheim kommune per 27.3.98.

Materiale og metode

Spørreskjemaene ble utformet av en gruppe erfarne fysioterapeuter ansatt i kommunehelsetjenesten i Trondheim kommune og besto både av fastlønte og privatpraktiserende. Både praktikere og fysioterapeuter med vitenskapelig bakgrunn var representert.

Alle privatpraktiserende fysioterapeuter i Trondheim kommune (n=87) fikk tilsendt spørreskjema. Fysioterapeutene skulle fylle inn data for alle pasienter under aktiv behandling per 27.3.98, det vil si alle pasienter som ikke var avsluttet, og uavhengig av om pasienten var til behandling på den aktuelle dato. Pasienter som var til behandling sjeldnere enn én gang per måned skulle ikke medregnes. I alt 3.196 pasienter ble registrert. Spørreskjemaet, som skulle fylles ut av den enkelte fysioterapeut, inneholdt spørsmål knyttet til:

- Pasientens alder og kjønn.
- Fysioterapeutens primærdiagnose. Maksimum én per pasient. Fysioterapeutene fikk ingen videre forklaring på eller definering av diagnosekategoriene i spørreskjemaet (se appendix).
- Fysioterapeutens mål for behandlingen; forebyggende, forebyggende/kurativ, kurativ eller vedlikeholdende.
- Type behandling; individuell eller gruppe.

Skjemaet inneholdt også noen spørsmål rundt instituttets drift, som tilgjengelighet for rullestol, hjemmebehandling og ventetid.

Fysioterapeutene skulle bruke en diagnose for hver pasient, og ble bedt om å bruke den diagnosen han/hun mente var hoveddiagnosen eller den mest beskrivende diagnosen for behandlingen (se appendix). Dette var basert på fysioterapeutens vurdering og oppfatning – uavhengig av legens diagnose. Diagnosen kan altså være forskjellig fra legens henvisningsdiagnose. I gruppen som arbeidet med utformingen av spørreskjemaet, var det enighet om at fysioterapeuters vurdering av pasienter ofte omfatter andre og flere forhold enn det den medisinske diagnosen tilsier, slik som funksjonsforstyrrelser, bevegelsesinnskrenkninger, smerte og lig-

nende. Fysioterapeuter danner seg derfor gjerne sin egen arbeidsdiagnose eller problembeskrivelse som tiltakene rettes mot. I undersøkelsen ble det derfor valgt å registrere fysioterapeutens primærdiagnose framfor den henvisende leges diagnose.

Statistiske analyser: I framstilling av resultatene er det benyttet deskriptive analyser, med frekvenstillinger og kryss-tabuleringer, hvor relativ (prosentvis) fordeling rapporteres.

I resultatframstillingen er alderskategoriseringen inndelt i fem- og tiårs intervaller, unntatt for aldersgruppen under 20 år der kategoriene er 0-5, 6-12 og 13-19 år. Dette er gjort for å skille ut barn i følgende alderstrinn; før skolestart, barne-, ungdoms- og videregående skole.

Kjikkvadrattest ble brukt for å undersøke forskjeller mellom kvinner og menn i relativ andel innen ulike alderskategorier. Variasjonskoeffisient (CV) er et mål for spredning i forhold til variabelens gjennomsnitt [(standard avvik/gjennomsnitt)x100], og er benyttet ved sammenligning av data fra ulike undersøkelser. CV standardiserer med annet også variasjonen ved å relatere denne til størrelsen på gjennomsnittet for lettere å kunne sammenligne datasett med ulike gjennomsnitt.

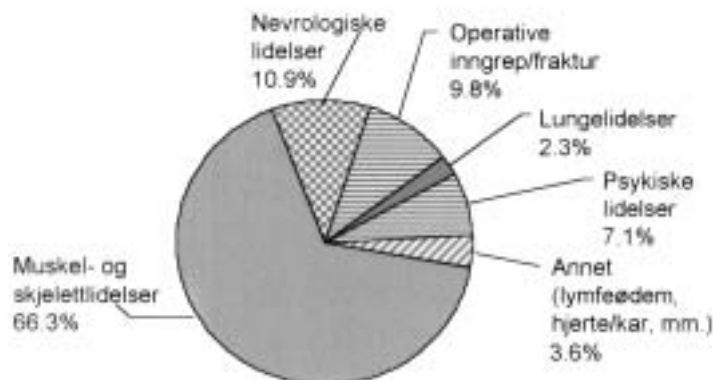
Resultater

Av de 87 privatpraktiserende fysioterapeutene som fikk tilsendt spørreskjemaene, returnerte 78 ferdigutfylte skjema. Dette gir en svarprosent på 90. I alt 3.196 pasienter ble registrert i aktiv behandling per 27.3.98 hos de 78 fysioterapeutene. Det var ingen kontroll på hvorvidt alle pasientene i aktiv behandling ble registrert, selv om dette ble poengtert i informasjonen til fysioterapeutene. Kvinner utgjorde totalt 70 prosent av pasientene og menn 30 prosent. Hos 13 pasienter manglet opplysning om kjønn.

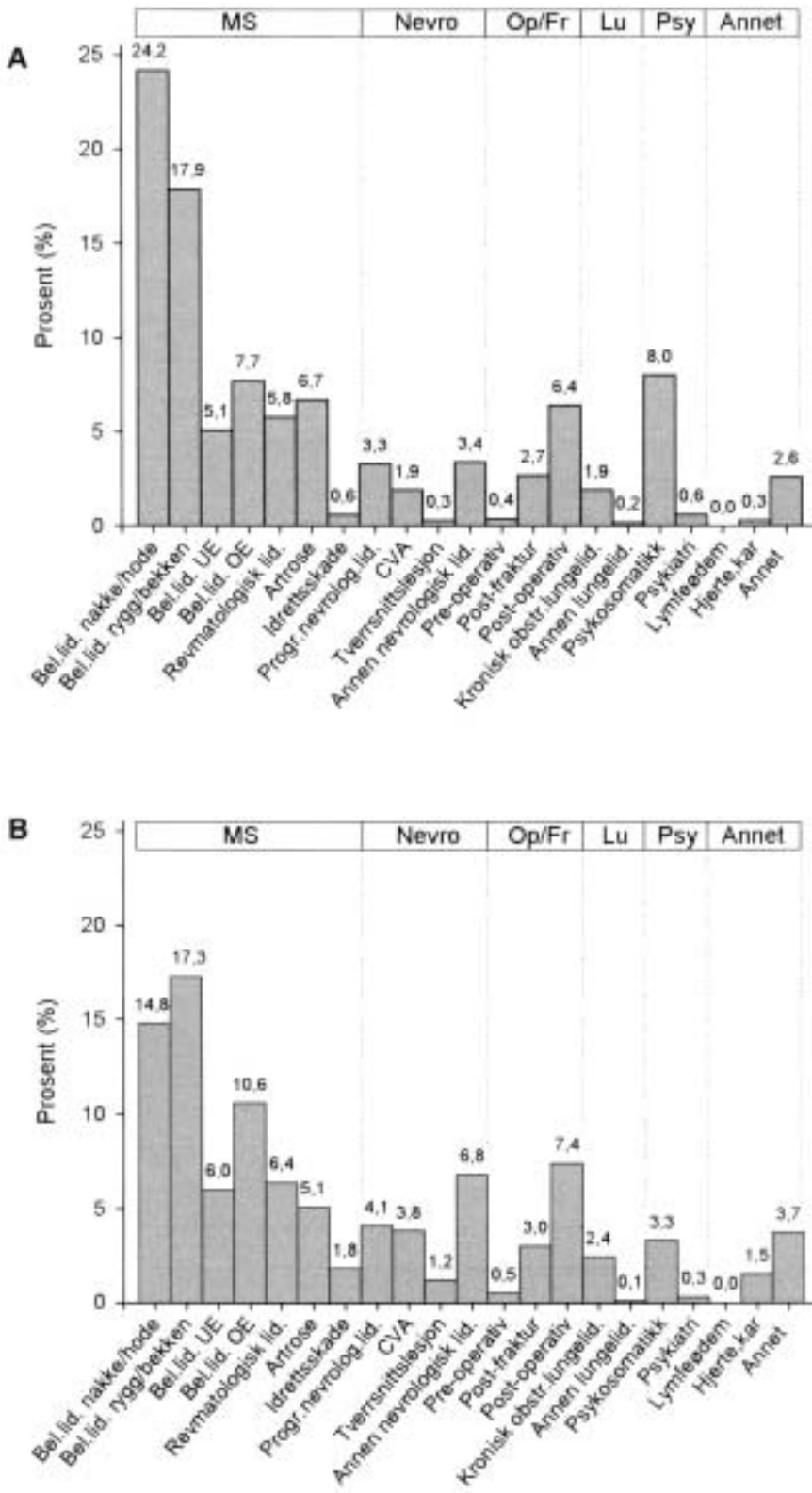
Av totalmaterialet på 3.196 pasienter var det oppgitt en diagnose for alle unntatt to pasienter. Bare 2,9 prosent havnet under diagnosen «annet» (under hovedgruppen «Annet»), som antyder at diagnoselisten dekker de fleste diagnosene i privat praksis. Muskel- og skjelettlidelser utgjorde 66,3 prosent av alle primærdiagnosene og var den klart største hoveddiagnosen (figur 1). Fordelingen innen enkelt- eller underdiagnoser er gjengitt i figur 2 for henholdsvis kvinner (A) og menn (B). De syv første søylene i figur 2 inngår i hovedgruppen muskel- og skjelettlidelser, der de fire første søylene ble registrert med innledningen «Belastningslidelse relatert til». Undersøkelsen viste at belastningslidelser var primærdiagnosen for 52,2 prosent av alle pasientene i fysioterapeutenes privat praksis. Pasienter med belastningslidelser relatert til nakke/hode (21,5 prosent) og rygg/bekken (17,8 prosent) utgjorde 39,3 prosent av alle pasientene og var de klart største enkeltdiagnoseguppene for begge kjønn.

For kvinner utgjorde dernest psykosomatiske plager, belastningslidelse relatert til overekstremitetene, artroser og postoperativ behandling de hyppigste diagnosene. For menn var belastningslidelse relatert til overekstremitetene, postoperativ behandling og annen nevrologi de nest hyppigste diagnosene. De hyppigst forekommende diagnosene er også presentert for alle i arbeid i aldersgruppen 19-60 år (tabell 1), alle som ikke er i arbeid i samme aldersgruppe (tabell 2), for alle over 60 år (tabell 3) og for alle under 19 år (tabell 4). For de under 19 år fungerte diagnoselisten dårlig, idet over 40 prosent havnet i uspesifikke diagnosekategorier (det vil si «Annen nevrologisk lidelse» og «Annet») (tabell 3).

Av alle i aktiv behandling var det mer enn dobbelt så mange kvinner (n=2.235) som menn (n=947). Aldersfordelingen innen hvert kjønn var imidlertid lik (figur 3). Bare i al-



Figur 1: Fordeling av hoveddiagnoser (n=3.194 pasienter) basert på fysioterapeutens primærdiagnose.



Figur 2: Fordeling av underdiagnoser (se appendix) for kvinner (A; n=2.234) og menn (B; n=947). Hoveddiagnosegrupper er angitt over søylene. MS: muskel- og skjelettlidelser, Nevro: nevrologiske lidelser, Op/Fr: operative inngrep/fraktur, Lu: lungelidelser, Psy: psykiske lidelser og Annet: lymfeødem, hjerte- og karlidelser, annet.

Tabell 1: Andel pasienter (i prosent) per diagnosegruppe for de i arbeid i aldersgruppen 19-60 år (n=1.746)

Diagnosegruppe	Prosent
1. Belastningslidelse nakke/hode	29,2
2. Belastningslidelse rygg/bekken	20,7
3. Belastningslidelse overekstremiteter	11,4
4. Psykosomatikk	8,4
5. Post-operativ	5,7
6. Revmatologisk lidelse	5,2
7. Belastningslidelse underekstremiteter	4,8
8. Artrose	2,6
Andre diagnoser	11,9
Totalt	99,9

Tabell 2: Andel pasienter (i prosent) per diagnosegruppe for de som ikke er i arbeid i aldersgruppen 19-60 år (n=462)

Diagnosegruppe	Prosent
1. Belastningslidelse rygg/bekken	19,5
2. Belastningslidelse nakke/hode	13,4
3. Annen nevrologisk lidelse	9,7
4. Revmatologisk lidelse	8,2
5. Psykosomatikk	7,1
6. Progredierende nevrologisk lidelse	6,9
7. Post-operativ	5,8
8. Artrose	5,2
Andre diagnoser	24,2
Totalt	100,0

Tabell 3: Andel pasienter (i prosent) per diagnosegruppe for alle over 60 år (n=737)

Diagnosegruppe	Prosent
1. Artrose	17,1
2. Belastningslidelse nakke/hode	11,1
3. Belastningslidelse rygg/bekken	10,3
4. Post-operativ	9,2
5. Progredierende nevrologisk lidelse	8,4
6. Belastningslidelser underekstremiteter	7,9
7. CVA	6,5
8. Revmatologiske lidelser	6,2
Andre diagnoser	23,3
Totalt	100,0

Tabell 4: Andel pasienter (i prosent) per diagnosegruppe for alle under 19 år (n=132)

Diagnosegruppe	Prosent
1. Annen nevrologisk lidelse	24,2
2. Annet	17,4
3. Belastningslidelse rygg/bekken	11,4
4. Belastningslidelse nakke/hode	7,6
4. Belastningslidelse underekstremiteter	7,6
6. Psykosomatikk	5,3
7. Idrettskade	4,6
7. Kronisk obstruktive lungelidelser	4,6
7. Post-operativ	4,6
Andre diagnoser	12,7
Totalt	100,0

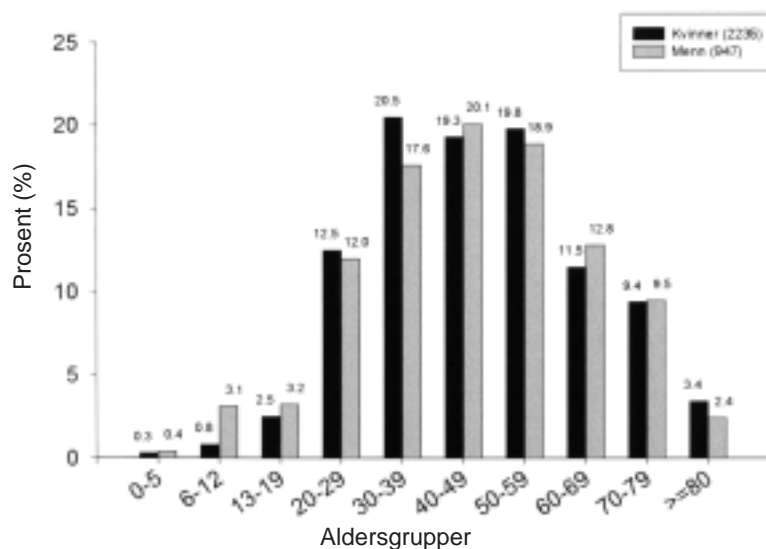
dersgruppen seks til 12 år var det i relative termer (det vil si prosentandelen av alle innen hvert kjønn) signifikant flere menn (3,1 prosent) enn kvinner (0,8 prosent) ($p < 0,01$). Pasienter i yrkesaktiv alder (24-66 år) utgjorde 76,5 prosent av alle pasienter i privat praksis; 77,2 prosent for kvinner og 75,0 prosent for menn (figur 3). I relative termer var det i aldersgruppen under 20 år nesten dobbelt så mange menn (6,7 prosent) som kvinner (3,6 prosent), men i absolutte tall var det flere kvinner ($n=80$) enn menn ($n=63$). Aldersgruppen seks til 12 år (barneskolealder) var den eneste hvor det absolute antallet menn ($n=29$) var større enn kvinner ($n=18$). Andelen pasienter over 66 år var lik for begge kjønn, 16,2 prosent for kvinner og 15,5 prosent for menn, men i absolute tall var det mer enn dobbelt så mange kvinner ($n=363$) som menn ($n=147$).

I figur 4 presenteres prosentandelen med henholdsvis nakke/hode- og rygg/bekkenlidelser av alle diagnoser i ulike aldersgrupper, det vil si hvor stor andel innen hver aldersgruppe som hadde disse diagnosene. Rygg/bekken lidelser når en topp i tidlig voksen alder for deretter å avta gradvis, mens nakke/hode lidelser er relativt stabilt forekommende fra midten av 20-årene til slutten av 50-årsalderen, og med en topp rundt 10 år senere enn rygg/bekken lidelser. Fra 40-årsalderen og ut yrkesaktiv alder er andelen innen hver aldersgruppe med nakke/hode lidelser 55-100 prosent høyere enn rygg/bekken lidelser, og forskjellen er størst i 50-årene (90-100 prosent).

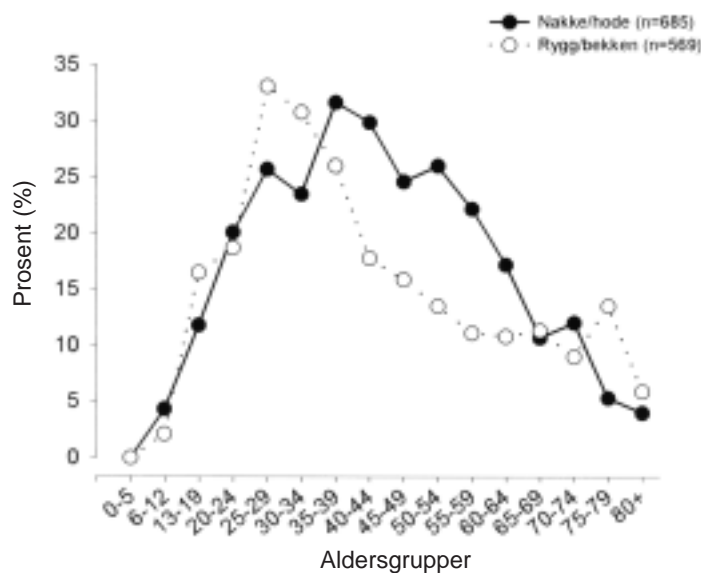
Det ble spurt om hvilke primærmål fysioterapeuten hadde for behandlingen for hver enkelt pasient. Primærmålet for tiltaket var for 5,5 prosent av pasientene av forebyggende natur, for 6,6 prosent forebyggende/kurativt, for 59,4 prosent kurativt/rehabiliterende og for 28,3 prosent vedlikeholdende/habiliterende. For kun sju av 3.196 pasienter var dette ubesvart. De fleste pasientene fikk individuell behandling (86 prosent) i forhold til gruppebehandling (14 prosent). Hos 17 av 3.196 pasienter var dette ubesvart.

Den generelle ventetiden var slik at 51 prosent av pasientene kom inn til behandling i løpet av to uker og 71 prosent og 82 prosent i løpet av henholdsvis tre og fire uker (72 av 78 fysioterapeuter besvarte dette spørsmålet). Fem fysioterapeuter hadde ventetid på over tre måneder. Ventetiden for akutte lidelser var imidlertid kortere, hvor 70 prosent av pasientene var kommet inn til behandling i løpet av en uke og 89 prosent i løpet av to uker, men her var svarprosenten noe lavere (82 mot 92 prosent for generell ventetid).

Langt de fleste instituttene hadde tilgang



Figur 3: Aldersfordeling for kvinner (mørke søyler) og menn (grå søyler).



Figur 4: Andelen innen hver aldersgruppe med lidelser i henholdsvis nakke/hode og rygg/bekken for kvinner og menn samlet.

for rullestolbrukere, men 12 prosent av instituttene var ikke tilgjengelig for rullestolbrukere. Bare 52 av de 78 fysioterapeutene besvarte spørsmålet om hjemmebehandling. Av disse var 20 prosent involvert i hjemmebehandling og 80 prosent ikke.

Diskusjon

Så langt vi kjenner til er dette den hittil største beskrivende undersøkelsen av pasienter i privat fysioterapipraksis i Norge. Studien baserer seg på fysioterapeutens primærdiagnose for alle pasienter under aktiv behandling, hvor pasientene ble kategorisert i en av 21 ulike diagnosegrupper. Resultatene i vår studie baserer seg altså på fysioterapeutens vurdering og klassifisering av pasientens symptomer og ikke legens

henvisningsdiagnose. De to klart største diagnosegruppene var lidelse i nakke/hode (21,5 prosent) og rygg/bekken (17,8 prosent). Videre dokumenterte undersøkelsen at 2/3 av pasientene i privat fysioterapipraksis har muskel- og skjelettrelaterede lidelser, sju av 10 var kvinner og at langt de fleste pasienter var i yrkesaktiv alder.

Nesten alle pasienter i privat fysioterapipraksis henvises fra allmennlege. Rutle publiserte i 1983 den hittil mest omfattende undersøkelsen av pasienter i allmennlegepraksis, hvor 3,6 prosent av alle pasientene i allmennlegepraksis ble henvist til fysioterapi (6). Færre enn en av fem pasienter som oppsøkte allmennlege for muskel- og skjelett sykdommer ble henvist videre til fysioterapi (16,5 prosent av mennene og 19 prosent av

kvinnene). Når vi vet at rygg- og nakkelidelser utgjør den største andelen av muskel- og skjelettsykdommer, kan dette synes som en lav andel. Lite vites om de behandlingsmessige prioriteringene som foretas – medisinsk kontra fysikalsk behandling eller ingen behandling – er hensiktsmessige i forhold til behandlingseffekt og nytte-kostnadseffekt.

Forekomsten av muskel- og skjelettlidelser i befolkningen er stor og konsekvensene av plagene er økende. Ifølge Trygdestatistisk årbok for 1999 utgjorde muskel- og skjelettlidelser 50,5 prosent av alle erstattede sykepengedager i 1998, og var den største diagnosegruppen med hensyn til rehabiliteringspengetilfeller (44 prosent) og andel av uførepensjonister per 31.12.98 (32,9 prosent) (7). Også når det gjelder tilgangen av nye uførepensjonister utgjør muskel- og skjelettsykdommer den største diagnosegruppen (1998: 35,6 prosent), med en større andel kvinner (41,6 prosent) enn menn (28,2 prosent). Fysioterapeuters store tilgang av pasienter med muskel- og skjelettlidelser påkaller et klart ansvar for å bidra til å redusere både forekomsten og konsekvensene av slike plager. I hvilken grad fysioterapeuters tiltak påvirker forløpet av muskel- og skjelettlidelser er lite dokumentert. Kunnskapsbasert fysioterapi og fortløpende, systematisk evaluering av praksis er tiltak som både bør og kan igangsettes raskt og uten store ressurser.

Et mål på hvor godt diagnoseinndelingen fungerte er andelen i mer spesifikke diagnosegrupper i forhold til samlebolker som «Annet». Totalt ble kun 3,6 prosent registrert under annet. Unntaket var aldersgruppen under 19 år hvor 41,6 prosent ble plassert i samlegruppene «annen nevrologisk lidelse» og «Annet». Et annet mål på egnethet av diagnoseinndelingen er at kategoriene er gjensidig utelukkende. I ettertid ser vi at kategorien «artroser» ikke er utvetydig, hvor eksempelvis hofte- og kneartroser ville kunne klassifiseres både under «artroser» og under «belastningslidelse relatert til underekstremitetene». Imidlertid antar vi fysioterapeuters funn, sammenholdt med legens beskrivelse og diagnose, reduserte sjansen for feilklassifisering. Det er sannsynligvis umulig fullt ut å eliminere dette problemet. På dette grunnlaget mener vi diagnoseklassifiseringen fungerte tilfredsstillende.

Kvinneandelen var noe større i denne undersøkelsen (70 prosent) enn i andre undersøkelser av fysioterapipraksis hvor kvinneandelen har ligget på 65-67 prosent (1-5). Selv om menn i absolutte termer utgjør en større gruppe enn kvinner i noen små diagnosegrupper i vår undersøkelse (idrettskader, tverrsnittlesjoner og hjerte/kar), er det generelle bildet at langt færre menn enn kvinner oppsøker fysioterapeut. Det poengteres at

Tabell 5: Sammenligninger med tidligere studier.

	1 Kvinneandel (prosent)	2 Muskel- og skjelettlidelser (prosent)	3 Nakkesmerter inkludert hode/skulder	4 Ryggsmerter inkludert bekken	Kolonne 3+4
RTV 88	66,0	84,0	29,9	13,7	43,6
Paulsen 89	64,5				56,0
Bergen 88	66,9	73,7			
Kristiansand 92			27,4	29,7	57,1
Tromsø 87	65,3	88,0	33,0	17,0	50,0
Egen undersøkelse	70,0	66,3	21,5	17,8	39,3
CV (prosent)	3,2	12,6	17,4	35,8	15,7

vårt materiale utelukkende er basert på privat praksis i en større by og nødvendigvis ikke reflekterer forholdene ved mindre tettsteder. Kvinneandelen i fysioterapipraksis er lik eller noe høyere enn i privat allmennlegepraksis hvor kvinner står for mellom 59,1 og 65 prosent av alle pasientkontakter i ulike undersøkelser (6,8,9).

Det kan høres påfallende høyt ut med gjennomsnittlig 41 pasienter i aktiv behandling for hver fysioterapeut (3.196 pasienter/78 fysioterapeuter). Fysioterapeutene skulle rapportere alle pasientene som var i aktiv behandling, det vil si alle som ikke var avsluttet og som gikk til behandling minimum en gang per måned. Mulige forklaringer på dette kan være at mange fysioterapeuter benytter en gradvis nedtrapping med mindre hyppige behandlinger. En annen mulighet er at mange driver med gruppetrening og derfor vil ha et større antall under aktiv behandling. Vår undersøkelse kan imidlertid ikke gi svar på dette, men dette kunne være en interessant problemstilling for senere undersøkelse.

Manglende standardisering av spørsmålsstillinger og kategoriseringsmetoder gjør det vanskelig å sammenligne ulike undersøkelser av denne typen (tabell 5). Kjønn er imidlertid en utvetydig variabel hvor alle kriterier for standardisering er oppfylt. Hvorvidt man klassifiseres i «riktig» diagnosegruppe avhenger derimot av utøverens skjønn, både i forhold til egne funn som grunnlag for diagnostisering, samt hvor entydig diagnosene er definert i utgangspunktet.

Detaljeringnivået og omfanget av diagnoselisten vil trolig påvirke hvordan pasienten klassifiseres. Mange og kanskje konkurrerende alternativer kan medføre usikkerhet med hensyn til valg av diagnose.

Variasjonskoeffisienten, som er et uttrykk for relativ spredning i forhold til variabelens gjennomsnitt, viser at variasjonen mellom ulike undersøkelser er lav der graden av standardisering er høy. Et eksempel

er variabelen kvinneandel (CV 3,2 prosent) (tabell 5). Variasjonen er langt høyere for variabler hvor standardisering er lav eller fraværende og definisjonene uklare, for eksempel ryggsmerter som avhengig av undersøkelse inkluderer nedre rygg, hele ryggen, bekken, hofter eller ulike kombinasjoner av dette (CV 35,8 prosent) (tabell 5).

Vi valgte i vår undersøkelse å registrere fysioterapeutens primærdiagnose framfor legens diagnose. Det er ingen konsistens i hvorvidt andre studier anvender henvisningsdiagnosen eller fysioterapeutens egen diagnose. Noen bruker legens henvisningsdiagnose (1), andre bruker begge (2,3), noen bare fysioterapeutens diagnose (5), eller det er uklart hva som er brukt (4). Denne inkonsistensen gjør sammenligninger vanskelige, noe som også er påpekt av andre (2). I de tilfeller hvor både legens henvisningsdiagnose og fysioterapeutens arbeidsdiagnose er registrert varierer disse betydelig (2,3). Ikke bare gjør dette sammenligninger vanskelige, men det medfører også betydelige validitetsproblemer. Diagnoseskjemaet brukt i vår undersøkelse følger vedlagt for å redegjøre for hvilke diagnosealternativ som ble benyttet. Det er imidlertid åpenbart behov for å implementere en standardisert diagnoseliste i fysioterapi. NFFs rapport «EDB/Standardisering i fysioterapi» foreslår at diagnoselisten «International classification of primary care» (ICPC) benyttes til klassifisering av symptomer og diagnoser i primærhelsetjenesten (10,11).

Referanser

1. Rikstrygdeverket. Takstbruk-undersøkelser. Rapport nr. 2. Fysioterapeuter 1985 og 1986. Oslo, 1988.
2. Paulsen B: Hva dreier det seg om? En analyse av møtet mellom pasienter og behandlere i kommunale fysioterapitjenester. Rapport 4/89. NIS, Sintef, Trondheim, 1989.
3. Steiro A, Hauksdottir N: Fysioterapi i Tromsø. Undersøkelse av fysioterapi i Tromsø 1983. Tromsø helseråd. Tromsø, 1987.

4. Hanssen TS: Fysioterapitjenesten i Bergen kommune mot år 2000. Rapport fra Bergen kommune. Gul serie 4. Kommuneavdeling helse og sosiale tjenester. Bergen, 1988.
5. Vasseljen O: Pasientsammensetning og utbredelse av nakke- og skulderplager hos privatpraktiserende fysioterapeuter. Forsknings- og Fagutviklingsdagene i Fysioterapi (NFF), Trondheim, 28-30 oktober 1992.
6. Rutle O: Pasienten fram i lyset - analyse av legekontakter i primærhelsetenesta. Rapport nr.1. Statens institutt for folkehelse, Gruppe for helse-tjenesteforskning. Oslo, 1983.
7. Rikstrygdeverket: Trygdestatistisk årbok 1999. Trygdestaten, Oslo 1999.
8. Nylenna M: Why do our patients see us? A study of reasons for encounter in general practice. Scand J Prim Health Care 1985, 3(3), 155-162.
9. Sosial og helsedepartementet: Folkehelse-rapporten 1996.
10. EDB/standardisering i fysioterapi: klassifisering av tiltak, diagnoser og andre parametre i fysioterapitjenesten: forslag til standardisering. Prosjektmedarbeider Henning Fosse. Norske fysioterapeuters forbund. Oslo, 1994.
11. WONCA international classification committee. ICPC-2: International classification of primary care. 2 utg. Oxford, Oxford University Press, 1998.

Appendix

Diagnoseskjema brukt i undersøkelsen. Fysioterapeutene fylte ut den etter deres egen vurdering primære diagnose for pasienten, det vil si pasientens hovedproblem som behandlingen primært ble lagt opp etter. Diagnosegrupper i kursiv tekst ble brukt, og det var tillatt med bare én diagnose per pasient.

Fysioterapeutens primærdiagnose (maks 1 per pasient)

Muskel- og skjelettlidelser

Belastningslidelse relatert til nakke / hode
Belastningslidelse relatert til rygg / bekken
Belastningslidelse relatert til underekstremitetene (UE)
Belastningslidelse relatert til overekstremitetene (OE)
Revmatologisk lidelse
Artrose
Idrettsskade

Nevrologiske lidelser

Progressiv nevrologisk lidelse (for eksempel MS, Parkinson)
CVA (cerebral vascular accident / slag)
Tverrsnittslasjon
Annen nevrologisk lidelse

Operative inngrep/fraktur

Pre-operativ
Post-fraktur
Post-operativ (ikke idrettsskade)

Lungelidelser

Kronisk obstruktiv lungesykdom
Annen lungelidelse

Psykiske lidelser

Psykosomatikk
Psykatri

Annet

Lymfødem
Hjerte-kar lidelse
Annet (spesifiser)

DIN TOTALLEVERANDØR AV PRODUKTER INNEN VARME- OG KULDETERAPI

DORCAS leverer førsteklasses individuelle løsninger inklusiv komplette systemer for oppvarming og oppbevaring



DORCAS GEL PACK™
 leveres nå i ny, forsterket utgave med laminert plast, til samme gunstige pris som tidligere. Standardutgaven leveres nå til enda lavere pris!

DORCAS

Dorcac AS, Åsa, 3512 Hønefoss
 Telefon 32 13 51 40 · Telefaks 32 13 51 41
 E-post: post@dorcac.no · www.dorcac.no

Profesjonelle produkter direkte fra produsent

Summary

The study describes the patient population in private physiotherapy practice in a Norwegian urban community. All private practicing physiotherapists (n=87) in the area were sent a questionnaire and asked to fill in information about their patients per ultimo March 1998. Completed questionnaires were returned by 78 therapists (90 percent) and provided patient description of 3.196 patients. The patients' sex and age, and the physiotherapist's primary diagnosis and treatment goal was recorded by the therapist. Two-thirds of the patients had various musculoskeletal disorders. The single most frequent diagnoses were neck and head problems (21.5 percent) and low back and pelvic problems (17.8 percent), 70 percent of the patients were women and 3/4 of the patients were between 24-66 yrs. Statistics revealed that neck/head pain and low back/pelvic pain were the most frequent diagnoses (39.3 percent). Problems related to lack of standardization in terms of diagnoses and age group categorizations, both in this and related studies, are discussed. Keywords: Physiotherapy, out-patients, diagnosis, age, private practice.