

## Raport „Fizjoterapia na świecie od A do Z”

**Raport został przygotowany przez Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska na podstawie założeń WCPT, doniesień naukowych oraz korespondencji ze stowarzyszeniami fizjoterapeutów i ambasadami innych krajów.**

Fizjoterapia jest dziedziną medyczną, która bardzo intensywnie się rozwija. W większości państw na świecie zawód fizjoterapeuty jest zawodem zaufania publicznego, określonym w zapisach prawa i cieszy się dużym uznaniem społecznym. Wiele państw jest zainteresowanych rozwojem fizjoterapii, bowiem wczesne wprowadzanie interwencji fizjoterapeutycznych w przypadku istniejących zaburzeń funkcji i struktur ciała oraz powszechne wdrażanie działań profilaktycznych zapewnia lepszy stan zdrowia społeczeństwa oraz znaczące oszczędności dla państwa.

Z badań **World Confederation for Physical Therapy (WCPT)**, międzynarodowej organizacji zrzeszających fizjoterapeutów z całego świata, wynika że większość krajów rozwiniętych (i nie tylko), w których kształceni są fizjoterapeuci wprowadziło bezpośredni dostęp do usług fizjoterapeutycznych. Został on już wprowadzony w 40 krajach, w tym w 17 krajach Europy, 6 krajach Azji, 9 krajach Afryki, 4 krajach Ameryki Północnej i 4 krajach Ameryki Południowej. W coraz większej liczbie państw bezpośredni dostęp do fizjoterapii jest uznawany także przez instytucje ubezpieczeniowe finansujące leczenie systemy ubezpieczeń finansujących usługi prywatne.

WCPT oraz kraje, które zdecydowały się na zmiany w systemie opieki zdrowotnej podkreślają na podstawie wyników badań naukowych, prowadzonych od końca lat 70- tych ubiegłego wieku, że:

- bezpośredni dostęp i samodzielny wybór osoby prowadzącej pozwala na oszczędności poprzez: pominięcie dodatkowej wizyty lekarskiej, w trakcie której otrzymuje się skierowanie na fizjoterapię, zmniejszenie liczby dodatkowych badań diagnostycznych, redukcję kosztów ubezpieczeń dzięki szybszemu powrotowi do pracy, zmniejszenie kosztów administracyjnych związanych z obsługą pacjentów/klientów,
- bezpośredni dostęp do usług fizjoterapeutycznych nie zwiększa zapotrzebowania na te usługi jeżeli są one odpowiednio zarządzane i finansowane,
- bezpośredni dostęp i możliwość samodzielnego wyboru przez pacjentów/klientów skłania ich do troski o ich zdrowie,
- pacjenci/klienci, którzy z własnego wyboru trafiają do fizjoterapeuty są bardziej aktywni, samodzielni w podejmowaniu decyzji, wracają szybciej do pracy i przebywają mniej na zwolnieniach, dbają o siebie i są zadowoleni z opieki zdrowotnej.

We wszystkich wspomnianych krajach współistnieją dwie formy zgłaszania się chorego do fizjoterapeuty: dzięki skierowaniu od innego zawodu medycznego (w większości od lekarzy) oraz dzięki bezpośredniemu zgłaszaniu się chorych do fizjoterapeutów, bez skierowania.

**Poniżej przedstawiono sytuację prawną zawodu fizjoterapeuty w poszczególnych krajach na podstawie dostępnych źródeł.**

**Australia** - pierwszy kraj na świecie, w którym w 1976 roku wprowadzono bezpośredni dostęp do fizjoterapeutów. Dzięki temu Australia posiada jeden z najlepiej rozwiniętych systemów usług rehabilitacyjnych na świecie. Po ponad 38 latach doświadczeń Australijczycy z dumą podkreślają, że wprowadzenie bezpośredniego dostępu do fizjoterapeutów w ramach opieki publicznej i prywatnej było jedną z najbardziej istotnych zmian w systemie opieki zdrowotnej. Fizjoterapeuci w Australii uczestniczą w wielu projektach ogólnokrajowych m.in. pełnią istotną rolę w opiece nad osobami starszymi zarówno w ośrodkach zdrowia, jak i w domach pacjentów. Zmniejsza to koszty opieki nad osobami starszymi i przewlekle chorymi. Fizjoterapeuci między innymi konsultują jako pierwsi chorych przyjmowanych do oddziałów urazowo-ortopedycznych ponieważ posiadają najszerszą wiedzę na temat struktury i funkcji narządu ruchu spośród wszystkich zawodów medycznych.

**Austria** - kształcenie na poziomie studiów licencjackich i magisterskich. Fizjoterapeuci badają pacjentów przed rozpoczęciem terapii, decydują o jej przebiegu oraz oceniają jej efekty. Polscy fizjoterapeuci, którzy podejmują pracę w Austrii, są cenieni za wysokie kwalifikacje zawodowe. Absolwenci polskich uczelni kierują zespołami rehabilitacyjnymi w austriackich szpitalach.

**Estonia** - aby zostać fizjoterapeutą, absolwent studiów fizjoterapeutycznych musi aplikować do Estonian Qualifications Authority o uzyskanie certyfikatu zawodowego. Po uzyskaniu certyfikatu usługi fizjoterapeutyczne są w różnym stopniu opłacane przez Estoński Fundusz Ubezpieczenia Zdrowotnego. Spotkanie z fizjoterapeutą zwykle następuje po tym jak lekarz rodzinny wypisze skierowanie na wizytę u fizjoterapeuty, który samodzielnie decyduje o dalszym leczeniu.

**Finlandia** - fizjoterapeuta jest licencjonowanym zawodem w dziedzinie służby zdrowia, który można uzyskać kończąc studia fizjoterapeutyczne. Zawód fizjoterapeuty jest niezależny. Fizjoterapeuci są kształceni na Uniwersytecie Nauk Przyrodniczych Stosowanych przez 3,5-4-letniego okres studiów dziennych. Nauczanie jest ustalane na podstawie obowiązującego programu studiów. Fizjoterapeuci są zarejestrowani, licencjonowani, a tytuł zawodowy jest chroniony. Są zatrudnieni w miejskich ośrodkach zdrowia, w szpitalach, w prywatnych klinikach i różnych instytucjach oraz w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy. Pracują również niezależnie od służby zdrowia prowadząc prywatne praktyki.

**Francja** – czteroletnie studia licencjackie. Usługi fizjoterapeutyczne są finansowane w przytłaczającej większości w ramach publicznego systemu ubezpieczeniowego. Chorzy są kierowani do fizjoterapeuty przez lekarzy rodzinnych. Fizjoterapeuta określa plan fizjoterapii i jest pod tym względem całkowicie niezależny. Fizjoterapeuci uczestniczą w wielu projektach narodowych jak np. geriatrycja, terapia oddechowa u dzieci i dorosłych. Wielu polskich fizjoterapeutów podejmuje pracę we Francji, część z nich objęła stanowiska kierownicze.

**Holandia** - kształcenie na poziomie studiów licencjackich i magisterskich. Uprawnienia zawodowe nabywa się po ukończeniu studiów licencjackich. Fizjoterapeuci z tytułem magistra i dużym doświadczeniem praktycznym zatrudniani są w uczelniach wyższych jako wykładowcy i specjaliści w określonych dziedzinach nawet z tytułem profesora wspomagającego. Od 2006 roku obowiązuje w Holandii bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty. Pacjenci mogą skorzystać z porady fizjoterapeutycznej bez skierowania lekarskiego. Wyniki badań przeprowadzonych rok po wprowadzeniu bezpośredniego dostępu do fizjoterapeuty wykazały, że w porównaniu z okresem poprzedzającym nie nastąpił przyrost liczby porad fizjoterapeutycznych. Nie zwiększyły się zatem koszty związane z usługami fizjoterapeutycznymi, a ograniczono koszty związane z dodatkowymi wizytami lekarskimi. Badania wykazały również, że z bezpośredniego dostępu do fizjoterapeuty korzystają głównie pacjenci z dolegliwościami bólowymi i innymi chorobami cywilizacyjnymi. Fizjoterapeuci pracują także w ramach projektów przeznaczonych dla osób w podeszłym wieku.

**Irlandia** - bezpośredni dostęp do usług fizjoterapeutycznych od ponad 20 lat. Czteroletnie studia licencjackie i studia magisterskie trwające jeden rok. Zawód całkowicie niezależny. Fizjoterapeuci posiadają prawo wystawiania skierowań do innych zawodów medycznych.

**Kanada** - autonomia zawodu fizjoterapeuty i możliwość bezpośredniego dostępu do usług fizjoterapeutycznych. Szerokie kompetencje fizjoterapeutów. Fizjoterapeuci mają głos doradczy podczas podejmowania decyzji o wdrożeniu leczenia operacyjnego na oddziałach ortopedycznych. W przypadku ich opinii o możliwości stosowania leczenia zachowawczego decyzja o leczeniu operacyjnym jest odsuwana w czasie. W ostatnich latach rozszerzono uprawnienia fizjoterapeutów dając im możliwość zlecenia badań diagnostycznych takich jak rtg, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny i usg.

**Luxemburg** - bezpośredni dostęp do usług fizjoterapeutycznych. Fizjoterapeuci w Irlandii, Luxemburgu, Holandii pełnią funkcję specjalistów pierwszego kontaktu oraz koordynują działania związane z ogólną opieką nad pacjentami w ich środowisku.

**Niemcy** - zawód uregulowany prawnie. Szkolenie na poziomie studiów licencjackich, od niedawna magisterskich. Kształcenie obejmuje ściśle określony zakres wiedzy, kompetencji i umiejętności. Tytuł fizjoterapeuty uzyskuje się po ukończeniu 3 letnich studiów licencjackich i zdaniu egzaminu państwowego. Wprowadza się obecnie studia 4 letnie. Niemieccy fizjoterapeuci dążą do wprowadzenia bezpośredniego dostępu do fizjoterapii. Bezpośredni dostęp uzyskali już fizjoterapeuci specjalizujący się w terapii manualnej. Obecnie w systemie opieki zdrowotnej refundowanej z ubezpieczeń wymagane jest skierowanie od lekarza, ale to fizjoterapeuta przeprowadza badanie fizjoterapeutyczne, wyznacza cele terapii i ocenia jej wyniki. Usługi poza systemem ubezpieczeń świadczone są bez skierowania od lekarza. Kształcenie podyplomowe w Niemczech prowadzone jest na wysokim poziomie. Ukończenie określonych szkoleń podyplomowych podnosi status fizjoterapeuty i jest honorowane przez niemieckie kasy chorych. Trend w specjalizacjach kierunkowych np. ortopedia, neurologia, uro – ginekologia i inne.

**Norwegia** – całkowita suwerenność i niezależność zawodowa, możliwy pierwszy kontakt z fizjoterapeutą. Specjaliści np. OMT od stycznia 2011 mogą kierować na badania specjalistyczne: usg, rtg etc.

oraz wystawiać L4 pacjentom z dolegliwościami ortopedycznymi. Wielu polskich fizjoterapeutów uzyskało nostryfikację w Norwegii i pracuje w norweskim systemie zdrowotnym. Są cenieni za wysokie kwalifikacje zawodowe.

**Nowa Zelandia** - kraj który liczy zaledwie 4,3 miliona obywateli jest jednym z liderów światowych we wprowadzaniu zmian w dziedzinie fizjoterapii i kompleksowej opieki nad pacjentami z różnymi dysfunkcjami. Bezpośredni dostęp do fizjoterapeutów został wprowadzony w państwowej opiece zdrowotnej w 1982 roku, a w 1999 roku firmy ubezpieczeniowe uznały bezpośredni dostęp do fizjoterapii z pominięciem lekarzy pierwszego kontaktu także w strefie prywatnej. 70% fizjoterapeutów w Nowej Zelandii prowadzi w tej chwili praktyki fizjoterapeutyczne i samodzielnie podejmuje decyzje dotyczące terapii pacjentów/klientów. W Nowej Zelandii wprowadzono także specjalizacje kierunkowe np. w dziedzinie ortopedii lub fizjoterapii sportowej. Wymagania, które należy spełnić by uzyskać tytuł specjalisty to uzyskanie tytułu magistra, co najmniej 4 lata praktyki klinicznej w danej dziedzinie, kształcenie podyplomowe w danej dziedzinie w wymiarze 120 godzin, badania naukowe oraz zdanie ustnego egzaminu. Ponad 75% fizjoterapeutów w Nowej Zelandii należy do krajowego Stowarzyszenia Fizjoterapeutów. Są świadomi, że tylko w ten sposób można mówić jednym głosem, podejmować profesjonalne działania i uczyć społeczeństwo.

**Polska** - obecnie kształcenie fizjoterapeutów w Polsce odbywa się w systemie studiów licencjackich i magisterskich. Istnieje możliwość dalszego kształcenia w ramach studiów doktoranckich, czteroletniej specjalizacji w dziedzinie fizjoterapii oraz studiów podyplomowych. Kilkuset fizjoterapeutów w Polsce posiada tytuły naukowe lub kształci się w systemie studiów doktoranckich. Ponad 700 osób ukończyło specjalizację w dziedzinie fizjoterapii i zdobyło tytuł specjalisty. W Polsce funkcjonuje bardzo dobrze rozwinięty system szkolenia podyplomowego w postaci certyfikowanych kursów metod fizjoterapeutycznych zaliczanych do światowego systemu kształcenia oraz kursów prowadzonych przez polskich wykładowców z wieloletnim stażem doświadczeniem zawodowym, specjalistów w danych dziedzinach fizjoterapii. Szacuje się, że ponad 30 tysięcy fizjoterapeutów w Polsce ukończyło podyplomowe szkolenia zawodowe. Fizjoterapeuci pracują m. in. w państwowych placówkach systemu opieki zdrowotnej, prywatnych gabinetach, szkołach i przedszkolach integracyjnych i specjalnych, domach opieki społecznej, klubach sportowych i w szkolnictwie wyższym.

Mimo wysokich kwalifikacji i kilkukrotnych prób wprowadzenia zapisów prawnych dookreślających zawód fizjoterapeuty, zakres kompetencji, praw, obowiązków i odpowiedzialności zawodowej, polscy fizjoterapeuci nie doczekali się swojej ustawy. Sytuacja, w której nie istnieją odpowiednie zapisy prawne prowadzi do zagrożenia zdrowia i życia pacjentów w Polsce, co wykazano w 2013 roku w czasie konferencji prasowej PAP oraz w Raporcie „Pacjenci w rękach pseudospecjalistów”. Konsekwencje braku ustawy o zawodzie fizjoterapeuty.” Informacje na temat zagrożeń zostały przekazane przez największe stacje telewizyjne w Polsce, takie jak: TVP „Pytanie na śniadanie”, „Wiadomości”, „Panorama”; TVN „Fakty”; POLSAT „Nowy dzień”, „Polsat News”, „Polsat Biznes”, „Państwo w Państwie” oraz największe dzienniki w Polsce: Rzeczpospolita, Dziennik Gazeta Prawna, Gazeta Wyborcza, Polityka oraz inne. O zmianę takiej sytuacji walczą organizacje pacjentów. Pisma w tej sprawie zostały przesłane przez Zarząd SFP do Ministerstwa Zdrowia w 2012 roku.

**Południowa Afryka** - w Południowej Afryce fizjoterapeuci działają jako specjaliści pierwszego kontaktu od 1987 roku. 65% fizjoterapeutów należy do South African Society of Physiotherapists. Zdecydowana większość fizjoterapeutów pracuje w samodzielnych praktykach w sektorze prywatnym świadcząc usługi dla ponad 7 milionów ludzi objętych ubezpieczeniami prywatnymi.

**Stany Zjednoczone** - bezpośredni dostęp do fizjoterapii wprowadzono stopniowo w 48 stanach w okresie ostatnich kilkudziesięciu lat. W 2013 roku rozpoczęto proces wprowadzania bezpośredniego dostępu do usług fizjoterapeutycznych w stanie Michigan (Michigan Physical Therapy Association). Ostatnim stanem bez bezpośredniego dostępu pozostaje Oklahoma. Amerykanie podkreślają, że opóźnianie rozpoczęcia terapii skutkuje zwiększeniem kosztów, wydłużeniem leczenia i frustracją pacjentów. Badania wykazały 20% redukcję kosztów związanych z usługami fizjoterapeutycznymi w stosunku do okresu, w którym pacjenci kierowani byli na zabiegi przez lekarzy. Zaobserwowano również ograniczenie liczby zabiegów przypadających na jednego klienta, co wynika z wczesnego rozpoczęcia terapii. Po wielu latach doświadczeń w systemie bezpośredniego dostępu pacjentów do fizjoterapeutów wzrosła liczba zadowolonych klientów wynikająca ze zwiększonej efektywności terapii, którą uzyskano dzięki wczesnemu rozpoczęciu działań terapeutycznych, dostosowaniu ich do indywidualnych potrzeb oraz wdrażaniu działań profilaktycznych. Wykazano to w licznych, opublikowanych w czasopiśmie indeksowanych badaniach naukowych. W Stanach Zjednoczonych pracuje wielu fizjoterapeutów, którzy skończyli studia w Polsce. Są szanowani za wiedzę i wysokie kwalifikacje, pełnią ważne funkcje, kierują oddziałami i zarządzają praktykami.

**Szkocja** - w Szkocji istnieje bezpośredni dostęp do fizjoterapeuty. Badania wykazały znaczne oszczędności po wprowadzeniu tego procesu. Wykazano 10 - 25 % redukcje wydatków na opiekę rehabilitacyjną pacjentów z dysfunkcjami układu mięśniowego i kostno - stawowego. Dodatkowo zmniejszyły się koszty związane z wykonywaniem kosztownych badań diagnostycznych zlecanych dotychczas - MRI, rezonansu magnetycznego i innych. 96% lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i 73% fizjoterapeutów jest zadowolonych z wprowadzonych zmian, a ponad 78% wszystkich lekarzy podkreśla większą skuteczność leczenia podczas współpracy z fizjoterapeutą. W 2006 roku oszczędności w Szkocji wynikające z wprowadzenia bezpośredniego dostępu do fizjoterapii oszacowano na około 2 miliony funtów rocznie, tylko w opiece ambulatoryjnej. Są to oszczędności wynikające wyłącznie z bezpośredniego dostępu do fizjoterapeutów, bez uwzględnienia oszczędności związanych z wczesnym rozpoczęciem terapii i mniejszą absencją w pracy. Populacja Szkocji jest około 8 razy mniejsza od populacji Polski.

**Szwecja** - zawód fizjoterapeuty w Szwecji jest zawodem autonomicznym. Każdy pacjent może udać się bezpośrednio do fizjoterapeuty bez skierowania lekarza. Nadzór nad szwedzkim korpusem fizjoterapeutów sprawuje Narodowa Rada Zdrowia i Pomocy Społecznej (*Socialstyrelsen*). W Szwecji, prawami, które odnoszą się do pracy fizjoterapeutów to ustawa ds. służby zdrowia i opieki medycznej (*Health and Medical Services Act, Hälso- och Sjukvårdslagen*), która gwarantuje pacjentom z zaburzeniami funkcjonalnymi prawo do opieki i pomocy oraz ustawa o działalności zawodowej w służbie zdrowia z 1998 roku (*Yrkesverksamhetslagen*). Na podstawie tych ustaw oczekuje się, że wykwalifikowani fizjoterapeuci będą w stanie w duchu etycznego profesjonalizmu i działania w zgodzie z wiedzą naukową i potwierdzonymi badaniami w swojej dziedzinie zawodowej:

- przyjąć odpowiedzialność za swoją ocenę potrzeb fizjoterapeutycznych pacjenta, określić cele leczenia fizjoterapeutycznego oraz opieki całego zespołu terapeutycznego i krytycznie ocenić swoje działanie oraz całościowe zarządzanie szeroką gamą pacjentów
- podjąć i egzekwować środki zapobiegawcze i promujące zdrowie
- podjąć się leczenia fizjoterapeutycznego i rehabilitacyjnego i następnie zmienić plan leczenia,
- przetestować i przepisać medyczo-techniczne produkty, które będą mogły zostać użyte jako pomoce i dodać je do swojego wyposażenia oraz zapewnić ich bezpieczne używanie
- informować, instruować oraz nadzorować pacjentów, ich bliskich, opiekunów, oraz inny personel medyczny
- być na bieżąco, wcielać w życie oraz brać udział w istotnych badaniach i pracach rozwojowych oraz stosować praktyki oparte na dowodach naukowych
- planować własną pracę, brać udział w pracy grupowej, prowadzić podporządkowany sobie personel i współpracować z przedstawicielami innych profesji, krewnymi pacjentów, grupami interesu oraz instytucjami publicznymi,
- podjąć obowiązki zawodowe fizjoterapeuty na miejscu wypadku lub klęski żywiołowej, w czasie pokoju, jak również w czasie zagrożenia.

Badania przeprowadzone w Szwecji w 2013 roku wykazały, że 85% pacjentów korzystających z usług fizjoterapeutycznych nie wymaga wcześniejszej konsultacji lekarskiej. Poważne zaburzenia stwierdzono zaledwie u 6% pacjentów skierowanych przez fizjoterapeutów na konsultacje lekarskie. Pacjenci byli bardziej zadowoleni z informacji przekazanych przez fizjoterapeutę na temat ich stanu zdrowia i sposobów zapobiegania problemom, niż z informacji przekazanych przez lekarzy. Mieli także istotnie większe zaufanie do fizjoterapeuty jako osoby rozpoznającej przyczynę zaburzeń ruchowych. Od roku 2011 fizjoterapeuci współdecydują o podjęciu leczenia operacyjnego jako najdroższej formy leczenia pacjentów ortopedycznych. Fizjoterapeuci w Szwecji posiadają prawo wystawiania zwolnień z absencji w pracy w ramach schorzeń narządu ruchu.

**Węgry** - studia dwustopniowe. Fizjoterapeuci w państwowej służbie zdrowia przyjmują na podstawie skierowania od lekarza. Fizjoterapeuta przeprowadza badanie i stan funkcjonalny pacjenta oraz stawia diagnozę fizjoterapeutyczną. Samodzielnie decyduje o formie terapii i doborze metod oraz ocenia efekty prowadzonej przez siebie terapii.

**Wielka Brytania** - kształcenie odbywa się w systemie studiów dwustopniowych. Wszyscy fizjoterapeuci praktykujący w Wielkiej Brytanii są zobowiązani do rejestracji w UK Health Professions Council. Rejestracja uprawnia do wykonywania zawodu i używania tytułu fizjoterapeuty. Użycie tytułu bez rejestracji jest karane. Autonomię zawodu fizjoterapeuty uznano w 1978 roku. Od kilku lat fizjoterapeuci pracują jako pracownicy pierwszego kontaktu zarówno w systemie opieki państwowej jak i prywatnej. Szerokie kompetencje fizjoterapeutów rozszerzono w lipcu 2012 roku o możliwość przepisywania podstawowych leków. Badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii finansowane ze środków rządowych wykazały znaczne oszczędności w systemie opieki zdrowotnej po wprowadzeniu bezpośredniego dostępu do fizjoterapeutów. Fizjoterapię uznano za efektywną i bezpieczną dla pacjentów.

**Włochy** - zawód określony prawnie od 1994. Studia dwustopniowe. Tytuł fizjoterapeuty uzyskuje się po ukończeniu studiów licencjackich. Obowiązkowe jest szkolenie podyplomowe - m.in udział w kursach zawodowych. Dostęp do studiów jest ograniczony - określony limit miejsc.

---

### Bibliografia:

- American Physical Therapy Association. APTA Vision Statement for Physical Therapy 2020 (HOD P06-00-24-35). [www.apta.org/vision2020](http://www.apta.org/vision2020).
- Anon. Self-referral media hit. *Physiotherapy Frontline* 2008;**14**(19): 7-7.
- Boyce RA. Direct access physiotherapy in Australia. Letter in response to article: Holdsworth LK, Webster VS. Direct access to physiotherapy in primary care: now? – and into the future? *Physiotherapy* 2004;**90**:64-72. *Physiotherapy* 2005;**91**(1):61-62,
- Bury TJ, Stokes EK. A Global View of Direct Access and Patient Self-Referral to Physical Therapy: Implications for the Profession. *Physical Therapy* 2013;**93**(4):449-459,
- Bury TJ, Stokes EK. Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. *Physiotherapy* In Press 2013,
- Clews G. Pelvic health self-referral takes off. *Physiotherapy Frontline* 2007;**13**(23):8-9,
- Crout K, Tweedie J, Miller D. Physical therapists' opinions and practices regarding direct access. *Physical Therapy* 1998;**78**:52-61,
- Department of Health. Self-referral pilots to musculoskeletal physiotherapy and the implications for improving access to other AHP services. Department of Health; London, UK; 2008,
- Domholdt E, Durchholz AG. Direct access use by experienced therapists in states with direct access. *Physical Therapy* 1992;**72**(8):569.
- Domholdt E, Lord L, LeMasters A, Durant T. Direct access: a hypothetical debate. *Clin Manag Phys Ther* 1989;**9**(2):33,
- Durant TL, Lord LJ, Domholdt E. Outpatient views on direct access to physical therapy in Indiana. *Physical Therapy* 1989;**69**(10):850,
- Ferguson A, Griffin E, Mulcahy C. Patient self-referral to physiotherapy in general practice -a model for the new NHS? *Physiotherapy* 1999;**85**(1):13,
- Flynn TW. Direct access: the time has come for action. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy* 2003;**33**(3):102,
- Fordham R, Hodgkinson C. *A Cost Benefit Analysis of Open Access to Physiotherapy for GPs: Discussion Paper 29*. York, UK: Centre for Health Economics Health Economics Consortium. University of York; 1998,
- Galley P. Ethical principles and patient referral. *Australian Journal of Physiotherapy* 1975;**21**(3):97 - 100. [http://ajp.physiotherapy.asn.au/AJP/vol\\_21/3/AustJPhysiotherv21i3Galley2.pdf](http://ajp.physiotherapy.asn.au/AJP/vol_21/3/AustJPhysiotherv21i3Galley2.pdf)
- Galley P. Patient referral and the physiotherapist. *Australian Journal of Physiotherapy* 1976;**22**(3):117-120. [http://ajp.physiotherapy.asn.au/AJP/vol\\_22/3/AustJPhysiotherv22i3Galley.pdf](http://ajp.physiotherapy.asn.au/AJP/vol_22/3/AustJPhysiotherv22i3Galley.pdf)
- Galley P. Physiotherapists as first-contact practitioners--New challenges and responsibilities in Australia. *Physiotherapy* 1977;**63**(8):246-248.
- Holdsworth LK, Webster VS. Direct access to physiotherapy in primary care: now? – and into the future? *Physiotherapy* 2004;**90**(2):64-72.
- Holdsworth LK, Webster, VS and McFadyen, AK. Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GPs? Results of a national trial. *Physiotherapy* 2006;**92**(1):26-33,
- Holdsworth LK, Webster, VS and McFadyen, AK. Physiotherapists' and general practitioners' views of self-referral and physiotherapy scope of practice: results from a national trial. *Physiotherapy* 2008;**94**(3):236-243,
- Holdsworth LK, Webster, VS and McFadyen, AK. Self-referral to physiotherapy: deprivation and geographical setting: is there a relationship? Results of a national trial. *Physiotherapy* 2006;**92**(1):16-25,
- Holdsworth LK, Webster, VS and McFadyen, AK. What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy* 2007;**93**(1):3-11,

- Jones C, Cutner, A and Goldingay, J. Easier access to physiotherapy for stress urinary incontinence and prolapse: does it improve compliance? *Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health* 2007;**101**:44-47,
- Kruger J. Patient referral and the physiotherapist: three decades later. *Australian Journal of Physiotherapy* 2010;**56**:217-218,
- Leemrijse CJ, Swinkels ICS, Pisters MF, de Bakker D, Veenhof C. Direct access to physiotherapy: the patients' choice [Dutch]. *Nederlands Tijdschrift Voor Fysiotherapie*. 2008; **118**(3):62-67,
- Leemrijse CJ, Swinkels, ICS and Veenhof, C. Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands: Results From the First Year in Community-Based Physical Therapy. *Physical Therapy* 2008;**88**(8):936-946.
- Massey BF. 2002 APTA Presidential Address: What's all the fuss about direct access? *Physical Therapy*. 2002;**82**(11):1120.
- McCallum C, DiAngelis T. Direct Access: Factors that affect physical therapist practice in the State of Ohio. *Physical Therapy*. 2012;**92**(5)688-706.
- Mitchell JM and de Lissovoy, G. A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *Physical Therapy* 1997;**77**(11):10-18.
- Moore J. Vision in action: Direct access. *Physical Therapy Magazine* 2001;**9**(2):77-79.  
<http://mptac.missouri.org/DirectAccessPTmag.pdf>
- Obajuluwaa V, Abereojeb, O and Olaogunc , M. First-contact physiotherapy practice in Nigeria. *Physiotherapy Theory and Practice* 1990;**6**(2):85-89.
- Ojha HA, Snyder RS and Davenport TE. Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review. *Physical Therapy* 2013  
<http://ptjournal.apta.org/content/early/2013/10/17/ptj.20130096.abstract>
- Oxlade L and Wilde, L. Successful self-referral service empowers patients. *Physiotherapy Frontline* 2003;**9**(22):13-13.
- Pendergast J, Kliethermes SA, Freburger JK, Duffy PA. Comparison of Health Care Use for Physician-Referred and Self-Referral Episodes of Outpatient Physical Therapy. *Health Services Research* 2012;**47**(2):633-54.
- Rose SJ. Direct Access: The Need for an Educational Component. *Physical Therapy* 1988;**68**(9):1329.
- Salisbury C, Montgomery AA, Hollinghurst S, Hopper C, Bishop A, Franchini A, Kaur S, Coast J, Hall J, Grove S, Foster NE. Effectiveness of PhysioDirect telephone assessment and advice services for patients with musculoskeletal problems: pragmatic randomized controlled trial. *BMJ* 2013;Jan 29;**346**.
- Saporta A, Gibson BE. Ethics of self-referral for profit: case example of a physician-owned physiotherapy clinic. *Physiotherapy Canada* 2007;**59**(4):266-271.
- Shoemaker M. Direct Consumer Access to Physical Therapy in Michigan: Challenges to Policy Adoption. *Physical Therapy* 2012;**92**(2):236-250.
- Swinkels ICS, Leemrijse, CJ and Veenhof, C. One year of direct access to physiotherapy [Dutch]. *Nederlands Tijdschrift Voor Fysiotherapie* 2007;**117**(5):158-165.
- Taylor TK and Domholdt, E. Legislative change to permit direct access to physical therapy services: A study of process and content issues. *Physical Therapy* 1991;**71**(5):382-389.  
<http://www.ptjournal.org/cgi/reprint/71/5/382>
- Tepper DE. Reimbursement victories: direct access and others. *Physical Therapy Magazine* 2003;**11**(3):42.
- Turner D. An exploratory study of physiotherapy telephone assessment... Including commentary by Foster NE. *International Journal of Therapy & Rehabilitation* 2009;**16**(2):97-105.
- Webster VS, Holdsworth LK, McFadyen, Little H. Self-referral, access and physiotherapy: patients' knowledge and attitudes. Results of a national trial. *Physiotherapy* 2008;**94**(2):141.
- World Confederation for Physical Therapy. Policy statement: Direct access and patient/client self-referral to physical therapy. London, UK: WCPT; 2011.