

**Praksisplan for
Kiropraktik
i Region Midtjylland**

Indholdsfortegnelse:

1	Indledningen	3
1.1	Kommissorium for udarbejdelse af praksisplan på kiropraktorområdet.....	3
1.2	Praksisplanens struktur	4
2	Visioner og strategier for kiropraktikken i Region Midtjylland	5
2.1	En veldefineret og velintegreret platform for kiropraktikken	5
2.2	Kiropraktorernes indplacering i det samlede sundhedsvæsen	5
2.3	Kiropraktoren som central aktør i tilrettelæggelsen af behandlingsindsatsen for bevægeapparatlidelser	6
2.4	Fortsat udvikling af kiropraktikken i det offentligt finansierede sundhedssystem i relation til privat finansierede sundhedsydelser, patienters retssikkerhed og geografisk spredning.	6
3	Det formelle grundlag for kiropraktorvirksomhed	8
3.1	Lovgrundlag for kiropraktorer.....	8
3.2	Landsoverenskomsten om kiropraktisk behandling.....	8
3.3	Uddannelse.....	9
4	Behandlingsområde og patient.....	12
4.1	Beskrivelse af arbejdsområder og metoder	12
4.2	Beskrivelse af kiropraktorpatient	14
4.3	Kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen	17
4.4	Kiropraktikken i det integrerede sundhedsvæsen	18
5	Kvalitetsudvikling og forskning.....	20
5.1	Kiropraktorfonden.....	20
5.2	Kvalitetsudvikling	21
5.3	Evidens for den kiropraktiske behandling.....	23
5.4	Patienttilfredshed	24
5.5	Praksiskonsulenter på kiropraktorområdet	25
6	Kapacitet, produktion, efterspørgsel og økonomi	26
6.1	Praksiskapacitet	26
6.2	Udgifts- og aktivitetsudviklingen.....	36
7	Billeddiagnostik.....	43
7.1	Moderniseringsudvalget vedrørende billeddiagnostik	43
7.2	Lagring og backup af digitale røntgenundersøgelser	43
7.3	Digitaliseret røntgen	44
7.4	Central server til lagring af digitale røntgenbilleder	44
7.5	Henvisning til MR-scanning og CT-scanning.....	45
8	It og kommunikation i kiropraktorpraksis	47
8.1	Overenskomstaftaler.....	47
8.2	Konkrete IT rutiner i kiropraktorpraksis	47
8.3	EDIFACT.....	48
8.4	Digital signatur og Sundhed.dk.....	49
9	Anbefalinger	50
9.1	Kiropraktorernes indplacering i det samlede sundhedsvæsen	50
9.2	Tilrettelæggelsen af behandlingsindsatsen for bevægeapparatlidelser.....	51
9.3	Fortsat udvikling af kiropraktikken i det offentligt finansierede sundhedssystem.....	52
9.4	Praksiskonsulentordningen som spydspids for faglig udvikling og kvalitet i Region Midtjylland	53
Appendix A	54
Appendix B	56
Appendix C	57

1 Indledningen

Den foreliggende praksisplan er den første praksisplan for kiropraktikken i Region Midtjylland. Praksisplanen er gældende for perioden 2008-2011.

Formålet med praksisplanlægningen fremgår af *Landsoverenskomst om kiropraktisk behandling*, der er indgået mellem *Regionernes Lønnings- og Takstnævn* samt *Dansk Kiropraktor Forening*. Heri står der:

"Samarbejdsudvalget udarbejder til regionernes godkendelse en samlet planlægning af den kiropraktiske behandling i regionen, således at det kiropraktiske behandlingstilbud kan indgå i den øvrige sundhedsplanlægning i regionen."

Samtidig skal samarbejdsudvalget hvert år afgive en indstilling til regionen omkring den kiropraktiske behandlingsskapacitet i Region Midtjylland. Samarbejdsudvalget skal ligeledes afgive indstillinger til regionen omkring, hvilke kiropraktorer der kan anbefales at tiltræde landsoverenskomsten, hvis der er behov for flere kiropraktorer. Regionsrådet skal på baggrund af indstilling fra Samarbejdsudvalget og den godkendte praksisplan træffe afgørelser omkring nynedsættelser.

Praksisplanen skal forelægges samarbejdsudvalget til behandling.

1.1 Kommissorium for udarbejdelse af praksisplan på kiropraktorområdet

Samarbejdsudvalget har besluttet, at Region Midtjyllands første praksisplan på kiropraktorområdet skal indeholde en beskrivelse af:

- **Visioner for fremtiden:** Kommunikation er det felt, der bør fokuseres på i praksisplanen. Dette skyldes, at kommunikation er vigtigt i mange henseender blandt andet i forbindelse med sammenhængende patientforløb, samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen m.v.
- **Kiropraktik som profession:** Uddannelse, kompetencer samt indplacering i sundhedsvæsenet.
- **Status:** Faktuelle oplysninger om nuværende kiropraktisk kapacitet og aktiviteter.
- **Anbefalinger:** F.eks. beskrivelse af mulighederne for en øget integration af kiropraktikken i Region Midtjyllands sundhedsvæsen i fremtiden.

Organisering af arbejdet

Arbejdet har været organiseret i en arbejdsgruppe nedsat under samarbejdsudvalget. Arbejdsgruppen har udarbejdet udkast til praksisplan til forelæggelse og drøftelse i samarbejdsudvalget med henblik på anbefaling til regionsrådet.

Arbejdsgruppen refererer til Samarbejdsudvalget på kiropraktorområdet, som er styregruppe for praksisplanen.

Medlemmer af praksisplan-arbejdsgruppen:

Kiropraktorer:

Niels Klougart, medlem af samarbejdsudvalget på kiropraktorområdet
Niels B.F. Clausen, formand for kiropraktorerne i Region Midtjylland

Praksiskonsulenter:

Troels Gaarde, Praksiskonsulent tilknyttet Praksisenheden Århus, Region Midtjylland
Lise Hestbæk, Praksiskonsulent tilknyttet Praksisenheden Horsens, Region Midtjylland

Region Midtjyllands administration

Poul Michaelsen, Kontorchef, Økonomi og Planlægning, Primær Sundhed senere afløst af Lasse Guldbrandsen, Kontorchef, Økonomi og Planlægning, Primær Sundhed
Lisbeth Ulberg Poulsen, Fuldmægtig, Økonomi og Planlægning, Primær Sundhed

Fra juni 2009 er arbejdsgruppen suppleret med:

Klaus Doktor, medlem af samarbejdsudvalget på kiropraktorområdet
Palle Jørgensen, Afdelingschef, Primær Sundhed

Proces og tidsplan for arbejdet med praksisplanen

Der er i alt afholdt 6 møder i arbejdsgruppen, der har været nedsat under Samarbejdsudvalget på kiropraktorområdet. På møderne har arbejdsgruppen drøftet og præciseret praksisplanens struktur, kapitler og indhold. I mellem møderne har der ligeledes foregået en debat og præcisering af praksisplanens indhold.

Samarbejdsudvalget sendte ultimo september 2009 høringsudkast til praksisplan og efter samarbejdsudvalgets behandling af de indkomne høringssvar foreligger nu april 2010 den endelige praksisplan for kiropraktik.

1.2 Praksisplanens struktur

Praksisplanen er inddelt i 9 kapitler. Kapitlerne følger strukturen, som er opstillet i kommissoriet.

Kapitel 2 indeholder forslag til visioner og strategier for kiropraktikken i Region Midtjylland.

Kapitel 3, 4 og 5 er en beskrivelse af henholdsvis det formelle grundlag for kiropraktikken, behandlingsformen og patienten samt kvalitetsudvikling og forskning på kiropraktorområdet.

I kapitel 6 gennemgås praksiskapaciteten samt udgifts- og aktivitetsudviklingen inden for kiropraktikken i Region Midtjylland.

I kapitel 7 beskrives de billeddiagnostiske tiltag, der er sket på nationalt og regionalt plan.

I Kapitel 8 beskrives udfordringerne omkring it og kommunikation.

Kapitel 9 beskriver endelig anbefalingerne for kiropraktikken i Region Midtjylland i fremtiden.

2 Visioner og strategier for kiropraktikken i Region Midtjylland

2.1 En veldefineret og velintegreret platform for kiropraktikken

Formelt har kiropraktorerne og kiropraktikken en veldefineret platform i sundhedsvæsenet.

Men samtidigt er området præget af stor kompleksitet. Dels rummer lidelser i bevægeapparatet ofte komplekse og flertydige sygdomsårsager og manifestationer. Dels varetages behandlingen i flere organisatoriske sammenhænge under anvendelse af mange forskellige sundhedsfaglige professioner.

Det er Region Midtjyllands vision, at i fremtidens sundhedsvæsen vil patienter med bevægeapparatlidelser have veltilrettelagte patientforløb med høj faglig kvalitet, idet de hurtigt og smidigt bliver visiteret til – og modtager – den relevante behandling af høj faglig kvalitet. For at sikre arbejdsfastholdelse er det vigtigt at fokusere på evidensunderstøttet effektiv behandlingsindsats til rette tid i sygdomsforløbet.

Målet er således, at de forskellige faggruppers spidskompetencer bringes i anvendelse til glæde for patienterne.

Det forudsætter, at samspillet mellem de forskellige fagligheder på området afklares, løbende tilpasses og udnyttes i forhold til aktørernes uddannelses- og erfaringsmæssige niveau, hvilket igen nødvendiggør,

- at der er en afklaret, entydig, fleksibel og ressourcemæssig optimal arbejdsdeling imellem aktørerne på området,
- at de involverede fagligheder er i løbende konstruktiv dialog, dels om konkrete patientforløb, dels om mere overordnede udviklingsfelter på området,
- at der generelt er et gensidigt frugtbart tværfagligt samarbejde, samt
- at der på området sker en tværfaglig og tværsektoriel udveksling af viden i form af erfaringer, læring, evidens med videre.

Det er Region Midtjyllands vision:

1. at kiropraktikken i fremtidens sundhedsvæsen vil være en aktiv medspiller med det øvrige sundhedsvæsen,
2. at kiropraktorerne fortsat skal være en central aktør for tilrettelæggelsen af behandlingsindsatsen for bevægeapparatlidelser, og
3. at det offentligt finansierede sundhedsvæsen – herunder kiropraktikken i praksissektoren – fortsat udvikler sig, således at det fastholdes som et attraktivt og konkurrencedygtigt alternativ til privat finansierede sundhedsydelser, under hensyntagen til patientsikkerhed og geografisk spredning.

For at arbejde hen i mod opfyldelsen af disse visioner skal der fokuseres på strategier for følgende områder:

2.2 Kiropraktorerne indplacering i det samlede sundhedsvæsen

Kiropraktorer er hovedsageligt beskæftiget i private klinikker i primærsektoren. I stigende grad, men fortsat kun få steder, beskæftiges kiropraktorer i kommunale eller regionale rygcentre i sygehusvæsenet rundt om i Danmark.

Ved at inkludere kiropraktorerne i tværfaglige sammenhænge, herunder f.eks. i lokale behandler- og sundhedshuse, fremmer man sammenhæng og dermed glidende overgange. Dette sikrer, at patienterne kan komme smidigt frem og tilbage til et anbefalet tilbud.

I hospitalsvæsenet ses der i disse år en centralisering, som udfordrer mulighederne for at tilvejebringe diagnostik og behandling tæt på borgerne. Det er visionen, at kiropraktorklinikkerne sammen med andre ydere i praksissektoren kan bruges offensivt i denne sammenhæng.

2.3 Kiropraktoren som central aktør i tilrettelæggelsen af behandlingsindsatsen for bevægeapparatlidelser

Kiropraktoren er en central sundhedsperson i sundhedsvæsenet, og har stor erfaring med problemer i bevægeapparatet. I kiropraktiske klinikker bliver patienter udredt, behandlet og modtager eventuelt forebyggende indsats samme sted uden ventetid. Dette gør hele proceduren hurtig og effektiv.

For at udnytte de privat praktiserende kiropraktorerers faglige kompetencer optimalt og samtidig aflaste de alment praktiserende læger, kan det overvejes at ændre opgavefordelingen i forhold til rygpatienter faggrupperne imellem. Det kan f.eks. ske ved at igangsætte forsøgsordninger i et specifikt lokalområde om opgaveflytning mellem de involverede faggrupper omkring rygpatienter.

Desuden vil smidigere henvisningsveje, som for eksempel direkte henvisningsret til udvidet billeddiagnostik, minimere unødigt ekstra-arbejde for den praktiserende læge. Det anses som vigtigt, at kommunikationen mellem alment praktiserende læger og kiropraktorerne er bedst mulig. Den praktiserende læge skal som udgangspunkt underrettes om relevante behandlingsforløb hos kiropraktoren. Med henblik på størst mulig tværfaglig sammenhæng og udbytte af den samlede behandlingsindsats, bør der mellem kiropraktor og alment praktiserende læge videregives relevant orientering om behandlingsforløb og resultaterne heraf.

Det foreslås, at der i samarbejde med praktiserende læger udarbejdes en nærmere beskrivelse af, hvilke patienter det vil være relevant at udveksle information om.

Som central aktør i patientens samlede forløb er kiropraktorerens muligheder for at videreudvikle elektronisk kommunikation med relevante samarbejdspartnere af yderste vigtighed. Der er meget store fordele forbundet med brug af elektronisk kommunikation. Både tidsmæssigt, praktisk og fagligt glider det professionelle samarbejde nemmere til gavn for patienten, ikke mindst i forhold til patientsikkerhed. En aktiv implementeringsindsats vil derfor være af stor værdi for udviklingen de kommende år.

2.4 Fortsat udvikling af kiropraktikken i det offentligt finansierede sundhedssystem i relation til privat finansierede sundhedsydelse, patienters retssikkerhed og geografisk spredning.

Som en relativt ny tendens i sundhedsvæsenet ses der i stadig større omfang en privatisering. Det gælder på finansieringssiden, idet borgere omfattes af private sundhedsforsikringsordninger. I forbindelse med nogle af disse forsikringsordninger er der etableret formaliseret samarbejde mellem kiropraktorklinikker og forsikrings siden.

Fortsætter denne tendens, vil man også fremover kunne se nye klinikker, der etableres uden ydernummer, men med aftale med forsikringsselskaber.

På grund af fraværet af en overenskomst er disse klinikker ikke underlagt de samme planlægningsmæssige vilkår samt service- og kvalitetsmæssige krav, som kiropraktorklinikker med ydernummer er underlagt.

De eksisterende kiropraktorklinikker med ydernummer kan med de nuværende overenskomstmæssige rammer vokse både med hensyn til antallet af ansatte kiropraktorer og ved at flere faggrupper kommer til. Under forudsætning af fortsat voksende efterspørgsel efter kiropraktorydelser, og at kiropraktorerne frit kan ansætte assistenter, vil regionens kiropraktorer gå fra at være overvejende klinikejere til i højere grad at være ansatte.

Samarbejdsudvalget ønsker blandt andet med denne praksisplan at tilkendegive, at man inden for de rammer, som er givet Region Midtjylland, vil arbejde på at sikre kiropraktorerne i praksissektoren udviklingsmuligheder. Dette skal være med til at sikre, at det både på kort og langt sigt vil være muligt at rekruttere kiropraktorer til fortsat at varetage kiropraktisk behandling af regionens borgere i en hensigtsmæssig geografisk spredning.

Region Midtjylland vil have løbende fokus på, om en voksende privat kiropraktor sektor medfører risiko for en utilstrækkelig offentlig kiropraktordækning. Dette vil Region Midtjylland vurdere i forbindelse med de årlige indstillinger om behandlingskapacitet. Regionen vil herunder forholde sig til, om dette bør medføre ændringer i tildeling af ydernumre og ydernumrenes placering.

3 Det formelle grundlag for kiropraktorvirksomhed

Siden 1978 har kiropraktorerne haft overenskomst med den offentlige sygesikring, hvormed der er ydet tilskud til kiropraktisk behandling. Kiropraktorerne blev autoriserede i 1992, hvorved de officielt fik ret til at diagnosticere, behandle og forbygge biomekaniske dysfunktioner i rygsøjlen, bækkenet og ekstremiteterne. I 1994 blev den 5-årige uddannelse i klinisk biomekanik (kiropraktik) etableret på Syddansk Universitet i Odense (NIKKB 2002:5).

3.1 Lovgrundlag for kiropraktorer

Kiropraktorvirksomhed er nærmere beskrevet i *Bekendtgørelse nr. 520 af 30. juni 1993: Bekendtgørelse om kiropraktorvirksomhed*.

Det formelle grundlag for kiropraktorerers virke er fastlagt i *LOV nr. 451 af 22. maj 2006: Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed*. Loven trådte i kraft den 1. januar 2007.

Sundhedsstyrelsen giver autorisationer til kiropraktorer, der har gennemført en nærmere bestemt uddannelse. Der gives autorisation til kiropraktorer: "...der har bestået dansk kiropraktoreksamen eller en udenlandsk eksamen, der kan sidestilles hermed." jævnfør § 52 i *Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed*. Det er kun personer med autorisation, der har ret til at betegne sig som kiropraktor og har ret til at udøve kiropraktorvirksomhed.

Alle autoriserede sundhedspersoner er under udøvelse af deres virksomhed forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, herunder ved benyttelse af medhjælp. Samtidig er alle autoriserede sundhedspersoner undergivet et tilsyn af Sundhedsstyrelsen efter § 215.

3.2 Landsoverenskomsten om kiropraktisk behandling

Det formelle aftalegrundlag for kiropraktorvirke er fastlagt i *Landsoverenskomsten om kiropraktisk behandling*, som er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Kiropraktor Forening. Den seneste udgave er gældende fra april 2007.

Berettiget til kiropraktisk behandling efter denne landsoverenskomst er personer, der efter sygesikringsloven har ret til tilskud til kiropraktisk behandling (gruppe 1-og gruppe 2-sikrede) samt personer, der ifølge internationale regler sidestilles hermed. Desuden har de sikrede frit valg mellem samtlige praktiserende kiropraktorer, som har tiltrådt landsoverenskomsten. Den kiropraktiske behandling ifølge landsoverenskomsten omfatter: Anamnese, kiropraktisk undersøgelse, røntgenundersøgelse, diagnostik, forebyggelse, træning og rehabilitering, behandlingsplanlægning, behandling og journalisering.

For hver region nedsættes et samarbejdsudvalg bestående af 6-12 medlemmer. Udvalget har blandt andet til formål at udarbejde en samlet planlægning af den kiropraktiske behandling i regionen, således at det kiropraktiske behandlingstilbud kan indgå i den øvrige sundhedsplanlægning i regionen. Samtidig skal udvalget hvert år afgive en indstilling vedrørende behandlingskapacitet i regionen. Samarbejdsudvalget kan i det omfang, der er enighed herom, tage andre forhold op til drøftelse.

Nynedsættelser kan finde sted i overensstemmelse med en af regionen godkendt praksisplan og på baggrund af en konkret ansøgning fra en kiropraktor. Nynedsættelser i overensstemmelse med kiropraktor praksisplanen eller på baggrund af regionens beslutning annonceres, og regionen bestemmer, efter indstilling fra samarbejdsudvalget, hvilken kiropraktor, der får tilladelse til nynedsættelse. Konkret ansøgning fra en kiropraktor om nynedsættelse behandles i samarbejdsudvalget, der afgiver indstilling til regionen.

Kiropraktorpraksis kan tilrettelægges som enkeltmandspraksis, kompagniskabspraksis eller praksis i selskabsform (anpartsselskab, holdingselskab eller aktieselskab). Alle praksisformer kan fungere i samarbejdspraksis. I alle former for praksis kan der medvirke kiropraktisk medhjælp i overensstemmelse med kiropraktorlovens regler herom. Enkeltmandspraksis med ansatte kiropraktorassistenter eller anden medhjælp betragtes efter landsoverenskomsten som enkeltmandspraksis. Det betyder, at antallet af praktiserende kiropraktorer i et område i princippet er uafhængigt af antallet af ydernumre. Regionen kan således ikke bruge ydernummer tildeling som et redskab til at styre økonomien, men udelukkende til at bestemme placering af klinikkerne.

Kiropraktorerne i Region Midtjylland har foreslået, at der indføres en generationsskifteordning, der skal muliggøre et glidende generationsskifte i praksis. I det tidligere Århus Amt har der eksisteret en generationsskifteordning. Kiropraktorerne foreslår, at kiropraktorer, der har været ansat i mindst 3 år hos en overenskomsttilmeldt kiropraktor i Region Midtjylland, efter ansøgning kan tilbydes nedsættelse som overenskomsttilmeldt kiropraktor. Nedsættelsen kan i henhold til forslaget ske i samarbejdspraksis eller i kompagniskab med den kiropraktor, hos hvem ansøgeren hidtil har været ansat. Overenskomsttilmeldingen foretages således at der registreres to ydere på samme ydernummer, og dette ydernummer kan ikke uden fornyet ansøgning deles i to separate ydernumre. Praksisdelen kan således sælges, men ikke flyttes.

En generationsskifteordning vil kræve indgåelse af en § 2-aftale. I forlængelse af praksisplanens vedtagelse vil parterne forhandle nærmere om en evt. indgåelse af en § 2-aftale.

3.3 Uddannelse

På Syddansk Universitet i Odense kan man som det eneste sted i Norden læse klinisk biomekanik (kiropraktoruddannelsen). Universitetet optager årligt ca. 50 studerende på kiropraktoruddannelsen, fra og med 2008 er der plads til 65 studerende årligt. Halvdelen af disse pladser er reserverede til danske studerende.

Kiropraktoruddannelsen er normeret til 5 år. Uddannelsen består af en 3-årig bachelorgrad i klinisk biomekanik efterfulgt af en 2-årig kandidatgrad i klinisk biomekanik. Herefter følger et års postgraduat turnusuddannelse, hvorefter der opnås ret til selvstændigt virke som kiropraktor.

Uddannelsen er en forskningsbaseret, akademisk kandidatuddannelse med det sigte, at kiropraktoren efter endt turnusuddannelse selvstændigt kan tage patienter i behandling. Kiropraktoren kan desuden fortsætte som underviser og forsker ved danske eller udenlandske universiteter eller andre højere læreanstalter.

Siden uddannelsen blev oprettet, er der foregået et betydeligt og meget ressourcekrævende udviklingsarbejde af hele det 5-årige studieforløb. Det har resulteret i, at studiet nu er internationalt godkendt af Council of Chiropractic

Education, ligesom den danske sundhedsstyrelse samt forskningsministeriet har godkendt studiet som basis for en autorisation som kiropraktor i Danmark.

3.3.1 Bacheloruddannelsen

Bacheloruddannelsen har blandt andet som mål at give den studerende den faglige viden og de teoretiske samt metodiske kvalifikationer, der sætter den studerende i stand til selvstændigt at identificere, formulere og løse komplekse problemstillinger inden for fagområdet relevante bestanddele.

Bacheloruddannelsen skal give de studerende grundlag for udøvelse af erhvervsfunktioner og kvalificere til optagelse på en kandidatuddannelse.

Bacheloruddannelsen er med få undtagelser identisk med de første 3 år på medicinstudiet.

3.3.2 Kandidatuddannelsen

Der forudsættes en bestået bacheloruddannelse i biomekanik for at kunne blive optaget på den 2-årige kandidatuddannelse.

Kandidatuddannelsen har som mål på videnskabeligt grundlag at bibringe den studerende de forudsætninger inden for klinisk problemløsning (diagnostik og udredning) og de færdigheder inden for forebyggelse og behandling af bevægeapparatets lidelser, som er nødvendige for at kunne påbegynde den af Sundhedsstyrelsen godkendte turnusuddannelse i kiropraktik og efterfølgende opnå autorisation som kiropraktor.

På kandidatdelen af biomekanikuddannelsen udarbejdes et speciale svarende til en fjerdedel årsværk. Dette er opbygget som et egentligt forskningsprojekt og tilrettelægges individuelt af en vejleder og den studerende.

Efter kandidateksamen vil den studerende kunne:

- optage en fyldestgørende sygehistorie
- udføre en fyldestgørende objektiv undersøgelse
- udføre og tolke relevante billeddiagnostiske undersøgelser foreslå og tolke relevante laboratorieundersøgelser
- integrere oplysninger og fund i en fyldestgørende diagnose
- henvise patienter til anden behandling/undersøgelse som indiceret vejlede om forebyggelse
- forestå rehabilitering gennem træning
- udføre manuel og anden supplerende behandling af bevægeapparatet føre fyldestgørende optegnelser (journal)
- vurdere forskningsresultater kritisk
- samarbejde med de øvrige sundhedsprofessioner i og udenfor sygehusvæsenet

3.3.3 Turnusuddannelsen

Turnusuddannelsen er en 1-årig praktikperiode, hvor turnusassistenten fungerer som kiropraktor under supervision af en autoriseret kiropraktor. Den supplerende praktiske uddannelse har til formål at træne og videreudvikle turnusassistentens kliniske erfaring med henblik på en selvstændig, rutineret og forsvarlig varetagelse af diagnostik, forebyggelse og behandling inden for det kiropraktiske virksomhedsområde.

Først efter den 1-årige praktikperiode har kiropraktoren mulighed for selvstændigt virke.

Turnusuddannelsen er delt i en klinisk og en teoretisk del. I den kliniske del tilrettelægges et uddannelsesprogram, hvor turnusassistenten gradvis varetager mere og mere selvstændige funktioner. Den teoretiske del består af 3 weekendmøder og 10-12 hverdagsmøder. Ved disse møder formidles et alsidigt indblik i det danske sundhedsvæsens organisation og arbejdsform. Desuden gives der et indblik i samarbejdspartnerens virksomhedsområde. Herudover uddybes særlige kliniske problemområder.

3.3.4 Specialkiropraktør

I regi af Sygehus Lillebælt og i samarbejde med Syddansk Universitet arbejdes der på at oprette en specialistuddannelse for kiropraktorer rettet mod sekundærsektoren. Denne uddannelse er nærmere beskrevet i '*Specialkiropraktøren*' af Søren O'Neill, Rygcenter Fyn, og vil kvalificere kiropraktorerne til at varetage opgaver i krydsfeltet mellem reumatologi, ortopædkirurgi og radiologi. Der er formuleret en principiel beskrivelse af en videreuddannelse, som på sigt vil være målsætningen. Denne beskrivelse svarer til speciallægenes.

4 Behandlingsområde og patient

4.1 Beskrivelse af arbejdsområder og metoder

I henhold til Bekendtgørelsen om kiropraktorvirksomhed (BEK nr. 520 af 30/06/1993) omfatter kiropraktorernes virke diagnostik, forebyggelse og kiropraktisk behandling af biomekaniske funktionsforstyrrelser og heraf afledte smertetilstande i rygsøjle, bækken og ekstremiteter.

Kiropraktoren udgør således en primær indgang til sundhedssystemet med selvstændig diagnose ret. Såfremt kiropraktoren som led i sin differential diagnostiske vurdering mistænker, at en patient har en sygdom, som ligger udenfor kiropraktorens virksomhedsområde eller som kontraindicerer kiropraktisk behandling, skal behandlingen afbrydes og patienten henvises til at søge læge.

Kiropraktorer har flere forskellige funktioner over for deres patienter. Kiropraktoren skal både diagnosticere, visitere og forestå behandling, genoptræning, forebyggelse samt rådgivning.

Kiropraktisk virke er således karakteriseret ved, at kiropraktoren kan diagnosticere, behandle og forebygge bevægeapparatlidelser i samme enhed. Patienten kan udredes umiddelbart og behandling samt rådgivning iværksættes almindeligvis straks.

4.1.1 Udredning

Ved henvendelse til kiropraktor foretages først anamnese og undersøgelse. Kiropraktoren foretager en differentialdiagnostisk bedømmelse af problemet for at undersøge, om problemet falder inden for rammerne af kiropraktorernes virksomhedsområde, eller om patienten skal henvises/afvises. Falder problemet inden for rammerne, kan der blive tale om flere specialundersøgelser for at stille en diagnose af det pågældende tilfælde, herunder en biomekanisk bedømmelse.

I forbindelse med udredning af patienten med bevægeapparatslidelser kan der blive tale om kontakt til et eller flere lægefaglige specialer med berøringsflader, såsom radiologi, neurologi, neurokirurgi, ortopædkirurgi, reumatologi samt speciallæger i almen medicin.

Undersøgelsen er baseret på en grundig anamnese og omfatter almindelige kliniske undersøgelser, herunder blodtryksmåling og stetoskopi. Desuden har alle kiropraktorer adgang til røntgenundersøgelse. Røntgenanlæg i kiropraktorpraksis er godkendt af Sundhedsstyrelsen og opfylder røntgenbekendtgørelsernes krav (BEK nr 708 af 29/09/1998 og BEK 975 af 16/12/1998). Røntgenanlæggene i stadig flere klinikker bliver i disse år digitaliseret med mulighed for central billedlagring.

Flere kiropraktorer benytter sig af ultralydsundersøgelse, specielt i forbindelse med problemer i ekstremiteterne. Ultralydsundersøgelser er et emne som har indgået i Moderniseringsudvalgets arbejde.

4.1.2 Behandling

Resultaterne af undersøgelse og diagnose lægges til grund for en behandlingsplan, hvor der tænkes på tre planer:

Figur 4.1.2.1: Behandlingslinjer

1. linje behandling: Behandling	Bryde det smerteprægede og bevægehæmmende mønster
2. linje behandling: Genoptræning	Genoptræne tabte funktioner
3. linje behandling: Forebyggelse	Patientens egen indsats- herunder styrketræning Instruktion og rådgivning mht.: <ul style="list-style-type: none">- Den daglige fysiske belastning - Tunge løft / Gentagne ensformige bevægelser- Den daglige psykiske belastning - Arbejdstilfredshed / familieforhold /socialt- Generel ryg hygiejne

1. Linje behandling: Manuel behandling af kroppens led er en af hjørnestenene i kiropraktorens behandlingstilbud og består af en bred vifte af metoder, hvor kiropraktoren bruger sine hænder til at løsne/ udspænde de stramme eller "låste" led i ryg, arme eller ben.
Kiropraktisk manipulationsbehandling er et særkende for kiropraktorerne og er en metode, der specifikt retter på funktionen i et led (der findes i kiropraktorklinikkerne specielle behandlingslejer, der er nødvendige for nogle af disse teknikker).
Desuden kan anvendes bløddelsbehandling af muskler, sener og ledbånd mv.
2. Linje behandling: Direkte fokus på genoptræning af tabte funktioner som følge af det aktuelle problem. *Øvelser og genoptræning* er patientens egen indsats for at genoptræne eller styrke den tabte funktion af det skadede område. Dette vil, afhængigt af problemet, omfatte både stabilitets-, styrke-, smidigheds- og/eller koordinationstræning. Træningen foregår enten som hjemmetræning, i klinikens træningsfaciliteter eller hos eksterne samarbejdspartnere.
3. Linje behandling: Forebyggelse er et vigtigt supplement til den kiropraktiske behandling, idet det desværre er ret almindeligt at få tilbagevendende problemer, når man først har fået en skade. Der er i klinikkerne genoptrænings- eller øvelsesinstruktion, idet nogle benytter instruktion i specifikke øvelser, og nogle benytter (herunder) specielt udviklede rehabiliteringsmaskiner. Endelig følges behandling op med rådgivning omkring generel levevis i forbindelse med ryghygiejne, idet der kan være tale om alt fra specifik korrektion af en arbejdsstilling over almindelig løfteteknik til almindelig adfærd, herunder for eksempel kostvejledning.

4.1.3 Rammer

På klinikkerne findes sufficient undersøgelsesudstyr, herunder adgang til røntgenundersøgelse, og der findes specielle behandlingslejer, som er nødvendige for den kiropraktiske manipulationsbehandling. Der er i klinikkerne genoptrænings- eller øvelsesinstruktion, idet nogle benytter instruktion i specifikke strækøvelser, styrkende, stabiliserende eller koordinerende øvelser, og andre benytter herudover specielt udviklede rehabiliteringsmaskiner i aktiv behandling gennem træning. Disse maskiner er typisk udstyret med mulighed for at udføre elektronisk måling af patienternes styrkeniveau i forløbet.

Til at løfte disse opgaver findes i mange klinikker hjælpepersonale, der udover sekretærer blandt andet kan omfatte fysioterapeuter og massører.

4.2 Beskrivelse af kiropraktorpatient

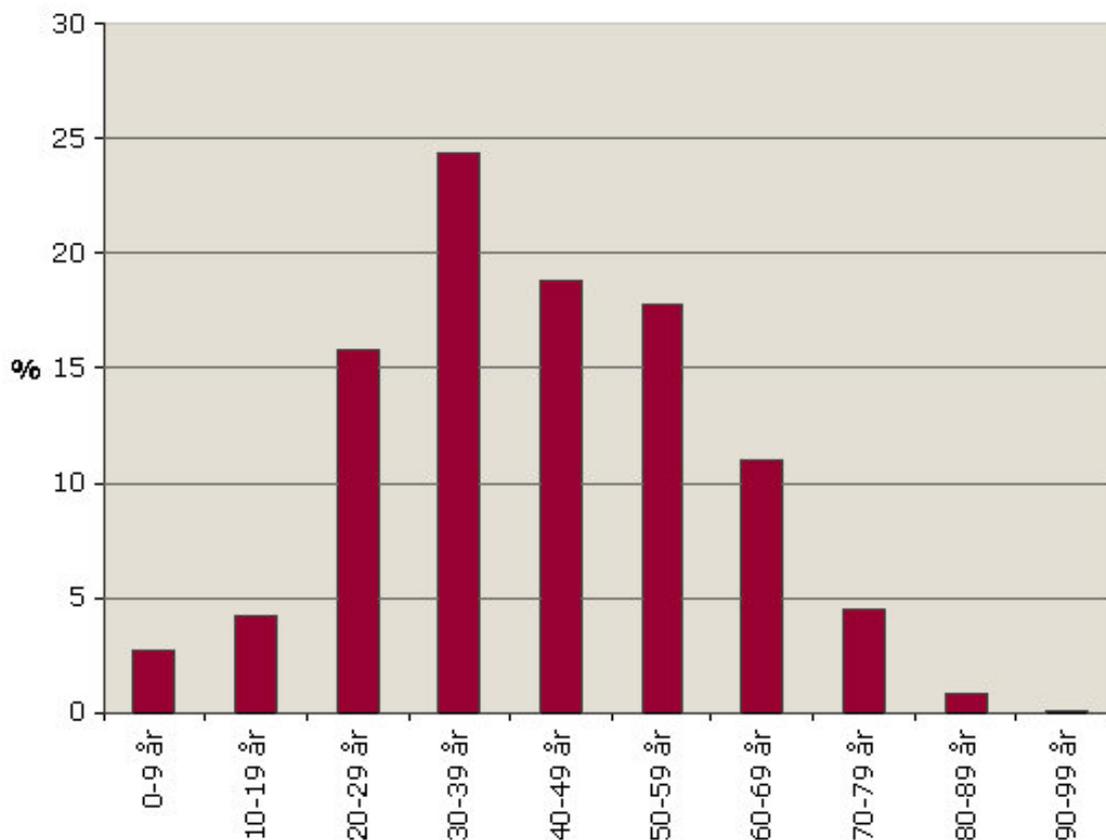
Kiropraktorerne behandlede på landsplan 321.537 patienter i 2007 for lidelser i bevægeapparatet. Heraf behandlede kiropraktorerne i Region Midtjylland 72.201 patienter. Det vil sige, at 22,45 % af landets kiropraktorpatienter kommer fra Region Midtjylland, hvilket svarer nøje til befolkningsandelen, idet Region Midtjylland har 22,53 % af landets borgere.

I 1999 og 2002 gennemførte Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (NIKKB) en spørgeskemaundersøgelse i samtlige af landets kiropraktorklinikker. Undersøgelsen havde til hensigt at afdække en profil af de patienter, som søger kiropraktor, for så vidt angår smertebillede, konsekvenser i dagligdagen samt henvisningsmønstre.

4.2.1 Alder og køn

Den typiske danske kiropraktorpatient er mellem 30 og 60 år (61 %) med en gennemsnitsalder på 42 år, men omfatter såvel spædbørn som geriatriske patienter. Der er en næsten ligelig fordeling på køn med 50,5 % kvinder og 49,5 % mænd. Den detaljerede aldersfordeling kan ses i figur 4.2.1.

Figur 4.2.1: Kiropraktorpatienternes aldersfordeling



Kilde: Kiropraktorpatienter i Danmark 2002 – en patientprofil

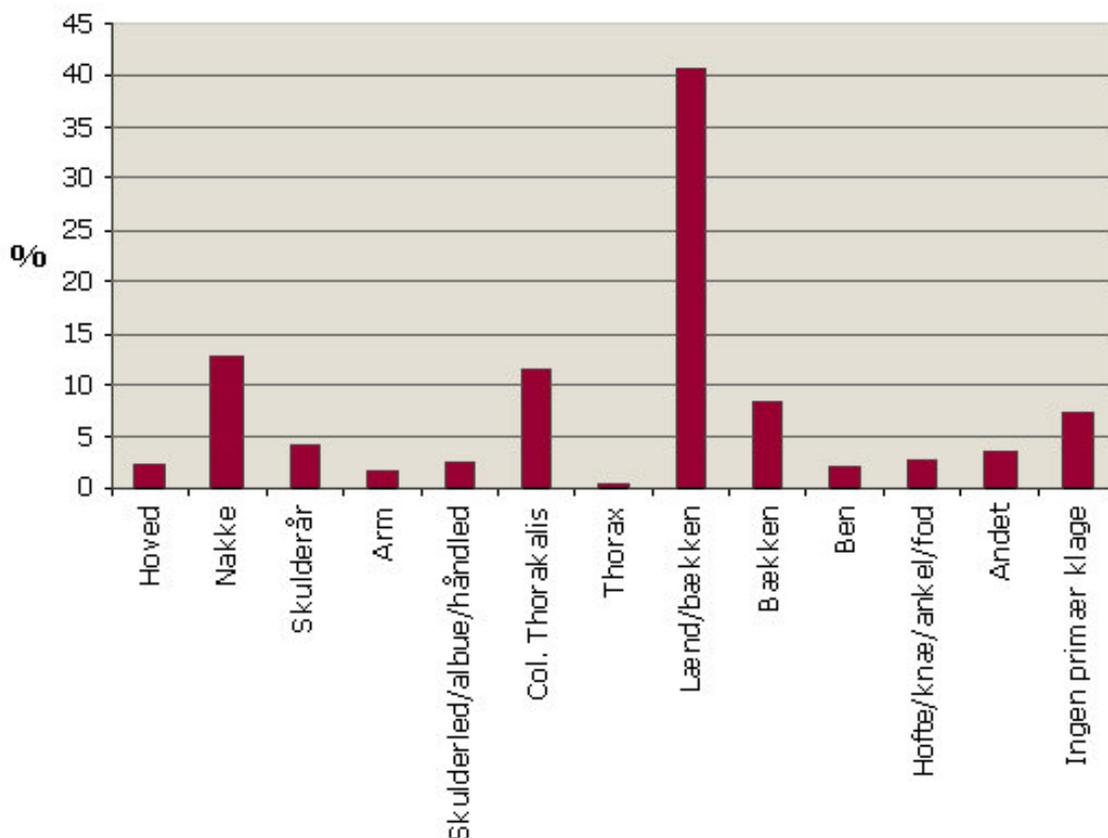
4.2.2 Henvendelsesårsager

Smerter i rygsøjlen (især nakke og lænd), eventuelt med udstrålende smerter til arme eller ben, er den hyppigste grund til, at man henvender sig til en kiropraktor. Rygsmerter kan optræde på forskellige måder og i flere sværhedsgrader, lige fra ømme muskler til alvorligere skader som for eksempel en diskusprolaps. Kroppens muskler og led kan også medføre symptomer væk fra ryggen, eksempelvis hovedpine, som også er en hyppig grund til at søge kiropraktor. Lokale smerter i arme og ben er også en almindelig grund til at søge kiropraktor.

Af patienter med lænderygbesvær søger 2/3 i første omgang behandling i almen praksis, mens 1/3 søger kiropraktor direkte. De patienter, der søger behandling i almen praksis, har i gennemsnit 3,5 kontakter, hvor patienter, der søger kiropraktor, har 6,5 kontakter. Patienter, der af den praktiserende læge henvises til henholdsvis praktiserende speciallæge i fysiurgi eller praktiserende fysioterapeut, har i gennemsnit hhv. 6,5 og 11,7 kontakter hos disse behandlere (Sundhedsstyrelsens Udvalg for Medicinsk Teknologivurdering, 1999:24).

Figur 4.2.2 viser, hvorledes kiropraktorpatienternes primære henvendelsesårsag fordeler sig. Patienterne klager oftest over lænd/bækken problemer, hvor 40,8 % har angivet dette som deres primærklage. Herefter kommer nakke med 12,8 % og "brystryggen" (rygsøjlen ved brystkassen, columna thoracalis) med 11,5 %.

Figur 4.2.2: Fordeling af primære henvendelsesårsag

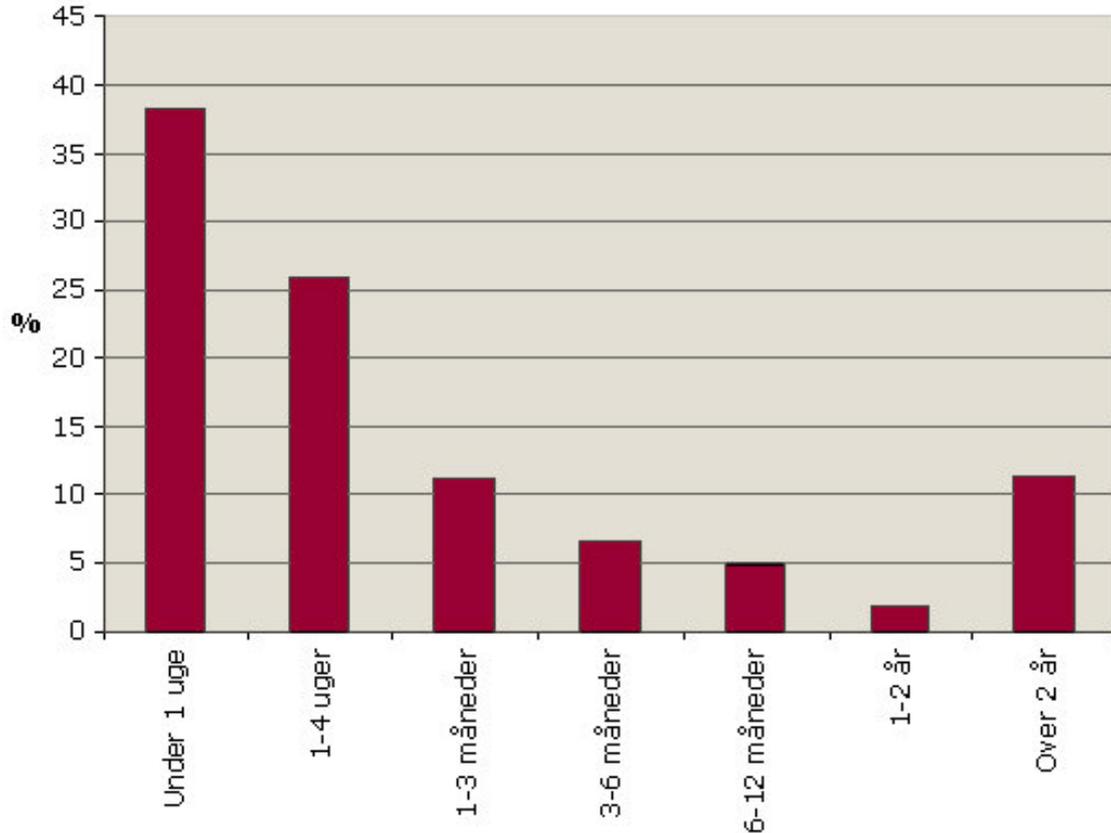


Kilde: Kiropraktorpatienter i Danmark 2002 – en patientprofil

4.2.3 Symptomvarighed og sygemelding

Når patienterne henvender sig til kiropraktoren lider 64 % af et akut problem (mindre end 4 uger gammelt), og over halvdelen af disse patienter henvender sig inden for den første uge. 18 % af kiropraktorpatienterne henvender sig, når problemet er subakut (mellem 4 uger og 6 måneder gammelt) og de sidste 18 % venter til, problemet er blevet kronisk (over 6 måneder gammelt). En detaljeret oversigt ses i figur 4.2.3.

Figur 4.2.3: Kiropraktorpatientens primære henvendelsesårsags varighed



Kilde: Kiropraktorpatienter i Danmark 2002 – en patientprofil

60 % af de kiropraktiske patienter, som har deltaget i undersøgelsen, der havde til formål at afdække kiropraktor patientens profil, har tidligere haft samme problem. Omkring halvdelen af deltagerne angiver, at de tidligere har søgt behandling for samme problem, som de søger kiropraktisk behandling for. Patienter, som tidligere har søgt behandling hos kiropraktorer, har en tendens til tidligere at opsøge kiropraktisk behandling igen. 46,5 % af disse opsøger kiropraktoren inden for den første uge, mens kun 9,5 % venter mere end et halvt år.

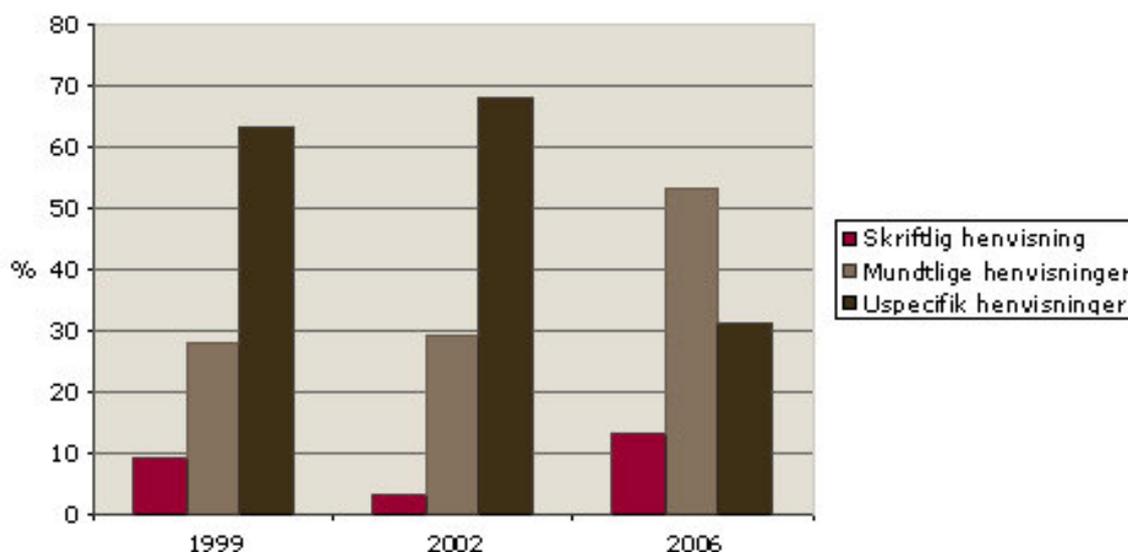
Disse tal skal sammenholdes med hele patientpopulationen, hvor 38,2 % opsøger kiropraktoren inden for den første uge, og 18,1 % venter mere end et halvt år. Hos 28,6 % af patienterne medfører lidelsen sygemelding, langt størstedelen af de sygemeldte patienter (70 %) er sygemeldt under én uge, og 90 % er sygemeldt under én måned.

Siden 1999 er henvisninger fra det øvrige sundhedsvæsen steget fra 15,8 % til 19,5 % i 2002. Det bør her nævnes, at andelen af de lægehenviste er steget fra 11,2 % til 16,9 %.

4.3 Kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen

I det tidligere Århus Amt er der foretaget undersøgelser omkring kiropraktorernes kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen. Undersøgelserne er foretaget i uge 40-43 i henholdsvis 1999, 2002 og 2006. Undersøgelserne har haft til formål at kortlægge hyppigheden og arten af kommunikation mellem kiropraktorer og den øvrige sundhedssektor.

Figur 4.3.1: Henvisningsformer

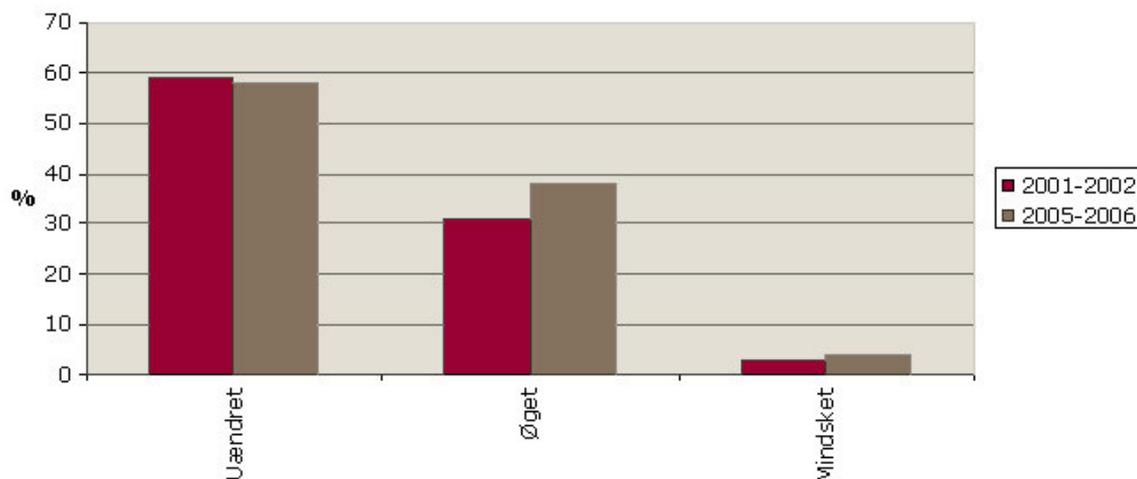


Kilde: Kommunikation mellem kiropraktorer og andre dele af sundhedssektoren i Århus
Mundtlige henvisninger er patienthenvisninger til én bestemt kiropraktor, hvorimod uspecifikke henvisninger er et forslag fra henvisende instans om at opsøge en kiropraktor.

Figur 4.3.1 viser udviklingen i henvisningsformer i procent. Det ses, at andelen af mundtlige henvisninger i perioden fra 1999 til 2006 er steget markant og udgør i 2006 den overvejende henvisningsform.

I 1999 resulterede 43 % af henvisningerne i enten telefonisk eller skriftlig tilbagemelding til henvisningsinstansen. I 2002 resulterede 38 % af lægehenvisningerne i en skriftlig tilbagemelding til den henvisende læge. I 2006 var den samlede tilbagemeldings andel steget. Her resulterede 53 % af lægehenvisningerne i en skriftlig tilbagemelding til den henvisende læge og 15 % af lægehenvisningerne i en telefonisk tilbagemelding til den henvisende læge.

Figur 4.3.2: Kiropraktorerne opfattelse af samarbejdet/kommunikationen med øvrige sundhedsprofessioner



Kilde: Kommunikation mellem kiropraktorer og andre dele af sundhedssektoren i Århus

Figur 4.3.2 viser, at en større andel af kiropraktorerne i 2006 oplever, at kommunikationen med øvrige sundhedsprofessioner er øget det forgangne år set i forhold til 2002. Samtidig er der også en lille stigning i andelen, der mener, at kommunikationen med øvrige sundhedsprofessioner er mindsket fra 2005-2006 set i forhold til kiropraktorerne svar for perioden 2001-2002.

4.4 Kiropraktikken i det integrerede sundhedsvæsen

4.4.1 Makrotendenser i sundhedsvæsenet

Udviklingen i hospitalssektoren går mod større og mere specialiserede enheder, hvilket sætter almen praksis under pres, idet almen praksis i højere grad skal udfylde funktionen som det borgernære sundhedstilbud.

Almen praksis sættes yderligere under pres fordi patienternes forventninger til sundhedsvæsenet har ændret sig. Patienterne har en forventning om korrekt og effektiv behandling med brug af de nyeste teknologier og metoder. Den generelle samfundsudvikling har medført ændringer i befolkningens sygdomsbillede med flere ældre patienter og flere patienter med kroniske lidelser og livsstilssygdomme.

Som en relativt ny trend i sundhedsvæsenet ses der i stadig større omfang en privatisering. Det gælder på finansieringssiden, idet borgere omfattes af private sundhedsforsikringsordninger. Og det ses på produktionssiden, hvor private leverandører tilbyder sundhedstilbud.

4.4.2 Center for Bevægeapparatlidelser.

Center for Bevægeapparatlidelser er en del af Rygcentret, Regionshospitalet Silkeborg. Centret er etableret i samarbejde med Silkeborg, Skanderborg og Farvskov kommuner samt Center for Folkesundhed i Region Midtjylland. Yderligere har Randers Kommune en samarbejdsaftale med centret. Centret har primært til opgave at etablere udrednings- og behandlingsforløb for sygemeldte med smerter i bevægeapparatet samt foretage forskning i, hvilken indsats som virker bedst. Centret har i en projektperiode afprøvet to forskellige måder at håndtere lænderygsmarter på, og

projektet er formelt afsluttet i efteråret 2008. Centret er herefter gjort permanent, således at sygemeldte rygpatienter fortsat henvises til centret.

Der har ikke indgået kiropraktorer i projektperioden. Det foreslås, at der etableres kontakt mellem centret og kiropraktorerne i regionen med henblik på at sikre relevant koordinering og involvering af de forskellige kompetencer.

4.4.3 Arbejdsdeling mellem aktører i sundhedsvæsenet

Formelt har kiropraktorerne og kiropraktikken en veldefineret platform i sundhedsvæsenet.

Men samtidigt er området præget af stor kompleksitet. Dels rummer lidelser i bevægeapparatet ofte komplekse og flertydige sygdomsårsager og manifestationer. Dels varetages behandlingen i flere organisatoriske sammenhænge under anvendelse af mange forskellige sundhedsfaglige professioner.

Kiropraktoren har som sundhedsperson særdeles stor erfaring med problemer i bevægeapparatet. I kiropraktiske klinikker bliver patienter uden ventetid udredt, behandlet og modtager eventuelt forebyggende indsats samme sted, hvilket gør hele proceduren effektiv.

Patienter med bevægeapparatlidelser skal have veltilrettelagte patientforløb med høj faglig kvalitet, idet de hurtigt og smidigt bliver visiteret til – og modtager – den relevante behandling af høj faglig kvalitet. I den forbindelse skal det sikres, at de forskellige faggrupperes spidskompetencer bringes i anvendelse til glæde for patienterne.

Det forudsætter, at samspillet mellem de forskellige fagligheder på området afklares, løbende tilpasses og udnyttes, hvilket igen nødvendiggør,

- at der er en afklaret, entydig, fleksibel og ressourcemæssig optimal arbejdsdeling imellem aktørerne på området,
- at de involverede fagligheder er i løbende konstruktiv dialog, dels om konkrete patientforløb, dels om mere overordnede udviklingsfelter på området,
- at der generelt er et gensidigt frugtbart tværfagligt samarbejde, samt
- at der på området sker en tværfaglig og tværsektoriel udveksling af viden i form af erfaringer, læring, evidens med videre.

På den baggrund anbefales det, at der påbegyndes et udredningsarbejde omkring hensigtsmæssige patientforløb for patienter med ryglidelser, hvor fokus vil være på: *"rette patient på rette sted til rette tid"*. Udredningsarbejdet kan evt. bestå i et kommende forløbsprogram for muskel-/skeletlidelser, som på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger forventes igangsat i regi af kronikerområdet.

5 Kvalitetsudvikling og forskning

5.1 Kiropraktorfonden

Fonden til Fremme af Kiropraktisk Forskning og Postgraduat uddannelse er dannet og administreret af regionerne i Danmark i samarbejde med den kiropraktiske profession. Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Dansk Kiropraktor Forening (DKF) har etableret fonden med det formål at etablere det økonomiske grundlag for Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (NIKKB), at fremme kiropraktisk forskning, at yde tilskud til efteruddannelsesaktiviteter for kiropraktorer og at afholde udgifter i forbindelse med kvalitetsudvikling i kiropraktorpraksis. Fonden ledes af en bestyrelse på 6 personer.

Efter ansøgning uddeles ca. 1,5 mio. kr. årligt til konkrete projekter. Kiropraktorfonden finansierer ligeledes ph.d.-uddannelsesstillinger og et professorat.

Regionerne indbetalte i 2007 sammen med kiropraktorerne ca. 12 mio. kr. til Kiropraktorfonden.

Fondens midler tilvejebringes dels ved at regionerne tilbageholder en nærmere fastlagt procentdel af kiropraktorerne tilgodehavender, dels ved at regionerne indbetaler en nærmere fastlagt procentdel af regionernes udgifter til kiropraktisk behandling.

5.1.1 Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (NIKKB)

NIKKB er placeret i Odense i forbindelse med Syddansk Universitet og består af en forskningsenhed, en efteruddannelsesenhed og en røntgenenhed. Instituttet har p.t. 18 ansatte, hvoraf tre er ansat i administrative stillinger, fire tilknyttet efteruddannelsesenheden, otte tilknyttet forskningsenheden, tre tilknyttet røntgenenheden og desuden er der et skiftende antal forskerspirer ved instituttet. NIKKB er en del af Clinical Locomotion Science (CLS), der er et centersamarbejde mellem NIKKB, Institut for idræt og biomekanik, Syddansk Universitet og Rygcenter Fyn, Sygehus Fyn. Formålet med centeret er tværfaglig forskning samt nyttiggørelse og synliggørelse af forskning. Centersamarbejdet øger det tværfaglige samarbejde om forskning indenfor kiropraktorerne virkeområder.

5.1.2 NIKKBs forskningsafdeling

NIKKBs Forskningsafdelings store styrke er, at man kan tilbyde stabile stillinger til forskere, hvorved kontinuitet og opdyrkning af nye forskningsområder styrkes. Der er også oprettet en såkaldt forskerspireordning, hvor nye projekter og potentielle forskere kan prøves af. Indsatsområderne for NIKKBs fastansatte forskere er epidemiologisk forskning og klinisk forskning i områder relateret til det kiropraktiske virkeområde. Derudover er kiropraktiske forskere fra CLS også tilknyttet Århus Universitetshospital og Aalborg Universitet.

5.1.3 Efteruddannelsesenheden ved NIKKB

Efteruddannelsesenheden ved NIKKB arrangerer og afvikler kurser for landets kiropraktorer. Der udbydes cirka 15 kurser årligt indenfor behandlingsteknik, epidemiologi, forretningsførelse og meget andet. Efteruddannelseschefen er ansat og aflønnet af NIKKB, men alle kurser er 100 % brugerbetalt.

5.1.4 Røntgenenheden ved NIKKB

Røntgen i kiropraktorpraksis er teknisk kvalitetssikret gennem serviceenheden på NIKKB, der tilbyder røntgenkonsulentbistand til klinikkerne som led i opfyldelsen af røntgenbekendtgørelsen. Enheden er underlagt Sundhedsstyrelsen, som er kontrolmyndighed. Enheden har til formål at sikre, at alle kiropraktorer, der har eget røntgenanlæg, har adgang til en ansvarlig fysiker. Fysikeren udfører løbende og årligt kontrol på udstyret og gennemfører hvert andet år en billedkvalitetskontrol samt dosismålinger i klinikkerne.

5.1.5 KirPACS-NIKKB

Fra januar 2009 er der på Syddansk Universitet etableret en central billedserver, som giver mulighed for, at alle kiropraktorer, der har digitaliseret røntgen, kan lagre billederne på serveren. Målet er, at KirPACS bliver kiropraktorerens røntgenkommunikationsplatform mellem kiropraktorerne og med det øvrige sundhedsvæsen fx hospitalerne.

5.2 Kvalitetsudvikling

Professionen har gennem et samarbejde mellem NIKKB og Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (DSKKB) udarbejdet og udgivet en kvalitetssikringsrapport for at højne kvaliteten af lændebehandlingen. Rapporten er et af de første kvalitetssikringsarbejder af denne slags i Danmark (udgivet første gang 2004) og er den første af 3 del-projekter. Implementerings- og evalueringsfaserne er nu under udarbejdelse og vil gennemføres over de kommende år. For øjeblikket afprøves den elektroniske platform, der skal bruges i implementeringsfasen, i en række pilot-klinikker, herunder fire i Region Midtjylland.

Med kvalitetssikringsrapporten har danske kiropraktorer et solidt grundlag for at fremme den evidensbaserede håndtering af lænderygbesvær som en af de mest almindelige bevægeapparatslidelser, der udgør kiropraktorerens virksomhedsområde. Det er desuden håbet, at kvalitetssikringsrapporten også vil finde anvendelse blandt andre faggrupper, ikke mindst de alment praktiserende læger og fysioterapeuter, som behandler patienter med lænderygbesvær, således at rapporten kan medvirke til at styrke det tværfaglige samarbejde og evidensbaseret praksis. (*"Lændesmerter og kiropraktik – et dansk evidensbaseret kvalitetssikringsprojekt"*).

I forbindelse med Landsoverenskomst om kiropraktik, indgået mellem Dansk Kiropraktor Forening (DKF) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) i 2007, nedsattes et udvalg til fremme af arbejdet med kvalitetsudvikling på kiropraktorområdet.

Udvalg til fremme af kvalitetsudviklingen på kiropraktorområdet har til opgave at

- undersøge og beskrive konsekvenserne af at indføre Den danske kvalitetsmodel (DDKM) på kiropraktorområdet samt fremkomme med forslag til, hvordan modellen kan implementeres. Som led heri skal udvalget beskrive hvilke dele af Den danske kvalitetsmodel, der er relevant for kiropraktorpraksis og foreslå en prioritering heraf.
- udbrede kendskabet til Den danske kvalitetsmodel og kvalitetsudviklingen på kiropraktorområdet
- i overenskomstperioden komme med forslag, som kan danne grundlag for parternes beslutning om, hvorledes det videre arbejde på kvalitetsudviklingsområdet skal organiseres.

I løbet af overenskomstperioden skal konkrete projekter forberedes og gennemføres med henblik på, at udvalget kan præsentere forslag til, hvordan DDKM kan

implementeres på kiropraktorområdet.

I udvalget sidder repræsentanter fra Danske Regioner, DKF, Sundhedsstyrelsen, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS), Det Nationale Indikator Projekt (NIP), Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (DSKKB), samt Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (NIKKB).

Dette har blandt andet resulteret i, at kiropraktorerne i samarbejde med det Nationale Indikator Projekt indleder et pilotprojekt. Herunder skal kiropraktorerne som den første faggruppe afprøve dette kvalitetsoptimerings system i praksis omkring lændesmerter.

5.2.1 Det Nationale Indikator Projekt

Det Nationale Indikator Projekt (NIP) blev etableret i 1999 i samarbejde med alle de daværende amter, H:S, Amtsrådsforeningen, Den Almindelige Danske Lægeforening (DADL), Dansk Medicinsk Selskab (DMS), Dansk Sygeplejeråd (DSR), De faglige sammenslutninger på sygeplejeområdet, Danske Fysioterapeuter mv., Ergoterapeutforeningen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen. NIP omhandler udvikling, afprøvning og implementering af indikatorer og standarder til vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets kerneydelser (den sundhedsfaglige kvalitet). Såvel standarder som indikatorer er beregnet til både internt brug i de enkelte sundhedsinstitutioner med henblik på fortløbende kvalitetsudvikling, understøttelse af rationel dialog mellem det faglige og ledelsesmæssige niveau samt til ekstern brug i offentligheden med formidling af information om den sundhedsfaglige kvalitet til borgere og patienter.

Pilotprojekt vedr. indikatorudvikling

Udvalg til fremme af kvalitetsudviklingen på kiropraktorområdet besluttede i juni 2008 at gennemføre en kvalitetsmåling af kiropraktorpraksis som et pilotprojekt i regi af Det Nationale Indikator Projekt (NIP). Projektet gennemføres med henblik på, at kvalitetsudvalgsudvalget skal kunne præsentere velfunderede forslag til, hvordan man kan forberede implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel på kiropraktorområdet i relation til sygdomsrelateret indikatorbaseret kvalitetsudvikling.

Projektet følges løbende af Udvalg til fremme af kvalitetsudviklingen på kiropraktorområdet, og økonomisk gennemføres det med midler fra den pulje på i alt 1,5 mio. kr., som er blevet afsat til udvalgsarbejdet.

Ved projektets slutning drager udvalget sine konklusioner, som i den endelige udvalgsrapport kan underbygge anbefalinger af, dels hvorvidt man kan anbefale en national videreførelse og implementering af NIP-indikatormonitoreringen af kiropraktorområdet som en forberedelse af professionens akkreditering i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel, dels hvordan et sådant landsdækkende kiropraktor-indikator Projekt kan/bør udformes.

Pilotprojektet bærer titlen NIP-kiropraktik og startes formelt op 1. oktober 2008 og afsluttes 1. april 2010.

Organisering

Projektet forankres organisatorisk i NIP men udvikles og gennemføres i samarbejde med DSKKB og NIKKB, idet repræsentanter herfra deltager i indikatorudviklingen.

En til opgaven nedsat indikatorgruppe af kiropraktorer og andre relevante fagpersoner udarbejder de pågældende standarder og indikatorer, der skal testes, så vidt muligt på basis af kvalitetssikringsprojektet *"Lændesmerter og kiropraktik. Et dansk*

evidensbaseret kvalitetssikringsprojekt”.

Pilotprojektet vil omfatte:

- udvikling af indikatorsæt
- pilottest og høring
- afsluttende rapport med anbefalinger til det videre forløb.

5.3 Evidens for den kiropraktiske behandling.

Sundhedsstyrelsen udgav i 1999 rapporten *”Ondt i ryggen. Forekomst, behandling og forebyggelse i et MTV-perspektiv”*. Disse retningslinjer anbefaler manuel behandling allerede i den indledende fase for såvel akut som for aktuel opblussen af kronisk rygbesvær. Desuden anbefales forskellige former for træning i behandlings-rehabiliterings- og forebyggelsesfasen.

Ondt i Ryggen (MTV 1999) anbefaler manuel (kiropraktisk) behandling af ledkomplekser og omkringliggende væv ved mere end 2-3 dages vedvarende funktionsindskrænkende akut lænderygbesvær og som indledende behandling ved aktuel opblussen af tilbagevendende/kronisk funktionsindskrænkende rygbesvær. Det er ikke muligt på forhånd at identificere personer, der vil have effekt af manuel behandling.

Som beskrevet i afsnit 4.1 er den mest brugte behandling i kiropraktisk praksis ledmanipulation, efterfulgt af aktiv træning og bløddelsbehandling. Der er således god grund til, at så mange henvender sig med problemer i lænd og bækken.

Den næsthøypigste årsag til kiropraktorkonsultationer er problemer fra nakken. På dette område findes ingen danske retningslinjer, men en Cochrane litteraturgennemgang fra 2004 konkluderer, at manipulation/mobilisering kombineret med træning er effektivt i behandlingen af vedvarende nakkesmerter.

Man må altså konkludere, at behandlingen, der tilbydes i de danske kiropraktorklinikker, følger den eksisterende evidens. Da kiropraktorerne er en lille og homogen faggruppe, kan ny evidens og nye anbefalinger implementeres i praksis, det vil sige ny viden omsættes hurtigt i denne sektor. Det ses blandt andet i nedgangen af røntgenoptagelser i kiropraktorpraksis efter MTV-rapporten i 1999 anbefalede først at bruge billeddiagnostik, hvis lænderygproblemerne fortsætter udover fire uger. I 1998 udbetalte det tidligere Århus Amt 8.547 røntgenydelser, og i 2002 var dette tal faldet til 5.709 til trods for en svag stigning i patienttilgangen i samme periode.

Effekten af MTV-rapporten blev undersøgt i en opfølgende rapport udgivet af Sundhedsstyrelsen i 2006. Tabel 5.3.1 viser, at hospitalsafdelingerne og kiropraktorerne er de to grupper, der oftest følger evidensbaserede retningslinjer (MTV-rapporten, Dansk Neurokirurgisk Selskabs retningslinjer, DSKKB-retningslinjer og retningslinjer for manuel terapi), i modsætning til tekniksificke (for eksempel McKenzie) eller egne retningslinjer.

Tabel 5.3.1: Typer af retningslinjer, der blev fulgt af forskellige faggrupper i 2004. Evidensbaserede retningslinjer er fremhævet med rødt

	Fysio- terapeuter	Kiroprak- torer	Special- læger	Praktiseren- de læger	Hospitals- afdelinger
Amtslige rygprocedurer/ retningslinier*	7	11	0	13	17
MTV-rapporten	19	28	16	27	45
Dansk Neurokirurgisk Selskabs retningslinier	0	0	2	1	7
DSKKB**-retningslinier	0	14	0	0	0
Retningslinier for manuel terapi	7	1	0	0	0
McKenzie retningslinier***	33	1	1	0	0
Andre, inkl. egne retningslinier	20	20	16	18	36
Retningslinier i alt	86	75	35	59	105
Evidensbaserede retningslinier i alt	26	43	18	28	52

Kilde: Evaluering af udviklingen på rygområdet i Danmark 1999-2004. Bilagsrapport 5. (egne fremhævelser)

* Amtslige procedurer er forskellige og kan være evidensbaserede.

** Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik

*** Jf. *Ondt i Ryggen* (MTV 1999) er evidensen for specifik øvelsesterapi ad modum McKenzie svag.

Denne relative succesfulde integration af ny viden skyldes bl.a. at både NIKKB og Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (DSKKB) samt regionernes Kiropraktor Kreds Foreninger, arbejder målrettet med at gøre ny viden tilgængelig for klinikerne. Desuden er kiropraktorerne meget fokuseret på deres kompetenceområder, og en kiropraktor ser i gennemsnit 18 gange så mange rygpatienter som en praktiserende læge og 9 gange så mange som en fysioterapeut (Ugeskrift for læger 1997;15:2207-14). Også derfor bliver ny viden på dette område hurtigt omsat i praksis.

5.4 Patienttilfredshed

En interview-undersøgelse fra 1993 baseret på en landsdækkende stikprøve af befolkningen belyste seks forskellige aspekter af tilfredshed med behandler og behandling. Undersøgelsen inkluderede 1.295 personer, der havde haft rygbesvær indenfor de seneste 12 måneder.

De seks aspekter var:

- 1) Fik tilstrækkelig tid til undersøgelse og behandling,
- 2) Passende ventetid,
- 3) Fik tilfredsstillende svar på spørgsmål,
- 4) Havde tillid til behandlerens faglige viden,
- 5) Følte mig tryk ved behandleren og
- 6) Behandlingen var effektiv og hjalp.

Svarene blev sammenlignet for praktiserende læger, fysioterapeuter og kiropraktorer. På samtlige aspekter var tilfredsheden højest hos kiropraktorpatienterne; størst var forskellen på det sidste spørgsmål: "Behandlingen var effektiv og hjalp", hvor 90,6 % af kiropraktorerne patienter svarede 'ja' mod hhv. 78,7 % og 53,1 % hos fysioterapeuternes og de praktiserende lægers patienter (Lønnberg).

Der er ikke lavet tilsvarende undersøgelser i Danmark siden, men tilsvarende resultater er rapporteret i af flere udenlandske undersøgelser, både videnskabelige og

mere populære. Senest er det set ved en undersøgelse af brugerne af det amerikanske website ConsumerReport, hvor 58 % af 14.000 amerikanere betragtede kiropraktisk behandling som meget effektiv for rygsmerter mod 46 % for fysioterapi og 45 % for lægeordineret medicin.

5.5 Praksiskonsulenter på kiropraktorområdet

For yderligere at sikre fortsat kvalitetsudvikling i regionen har Region Midtjylland ansat tre kiropraktorpraksiskonsulenter med ca. 3 timer pr. uge i hver praksisenhed. Praksiskonsulenternes opgave er at formidle samarbejde mellem kiropraktorerne og regionen samt mellem kiropraktorerne, den øvrige praksissektor og sekundærsektor. Derudover skal praksiskonsulenterne medvirke til kvalitetsudvikling og kvalitetssikring i egen faggruppe såvel som i den øvrige praksissektor. Derved kan de bidrage til den bedst mulige anvendelse af ressourcerne i den samlede sundhedssektor ved at arbejde for at skabe sammenhæng og koordination på tværs af faggrupper.

Kiropraktorkonsulenten kan medvirke til samarbejde og koordination mellem kiropraktorer og det øvrige sundhedsvæsen i en række patientforløb, der vedrører lidelser i bevægeapparatet. Det vil være kiropraktorkonsulentens opgave at sikre kvalitetsarbejde samt bidrage til den bedst mulige anvendelse af ressourcerne i den samlede sundhedssektor. Det gælder blandt andet arbejdet for at skabe sammenhæng og koordination på tværs af sektorerne på de kerneområder, der kendetegner kiropraktik.

Kerneområderne for en praksiskonsulent vil være:

- at bidrage med faglig viden på kiropraktorområdet til støtte for Regionsråd og administration
- udarbejdelse og formidling af kliniske retningslinjer på kiropraktorområdet og koordinering med relevante dele af det øvrige sundhedsvæsen
- samarbejde med andre faggrupper i praksissektoren (primært praktiserende læger og praktiserende fysioterapeuter) samt relevante specialer/afdelinger i det regionale sygehusvæsen
- initiativtager til systematisk kvalitetsudvikling og kiropraktikpraksis gennem kurser og forsøgsordninger med videre
- udvikling af aftaler med henblik på udveksling af digital billediagnostik med sygehusvæsnet
- implementering af elektroniske klinik rutiner

6 Kapacitet, produktion, efterspørgsel og økonomi

Datamaterialet der ligger til grund for dette kapitel er fra 2007 og ældre. I forlængelse af praksisplanens vedtagelse, skal der udarbejdes en kapacitetsplan for kiropraktikken, som skal indeholde opdaterede tal i forhold nærværende praksisplan.

6.1 Praksiskapacitet

I Region Midtjylland er der 67 landsoverenskomsttilmeldte kiropraktorer (ejere), fordelt på 52 ydernumre og 48 klinikker. To af kiropraktorejerne er registreret med henholdsvis to og tre kiropraktiske klinikker. Jævnfør afsnit 3.2 har kiropraktorerne ifølge overenskomsten mulighed for at ansætte kiropraktisk medhjælp i klinikkerne. På den baggrund er ventetid ikke et udpræget problem, idet kiropraktorerne blot ansætter kiropraktisk medhjælp til at afvikle ventelister. Figur 6.1.1 viser, hvilke byer i Region Midtjylland, der har kiropraktiske klinikker. En liste med overenskomsttilmeldte kiropraktorer i Region Midtjylland kan ses i Appendix A. Derudover er der på sundhed.dk registreret fire klinikker med adresse i regionen, som ikke er tilmeldt landsoverenskomsten.

I Samsø Kommune er der ingen kiropraktiske klinikker, men en kiropraktor fra det tidligere Århus Amt har indgået en aftale med det tidligere Århus Amt om at praktisere en dag om ugen på Samsø.

For at sikre en bred geografisk dækning af den kiropraktiske behandlingsskapacitet er der i Region Midtjylland behov for, at de eksisterende og eventuelt kommende kiropraktiske klinikker er geografisk spredt ud over hele regionen, jævnfør afsnit 2.1. Det er desuden nødvendigt, at klinikkerne er bundet til et specifikt geografisk område, således at borgere i regionen ikke efterlades uden kiropraktiske behandlingstilbud.

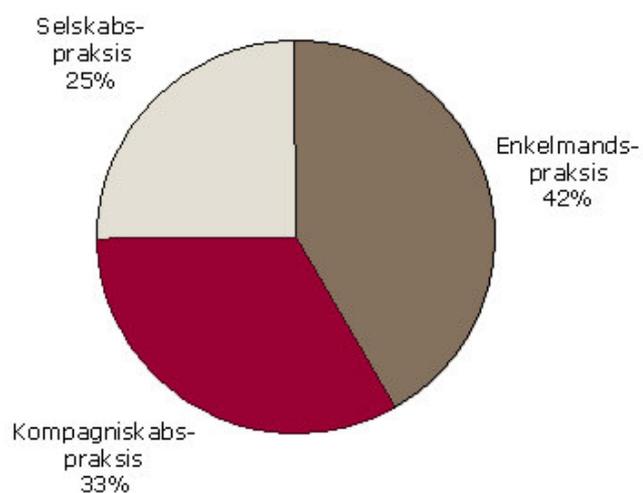
Figur 6.1.1: Byer i Region Midtjylland med kiropraktiske klinikker



Kilde: Sygesikring 2

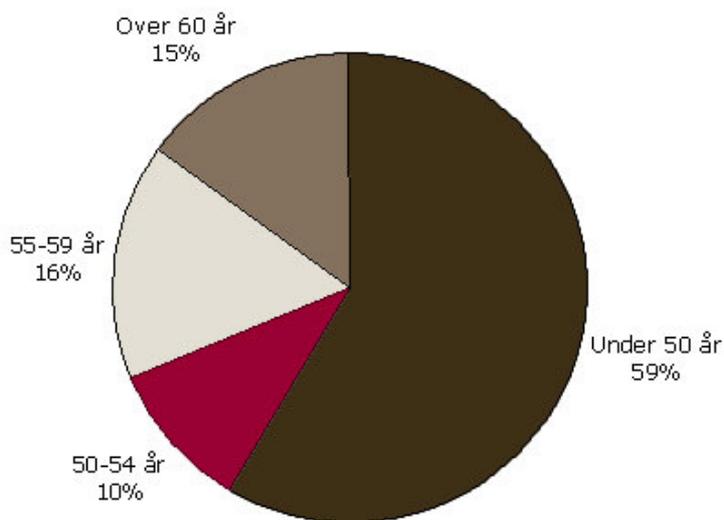
I figur 6.1.2 ses det, at de 67 ejere af de kiropraktiske klinikker fordeler sig således, at 42 % af ejerne er organiseret i *Enkeltpersonpraksis*, 33 % er organiseret i *Kompagniskabspraksis* og 25 % i *Selskabspraksis*.

Figur 6.1.2: Praksisform fordelt i procent



Kilde: Sygesikring 2

Figur 6.1.3: Aldersfordelingen på ejerne af kiropraktiske klinikker i Region Midtjylland

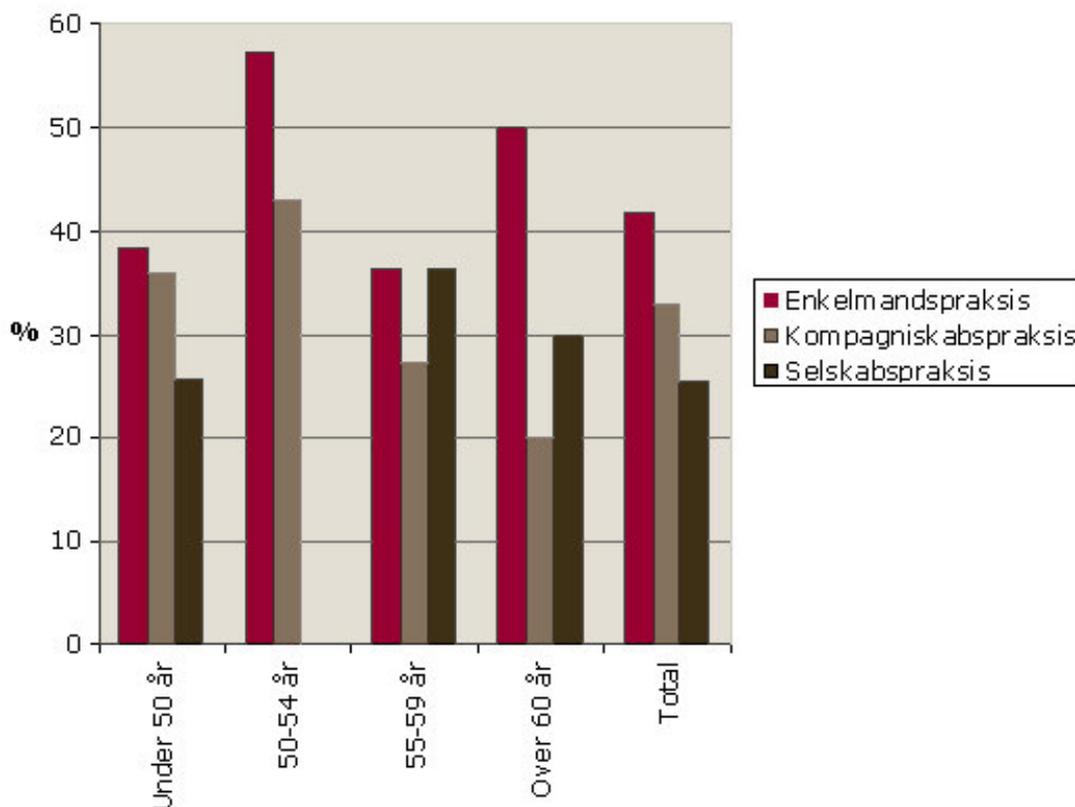


Kilde: Sygesikring 2

Figur 6.1.3 viser, at langt størstedelen (59 %) af ejerne af de kiropraktiske klinikker er personer under 50 år. 31 % af ejerne af de kiropraktiske klinikker er fra 55 år og opefter.

Denne aldersfordeling indebærer, at det kan være relevant at udarbejde en § 2-aftale omkring en generationsskifteordning, således at det gøres muligt at lave et glidende generationsskifte i praksis. I det tidligere Århus Amt har der eksisteret en ordning omkring generationsskifte.

Figur 6.1.4: Ejerne af kiropraktiske klinikker i Region Midtjylland fordelt på alder og praksisform



Kilde: Sygesikring 2

Figur 6.1.4 viser, at blandt alle aldersgrupper er de fleste klinikejere organiseret i enkeltmandspraksis. Kompagniskabspraksis er mest udbredt blandt klinikejere under 55 år.

Tabel 6.1.1: Antal patienter behandlet hos kiropraktor i Region Midtjylland 2003-2007

	2003	2004	2005	2006	2007
53 – Kiropraktik	59.740	63.897	67.758	70.101	71.631
64 - Kiropraktik (særlige tilskud)	3.820	3.363	2.667	2.427	2.343
Total*	60.575	64.677	68.441	70.803	72.201

Kilde: Targit, CSC's datavarehus

Inden for kiropraktisk behandling sondres der mellem to patient grupper; almindelige patienter (speciale 53) og patienter med kroniske lidelser i bevægeapparatet (speciale 64). Kroniske lidelser i bevægeapparatet defineres i Landsoverenskomsten som patienter, der har tilbagevendende, eller kroniske lidelser i bevægeapparatet, som kræver en ekstraordinær tidskrævende og længerevarende behandling og forebyggende indsats, og er indstillet på at yde en væsentlig personlig indsats i relation til varig styrkelse af bevægeapparatet.

*Idet nogle patienter starter under speciale 53 og senere bliver flyttet over på speciale 64, vil patienterne figurere under begge specialer.

I tabel 6.1.1 ses det, at antallet af patienter behandlet ved kiropraktorer i Region Midtjylland er steget med næsten 12.000 patienter fra 2003-2007, svarende til en stigning på 19,2 %.

Tabel 6.1.2 viser, hvorledes kiropraktorpatienterne pendler i forbindelse med modtagelsen af kiropraktiske ydelser. Som hovedregel benytter patienterne de kiropraktiske tilbud, der er i bopælskommunen. Dette er dog ikke muligt for beboerne på Samsø, idet der ikke er kiropraktiske klinikker på Samsø. Dog har en kiropraktor fra det tidligere Århus Amt, som tidligere nævnt, indgået en aftale med det tidligere Århus Amt om at praktisere en dag om ugen på Samsø.

Tabel 6.1.2 viser ligeledes, at et overvejende flertal af borgerne i Struer Kommune benytter kiropraktiske tilbud i Holstebro Kommune. Af borgerne i Hedensted Kommune benytter næsten lige så mange borgere tilbuddene i egen kommune som uden for kommunen. Det samme gør sig gældende i Ikast-Brande Kommune, hvor borgerne i meget høj grad også søger til Herning Kommune.

Tabel 6.1.2: Pendlerstatistik

		Borger kommune																			
		Favrskov	Hedensted	Herning	Holstebro	Horsens	Ikast-Brande	Lemvig	Norddjurs	Odder	Randers	Ringkøbing-Skjern	Samsø	Silkeborg	Skanderborg	Skive	Struer	Syddjurs	Viborg	Århus	
Yder kommune	Favrskov	2.410	3	3	1	15	6	1	35	5	312	2	2	322	236	2		108	56	1.133	
	Hedensted		1.616	1	1	104	8			3	5	1	2	4	7				2	9	
	Herning	2	8	3.777	24	6	899	1	1		2	459		49	4	14	7	2	94	11	
	Holstebro	3	5	711	4.131	1	182	481	2		4	298		18	2	153	1.015		59	22	
	Horsens	7	1.275	16	2	4.871	77	2	6	83	9	1	1	47	103	1	1	6	3	65	
	Ikast-Brande		10	150	3	9	1.070	1		1		9		19	3				4	5	
	Lemvig			2	50		2	1.244	1			7		2	1		41			8	
	Norddjurs	5	1	3		2		1	1.542		22			1				442	4	32	
	Odder	7	6	2	4	123	5		1	1.233	8		44	11	129			15	2	502	
	Randers	184	1	2	2	8	1	1	616	1	4.705	2	1	23	9	3	1	151	80	95	
	Ringkøbing-Skjern	1		53	35	3	5	8	1		2	2.433		6	4	1	2	1	2	9	
	Samsø																				
	Silkeborg	66	12	25	4	138	296	2	5	1	9	4	1	5.386	317	6	1	2	81	81	
	Skanderborg	34	6	2	1	121	3		1	18	7	1		103	1.956		1	3	5	156	
	Skive	2	1	18	52	1	1	2			2			1		1.640	1	1	242	11	
	Struer			9	40		1	112				4				2	529		1	2	
	Syddjurs	7	2	3		1	3	1	145		12	1	1	2	6		1	1.136	4	92	
	Viborg	119	1	13	5	1	14		1		47	1	2	569	10	52	3	1	3.762	22	
	Århus	679	19	14	10	116	6	3	130	225	186	2	19	148	959	5	6	479	31	10.403	
	Region Nordjylland	22	7	16	9	11	5	13	10	1	351	8		27	7	152	22	12	186	130	
Region Syddanmark	12	778	68	16	134	98	4	8	8	20	75	2	32	34	11	9	10	14	179		
Region Sjælland	3	2	2	5	5			1		4	2	2	13	5	3	1	4	7	15		
Region Hovedstaden	8	5	9	2	13	1		11	4	12	8	13	19	10	5	3	11	14	68		

Kilde: Targit, CSC's datavarehus

Tabel 6.1.3: Procentandel af ydernes patienter der pendler

	Behandling i bopælskommunen	Pendler til behandling i anden kommune	Forskel i procentpoint
Favrskov Kommune	48,19 %	32,51 %	15,68
Hedensted Kommune	8,34 %	57,00 %	-48,66
Herning Kommune	29,53 %	22,90 %	6,63
Holstebro Kommune	41,71 %	6,05 %	35,66
Horsens Kommune	25,93 %	14,29 %	11,64
Ikast-Brande Kommune	16,67 %	60,12 %	-43,45
Lemvig Kommune	8,39 %	33,72 %	-25,33
Norddjurs Kommune	24,96 %	38,74 %	-13,77
Odder Kommune	41,06 %	22,11 %	18,95
Randers Kommune	20,06 %	17,73 %	2,33
Ringkøbing-Skjern Kommune	94,82 %	26,67 %	68,14
Samsø kommune	-	-	-
Silkeborg Kommune	16,33 %	20,82 %	-4,49
Skanderborg Kommune	19,11 %	48,55 %	-29,45
Skive Kommune	16,96 %	20,00 %	-3,04
Struer Kommune	24,43 %	67,82 %	-43,39
Syddjurs Kommune	19,83 %	52,35 %	-32,52
Viborg Kommune	18,62 %	19,15 %	-0,52
Århus Kommune	22,60 %	20,28 %	2,31

Kilde: Targit, CSC's datavarehus

Tabel 6.1.3 viser den procentvise andel af kiropraktorpatienter, der pendler ud af bopælskommunen for at få behandling, samt andelen af kiropraktorpatienter der vælger at få behandling i bopælskommunen. Tabellen beskriver et mønster, hvor folk ofte benytter kiropraktorer i nærheden af deres arbejdsplads frem for i nærheden af hjemmet, da det er nemmere at nå behandlingen inden for klinikkernes åbningstid. Statistikken kan således ikke bruges som indikation af over- eller underkapacitet.

Tabel 6.1.4 Kiropraktorer pr. 1.000 indbyggere

Kommune	Indbyggere	Kiropraktiske klinikejere	Kiropraktiske klinikejere pr. 1.000 indbyggere
Favrskov	45.604	3	0,066
Hedensted	45.561	2	0,044
Herning	84.208	5	0,059
Holstebro	57.020	3	0,053
Horsens	80.102	5*	0,062
Ikast-Brande	39.893	3	0,075
Lemvig	22.067	2	0,091
Norddjurs	38.581	2	0,052
Odder	21.562	3	0,139
Randers	93.644	5	0,053
Ringkøbing-Skjern	58.368	3	0,051
Samsø	4.085	0	-
Silkeborg	87.371	4	0,046
Skanderborg	56.044	3	0,054
Skive	48.356	2	0,041
Struer	22.672	1	0,044
Syddjurs	41.281	2	0,048
Viborg	92.084	6	0,065
Århus	298.538	13	0,044
Region Midtjylland	1.237.041	67	0,054

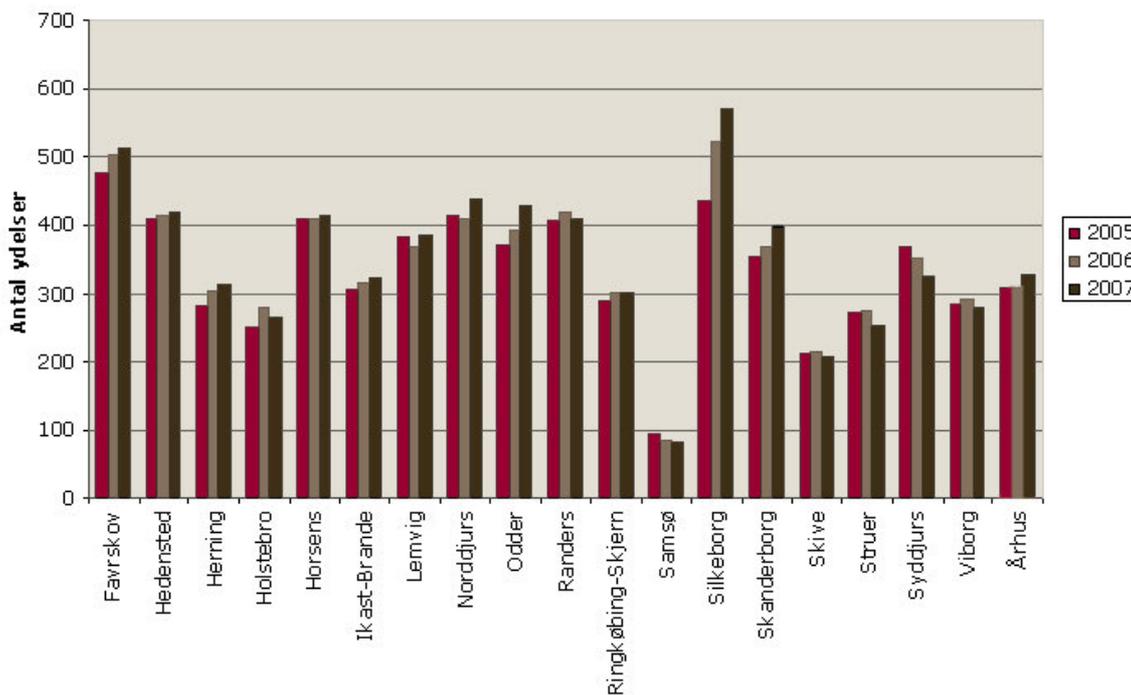
Kilde: Danmarksstatistik – indbyggertal 2008, samt Sygesikring 2 – antallet af kiropraktorer

* En klinik i Brædstrup har fået tildelt et ydernummer, men klinikken er endnu ikke oprettet.

Tabel 6.1.4 viser klinikejere pr. 1.000 indbyggere fordelt på kommuner. Kommunerne Odder, Lemvig og Favrskov ligger højt i andel af kiropraktiske ejere pr. 1.000 borger. Hvorimod Århus, Skive, Hedensted og Struer ligger lavt i andelen af kiropraktiske ejere pr. 1.000 indbygger.

Tallene i Tabel 6.1.4 underbygger, at pendlerstatistikken ikke kan benyttes som indikator for kapaciteten.

Figur 6.1.5: Kiropraktiske ydelser pr. 1.000 indbyggere 2005-2007



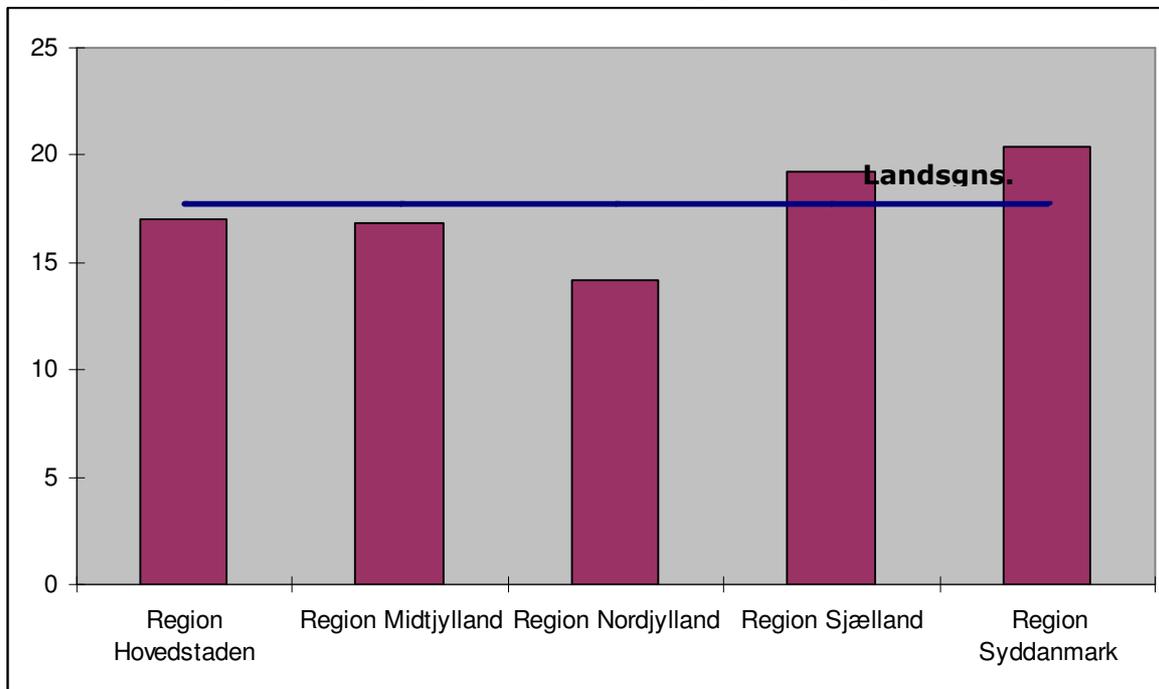
Kilde: Targit, CSC's datavarehus

Figur 6.1.5 viser, at antallet af ydelser pr. 1.000 indbyggere i de fleste kommuner er stigende, dog falder antallet af ydelser pr. 1.000 indbygger fra 2005-2007 i henholdsvis Samsø og Syddjurs kommuner. De største procentvise stigninger i antallet af ydelser pr. 1.000 borgere er forekommet i kommunerne Silkeborg, Odder, Skanderborg og Herning.

6.2 Udgifts- og aktivitetsudviklingen

Figur 6.1.2 viser Region Midtjyllands udgifter til kiropraktisk behandling pr. indbygger i 2007 sammenlignet med de resterende regioner. Figuren viser, at Region Midtjylland ligger lige under landsgennemsnittet for kroner pr. indbygger til kiropraktisk behandling.

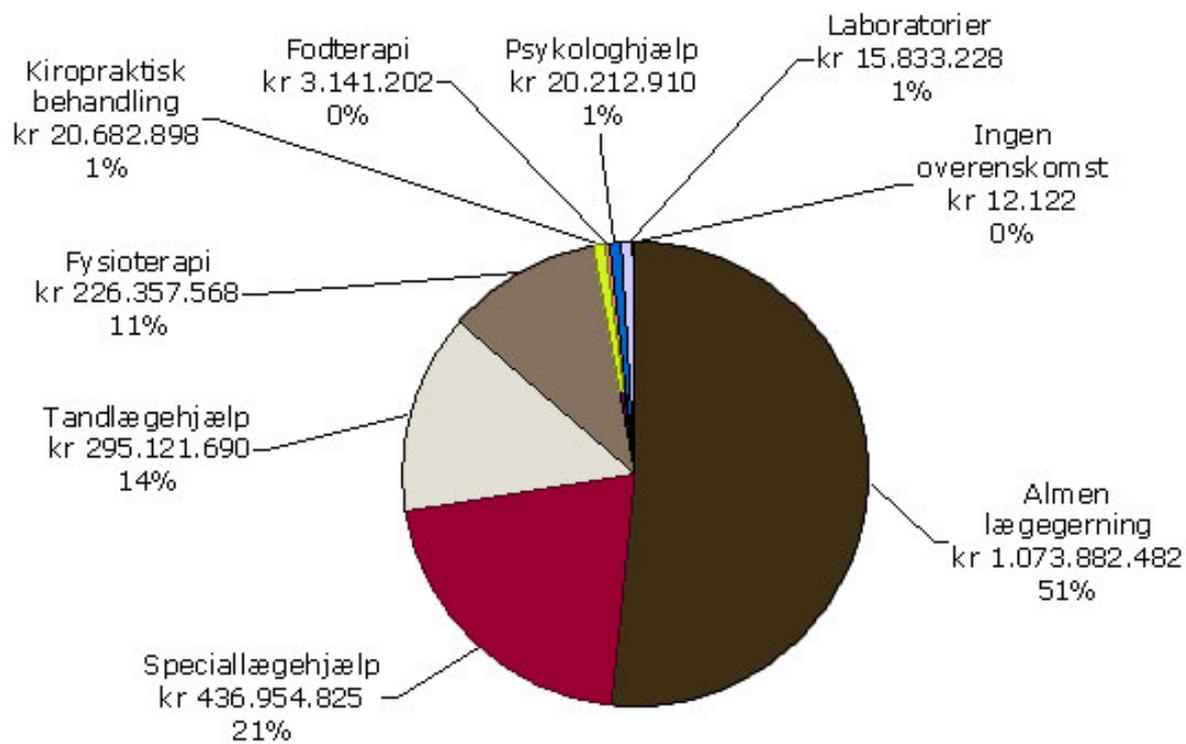
Figur 6.2.1: Udgifter til kiropraktisk behandling pr. indbygger, 2007



Kilde: Targit, CSC's datavarehus

Figur 6.2.2 viser fordelingen af Region Midtjyllands samlede udgifter til primærsektoren med undtagelse af udgifterne til medicin. Det fremgår heraf, at udgifterne til kiropraktisk behandling (excl. patienternes egenbetaling) udgør omkring 1 % af de samlede offentlige udgifter til primærsektoren i regionen.

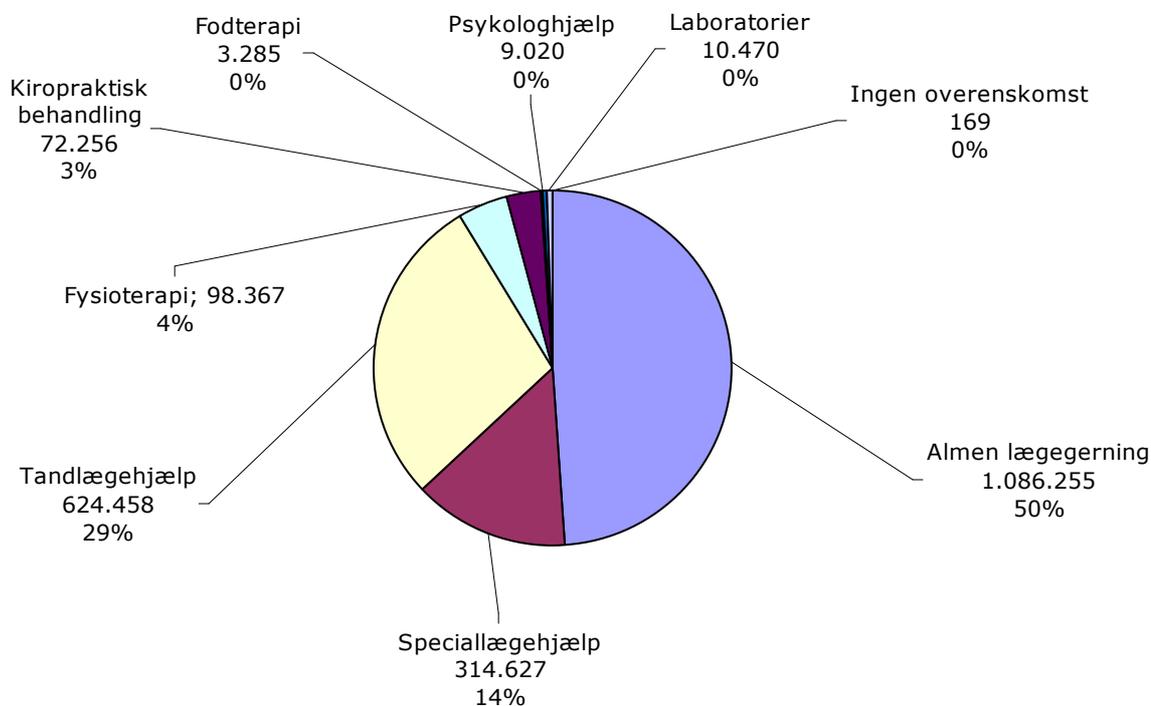
Figur 6.2.2: Region Midtjyllands udgifter til primærsektoren i 2007



Kilde: Targit, CSC's datavarehus

Figur 6.2.3 viser, hvor mange forskellige personer (cpr.nr.) de forskellige faggrupper i primærsektoren behandlede i 2007. Kiropraktorerne behandlede 3 % af alle patienter, der søgte behandling i primærsektoren.

Figur 6.2.3: Antal patienter i Region Midtjylland i primærsektoren i 2007



Tabel 6.2.1 viser taksterne for behandling ved henholdsvis almen læge, fysioterapeuter og kiropraktorer. Det ses, at borgerne (normalt) ikke betaler for konsultation ved lægen, hvorimod egenbetalingen hos fysioterapeuten udgør 60,7 % af honoraret, mens egenbetalingen hos kiropraktoren udgør omkring 80 % af det samlede honorar.

Tabel 6.2.1: Takster for behandling ved udvalgte ydertyper primærsektoren i oktober 2007

	Første konsultation			Opfølgende konsultation		
	Samlet honorar	Heraf egenbetaling	Patientandelen	Samlet honorar	Heraf egenbetaling	Patientandelen
Almen lægegering*	kr 125,62	kr 0,00	0 %	-	-	-
Fysioterapi	kr 375,79	kr 228,10	60,7 %	kr 250,52	kr 152,07	60,7 %
Kiropraktisk behandling	kr 422,00	kr 322,00	76,3 %	kr 211,00	kr 172,00	81,52 %

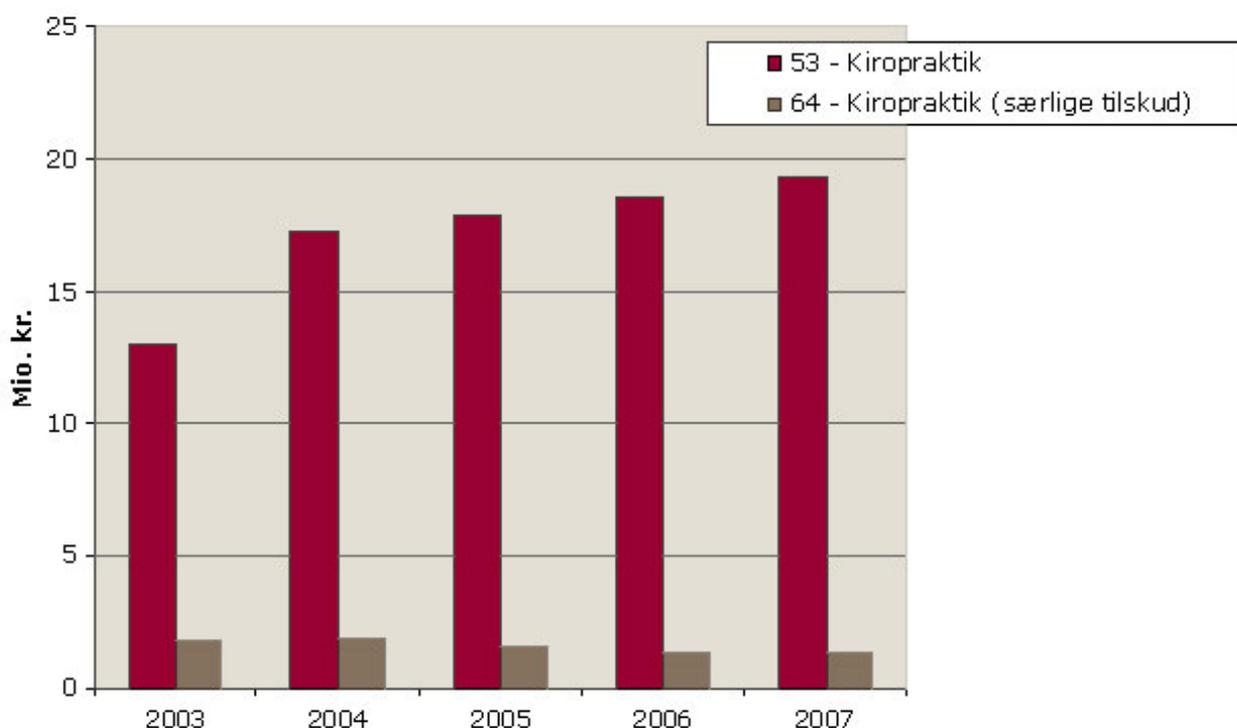
* Beløbet angivet ved Almen lægegering er et grundhonoraret for en konsultation, hertil kan der eksempelvis lægges tillægsydelse.

Taksterne, som indgår i tabellen er gældende fra 1. oktober 2008 til 31. marts 2009.

Figur 6.2.4 viser Region Midtjyllands samlede udgifter til Kiropraktikken i faste priser. De samlede udgifter i faste priser er steget fra 16 mio. kr. i 2003 til 20,7 mio. kr. i 2007. Udgifterne til speciale 64 (patienter med kroniske lidelser i bevægeapparatet) er faldet med 28,6 %, mens udgifterne til speciale 53 (almindelige kiropraktiske patienter) er steget med 37,5 %. Dette svarer til, at udgifterne til kiropraktik samlet er steget med 29,3 %.

Fra 1978 til den 1. april 2004 var der ifølge overenskomsten en begrænsning pr. patient på 5 i antallet af tilskudsberettigede ydelser pr. år. Den 1. april 2004 blev der indført sygesikringstilskud til alle kiropraktorbehandlinger, hvilket forklarer stigningen i ydelser fra 2003 til 2004/2005. Tidligere havde de resterende ydelser været 100 % brugerbetalte. Udgiften pr. patient i fastepriser fra er faldet fra 2004-2007.¹ Som det ses i figur 6.2.4, ligger antallet af ydelser ret stabilt fra 2005 til 2007.

Figur 6.2.4: Bruttohonorar til kiropraktisk behandling 2003-2007 – fastepriser 2007-niveau



Kilde: Targit, CSC's datavarehus

Inden for kiropraktisk behandling sondres der mellem to patient grupper; almindelige patienter (speciale 53) og patienter med kroniske lidelser i bevægeapparatet (speciale 64). Kroniske lidelser i bevægeapparatet defineres i Landsoverenskomsten som patienter, der har tilbagevendende, eller kroniske lidelser i bevægeapparatet, som kræver en ekstraordinær tidskrævende og længerevarende behandling samt forebyggende indsats, og er indstillet på at yde en væsentlig personlig indsats i relation til varig styrkelse af bevægeapparatet.

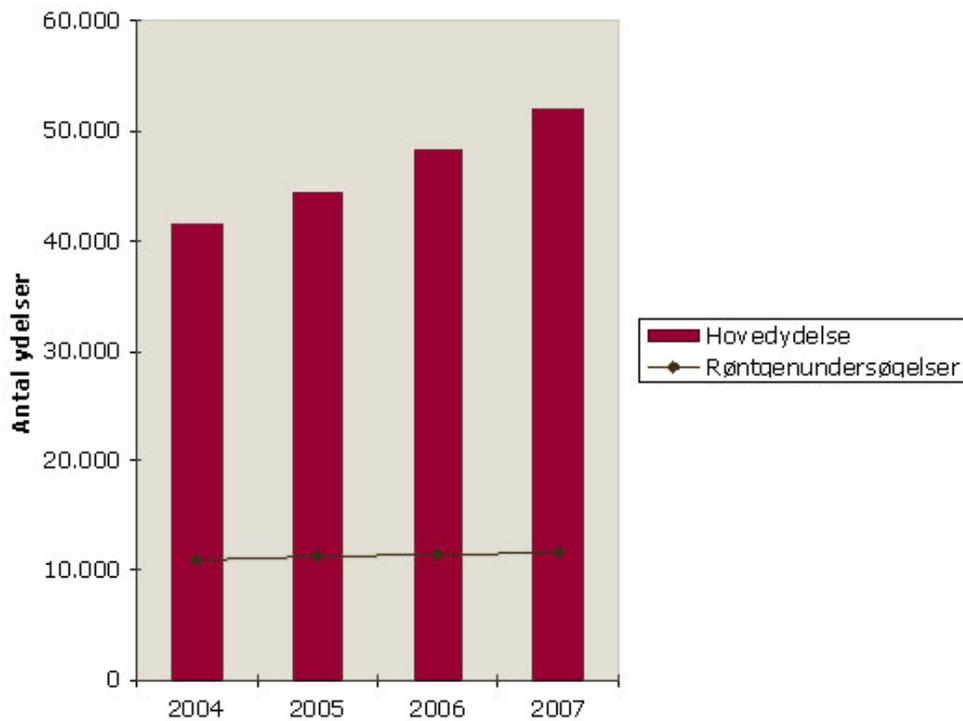
Fra og med 2005 er den nye overenskomst fuldt integreret i statistikken. Fra 2005 til 2007, steg det samlede antal ydelser inden for speciale 53 med 8 %, og de samlede honorarudgifter i fastepriser steg tilsvarende med 4 %. I samme tidsrum steg antallet af patienter for speciale 53 med 11 %. Hver patient modtog i gennemsnit 5,7 ydelser i 2005 mod 5,8 i 2007 for speciale 53. De specifikke tal for alle ydelser fra 2004 til 2007 kan ses i Appendix B.

Fra 2005 til 2007, faldt det samlede antal ydelser inden for speciale 64 med 19 %, og de samlede honorarudgifter i fastepriser faldt tilsvarende med 21 %. I samme tidsrum faldt antallet af patienter for speciale 64 med 12 %. Hver patient modtog i gennemsnit

¹ I perioden 2007-2009 er udgiften pr. patient i fastepriser steget således at udgiften pr. patient er på samme niveau som i 2004.

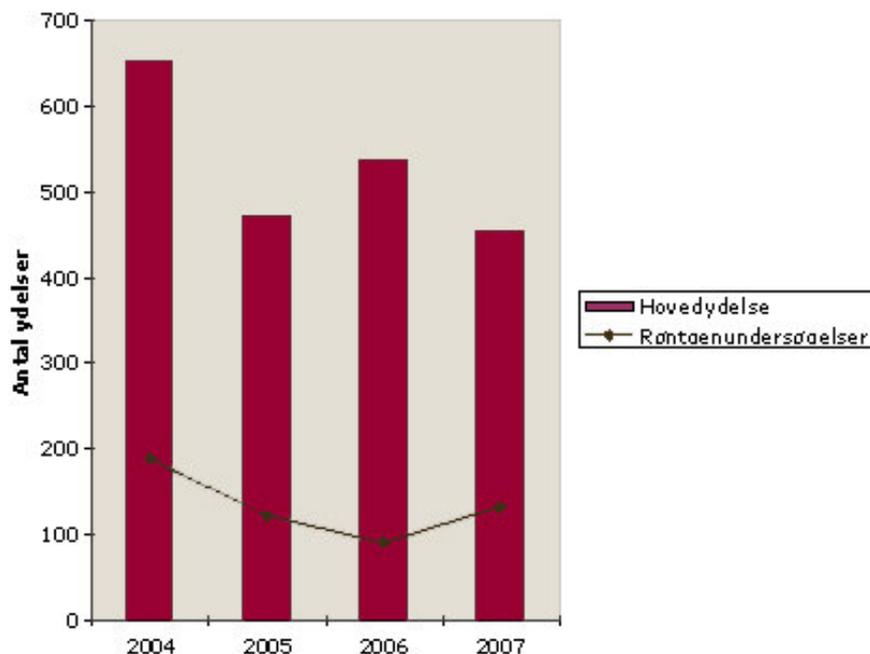
9,8 ydelser i 2005 mod 9,0 i 2007 for speciale 64. De specifikke tal for alle ydelser fra 2004 til 2007 kan ses i Appendix C.

Figur 6.2.5: Hovedydelser og røntgenydelser for speciale 53 (almindelige kiropraktiske patienter) fordelt på 2004-2007



Kilde: Targit, CSC's datavarehus
Hovedydelse: 1010-1022
Røntgenundersøgelse: 2020

Figur 6.2.6: Hovedydelse og røntgenydelser for speciale 64 (patienter med kroniske lidelser i bevægeapparatet) fordelt på 2004-2007



Kilde: Targit, CSC's datavarehus
 Hovedydelse: 1010-1022
 Røntgenundersøgelse: 2020

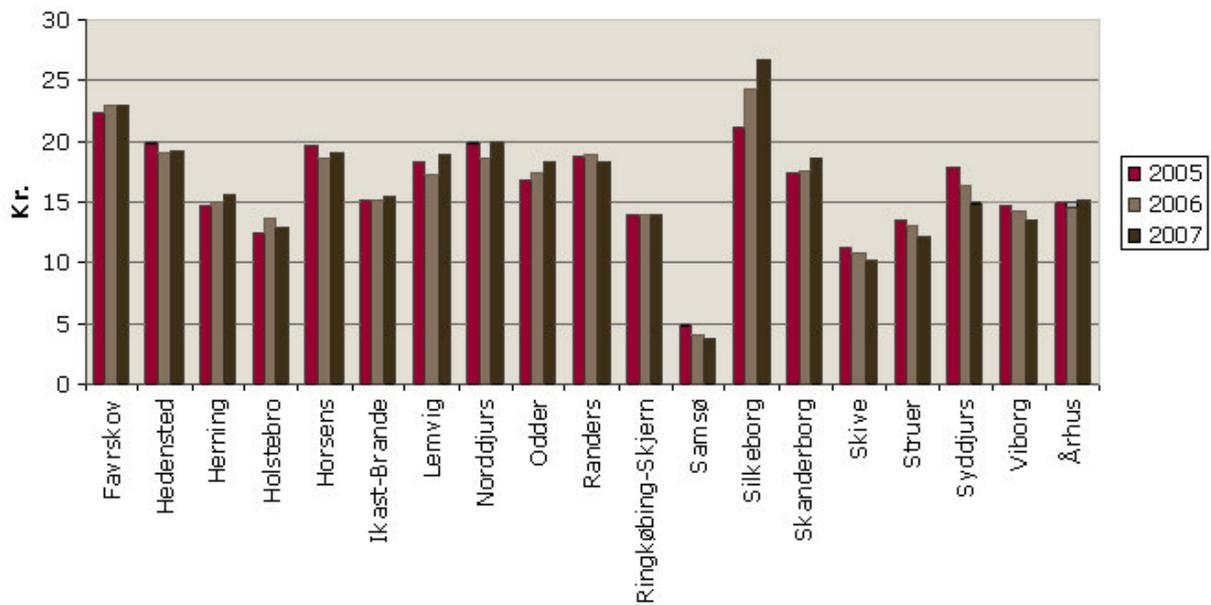
Figur 6.2.5 og 6.2.6 viser, hvorledes antallet af henholdsvis hovedydelser og røntgenydelser fordeler sig på årene 2004-2007 for henholdsvis speciale 53 og 64. I figur 6.2.5 ses det, at antallet af røntgenydelser forholdsmeæssigt er faldet i forhold til hovedydelserne for speciale 53. I figur 6.2.6 ses det, at der er et marginalt forbrug af røntgenundersøgelser inden for speciale 64.

Tabel 6.2.7: Sammenligning af andel af patienter der modtager digital og filmbaseret røntgen

	Region Nord	Region Midt	Region Syd	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Alle regioner
Andel af røntgen i forhold til antal personer 2008	18,04	19,95	16,72	20,93	17,91	18,90

Kilde: Moderniseringsudvalg vedrørende billeddiagnostik hos kiropraktorer

Figur 6.2.8: Bruttohonorar pr. indbygger 2005-2007 (fastepriser 2007-niveau)



Kilde: Targit, CSC's datavarehus

Figur 6.2.8 viser honorarudviklingen i fastepriser (2007-niveau) pr. indbygger 2005-2007. Der er stor forskel på honoraret pr. indbygger, når kommunerne sammenlignes. Samsø Kommune ligger lavest med 3,88 kr. pr. indbygger. Hertil skal det nævnes, at der ikke er kiropraktiske klinikker i Samsø Kommune. Næstlavest er Skive kommune med 10,21 kr. pr. indbygger. Silkeborg Kommune ligger højest med 26,83 kr. pr. indbygger. Samlet set er honoraret til kiropraktisk behandling i Region Midtjylland pr. indbygger steget fra 15,96 kr. i 2005 til 16,85 kr. i 2007. I kommunerne Silkeborg, Odder, Skanderborg og Herning er honoraret pr. indbygger procentvis steget mest, mens honoraret er faldet mest i kommunerne Samsø, Syddjurs og Struer.

7 Billeddiagnostik

7.1 Moderniseringsudvalget vedrørende billeddiagnostik

Billeddiagnostik spiller en fremtrædende rolle i udredningen af sygdomme i bevægeapparatet. Den teknologiske udvikling har medført langt mere nuancerede billeddiagnostiske muligheder.

For at sikre en mere hensigtsmæssig anvendelse og udvikling inden for billeddiagnostik i kiropraktorpraksis har RLTN og DKF i forbindelse med den seneste overenskomst besluttet at nedsætte et moderniseringsudvalg til at belyse området. Udvalget skal komme med forslag vedrørende en øget nyttiggørelse og integration af kiropraktorernes eksisterende kapacitet i forhold til sundhedsvæsenets samlede billeddiagnostiske beredskab.

Moderniseringsudvalget, som har faglige og administrative repræsentanter fra regionerne, har påbegyndt sit arbejde og vil vurdere den nuværende røntgenkapacitet i kiropraktorpraksis, herunder udbredelsen af digitaliseret billeddiagnostik, øget adgang til diagnostisk undersøgelse i praksis og på hospitaler samt mulighederne for bedre udnyttelse af kiropraktorernes nuværende billeddiagnostiske kapacitet.

I et protokollat til overenskomsten har overenskomstparterne tilkendegivet, at røntgenundersøgelse er en integreret del af de ydelser, som kiropraktorerne i indicerede tilfælde stiller til rådighed for de sikrede i forbindelse med kiropraktorens diagnostiske virksomhed. Parterne anerkender således, at kiropraktorernes adgang til røntgenoptagelser er essentiel for behandlingen, men er samtidig opmærksom på, at forhold som økonomi, den teknologiske udvikling, kvalitetssikring, myndighedskrav, beskyttelse af befolkningen mod ioniserende stråling mv., betyder, at der til stadighed er baggrund for at vurdere strukturelle og organisatoriske forhold i forbindelse med tilvejebringelsen af denne adgang, herunder at vurdere den fortsatte etablering og drift af (et-apparat) røntgenanlæg i kiropraktorpraksis.

7.2 Lagring og backup af digitale røntgenundersøgelser

Lagring og backup af digitale røntgenundersøgelser

Kiropraktisk Klinik i Herning har siden 2003 haft tilladelse fra Sundhedsudvalget i det tidligere Ringkjøbing Amt til at lagre digitale røntgenundersøgelser på Røntgenafdelingen på Regionshospitalet Herning. Denne aftale er i øvrigt udvidet i 2005 til at omfatte alle klinikker med digital røntgen i det tidligere Ringkjøbing Amt.

Aftalen sikrer Kiropraktisk Klinik en sikker back-up af digitale røntgenundersøgelser i hospitalets PACS-arkiv og billedoverførslen sker via Sundhedsdatanettet gennem en sikker forbindelse. Samtidig sikres det, at Røntgenafdelingen har fuldt overblik over undersøgelser foretaget hos kiropraktor. Hermed er alle muligheder for at undgå dobbeltundersøgelser tilvejebragt.

Web1000 – Internetbaseret billedudveksling.

Aftalen betyder, at både Regionshospitalet Herning og Kiropraktisk Klinik i Herning uden forsinkelse og med patientens tilladelse kan tilgå relevante digitale røntgenbilleder, uanset hvor de er foretaget. Kiropraktorerne tilgår hospitalets røntgenbilleder gennem det internetbaserede Web1000 system, som tillader at betragte billeder og tilhørende beskrivelser. Systemet anvendes ligeledes til fjernkonference mellem kiropraktor og radiolog, mens patienten venter. Disse aftaler er blevet et uundværligt element i den daglige patientbehandling, og øger både den diagnostiske sikkerhed og kvaliteten af patienternes behandling. Samarbejdet i

Herning fremstår som et mønstereksempel på gode samarbejdsrelationer mellem kiropraktorer og radiologer.

7.3 Digitaliseret røntgen

Der er for den 3-årige overenskomstperiode fra 01-04-2007 til 31-03-2010 aftalt at fremme indførelse af digitaliseret røntgen.

Det gøres ved at regionen udbetaler:

- et engangsbeløb på 20.000 kr. til klinikker, som i perioden påbegynder anvendelse af digitaliseret røntgen og
- et løbende driftstilskud på 10.000 kr. til klinikker som anvender digitaliseret røntgen.

De nævnte beløb er anført i grundbeløb 01-10-2006-niveau.

Engangsbeløbet på 20.000 kr. gives til kiropraktorklinikker, der dokumenterer, at de iværksætter digitaliseret røntgen, der opfylder de standarder, der er nødvendige for at indgå i informationsudvekslingen på dette område i sundhedsvæsenet.

Det årlige driftstilskud til digitaliseret røntgen på 10.000 kr. udbetales månedligt med 1/12 af beløbet, første gang i den måned, der ligger et år efter udbetalingen af engangsbeløbet. Derudover udbetales beløbet med virkning fra 01-04-2007 til klinikker, som fra denne dato allerede anvender digitaliseret røntgen.

Det forudsættes at der i perioden maksimalt indtræder 100 nye klinikker i ordningen. Hvis der bliver tale om flere klinikker, som ønsker at indføre digitaliseret røntgen, kan overenskomstens parter i perioden aftale justering af ovennævnte beløb med henblik på at overholde den samlede økonomiske ramme for ordningen. Tilsvarende kan overenskomstens parter aftale anden anvendelse af midlerne, hvis der bliver tale om væsentlig mindre anvendelse af ordningen end forudsat. Kvoten er opbrugt hvilket vil sige at 100 klinikker fordelt udover hele landet anvender/er overgået til digitaliseret røntgen.

Ordningen iværksættes pr. 01-04-2007 og bortfalder pr. 31-03-2010, idet der er enighed om at genforhandle en eventuel videreførelse ved næste overenskomstforhandling (2009). Der kan ske genanvendelse af midlerne fra indeværende overenskomstperiode inden for en årlig ramme på 1 mio. kr. årligt (grundbeløb 01-10-2006- niveau).

7.4 Central server til lagring af digitale røntgenbilleder

Konventionelle røntgenundersøgelser er hastigt ved at blive digitaliserede.

Digitale røntgenbilleder skal opbevares sikkert og fortroligt. På NIKKB er der oprettet en central billedserver (KIRPACS), som lagrer digitale røntgenbilleder og tager højde for krav om sikker og fortrolig opbevaring. Derved har alle danske kiropraktorklinikker adgang til et centralt, sikkert og fælles billedarkiverings system, der både sikrer klinikkens håndtering af digitale røntgenbilleder og kommunikationen mellem forskellige sundhedsaktører. Systemet er baseret på en sikker PACS- installation (Picture Archiving and Communication System) fra AGFA HealthCare, og selve serveren er placeret i korrekte og driftsikre omgivelser på Syddansk Universitet.

Serveren har ubegrænset plads, let og brugervenlig fjernadgang til billeder og anvender det standardiserede DICOM-format, der sikrer genanvendeligheden af billeder.

Systemet er koblet op på det internetbaserede sundhedsdatanet, der står til rådighed for hele sundhedssektoren og derfor giver mange nye muligheder for sundhedskommunikation og fremme af dialog på tværs indenfor sundhedssektoren. Ved oprettelsen af den centrale billedserver på NIKKB udvides muligheden for interprofessionel kommunikation mellem kiropraktorerne og det øvrige sundhedsvæsen gennem billedudveksling mellem sygehuse, kiropraktorer og praktiserende læger.

Ved at placere den centrale billedserver på NIKKB bliver billederne samlet hos kiropraktorerne egen forskningsinstitution og kan derfor indgå som kildemateriale til for eksempel kvalitetssikring af digitale røntgenbilleder i kiropraktorklinikker. Den samlede billedmængde kan desuden anvendes til fjernundervisning ved f.eks. efteruddannelseskurser eller til forskningsbrug.

Med etableringen af den centrale billedserver er danske kiropraktorer med til at sætte standarden og understreger professionens ansvarlighed inden for billeddiagnostik.

7.5 Henvisning til MR-scanning og CT-scanning

Igennem en længere årrække har kiropraktorerne og de alment praktiserende læger i det gamle Ringkjøbing Amt haft mulighed for at henvise til billeddiagnostisk udredning på hospitalerne. Dette omfatter i princippet alle undersøgelser (almindelig røntgenundersøgelse, CT, MR, DEXA og skintigrafi).

Grundlaget for samarbejdet mellem de praktiserende læger, røntgenafdelingen og kiropraktorerne hviler på Sundhedsudvalget i det tidligere Ringkjøbing Amts fortolkning af *Bekendtgørelse om medicinske røntgenanlæg til undersøgelser af patienter*.

I bekendtgørelsens kapitel 9 § 46 står der:

”Den der henviser til en røntgenundersøgelse skal følge de retningslinier for henvisning til røntgenundersøgelser som er fastsat af den ansvarlige leder af røntgenanlægget.”

7.5.1 Hvordan administreres ordningen i praksis

Ordningen er i praksis administreret således, at kiropraktoren eller den alment praktiserende læge udfylder henvisningsblanketten med alle relevante oplysninger og sender den til røntgenafdelingen. Her visiteres henvisningen af radiologer, der vurderer om henvisningen er relevant, og herefter indstilles patienten til undersøgelse. Er det radiologens vurdering, at patienten med fordel kan henvises til en anden billeddiagnostisk undersøgelse, så henvises patienten i stedet til denne undersøgelse.

Henvisningerne visiteres altid af den ansvarlige overlæge, således at der er sikkerhed for, at der altid udføres relevante undersøgelser.

Patienten indkaldes fra Regionshospital under Hospitalsenheden Vest til undersøgelse. Når undersøgelsen er gennemført, laves der en radiologisk beskrivelse med en konklusion og somme tider en anbefaling af supplerende undersøgelse. Beskrivelsen sendes til den henvisende alment praktiserende læge eller kiropraktor (og i kopi til patientens egen læge). I de tilfælde, hvor kiropraktoren henviser patienten, er det ligeledes kiropraktoren, der informerer patienten om resultatet af undersøgelsen og de behandlingsmæssige konsekvenser.

For at give et billede af omfanget af ordningen, henvises der til Regionshospitalet Herning til ca. 40 undersøgelser årligt, primært fra de 8 kiropraktorer i Herning.

I april 2008 er der fra Radiologisk Afdeling på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, udsendt en vejledning til alle praktiserende læger, kiropraktorer og røntgenafdelinger i regionen om "forebyggelse af dobbeltundersøgelser og retningslinjer for rekvisition af røntgenbeskrivelser fra kiropraktorer". Vejledningen, der er godkendt af det radiologiske specialeråd, indebærer bl.a., at hvis der foreligger relevant røntgenundersøgelse fra en kiropraktor, indhenter hospitalet som udgangspunkt information eller beskrivelse herfra. Dvs. kiropraktorens undersøgelse kan indgå som relevant grundlag for den videre udredning og behandling i sundhedsvæsenet.

8 It og kommunikation i kiropraktorpraksis

Implementeringen af it i kiropraktorpraksis er som alle andre steder en proces, der vedrører en række forskellige rutiner i det administrative og faglige arbejde i en praksis. Generelt har der været en vis tilbageholdenhed med at indføre it når man sammenligner med for eksempel praktiserende læger. Især med hensyn til aktivitet og tilstedeværelse på sundhedsdatanettet er der tale om en gryende aktivitet, der er i sin spæde start. Flere forhold gør sig gældende her. Først og fremmest er kiropraktorpraksis meget selvstændige enheder i sundhedssystemet, man er med andre ord ikke direkte afhængig af et tæt parløb med andre aktører. Arbejdet i kiropraktorpraksis må også anses for mindre informationstungt, hvorfor gevinsten ved at påtage sig en krævende omstilling af praksisrutiner skubbes foran sig.

Det typiske opstartsforløb er elektronisk afregning med patienterne og samlet afregning med regionen af tilskud. Dernæst går man i gang med elektronisk kalender. Sidste trin er almindeligvis indføring af elektroniske journaler, som er den mest komplekse opgave. Herunder hører også anvendelsen af kommunikation på sundhedsdatanettet. Introduktion af digital billeddiagnostik på klinikkerne er et andet område af it i kiropraktorpraksis, som dog ikke gennemgås her.

Processen er blevet speedet markant op af overenskomstmæssige bestemmelser og målsætninger, der har sat deadlines for implementering på forskellige niveauer. Der er forventet fuld implementering af alle praksis ved overenskomstperiodens udløb i april 2010.

8.1 Overenskomstaftaler

Jævnfør *overenskomst mellem Dansk Kiropraktor Forening og Regionernes Lønnings- og Takstnævn* er det bestemt, at alle ydere indenfor overenskomsten indgået den 1. april 2007 skal være udstyrede med kliniksyste­mer, der muliggør elektronisk afregning med det offentlige/regionerne.

Desuden er det i *protokollat om it i kiropraktorpraksis* en fælles målsætning, at alle kiropraktorer skal have et journalsystem, der understøtter relevant kommunikation efter MedComs standarder (EDIFACT) med det øvrige sundhedsvæsen. Hensigten med denne aftale er at fremme kommunikationen og forståelsen imellem behandlere, her især de praktiserende læger. Målsætningerne er ikke, som på lægeområdet, ledsaget af økonomisk incitament eller direkte støtte til at indføre it på klinikkerne. Der er heller ikke afsat ressourcer i form af it-konsulenter eller kurser til at understøtte denne udvikling.

Endelig er det også en del af målsætningen i overenskomsten, at kiropraktorerne anskaffer sig digital signatur for at kunne benytte den offentlige sundhedsportal.

8.2 Konkrete IT rutiner i kiropraktorpraksis

IT bruges i kiropraktorpraksis typisk til nedenstående opgaver:

- Afregning af tilskud med regionen
- Afregning med Sygesikringen Danmark
- Udsendelse af elektroniske faktura til andre modtagere
- Billeddiagnostik
- Elektronisk aftalekalender, økonomisystem, journalsystem

- Kommunikation af sundhedsfaglige data med andre sundhedsfaglige instanser, her hovedsagligt:
 - o Lægepraksis
 - o Sygehus – primært billeddiagnostiske afd.
 - o Fysioterapeutpraksis
 - o Offentlig myndighed/kommunale sagsbehandlere
- Opslag på sundhed.dk og det internetbaserede sundhedsdatanet

8.2.1 Status på elektronisk afregning

Ifølge regionens opgørelser afregner 47 ud af regionens 48 klinikker elektronisk. Antallet af lokationsnumre var 29 ved udgangen af 2008. Der er således stadig et antal klinikker, der afregner på diskette eller gennem systemleverandør. MedCom har opgjort, at ca. 60 % af kiropraktorerne i hele landet havde EDI ved udgangen af 2008, og dette tal gør sig også gældende for Region Midtjylland. De fleste klinikker med EDI bruger også denne mulighed for at afregne tilskud. Undtaget er klinikkerne i Region Nordjylland, der kun i ringe grad afregner ved hjælp af EDI.

8.3 EDIFACT

Udveksling af meddelelser over sundhedsdatanettet foregår gennem et format kaldet EDIFACT også kaldet EDI. Den offentlige organisation MedCom definerer standarder og regelsæt for brug af EDIFACT. Afsendelse og modtagelse af meddelelser foregår gennem det klinik-/journalssystem, som henholdsvis afsender og modtager har anskaffet sig. EDIFACT er en krypteret meddelelse, som ikke kan læses af andre end afsender og modtager. Det specielle ved EDIFACT er, at enhver meddelelse er bundet op på et personnummer. Det betyder, at enhver EDIFACT vedrører et personnummer og derfor altid er personhenførbart.

Inden for de fleste fagområder er EDIFACT meddelelser opsat som et udvalg af standardmeddelelser. En standardmeddelelse svarer i de fleste tilfælde til en fortrykt blanket, hvor man fylder felterne ud. Brugeren vælger blandt formater som for eksempel epikriser, henvisninger, laboratoriesvar, billeddiagnostisk svar m.m. alt efter det pågældende fagområde, og de her benyttede meddelelsetyper. For kiropraktorerne er der på nuværende tidspunkt kun 2 af de prædefinerede standardformater, der bruges. Der er her tale om *billeddiagnostisk henvisning* og *korrespondancemeddelelse*. Til den meste kommunikation bruges en såkaldt korrespondancemeddelelse, der i princippet er et blankt brev. Dette format bruges også af de andre samarbejdsparter som svar på en henvendelse, for eksempel svar fra læge eller sygehus på en meddelelse. Et korrespondancebrev egner sig derfor også til mindre formelle informationsudvekslinger, og kan i princippet bruges som en personhenførbart e-mail.

8.3.1 Status på tværfaglig kommunikation (EDI)

Ifølge MedCom har 60 % af kiropraktorerne i hele landet EDI. Dette er dog ikke ensbetydende med, at kiropraktorerne reelt har taget disse redskaber i brug, og en nærmere vurdering viser, at kun en mindre del af kiropraktorerne bruger mulighederne i EDI. Det er dog sådan, at kiropraktorerne i Region Midtjylland er nået længere end i de øvrige regioner.

De umiddelbare erfaringer viser, at meddelelser fra kiropraktor til praktiserende læge er ganske brugte, og der er således i Region Midtjylland registreret 552 meddelelser i løbet af en 10 måneders periode i 2008. Dette tal hidrører dog kun fra de 10-15 praksis, der på nuværende tidspunkt bruger EDI. I daglig praksis kommunikerer kiropraktor og praktiserende læge, når der er behov. Patienter henvises til kiropraktor med mundtlig anbefaling, og der eksisterer ingen formelle aftaler om rutinemæssig

svar. Det er derfor op til den enkelte, hvilken grad af kommunikation man finder nødvendig.

Hvad angår kommunikation med sygehusene har der også været flere erfaringer i Region Midtjylland end i de øvrige regioner. Her er der primært tale om billeddiagnostisk henvisning, der fortages ved hjælp af EDIFACT. Svar fra sygehusene kan modtages elektronisk og overføres direkte til klinikkens journalsystem.

Der er således store muligheder for yderligere at implementere teknologien i kiropraktorklinikkerne. Desuden er teknologien uomgængelig, da telefonisk og skriftlig kommunikation får stadig svære vilkår. Der kan desuden være risiko for, at budskab eller fakta misforstås eller går tabt ved den mundtlige meddelelse. Den skriftlige kommunikation er for så vidt udmærket, men kan ikke arkiveres i den papirløse praksis og er gennemgående mere tidskrævende. Megen kommunikation gennemføres sandsynligvis ikke på grund af disse flaskehalse, og det bør give stof til eftertanke, hvilke utilsigtede hændelser, kommunikationens flaskehalse kunne tænkes af medføre.

I 2008 er det for første gang lykkedes at etablere gensidig forsøgsvis kommunikation mellem alle relevante samarbejdsparter, så de tekniske forudsætninger er til stede. Erfaringerne har dog vist, at der er mange forskellige barrierer, der forhindrer den fulde implementering af den elektroniske kommunikation i alle facetter.

Nedenfor er anført skønnede satser for brugen af EDIFACT i Region Midtjylland. MedComs dataudtræk specificerer ikke disse tal, derfor er de angivet efter et skøn baseret på samtaler med et bredt udsnit af kiropraktorerne:

Andel der sender EDIFACT til praktiserende læge. 20 %
Andel der modtager EDIFACT fra praktiserende læge. 1 %
Andel der sender EDIFACT til sygehuse. 4 %
Andel der modtager EDIFACT fra sygehuse. 1 %
Andel der sender EDIFACT til fysioterapeut. 0 %
Andel der modtager EDIFACT fra fysioterapeut. 0 %

8.4 Digital signatur og Sundhed.dk

Brug af det internetbaserede sundhedsdatanet ved hjælp af digital signatur har ikke været tilgængeligt for kiropraktiske ydere hidtil, til trods for at overenskomsten udtrykker en fælles hensigtserklæring om, at kiropraktorerne i overenskomstperioden anskaffer sig digital signatur. Adgangen til den offentlige sundhedsportal på sundhed.dk er inddelt i en personlig adgang for den enkelte borger og en sundhedsfaglig adgang beregnet for sundhedsprofessionelle. Der kræves en *sundhedsfaglig digital signatur* for at en sundhedsfaglig person kan få adgang til faciliteter såsom e-journal, sygehusindlæggelser, medicinprofilen m.m. Da kiropraktorerne ikke har adgang til disse faciliteter, har der ikke været grund til at anskaffe sig sundhedsfaglig digital signatur. Øgede sundhedsfaglige rettigheder vil være yderst relevant for kiropraktorerne.

9 anbefalinger

9.1 Kiropraktorernes indplacering i det samlede sundhedsvæsen

9.1.1 Tværfagligt og tværsektorielt samarbejde om behandling af rygpatienter
Samarbejdsudvalget anbefaler, at der i Region Midtjylland igangsættes et udredningsarbejde omkring det hensigtsmæssige patientforløb for patienter med ryglidelser. Herunder hvorledes faglighederne i både den primære og sekundære sektor skal samarbejde på tværs til gavn for patienten, og således at ressourcerne i sundhedsvæsenet bruges mest hensigtsmæssigt.

Samtidig anbefales det, at udredningsarbejdet fungerer som et tværfagligt projekt, hvor alle relevante faggrupper i både den primære og sekundære sektor repræsenteres i udredningsarbejdet. Udredningsarbejdet skal foregå i forbindelse med udarbejdelsen af forløbsprogram for muskel-skeletlidelser. Kiropraktorerne vil i den forbindelse indgå i den kommende arbejdsgruppe, der skal udarbejde forløbsprogram for muskel-skeletlidelser i Region Midtjylland.

I udredningen kan indgå to rapporter, som er udarbejdet i henholdsvis Århus og Ringkjøbing Amt i 2001 omkring rygpatienters forløb i sundhedssektoren, samt erfaringer fra andre steder i landet.

Regionen har opmærksomhed på at involvere kiropraktisk viden i forbindelse med eventuelle fremtidige initiativer vedrørende udredning og behandling af rygpatienter i såvel primær som sekundærsektor.

9.1.2 Udnyttelse af røntgenkapacitet

Samarbejdsudvalget anbefaler, at Region Midtjylland undersøger om – og i givet fald hvordan – der kan tilvejebringes en øget nyttiggørelse og integration af kiropraktorernes eksisterende billeddiagnostiske kapacitet i forhold til sundhedsvæsenets samlede billeddiagnostiske beredskab.

Sundhedsstyrelsen har i høringsbrev af 10. november 2009 skrevet, at det er Sundhedsstyrelsens opfattelse, *"...at kiropraktorer udelukkende må udføre røntgenundersøgelser i forbindelse med undersøgelse, diagnostik og behandling af patienter, som led i kiropraktisk virksomhed. Det følger heraf, at en patient ikke kan henvises af en anden autoriseret sundhedsperson, der ikke er kiropraktor, til udelukkende at få foretaget en røntgenundersøgelse af en kiropraktor."*

Samtidig er det Sundhedsstyrelsens generelle holdning, *"...at en røntgenundersøgelse er en dynamisk undersøgelse, hvor beskrivelsen skal udfærdiges i forhold til den problemstilling, som ønskes undersøgt."*

"Røntgenbilleder og beskrivelser af disse udført i en kiropraktorpraksis af en kiropraktor kan anvendes af andre faggrupper. Anvender en læge en beskrivelse af et røntgenbillede udført af en kiropraktor, er det den behandlende læges ansvar, som ved al anden lægelig behandling, at tage stilling til, om lægen forsvarligt kan behandle patienten ud fra de pågældende oplysninger, om billedet skal beskrives på ny, eller om der eventuelt er brug for et nyt røntgenbillede. Den behandlende sundhedsperson skal i sin behandling udvise omhu og samvittighedsfuldhed, jf. autorisationslovens § 17. I tilfælde af at billedet skal beskrives på ny er det Sundhedsstyrelsens opfattelse, at ansvaret for beskrivelsen bør ligge hos en speciallæge i radiologi."

Konventionelle røntgenundersøgelser er hastigt ved at blive digitaliserede. Det er samarbejdsudvalgets målsætning, at 90 % af kiropraktorerne røntgenanlæg i Region Midtjylland er overgået til digital røntgen ved udgangen af 2010.

Samarbejdsudvalget anbefaler, at Region Midtjylland nøje følger moderniseringsudvalgets anbefalinger. Dette specielt med fokus på mulighederne for anvendelse af røntgen og henvisning til billeddiagnostiske undersøgelser samt at optimere "det gode patientforløb" ved at fremme smidigere forløb mht. henvisning og hurtig udredning.

Samarbejdsudvalget anbefaler, at 90 % af kiropraktorerne røntgenanlæg i Region Midtjylland i 2011 er opkoblet til den centrale billedserver (KIRPACS), der er etableret på Syddansk Universitet. Hermed sikres maksimal udnyttelse af digitalt røntgenmateriale og minimering af strålerisici.

9.2 Tilrettelæggelsen af behandlingsindsatsen for bevægeapparatlidelser

9.2.1 Smidigere henvisningsveje

Samarbejdsudvalget anbefaler, at der foretages en harmonisering i regionen med hensyn til at henvise til billeddiagnostisk udredning på hospitalerne.

Samarbejdsudvalget peger i den sammenhæng på de positive erfaringer med den eksisterende ordning for det tidligere Ringkjøbing Amt, som beskrevet i afsnit 7.5 *Henvisning til MR-scanning og CT-scanning.*

Desuden vil smidigere henvisningsveje, som for eksempel direkte henvisningsret til udvidet billeddiagnostik, minimere unødigt ekstra-arbejde for den praktiserende læge.

Sundhedsstyrelsens skriver i høringsbrevet, at de *"...kan se hensigtsmæssigheden i, at kiropraktorer har mulighed for at henvise til CT- og MR-scanninger i sundhedsvæsenet i forbindelse med udredning af biomekaniske funktionsforstyrrelser og heraf afledte smertetilstande i rygsøjle, bækken og ekstremiteter. Dog er det Sundhedsstyrelsens opfattelse, at denne henvisningsmulighed ikke skal iværksættes, uden at alment praktiserende læger har fået en lignende mulighed."* Moderniseringsudvalget anbefaler, at kiropraktorerne efter regional beslutning fremover i relevante tilfælde får mulighed for at henvise patienter til sygehusenes billeddiagnostiske afdelinger med henblik på CT og MR skanninger. For at understøtte tankegangen om sammenhængende patientforløb for personer med problemer i bevægeapparatet peger moderniseringsudvalget på, at regionerne på tilsvarende vis gennem lokale aftaler bør give de praktiserende læger samme mulighed for adgang til henvisning til CT og MR-scanninger som kiropraktorerne.

"Sundhedsstyrelsen kan derimod ikke anbefale, at der skabes mulighed for, at kiropraktorer kan henvise til DEXA-scanning og knogleskintigrafi. Disse undersøgelser anvendes som led i udredning af systemiske sygdomme, som kiropraktorer ikke er uddannet til at udrede eller behandle i deres helhed." Moderniseringsudvalget vurderer, at skintigrafi ikke er en relevant diagnostisk undersøgelse for det kiropraktiske virksomhedsområde. Moderniseringsudvalget har derimod ikke opnået enighed omkring DEXA-scanning.

Samarbejdsudvalget anbefaler på den baggrund, at ordningen fra det tidligere Ringkjøbing Amt udvides til at dække hele Region Midtjylland. Samarbejdsudvalget

anbefaler desuden, at der nedsættes en tværfaglig arbejdsgruppe med henblik på at forberede implementering af ordningen i hele Regions Midtjylland. Sundhedsstyrelsens bemærkning om henvisning til CT, MR mv. inddrages i denne sammenhæng.

9.2.2 It-kommunikation med det øvrige sundhedssystem

Samarbejdsudvalget anbefaler, at der igangsættes et projekt med udvikling af kiropraktorernes adgang til patientrelevant information via en sundhedsfaglig digital signatur på sundhed.dk. Målet er, i lighed med almen praksis, at de praktiserende kiropraktorer henter relevant faglig information via en regionsite på sundhed.dk. En af praksiskonsulenterne inddrages i udviklingsarbejdet i samarbejde med Primær Sundhed.

En proaktiv brugerstøtte fra regionens side i form af uddannelsesmæssige tiltag eller brugersupport vil være at anbefale. For eksempel kunne virksomhedsområdet for praksisenhedernes it-konsulenter ændres til også at omfatte kiropraktorpraksis.

En rimelig målsætning at arbejde hen imod inden for den næste 3 års periode vil være:

- 95 % af alle klinikker er i stand til at kommunikere med praktiserende læge
- 60 % af alle læger bruger EDI ved kontakt til kiropraktor
- 60 % af alle klinikker kan henvise til sygehus og modtage svar, og
- 40 % af alle klinikker kan sende og modtage fra fysioterapeutpraksis.

Der tages via praksiskonsulenterne på kiropraktorområdet og regionens it-folk initiativ til nærmere beskrivelse af retningslinjer for EDI-kommunikation og undervisning heri.

Sundhedsstyrelsen skriver i deres høringsbrev, at Sundhedsstyrelsen som led i et tættere samarbejde finder det ønskeligt, at kiropraktorer orienterer alment praktiserende læger efter endt udredning og behandling. Det anses som vigtigt, at kommunikationen mellem alment praktiserende læger og kiropraktorerne er bedst muligt. Den praktiserende læge skal som udgangspunkt underrettes om relevante behandlingsforløb hos kiropraktoren. Med henblik på størst mulig tværfaglig sammenhæng og udbytte af den samlede behandlingsindsats, bør der mellem kiropraktor og alment praktiserende læge videregives relevant orientering om behandlingsforløb og resultaterne heraf.

Det foreslås, at der i samarbejde med praktiserende læger udarbejdes en nærmere beskrivelse af, hvilke patienter det vil være relevant at udveksle information om.

9.3 Fortsat udvikling af kiropraktikken i det offentligt finansierede sundhedssystem

9.3.1 Kapacitet i kiropraktorpraksis og eventuelle nynedsættelser

Både hvad angår kiropraktiske ejere pr. 1.000 indbyggere fordelt på kommuner og brutto honoraret pr. indbygger fordelt på kommuner er der stor variation imellem kommunerne. Samarbejdsudvalget anbefaler, at der i Region Midtjylland skal arbejdes på en reduktion af de demografiske forskelle i serviceniveauet, som ses på tværs af kommunerne i regionen.

Samarbejdsudvalget anbefaler, at der i det omfang der etableres behandler- eller sundhedshuse til varetage af lokalområdets behov for diagnostik og behandling, skal kiropraktorerne så vidt muligt indtænkes heri.

Samarbejdsudvalget finder det afgørende, at alle klinikker i regionen kan tilbyde patienterne røntgenundersøgelser i klinikken.

I henhold til Landsoverenskomst om kiropraktisk behandling skal samarbejdsudvalget hvert år afgive en indstilling til regionsrådet vedrørende den kiropraktiske behandlingskapacitet i regionen. Regionsrådet skal herefter træffe afgørelse omkring den kiropraktiske kapacitet i regionen. Samarbejdsudvalget anbefaler, at der udarbejdes en kapacitetsplan til forelæggelse for regionsrådet i forlængelse af praksisplanens vedtagelse. Kapacitetsplanen skal indeholde opdaterede tal i forhold nærværende praksisplan.

I forlængelse heraf, anbefaler samarbejdsudvalget, at flytninger godkendes af Samarbejdsudvalget.

9.3.2 Dialog med kommunerne om kiropraktisk behandling

Samarbejdsudvalget anbefaler, at Region Midtjylland og kommunerne i regionen indgår i dialog omkring den videre udvikling inden for området, herunder også omkring økonomien på området.

9.3.3 Kiropraktorernes specialistuddannelse

Samarbejdsudvalget vil følge udviklingen i Sygehus Lillebælt og Syddansk Universitet arbejde med at oprette en specialistuddannelse for kiropraktorer rettet mod sekundærsektoren.

Samarbejdsudvalget anbefaler, at der i regi af det kommende samarbejdsudvalg, som nedsættes pr. 1. januar 2010, samtidig nedsættes et tværfagligt udvalg. Udvalget har til opgave at følge Region Syddanmarks/Syddansk Universitets projekt omkring kiropraktorernes specialistuddannelse, herunder beskrive om der er perspektiver for ordningen i regi af Region Midtjylland.

9.3.4 Generationsskifteordning

Det anbefales, at parterne i forlængelse af praksisplanens vedtagelse nærmere forhandler eventuel forslag til en § 2-aftale omkring en generationsskifteordning med henblik på efterfølgende politisk behandling, således at et glidende generationsskifte i praksis muliggøres. Et muligt afsæt for denne aftale kan findes i ordningen fra det tidligere Århus Amt.

9.4 Praksiskonsulentordningen som spydspids for faglig udvikling og kvalitet i Region Midtjylland

Region Midtjylland har etableret en bæredygtig praksiskonsulentordning på kiropraktorområdet. Samarbejdsudvalget anbefaler, at konsulentarbejdet skal styrkes og målrettes på de faglige områder, der kan bidrage til udviklingen af kvalitet og sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen i Region Midtjylland. Det gælder i forhold til faglig og organisatorisk udvikling samt at udvikle samarbejde med de øvrige dele af sundhedsvæsenet. Udvikling af elektroniske klinikrutiner indgår heri.

Appendix A

Kommune	Praksisnavn	Adresse	Postnr.	By
Favrskov	S. Linnet og A. Nyborg	Østergade 1	8450	Hammel
	S. Linnet og A. Nyborg	Østergade 1	8450	Hammel
	Anders Tromholt	Kirkevej 3	8370	Hadsten
Hedensted	Lars Andersen	Østerbrogade 3 B	8722	Hedensted
	Kiropraktisk Klinik	Juelsgade 36	7130	Juelsminde
Herning	Kiropraktisk Klinik i/s	Dalgas Allé 2	7400	Herning
	Kiropraktisk Klinik i/s	Dalgas Allé 2	7400	Herning
	Kiropraktisk Klinik i/s	Dalgas Allé 2	7400	Herning
	Kiropraktisk Klinik i/s	Dalgas Allé 2	7400	Herning
	Kiropraktisk Klinik i/s	Dalgas Allé 2	7400	Herning
Holstebro	Kiropraktisk Klinik Aps	Skivevej 28	7500	Holstebro
	Kiropraktisk Klinik Aps	Skivevej 28	7500	Holstebro
	Bettina Miltersen	Den Røde Plads 11, 1	7500	Holstebro
Horsens	Kiropraktisk Klinik	Sønderbrogade 3	8700	Horsens
	P Bang-Henriksen	Galgehøj 9	8740	Brædstrup
	Birgitte Marie Bonnerup	Nørregade 35-37	8700	Horsens
	Kiropraktor Kenny E. Nielsen	Jessensgade 3	8700	Horsens
	Kiropraktor Jørgen A. Rasmussen	Boulevardhuset,åboulevarden 40	8700	Horsens
Ikast-Brande	Hans Jørn Hougaard	Østergade 9	7430	Ikast
	Charlotte og Anthony Giuliani	Ole Bendixvej 3	7330	Brande
	Charlotte og Anthony Giuliani	Ole Bendixvej 3	7330	Brande
Lemvig	Kiropraktisk Klinik Lemvig I/S	Søndergade 5	7620	Lemvig
	Kiropraktisk Klinik Lemvig I/S	Søndergade 5	7620	Lemvig
Norddjurs	Niels Klougart	Østergade 2	8500	Grenaa
	Hans Erik Husum	Torvet 15-17, 2.	8500	Grenaa
Odder	Kiropraktor Lars Hyltoft	Rosensgade 12	8300	Odder
	Eli Meldgaard	Nørregade 65	8300	Odder
Randers	Kiropraktisk Klinik	Rådhusstræde 2, 3. sal	8900	Randers
	Kiropraktisk Klinik ApS	Østervold 40	8900	Randers
	Kiropraktisk Klinik Aps	Østervold 40	8900	Randers C
	Kiropraktisk Klinik Aps	Østervold 40	8900	Randers C
	Kiropraktor Ulla Junge	Kirkegade 7	8900	Randers
Ringkøbing-Skjern	Niels F. B. Claussen	Herningvej 9	6950	Ringkøbing
	Kiropraktisk Klinik	Bredgade 38, 2, Postboks 26	6900	Skjern
	Kiropraktisk Klinik	Bredgade 38, 2, Postboks 26	6900	Skjern
Silkeborg	Kiropraktisk Center	Torvet 10 D	8600	Silkeborg
	Kiropraktisk Klinik Silkeborg Aps	Skolegade 23 A, 1.	8600	Silkeborg
	Kiropraktisk Klinik V/ Lisbeth Lantt	Søndergade 25, 2.	8600	Silkeborg
	Ole Hansen	Søndergade 25, 2.	8600	Silkeborg
Skanderborg	Iben Hilding-Hamann	Søndergade 25C	8464	Galten
	Asger Carl Andersen	Møllegade 19	8660	Skanderborg
	Kiropraktisk Klinik	Sygehusvej 7	8660	Skanderborg

Kommune	Praksisnavn	Adresse	Postnr.	By
Skive	D. Plagborg & L. Rud Rasmussen	Østergade 4	7800	Skive
	D. Plagborg & L. Rud Rasmussen	Østergade 4	7800	Skive
Struer	Kiropraktisk Klinik i/s	Vestergade 11	7600	Struer
Syddjurs	Niels Klougart Aps.	Hovedgaden 24-26	8410	Rønde
	Kiropraktor Niels Klougart Aps	Nørreport 4	8400	Ebeltoft
Viborg	Tine Jensen og Tue Kallestrup	Palæ" Sct. Mathiasgade 78 st	8800	Viborg
	Tine Jensen og Tue Kallestrup	Palæ" Sct. Mathiasgade 78 st	8800	Viborg
	Palle Rosenvinge	Mørksvej 5	8840	Rødkærsbro
	H. Gade og L. Agergaard	Sct. Mathiasgade 19	8800	Viborg
	H. Gade og L. Agergaard	Sct. Mathiasgade 19	8800	Viborg
Susanne Ring Petersen	Vestergade 22	8850	Bjerringbro	
Århus	Kiropraktisk Klinik I/S	Banegårdsplads 20, 4.	8000	Århus C
	Kiropraktisk Klinik I/S	Banegårdsplads 20, 4.	8000	Århus C
	K.Bjødstrup Kristensen & K.Harris	Park Alle 3	8000	Århus C
	K.Bjødstrup Kristensen & K.Harris	Park Alle 3	8000	Århus C
	Gilberg-Rosenvinge i/s	Vegavej 46	8270	Højbjerg
	Søren Schweigler Aps	Prismet, Viborgvej 3	8000	Århus C
	Rygcenter Århus Kiropraktisk Klinik	Viby Centret 2a	8260	Viby J
	Rygcenter Århus Kiropraktisk Klinik	Viby Centret 2a	8260	Viby J
	Rygcenter Århus Kiropraktisk Klinik	Viby Centret 2a	8260	Viby J
	Kiropraktor Carsten Hviid	Banegårdsplads 4	8000	Århus C
	Kiropraktisk Klinik	Klostertorvet 4	8000	Århus C
	Jesper Overvad	Vorregårds Alle 99	8200	Århus N
	Nortvig&Uhrenholt Kiropraktorer Aps	Jens Baggesens vej 88A	8200	Århus N
Jesper Rosenberg Jensen	Oddervej 89	8270	Højbjerg	

Appendix B

Antal ydelser og Brutto Honorar (fastepriser 2007-niveau) for 2004-2007 (speciale 53 - almindelige kiropraktiske patienter)

	Ydelseskode	2004		2005		2006		2007		
		Ydelser	Brutto Honorar	Ydelser	Brutto Honorar	Ydelser	Brutto Honorar	Ydelser	Brutto Honorar	
Hovedydelse	1010 Kir. kli. grundyd. a	26.690	kr 2.867.125	24.160	kr 2.406.939	21.725	kr 2.074.824	20.258	kr 1.919.322	
	1011 kombi 1010/3001	5.077	kr 549.325	7.847	kr 780.469	10.205	kr 974.618	12.709	kr 1.204.494	
	1012 kombi 1010/3002	1.868	kr 202.082	3.093	kr 307.047	5.050	kr 482.295	6.099	kr 578.022	
	1020 Kir. kli. grundyd. b	7.143	kr 578.923	8.278	kr 621.178	9.781	kr 705.562	10.566	kr 750.186	
	1021 kombi 1020/3001	640	kr 52.091	887	kr 66.663	1.305	kr 94.137	2.153	kr 152.863	
	1022 kombi 1020/3002	56	kr 4.558	81	kr 6.159	112	kr 8.079	121	kr 8.591	
	1030 Kir. klinisk ydelse	233.907	kr 10.287.907	266.960	kr 10.430.801	263.000	kr 9.886.696	244.693	kr 9.053.641	
	1031 kombi 1030/3001	30.298	kr 1.281.056	44.112	kr 1.722.305	59.490	kr 2.236.348	81.091	kr 3.000.367	
	1032 kombi 1030/3002	5.599	kr 236.736	8.142	kr 317.994	9.303	kr 349.718	13.144	kr 486.328	
	1033 kombi 1030/3003	4.669	kr 296.121	5.592	kr 326.187	6.236	kr 348.468	8.031	kr 441.705	
	1034 kombi 1030/3004	2.572	kr 217.498	3.705	kr 288.232	4.989	kr 375.093	5.390	kr 398.860	
	Røntgenundersøgelser	2010 Røntgenundersøgelse	10.845	kr 1.246.737	11.197	kr 1.186.244	11.543	kr 1.172.769	11.593	kr 1.167.892
		2020 Suppl. røntgenunder.	171	kr 9.816	310	kr 16.306	809	kr 41.097	1.076	kr 53.800
	Total		329.535	kr 17.829.974	384.364	kr 18.476.525	403.548	kr 18.749.706	416.924	kr 19.216.071

Kilde: Targit CSC's datavarehus

Appendix C

Antal ydelser og Brutto Honorar (fastepriser 2007-niveau) for 2004-2007 (speciale 64 - patienter med kroniske lidelser i bevægeapparatet)

Ydelseskode	2004		2005		2006		2007	
	Ydelser	Brutto Honorar						
Hovedydelser								
1010 Kir. kli. grundyd. a	434	kr 46.411	222	kr 22.288	233	kr 22.252	96	kr 9.096
1011 kombi 1010/3001	34	kr 4.616	29	kr 3.672	70	kr 8.392	93	kr 11.013
1012 kombi 1010/3002	8	kr 1.296	17	kr 2.511	21	kr 3.008	34	kr 4.825
1020 Kir. kli. grundyd. b	151	kr 12.193	169	kr 12.696	181	kr 13.057	181	kr 12.851
1021 kombi 1020/3001	16	kr 1.742	25	kr 2.536	30	kr 2.896	46	kr 4.370
1022 kombi 1020/3002	9	kr 1.218	9	kr 1.132	3	kr 360	3	kr 354
1030 Kir. klinisk ydelse	25.437	kr 1.361.537	19.598	kr 975.996	18.890	kr 902.035	13.857	kr 651.279
1031 kombi 1030/3001	2.810	kr 228.713	3.015	kr 226.814	3.034	kr 218.861	4.609	kr 327.239
1032 kombi 1030/3002	1.327	kr 143.075	2.224	kr 221.557	1.876	kr 179.166	1.470	kr 138.180
1033 kombi 1030/3003	493	kr 40.127	270	kr 20.488	158	kr 11.397	327	kr 23.217
1034 kombi 1030/3004	470	kr 50.675	530	kr 52.691	582	kr 55.583	300	kr 28.200
Røntgenundersøgelser								
2010 Røntgenundersøgelse	188	kr 21.452	122	kr 12.995	90	kr 9.144	132	kr 13.298
2020 Suppl. røntgenunder.	31	kr 1.774	11	kr 575	5	kr 254	17	kr 850
Total	31.408	kr 1.914.828	26.241	kr 1.555.951	25.173	kr 1.426.405	21.165	kr 1.224.772

Kilde: Targit CSC's datavarehus