

# Praksisplan på kiropraktorområdet i Region Syddanmark



Gældende fra xx. måned 2015



Region Syddanmark



# Indhold

<b>Kapitel 1 - Indledning</b> . . . . .	<b>4</b>
1.1 Baggrund for praksisplanen . . . . .	4
1.2 Planens grundlag . . . . .	4
1.3 Praksisplanens opbygning . . . . .	4
1.4 Planens udarbejdelse. . . . .	4
1.5 Begrebsforklaring. . . . .	5
1.6 Høringsparter . . . . .	5
<b>Kapitel 2 - anbefalinger</b> . . . . .	<b>6</b>
<b>Kapitel 3 - De formelle rammer for kiropraktisk virksomhed.</b> . . . . .	<b>7</b>
3.1 Kiropraktorers virksomhedsområde . . . . .	7
3.1.1 Undersøgelse og behandling. . . . .	7
3.1.2 Billeddiagnostik . . . . .	8
3.2 Diverse fakta om kiropraktik og kiropraktisk behandling. . . . .	9
3.3 Overenskomsten . . . . .	10
3.4 Uddannelse . . . . .	10
3.4.1 Efteruddannelse . . . . .	11
3.5 Autorisation . . . . .	11
3.6 Faglig udvikling og retning. . . . .	11
3.6.1 Forskning og kvalitet . . . . .	12
3.6.2 Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (NIKKB) . . . . .	12
3.6.3 Kiropraktorfonden. . . . .	12
3.6.4 Center for Forskning i Bevægeapparatets Funktionelle Lidelser . . . . .	12
3.6.5 Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). . . . .	13
3.7 Patientklagenævnet og patientforsikringen . . . . .	13
<b>Kapitel 4 - Statusbeskrivelse, kapacitet og aktivitet</b> . . . . .	<b>14</b>
4.1 Region Syddanmark - tal og fakta. . . . .	14
4.2 Kapacitet og struktur. . . . .	14
4.3 Aktiviteter og udgifter . . . . .	18
4.4 Lokalaftaler . . . . .	21
4.5 Nuværende tiltag vedr. kvalitetssikring og -udvikling. . . . .	21
4.5.1 Udvidet lænderygundersøgelse . . . . .	22
4.5.2 De Tværfaglige Rygteams i det tidligere Ribe Amt . . . . .	22
4.5.3 Praksiskonsulenter . . . . .	22
4.6 Kiropraktorernes relationer til og samordninger med de øvrige aktører i det regionale sundhedsvæsen . . . . .	22
4.6.1 Kiropraktorer uden ydernummer . . . . .	23
4.7 Akutbetjening . . . . .	24

<b>Kapitel 5 - Udviklingsmuligheder og udfordringer</b> . . . . .	<b>26</b>
<b>5.1</b> Demografisk udvikling og ydelsesforbrug . . . . .	26
<b>5.2</b> Øvrige forhold med betydning for aktivitet og kapacitet . . . . .	28
5.2.1 Stor egenbetaling . . . . .	28
5.2.2 Kapacitet . . . . .	28
5.2.3 Rekruttering . . . . .	29
<b>5.3</b> Udvikling i klinikkerne . . . . .	30
5.3.1 IT i kiropraktorpraksis. . . . .	30
5.3.2 Billeddiagnostik . . . . .	30
5.3.3 Henvisningsret. . . . .	31
5.3.4 Akutbetjening . . . . .	31
<b>5.4</b> Kvalitetsudvikling . . . . .	31
5.4.1 Praksiskonsulentordning i Region Syddanmark . . . . .	31
<b>Kapitel 6 - Løsningsforslag og anbefalinger</b> . . . . .	<b>33</b>
<b>6.1</b> Kapacitetsplan . . . . .	33
<b>6.2</b> Udmøntning af yderligere fire ydernumre i planperioden . . . . .	38
<b>6.3</b> Uvikling i klinikkerne og kvalitetsudvikling på kiropraktorområdet . . . . .	38
6.3.1 IT i kiropraktorpraksis. . . . .	38
6.3.2 Sammenhængende patientforløb . . . . .	38
6.3.3 Kvalitetssikringsprojekter. . . . .	39
6.3.4 Akutbetjeningen . . . . .	40
<b>Bilag 1 - Status over implementering af den forgangne praksisplan</b> . . . . .	<b>41</b>

# 1

## Indledning

### 1.1 Baggrund for praksisplanen

I henhold til Landsoverenskomsten for kiropraktik (§ 13) udarbejder regionen én gang i hver valgperiode en samlet praksisplan over den kiropraktiske behandling i regionen med henblik på at sikre den nødvendige kapacitet i regionen.

Planen skal indgå i Region Syddanmarks samlede sundhedsplanlægning og danner grundlag for beslutninger vedr. den kiropraktiske kapacitet og udvikling blandt andet med henblik på at sikre samordning af den kiropraktiske betjening i alle områder af regionen.

Som noget nyt skal regionen i forbindelse med beskrivelsen af kiropraktortilbuddet medtage klinikker, der ikke er omfattet af overenskomsten.

I regionens første praksisplan tog man udgangspunkt i de politiske målsætninger på sundhedsområdet, der overordnet set omhandlede sammenhængende patientforløb samt et tidssvarende, kvalitetsbevidst og effektivt sundhedsvæsen. De væsentlige temaer i planen var at sikre borgerne i Region Syddanmark en nem adgang til kiropraktisk behandling, at sikre patienter en effektiv behandling med god faglig kvalitet og med en god service at sikre samarbejdet mellem kiropraktorerne og det øvrige sundhedsvæsen.

### 1.2 Planens grundlag

Den nye praksisplan skal følge op på de nye tiltag, der fremgår af den nye overenskomst, som trådte i kraft den 1. januar 2014 samt videreføre relevante elementer fra Praksisplanen for Kiropraktorområdet 2011 - 2014.

Dette indebærer, at hovedtemaerne i den kommende plan vil være:

- Udviklingen af en fremtidssikret praksisstruktur.
- Fortsat fokus på mulighederne for samarbejde og samordning med øvrige dele af sundhedsvæsenet
- Fokus på kvalitetsudviklingen.

Til brug for ovenstående er der udarbejdet en status for implementeringen af praksisplanen for kiropraktik i perioden 2011 - 2014. Bilag 1.

### 1.3 Praksisplanens opbygning

Praksisplanen består af et indledende afsnit (kapitel 2), der omhandler de formelle rammer, der regulerer den kiropraktiske virksomhed.

Dernæst er der i kapitel 3 foretaget en beskrivelse af de faktuelle forhold; en statusopgørelse omkring kiropraktisk virksomhed i praksissektoren i Region Syddanmark.

I kapitel 4 og 5 redegøres for udviklingsmulighederne inden for specialet samt de udfordringer, vi møder i de kommende år i forhold til demografi, sygdomme i bevægeapparatet mv.

Med baggrund i de beskrevne rammer, udviklingsmuligheder og udfordringer bliver der i kapitel 5 redegjort for de løsningsforslag samt udmøntningen af de løsningsforslag, som man i Region Syddanmark vil arbejde med i den kommende planperiode.

Som et tværgående tema i alle praksisplanens kapitler indgår regionens overordnede sundhedspolitiske målsætninger om kvalitet, nærhed og samordning.

### 1.4 Planens udarbejdelse

Til udarbejdelse af den nye praksisplan har der været nedsat en arbejdsgruppe bestående af repræsentanter for kiropraktorerne i regionen, praksiskonsulenten samt fra regionens administration.

Arbejdsgruppen har bestået af:

- Chefkonsulent Mikael Harild, Praksisafdelingen, formand for arbejdsgruppen
- Kiropraktor Hanne Nøddeskou-Fink
- Kiropraktor Dorthe Schøler Ziegler
- Kiropraktor Teddy Fohlmann
- Kiropraktorkonsulent Mikael Busse
- Specialkonsulent Helle Bruun, Praksisafdelingen, sekretær for arbejdsgruppen

Arbejdsgruppens opgave har været at udarbejde forslag til en plan for kiropraktisk betjening i Region Syddanmark, herunder

- Beskrive de formelle rammer for kiropraktisk virksomhed (lovgivning mv.)
- Beskrive kapacitet på området.
- Beskrive og vurdere udfordringer og udviklingsmuligheder for udøvelse af kiropraktorpraksis
- Komme med forslag til den endelige plan for udviklingen af kiropraktorområdet, herunder forslag til kapaciteten på området, sammenhæng med sundhedsområdet i øvrigt samt undersøge muligheden for udvidet henvisningsret til de reumatologiske, ortopædiske og neurologiske speciale.

### 1.5 Begrebsforklaring

I praksisplanen anvendes nogle udtryk, som kan kræve en nærmere forklaring. Disse udtryk er forklaret nedenfor:

#### Ydernummer:

Et identifikationsnummer, som tildeles hver enkelt praksis, der praktiserer efter overenskomst med det offentlige.

#### Ydere:

Betegnelse for en behandler, der praktiserer efter overenskomst med det offentlige (har ydernummer).

#### Kapacitet:

Udtryk for det antal kiropraktorer der har ret til at praktisere efter overenskomst med det offentlige. Flermandsklinikker vil ofte have et ydernummer og en kapacitet svarende til antallet af kiropraktorer med ydernummer.

#### Praksisret:

I henhold til en § 2-aftale mellem Region Syddanmark og de praktiserende kiropraktorer, kan assistenter, der køber sig ind i en praksis uden at blive tildelt en egen kapacitet, få tildelt et ydernummer efter ansøgning til Praksisafdelingen, Region Syddanmark. Denne praksisret vil efter min. tre år fra tildelingsdatoen kunne realiseres til et ydernummer, hvis den givne person skulle vælge at træde ud af praksis.

#### Hvilende ydernummer:

Er en tildelt kapacitet (ydernummer), hvor der administrativt afregnes på et andet ydernummer.

#### § 2-aftaler (§ 30 ny overenskomst)

Aftaler mellem regionen og en eller flere kiropraktorer om forhold, der supplerer eller erstatter bestemmelse i kiropraktoroverenskomsten. Aftalerne indgås med hjemmel i overenskomsten § 30.

### 1.6 Høringsparter

- Sundhedsstyrelsen
- Danske Regioner
- Dansk Kiropraktor Forening
- De praktiserende kiropraktorer i Region Syddanmark
- Kiropraktorkredsforeningen i Region Syddanmark
- Danske Fysioterapeuter i Region Syddanmark
- Regionens sygehuse
- De 22 kommuner i Region Syddanmark
- Foreningen af praktiserende speciallæger i Region Syddanmark
- Praksisudvalget i Region Syddanmark
- Danske patienter

Høringen resulterede i XX høringssvar.

De indkomne høringssvar og den samlede vurdering har givet/ikke givet anledning til ændringer i planen.

## 2 Anbefalinger

På kapacitetsområdet videreføres initiativer fra den forgangne praksisplan, som imødekommer problematikken omkring manglende eller begrænset kapacitet i randområderne i Region Syddanmark.

Derfor anbefales det, at den eksisterende praksis omkring forvaltning af ydernumre videreføres, således at man i den kommende planlægningsperiode arbejder med begreberne overenskomstregulerede områder og frie områder.

Endvidere anbefales det, at der udmøntes et ydernummer om året i den kommende planperiode ud fra et ønske om at tilgodese borgernes mulighed for tilskudsberettiget kiropraktisk behandling og forpligtige kiropraktorer uden ydernummer i forhold til overenskomsten.

Overordnet set anbefales tendenserne fra den forgangne planperiode med fokus på det gode patientforløb og øget integration af kiropraktorstanden i det øvrige sundhedssystem fastholdt.

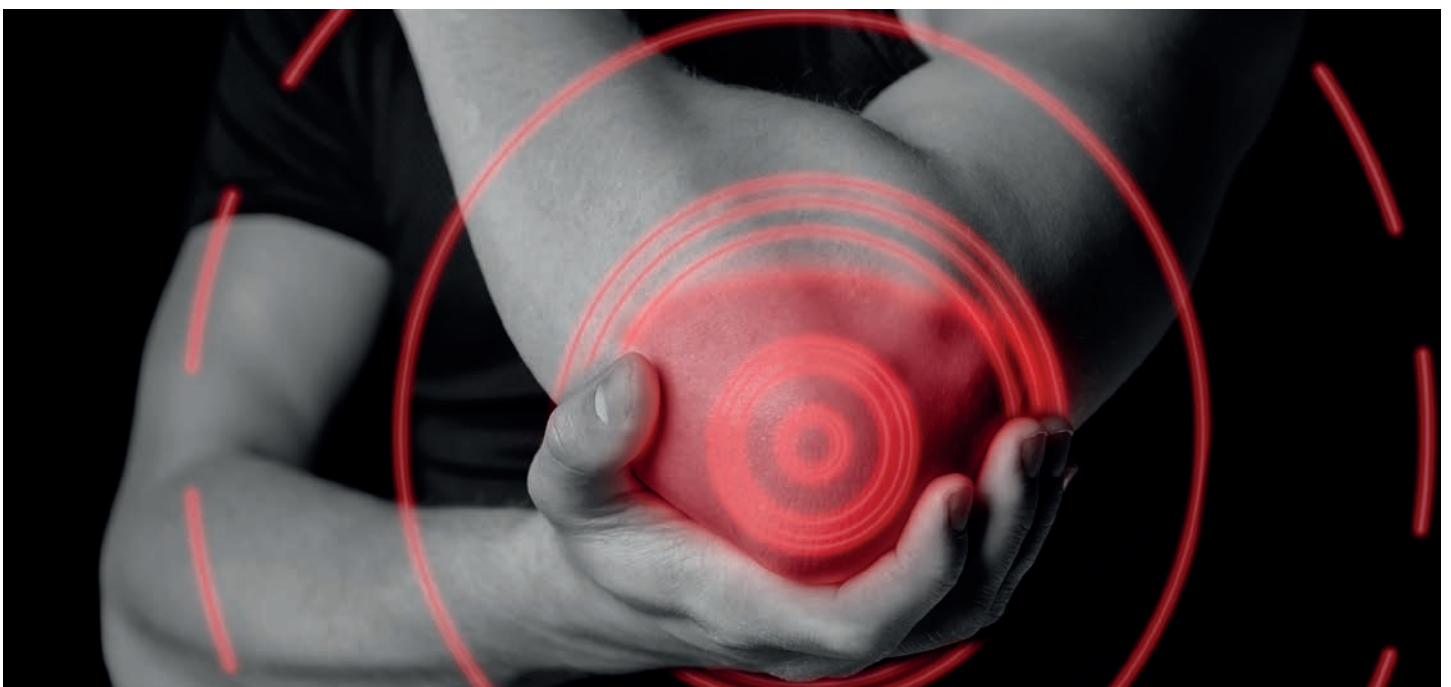
På baggrund af dette og anerkendelse af kiropraktoren som specialist på bevægeapparatet samt med sigte på at undgå økonomisk- og tidsmæssigt krævende dobbeltundersøgelser eller dobbeltbesøg anbefales det, at der i planperioden sker en analyse og vurdering af mulighederne for:

- At der etableres henvisningsmuligheder til muskuloskeletal UL-skanning på baggrund af nærmere bestemte kliniske mistanker.
- At kiropraktorerne kan få adgang til de regionale billedservere og - i tråd med dette - anbefales ligeledes at praktiserende læger og de radiologiske afdelinger opnår direkte adgang til kiropraktorerens røntgenbilleder via KirPACS.
- At kiropraktorerne, inden for nærmere afgrænsede områder, opnår mulighed for direkte henvisning til de reumatologisk, neurologisk og ortopædiske specialer.
- At kiropraktorerne honoreres for dækning af akutbetjeningens telefonkonsultationer.

Med henblik på fortsat relevant kvalitetssikring og implementering af regionale og/eller nationale tiltag anbefales:

- At praksiskonsulentordningen bevares på nuværende vilkår.
- At regionen vurderer muligheden for, at stille en datakonsulent til rådighed i tilknytning til ovennævnte.

Anbefalingerne beror på en diskussion af de faktuelle oplysninger, der optræder i planen. Anbefalingerne samt en uddybning heraf fremgår af planens kapitel 6.



# De formelle rammer for kiropraktisk virksomhed

# 3

Dette kapitel indeholder en præsentation af kiropraktorers virksomhedsområde samt kiropraktorerens placering i sundhedsvæsenet. Desuden beskrives hvilke rammer, kiropraktikken agerer indenfor - lovgivningsmæssigt og aftalemæssigt.

## 3.1 Kiropraktorers virksomhedsområde

De nærmere regler om kiropraktorvirksomhed er fastsat i bekendtgørelse udstedt af Sundhedsstyrelsen og "Bindende retningslinjer for visse former for kiropraktisk behandling", som er udstedt i medfør af denne bekendtgørelse<sup>1</sup>.

Kiropraktorerne har den fornødne uddannelse til selvstændigt at kunne forestå såvel den diagnostiske, herunder billeddiagnostiske, som den behandlende og den forebyggende indsats over for patienterne. Dette fastslås i ovennævnte bekendtgørelse.

I tillæg til det, der beskrives i indeværende praksisplan, er der et ikke ubetydeligt antal kiropraktorer, der er underleverandører til private udbydere af sundhedsordninger, offentlige instanser og forsikringsselskaber. For de fleste forhold er der tale om, at kiropraktoren tilbyder særlige ydelser til patienter omfattet af ovennævnte mere eller mindre styret af udbyderen. Der er tale om timer, som i flere forhold, ikke er sygesikringsberettigede - og derfor ikke er medtaget i kapacitetsberegningen i denne praksisplan.

Faget har i Danmark primært været udøvet i praksissektoren, men også i sekundærsektoren er der ansat kiropraktorer i diagnostisk, undervisnings- og forskningsmæssig sammenhæng.

Region Syddanmark er toneangivende med kiropraktorer i sekundærsektoren; radiologisk afdeling, Skulderklinikken, Rygcenter Syddanmark og alle under Sygehus Lillebælt. Naturligt er der tilknyttet flere kiropraktorer til uddannelsen på Syddansk Universitet, både fuldtids- og deltidsansatte i uddannelsesledelse og undervisningssammenhæng. Samlet set beskæftiger sekundærsektoren og SDU inkl. forskningsmiljøet ca. 40 kiropraktorer i Region Syddanmark.

## 3.1.1 Undersøgelse og behandling

En kiropraktor beskæftiger sig med undersøgelse, diagnostik, forebyggelse, rådgivning om og behandling af biomekaniske funktionsforstyrrelser og heraf afledte smertetilstande i hele bevægeapparatet

Undersøgelsen omfatter optagelse af patientens sygehistorie, grundig gennemgang af bevægeapparatet, vurdering af patientens almene helbredstilstand, specifikke kiropraktiske tests samt almindelige ortopædiske og neurologiske undersøgelser. Disse bliver ofte suppleret med medicinske standardundersøgelser som f.eks. blodtryksmåling eller lignende afhængigt af problemets art.

Røntgenundersøgelse kan også være nødvendig, og det har alle kiropraktorer en forpligtelse til at kunne tilbyde enten på egen klinik eller gennem andre samarbejdspartnere på sædvanlige overenskomstmæssige vilkår jf. Landsoverenskomst om kiropraktik 2014.

Konsultation hos en kiropraktor består af flere elementer:

- Diagnostisk udredning, herunder vurdering af eventuel anden nødvendig udredning. Patienten informeres grundigt om problemets art, hvilken behandling der skal iværksættes for at kurere problemet, og hvad der kan gøres for at undgå tilbagefald. Desuden vurdering af behov for og tolkning af billeddiagnostik
- Manuel behandling af kroppens led og bløddeler er en hjørnesten i kiropraktorens behandlingstilbud. Den manuelle behandling består af en bred vifte af metoder, hvor kiropraktoren bruger sine hænder til at løsne/udspænde de stramme eller "låste" led og muskler.
  - Manipulationsbehandling er et særkende for kiropraktorerne. Manipulationsbehandling er specifikke håndgreb, der nænsomt justerer på funktionen i et led, ofte med en karakteristisk hørlig lyd.
  - Bløddelsbehandling af muskler, sener og ledbånd benyttes ofte som supplement til manipulationsbehandling. Individuelt tilpasset anvendes forskellige behandlingsmetoder/teknikker.

<sup>1</sup> Bek. nr. 520 af den 30. 06 1993 med bilag



- Information og rådgivning. Herunder eksempelvis vejledning i socialmedicin eks. tilbagevenden til arbejdsmarkedet og evt. skånebehov, vejledning i smertestillende medicin (ej ordinationsret), vejledning og instruktion i ergonometri.
- Vurdering af træningsbehov og evt. specifik træningsinstruktion. Ca. 70% af alle klinikker – såvel på landsplan som regionalt – tilbyder instruktion i individuel træning, og ca. 40% af klinikkerne har desuden egentlige træningsfaciliteter, hvor der kan tilbydes holdtræning, træning i maskiner m.v.<sup>2</sup>. Det er patientens eget ansvar at genoptræne eventuelt funktions- tab såvel i.f.t. den almene dagligdagsfunktion som i.f.t. jobfunktion. Dette vil – afhængigt af problemet – omfatte kiropraktorens rådgivning og vejledning i relevant træning. Oftest instrueres i øvelser til brug i hjemmet, sekundært i øvelser til brug i træningscenter.

Kiropraktoren arbejder under skyldig hensynstagen til, at egen læge er overordnet tovholder. Dermed er der jf. Landsoverenskomst om kiropraktik forpligtelse til at kommunikere med praktiserende læge i særlige tilfælde:

- Ved længerevarende funktionsbegrænsende sygdomsforløb, hvor patienten er sygemeldt.
- Såfremt kiropraktoren mistænker alvorlig patologi.
- Såfremt kiropraktoren, som led i behandlingsforløbet, har rekvireret billeddiagnostisk udredning (MR- og CT-skanning) eller henvist til anden sygehusafdeling.
- Såfremt der er foretaget røntgen- eller ultralydsundersøgelse i kiropraktorpraksis. I dette tilfælde fremsendes kopi af beskrivelsen.
- Såfremt patienten er henvist fra egen læge.
- Såfremt patienten afsluttes fra kiropraktorpraksis med anbefaling om enten videre udredning eller behandling i andet regi.

### 3.1.2 Billeddiagnostik

Røntgenundersøgelsen er et særkende for kiropraktorer og et vigtigt diagnostisk og differentielldiagnostisk redskab. Kiropraktorer er uddannede til selv at foretage røntgenundersøgelse af skelettet i forbindelse med lidelser i bevægeapparatet, og til at beskrive disse.

Jf. protokollatet vedr. røntgenundersøgelser i Landsoverenskomst om kiropraktik er røntgen en integreret del af de ydelser, som kiropraktorerne i indicerede tilfælde stiller til rådighed, hvorfor kiropraktorerens adgang til røntgenoptagelser for nuværende er væsentlig for tilrettelæggelsen af den relevante behandling for patienterne.

Samtidig er man opmærksom på, at forhold som økonomi, teknologisk udvikling og kvalitetssikring medfører et behov for en løbende vurdering af nødvendigheden af tilvejebringelse af adgangen til røntgenanlæg i kiropraktorpraksis<sup>3</sup>. Som nævnt kan røntgenundersøgelser foregå på egen klinik eller hos samarbejdspartnere, som vil være andre kiropraktor-klinikker, private røntgenklinikker eller sygehuse.

Samarbejdsudvalget skal godkende indgåede samarbejdsaftaler om henvisning af patienter til røntgenundersøgelser på andre klinikker eller sygehuse.

Der stilles de samme tekniske og kvalitetsmæssige krav til røntgenanlæg hos kiropraktorer som på sygehuse.

Røntgenbekendtgørelse nr. 975 af 16. december 1998 henstiller til forhold, som skal overholdes i kiropraktorpraksis og hele sundhedsvæsenet generelt. Bl.a. vedrørende drift og vedligeholdelse af anlæggene, ligesom der skal overvejes ikke-ioniserende billeddiagnostiske undersøgelser, hvor det er muligt. Derudover indeholder Røntgenbekendtgørelsen også bestemmelser om en mere hensigtsmæssig anvendelse af røntgen gennem en øget udveksling af eksisterende røntgenundersøgelser mellem sygehuse og kiropraktorer samt udvidede muligheder for anden billeddiagnostisk udredning.

<sup>2</sup> Jf. KiroFAKTA 2012. Systematisk undersøgelse af kiropraktorbranchens forhold i Danmark som gennemføres hvert 2. år af NIKKB.

<sup>3</sup> §7, Landsoverenskomst om kiropraktik, januar 2014.



Størstedelen af kiropraktorklinikkerne, over 90% af dem med elektronisk anlæg, er koblet op til den centrale billedserver KirPACS, hvorigennem der er mulighed for gratis rekvirering af radiologisk second opinion i tvivlstilfælde omhandlende røntgenfund. Serveren bidrager i væsentlig grad til øget udveksling af eksisterende røntgenundersøgelser.

Konventionel røntgenundersøgelse er fortsat den mest anvendte billeddiagnostiske modalitet i sundhedsvæsenet.

Med Landsoverenskomst om kiropraktik januar 2014 har landets kiropraktorer henvisningsret til MR- og CT-skanning. I Region Syddanmark har der været henvisningsret til disse ydelser siden tiltrædelsen af patientforløbsprogrammet for patienter med uspecifikke lænderygsmærter tilbage i 2010.

Henvisning til MR- og CT-skanning sker elektronisk, når der jf. gældende retningslinjer for billeddiagnostiske undersøgelser af bevægeapparatet<sup>4</sup> vurderes at være indikation.

Kiropraktoren er i forbindelse med henvisningen forpligtet til at oplyse om, hvilke indikationer der er gældende, og desuden er kiropraktoren ansvarlig for at undersøge for eventuelle kontraindikationer forud for henvisningen: et såkaldt "metalskema" udfyldes og hæftes til henvisningen. Modtagers visitator honorerer henvisningen med indkaldelse til undersøgelse, såfremt ovennævnte forhold vurderes opfyldte, og henvisende kiropraktor vil efter undersøgelsen modtage kopi af den billeddiagnostiske beskrivelse. I modsatte fald vil henvisningen blive returneret med en kort begrundelse for returneringen.

Foruden mulighed for henvisning har kiropraktoren, når dette vurderes relevant i en given muskuloskeletal udredning, mulighed for rekvirering af allerede eksisterende billeddiagnostisk materiale fra sekundærsektoren, det være sig røntgenundersøgelser eller MR- eller CT-skanninger. Dette sker efter samtykke fra patienten.

Ultralydsundersøgelser i kiropraktorpraksis er ligeledes en tilskudsberettiget ydelse under den forudsætning, at ultralydsundersøgelser udføres af kiropraktorer med den nødvendige efteruddannelse, EFSUMB level 1. Ultralydsundersøgelse er relevant i en række muskuloskeletale lidelser i det perifere skelet.

### 3.2 Diverse fakta om kiropraktik og kiropraktisk behandling

- Der kræves ikke lægehenvi sning for at indgå i udrednings- og behandlingsforløb med sygesikringstilskud hos en kiropraktor.
- Kiropraktorer er den faggruppe, der er i kontakt med flest rygpatienter i det danske sundhedssystem. Ca. 350.000 personer i Danmark henvender sig årligt til en kiropraktor med ydernummer.
- I hele landet er der ca. 540 praktiserende kiropraktorer, heraf 340 selvstændige og 152 ansatte (oftest efter funktionærloven, enten på fast løn eller provisions aflønnet) fordelt på ca. 262 klinikker. Der eksisterer 35 klinikker uden ydernummer på landsplan. I RSD er der 123 kiropraktorer fordelt på 50 klinikker, dertil kommer 12 klinikker uden ydernummer, som beskæftiger i alt 19 kiropraktorer.
- Ca. en fjerdedel af klinikkerne har fysioterapeut ansat på klinikken, ca. halvdelen massør.
- Der ydes offentligt tilskud til kiropraktorbehandlinger, såfremt klinikken besidder ydernummer. Den gennemsnitlige tilskudsprocent svarer til ca. 20% af behandlingsudgiften. Dermed er kiropraktorområdet et af de sundhedsfaglige behandlingstilbud med højest egenbetaling. I 2013 var den offentlige udgift forbundet hermed ca. 84 mio. kr.
- Der bliver ydet omkring 2,1 mio. tilskudsberettigede behandlinger om året i Kiropraktorklinikkerne, og det gennemsnitlige antal behandlinger pr. patient pr. år er godt 6 behandlinger. Der er ingen begrænsning i det antal behandlinger, der gives tilskud til.
- Ifølge oplysninger fra kiropraktorerne er der ikke ventetid i kiropraktorpraksis, hvilket skyldes kiropraktorerne s fleksibilitet i arbejdstid og mulighed for ansættelse af flere kiropraktorer i den enkelte praksis.

<sup>4</sup> Kliniske retningslinjer. Billeddiagnostiske undersøgelser af bevægeapparatet, RL TN og DKF 2013.

### 3.3 Overenskomsten

Gennem Landsoverenskomst om kiropraktik, der er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Kiropraktor Forening, reguleres og fastsættes ydelserne og honorarerne, der knytter sig til kiropraktisk behandling. Overenskomsten omfatter bestemmelser vedr. samarbejde og udvikling samt diagnostik, forebyggelse og behandling. Der redegøres i overenskomsten endvidere for de kiropraktiske ydelsers indhold og anvendelse gennem vejledende ydelsesbeskrivelser. I Sundhedslovens bekendtgørelse nr. 1150 om tilskud til kiropraktisk behandling i praksis-sektoren fremgår det, at regionerne, som nævnt ovenfor, yder et tilskud til kiropraktiske ydelser svarende til en gennemsnitlig tilskudsprocent på mellem 18 og 22.

Der skelnes i Landsoverenskomst om kiropraktik mellem speciale 53, der omfatter ikke-kroniske patienter, og speciale 64, som omhandler patienter med længe-revarende eller kroniske lidelser i bevægeapparatet. Der ydes særlig tilskud til personer i speciale 64, idet den forebyggende og behandlende indsats skønnes at kunne sikre, at patienten undgår længerevarende eller permanent væsentligt nedsat evne til at varetage dagligdags funktioner i- og uden for arbejde. Personer, der er omfattet af denne særlige tilskudsordning:

- har tilbagevendende eller kroniske lidelser i bevægeapparatet, som kræver en ekstraordinær tidskrævende og længerevarende behandlende og forebyggende indsats og
- er indstillet på at yde en væsentlig personlig indsats i relation til varig styrkelse af bevægeapparatet.

Jf. Landsoverenskomst om kiropraktik januar 2014 hører behandlingen af patienter med akut lumbal nerverodspåvirkning ind under den særlige tilskudsordning, idet man vurderer, at der her er tale om en mere krævende patientgruppe, og ydelserne leveres i et struktureret behandlingsforløb i overensstemmelse med de kliniske retningslinjer<sup>5</sup>.

Udover selve overenskomsten kan der lokalt i regionerne indgås aftaler, der enten fraviger eller supplerer overenskomsten, de såkaldte § 2-aftaler, såfremt der er enighed herom i det regionale samarbejdsudvalg. I Region Syddanmark er der pt. indgået otte § 2-aftaler.

Disse aftaler omhandler bl.a. særlige omstændigheder vedr. klinikforhold, særlige henvisningsmuligheder, rekvirering af røntgen på sygehusafdelinger samt compensation til praktiserende kiropraktorer for tabt arbejdsfortjeneste i forbindelse med deltagelse i udvalg og arbejdsgrupper. Aftalerne kan af begge parter opsiges med tre måneders varsel. En opstilling over § 2-aftaler kan findes under afsnit 4.4.

### 3.4 Uddannelse

De gældende regler for kiropraktoruddannelsen er fastlagt i Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udviklings bekendtgørelse om bachelor- og kandidatuddannelser ved universiteterne<sup>6</sup>.

Uddannelsen udbydes på Syddansk Universitet og er en fælles nordisk uddannelse, idet der årligt er studenteroptag fra Norge og Sverige på ca. 50% af de pladser, der er til rådighed. Optaget øges til 85 fra september 2014 fra 65.

Kandidatuddannelsen i klinisk biomekanik har til formål at kvalificere den studerende til at bestride funktionen som kiropraktor på baggrund af naturvidenskabelige og sundhedsvidenskabelige discipliner. Bachelordelen er for ca. 80 procent vedkommende fælles med medicinstudiet. Bacheloruddannelsen tager 3 år og er opdelt i tolv moduler af 8 ugers varighed. Samtidig er uddannelsen inddelt i tre spor, som løber parallelt hele uddannelsen igennem: det biomedicinske, det akademiske og professionssporet. Hvert af de tolv moduler består af undervisningselementer inden for to eller tre af sporene.

Efter endt bacheloruddannelse skal de studerende læse yderligere to år for at blive kandidat i klinisk biomekanik. Kandidatuddannelsen er den diagnostiske og kliniske del med både praktisk og teoretisk orienteret undervisning. Den følger samme struktur som bacheloruddannelsen med tre parallelle spor. I løbet af det afsluttende studieår er de studerende i et længerevarende klinikophold på rygmedicinsk afdeling, Rygcenter Syddanmark på Middelfart Sygehus (3 dage om ugen over 4 x 8-9 uger). Yderligere har de studerende et klinikophold på ortopædkirurgisk afdeling.

<sup>5</sup> Kliniske retningslinjer vedr. lumbal nerverodspåvirkning. Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik 2012.

<sup>6</sup> Bek. nr. 338 af den 06.05.2004.

Efter de fem år på universitetet skal der gennemføres en et-årig turnusuddannelse i praksissektoren, hvor kandidaterne sideløbende med det superviserede kliniske arbejde deltager i obligatorisk uddannelse.

### 3.4.1 Efteruddannelse

Mindst 70% af kiropraktorerne har i 2012 deltaget i frivillig selvfinansieret efteruddannelse<sup>7</sup>. En række tiltag tilsigter at øge og udvikle efteruddannelsesområdet.

Kiropraktorfondens har primo 2014 forlænget et indtil videre tre-årigt forsøg med kompensation for tabt arbejdsfortjeneste ved deltagelse i kursusaktivitet arrangeret gennem NIKKB. Ligeledes prioriterer Kiropraktorfondens individuelle efteruddannelsesprojekter, og der pågår vidensindsamling om obligatoriske modeller for efteruddannelse, som ses i andre sundhedsprofessioner.

Kiropraktorer efteruddannes typisk gennem NIKKB, kredsforeningerne under DKF eller andre kursusudbydere inden for det sundhedsfaglige område.

### 3.5 Autorisation

Lov om autorisation af sundhedspersoner<sup>8</sup> og sundhedsfaglig virksomhed regulerer bl.a. autorisationsforholdene for kiropraktorer.

Lovens formål er at styrke patientsikkerheden og fremme kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser gennem autorisation af nærmere bestemte grupper af sundhedspersoner, hvor andres virksomhed på det pågældende område kan være forbundet med særlig fare for patienter.

En autorisation giver indehaveren ret til at anvende en bestemt titel, og for læger, tandlæger, kiropraktorer m.fl. forbeholdes den autoriserede endvidere ret til at udøve en bestemt virksomhed, dvs. autorisationen er en titelbeskyttelse og beskyttelse af et virksomhedsområde.

Kandidatuddannelsen (cand.manu) danner grundlag for Sundhedsstyrelsens udstedelse af autorisation som kiropraktor. Denne autorisation bliver udstedt til alle, der består eksamen fra universitetet.

For at opnå tilladelse til selvstændigt virke som kiropraktor i Danmark skal en autoriseret kiropraktor have gennemført en supplerende praktisk uddannelse (turnustjeneste) i Danmark eller en praktisk uddannelse, der af Sundhedsstyrelsen kan sidestilles hermed.

Retten til at udøve kiropraktorvirksomhed er forbeholdt dem, der har autorisation som kiropraktorer.

Autorisationsloven slår fast, at kiropraktorvirksomhed omfatter diagnostik, forebyggelse og kiropraktisk behandling af biomekaniske funktionsforstyrrelser i rygsøjle, bækken og ekstremiteter.

### 3.6 Faglig udvikling og retning

Dansk Kiropraktor Forenings gældende politikprogram har opstillet mål fordelt på 5 temaer:

- Fortsat fokus på forskning og uddannelse
- Synlig kvalitet
- Mere samarbejde og kommunikation
- Integration med det øvrige sundhedsvæsen
- Klar identitet

Aktiviteten i- og omkring kiropraktorområdet aktuelt er præget af ovennævnte mål. Desuden er overenskomstens parter enige om at arbejde systematisk med kvalitetsudvikling og sikkerhed i kiropraktorpraksis, bl.a. med udgangspunkt i at regionerne har besluttet en fælles strategi for kvalitet på praksisområdet.

Kiropraktorerne har inden for de seneste år udviklet etikgrundlag samt kliniske retningslinjer, øget samarbejdet med praktiserende læger samt arbejdet med at formulere en mere systematisk efteruddannelsespolitik.

<sup>7</sup> Jf. KiroFAKTA 2012. Systematisk undersøgelse af kiropraktorbranchens forhold i Danmark som gennemføres hvert 2. år af NIKKB.

<sup>8</sup> Lov nr. 1350 af den 17.12.2008.

### 3.6.1. Forskning og kvalitet

Danske kiropraktorer hører til de mest forskningsaktive i verden, og Region Syddanmark er centrum for den danske aktivitet. Formelt er forskningen organiseret på og omkring Syddansk Universitet ved Institut for Idræt og Biomekanik (IOB), Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (NIKKB) og Rygcenter Syddanmark. I disse institutioner og enheder udfører kiropraktorer forskning i både mono- og tværfaglige sammenhænge og er ansat i en lang række funktioner fra assistenter over Ph.d. studerende, adjunkter og lektorer til professorer.

På forskningsområdet er udviklingsmulighederne i regionen næsten ubegrænsede. Kiropraktorer har via den uddannelsesmæssige forankring på Syddansk Universitet direkte adgang til alle relevante forskningsmiljøer, og der ses i disse år en stadig udbygning af kiropraktorernes forskningsmæssige samarbejde med andre sundhedsprofessioner omkring forskning i bevægeapparatets funktion og sygdomme.

### 3.6.2 Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (NIKKB)

NIKKB er en erhvervsdrivende fond, der som forskningsinstitut og videnscenter, producerer sundhedsvidenskabelig forskning inden for kiropraktik og klinisk biomekanik.

Det er NIKKBs hovedformål at:

- Producere og medvirke til produktion af sundhedsvidenskabelig forskning af højeste kvalitet inden for kiropraktik og klinisk biomekanik.
- Formidle og nyttiggøre denne forskning over for kiropraktorer, øvrigt sundhedspersonale og offentligheden.
- Sikre vidensoverførsel mellem NIKKB og dets målgrupper.
- Udbyde og videreudvikle efteruddannelse af nordiske kiropraktorer, der ruste kiropraktorerne til at praktisere i et samfund og et sundhedsvæsen i udvikling.

NIKKB udfører endvidere en række servicefunktioner:

- Konsulentfunktion og kvalitetssikring på røntgenområdet, bl.a. gennem fysikerordning.
- Vedligeholdelse og drift af billedarkiverings- og kommunikationssystemet KirPACS-NIKKB.

- Praktisk afvikling af turnustjenesten for danske turnusassistenter.
- Vedligeholdelse af et bibliotek med relevant kiropraktisk litteratur og førende tidsskrifter.

### 3.6.3 Kiropraktorfonden

Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Kiropraktor Forening har etableret en fond, Fond til fremme af kiropraktisk forskning og post-graduat uddannelse (kiropraktorfonden). Fondens midler fremkommer ved, at der årligt af kiropraktorernes tilgodehavende hos regionen tilbageholdes 9,47%, der indbetales til kiropraktorfonden, og at regionerne indbetaler 6,2% af kiropraktorudgifterne til kiropraktorfonden årligt. Fra og med 2012 gives årligt 5 mio. kr. til forskningsprojekter. Der budgetteres desuden med 400.000 kr. til tilskud til efteruddannelse og 120.000 kr. til kvalitetsudvikling.

Kiropraktorfonden har til formål, at:

- Finansiere kiropraktorernes turnusuddannelse.
- Etablere det økonomiske grundlag for NIKKB.
- Fremme kiropraktisk forskning.
- Yde tilskud til efteruddannelsesaktiviteter for kiropraktorer.
- Afholde udgifter i forbindelse med kvalitetsudvikling i kiropraktorpraksis.
- Understøtte kvalitetsudvikling- og sikring i kiropraktorpraksis, herunder indenfor det billeddiagnostiske område.
- Yde tilskud til ansættelse af kiropraktorer i uddannelsesstillinger, professorater m.v.

### 3.6.4 Center for Forskning i Bevægeapparatets Funktionelle Lidelser

Clinical Locomotion Science (CLS) er det officielle navn for Center for Forskning i Bevægeapparatets Funktionelle Lidelser, som er hjemhørende ved Det Sundhedsvidenskabelige fakultet ved Syddansk Universitet.

CLS er et formaliseret samarbejde mellem NIKKB, Syddansk Universitet (IOB) og Rygcenter Syddanmark. Formålet med CLS er at skabe synergi mellem de større forskningsmiljøer på rygområdet, at synliggøre miljøerne både nationalt og internationalt samt at nyttiggøre forskningen i undervisningsmæssige og patientrelaterede sammenhænge. Der er et udstrakt forskningsmæssigt samarbejde mellem de tre institutioner.

### 3.6.5 Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)

Overenskomstens parter har ved den sidst indgåede aftale aftalt at iværksætte arbejdet med at inkludere kiropraktorerne under DDKM. Arbejdet er påbegyndt i september 2014. Når første version af standardsættet er udviklet, vil det blive sendt i høring, hvorefter det pilottestes og evt. revideres. Alt dette sker i regi af IKAS.

Desuden har regionerne forpligtet sig til (i overenskomstperioden), at

- Arbejde videre med projektet om oprettelse af en tværfaglig rygdatabase i primærsektoren.
- Iværksætte projekter vedr. diagnosekodning og datafangst.

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 Indikatorprojekt (NIP). Projektet er blevet gennemført med henblik på, at kvalitetsudvalget har skullet kunne præsentere velfunderede forslag til, hvordan man fremadrettet kan forberede implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel på kiropraktorområdet i relation til sygdomsrelateret indikatorbaseret kvalitetsudvikling.

Pilotprojektet har båret titlen NIP-kiropraktik og blev afsluttet 30. marts 2010 med rapporten, "Afsluttende rapport, pilotprojektet NIP-kiropraktik". En af konklusionerne var, at det i høj grad er muligt at udvikle og monitorere sygdomsspecifikke indikatorer til brug i kiropraktorpraksis.

### 3.7 Patientombuddet og patienterstatningen

Patienter har siden oprettelsen af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn i 1988 kunnet klage hertil over kiropraktorernes faglige virksomhed.

1. januar 2011 blev Patientombuddet (det tidligere Patientklagenævn) oprettet som en ny myndighed under Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Patientombuddet er en uafhængig, statslig institution, der har patienterne og parternes retssikkerhed i fokus. Der kan klages over fejl i den sundhedsfaglige behandling - blandt andet over undersøgelse, diagnose og behandling, information om og samtykke til behandling, journalføring, sundhedspersoners tavshedspligt, lægeerklæringer mv.

Hvis klagen drejer sig om kritik af behandlingsstedet, kræves der ikke nævnsbehandling, og klagen afgøres derfor af Patientombuddet.

Hvis klagen derimod rettes mod en eller flere konkrete sundhedspersoner, vil klagen blive afgjort i Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.

Patientombuddet er sekretariat for Disciplinærnævnet, og det er derfor Patientombuddets juridiske sagsbehandlere og sagkyndige konsulenter, der forbereder sagerne til nævnet.

Når nævnet træffer afgørelser, deltager to repræsentanter for patienterne, og to sundhedsfagligt uddannede personer. Nævnet har en dommer som formand.

Fra 2010- 2014 har Disciplinærnævnet behandlet i alt 12 klagesager over kiropraktorer. Dette kan sammenholdes med, at kiropraktorerne årligt behandler ca. 350.000 patienter, som modtager gennemsnitligt ca. 6 behandlinger hver.

Siden 2004 har patienterne kunnet søge erstatning hos Patientforsikringen - det nuværende Patienterstatningen, hvis man som patient er kommet til skade ved behandlingen eller undersøgelsen i sundhedsvæsenet - herunder hos kiropraktoren. Man anmelder sin skade direkte til Patienterstatningen, som behandler sagen og træffer en afgørelse.

Alle autoriserede kiropraktorer er dækket af Patienterstatningen, uanset om de har et ydernummer eller ej.

Klager vedr. kiropraktorernes adfærd, service eller lignende, behandles i det regionale samarbejdsudvalg og i Landssamarbejdsudvalget.



# 4 Statusbeskrivelse; kapacitet og aktivitet

## 4.1 Region Syddanmark - tal og fakta

Dette kapitel beskriver regionens nuværende kapacitet og aktivitet i kiropraktorpraksis samt som noget nyt kiropraktorpraksis, der ikke er omfattet af overenskomsten.

I Region Syddanmark er der 123 praktiserende kiropraktorer fordelt på 50 klinikker. Der er 58 ydernumre i regionen, hvoraf det seneste er bevilget til Bogense Kommune og er besat. Hertil kommer 12 kiropraktorklinikker med i alt 19 kiropraktorer, der arbejder uden overenskomst. Det er et kendetegn, at der i den seneste årrække har været et stabilt antal ydernumre, og at udvidelsen af kiropraktorkapaciteten dels er foregået ved hjælp af ansættelse af kiropraktorer i praksis dels ved udlodning af 4 0-ydernumre i den seneste planperiode.

Ud over ansættelse af kiropraktor kan kiropraktorerne jf. § 18, stk. 3 i overenskomsten ansætte kiropraktisk medhjælp i form af massører, fysioterapeuter og andre.

I Region Syddanmark er der 22 kommuner, der befolkningsmæssigt spænder fra ca. 3.200 indbyggere i Fanø Kommune til ca. 196.000 indbyggere i Odense Kom-

mune, og i regionen er der i alt ca. 1,2 millioner indbyggere (opgjort pr. 1. januar 2014).

## 4.2 Kapacitet og struktur

Udvidelse af antallet af kiropraktorer, der praktiserer efter overenskomsten besluttet i Regionsrådet, mens den enkelte indehaver med ydernummer selv træffer beslutning om ansættelse af flere kiropraktorer i praksis. Kiropraktoren er ved fravær berettiget til at antage vikarer.

Kiropraktorer har som udgangspunkt fri adgang til at flytte praksis, medmindre kapaciteten er geografisk bundet i praksisplanen, og regionens mulighed for at styre kapaciteten på området er således reelt begrænset.

Tabel 4.2.1 og 4.2.2 på side 15 og 16 er en oversigt over kiropraktorkapaciteten pr. 1. april 2014 i de enkelte kommuner i regionen beregnet på antallet af reelt afholdte kiropraktortimer pr. 10.000 indbyggere pr. uge. Oversigten er fremkommet efter udsendelse af spørgeskema med efterfølgende telefonisk kontakt ved behov til samtlige kiropraktorpraksis med og uden ydernummer i Region Syddanmark i april/maj 2014.





Tabel 4.2.1 Oversigt over den kiropraktiske kapacitet fordelt på kommuner, klinikker med ydernummer

Kommune	Antal Ydernumre	Antal klinikker med ydernumre	Antal kiropraktorer	Antal kiropraktortimer <sup>9</sup> pr. uge	Indbyggere i de enkelte kommuner	Antal kiropraktortimer pr. 10.000 indbyggere pr. uge	Indekstal
Assens	3	3	4	136	41.037	33,1	114,9
Billund	2	2	2	70	26.318	26,6	92,4
Esbjerg	5	4	11	309	115.095	26,9	93,4
Fanø	0	0	0	0	3.264	0	0,0
Fredericia <sup>1</sup>	3	2	6	180	50.324	35,8	124,3
Faaborg- Midtfyn	2	2	5	120	51.078	23,5	81,6
Haderslev	3	3	10	266	55.906	47,6	165,3
Kerteminde	3	3	3	86	23.665	36,3	126,0
Kolding	4	4	10	282	90.066	31,3	108,7
Langeland <sup>2</sup>	0	0	0	0	12.695	0	0,0
Middelfart	1	1	2	67	37.685	17,8	61,8
Nordfyn	2	2	2	74	29.066	25,5	88,5
Nyborg <sup>3</sup>	3	2	8	199	31.314	63,6	220,8
Odense	8	7	19	545	195.797	27,8	96,5
Svendborg	5	4	9	288	57.979	48,2	167,4
Sønderborg <sup>6</sup>	3	2	9	186	75.264	24,7	85,8
Tønder	2	2	3	88	38.316	23,0	79,9
Varde	2	1	2	74	49.958	14,8	51,4
Vejen	1	1	3	92	42.667	21,6	75,0
Vejle <sup>4</sup>	4	3	9	253	109.652	23,1	80,2
Ærø <sup>5</sup>	0	0	0	0	6.393	0	0,0
Aabenraa	3	3	6	144	58.970	24,42	84,8
I alt	58	50	123	3.459	1.202.509	28,8 /gennemsnit	100

1. Et hvilende ydernummer
2. En kiropraktor i Svendborg driver også klinik på Langeland, pt. timer lagt ind under Svendborg. Antal timer benyttet på Langeland kan ikke opgives.
3. Et hvilende ydernummer
4. Et hvilende ydernummer
5. En kiropraktor i Svendborg har en ugentlig arbejdsdag på Ærø (§ 2-aftale). Pt. timer lagt ind under Svendborg
6. En klinik har § 2-aftale vedr. drift af klinik i Nordborg.

<sup>9</sup> Kiropraktortimer defineres som det antal timer som den enkelte kiropraktor reelt bruger på patientkontakt. Dvs. administrativt arbejde er fratrukket.

Tabel 4.2.2 Oversigt over den kiropraktiske kapacitet fordelt på kommuner, klinikker uden ydernumre

Kommune	Antal klinikker UDEN ydernumre	Antal Kiropraktorer	Antal Kiropraktortimer pr. uge	Indbyggere i de enkelte kommuner	Antal kirpraktortimer pr. 10.000 indbygger pr uge	Indekstal
Esbjerg <sup>1</sup>	1					
Fredericia <sup>2</sup>	1	1	13	50.324	2,6	30,2
Kolding	1	2	49	90.066	5,4	62,8
Faaborg-Midtfyn <sup>3</sup>	1					
Middelfart	1	1	36	37.685	9,6	111,6
Odense	5	10	263	195.797	13,4	155,8
Svendborg	2	3	74	57.979	12,8	14,9
Sønderborg	1	1	40	75.264	5,3	61,6
Aabenraa	1	1	10	58.970	1,7	19,8
I alt	12	19	485	566.085	8,6/ gennemsnit	100

1. Klinik uden ydernummer i Esbjerg m. 1 kiropraktor, dog langtidssygemeldt pr. 1/4 2014. Ingen vikar.

2. Klinik uden ydernummer, hvor det ikke har været muligt at få kontakt til ejer.

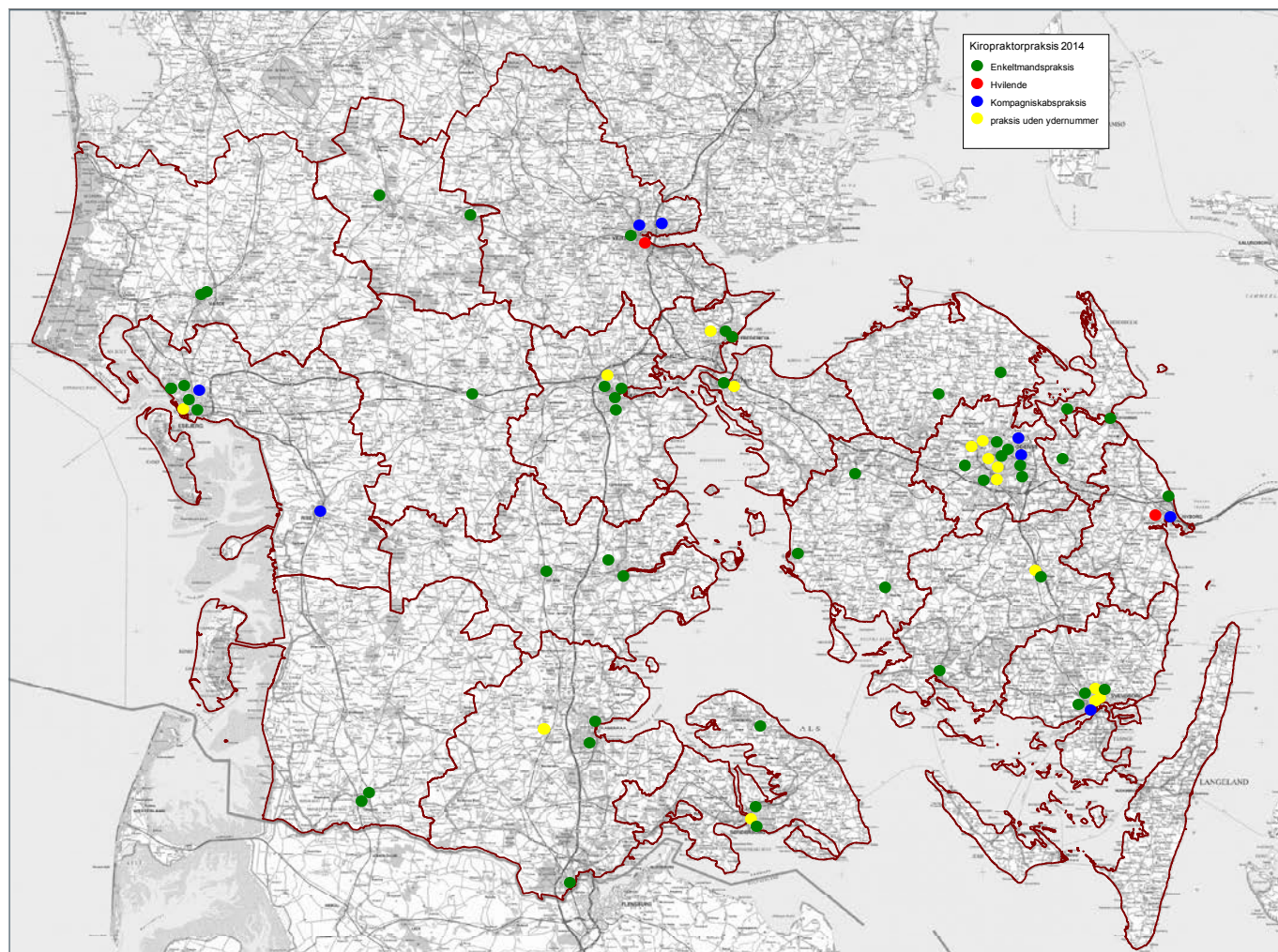
3. Klinik i Ringe uden ydernummer, hvor ejer pr. 1/4 var på barsel. Ingen vikar, ingen ansatte.

Med udgangspunkt i tabel 4.2.1 fremgår det, at der på tværs af kommunerne er stor forskel på, hvor mange kiropraktorer der er i forhold til indbyggertallet, samt hvor mange kiropraktortimer der er i forhold til antallet af indbyggere. Det fremgår, at der i nogle kommuner, f.eks. Middelfart, Nordfyn, Varde og Vejen er et lavt antal kiropraktortimer pr. 10.000 indbyggere. Andre kommuner, især Nyborg, Svendborg og Haderslev, har et højt antal kiropraktortimer pr. 10.000 indbyggere.

Betydningen af den store variation i kapacitet for serviceniveauet over for borgeren mht. ventetid o.lign. kan være svær at vurdere, da der ikke er taget højde for pendlerkulturen i de nævnte kommuner.

Antallet af klinikker uden ydernummer (tabel 4.2.2) i større byområder kan ses som et tegn på, at der her er et større behov for kiropraktorkapacitet, end det der tilbydes fra klinikker med ydernummer.

Nedenfor følger et oversigtskort over kapaciteten i Region Syddanmark



## 4

### 4.3 Aktiviteter og udgifter

Nedenstående tabel 4.3.1 viser det samlede antal ydelser fordelt på kommuner samt ydelsesforbruget gjort op i forhold til antallet af indbyggere i den enkelte kommune. Af indekstallene kan det aflæses, hvorvidt den enkelte kommunes ydelsesforbrug pr. 1.000 indbyggere ligger over, under eller på gennemsnitsforbruget.

Tabel 4.3.1 Forbrugsstatistik. Antal ydelser fordelt på kommuner i 2013

Kommune	Ydelser	Befolkning	Ydelser pr. 1.000 Indbyggere	Indeks RSD = 100
Assens	19.328	41.037	471	115
Billund	6.989	26.318	266	65
Esbjerg	42.476	115.095	369	90
Fanø	988	3.264	303	74
Fredericia	30.005	50.324	596	145
Faaborg-Midtfyn	26.830	51.078	525	128
Haderslev	27.074	55.906	484	118
Kerteminde	11.464	23.665	484	118
Kolding	43.214	90.066	480	117
Langeland	4.894	12.695	386	94
Middelfart	16.975	37.685	450	110
Nordfyn	15.540	29.066	535	130
Nyborg	22.270	31.314	711	173
Odense	64.547	195.797	330	80
Svendborg	28.251	57.979	487	119
Sønderborg	32.036	75.264	426	104
Tønder	14.055	38.316	367	89
Varde	11.528	49.958	231	56
Vejen	18.778	42.667	440	107
Vejle	34.573	109.652	315	77
Ærø	2.281	6.393	357	87
Aabenraa	18.523	58.970	314	77
<b>Region Syddanmark</b>	<b>492.619</b>	<b>1.202.509</b>	<b>410</b>	<b>100</b>

Kilde: SAS Datavarehus, Praksisafdelingen.

Det fremgår af tabellen, at befolkningens forbrug af ydelser i de enkelte kommuner er forskellige. Således har befolkningen i kommuner som Fredericia, Faaborg-Midtfyn, Nordfyn og Nyborg et væsentligt højere forbrug af ydelser end gennemsnittet, mens ydelsesforbruget blandt befolkningen i kommuner som Billund, Fanø, Varde, Vejle og Aabenraa ligger markant lavere end gennemsnittet. En stram fortolkning af tallene vil være misvisende, idet man vigtigst af alle forhold, skal tage højde for pendlerkulturen i de enkelte kommuner.

Tabel 4.3.2 Oversigt over antal personer, der benytter sig af kiropraktorbetjening i forhold til det samlede befolkningsantal samt det gennemsnitlige antal grundydelse pr. person i Region Syddanmark i 2010, 2011, 2012 og 2013

	Befolkning i Region Syddanmark	Antal borgere, der har været hos kiropraktor	Procentvis andel af borgere, der har været ved kiropraktor	Antal ydelser til borgere der har været ved kiropraktor	Gennemsnitligt antal ydelser pr. patient
2010	1.200.277	83.524	6,9%	524.277	6,3
2011	1.200.656	80.676	6,7%	510.837	6,3
2012	1.201.342	79.179	6,6 %	494.281	6,2
2013	1.201.419	79.013	6,6 %	492.764	6,2

Tabel 4.3.3 Sammenligning af forbrug i 2013 sammenholdt med de øvrige regioner i Danmark

	Procentvis andel af befolkningen der går til kiropraktor	Gennemsnitlig udgift pr. 1.000 indbyggere	Gennemsnitligt antal ydelser pr. patient hos kiropraktor	Udgift pr. patient
Region Hovedstaden	4,7%	21.105	6,2	346
Region Midtjylland	5,6%	17.800	6,0	336
Region Nordjylland	5,8%	17.138	5,0	283
Region Sjælland	6,4%	15.723	5,7	316
Region Syddanmark	6,6%	15.205	6,2	345
Gennemsnit	6,2%	17.394	5,8	325

## 4

Tabel 4.3.4 Forbrugsstatistik. Ydelsesudvikling 2010 - 2013 fordelt på ydelsesgrupper og speciale 53 og 64

	2010	2011	2012	2013	Udvikling i procent 2010 - 2013
<b>Speciale 53</b>					
Grundydelse, 1.gangsbesøg (ydelse 1010, 1011, 1020)	43.373	42.236	42.507	44.383	2
Grundydelse, nyt problem ved tilbagefald (ydelse 1020, 1021, 1022)	11.726	11.975	12.771	15.001	28
Opfølgende konsultationer (ydelse 1030, 1031, 1032, 1033, 1034)	380.509	357.762	355.072	366.491	-4
Billeddiagnostiske undersøgelser (ydelse 2013, 2014, 2015, 2020, 2030, 2031)	10.425	11.042	10.425	10.148	-3
Opfølgende træningsydelse (ydelse 3010-3011, 3012)	650	935	2.468	2.864	340
Lænderyg undersøgelser (ydelse 4100, 4101, 4102, 4103, 4104)	0	189	237	196	
Samlet antal ydelser	446.683	424.139	423.482	439.083	-1,7
<b>Speciale 64</b>					
Grundydelse, 1.gangsbesøg (ydelse 1010, 1011, 1020)	1.851	3.511	2.414	1.795	-3
Grundydelse, nyt problem ved tilbagefald (ydelse 1020, 1021, 1022)	2.461	3.506	2.800	1.821	-26
Opfølgende konsultationer (ydelse 1030, 1031, 1032, 1033, 1034)	71.082	84.815	71.667	56.533	-20
Billeddiagnostiske undersøgelser (ydelse 2013, 2014, 2015, 2020, 2030, 2031)	1.312	2.141	1.312	946	-28
Opfølgende træningsydelse (ydelse 3010-3011, 3012)	1.258	1.981	1.798	1.251	-0,6
Samlet antal ydelser	77.954	99.954	79.991	62.346	-20
<b>I alt</b>	<b>524.637</b>	<b>524.093</b>	<b>503.473</b>	<b>501.429</b>	<b>-4</b>

Kilde: SAS Datavarehus, Praksisafdelingen.



Tabel 4.3.5 Forbrugsstatistik: Udviklingen fra 2010-2013\* fordelt på speciale 53 og 64 i Region Syddanmark

Udgifter 1.000 kr.	2010	2011	2012	2013	Udvikling i % 2010-2013
Speciale 53	22.293	21.336	21.710	23.001	3,2
Speciale 64	5.706	7.097	5.998	4.688	-17,8
I alt	27.999	28.433	27.708	27.689	-1,1

Kilde: SAS Datavarehus, Praksisafdelingen

\* Udbetalt bruttohonorar. Indbetaling til fonde m.m. indgår ikke.

Af tabel 4.3.2 fremgår det, at der blandt befolkningen i Region Syddanmark i de forgangne fire år har været en forholdsvis stabil, dog let faldende, procentuel del af befolkningen, der har benyttet sig af kiropraktorbehandling. Samtidig konstateres, at den enkelte borger i gennemsnit modtager lige omkring 6 ydelser, også let faldende. Dette er en fortsættelse af den tendens, der blev set ved udarbejdelsen af den forgangne praksisplan.

Ovennævnte er i overensstemmelse med tabel 4.3.4, som viser, at der over de forgangne fire år er sket et fald i det samlede antal ydelser på ca. 4%. Forud for den forgangne praksisplanperiode fandt man en stigning på ca. 9%.

Af tabel 4.3.3 fremgår det, at den gennemsnitlige udgift på kiropraktorområdet pr. tusinde indbyggere i Region Syddanmark er kr. 15.205.

I forhold til landsgennemsnittet på udgift pr. patient afviger Region Syddanmark i 2013 med 6,2 %.

Tabel 4.3.5 viser, at den samlede udgift til kiropraktik i perioden er faldende.

Der har i den forgangne praksisperiode været et stort fokus på korrekt anvendelse af ydelser, men den generelle økonomiske regression i perioden 2010-2013 vurderes også at have betydning for udviklingen.

#### 4.4 Lokalaftaler

Der findes pt. i Region Syddanmark otte §2-aftaler, som er indgået mellem Kiropraktorkredsforeningen i Region Syddanmark og Region Syddanmark.

Nedenfor listes de eksisterende § 2-aftaler:

- § 2-aftale om kiropraktorvirksomhed fra 2 praksisadresser, herunder sygehuset i Ærøskøbing.
- § 2-aftale (samarbejdsaftale) om rekvirering af røntgen mellem Kiropraktorpraksis i Tønder og Radiologisk Afdeling, Tønder Sygehus.
- § 2-aftale (samarbejdsaftale) om rekvirering af røntgen mellem Kiropraktorpraksis i Aabenraa og Radiologisk Afdeling, Aabenraa Sygehus.
- § 2-aftale om praksisret.
- § 2-aftale vedrørende kompensation til praktiserende kiropraktorer for tabt arbejdsfortjeneste i forbindelse med deltagelse i visse udvalg og arbejdsgrupper.
- § 2-aftale vedr. patientforløb for patienter med nyopståede lændesmerter i Region
- § 2-aftale om kiropraktorvirksomhed fra to praksisadresser i henholdsvis Aabenraa og Tønder.

#### 4.5 Nuværende tiltag vedr. kvalitetssikring og -udvikling

Der er forskellige tiltag på dette område i Regionen. Mange af tiltagene finansieres af andre end Regionen og er derfor ikke omtalt i denne praksisplan. Det er dog vigtigt at anerkende eksistensen af det omfattende arbejde, der foregår i NIKKB, CLS og i undervisningsregi.

#### 4.5.1 Udvidet lænderygundersøgelse

Udvidet lænderygundersøgelse (ULRUS) er en betydende del af et forløbsprogram for patienter med nyopstået uspecifik lænderygbevær, som omhandler en ensartet og rettidigt udredning af muskuloskeletale lænderygsmerter i hhv. primær og sekundærsektor. Programmet blev tiltrådt i 2009 af praktiserende læger, kiropraktorer og fysioterapeuter, implementeret i løbet af 2010, og i 2013 er programmet og implementeringen blevet evalueret. På baggrund heraf skal der gennemføres en egentlig revision i den kommende planlægningsperiode.

Brugen af ULRUS har været begrænset og ses at være stagneret/aftagende.

De to særaftaler med hhv. praktiserende fysioterapeuter og praktiserende kiropraktorer har til formål at:

- Implementere en evidensbaseret undersøgelsesstandard i praksissektoren til patienter med uspecifikke lænderygsymptomer, som fortsat er i udredningsfasen, varetaget af hhv. kiropraktorer eller specialuddannede fysioterapeuter.
- Klassificere og identificere lænderygtilstande med henblik på en relevant tilbagemelding til patientens alment praktiserende læge til brug for den videre behandling.
- Optimere samarbejdsrelationerne, henvisningerne og valg af intervention til patienter med uspecifikke lænderygsymptomer mellem de alment praktiserende læger og praktiserende kiropraktorer og særligt uddannede fysioterapeuter i regionen.

#### 4.5.2 Praksiskonsulenter

I Region Syddanmark er der ansat en kiropraktorkonsulent på 8 timer i ugen.

Formålet med praksiskonsulentordningen er at øge samarbejde, kvalitetsudvikling og kvalitetssikre såvel i egen faggruppe som ligeså væsentligt i hele praksissektoren samt relevante dele af sekundærsektoren.

Konsulenten søger at implementere forskning i praksis (i høj grad domineret af forskning fra NIKKB), udarbejder flow-diagrammer for patienterne hos kiropraktorer og patienter i det sekundære sundhedssystem for at optimere behandlingsforløbene i primær praksis, højner kvaliteten af det udførte arbejde i praksis, samarbejder med øvrige konsulenter om efteruddannelse og tværfaglige projekter, samt bistår Regionens embedsmænd på alle områder, der berører kiropraktik.

Konkrete igangværende opgaver er:

- Implementering af den nye overenskomst herunder prolapspakke, præcisering af § 64, kommunikation med egen læge, herunder fremsendelse af UL- og røntgenbeskrivelser samt henvisning til MR/CT.
- Samarbejde med den øvrige primærsektor og sekundær sektor om gensidig direkte adgang til billeddiagnostiske optagelser (se punkt 5.3.2).
- Smidiggørelse af patientens samlede forløb i primærsektoren og ved overgang imellem sektorer.
- Desuden bidrager praksiskonsulenten til udarbejdelsen af nærværende praksisplan.

#### 4.6 Kiropraktorenes relationer til og samordninger med de øvrige aktører i det regionale sundhedsvæsen

Størstedelen af de patienter, der undersøges og behandles ved en kiropraktor, opsøger selv behandlingen direkte. En anden, men voksende gruppe kommer via uformelle og i mindre grad formelle elektroniske henvisninger fra egen læge.

Kommunikation mellem læge og kiropraktorer skal som hovedregel foregå elektronisk via godkendte MedCom-standarder. På nuværende tidspunkt eksisterer der ikke særskilte MedCom-standarder for kommunikation mellem kiropraktorer og praktiserende læger. Derfor anvendes de standarder, der er udarbejdet til brug for speciallæger. Det drejer sig om: speciallægehenvi- sning (REF06) der formidles via REFHOST eller sendes direkte til kiropraktorens lokationsnummer.

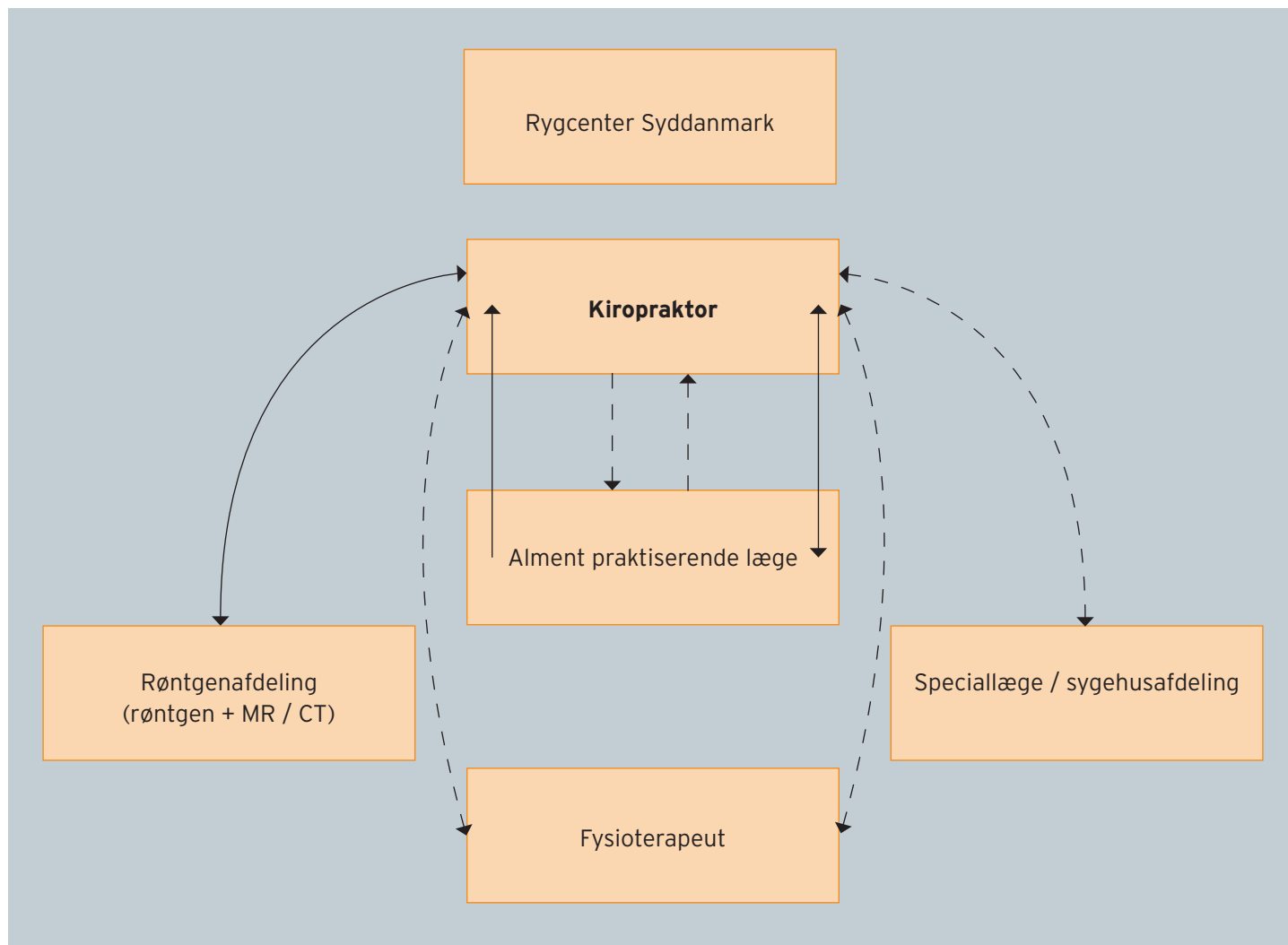
Al kommunikation med egen læge sker med baggrund i praktiserende læge værende overordnet - og herunder muskuloskeletal - tovholder.

De praktiserende kiropraktorer i Region Syddanmark har officiel henvisningsret til videre udredning i den sekundære sektor til tre instanser: dels til de tre tværfaglige rygteams, der findes i det tidligere Ribe Amt, dels til Rygcenter Syddanmark, herunder rygmedicinsk, rygkirurgisk- og idrætsmedicinsk ambulatorium, og dels til billeddiagnostik udredning af muskuloskeletale lidelser gennem MR/CT-skanning.

Henvisningsmuligheder har medført en harmonisering på området, som ultimativt fører til det ensartede smidige udrednings- og behandlingsforløb. Harmoniseringen forventes med den nye overenskomst og tiltag afledt af indeværende praksisplan at fortsætte.

**Figur 4.6 De praktiserende kiropraktorernes samarbejdsrelationer i Region Syddanmark**

De stiplede linjer er udtryk for uformelt samarbejde/henvisningsmuligheder. Graden af det uformelle samarbejde varierer noget i de forskellige dele af regionen og fra klinik til klinik.



#### 4.6.1 Kiropraktorer uden ydernummer

Aktuelt er der 12 klinikker i regionen uden ydernummer mod 50 med ydernummer - i alt 62 klinikker. Disse 12 klinikker bidrager med godt 10% af de lagte kiropraktortimer pr. uge og er således et væsentligt bidrag til den samlede kapacitet. På landsbasis eksisterer 35 klinikker uden ydernummer, en tredjedel af disse altså i Region Syddanmark.

I Odense og Middelfart ses kapaciteten uden ydernummer at udgøre helt op til ca. 50% af kapaciteten med ydernummer (se tabel 4.2.1 og 4.2.2).

At 1 ud af 6 klinikker i Region Syddanmark står uden

for overenskomsten med Danske Regioner skyldes i høj grad, at der, i det geografiske område som Region Syddanmark udgør, er et begrænset antal ydernumre. Det begrænsede antal ydernumre i Region Syddanmark ansporer kiropraktoren til at nedsætte sig uden tilknytning til landsoverenskomsten, såfremt man finder, at der er et marked i et givent område.

Den lave tilskudsgrad betyder også noget. Idet det offentlige tilskud til kiropraktisk behandling begrænser sig til en procentsats på mellem ca. 18 og 22 afhængigt af den specifikke ydelse, er tilskyndelsen for den enkelte borger til at bevæge sig over et større geografisk område for at modtage kiropraktisk behand-

ling med offentligt tilskud ikke så stor, som den ville være, hvis tilskudsprocenten var højere. Det vil derfor i mange tilfælde være nærliggende for den enkelte borger at vælge den kiropraktor, som ligger tættest på arbejde eller bopæl, frem for at lade det være afgørende, om den pågældende kiropraktor arbejder i henhold til overenskomsten. Således er der et marked for kiropraktoren uden ydernummer.

Klinikker uden ydernummer kan være problematisk relateret til regionens muligheder for at sikre ensartet kvalitet, økonomi og samordning på tværs af implicerede faggrupper.

Aktuelt fastholder hovedparten af klinikkerne uden ydernummer dog honorarer, som modsvarer patientandelen på klinikker med ydernummer - dog uden at være forpligtet hertil. Snarere er der tale om kollegiale hensyn.

#### 4.7 Akutbetjening

Kiropraktorerne er en af de primære indgange til sundhedssystemet og modtager således patienter uden visitering fra praktiserende læge. På baggrund af dette er der oprettet en frivillig akut betjening i regionen gældende weekender og helligdage.

Akutbetjeningen har til hensigt at sikre patienterne adgang til rådgivning og eventuelt behandling med henblik på at skabe tryghed, afkorte sygdomsforløbet og forebygge unødvendigt funktionsbegrænsning og eventuelt sygefravær.

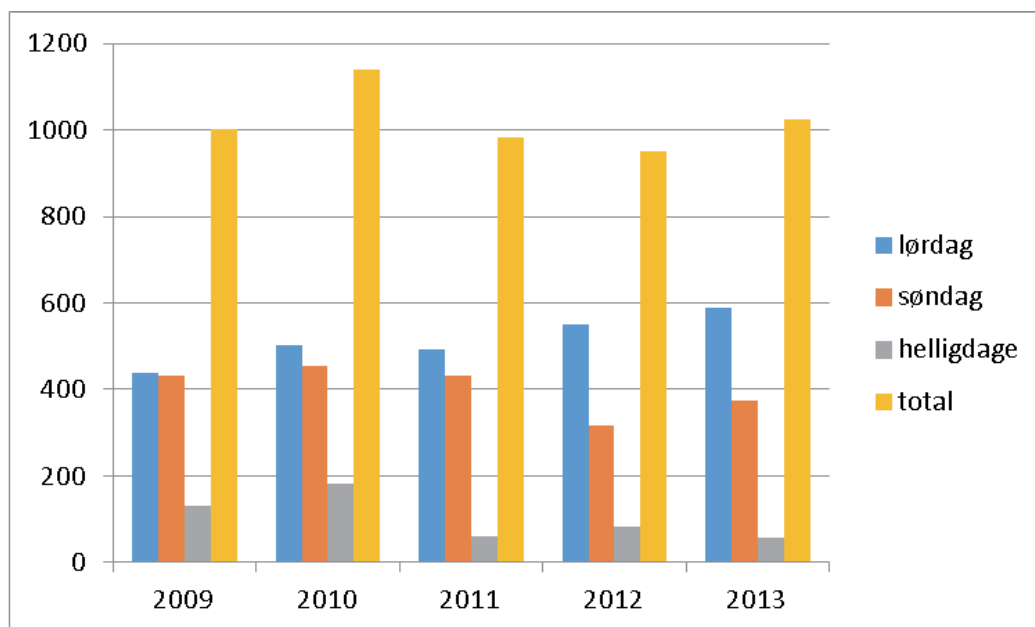
I tillæg tjener akutbetjeningen på kiropraktorområdet til aflastning af lægevagten, ligesom det må forventes, at der tilbydes et mere specialiseret fagligt niveau i den telefoniske konsultation samt mulighed for fysisk konsultation med opstart af relevant behandling efter aftale.

Tilbuddet til borgeren består af telefonkonsultation i weekender og på helligdage i et særligt tidsrum samt behandling ved behov. Ordningen er frivillig, og selve telefonvagten er ulønnet for de vagthavende kiropraktorer.

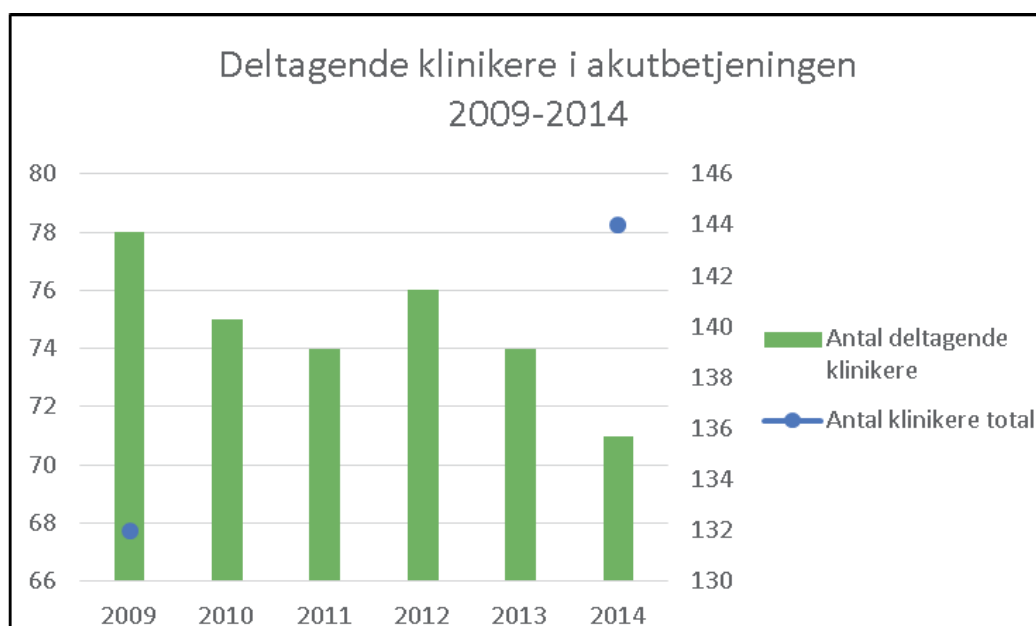
Region Syddanmark har aktuelt ingen udgifter forbundet med selve opretholdelsen af akutbetjeningen. Der opkræves ikke honorar for telefonkonsultation.

Ved behov for fremmøde på klinikken betaler patienterne selv et ekstra weekend/helligdags-tillæg, mens det offentlige tilskud er uændret. Af nedenstående tabel 4.7.1 og 4.7.2 fremgår brugen af akutbetjeningen på kiropraktorområdet.

Tabel 4.7.1 viser udvikling i brugen af akutbetjeningen i perioden 2009-2013. De angivne tal er udtryk for benyttede ydelser. Dermed indgår de telefoniske konsultationer ikke i figuren, idet der ikke ydes honorar herfor.



Tabel 4.7.2 viser udviklingen i antal deltagende klinikere i akutbetjeningen 2009-2014. De præcise tal for antal praktiserende kiropraktorer findes ikke for årstallene 2010-2013.



Sammenholdt viser de to figurer et billede af en vigende interesse i at bidrage til den frivillige akutbetjening, alt imens brugen af akutbetjeningen er uændret. Dermed kan forventes et fremtidig øget pres på deltagende klinikere, både i forhold til antallet af vagter på et år, samt i forhold til arbejdsmængde på vagterne. Forhold som på sigt sandsynligt bidrager til yderligere undergravning af tilslutningen.

# 5 Udviklingsmuligheder og udfordringer

## 5.1 Demografisk udvikling og ydelsesforbrug

Efterspørgslen på sundhedsydelse, herunder kiropraktisk behandling, er bestemt af bl.a. en række demografiske faktorer, f.eks. aldersmæssig sammensætning.

I forbindelse med planlægningen af kiropraktiske tilbud er kendskab til regionens geografi ligeledes vigtigt.

Ifølge Danmarks Statistiks seneste befolkningsprognose, vil antallet af indbyggere stige med godt 0,6% i planperioden svarende til ca. 13.000 ekstra indbyggere - se tabel nedenfor.

Trekantområdet, Odense, Nyborg og Nordfyn vil opleve vækstrater på mellem 2 - 3,4%, mens der i Varde, Tønder og Ærø kommuner vil være en tilbagegang på mellem 1 - 4% i planperioden. Ses der 20 år ud i fremtiden, vil tendensen være den samme som beskrevet ovenfor vedr. perioden 2009 - 2014, blot vil den fremtræde mere tydeligt.

Tabel 5.1.1 Befolkningsfremskrivning 2014 - 2019 og 2014 - 2034, fordelt på kommuner

Kommune	2014	2019	2014-2019 Ændring i %	2034	2014- 2034 Ændring i %
Assens	41.037	39.741	-3,2	39.087	-4,8
Billund	26.318	26.330	0,0	27.440	4,3
Esbjerg	115.095	115.523	0,4	118.287	2,8
Fanø	3.264	3.319	1,7	3.512	7,6
Fredericia	50.324	50.767	0,9	52.734	4,8
Faaborg-Midtfyn	51.078	49.746	-2,6	49.423	-3,2
Haderslev	55.906	55.361	-1,0	55.748	-0,3
Kerteminde	23.665	23.451	-0,9	24.214	2,3
Kolding	90.066	90.918	0,9	94.090	4,5
Langeland	12.695	12.019	-5,3	11.192	-11,8
Middelfart	37.685	37.258	-1,1	37.690	0,0
Nordfyns	29.066	28.504	-1,9	28.631	-1,5
Nyborg	31.314	30.757	-1,8	30.662	-2,1
Odense	195.797	203.139	3,7	216.625	10,6
Svendborg	57.979	56.891	-1,9	56.054	-3,3
Sønderborg	75.264	73.847	-1,9	72.351	-3,9
Tønder	38.316	37.153	-3,0	36.304	-5,3
Varde	49.958	49.153	-1,6	49.509	-0,9
Vejen	42.667	42.376	-0,7	43.309	1,5
Vejle	109.652	112.316	2,4	120.610	10,0
Ærø	6.393	6.116	-4,3	5.880	-8,0
Aabenraa	58.970	58.041	-1,6	57.490	-2,5
<b>Region Syddanmark i alt</b>	<b>1.202.509</b>	<b>1.202.726</b>	<b>0,0</b>	<b>1.230.842</b>	<b>2,4</b>

Kilde: Danmarks Statistik. Befolkningsprognose 2014 opgjort pr. 1. januar 2014.



I tabel 5.1.2 præsenteres en tilsvarende befolkningsfremskrivning fordelt på tre aldersgrupper. Det ses, at der er en stor stigning i antallet af borgere over 60 år.

**Tabel 5.1.2 Befolkningsfremskrivning fordelt på tre aldersgrupper i Region Syddanmark**

	0 - 19 år	Ændring i %	20 - 59 år	Ændring i %	60 - 90+ år	Ændring i %
2014	287.688		606.439		310.382	
2019	270.519	-6,0	595.027	-1,9	337.184	8,6
2034	276.752	2,3	547.487	-8,0	406.609	20,6

Ovenstående tabel 5.1.2 viser en befolkningsfremskrivning lig den, der er i tabel 5.1.1, men i denne tabel er fremskrivningen fordelt på tre aldersgrupper. Af tabellen fremgår det, at alderssammensætningen i regionen både i den nærværende planlægningsperiode fra 2014-2019 og over de næste 20 år vil ændre sig markant, i og med at gruppen af 60-90+-årige vil stige betydeligt, og antallet af 20-59-årige vil falde, mens antallet af 0-19-årige efter et fald igen vil begynde og stige.

På side 28 ses i tabel 5.1.3 en oversigt over det nuværende antal ydelser fordelt på alder samt ydelserne fordelt på alder fremskrevet til det forventede forbrug i henholdsvis 2019 og 2034. Det forventede forbrug er baseret på de ydelser, der har været i 2013, og disse er så blevet fremskrevet i forhold til den forventede befolkningsfremskrivning. I de grupper, hvor der forventes at være et fald i befolkningstallet over tid, er ydelserne derfor reduceret med en tilsvarende faktor. Det modsatte er ligeledes gældende i de grupper, hvor der forventes en befolkningstilvækst.

For perioden 2014-2019 forventes antallet af ydelser at være status quo. Set i det lange perspektiv frem til 2034 indikerer en befolknings- og ydelsesfremskrivning en lille stigning i antallet af ydelser på ca. 12.000 og en formodet befolkningsfremgang i Region Syddanmark på ca. 28.000. Det fremskrevne ydelsesestimat tager udgangspunkt i de ydelsesmønstre, som aldersgrupperne har på nuværende tidspunkt. Det kan således tænkes, at de mennesker, som i 2013 har tradition for at henvende sig til en kiropraktor, vil vedblive at gøre det resten af livet, hvilket vil betyde, at antallet af patienter i de ældre aldersgrupper vil stige over tid. Dertil kommer også en forventning om, at befolkningen vil blive stadigt ældre, hvilket også kan medføre et øget behov for kiropraktisk hjælp.

På baggrund heraf kan det være vanskeligt at komme med et konkret bud på, hvorvidt der på sigt skal foranstalles en rekrutteringsindsats i forhold til at sikre kiropraktorbetjeningen i Region Syddanmark. Det kan dog for nuværende konstateres, at der i nærværende planlægningsperiode ikke ses et behov for at arbejde fokuseret med rekruttering på kiropraktorområdet.



Tabel 5.1.3 Fremskrevet ydelsesforbrug fordelt på aldersgrupper

Aldersgrupper	Antal ydelser I 2013	Befolknings- prognose 2014-2019 Indeks	Befolknings- prognose 2014-2034 Indeks	Fremskrevet forbrug af kiropraktiske ydelser i 2019	Fremskrevet forbrug af kiropraktiske ydelser i 2034
0-19	38.207	94,0	96,2	35.915	36.755
20-29	38.501	105,8	95,5	40.734	36.768
30-39	81.851	93,7	106,7	76.794	87.335
40-49	114.197	90,5	91,4	103.348	92.956
50-59	103.488	104,7	83,1	108.352	85.999
60-69	76.137	97,0	104,6	73.853	79.639
70-79	39.032	123,9	138,2	48.361	53.942
80-89	9.284	113,1	191,1	10.500	18.531
90+	587	114,9	199,6	674	1.172
I alt	501.284	100,0	102,4	501.284	513.315

## 5.2 Øvrige forhold med betydning for aktivitet og kapacitet

### 5.2.1 Stor egenbetaling

Hvis man fra politisk side fastholder den høje egenbetaling på kiropraktorområdet, har landets generelle økonomiske situation formodentligt betydning for aktivitet og kapacitet på kiropraktorområdet. Der er en ulige adgang for befolkningen til kiropraktisk behandling afhængigt af patienters økonomiske og forsikringsmæssige forhold, hvorfor begrebet "lige sundhed for alle" risikerer at blive udhulet.

Idet egenbetalingen er relativt høj på kiropraktor-ydelser, ca. 78-82% kan det overvejes, hvorvidt der pt. foregår en substituering mellem ydelser modtaget hos kiropraktorer og ydelser modtaget hos andre behandlere, hvor egenbetalingsprocenten er lavere. Man kan også forestille sig borgere, som helt fravælger undersøgelse og behandling hos en kiropraktor pga. manglende ressourcer til at dække de omkostninger, der måtte være i forbindelse med et sådant forløb. Derudover kan den lave tilskudsprocent ydermere besværliggøre tilrettelæggelsen af patientforløb, hvor kiropraktorer indgår som del af et større forløb, da de økonomiske betingelser forbundet med at modtage undersøgelse og behandling hos kiropraktor kan påvirke den enkelte borgers muligheder for dette.

Det kan derfor overvejes, om den lave tilskudsprocent medfører en skævvridning i forhold til de borgere, der kan overkomme udgifterne til at opsøge en kiropraktor og de, der ikke kan.

Tilskudsprocentens størrelse er et ministerielt anliggende. Der er nedsat en gruppe bestående af repræsentanter fra Dansk Kiropraktorforening og Danske Regioner, der skal se nærmere på tilskudsstrukturen på kiropraktorområdet.

### 5.2.2 Kapacitet

Antallet af ydernumre har ligeledes betydning for kapacitet og aktivitet på kiropraktorområdet. Flere ydernumre vil naturligvis øge både kapacitet og aktivitet, men pga. den store egenbetaling på området vil udbud og efterspørgsel på et tidspunkt finde en naturlig balance. Omvendt kan manglen på tildeling af ydernumre betyde, at flere kiropraktorer åbner klinikker uden om overenskomsten, hvormed regionen bliver sat uden for indflydelse både med hensyn til placering, indretning og kvalitetssikring. Som tidligere omtalt, er der pt. i regionen 12 klinikker med i alt 19 kiropraktorer uden ydernummer. Patienter, der behandles hos disse kiropraktorer uden ydernummer, får ikke offentligt tilskud til behandlingen, ligesom disse kiropraktorer ikke er forpligtet til at efterleve overenskomsten og de kvalitets- og servicekrav, der aftales for området.

Kiropraktorer uden ydernummer er heller ikke forpligtet til f.eks. at følge de patientforløbsprogrammer, som vedtages regionalt, hvilket medfører, at den overordnede målsætning om at sikre samordning i sundhedsvæsenet bliver udfordret.

Der er, som i den forgangne planlægningsperiode, i Region Syddanmark en klar tendens til, at der i de større byer er etableret mange kiropraktorklinikker, mens der i mindre byer og generelt tyndtbefolkede områder er meget få eller slet ingen kiropraktorklinikker. På baggrund af dette blev der i den forgangne planlægningsperiode etableret overenskomstregulerede områder og frie områder, hvor de frie områder er kommuner med et meget begrænset kiropraktortilbud, og hvor kiropraktorer, der ønsker at nedsætte sig, derfor frit kan gøre det i disse områder. På den måde vil borgerne i disse områder kunne få mulighed for at benytte sig af en praktiserende kiropraktor tilmeldt overenskomsten uden at skulle transportere sig over længere geografiske afstande.

I den forgangne planperiode blev der i de frie områder nedsat én kiropraktor i Billund og én i Tønder. Dette har givet borgerne mulighed for kiropraktisk behandling med tilskud i de nævnte områder. I 2013 benyttede ca. 1.200 borgere sig af dette tilbud svarende til en udgift for regionen på ca. 450.000 kr.

Videre er kapaciteten i den forgangne periode udvidet med 4 ydernumre med placering i henholdsvis Munkebo, Haarby, Bogense og Odense.

I de overenskomstregulerede områder, hvor der er et relativt højt antal praksis set i forhold til indbyggere, kunne det være hensigtsmæssigt, at de praktiserende kiropraktorer søger sammen i større klinikfællesskaber. Dette menes at kunne have en positiv effekt på de enkelte klinikkers administrative forhold og tilgængelighed.

### 5.2.3 Rekruttering

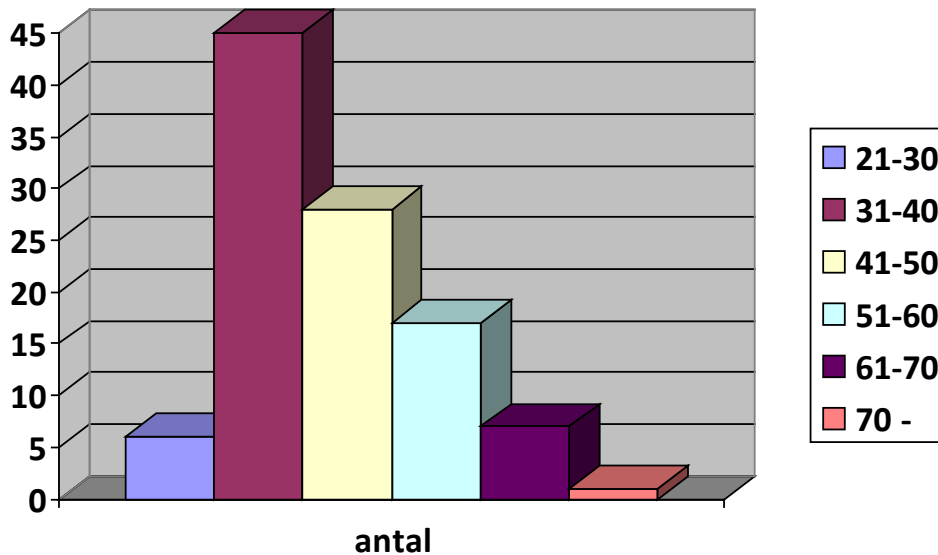
Antallet af studerende optaget på studiet på Syddansk Universitet øges som nævnt fra 65 til 85 fra september 2014.

På lige fod med øvrige sundhedsprofessioner opleves problemer med at dække yderområderne. Det forekommer på nuværende tidspunkt lettere for klinikker i Odense og omegn at tiltrække nye turnusassistenter, hvilket kan have den naturlige forklaring, at mange under studiet har knyttet tætte sociale bånd i området.

Det er forventeligt, at der i fremtiden vil være beskæftigelse for flere kiropraktorer i sekundærsektoren, både på rygabulatorier, på røntgenafdelinger og andre relevante sygehusafdelinger. Der er etableret en specialkiropraktoruddannelse, som stiler mod ansættelse af kiropraktorer i sygehusstillinger. Uddannelsen har samme opbygning og varighed som lægernes speciallægeuddannelse. Denne orientering mod sekundærsektoren kan give større udfordringer med at tiltrække kiropraktorer i primærpraksis, men vurderes aktuelt ikke værende en trussel mod rekrutteringen til primærsektoren.

På grund af uddannelses- og forskningsmiljøet i hhv. Odense og Middelfart er Region Syddanmark naturligt attraktiv for nyuddannede kiropraktorer, men erfaringen viser også, at området tiltrækker kiropraktorer med erfaring fra primærsektoren. Man kan derfor opfordre til regional opbakning til bibeholdelse af et højt fagligt miljø. Hvis man ser på omstående graf fremgår det, at der i den kommende planperiode ikke umiddelbart vil opstå problemer med at opretholde kiropraktorbetjeningen på det nuværende niveau. Ligesom man forventer, at de ledige ydernumre, der måtte komme, kan besættes. Der er aktuelt 8 kiropraktorer over 60 år hvoraf nogle må forventes at ophøre med at praktisere inden for de kommende fem år, men aldersfordelingen på kiropraktorer i Region Syddanmark er fornuftig.

Aldersfordeling på kiropraktorer i Region Syddanmark pr. 1. september 2014



Kilde: KiroFakta 2012 hvor 82% af landets klinikker svarede. Således er tabellen ikke 100% dækkende men kan betragtes som retvisende.

Rekrutteringsprocesser vurderes ikke nødvendige for kommende planperiode.

### 5.3 Udvikling i klinikkerne

Kiropraktorklinikkerne har i den forgangne periode skullet imødekomme en mængde krav til udvikling, både vedrørende den konkrete behandling af patienterne men også i forhold til den tekniske udvikling. Denne udvikling vil også fremadrettet gøre sig gældende og stille krav til kiropraktorerne, såvel praktisk som økonomisk, men der vil også være krav med behov for opbakning og støtte fra regionen. Der er formuleret krav til de praktiserende kiropraktorer i Landsoverenskomst om kiropraktik, og mange af disse er forbundet med en del teknisk udvikling i klinikkerne, herunder klargøring til diagnosekodning og datafangst.

#### 5.3.1 IT i kiropraktorpraksis

I den forgangne periode har alle kiropraktorklinikker skullet indføre elektronisk journalføring og et it-system, der håndterer godkendte MedCom Standarder for elektronisk kommunikation i sundhedsvæsenet. Dette er sket i lighed med de øvrige områder inden for sundhedsområdet, hvor IT indtager en stadig større betydning.

IT er med til at understøtte og forbedre relevant kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen, men er også afgørende for effektiviteten i klinikkerne i relation til intern arbejdstilrettelæggelse. For patienten vurderes IT i praksis at være en tidssvarende modalitet med de fordele, der følger.

Næste trin er at klargøre klinikkerne til datafangst med henblik på styrkelse af kvalitetssikring og forskning.

Udvikling og implementering af IT i kiropraktorpraksis er en fortløbende proces og et område, hvor der til tider kan opstå et behov for en datakonsulentfunktion. Det bør overvejes at stille en datakonsulent til rådighed med henblik på at støtte den enkelte kiropraktor med anvendelsen af IT. Denne funktion har til dato i begrænset omfang været varetaget af praksiskonsulenten.

#### 5.3.2 Billeddiagnostik

Som nævnt er størsteparten af kiropraktorerne tilsluttet KirPACS, hvor netop udveksling af data, herunder digitale røntgenbilleder, fremmes. Man søger at tilskynde flere klinikker til at tilslutte sig ordningen ved at yde et engangstilskud til alle overenskomstmeldte klinikker ved tilslutning.

Det er i planlægningsperioden hensigten, at der udarbejdes formelle samarbejdsaftaler sektorerne imellem, således at dobbeltundersøgelser minimeres, og patientforløb forkortes og effektiviseres i tråd med anbefalingerne fra de billeddiagnostiske retningslinjer fra både DKF/RTLN og Dansk Radiologisk Selskab. Således vil det være yderst relevant at give kiropraktorerne adgang til de regionale billedservere. Dette med henblik på at opnå mere sammenhængende og smidige patientforløb samt spare både patienten og regionen for unødvendige udgifter. I tråd med dette bør praktiserende læger og de radiologiske afdelinger også have direkte adgang til kiropraktorerens røntgenbilleder via KirPACS. Denne adgang bør også gælde for klinikker uden ydernummer.

Ultralydsskanning benyttes i stigende omfang som diagnostisk hjælpemiddel inden for flere muskuloskeletale tilstande jf. gældende billeddiagnostiske retningslinjer. På nuværende tidspunkt er ca. 10 kiropraktorer regionalt uddannet efter gældende retningslinjer og ca. halvdelen heraf er beskæftiget i sekundærsektoren. Tre kiropraktorklinikker i regionen har fremsendt dokumentation for gennemgået uddannelse og opfylder dermed ovenstående krav til at udføre muskuloskeletale ultralydsundersøgelser af egne eller henviste patienter. Aktuelt er yderligere fem kiropraktorer fra regionen under uddannelse, men aktuelt vurderes et behov for henvisningsret til de regionale radiologiske afdelinger.

### 5.3.3 Henvisningsret

Der har gennem flere år været fokus på det sammenhængende patientforløb, og det er et område, hvor der hele tiden foregår en dynamisk udvikling af kvaliteten. Kiropraktorerens placering i sundhedsvæsenet medfører særlige udfordringer til et sammenhængende patientforløb. Dette gælder f.eks. i forhold til henvisning til relevante speciallæger og sygehusafsnit.

Af den forgangne praksisplan fremgår, at Region Syddanmark gerne vil åbne op for, at de praktiserende kiropraktorer i regionen, i det omfang det er hensigtsmæssigt og praktisk muligt, kan henvise patienten direkte til relevante diagnostiske tilbud. Dette af hensyn til at patientens gang gennem systemet skal være så smidig som mulig, og at patienterne ellers i stor grad vil være afhængige af, hvilke uformelle samarbejdsre-

lationer deres behandlende kiropraktor selv har etableret lokalt.

Det er hensigtsmæssigt at give kiropraktorer mulighed for formel henvisning til relevante speciallæger og sygehusafdelinger relateret til det muskuloskeletale område. I tillæg til de eksisterende henvisningsrettigheder kan man tænke sig at se på henvisningsret til det neurologiske, reumatologiske og ortopædiske speciale. Alle henvisningsrettigheder naturligvis fortsat med skyldig hensynstagen til praktiserende læges tovholderfunktion.

### 5.3.4 Akutbetjening

Akutbetjeningen har til hensigt at sikre patienterne adgang til rådgivning og eventuelt behandling med henblik på at skabe tryghed, afkorte sygdomsforløbet og forebygge unødvendig funktionsbegrænsning og eventuelt sygefravær.

I tillæg tjener akutbetjeningen på kiropraktorområdet til aflastning af lægevagten, ligesom det må forventes, at der tilbydes et mere specialiseret fagligt niveau i den telefoniske konsultation samt mulighed for fysisk konsultation med opstart af relevant behandling efter aftale.

Der vurderes at være en udfordring i at fastholde betjeningen grundet frafald i opbakningen over de seneste år, jf. tabel 4.7.2 under kapitel 4.7.

## 5.4 Kvalitetsudvikling

### 5.4.1 Praksiskonsulentordning i Region Syddanmark<sup>10</sup>

Som tidligere beskrevet er en af praksiskonsulentens opgaver at medvirke til implementeringen af resultaterne af den forskning, der finder sted i dagligdagen i kiropraktorpraksis. Fremover bliver denne opgave ikke mindre vigtig, idet der via forskningen produceres megen ny viden, der kan bidrage til at højne standarden og kvaliteten af behandlingen hos de praktiserende kiropraktorer. Med henblik på at opnå bedre konsensus om håndteringen af patienter med muskuloskeletale problemer herunder rygpatienter i fremtiden, vil denne kvalitetssikring også fremover være et væsentligt indsatsområde for praksiskonsulenten.

<sup>10</sup> Bilag 4 vedr. praksiskonsulenternes arbejdsopgaver.



Også i forhold til Rygcenter Syddanmark vil der være opgaver for praksiskonsulenten, hvor konsulenten skal søge at styrke det tværfaglige samarbejde og agere bindeled mellem rygcenteret og de praktiserende kiropraktorer.

Som beskrevet i afsnit 4.5.1 er der gennemført en evaluering af patientforløb for patienter med nyopståede lændesmerter samt et tilbud om udvidet lænderygundersøgelse. Dette leder naturligt frem til en revision af tilbuddet, der ligeledes er et område for praksiskonsulenterne at bidrage til.

Endvidere ligger der en række udfordringer i forbindelse med bl.a. kvalitetsudviklings- og kvalitetssikringsprojekter. Som eksempler på kvalitetsudviklingsprojekter kan bl.a. nævnes kvalitetsudvikling vedr. kroniske ryg- og nakkepatienter samt elektronisk kommunikation mellem kiropraktorer og praktiserende læger. Af kvalitetssikringsprojekter kan bl.a. nævnes projekter vedr. faglig og organisatorisk praksisudvikling, henvisninger fra kiropraktorer til Rygcenter Syddanmark og til MR/CT-skanning samt audit på disse.

På det muskuloskeletale område/rygområdet vil det endvidere kræve en øget indsats fra praksiskonsulen-

ternes side i forbindelse med at fastholde og udvikle det tværfaglige samarbejde om patienten.

Derudover er der i forbindelse med flytningen af en række opgaver fra praksis- og sekundærsektoren til kommunalt regi opstået et øget behov for større fokus på kommunikationen og samarbejdet på tværs af sektorerne, hvilket også er en opgave, som konsulenterne beskæftiger sig med.

Samarbejdet mellem kiropraktorerne og kommunerne er også relevant og aktuelt i forbindelse med sygemeldinger og arbejdsfastholdelse. Kommunernes Landsforening og Dansk Kiropraktor Forening har tilbage i 2004 i samarbejde lavet brochuren "Socialt kiropraktisk samarbejde", hvori samarbejdets vilkår er beskrevet samt de forskellige attester, som kiropraktorer på kommunernes foranledning udfylder for kommunen på en given patient. Samarbejdet med kommunerne fungerer med stor forskellighed i regionen, og mange sagsbehandlere i kommunerne bruger ikke kiropraktorerens viden om f.eks. rygpatienter, fordi de ikke er opmærksomme på, at der findes et formaliseret samarbejde. Det kan overvejes at prioritere det kommunale samarbejde højere i den kommende planlægningsperiode.



I kapitel 5 er der dels redegjort for aktiviteten og udviklingen indenfor kiropraktisk behandling i Region Syddanmark, dels for de udviklingstendenser, som kiropraktorområdet skal forholde sig til i de kommende år.

I dette kapitel vil der blive peget på nogle løsningsmuligheder i forhold til nævnte udfordringer og udviklingsmuligheder.

Når praksisplanen er godkendt, vil Samarbejdsudvalget gennem nedsættelse af arbejdsgrupper med involvering af relevante parter, vurdere behov og relevans for de her nævnte anbefalinger og løsningsforslag.

## 6.1 Kapacitetsplan

Som det fremgår af omstående tabeller samt oversigtskortet, er der i Region Syddanmark både indenfor og på tværs af kommunegrænser stor forskel på muligheden for at benytte sig af kiropraktisk betjening.

Denne praksisplan skal medvirke til, at borgerne kan benytte sig af et kiropraktisk tilbud i nærområdet og vil derfor gerne skabe mulighed for, at en kiropraktor, som mener, at det kunne være rentabelt at nedsætte sig i et udkantsområde, hvor adgangen til kiropraktisk betjening er begrænset, eller hvor patienter typisk må bevæge sig over længere afstande for at besøge en kiropraktor, kan gøre dette med visse opstillede begrænsninger.

Omvendt er det opfattelsen, at der i større byområder typisk er flere og større praksis, som har mulighed for at imødekomme en given efterspørgsel ved at ansætte flere kiropraktorer, idet det generelt er lettere at rekruttere kiropraktorer til praksis i de større byer.

Det foreslås derfor, at man i den kommende planlægningsperiode fortsætter arbejdet med begreberne overenskomstregulerede områder og frie områder. Med overenskomstregulerede områder menes områder, hvor overenskomstens bestemmelser fortsat er gældende i henhold til kriterierne om nedsættelse og kapacitet, og hvor det ikke vurderes hensigtsmæssigt at åbne op for fri nedsættelse, da målsætningen for disse områder er at opnå større klinikfællesskaber vha. flere ansættelser. Begrundelsen for denne målsætning er, at det vurderes, at miljøet i de større klinikfællesskaber bliver mere fordrende for arbejdet med kvalitetssikring, og derudover smidiggør større

klinikfællesskaber også en række logistiske problemstillinger i forbindelse med sygdom, ferie og deslige.

Forvaltningen af de frie områder vil være som i den forgangne planlægningsperiode og som nedfæstet i den tilhørende §-2 aftale angående dette.

### Kapacitetsvurdering:

I Region Syddanmark er der for 58 ydernumre fordelt på 50 klinikker. I tillæg er der 12 klinikker uden ydernummer. Endvidere er der 5 praksisretter, der tager sit udspring i en § 2-aftale mellem Region Syddanmark og de praktiserende kiropraktorer, efter hvilken assistenter, der køber sig ind i en praksis uden at blive tildelt en egen kapacitet, vil kunne få tildelt et ydernummer efter ansøgning til Praksisafdelingen, Region Syddanmark. Denne praksisret vil efter min. tre år fra tildelingsdatoen kunne realiseres til et ydernummer, hvis den givne person skulle vælge at træde ud af praksis.

I forbindelse med vurderingen af den samlede kiropraktorkapacitet i Region Syddanmark tages der udgangspunkt i det samlede antal kiropraktorer. Det vil sige de kiropraktorer, der enten er klinikejere og dermed har et ydernummer, eller som er ansat i en klinik med overenskomst. Begrundelsen herfor er, som tidligere nævnt, at der er i regionen er relativt få kiropraktorer med ydernummer, og at ansatte kiropraktorer i praksis udgør over halvdelen af den samlede kiropraktorkapacitet i regionen. I tabel 4.2.1 fremgår det, at kiropraktorer, herunder både ydernummerindehavere og ansatte, gennemsnitligt arbejder med patienter 28,4 timer om ugen.

Det vurderes, at det er hensigtsmæssigt at sammenholde disse tal med forbrugsstatistikken i tabel 4.3.1 samt forbrugsstatistikken opdelt på sygehusoptageområder og den samlede kiropraktorkapacitet medregnet ansatte kiropraktorer med henblik på at drage den mest velfunderede og veldokumenterede beslutning i forhold til at anbefale, hvilke kommuner i regionen, der skal betegnes som overenskomstregulerede, og hvilke der skal betegnes som frie.

På side 34 følger tabel 6.1.1, som viser en oversigt over antallet af indbyggere i den enkelte kommune sammenholdt med det nuværende antal kiropraktorer med ydernummer samt antallet af ansatte kiropraktorer i de enkelte klinikker fordelt på kommunebasis.



# 6 Løsningsforslag og anbefalinger

Tabel 6.1.1 Oversigt over antallet af indbyggere pr. kiropraktor i den enkelte kommune pr. 31. december 2013

Kommune	Antal indbyggere	Antal kiropraktorer	Antal indbygger pr. kiropraktor
Assens	41.037	4	10.259
Billund	26.318	2	11.659
Esbjerg	115.095	11	10.463
Fanø	3.264	0	0
Fredericia	50.324	6	8.387
Faaborg-Midtfyn	51.078	5	10.216
Haderslev	55.906	10	5.591
Kerteminde	23.665	3	7.888
Kolding	90.066	10	9.007
Langeland	12.695	0	0
Middelfart	37.685	2	18.843
Nordfyn	29.066	2	14.533
Nyborg	31.314	8	3.914
Odense	195.797	19	10.305
Svendborg	57.979	9	6.442
Sønderborg	75.264	9	8.363
Tønder	38.316	3	12.772
Varde	49.958	2	24.979
Vejen	42.667	3	14.222
Vejle	109.652	9	12.184
Ærø	6.393	0	0
Aabenraa	58.970	6	9.823
<b>Region Syddanmark</b>	<b>1.202.509</b>	<b>123</b>	<b>9.776</b>

Med udgangspunkt i ovenstående tabel fremgår det, at der i Region Syddanmark gennemsnitlig er en kiropraktor pr. 9.776 indbyggere. Derudover kan det konstateres, at 12 af regionens kommuner har et højere gennemsnitligt antal borgere pr. kiropraktor end regionsgennemsnittet. Det vurderes dog, at der er behov for yderligere beregninger, idet det findes hensigtsmæssigt at undersøge, om de kommuner, der kun ligger en anelse over regionsgennemsnittet, afspejler et reelt behov for yderligere kiropraktisk betjening.

På næste side følger derfor en oversigt over produktionen af kiropraktiske ydelser fordelt på sygehusoptageområderne i Region Syddanmark, idet denne områdeopdeling giver et fornuftigt billede af den kiropraktiske betjening fordelt på de fire geografiske områder, som også sygehusenes optag i Region Syddanmark inddeles efter.

Tabel 6.1.2 Oversigt over antal ydelser baseret på sygehusoptageområder pr. 31. december 2013

Sygehusoptageområder	Kommuner	Antal personer	Antal ydelser	Ydelser pr. 1.000 indbyggere	Indeks RSD=100
<b>OUH</b>	Assens Kommune Faaborg-Midtfyn Kommune Kerteminde Kommune Nordfyns Kommune Nyborg Kommune Odense Kommune Svendborg Kommune Langeland Kommune Ærø Kommune	449.024	195.405	435	106
<b>SLB</b>	Middelfart Kommune Fredericia Kommune Kolding Kommune Vejle Kommune	287.727	124.767	434	106
<b>SVS</b>	Billund Kommune Esbjerg Kommune Fanø Kommune Varde Kommune Vejen Kommune	237.302	80.759	340	83
<b>SHS</b>	Haderslev Kommune Sønderborg Kommune Tønder Kommune Aabenraa Kommune	228.456	91.688	401	98
		1.202.509	492.619	410	100

Som det fremgår af ovenstående tabel, ligger både optageområdet for OUH (Odense Universitetshospital) og Sygehus Lillebælt over indeks 100. Til gengæld ligger både Sydvestjysk Sygehus og Sygehus Sønderjylland under indeks 100, hvor optageområdet for Sydvestjysk Sygehus ligger mest markant under med indeks 83.

Med udgangspunkt i tabel 6.1.1 og 6.1.2 vedr. den samlede kiropraktorkapacitet i regionen samt forbruget af

kiropraktiske ydelser fordelt på sygehusoptageområder gives der et billede af, hvilke områder i regionen, det kunne være hensigtsmæssigt at omdanne til frie områder i planperioden. Det vurderes dog hensigtsmæssigt at sammenholde disse tal med den kommunalt opdeltede forbrugsstatistik i tabel 4.3.1, som findes på side 18 i nærværende praksisplan med henblik på at sammenholde kiropraktorkapaciteten med forbrug fordelt på indekstal, hvilket følger i omstående tabel.

Tabel 6.1.3 Antal indbyggere pr. kiropraktor sammenholdt med antal ydelser fordelt på kommuner og på sygehusoptageområder

Kommuner	Antal indbyggere pr. kiropraktor	Antal ydelser fordelt på kommuner - Indeks RSD = 100	Indeks RSD = 100 i forhold til forbrug på sygehusoptageområde
Assens	10.259	115	106
Billund	11.659	65	83
Esbjerg	10.463	90	83
Fanø	0	74	83
Fredericia	8.387	145	106
Faaborg-Midtfyn	10.216	128	106
Haderslev	5.591	118	98
Kerteminde	7.888	118	106
Kolding	9.007	117	106
Langeland	0	94	106
Middelfart	18.843	110	106
Nordfyn	14.533	130	106
Nyborg	3.914	173	106
Odense	10.305	80	106
Svendborg	6.442	119	106
Sønderborg	8.363	104	98
Tønder	12.772	89	98
Varde	24.979	56	83
Vejen	14.222	107	83
Vejle	12.184	77	106
Ærø	0	87	106
Aabenraa	9.823	77	98
Region Syddanmark	9.776	100	100

Af tabel 6.1.3 fremstår et tydeligt billede af, hvor det vil være hensigtsmæssigt at placere frie områder i praksisplanens planperiode. I tabellen sammenholdes antallet af kiropraktorer opdelt på kommuner med forbruget i henholdsvis kommunerne og på sygehusoptageområder, og med tabellen skabes et billede af, hvor kiropraktorbetjeningen er mangelfuld både i kapacitet og i ydelser, og hvor den er mangelfuld i kun én af disse kategorier. De kommuner, som er markeret med orange er de kommuner, som det med udgangspunkt i ovenstående analyse umiddelbart kan anbefales at gøre til frie områder med den begrundelse, at de både har en lav grad af kapacitet, samt at de har et relativt

lavt antal ydelser både i forhold til de øvrige kommuner og i forhold til kommunerne i de øvrige optageområder. Begrundelsen for at sammenligne kommunerne med optageområdernes indekstal er, at der på den måde indregnes et hensyn til forbrug og produktion i naboområderne til den pågældende kommune.

Med baggrund i ovenstående gennemgang anbefales det med denne praksisplan, at Billund, Fanø, Varde og Aabenraa kommuner gøres til frie områder i planperioden, således at der kan arbejdes på at sikre nærhed og tilgængelighed i kiropraktorbetjeningen i disse af regionens kommuner, som ikke på nuværende tids-

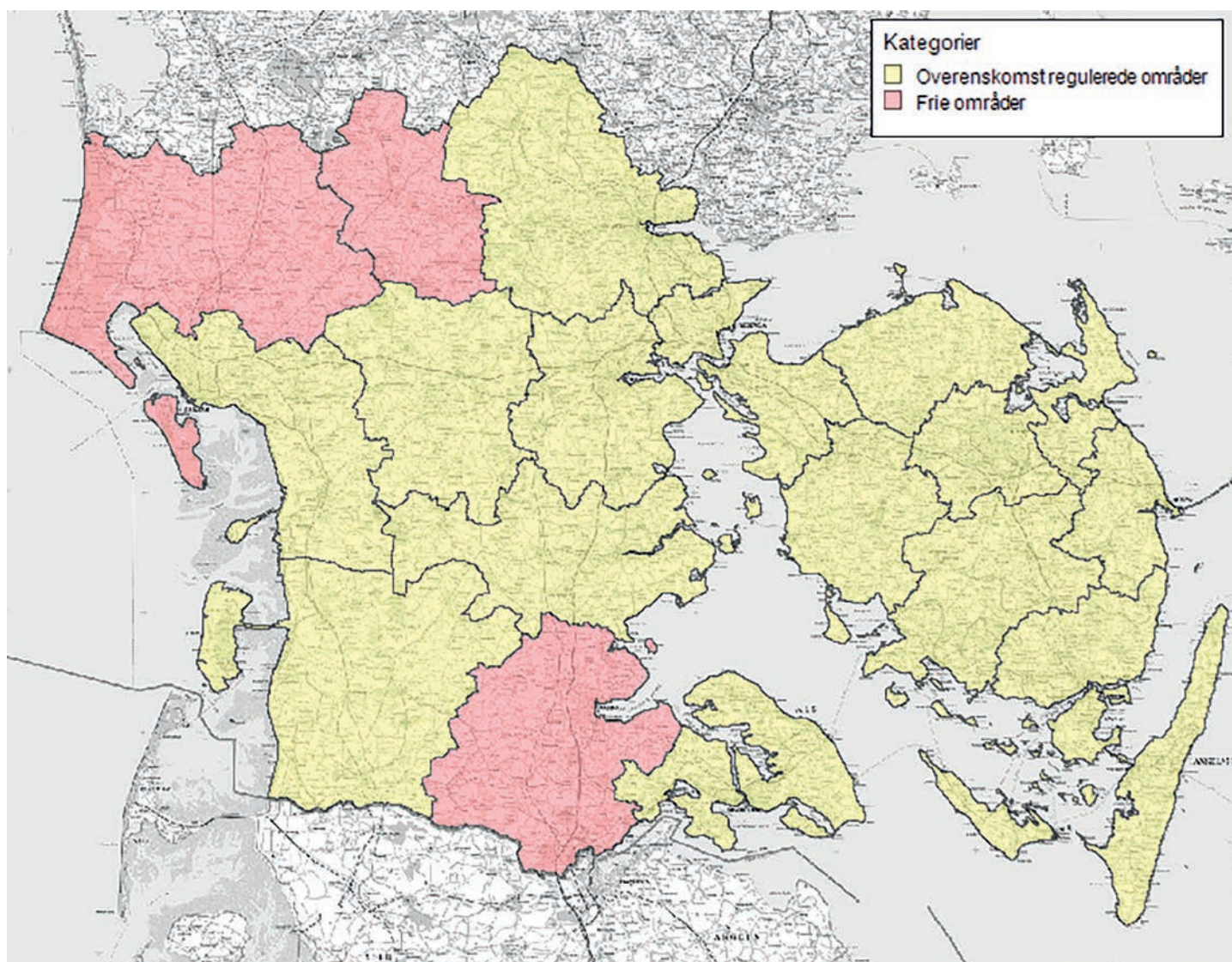
punkt har det samme niveau af kiropraktisk betjening, som det er tilfældet for den øvrige del af regionens kommuner.

Der kan ikke laves en egentlig konsekvensberegning af anbefalingen om, at Billund, Fanø, Varde og Aabenraa gøres til frie områder. Erfaringen viser dog, at det i de frie områder kan være vanskeligt at skabe et egentligt

markedsgrundlag for etablering af kiropraktorpraksis.

Med henblik på at sikre lige sundhed for så mange borgere som muligt anbefales det at tilgodese borgernes mulighed for tilskudsberettiget kiropraktisk behandling ved at tilgodese og forpligtige kiropraktorklinikker uden ydernummer i forhold til overenskomsten.

#### Oversigtskort over frie og overenskomstregulerede områder i Region Syddanmark





## 6.2 Udmøntning af yderligere fire ydernumre i planperioden

For at bibeholde en let tilgængelighed til praktiserende kiropraktorer tilmeldt landsoverenskomsten og for at sikre en smidig betjening på kiropraktorområdet, anbefales det i lighed med den forgangne planperiode, at der udmøntes et ydernummer om året i den kommende periode ud fra et ønske om, at tilgodese borgernes mulighed for tilskudsberettiget kiropraktisk behandling.

I forbindelse med udmøntningen af nye ydernumre, skal det prioriteres, at disse kun udløses, når det bidrager til en mere hensigtsmæssig praksisstruktur på området, og under hensyntagen til regionens økonomiske situation. Der peges i den forbindelse på, at udmøntningen skal ske i forhold til følgende principper:

- At det bidrager til kapaciteten i regionens udkantssområder (de såkaldte frie områder).
- At det bidrager til nærhed i tilbuddene i alle dele af regionen.
- At det indgår i etableringen af tværfaglige behandlingshuse.
- At det sikrer, at befolkningen om muligt har valgmulighed mellem flere praksis.
- At det bidrager til praksis af passende størrelse.
- At ydere uden ydernummer efter nærmere fastlagte principper kan tildeles et ydernummer.
- At Regionsrådet i planperioden konkret kan træffe beslutning om, at der ikke skal opslås nyt ydernummer.

Det er ikke muligt konkret at opgøre regionens udgifter til etablering af et nyt ydernummer, idet der ved nyetablering i et vist omfang er tale om en omfordeling af eksisterende patienter, der blot får et nærmere tilbud.

Der er i forrige planperiode besat og igangsat 4 nye ydernumre, og den regionale udgift hertil har i gennemsnit været 223.000 kr. pr. ydernummer pr. år.

Den gennemsnitlige regionale udgift til et ydernummer i Region Syddanmark er på ca. kr. 503.000 årligt.

## 6.3 Udvikling i klinikkerne og kvalitetsudvikling på kiropraktorområdet

Nedenstående beskriver de anbefalinger på kvalitetsområdet, som nærværende praksisplan, Danske Regioner og Dansk Kiropraktorforening lægger op til samt løsningsforslag. Dermed er anbefalingerne i tråd med den generelle sundhedspolitiske tendens; et individuelt, men stadig sikkert og smidigt forløb på patientens præmisser.

### 6.3.1 IT i kiropraktorpraksis

Gældende landsoverenskomst fra 2014 stiller en række krav og anbefalinger i forhold til bl.a. journalsystem og kommunikation med de øvrige faggrupper i sundhedsvæsenet. Det er væsentligt, at de praktiserende kiropraktorer i Region Syddanmark understøttes i implementeringen af denne udvikling, da bl.a. mulighederne for kommunikation på tværs af faggrupper og sektorer er af afgørende betydning for at sikre et smidigt og sammenhængende patientforløb af høj kvalitet.

Udvikling og implementering af IT i kiropraktorpraksis er en fortløbende proces og et område, hvor der til tider kan være et behov for en datakonsulentfunktion.

Det anbefales, at muligheden for at stille en datakonsulent til rådighed vurderes med det formål at støtte den enkelte kiropraktor i anvendelsen af IT.

### 6.3.2 Sammenhængende patientforløb

Region Syddanmark stiller sig generelt positivt overfor at stille relevante diagnostiske tilbud til rådighed for de praktiserende kiropraktorer, hvorigennem det sammenhængende patientforløb fremmes. Dette forudsætter dog:

- At kiropraktorerne i samarbejde med relevante parter udarbejder en faglig beskrivelse og retningslinjer herfor.
- At den nødvendige kapacitet er til stede.
- Skyldig hensyntagen til praktiserende læge som tovholder.

#### 6.3.2.1 Adgang til billedserver

Det er i planlægningsperioden hensigten, at der udarbejdes formelle samarbejdsaftaler sektorerne imellem, således at radiologiske dobbeltundersøgelser er i tråd med anbefalingerne fra de billeddiagnostiske retningslinjer fra både DKF/RTLN og Dansk Radiologisk Selskab.

Det anbefales, at kiropraktorerne opnår adgang til de regionale billedservere, hvorigennem der kan opnås adgang til såvel konventionelle røntgenbilleder som MR- og CT-skanninger. Dette med henblik på at opnå mere sammenhængende og smidige patientforløb samt spare både patienten og regionen for unødvendige udgifter.

I tråd med dette anbefales ligeledes, at praktiserende læger og de radiologiske afdelinger opnår direkte adgang til kiropraktorernes røntgenbilleder via KirPACS.

Adgang til relevante regionale billedservere bør også gælde for klinikker uden ydernummer m.h.p. at sikre ens vilkår for patienter i primærsektor.

### 6.3.2.2 Henvisningsmuligheder til UL-skanning og specifikke specialer

Der vurderes aktuelt at være et behov for henvisning til UL-skanning på de regionale radiologiske afdelinger, idet UL-skanning jf. gældende billeddiagnostiske retningslinjer er et diagnostisk hjælpemiddel indenfor flere, især perifere, muskuloskeletale lidelser.

Det anbefales derfor, at der sker en analyse og vurdering af muligheden for henvisning til UL-skanning ved:

- Begrundet mistanke om eksempelvis overrivning af sener, bursitis og tendinitis
- Blokadeanlæggelse på mistanke om bursitis, kapsulit og tendinit.

Ligeledes vurderes det relevant at arbejde på, at kiropraktorerne indenfor et nærmere afgrænset område får mulighed for direkte henvisning til specialerne reumatologi, neurologi og ortopædi, og der er snitflader mellem kiropraktorområdet og de nævnte tre specialer, hvor det vil være relevant, at kiropraktoren er henvisende instans. Eksempelvis kan man pege på henvisning til Neurokirurgisk Afdeling i tilfælde af bs cauda equina eller pludseligt opstået parese.

Besparelse på dobbeltkonsultationer, opgaveglidning fra praktiserende læge samt sandsynligt mere specifik faglig relevans på henvisninger vurderes at være de umiddelbare gevinster.

### 6.3.3 Kvalitetssikringsprojekter

For at sikre patienterne den bedste behandling og de bedst fagligt kvalificerede behandlere i Region

Syddanmark, er det vigtigt med fokus på kvalitet og kvalitetsudvikling blandt kiropraktorerne i regionen. Det er derfor vigtigt at sikre, at kiropraktorerne efterlever de opstillede kliniske retningslinjer, der er evidens for, samt at der, på områder hvor disse ikke findes, udarbejdes evidensbaserede kliniske retningslinjer, og at disse implementeres i samtlige kiropraktorpraksis i regionen.

For fortsat at sikre en høj faglig kvalitet blandt kiropraktorerne og for at ruste kiropraktorerne til at implementere nye retningslinjer på specifikke områder, er det hensigtsmæssigt med regelmæssig efteruddannelse af kiropraktorerne inden for de områder, hvor der kommer nye retningslinjer. I forbindelse med disse implementerings- og efteruddannelses tiltag findes det væsentligt, at der gennemføres projekter og audits, som har til formål løbende at undersøge, hvorvidt de kliniske retningslinjer bliver anvendt som forventet.

Der er allerede opstillet kliniske retningslinjer på lænderygområdet, og i Region Syddanmark er der udarbejdet et tværfagligt patientforløbsprogram for patienter med lændesmerter. Implementeringen af disse tiltag i kiropraktorpraksis er på nuværende tidspunkt i gang, og der udføres opfølgning i form af monitorering og evaluering.

Endvidere vil det være hensigtsmæssigt at lave kvalitetssikring på bl.a. nakkeområdet i form af udarbejdelse af evidensbaserede kliniske retningslinjer samt et patientforløbsprogram for denne patientgruppe.

Moderniseringsudvalget for billeddiagnostik har udarbejdet en rapport i april 2010, som anbefalede en række tiltag inden for det billeddiagnostiske felt på kiropraktorområdet. På baggrund af dette har NIKKB udarbejdet billeddiagnostiske retningslinjer, der aktuelt søges implementeret i praksis.

Region Syddanmark har en særlig status på kiropraktorområdet i forbindelse med uddannelsen på Syddansk Universitet i Odense samt de forskellige forskningsenheder, der ligeledes er placeret i Odense. Derfor vil de beskrevne kvalitetssikringsprojekter have et naturligt udspring i Region Syddanmark. Regionen vil som følge af disse projekter kunne få et endnu højere fagligt niveau på kiropraktorområdet.

### 6.3.4 Akutbetjeningen

Med baggrund i at der er fundet en udfordring i at fastholde den frivillige betjening grundet frafald i opbakningen over de seneste år jf. kapitel 4.7 bør det overvejes, at Region Syddanmark bidrager aktivt til løsningsforslag.

Økonomisk dækning af telefonkonsultationer efter en model tilsvarende Lægevagten vurderes at kunne sikre en forsat højt specialiseret akutbetjening af muskuloskeletalområdet. Alternativt kan overvejes et driftstilskud, som administreres gennem Kiropraktorkredsforeningen, som aktuelt styrer akutbetjeningen.

Der vurderes at være 1000 telefonkonsultationer årligt.



## Bilag 1. Status over implementering af den forgangne praksisplan

Statusrapport over implementeringen af praksisplanen for 2011-2014

### INDLEDNING

Praksiskonsulent for kiropraktorområdet i Region Syddanmark har udarbejdet nedenstående opgørelse over fokusområder/en status over, hvad der har været arbejdet med i den forgangne planperiode.

Der har været et tæt og godt samarbejde med Praksisafdelingen. I tillæg har der været samarbejdet bredt med de øvrige faggrupper indenfor primærsektoren, repræsentanter fra sekundærsektoren, NIKKB, Kiropraktorkredsforeningen i Region Syddanmark samt øvrige relevante samarbejdspartnere.

### FORMÅL

Formålet med indeværende dokument er at give en kort status over implementeringen af praksisplanen for 2011-2014. Aktiviteten har været med udgangspunkt i eksekvering af beskrevne opgaver i praksisplanen og tiltag på kvalitetsområdet.

### FOKUSOMRÅDER

Skematisk fremstilling af aktiviteter i henhold til beskrevne opgaver i praksisplanen 2011-2014:

Opgave i henhold til praksisplanen	Opstart	Afsluttet	Bemærkning
Kommunikation imellem læger og kiropraktorer	20.02.2013	Løbende indsats	PLO, DKF og Danske Regioner har i samarbejde udarbejdet en anbefaling omkring kommunikationen imellem læge og kiropraktor. Denne er lagt på VisInfo, udsendt til alle kiropraktorer og bragt i Praksisnyt. Med den nye overenskomst, er anbefalingerne i aftalen imellem PLO og DKF inddraget og således noget kiropraktorerne fremadrettet er forpligtet til. Der er afholdt møde med orientering om den nye overenskomst og udsendt relevant materiale fra overenskomstens parter med opfølgning fra praksiskonsulenten og Kiropraktorkredsforeningen i Region Syddanmark.
Elektronisk henvisning til, og modtagelse af elektronisk epikrise fra sekundærsektor	01.02.2012	Juli 2013	Pr. 1. juli 2013 modtog Rygcenter Syddanmark kun elektroniske henvisninger. Dette gælder også for idrætsklinikken. Udfordringen var at få de forskellige praksissystemer klargjort. Der vil fremadrettet blive lavet løbende evaluering af kvaliteten af henvisningerne.
Henvisning til MR	01.10.2011		Henvisningsretten er afgrænset i henhold til forløbsprogrammet for lænderyggene uden udstråling. Der var problemer med etableringen af Hotline på Rygcenter Syddanmark, men det er på plads. Der kan ikke fremskaffes data på brugen af henvisningsretten. Indtrykket er dog, at det benyttes i begrænset omfang. Henvisningsretten til MR og CT står stadfæstet i den nye overenskomst, og vil gælde generelt. Således frafalder den begrænsning der tidligere var.
Diagnosekodning og Datafangst, pilotprojekt	01.05.2012	Jan. 2013	Projekt udarbejdet og gennemført i samarbejde med NIKKB, Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik. Diagnosekodning vil give et kvalitetsløft samt give mulighed for datafangst på niveau med det, der ses indenfor almen praksis hos lægerne. Der henvises til selvstændig rapport for projektet.

Opgave i henhold til praksisplanen	Opstart	Afsluttet	Bemærkning
Forløbsprogram og ULRUS	01.09.2011	Løbende indsats	Løbende opfølgning. Der er problemer med manglende brug af STarT i både almenlæge og kiropraktorpraksis. Opfølgning og kontrol med ULRUS. Der laves stikprøvekontrol på udtræk af undersøgelsesprotokol. Epikriser afsendt i forbindelse med ULRUS er læst med henblik på kontrol.
Kvalitetstiltag	01.05.2012	Kommende OE-periode	Diagnosekodning og datafangst forventes at kunne tilvejebringe dokumentation for aktiviteten på rygområdet som helhed og at kunne danne grundlag for relevante tiltag. Det er vist, at diagnosekodning og datafangst kan gennemføres i kiropraktorpraksis. Diagnosekodning og datafangst er blevet en del af den nye overenskomst. Projektet vil køre videre i regi af NIKKB og OE-parterne
Evaluering af rygforløbsprogram	Ultimo februar 2013	Oktober 2013	<p>Der henvises til selvstændigt dokument.</p> <p>Konklusionerne er:</p> <p>Det har ved denne evaluering generelt været en udfordring, at der kun har været få tilgængelige data til rådighed, og at en del af disse data ikke siger så meget om graden af implementering af selve programmet.</p> <p>Det overordnede indtryk er imidlertid, at forløbsprogrammet på nogle områder ikke er implementeret. Dette gælder ikke mindst anvendelsen af STarT i almen praksis. Det er sandsynligt, at der skal en omfattende målrettet indsats til, hvis STarT fremover skal anvendes generelt i regionen. Anvendelse af STarT er ifølge forløbsprogrammet afgørende for valg af behandlingsstrategi, hvilket betyder, at væsentlige dele af forløbsprogrammet ikke kan evalueres for nuværende. Med andre ord vil vi uden systematisk STarT stratificering ikke kunne udtale os om, hvorvidt patienterne følger de anbefalede patientforløb. Dette gælder bl.a. i forhold til anvendelse af ULRUS, MR skanning og henvisning til Rygcenteret.</p> <p>Det anbefales, at vi i Region Syddanmark tager stilling til</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Om forløbsprogrammet skal revideres på baggrund af konklusionerne i dette notat (og i så fald på hvilke områder)</li> <li>2. Om der skal iværksættes yderligere tiltag til implementering af STarT</li> <li>3. Om det er muligt at gennemføre kvalitetsmonitorering til afklaring af en række aktuelt ubesvarede spørgsmål, herunder fx: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Om det er de rigtige patienter der henvises til MR skanning og til Rygcenteret</li> <li>b. Om de pågældende patienter bliver henvist rettidigt</li> <li>c. Om henvisning til ULRUS følger forløbsprogrammets anbefalinger</li> <li>d. I hvor stor udstrækning patienter henvist til ULRUS viderehenvises til Rygcenteret</li> </ol> </li> </ol>

### **Nye ydernumre**

I henhold til praksisplanen er der udloddet ét ydernummer årligt til fri søgning. Disse er tildelt til eksisterende eller nyetablerede klinikker med placering i henholdsvis Munkebo, Haarby og Bogense. Desuden er der ved nedsættelse i områder med dårlig tilgængelighed til kiropraktor givet ydernummer til de såkaldte frie områder i Billund og Tønder (ydernummeret i Tønder var en eksisterende ledig kapacitet).

### **Arbejds miljøet**

Stemningen vurderes at være positiv, og miljøet betragtes som godt. Forventningen til den kommende planlægningsperiode er, at der også her kan opnås gode resultater.

### **Mikael Busse**

*Praksiskonsulent for kiropraktorområdet i Region Syddanmark*

Praksiskonsulent for kiropraktorer

Mikael Busse

mikael.busse@rsyd.dk

Tel. +45 5090 7319





# Noter

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



A series of horizontal lines for writing, consisting of 21 lines spaced evenly down the page.



Region Syddanmark  
Damhaven 12 . 7100 Vejle  
Tlf. 7663 1000

[regionsyddanmark.dk](http://regionsyddanmark.dk)

13645 - Grafisk Service, Region Syddanmark - 01.2015