Praksisplan for

Kiropraktorer 2010

REGION NORDJYLLAND

Indhold

1. INDLEDNING 3

2. KOMMISORIUM OG PROJEKTPLAN 4

3. BESKRIVELSE AF KIROPRAKTORSPECIALET 5
3.1. Kiropraktisk behandling 5
3.2. Lovgrundlag og autorisation 5
3.3. Kiropraktoruddannelsen 5
3.3.1. Bacheloruddannelsen 5
3.3.2. Kandidatuddannelsen 5
3.3.3. Turnusuddannelsen 5

4. LANDSOVERENSKOMST OM KIROPRAKTIK 6

5. KIROPRAKTISK KAPACITET I REGION NORDJYLLAND 7

6. KIROPRAKTIK I NORDJYLLAND 9
6.1. Udgifter og ydelser 10
6.2. Ydelser og ydelsesfordeling 11
6.3. Ventetider 14
6.4. Opgørelse af billeddiagnostisk kapacitet inklusive digitaliseret røntgen 14

7. KVALITET I KIROPRAKTORPRAKSIS 15

8. BILLEDDIAGNOSTIK 16

9. ANBEFALINGER 18

1. Indledning

Denne praksisplan er den første praksisplan for kiropraktik i Region Nordjylland.

Praksisplanen er udarbejdet i et samarbejde mellem Region Nordjylland samt repræsentanter for de praktiserende kiropraktorer i regionen.

Der er i udarbejdelsen af praksisplanen taget udgangspunkt i Landsoverenskomstens bestemmelser om praksisplanlægning.

2. Kommissorium og projektplan

Efter landsoverenskomst om kiropraktisk behandling skal samarbejdsudvalget udarbejde en praksisplan til regionens godkendelse. Det skal ske med henblik på at sikre en samlet planlægning af den kiropraktiske behandling i regionen, sådan at det kiropraktiske behandlingstilbud kan indgå i den øvrige sundhedsplanlægning i regionen.

Kiropraktorvirksomhed omfatter diagnostik, forebyggelse og kiropraktisk behandling af biomekaniske funktionsforstyrrelser og heraf afledte smertetilstande i rygsøjle, bækken og ekstremiteter. I 2009 modtog 34.716 nordjyske borgere kiropraktisk behandling. På landsplan modtager, det der svarer til, en tredjedel af alle personer med rygproblemer kiropraktisk behandling.

Sundhedsområdet står i de kommende år generelt over for store udfordringer. Der sker ændringer i befolk-ningssammensætningen med et stigende antal ældre og kroniske patienter. Dette gør sammen med nye forskningsmæssige resultater samt nye teknologiske og medicinske landvindinger, at sundhedsvæsnet vil opleve en stigende efterspørgsel på ydelser. Samtidig er der en stigende mangel på sundhedspersonale, herunder kiropraktorer.

I forhold til de udfordringer sundhedsvæsnet som helhed står overfor, er der behov for nytænkning, ligesom der kan være behov for en øget grad af tværfaglighed i opgaveløsningen. Praksisplanen skal således fastlægge i hvilken retning kiropraktorområdet i Region Nordjylland ønskes udviklet, og på hvilke områder, der eventuelt skal iværksættes tiltag med henblik på at fremme den ønskede udvikling, herunder i forhold til det kvalitetsmæssige aspekt. Praksisplanen skal således være med til at sikre og skabe rammerne for en fortsat udvikling af sektoren til gavn for såvel regionens borgere som dens ydere.

Praksisplanen skal indgå som en del af rammen for den samlede sundhedsindsats i Region Nordjylland og for sin del danne grundlaget for fremtidige beslutninger vedrørende og af betydning for kiropraktorområdet. Planen tager derfor sit afsæt i såvel Region Nordjyllands Strategi 2010 og de underliggende målsætninger for Praksissektoren i Region Nordjylland.

På landsplan arbejdes der også med udvikling af kiropraktorområdet. Som led i den seneste overenskomst fra 2007 er det aftalt, at der nedsættes to udvalg. Et udvalg vedrørende modernisering vedrørende billeddiagnostik hos kiropraktorer og et udvalg vedrørende kvalitetsudvikling på kiropraktorområdet.

På baggrund af en analyse af den nuværende situation samt prognoser for den fremtidige udvikling, skal der med afsæt i regionens strategiske grundlag udvikles en plan, der imødegår nuværende og fremtidige udfordringer.

På sundhedsområdet er der generelt fokus på sammenhængende patientforløb og effektiv ressourceudnyttelse, hvilket også er en del af regionens prioriterede indsatser på sundhedsområdet i medfør af strategi 2010.

Kiropraktorer er hovedsageligt beskæftiget i private klinikker i primærsektoren. Kiropraktorerne er en relativt isoleret behandlergruppe i forhold til de øvrige behandlere i praksissektoren, men tendensen er, at kiropraktorområdet i stigende omfang vil blive integreret i både det primære og sekundære sundhedsvæsen. Det sætter områder som kiropraktorernes kompetencer og kvalitet i fokus. Det er således væsentligt at sikre bedst mulig udnyttelse af de kompetencer, som kiropraktorerne besidder i forhold til behandlingsfeltet.

Endvidere skal der i relation til sikring af en fornuftig grad af tilgængelighed ske en analyse af nuværende kapacitet og dennes geografiske fordeling. Desuden skal der ske en drøftelse af, hvorvidt behandlerhuse kan integreres i den nye praksisplan. Det er et relevant aspekt, da der er mange én-mandspraksis i Nordjylland, hvilket giver specielle udfordringer for kiropraktorerne.

Fra kiropraktorernes side er der et stort ønske om større fokus på tværfaglighed samt fortsat at arbejde for henvisningsret for kiropraktorer til sekundærsektoren.

Praksisplanen har derfor til hensigt at fokusere på følgende områder:

- Kvalitetssikring og udvikling i kiropraktisk praksis
- Tilgængelighed og kapacitet
- Effektiv ressourceudnyttelse

Organisering og tidsplan

Der er nedsat en styregruppe, som skal koordinere arbejdet med praksisplanen på kiropraktorområdet.

Styregruppen består af:

- Kiropraktor Lotte Damm-Henrichsen
- Kiropraktor Marianne K. Matthiesen
- Kiropraktor Henrik Nykjær
- Kontorchef Carsten Rabe Kvist

Styregruppen har blandt andet belyst og forholdt sig til følgende:

- Behovet for kiropraktorer fremadrettet
- Udviklingen i behandlingsbehov og -metoder
- Hvordan man gør det attraktivt for kiropraktorer at virke i regionen
- Hvordan man sikrer regionens borgere en god service og tilgængelighed på kiropraktorområdet med særlig fokus på yderområderne
- Anvendelsen af IT

Styregruppen har kunnet vælge at beskrive og medtage øvrige forhold, som gruppen har fundet relevant.

Arbejdet med praksisplan skal endvidere ses i sammenhæng med arbejdet i de to arbejdsgrupper nedsat efter overenskomsten.

Praksissektoren har stået for udarbejdelsen af praksisplan og sekretariatsbetjening af styregruppen. Udarbejdelsen af praksisplanen har været en dynamisk proces, hvor det har været ønsket at inddrage kiropraktorerne i så stor grad som muligt.

3. Beskrivelse af kiropraktorspecialet

3.1. Kiropraktisk behandling

En kiropraktor er en autoriseret sundhedsperson, der beskæftiger sig med undersøgelse, diagnose, forebyggelse samt behandling af smertetilstande og nedsat funktion i muskel- og skeletsystemet.
Gennem forskellige former for behandling fjerner kiropraktoren smerter, der er forbundet med muskel og skeletsystemet. Denne behandling består af flere elementer:

- Information og rådgivning, der opfattes som en selvstændig del af et behandlingsforløb, idet patientens egen viden om skaden og håndteringen af skaden i dagligdagen er meget vigtig for et godt behandlingsforløb.
- Manuel behandling, der er en bred vifte af metoder, hvor kiropraktoren bruger sine hænder til at løsne/udspænde de stramme eller "låste" led i ryg, arme eller ben.
- Kiropraktisk manipulationsbehandling, som er et særkende for kiropraktorerne, og er en metode, der specifikt og nænsomt retter på funktionen i et led ofte med en karakteristisk hørlig lyd (knæk).
- Bløddelsbehandling, som anvendes overfor muskler, sener og led bånd mv.
- Øvelser/genoptræning, er patientens egen indsats for at genoptræne eller styrke den tabte funktion af det skadede område. Dette vil afhængigt af problemet omfatte både stabillitets-, styrke-, smidigheds- og/eller koordinationstræning. Træningen foregår enten som hjemmetræning eller i klinikkens træningsfaciliteter.
- Forebyggelse, som er en vigtig del af et behandlingsforløb, idet det desværre er ret almindeligt at få tilbagevendende problemer, når man først har fået en skade. Forebyggelse omfatter i særdeleshed træning.

3.2. Lovgrundlag og autorisation

Kiropraktisk behandling blev omfattet af overenskomsten med Sygesikringens Forhandlingsudvalg i 1978. Den 1. januar 1992 blev kiropraktorerne autoriseret ved lov.

Kiropraktorvirksomhed er defineret i Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Lov nr. 451 af 22.06.06)
Autorisation som kiropraktor meddeles den, der har bestået dansk kiropraktoreksamen eller en udenlandsk eksamen, der kan sidestilles hermed, jf. §§ 2 og 3. Retten til at betegne sig som kiropraktor samt udøve ki-ropraktorvirksomhed har kun den, der har autorisation som kiropraktor. Kiropraktorvirksomhed omfatter diagnostik, forebyggelse og kiropraktisk behandling af biomekaniske funktionsforstyrrelser i rygsøjle, bækken og ekstremiteter.
Indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte regler om udøvelse af kiropraktorvirksomhed, jf. stk. 4, og om afgrænsning heraf.
Tilladelse til selvstændigt virke som kiropraktor meddeles af Sundhedsstyrelsen den kiropraktor, der i Danmark har gennemgået en supplerende praktisk uddannelse på 1 år hos en kiropraktor med tilladelse til selvstændigt virke. En kiropraktor, som ikke har opnået tilladelsen, kan virke i underordnet stilling på sygehus eller klinik, begge steder under en kiropraktor med tilladelse til selvstændigt virke.

Kiropraktorerne er selvstændigt erhvervsdrivende, der driver praksis på grundlag af Sundhedsloven samt Landsoverenskomst om kiropraktik. Den seneste landsoverenskomst, som blev indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (Danske Regioner) og Dansk Kiropraktor Forening, trådte i kraft pr. 1. april 2007.

3.3. Kiropraktoruddannelsen

Uddannelsen til kiropraktor hedder kliniks biomekanik og er en blanding af teoretiske studier og praktisk træning. Klinisk biomekanik er en 5-årig uddannelse, som består af en blanding af teoretiske studier og praktisk 'håndværksmæssig' træning. For at blive kiropraktor skal den studerende således bestå en 3-årig bachelor-uddannelse i klinisk biomekanik samt en 2-årig kandidatuddannelse i biomekanik.
Autorisation som kiropraktor opnås med bestået eksamen, og selvstændigt virke opnås efter 12 måneder som beskrevet, jf. Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 52 og § 53.

3.3.1. Bacheloruddannelsen

Uddannelsens første del består af en 3-årig bachelorgrad i klinisk biomekanik, hvor den studerende øves i praktiske undersøgelses- og behandlingsteknikker af kroppens led og muskler. De første 3 års studier svarer ret nøje til medicinstudiet, suppleret med en række fag som teoretisk og klinisk biomekanik.
Bacheloruddannelsen har til formål at give den studerende den faglige viden samt de teoretiske og metodiske kvalifikationer, der sætter den studerende i stand til selvstændigt at identificere, formulere og løse komplekse problemstillinger inden for fagområdets relevante bestanddele.

3.3.2. Kandidatuddannelsen

Uddannelsens anden del består af en 2-årig kandidatgrad i klinisk biomekanik, og forudsætter en bestået bacheloruddannelse i biomekanik.

Kandidatuddannelsen er den kliniske del af kiropraktikuddannelsen, hvor hovedvægten i uddannelsesforløbet handler om diagnostik af muskel- og skeletsygdomme. Kandidatuddannelsen afsluttes med udarbejdelsen af et speciale, som er opbygget som et egentligt forskningsprojekt. Kandidatuddannelsen giver en autorisation med ret til at praktisere i en underordnet stilling. For at opnå ret til selvstændigt virke som kiropraktor, skal man dog gennemføre en turnusuddannelse.

3.3.3. Turnusuddannelsen

Turnusuddannelsen er en 12 måneders praktikperiode, hvor man gennemfører en supplerende praktisk uddannelse som kiropraktorassistent/turnuskandidat hos en kiropraktor.
Den supplerende praktiske uddannelse har til formål at træne og videreudvikle turnuskandidatens kliniske erfaring med henblik på en selvstændig, rutineret og forsvarlig varetagelse af diagnostik, forebyggelse og behandling inden for det kiropraktiske virksomhedsområde.
Efter endt turnusuddannelse har turnuskandidaten mulighed for selvstændigt virke som kiropraktor. Det er Sundhedsstyrelsen som udsteder denne autorisation.

[1] http://www.kiropraktor-foreningen.dk/index2.php?SectionID=2
[2] http://www.ug.dk/uddannelser/universitetsuddannelser/sundhedsvidenskabeligeuddannelser/kiropraktor.aspx
[3] http://www.nikkb.dk/00007/00026/

1.1.4. Delplaner for de enkelte specialer

Efter Sundhedslovens § 64 skal regionerne yde tilskud til behandling hos kiropraktor.
De nærmere bestemmelser herom er fastsat i overenskomst mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Kiropraktor Forening. Den nuværende overenskomst trådte i kraft den 1. april 2007.

Samarbejdsudvalg

I overenskomstens § 3 er beskrevet, at der for hver region skal nedsættes et samarbejdsudvalg bestående af 6-12 medlemmer. Halvdelen af medlemmerne udpeges af Regionsrådet og kommunerne i regionen. Halvdelen af medlemmerne udpeges af vedkommende kiropraktorkredsforeningen blandt de kiropraktorer i regionen, der har tiltrådt overenskomsten.
I Region Nordjylland er udvalget sammensat af 6 medlemmer. To udpeget af Regions Rådet, én udpeget af Kommunekontaktrådet og tre udpeget af kiropraktorforeningens lokale kreds.

Samarbejdsudvalgets opgaver består bl.a. i udarbejdelsen af en samlet planlægning af den kiropraktiske behandling i regionen, som skal godkendes af regionen, således at det kiropraktiske behandlingstilbud kan indgå i den øvrige sundhedsplanlægning i regionen. Samarbejdsudvalget kan desuden vurdere, om der er behov for særlige tiltag for at sikre, at der er kiropraktisk behandlingstilbud i hele regionen, således strukturen i kiropraktorpraksis tilpasses de lokale behov. Derudover afgiver Samarbejdsudvalget indstilling til regionen vedrørende den kiropraktiske behandlingskapacitet i regionen samt behandling af konkrete ansøgninger om nynedsættelser. Derudover har Samarbejdsudvalget til opgave at fremme arbejdet med kvalitetssikring herunder ved iværksættelse af kvalitetsudviklingsprojekter. Samarbejdsudvalget drøfter endvidere forhold med henblik på samordning mellem kiropraktorer og det øvrige sundhedsvæsen.

Nynedsættelser

Regionen vurderer årligt den kiropraktiske behandlingskapacitet og træffer på den baggrund beslutning om nynedsættelser. Efter overenskomstens § 15, stk. 1. forstås en ny nedsættelse som kiropraktor, som en udvidelse af antallet af overenskomsttilmeldte ydere i regionen. Nynedsættelserne kan enten finde sted ved etablering af ny praksis eller ved udvidelse af eksisterende praksis med et ekstra ydernummer. Nynedsættelser kan finde sted i overensstemmelse med en af regionen godkendt praksisplan på baggrund af en konkret ansøgning fra en kiropraktor. Nynedsættelser i overensstemmelse med kiropraktorplanen eller på baggrund af regionens beslutning efter § 15 stk. 3 annonceres, og regionen bestemmer efter indstilling fra samarbejdsudvalget, hvilken kiropraktor, der får tilladelse til nynedsættelse. Konkret ansøgning fra en kiropraktor om nynedsættelse behandles i samarbejdsudvalget, der afgiver indstilling til regionen.

Praksisformer

Kiropraktorpraksis kan tilrettelægges som enkeltmandspraksis, kompagniskabspraksis eller praksis i selskabsform (anpartsselskab, holdingselskab eller aktieselskab).
Alle praksisformer kan fungere i samarbejdspraksis. I alle former for praksis kan medvirke kiropraktisk medhjælp i overensstemmelse med kiropraktorlovens regler herom. Enkeltmandspraksis med kiropraktisk medhjælp betragtes efter overenskomsten som enkeltmandspraksis. Muligheden for at ansætte medhjælp medfører, at det ikke er muligt at opgøre det faktiske antal praktiserende kiropraktorer i regionen på baggrund af ydernumre, idet kiropraktisk medhjælp ikke medregnes i denne sammenhæng. Derfor er det heller ikke umiddelbart muligt at opgøre den faktiske kapacitet på kiropraktorområdet.
Ydernumre kan derfor heller ikke anvendes som en måde for regionen at styre økonomien, men kun til at bestemme den geografiske placering af klinikkerne.

Praksisflytning

Flytning af en praksis kan ske med 1 måneds varsel til den 1. i en måned.
Overenskomstens regler jf. § 14 giver ingen indskrænkning i adgangen til at flytte praksis inden for regionens grænser, til at opløse kompagniskabspraksis med adgang for de enkelte i den pågældende praksis til at fortsætte hver for sig som overenskomsttilmeldte ydere eller til i overtagelse af eksisterende praksis eller praksisdel ved kompagniskabspraksis. Oprettelse af kompagniskabspraksis kan finde sted mellem kiropraktorer, der er tilmeldt overenskomsten, eller som har tilladelse til at tiltræde overenskomsten.
Er klinikken nynedsat efter regionens beslutning, og er klinikkens geografiske placering besluttet som vilkår for nynedsættelsen, kan flytning af praksis inden for regionens grænser ske ved ansøgning til regionen. Godkendelse meddeles, medmindre regionen ud fra en konkret vurdering finder, at det ansøgte ændrer praksisforholdene i regionen i uhensigtsmæssig retning.

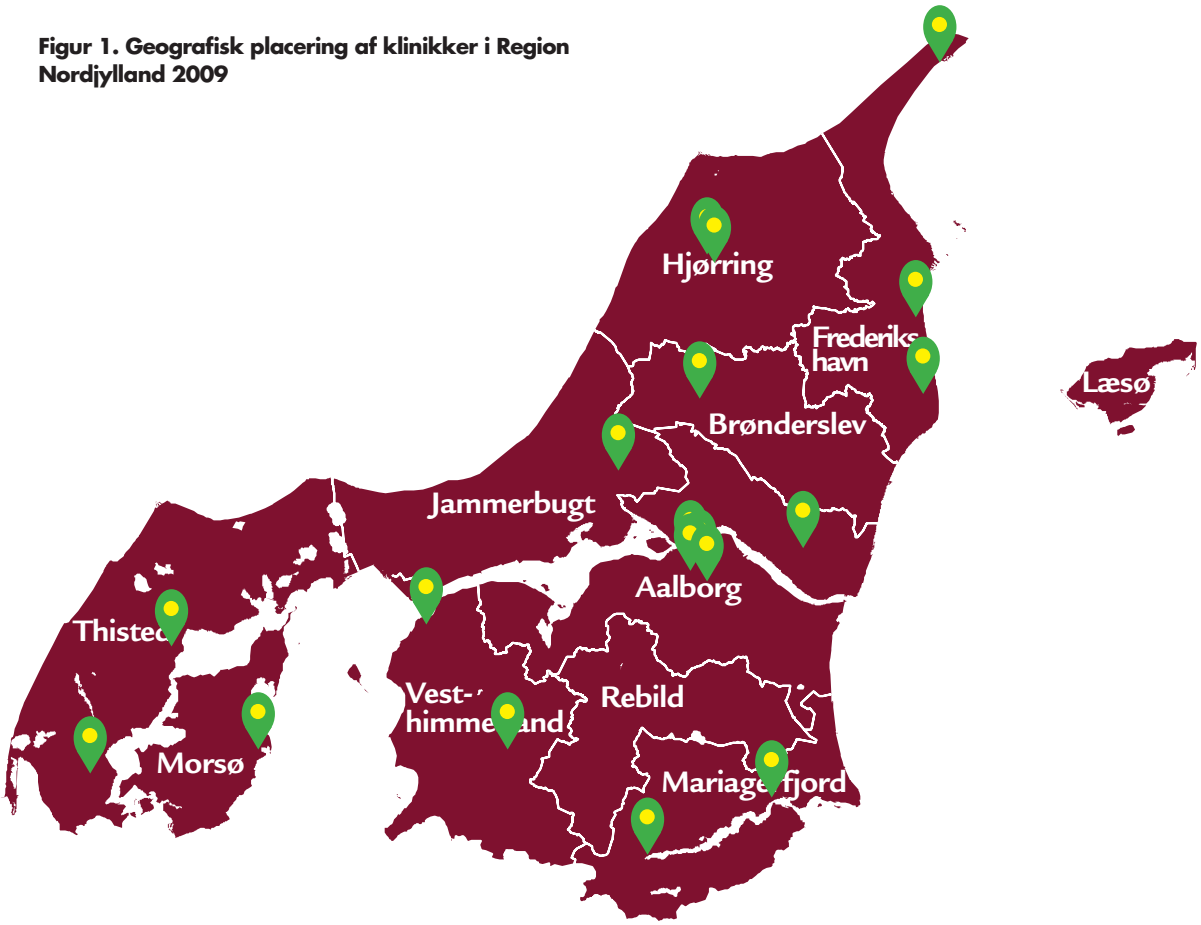
Handicaptilgængelighed

Ifølge overenskomsten skal kliniklokalerne ved nybygning, flytning og væsentlig ombygning af praksis
være i overensstemmelse med byggelovgivningens regler, således at der etableres niveaufri adgang og indrettes handicaptoilet.
Kiropraktoren skal på sin praksisdeklaration give information om parkeringsforhold, udvendige og indvendige adgangsforhold samt toiletfaciliteter, så bevægelseshæmmede har mulighed for at vælge en kiropraktor, hvor adgangsforhold og indretning passer til patientens behov.

I Region Nordjylland er der 25 landsoverenskomsttilmeldte kiropraktorer, som er fordelt på 25 ydernumre.
Pr. 1. januar 2007 kom der som følge af kommunalreform 4 nye klinikker til i Region Nordjylland. Èn klinik fra Morsø Kommune og 3 klinikker fra Thisted Kommune.
Der er 24 klinikker i regionen, hvoraf en enkelt klinikejer har to ydernummer knyttet til samme adresse.

Det nedenstående kort viser den geografiske placering af kiropraktikklinikkerne i Region Nordjylland.
Der er ingen klinikker i Rebild og Læsø Kommuner.

Figur 1. Geografisk placering af klinikker i Region Nordjylland 2009



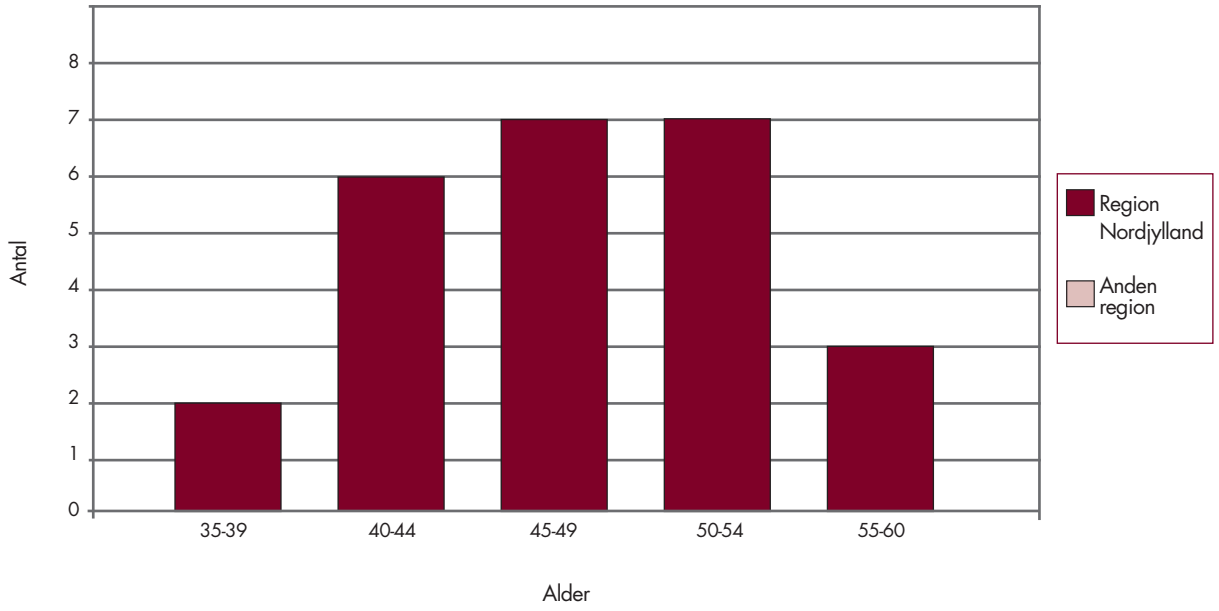
Af de 24 klinikker er kun én klinik organiseret som kompagniskabspraksis, mens de resterende 23 klinikker alle er organiserede som enkeltmandspraksis.

En rundringning til de praktiserende kiropraktorer i Region Nordjylland i forbindelse med udarbejdelsen af praksisplanen viser, at 13 klinikker har adgangsforhold for bevægelseshæmmede, og heraf har 9 klinikker også toiletfaciliteter for bevægelseshæmmede.

Figur 2 viser aldersfordelingen for kiropraktorer med et ydernummer i Region Nordjylland. Gennemsnitsalderen er 48 år.

[4] Der er opnået svar fra 22 af 24 kiropraktorer.

Figur 2. Aldersfordelingen for kiropraktorer med ydernummer i Region Nordjylland - 2009



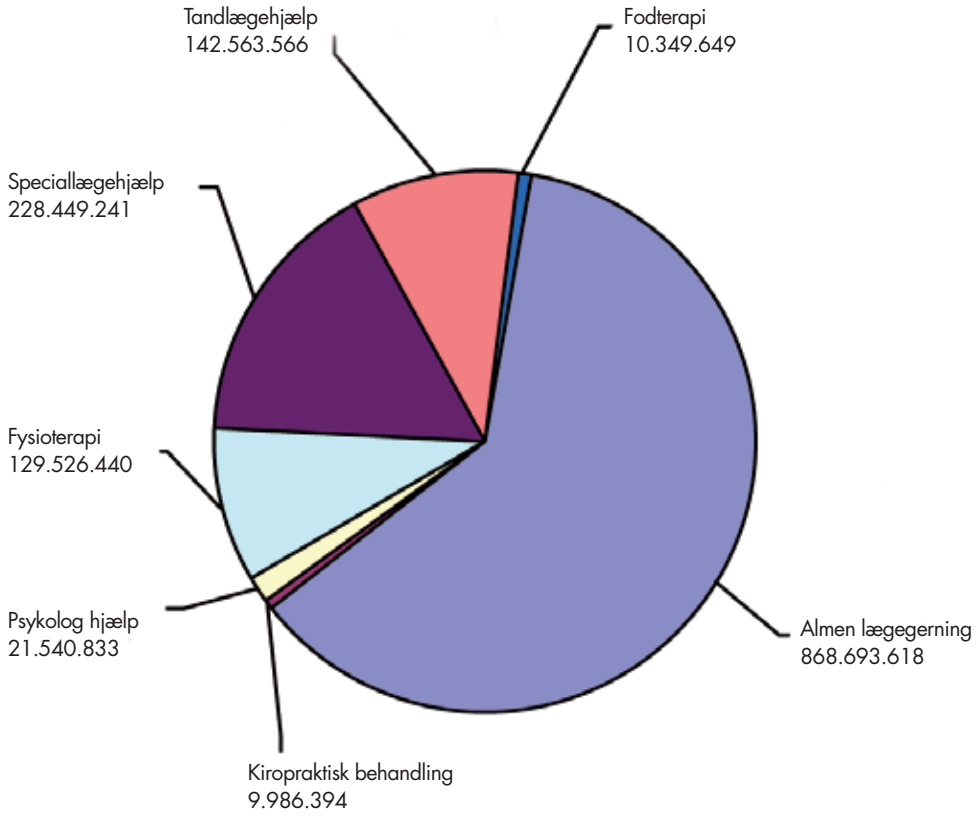
Kilde: Sygesikringen

6. Kiropraktik i Nordjylland

Nedenfor gives en beskrivelse af den kiropraktiske produktion i praksissektoren i Region Nordjylland. Der redegøres blandt andet for udgifts- og ydelsesudviklingen, patientsammensætningen fordelt på aldersgrupper samt for hvorledes der søges behandling på tværs af kommune- og regionsgrænserne.

6.1. Udgifter og ydelser

Region Nordjyllands samlede udgifter til primærsektoren var i 2009 knap 2.3 mia. kr.
Heraf udgjorde udgifterne til kiropraktik knap 10. mio. kr.
Nedenstående figur giver et overblik over, hvordan udgifterne til primærsektoren fordeler sig for en række områder, dog undtaget udgifter til bl.a. medicin og laboratorier.



Kilde: CSC – Scandihealth

Tabel 1 viser regionens udgifter til speciale 53 og 64 i perioden 2007-2009.
De samlede udgifter til kiropraktik er i perioden steget med 613.243 kr. svarende til en stigning på 7 procent.
For speciale 53 er stigningen 547.829 kr. svarende til en stigning på 7 procent. For speciale 64 er stigningen 65.414 kr. svarende til en stigning på 29 procent.

Tabel 1. Region Nordjyllands udgifter til kiropraktik i perioden 2007 – 2009

	2007	2008	2009
Speciale 53	8.026.929 kr.	8.330.079 kr.	8.574.758 kr.
Speciale 64	221.362 kr.	233.092 kr.	286.776 kr.
Total	**8.248.291 kr.**	**8.563.171 kr.**	**8.861.534 kr.**

Kilde: CSC - Scandihealth

Tabel 2 viser det gennemsnitlige bruttohonorar pr. sikrede fordelt på regioner. I Region Nordjylland var det gennemsnitlige bruttohonorar pr. sikrede i 2009 14,80 kr., hvor det nationale gennemsnit var 16,14 kr.

Tabel 2. Bruttohonorar pr. sikrede fordelt på regioner - 2009

Speciale 53 og 64	Bruttohonorar pr. sikrede
Region Nordjylland	14,80 Kr.
Region Midtjylland	16,89 Kr.
Region Syddanmark	17,90 Kr.
Region Hovedstaden	15,12 Kr.
Region Sjælland	16,00 Kr.
Nationalt gennemsnit	**16,14 Kr.**

Kilde: CSC - Scandihealth

[5] Hvis ikke andet er angivet, er alle udgifter omregnet til faste priser med 2007 som udgangspunkt. Kiropraktik har desuden den største egenbetaling fra patienterne indenfor sundhedsområdet.
[6] Speciale 53 er den "almindelige" kiropraktorhjælp for ikke-kronikere. Speciale 64 er en særlig ordning for kronisk syge patienter med kroniske lidelser i bevægeapparatet. Målgruppen omfatter patienter, som uden en særlig intensiv behandlingsindsats kan imødese længerevarende eller permanent væsentlig nedsættelse af evnen til at varetage dagligdags funktioner i og udenfor arbejde.

6.2. Ydelser og ydelsesfordeling

I Region Nordjylland blev der i 2009 produceret 177.725 kiropraktiske ydelser. I 2008 var det samlede antal producerede ydelser 180.739, hvor antallet i 2007 var 180.422 ydelser. Der er således sket et fald på 2697 producerede ydelser i perioden 2007-2009. Nedenstående tabel viser fordelingen pr. kommune for speciale 53 og 64.
I Rebild og Læsø Kommuner er der ingen kiropraktiske klinikker.

Tabel 3. Samlede antal ydelser i 2007 og 2009 i Region Nordjylland

	2007	2008	2009
Morsø Kommune	5.643	6.092	5.871
Thisted Kommune	12.686	13.593	12.113
Brønderslev Kommune	22.326	22.665	22.799
Frederikshavn Kommune	19.499	20.821	20.831
Vesthimmerland Kommune	12.482	13.494	12.416
Mariagerfjord Kommune	14.537	14.549	14.394
Jammerbugt Kommune	7.572	6.194	5.524
Aalborg Kommune	72.352	69.697	69.573
Hjørring Kommune	13.325	13.634	14.204
Læsø Kommune	0	0	0
Rebild Kommune	0	0	0
Total	**180.422**	**180.739**	**177.725**

Kilde: CSC - Scandihealth

Tabel 4 viser antallet af personer, som har modtaget kiropraktisk behandling i perioden 2007 til 2009 fordelt på de nordjyske kommuner. Fra 2007 til 2009 er der en stigning på i alt 672 personer, som modtager kiropraktisk behandling.

Tabel 4. Antal personer som har modtaget behandling i 2007-2009 i Region Nordjylland

	2007	2008	2009
Morsø Kommune	792	771	744
Thisted Kommune	2.264	2.563	2.409
Brønderslev Kommune	3.547	3.448	3.400
Frederikshavn Kommune	4.236	4.366	4.581
Vesthimmerland Kommune	2.491	2.617	2.408
Mariagerfjord Kommune	2.820	2.678	2.992
Jammerbugt Kommune	687	463	366
Aalborg Kommune	14.543	14.758	14.902
Hjørring Kommune	2.664	2.800	2.914
Læsø Kommune	0	0	0
Rebild Kommune	0	0	0
Total	**34.044**	**34.464**	**34.716**

Kilde: CSC - Scandihealth

Tabel 5 viser henholdsvis antallet af ydelser pr. sikrede samt antal ydelser pr. person for de fem regioner.
Antallet af ydelser pr. sikrede viser, hvor mange ydelser hver eneste sikrede i gennemsnit modtager, mens antallet af ydelser pr. behandlet person, viser hvor mange ydelser personer som reelt har modtaget kiropraktisk behandling i gennemsnit har modtaget i 2009.

I 2009 var det gennemsnitlige antal ydelser pr. sikrede i Region Nordjylland 0,31, mens antallet af ydelser pr. person var 5,18. Det nationale gennemsnit var henholdsvis 0,37 ydelser og 6,03 ydelser.

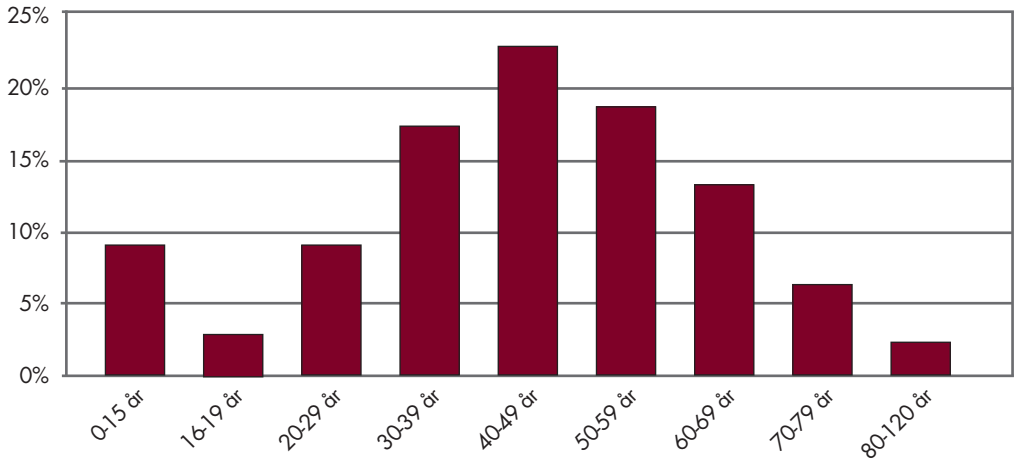
Tabel 5. Antal ydelser pr. sikrede samt pr. person i 2009

	Antal ydelser pr. sikrede	Antal ydelser pr. person i behandling
Region Nordjylland	0,31	5,18
Region Midtjylland	0,38	6,14
Region Syddanmark	0,44	6,34
Region Hovedstaden	0,35	6,66
Region Sjælland	0,37	5,83
Nationalt gennemsnit	**0,37**	**6,03**

Kilde: CSC - Scandihealth

Nedenstående figur viser det samlede forbrug af kiropraktiske ydelser fordelt på aldersgrupper. Som tabellen viser, tegner gruppen af 40-49 årige sig for det største antal kiropraktiske ydelser.

Figur 4. Det samlede forbrug (speciale 53 og 64) i Region Nordjylland fordelt på aldersgrupper - 2009



Kilde: CSC - Scandihealth

Pendlerstatistik

Nedenstående oversigter viser netto til- og afgangen af personer til kiropraktorklinikker i Region Nordjylland samt de øvrige regioner. Oversigterne viser borgerens hjemkommune samt i hvilken praksiskommune eller region, hvor der er søgt kiropraktisk behandling. Borgerne har mulighed for frit at vælge behandler, hvilket kan have betydning for, hvor borgeren geografisk søger behandling.

Som det fremgår af tabel 6, søger sikrede primært behandling i hjemkommunen eller i en umiddelbar tilstødende kommune. Som tidligere nævnt er der ingen klinikker i Rebild samt Læsø Kommune, hvorfor borgerne i disse kommuner søger kiropraktisk behandling i andre kommuner.
Det fremgår ligeledes af tabellen, at kun et relativt beskedent antal borgere fra andre regioner søger behandling hos kommuner i Region Nordjylland. Størst er indpendlingen fra Region Midtjylland.

Tabel 6. Indpendling for speciale 53 og 64 - 2009

Yder kommune	Brønderslev	Frederikshavn	Hjørring	Jammerbugt	Læsø	Mariagerfjord	Morsø	Rebild	Thisted	Vesthimmerland	Aalborg	**Total**	Region Sjælland	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Syddanmark
Brønderslev	**1.514**	115	598	335	3	5	1	28	19	2	766	**3.386**	2	9	23	6
Frederikshavn	319	**3.470**	405	66	10	3	1	8	5	1	134	**4.422**	11	61	65	23
Hjørring	96	84	**2.611**	34	0	1	0	0	0	0	51	**2.877**	8	13	20	8
Jammerbugt	20	0	9	**286**	0	0	1	3	0	2	24	**345**	2	4	13	6
Læsø	0	0	0	**0**	0	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	0
Mariagerfjord	3	0	4	6	0	**1.977**	0	468	5	63	116	**2.642**	2	6	423	11
Morsø	0	0	0	1	0	1	**562**	0	39	0	0	**603**	0	2	137	2
Rebild	0	0	0	0	0	0	0	**0**	0	0	0	**0**	0	0	0	0
Thisted	0	1	1	35	0	1	85	2	**2.197**	2	4	**2.328**	2	14	62	8
Vesthimmerland	6	7	3	314	0	158	2	468	5	**1.169**	182	**2.314**	7	13	76	7
Aalborg	1.154	147	560	1.085	28	134	4	865	0	129	10.539	**14.645**	8	49	202	37

Kilde: CSC - Scandihealth

Som tabel 7 viser, søger et forholdsvis begrænset antal borgere bosat i Region Nordjylland behandling i andre regioner. Størst er udpendlingen til Region Midtjylland, og her sker udpendlingen primært fra de nordjyske kommuner, som grænser umiddelbart op til Region Midtjylland.

Tabel 6. Indpendling for speciale 53 og 64 - 2009

Yder region	Brønderslev	Frederikshavn	Hjørring	Jammerbugt	Læsø	Mariagerfjord	Morsø	Rebild	Thisted	Vesthimmerland	Aalborg	**Total**
Region Hovedstaden	1	7	8	4	0	8	0	5	4	2	23	**62**
Region Sjælland	1	2	3		0	3	0	1	1	1	8	**20**
Region Midtjylland	10	15	26	19	2	273	68	45	107	138	116	**819**
Region Syddanmark	7	5	9	4	1	6	6	1	8	8	27	**82**

Kilde: CSC - Scandihealth

6.3. Ventetider

Som nævnt i afsnit 3.2. giver overenskomsten mulighed for at ansætte kiropraktisk medhjælp i klinikkerne. Dette betyder, at i så fald der opstår ventetid, kan kiropraktorerne ansætte den fornødne medhjælp, som er nødvendig for at afvikle ventetiden, hvilket derfor også har den betydning, at der ikke er umiddelbare vente-tidsproblemer i regionen.

6.4. Opgørelse af billeddiagnostisk kapacitet inklusive digitaliseret røntgen

Kiropraktorvirksomhed omfatter diagnostik, forebyggelse og kiropraktisk behandling af biomekaniske funktionsforstyrrelser og heraf afledte smertetilstande i rygsøjle, bækken og ekstremiteter. En kiropraktor kan i diagnostisk øjemed indenfor overenskomsten foretage røntgenundersøgelser.

Billeddiagnostik spiller således en rolle i udredningen af sygdomme i bevægeapparatet.
Den billeddiagnostiske teknologi har været inde i en rivende udvikling og har medført, at mulighederne for billeddiagnostisk udredning i dag er langt mere nuancerede end tidligere. Røntgenundersøgelse er dog fortsat den mest anvendte billeddiagnostiske modalitet i sundhedsvæsenet. Således udgør røntgenundersøgelse såvel fagligt som historisk, uddannelsesmæssigt og juridisk en væsentlig teknologi i kiropraktorers udredning af personer med sygdomme i bevægeapparatet.

I 2009 var det samlede antal røntgenydelser 5.528, mens antallet af personer som modtog røntgenydelser var 5.187 personer. I 2008 var det samlede antal ydelser 6.388 og antallet af personer som modtog ydelser var 6.146, I 2007 var antallet af ydelser 6.250, i alt 5.989 personer modtog ydelsen.
I perioden 2007-2009 har der været et fald på 722 ydelser, mens antallet af personer som modtog røntgenydelser faldt med 796 personer.

Tabel 8. Antal røntgenydelser i 2007 - 2009 i Region Nordjylland – Speciale 53 og 64

	Antal ydelser	Antal personer som modtog ydelsen	Antal ydelser pr. person
2007	6.250	5.983	1,04
2008	6.388	6.146	1,04
2009	5.528	5.187	1,07

Kilde: CSC - Scandihealth

Tabel 9. viser det gennemsnitlige antal røntgenydelser for samtlige regioner for perioden 2007-2009.

Tabel 9. Gennemsnitligt antal røntgenydelser i samtlige regioner 2007 – 2009 - Speciale 53 og 64

	Antal personer - ydelser	Antal ydelser	Antal ydelser pr. person
Region Nordjylland	17.316	18.166	1,05
Region Midtjylland	37.664	42.317	1,14
Region Syddanmark	40.125	42.868	1,07
Region Hovedstaden	51.774	55.589	1,08
Region Sjælland	27.037	27.912	1,03
Nationalt gennemsnit	**34.783**	**37.370**	**1,08**

Kilde: CSC - Scandihealth

[7] En rundringning til kiropraktorerne i regionen viser, at af 22 adspurgte klinikker, har 9 klinikker konventionel røntgenudstyr, mens 13 klinikker har digitalt røntgenudstyr. Derudover benytter 5 kiropraktorer sig af ultralydsskanning i forbindelse med diagnosticering.

Kvalitetsudvikling og –sikring er en opgave på såvel nationalt som regionalt plan. På nationalt plan er der via den centrale overenskomstmæssigt oprettede kiropraktorfond skabt grundlag for arbejdet med kvalitet og forskning, der er forankret i Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk biomekanik, ligesom der via overenskomsten er nedsat et kvalitetsudviklingsudvalg.

Kvalitetsarbejdet på regionalt niveau i Region Nordjylland på det kiropraktiske område er forankret i Samarbejdsudvalget og i praksiskonsulentordningen.

7.1. Kiropraktorfonden

Overenskomstens parter har etableret Fonden til Fremme af Kiropraktisk Forskning og Postgraduat Uddannelse med det formål at understøtte og fremme kvaliteten i det kiropraktiske virke, herunder ved bl.a. at understøtte kiropraktisk forskning, efteruddannelse og kvalitetsudvikling i kiropraktorpraksis.

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

Efter ansøgning uddeler fonden årligt ca. 1,5 mio. kr. til konkrete projekter, ligesom fonden finansierer ph.d. uddannelsesstillinger og et professorat.

7.2. NIKKB – Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik

Kiropraktorfonden har tillige til formål at etablere det fornødne økonomiske grundlag for NIKKB, der er placeret i Odense i forbindelse med Syddansk Universitet. NIKKB består af en forskningsenhed, en efteruddannelsesenhed og en røntgenenhed.

Forskningsenhedens opgave er primært epidemiologisk og klinisk forskning i områder relateret til det kiropraktiske virkeområde, mens efteruddannelsesenheden arrangerer og afvikler kurser for landets kiropraktorer.

Via røntgenenheden tilbydes røntgenkonsulentbistand til klinikker som led i opfyldelsen af røntgenbekendtgørelsen til sikring af kvaliteten i kiropraktorpraksis. Enheden er underlagt Sundhedsstyrelsen som kontrolmyndighed. Enheden har til formål at sikre, at alle kiropraktorer, der har eget røntgenanlæg, har adgang til en ansvarlig fysiker, der udfører løbende kontrol på udstyret.

7.3. Kvalitetsudviklingsudvalg

I forbindelse med indgåelse af overenskomsten af 1. april 2007 blev der af overenskomstens parter nedsat et udvalg til fremme af kvalitetsudvikling på kiropraktorområdet.

Udvalget havde til opgave, at undersøge og beskrive konsekvenserne af indførelse af den danske kvalitetsmodel på kiropraktorområdet, herunder komme med forslag til hvordan modellen kan implementeres. Endvidere havde udvalget til opgave, at udbrede kendskabet til dan danske kvalitetsmodel og kvalitetsudvikling på kiropraktorområdet. endelig skulle udvalget i overenskomstperioden komme med forslag, som kan danne grundlag for parternes beslutning om, hvorledes det videre arbejde på kvalitetsudviklingsområdet skal organiseres.

7.3.1. Pilotprojekt vedr. indikatorudvikling

Udvalget til fremme af kvalitetsudvikling på kiropraktorområdet besluttede i juni 2008, at gennemføre en kvalitetsmåling af kiropraktorpraksis som et pilotprojekt i regi af Det Nationale Indikatorprojekt (NIP).

> NIP blev etableret i 1999 i samarbejde mellem de tidligere amter, Amtsrådsforeningen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og en række faglige organisationer indenfor sundhedsområdet. NIP omhandler udvikling, afprøvning og implementering af indikatorer og standarder til vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets kerneydelser. Såvel standarder som indikatorer er beregnet til internt brug i de enkelte sundhedsinstitutioner med henblik på fortløbende kvalitetsudvikling, understøttelse af rationel dialog mellem det faglige og det ledelsesmæssige niveau samt til ekstern brug i offentligheden med formidling af information om den sundhedsfaglige kvalitet til borgere og patienter.

Projektet gennemføres via midler afsat til udvalgsarbejdet, og skal underbygge udvalgets anbefalinger i forhold til, hvorvidt man kan anbefale en national videreførelse og implementering af NIP-indikatormonitorering af kiropraktorområdet som en forberedelse af professionens akkreditering i henhold til den danske kvalitetsmodel, dels hvordan et sådant landsdækkende kiropraktorindikatorprojekt kan/bør udformes.

7.4. Praksiskonsulentordning

Med henblik på at sikre og fremme arbejdet med kvalitetsudvikling i praksissektoren i Region Nordjylland har regionen en praksiskonsulentordning. Stilling har været vakant siden udgangen af 2008, men forventes besat i foråret 2010.

Praksiskonsulentens opgave er at formidle samarbejde mellem kiropraktorerne og regionen samt mellem kiropraktorerne og den øvrige praksissektor samt sekundærsektoren. Praksiskonsulent skal endvidere arbejde for at skabe sammenhæng og koordination på tværs af faggrupper – herunder i forhold til fremmelsen af sammenhængende og effektive patientforløb.

Kerneområdet for en praksiskonsulent vil være,

- at bidrage med faglig viden på kiropraktorområdet til støtte for Regionsråd og administration,
- fungere som bindeled og medvirke til koordination mellem det kiropraktiske område og øvrige faggrupper indenfor primærsektor samt andre sektorer inden for sundhedsområdet generelt,
- være initiativtager til kvalitetsudvikling på det kiropraktiske område, herunder ved udarbejdelse og formidling af kliniske retningslinier, og
- være initiativtager og medvirkende til udvikling og sikring af sammenhængende og smidige patientforløb.

Billeddiagnostik spiller en rolle i udredning af sygdomme i bevægeapparatet. Den billeddiagnostiske teknologi har udviklet sig betydeligt, og har medført, at mulighederne for billeddiagnostisk udredning i dag er langt mere nuancerede end tidligere.

I overenskomsten fra 1. april 2007 blev der for overenskomstperioden indført en tilskudsordning med henblik på at fremme overgangen til digital røntgen.

For at sikre en mere hensigtsmæssig anvendelse og udvikling inden for billeddiagnostik i kiropraktorpraksis besluttede RLTN og DFK i forbindelse med sidste overenskomstforhandling i 2006 at nedsætte et moderni-seringsudvalg til belysning af området. Udvalgets rapport fra marts 2010 skal afleveres til overenskomstens parter, og udvalgets forslag forventes at indgå som temaer i forhandling af ny overenskomst.

8.1. Røntgen

Røntgenundersøgelse er det eneste billeddiagnostiske redskab, som er en del af de overenskomstmæssige ydelser, som kiropraktorerne i indicerede tilfælde kan tilbyde i forbindelse med diagnosticering

> Røntgen bruges primært til at visualisere knogle- og ledstrukturer. Hævelser, forkalkninger mm. i bløddele kan ligeledes påvises ved røntgenundersøgelse.
>
> Røntgen vil ofte kunne påvise medfødte knogledeformiteter, slid forandringer og ledbetændelse/infektion, forkalkninger i bløddele (sener, muskler etc.), knoglesvækkende tilstande (tumorer, knogleskørhed mm.) og en række andre tilstande, som er af betydning for kiropraktoren både i forhold til at diagnosticere smertetilstande i bevægeapparatet og i forhold til valg af behandling af de lidelser, som falder inden for kiropraktorens felt.

8.1.1. Digitaliseret røntgen

Det blev i overenskomsten af 1. april 2007 aftalt at fremme indførelsen af digitaliseret røntgen. Dette skete ud fra kvalitetsmæssige betragtninger og ud fra ønsket om at understøtte udvekslingen af røntgenoptagelser via. sundhedsdatanettet. Den digitale teknologi giver i forhold til konventionel filmbaseret røntgen en mere stabil billedkvalitet og færre fejleksponeringer, hvilket igen giver mindre dosis stråling af patienterne. Endvidere indeholder den digitale teknik muligheder for højere grad af central lagring og fildeling, hvilket yderligere kan medvirke til at nedsætte hyppigheden af anvendelsen af røntgen i forhold til den enkelte patient.

Tilskuddet blev givet med 20.000 kr. til klinikker som i overenskomstperioden påbegyndte anvendelsen af digitaliseret røntgen og et løbende årligt driftstilskud til klinikker som anvender digitaliseret røntgen.

Engangsbeløbet på de 20.000 forudsætter, at klinikken kan dokumentere, at de iværksætter digitaliseret røntgen, der opfylder de standarder, der er nødvendige for at indgå i informationsudvekslingen på dette område i sundhedsvæsenet.

Der er 14 klinikker i Region Nordjylland, som benytter digitaliseret røntgen. Heraf er 8 etableret efter indfø-relse af den overenskomstmæssigt aftalte mulighed for tilskud.

8.1.2. Central lagring af røntgenbilleder Kir-PACS

Digitale røntgenbilleder, skal på samme vis som konventionelle røntgenbilleder, opbevares sikkert og fortroligt.

Fra januar 2009 har NIKKB etableret en central billedserver, som giver mulighed for at alle kiropraktorer, der anvender digitaliseret røntgen, kan lagre deres billeder på denne server. Serveren opfylder kravene til sikkerhed og tilbyder ubegrænset lagerplads.

Systemet er koblet til det internetbaserede sundhedsdatanet, der står til rådighed for hele sundhedssektoren. Der er dermed mulighed for kommunikation og billedudveksling på tværs af sundhedsektoren. Endvidere sikres via den centrale placering på kiropraktorernes egen forskningsinstitution, at materialet kan indgå som kildemateriale til f.eks. kvalitetssikring, ligesom det kan indgå i forskningsmæssige sammenhænge.

8.2. Moderniseringsudvalget

Den teknologiske udvikling har medført langt flere og mere nuancerede billeddiagnostiske redskaber og muligheder.

På den baggrund nedsatte overenskomstparterne i medfør af overenskomsten af 1. april 2007 et moderniseringsudvalg vedrørende billeddiagnostik hos kiropraktorer, som skulle forholde sig til mulighederne for,

1. øget adgang til diagnostiske undersøgelser på sygehuse (særligt mht. MR-og CT-scanning),
2. bedre udnyttelse af røntgenfaciliteter i kiropraktorpraksis,
3. bedre udnyttelse af den nuværende røntgenkapacitet i kiropraktorpraksis, og
4. tilbyde ultralyd i kiropraktorpraksis.

Udvalgets anbefalinger indgår i forhandling af ny overenskomst og skal kort gengives i uddrag:

Ad. 1. Øget adgang til diagnostiske undersøgelser på sygehuse

Udvalget skulle konkret vurdere muligheden for at kiropraktorer får mulighed for at henvise til billeddiagnostiske undersøgelser i sekundærsektoren i form af bl.a. CT- og MR-scanning.

Specielt MR scanning spiller en stadigt større rolle i den billeddiagnostiske udredning af patienter med lidelser i bevægeapparatet, som udgør hovedparten af kiropraktorers praksis. Det var udvalgets opfattelse, at kiropraktorer har den fornødne kompetence til at vurdere indikation og agere på undersøgelsesfund i forhold til CT- og MR-scanning indenfor deres virksomhedsområde.

Der var i udvalget enighed om, at tilkendegive, at det er relevant, at kiropraktorer efter regional aftale kan få adgang til at henvise til CT- og MR-scanning i sekundærsektoren.

> **CT-scanning**
> CT-scanning er særlig velegnet til at skabe billeder af knoglestrukturer, og kan i modsæning til konventionel røntgen danne billeder i tre dimensioner, hvilket gør det muligt at visualisere tilstande som ellers kan være svære eller helt umuligt at se via røntgen. Bløddele som diskusskiver, sener, muskler, indre organer mm. kan også ses på CT-scanning og i betragtelig bedre detaljegrad end konventionel røntgen, men dog ikke i samme detaljeringsgrad som på MR-scanning.

MR-scanning
Magnetisk Resonans scanning er særlig velegnet til at visualisere bløddele såsom muskler, diskusskiver, nervevæv mm. Knoglestrukturer visualiseres ligeledes tydeligt, men med mindre kontrast end CT-scanning og røntgen. I forhold til en række bevægeapparatetslidelser, som udgør hovedparten af kiropraktorers praksis (bl.a. slidgigt, diskusprolaps, ryg-marvsforsnævring mm.) er MR-scanning den bedste modalitet. Derudover kan MR-scanning ofte på et tidligere tidspunkt end tilfældet er for de øvrige modaliteter afsløre ek-sempelvis ledbetændelser, gigtsygdomme mm. Disse tilstande præsenterer ofte smerter og symptomer af den slags, som patienter typisk kunne søge kiropraktor for.

MR-scanning er mere tidskrævende end både røntgen og CT-scanning, og kan være kontraindikeret for visse patienter, som eksempelvis patienter med pacemaker. Der er ikke nogen kendte risikofaktorer eller bivirkninger med MR-scanning som sådan, i modsætning til den ioniserende stråling, som røntgen og CT-scanning er baseret på. Kiropraktorerne undervises i MR-scanningsdiagnostik på kandidatuddannelsen og kan gøre brug af radiologiske MR-beskrivelser.

Ad. 2. Bedre udnyttelse af røntgenfaciliteter i kiropraktorpraksis

Der var enighed om, at røntgenundersøgelse fortsat vil spille en rolle i den tidligere vurdering af patienter med sygdomme i bevægeapparatet.

Der var i udvalget enighed om, at processen med at konvertere til digitalt format bør fastholdes med henblik på fuld udfasning af konventionel røntgen inden for en kortere årrække.

Udvalget fandt endvidere, at udviklingen og anvendelsen af den centrale server Kir-PACS bør understøttes, og der opstilles en målsætning om, at alle klinikker, der har digitaliseret røntgen, skal deltage. Funktionerne kan endvidere udvides til også at omfatte radiologisk supervision, og grundlaget for en kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen udredes.

Udvalget anbefaler, at overenskomsten ændres, sådan at kiropraktorer kan indgå aftale om brug af en anden kliniks røntgenanlæg, og at der i overenskomsten fastlægges kvalitets- og servicekrav for praksis der ikke har eget røntgenanlæg. Dette ud fra et ønske om at styrke fleksibiliteten i systemet samt at opnå en mere effektiv udnyttelse af klinikkernes røntgenanlæg.

Udvalget anbefaler endvidere, at der udarbejdes kliniske retningslinier for anvendelse af de billeddiagnostiske modaliteter, som der er faglig belæg for at kiropraktorer kan henvise til eller selv udføre.

Ad. 3. Bedre udnyttelse af den nuværende røntgenkapacitet i kiropraktorpraksis

En del af kommissoriet for udvalget var at undersøge mulighederne for en bedre udnyttelse af den eksisterende røntgenkapacitet i kiropraktorpraksis – ikke mindst i lyset af, at der i forbindelse med specialeplanlægningen på hospitalsniveau forventes, at der vil ske en samling af den billeddiagnostiske kapacitet på færre geografiske enheder.

I løbet af udvalgets arbejde blev Sundhedsstyrelsen anmodet om en udtalelse om muligheden for dette indenfor de nuværende lovgivningsmæssige rammer. Det er Sundhedsstyrelsens vurdering, at en patient ikke kan henvises af en anden autoriseret sundhedsperson, der ikke er kiropraktor, til udelukkende at få foretaget en røntgenundersøgelse af en kiropraktor. Derimod er der intet til hinder for, at en kiropraktor kan fortage udredning af patienter, som egen læge har anbefalet at opsøge en kiropraktor, og at der i den forbindelse foretages en relevant røntgenundersøgelse, ligesom en kiropraktor kan henvise en patient til en anden kiropraktor med henblik på røntgenundersøgelse. Udvalget har afgivet anbefalinger i overensstemmelse med dette.

Ad. 4. Muligheden for at kunne tilbyde ultralyd i kiropraktorpraksis

Det var udvalgets opfattelse, at ultralydsundersøgelse er en faglig relevant teknologi for kiropraktorer indenfor deres virksomhedsområde.

Udvalget tilkendegav endvidere, at der, såfremt ultralyd indføres som en ydelse i overenskomsten, bør opstilles kvalitetskrav, og at der bør udarbejdes kliniske retningslinier.

Ultralyd
Ultralyd er specielt velegnet til at visualisere bløddele (muskler, sener, ligamenter, blodkar, mm.). I forhold til knogler kan ultralydsscanning kun visualisere knogleoverfladen, men er i nogle situationer (f.eks. stress-fraktur) mere følsom end eksempelvis røntgen.

Ultralydsscanning er i stand til at give oplysninger om dynamiske forhold, f.eks. integriteten af muskel og senevæv under belastning/bevægelse og i nogle sammenhænge kan ultralydsscanningen påvise forandringer/skader i vævene, som ellers ikke ses ved statiske undersøgelser (f.eks. røntgen). Ultralydsscanning spiller kun en mindre rolle i udredningen af rygproblemer.

9.1. Kvalitet

Samarbejdsudvalget finder det væsentligt, at der er fokus på kvalitetsudvikling af de kiropraktiske tilbud med henblik på at borgerne til stadighed kan modtage tilbud af høj kvalitet.

Samarbejdsudvalget finder det væsentligt, at der i det regionale arbejde med kvalitetssikring arbejdes med øget sammenhæng i patientforløb, herunder i forhold til forløb på tværs af sektorer. Det anbefales derfor samtidig, at der i arbejdet med kvalitetsudvikling fokuseres på såvel kvalitet i selve behandlingen, der skal leve op til kliniske retningslinjer, best practice m.v. samt selve patientforløbet.

Samarbejdsudvalget anbefaler i den forbindelse en udvidelse af praksiskonsulentordningen fra de nuværende 4 timer månedligt til 9 timer månedligt med henblik på at styrke og målrette ordningen til at arbejde med de faglige områder, der kan bidrage til udviklingen af kvalitet og sammenhæng med det øvrige sundhedsvæsen og til arbejdet med sammenhængende og effektive patientforløb for især rygpatienter. Det gælder i forhold til såvel faglig som organisatorisk udvikling

9.2. Billeddiagnostik

Samarbejdsudvalget anbefaler, at der igangsættes en undersøgelse af om, det vil være hensigtsmæssigt at skabe mulighed for at kiropraktorer gives henvisningsadgang for så vidt angår CT- og MR-scanning i overensstemmelse med anbefalingerne fra Moderniseringsudvalget. I vurderingen skal indgå, om det ud fra økonomiske og kapacitetsmæssige betragtninger vil være muligt. Det forudsættes her, at alment praktiserende læger gives samme mulighed.

9.3. Kapacitet

I lyset af ydernummerindehaveres mulighed for frit at ansætte kiropraktorer findes den nuværende kapacitet for passende.

I henhold til overenskomsten skal samarbejdsudvalget hvert år afgive indstilling til regionen vedrørende den kiropraktiske behandlingskapacitet i regionen.

Samarbejdsudvalget anbefaler, at der ved etablering af sundheds- og behandlerhuse hvor det er muligt indtænkes kiropraktorpraksis.

Praksisplan for Kiropraktorer

Udgivet af

Region Nordjylland
Niels Bohrs Vej 30
9220 Aalborg Ø
9535 1000

www.rn.dk

September 2011

Læs mere om Region Nordjylland på på www.rn.dk

REGION NORDJYLLAND