

Koncern Praksis

Høringsudkast

PRAKSISPLAN FOR KIROPRAKTIK 2013-2016

November 2012

REGION

Indledning.....	4
Baggrund.....	4
Rammer for praksisplanen	4
1. Del 1 - Kapacitetsplan.....	6
Indledning.....	6
Kiropraktorkapacitetens omfang og geografiske fordeling.....	7
Praksisstruktur.....	9
Tilgængelighed.....	10
2. Del 2 - Udviklingsplan.....	12
Indledning.....	12
Samarbejde med øvrige dele af sundhedsvæsenet.....	12
Samarbejde med den øvrige praksissektor.....	12
Samarbejde med kommunerne.....	14
Samarbejde med hospitaler	14
Kvalitetsudvikling i kiropraktorpraksis	16
Kvalitetsudvikling i klinikkerne.....	16
It i klinikkerne.....	17
Patientsikkerhed	19
Forskning	19
Særligt vedr. praksiskonsulentordningen for kiropraktik.....	20
Bilag 1.....	21
Bilag 2.....	23
Bilag 3.....	24
Bilag 4.....	28
Bilag 5.....	32

Indledning

Baggrund

I henhold til den seneste Landsoverenskomst for Kiropraktik, der trådte i kraft pr. 1. oktober 2010, skal samarbejdsudvalget til regionens godkendelse udarbejde en samlet planlægning af den kiropraktiske behandling i regionen, således at det kiropraktiske behandlingstilbud kan indgå i den øvrige sundhedsplanlægning i regionen.

I modsætning til praksisplanerne vedr. almen praksis, speciallægepraksis og fysioterapi er det ikke direkte fastsat i kiropraktoroverenskomsten, at planen skal revideres hvert 4. år. Det findes imidlertid hensigtsmæssigt, at samtlige praksisplaner følger samme planperiode af hensyn til samordning og udvikling af sundhedssektoren.

Indgåelse af den nye landsoverenskomst indebærer, at der er lagt en række væsentlige udviklingsspor, der har betydning for planlægningen.

Et gennemgående tema i regionens første praksisplan var at skabe rammerne for en vurdering af de generelle kapacitetsforhold indenfor kiropraktik. På baggrund af den første praksisplan, blev der udarbejdet en kapacitetsplan for kiropraktik (godkendt i Regionsrådet i august 2009). Herudover var væsentlige temaer i den første praksisplan øget samarbejde mellem kiropraktorerne og det øvrige sundhedsvæsen samt sikring af rammerne for kvalitetsudvikling i kiropraktorpraksis.

Rammer for praksisplanen

Planens grundlag

Den nye praksisplan lægger vægt på fortsat opfølgning på de væsentligste af de udviklingstiltag, der fremgår af den nye overenskomst, som trådte i kraft pr. 1. oktober 2010. Derudover viderefører planen relevante elementer fra Praksisplan for Kiropraktik 2008-2011.

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

- Udvikling af en fremtidssikret praksisstruktur
- Muligheder for integration med det øvrige sundhedsvæsen
- Tidssvarende udvikling af it-anvendelsen i kiropraktorpraksis

- Fortsat fokus på kvalitetsudvikling

Som grundlag for planarbejdet er der udarbejdet en status for implementering af Praksisplan for Kiropraktik 2008-2011.

Derudover er der udarbejdet en grundbeskrivelse af kiropraktorpraksis i Region Hovedstaden. Grundbeskrivelsen indeholder nødvendige faktuelle og statistiske oplysninger til at underbygge praksisplanen. Grundbeskrivelsen er vedlagt som bilag.

Planens afgrænsning

Praksisplanen er opdelt i en kapacitets- og udviklingsdel. Praksisplanen skal således være et rammepapir, som indeholder beskrivelser og målsætninger for:

- kapaciteten
- samarbejde med øvrige dele af sundhedsvæsenet
- kvalitetsudvikling af tilbuddet om kiropraktik

I løbet af planperioden udarbejdes årlige implementeringsplaner med indholdsmæssig reference til praksisplanen. Implementeringsplanerne skal beskrive, hvordan en given målsætning tænkes indfriet samt beskrive arbejdsfordeling og ansvarsforhold i implementeringsdelen.

Planens udarbejdelse

Praksisplanen vedr. kiropraktik er udarbejdet af samarbejdsudvalget vedr. kiropraktorområdet. Under samarbejdsudvalget har der været nedsat en styregruppe for praksisplanarbejdet, som har bestået af:

2 repræsentanter for Kiropraktorkredsforeningen i Region Hovedstaden
(kiropraktor Jørn Eichhorn og kiropraktor Poul Ejby Rasmussen)
2 repræsentanter for regionsadministrationen

Styregruppen er blevet sekretariatsbetjent af regionsadministrationen.

Praksiskonsulenterne for kiropraktik har indgået som ressourcepersoner, navnlig ved udarbejdelse af udviklingsdelen til planen.

1. Del 1 - Kapacitetsplan

Praksisplanen opstiller målsætninger på følgende områder:

- kiropaktorkapacitetens samlede omfang
- kiropaktorkapacitetens fordeling på geografiske områder og hensyn til social ulighed i sundhed
- praksisstruktur
- kiropaktorkapacitetens fysiske, telefoniske og elektroniske tilgængelighed

Indledning

Overenskomsten for kiropaktik bygger på den forudsætning, at regionen fastlægger den samlede kapacitet inklusiv fordeling efter indstilling fra samarbejdsudvalget.

I kiropaktoroverenskomsten er der ikke indført samme udbyggede planlægnings- og styringsinstrumenter, som kendes fra andre ydergrupper inden for praksissektoren. Kiropaktorer med ydernummer for sygesikringen kan frit ansætte assistenter og tilknytte turnuskandidater. Ligeledes har kiropaktorer som hovedregel adgang til frit at flytte eller overtage praksis og til at oprette og opløse praksis i diverse selskabsformer. Geografisk bundne kapaciteter kan dog kun flytte efter regionens godkendelse.

Overenskomstens bestemmelser vedrørende praksisplanlægning, nynedsættelser i praksis og flytning af praksis er gengivet i nedenstående boks.

Kiropaktoroverenskomstens planlægningsbestemmelser

Bestemmelser vedr. praksisplanlægning

§26, stk. 1: Samarbejdsudvalget udarbejder til regionens godkendelse en samlet planlægning af den kiropraktiske behandling i regionen, således at det kiropraktiske behandlingstilbud kan indgå i den øvrige sundhedsplanlægning i regionen.

Bestemmelser vedr. nynedsættelse og kapacitetsvurdering

§ 10, stk. 1. Ved nynedsættelse som kiropaktor forstås 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.

§ 10, stk. 2. Nynedsættelser kan finde sted i overensstemmelse med en af regionen godkendt praksisplan, på baggrund af regionens beslutning efter stk. 3 og på baggrund af en konkret ansøgning fra en kiropaktor. Nynedsættelser i

overensstemmelse med kiropraktorplanen eller på baggrund af regionens beslutning efter 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.

§ 10, stk. 3. Regionen vurderer årligt den kiropraktiske behandlingskapacitet og træffer beslutning om nynedsættelser. Vurderingen foretages på grundlag af en indstilling fra samarbejdsudvalget.

§ 10, stk. 4. Regionerne orienterer hvert år inden den 31-12 landssamarbejdsudvalget om besluttede nynedsættelser

PROTOKOLLAT TIL § 11: Ovennævnte regler 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 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.

§26, stk. 1: Samarbejdsudvalget behandler konkrete ansøgninger om nynedsættelser.

§26, stk. 2: Samarbejdsudvalget afgiver indstilling til regionen om, hvilken kiropraktor der kan få tilladelse til at tiltræde overenskomsten, og om nynedsættelser skal ske i form af udvidelse af eksisterende praksis og om nynedsættelser efter konkret ansøgning herom, jf. § 10, stk. 1 og stk. 2.

Såfremt den årlige kapacitetsvurdering giver anledning til frigivelse af nye ydernumre, skal placeringen vurderes under hensyntagen til patientgrundlag og regionens ønske til en ligelig geografisk dækning. Hertil kommer hensynet til at tilgodese en hensigtsmæssig praksisstruktur (praksisfællesskaber), geografiske mønstre i søgningen til kiropraktorer samt forekomsten af bevægeapparatslidelser i befolkningen.

Kiropraktorkapacitetens omfang og geografiske fordeling

Målsætning: Region Hovedstaden vil i den løbende vurdering af kiropraktorkapaciteten tage udgangspunkt i en samlet vurdering af behovet for kiropraktisk kapacitet i det regionale sundhedsvæsen.

Målsætningen implementeres således:

- Der skal hvert år i forbindelse med samarbejdsudvalgets indstilling til regionen vedr. den kiropraktiske behandlingskapacitet indgå en samlet vurdering af behovet for kiropraktisk kapacitet, herunder et evt. behov afledt af forløbsprogrammer mv.

Status/udviklingslinjer:

Som opfølgning på Praksisplan for Kiropraktik 2008-2011 vedtog Regionsrådet i august 2009 Kapacitetsplan for Kiropraktik. Kapacitetsplanen betød, at kapaciteten i Region Hovedstaden blev bragt på niveau med landsgennemsnittet.

Region Hovedstaden vil i den løbende vurdering af kiropraktorkapaciteten fremover tage udgangspunkt i en samlet vurdering af behovet for kiropraktisk

kapacitet. Denne vurdering omfatter bl.a. forekomst af bevægeapparatslidelser, kiropraktorerne evt. andel i patientforløbsprogrammer, ventetid samt udvikling i ydelsesproduktion og –forbrug.

Målsætning: Den kiropraktiske behandlerkapacitet er så vidt muligt fordelt ligeligt geografisk på regionens planområder

Målsætningen implementeres således:

- Ved opslag af eventuelle nye kapaciteter skal der lægges vægt på hensynet til en ligelig geografisk dækning i regionen. Herunder skal fordelingen af ny kapacitet tage højde for forskelle i forekomsten af bevægeapparatslidelser (ryglidelser)

Status/udviklingslinjer:

Alle borgere i Region Hovedstaden skal have mulighed for at få behandling hos en kiropraktor i deres nærområde.

Med vedtagelsen af kapacitetsplanen i august 2009 blev der skabt en mere ligelig geografisk fordeling af den samlede behandlerkapacitet. Bevægelsen hen imod øget lighed i kapacitet ønskes forstærket. Der er i bilag 3 til praksisplanen redegjort for den aktuelle geografiske fordeling af behandlerkapaciteten samt den forventede befolkningsudviklings betydning for den geografiske dækning.

Behandlerkapaciteten fordelt på planområder er som følger pr. 1. januar 2012:

Planområder	Indbyggertal pr. 01.01.2012	Antal kiropraktorer tilmeldt overenskomsten	Antal indbyggere pr. kiropraktor- kapacitet
Område NORD	313.198	19	16.484
Område MIDT	436.188	22	19.826
Område BYEN	426.246	24	17.760
Område SYD	491.811	22	22.355
Bornholms hospital	41.402	2	20.701
Region Hovedstaden i alt	1.708.845	89	19.201

Ved stillingtagen til placering af eventuelle nye kapaciteter skal dækningen vurderes i forhold til fordeling af kiropraktisk kapacitet, dels i de fire planområder (se bilag 3), dels i de enkelte kommuner.

Det indgår som en generel hovedmålsætning i sundhedsplanlægningen i Region Hovedstaden, at social ulighed i sundhed skal modvirkes. Derfor skal

sundhedsprofilens¹ oplysninger også indgå, når der konkret skal tages stilling til placering af nye og geografisk bundne kiropraktorkapaciteter. Region Hovedstadens sundhedsprofil 2010 viser på forskellig vis, hvordan forekomsten af rygsygdomme fordeler sig såvel geografisk som i forhold til køn, alder, uddannelse og indkomst.

Når forbruget af kiropraktiske ydelser i regionens forskellige områder sammenholdes med data fra sundhedsprofilen, er det tydeligt, at forbruget ikke afspejler udbredelsen af ryglidelser (jf. bilag 5). I de områder, hvor der typisk er flest problemer med rygsygdomme, er der færrest, der opsøger en kiropraktor. Årsagen hertil kendes ikke. En mulig forklaring kan være, at kiropraktorerne er det overenskomstområde, der har den højeste egenbetaling.

En geografisk mere ligelig fordeling af den kiropraktiske behandlerkapacitet kan være en del af løsningen på dette problem.

Kiropraktorerne er enige i regionens målsætning om, at den kiropraktiske behandlerkapacitet så vidt muligt skal fordeles ligeligt geografisk på regionens planområder og ved sin placering skal medvirke til at begrænse social ulighed i sundhed. Ifølge kiropraktorsiden kan disse principper imidlertid ikke stå alene, men må i en konkret situation om besættelse af evt. nye ydernumre afvejes mod kiropraktorerens ønsker til fri nedsættelsesret i henhold til overenskomsten.

Praksisstruktur

Målsætning: Praktiserende kiropraktorer praktiserer fortrinsvis i praksisfællesskaber med andre praktiserende kiropraktorer og øvrige ydergrupper inden for praksissektoren, og således at der tages hensyn til andre lokale sundhedstilbud i det samlede sundhedsvæsen

Målsætningen implementeres således:

- Anvende metoder og erfaringer fra det to-årige projekt om fremme af praksisfællesskaber med henblik på fortsat at understøtte etableringen af praksisfællesskaber.
- Ved tildeling af nye ydernumre lægges der vægt på, at kiropraktorerne praktiserer i fællesskab med andre ydere

Status/udviklingslinjer:

Kapacitetsplanen for kiropraktik fra 2009 afdækkede kiropraktorerens ønsker til klinikkernes fysiske rammer, dvs. indretning, placering og samarbejde med øvrige sundhedsydere. Det fremgik af undersøgelsen, at ca. en tredjedel af de kiropraktiske klinikker indgår i lokalefællesskaber med andre ydere. Et stort flertal af de klinikker (62 %), som ikke indgik i lokalefællesskab med andre ydere, havde ønske om praksisfællesskaber. Hertil kommer, at en

¹ Sundhedsprofilernes data vedr. bevægeapparatslidelser omfatter en række forskellige sygdomme eller lidelser, hvoraf de mest udbredte er rygsygdomme, gigtsygdomme, knogleskørhed og "museskader". Der er i det følgende og i bilagsdelen taget udgangspunkt i ryglidelser, som er den hyppigst forekommende diagnose i kiropraktorpraksis. Det bemærkes, at kiropraktorer også behandler for andre lidelser i bevægeapparatet, herunder nakke- og skulderlidelser.

mindre del af de klinikker, der allerede delte lokaler med andre ydere, havde ønske om at indgå i større lokalefællesskaber.

Et praksisfællesskab forstås som flere ydere inden for praksissektoren, der går sammen i et fællesskab, gerne på tværs af faggrupper. Fællesskabet kan tillige omfatte kommunale sundhedstilbud og evt. med inddragelse af det sekundære sundhedsvæsen. Det er forventningen, at etablering af praksisfællesskaber vil indebære en fordel i relation til at udnytte fælles faciliteter, der bl.a. kan omfatte elementer som adgang til moderne udstyr (f.eks. digitaliseret røntgenudstyr) samt medvirke til etablering af stærke faglige miljøer, der kan sikre faglig videreuddannelse og tværfaglige samarbejdsrelationer.

Regionen har i 2011-2013 i en to-årig projektperiode ansat en konsulent til at fremme praksisfællesskaber. Projektet har bidraget til, at der findes en fast og systematisk ramme for rådgivning af ydere fra praksissektoren, der løbende henvender sig til regionsadministrationen med ønske om at ændre i deres nuværende ejerskabs- og/eller praksisform.

Arbejdet med etablering af praksisfællesskaber og den regionale kapacitetsplanlægning i form af den geografiske placering af evt. nye kapaciteter samt løbende afgørelser af samarbejdsudvalgssager om kapacitetsforhold, f.eks. flytninger, skal bl.a. inddrage lokale strategier og planlægning vedr. de lokale sundhedstilbud.

Tilgængelighed

Målsætning: Kiropraktorklinikker er tilgængelige for handicappede og patienterne skal have kendskab til den fysiske tilgængelighed

Målsætningen implementeres således:

- Handicaptilgængelighed skal prioriteres som et væsentligt element i samarbejdsudvalgsafgørelser om flytning og nynedsættelse af praktiserende kiropraktorer
- Samarbejdsudvalget skal løbende monitorere udviklingen i andelen af kiropraktorpraksis med handicapvenlig adgang.
- Det dokumenteres ved afslutningen af planperioden, om en øget andel af kiropraktorklinikkerne har handicapegnede adgangsforhold, jf. bygningslovgivningen.
- Praksisdeklarationen opdateres med klinikinformation om handicaptilgængelighed

Status/udviklingslinjer:

Tilgængelighed opdeles typisk i telefonisk, elektronisk og fysisk tilgængelighed. Den elektroniske tilgængelighed behandles i planens udviklingsdel.

Vedr. den fysiske tilgængelighed er kravene til handicapegnede adgangsforhold blevet skærpede i den nye kiropraktoroverenskomst. Af overenskomstens § 14, stk. 1, skal praksis ved nybygning, flytning og væsentlig ombygning sørge for, at lokalerne er i overensstemmelse med

byggelovgivningens regler, således at der etableres niveaufri adgang og indrettes handicaptoilet.

Kiropraktorerne skal endvidere på deres 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.

Spørgeskemaundersøgelsen fra 2009 viste vedr. tilgængeligheden for handicappede, at næsten 50 % af klinikkerne ikke er tilgængelige for handicappede brugere. Når det gælder adgang til toilet egnet for kørestolsbrugere, er det en endnu større andel, nemlig 68 %, der angiver, at de ikke kan opfylde dette krav.

Der skal derfor fortsat være fokus på tilgængelighed i den kommende planperiode med gennemførelse af de nævnte initiativer.

2. Del 2 - Udviklingsplan

Indledning

Udviklingsdelen til planen indeholder 2 hovedafsnit:

- Samarbejde og samordning med øvrige dele af sundhedsvæsenet
- Kvalitetsudvikling i kiropaktorpraksis

Hovedmålsætningen er en videreførelse og styrkelse af integrationen mellem kiropaktorpraksis og det øvrige sundhedsvæsen. Dette indebærer bl.a., at kiropaktorklinikkerne fortsat udviser fleksibilitet og byder konkret ind med deres kompetencer ved løsning af sundhedsvæsnets opgaver.

Overenskomsten for kiropaktik indeholder bestemmelse om, at kvalitetsarbejdet skal foregå i regi af Den Danske Kvalitetsmodel. Dette vil indebære forventninger til klinikkerne om efterlevelse af kliniske retningslinjer. Hertil kommer krav til kommunikation samt udbygning af service og it-anvendelse.

Samarbejde med øvrige dele af sundhedsvæsenet

Samarbejde med den øvrige praksissektor

Målsætning: Kiropaktorernes faglige/behandlingsmæssige integration med den øvrige del af praksissektoren videreføres og udbygges i den kommende planperiode

Målsætningen implementeres således:

- De involverede faggrupper i praksissektoren skal med praksiskonsulenterne for kiropaktik som initiativtagere være i løbende konstruktiv dialog dels om konkrete patientforløb, dels om mere overordnede udviklingsfelter på området.
- Der bør i denne forbindelse ske en tværfaglig udveksling af viden i form af erfaringer, læring, evidens mv.

Status/udviklingslinjer:

I den første praksisplan for kiropaktik var målet at skabe rammerne for, at kiropaktorerne i højere grad kunne blive en aktiv medspiller sammen med praksissektorens andre aktører og dermed i større omfang blive integreret i det øvrige sundhedsvæsen. Blandt andet er kiropaktorpraksis blevet

inddraget som en del af patientforløbsprogrammet for lænderyglidelser. Endvidere har regionen etableret en praksiskonsulentordning med det formål at øge samarbejdet med øvrige relevante sundhedsfaglige grupper.

Kiropraktorerne kompetenceområde har i et vist omfang overlap med andre sundhedsfaggrupper, der beskæftiger sig med lidelser i bevægeapparatet. Det drejer sig om almen praksis, fysioterapeuter samt inden for speciallægepraksissektoren de praktiserende speciallæger i ortopædkirurgi, reumatologi, neurologi og til dels radiologi.

Ideelt set bør samspillet mellem de forskellige faggrupper udbygges med henblik på at udnytte aktørernes forskellige uddannelsesmæssige og erfaringsmæssige niveau optimalt

Dialog med speciallægepraksis:

I et samarbejde mellem regionsadministrationen og kiropraktorkonsulenterne vil der blive taget initiativ til en dialog med relevante specialer inden for speciallægepraksis. Målet er på baggrund af en konstruktiv dialog og en fælles forståelse af fælles patientforløb at definere rammerne for et fremtidigt samarbejde.

Dialog med almen praksis:

Særligt i forhold til almen praksis må der forventes en udbygning af samarbejdet i forbindelse med gennemførelse af forløbsprogram for lænderyglidelser. Faglige repræsentanter for kiropraktorerne inddrages i arbejdet med implementering af forløbsprogrammet, efter det er endeligt besluttet primo 2012.

Forløbsprogrammet for lænderyglidelser

Forløbsprogrammet for lænderyglidelser omfatter patienter med nyopståede lænderygsmærter og har til formål at *undgå*, at sygdommen bliver kronisk for disse borgere. Det skal ske ved at igangsætte en tidlig indsats, og programmet indeholder derfor en konkret patientforløbsbeskrivelse med beskrivelse af et 3 måneders udrednings- og behandlingsforløb i forhold til patienter med nyopståede lændesmerter. Programmet har desuden et særligt fokus på tilknytningen til arbejdsmarkedet, rettidig afklaring og evt. rehabilitering samt arbejdsfastholdelse.

I programmet er der lagt vægt på bl.a. at inddrage de praktiserende kiropraktorer, da de varetager mange af indsatserne ved lænderyglidelser.

Praktiserende kiropraktorer kan selvstændigt varetage forløbsprogrammet i praksissektoren både for patienter, som selv henvender sig og for patienter, som henvises fra praktiserende læge. Farmakologisk smertebehandling og henvisning til reumatologisk afdeling foregår via den praktiserende læge.

Praktiserende kiropraktorer yder manuel behandling og øvelsesterapi til patienter i forløbsprogrammet, som henvises fra praktiserende læge eller praktiserende speciallæge i reumatologi.

Da mange rygpatienter henvender sig direkte til praktiserende kiropraktor uden at have været hos egen læge, er det væsentligt, at kiropraktorerne forpligter sig til at følge lænderygforløbsprogrammet i forhold til både indhold og tidsfrister. Forløbsprogrammets retningslinjer skal derfor fagligt forankres i de enkelte kiropraktorklinikker gennem en intensiv implementeringsindsats under medvirken af praksiskonsulenterne for kiropraktik.

Samarbejde med kommunerne

Målsætning: Der tages initiativ til en dialog med kommunerne med henblik på at definere rammerne for et fremtidigt samarbejde inden for relevante behandlingsområder

Målsætningen implementeres således:

- Der vil med deltagelse af praksiskonsulenterne for kiropraktik blive taget initiativ til dialog med kommunerne. Dialogen skal afdække konkrete ideer til og barrierer for et forpligtende samarbejde inden for relevante områder såsom forebyggelse målrettet udvalgte diagnosegrupper, rehabilitering og arbejdsfastholdelse

Status/udviklingslinjer:

I forbindelse med strukturreformen er kommunernes opgaver på sundhedsområdet blevet tydeliggjort, og der er opstået et øget behov for større fokus på kommunikation og samarbejde på tværs af sundhedsvæsnets sektorer.

Navnlig for rygpatienter er der tale om et vanskeligt og komplekst sygdomsområde med en række særlige problemstillinger. For en del af disse patienters vedkommende må det konstateres, at lidelsen er kronisk, hvilket stiller krav om andre indsatsområder end patientbehandling, f.eks. arbejdsfastholdelsesindsats eller indsats for at få patienten tilbage på arbejdsmarkedet.

Patienter med ryglaterede lidelser har typisk første kontakt til sundhedsvæsenet hos patientens alment praktiserende læge (ca. 2/3) eller hos en kiropraktor (ca. 1/3). I relation til patientvolumen er kiropraktorerne samarbejdsrelationer i forhold til kommunerne, når det gælder denne patientgruppe, derfor af væsentlig betydning. Det samme er tilfældet, når det gælder en række øvrige diagnosegrupper inden for kiropraktorerne behandlingsvirksomhed.

Samarbejde med hospitaler

Udveksling af røntgenoptagelser:

Målsætning: Inden for røntgendiagnostik tilstræbes der udarbejdet formelle samarbejdsaftaler sektorerne imellem, således at dobbeltundersøgelser minimeres, og udveksling af billeder fremmes med henblik på, at patienternes forløb forkortes og effektiviseres

Målsætningen implementeres således:

- Det klarlægges, hvor mange kiropraktorer i regionen, der har digital røntgen, og hvilke der benytter KirPACS
- Dialog med de radiologiske afdelinger om muligheden for rekvirering og anvendelse af kiropraktorerers røntgenoptagelser
- Undersøge muligheder for, at kiropraktorerers røntgenbeskrivelser kan lægges til grund ved patientens henvisning til hospital, således at dobbeltundersøgelser i videst muligt omfang undgås

Status/udviklingslinjer:

Røntgenundersøgelser er en integreret del af de ydelser, som kiropraktorerne stiller til rådighed for patienterne i forbindelse med kiropraktorerens diagnostiske virksomhed.

Kiropraktorerens centrale billedserver, KirPACS, giver mulighed for, at alle kiropraktorer, der anvender digitaliseret røntgen, kan lagre deres billeder på denne server. Serveren er koblet til det internetbaserede sundhedsdatanet, der står til rådighed for hele sundhedssektoren. Der er dermed mulighed for kommunikation og billedudveksling på tværs af sundhedssektoren.

En stadig stigende andel af kiropraktorer i Region Hovedstaden benytter digital røntgen. Hovedparten af kiropraktorerne er tilknyttet den fælles billedserver. Dette åbner mulighed for, at flere sundhedsfaglige personer og hospitaler kan få adgang til røntgenoptagelser udført i kiropraktorpraksis. Via den fælles server kan røntgenafdelingerne have fuldt overblik over undersøgelser foretaget hos kiropraktorer. Hermed er der principielt tilvejebragt en mulighed for at undgå dobbeltundersøgelser.

Der foreslås indledt en dialog med de radiologiske afdelinger om muligheder for at forbedre samarbejde mellem hospitalernes billeddiagnostiske afdelinger og kiropraktorklinikker med henblik på gensidig udnyttelse af de udførte røntgenoptagelser.

Udvidet henvisningsadgang til hospitalerne

Målsætning: Der gennemføres i planperioden et forsøgsprojekt vedr. kiropraktorerers direkte henvisningsret til reumatologisk afdeling på Glostrup Hospital

Målsætningen implementeres således:

- Der udarbejdes forslag til projektbeskrivelse, der i indicerede tilfælde giver kiropraktorerne ret til henvisning til hospitalsafdeling svarende til kriterierne i forløbsprogrammet for lænderyglidelser

Status/udviklingslinjer:

Patienternes gang gennem systemet skal være så smidig som muligt. I forlængelse af forløbsprogrammet for lænderyglidelser undersøges muligheden for at gennemføre et afgrænset udviklingsprojekt for kiropraktorer med mulighed for direkte henvisning efter de henvisningskriterier, der fremgår af forløbsprogrammet. Projektet kan

omfatte dels henvisning til reumatologisk afdeling på Glostrup Hospital, dels henvisning til relevant CT/MR-scanning.

Henvisningen ville i givet fald skulle ske under hensyntagen til kapacitet og ressourceanvendelse i praksis- og hospitalssektor, sammenhæng i patientforløbet, og således at den praktiserende læges tovholderrolle i forhold til den enkelte patient bevares.

Et evt. projekt skal evalueres med henblik på at vurdere, om det gavner det samlede patientforløb, hvis praktiserende kiropraktorer i regionen kan henvise patienter direkte til relevante tilbud inden for hospitalsvæsenet. Evalueringen skal omfatte både faglig og patientoplevet kvalitet samt kapacitetsmæssig og økonomisk effektivitet.

Kvalitetsudvikling i kiropraktorpraksis

Kvalitetsudvikling i klinikkerne

Målsætning: Landsdækkende initiativer til kvalitetsudvikling i klinikkerne, aftalt mellem landsoverenskomstens parter, skal implementeres i løbet af planperioden, herunder det såkaldte projekt NIP kiropraktik, retningslinjer for anvendelse af de billeddiagnostiske modaliteter i kiropraktorpraksis samt evt. øvrige kvalitetsinitiativer

Målsætningen implementeres således:

- Arbejdet med de i overenskomsten aftalte initiativer til udvikling af kvaliteten i klinikkerne følges med henblik på at sikre, at der kan ske en regional implementering, når udmelding fra overenskomstens parter foreligger

Status/udviklingslinjer:

Projekt NIP kiropraktik:

Som samlende ramme for strategien om kvalitetsudvikling står Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Det følger af DDKM, at behandlerne systematisk skal arbejde med den sundhedsfaglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet. Kiropraktorerne skal udvikle faglige standarder og kliniske retningslinjer for at sikre kvaliteten i behandlingen af patienterne.

Arbejdet med at integrere kiropraktorerne i den danske kvalitetsmodel tager bl.a. afsæt i et pilotprojekt, der har udviklet og afprøvet indikatorer og standarder for behandlingen af patienter med lænderygproblemer i regi af Det Nationale Indikatorprojekt, NIP. Resultatet af pilotprojektet viser, at NIP-metoden er anvendelig, at det er muligt at udvikle et brugbart indikatorsæt, og at indikatorerne vil kunne implementeres i klinisk praksis.

Danske Regioner og Dansk Kiropraktorforening ønsker på baggrund af erfaringerne fra pilotprojektet (fase 1) at gennemføre indikatorprojektet blandt en større kreds af klinikker (fase 2). Gennemførelse af projektet har følgende hovedformål:

- Med fase 2 forventer parterne at påbegynde etablering af en mere permanent kvalitetsudviklingsaktivitet blandt en større kreds af kiropraktorer
- Fase 2 skal skabe opmærksomhed om og interesse for databaseret kvalitetsudvikling, således at udviklingen hen imod fælles kvalitetsstandarder for kiropraktorklinikker sker gennem registrering og opsamling af data, databearbejdning og feedback til den enkelte kiropraktor

Når projektets fase 2 bliver iværksat i løbet af 2012, forventes der at blive tale om et omfattende implementeringsarbejde, der forudsætter inddragelse af praksiskonsulenterne for kiropraktik.

Andre kvalitetsudviklingsinitiativer har været drøftet mellem landsoverenskomstens parter, men disse initiativer er ikke nået til et konkret planlægningsstadium.

Administrationen og praksiskonsulenterne for kiropraktik vil løbende arbejde med implementering af ny viden f.eks. kliniske retningslinjer udarbejdet af Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik, således at regionens kiropraktorer kan besidde nyeste viden på området og derved højne kvaliteten af arbejdet på klinikkerne.

Kliniske retningslinjer for billedoptagelser:

Med baggrund i kiropraktoroverenskomsten er der på landsplan nedsat et udvalg bl.a. med deltagelse af Dansk Radiologisk Selskab, der har til formål at udvikle kliniske retningslinjer for ultralyd, røntgen, CT og MR-scanninger.

Behovet for billeddiagnostiske undersøgelser indgår i de konkrete patientforløbsbeskrivelser, der udarbejdes regionalt. Brug af røntgen og ultralyd i kiropraktorpraksis bør alene foregå med baggrund i kliniske retningslinjer, og den faglige kvalitet bør desuden understøttes af tidssvarende udstyr og efteruddannelse.

For øjeblikket er der ikke konsensus blandt de praktiserende kiropraktorer om anvendelsen af røntgenbilleder, idet antallet af røntgenydelser kan variere betydeligt mellem de enkelte praksis. Anvendelse af røntgen i kiropraktorklinikker og anvendelse af de øvrige billeddiagnostiske modaliteter bør følge de retningslinjer, der kommer fra det landsdækkende udvalg. Det anbefales derfor, at retningslinjerne implementeres regionalt i de enkelte klinikker under inddragelse af praksiskonsulenterne for kiropraktik. Målet er at sikre, at brugen af røntgenoptagelser i kiropraktorpraksis er i overensstemmelse med de kliniske retningslinjer.

It i klinikkerne

Målsætning: Implementering af overenskomstmæssige aftaler på it-området og fortsat videre udvikling af it-løsninger, der fremmer kommunikation og kvalitetsudvikling

Målsætningen implementeres således:

- Sikre at alle regionens kiropaktorer opfylder overenskomstens krav til it gennem at videreføre og udbygge samarbejdet mellem datakonsulenter og praksiskonsulenter
- Implementere anbefalinger vedrørende en kommende henvisningsplatform mellem regionerne, PLO og DKF
- Undersøge muligheder for, at kiropaktorer i praksis kan diagnosekode patientforløb, hvilket kunne give mulighed for datafangst

Status/udviklingslinjer:

I lighed med de øvrige områder inden for praksissektoren har it-udviklingen en stadig større betydning i de kiropaktiske klinikker. It er med til at understøtte og forbedre relevant kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen, men er også afgørende for effektivitet og kvalitet i klinikkerne i relation til intern arbejdstilrettelæggelse. Endelig er it også vigtig for den enkelte patient i forhold til f.eks. muligheden for elektronisk tidsbestilling samt i forbindelse med valg af kiropaktor.

Overenskomsten for kiropaktorpraksis omfatter en række it-krav, herunder:

- elektronisk praksisdeklaration på sundhed.dk.
- elektronisk journalføring (senest den 1. oktober 2013)
- it-system, der håndterer godkendte MEDcom standarder for elektronisk kommunikation i sundhedsvæsenet (senest den 1. oktober 2013).

Implementering af disse målsætninger samt løsningen af andre relevante problemstillinger vedr. anvendelsen af it i praksis har medført et øget behov for samarbejde mellem regionens datakonsulentfunktion og kiropaktorkonsulenterne.

I planperioden vil der bl.a. være fokus på følgende tiltag på it-området.

- Med henblik på at opfylde overenskomstens krav til it vil praksiskonsulenterne fortsat samarbejde med datakonsulenterne om at få opfyldt samtlige de overenskomstmæssigt aftalte it-tiltag. Alle kiropaktorklinikker skal således tilknyttes et lokationsnummer.
- Praksiskonsulenter og datakonsulenter vil arbejde for at implementere overenskomstens målsætning om, at kiropaktorerne tilbyder patienterne elektronisk kommunikation og tidsbestilling.
- Mulighederne for elektronisk kommunikation mellem patientens praktiserende læge og kiropaktor skal udbygges for at sikre sammenhængende patientforløb. Kommunikation mellem alment praktiserende læge og kiropaktor, der er betinget af patientens samtykke, forudsætter en nærmere aftale mellem PLO og Dansk Kiropaktorforening.
- Ved udviklingen af den nye kiropaktorepikrise blev der indført diagnosekodning. Dette skulle forbedre kommunikationen med den praktiserende læge, men kodningen afspejler imidlertid ikke diagnostikken i kiropaktorpraksis. Det bør derfor undersøges, om der kan gennemføres forsøg med en mere specifik diagnosekodning som på

sigt kunne danne grundlag for dokumentation af, hvilke diagnosegrupper der behandles i kiropraktorpraksis.

Patientsikkerhed

Målsætning: At fremme at alle regionens kiropraktorer i løbet af planperioden rapporterer utilsigtede hændelser (UTH)

Målsætningen implementeres således:

- Repræsentant for kiropraktorerne deltager i Patientsikkerhedsrådets møder, hvor hændelser drøftes med Enhed for Patientsikkerhed, Koncern Praksis og andre ydergrupper med henblik på læring og indsatsområder
- Praksiskonsulenterne for kiropraktik medvirker til udvikling og formidling af budskaber vedrørende patientsikkerhed til de praktiserende kiropraktorer

Status/udviklingslinjer:

Pr. 1. september 2010 blev lov om patientsikkerhed udvidet, og alle praksissektorens ydere blev forpligtet til at indrapportere utilsigtede hændelser (UTH). Formålet med rapporteringen er at understøtte patientsikkerheden ved at indsamle, analysere og formidle viden om UTH. Der er tilrettelagt et særligt rapporteringssystem, som er fortroligt og ikke sanktionerende.

For at sikre at alle bliver informeret, vil praksiskonsulenterne for kiropraktik i samarbejde med Enheden for Patientsikkerhed løbende informere kiropraktorklinikkerne om procedurer og status for arbejdet med patientsikkerhed. Herudover vil der på alle fremtidige møder med praksiskonsulenternes deltagelse og i kredsforeningsregi være fokus på patientsikkerhed, så kiropraktorerne kan tilegne sig en patientsikker kultur i praksis.

Forskning

Målsætning: At kiropraktorerne deltagelse i Praksissektorens Forskningsråd vil fremme kiropraktisk forskning i praksissektoren

Målsætningen implementeres således:

- En repræsentant for praksiskonsulentordningen for kiropraktorer deltager i Praksissektorens Forskningsråd
- Understøtte netværksdannelse og forskningsprojekter i praksissektoren, der vedrører kiropraktorpraksis
- Følge og understøtte initiativer fra Politik for Sundhedsforskning 2020

Status/udviklingslinjer:

I forbindelse med oprettelsen af Det Strategiske Forskningsråd i Region Hovedstaden (nu nedlagt og afløst af vicedirektørkreds og forskningsfaglig Advisory Board) og i Politik for Sundhedsforskning 2007 blev det aftalt, at der skal nedsættes et forskningsråd for praksissektoren på linje med

hospitalernes og psykiatriens forskningsråd. I 2011 påbegyndte Praksissektorens Forskningsråd anden fase af rådets arbejde: udvidelse af rådet til øvrige ydergrupper i praksissektoren, herunder også kiropraktik.

Forskningsrådet arbejder på at synliggøre og understøtte forskning i praksissektoren, herunder forskning på tværs af sektorerne.

Kiropraktorernes deltagelse i Praksissektorens Forskningsråd kan på sigt udmønte sig i mere forskning i kiropraktorpraksis, både monofagligt, tværfagligt og tværsektorielt. Bl.a. mangler der viden om, hvilke diagnosegrupper, der behandles i kiropraktorpraksis. Et dataregistreringsprojekt, som belyser dette, kunne eksempelvis etableres med støtte fra Kiropraktorfonden samt evt. anden ekstern finansiering.

Særligt vedr. praksiskonsulentordningen for kiropraktik

Status/udviklingslinjer:

Praksiskonsulentordningen for kiropraktik i Region Hovedstaden blev etableret den 1. oktober 2009. Praksiskonsulenterne har bidraget til opfyldelse af en række af målsætningerne i den forrige praksisplan. Det forventes, at praksiskonsulenterne i samarbejde med styregruppen fortsætter arbejdet med at opfylde målsætningerne i den nye praksisplan.

Praksiskonsulenterne udarbejder årlige handleplaner og årsrapporter i overensstemmelse med praksisplanen og de årlige implementeringsplaner.

Det er hensigten, at konsulentordningen skal målrettes til i endnu højere grad 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.

Bilag 1

Udgifter på sygesikringsområdet i Region Hovedstaden 2008-2011 (mill. kr.)

			Udvikling i % i perioden 2008-2011	Udvikling i % i perioden 2008-2011
	2008	2011	Løbende priser	Faste priser
Almen lægehjælp	2.312.761.767	2.632.321.387	13,82%	7,37%
Speciallægehjælp	1.208.711.936	1.410.641.419	16,71%	10,10%
Tandlægehjælp	430.582.508	469.135.307	8,95%	2,79%
Øvrig praksissektor	495.546.596	454.591.231	- 8,26%	- 13,46%
- fysioterapi *	195.438.505	118.210.915	- 39,52%	- 42,94%
- kiropraktik	30.036.979	33.664.892	12,08%	5,73%
- fodterapi	33.441.952	27.543.155	- 17,64%	- 22,30%
- psykologhjælp	43.034.137	66.358.400	54,20%	45,47%
- rejsesygesikring	75.620.571	71.133.599	- 5,93%	- 11,26%
- ernæringspræp.	44.959.673	55.882.301	24,29%	17,26%
- andet **	73.014.779	81.797.969	12,03%	5,69%
Drift	4.447.602.807	4.966.689.345	11,67%	5,35%
Medicin	2.017.141.640	1.807.013.541	- 10,42%	- 1,63%
Samlet	6.464.744.448	6.773.702.886	4,78%	- 1,15%

* Udgifterne til fysioterapi indeholder i 2008 kun udgifterne til vederlagsfri fysioterapi for perioden januar-juli måned som følge af at myndighedsansvaret for dette område pr. 1. august 2008 blev overført til kommunerne

** Indeholder genoptræning, ridefysioterapi, vacciner, børneundersøgelser, graviditetsundersøgelser, specialiseret tandpleje, briller, tolkebistand, mødehonorarer osv.

Tabellen viser udviklingen i de samlede sygesikringsudgifter i den første praksisplanperiode fra 2008 til 2011 i såvel løbende som faste priser, dvs. renset for pris- og lønudviklingen.

Det ses, at udviklingen på de forskellige praksisområder er meget forskellig. Udgifterne til kiropraktik har haft en realvækst på 5,73%, som omtrentligt svarer til realvæksten for sygesikringsudgifterne under eet, excl. medicin.

Ud af de samlede sygesikringsudgifter på knap 6,8 mia. kr. i 2011 tegner kiropraktorområdet sig for kun ca. 0,5% af udgifterne.

Det skal bemærkes, at der er tale om regnskabstal, således at der udover honorarudgifterne tillige er indeholdt udgifterne til forskningsfond og driftstilskud til digitaliseret røntgen. Driftstilskuddet til digitaliseret røntgen blev indført med overenskomsten fra 2007.

Realvæksten i de samlede udgifter til kiropraktik på 5,73% skal sammenholdes med, at produktionen af kiropraktiske ydelser fra regionens egne kiropraktorer til egne borgere i samme periode antalsvist er øget med 4,0%, og 9,6%, jfr. bilag 4, flere personer (antal borgere) har modtaget kiropraktisk behandling.

Bilag 2

Antal ydelser og antal personer der har modtaget kiropraktorbehandling i 2008 og 2011

	2008	2011	Udvikling i planperioden 2008-2011
Personer	84.702	92.817	9,6%
Ydelser	576.478	599.543	4,0%
Ydelser pr. person i behandling	6,8 (6,3)*	6,5 (6,1)*	- 4,4% - 3,2%
Personer i behandling pr. 1.000 borgere	51 (59)**	55 (61)**	7,8% 3,4%
Indbyggertal	1.645.825	1.695.417	3,0%

* Tallene i parentes angiver antal ydelser pr. cpr.nr. i behandling på landsplan

** Antal personer i behandling pr. 1.000 borgere på landsplan

Tabellen viser, at det gennemsnitlige antal behandlinger hos en kiropraktor i 2011 har ligget på 6,5 hvilket er et fald i forhold til 2008, hvor antal behandlinger pr. patient var 6,8. Dette svarer til et lidt større fald i antal behandlinger end på landsplan (-4,4% mod -3,2%). I Region Hovedstaden er antallet af ydelser pr. person i behandling dog stadig lidt højere end for hele landet (6,5 mod 6,1).

Udviklingen i ydelsesforbruget skal sammenholdes med, at indbyggertallet i Region Hovedstaden er vokset med 3% i planperioden 2008-2011.

Antallet af personer i behandling er i Region Hovedstaden lidt lavere end landsgennemsnittet i 2011, hhv. 55 personer pr. 1.000 borgere i regionen mod 61 for landet som helhed.

Bilag 3

[illegible]

	Indbyggertal pr. 1.1.2008	Kiropraktorer tilmeldt overenskomsten	Nuværende: Antal indbyggere pr. kapacitet	Indbyggertal pr 1.1. 2012	Kiropraktorer tilmeldt overenskomsten	Kommende: Antal indbyggere pr. kapacitet	Indbyggertal pr 1.1. 2017	Kiropraktorer tilmeldt overenskomsten	Kommende: Antal indbyggere pr. kapacitet
OMRÅDE MIDT									
Herlev Hospital:									
Gldsaxe	62.497	1	62.497	65.432	1	65.432	67.537	1	67.537
Ballerup	47.121	1	47.121	48.051	2	24.026	48.437	2	24.219
Egedal	40.511	1	40.511	41.685	1	41.685	41.959	1	41.959
Furesø	37.648	4	9.412	38.213	4	9.553	37.886	4	9.472
Rødovre	36.105	1	36.105	36.557	1	36.557	36.706	1	36.706
Herlev	26.568	1	26.568	26.605	2	13.303	26.626	2	13.313
I alt	250.450	9	27.828	256.543	11	23.322	259.151	11	23.559
Gentofte Hospital:									
Lyngby- Taarbæk	51.263	7	7.323	52.891	7	7.556	53.504	7	7.643
Rudersdal	53.719	2	26.860	54.769	2	27.385	54.615	2	27.308
Gentofte	68.851	2	34.426	71.985	2	35.993	73.373	2	36.687
I alt	173.833	11	15.803	179.645	11	16.331	181.492	11	16.499

	Indbyggertal pr. 1.1.2008	Kiropraktorer tilmeldt overenskomsten	Nuværende: Antal indbyggere pr. kapacitet	Indbyggertal pr 1.1. 2012	Kiropraktorer tilmeldt overenskomsten	Kommende: Antal indbyggere pr. kapacitet	Indbyggertal pr 1.1. 2017	Kiropraktorer tilmeldt overenskomsten	Kommende: Antal indbyggere pr. kapacitet
OMRÅDE BYEN									
Bispebjerg Hospital:									
Bispebjerg	46.391	2	23.196	50.367	2	25.184	53.585	2	26.793
Brønshøj- Husum	39.413	1	39.413	41.149	1	41.149	42.768	1	42.768
Indre By	45.664	11	4.151	49.316	11	4.483	51.802	11	4.709
Nørrebro	71.560	0	-	75.560	0	-	79.324	0	-
Østerbro	67.964	2	36.042	72.084	3	24.028	76.170	3	25.390
I alt	270.992	16	16.937	288.476	17	16.969	303.649	17	17.862
Frederiksberg Hospital:			-			-			-
Frederiksberg	93.289	4	23.322	99.762	5	19.952	104.269	5	20.854
Vanløse	35.890	2	17.945	38.008	2	19.004	40.450	2	20.225
I alt	129.179	6	21.530	137.770	7	19.681	144.719	7	20.674

	Indbyggertal pr. 1.1.2008	Kiropraktorer tilmeldt overenskomsten	Nuværende: Antal indbyggere pr. kapacitet	Indbyggertal pr 1.1. 2012	Kiropraktorer tilmeldt overenskomsten	Kommende: Antal indbyggere pr. kapacitet	Indbyggertal pr 1.1. 2017	Kiropraktorer tilmeldt overenskomsten	Kommende: Antal indbyggere pr. kapacitet
OMRÅDE SYD									
Hvidovre Hospital:									
Brøndby	33.820	1	33.820	33.983	1	33.983	33.922	1	33.922
Hvidovre	49.343	2	24.672	50.164	2	25.082	50.569	2	25.285
Valby	45.468	3	15.156	49.121	3	16.374	53.116	3	17.705
Vesterbro	51.466	3	17.155	59.129	3	19.710	67.106	3	22.369
I alt	180.097	9	20.011	192.397	9	21.377	204.713	9	22.746
Amager Hospital:									
Amager Vest	53.362	5	10.672	59.850	5	11.970	68.735	5	13.747
Amager Øst	48.879	0	-	51.947	0	-	55.877	0	-
Dragør	13.257	1	13.257	13.691	1	13.691	13.887	1	13.887
Tårnby	40.017	0	-	40.933	1	40.933	41.621	1	41.621
I alt	155.515	6	25.919	166.421	7	23.774	180.120	7	25.731

Bilag 4

Antal indbyggere pr. kiropraktor sammenholdt med antal ydelser fordelt på kommuner og på hospitalsplanområder 2011.

Planområde/kommune	Befolkning	Ydelser	Antal indb. pr. kiropraktor. Indeks Reg. H=100	Antal ydelser pr. 1000 indbyggere. Indeks Reg. H=100	Indeks Reg. H=100 ift. forbrug på hosp.plan områder
<u>Område NORD</u>	313.085	157.916	16.478 (=116)	50,4 (=144)	144
<u>Hillerød Hospital/Frederikssund Hospital</u>	187.982	95.787	17.089 (=89)	50,9 (=145)	144
Allerød	24.064	10.014	24.064 (=79)	41,6 (=119)	144
Frederikssund	44.256	21.415	22.128 (=86)	48,4 (=138)	144
Halsnæs	31.060	13.505	31.060 (=61)	43,5 (=124)	144
Gribskov	40.616	28.876	13.539 (=141)	71,1 (=203)	144
Hillerød	47.986	21.977	11.997 (=159)	45,8 (=131)	144
<u>Helsingør Hospital</u>	125.103	62.129	15.638 (=122)	49,7 (=142)	144
Fredensborg	39.424	17.063	- (=)	43,3 (=124)	144
Helsingør	61.287	36.001	10.215 (=186)	58,7 (=168)	144
Hørsholm	24.392	9.065	12.196 (=156)	37,2 (=106)	144
<u>Område MIDT</u>	435.381	152.272	19.790 (=96)	34,9 (=100)	100
<u>Herlev Hospital</u>	256.112	90.093	23.283	35,2	100

			(=82)	(=101)	
<i>Gladsaxe</i>	65.038	20.121	65.038 (=29)	30,9 (=88)	100
<i>Ballerup</i>	47.951	15.769	23.976 (=79)	32,9 (=94)	100
<i>Egedal</i>	41.690	18.620	41.690 (=46)	44,7 (=128)	100
<i>Furesø</i>	38.269	13.821	9.567 (=199)	36,1 (=103)	100
<i>Rødovre</i>	36.569	13.499	36.569 (=52)	36,9 (=105)	100
<i>Herlev</i>	26.595	8.263	13.298 (=143)	31,1 (=89)	100
<u>Gentofte Hospital</u>	179.269	62.179	16.297 (=117)	34,7 (=99)	100
<i>Lyngby-Tårnæk</i>	52.883	17.336	7.555 (=252)	32,8 (=94)	100
<i>Rudersdal</i>	54.614	20.392	27.307 (=70)	37,3 (=107)	100
<i>Gentofte</i>	71.772	24.451	35.886 (=53)	34,1 (=97)	100
<u>Område BYEN</u>	419.762	129.368	17.490 (=109)	30,8 (=88)	88
<u>Bispebjerg Hospital</u>	283.410	79.789	16.671 (=114)	28,2 (=81)	88
<i>Bispebjerg</i>	49.362	12.498	24.681 (=77)	25,3 (=72)	88
<i>Brønshøj-Husum</i>	40.491	10.368	40.491 (=47)	25,6 (=73)	88
<i>Indre By</i>	48.490	15.677	4.408 (=432)	32,3 (=92)	88
<i>Nørrebro</i>	74.129	18.356	-	24,8 (=71)	88
<i>Østerbro</i>	70.938	22.890	23.646 (=81)	32,3 (=92)	88
<u>Frederiksberg Hospital</u>	136.352	49.579	19.479 (=98)	36,4 (=104)	88
<i>Frederiksberg</i>	99.237	35.578	19.847 (=96)	35,9 (=103)	88
<i>Vanløse</i>	37.115	14.001	18.558 (=103)	37,7 (=108)	88
<u>Område SYD</u>	484.464	147.342	20.186 (=106)	30,3 (=87)	87
<u>Hvidovre Hospital</u>	189.179	56.030	21.020 (=91)	29,6 (=85)	87
<i>Brøndby</i>	33.968	9.478	33.968 (=56)	27,9 (=80)	87
<i>Hvidovre</i>	50.222	15.365	25.111 (=76)	30,6 (=87)	87

Valby	47.839	15.545	15.946 (=119)	32,5 (=93)	87
Vesterbro	57.150	15.642	19.050 (=100)	27,4 (=78)	87
<u>Amager Hospital</u>	163.752	52.677	23.393 (=81)	32,2 (=92)	87
Amager Vest	58.174	17.095	11.635 (=164)	29,4 (=84)	87
Amager Øst	50.900	15.535	- (= -)	30,5 (=87)	87
Dragør	13.743	5.332	13.743 (=139)	38,8 (=111)	87
Tårnby	40.935	14.715	40.935 (=47)	35,9 (=103)	87
<u>Glostrup Hospital</u>	132.533	38.635	22.089 (=86)	29,2 (=83)	87
<i>Albertslund</i>	27.799	7.011	27.799 (=69)	25,2 (=72)	87
Vallensbæk	14.444	4.565	- (= -)	31,6 (=90)	87
Ishøj	20.978	5.384	20.978 (=91)	25,7 (=73)	87
Glostrup	21.448	7.782	10.724 (=178)	36,2 (=103)	87
<i>Høje Tåstrup</i>	47.864	13.893	23.932 (=80)	29,0 (=83)	87
<u>Bornholm</u>		7.081	20.863 (=91)	17,0 (=49)	49
Bornholms Reg. kommune	41.725	7.081	20.863 (=91)	17,0 (=49)	49
<u>I alt Region Hovedstaden</u>	1.695.417	593.979	19.050 (=100)	35,0 (=100)	100

Af ovenstående tabel fremgår antallet af kiropaktorer opdelt på kommuner sammenholdt med forbruget i hhv. kommunerne og på hospitalsplanomåder fordelt på indekstal.

Tabellen er med til at give et overblik over, hvor det kan være hensigtsmæssigt at udvide med evt. nye kiropaktorkapaciteter, såfremt de årlige kapacitetsvurderinger udløser nye ydernumre.

Af tabellen fremgår det således, hvor den kiropaktiske betjening er mangelfuld, både i kapacitet og ydelser, og hvor den kun er mangelfuld i én af disse kategorier.

De kommuner, som er markeret med fed og kursiv, er de kommuner, som både har en lav grad af kapacitet, samt at de har et relativt lavt antal ydelser både i forhold til regionsgennemsnittet og i forhold til kommunerne i planområdet som helhed.

Begrundelsen for også at sammenligne de enkelte kommuner med det respektive hospitalsplanområdes indekstal er, at der på den måde indregnes et hensyn til forbruget i naboområderne til den pågældende kommune.

Følgende kommuner/bydele falder indenfor den anførte kategori: Gladsaxe, Ballerup, Bispebjerg, Brønshøj-Husum, Brøndby, Albertslund, Høje-Tåstrup.

Det bemærkes, at i de nordlige kommuner er der generelt et stort forbrug af kiropraktiske ydelser, selv om dækningen med kiropraktorer i visse kommuner er under regionsgennemsnittet.

Bilag 5

Den geografiske fordeling af rygsygdomme i befolkningen i Region Hovedstaden sammenholdt med forbruget af kiropraktiske ydelser 2011.
Absolutte tal og indekstal.

<u>Planområde/ kommune</u>	Befolkning	Antal pt. med rygsygdomme	Forbrug af kiropraktiske ydelser	Antal pt. med rygsygdomme pr. 100 indbyggere. Indekstal Reg. H=100	Forbrug af kiropraktiske ydelser pr. 100 indbyggere. Indekstal Reg. H=100
Område NORD	313.085	34.300	157.916	11,0 (=115)	50,4 (=144)
<u>Hillerød Hospital/Frederikssund Hospital</u>	187.982	20.100	95.787	10,7 (=111)	50,8 (=145)
Allerød	24.064	2.000	10.014	8,3 (=86)	41,6 (=119)
Frederikssund	44.256	5.100	21.415	11,5 (=120)	48,3 (=138)
Halsnæs	31.060	3.900	13.505	12,6 (=131)	43,5 (=124)
Gribskov	40.616	4.900	28.876	12,1 (=126)	71,0 (=203)
Hillerød	47.986	4.200	21.977	8,8 (= 92)	45,8 (=131)
<u>Helsingør Hospital</u>	125.103	14.200	62.129	11,3 (=118)	49,7 (=142)
Fredensborg	39.424	4.300	17.063	10,9 (=114)	43,2 (=123)
Helsingør	61.287	7.600	36.001	12,4 (=129)	58,7 (=168)
Hørsholm	24.392	2.300	9.065	9,4 (=98)	37,2 (=106)
Område MIDT	435.381	38.800	152.272	8,9 (=93)	34,9 (=100)
<u>Herlev Hospital</u>	256.112	23.900	90.093	9,3 (=97)	35,2 (=101)
Gladsaxe	65.038	6.900	20.121	10,6 (=110)	30,9 (=88)
Ballerup	47.951	4.600	15.769	9,6 (=100)	32,9 (=94)
Egedal	41.690	3.800	18.620	9,1 (=95)	44,7 (=128)
Furesø	38.269	2.200	13.821	5,7 (=59)	36,1 (=103)
Rødovre	36.569	3.600	13.499	9,8 (=103)	36,9 (=105)
Herlev	26.595	2.800	8.263	10,5 (=109)	31,1 (=89)

<u>Gentofte Hospital</u>	179.269	14.900	62.179	8,3 (=86)	34,7 (= 99)
Lyngby Tårnbæk	52.883	3.700	17.336	6,9 (=72)	32,8 (=94)
Rudersdal	54.614	4.900	20.392	8,9 (=93)	37,3 (=107)
Gentofte	71.772	6.300	24.451	8,8 (=92)	34,6 (=97)
<u>Område BYEN</u>	419.762	38.500	129.368	9,2 (=96)	30,8 (=88)
<u>Bispebjerg Hospital</u>	283.410	25.400	79.789	8,9 (=93)	28,1 (=80)
<i>Bispebjerg</i>	49.362	5.100	12.498	10,3 (=107)	25,3 (=72)
Brønshøj-Husum	40.491	3.700	10.368	9,1 (=95)	25,6 (=73)
Indre By	48.490	4.000	15.677	8,2 (=85)	32,3 (=92)
Nørrebro	74.129	6.900	18.356	9,3 (=97)	24,8 (=71)
Østerbro	70.938	5.700	22.890	8,0 (=83)	32,3 (=92)
<u>Frederiksberg Hospital</u>	136.352	13.100	49.579	9,6 (=100)	36,3 (=104)
Frederiksberg	99.237	9.600	35.578	9,6 (=100)	35,9 (=103)
Vanløse	37.115	3.500	14.001	9,4 (=98)	37,8 (=108)
<u>Område SYD</u>	485.464	46.500	147.342	9,6 (=100)	30,4 (=87)
<u>Hvidovre Hospital</u>	189.179	17.200	56.030	9,1 (=95)	29,6 (=85)
<i>Brøndby</i>	33.968	3.900	9.478	11,5 (=120)	28,3 (=81)
<i>Hvidovre</i>	50.222	5.000	15.365	9,9 (=103)	30,6 (=87)
Valby	47.839	4.200	15.545	8,7 (=91)	32,4 (=93)
Vesterbro	57.150	4.100	15.642	7,2 (=75)	27,3 (=78)
<u>Amager Hospital</u>	163.752	16.400	52.677	10,0 (=104)	32,2 (=92)
Amager Vest	58.174	5.300	17.095	9,1 (=95)	29,4 (=84)
<i>Amager Øst</i>	50.900	5.400	15.535	10,6 (=110)	30,5 (=87)
Dragør	13.743	1.300	5.332	9,5 (=99)	38,8 (=111)
Tårnby	40.935	4.400	14.715	10,7 (=111)	35,9 (=103)
<u>Glostrup Hospital</u>	132.533	12.900	38.635	9,7 (=101)	29,2 (=83)
Albertslund	27.799	2.500	7.011	8,9 (=93)	25,2 (=72)
Vallensbæk	14.444	1.100	4.565	7,6 (=79)	31,6 (=90)
<i>Ishøj</i>	20.978	2.300	5.384	11,0 (=115)	25,7 (=73)
Glostrup	21.448	2.000	7.782	9,3 (=97)	36,3 (=104)
<i>Høje-Tåstrup</i>	47.864	5.000	13.893	10,4 (=108)	29,0 (=83)
<u>Bornholms Hospital</u>	41.725	5.900	7.081	14,1 (=147)	17,0 (=49)
<i>Bornholms Reg.kommune</i>	41.725	5.900	7.081	14,1 (=147)	17,0 (=49)
<u>I alt Region Hovedstaden</u>	1.695.417	163.700	593.979	9,6 (=100)	35,0 (=100)

Følgende kommuner/bydele har i forhold til regions gennemsnittet et gennemsnitligt højere antal patienter med ryg sygdomme og et gennemsnitligt lavere forbrug af kiropraktiske ydelser:

Gladsaxe, Herlev, Bispebjerg, Brøndby, Hvidovre, Amager Øst, Ishøj, Høje Tåstrup, Bornholm. Disse kommuner fremgår i tabellen med fed og kursiv.

Oplysningerne vedr. antal patienter med ryg sygdomme stammer fra Sundhedsprofil for Region og Kommuner 2010.