



Region
Hovedstaden



PRAKSISPLAN FOR KIROPRAKTIK 2017-2020

Region Hovedstadens plan for tilrettelæggelsen af den fremtidige kiropraktiske betjening i regionen

**Efter høring med synlige ændringer
februar 2017**

Indholdsfortegnelse

RESUMÉ	3
1. INDLEDNING	4
1.1 Visioner og mål for fremtidens kiropraktik i Region Hovedstaden	4
1.2 Planlægningsbestemmelser ifølge overenskomsten	5
1.3 Udarbejdelse og høring af praksisplan for kiropraktik	6
1.4. Implementering af praksisplanen	6
1.5 Praksisplanens opbygning	6
2. Kiropraktorens opgaver og regler for tilskud til behandling	7
2.1 Kiropraktorens opgaver	7
2.2 Kiropraktorens uddannelse og opnåelse af autorisation	7
2.3 Tilskudsregler	8
3. Kapacitet i kiropraktorpraksis	8
3.1 Områdeinddeling i sundhedsplanlægning	8
3.2 Eksisterende kapacitet i regionen og geografisk fordeling	9
3.2.1. Kapacitet og behandlingsressourcer	11
3.2.2. Vurdering og fordeling af kiropraktorkapaciteten i regionen	11
3.3 Forbrug og produktion af kiropraktorbehandling	13
3.3.1 Brug af specifikke ydelser i kiropraktorpraksis	14
3.4 Praksisformer og kiropraktisk personale i kiropraktorpraksis	15
3.4.1 Fordeling på praksisformer	15
3.4.2 Praksisfællesskaber og sundhedshuse	17
3.5 Tilgængelighed i kiropraktorpraksis	18
3.5.1 Tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse	18
3.5.2 God Adgang tilgængelighedsmærkning	20
3.5.3 Elektronisk tilgængelighed	21
4. Kiropraktorpraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen	22
4. 1 Patienten som aktiv samarbejdspart og lighed i sundhed	22
4.1.1 Aktivt samarbejde med patienten om eget behandlingsforløb	23
4.1.2 Samarbejde med patienter og pårørende om udviklingen af sundhedsvæsenet	23
4.1.3 Patientrapportering af utilsigtede hændelser	23

4.2 Samarbejde og kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen	24
4.2.1 Samarbejde og kommunikation med almen praksis	25
4.2.2 Samarbejde og kommunikation med speciallægepraksis	27
4.2.3 Samarbejde og kommunikation med øvrige behandlere i praksissektoren	28
4.2.4 Samarbejde og kommunikation med kommunerne	28
4.2.5 Samarbejde og kommunikation med hospitaler	28
4.3 Nye samarbejdsformer	30
5. Kvalitetsudvikling i kiropraktorpraksis.....	32
5.1 Rammer for kvalitetsudvikling.....	32
5.1.1 Regionernes strategi for kvalitet på praksisområdet	32
5.1.2 Overenskomst om kiropraktik	33
5.1.3 Udvikling af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for kiropraktorpraksis	33
5.2 Implementering af kliniske retningslinjer i kiropraktorpraksis.....	34
5.2.1 Tiltag til implementering af kliniske retningslinjer	3435
5.3 Patientsikkerhed i kiropraktorpraksis.....	35
5.3.1 Tiltag for at styrke patientsikkerheden	36
5.4 Praksiskonsulenternes rolle i kvalitetsudviklingen	36
Bilag	38
Bilag 1. Vurdering af den samlede kiropraktorkapacitet.....	38
Bilag 2. Model for optimal geografisk fordeling af kiropraktorkapacitet i Region Hovedstaden.....	40
Bilag 3. DDKM - kvalitetsstandarder for akkreditering i kiropraktorpraksis	43
Bilag 4. Ordforklaring.....	45
Bilag 5. Liste over høringsparter	48
Bilag 6. Grundbeskrivelse	49
Figur 1. Oversigt over planområder og planlægningsområder i Region Hovedstaden	50
Tabel 1. Planområder og planlægningsområder i Region Hovedstaden	51
Tabel 2. Geografisk fordeling af kapaciteter og øvrige behandlingsressourcer 2015	52
Tabel 3. Borgernes forbrug af kiropraktorydelser 2015	53
Tabel 4. Forbrug af kiropraktikydelser i hele landet 2015	54
Tabel 5. Fordeling af kiropraktorkapaciteten 2015	55
Figur 2. Antal patienter fordelt på aldersgrupper 2015	56
Figur 3. Antal kiropraktorer fordelt på aldersgrupper 2015.....	57
Figur 4. Medianen af kiropraktorerens alder samt antal kiropraktorer opdelt på planområde 2015	58

Tabel 6. Fordeling af kiropraktorkapaciteten 2015	59
Tabel 7. Fordeling af kiropraktorkapaciteten 2015	59
Tabel 8. Produktion versus forbrug fordelt på planlægningsområder 2015.....	61
Figur 5. Udviklingen i antal producerede ydelser fordelt på speciale 2011-15.....	62
Figur 6. Udviklingen i producerede ydelser (Andele) fordelt på speciale 2011-15	62
Figur 7. Udviklingen i Brutto Honorar (produceret) fordelt på speciale 2011-15	63
Figur 8. Udviklingen i Brutto Honorar (produceret) (Andele) fordelt på speciale 2011-15	64
Figur 9. Udviklingen i Brutto Honorar (forbrug) (Andele) for speciale 53 2011-15.....	65
Figur 10. Udviklingen i Brutto Honorar (forbrug) (Andele) for speciale 64 2011-15.....	66
Figur 11. Udviklingen i Brutto Honorar (forbrug) (Andele) 2011-15	67
Tabel 9. Pendlerstatistik 2015	0

RESUMÉ

Formålet med praksisplanen er at tilrettelægge den fremtidige kiropraktiske betjening i praksissektoren i Region Hovedstaden. Praksisplanen skal understøtte hensigtsmæssig kapacitetsplanlægning, kvalitet i kiropraktorpraksis samt samarbejde mellem kiropraktorpraksis og det øvrige sundhedsvæsen.

Praksisplanen er inddelt i 5 kapitler. I kapitel 1 beskrives de overordnede visioner på kiropraktorområdet i Region Hovedstaden, planlægningsbestemmelser aftalt i overenskomsten for kiropraktik og de forskellige faser i praksisplanarbejdet.

Kapitel 2 omhandler kiropraktorernes opgaver og tilskudsregler samt beskrivelse af kiropraktorernes uddannelse og opnåelse af autorisation. Kerneopgaverne for kiropraktorer, der behandler under overenskomsten, er diagnostik, forebyggelse og kiropraktisk behandling af nedsat funktion i muskler og skelet og deraf afledte smertetilstande i rygsøjle, bækken, arme og ben.

I kapitel 3 beskrives kapaciteten og betjeningen af borgerne på kiropraktorområdet. For at sikre den nødvendige kapacitet af kiropraktorer i regionen, og under hensyntagen til ønsket om at fremme lighed i sundhed, beskrives i kapitel 3 en *metode for vurdering* af den samlede kiropraktorkapacitet samt en *model for geografisk fordeling* af kiropraktorkapaciteten, der inddrager relevante parametre i forhold til borgernes behov for kiropraktisk behandling.

Det er en væsentlig overordnet målsætning fortsat at prioritere tilgængeligheden i kiropraktorpraksis, så der tilstræbes lige adgang for alle patienter – også for patienter med funktionsnedsættelser. Derfor anbefales bl.a., at tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse indgår som kriterium ved vurdering af nyudsættelser og ansøgning om flytning af praksis. Det anbefales også at udbrede praksisfællesskaber og sundhedshuse.

Kapitel 4 har fokus på kiropraktorpraksis som en integreret del af sundhedsvæsenet. Kapitlet sætter retning for kiropraktorpraksis' rolle i udviklingen af et aktivt samarbejde med patienten ud fra dennes livsbetingelser, behov og ressourcer. Kiropraktorpraksis skal bidrage til, at patienter og pårørende er og oplever at være en aktiv samarbejdspartner i eget forløb. Patientens perspektiv skal fx inddrages, når praksisplanen implementeres gennem konkrete indsatser i planperioden.

For at understøtte udviklingen af kiropraktorpraksis som en integreret del af sundhedsvæsenet vil parterne arbejde for at udvikle samarbejde og kommunikation mellem de praktiserende kiropraktorer og det øvrige sundhedsvæsen. For at sikre de bedste betingelser for den samlede behandling af patienten er der i samarbejdet med almen praksis fokus på god og gensidig kommunikation, herunder særligt i forbindelse med henvisninger og epikriser. Det anbefales bl.a., at der gennemføres/udvikles fælles undervisning for kiropraktorer og praktiserende læger herom. Samarbejde og kommunikation med almen praksis er ikke mindst vigtigt for patienter omfattet af forløbsprogrammet for lænde-ryglidelser. I planperioden vil der blive iværksat yderligere indsatser for at sikre, at forløbsprogram for lænderyglidelser efterleves i kiropraktorpraksis, herunder vedr. kommunikation til almen praksis.

Desuden er kommunikation mellem kiropraktorer og relevante praktiserende speciallæger og evt. fysioterapeuter omkring fælles patienter et udviklingspunkt i planperioden, idet der vil være fokus på at understøtte samarbejdet gennem fx fælles undervisning/temadage med videndeling og udbygning af

gensidigt kendskab til behandlingsmulighederne hos de forskellige behandlere. Ligeledes er kommunikation mellem kiropraktorer og kommunerne et udviklingspunkt, hvorfor det foreslås, at der etableres et pilotprojekt i en kommune med fokus på at udvikle gensidigt kendskab samt samarbejde og dialog om patienter med lidelser i bevægeapparatet.

Endelig er der i praksisplanen fokus på kiropraktorerne kommunikation og samarbejde med hospitalerne, som primært omfatter henvisning af specifikke patienter og udveksling af billeddiagnostik generelt. Der arbejdes blandt andet på at fremme smidige arbejdsgange omkring billedudveksling.

I kapitel 5 sættes fokus på fokus kvalitetsudvikling i kiropraktorpraksis. Parterne bag planen er enige om at understøtte, at kiropraktorpraksis bidrager til, at patienterne modtager og oplever høj kvalitet i behandling. Derfor skal der arbejdes med implementering af Den Danske Kvalitetsmodel i det tempo og omfang modellen udvikles og indgår i overenskomsten. Herunder skal kvalitetsarbejdet bl.a. understøtte, at kiropraktorpraksis arbejder efter opdaterede faglige retningslinjer at patientsikkerhed i kiropraktorpraksis styrkes.

1. INDLEDNING

Praksisplanen sætter mål og giver anbefalinger for tilrettelæggelse og udvikling af den fremtidige kiropraktiske betjening i praksissektoren i Region Hovedstaden. Praksisplanen bygger videre på de udviklingslinjer, som blev fastlagt i Praksisplan for kiropraktik 2013-2016, men peger samtidig på nye udfordringer, mål og anbefalinger.

Praksisplanen er udarbejdet i et samarbejde mellem Region Hovedstaden og repræsentanter for de praktiserende kiropraktorer.

1.1 Visioner og mål for fremtidens kiropraktik i Region Hovedstaden

Sundhedsvæsenet er i konstant udvikling med generelt øgede krav til sammenhæng og kvalitet i behandlingen. Praksisplanen skal være med til at sikre en god udnyttelse af behandlingsressourcerne og effektive forløb for patienterne på tværs af kiropraktorpraksis, øvrige behandlere i praksissektoren og hospitaler.

Parterne ønsker med praksisplanen at sikre, at kiropraktorpraksis fortsat kan tilbyde høj kvalitet i behandlingen og samtidig følge med udviklingen som en velfungerende og integreret del af det sammenhængende sundhedsvæsen. Det er vigtigt for patienterne og for patientsikkerheden, at der sker en udvikling af kommunikation og samarbejde mellem kiropraktorer og øvrige sundhedsaktører. Herunder er det vigtigt, at der mellem sundhedsaktørerne skabes et større kendskab til hinandens fagområder.

Som en del af det regionale sundhedsvæsen ønskes kiropraktorpraksis udviklet efter følgende visioner:

Visioner for fremtidens kiropraktik i Region Hovedstaden

- *God og lige adgang til kiropraktorpraksis i hele regionen*
- *Kiropraktorpraksis er en integreret del af sundhedsvæsenet, og indgår i forpligtende tværfagligt og tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende forløb*
- *Kiropraktorpraksis bidrager til, at patienterne modtager og oplever ensartet høj faglig kvalitet i behandling og forebyggelse*

- *Kiropraktorpraksis differentierer indsatsen i samarbejde med patienten ud fra dennes livsbetingelser, behov og ressourcer.*

Visionerne udgør en ramme for de mål og anbefalinger, som fremsættes i praksisplanen.

Praksisplanen udgør en del af regionens samlede sundhedsplan. Således er mål og anbefalinger for kiropraktorpraksis i overensstemmelse med øvrig sundhedsplanlægning i regionen. Herudover tager praksisplanen højde for [aftale om den nye overenskomst som blev indgået 28. oktober 2016 ændringer i den kommende overenskomst](#) og den kommende revision af Forløbsprogram for lænderyglidelser.

1.2 Planlægningsbestemmelser ifølge overenskomsten

Overenskomst om kiropraktik er indgået mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Kiropraktorforening. Overenskomsten sætter rammen for kiropraktorernes behandlingsaktivitet og samarbejde med regionerne, ligesom der indgår bestemmelser, for udarbejdelse af praksisplanen for kiropraktik.

Den gældende overenskomst løber fra 1. april 2017 til 1. april 2020¹.

Boks 1: Overenskomstens bestemmelser om planlægning og kapacitet²

Overenskomstens § 13. PLANLÆGNING OG KAPACITET (uddrag)

Stk. 1.

Regionerne har i henhold til sundhedsloven ansvaret for at tilvejebringe tilbud om behandling hos praktiserende sundhedspersoner, herunder kiropraktorer.

Stk. 2.

For at sikre befolkningen adgang til kiropraktisk behandling og en effektiv ressourceudnyttelse af det samlede behandlingstilbud til personer med lidelser i bevægeapparatet udarbejder regionen én gang i hver valgperiode en praksisplan med henblik på at tilrettelægge og sikre den nødvendige kiropraktorkapacitet i regionen. Praksisplanen udgør en del af regionens sundhedsplan.

Som en del af grundlaget for praksisplanen udarbejder regionen en beskrivelse af det eksisterende kiropraktortilbud i regionen. Regionen skal i sin planlægning desuden tage hensyn til, at kiropraktorområdet er kendetegnet ved høj patientbetaling, at det skal være rentabelt for kiropraktorer at etablere og drive praksis, herunder at der er et rimeligt patientunderlag og en god infrastruktur.

Der er for at sikre ovenstående behov for, at den geografiske placering af kiropraktorklinikker bliver taget i betragtning.

Anmærkning til § 13, stk. 2:

Regionen skal i forbindelse med beskrivelse af kiropraktortilbuddet tage den del af det kiropraktiske behandlingstilbud, som varetages af klinikker, der ikke er omfattet af aftalen, i betragtning. Oplysninger herom leveres af Dansk Kiropraktor Forening.

¹ [Teksten opdateres når den endelige overenskomstekst foreligger](#)

² [Afsnittet opdateres når den endelige overenskomstekst foreligger](#)

Stk. 3.

Praksisplanen danner grundlag for beslutning om de aftalemæssige forhold på kiropraktorområdet, herunder udviklingen i samarbejdet med øvrige sundhedstilbud og kvalitetsudviklingen inden for eget fagområde. Kiropraktorerne inddrages i relevant omfang i udarbejdelsen af praksisplanen.

Det følger af overenskomstens planlægningsbestemmelser, at praksisplanen skal fastsætte kapaciteten af kiropraktorer og vurdere den geografiske fordeling af kapaciteten i regionen. Det følger ligeledes, at planen skal forholde sig til kiropraktorerens samarbejde med øvrige sundhedsaktører og udviklingen af kvalitet i kiropraktorpraksis.

1.3 Udarbejdelse og høring af praksisplan for kiropraktik

Praksisplanen er udarbejdet af regionens administration med udgangspunkt i en projektbeskrivelse, som er godkendt i Regionens Udvalg for tværsektorielt samarbejde og i Samarbejdsudvalget vedr. kiropraktisk behandling. Repræsentanter for kiropraktorerne har medvirket i tilrettelæggelse af planarbejdet gennem deltagelse i en styregruppe nedsat af samarbejdsudvalget.

Som led i planarbejdet har der været afholdt et inspirationsmøde med fokus på kiropraktorerens kommunikation og samarbejde med andre behandlere. Her deltog en række praktiserende kiropraktorer, deres samarbejdspartnere i almen praksis, fysioterapipraksis, speciallægepraksis og hospitalsafdelinger samt repræsentanter for patienter og pårørende udpeget af Regionshandicaprådet og Patientinddragelsesudvalget i Region Hovedstaden. Inspirationsmødets indlæg og drøftelser har bidraget til valg og prioritering af temaer i praksisplanens samarbejdsafsnit.

I april 2016 blev der desuden gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt regionens 76 kiropraktorpraksis. Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen er indarbejdet i praksisplanen, hvor det er relevant.

[Udkast til praksisplanen har i efteråret 2016 været i bred offentlig høring. Der er som resultat af høringen og som konsekvens af ny aftale om ny overenskomst på området foretaget justeringer i praksisplanen³.](#)

1.4. Implementering af praksisplanen

I forlængelse af praksisplanens godkendelse vil der blive foretaget en overordnet tidsmæssig prioritering af planens anbefalinger. Desuden vil der i planperioden blive udarbejdet årlige implementeringsplaner med henblik på at konkretisere de enkelte anbefalinger yderligere, og prioritere hvilke opgaver der skal løftes i det kommende år.

1.5 Praksisplanens opbygning

I praksisplanens kapitel to beskrives bl.a. det kiropraktiske fag, uddannelse og kiropraktorerens opgaver i behandlingen af patienter.

I kapitel tre præsenteres målsætninger og anbefalinger om kapacitet og tilgængelighed efterfulgt af kapitel fire, der omhandler behovet for større integration af kiropraktorpraksis i det samlede sundhedsvæsen, herunder ønsket om at styrke samarbejdet med den enkelte patient.

³ [Opdateres når den endelige overenskomsttekst foreligger](#)

Afslutningsvist opstilles målsætninger og anbefalinger om kvalitetsudvikling i kiropraktorpraksis i praksisplanens femte kapitel.

I hvert kapitel beskrives de overordnede målsætninger, som ønskes indfriet i planperioden, efterfulgt af udfordringer og muligheder inden for hvert af områderne. Endelig præsenteres parternes anbefalinger inden for hvert af områderne til at nå de opsatte mål.

I grundbeskrivelsen, som udgør et bilag til praksisplanen, ses uddybende informationer og data om organisering og aktivitet i kiropraktorpraksis. Alle kapacitets- og aktivitetstal i grundbeskrivelsen er tal for 2015 med mindre andet specifikt er angivet.

2. Kiropraktorens opgaver og regler for tilskud til behandling

Kiropraktorerne har haft overenskomst med den offentlige sygesikring siden 1978 og patienter har siden da kunne få tilskud til kiropraktisk behandling.

2.1 Kiropraktorens opgaver

Kiropraktorer kan efter overenskomstens regler tilbyde diagnostik, forebyggelse og kiropraktisk behandling af nedsat funktion i muskler og skelet og deraf afledte smertetilstande i rygsøjle, bækken, arme og ben. Der kræves ikke henvisning fra egen læge for at få behandling hos praktiserende kiropraktor.

Patientens behandling indledes med anamnese (patientens oplysninger om sygdomsforløbet) og undersøgelse. Til brug i diagnosticeringen har kiropraktorklinikkerne røntgenudstyr eller aftale med anden kiropraktorklinik om udførelse af røntgenundersøgelser. Der lægges en individuel behandlingsplan. Behandlingen kan omfatte rådgivning, manuel behandling, bløddelsbehandling, akupunktur, træning og forebyggelse.

Behandlingen kan gives indenfor to specialer, almen kiropraktik (speciale 53) ~~og kiropraktik til personer med længerevarende eller kroniske lidelser i bevægeapparatet~~ (speciale 64), som giver adgang til et særligt forhøjet tilskud til behandling.

~~Fra 1. april 4-2017, hvor den seneste overenskomst træder i kraft, udgøres målgruppen som er omfattet af speciale 64 af personer med der nyligt opstået nerverodspåvirkning (inden for de sidste 3 måneder) svarende til lænden eller nakken og patienter med spinalstenose, hvor symptomer på central eller recesstenose der ikke har været længere end et år. Har tilbagevendende eller kroniske lidelser i bevægeapparatet, som kræver en ekstraordinær tidskrævende indsats og en længerevarende behandlende og forebyggende indsats.~~

- ~~• Er indstillet på at yde en væsentlig personlig indsats i relation til varig styrkelse af bevægeapparatet.~~

~~Speciale 64 består herefter af tre forløbspakker vedr. lumbal diskusprolaps, cervikal diskusprolaps og spinalstenose. Målgruppen for speciale 64 er således den tungeste del af patienterne i kiropraktorpraksis. Ifølge bilag til overenskomstens § 12 stk. 2 og 3 bør speciale 64 patienterne højst udgøre 10-15 procent af det samlede antal patienter i praksis.~~

Der ydes forhøjet tilskud under forudsætning af, at patienten følger forløbsprogrammet, dog højst i en periode på 6 måneder.

2.2 Kiropraktorens uddannelse og opnåelse af autorisation

Uddannelsen til kiropraktor (kandidat i klinisk biomekanik) kan læses på Syddansk Universitet. Uddannelsen består af en 3-årig bachelorgrad og en 2-årig kandidatgrad i klinisk biomekanik. Efter kandidatgraden skal der gennemføres et års turnusuddannelse i kiropraktorpraksis med ydernummer for at få ret til autorisation og dermed ret til selvstændigt virke som kiropraktor.

2.3 Tilskudsregler

Regionen yder tilskud til konsultation og kiropraktisk behandling, herunder diagnostik og træningsydelse. Tilskuddene er fastsat i medfør af sundhedsloven og fremgår af overenskomst om kiropraktik. Der ydes særlige tilskud til behandling inden for speciale 64.

~~Regionen yder tilskud til konsultation og kiropraktisk behandling, herunder diagnostik og træningsydelse. Tilskuddene er fastsat i medfør af sundhedsloven og fremgår af Overenskomst om kiropraktik § 11 stk. 2.~~

~~Der ydes særlige tilskud til behandling indenfor speciale 64, som relaterer sig til personer med længerevarende eller kroniske lidelser i bevægeapparatet. Dette begrundes i overenskomsten med, at den forebyggende og behandlende indsats skønnes at kunne sikre, at patienten undgår længerevarende eller permanent væsentligt nedsat evne til at varetage daglige funktioner i og uden for arbejde. Under den særlige tilskudsordning tilbydes til patienter med akut lumbal nerverodspåvirkning et særskilt struktureret behandlingsforløb (prolapsforløb), som følger faste retningslinjer og hvor indsatsen er koordineret med det øvrige sundhedsvæsen.~~

3. Kapacitet i kiropraktorpraksis

Målsætninger

- At sikre den nødvendige kapacitet af kiropraktorer i regionen i forhold til borgernes behov for kiropraktisk behandling
- At de praktiserende kiropraktorer er hensigtsmæssigt geografisk fordelt – idet der skal tages hensyn til målet om at understøtte lighed i sundhed
- At praksisstrukturen i kiropraktorpraksis understøtter faglig udvikling og tværfagligt samarbejde
- At kiropraktorklinikkerne er tilgængelige for borgerne, herunder for borgere med funktionsnedsættelse
- At borgerne har let adgang til oplysninger om tilgængeligheden i de enkelte praksis

I denne del af praksisplanen beskrives den kiropraktiske betjening i regionen. Herunder ses der på praksisstrukturen. Desuden ses der på produktion og forbrug af kiropraktorydelser og på kiropraktorpraksis' tilgængelighed for borgerne.

3.1 Områdeinddeling i sundhedsplanlægning

Region Hovedstaden er i forhold til sundhedsplanlægning inddelt i fire planområder – Nord, Midt, Byen og Syd – som svarer til Hospitals- og psykiatriplanens (2020) planområder. Dermed tilstræbes gennemsigthed i planlægningsgrundlaget på tværs af hospitaler, praksissektor og kommunale samarbejdspartnere. Hvert område er inddelt i en række planlægningsområder, som svarer til kommunerne med undtagelse af København, som er inddelt i 10 bydele. Københavns Kommunes bydele ligger dels i planområde Byen og dels i planområde Syd. I de efterfølgende tabeller og figurer er det valgt at adskille Bornholm fra Byen.

Table 1. Plan- og planlægningsområder i Region Hovedstaden

Planområde	Nord	Midt	Byen	Syd
Planlægningsområde	Allerød Kommune	Ballerup Kommune	Bispebjerg	Albertslund Kommune
	Fredensborg Kommune	Egedal Kommune	Bornholms Regionskommune	Amager
	Frederikssund Kommune	Furesø Kommune	Brønshøj-Husum	Brøndby Kommune
	Gribskov Kommune	Gentofte Kommune	Christiansø Kommune	Dragør Kommune
	Halsnæs Kommune	Gladsaxe Kommune	Frederiksberg Kommune	Glostrup Kommune
	Helsingør Kommune	Herlev Kommune	Indre by	Hvidovre Kommune
	Hillerød Kommune	Lyngby-Taarbæk Kommune	Nørrebro	Høje-Taastrup Kommune
	Hørsholm Kommune	Rudersdal Kommune	Vanløse	Ishøj Kommune
		Rødovre Kommune	Østerbro	Tårnby Kommune
				Valby
				Vallensbæk Kommune
				Vesterbro

Note: Amager Øst og Amager Vest fremstår samlet under Amager

Områdeinddelingen anvendes til at vise den aktuelle kapacitetsfordeling og til at beregne og vurdere behandlingskapacitet hos kiropraktorerne i forhold til antal borgere, patienter og sygdomsforekomst i de enkelte områder af regionen.

3.2 Eksisterende kapacitet i regionen og geografisk fordeling

En kapacitet inden for kiropraktorpraksis defineres som en kiropraktorklinik (en praksisejer) med ét ydernummer, som har ret til at praktisere efter overenskomsten. Herudover indgår hvilende ydernummer

som kapaciteter⁴. Kiropraktorer med ydernummer kan ansætte kiropraktorer som assistenter i deres praksis, som dog ikke tæller ikke med i antallet af kapaciteter. Disse kiropraktorassistenter tæller ikke med, når antallet af kiropraktorkapaciteter opgøres.

Regionsrådet vedtog i 2009 'Kapacitetsplan for Kiropraktik' og besluttede i den forbindelse at udvide med 8 kiropraktorkapaciteter for dermed at bringe kapaciteten på niveau med landsgennemsnittet. Af de 8 nye kapaciteter blev de 4 placeret og bundet geografisk til bestemte områder i regionen. De 8 kapaciteter er realiseret i perioden 2010-2013. Efterfølgende er der ikke foretaget ændringer i den samlede kapacitet.

På Figur 1 ses den geografiske fordeling af kiropraktorkapaciteterne i regionen. Den samlede kiropraktorkapacitet er i 2015 på 78 kapaciteter fordelt på 76 praksis⁵. Endvidere er der seks kiropraktorklinikker uden ydernummer/relation til overenskomsten. Disse fremgår også af figur 1 (markeret med grønt)

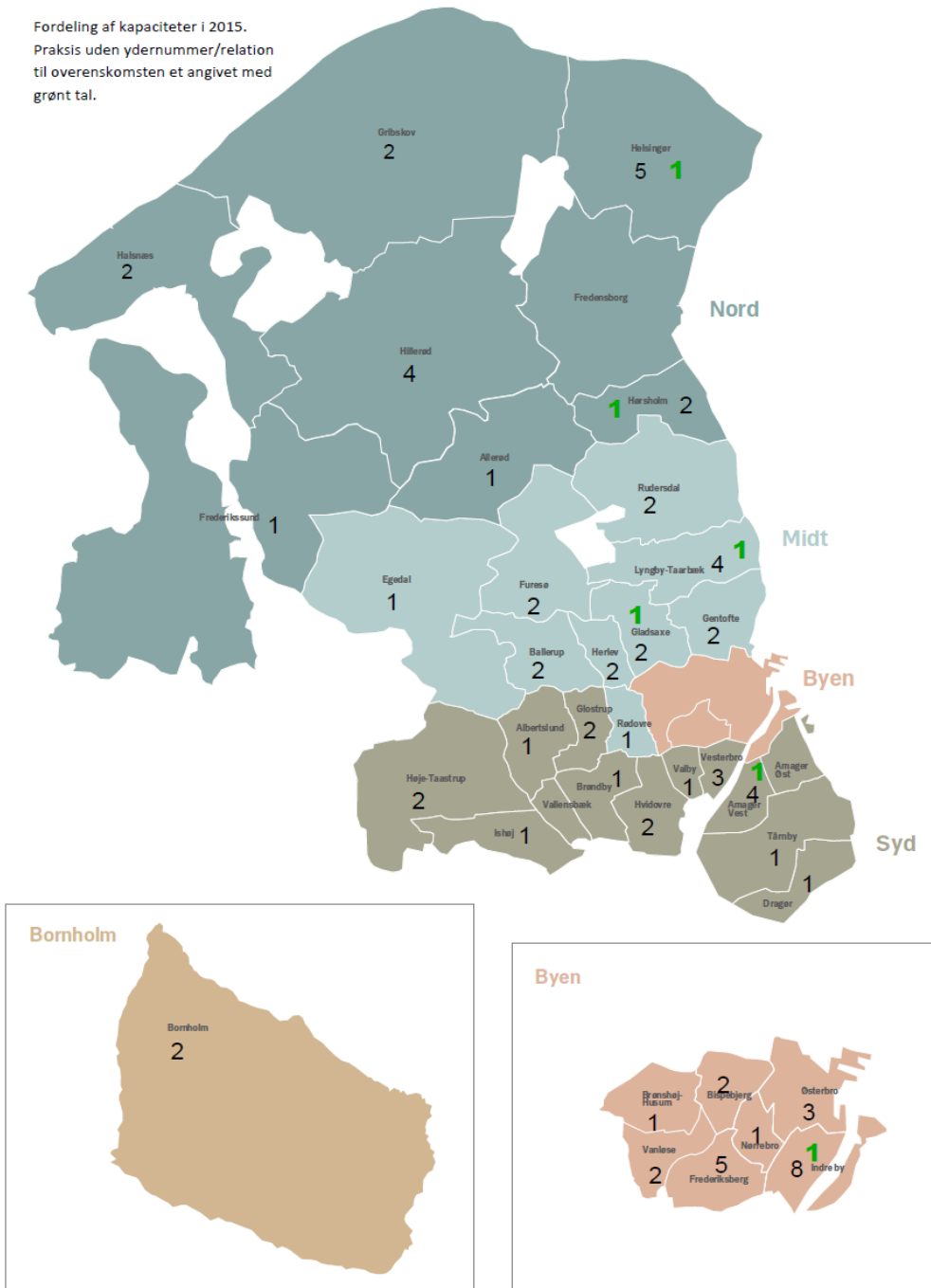
Der er kiropraktorpraksis med ydernummer i 27 ud af regionens 29 kommuner (jf. figur 1). Der er ingen kiropraktorpraksis i Fredensborg og Vallensbæk kommuner.

⁴ Hvilende kapaciteter er kapaciteter, som aftalebaseret ikke er i funktion, men som kan aktiveres af den kiropraktor, som har fået tildelt kapaciteten. Se endvidere ordforklaring i grundbeskrivelsen.

⁵ En enkelt praksis har ønsket at aktivere en hvilende kapacitet i 2016. Kapacitets- og aktivitetstal i indeværende plan er alene opgjort for 2015.

Figur 1. Antal kiropraktorkapaciteter fordelt på plan- og planlægningsområder, 2015

Fordeling af kapaciteter i 2015.
Praksis uden ydernummer/relation til overenskomsten et angivet med grønt tal.



3.2.1. Kapacitet og behandlingsressourcer

De 78 kapaciteter er ikke udtryk for de samlede kiropraktiske *behandlingsressourcer* i regionen. For det første kan en indehaver af en kapacitet ansætte kiropraktorer som assistenter i praksis. For det andet har seks kiropraktorklinikker med ansatte kiropraktorer deres virke i regionen uden at have ydernummer/relation til overenskomsten. Dermed er de behandlingsmæssige ressourcer væsentligt større end den formelle kapacitet. Den geografiske fordeling af kapaciteterne og de øvrige behandlingsressourcer fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 2. Kapaciteter og øvrige behandlingsressourcer fordelt på planområder, 2015⁶

Planområde/ planlægningsområder	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal kiropraktorer
	kapaciteter 2015	ansatte 2015	turnuskandidater 2015	kompagnoner 2015	uden ydernummer 2015
Bornholm	2	0	0	0	
Byen	22	30	0	6	1
Midt	18	11	1	7	2
Nord	17	11	2	9	2
Syd	19	12	0	9	1
Hovedtotal	78	64	3	31	6

Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter, status pr. 31/12 2015 (trukket den 10/2 2016)

Kilde: Spørgeskemaundersøgelse 2015-16.

Der er færrest kapaciteter i forhold til antal borgere i planområde Syd og flest i planområde Nord. I grundbeskrivelsen fremgår fordelingen opgjort på planlægningsområder (se tabel 2 i grundbeskrivelsen.)

3.2.2. Vurdering og fordeling af kiropraktorkapaciteten i regionen

Regionen skal, efter indstilling fra samarbejdsudvalget, vurdere den samlede kiropraktor kapacitet i forbindelse med udarbejdelse af praksisplanen. Geografisk fordeling af eventuelle nye eller ledige kapaciteter skal løbende besluttes af regionen efter drøftelse i samarbejdsudvalget. Nedenfor er beskrevet henholdsvis *metode for vurdering* af den samlede kiropraktorkapacitet og *model for geografisk fordeling* af kiropraktorkapaciteten.

Metode for vurdering af den samlede kiropraktorkapacitet

Af overenskomstens § 16 fremgår det, at regionen - efter indstilling fra samarbejdsudvalget – skal vurdere den kiropraktiske behandlingskapacitet og træffe beslutning om eventuelle nynedsættelser. Vurderingen af kapaciteten sker én gang i hver planperiode i forbindelse med vedtagelse af praksisplanen⁷. I overensstemmelse med anbefalingerne i den forrige praksisplan har regionen i samarbejde med kiropraktorerne udviklet en metode for vurdering af den samlede kiropraktorkapacitet i regionen.

Metoden, der beskrives nedenfor, har til formål at give et enkelt, overskueligt og gennemsigtigt grundlag for beslutninger vedr. behovet for kiropraktorkapaciteter i regionen. Metoden baserer sig på følgende parametre, der afspejler kiropraktorerne behandlingsaktivitet og borgernes behov for kiropraktisk behandling:

⁶ I denne tabel er kilden til Antal kapaciteter NOTUS Regional, mens kilden til Antal ansatte, Antal turnuskandidater og Antal kompagnoner udgøres af data fra både NOTUS Regional og de 69 besvarelser i spørgeskemaundersøgelsen. Antal kiropraktorer uden ydernummer er oplyst af Dansk Kiropraktorforening.

⁷ Jævnfør anmærkning til § 16 stk. 3 i overenskomsten ([overenskomsten fra januar 2014](#)) skal der kun foretages årlig vurdering af kapaciteten frem til der foreligger en praksisplan.

- a) Antal årligt behandlede kiropraktorpatienter (antal unikke cpr. nr. behandlet hos kiropraktorerne)
- b) Antal sikrede (borgere i sikringsgruppe 1,2 og 6)
- c) Antal borgere med ryggsygdom (Kilde: Sundhedsprofil 2013, Kronisk Sygdom)
- d) Antal patienter årligt behandlet pr. kiropraktor kapacitet - gennemsnit
- e) Antal ydelser pr. behandlet patient (gennemsnit)
- f) Bruttohonorar (regionens tilskud til behandling pr. patient)

Borgere med ryggsygdom vurderes at være den bedste parameter for sygdomsfrekvens i forhold til borgernes behov for kiropraktisk behandling. Kiropraktorpraksis behandler dog også andre patientgrupper. Parterne er enige om, at datakilden bag denne parameter genovervejes i takt med at der opnås mere valide data for patienttyngde fx fra diagnosekodning i kiropraktorpraksis.

Vurdering af den samlede kiropraktorkapacitet

Udviklingen i de ovenfor nævnte parametre i perioden 2010-2014 viser både vækst i antallet af patienter, som behandles i kiropraktorpraksis og i det samlede antal borgere i regionen. Endvidere ses en lille vækst i antallet af borgere med ryggsygdom. I samme periode er antallet af kapaciteter steget, så hver kiropraktorkapacitet behandler færre patienter i gennemsnit. Hver enkelt patient modtager i gennemsnit færre ydelser og regionens udgift pr. behandlet patient falder dermed også. En mere detaljeret gennemgang af metoden for vurdering af den samlede kapacitet inklusiv aktuelle nøgletal og beregninger ses som bilag 1.

På baggrund af udviklingen i nøgletallene vedrørende behandlingsaktivitet og behov for kiropraktisk behandling, vurderes det, at der med de aktuelle 78 kapaciteter er balance mellem kapacitet og opgaver/behov for kiropraktisk behandling, idet det bemærkes, at der er væsentlige ekstra behandlingsmæssige ressourcer i de eksisterende praksis i form af ansatte kiropraktorer og turnusassistenter, ligesom der er 6 kiropraktorklinikker i regionen, som ikke er omfattet af overenskomsten.

Anbefalinger:

- At den nuværende kapacitet fastholdes i planperioden
- Udviklingen i data om kiropraktorerne patientgrupper følges med henblik på eventuel revurdering af det udvalgte parameter for sygdomsfrekvens

Model for geografisk fordeling af kiropraktorkapaciteten

Der er i den foregående planperiode udarbejdet en model for fordeling af kapaciteter i regionen, som blev godkendt af Samarbejdsudvalget for kiropraktik i januar 2016. Modellen anvendes som beslutningsgrundlag for geografisk fordeling af eventuelle nye kapaciteter og ved flytteansøgninger for så vidt angår geografisk bundne kapaciteter.

Modellen tager udgangspunkt i følgende tre parametre til belysning af behandlingsbehovet hos borgerne i de enkelte områder:

- a) Antal årligt behandlede kiropraktorpatienter fordelt på planlægningsområder (antal unikke cpr.nr. behandlet hos kiropraktorerne)
- b) Antal sikrede (borgere) i området
- c) Antal borgere med ryggsygdom i området (Kilde: Sundhedsprofil 2013, Kronisk Sygdom)

Den aktuelle fordeling af antal behandlede patienter og borgere samt forekomst af rygsygdom i forhold til antal kapaciteter i de enkelte områder fremgår af tabellen nedenfor.

Tabel 3. Kapacitet, borgere, patienter og forekomst af rygsygdom fordelt på planområder, 2015

Planområde	Antal kapaciteter 2015	Antal borgere pr. kapacitet 2015	Antal behandlede	Antal borgere med
			CPR nr. pr. kapacitet 2015	rygsygdom 2013 pr. kapacitet
Bornholm	2	19.876	732	2.550
Byen	22	20.669	1.002	1.650
Midt	18	25.075	1.347	2.278
Nord	17	18.714	1.430	2.006
Syd	19	27.498	1.361	2.537
Hovedtotal	78	22.902	1.256	2.112

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede), status pr. 1/12 2015 (trukket den 2/3 2016)
 Antal behandlede CPR nr. 2015 (trukket den 2/3 2016)
 NOTUS Regional: Antal kapaciteter, status pr. 30/12 2015 (trukket den 10/2 2016)
 Sundhedsprofil 2013 – Kronisk sygdom: Antal borgere med rygsygdom 2013.

Der inddrages endvidere en række sekundære parametre i forbindelse med geografisk placering af kapaciteter:

- Ligelig fordeling af kapacitet på planområdeniveau prioriteres højere end ligelig fordeling mellem planlægningsområder (kommuner og bydele i Københavns Kommune)
- Placering af ansatte kiropraktorer og turnuskandidater opgjort i hele stillinger
- Placering af eksisterede kiropraktorklinikker uden ydernummer
- Placering af ny kapaciteter i tilknytning til praksisfællesskaber og sundhedshuse
- Geografisk tilgængelighed (fysiske adgangs- og toiletforhold, transport og parkering)

Modellen med en aktuel beregning af fordeling af kiropraktorkapaciteten ses i bilag 2 til planen.

3.3 Forbrug og produktion af kiropraktorbehandling

Som det ses af tabel 4 nedenfor, varierer borgernes forbrug af kiropraktorbehandling mellem de forskellige planområder i regionen. Der ses størst forbrug af kiropraktorbehandling pr. borger i planområde Nord.

Tabel 4. Borgernes forbrug af kiropraktorydelser fordelt på planområder, 2015

Planområde	Antal behandlede		Brutto Honorar pr. 1.000 borgere 2015	Behandlede CPR nr. ift. antal borgere 2015
	CPR nr. pr. 1.000 borgere 2015	Antal ydelser pr. 1.000 borgere 2015		
Bornholm	37	171 kr.	9.268	4%
Byen	48	280 kr.	15.902	5%
Midt	54	313 kr.	17.486	5%
Nord	76	488 kr.	26.258	8%
Syd	50	296 kr.	17.133	5%
Hovedtotal	55	328 kr.	18.359	5%

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2015 (trukket den 2/3 2016)
 Antal ydelser, bruttohonorar og antal behandlede CPR nr. for hele 2015 (trukket den 2/3 2016)

Opgørelser over forbrug for de enkelte planlægningsområder fremgår af henholdsvis tabel 3 og 8 i praksisplanens grundbeskrivelse. Af tabel 3, som viser forbruget pr. 1.000 borgere, fremgår det, at

borgerne i Gribskov, Hillerød og Frederikssund Kommuner har størst forbrug af kiropraktikydelser. Laveste forbrug ses på Bornholm, i Ishøj, Albertslund og Københavns kommuner.

Tabel 8 i grundbeskrivelsen viser både brutto honoraret for den samlede produktion i forhold til Regionens borgere og brutto honoraret for det samlede forbrug. Forskellen i henholdsvis kroner og pct. viser, at Region Hovedstadens borgere samlet set modtager kiropraktorydelser fra andre regioner for knap 751.000 kr. svarende til 2,3 %

Den kiropraktiske behandlingsaktivitet (forbrug) i Region Hovedstaden ligger lidt under landsgennemsnittet jf. tabel 5 nedenfor.

Tabel 5. Kiropraktisk behandling (forbrug) i hele landet, 2015

Region	Antal behandlede		Brutto Honorar pr. 1.000 borgere 2015	Behandlede CPR nr. ift. antal borgere 2015
	CPR nr. pr. 1.000 borgere 2015	Antal ydelser pr. 1.000 borgere 2015		
Region Hovedstaden	55	328	kr. 18.359	5%
Region Midtjylland	63	375	kr. 21.242	6%
Region Nordjylland	66	317	kr. 17.798	7%
Region Sjælland	68	390	kr. 21.772	7%
Region Syddanmark	72	443	kr. 24.507	7%
Hovedtotal	63	371	kr. 20.755	6%

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2015 (trukket den 2/3 2016)

Antal ydelser, bruttohonorar og antal behandlede CPR nr. for hele 2015 (trukket den 2/3 2016)

3.3.1 Brug af specifikke ydelser i kiropraktorpraksis

Som nævnt i kapitel 2, kan kiropraktisk behandling gives inden for to specialer 'almen kiropraktik' (speciale 53) og '~~kiropraktik til personer med tilbagevendende eller kroniske lidelser i bevægeapparatet~~' (speciale 64), som giver adgang til særlige tilskud til behandling.

Det ses af figur 8 i grundbeskrivelsen, at ydelser inden for almen kiropraktik (speciale 53) udgør den overvejende del af behandlingen i kiropraktorpraksis. I 2015 udgjorde ydelser inden for speciale 64 ca. 10 % af de samlede ydelser. Andelen af ydelser inden for speciale 64 har været faldende igennem de seneste fem år fra ca. 14 % i 2011.

Behandling af patienter under speciale 64 (den særlige tilskudsordning)

Det er kiropraktorerne, der vurderer, om patienterne omfattes af speciale 64. Der ses en stor variation i kiropraktorerne indplacering af patienterne under speciale 64.

~~Ifølge overenskomstens bilag 4 bør det normalt højst være 10-15 % af patienterne i en kiropraktorpraksis, der er omfattet af speciale 64. Som det fremgår af tabel 6 udgør patienter, som er omfattet af speciale 64, mindre mere end 10 % i de fleste praksis. I 21 % af praksis udgør de over 15 % og i de resterende 8 % af praksis udgør de 10 til 15 %.~~

Tabel 6: Andel af patienter omfattet af speciale 64 (den særlige tilskudsordning), 2015⁸

⁸ Afsnittet opdateres når den endelige overenskomsttekst foreligger

Andel af patienter indenfor speciale 64	Andel af kiropraktorpraksis 2015
<10 %	72%
10-15 %	8%
>15 %	21%
Hovedtotal	100%

Kilde: Targit, produktion (Antal patienter 2015) (trukket den 27. april 2016)

Som det fremgår af tabel 6, har der hidtil været stor variation i kiropraktorernes indplacering af patienter under speciale 64. Med den ændrede ydelsesstruktur i specialet i overenskomsten af 1. april 2017 er afgrænsning af personkredsen, der er omfattet af specialet, tydeliggjort. På den baggrund forventes der fremover mindre variation i anvendelsen af specialet.

Udviklingen i brugen af speciale 64, i 2016 følges kvartalsvist i samarbejdsudvalget. På baggrund af variationen i brug af speciale 64 har Samarbejdsudvalget i januar 2016 anmodet landssamarbejdsudvalget om at tage problemstillingen om variation i brug af specialerne op.

På baggrund af variationen i kiropraktorernes brug af speciale 64, ønskes en mere ensartet brug af ordningen. Derfor skal der i planperioden tages stilling til mulige lokale initiativer, der tager hensyn til eventuelt centralt besluttede indsatser på området.

Behandling af patienter i et prolapsforløb

Som en del af behandlingen af patienter under den særlige tilskudsordning i kiropraktorpraksis, har patienter med akut lumbal nerverodspåvirkning siden 2014 kunnet blive behandlet i et såkaldt 'prolapsforløb'. Formålet med prolapsforløbet er, at patienterne sikres et struktureret forløb af høj kvalitet i overensstemmelse med de faglige retningslinjer (se endvidere kapitel 5 ang. prolapsforløb).

Prolapsforløb anvendes imidlertid meget begrænset. I spørgeskemaundersøgelsen oplyser ca. 15 % af kiropraktorerne, at de 'altid' eller 'ofte' anvender prolapsforløbet i behandlingen af patienter med akut lumbal nerverodspåvirkning, mens de øvrige praksis oplyser, at de 'slet ikke' eller 'sjældent' anvender prolapsforløbet. I tabel 7 nedenfor ses det i øvrigt, at kun 295 patienter blev behandlet i et prolapsforløb i 2015. De 295 patienter var fordelt på 32 praksis.

Tabel 7: Patienter behandlet i et 'prolapsforløb' fordelt på praksis, 2015

Planområde	Antal patienter	Antal praksis
Bornholm		
Byen	156	10
Midt	33	6
Nord	41	9
Syd	64	7
Hovedtotal	293	32

Udviklingen i anvendelsen af ydelserne i prolapsforløbet følges særskilt og kvartalsvist i samarbejdsudvalget, jf. overenskomstens bilag 1.

Med den ny overenskomst tilføjes yderligere to definerede behandlingsforløb, således at der inden for speciale 64 vil være forløbspakke vedr. lumbal diskusprolaps, forløbspakke vedr. cervikal diskusprolaps og forløbspakke vedr. spinalstenose.

3.4 Praksisformer og kiropraktisk personale i kiropraktorpraksis

Med udgangspunkt i målet om, at praksisstrukturen så vidt muligt skal understøtte faglig udvikling og tværfagligt samarbejde, er det et ønske i Region Hovedstaden at fremme monofaglige og/eller tværfaglige praksisfællesskaber i praksissektoren - dog under hensyntagen til ønsket om at bevare nærhed til behandling for alle regionens borgere.

3.4.1 Fordeling på praksisformer

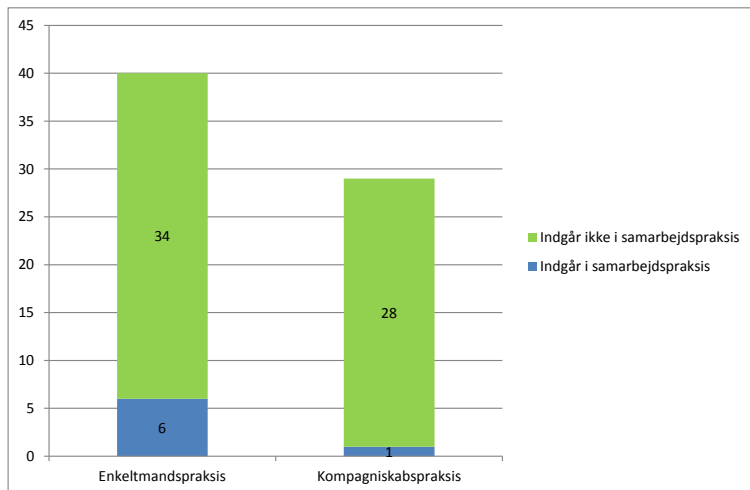
Ifølge overenskomstens § 18-19 kan kiropraktorpraksis være organiseret som enkeltmandspraksis, kompagniskabspraksis eller praksis i selskabsform. Alle praksisformer kan fungere i samarbejdspraksis.

Kiropraktorerne kan opnå et monofagligt fællesskab ved at være organiseret som kompagniskabspraksis, ved at have ansatte kiropraktorer eller turnuskandidater eller ved at indgå i samarbejdspraksis. Som det ses af figur 2 og 3 er i alt 40 kiropraktorklinikker organiseret som enkeltmandspraksis og 29 er organiseret som kompagniskabspraksis.

Af de 40 enkeltmandspraksis indgår 6 i samarbejdspraksis. Af de 29 kompagniskabspraksis indgår kun 1 i samarbejdspraksis, se figur 2 nedenfor.

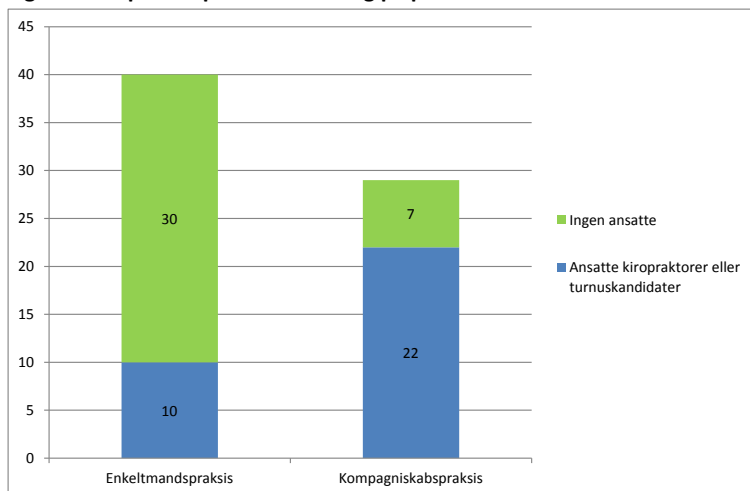
I alt 32 praksis har ansatte kiropraktorer eller turnuskandidater. De fleste praksis med ansatte er kompagniskabspraksis. En stor andel af kiropraktorerne, som er organiseret som enkeltmandspraksis, har altså hverken ansatte eller fungerer i samarbejdspraksis med andre kiropraktorer (se figur 3).

Figur 2. Kiropraktorpraksis' fordeling på praksisformer i forhold til samarbejdspraksis



Kilde: Data fra de 69 besvarelser i spørgeskemaundersøgelse gennemført blandt kiropraktorpraksis i Region Hovedstaden, april 2016

Figur 3. Kiropraktorpraksis' fordeling på praksisformer i forhold til ansatte



Kilde: Data fra de 69 besvarelser i spørgeskemaundersøgelse gennemført blandt kiropraktorpraksis i Region Hovedstaden, april 2016

3.4.2 Praksisfællesskaber og sundhedshuse

Foruden monofaglige fællesskaber kan tværfaglige praksisfællesskaber fremmes således, at kiropraktorer indgår i fællesskab med *andre* behandlere, fx fysioterapeuter eller speciallæger - eller evt. i kommunale sundhedshuse.

Boks 2: Praksisfællesskaber

Praksisfællesskaber

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.

Det vurderes, at miljøet i større klinikfællesskaber er fordrende for arbejdet med kvalitetsudvikling og implementering af Den Danske Kvalitetsmodel. Derudover smidiggør større klinikfællesskaber også en række logistiske problemstillinger i forbindelse med sygdom, ferie med videre.

Etablering af praksisfællesskaber mellem kiropraktorer og andre behandlergrupper forventes endvidere at kunne muliggøre øget oplevelse af sammenhæng i patientforløb for patienterne.

Dog kan også andre praksisformer/samarbejdsformer (andre end praksisfællesskaber) være organiseret således, at høj faglig kvalitet og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen understøttes.

Kiropraktorerne indgår allerede i et vist omfang i faglige eller fysiske fællesskaber med andre sundhedsudøvere eller klinikker, evt. som del i kommunale sundhedshuse (se boks).

Boks 3: Faglige eller fysiske fællesskaber (spørgeskemaundersøgelse, 2016)

Faglige eller fysiske fællesskaber mellem kiropraktorpraksis og andre sundhedsydere

Ifølge den gennemførte undersøgelse blandt de kiropraktorpraksis i Region Hovedstaden oplyser 4 kiropraktorpraksis at de aktuelt indgår i et kommunalt sundhedshus, mens 22 oplyser, at de indgår i lokalefællesskab med andre sundhedsydere/klinikker. De sundhedsydere, som kiropraktorerne oftest indgår i lokalefællesskab med, er fysioterapeuter og massører. Derudover ses der i begrænset omfang lokalefællesskab med praktiserende læger eller speciallæger og andre behandlere, for eksempel akupunktører, fodterapeuter, diætister og andre.

30 kiropraktorpraksis oplyser desuden, at de indgår i systematisk samarbejde med andre sundhedsydere/klinikker, uden at der er lokalefællesskab. De mest udbredte samarbejdspartnere beskrives som fysioterapeuter og praktiserende læger. Der ses også i nogen udstrækning samarbejde med praktiserende speciallæger og enkelte andre sundhedsydere.

For at understøtte målet om at øge andelen af praksisfællesskaber, skal der tages højde for muligheden for, at kiropraktorpraksis kan placeres i tilknytning til andre sundhedstilbud, som fx sundhedshuse, ved geografisk placering af eventuelle nye kapaciteter, samt løbende afgørelser af samarbejdsudvalgssager om kapacitetsforhold, fx flytninger.

Anbefaling:

- Ved tildeling af nye kapaciteter lægges der vægt på, at kiropraktorerne praktiserer i fællesskab med andre behandlere

3.5 Tilgængelighed i kiropraktorpraksis

Det er en væsentlig overordnet målsætning fortsat at prioritere god tilgængelighed i kiropraktorpraksis, herunder særligt tilgængelighed for borgere med funktionsnedsættelse. Samtidig er det et stærkt ønske at sikre opdaterede oplysninger til borgerne om tilgængeligheden, så borgere med funktionsnedsættelse kan vælge behandlere ud fra nærmere kendskab til forholdene i den enkelte praksis. Desuden er det centralt, at patienterne har let adgang til kontakt med behandlerne i praksissektoren. Patienterne oplever sjældent ventetid til behandling i kiropraktorpraksis. Dette skyldes blandt andet, at kiropraktorer med ydernummer i regionen frit kan ansætte flere kiropraktorer i den enkelte praksis.

3.5.1 Tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse

Tilgængelighed er et nøglebegreb i arbejdet med at skabe bedre forhold og øget valgfrihed for personer med funktionsnedsættelse. Tilgængelighed betyder, at personer med funktionsnedsættelser kan få adgang til samme ydelser og fysiske færden som personer uden funktionsnedsættelser.

Ifølge FN's Handicapkonvention, som Danmark ratificerede i 2009, er der en pligt til at fremme adgangen for personer med handicap til bl.a. fysiske omgivelser, som er tilgængelige for offentligheden.

Parterne er enige om at fokusere på forbedring af tilgængeligheden for borgere med funktionsnedsættelser samtidig med, at oplysninger til borgerne om tilgængeligheden skal forbedres og prioriteres.

Fysisk tilgængelighed

Overenskomsten beskriver rammerne for kiropraktorernes forpligtelser vedr. tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelser.

Boks 4: Overenskomstens bestemmelser vedr. fysisk tilgængelighed⁹

Overenskomstens (overenskomsten fra januar 2014) § 20. Handicapegnede adgangsforhold:

Stk. 1

Ved nybygning, flytning og væsentlig ombygning af praksis skal lokalerne være i overensstemmelse med byggelovgivningens regler, således at der etableres niveaufri adgang og indrettes handicaptoilet.

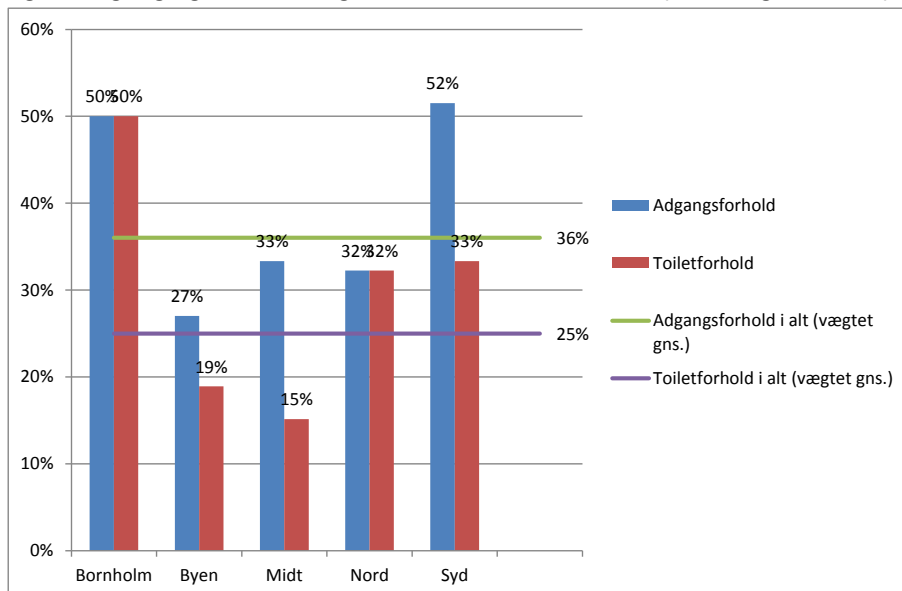
Stk. 2

Kiropraktoren skal på sin praksisdeklaration give information om parkeringsforhold, udvendige og indvendige adgangsforhold samt toiletfaciliteter, så bevægelsehæmmede har mulighed for at vælge en kiropraktor, hvor adgangsforhold og indretning passer til patientens behov.

I forlængelse af ovenstående er kiropraktorerne i Region Hovedstaden forpligtede til at afgive oplysninger om den fysiske tilgængelighed i forbindelse med flytning.

Med udgangspunkt i kiropraktorernes egne vurderinger af tilgængeligheden har 36 % af klinikkerne adgangsforhold der er egnede for personer med funktionsnedsættelse, mens 25 % har egnede toiletforhold (jf. figur 4).

Figur 4. Tilgængeligheden for borgere med funktionsnedsættelse (Notus Regional, 2015)



⁹ Afsnittet opdateres når den endelige overenskomsttekst foreligger

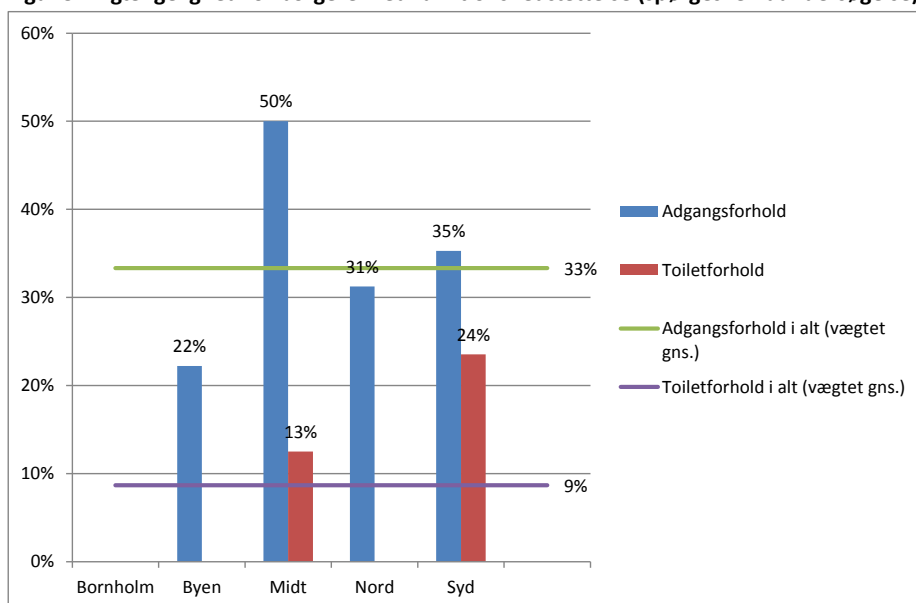
Kilde: Notus regional 2015; adgangsforhold, toiletforhold, status pr. 30/12 2015 (trukket den 10/3 2016).

Note: Resultaterne vedr. toilet- og adgangsforhold er baseret på kiropraktorernes egne vurderinger af adgangs- og toiletforhold for handicappede uden nærmere specifikation.

Eftersom der kan være forskel på, hvilke kriterier kiropraktorerne lægger til grund for deres vurderinger af adgangs- og toiletforholdene, er der behov for objektive opgørelser over tilgængelighedsforholdene i praksis. Objektive opgørelser muliggør desuden løbende opfølgning på udviklingen i tilgængeligheden for borgere med funktionsnedsættelse.

I spørgeskemaundersøgelsen har kiropraktorerne givet detaljerede oplysninger om deres adgangs- og toiletforhold på en række nærmere definerede områder. For nogle af de adspurgte forhold er tilgængeligheden høj, når man ser på dem selvstændigt. For eksempel svarer ca. 80 % af praksis, at dørene i klinikken har en passagebredde på mindst 77 cm. 50 % svarer, at der er niveaufri adgang og en dørpassagebredde på mindst 77 cm til toilettet.

Figur 5. Tilgængelighed for borgere med funktionsnedsættelse (spørgeskemaundersøgelse)



Kilde: Spørgeskemaundersøgelse gennemført blandt kiropraktorpraksis i Region Hovedstaden, april 2016

Note: Adgangsforhold i alt og toilet- og handicapforhold i alt er det samlede resultat for hele Region Hovedstaden.

Kriteriet for at opfylde "adgangsforhold" er, at praksis har svaret ja på samtlige spørgsmål ang. adgangsforhold til praksis

Kriteriet for at opfylde "toiletforhold" er, at praksis har svaret ja på samtlige spørgsmål ang. toiletforhold.

Når der ses på den enkelte praksis' tilgængelighed for *alle de adspurgte forhold* vedr. hhv. *adgang og toilet*, daler tilgængeligheden markant. Af figur 5 ovenfor fremgår det, at i gennemsnit har 33 % af praksis svaret ja på samtlige adspurgte forhold vedr. fysiske adgangsforhold til praksis og at i gennemsnit har kun 9 % af praksis svaret ja til samtlige spørgsmål vedr. toiletforhold i praksis.

Der ses desuden en markant forskel i tilgængeligheden mellem planområderne. På Bornholm lever ingen af de eksisterende praksis op til samtlige adspurgte forhold. I Byen og Nord lever ingen praksis op til alle

adspurgte forhold vedr. toiletforhold, mens der i både Syd og Midt er praksis, der lever op til alle de adspurgte forhold vedr. hhv. toilet og adgang til praksis.

Anbefalinger:

- Tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse prioriteres som et væsentligt element i samarbejdsudvalgsafgørelser om flytning og nynedsættelse af praktiserende kiropraktorer
- Det dokumenteres ved afslutningen af planperioden, hvilke fremskridt der er sket i kiropraktorklinikkernes tilgængelighed

3.5.2 God Adgang tilgængelighedsmærkning

Region Hovedstaden tilbyder i perioden 2014-2017 alle praktiserende behandlere med ydernummer i regionen kan blive tilgængelighedsmærket ved mærkeordningen 'God Adgang'. Dermed tilbydes kiropraktorer, læger, psykologer mfl. en gratis mulighed for at få en uvildig vurdering af adgangen til praksis, samt forslag til, hvordan tilgængeligheden med få greb evt. kan forbedres.

Behandlerne får følgende tilbud:

- En udførlig beskrivelse med status over klinikkens tilgængelighed for patienter med forskellige funktionsnedsættelser¹⁰ baseret på mærkeordningen God Adgang
- Mulighed for at give nuværende og kommende patienter information om adgangsforholdene i praksis
- Konkrete anbefalinger til forbedringer af tilgængeligheden til praksis

Regionens tilbud til de private behandlere er frivilligt og vejledende. Reguleringen af krav til tilgængeligheden er fortsat beskrevet i overenskomsterne med behandlerne, samt af tilgængelighedsbestemmelserne i byggelovgivningen. Ved udgangen af 2016~~5~~ har ~~153~~ kiropraktorklinikker modtaget dette tilbud.

Kiropraktorerne repræsenterer i samarbejdsudvalget medvirker til at formidle regionens tilbud om tilgængelighedsmærkning til [kiropraktorerne i regionenderes kolleger](#). Der skal fortsat være fokus på tilgængelighed i den kommende planperiode med gennemførelse af følgende initiativer.

Anbefalinger:

- Samarbejdsudvalget følger løbende udviklingen i tilgængeligheden for personer med funktionsnedsættelse i kiropraktorpraksis gennem status for kiropraktorerens tilmelding til og status i mærkeordningen God Adgang
- Kiropraktorerne praksisdeklarationer holdes opdaterede med information om tilgængelighed for personer med funktionsnedsættelse

3.5.3 Elektronisk tilgængelighed

It kan understøtte, at patienter har let adgang til kontakt med kiropraktorpraksis, samt til information og tidsbestilling. Det er i overenskomsten et fælles ønske at kiropraktorpraksis tilbyder elektronisk kommunikation med patienterne - herunder tidsbestilling. Herudover fastsætter overenskomsten, at

¹⁰ De funktionsnedsættelser, som mærkeordningen er rettet mod er; kørestolsbrugere, gang- arm og håndhandicappede, synshandicappede, hørehandicappede, astma og allergi, udviklingshandicappede, læsevanskeligheder.

praksis skal informere patienterne elektronisk på praksisdeklarationen på sundhed.dk. Her skal som ovenfor nævnt bl.a. informeres om den fysiske tilgængelighed til praksis.

Der er pt. tekniske løsninger, der muliggør elektronisk tidsbestilling, men der er indholdsmæssige problemstillinger, idet der skal differentieres mellem forskellige typer af konsultationer i tidsbestillingssystemerne. Der er i regi af Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik nedsat en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag til løsninger. Praksiskonsulenterne deltager i dette arbejde.

Anbefaling:

- At det nationale arbejde med problemstillingerne omkring elektronisk tidsbestilling følges [og med henblik på, at løsninger kan implementeres i takt med, at de udvikles](#)

4. Kiropraktorpraksis i det sammenhængende sundhedsvæsen

Målsætninger:

- At praktiserende kiropraktorer understøtter sammenhængende patientforløb
- At praktiserende kiropraktorer medvirker til velfungerende samarbejde og kommunikation med andre behandlere om fælles patienter
- At praktiserende kiropraktorer bidrager til, at patienter og pårørende er og oplever at være aktiv samarbejdspart i eget forløb
- At patienter og pårørende efter behov deltager i udvikling af kiropraktorerne rolle i det samlede sundhedsvæsen.

Sammenhængende patientforløb er en afgørende forudsætning for kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet. Det kræver, at den enkelte patient er i centrum, og at der sker en koordinering på tværs af praktiserende behandlere, specialer, hospitalsafdelinger og sektorer.

Parterne bag praksisplanen er derfor enige om at understøtte udviklingen af kiropraktorpraksis som en integreret del af sundhedsvæsenet, herunder at kiropraktorpraksis indgår i gensidigt forpligtende tværsektorielt samarbejde med fokus på sammenhængende patientforløb.

Der skal ligeledes sikres opfølgning og gode overgange mellem kiropraktorpraksis og de øvrige sundhedsaktører. Det gælder især for patienter med samtidige forløb hos flere behandlere. Derfor skal praksisplanen understøtte og fremme kommunikation og samarbejde mellem kiropraktorpraksis og de øvrige sundhedsaktører, som har arbejdsopgaver, der udføres i relation til kiropraktorområdet.

Desuden er parterne enige om at fremme det aktive samarbejde med patienterne i planperioden, således at patienternes ønsker, muligheder og begrænsninger er udgangspunktet for det konkrete behandlingsforløb. Samtidig skal patienternes perspektiv indgå, når udviklingen af kiropraktorpraksis tilrettelægges.

4. 1 Patienten som aktiv samarbejdspart og lighed i sundhed

Patienterne og deres pårørende er vigtige ressourcer i fremtidens sundhedsvæsen. De skal opleve, at deres viden, behov og ønsker er udgangspunkt for behandlingen og planlægningen af deres forløb. Patienter, der er godt informerede og medbestemmende i patientforløbet er i højere grad motiverede for at følge en behandlingsplan og er mere tilfredse med behandlingen, ligesom inddragelse af patientens unikke viden om eget forløb bidrager til at forebygge fejl¹¹.

Region Hovedstaden har vedtaget en politik for patient- og brugerinddragelse, som bygger på følgende værdier:

Boks 5: Værdier i Region Hovedstadens politik for patient- og brugerinddragelse

¹¹ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, August 2014, Dialogpapir om øget inddragelse af patienter og Pårørende.

- Vi tager hensyn til, hvem du er
- Vi træffer ingen beslutninger om dig uden dig
- Vi spørger dig, fordi vi har brug for din viden
- Vi tager ansvar for sammenhæng i dit forløb

4.1.1 Aktivt samarbejde med patienten om eget behandlingsforløb

Aktivt samarbejde med den enkelte patient og dennes pårørende (individuel patientinddragelse) handler om at bringe patientens ønsker og viden i spil og øge den enkeltes oplevelse af autonomi og evne til at mestre eget forløb. I kiropraktorpraksis handler individuel patientinddragelse om, at kiropraktoren i dialogen med patienten tager udgangspunkt i patientens egne oplevelser og ønsker om udredning, behandling og opfølgning. Det betyder, at beslutninger, der har betydning for den enkelte, træffes sammen med vedkommende.

Patienterne har forskellige ønsker, forudsætninger og muligheder for at deltage i beslutninger om eget behandlingsforløb. Derfor skal de indsatser, der tilbydes, ikke kun tage højde for patienternes ressourcer og ønsker, men også tilrettelægges efter patienternes øvrige livssituation, herunder eventuelt begrænsede forudsætninger for patienternes eventuelle barrierer for at deltage i en fælles beslutningstagning. Det øger borgernes mulighed for – uanset social baggrund og situation – at få størst muligt udbytte af behandlingen. Dermed bidrager sundhedsvæsenet til at øge ligheden i sundhed.

Det er i øvrigt en forudsætning, at kiropraktorerne formulerer sig i et sprog, som patienten 'forstår' såvel i den direkte kommunikation med patienten, som i den tværfaglige kommunikation om patienten.

Anbefaling:

- At øget patient- og pårørendesamarbejde understøttes, så patienterne oplever at være aktiv samarbejdspart i eget forløb

4.1.2 Samarbejde med patienter og pårørende om udviklingen af sundhedsvæsenet

Foruden samarbejdet med patienter og pårørende om den enkeltes forløb, kan patientsamarbejdet også styrkes på et organisatorisk plan, hvor patienternes perspektiver inddrages i den måde, sundhedstilbuddene tilrettelægges og evalueres. I Region Hovedstaden er der allerede eksempler på denne form for inddragelse af patienter og pårørende. F.eks. har Patientinddragelsesudvalget og Regionshandicaprådet deltaget i dialog- og høringsaktiviteter under udarbejdelsen af denne praksisplan.

Anbefaling:

- At patienternes perspektiv løbende og efter behov inddrages, når praksisplanen implementeres gennem konkrete indsatser

4.1.3 Patientrapportering af utilsigtede hændelser

Patienter og pårørende har også mulighed for at få indflydelse på udviklingen i kiropraktorpraksis gennem rapportering af utilsigtede hændelser. Utilsigtede hændelser kan både ske i behandlingen hos den enkelte

kiropraktor og i behandlingsforløbet ved overgang mellem behandling hos kiropraktor og andre behandlere. Vedrørende kiropraktorernes rapportering af utilsigtede hændelser, se kapitel 5.

Rapportering af utilsigtede hændelser (til Dansk Patientsikkerhedsdatabase) har været en mulighed for patienter og pårørende siden 2011. Rapporteringen foretages gennem det samme system, som anvendes af sundhedsfaglige personer. De rapporterede utilsigtede hændelser opsamles og bearbejdes i Region Hovedstaden i en særlig patientsikkerhedsorganisation, inden rapporteringen tilgår den pågældende praksis med henblik på, at praksis kan drage læring af hændelserne. (Se mere om utilsigtede hændelser i kapitel 5 om kvalitetsudvikling)

Rapportering af utilsigtede hændelser fra patienter sker dog indtil videre i beskedent omfang. Det er derfor vigtigt, at patienter og pårørende får kendskab til muligheden for at rapportere eventuelle utilsigtede hændelser. Kiropraktorerne skal derfor give patienterne information om denne mulighed.

Anbefaling:

- At der i planperioden fokuseres på at informere patienter og pårørende om muligheden for at rapportere utilsigtede hændelser

4.2 Samarbejde og kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen

Patienter med bevægeapparatslidelser bliver ofte behandlet hos flere behandlere. Det er derfor vigtigt for den enkelte patient, at der foregår en relevant kommunikation mellem behandlerne, og at den kommunikation/information, der bliver givet til patienten er konsistent og sker med respekt for den behandling, som patienten modtager fra andre behandlere.

Overenskomst om kiropraktik og faglige retningslinjer sætter rammer for kiropraktorernes samarbejde og kommunikation med øvrige dele af sundhedsvæsenet.

Boks 6: Overenskomstens bestemmelser om samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen¹²

Overenskomst om kiropraktik, § 1 (uddrag):

”Kiropraktorernes opgave er at bidrage til optimal behandling af patienter med lidelser i bevægeapparatet. Derfor arbejdes der i sundhedsvæsenet med udvikling af patientforløbsprogrammer, kliniske retningslinjer og lignende, der har til formål at beskrive konkrete udrednings- og behandlingsforløb for en række lidelser – også inden for det kiropraktiske virksomhedsområde.”

”Kiropraktorerne skal følge og holde sig opdateret på faglige og kliniske retningslinjer samt nationale og regionale retningslinjer og aftaler om arbejdsdeling og samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, som involverer og har relevans for kiropraktorpraksis.”

Boks 7: Overenskomstens bestemmelser om it-kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen

Overenskomst om kiropraktik, § 22 (uddrag):

Stk. 1.

¹² Afsnittet opdateres når den endelige overenskomstekst foreligger

"Alle kiropraktorer skal anvende et it-system (praksissystem), der kan håndtere godkendte MedCom standarder for elektronisk kommunikation i sundhedsvæsenet samt anvende elektronisk journalføring."

4.2.1 Samarbejde og kommunikation med almen praksis

Patienter med bevægeapparatslidelser kan enten få behandling i kiropraktorpraksis efter henvisning fra praktiserende læge eller ved direkte henvendelse til kiropraktor. Der findes ikke præcist tal for, hvor stor en andel, der henvises fra egen læge. Samarbejde og kommunikation mellem kiropraktorer og patientens praktiserende læge er særlig vigtig, når patienten har et forløb, som kræver en tværgående indsats.

Kommunikation med almen praksis

En god og gensidig kommunikation mellem almen praksis og kiropraktorpraksis vurderes at give de bedste betingelser for den samlede behandling af patienten.

Kommunikation med almen praksis foregår bl.a. elektronisk som henvisninger fra patientens praktiserende læge til kiropraktor og som epikriser fra kiropraktor til patientens praktiserende læge. Kommunikation kan suppleres med korrespondancemeddelelser, som anvendes ved løbende meddelelser om patienternes behandling og tilstand. Ved kommunikationen anvendes gældende MedCom-standarder, som bl.a. omfatter henvisning, epikrise og korrespondancemeddelelse. Denne kommunikation forudsætter samtykke fra patienten jævnfør lovgivning om videregivelse af helbredsoplysninger¹³.

For de patienter som er henvist fra almen praksis bør der altid sikres kommunikation mellem kiropraktorklinikkerne og almen praksis. Men også for patienter, som ikke er henvist fra almen praksis, kan der være behov for kommunikation om behandlingen. Nedenfor ses de situationer, hvor kommunikation mellem kiropraktorer og deres samarbejdspartnere særligt bør finde sted.

Boks 8: Overenskomstens bestemmelser om kommunikation med almen praksis¹⁴

Kommunikationen skal ifølge overenskomstens §, særligt finde sted, hvor der er tale om:

- Et længerevarende funktionsbegrænsende sygdomsforløb, hvor patienten er sygemeldt
- At kiropraktoren mistænker alvorlig patologi
- At kiropraktoren, som et led i et behandlingsforløb har rekvireret CT- eller MR-undersøgelser eller henvist til anden sygehusafdeling i øvrigt¹⁵
- At der er foretaget røntgen- eller ultralydsundersøgelse i kiropraktorpraksis
- At patienten er henvist fra egen læge
- At patienten afsluttes med anbefaling af, at behandling videreføres i andet regi.

Epikriser

Regionens praksiskonsulenter for kiropraktik arbejder allerede med både at øge antal og kvalitet i epikriser til almen praksis. Dette er bl.a. sket gennem fyraftensmøde og indlæg i nyhedsbreve fra

¹³ Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. BEK nr. 665 af 14/09/1998.

¹⁴ Afsnittet opdateres når den endelige overenskomsttekst foreligger

¹⁵ Forholdene omkring rekvirering af CT- og MR-undersøgelser beskrives i afsnit 4.2.5.

praksiskonsulenterne. Der fremsendes kun epikriser i ca. 20 % af de tilfælde, hvor det burde ske i henhold til overenskomsten. For yderligere at styrke samarbejdet mellem praktiserende læger og kiropraktorer er der derfor behov for at øge indsatsen for at fremme kiropraktorernes anvendelse af epikriser. I den forbindelse foreslås, at undervisningsarrangementer om epikriser suppleres af nyhedsbreve fra praksiskonsulenterne, og at der udsendes individuel statistik over epikriser til den enkelte kiropraktorpraksis.

Henvisning fra almen praksis

Samtidig er der behov for at kvalificere henvisninger fra almen praksis til kiropraktorer. En god henvisning fra almen praksis med bl.a. [relevant](#) information om ordination af lægemidler til patienten giver kiropraktoren et velinformeret grundlag for tilrettelæggelse af patientens behandling. Det øger samtidig patientsikkerheden, når den alment praktiserende læge har formidlet forhold omkring diagnoser, undersøgelser og tidligere behandlingsforløb.

Kommunikationen generelt

I spørgeskemaundersøgelsen tilkendegiver 12 ud af 69 kiropraktorer, at de oplever barrierer i kommunikationen med almen praksis. Disse kiropraktorer oplever bl.a. at det er svært at få kontakt med og informationer fra almen praksis, og at almen praksis mangler kendskab og tillid til kiropraktorernes behandlingsformer og faglige kompetencer. Der er således behov for at styrke kommunikation mellem parterne. Det kan ske ved undervisningsarrangementer, hvor både praktiserende læger og kiropraktorer er til stede. Det gælder [undervisning om både fx](#) henvisning, epikrise [og eventuelt](#) korrespondancemeddelelser [og de nye forløbspakker](#). Undervisningen kan med fordel arrangeres decentralt i mindre fora.

Anbefalinger:

- At understøtte og sikre, at fremsendelse af epikriser til almen praksis sker i de situationer, hvor det kræves i følge overenskomsten
- At der i den forbindelse gennemføres og gentages undervisning for kiropraktorerne om indhold i og fremsendelse af epikriser
- At der gennemføres/udvikles fælles undervisning for kiropraktorer og praktiserende læger om både henvisninger og epikriser

Forløbsprogram for lænderyglidelser

En stor del af kiropraktorernes patienter har rygsygdomme / lænderyglidelser. Forløbsprogrammets formål er at sikre sammenhæng mellem de forskellige sundhedsfaglige indsatser i patientens sygdomsforløb. Forløbsprogram for lænderyglidelser sætter retningslinjer for opgavedeling og kommunikation mellem de forskellige behandlergrupper, som varetager behandling af patienter med disse lidelser. Forløbsprogrammet stiller krav om løbende informationsudveksling mellem kiropraktor, patientens praktiserende læge og andre involveret i behandlingen.

Kiropraktorer kan varetage patienters behandling i forløbsprogram for lænderyglidelser, men patientens praktiserende læge fungerer som 'tovholder' under hele patientens behandlingsforløb. Kiropraktoren skal derfor løbende underrette praktiserende læge om patientens tilstand.

Boks 9: Forløbsprogram for lænderyglidelsers bestemmelser om kiropraktorernes rolle

Region Hovedstadens Forløbsprogram for lænderyglidelser punkt 4.1, uddrag:

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

”Praktiserende kiropraktorer yder manuel behandling og øvelsesterapi til patienter i forløbsprogrammet, som henvises fra praktiserende læge eller praktiserende speciallæge i reumatologi. Når henvisningen er modtaget, skal patienten have tid inden 1-2 uger, og henvisende læge skal løbende underrettes om tilstanden.”

Der har i de forgangne år været fokus på udbredelse af kendskabet til forløbsprogrammet i kiropraktorpraksis. Der er dog fortsat behov for at understøtte implementering af programmet, særligt i relation til kommunikationen til almen praksis.

Anbefalinger:

- Der iværksættes yderligere indsatser for at sikre at forløbsprogram for lænderyglidelser efterleves i kiropraktorpraksis, herunder vedr. kommunikation til almen praksis
- At kiropraktorpraksis inddrages i den kommende revision af forløbsprogram for lænderyglidelser

4.2.2 Samarbejde og kommunikation med speciallægepraksis

Patienter med lidelser i bevægeapparatet behandles i visse tilfælde også i speciallægepraksis. I det omfang patienter behandles både hos kiropraktor og i speciallægepraksis (reumatologi, ortopædkirurgi og neurologi) kan der være behov for at udbygge kommunikation mellem kiropraktorer og speciallæger for at få fuldt udbytte af disse faggruppers kompetencer i patientens behandlingsforløb og for at hindre unødvendig dobbeltbehandling og eller undersøgelser.

Der er ikke tilrettelagt eller aftalt kommunikation mellem kiropraktorpraksis og speciallægepraksis, da kommunikation om disse patienter jævnfør overenskomsten rettes til almen praksis. Eksempelvis beskriver Forløbsprogram for lænderyglidelser praktiserende reumatologers mulige opgaver i lænderygpatienternes behandlingsforløb; men forholder sig ikke til kommunikation mellem speciallæger og kiropraktorer.

I spørgeskemaundersøgelsen tilkendegiver enkelte kiropraktorer, at kommunikationen med praktiserende speciallæger opleves vanskelig, og at det kan skyldes, at speciallægerne mangler kendskab til kiropraktorernes faglige kompetencer.

Kommunikation mellem kiropraktorer og relevante praktiserende speciallæger omkring fælles patienter vurderes at være et udviklingspunkt, og kan fx danne baggrund for fælles temadage med videndeling og udbygning af gensidigt kendskab til behandlingsmulighederne hos de forskellige behandlere.

Anbefalinger:

- At det i planperioden afdækkes, i hvilke tilfælde og i hvilket omfang patienter med lidelser i bevægeapparatet behandles både hos kiropraktor og hos praktiserende speciallæge
- At der arrangeres fælles temadage for kiropraktorer og de relevante speciallæger om kommunikation/information om fælles patienter, herunder generel videndeling om behandlingsmuligheder hos kiropraktorer og speciallæger

4.2.3 Samarbejde og kommunikation med øvrige behandlere i praksissektoren

Praktiserende fysioterapeuter behandler også patienter med lidelser i bevægeapparatet. Som nævnt i kapitel 3 samarbejder kiropraktorerne i nogen grad med praktiserende fysioterapeuter. I det omfang det er relevant, kan fysioterapeuter deltage i undervisningsarrangementer fælles for praktiserende læger og kiropraktorer.

4.2.4 Samarbejde og kommunikation med kommunerne

Sygefravær på baggrund af lidelser i bevægeapparatet stiller særlige krav til samarbejdet mellem sundhedssektoren, socialsektoren og arbejdsmarkedet. Kommunerne har brug for helbredsmæssige informationer i mange sager angående borgere med lidelser i bevægeapparatet. Det drejer især om ansøgninger om sygedagpenge, revalidering, genoptræning/vedligeholdelsestræning, helbredstillæg, medicintilskud og hjælpemidler. Dansk Kiropraktorforening og Kommunernes Landsforening har indgået aftale om informationsudveksling herom med henblik på en optimal sagsbehandling i disse sager.

Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen bekræfter, at kommunikationen mellem kiropraktorer og kommuner ofte omhandler udfærdigelse af attester og erklæringer vedr. borgere med lidelser i bevægeapparatet. De hyppigste emner i kommunikationen er formidling af patientinformation om patientens status, behandlingsforløb og videre udredning i forbindelse med sygemeldinger, uarbejdsdygtighed, genoptræning, fleksjobordninger og pensionssager.

15 ud af 69 kiropraktorer tilkendegiver i spørgeskemaundersøgelsen, at der er barrierer for kommunikationen/samarbejdet med kommune. En udbredt oplevelse blandt disse kiropraktorer er, at kommunen ikke kender til kiropraktorerens kompetencer og faglighed og derfor ikke indgår positivt i kommunikationen/samarbejdet.

For at udvikle samarbejde og dialog om patienter med lidelser i bevægeapparatet foreslås, at der etableres et pilotprojekt i en kommune. Pilotprojektet skal omhandle kontakt, kommunikation og gensidigt kendskab mellem kommunen og praktiserende kiropraktorer i kommunen.

Anbefaling:

- At der gennemføres et pilotprojekt i en kommune med henblik på at opnå erfaringer om informationsudveksling og det gensidige kendskab til patienter og behandlingsbehov og -muligheder mellem kiropraktorer og kommunerne

4.2.5 Samarbejde og kommunikation med hospitaler

Kiropraktorerens samarbejde med hospitalerne omfatter primært henvisning af specifikke patienter og udveksling af billeddiagnostik generelt.

Jævnfør overenskomstens § 8 om rekvirering af billeddiagnostiske undersøgelser i sygehusvæsenet kan kiropraktoren rekvirere CT- og MR-undersøgelser på regionens billeddiagnostiske afdelinger af personer med lidelser i bevægeapparatet. [Region Hovedstadens effektivering af kiropraktorerens mulighed for at rekvirere billeddiagnostiske undersøgelser på regionens hospitaler, henvisningsret](#) jævnfør Overenskomst

om kiropraktik § 8¹⁶ afventer afklaring fra Sundheds- og Ældreministeriet [om lovligheden af kiropraktorers henvisningsret til CT/MR](#).

Boks 10: Overenskomst om kiropraktik vedr. billeddiagnostiske undersøgelser¹⁷

§ 8. REKVIERING AF BILLEDDIAGNOSTISKE UNDERSØGELSER I SYGEHUSVÆSENEN

Stk. 1.

Kiropraktoren kan rekvirere CT- og MR-undersøgelser på regionens billeddiagnostiske afdelinger af personer med lidelser i bevægeapparatet.

Rekvirering sker i overensstemmelse med de til enhver tid gældende kliniske retningslinjer for billeddiagnostiske undersøgelser af bevægeapparatet samt de procedurer, som afdelingerne fastlægger for de respektive undersøgelser.

Patientens egen læge skal altid orienteres af kiropraktoren om resultatet af undersøgelsen.

NOTE TIL § 8.

Ved aftalens indgåelse er gældende retningslinje "Billeddiagnostiske undersøgelser af bevægeapparatet" udgivet af Danske Regioner og DKF i 2013.

Samarbejde og kommunikation mellem kiropraktorer og hospitaler er ikke altid velfungerende. I spørgeskemaundersøgelsen tilkendegiver over 25 % (19 ud af 69) af de besvarende kiropraktorer, at de oplever barrierer for kommunikationen/samarbejdet med hospitaler. En del af disse kiropraktorer (7 ud af 19) oplyser, at de savner effektivering af direkte henvisningsmulighed for kiropraktorer til CT/MR scanninger. En mindre del (5 ud af 19) oplever problemer i forbindelse med udveksling og rekvirering af journalinformationer, og en del (4 ud af 19) tilkendegiver, at de oplever at henvendelser fra kiropraktorer ikke tages alvorligt og at kiropraktorernes faglighed ikke respekteres på hospitalerne.

Cauda-equina¹⁸ og nyopstået parese(lammelse)

I den seneste overenskomst har kiropraktorpraksis fået mulighed for at henvise specifikke patienter til regionens centralvisitation (CVI). Henvisningsmuligheden indgår i prolapsforløbet. Som en del af implementeringen af prolapsforløb bør anvendelsen af den direkte henvisningsmulighed følges med henblik på - ved behov - at gøre en indsats for at understøtte efterlevelsen af forløbsbeskrivelsen. Se i øvrigt kapitel 5 angående yderligere om prolapsforløb.

Anbefaling:

- At udviklingen i anvendelse af muligheden for direkte henvisning i forbindelse med nerverodssmerter følges

¹⁶ Teksten opdateres når den endelige overenskomsttekst foreligger

¹⁷ Teksten opdateres når den endelige overenskomsttekst foreligger

¹⁸ Cauda Equina er en sammenklemning af rygmargens nerverødder, der forløber på niveau med lænden.

Udveksling af billeddiagnostik

For at sikre et sammenhængende og omkostningseffektivt sundhedsvæsen er det i enhver situation vigtigt, at tidligere undersøgelser foretaget hos andre behandlere eller på hospital er tilgængelige, således at unødige dobbeltundersøgelser minimeres.

Udveksling af billeddiagnostik mellem kiropraktorer og hospitaler i Region Hovedstaden kan med fordel optimeres. Digital røntgen er udbredt i kiropraktorpraksis i regionen, men kiropraktorerne røntgensystemer og hospitalernes røntgensystemer og databaser kan ikke udveksles via elektronisk kommunikation. Dette gælder også udveksling med røntgenklinikkerne i praksissektoren [og udveksling med almen praksis](#).

Det er forventningen, at opbygningen af en fremtidig landsdækkende digital billeddatabase vil lette tilgængeligheden af tidligere undersøgelser og undersøgelser foretaget hos andre behandlere/på hospital. Tidshorizonten for opbygningen af denne database kendes ikke.

I Region Hovedstaden fortsætter kiropraktorpraksiskonsulenterne arbejdet på at udvikle samarbejdet med hospitalsafdelinger og fremme smidige arbejdsgange omkring billedudveksling.

Anbefalinger:

- At udviklingen i digitale billedsystemer og mulighederne for udveksling med kiropraktorerne røntgensystemer følges
- At det samtidig sikres at kiropraktorerne følger gældende retningslinjer om billeddiagnostiske undersøgelser

4.3 Nye samarbejdsformer

Parterne omkring praksisplanen er enige om, at borgerne skal opleve høj kvalitet og sammenhæng i den forebyggende diagnostiske, og behandlende indsats. Særligt er der behov for at fokusere på sårbare borgere, der modtager samtidig behandling fra flere sektorer. Der er behov for at afprøve nye organisatoriske løsninger med integrerede tilbud på de områder, hvor det i dag er svært at tilgodese borgerens behov for udstrakt grad af koordination, samtidighed og fleksibilitet i indsatserne.

I regionens sundhedsaftale med kommunerne er det en politisk målsætning, at region, kommuner og praksissektoren afprøver nye samarbejdsformer og implementerer nye modeller for en integreret opgaveløsning. Udgangspunktet er samdrift af ressourcer og kompetencer på tværs af kommuner, hospitaler og praksissektoren.

Spørgeskemaundersøgelsen viser en betydelig interesse blandt kiropraktorpraksis for faglige og lokalemæssige samarbejder med andre behandlergrupper og klinikker. På denne baggrund vil det være relevant at inddrage kiropraktorer, når konkrete projekter med ny samarbejdsformer udvikles.

Boks 11: Kiropraktorerne ønsker om samarbejde med andre sundhedsbehandlere/klinikker (Spørgeskemaundersøgelse)

Af spørgeskemaundersøgelsen ses, at mange kiropraktorer allerede i dag indgår i forskellige samarbejdsrelationer med det øvrige sundhedsvæsen (se i øvrigt kapitel 3). Derudover er mange kiropraktorer interesseret i samarbejde med andre sundhedsbehandlere.

20 kiropraktorer svarer, at de kunne tænke sig at have praksis beliggende i et kommunalt sundhedshus. De 20 positive respondentes klinikker er geografisk jævnt fordelt over regionens fire hovedområder.

11 kiropraktorer svarer, at de kunne tænke sig at have praksis i lokalfællesskab med andre sundhedssydere/klinikker. Der ønskes særligt samarbejde med praktiserende læger og praktiserende speciallæger, samt endvidere fodterapeuter, psykologer m.fl. Og endvidere med behandlergrupper uden overenskomst bl.a. nævnes massører og akupunktører.

13 kiropraktorer kunne tænke sig at indgå i et systematisk samarbejde med andre sundhedssydere/klinikker, uden at der er lokalfællesskab. Der ønskes særligt samarbejde med praktiserende læger, fysioterapeuter og praktiserende speciallæger, men er også psykologer og med behandlergrupper uden overenskomst bl.a. nævnes massører og zoneterapeuter.

Anbefaling:

- At kiropraktorpraksis indtænkes i nye samarbejdsformer og ved etablering af sundhedshuse og andre behandlere i regionen, når relevant

5. Kvalitetsudvikling i kiropraktorpraksis

Målsætninger:

- At praktiserende kiropraktorer arbejder målrettet og systematisk med kvalitetsudvikling
- At praktiserende kiropraktorer arbejder ud fra de gældende faglige retningslinjer
- At patientsikkerhed i kiropraktorpraksis styrkes
- At kiropraktorpraksis understøttes gennem undervisnings- og kursustiltag, som løfter kvaliteten og samarbejdet mellem kiropraktorer og samarbejdspartner
- At Den Danske Model for Kvalitetsudvikling implementeres i kiropraktorpraksis, i det tempo og omfang modellen udvikles og indgår i overenskomsten

Arbejdet med kvalitetsudvikling er et vigtigt element i bestræbelserne på at sikre de praktiserende kiropraktors rolle i et sammenhængende sundhedsvæsen. I dag arbejdes der med kvalitetsudvikling i kiropraktorpraksis inden for felterne: kliniske retningslinjer, forløbsprogram for lænde-ryglidelser og patientsikkerhed.

Kravene til øget samspil mellem sektorerne vil fylde mere i de kommende år og parterne bag praksisplanen er derfor enige om at arbejdet med kvalitet skal udvikles og understøttes, så det sikres, at de praktiserende kiropraktorer har fokus på kvalitet i behandlingen og arbejder med læring og forbedring samt systematisk kvalitetsudvikling.

I dette afsnit fokuseres på, hvilke indsatser, der skal arbejdes med i planperioden for at understøtte kvalitetsudvikling såvel monofagligt i kiropraktorpraksis som i samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen.

5.1 Rammer for kvalitetsudvikling

Regionernes fælles strategi for kvalitetsudvikling på praksisområdet¹⁹ og Overenskomst om kiropraktik danner rammerne for kvalitetsudviklingstiltagene i denne plan. I [henhold til regi-af overenskomstens parter er et udviklingsarbejde i gang, som skal skabe en version af skal Den Danske Kvalitetsmodel \(DDKM\) udbredes ispecielt tilpasset](#) kiropraktorpraksis.

5.1.1 Regionernes strategi for kvalitet på praksisområdet

Regionernes strategi for kvalitet på praksisområdet har til formål at skabe et større fokus på og systematik i kvalitetsarbejdet blandt alle behandlergrupper på praksisområdet. Det er et af strategiens centrale mål at få skabt en fælles kvalitetskultur på praksisområdet og på tværs af sektorgrænser, samt at alle praksisområder skal akkrediteres efter principperne i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM).

Boks 12: Regionernes strategi for kvalitetsudvikling

- Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) udvikles og implementeres
- Behandlere på praksisområdet arbejder med databaseret kvalitetsudvikling
- "Kvalitetscirklen" benyttes i forbindelse med kvalitetsudvikling
- Behandling følger gældende faglige retningslinjer og "best practice"
- Forberedelse til akkreditering og opnåelse af akkrediteringsstatus

¹⁹ Danske Regioner 2012: Kvalitet i praksis

- regionernes strategi for målrettet og systematisk kvalitetsudvikling på praksisområde

Arbejdet med kvalitetsudvikling i DDKM bygger på kvalitetscirklen. Kvalitetscirklen også kaldet PDSA-cirklen, er en grundlægende model for systematisk kvalitetsudvikling.

DDKM har i flere år fungeret som en fælles kvalitetsudviklingsmodel for det danske sundhedsvæsen. DDKM er metodemæssigt et akkrediteringssystem, der omfatter et sæt af kvalitetsstandarder og en akkrediteringsproces.

Akkreditering efter DDKM er under udfasning på de offentlige hospitaler, hvor DDKM erstattes af 'Nationalt kvalitetsprogram på sundhedsområdet'. Denne proces følges, da den på sigt kan få indflydelse på kvalitetsarbejdet i praksissektoren.

5.1.2 Overenskomst om kiropraktik

~~Den gældende o~~Overenskomst om kiropraktik (januar 2014) fastsætter, at kiropraktorerne skal følge og holde sig opdateret på faglige og kliniske retningslinjer²⁰. ~~Herudover indeholder o~~Overenskomstens ~~ikke konkrete bestemmelser om kvalitetsudvikling, men i bilag til overenskomsten tilkendes gives, at~~ parter er enige om at arbejde videre med at ~~udbrede~~understøtte DDKM i overenskomstperioden. ~~Herudover skal der arbejdes med udvikling af diagnosekodning og datafangst, samt opbygning af en kiropraktordatabase. Der indføres systematisk efteruddannelse for at sikre en ensartet og høj faglig kvalitet på tværs af kiropraktorpraksis.~~

~~ved at udføre projekter om følgende kvalitetstemaer:~~

~~Udvikling af kvalitetsstandarder for akkreditering i kiropraktorpraksis~~

~~Diagnosekodning og datafangst~~

~~Tværfaglig rygdatabase~~

~~Systematisk efteruddannelse~~

~~Næste overenskomst forventes at træde i kraft i 2017. Det forventes, at dele af de nævnte kvalitetstemaer fra DDKM vil indgå i overenskomsten og at de derfor skal følges og eventuelt understøttes på regionalt niveau i denne praksisplans virkeperiode.~~

5.1.3 Udvikling af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for kiropraktorpraksis

I foråret 2015 er der mellem overenskomstens parter udviklet en udgave af DDKM specielt for praktiserende kiropraktorer i form af et standardsæt og et surveykoncept. Standardsættet er pilottestet i 2015-2016 i et antal praksis, heraf to i Region Hovedstaden. På baggrund heraf er udarbejdet et standardsæt, som ~~har skal-~~dannet baggrund for ~~aftale for-~~handlinger om implementering af DDKM i kiropraktorpraksis i ~~overenskomstperioden fra 2017-2020~~næste overenskomstperiode. For yderligere uddybning af de 13 kvalitetsstandarder se bilag 3.

²⁰ [Aftale om fornyelse af overenskomst mellem RLTN og Dansk Kiropraktorforening, 28.10.2016. Overenskomsten træder i kraft 1.4.2017. Overenskomst om kiropraktik 2014, § 1, stk. 2. Teksten opdateres når den endelige overenskomsttekst foreligger](#)

Boks 13: Kvalitetsstandarder for akkreditering i kiropraktorpraksis, jf. DDKM for praktiserende kiropraktorer:

1. 'Den faglige kvalitet og anvendelse af god klinisk praksis'
2. 'Patientsikkerhed'
3. 'Utilsigtede hændelser'
4. 'Patienternes oplevelse af kvalitet og klagemuligheder'
5. 'Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter'
6. 'Billeddiagnostik'
7. 'Parakliniske undersøgelser'
8. 'Førstehjælp'
9. 'Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed'
10. 'Klinikinformation'
11. 'Hygiejne'
12. 'Ledelse og kvalitet'
13. 'Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling'

Anbefalinger:

- At det nationale arbejde vedr. kvalitetsudvikling i kiropraktorpraksis følges, med henblik på at sikre en regional implementering
- At der arbejdes systematisk med implementering af elementerne i DDKM, i det tempo og det omfang modellen udvikles og indgår i overenskomsten

I Region Hovedstaden pågår der på kiropraktorområdet allerede en række kvalitetsudviklingsindsatser, som vil kunne understøtte akkreditering efter standarderne i DDKM. Arbejdet med kvalitetsudviklingsindsatserne skal derfor fortsættes og videreudvikles i planperioden og beskrives i det følgende.

5.2 Implementering af kliniske retningslinjer i kiropraktorpraksis

Formålet med kliniske retningslinjer er at sikre en ensartet behandling af højeste faglige kvalitet, uanset hvor patienten befinder sig, og hvilken sundhedsfaglig person vedkommende henvender sig til. Basis for retningslinjerne er videnskabelig evidens og bedste praksis på området.

Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik har udgivet flere publikationer ligesom Sundhedsstyrelsen har udgivet retningslinjer med relevans for praktiserende kiropraktorer. Nedenfor ses en oversigt over retningslinjer med relevans for kiropraktor praksis:

Boks 14: Oversigt over retningslinjer med relevans for kiropraktor praksis

- Ikke kirurgisk behandling af nylig opstået lumbal nerverodspåvirkning (lumbal radikulopati)
- Behandling af udstrålende smerter fra nakken (cervikal radikulopati)
- Lumbal nerverodspåvirkning
- Smerter i bevægeapparatet
- Udvalgte skulderlidelser
- Knæartrose

- Nakkebesvær
- Billeddiagnostiske retningslinjer

Som nævnt i tidligere afsnit indgår det i overenskomst for kiropraktik, at kiropraktorer skal følge og holde sig opdateret på faglige og kliniske retningslinjer.

Jævnfør de udviklede kvalitetsstandarder for kiropraktorpraksis vil arbejdet med kliniske retningslinjer i fremtiden indgå i kvalitetsstandarden om 'faglig kvalitet og god klinisk praksis' (standard nr. 1). I forbindelse med denne standard skal kiropraktoren kunne redegøre for systematisk kritisk refleksion over behandlingsresultater af udvalgte iværksatte behandlinger med henblik på justering af behandlingsstrategier på baggrund af nationale eller internationale rekommandationer. Kiropraktoren skal ligeledes i konkrete patientforløb kunne redegøre for brugen af kliniske retningslinjer i diagnostik og patientbehandling. Endelig skal kiropraktoren foretage en journalaudit, hvor der undersøges om gældende kliniske retningslinjer er blevet fulgt.

5.2.1 Tiltag til implementering af kliniske retningslinjer

I dag arbejdes der med kliniske retningslinjer bl.a. i behandlingen af patienter med akut lumbal nerveudspåvirkning. Behandlingen af disse patienter understøttes som tidligere nævnt med et nærmere beskrevet struktureret forløb, 'prolapsforløbet' som følger de kliniske retningslinjer. Prolapsforløbet består af fire behandlingsydelser, som udgør et sammenhængende behandlingsforløb i kiropraktorpraksis. Der er desuden udarbejdet en forløbsbeskrivelse, som vejleder kiropraktorerne i forhold til behandlingen af disse patienter.

Som det fremgår af kapitel 3 anvendes prolapsforløbet kun i begrænset omfang. Det antages, at langt flere kiropraktorpraksis behandler patienter, for hvem prolapsforløbet er relevant jævnfør overenskomsten.

I forbindelse med spørgeskemaundersøgelsen tilkendegiver mange kiropraktorer, at de aldrig eller kun sjældent anvender 'prolapsforløbet' i behandlingen af prolapspatienter. Mange af de besvarende kiropraktorer tilkendegiver, at 'prolapsforløbet' er nyt, og at de endnu ikke har nået at indarbejde disse forløb i deres behandlingsrutiner. Herudover tilkendegiver mange, at de vurderer 'prolapsforløbet' unødvendigt, at det ikke giver mening, og at patienterne kan behandles bedre og billigere med andre ydelser.

For at sikre implementering af de kliniske retningslinjer om prolapsbehandling skal udviklingen omkring behandlingen af disse patienter følges af praksiskonsulenterne med henblik på at tilrettelægge faglige arrangementer som for eksempel undervisning, temadage eller tilsvarende aktiviteter der understøtter implementering af retningslinjerne.

I regi af Dansk Kiropraktorforening afholdes der løbende orienteringsmøder om nye retningslinjer, f.eks. om retningslinjen om ikke kirurgisk behandling af nyligt opstået lumbal nerveudspåvirkning.

I regionalt regi ved praksiskonsulenterne har der i 2014 og 2015 været afholdt en række møder om flere af de kliniske retningslinjer.

Anbefalinger:

- At kliniske retningslinjer implementeres i kiropraktorpraksis
- At praksiskonsulenterne arbejder for at udbrede kendskabet til kliniske retningslinjer
- At praksiskonsulenterne understøtter implementering af 'prolapsforløb' gennem faglige arrangementer for kiropraktorerne

5.3 Patientsikkerhed i kiropraktorpraksis

Jævnfør de udviklede kvalitetsstandarder for kiropraktorpraksis vil arbejdet med patientsikkerhed i fremtiden indgå i kvalitetsstandarderne 'Patientsikkerhed' og 'Utilsigtede hændelser'.

Praktiserende kiropraktorer er ligesom den øvrige praksissektor omfattet af pligten til at rapportere utilsigtede hændelser (UTH) i Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Det betyder, at kiropraktorer systematisk og konsekvent skal lære af de utilsigtede hændelser, der finder sted i kiropraktorpraksis.

I Region Hovedstaden er der nedsat et patientsikkerhedsråd for bl.a. praksissektoren og kommuner, der skal følge implementeringen af sundhedslovens bestemmelser om patientsikkerhed og godkende handleplaner i forbindelse med analyse af utilsigtede hændelser.

Indrapporterede utilsigtede hændelser behandles af regionens risikomanagere, der arbejder med hændelser fra blandt andet kiropraktorer. Risikomanagerne står til rådighed for at hjælpe og vejlede. Sagsbehandlingen af de utilsigtede hændelser sker fortroligt og alene med henblik på læring, herunder med forslag til, hvorledes der kan ske læring af hændelsen.

Erfaringerne viser, at der indtil videre rapporteres meget få utilsigtede hændelser i kiropraktorpraksis. Data for rapporteringer i 2012-2015 viser, at der i disse år er rapporteret henholdsvis 5, 7, 8 og 2 hændelser pr. år.

5.3.1 Tiltag for at styrke patientsikkerheden

Med henblik på at styrke patientsikkerheden skal der i planperioden arbejdes for at udvikle patientsikkerhedskulturen og fremme læring på baggrund af arbejdet med utilsigtede hændelser.

Praksiskonsulenterne har i samarbejde med regionens Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed gennemført et pilotprojekt med deltagelse af 5 kiropraktikklinikker. Projektet havde til formål at højne patientsikkerheden hos praktiserende kiropraktorer ved at øge kendskabet til utilsigtede hændelser og til rapporteringssystemet.

På baggrund af projektet er der oprettet en liste med eksempler på, hvad en utilsigtet hændelse kan være i kiropraktikpraksis, ligesom der er udviklet et site på Sundhed.dk med relevante oplysninger om patientsikkerhed målrettet kiropraktorpraksis. Dette arbejde skal fortsættes i planperioden.

Anbefalinger:

- At der i planperioden fortsat arbejdes for at udbrede kendskabet til indrapporteringspligten for utilsigtede hændelser blandt de praktiserende kiropraktorer
- At praksiskonsulenterne for kiropraktik fortsat medvirker til udvikling og formidling af budskaber vedrørende patientsikkerhed til de praktiserende kiropraktorer

5.4 Praksiskonsulenternes rolle i kvalitetsudviklingen

Praksiskonsulenterne er praktiserende kiropraktorer, som har nogle konsulenttimer i regionen.

Praksiskonsulenterne skal bidrage til den faglige kvalitetsudvikling indenfor kiropraktik samt til at styrke det tværsektorielle og det tværfaglige samarbejde i sundhedssektoren i Region Hovedstaden.

[Det er praksiskonsulenternes opgave at understøtte den tværfaglige og tværsektorielle kommunikation om patienterne, jf. de indsatser som beskrives i afsnit 4.2. om kiropraktorerens samarbejde og kommunikation med det øvrige sundhedsvæsen.](#)

Praksiskonsulenterne rådgiver desuden regionen i spørgsmål inden for kiropraktikkens virksomhedsområde herunder i relation til kvalitetsudvikling og til samarbejde mellem kiropraktorerne og det øvrige sundhedsvæsen.

I forhold til kvalitetsudvikling vil det være en opgave for praksiskonsulenterne at medvirke til implementering af DDKM, herunder at de enkelte kvalitetsstandarder følges. På samme måde er det praksiskonsulenternes opgave at medvirke til implementering af monofaglige vejledninger. Opgaverne varetages bl.a. gennem at arrangere informationsmøder, workshops og ved at give skriftlig information til kiropraktorerne i nyhedsbreve og på sundhed.dk.

Anbefaling:

- At praksiskonsulenterne fortsætter arbejdet med understøttelse af kvalitetsudvikling og medvirker til implementering af DDKM i det tempo og det omfang modellen udvikles og indgår i overenskomsten

Bilag

Bilag 1. Vurdering af den samlede kiropraktorkapacitet

Rammerne for vurdering af den samlede kapacitet

Af overenskomstens § 16 fremgår det, at regionen - efter indstilling fra samarbejdsudvalget – skal vurdere den kiropraktiske behandlingskapacitet og træffe beslutning om eventuelle nynedsættelser. I overensstemmelse med anbefalingerne i den forrige praksisplan har regionen i samarbejde med kiropraktorerne udviklet en metode for vurdering af den samlede kiropraktorkapacitet i regionen. Metoden beskrives nedenfor.

Metode for vurdering af den samlede kapacitet

Vurderingen af kiropraktor kapaciteten har til formål at give et enkelt, overskueligt og gennemsigtigt grundlag for beslutninger vedr. behovet for kiropraktorkapaciteter i regionen. Metoden baserer sig på følgende nøgletal, der omhandler kiropraktorerens behandlingsaktivitet og borgernes behov for kiropraktisk behandling:

- a) Antal årligt behandlede kiropraktorpatienter (antal unikke cpr.nr. behandlet hos kiropraktorerne)
- b) Antal sikrede (borgere i sikringsgruppe 1,2 og 6)
- c) Antal borgere med rygsygdom (Kilde: Sundhedsprofil 2013, Kronisk Sygdom)
- d) Antal patienter årligt behandlet pr. kiropraktor kapacitet - gennemsnit
- e) Antal ydelser pr. behandlet patient (gennemsnit)
- f) Bruttohonorar (regionens tilskud til behandling pr. patient)

Borgere med rygsygdom vurderes for nuværende at være det bedste nøgletal for sygdomsfrekvens i forhold til borgernes behov for kiropraktisk behandling. Kiropraktorpraksis behandler dog også andre patientgrupper end borgere med rygsygdom. Parterne er enige om, at datakilden bag dette nøgletal genovervejes i takt med at der opnås mere valide data for patienttyngde fx fra diagnosekodning i kiropraktorpraksis.

Udvikling i udvalgte nøgletal til vurdering af den samlede kiropraktorkapacitet

Udvikling i udvalgte parametre, som fortæller om behov for kiropraktorkapacitet								
Region	Hovedstaden	2010	2011	2012	2013	2014	Ændring 2010-2014	Ændring i %
1	Antal kiropraktorpatienter årligt	86.606	90.350	89.236	90.386	91.720	5.114	5,9%
2	Antal sikrede pr. dato 1. januar	1.671.277	168.837	1.706.620	1.724.150	1.743.091	71.814	4,3%
3	Antal borgere med rygsygdom	163.700	163.967	164.233	164.500	164.767	1.067	0,7%
4	Antal patienter pr. år pr. kapacitet - gennemsn.	1.237		1.174	1.189	1.176	-61	-5,0%
5	Patienttyngde:							
5a	Antal ydelser pr. patient	6,47	6,47	6,35	6,20	6,13	-0,34	-5,3%
5b	Bruttohonorar (regionens tilskud) pr. patient i løbende priser	352,70	353,07	348,21	346,29	342,24	-10,46	-3,0%
6	Antal kiropraktorkapaciteter	70,00		76,00	76,00	78,00	8,00	11,4%
7	Antal ansatte kiropraktorer/turnusk. omr. til 37 timer still.	46,50	54,60			42,00	-4,50	-9,7%
7	Antal kiropraktorkapaciteter + ansatte kir. omr. til 37 timers still.	116,50				120,00	3,50	3,0%
8	Uden for overenskomst antal kir. + ansatte kir. omr. til 37 timers still.					15		

Ad 1: Antal kiropraktor-patienter hos kiropraktorer i Region H.
 Ad 2: Antal sikrede med bopæl i Region H, opgjort 1. januar.
 Ad 3: Antal borgere med rygsygdom med bopæl i Region H. Kilde: Kronikerprofilen/Sundhedsprofilen, FCFS. Tal i kursiv er fremskrivning i fht kendte tal.
 Ad 4: antal patienter pr. år pr. kapacitet - gennemsn.
 Ad 5: Antal behandlinger (alle ydelser indregnet) pr. kiropraktorpatient og bruttohonorar (regionens tilskud) pr. patient - gennemsnit (produktionstal)
 Ad 6: Af de 78 kapaciteter er 2 'hvilede' og kan udløses efter praksisejerens ønske - historisk betinget ordning. Kapaciteter defineres som 'ejere'.
 Ad 6: I 2009 besluttedes at nedsætte 8 ny kapaciteter.
 Ad 6: Det er ukendt hvor mange kapaciteter der var i 2011.
 Ad 7: Her indgår de 78 formelle kapaciteter + til samarbejdsudvalget oplyste ansattes timetal omregnet til 37 timersstillinger. For 2012 og 2013 findes ikke tilstrækkelig information. Bemærk at der herudover for 15 kompagniskabspraksis ud over ejeren og ansatte er kompagnonger som mulig arbejdskraft med ukendt timetal.
 Ad 8: Der er 6 praksis uden for overenskomst med ca. 9 still. ansatte kir. Tallet kendes kun for 2014/15.

I tabellen ovenfor fremgår udviklingen i perioden 2010-2014 inden for ovenstående nøgletal vedrørende kiropraktorerne behandlingsaktivitet og borgernes behov for kiropraktisk behandling.

Udviklingen i kapaciteter og øvrige behandlingsressourcer

Tabellen viser, at der er nedsat 8 kapaciteter siden 2010. Samtidig er der sket et fald i antallet af ansatte kiropraktorer og turnuskandidater, som ikke tæller med som kapaciteter og som kiropraktorer med kapacitet frit kan ansætte i deres praksis, på 4,5 fuldtidsstillinger. Samlet set er der således sket en vækst i antal kapaciteter + ansatte kiropraktorer og turnuskandidater (omregnet til 37-timersstillinger) på 3,5 fuldtidsstilling.

Udviklingen i patientunderlaget

Tabellen viser, at der siden 2010 har været vækst i kiropraktorernes mulige patientunderlag. Der ses vækst i antallet af patienter, som behandles i kiropraktorpraksis (5,9 %) og vækst i det samlede antal borgere i regionen (4,3 %). Endvidere ses en meget lille vækst i antallet af borgere med rygsygdom (0,7 %).

Udviklingen i behandlingsaktivitet

Tabellen viser, at hver kiropraktorkapacitet i løbet af perioden gennemsnit behandler færre patienter (-5,0 %), at de enkelte patienter i gennemsnit modtager færre behandlinger (ydelser) hver (-5,3 %) og at regionens udgift pr. behandlet patient dermed også falder i perioden (-3,0 %).

Samlet vurdering

På baggrund af udviklingen i ovenstående nøgletal - vedrørende kiropraktorernes behandlingsaktivitet og borgernes behov for kiropraktisk behandling - vurderes det, at der aktuelt er balance mellem kapaciteter og opgaver/behov for kiropraktisk behandling. Det bemærkes, at der ud over de 76 kiropraktorklinikker i regionen med ydernummer inden for Overenskomst om kiropraktik (78 kapaciteter) er væsentlige ekstra behandlingsmæssige ressourcer i de eksisterende praksis i form af ansatte kiropraktorer og turnusassistenter, ligesom der findes 6 kiropraktorklinikker i regionen, som ikke er omfattet af overenskomsten.

Bilag 2. Model for optimal geografisk fordeling af kiropraktorkapacitet i Region Hovedstaden

Geografisk fordeling af eventuelle nye eller ledige kapaciteter besluttet løbende af regionen efter drøftelse i samarbejdsudvalget.

Der er i den foregående planperiode udarbejdet en model for fordeling af kapaciteter i regionen, som blev godkendt af Samarbejdsudvalget for kiropraktik i januar 2016. Modellen anvendes som beslutningsgrundlag for geografisk fordeling af eventuelle nye kapaciteter og ved flytteansøgninger for så vidt angår geografisk bundne kapaciteter.

Modellen tager udgangspunkt i følgende tre **parametre** til belysning af behandlingsbehovet hos borgerne i de enkelte områder:

- a) Antal årligt behandlede kiropraktorpatienter fordelt på planlægningsområder (antal unikke cpr.nr. behandlet hos kiropraktorerne)
- b) Antal sikrede (borgere) i området
- c) Antal borgere med rygsygdom i området (Kilde: Sundhedsprofil 2013, Kronisk Sygdom)

Hver parameter vægter ligeligt, det vil sige med 33,3 % i beregningen.

Modellen med en aktuel beregning af fordeling af kiropraktorkapaciteten:

Modelberegning		17.11.2015								
Geografisk fordeling af kiropraktor kapaciteter	%-regionens antal kiropraktik patienter	%-antal sikrede i regionen	%- antal borgere med ryggsygdom i region	%- samlet de tre sats for planområde	Faktisk fordeling af besatte kapaciteter	Kapacitetsmodellens fordeling af samtlige (100 pct.) kapaciteter	Sammenligning af den faktiske fordeling og kapacitetsmodellens fordeling af samtlige kapaciteter	Hvilende ydenummer (H)	Kiropraktor Klinikker uden ydenummer.	
Forklaring	Parameter a	Parameter b	Parameter c	Samlet fordelingsnøgle d = (a*0,33+b*0,33+c*0,33)	(e)	i = 'antal kapaciteter til fordeling' * d (AFRUNDET pr. kommune)	Negativ = for få ifølge modellen Positiv = for mange ifølge modellen 0 = opfylder modellens måltal j=i			
Planområde - Nord:					17	15	2	1 H	2	
Frederikssund	2,5%	2,5%	2,8%	2,6%	1	2	-1			
Gribskov	2,4%	2,3%	3,5%	2,7%	2	2	0			
Halsnæs	1,8%	1,8%	2,2%	1,9%	2	2	0			
Hillerød	2,8%	2,8%	2,7%	2,7%	4	2	2			
Allerød	1,4%	1,4%	1,3%	1,4%	1	1	0			
Helsingør	3,5%	3,5%	4,3%	3,8%	5	3	2	1 H	1	
Fredensborg	2,3%	2,3%	2,4%	2,4%	0	2	-2			
Hørsholm	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	2	1	1		1	
Planområde - Midt:					18	19	-1	1 H	2	
Egedal	2,4%	2,4%	2,5%	2,4%	1	2	-1			
Furesø	2,2%	2,2%	2,2%	2,2%	2	2	0			
Ballerup	2,8%	2,8%	3,0%	2,8%	2	2	0			
Herlev	1,6%	1,6%	1,6%	1,6%	2	1	1			
Rødovre	2,2%	2,1%	2,5%	2,3%	1	2	-1			
Gladsaxe	3,8%	3,8%	3,8%	3,8%	2	3	-1		1	
Lyngby-Taarbæk	3,0%	3,1%	3,0%	3,1%	4	2	2	1 H	1	
Rudersdal	3,0%	3,1%	2,9%	3,0%	2	2	0			
Gentofte	4,1%	4,2%	3,3%	3,9%	2	3	-1			
Planområde - Byen:					24	20	4		1	
Frederiksberg	5,9%	5,9%	5,3%	5,7%	5	4	1			
Brønshøj-Husum	2,5%	2,5%	2,6%	2,5%	1	2	-1			
Vanløse	2,3%	2,3%	1,9%	2,1%	2	2	0			
Bispebjerg	3,0%	3,1%	2,6%	2,9%	2	2	0			
Nørrebro	4,3%	4,5%	3,8%	4,2%	1	3	-2			
Indre By	3,0%	3,0%	2,6%	2,9%	8	2	6		1	
Østerbro	4,3%	4,3%	3,3%	3,9%	3	3	0			
Bornholm/Christiansø	2,4%	2,3%	3,1%	2,6%	2	2	0			
Planområde - Syd:					19	24	-5		1	
Valby	2,9%	3,0%	3,0%	3,0%	1	2	-1			
Vesterbro/Kgs. Enghave	3,6%	3,5%	2,7%	3,3%	3	3	0			
Amager Øst	3,1%	3,2%	2,8%	3,0%	0	2	-2		1	
Amager Vest	3,7%	3,7%	3,4%	3,6%	4	3	1			
Høje-Taastrup	2,7%	2,7%	2,6%	2,7%	2	2	0			
Albertslund	1,5%	1,6%	1,8%	1,7%	1	1	0			
Ishøj	1,2%	1,2%	1,3%	1,2%	1	1	0			
Vallensbæk	0,9%	0,9%	0,8%	0,8%	0	1	-1			
Brøndby	2,0%	2,0%	2,3%	2,1%	1	2	-1			
Glostrup	1,3%	1,3%	1,6%	1,4%	2	1	1			
Hvidovre	3,0%	3,0%	3,3%	3,1%	2	3	-1			
Tårnby	2,5%	2,4%	2,9%	2,6%	1	2	-1			
Dragør	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	1	1	0			
Total	100%	100%	100%	100%	78	78	0	2 H	6	

Kilde: Target (Kiropraktikpatienter for 2014, sikrede pr. 1. februar 2015), Notus Regional (Kapaciteter pr. 1. september 2015), Sundhedsprofil 2013, Kronisk Sygdom (borgere med ryggsygdom)

Note: 4 kapaciteter er bundet geografisk. Heraf 1 i Høje-Taastrup Kommune, 1 i Tårnby Kommune, 1 i Glostrup Hospitals område og 1 i Herlev Hospitalsområde.

Ved ovenstående beregning med brug af de tre primære parametre ses den 'optimale fordeling' (Kolonne: Kapacitetsmodellens fordeling af samtlige (100%) kapaciteter).

Forskel mellem aktuel og optimal fordeling

Forskellen mellem den faktiske fordeling pr. 17.11.2015 og den optimale fordeling fremgår desuden af tabellen. Heraf ses følgende:

- Nord har 2 kapaciteter 'for mange'.
- Midt har 1 kapaciteter 'for få'.
- Byen har 4 kapaciteter 'for mange' og der ses en ulige fordeling bydelene imellem.
- Syd har 5 kapaciteter 'for få'.

Sekundære parametre med betydning for den geografiske fordeling af kapaciteterne

Der vurderes at være behov for at inddrage flere forhold ved vurdering af geografisk fordeling af kapacitet - såkaldte sekundære parametre. De sekundære parametre repræsenterer altså faktorer, der kan give

anledning til korrektioner af den fordeling, som fremkommer ved modelberegningen på baggrund af de tre primære parametre.

Følgende hensyn indgår som **sekundære parametre** ved fordeling:

- a) Ligelig fordeling af kapacitet på planområdeniveau prioriteres højere end ligelig fordeling mellem planlægningsområder (kommuner og bydele i Københavns Kommune)
- b) Placering af ansatte kiropraktorer og turnuskandidater opgjort i hele stillinger
- c) Placering af eksisterede kiropraktorklinikker uden ydernummer
- d) Placering af ny kapaciteter i tilknytning til praksisfælleskaber og sundhedshuse
- e) Geografisk tilgængelighed (fysiske adgangs- og toiletforhold, transport og parkering)

Anvendelse af modellen

Den til enhver tid gældende forskel mellem den aktuelle og den optimale fordeling af kapaciteterne jf. de primære parametre samt stillingtagen til de sekundære parametre skal løbende lægges til grund for beslutninger i samarbejdsudvalget om geografisk placering af eventuelt nye kapaciteter og disses evt. geografisk binding *samt* ved behandling af ansøgninger om flytning af geografisk bundne kapaciteter.

Modellen for geografisk fordeling af kiropraktorkapacitet blev behandlet og godkendt i samarbejdsudvalg vedr. kiropraktisk behandling januar 2016.

Bilag 3. DDKM - kvalitetsstandarder for akkreditering i kiropraktorpraksis

I foråret 2015 er der blevet udviklet en dansk kvalitetsmodel for praktiserende kiropraktorer i form af et standardsæt og et surveykoncept. Standardsættet er blevet pilottestet i 2015-2016 i 14 praksis, heraf 2 i Region Hovedstaden. Erfaringerne herfra skal danne baggrund for ~~forhandlinger om~~ implementering af DDKM i kiropraktorpraksis i ~~næste~~ overenskomstperioden 2017-2020. ~~Næste overenskomst forventes at træde i kraft primo 2017, hvorfor DDKM forventes at skulle implementeres i kiropraktorpraksis fra dette tidspunkt.~~

Formålet med DDKM er, at

- fremme den faglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet i kiropraktikerklinikker
- fremme patientsikkerheden
- måle kvaliteten og sikre, at den forbedres, hvor den findes utilstrækkelig
- fremme samarbejdet på tværs af det danske sundhedsvæsen
- synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet

Der er udarbejdet et standardsæt bestående af 13 standarder, som omfatter:

1. Den faglige kvalitet og anvendelse af god klinisk praksis
2. Patientsikkerhed
3. Utilsigtede hændelser
4. Patienternes oplevelse af kvalitet og klagemuligheder
5. Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter
6. Billeddiagnostik
7. Parakliniske undersøgelser
8. Førstehjælp
9. Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed
10. Klinikinformation
11. Hygiejne
12. Ledelse og kvalitet
13. Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling

Ad. 1) Standarden har til formål at sikre høj faglig kvalitet

ad 2) Standarden har til formål at understøtte patientsikkerheden i klinikken og begrænse risikoen for utilsigtede hændelser

ad 3) Standarden har til formål at reducere risikoen for patientskader og sikre læring af utilsigtede hændelser

ad 4) Standarden har til formål at skabe læring og forbedre klinikkens ydelser på baggrund af tilbagemeldinger fra patienter

ad 5) Standarden har til formål at sikre at den rigtige undersøgelse og behandling gives til den rigtige patient

Ad 6) Standarden har til formål at sikre en høj billedkvalitet, der giver mulighed for at stille en sufficient diagnose indenfor rammerne af de fastsatte referencedoser

Ad 7) Standarden har til formål at sikre grundlag for

- Korrekte og sikre resultater fra parakliniske undersøgelser
- At ingen patienter lider skade eller påføres unødvendig ulempe som følge af manglende rettidig reaktion på parakliniske undersøgelser

Ad 8) Standarden har til formål at sikre hurtig og kvalificeret behandling ved hjertestop eller anden akut sygdom i klinikken for at øge patientens mulighed for overlevelse uden varige men

Ad 9) Standarden har til formål at sikre at patientjournalen

- indeholder de elementer, der fremgår af lovgivning, vejledninger mv. i forhold til registrering af patientdata
- understøtter den kliniske beslutningsproces og fremme kontinuiteten i patientforløbet
- samt at sikre datasikkerhed og fortrolighed i klinikkens omgang med personfølsomme oplysninger

ad 10) Standarden har til formål, at patienter har adgang til relevant information om klinikken

ad 11) Standarden har til formål at sikre at konsultationerne foregår under hygiejniske forhold

ad 12) Standarden har til formål at sikre:

- ledelse af kvalitetsarbejdet i klinikken med klar ansvarsfordeling
- optimal udnyttelse af ressourcer
- at der er mål for klinikkens udvikling
- at der er en plan for kvalitetsovervågning

ad 13) Standarden har til formål at sikre at:

- der ansættes klinikpersonale med en relevant kompetenceprofil
- ansvars- og opgavefordelingen i klinikken er tydelig
- klinikpersonale til enhver tid har de nødvendige kompetencer til løsning af klinikkens opgaver
- der er et attraktivt læringsmiljø i klinikken
- der er de bedste betingelser for rekruttering og fastholdelse af ansatte kiropraktorer og klinikpersonale

Bilag 4. Ordforklaring

I grundbeskrivelsen og praksisplanen anvendes forskellige fagtermer og udtryk, som uddybes nærmere nedenfor:

Yderregister:	Det register, hvor den enkelte yder (her kiropraktor) registreres med centrale data.
Ydernummer:	Et identifikationsnummer, som tildeles hver enkelt praksis, der praktiserer efter overenskomst med Regionernes Lønnings- og Takstnævn. Ydernummeret anvendes til afregning.
Kapacitet:	<p>Udtryk for det antal kiropraktorer, der har ret til at praktisere efter overenskomst. Disse kiropraktorer kan frit ansætte kiropraktorer som assistenter i deres praksis. Disse assistenter tæller ikke med i antallet af kapaciteter.</p> <p>Udover aktive kapaciteter findes af historiske grunde nogle få hvilende kapaciteter (hvilende ydernumre). Disse tilhører nogle kiropraktorer, som er kompagnoner i kompagniskabspraksis, og som har aftaler fra før kommunalreformen om, at de kan frigøre sig fra den nuværende kompagniskabspraksis og aktivere deres hvilende kapacitet i en ny selvstændig praksis. Som følge af disse hvilende kapaciteter er antallet af kapaciteter højere end antallet af praksis.</p>
Ledig kapacitet:	En ubesat kapacitet, der afventer at blive tildelt en kiropraktor.
Enkeltmandspraksis:	Praksis, der drives af en kiropraktor uden fællesskab med andre kiropraktorer, der har tiltrådt overenskomsten om økonomi eller patienter.
Kompagniskabspraksis:	Praksis, der drives af to eller flere kiropraktorer, der har tiltrådt overenskomsten, eller kiropraktorselskaber, der har fælles patientkreds, økonomi, lokaler og personale.
Samarbejdspraksis:	Praksis, der drives i samarbejde mellem flere enkeltmands- og/eller kompagniskabspraksis og/eller kiropraktorselskaber med hver deres patientkreds, hvorom der dog findes et vist samarbejde og med fællesskab om lokaler og hel eller delvist om personale.
Sikrede:	Alle borgere har ret til gratis behandling hos læger og tilskud til medicin mv. Borgere kan vælge mellem to sikringsgrupper.
Sikringsgruppe 1:	Borgere i sikringsgruppe 1 skal have henvisning fra egen læge til behandling hos speciallæge, fysioterapeut, fodterapeut og psykolog. Dog kræves der ikke henvisning til øre- og øjenlæge, tandplejer, tandlæge og kiropraktor. Tilskud til

medicin, tandlægehjælp, tandpleje, fysioterapi, fodterapi, kiropraktorhjælp og psykologhjælp bliver automatisk trukket fra borgerens regning.

- Sikringsgruppe 2: Borgere i sikringsgruppe 2 kan frit søge behandling hos alle læger, speciallæger, tandlæger og kiropraktorer. Der kræves en lægehenvi-
sning til fysioterapeut, fodterapeut og psykolog for at få tilskud.
- Det samme tilskud gives, som en gruppe 1-sikret patient får til en tilsvarende behandling. Læger, speciallæger, tandlæger, tandplejere og fysioterapeuter fastsætter selv prisen for behandling. Hvis prisen på behandling overstiger tilskuddet fra regionen, skal den enkelte selv betale forskellen, når vedkommende er i sikringsgruppe 2.
- Produktion: Produktion anvendes som et udtryk for, hvad kiropraktorer med ydernummer i Region Hovedstaden har leveret af ydelser uafhængigt af borgerens bopæl.
- Forbrug: Begrebet forbrug dækker over, hvad Region Hovedstadens borgere har modtaget af ydelser, uanset i hvilken region/kommune ydelserne er udført.
- Bruttohonorar: Bruttohonorar er den pris, der er aftalt, at en kiropraktisk ydelse skal koste. Bruttohonoraret viser regionens udgift til honorering af kiropraktorerne. Bruttohonoraret er aftalt i overenskomsten.
- Planområder: Regionen Hovedstadens hospitalsplan anvender planområder. Regionen er inddelt i fire planområder, som hver er opdelt på en række planlægningsområder. Planlægningsområderne svarer til kommuneinddelingen og den til enhver tid gældende bydelsinddeling i Københavns Kommune. (Se figur 1 og tabel 1).
- Pendlerstatistik: Pendlerstatistikken viser i hvilken udstrækning en kommunes patienter anvender kiropraktorer beliggende i patientens hjemkommune. Antal patienter i pendlerstatistikken er angivet som antal forskellige patienter, også benævnt unikke patienter.
- Unikke patienter: Har én patient modtaget flere kiropraktiske ydelser i en klinik i én kommune, tælles patienten som 1 unik patient i denne kommune. Har patienten modtaget kiropraktiske ydelser i tre forskellige kommuner, tælles patienten som 1 unik i hver af de tre kommuner.
- Speciale 53 og 64: Kiropraktorerne ydelser er opdelt på to specialer. Der ydes 'almen kiropraktik' under Speciale 53. ~~Personer med 'tilbagevendende eller kroniske lidelser i bevægeapparatet' behandles under Speciale 64, hvor patienterne modtager et særlig forhøjet tilskud og modtager forhøjet tilskud til~~ behandling. Vurderingen af om en patient henhører under den almindelige eller den særlige tilskudsordning foretages af kiropraktoren.

- NIKKB: Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (NIKKB) er en erhvervsdrivende fond etableret i 1990, der som forskningsinstitut og videntcenter producerer sundhedsvidenskabelig forskning inden for kiropraktik og klinisk biomekanik.
- MedCom standarder: MedCom standarderne er en elektronisk kommunikationsform, med faste informationstyper. Overenskomsten fastlægger, at praktiserende kiropraktorer skal benytte denne kommunikationsform i dialogen med det øvrige sundhedsvæsen.
- Praksiskonsulenter: Praksiskonsulenterne er praktiserende kiropraktorer, som har konsulentansættelse nogle timer ugentlig i regionen. Praksiskonsulenternes opgave er blandt andet at understøtte praksisplanens indsatser omkring det sammenhængende sundhedsvæsen og kvalitetsudvikling i praksis.

Bilag 5. Liste over høringsparter

Udkast til praksisplanen har været sendt i høring hos følgende parter i efteråret 2016:

- Danske Patienter
- Patientinddragelsesudvalget i Region Hovedstaden
- Regionshandicaprådet
- Danske Handicaporganisationer
- Kiropraktorer med ydernummer i regionen
- Dansk kiropraktorforening
- Danske Fysioterapeuter
- Foreningen af praktiserende speciallæger i Region Hovedstaden
- PLO-Hovedstaden
- Sundhedsfagligt Råd for reumatologi
- Sundhedsfagligt Råd for radiologi
- Sundhedsfagligt Råd for ortopædkirurgi
- Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed
- Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (NIKKB)
- Danske Regioner
- Region Midtjylland
- Region Syddanmark
- Region Nordjylland
- Region Sjælland
- Kommunerne i Region Hovedstaden

Den offentlige høring af praksisplanen fandt sted d. 1. september - 31. oktober 2016, hvor høringsmaterialet var tilgængeligt for alle interesserede parter på regionens hjemmeside.

|

Bilag 6. Grundbeskrivelse

Grundbeskrivelse

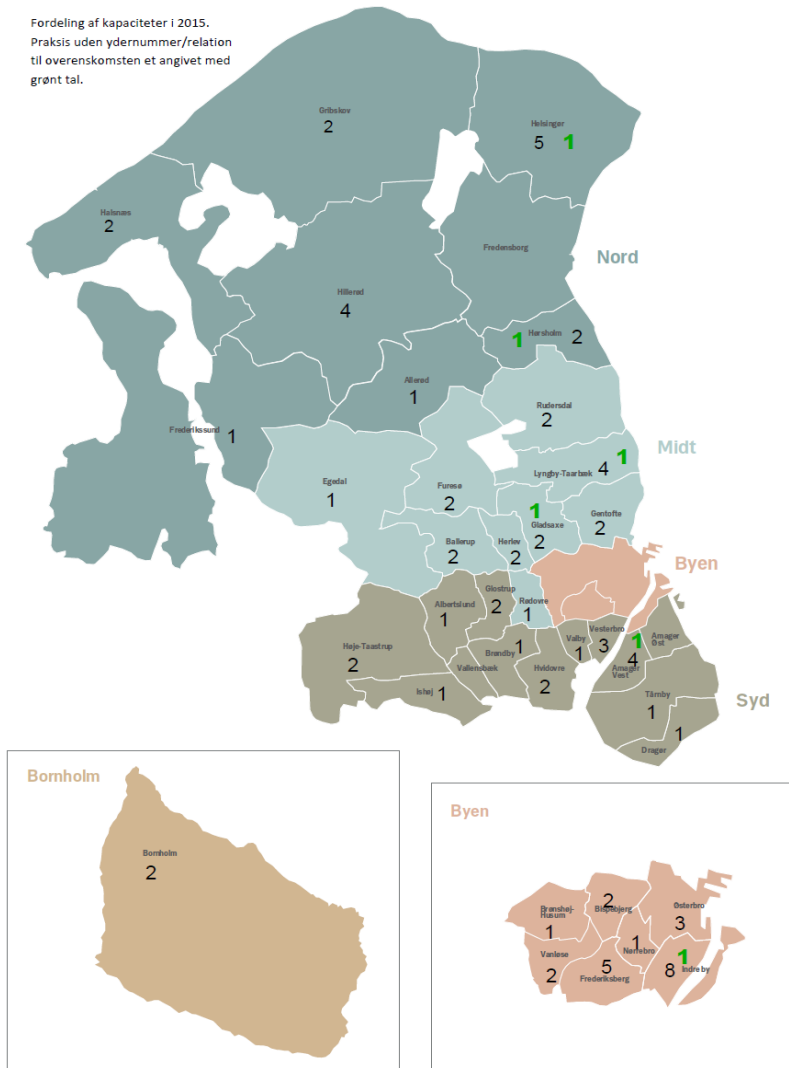
Kiropraktikpraksis i Region Hovedstaden

Praksisplan 2017-20

Omfatter speciale 53 og 64.

Region Hovedstadens geografiske inddeling

Figur 1. Oversigt over planområder og planlægningsområder i Region Hovedstaden



Tabel 1. Planområder og planlægningsområder i Region Hovedstaden

Planområde	Nord	Midt	Byen	Syd
Planlægningsområde	Allerød Kommune	Ballerup Kommune	Bispebjerg	Albertslund Kommune
	Fredensborg Kommune	Egedal Kommune	Bornholms Regionskommune	Amager
	Frederikssund Kommune	Furesø Kommune	Brønshøj-Husum	Brøndby Kommune
	Gribskov Kommune	Gentofte Kommune	Christiansø Kommune	Dragør Kommune
	Halsnæs Kommune	Gladsaxe Kommune	Frederiksberg Kommune	Glostrup Kommune
	Helsingør Kommune	Herlev Kommune	Indre by	Hvidovre Kommune
	Hillerød Kommune	Lyngby-Taarbæk Kommune	Nørrebro	Høje-Taastrup Kommune
	Hørsholm Kommune	Rudersdal Kommune	Vanløse	Ishøj Kommune
		Rødovre Kommune	Østerbro	Tårnby Kommune
				Valby
				Vallensbæk Kommune
				Vesterbro

Kapaciteter og befolkningsunderlag 2015

Tabel 2. Geografisk fordeling af kapaciteter og øvrige behandlingsressourcer 2015

Planområde/ planlægningsområder	Antal kapaciteter 2015	Antal ansatte 2015	Antal turnuskandidater 2015	Antal kompagnoner 2015	Antal kiropraktorer uden ydernummer 2015
Bornholm	2	0	0	0	
Bornholms Regionskommune	2	0	0	0	
Byen	22	30	0	6	1
Bispebjerg	2	0	0	0	
Brønshøj-Husum	1	0	0	0	
Frederiksberg Kommune	5	5	0	1	
Indre by	8	18	0	3	
Nørrebro	1	0	0	0	
Vanløse	2	1	0	2	
Østerbro	3	6	0	0	1
Midt	18	11	1	7	2
Ballerup Kommune	2	0	0	1	
Egedal Kommune	1	1	0	0	
Furesø Kommune	2	1	0	1	
Gentofte Kommune	2	2	0	0	
Gladsaxe Kommune	2	1	0	0	1
Herlev Kommune	2	2	0	1	
Lyngby-Taarbæk Kommune	4	4	1	4	1
Rudersdal Kommune	2	0	0	0	
Rødovre Kommune	1	0	0	0	
Nord	17	11	2	9	2
Allerød Kommune	1	0	0	0	
Fredensborg Kommune	0				
Frederikssund Kommune	1	3	0	1	
Gribskov Kommune	2	1	0	1	
Halsnæs Kommune	2	2	0	1	
Helsingør Kommune	5	3	1	3	1
Hillerød Kommune	4	2	1	3	
Hørsholm Kommune	2	0	0	0	1
Syd	19	12	0	9	1
Albertslund Kommune	1	0	0	0	
Amager	4	1	0	2	1
Brøndby Kommune	1	0	0	0	
Dragør Kommune	1	0	0	0	
Glostrup Kommune	2	3	0	1	
Hvidovre Kommune	2	0	0	0	
Høje-Taastrup Kommune	2	0	0	0	
Ishøj Kommune	1	2	0	1	
Tårnby Kommune	1	1	0	2	
Valby	1	3	0	2	
Vallensbæk Kommune	0				
Vesterbro	3	2	0	1	
Hovedtotal	78	64	3	31	6

Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter, status pr. 31/12 2015 (trukket den 10/2 2016).

Kilde: NOTUS Regional og data fra spørgeskemaundersøgelse 2015-16: Antal ansatte, kompagnoner, turnuskandidater.

Forbrug i forhold til befolkningsunderlaget 2015

Tabel 3. Borgernes forbrug af kiropraktorydelser 2015

Planområde/ planlægningsområder	Antal behandlede		Brutto Honorar pr. 1.000 borgere 2015	Behandlede CPR nr. ift. antal borgere 2015
	CPR nr. pr. 1.000 borgere 2015	Antal ydelser pr. 1.000 borgere 2015		
Bornholm	37	171	kr. 9.268	4%
Bornholms Regionskommune	37	171	kr. 9.268	4%
Byen	48	280	kr. 15.902	5%
Bispebjerg	37	210	kr. 11.959	4%
Brønshøj-Husum	37	223	kr. 12.554	4%
Frederiksberg Kommune	61	354	kr. 19.836	6%
Indre by	50	287	kr. 16.689	5%
Nørrebro	41	225	kr. 13.057	4%
Vanløse	53	323	kr. 17.522	5%
Østerbro	51	292	kr. 16.874	5%
Midt	54	313	kr. 17.486	5%
Ballerup Kommune	51	309	kr. 16.789	5%
Egedal Kommune	65	377	kr. 20.183	7%
Furesø Kommune	53	333	kr. 19.534	5%
Gentofte Kommune	53	315	kr. 18.362	5%
Gladsaxe Kommune	49	266	kr. 15.103	5%
Herlev Kommune	57	305	kr. 16.649	6%
Lyngby-Taarbæk Kommune	53	286	kr. 16.105	5%
Rudersdal Kommune	57	338	kr. 18.703	6%
Rødovre Kommune	49	317	kr. 16.539	5%
Nord	76	488	kr. 26.258	8%
Allerød Kommune	74	434	kr. 22.663	7%
Fredensborg Kommune	60	379	kr. 20.675	6%
Frederikssund Kommune	73	449	kr. 24.959	7%
Gribskov Kommune	115	706	kr. 37.414	12%
Halsnæs Kommune	73	491	kr. 25.686	7%
Helsingør Kommune	72	525	kr. 27.936	7%
Hillerød Kommune	77	485	kr. 26.592	8%
Hørsholm Kommune	60	340	kr. 18.619	6%
Syd	50	296	kr. 17.133	5%
Albertslund Kommune	40	264	kr. 15.209	4%
Amager	49	274	kr. 16.466	5%
Brøndby Kommune	40	284	kr. 16.604	4%
Dragør Kommune	66	342	kr. 20.140	7%
Glostrup Kommune	55	390	kr. 22.940	5%
Hvidovre Kommune	49	307	kr. 16.465	5%
Høje-Taastrup Kommune	52	305	kr. 16.052	5%
Ishøj Kommune	36	246	kr. 14.489	4%
Tårnby Kommune	61	344	kr. 21.268	6%
Valby	53	326	kr. 18.182	5%
Vallensbæk Kommune	50	306	kr. 18.161	5%
Vesterbro	48	261	kr. 15.255	5%
Hovedtotal	55	328	kr. 18.359	5%

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2015 (trukket den 2/5 2016)

Antal ydelser, bruttohonorar og antal behandlede CPR nr. for hele 2015 (trukket den 2/5 2016)

Tabel 4. Forbrug af kiropraktikydelse i hele landet 2015

Region	Antal behandlede		Brutto Honorar pr. 1.000 borgere 2015	Behandlede CPR nr. ift. antal borgere 2015
	CPR nr. pr. 1.000 borgere 2015	Antal ydelser pr. 1.000 borgere 2015		
Region Hovedstaden	55	328	kr. 18.359	5%
Region Midtjylland	63	375	kr. 21.242	6%
Region Nordjylland	66	317	kr. 17.798	7%
Region Sjælland	68	390	kr. 21.772	7%
Region Syddanmark	72	443	kr. 24.507	7%
Hovedtotal	63	371	kr. 20.755	6%

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede) pr. 1/12 2015 (trukket den 2/5 2016)

Antal ydelser, bruttohonorar og antal behandlede CPR nr. for hele 2015 (trukket den 2/5 2016)

Forbrug i forhold til antal kapaciteter 2015

Tabel 5. Fordeling af kiropraktorkapaciteten 2015

Planområde/ planlægningsområder	Antal kapaciteter 2015	Antal borgere pr. kapacitet 2015	Antal behandlede CPR nr. pr. kapacitet 2015	Antal borgere med rygsygdom 2013 pr. kapacitet
Bornholm	2	19.876	732	2.550
Bornholms Regionskommune	2	19.876	732	2.550
Byen	22	20.669	1.002	1.650
Bispebjerg	2	27.470	1.020	2.100
Brønshøj-Husum	1	44.529	1.629	4.200
Frederiksberg Kommune	5	20.880	1.269	1.760
Indre by	8	6.730	338	538
Nørrebro	1	79.953	3.283	6.200
Vanløse	2	20.177	1.060	1.600
Østerbro	3	25.565	1.309	1.800
Midt	18	25.075	1.347	2.278
Ballerup Kommune	2	24.115	1.238	2.500
Egedal Kommune	1	42.703	2.781	4.100
Furesø Kommune	2	20.038	1.061	1.800
Gentofte Kommune	2	37.667	1.990	2.750
Gladsaxe Kommune	2	33.919	1.648	3.100
Herlev Kommune	2	14.205	813	1.350
Lyngby-Taarbæk Kommune	4	13.777	728	1.250
Rudersdal Kommune	2	27.857	1.600	2.400
Rødovre Kommune	1	37.932	1.858	4.100
Nord	17	18.714	1.430	2.006
Allerød Kommune	1	24.680	1.834	2.200
Fredensborg Kommune	0			
Frederikssund Kommune	1	44.659	3.261	4.600
Gribskov Kommune	2	20.540	2.365	2.900
Halsnæs Kommune	2	15.502	1.129	1.850
Helsingør Kommune	5	12.417	898	1.420
Hillerød Kommune	4	12.394	956	1.100
Hørsholm Kommune	2	12.466	753	1.150
Syd	19	27.498	1.361	2.537
Albertslund Kommune	1	27.842	1.117	3.000
Amager	4	30.840	1.506	2.550
Brøndby Kommune	1	35.235	1.417	3.800
Dragør Kommune	1	14.130	928	1.300
Glostrup Kommune	2	11.243	617	1.350
Hvidovre Kommune	2	26.411	1.292	2.700
Høje-Taastrup Kommune	2	24.931	1.295	2.100
Ishøj Kommune	1	22.342	797	2.200
Tårnby Kommune	1	42.825	2.616	4.800
Valby	1	52.982	2.784	4.900
Vallensbæk Kommune	0			
Vesterbro	3	21.054	1.001	1.467
Hovedtotal	78	22.902	1.256	2.112

Kilde: Targit: Antal borgere (sikrede), status pr. 1/12 2015 (trukket den 2/5 2016)

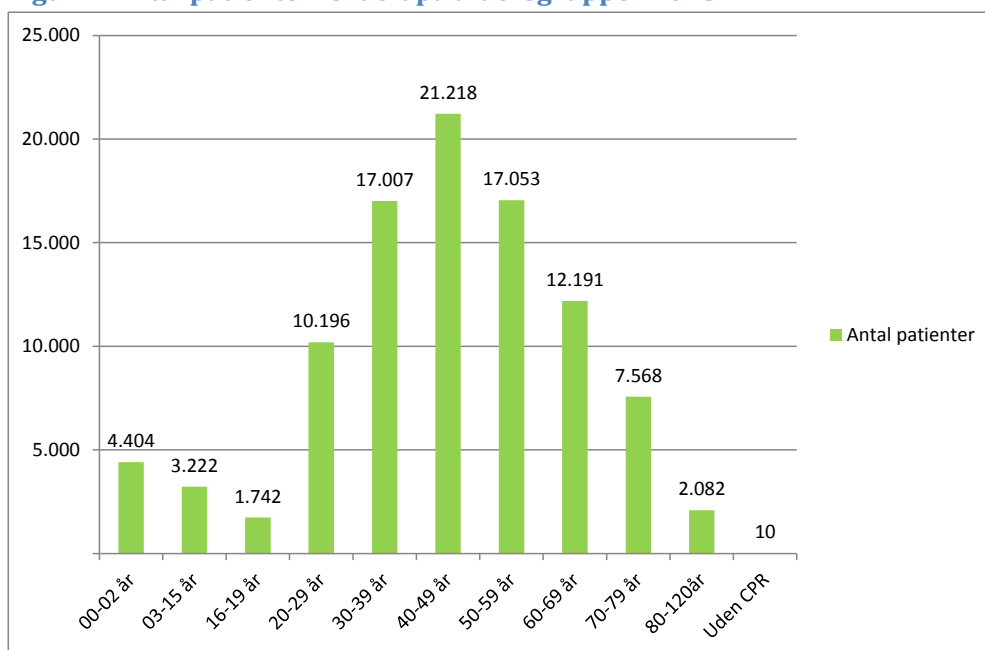
Antal behandlede CPR nr. 2015 (trukket den 2/5 2016)

Kilde: NOTUS Regional: Antal kapaciteter, status pr. 30/12 2015 (trukket den 10/2 2016)

Kilde: Sundhedsprofil 2013 – Kronisk sygdom: Antal borgere med rygsygdom 2013.

Patienternes aldersfordeling 2015

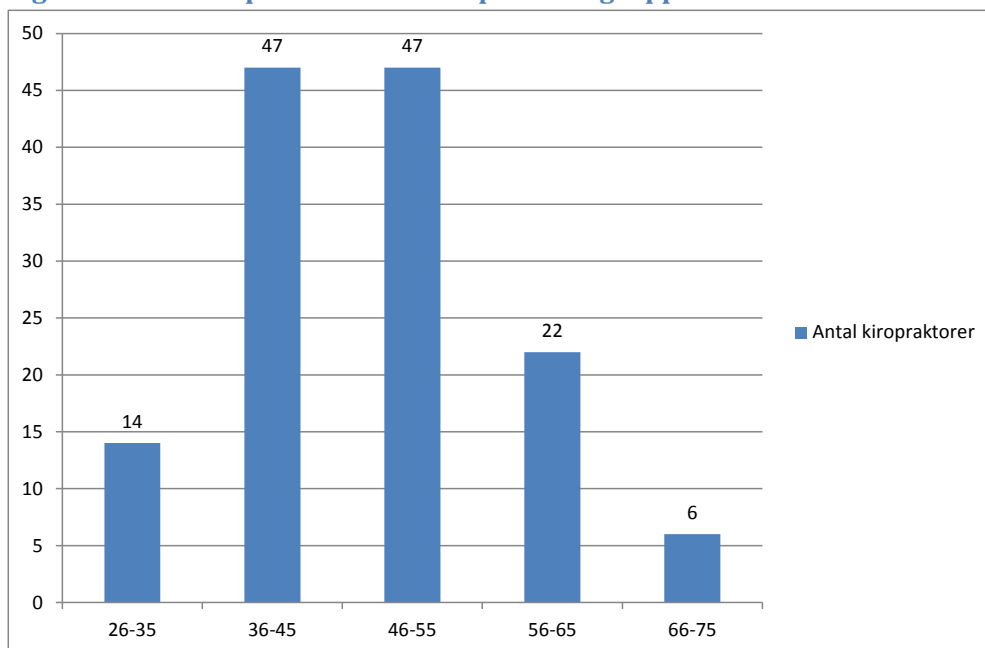
Figur 2. Antal patienter fordelt på aldersgrupper 2015



Kilde: Targit: Antal patienter 2015 (trukket den 2/3 2016)

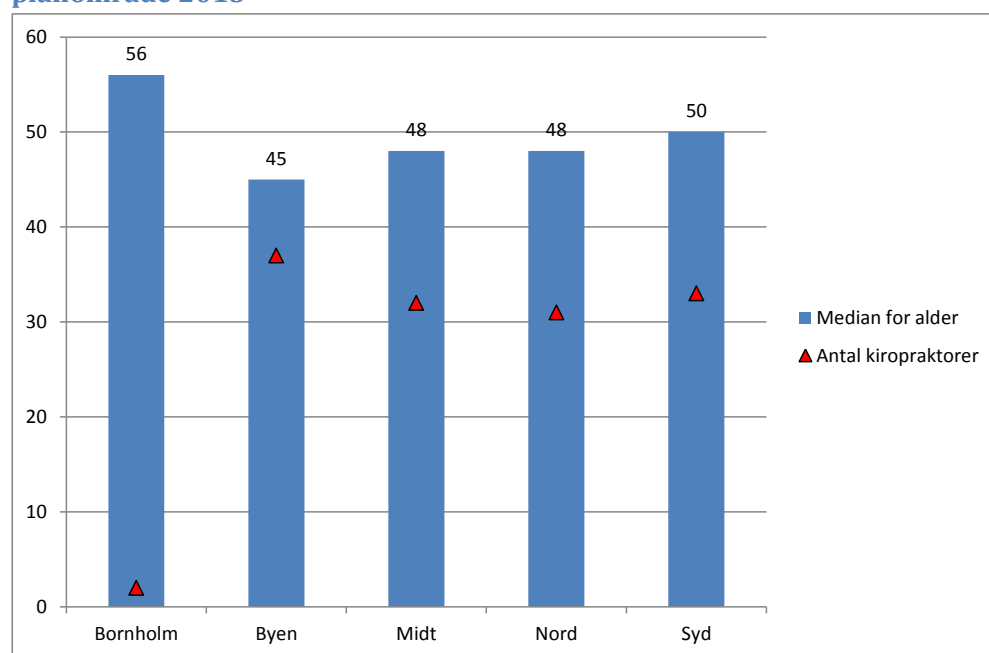
Kiropraktorernes aldersfordeling 2015

Figur 3. Antal kiropraktorer fordelt på aldersgrupper 2015



Kilde: NOTUS Regional: Antal kiropraktorer fordelt på alder 2015 (trukket den 10/2 2016)

Figur 4. Medianen af kiropraktorernes alder samt antal kiropraktorer opdelt på planområde 2015



Kilde: NOTUS Regional: Antal kiropraktorer fordelt på alder 2015 (trukket den 10/2 2016)

Tabel 6. Fordeling af kiropraktorkapaciteten 2015

	Enkeltmandspraksis					Enkeltmands- praksis i alt	Kompagniskabspraksis				Kompagniskabs- praksis i alt
	Bornholm	Byen	Midt	Nord	Syd		Byen	Midt	Nord	Syd	
Indgår i samarbejdspraksis		2	2		2	6				1	1
Indgår ikke i samarbejdspraksis	2	8	8	7	9	34	8	6	9	5	28
Hovedtotal	2	10	10	7	11	40	8	6	9	6	29

Tabel 7. Fordeling af kiropraktorkapaciteten 2015

	Enkeltmandspraksis					Enkeltmands- praksis i alt	Kompagniskabspraksis				Kompagniskabs- praksis i alt
	Bornholm	Byen	Midt	Nord	Syd		Byen	Midt	Nord	Syd	
Ansatte kiropraktorer eller turnuskandidater		5	4	1		10	6	3	7	6	22
Ingen ansatte	2	5	6	6	11	30	2	3	2		7
Hovedtotal	2	10	10	7	11	40	8	6	9	6	29

Udvikling i ydelser og bruttohonorar vedr. speciale 53 og 64 2011-15

Af tabel 8 fremgår udgifter til kiropraktorernes produktion af kiropraktorydelser *samt* udgifter til borgernes forbrug af kiropraktorydelser fordelt på planlægningsområder. Som det ses, er udgifterne til behandling af regionens borgere lidt større end udgifterne til produktion blandt kiropraktorer i regionen. Forskellen er særligt markant i de planlægningsområder, som fysisk grænser op til Region Sjælland. Forskellen skyldes, at en del af regionens borgere i disse områder modtager kiropraktorbehandling hos kiropraktorer uden for regionen.

Tabel 9 (pendlerstatistikken) viser, *hvordan* borgerne 'flytter sig' (pendler) mellem planlægningsområder og ud eller ind af regionen for at få kiropraktorbehandling. Pendlerstatistikken bekræfter billedet af, at en del borgere i områder, der fysisk grænser op til Region Sjælland, søger behandling i Region Sjælland. Men det ses også, at der er en stor grad af pendling af borgere mellem planlægningsområderne internt i Region Hovedstaden.

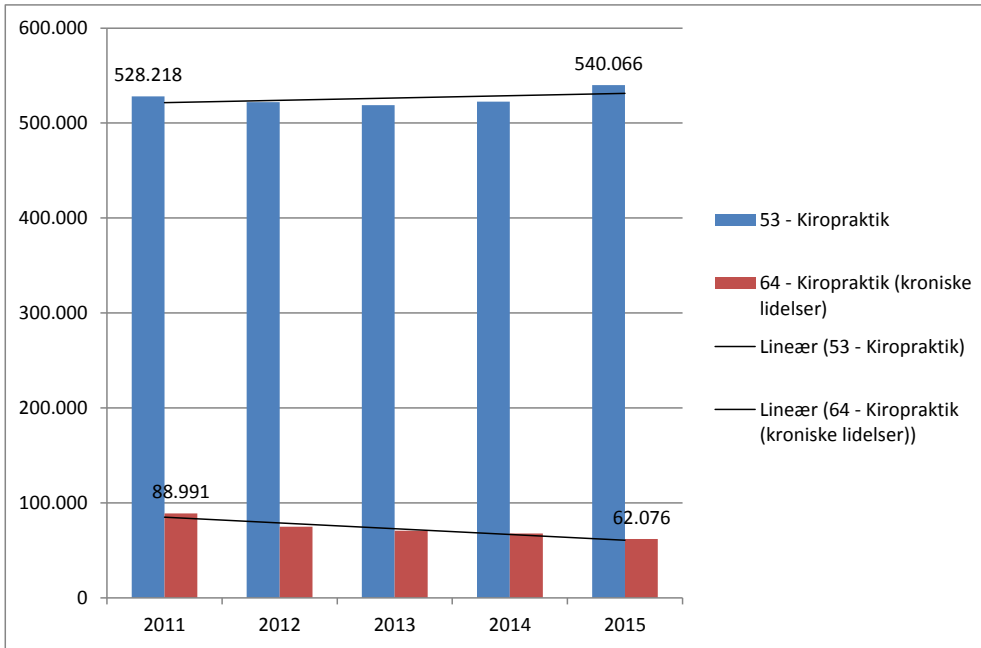
Tabel 8. Produktion versus forbrug fordelt på planlægningsområder 2015

Planområde/ planlægningsområder	Produktion (Brutto Honorar)		Forbrug (Brutto Honorar)		Forskel i kr.	Forskel i pct.	
	Region H 2015		2015				
Bornholm	kr.	363.396	kr.	368.418	kr.	5.022	1,4%
Bornholms Regionskommune	kr.	363.396	kr.	368.418	kr.	5.022	1,4%
Byen	kr.	7.077.397	kr.	7.230.595	kr.	153.198	2,1%
Bispebjerg	kr.	639.265	kr.	656.991	kr.	17.726	2,7%
Brønshøj-Husum	kr.	552.240	kr.	559.007	kr.	6.767	1,2%
Frederiksberg Kommune	kr.	2.031.750	kr.	2.070.897	kr.	39.147	1,9%
Indre by	kr.	875.208	kr.	898.559	kr.	23.351	2,6%
Nørrebro	kr.	1.016.029	kr.	1.043.948	kr.	27.919	2,7%
Vanløse	kr.	691.546	kr.	707.071	kr.	15.525	2,2%
Østerbro	kr.	1.271.359	kr.	1.294.122	kr.	22.763	1,8%
Midt	kr.	7.772.193	kr.	7.892.076	kr.	119.883	1,5%
Ballerup Kommune	kr.	798.481	kr.	809.698	kr.	11.217	1,4%
Egedal Kommune	kr.	837.103	kr.	861.862	kr.	24.759	2,9%
Furesø Kommune	kr.	773.015	kr.	782.827	kr.	9.812	1,3%
Gentofte Kommune	kr.	1.367.242	kr.	1.383.273	kr.	16.031	1,2%
Gladsaxe Kommune	kr.	1.005.348	kr.	1.024.519	kr.	19.171	1,9%
Herlev Kommune	kr.	463.800	kr.	473.001	kr.	9.201	1,9%
Lyngby-Taarbæk Kommune	kr.	875.901	kr.	887.514	kr.	11.613	1,3%
Rudersdal Kommune	kr.	1.031.291	kr.	1.042.010	kr.	10.719	1,0%
Rødovre Kommune	kr.	620.012	kr.	627.372	kr.	7.360	1,2%
Nord	kr.	8.248.579	kr.	8.353.684	kr.	105.105	1,3%
Allerød Kommune	kr.	556.040	kr.	559.325	kr.	3.285	0,6%
Fredensborg Kommune	kr.	821.894	kr.	829.400	kr.	7.506	0,9%
Frederikssund Kommune	kr.	1.053.252	kr.	1.114.657	kr.	61.405	5,5%
Gribskov Kommune	kr.	1.530.294	kr.	1.536.911	kr.	6.617	0,4%
Halsnæs Kommune	kr.	792.124	kr.	796.377	kr.	4.253	0,5%
Helsingør Kommune	kr.	1.724.625	kr.	1.734.440	kr.	9.815	0,6%
Hillerød Kommune	kr.	1.309.870	kr.	1.318.365	kr.	8.495	0,6%
Hørsholm Kommune	kr.	460.480	kr.	464.209	kr.	3.729	0,8%
Syd	kr.	8.583.955	kr.	8.951.409	kr.	367.454	4,1%
Albertslund Kommune	kr.	410.477	kr.	423.459	kr.	12.982	3,1%
Amager	kr.	1.982.363	kr.	2.031.213	kr.	48.850	2,4%
Brøndby Kommune	kr.	574.773	kr.	585.049	kr.	10.276	1,8%
Dragør Kommune	kr.	280.948	kr.	284.579	kr.	3.631	1,3%
Glostrup Kommune	kr.	507.948	kr.	515.813	kr.	7.865	1,5%
Hvidovre Kommune	kr.	851.467	kr.	869.681	kr.	18.214	2,1%
Høje-Taastrup Kommune	kr.	648.322	kr.	800.363	kr.	152.041	19,0%
Ishøj Kommune	kr.	286.786	kr.	323.717	kr.	36.931	11,4%
Tårnby Kommune	kr.	901.302	kr.	910.808	kr.	9.506	1,0%
Valby	kr.	943.909	kr.	963.307	kr.	19.398	2,0%
Vallensbæk Kommune	kr.	264.097	kr.	279.890	kr.	15.793	5,6%
Vesterbro	kr.	931.563	kr.	963.530	kr.	31.967	3,3%
Hovedtotal	kr.	32.045.520	kr.	32.796.182	kr.	750.662	2,3%

Kilde: Targit: Produktion (brutto honorar) Region H og forbrug (brutto honorar) 2015 (trukket den 2/5 2016)

Note: Brutto Honorar vedr. produktion og forbrug er ekskl. "udenlandske borgere" og "uden for deling"

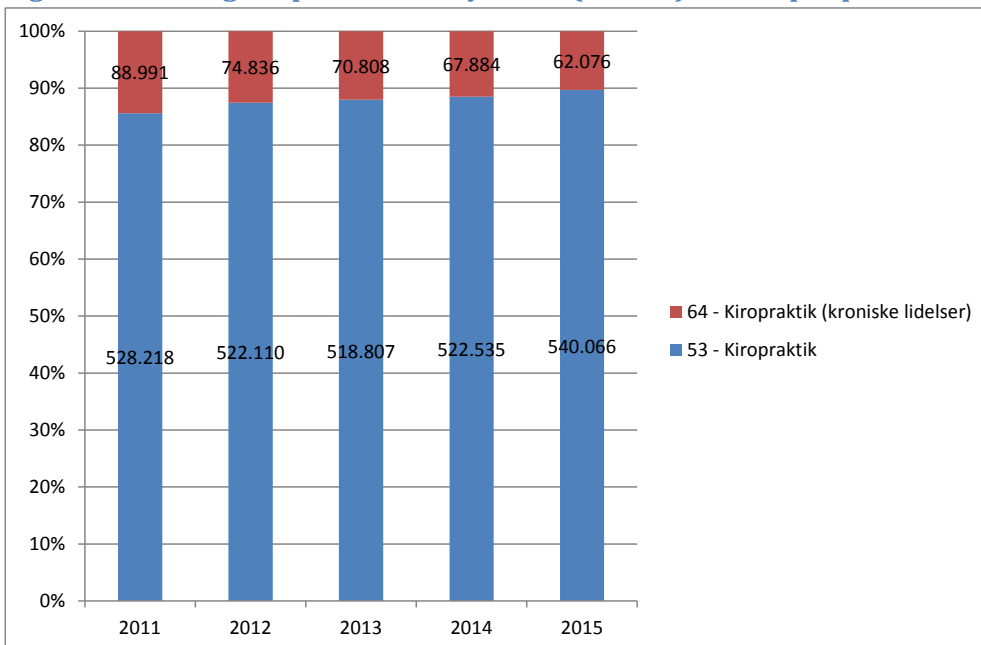
Figur 5. Udviklingen i antal producerede ydelser fordelt på speciale 2011-15



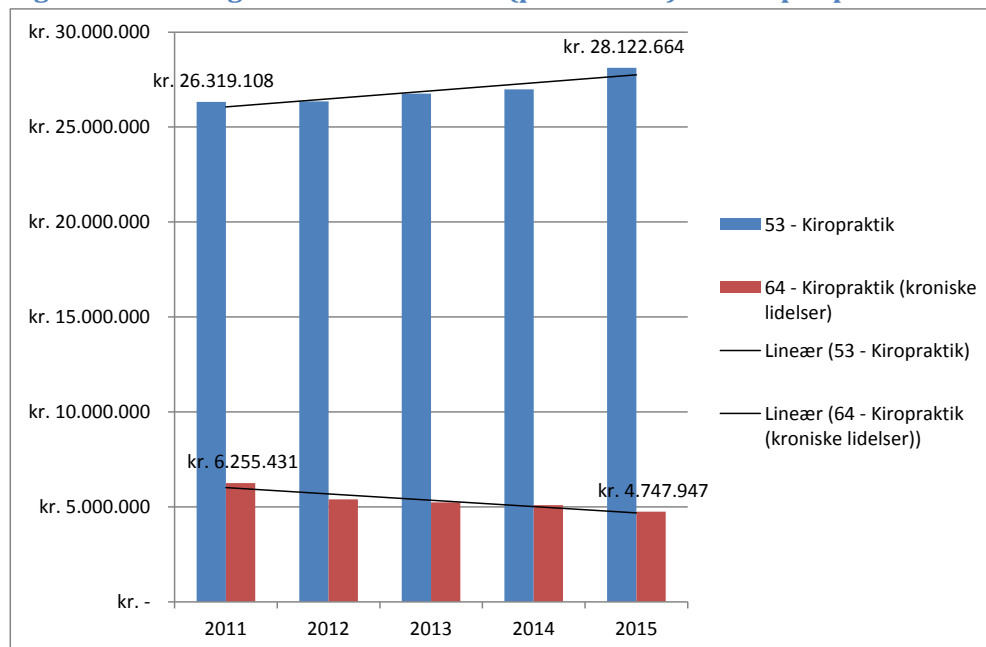
Kilde: Targit: Antal ydelser 2011-15 (trukket den 4/5 2016)

Note: Der er lagt en lineær tendenslinje ind over udviklingen indenfor begge specialer.

Figur 6. Udviklingen i producerede ydelser (Andele) fordelt på speciale 2011-15



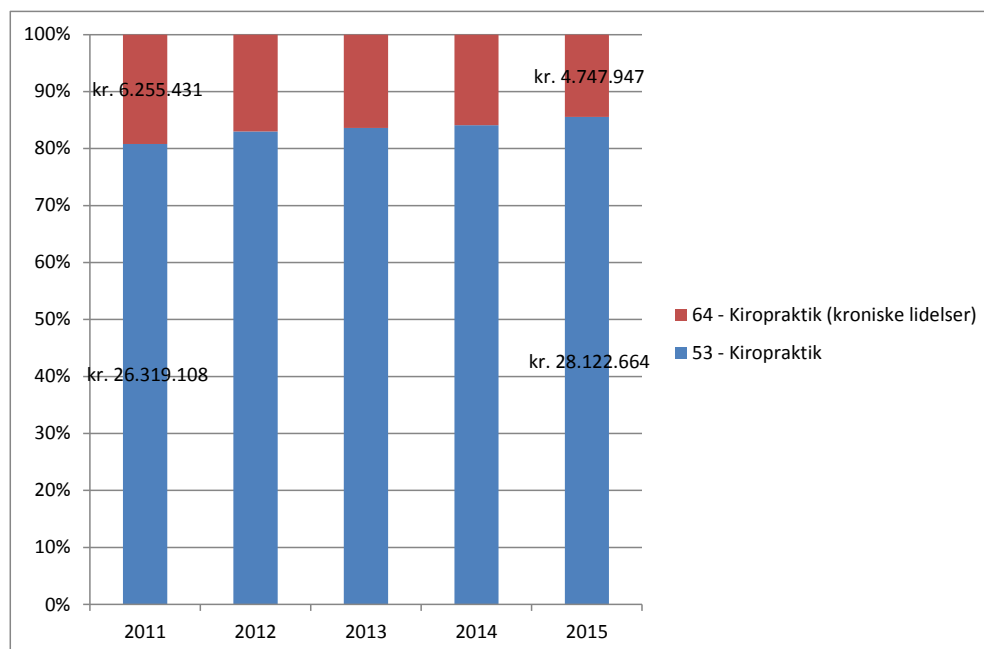
Figur 7. Udviklingen i Brutto Honorar (produceret) fordelt på speciale 2011-15



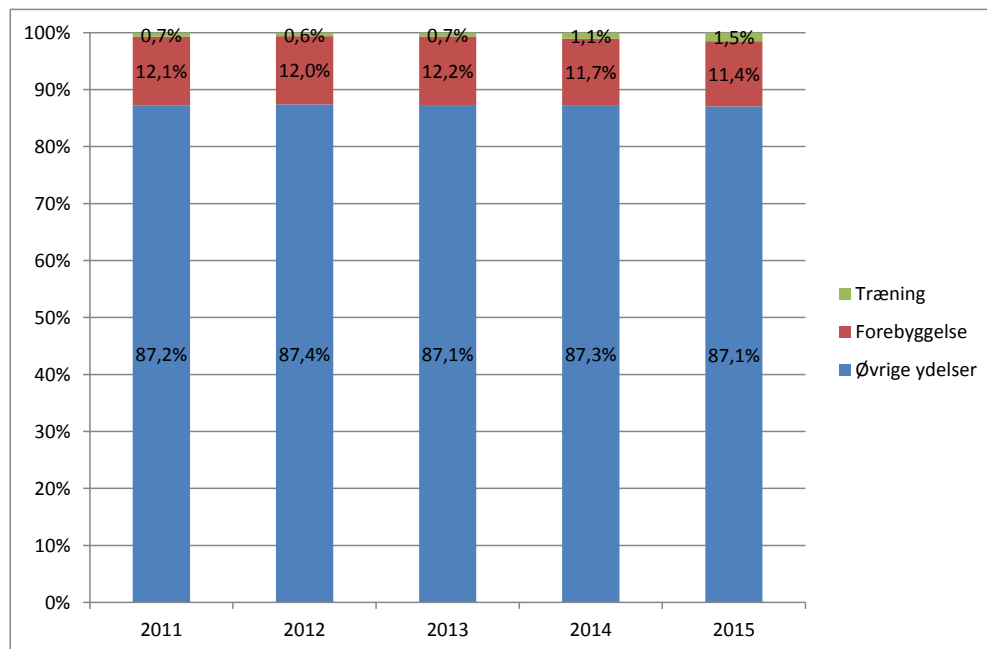
Kilde: Targit: Bruttohonorar 2011-15 (trukket den 4/5 2016)

Note: Der er lagt en lineær tendenslinje ind over udviklingen indenfor begge specialer.

Figur 8. Udviklingen i Brutto Honorar (produceret) (Andele) fordelt på speciale 2011-15

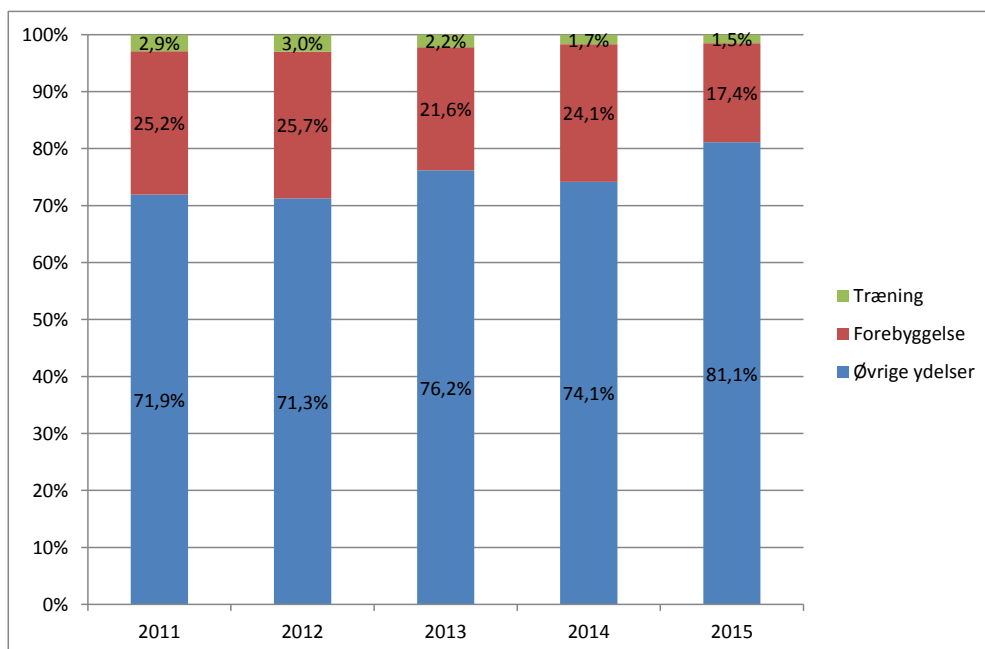


Figur 9. Udviklingen i Brutto Honorar (forbrug) (Andele) for speciale 53 2011-15



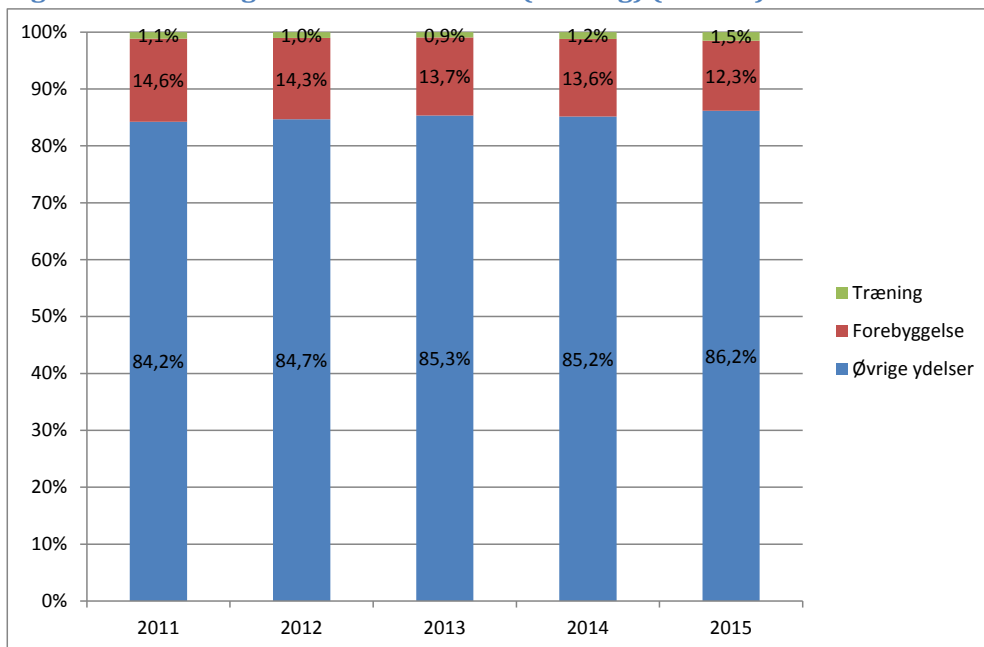
Kilde: Targit: Forbrug, Bruttohonorar 2011-15 (trukket den 15/3 2016)

Figur 10. Udviklingen i Brutto Honorar (forbrug) (Andele) for speciale 64 2011-15



Kilde: Targit: Forbrug, Bruttohonorar 2011-15 (trukket den 15/3 2016)

Figur 11. Udviklingen i Brutto Honorar (forbrug) (Andele) 2011-15



Kilde: Targit: Forbrug, Bruttohonorar 2011-15 (trukket den 15/3 2016)

Tabel 9. Pendlerstatistik 2015

Behandlingskommune	Patientens hjemkommune																												
	Albertslund Kommune	Allerød Kommune	Ballerup Kommune	Bornholms Regionskommune	Brøndby Kommune	Dragør Kommune	Egedal Kommune	Fredensborg Kommune	Frederiksberg Kommune	Frederikssund Kommune	Furesø Kommune	Gentofte Kommune	Gladsaxe Kommune	Glostrup Kommune	Gribskov Kommune	Halsnæs Kommune	Helsingør Kommune	Herlev Kommune	Hillerød Kommune	Hvidovre Kommune	Høje-Taastrup Kommune	Hørsholm Kommune	Ishøj Kommune	Københavns Kommune	Lyngby-Taarbæk Kommune	Rudersdal Kommune	Rødovre Kommune	Tårby Kommune	Vallensbæk Kommune
Region Hovedstaden	1.079	1.825	2.448	1.442	1.384	917	2.699	2.390	6.202	3.064	2.086	3.925	3.255	1.211	4.717	2.247	4.481	1.605	3.798	2.534	2.114	1.499	672	26.640	2.865	3.168	1.827	2.593	735
Albertslund Kommune	140	7	19	2	1	3	2	1	3	1	2	2	34	2	1	2	2	2	3	104	4	43	9	16	2	1	4	36	
Allerød Kommune	3	814	10	1	1	24	51	12	45	43	16	17	2	27	25	28	3	104	2	1	32	1	46	32	95		3	2	
Ballerup Kommune	31	18	1.276		24	1	482	6	29	45	130	24	56	26	3	2	7	104	9	12	45	9	6	149	22	14	38	3	9
Bornholms Regionskommune			1	1.400				1	2			2		2		1	2	1			1	2		17	3	1	1	1	
Brøndby Kommune	21	1	3		131		8	1	2	1	2	4	3	28				1		25	18		42	22	1	4	8	156	
Dragør Kommune						387	4	1	1	1	1	3	1		1		1			5	2		1	50			1	101	2
Egedal Kommune	4	8	18		2		1.112	2	6	254	16	2	4	5	3	17	1	4	10	3	5	1	2	16	6		3	1	
Fredensborg Kommune																													
Frederiksberg Kommune	45	41	108	5	105	20	91	51	2.975	31	113	259	218	63	34	22	32	92	37	334	74	33	27	3.681	88	90	218	75	57
Frederikssund Kommune	2	13	7		3	1	147		15	1.996	15	5	4	2	14	80	2	3	49	5	6	1		32	4	2		3	
Furesø Kommune	5	68	79	1	4	1	84	17	17	37	915	16	55	15	8	13	4	37	18	12	16	33	4	62	15	137	7	1	3
Gentofte Kommune	5	7	16		9	5	20	41	50	10	16	1.325	167	13	10	5	25	13	11	12	11	33	1	385	132	127	19	9	3
Gladsaxe Kommune	2	9	6		3	3	8	3	21	2	28	152	494	5	1	2	6	23	9	3	4	3		113	38	22	15	4	3
Glostrup Kommune	351	3	38		401	9	24	3	49	9	19	21	42	513	6	13	5	24	7	73	238	6	54	219	26	24	112	21	124
Gribskov Kommune	4	32	2	1	2	3	17	85	26	43	17	26	14	3	3.531	216	221	3	330	3	3	46	1	110	14	53	6	1	
Halsnæs Kommune		14	4		1		6	18	7	91	8	12	6		122	1.370	8	2	137	1		5		44	9	6	1	7	
Helsingør Kommune	3	32	7		1	1	7	710	24	10	13	37	19	1	202	25	3.577	7	96	1	2	79	1	131	28	73	2	6	2
Herlev Kommune	69	22	365	2	64	6	169	22	56	39	73	70	426	98	12	6	17	946	18	51	57	29	25	429	47	45	136	29	31
Hillerød Kommune	2	362	14	1	3	1	89	383	23	313	85	35	32	4	600	617	222	9	2.688	4	16	67	3	180	43	101	7	7	3
Hvidovre Kommune	24	3	16	1	128	3	13	2	44	3	6	18	16	52	1		7	6	6	1.034	27	3	25	249	9	7	110	11	25
Høje-Taastrup Kommune	155	1	20		40		22	6	7	8	5	7	8	47	3		3	7	2	16	1.111	3	97	79	2	3	21	3	52
Hørsholm Kommune	3	51	8	1	4		13	561	8	10	17	37	11	4	31	9	78	2	41	20	7	777	3	77	35	131	3		
Ishøj Kommune	27	2	6	1	44	4	7		4	4	2	8	11	20	1	2		3	4	28	69	2	271	46	2	3	10	7	50
Københavns Kommune	166	148	329	25	296	434	268	250	2.766	139	268	1.224	750	230	110	40	219	241	170	795	343	184	94	19.702	523	571	565	1.887	155
Lyngby-Taarbæk Kommune	34	155	125	5	32	17	134	205	188	51	256	749	966	41	97	38	96	111	149	46	57	149	13	1.020	1.711	907	63	33	23
Rudersdal Kommune	4	85	10		2		18	60	20	18	101	40	43	1	21	6	25	3	36	5	3	62		111	150	847	3	1	5
Rødovre Kommune	31	8	30	2	125	2	20	9	62	4	18	16	44	70	9	3	7	19	6	99	38	2	13	175	18	16	539	5	27
Tårby Kommune	4	3	6		4	96	3	5	6		5	6	7		1		2	4	3	8	5		2	412	2	4	5	838	6
Vallensbæk Kommune																													
Region Sjælland	46	13	37	12	40	13	85	20	104	200	34	39	47	28	19	16	14	25	17	55	489	9	132	562	32	26	28	28	48
Region Syddanmark	3	3	4	6	1	2	10	8	50	5	4	24	15	5	9	3	10	2	12	8	12	3	1	243	12	17	7	9	3
Region Midtjylland	2	4	6	3	3	3	3	2	38	7	5	14	5	5	4	17	4	7	4	2	2	3	202	8	9	2	5	1	
Region Nordjylland	1		2	2	1	6	3	19	2	9	7	4		2		4	6	6	1	4	3	3	81	5	4	2			
Andel unikke patienter behandlet i hjemkommunen (i procent)	13%	45%	52%	97%	9%	42%	41%	-	48%	65%	44%	34%	15%	42%	75%	61%	80%	59%	71%	41%	53%	52%	40%	74%	60%	27%	30%	32%	-

Kilde: Targit: Antal patienter fordelt på bopælskommune og behandlingskommune 2015.

Note: Samme patient kan have modtaget behandling af flere klinikker beliggende i forskellige kommuner, og vil således tælle med flere steder. Antallet af patienter kan derfor ikke summeres på tværs af kommuner.