



25-05-2010

Sag nr. 09/1336

Dokumentnr.

Maja Barfod Hørsving

Tel.

E-mail:

Forhandlingsaftale

Tid	26. maj 2010
Sted	Danske Regioner
Deltagere	Repræsentanter for Dansk Kiropraktor Forening og Regionernes - Lønnings og Takstnævn.
Emne	Fornyelse af landsoverenskomsten for kiropraktik

Pkt. 1 Kiropraktorernes Roller og opgaver

Der indsættes en formålsbestemmelse i overenskomsten.

Som ny § 1 indsættes:

”§ 1. Kiropraktorens roller og opgaver

Kiropraktorvirksomhed omfatter diagnostik, forebyggelse og kiropraktisk behandling af biomekaniske funktionsforstyrrelser og deraf afledte smertetilstande i rygsøjle, bækken og ekstremiteter. I langt overvejende grad færdigudredes og behandles patienterne i klinikkerne uden inddragelse af andre aktører. Patienterne opsøger typisk en kiropraktor ved smertetilstande i bevægeapparatet. Som oftest hidrører disse smerter fra overbelastningsskader i led og muskler dog ofte i konkurrence med degenerative forandringer. I sjældne tilfælde kan der imidlertid også være tale om mere alvorlige tilstande som for eksempel inflammatoriske gigtsygdomme, kræft eller anden patologi.

Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk

Kiropraktorer i primærsektoren har derfor en vigtig rolle i det danske sundhedsvæsen. I sundhedsvæsenet er det vigtigt at sikre sammenhængende patientforløb, og det er derfor væsentligt, at kiropraktorer indgår i et tættere samarbejde med andre sundhedsfaglige aktører, herunder ikke mindst de alment praktiserende læger og sygehusene.

Selv om der ikke er krav om lægehenvielse til kiropraktisk behandling, er der behov for en tæt koordinering og kommunikation praksisgrupperne imellem vedrørende en del af patienterne. Dette er et område, som står overfor at skulle udvikles i de kommende år.

Kiropraktorerne 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 indenfor det kiropraktiske virksomhedsområde. I forbindelse med både udvikling, tværfagligt samarbejde samt i den daglige planlægning er det vigtigt, at i de tilfælde, hvor samarbejdsudvalgene indgår konkrete aftaler, skal disse aftaler efterleves og opfattes som forpligtende af alle overenskomstmeldte kiropraktorer. Derved sikres sammenhængende forløb for patienterne og den størst mulige effektivitet i behandlingsforløbene.”

Pkt. 2. Økonomi,

- Den aftalte pris og lønregulering fortsætter i den nye overenskomstperiode.
- Der gives tilskud på 20.000 kr. (i 1.10.2006 niveau) til de klinikker der iværksætter investeringen af digitaliseret røntgen. Midlerne finansieres gennem fonden.
- Der gives et tilskud på 5.000 kr. (i 1.04.2011 niveau) pr. klinik der tilslutter sig Kir-Pacs. Midlerne finansieres gennem fonden.
- Der afsættes 0,5 mio. kr. til udvikling af kliniske retningslinjer for billeddiagnostik. Midlerne finansieres via fonden.
- Der afsættes en ramme på 0,25 mio. kr. i 2011 og 2012 til videreudvikling af Kir-Pacs. Midlerne finansieres via fonden.
- Der afsættes 0,5 mio. kr. årligt i overenskomstperioden til generel kvalitetsudvikling. Midlerne finansieres via fonden.
- Det aftales at indføre tilskud til ultralydsundersøgelse. Tilskuddet udgør 100 kr. og honoraret fastsættes til 436 kr. (i 1.10.2006 niveau). Finansieringen sker indenfor midler til genanvendelse fra sid-

ste overenskomst. Eventuelt overskydende midler indbetales til fonden i overenskomstperioden. Der sker en endelig opgørelse pr. 1.oktober 2013.

- Produktivitetskravet skønnes at udgøre op til 0,5 procent årligt. Dette sker ved at kiropraktorerne afholder en række udgifter indenfor egen økonomi.

Pkt. 3. Kvalitet

I den nuværende overenskomst er kvalitetsudvikling en opgave for samarbejdsudvalgene jf. § 4, stk. 3. Endvidere er kvalitetsudvikling nævnt i protokollat til § 6, stk. 2, hvorefter parterne er enige om at fremme arbejdet med kvalitetsudvikling i kiropraktorpraksis og hvorefter Landssamarbejdsudvalget kan diskutere og vurdere samt tage initiativ til, hvordan arbejdet med kvalitetsudvikling m.v. til stadighed kan fremmes. Jf. § 8 stk. 1 kan Kiropraktorfondens midler anvendes til kvalitetsudvikling i kiropraktorpraksis og til at understøtte kvalitetssikring og -udvikling på røntgenområdet.

I 2007-overenskomsten blev indført et protokollat om kvalitetsudvikling på kiropraktorområdet, hvorefter der blev nedsat et kvalitetsudvalg, der som hovedopgave skulle undersøge og beskrive konsekvenserne af at indføre Den Danske Kvalitetsmodel på kiropraktorområdet samt komme med forslag til, hvordan modellen kunne implementeres. Udvalget skulle endvidere komme med forslag, der kunne danne grundlag for parternes beslutning om, hvorledes det videre arbejde på kvalitetsudviklingsområdet skal organiseres.

Kvalitetsudvalget afsluttede møderækken i foråret 2010, men den endelige rapport forventes først at være færdig efter afslutning af overenskomstforhandlingerne. Når udvalgets anbefalinger foreligger, vil de indgå i parternes aftale, jf. nedenstående protokollat.

I forhold til samarbejdsudvalget og LSU's opgaver er parterne enige om:

At omformulere § 4 stk. 3 til:

”Samarbejdsudvalget har til opgave at fremme arbejdet med kvalitetssikring, herunder ved iværksættelse af kvalitetsudviklingsprojekter, eventuelt med støtte fra Fonden til fremme af kiropraktisk forskning og postgraduat uddannelse”.

Protokollatet til § 6, stk. 2 udgår.

I forhold til den videre fremdrift er parterne enige om at erstatte det nuværende protokollat vedrørende kvalitetsudvikling på kiropraktorområdet med følgende nye protokollat:

”Protokollat om kvalitetsudvikling

Regionerne vil i sidste halvdel af 2010 fremlægge en fællesregional strategi for kvalitetsudvikling i hele praksissektoren, herunder også for kiropraktorområdet.

Strategien får som formål at sikre, at der arbejdes systematisk med kvalitet og kvalitetsudvikling blandt de behandlergrupper, regionerne indgår overenskomstaftaler med.

Som samlende ramme for strategien står Den Danske Kvalitetsmodel. Det følger af Den Danske Kvalitetsmodel, at behandlerne skal arbejde systematisk med den sundhedsfaglig, organisatorisk og patientoplevet kvalitet i og omkring deres praksis.

Parterne er enige om senest 1. januar 2011 at indgå aftale om, hvilke initiativer mv. der iværksættes i perioden og senest den 1. april 2011 at igangsætte initiativerne. Følgende elementer vil sammen med strategien – og strategiens omtale af udviklingstiltag på kiropraktorområdet – indgå i parternes drøftelser:

- Anbefalinger fra Kvalitetsudvalget
- Øget afprøvning og/eller implementering af NIP-kiropraktik
- Kiropraktik og patientsikkerhed (utilsigtede hændelser)
- Patientoplevet kvalitet

Den fortsatte udvikling af kvalitetsarbejdet understøttes økonomisk af Kiropraktorfondens indenfor de rammer, som bestyrelsens beslutter at stille til rådighed herfor. Parterne er enige om, at der afsættes 0,5 mio. kr. årligt i fondens budget.”

1. Ultralyd

Som nye ydelser i § 20, stk. 2, indsættes:

”xx. Ultralydsundersøgelse (ultralydsundersøgelse, diagnose, registrering):
kr. 436,00

xy. Ultralydsundersøgelse efter henvisning fra anden kiropraktor (ultralydsundersøgelse, diagnose, registrering, forsendelse): kr. 436,00”

2. Vejledende ydelsesbeskrivelse

I den vejledende ydelsesbeskrivelse indsættes:

”Ultralyd

Ultralydsundersøgelser kan kun udføres af kiropraktorer, der efter gennemført efteruddannelse har opnået et kompetenceniveau svarende til niveau 1 EFSUMB-standarden. Kiropraktoren skal, inden ydelsen benyttes, dokumentere den gennemførte efteruddannelse overfor regionen.

xx. Ultralydsundersøgelse

Anvendes:

Ved egne patienter.

Sammensætning af ydelsen:

- Ultralydsundersøgelse
- Journalisering: indikation for undersøgelsen, vævsforhold, normale og abnorme strukturer, diagnose,
- Eventuel opbevaring af (dele af) undersøgelsen

Anvendes ikke sammen med ydelse xy. Ultralydsundersøgelse efter henvisning fra anden kiropraktor.

xy. Ultralydsundersøgelse efter henvisning fra anden kiropraktor

Anvendes:

Når kiropraktoren udfører ultralydsundersøgelser for andre kiropraktorer

Sammensætning af ydelsen:

- Ultralydsundersøgelse

- Journalisering: indikation for undersøgelsen, vævsforhold, normale og abnorme strukturer, diagnose,
- Eventuel opbevaring af (dele af) undersøgelsen
- Beskrivelse inkl. diagnose
- Forsendelse af beskrivelse og eventuelle relevante udsnit af undersøgelsen

Anvendes ikke sammen med ydelse xx. ultralydsundersøgelse.”

3. Tilskud

Det er en forudsætning for indførelse af ultralydsundersøgelse i overenskomsten, at der ydes tilskud til undersøgelsen svarende til tilskuddet til røntgenundersøgelse (100 kr. 1.10.2006 niveau).

4. Ultralydsundersøgelse som fri ydelse

Parterne er bekendt med, at der udføres ultralydsundersøgelser i kiropraktorpraksis af kiropraktorer, der endnu ikke har opnået et kompetenceniveau svarende til niveau 1 EFSUMB-standarden. Sådanne ultralydsundersøgelser er ikke omfattet af overenskomsten, men betragtes som frie ydelser.

5. Ikrafttræden

Ultralydsundersøgelsen indføres pr. 1. oktober 2010 i overenskomsten.

6. Økonomiske forudsætninger vedr. ultralydsundersøgelsen

Parterne er enige om at udgifterne til tilskud til ultralydsundersøgelse afholdes indenfor den ramme på 1 mio. kr. årligt, der frigives ved, at det løbende driftstilskud til klinikker med digitaliseret røntgen ophører pr. 1. april 2011.

Det er parternes forventning, at der i 1., 2. og 3. år vil blive udført henholdsvis 4.000, 6.000 og 8.000 ultralydsundersøgelser.

I tilfælde af, at udgifterne til ultralyd overstiger den aftalte ramme, er parterne enige om, at der med virkning fra 1. oktober 2014 efter opgørelsen af forbruget i 2013 sker en nedsættelse af tilskud for ultralyd (xx og xy). Nedsættelsen af tilskuddet skal samlet set svare til overskridelsen af rammen. Honoraret nedsættes med et tilsvarende beløb.

Parterne er enige om at følge udviklingen i antallet af ultralydsundersøgelser og udgifterne på området. Hvis det viser sig, at der i 2011 eller 2012 er

et forbrug, der afviger fra det forudsatte, drøftes situationen mellem parterne med henblik på at sikre overholdelse af rammen i 2013. Drøftelserne kan medføre en fremrykning af nedsættelser af honorarerne efter samme princip som oven for nævnt.

Side 7

2. Røntgenundersøgelse

1. Ydelserne 2011: "Røntgenteknisk optagelse og registrering" og 2012: "Diagnosticering og beskrivelse" udgår.

2. Ydelse 2010: "Primær røntgenundersøgelse" ændres til:
"2010. Primær røntgenundersøgelse ved egen patient

Anvendes:

Hvor kiropraktoren udfører røntgenundersøgelser på egne patienter

Sammensætning af ydelsen:

- Røntgenteknisk optagelse
- Journalisering: Indikation for undersøgelsen, vævsforhold, normale og abnorme strukturer, røntgendiagnose
- Lagring på internt/eksternt medie

Anvendes ikke sammen med ydelse zz: Primær røntgen efter henvisning til anden kiropraktor".

3. Som ny ydelse vedr. henvisning til røntgenundersøgelse hos anden kiropraktor indsættes:

"zz. Primær røntgenundersøgelse efter henvisning fra anden kiropraktor.

Anvendes:

Hvor kiropraktoren udfører røntgenundersøgelser for andre kiropraktorer.

Sammensætning af ydelsen:

- Røntgenteknisk optagelse
- Journalisering: Indikation for undersøgelsen, vævsforhold, normale og abnorme strukturer, røntgendiagnose
- Lagring på internt/eksternt medie

Anvendes ikke sammen med ydelse 2010: Primær røntgenundersøgelse".

4. Som nyt indsættes:

”Samarbejdsaftale om brug af en anden kiropraktorkliniks røntgenanlæg

Side 8

Røntgenundersøgelse er en relevant diagnostisk undersøgelsesmetode af patienter i kiropraktorpraksis og derfor en integreret del af de ydelser, alle kiropraktorer stiller til rådighed for patienterne i forbindelse med kiropraktorens diagnostiske virksomhed.

Den faglige udvikling gør, at der er behov for, at fleksibiliteten i systemet styrkes, og at der gives mulighed for en mere effektiv udnyttelse af klinikernes røntgenanlæg. For at sikre denne fleksibilitet kan kiropraktorerne indgå en samarbejdsaftale med en anden klinik om brug af røntgenanlæg.

Kiropraktorer, der ikke tilbyder røntgenundersøgelse i egen klinik, skal derfor for at kunne tiltræde overenskomsten indgå en samarbejdsaftale med en anden kiropraktorklinik om, at patienter kan modtages til røntgenundersøgelse på den pågældende klinik på sædvanlige overenskomstmæssige vilkår. Ventetiden for henviste patienter må maksimalt være 3 dage.

Samarbejdsklinikken skal ligge indenfor en rimelig afstand fra den henvissende klinik, dvs. indenfor klinikkens naturlige geografiske opland og skal som udgangspunkt være tilgængelig ved brug af offentlige transportmidler. Samarbejdsklinikken skal så vidt muligt have digitaliseret røntgen.

Samarbejdsudvalget skal godkende indgåede samarbejdsaftaler om henvisning af patienter til røntgenundersøgelser på en anden klinik. Samarbejdsudvalget kan, såfremt aftalen ikke opfylder de opstillede servicekrav meddele, at aftalen ikke kan godkendes, og at aftale med en anden klinik skal indgås, inden kiropraktoren kan tiltræde overenskomsten.

Såfremt det ikke er muligt for en kiropraktor at indgå aftale om røntgenbetjening af klinikkens patienter med en anden kiropraktorklinik, skal samarbejdsudvalget orienteres herom med henblik på stillingtagen til, om kiropraktoren skal pålægges at anskaffe røntgenanlæg for at kunne praktisere efter overenskomsten.

Kiropraktorer, der ved overenskomstfornyelsens ikrafttræden ikke har eget røntgenanlæg, skal inden 3 måneder efter aftalens ikrafttræden orientere samarbejdsudvalget om indgåede samarbejdsaftaler om røntgenbetjening af klinikkens patienter. Såfremt det viser sig, at der er klinikker, der ikke har indgået formelle aftaler, der sikrer patienterne, at de kan blive henvist til

røntgenundersøgelse andet sted, skal dette forhold bringes i orden indenfor 3 måneder. Såfremt dette ikke sker skal samarbejdsudvalget tage stilling til, om klinikken overholder overenskomstens krav om, at kiropraktoren i indicerede tilfælde stiller røntgenundersøgelse til rådighed i forbindelse med kiropraktorens diagnostiske virksomhed, og hvilke konsekvenser det i givet fald skal have for den pågældende kiropraktor.

Aftale om henvisning til røntgen andet sted end hos en praktiserende kiropraktor skal indgås efter de regler, som i øvrigt er gældende.

Kiropraktorer, der henviser patienter til røntgenundersøgelser i en samarbejdsklinik, skal hvert år inden udgangen af januar måned til samarbejdsudvalget fremsende en status for samarbejdet, herunder oplysninger om hvor mange patienter kiropraktoren i det foregående kalenderår har videregivet til røntgenundersøgelse. Samarbejdsudvalget inddrager oplysningerne om antal viderehenviste patienter i forbindelse med behandlingen af den pågældende kiropraktors kontrolstatistik, jf. § 100.”

5. Som nyt indsættes:

”Aftale om digitaliseret røntgen

For at fremme indførelsen af digitaliseret røntgen udbetales et engangsbeløb på 20.000 kr. til klinikker, der i perioden frem til udløbet af overenskomsten, overgår til anvendelse af digitaliseret røntgen, og som ikke tidligere har modtaget engangstilskud/løbende tilskud til digitaliseret røntgen. Det nævnte beløb er anført i grundbeløb (1.10.2006-niveau).

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

Det forventes, at maksimalt 90 klinikker vil blive omfattet af ordningen. Ordningen med mulighed for tilskud udløber ved overenskomstperiodens udløb. Udgifterne hertil afholdes af kiropraktorfonden.”

6. Som nyt indsættes:

”Aftale om tilslutning til central server (Kir-PACS)

Parterne er enige om målsætningen, at alle danske kiropraktorklinikker får et centralt, sikkert og fælles billedarkiverings- og kommunikationssystem, der både sikrer klinikken håndtering af digitale røntgenbilleder og kommunikationen mellem forskellige sundhedsaktører.

For at fremme tilgængeligheden af røntgenbilleder optaget i kiropraktorpraksis for alle relevante sundhedsfaglige personer er parterne enige om, at de klinikker, der tilbyder digital røntgen, bør tilslutte sig den centrale server Kir-PACS – NIKKB, når evt. tekniske tilretninger er gennemført.

Tilskud og fælles arbejdsgruppe

Den fortsatte udvikling af Kir-PACS understøttes økonomisk af Kiropraktorfondens indenfor de rammer, som bestyrelsens beslutter at stille til rådighed herfor. Parterne er enige om at disponere 250.000 kr. i hhv. 2011 og 2012 til Kir-PACS af fondens midler. Konkrete beløb udmøntes på baggrund af parternes fælles afdækning af Kir-PACS' tekniske og organisatoriske udviklingsbehov i perioden. Denne afdækning sker i form af en fælles arbejdsgruppe, der nedsættes umiddelbart efter aftalens ikrafttrædelse. Parterne aftaler kommissorium, sammensætning, formand og sekretariatsbetjening for arbejdsgruppen.

For at fremme tilslutningen til Kir-PACS yder fonden ligeledes et engangstilskud på 5000 kr. (1.04.2011 niveau) til de klinikker, der tilslutter sig serveren. Løbende driftsudgifter samt evt. øvrige tekniske tilretningsudgifter ved klinikkernes tilslutning til Kir-PACS, afholdes af klinikken.”

7. § 31. Kontrolbestemmelse

Parterne er enige om at opfordre samarbejdsudvalgene til i forbindelse med den årlige gennemgang af kontrolstatistikkerne, jf. § 31, at være opmærksomme på klinikkernes brug af røntgenundersøgelser.

8. Sanering i protokollater:

Protokollat om Moderniseringsudvalg vedrørende billeddiagnostik hos kiropraktorer udgår, Aftale om digitaliseret røntgen udgår, protokollat vedr. røntgenundersøgelser udgår.

9. Som nyt indsættes:

”Hensigtserklæring om kiropraktorerers adgang til henvisning til MR og CT-skanning i sygehusvæsenet

Moderniseringsudvalget vedrørende billeddiagnostik hos kiropraktorer konstaterer i sin redegørelse fra april 2010, at kiropraktorer har den fornødne kompetence til at vurdere indikation og agere på undersøgelsesfund i forhold til CT- og MR-skanning indenfor deres virksomhedsområde.

Udvalget finder det derfor relevant, at kiropraktorer efter beslutning i regionen kan få mulighed for at henvise til CT- og MR- skanning i sekundærsektoren. Henvisningsmuligheden skal ske i henhold til de generelle retningslinjer i regionen for alle relevante faggrupper for henvisning til de billeddiagnostiske afdelinger. Henvisningsmuligheden bør alene omfatte undersøgelser i bevægeapparatet, som kan relateres til kiropraktorernes diagnostiske ansvar og vurderes på sygehusets billeddiagnostiske afdeling, så den dobbelte gatekeeperfunktion¹ bevares. Tilbuddet skal ses i sammenhæng med de øvrige tilbud i sundhedssektoren, herunder i almen praksis. For at understøtte tankegangen om sammenhængende patientforløb for personer med problemer i bevægeapparatet peger udvalget på, at regionerne på tilsvarende vis gennem lokale aftaler bør give de praktiserende læger samme mulighed for adgang til henvisning til CT- og MR-skanninger som kiropraktorerne.

Implementering af henvisningsmuligheden skal ske efter aftale mellem regionen og kiropraktorerne, og erfaringerne fra indgåede aftaler evalueres løbende med henblik på at vurdere patientforløb, antal undersøgelser og kommunikation med den øvrige sundhedssektor, herunder de alment praktiserende læger samt aftalens økonomiske konsekvenser.

Det er udvalgets anbefaling, at en udvidet adgang for kiropraktorer til at rekvirere undersøgelser i sekundærsektoren, som udvalget foreslår, bør knyttes op på et krav om, at patientens praktiserende læge bliver orienteret efter endt udredning og behandling.

Da der er tale om en ny mulighed foreslår udvalget, at der etableres obligatoriske regionale efteruddannelseskurser for kiropraktorerne. Efter udvalgets opfattelse vil det være naturligt, at NIKKB står for udviklingen af kurserne i samarbejde med de respektive fem regioners billeddiagnostiske specialeråd. Dette bl.a. for at sikre, at indikationsgrundlaget for patienter, der kommer via kiropraktorerne, svarer til kliniske instrukser, der gælder i regionen i øvrigt. Da indikationsgrundlaget for de forskellige undersøgelser ofte ændrer sig i forhold til ny viden, foreslås det, at der på regionalt basis hvert 1-2 år gennemføres up-to-date kurser.

Overenskomstens parter tilslutter sig Moderniseringsudvalgets anbefalinger om, at de praktiserende kiropraktorer på baggrund af regional beslutning får adgang til at henvise til CT- og MR-skanninger i sygehusvæsenet og anbe-

¹ Ved dobbelt gatekeeping forstås, at både kiropraktoren vurderer, hvilke undersøgelser der er relevante, og at speciallægen på sygehuset vurderer henvisningen.

faler, at regionerne fastlægger en handlingsplan desangående. Det anbefales endvidere, at regionerne lader sig inspirere af Moderniseringsudvalgets forslag om, at en henvisningsadgang kombineres med en række krav til kiropraktorerne, herunder krav om deltagelse i efteruddannelses tilbud og orientering af egen læge efter endt udredning og behandling”

10. Som nyt indsættes:

”Kliniske retningslinjer for billeddiagnostiske modaliteter, herunder røntgen

1. Kliniske retningslinjer

Parterne er enige om at iværksætte et arbejde med henblik på udarbejdelse af kliniske retningslinjer på det billeddiagnostiske område, herunder vedr. røntgen til brug for kiropraktorer.

Retningslinjerne skal så vidt muligt foreligge medio 2011.

Der nedsættes en arbejdsgruppe bestående af kiropraktorer med særlig kompetencer indenfor det billeddiagnostiske område, speciallæger i radiologi og evt. andre relevante fagpersoner. Formanden for arbejdsgruppen skal være kiropraktor og udpeges af RLTN og DKF.

Udgifterne til dette arbejde afholdes af Kiropraktorfonden indenfor en økonomiske ramme på max. 500.000 kr.

Aktiviteter med henblik på implementering af såvel centrale retningslinjer vedr. billeddiagnostik som regionale retningslinjer vedr. tværfaglige forløbsprojekter og regionale kliniske retningslinjer vedr. henvisning til billeddiagnostiske undersøgelser, aftales nærmere med regionerne og deres respektive praksisenheder eller tilsvarende.

2. Øvrige kvalitetstiltag på det billeddiagnostiske område

De kliniske vejledninger bør følges op af periodevis gennemførte audits i kiropraktorpraksis i regi af det regionale kvalitetsudviklingsarbejde. Dette aftales med regionerne og deres respektive praksisenheder eller tilsvarende.”

Pkt. 6. Som nyt indsættes:

”Aftale om information til patientens alment praktiserende læge

Kommunikation mellem kiropraktorer og alment praktiserende læger har hidtil ikke været underlagt overenskomstmæssig regulering. For at styrke kvaliteten i patientbehandlingen er RLTN og DKF enige om at kommunikationen mellem kiropraktorer og patientens valgte alment praktiserende læge

skal udbygges i overenskomstperioden. Dette gælder, hvor kommunikationen er væsentligt for at sikre sammenhængende patientforløb, eller hvor det af andre grunde er væsentligt, at egen læge har kendskab til, at patienten er i behandling hos en kiropraktor. Det forventes, at alment praktiserende læger tilsvarende kommunikerer med kiropraktorer, når der er behov herfor. Kommunikation mellem kiropraktor og alment praktiserende læge er betinget af patientens samtykke.

Kommunikation fra kiropraktor til patientens alment praktiserende læge bør særligt finde sted, når patientens situation påkræver en koordineret tværgående indsats.

Her tænkes fx på, at der er tale om:

- et længerevarende funktionsbegrænsende sygdomsforløb, hvor patienten er sygemeldt
- at kiropraktoren opdager alvorlig patologi
- at kiropraktoren, som led i et behandlingsforløb, har henvist til MR eller CT- skanning

Kommunikationen bør foregå efter gældende MedCom standarder.

Den nærmere udformning af indhold i kommunikationen mellem kiropraktor- og almen praksis aftales med DSAM/PLO. Det forventes, at der i den forbindelse vil blive taget stilling til, hvorledes man skal forholde sig i forbindelse med henviste/ videresendte patienten til kiropraktisk behandling og i situationer, hvor der er foretaget en røntgenundersøgelse eller en ultralydsundersøgelse.

Resultatet heraf vil danne grundlag for en landsdækkende udmelding, som aftales med DKF, RLTN og DSAM/ PLO. Aftalen forventes at være færdig medio 2012.

I dag er der mange kiropraktorer, der er i dialog med almen praksis, praktiserende speciallæger og sygehusvæsenet om forhold af betydning for patientbehandlingen. Indtil der foreligger en central udmelding om indenfor hvilke områder, kommunikation mellem kiropraktorer og almen praksis bør finde sted, vil parterne opfordre kiropraktorerne til i deres kliniske hverdag fortsat at have fokus på dette område for dermed at styrke kvaliteten i patientbehandlingen.

Kiropraktorerne er forpligtet til at sende relevant information til patientens praktiserende læge senest 12 måneder efter aftalen mellem RLTN, DKF og PLO er indgået. RLTN vil drøfte en lignende forpligtigelse med PLO.

Såfremt der viser sig behov herfor, kan spørgsmålet om omfang og vilkår for kommunikation mellem kiropraktorer og praktiserende læger indgå i de efterfølgende overenskomstforhandlinger.”

Pkt. 7. Som nyt stk. 1 i § 18 indsættes:

”§ 18. Vikar

Stk. 1.

Kiropraktoren er ved fravær berettiget til at antage vikar. Vikaren skal være kiropraktor. Kiropraktoren orienterer regionen om vikaransættelser udover 6 måneder. Vikaransættelse kan normalt ikke overstige 1 år. Samarbejdsudvalget kan godkende vikaransættelse ud over 1 år.”

Pkt. 8. Mulighed for at tage røntgenbilleder for andre

I forbindelse med arbejdet i moderniseringsudvalget har Sundhedsstyrelsen tilkendegivet, at læger ikke kan henvise patienter til kiropraktor udelukkende for at få foretaget en røntgenundersøgelse.

Anmærkningen til § 20 (s.20) slettes

I vejledningen (s.41) i overskrift ”anvendes” slettes ” eller læger” begge steder.

Pkt. 9. Handicappede forhold

Formuleringen i § 12 ændres til:

”§ 12 Handicappede 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 handicaptoulet.

Stk. 2.

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

Pkt. 10. Medhjælp

NYT § 20, stk. 1. sidste pkt. ændres til:

”Ydelserne: introduktion til superviseret træning, superviseret træning og opfølgende træning kan ydes egenhændigt af kiropraktisk medhjælp.”

Pkt. 11. Omkostnings og indtjeningsundersøgelse

Der er enighed om, at der i 2012 gennemføres en undersøgelse af indtjening og omkostninger i kiropraktorpraksis for regnskabsåret 2011. Herefter gennemføres en undersøgelse i hver overenskomstperiode.

Undersøgelsens gennemførelse og finansiering aftales mellem parterne inden undersøgelse sættes i gang. De overenskomstmeldte kiropraktorer er forpligtet til at deltage i undersøgelsen.

Pkt. 12. Økonomiprotokollat

Økonomiprotokollatet videreføres med det nuværende indhold, men overskriften ændres således, at økonomiprotokollatet ikke er årstalsbestemt men blot hedder ”Overenskomstens økonomi”.

Pkt. 13. Bindende aftaler**§ 2 ændres til:**

”Indgåede aftaler i samarbejdsudvalgene udover nærværende overenskomst er bindende for regioner og kiropraktorer. Sådanne aftaler skal indsendes til overenskomstens parter.”

Pkt. 14. IT og sundhed.dk**NYT stk. 5 i § 24:**

”Fra 1. april 2011 skal alle kiropraktorer hente deres afregning på sundhed.dk.”

Stk. 5 bliver til stk. 6

Som nyt sidste punktum i § 27 A, stk. 1 indsættes:

”Kiropraktorerne er forpligtet at vedligeholde deres praksisdeklaration på sundhed.dk.”

§ 27 IT i kiropraktorpraksis**Stk. 3 ændres til:**

”Det er en fælles målsætning, at kiropraktorerne tilbyder elektronisk kommunikation med patienterne – herunder tidsbestilling.”

NYT stk. 4:

”Alle kiropraktorer skal senest 1. oktober 2013 anvende elektronisk journalføring og et it-system, der kan håndtere godkendte Medcom standarder for elektronisk kommunikation i sundhedsvæsenet.”

NYT stk. 5 i § 27:

”Al brevforsendelse mv. fra regionerne vil i løbet af sidste kvartal 2010 begynde at overgå til elektronisk forsendelse. Modtagelse af elektronisk post fra regionerne vil herefter kunne ske ved oprettelse af en for kiropraktorerne gratis Digital Dokumentboks.”

NYT som nyt 4. punktum i § 27 A, stk. 1 indsættes:

”Kiropraktorer skal pr. 1. juni 2011 oplyse ventetider på behandling på praksisdeklarationen på Sundhed.dk. Ventetider angives som den aktuelle og forventede ventetid til ikke-akut behandling.”

Som ny § 27A, stk. 2 indsættes:

”De i stk.1 nævnte oplysninger vedligeholdes og ajourføres af kiropraktoren”.

Pkt. 15. Fællesregionalt billedindeks’ relation til Kir-PACS

Regionerne er i færd med at etablere et fællesregionalt billedindeks, der forventes etableret i første halvår af 2011. Billedindekset vil fungere som en elektronisk oversigt over, hvilke databaser mv. der ligger inde med røntgenbilleder af patienter (cpr-nr.)

Parterne er enige om at Kir-Pacs skal indgå i det fællesregionale billedindeks, hvorfor der etableres teknisk forbindelse mellem billedindekset og Kir-Pacs senest 6 måneder efter indeksets etablering. Der er ikke udgifter forbundet for den enkelte kiropraktor eller Kir-Pacs ved oprettelse af denne forbindelse.

Pkt. 16. Adgang for kiropraktorer til Henvisningshotellet

Som nyt protokollat til § 27 indsættes:

”Adgang til at hente oplysninger på henvisningshotellet

Henvisningshotel (refhost)

Parterne er enige om, at henvisningshotellet kan være med til at understøtte og udbygge den faglige dialog mellem almen praksis og kiropraktorerne. Parterne er enige om, at alle kiropraktorer oprettes på henvisningshotellet

og derefter kan benytte hotellet på samme vilkår som de øvrige behandlergrupper.

Side 17

Det påhviler den enkelte kiropraktor eller Dansk Kiropraktor Forening at indgå nærmere aftale med almen praksis om forsendelse af oplysninger via henvisninger. For at kiropraktorerne kan drage nytte af at modtage henvisninger, bør disse som minimum indeholde oplysninger om årsagen til patientens behandlingsbehov hos kiropraktoren.

Henvisningen skal være elektronisk og fremsendes via Refhost som en speciallægehenvi- sning REF06. Patienten skal selv kunne vælge den ønskede kiropraktor.”

Pkt. 17. Som nyt indsættes:

”Fælles udvalg om kiropraktorens roller og opgaver

Danske Regioner starter i 2010 et strategiarbejde om regionernes visioner for kiropraktorerne rolle og opgaver. Det forventes, at arbejdet afsluttes primo 2011.

Dansk Kiropraktor Forening afslutter i november 2010 en proces med formulering af en politisk målsætning for de næste 5 – 10 års udvikling for standen.

Parterne er enige om, at der i overenskomstperioden nedsættes et fælles udvalg om kiropraktorerne rolle og opgaver i sundhedsvæsenet med udgangspunkt i resultaterne af de to parallelle processer. Parterne aftaler kommissorium, sammensætning, formand og sekretariatsbetjening for udvalget.”

Pkt. 18. Projekt om børn og unges helbred

Der er i stigende grad fokus på børns helbred, herunder også på at sundhed og livsstil i barndommen betyder meget for sundhed og livskvalitet senere i livet. Parterne finder, at der er behov for gennem forskningsprojekter med inddragelse af kiropraktorer og andre faggrupper at bibringe ny viden og konkrete løsninger om denne problemstilling

Parterne konstaterer, at fonden allerede har bevilliget midler til et projekt indenfor dette område, og parterne støtter, at projekter vedr. børn og unge prioriteres af fonden.

Pkt. 19. Ændring af kompetence for samarbejdsudvalgene

Parterne er enige om, at samarbejdsudvalgene fremover vil få kompetencen til at behandle klagesager og serviceklager.

Side 18

Landssamarbejdsudvalget bliver derefter ankeinstans som det er praksis på de øvrige praksisområder. Derudover kan samarbejdsudvalgene indsende principielle sager til drøftelse i landssamarbejdsudvalget.

§ 4 Samarbejdsudvalgets opgaver og beføjelser

NYT stk. 9 i § 4:

”Samarbejdsudvalget behandler klager over kiropraktorbetjening jf. § 30.”

Pkt. 20. Udeblivelseshonorar

§ 11, stk. 2, ændres til:

”Afbud fra sikrede skal så vidt muligt meddeles kiropraktoren dagen før den aftalte behandlingsdato. Undlader sikrede at melde afbud senest kl. 9.00 på behandlingsdagen kan kiropraktoren pålægge sikrede at godtgøre kr. 107 (grundhonorar) pr. udeblivelse.”

Pkt. 21. Forbud mod forudbetaling

§ 29, stk. 2 ændres til:

”Den del af betalingen, som påhviler den sikrede, betales direkte til kiropraktoren. Kiropraktoren er ikke berettiget til at afkræve sikrede forudbetaling af patientandelen ved planlagte behandlingsforløb”

Pkt. 22. Praksisformer og kiropraktorvirksomhed i selskabsform

1. Som konsekvens af Landssamarbejdsudvalgets beslutning den 27. marts 2008 vedrørende interessentskaber, hvor kun en af ejerne har tiltrådt overenskomsten indsættes følgende anmærkning til § 16:

”ANMÆRKNING TIL § 16

Overenskomsten er ikke til hinder for, at der kan være flere medejere i kiropraktorklinikker drevet som interessentskab, under forudsætning af:

- At det kun er de kiropraktorer, der indgår i klinikken, som kan være medejere
- At det sikres, at medejerskab ikke indebærer en udvidelse af antallet af ydernumre og
- At disse forhold er fastslået i I/S-kontrakten, der endvidere skal præcisere, at det er ydernummerindehaveren, der er ansvarlig for aktiviteterne i klinikken og for relationen til regionen.”

2. I § 16, stk. 2 udgår:

”Selskabets vedtægter skal være godkendt af Dansk Kiropraktor Forening jf. § 17” og ”Holdingselskabets vedtægter skal være godkendt af Dansk Kiropraktor Forening.”

Side 19

3. I § 17 ændres følgende:

Gældende stk. 3 og stk. 4 udgår og som nyt stk. 3 indsættes:

”Vedtægterne for et kiropraktorselskab eller et holdingselskab skal opfylde de i bilag xx anførte krav.”

4. Som bilag til § 17 indsættes:

”Bilag til § 17 Krav til vedtægter for kiropraktorvirksomhed i selskabsform

Vedtægterne for et kiropraktorselskab eller et holdingselskab, skal opfylde de nedenfor anførte krav:

1. Selskabets navn skal indeholde betegnelsen ”kiiropraktor”, ”kiiropraktor-” eller ”kiiropraktisk”.
2. Selskabets formål skal være at drive kiropraktorvirksomhed og virksomhed, der er naturligt forbundet hermed. Et holdingselskabs formål skal beskrives som at eje anparters/aktier i et kiropraktorselskab.
3. I et holdingselskab skal anpartskapitalen ejes 100 % af en eller flere anpartshavere, som har tiltrådt overenskomsten, og som driver kiropraktorvirksomhed som ansat i det kiropraktorselskab, som holdingselskabet ejer anparters i. I et kiropraktorselskab skal mindst 50 % af indskudskapitalen såvel efter beløb som efter stemmевægt tilhøre et eller flere holdingselskaber og/eller anpartshavere, der udøver kiropraktorvirksomhed som ansatte i selskabet og som har tiltrådt overenskomsten.
4. Direktionens medlemmer skal alle udøve kiropraktorvirksomhed som ansatte i selskabet.
5. Selskabet skal ikke kunne tegnes medmindre mindst en ansvarlig kiropraktor er med ved tegningen.
6. Selskabets vedtægter og for anpartsselskaber tillige protokol, skal være tilgængelige for Dansk Kiropraktor Forening og Regionernes Lønnings- og Takstnævns samt vedkommende region, der til enhver tid kan forlange attestation for selskabets ejerforhold.
7. Selskabet skal respektere det personlige ansvar, der påhviler de ansatte kiropraktorer efter stk. 1.

8. De under pkt. 3, 4 og 5 anførte krav kan fraviges af selskabet i indtil 6 måneder, såfremt ansættelsesforholdet ophører på grund af kiropraktorens død eller upåregnelige sygdom. Såfremt der i anpartsselskabet findes stemmeløse B-anparter, kan der herudover indrømmes en frist på indtil 5 år til genoprettelse af det i pkt. 3 anførte krav om kapitalbesiddelsen beregnet efter beløb.

9. Kiropraktorselskabet er ikke berettiget til at afkræve eller modtage honorarer, der baseres på overenskomsten, medmindre vedtægterne opfylder ovenstående krav. Regionen har krav på tilbagebetaling af honorarer modtaget i strid hermed.”

5. Gældende anmærkning til § 17 udgår og som ny anmærkning indsættes:

”ANMÆRKNING TIL § 17:

Ændringer i kravene til vedtægter har virkning for vedtægter, der træder i kraft efter overenskomstens ikrafttræden den 1. oktober 2010.”

6. Som nyt protokollat indsættes:

”Protokollat om ændrede vilkår vedr. kiropraktorvirksomhed i selskabsform

Mange kiropraktorer, der ikke selv har fået tilladelse til at tiltræde overenskomsten, indgår som medejere i de praksis, hvor de arbejder.

Overenskomstens bestemmelse om at mindst 50 % af indskudskapitalen såvel efter beløb som efter stemmevægt skal tilhøre anpartshavere, der udøver kiropraktorvirksomhed som ansatte i selskabet og som har tiltrådt overenskomsten, vanskeliggør mulighederne for, at kiropraktorer, der ikke selv har tiltrådt overenskomsten, kan indgå som ligeværdige medejere af klinikken.

Parterne er enige om foretage en udredning af om overenskomstens bestemmelser om kiropraktorpraksis i selskabsform er til hinder for en hensigtsmæssig tilrettelæggelse ejerforholdene indenfor kiropraktorområdet.

Såfremt der viser sig behov herfor, er parterne enige om i løbet af overenskomstperioden at aftale de fornødne ændringer af overenskomsten.”

Pkt. 23. Redaktionelt

Parterne er enige om at gennemføre de redaktionelle ændringer af overenskomsten, som er nødvendige og hensigtsmæssige i forbindelse med implementering af nærværende forhandlingsaftale i den samlede overenskomststekst.

Disse ændringer betyder en ny struktur på overenskomsten så den i højere grad ligner de øvrige praksisområder.

Pkt. 24. Overenskomstens løbetid

Parterne er enige om, at overenskomsten med de ændringer, der følger af nærværende aftale, træder i kraft d. 1. oktober 2010.

Parterne er enige om, at næste forhandling af overenskomsten på uopsagt grundlag bør være gennemført til ikrafttræden den 1. oktober 2013.

København den 26. maj 2010

For Regionernes Lønnings- og
Takstnævn

Johannes Flensted-Jensen /

Kristian Heunicke

For Dansk Kiropraktor Forening

Peter Kryger-Baggesen

Jakob Bjerre
