
Udvalg til fremme af kvalitetsudvikling på kiropraktorområdet

Endelig afrapportering

Juli 2011

Indhold

FORORD	4
Baggrund	4
Resumé	4
Udvalgets sammensætning	5
1. INDLEDNING	6
1.1 Læsevejledning	6
1.2 Udvalgets opgaver	7
1.3 Afgrænsning	7
1.4 Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)	8
1.5 Modellens opbygning	8
A. Generelle forløbsaktiviteter	8
B. Sygdomsspecifikke forløbsaktiviteter	9
C. Organisatoriske aktiviteter	9
1.6 Status for implementering af DDKM i praksissektoren	9
2. UDVALGETS AKTIVITETER	11
3 EKSISTERENDE KVALITETSUDVIKLING PÅ KIROPRAKTOROMRÅDET	13
4. KIROPRAKTIK I DANMARK	21
4.1 Kiropraktorers virksomhedsområde	21
4.2 Uddannelse, autorisation og selvstændigt virke	21
4.3 Antal og aktører	21
5. NIP-KIROPRAKTIK: INDIKATORUDVIKLING PÅ LÆNDERYGOMRÅDET	23
5.1 Udvikling af indikatorer for kiropraktorområdet	23
5.2 Test og validering af indikatorer	23
5.3 Indikatorskema efter testfasen	24

5.4	Anbefalinger fra testklinikkerne	25
5.5	Anbefalinger fra indikatorgruppen	25
5.6	Opsummering af NIP-sekretariatets bemærkninger	26
6.	SAMMENFATNING	27
	Som konsekvens af afgrænsningen i udvalgets arbejde	27
	Udvalgets anbefalinger på baggrund af det gennemførte pilotprojekt falder inden for to niveauer: det klinisk faglige og det organisatoriske.	27
	Klinisk faglige anbefalinger	27
	Organisatoriske anbefalinger	27
	Oplysningsvirksomhed	28
7.	BILAG	29
	BILAG 1: Protokollat vedrørende kvalitetsudviklingen på kiropraktorområdet	29
	Bilag 2: Afsluttende rapport vedr. <i>NIP-Kiropraktik</i>	29
	Bilag 3: Dokumentalistrapport	29
	Bilag 4: NIKKB's kvalitetssikringsprojekt	30

Forord

Baggrund

Overenskomstens parter nedsatte i 2007 *Udvalg til fremme for kvalitetsudvikling i kiropraktorpraksis* (i det følgende betegnet Kvalitetsudvalget) med det formål at fremme arbejdet med kvalitetsudvikling på kiropraktorområdet. Baggrunden for udvalgets etablering var en beslutning om, at Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) på sigt skulle omfatte hele praksissektoren og dermed også kiropraktorområdet.

Denne rapport er en afrapportering af det arbejde, som har været gennemført i regi af *Kvalitetsudvalget*. I rapporten kortlægges og præsenteres det kvalitetsudviklingsarbejde, som er foregået på kiropraktorområdet i Danmark forud for og parallelt med udvalgets arbejde. Endeligt præsenteres udvalgets anbefalinger på baggrund af det gennemførte udvalgsarbejde. Læsere med begrænset kendskab til professionen får i rapporten desuden en kort introduktion til professionen og generelle fakta om kiropraktik i Danmark.

Dele af rapporten er blevet til på baggrund af bidrag fra forskellige aktører inden for professionen, som alle skal have tak for deres bidrag og input.

Resumé

Ét af udvalgets primære opgaver har været at undersøge konsekvenserne af at indføre DDKM på kiropraktorområdet og komme med anbefalinger til, hvorledes DDKM kan implementeres på kiropraktorområdet. Som led i dette arbejde igangsatte udvalget pilotprojektet *NIP-Kiropraktik*.

Pilotprojektet, der har udgjort den bærende udvalgsaktivitet, blev igangsat med henblik på bl.a. at undersøge, om det kunne lade sig gøre at udvikle et anvendeligt indikatorsæt til vurdering af kvaliteten af de kiropraktiske kerneydelser afgrænset til lænderygområdet. Indikatorsættet er efterfølgende testet med henblik på, om det var muligt at implementere dem i den kliniske praksis. Projektet har kun været udført som et pilotprojekt, og indikatorsættet er derfor kun afprøvet i et begrænset antal kiropraktor klinikker.

NIP-Kiropraktik blev opstartet 1. oktober 2008 og afsluttet 31. marts 2010 med udgivelsen af en rapport indeholdende en række faglige anbefalinger til, hvordan projektet evt. kan videreføres jf. bilag 2.

Resultatet af pilotprojektet viser, at NIP-metoden har været anvendelig, og at det var muligt at udvikle et brugbart indikatorsæt til kvalitetsmåling af behandling af lænderygpatienter i kiropraktorpraksis, og at indikatorerne kan implementeres i klinisk praksis. Både fagpersonerne i indikatorgruppen og de deltagende testklinikker har i anbefalingerne tilkendegivet en positiv holdning til indikatorbaseret kvalitetsmonitorering i såvel den kliniske som praktiske hverdag, og at det har været en god proces at arbejde med indikatorer.

Kvalitetsudvalgets endelige anbefalinger til implementering af DDKM på kiropraktorområdet i relation til indikatorbaseret kvalitetsudvikling for sygdomsspecifikke områder tager afsæt i resultaterne i det gennemførte pilotprojekt. Udvalget er på denne baggrund enige om at anbefale,

- at det bl.a. er en forudsætning for udbredelse af projektet, at der udvikles og implementeres et datafangstmodul.
- at der i forbindelse med en evt. national implementering af projektet skal afholdes en årlig klinisk auditing fx i samspil med de regionale praksiskonsulenter og evt. med en proceskonsulent som facilitator.

- at der i forbindelse med en evt. national implementering etableres en driftsmæssig organisation, der kan understøtte arbejdet.
- at det ved en evt. videreførelse sikres, at der sker en fortløbende og systematisk revision og udvikling af indikatorerne, således at disse afspejler den aktuelle evidensbaserede undersøgelse og behandling af den pågældende patientgruppe.
- at NIP-metoden afprøves på andre sygdomsområder.

Udvalgets sammensætning

Kvalitetsudvalget på kiropraktorområdet har bestået af:

Peter Kryger-Baggesen (udvalgsformand), Formand for Dansk Kiropraktor Forening (DKF)

Alice Kongsted, forhenværende bestyrelsesmedlem i DKF (fra november 2008 repræsentant udpeget af DKF)

Line Press Sørensen, bestyrelsesmedlem i Dansk Kiropraktor Forening (i 2008 erstattet af:)

Rikke Krüger Jensen, bestyrelsesmedlem i Dansk Kiropraktor Forening

Enhedschef Else Hjortsø, Koncern Plan og Udvikling, Region Hovedstaden

Chefkonsulent Helle Lindkvist, Afdeling for kvalitet og forskning, Region Syddanmark

Kontorchef Carsten Rabe Kvist, Praksissektoren i Region Nordjylland

Henrik Hein Lauridsen, forhenværende formand Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik

Direktør Henrik Wulff, Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik

Seniorforsker Jan Hartvigsen, Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik

Souschef Carsten Engel og områdeleder Ulla Breth Knudsen (suppleant), Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet

Projektleder Birgitte Randrup Krog, Det Nationale Indikatorprojekt

Assisterende læge Bente Møller, Enhed for planlægning, Sundhedsstyrelsen i 2010 erstattet af fuldmægtig

Lars Buch Hansen, Enhed for planlægning, Sundhedsstyrelsen

Sekretariat for udvalget:

Konsulent Maria Altschuler, RLTN i 2010 erstattet af chefrådgiver Martin Bagger Brandt.

Direktør Ole Rasmussen, DKF i 2009 erstattet af direktør Jakob Bjerre, konsulent Tanja Skov Carlsen, i 2010 erstattet af konsulent Karina Sol.

Udvalgsarbejdet blev påbegyndt 9 måneder efter landsoverenskomstens ikrafttræden, og udvalget valgte derfor at udskyde afslutningen på arbejdet tilsvarende. Landsoverenskomsten blev imidlertid forlænget, hvilket faldt i tråd med forlængelsen af udvalgsarbejdet. Udvalget har i alt afholdt 7 møder i perioden fra januar 2008 til maj 2010, men udvalgsarbejdet blev først formelt afsluttet med udgivelsen af denne rapport medio 2011.

1. Indledning

1.1 Læsevejledning

Nedenstående læsevejledning redegør for rapportens opbygning herunder for indholdet i de enkelte kapitler.

Kapitel 1 Indledning

Kapitlet opsummerer indledningsvist udvalgets opgaver ifølge protokollatet herunder afgrænsningen af udvalgets arbejde

Der redegøres desuden for, hvilke elementer DDKM består af. Kapitlet rundes af med en gennemgang af, hvilke initiativer de øvrige professioner i praksissektoren har iværksat for at forberede sig på implementeringen af DDKM. Kapitlet henvender sig primært til læsere med begrænset kendskab til DDKM og kvalitetssikring i praksissektoren.

Kapitel 2 Udvalgets aktiviteter

I kapitlet redegøres for de aktiviteter, som har fundet sted i udvalgsperioden med henblik på at kvalificere udvalget til at gøre sig overvejelser inden for de to øvrige områder af DDKM, som pilotprojektet *NIP-Kiropraktik* ikke har berørt.

Kapitel 3 Kvalitetsudvikling på kiropraktorområdet

I kapitlet redegøres for en række projekter i relation til kvalitetsudvikling, som kiropraktorerne har været involverede i eller taget initiativ til gennem årene. Formålet med gennemgangen er at give et overblik over status på hidtidige kvalitetsudviklingsinitiativer samt at tilvejebringe grundlaget for at kunne vurdere, om projekterne har potentiale til at blive udbredt på landsplan.

Kapitel 4 Kiropraktik i Danmark

Kapitlet kortlægger fakta om kiropraktik i Danmark herunder en beskrivelse af kiropraktorerens virksomhedsområde og af kiropraktoruddannelsen. Kapitlet opsummerer afslutningsvist professionens væsentligste aktører. Kapitlet henvender sig primært til læsere med begrænset kendskab til kiropraktorprofessionen i Danmark.

Kapitel 5 *NIP-Kiropraktik*: Indikatorudvikling på lænderyområdet

Kapitlet beskriver pilotprojektet *NIP-Kiropraktik* og indikatorgruppens arbejde. Der redegøres desuden for indikatorgruppens og testklinikkernes anbefalinger samt de afsluttende bemærkninger fra NIP-sekretariatet.

Kapitel 6 Sammenfatning

Kapitlet samler op og redegør for resultaterne af *NIP-Kiropraktik*-projektet samt kvalitetsudvalgets endelige anbefalinger herunder, hvordan opgaverne i protokollatet er blevet opfyldt.

Kapitel 7 Bilag

1.2 Udvalgets opgaver

Kvalitetsudvalget på kiropraktorområdet blev nedsat af overenskomstens parter i 2007 med det formål at fremme arbejdet med kvalitetsudvikling på kiropraktorområdet. Udvalgets opgaver ifølge protokollatet jf. bilag 1 har bestået i at:

- a) undersøge og beskrive konsekvenserne af at indføre Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) på kiropraktorområdet
- b) komme med forslag til, hvordan DDKM kan implementeres
- c) beskrive hvilke dele af DDKM, der er relevant for kiropraktorpraksis og foreslå en prioritering heraf
- d) komme med forslag der kan danne grundlag for parternes beslutning om, hvorledes det videre arbejde på kvalitetsudviklingsområdet skal organiseres
- e) udbrede kendskabet til DDKM og kvalitetsudviklingen på kiropraktorområdet

1.3 Afgrænsning

Pilotprojektet *NIP-Kiropraktik* har kun berørt en del af de opgaver, der var stillet udvalget i følge protokollatet.

DDKM omhandler, udover det sygdomsspecifikke område, også generelle forløbsaktiviteter og organisatoriske aktiviteter. *NIP-Kiropraktik* projektet har hverken beskæftiget sig med kvalitet inden for det generelle forløbsområde eller inden for det organisatoriske område, og udvalget har i perioden ikke igangsat konkrete initiativer i forhold til disse to områder.

Afgrænsningen i udvalgets arbejde skyldes, at der i regi af Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (DSKKB) og Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (NIKKB) har pågået et omfattende kvalitetssikringsprojekt 'Lændesmerter og kiropraktik- et dansk evidensbaseret kvalitetssikringsprojekt', som befandt sig inden for det sygdomsspecifikke område.

Derudover var lænderygområdet på tidspunktet for afgrænsningen i udvalgets arbejde et af de eneste områder, som der var udarbejdet faglige retningslinjer inden for.

Udvalget har dog undervejs indsamlet viden vedr. forløbs- og organisatoriske aktiviteter og på denne baggrund kvalificeret sig til at drøftet kvalitetsudvikling i forhold til disse to områder.

Den sidste pind i protokollatet, udbredelse af kendskabet til DDKM og kvalitetsudviklingen på kiropraktorområdet, er heller ikke berørt i *NIP-Kiropraktik* projektet, men er søgt løst på anden vis bl.a. i form af en temadag om kvalitetsudvikling og -sikring for fagfolk, administrative medarbejdere og andre interesserede.

Som konsekvens af afgrænsningen af udvalgets arbejde forholder udvalgets anbefalinger vedr. punkterne *a-d* i protokollatet sig således kun til det sygdomsspecifikke område inden for DDKM. Udvalget kan på baggrund af det gennemførte pilotprojekt derfor ikke udtale sig om generelle forløbsaktiviteter og organisatoriske aktiviteter og har derfor drøftet kvalitetsudvikling i forhold til disse to områder på anden vis jf. kapitel 2.

Hvad angår punkt *e* i protokollatet er kendskabet til DDKM og kvalitetsudvikling på kiropraktorområdet primært honoreret ved at afholde en temadag om kvalitetssikring i regi af Kiropraktorforeningen for professionen, regionerne samt andre interesserede. Desuden har Dansk Kiropraktor Forening ved forskellige lejligheder informeret medlemmerne om arbejdet med DDKM i nyhedsbreve, gå-hjem-møder og som et temanummer omkvalitetssikring i foreningens medlemsblad *KIROPRAKTOREN*.

1.4 Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)

Gennem det sidste årti er det kommet stadigt større fokus på kvalitet i den offentlige sektor. Dette gælder inden for folkeskoleområdet, plejesektoren og i særdeleshed også på sundhedsområdet.

Et af de væsentligste initiativer på sundhedsområdet er DDKM. Staten, de daværende amter og Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) indgik en aftale om at udvikle en fælles national kvalitetssikringsmodel, der skulle omfatte alle offentligt finansierede sundhedsydelser. En fælles national model vil samtidig sikre kvaliteten på tværs af sektorerne, hvilket skal medvirke til at understøtte det sammenhængende sundhedssystem. En væsentlig målsætning, idet det erkendes, at det ofte er i overgangene mellem de forskellige sektorer og behandlingsenheder, at der sker utilsigtede hændelser.

1.5 Modellens opbygning

DDKM indføres nu på sygehusene, på apotekerne og snart også i kommunerne. Dernæst kommer hele praksissektoren, dvs. praktiserende læger, praktiserende speciallæger, psykologer, tandlæger, fodterapeuter, fysioterapeuter og kiropraktorer.

DDKM er en tværgående kvalitetsudviklingsmodel med en række af klare generiske målsætninger, eksempelvis:

- Fremme samarbejde mellem sektorerne
- Skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb
- Skabe løbende kvalitetsudvikling
- Inddrage og bruge den viden, der er opnået via forskning og erfaring i den daglige praksis
- Dokumentere og synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet
- Sikre høj kvalitet på tværs af geografi og sektorer
- Forebygge, at den dybe kvalitetstallerken skal opfindes forfra hver gang
- Gøre sundhedsvæsenet bedre – hele tiden
- Forebygge fejl, som koster liv, livskvalitet og ressourcer

(Kilde: <http://www.ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel.aspx>)

DDKM bygger på akkreditering. Akkreditering betyder "Kvalitetsvurdering, hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller institution lever op til et sæt af fælles standarder" (*Det Nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet, 2006*)

DDKM består af en række klart definerede kvalitetsstandarder, der hver især er udarbejdet med udgangspunkt i, at de vil medvirke til at sikre opnåelsen af en eller flere af ovenfor nævnte målsætninger. Kvalitetsstandarderne udpeger den gode kvalitet på det pågældende område.

For sygehuse har man valgt at definere tre forskellige temaer, som ramme for standarderne:

- A. Generelle forløbsaktiviteter
- B. Sygdomsspecifikke forløbsaktiviteter
- C. Organisatoriske aktiviteter

Definitionen af de tre temaer vil her tage udgangspunkt i en generisk beskrivelse:

A. Generelle forløbsaktiviteter

Et centralt fokus i DDKM er som nævnt at sikre kvaliteten i overgangen mellem sektorer og enheder. Det understreger samtidig, at der er påvist et særligt behov for at sikre, at patienten/borgeren oplever et sammenhængende forløb, at de forskellige behandlende enheder og instanser samarbejder og koordinerer indsatsen.

De generelle forløbsaktiviteter omfatter aktiviteter, der vil være aktuelle i de fleste forløb fx fremsendelse af korrekte henvisningsoplysninger og returnering af epikrise.

Formålet med standarderne indenfor dette tema er at sikre, at forløbet planlægges med høj faglighed, koordineret og med tydelig ansvarsplacering.

B. Sygdomsspecifikke forløbsaktiviteter

De sygdomsspecifikke standarder vil være direkte rettet mod den kliniske behandling af afgrænsede diagnoser. Formålet er at sikre, at der altid iværksættes en optimal behandling med udgangspunkt i referenceprogrammer eller retningslinjer, der beskriver den bedst evidensbaserede praksis.

C. Organisatoriske aktiviteter

Standarder, der præciserer kvaliteten indenfor det organisatoriske område, har til formål at fastsætte de krav, som anses for nødvendige og gennemgående for den enkelte institutions overordnede kvalitet. De vil være forudsætninger for sikring af det gode patientforløb. Det vil eksempelvis være standarder, der rettes mod ledelsen af institutionen, mod krav til uddannelse eller økonomistyring.

1.6 Status for implementering af DDKM i praksissektoren

For sygehusene er der aktuelt defineret 104 standarder, som blev overdraget til implementering i juni 2009. For kommunerne er der formuleret 31 standarder, kommunerne deltager på frivillig basis.

Privatpraktiserende speciallæger, tandlæger og fysioterapeuter har som kiropraktorer igangsat initiativer til at forberede DDKM. Fælles for initiativerne er udbredelsen af en fælles kultur for systematisk arbejde med kvalitetsudvikling, der i omfang og indhold passer til praksissektoren. Arbejdet med DDKM i praksissektoren funderes på de samme principper og områder, som findes i kvalitetsmodellen i syghussektoren, men antallet af standarder vil være langt færre. Samtidig er der endnu ikke udviklet et koncept for, hvordan akkrediteringer i praksissektoren skal ske. Der er en forventning om, at der i løbet af 2011 eller 2012 vil være udviklet 'kvalitetsmodeller' for hhv. almen praksis og speciallægepraksis, som kan dannes grundlag for akkreditering efter DDKM.

DDKM omfatter også apoteker og pr.21-06-2010 blev 30 danske apoteker akkrediteret. Apotekerne er den første sektor, der går i drift med DDKM, og danske apoteker er ivrige for at blive del af DDKM og for at blive akkrediteret. 151 ud af ca. 245 danske apoteker har allerede meldt sig til akkreditering, og 30 er nu akkrediteret.

Den følgende gennemgang afspejler status og udviklingen inden for de øvrige praksisområder på det tidspunkt, udvalget afsluttede sin møderække i maj 2010. For seneste status inden for de enkelte praksisområder henvises til de respektive behandlerområders hjemmesider og seneste overenskomsttaftaler med RLTN.

Kvalitetsudvikling i speciallægepraksis - KVIS projektet

KVIS-projektet er et initiativ, der er med til at forberede speciallægepraksis på DDKM. KVIS udvikler og afprøver metoder med henblik på at udvikle en sammenhængende kvalitetsmodel for, hvordan speciallægepraksis fremover kan arbejde kontinuerligt med at dokumentere og udvikle kvaliteten af sit arbejde.

Projektet bygger på syv mindre delprojekter, der tilsammen sikrer erfaringer fra speciallægepraksis om metoder til at arbejde systematisk med både patientoplevelse kvalitet, faglig kvalitet og organisatorisk kvalitet. De syv delprojekter er: Patienttilfredshedsundersøgelse, Metode til udvikling af kliniske

retningslinjer, Metode til udvikling af faglige indikatorer, Patientsikkerhed, Kvalitetssikring af sektorovergange, Udvikling af redskaber til dokumentation af kvalitet, og Forankring af kvalitetsarbejdet.

I løbet af efteråret 2010 og foråret 2011 pilottesttes en sammenhængende kvalitetsmodel, som skal afprøves på et udvalgt speciale (Dermatologi) inden juni 2011. På baggrund heraf udformer KVIS en række anbefalinger til organisering og drift af en kvalitetsmodel tilpasset speciallægepraksis. I marts 2011 er der indgået en ny overenskomstaf tale mellem RLTN og praktiserende speciallæger og heri er det bl.a. aftalt, at KVIS-projektets resultater skal implementeres mere generelt i speciallægepraksis.

Tandlæger

I 2010 tandlægeoverenskomsten blev der indskrevet et protokollat vedr. kvalitetsudvikling på tandplejeområdet. Protokollatet er nærmest enslydende med kiropaktorområdets og det fremgår, at der nedsættes et udvalg, der kan fremme arbejdet med kvalitetsudviklingen på tandplejeområdet. Udvalget har til opgave at undersøge og beskrive konsekvenser af indførelse af DDKM på tandlægeområdet samt komme med forslag til, hvordan modellen kan implementeres.

Udvalget har besluttet, at der skal udarbejdes kvalitetsstandarder indenfor områderne: paradentose behandling, rodbehandling og samtidig at der skal gennemføres en patienttilfredshedsundersøgelse. Det er hensigten, at der i forbindelse med standarder indenfor områderne paradentose behandling og rodbehandling, at der udarbejdes kliniske retningslinjer. Dette arbejde udføres i tæt samarbejde med IKAS.

Fysioterapeuter

På fysioterapiområdet er der nedsat et *Udvalg for Kvalitet og Faglig udvikling i Fysioterapipraksis*. Udvalget skal generelt analysere og belyse områder inden for inden for fysioterapi området til brug for overenskomstparterne. Af mere specifik karakter har udvalget til opgave at gennemføre modernisering af ydelsesbeskrivelser og kodning med henblik på ensartet registrering og foretage indledende overvejelser om implementeringen af DDKM i fysioterapi praksis. Af disse specifikke opgaver er udvalget ved at etablere en database til opsamling af kvalitetsdata.

Praktiserende læger

Praktiserende læger har som det eneste praksisområde etableret en dedikeret enhed til at understøtte kvalitetsudvikling i almen praksis. Enheden hedder DAK-E og finansieres af Kvalitets- og informatikfonden for almen praksis (KIF).

Endvidere er der etableret regionale kvalitets- og efteruddannelsesudvalg.

KIF-fondens formål er at forberede almen praksis på DDKM. Dette er sket ved at udvikle en række sygdomsspecifikke kvalitetsindikatorer, patienttilfredskonceptet DANpep og it-redskabet datafangst.

DAK-E arbejder i 2010 på at udvikle en række organisatoriske indikatorer. Efterfølgende er det hensigten at samle disse aktiviteter i en kvalitetsmodel – præcis som i KVIS-projektet på speciallægeområdet.

Sammenligner man praksissektorens behandlergrupper på tværs kan man sige, at almen praksis er længst fremme med hensyn til udvikling af kvalitetsredskaber med speciallægerne lige efter. Der udestår dog for begge parter en stor opgave med at få arbejdet med kvalitetsudviklet udbredt til alle praksis.

2. Udvalgets aktiviteter

I nærværende kapitel redegøres for de aktiviteter, som har fundet sted i udvalgsperioden med henblik på at kvalificere udvalget til at gøre sig overvejelser inden for de to øvrige områder af DDKM, som pilotprojektet *NIP-Kiropraktik* ikke har berørt.

Videnindsamlingen er faldet i to hovedgrupper:

1. **Indledningsvis videnindsamling** med henblik på at indkredse kvalitetsudviklingsbegrebet og gøre status på igangværende kvalitetsudviklingsaktiviteter på kiropraktorområdet. Konklusionen på oplægsrækken var, at det var oplagt at bygge videre på erfaringer og viden fra kvalitetssikringsprojektet på lænderygområdet, der befandt sig inden for det sygdomsspecifikke område.
2. **Viden om DDKM** med henblik på at redegøre for DDKM og hvilke centrale organisationer og aktiviteter, der tegner området.
Oplæggene klargjorde, at det gav god mening at gøre indledende øvelser i forhold til udvikling af en akkrediteringsmodel på kiropraktorområdet, og at det var naturligt at tage udgangspunkt i de foreliggende kvalitetsudviklingsaktiviteter, som befandt sig inden for det sygdomsspecifikke område. Erfaringerne fra praksissektoren begrænsede sig hovedsageligt til projektet omkring udvikling af datafangst fra almenpraksis.

Ad 1) Indledningsvis videnindsamling

Introduktion til kvalitetsudvikling herunder aktørerne på kiropraktorområdet samt bærende aktiviteter på kiropraktorområdet ved kiropraktor Mette Kilsgaard, som på daværende tidspunkt gennemførte en masteruddannelse i Kvalitet og Ledelse ved SDU.

Oplægget gav en bred introduktion til begrebet kvalitetsudvikling samt til art og omfang af de bærende aktiviteter på kiropraktorområdet og klargjorde, at det gav god mening at starte med lænderygområdet pga. de varierende behandlingsresultater og komplicerede forløb.

Status på projektet 'Lændesmerter og kiropraktik – et dansk evidensbaseret kvalitetssikringsprojekt' ved Henrik Hein Lauridsen kiropraktor, ph.d. og udvalgsmedlem

Første fase af projektet har udviklet det faglige indhold af et sygdomsspecifikt kvalitetssikringssystem, som omfatter evidensbaserede kliniske retningslinjer vedrørende diagnose, behandling og forebyggelse af lænderygbesvær. For nuværende er projektet i sin anden fase, der består i udvikling og implementering af et dataindberetningssystem, der kan virke sammen med de kliniske retningslinjer i den kliniske hverdag.

Erfaringer fra England og USA ved Gert Brønfort kiropraktor, forskningsprofessor og leder af kvalitetssikringsprojektet 'Lændesmerter og kiropraktik – et dansk evidensbaseret kvalitetssikringsprojekt' Med udgangspunkt i erfaringer fra England og USA blev det anbefalet, at det kunne være gavnligt for udvalget at starte med at se på kvalitetsudvikling i forhold til lænderygområdet og tage afsæt i DDKM og i erfaringerne fra kvalitetsprojektet. Oplægget understregede desuden, at en oplagt strategi var at tænke det tværfaglige samarbejde ind fra start samt sikre evidensbaseret vidensoverførsel via optimal elektronisk sundhedsteknologi og indbygge praksisincitamenter.

Ad 2) Viden om DDKM

Oplæg om DDKM ved Carsten Engel udvalgsmedlem og kvalitetschef fra Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS)

Oplægget redegjorde for formålet med DDKM. Ud over faglig kvalitet indgår også organisatorisk kvalitet og generelle foløbsaktiviteter som fx patienttilfredshed. Det fremgik af oplægget, at der på daværende tidspunkt ikke var en køreplan for udbredelse af DDKM til praksissektoren herunder kiropraktorpraksis.

Præsentation af Indikatorprojektet ved Birgitte Randrup Krog MPH, udvalgsmedlem og projektleder i Det Nationale Indikatorprojekt (NIP)

Indikatorprojektet blev etableret i 1999 og vedrører udvikling, afprøvning og implementering af sygdomsspecifikke indikatorer og standarder til vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets kerneydelser (den sundhedsfaglige kvalitet). Såvel standarder som indikatorer er beregnet til både internt brug i de enkelte sundhedsinstitutioner med henblik på fortløbende kvalitetsudvikling, understøttelse af rationel dialog mellem det faglige og ledelsesmæssige niveau samt til ekstern brug i offentligheden med formidling af information om den sundhedsfaglige kvalitet til borgere og patienter.

DAK-E's erfaringer med kvalitetsindikatorer i almen praksis ved Søren Friberg chef for Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed, DAK-E og Henrik Scroll leder af DAK-E IT

Oplæg om DAK-E's arbejde med at udarbejde kvalitetsindikatorer til brug i almen praksis, understøtte IT-anvendelse og udbrede datafangst, udvikle metoder til at sikre patientperspektivet og brugerinddragelse (bl.a. via DanPEP-undersøgelse) samt kvalitetsudvikle sammenhængende patientforløb mellem sygehusvæsenet og almen praksis.

Organisatoriske standarder i DDKM ved Marianne Eberhard, områdeleder for Akkreditering ved Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS)

Orientering om de organisatoriske standarder i DDKM. Hun foreslog udvalget at koncentrere sig omat arbejde videre med de organisatoriske standarder: Kvalitets- og risikostyring, Apparatur og teknologi, Hygiejne, Dokumentation og datastyring samt Politikker og retningslinjer. Kvalitets- og risikostyring blev udpeget som den mest oplagte organisatoriske standard for udvalget, idet det ville være essentielt at afklare, hvordan kiropraktorerne kan understøttes i arbejdet med kvalitets- og risikostyring.

Indberetning af utilsigtede hændelser i praksissektoren ved Bodil Bjerg seniorkonsulent, Danske Regioners kontor for IT & Kvalitet

Den gældende patientsikkerhedsordning i sygehusvæsenet udvides fra 1. september 2010 til også at omfatte bl.a. praksissektoren, hvorefter alle autoriserede sundhedspersoner er forpligtet til at indberette utilsigtede hændelser. For at opdatere udvalget om den kommende udvidelse af ordningen blev Bodil Bjerg seniorkonsulent, Danske Regioners kontor for IT & Kvalitet indbudt til at holde oplæg om den forestående indberetningspligt i praksissektoren.

Implementering af patientsikkerhedsordningen i Region Syddanmark ved Helle Lindkvist chefkonsulent fra Region Syddanmark. Redegjorde for, hvordan Region Syddanmark påtænker at implementere ordningen i praksis og hvordan praksiskonsulenterne tænkes inddraget i arbejdet.

3 Eksisterende kvalitetsudvikling på kiropraktorområdet

Gennem årene har kiropraktorer i større eller mindre omfang haft fokus på kvalitetsudvikling og været involveret i eller på eget initiativ igangsat større og mindre projekter. Nogle er "født" som deciderede kvalitetsudviklingsinitiativer og andre kan henføres til kvalitetsudvikling. Mange af initiativerne har været økonomisk funderet i *Fonden til fremme af kiropraktisk forskning og postgraduat uddannelse*, i daglig tale kaldet *Kiropraktorfonden*¹. Andre initiativer er opstået ad-hoc på regionalt plan ofte som et resultat af et lokalt/regionalt samarbejde mellem regionerne og en kiropraktorklinik.

Særligt Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (DSKKB) samt Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (NIKKB) har stået i spidsen for kvalitetssikringsaktiviteter primært i form af kvalitetssikringsprojektet 'Lændesmerter og kiropraktik- Et dansk evidensbaseret kvalitetssikringsprojekt'.

Også Dansk Kiropraktor Forening har særligt i regi af foreningens, før amtslige nu regionale, kredsforeninger igangsat lokale kvalitetsfremmende forsøgsprojekter og initiativer. Hvad angår kvalitetssikring og -udvikling af de enkelte kiropraktorerers faglige niveau, har der i en længere årrække været udbudt efteruddannelsesaktiviteter på NIKKB. Sideløbende afholder Dansk Kiropraktor Forenings kredsforeninger regelmæssigt faglige møder, som tilsigter at opdatere eller udbygge kiropraktorerers kendskab til diverse faglige emner.

Kvalitetsudvalgets arbejde bygger videre på en lang række af ovenstående aktiviteter.

I nedenstående afsnit følger en kort beskrivelse af de eksisterende kvalitetsudviklingsprojekter, som kiropraktorerne har været involveret i.

I det fremadrettede arbejde med kvalitetsudvikling på kiropraktorområdet – samt professionens videre arbejde med DDKM – kan gode resultater og positive erfaringer fra disse initiativer medtænkes.

I nedenstående tabel er de beskrevne aktiviteter indplaceret i forhold til DDKM's tre temaer:

(Afkrydsningen er foretaget ud fra projekternes primære fokus og formål)

	Generel kvalitet	Sygdomsspecifik kvalitet	Organisatorisk/Patientoplevelt kvalitet
A1	X		
A2	X		
B1		X	
B2		X	

¹ Kiropraktorfonden er nedsat i henhold til § 8 i *Landsoverenskomst om kiropraktik* og har bl.a. til formål at drive Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (NIKKB), fremme forskning samt understøtte kvalitetssikring og -udvikling.

C1	X		
C2	X		
C3			X

A. Generelle forløbsaktiviteter

A1. Patientforløb – Region Syddanmarks kiropraktortilbud til patienter med uspecifikke rygsmerter

Baggrund

Mere end halvdelen af befolkningen oplever lændesmerter på et eller andet tidspunkt i deres liv. En hurtig, målrettet indsats, så snart patienten henvender sig første gang med nyopståede ryggener, formodes at kunne forhindre langstrakte behandlingsforløb og eventuelle langtidssygemeldinger for en del af patienterne.

Formål

Med henblik på at skabe grundlag for ensartet kvalitet og serviceniveau i udredning og behandling af patienter på tværs af regionen udarbejdes i Region Syddanmark et tværregionalt patientforløbsprogram for rygområdet, hvori der indgår et tre måneders forløbsprogram. Regionen ønsker som en del af patientforløbsprogrammet på rygområdet at implementere et nyt tilbud i almen praksis om undersøgelse af patienter med uspecifikke rygsmerter.

Som en støtte til udredning af lænderygpatienten giver tilbuddet alment praktiserende læger mulighed for at henvise patienter til Udvidet Lænderygundersøgelse (ULRUS) hos kiropraktorer eller specialuddannede fysioterapeuter, hvis lægen vurderer, at der er et behov herfor.

Derudover giver patientforløbsprogrammet involverede praktiserende læger og kiropraktorer en formel adgang til at henvise lænderygpatienter til en MR-scanning på Rygcenter Syddanmark efter fastsatte tidsangivelser, som er opnået i enighed med repræsentanter fra rygcentret.

Udredningen af patienter henvist fra almen praksis skal tage afsæt i en række standarder for undersøgelse samt retningslinjer for ydelser, opgavefordeling, koordinering og monitorering i henholdsvis almen praksis, sygehuse og regionens kommuner. Undersøgelsen hos kiropraktor eller fysioterapeut skal sikre et samlet og ensartet tilbud til alle regionens borgere.

Alle autoriserede kiropraktorer i praksissektoren i Region Syddanmark tilbydes at deltage.

Resultat

Patientforløbsprogrammet er i implementeringsfasen. Der er i den forbindelse afholdt temadag på Rygcenter Syddanmark, endnu en temadag er planlagt og yderligere 8 "kommunemøder" løber af stablen i løbet af efteråret 2011. Vejledninger vedrørende patientforløbsprogrammet og ULRUS er under udarbejdelse og vil inden sommerferien 2011 blive offentliggjort via diverse elektroniske og skrevne medier. Ifølge planen kan alment praktiserende læger begynde at henvise til ULRUS i august 2011.

Til at understøtte implementeringen af tremåneders forløbsprogrammet *Patientforløb - nyopståede lændesmerter, såvel førstegangs- som recidivsmarter* er der på forsøgsbasis i perioden 2011-2014 indgået lokalaftaler, (§ 2-aftaler) med henholdsvis specialuddannede fysioterapeuter samt de kiropraktorer, som skulle ønske at tiltræde aftalen vedr. Udvidet Lænderygundersøgelse (ULRUS) og anvendelsen af STarT-skemaet. § 2-aftalerne iværksættes som en forsøgsordning, idet de vil indgå som et led i det

kvalitetsudviklingsprojekt, som implementeringen af indholdet i tremåneders forløbsprogrammet samt udviklingen og implementeringen af STarT-skemaet udgør.

Tilbuddet om undersøgelse af rygpatienter i kiropraktorpraksis kan være et skridt i retning af implementering af DDKM på rygområdet ved hjælp af sygdomsrelateret indikatorbaseret kvalitetsudvikling.

A2. Diverse forsøg med optimerende patientforløb

CT/MR-henvisningsret i det gamle Vestsjællands Amt

Baggrund

Patienter, hvoraf mange ofte er stærkt smerteplagede og uarbejdsdygtige, oplever ofte ventetid på diagnostiske undersøgelser i sygehusvæsenet.

Formål

For at sikre patienterne en kortere vej gennem systemet og bedre udnyttelse af kiropraktorerens diagnostiske kompetencer indførtes i Vestsjællands Amt i maj 2006 et forsøg, som gav kiropraktorer henvisningsret til CT- og MR-undersøgelser. Ordningen blev evalueret efter et halvt år.

Resultat

Evaluering en viste tilfredsstillende henvisningsprocedurer herunder indikationer og ingen øget belastning af røntgenafdelingerne. Der kunne endvidere registreres væsentligt nedsatte forløbstider for patienter med stærke smerter og truet tilknytning til arbejdsmarkedet.

Ordningen er opsagt af Region Sjælland med virkning pr. 31/12 2009. I praksisoverenskomstfornyelsen fra 2010 indgår en hensigtserklæring om, at kiropraktorer efter beslutning i regionen kan få mulighed for at henvise til CT- og MR- skanning i sekundærsektoren.

Vederlagsfri røntgen foretaget hos kiropraktor efter henvisning fra speciallæge

Baggrund

Patienter, hvoraf mange er stærkt smerteplagede og uarbejdsdygtige, oplever ofte ventetid på diagnostiske undersøgelser. Mange kiropraktorer har i kraft af deres billeddiagnostiske kompetencer en røntgenkapacitet i klinikken, der gør det muligt at indgå samarbejde med og dermed aflaste andre behandlergrupper.

Formål

I 2005 afvikledes et kvalitetsprojekt i Slagelse med vederlagsfri røntgen foretaget hos kiropraktor efter henvisning fra ortopædkirurg. Formålet med projektet var at forkorte patientens udredningstid samt sikre bedre udnyttelse af den billeddiagnostiske kapacitet i regionen herunder tilskynde til øget samarbejde og kommunikation mellem behandlere.

Resultat

Patienterne fik forkortet udredningstiden med 1-1½ måned. Udgiften til røntgen, foretaget hos kiropraktor, er cirka 50 procent af udgiften til samme undersøgelse på sygehus. Dertil kommer, at der ikke blev optaget kapacitet på regionens sygehuse. Røntgenoptagelserne blev kvalitetsvurderet af en radiolog, som fandt optagelserne af en sådan kvalitet, at de kunne bruges i privat speciallægepraksis. For speciallægen betød ordningen en øget smidighed i den diagnostiske proces.

Aftalen om vederlagsfri røntgen efter henvisning fra speciallæge var et kvalitetsprojekt og varede kun i den periode projektet kørte.

Systematisk udveksling af billeder i Ringkøbing Amt

Baggrund

At sikre og understøtte en mere smidig og enkel adgang til billedmateriale mellem røntgenafdelingen i det tidligere Ringkøbing Amt fra Kiropraktisk Klinik ved hjælp af digital teknologi som et forsøgsprojekt. Projektet blev bl.a. muliggjort i kraft af et i forvejen velfungerende samarbejde mellem Kiropraktisk Klinik og Røntgenafdelingen på Herning Sygehus.

Formål

Forsøgsprojekt fra det tidligere Ringkøbing Amt havde til formål at lade Kiropraktisk Klinik Herning lagre digitalt billedmateriale i Herning Sygehus' database. Røntgenafdelingen på Herning Sygehus har via Sundhedsudvalget i det tidligere Ringkøbing Amt fået tilladelse til at lade Kiropraktisk Klinik lagre digitalt billedmateriale i sygehusets database. En sidegevinst ved den direkte adgang er, at Kiropraktisk Klinik kan få adgang til øvrigt røntgenmateriale fra det tidligere amt, både konventionelle undersøgelser, men ikke mindst undersøgelser fra nyere modaliteter som MR og CT. Der er i de tidligere Århus og Viborg Amter etableret lignende digitale arkivsystemer, hvilket gør det muligt, at billedmateriale efter rekvisition kan udveksles mellem sygehusenes respektive røntgenafdelinger. Projektet optimerer brugen af allerede optagne billeddiagnostiske modaliteter.

Resultat

Ordningen kører stadig på 8. år og er nu gjort permanent. Klinikken har desuden siden 2003 har haft mulighed for at henvise til MR, CT, DEXA og scintigrafi. De første år kun gældende for klinikken i Herning, men senere for hele det tidligere Ringkøbing Amt.

B. Sygdomsspecifikke aktiviteter

B1. NIKKB's kvalitetssikringsprojekt²

Baggrund

Projektet udspringer af rapporten Lændesmerter og Kiropraktik: Et dansk evidensbaseret kvalitetssikringsprojekt (DSKKB, 2004), der er udarbejdet i regi af Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik, DSKKB, og Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik, NIKKB. Rapporten har haft til formål at etablere et evidensbaseret grundlag for beslutningstagen i klinisk praksis samt pege på områder, der bør være genstand for yderligere forskning.

Formål

Kvalitetssikringsprojektet ved NIKKB er et pilotprojekt, der har til formål at indlede implementeringsfasen af kvalitetssikringsrapporten "Lændesmerter og kiropraktik: et dansk evidensbaseret kvalitetssikringsprojekt, som er udarbejdet i samarbejde med DSKKB og NIKKB. Implementeringsprojektet har afprøvet om dataindsamling på kiropraktorklinikker er mulig og afdækket hvilke barrierer, der eventuelt er herfor. Det har med pilotprojektet vist sig muligt at indsamle kvalitetssikringsdata elektronisk via journalsystemet ClinicCare i forbindelse med håndtering af rygpatienter. Implementeringen er dog tids- og ressourcekrævende for den styrende organisation, men langt mindre besværlig og tidskrævende for de involverede klinikker. Det skønnes, at erfaringerne fra dette projekt kan fremme fremtidig implementering af kvalitetssikring i kiropraktorklinikker på regional eller landsbasis.

² Se bilag 4 for mere detaljeret beskrivelse af projektet.

Resultat

Projektet er i udgangspunktet sin anden fase, der består i udvikling og implementering af et dataindberetningssystem, der kan virke sammen med de kliniske retningslinjer i den kliniske hverdag. Før end arbejdet med udvikling af et datafangstsystem igangsættes, afventes stillingtagen til, hvorvidt *NIP-Kiropraktik*-projektet skal videreføres herunder, om der skal udformes et datafangstmodul, da det ikke giver mening at lave to forskellige datafangstmoduler.

B2. Retningslinjer for håndtering af lumbal prolaps

Baggrund

Projektet udspringer af rapporten 'Lændesmerter og Kiropraktik: Et dansk evidensbaseret kvalitetssikringsprojekt', der er udarbejdet i regi af Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik, DSKKB, og Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik, NIKKB. Rapporten har haft til formål at etablere et evidensbaseret grundlag for beslutningstagen i klinisk praksis samt pege på områder, der bør være genstand for yderligere forskning. Den omhandler lænderygsmerter (LRS) opdelt på henholdsvis akutte-, subakutte og kroniske LRS men ikke specifikt lænderygsmerter med rodpåvirkning. Nærværende projekt retter sig mod patienter med mistanke om lumbal nerverodspåvirkning.

Formål

Projektet, som ledes af ledende kiropraktor Jan Nordsteen, København kommunes ryg- og genoptræningscenter, har til formål at udarbejde en evidensbaseret klinisk vejledning bestående af anbefalinger med udgangspunkt i kiropraktorpraksis til brug for klinikerne, der i daglig praksis undersøger og behandler patienter med lumbal rodpåvirkning i form af diskusprolaps eller med mistanke herom.

Som led i projektet indgår en systematisk litteratursøgning i relevante databaser med efterfølgende gennemgang og kvalitetsvurdering i henhold til vedtagne standarder.

På baggrund af kvalitetsvurderingen udarbejdes anbefalinger i forhold til anamnese, klinisk undersøgelse, billeddiagnostik, behandling, sikkerhed/ bivirkninger samt henvisning til yderligere udredning.

Projektet støttes af DSKKB, NIKKB og DKF.

Derudover er i 2009 gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt praktiserende kiropraktorer i Danmark. Målet for denne undersøgelse var at afdække, hvordan den praktiske håndtering af patienter med kliniske tegn på lumbal rodpåvirkning foregår i kiropraktorpraksis. Formålet hermed har været at gøre den kliniske vejledning relevant og nærværende i forhold til denne særlige patientgruppe, der undersøges og behandles af kiropraktorer.

Resultat

Projektet forventes afsluttet med fremlæggelse af resultater og udarbejdelse af klinisk vejledning i sommeren 2011.

C. Organisatoriske standarder

C1. KVALITETSKONTROL AF RØNTGENANLÆG

Overenskomstunderstøttede aktiviteter vedr. røntgen. *Fond til fremme af kiropraktisk forskning og postgraduat uddannelse* har i regi af sit forskningsinstitut, NIKKB etableret nedenstående aktiviteter, der har til formål at sikre kvaliteten af røntgen i kiropraktorpraksis.

Røntgenenhed på NIKKB

Baggrund

Alle kiropraktorer med eget røntgenanlæg i klinikken er forpligtede til at implementere reglerne i Sundhedsstyrelsens røntgenbekendtgørelse med henblik på at sikre den fornødne kvalitet af kiropraktorklinikkernes røntgenanlæg.

Formål

For at bistå med implementering af røntgenbekendtgørelsens regler i kiropraktorpraksis er der etableret en røntgenenhed bestående af en ansvarlig fysiker, en røntgenkonsulent samt en sekretær.

Røntgenenheden har til formål at sikre, at alle kiropraktorer, der har eget røntgenanlæg, har adgang til en ansvarlig fysiker, som påkrævet i røntgenbekendtgørelsen. Fysikeren er ansvarlig overfor Sundhedsstyrelsen og skal sikre, at der udføres initial modtagekontrol på alle anlæg efter de skærpede regler. Desuden skal der udføres en årlig statuskontrol samt løbende konstanskontroller på udstyret.

I røntgenbekendtgørelsen fra 1998 fremgår, at der til ethvert røntgenanlæg til undersøgelse af patienter skal være tilknyttet en af Sundhedsstyrelsen godkendt fysiker. Siden 2000 har NIKKB tilbudt røntgenfysisk assistance og røntgenkonsulenttjeneste til danske kiropraktorer også kaldet Fysikerordningen. Udgiften hertil beløber sig for de enkelte klinikker til 2.500,- kr. årligt. Fysikeren er også ansvarlig for, at der hvert andet år gennemføres en billedkvalitetskontrol samt dosismålinger. De målte doser skal ligge inden for de af Sundhedsstyrelsen fastsatte referencedoser.

Herudover tilbyder NIKKB's røntgenkonsulent assistance til kiropraktorerne. Den generelle røntgenkonsulentordning på NIKKB er fuldt finansieret af Kiropraktorfondens og koster ikke noget for de enkelte klinikker at gøre brug af. Alle kiropraktorer kan i princippet benytte ordningen uanset, om man er tilmeldt fysikerordningen eller om man har røntgenanlæg. Røntgenenheden har udarbejdet en omfattende røntgen kvalitethåndbog til brug for kiropraktorer, der arbejder i praksissektoren og som har ét fast installeret røntgenanlæg. Håndbogen omfatter alle relevante aspekter af røntgenområdet i kiropraktorpraksis f.eks. lovmæssige forhold, kvalitetssikring, vejledning i udførelse af røntgenundersøgelse og indikationer.

Resultat

151 klinikker er pr. 10. maj 2011 tilmeldt Fysikerordningen på NIKKB. De klinikker, der ikke er tilmeldt Fysikerordningen på NIKKB, har individuelle aftaler om fysikerbistand med de firmaer, der udbyder denne service.

Tilskud til digitaliseret røntgen

Baggrund

Indførelsen af digital røntgenteknologi giver mulighed for en mere smidig udveksling af billedmateriale herunder højere kvalitet af røntgenoptagelser. Det digitale format giver endvidere en bedre kvalitetskontrol af billedmaterialet i form af adgang til "second-opinion". Teknologien giver endvidere mulighed for øget fleksibilitet og bedre udnyttelsesgrad af røntgenanlæg i kiropraktorpraksis.

Formål

For at fremme indførelsen af digitaliseret røntgen herunder understøtte udveksling af røntgenoptagelser i sundhedsvæsenet via sundhedsdatanettet blev det ved overenskomstfornyelsen i 2006 aftalt at udbetale et etablerings- samt driftstilskud til klinikker, der i perioden overgik til digitaliseret røntgen.

Den aftalte økonomiske ramme for ordningen gav mulighed for, at 100 klinikker i perioden kunne få tilskud til at indføre digitaliseret røntgen. Midlerne var opbrugt primo januar 2009. Efter denne dato har yderligere 4 klinikker anskaffet digitaliseret røntgen, dog uden at få tilskud hertil.

Resultat

Ved overenskomstfornyelsen i 2010 blev det aftalt at fortsætte udbetalingen af engangsbeløb på 20.000 kr. til de klinikker, der i overenskomstperioden overgår til anvendelsen af digitaliseret røntgen. Driftstilskuddet fra 2007 overenskomsten blev ikke videreført. Det forventes, at maksimalt 90 klinikker, udover de ca. 100, der allerede er overgået til digitalt format, vil blive omfattet af ordningen.

KirPACS-NIKKB

Baggrund

Mere end halvdelen af landets kiropraktorklinikker med røntgenanlæg er overgået til digitalt format. Udbredelsen af digitaliseret røntgen i kiropraktorpraksis har medført et behov for sikker lagring af billedmateriale. Med virkning fra januar 2009 har NIKKB derfor etableret en central billedserver, som er placeret på SDU.

Formål

Serveren – KirPACS-NIKKB (Picture Archiving and Kommunikation System) giver mulighed for, at alle kiropraktorer, der har digitaliseret røntgen, kan lagre deres billeder på serveren. Serveren muliggør desuden, at røntgenenheden på NIKKB kan gennemføre en optimal kvalitetskontrol af billedkvaliteten i henhold til den beskrevne kvalitetskontrol i røntgenbekendtgørelsen.

Serveren bruges som back-up og fjernlager for den enkelte klinik. Serveren giver adgang til ubegrænset lagerplads. Den enkelte kiropraktorpraksis skal positivt tage stilling til, om man ønsker at tilmelde klinikken til KirPACS. Den årlige udgift udgør pt. 2000 kr. Hvis klinikken samtidig er tilmeldt NIKKB's fysikerordninger, gives der rabat på 500 kr.

Resultat

Der er pr. 10. maj 2011 koblet 74 klinikker op på KirPACS. Som led i 2010 praksisoverenskomstfornyelsen er det besluttet, at klinikker, der tilslutter sig KirPACS kan få udbetalt et tilskud på 5.000 kr. Der er desuden som led i aftalen afsat 250.000 kr. i henholdsvis 2011 og 2012 til videreudvikling af serveren.

C2. Akuthåndteringskurser og akutmanual

Baggrund

Selvom kiropraktorer kun sjældent oplever patienter med akutte, potentielt livstruende sygdomme, forventes det, at kiropraktoren og det øvrige klinikpersonale tænker og handler rationelt. Da tilstandene er relativt sjældent forekommende kan det være vanskeligt for den enkelte kiropraktor at opbygge rutiner. Dertil kommer, at tiden og koordineringen i akutsituationer er afgørende. Det er derfor vigtigt at have en ensartet og systematisk tilgang til behandling af disse patienter.

Formål

For at sikre, at kiropraktorklinikkerne og deres ansatte har de fornødne kompetencer til at håndtere en akutsituation og derved medvirke til at højne patientsikkerheden, har DKF som et pilotprojekt fået bevilget 345.000 kr. af Kiropraktorfonden til gennemførelse af landsdækkende kurser i håndtering af akutsituationer i kiropraktorpraksis.

Kurserne tilbydes til alt personale på kiropraktorklinikkerne såvel kiropraktorer som andet ansat personale. Udover førstehjælpskurserne er der også bevilget midler til udarbejdes en akuthåndteringsmanual til alle

kiropraktorklinikker. Det samlede koncept bestående af akutkursus og akutmanual er udviklet af firmaet Mentorinstituttet, der har specialiseret sig i at målrette akutkurser til sundhedsbehandlere.

Resultat

Kurserne er blevet afviklet i løbet af efteråret 2010. Manualen er trykt og udsendt til alle klinikker i august 2010.

C3. COBRA2 databasen

Baggrund

Kiropraktorerne på Rygcenter Syddanmark er i samarbejde med andre faggrupper involverede i udviklingen af en elektronisk patientdatabase. Baggrunden for projektet, som er et kvalitetssikringsprojekt er, at udvikle et redskab for at sikre, at behandlingen tager afsæt i de metoder, man ved virker.

Formål

COBRA2 databasen er et elektronisk register af fortløbende patienter, der søger behandling på Rygcenter Syddanmark. Databasen er blevet udviklet og afprøvet over en 3-årig periode og er nu implementeret i den daglige praksis.

Databasen har 3 formål:

- som støtte til beslutningstagning i den daglige praksis
- at bistå kvalitetssikring
- som et middel til at øge forskningseffektiviteten

Beslutningsprocessen i den rutinemæssige behandling understøttes gennem den effektive optagelse af et standardiseret og centralt sæt af kliniske oplysninger og dets resumé i automatiserede rapporter. Kvalitetssikring bistås gennem beskrivelse af de patienttyper, der behandles og deres udfald. Forskningseffektiviteten er øget idet databasen kan supplere den centrale baseline og opfølgingsoplysninger med yderligere projekt-specifikke oplysninger.

Patienter udfylder et spørgeskema i klinikken ved at bruge touch-screen computere. Det evidensbaserede spørgeskema dækker smerte, aktivitetsbegrænsning, arbejdsdeltagelse, psykosociale faktorer og livskvalitet. Baseline MR-resultater er også inkluderet i databasen. Patienter opfordres endvidere til at udfylde 3 og 12 måneders opfølgningsspørgeskemaer på Internettet og de sammenfattes efterfølgende i korte resumerer til brug for klinikerne.

Klinikere bruger stationære computere til at indtaste undersøgelsesoplysninger. Der er adgang til den server-baserede database via en web-browser og databasen opfylder de danske standarder vedrørende sikkerhed og fortrolighed af sundhedsoplysninger.

Resultat

Databasen er under stadig udvikling og der tilføjes løbende nye funktioner såsom hals og brysthvirvelsøjle komponenter, en introduktionsvideo til patienter, flere sprog, SMS track osv.

4. Kiropraktik i Danmark

4.1 Kiropraktorers virksomhedsområde

Kiropraktorvirksomhed omfatter diagnostik, forebyggelse og kiropraktisk behandling af biomekaniske funktionsforstyrrelser og heraf afledte smertetilstande i rygsøjle, bækken og ekstremiteter.

De nærmere regler om kiropraktorvirksomhed er fastsat i en bekendtgørelse udstedt af Sundhedsstyrelsen og i de bindende retningslinjer for visse former for kiropraktisk behandling, som er udstedt i medfør af denne bekendtgørelse ³.

Kiropraktorer må i diagnostisk øjemed gerne bruge røntgen. Ved brug af røntgenapparater skal kiropraktoren opfylde de til enhver tid af Sundhedsstyrelsen stillede krav til uddannelse, erfaring mv.

4.2 Uddannelse, autorisation og selvstændigt virke

Kiropraktoruddannelsen er en kandidatuddannelse i klinisk biomekanik på Syddansk Universitet, Odense. Uddannelsen er en fælles nordisk uddannelse med et årligt studenteroptag fra Norge og Sverige på ca. 25 af de 65 studiepladser. Hovedparten af bachelordelen er fælles med medicinstudiet.

Kandidatuddannelsen består af moduler i kliniske fag, herunder almen diagnostik, klinisk biomekanik, billeddiagnostik og radiografi. Kandidatuddannelsen (cand.manu) danner grundlag for Sundhedsstyrelsens udstedelse af autorisation som kiropraktor.

Kiropraktorer med en gennemført dansk kandidatuddannelse får automatisk autorisation af Sundhedsstyrelsen til at virke i underordnet stilling som kiropraktor.

Tilladelse til selvstændigt virke⁴ som kiropraktor meddeles af Sundhedsstyrelsen til kiropraktorer, der i Danmark har gennemgået en supplerende praktisk uddannelse på 1 år hos en kiropraktor med tilladelse til selvstændigt virke. Formålet med den supplerende praktiske uddannelse (turnustjenesten) er at træne og videreudvikle turnuskandidatens kliniske færdigheder med henblik på en selvstændig rutineret og forsvarlig varetagelse af diagnostik, forebyggelse og behandling inden for det kiropraktiske virksomhedsområde efter almindelig anerkendt standard.

4.3 Antal og aktører

Pr. maj 2011 praktiserer ca. 535 kiropraktorer i Danmark. 322 af dem er indehavere af landets ca. 250 kiropraktorklinikker. 221 klinikker er tilmeldt Landsoverenskomst om kiropraktik. Ca. 185 af de praktiserende kiropraktorer er ansat i de private kiropraktorklinikker. Ca. 29 har hovedbeskæftigelse i det offentlige sygehusvæsen i primært regionale eller kommunale rygcentre.

³ Bek. nr. 520 af den 30. 06 1993

⁴ Kiropraktorer, der endnu ikke har fået tilladelse til selvstændigt virke, kan virke i en underordnet stilling på et sygehus eller i en klinik, begge steder under supervision af en kiropraktor med tilladelse til selvstændigt virke.

Antal kiropraktor-behandlere tilmeldt sygesikringen opdelt i regioner

Region	pr. 01-12-2007	pr. 01-01-2009
Region Nordjylland	27	27
Region Midtjylland	82	83
Region Syddanmark	64	63
Region Hovedstaden	83	83
Region Sjælland	44	44
Hovedtotal	300	300

Kilde: CSC Scandihealth (Det skal bemærkes, at der er en vis usikkerhed om validiteten af disse tal, da der ikke i alle regioner er konsistens i tallene i forhold til oplysninger i de seneste praksisplaner.)

Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (NIKKB) er kiropraktorernes forsknings- og efteruddannelsesinstitut, som samtidig varetager opgaver inden for kvalitetssikring af røntgenområdet. NIKKB producerer sundhedsvidenskabelig forskning inden for kiropraktik og klinisk biomekanik og arbejder målrettet med at formidle og nyttiggøre forskningsresultater. Instituttet udbyder og videreudvikler desuden efteruddannelsesaktiviteter til nordiske kiropraktorer og varetager også den praktiske afvikling af kiropraktorernes turnustjeneste.

NIKKB's opgaver fastsættes og finansieres af *Fond til fremme af Kiropraktisk Forskning og Postgraduat Uddannelse*, som drives i fællesskab af Dansk Kiropraktor Forening og Regionernes Lønnings- og Takstnævn. NIKKB's forskning udføres i tæt samarbejde med Syddansk Universitet og Rygcenter Syddanmark. Danmark har en førende international position inden for kiropraktisk forskning. Ca. 15 kiropraktorer har en ph.d.-grad og et tilsvarende antal er under ph.d.-uddannelse. Ved Syddansk Universitet er 2 kiropraktorer ansat som professorer.

Dansk Selskab for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (DSKKB) er kiropraktorernes faglige selskab, der arbejder for fremme af kiropraktisk uddannelse, udvikling og videnskab. DSKKB har igangsat og driver kvalitetssikringsprojektet 'Lændesmerter og kiropraktik- et dansk evidensbaseret kvalitetssikringsprojekt'i samarbejde med NIKKB.

Dansk Kiropraktor Forening (DKF) er kiropraktorernes faglige organisation og blev stiftet i 1925. DKF organiserer pr. maj 2011 knap 700 medlemmer, hvoraf 90 er studentermedlemmer (pr. september 2010).

DKF har forhandlingsretten for kiropraktorer ansat i det offentlige (stat, amter og kommuner) og for kiropraktorer, der praktiserer under den offentlige sygesikring. Foreningen ledes af en bestyrelse på 7 medlemmer og er organiseret i fem kredse, som varetager regionale kiropraktor forhold. Foreningen er medlem af [Akademikernes Centralorganisation](#) (AC).

Fonden til fremme af kiropraktisk forskning og postgraduat uddannelse også kaldet Kiropraktorfonden er en fælles fond etableret af Regionernes Lønnings- og Takstnævn og Dansk Kiropraktor Forening. Fondens formål er bl.a. at etablere det økonomiske grundlag for NIKKB i Odense, at fremme kiropraktisk forskning, at yde tilskud til efteruddannelsesaktiviteter for kiropraktorer, samt at afholde udgifter i forbindelse med kvalitetsudvikling i kiropraktorpraksis og yde tilskud til andre formål. Midlerne kan søges af kiropraktorer og andre, som beskæftiger sig med forskning og kvalitetsudvikling indenfor det pågældende sundhedsområde.

5. Nip-Kiropraktik: Indikatorudvikling på lænderyområdet

Pilotprojektet *NIP-Kiropraktik* blev iværksat for at undersøge om og i givet fald hvordan, man kan forberede implementeringen af DDKM i relation til indikatorbaseret kvalitetsudvikling for sygdomsspecifikke områder i den kliniske praksis.

Pilotprojektet har organisatorisk været forankret i det Nationale Indikatorprojekt (NIP), men blev udviklet og gennemført i samarbejde med DSKKB og NIKKB, idet repræsentanter herfra deltog i indikatorudviklingen. Pilotprojektet tager desuden udgangspunkt i DSKKB's kvalitetsudviklingsprojekt "Lændesmerter og kiropraktik: et dansk evidensbaseret kvalitetssikringsprojekt".

Projektet blev finansieret af midler fra den pulje på i alt 1,5 mio. kr. som var afsat til udvalgsarbejdet i sidste overenskomstperiode, som led i 2006 overenskomsten. Midlerne er primært gået til aflønning af projektets proceskonsulent kiropraktor Line Press Sørensen. Pilotprojektet har omfattet:

- Udvikling af indikatorsæt
- Pilottest og høring
- Afsluttende rapport med anbefalinger til det videre forløb

5.1 Udvikling af indikatorer for kiropraktorområdet

En indikatorgruppe på 11 personer bestående af kiropraktorer og læger fra både primær- og sekundærsektoren samt repræsentanter for uddannelses- og forskningsinstitutioner blev udpeget med henblik på at udvikle indikatorer og tilhørende standarder for behandling af lænderygpatienter i kiropraktorpraksis.

Indikatorgruppen udvalgte i alt 9 indikatorer til at udgøre indikatorsættet til pilottesten på baggrund af en bruttoindikatorliste på 31 indikatorer. Indikatorudviklingen foregik i overensstemmelse med NIP-manualen "Manual for udvikling af sygdomsspecifikke indikatorer, standarder og prognostiske faktorer".

Litteraturgennemgang og grundlaget for indikatorvalget er beskrevet i en dokumentalistrapport bilag 3.

5.2 Test og validering af indikatorer

Indikatorerne blev i sommeren 2009 afprøvet i 8 kiropraktorklinikker fordelt over hele landet. Testfasen blev udført med henblik på:

- Afprøvning af logistik og organisation.
- Afprøvning af patientudvælgelse ud fra de opstillede inklusionskriterier.
- Afprøvning af dataindsamling.
- Datakvalitetssikringsaudit.

Det endelige indikatorsæt blev vedtaget på baggrund af erfaringerne fra henholdsvis testfase, datakvalitetsaudit og en parallelt gennemført høringsfase. Forud for testfasen blev der afholdt et introduktionsmøde på hver enkelt klinik, hvor den sundhedsfaglige proceskonsulent fra NIP-sekretariatet introducerede deltagerne til indikatorerne, registreringsmaterialet og praktiske spørgsmål og aftaler blev afklaret.

Pilotprojektet har ikke afprøvet et IT-baseret datafangstmodul, da det blev vurderet for tids- og ressourcekrævende i forhold til projektets rammer og mindre vigtigt set i forhold til pilotprojektets formål. Registrering af data i klinikkerne er derfor foregået manuelt på papirkemaer på baggrund af journaldata.

De udfyldte papirskemaer er efterfølgende sendt anbefalet til NIP-sekretariatet til videre indtastning i en til formålet oprettet projektdatabase i IT-systemet Klinisk Målesystem (KMS).

Datakvalitetssikringsauditen blev afholdt i løbet af efteråret 2009 og bestod af journalaudit med henblik på at teste reproducerbarheden af dataregistreringen. Desuden blev der afholdt auditmøde med testklinikkerne.

Parallelt med testfasen blev der gennemført en høringsfase blandt relevante faglige fora, herunder de videnskabelige selskaber, faglige sammenslutninger, faglige organisationer, IKAS, regionerne samt Sundhedsstyrelsen.

5.3 Indikatorskema efter testfasen

I nedenstående tabel ses alle ni indikatorer revideret af indikatorgruppen på baggrund af erfaringerne fra test- og høringsfasen. Alle ni indikatorer blev bibeholdt, men indikatorgruppen valgte at sænke standarderne (kvalitetsmålene) på tre af de ni indikatorer ligesom tidsreferencen for tre af indikatorerne blev ændret.

Indikatorskema efter testfasen: Standarder og indikatorer for behandling af patienter med lænderygproblemer (LRP) i kiropraktorklinikker:

Indikatorområde	Indikator	Type	Tidsreference	Standard
Anamnese	Andel af lænderygpatienter der får lavet sufficient anamnese (symptomudbredelse, varighed, tidligere episoder, registreret sygefravær, medicinforbrug, anden sygdom, smerteintensitet, røde flag)	Proces	Ved første besøg	≥ 90 %
Objektiv undersøgelse for discogen smerte	Andel af lænderygpatienter med udstråling til ben hvor centralisering ved gentagne bevægelser er vurderet	Proces	Ved første besøg	≥ 50 %
Neurologi	Andel af lænderygpatienter med udstråling til ben der får lavet sufficient neurologisk undersøgelse (SBT inkl. krydset SBT, omvendt SBT, testet muskelkraft, sensibilitet og reflekser)	Proces	Ved første besøg	≥ 90 %
Billeddiagnostik	Andel af lænderygpatienter som kiropraktoren har udredt billeddiagnostisk, hvor der er indikation i henhold til gældende retningslinjer. Andel af lænderygpatienter som ikke er blevet udredt billeddiagnostisk, hvor der ingen indikation er i henhold til gældende retningslinjer.	Proces	I behandlingsforløbet	≥ 80 %
Klassifikation	Andel af lænderygpatienter hvor	Proces	I behandlingsforløbet	≥ 90 %

	Quebec klassifikation registreres			
Øvelsesterapi	Andel af subakutte og kroniske lænderygpatienter (varighed af aktuelle LRP > 6 uger) der instrueres i rygøvelser	Proces	I behandlingsforløbet	≥ 90 %
Selvrapporteret effektmål	Andel af lænderygpatienter der får målt selvrapporteret effekt ved global rating	Proces	Mellem 4. og 5. behandling eller senest 1 måned efter første konsultation	≥ 95 %
	Andel af lænderygpatienter der angiver relevant forbedring ("Meget bedre" eller "Bedre") ved selvrapporteret global rating	Resultat	Mellem 4. og 5. behandling eller senest 1 måned efter første konsultation	≥ 50 %
Revurdering	Andel af lænderygpatienter som ikke angiver relevant forbedring ("Meget bedre" eller "Bedre") ved selvrapporteret global rating efter 4. behandling eller senest en måned efter første konsultation, der får revurderet deres behandlingsplan	Proces	Ved 5. besøg eller senest en måned efter første konsultation	≥ 90 %

5.4 Anbefalinger fra testklinikkerne

NIP-sekretariatet har ved projektets afslutning udarbejdet en afsluttende rapport (bilag 2) med anbefalinger til dels, hvorvidt man kan anbefale en national implementering af NIP-indikatormonitoreringen, dels anbefalinger til hvordan et sådant landsdækkende kiropraktorindikatorprojekt kan/bør udformes.

Af afsluttende rapport om *NIP-Kiropraktik* fremgår følgende anbefalinger fra testklinikkerne vedr. en eventuel fremtidig videreførelse af projektet:

- Alle otte testklinikker er positive i forhold til en eventuel videreførelse af projektet.
- Det anbefales, at der udvikles et IT-datafagsmodul for at lette dataregistreringen.
- Det anbefales, at der sikres fremtidig økonomisk kompensation til deltagende klinikker.
- Det anbefales, at kvalitetsudvikling faciliteres ved fortsatte erfarings- og opsamlingsmøder i mindre grupper, samt eventuelt tilknytning af en kvalitetskonsulent, der kan komme ud på den enkelte kiropraktorklinik.

5.5 Anbefalinger fra indikatorgruppen

Af afsluttende rapport om *NIP-Kiropraktik* fremgår følgende anbefalinger fra indikatorgruppen vedr. en eventuel fremtidig videreførelse af projektet:

- Det anbefales, at projektet videreføres med henblik på fremtidig implementering i alle kiropraktorklinikker.

- Kiropraktorklinikkernes deltagelse bør i første omgang baseres på frivillighed og økonomisk kompensation til klinikkerne vurderes nødvendigt.
- Det anbefales, at et fremtidigt projekt placeres i et allerede driftssystem og gerne i en NIP-kontekst.
- Integration med andre kvalitetsudviklingsprojekter er ønskelig (både mono- og tværfaglige)
- Etablering af en elektronisk IT-plattform, er en forudsætning for en succesfyldt implementering – og gerne i et samarbejde med andre aktører.
- Det anbefales ved en eventuel national implementering, at der afholdes en årlig klinisk auditering på regionalt niveau, gerne med en proceskonsulent som facilitator – og eventuelt i samarbejde med praksiskonsulenterne på kiropraktorområdet.

5.6 Opsummering af NIP-sekretariatets bemærkninger

Ved en videreførelse af projektet bør der:

- Fortsat sikres systematisk vurdering af datakvaliteten.
- Etableres elektronisk datafangstløsning i relation til klinikkernes elektroniske patientjournal systemer.
- Foretages fortløbende og systematisk revision og udvikling af indikatorerne, således at disse afspejler den aktuelle evidens på området.
- Sikres en hensigtsmæssig implementering af indikatorerne og facilitering af kvalitetsudviklingen i kiropraktorklinikkerne.

6. Sammenfatning

Kvalitetsudvalget på kiropraktorområdet har ifølge protokollatet for udvalgets arbejde haft til opgave at:

- a) undersøge og beskrive konsekvenserne af at indføre Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) på kiropraktorområdet
- b) komme med forslag til, hvordan DDKM kan implementeres
- c) beskrive hvilke dele af DDKM, der er relevant for kiropraktorpraksis og foreslå en prioritering heraf
- d) komme med forslag der kan danne grundlag for parternes beslutning om, hvorledes det videre arbejde på kvalitetsudviklingsområdet skal organiseres
- e) udbrede kendskabet til DDKM og kvalitetsudviklingen på kiropraktorområdet

Som konsekvens af afgrænsningen i udvalgets arbejde til kun at omfatte det sygdomsspecifikke område afgrænset til lænderygområdet relaterer udmøntningen af opgaverne i kommissoriet, og dermed udvalgets anbefalinger, sig kun til det gennemførte pilotprojekt *NIP-Kiropraktik*.

Udvalgets anbefalinger på baggrund af det gennemførte pilotprojekt falder inden for to niveauer: det klinisk faglige og det organisatoriske.

Klinisk faglige anbefalinger

Pilotprojektet *NIP-Kiropraktik* har udviklet indikatorer og standarder til at vurdere kvaliteten af de kiropraktiske kerneydelser afgrænset til lænderygområdet. Indikatorerne og standarderne er efterfølgende blevet testet i udvalgte klinikker.

Gennemførelse af projektet viser, at NIP-metoden (indikatorbaseret kvalitetsmonitorering) har været anvendelig, og at det dels har kunnet lade sig gøre at udvikle et anvendeligt indikatorsæt og at det ligeledes har været muligt at implementere indikatorsættet i den kliniske praksis.

Både fagpersonerne i indikatorgruppen og de deltagende testklinikker har i anbefalingerne tilkendegivet en positiv holdning til indikatorbaseret kvalitetsmåling i såvel den kliniske som praktiske hverdag.

Med udgangspunkt i anbefalingerne fra den afsluttende *NIP-kiropraktik*- rapport anbefaler udvalget, at det ved en evt. videreførelse af projektet sikres, at der sker en fortløbende og systematisk revision og udvikling af indikatorerne, således at disse afspejler den aktuelle evidensbaserede undersøgelse og behandling af den pågældende patientgruppe.

Udvalget anfører endvidere, at det er relevant at afprøve metoden på andre sygdomsområder.

Organisatoriske anbefalinger

Ifølge protokollatet til udvalgsarbejdet skulle udvalget i overenskomstperioden fremkomme med forslag, der kunne danne grundlag for overenskomstparternes beslutning om, hvorledes det videre arbejde på kvalitetsudviklingsområdet skal organiseres (punkt d. i protokollatet). Grundet de igangværende overenskomstforhandlinger på det tidspunkt, hvor denne rapport var under udarbejdelse samt regionernes igangværende arbejde med en tværgående kvalitetsstrategi for hele praksissektoren, afstår udvalget fra at forholde sig konkret til spørgsmålet om en fremtidig organisering af kvalitetsarbejdet på kiropraktorområdet udover det nedenstående.

Udvalget er enige om, at kvalitetsudvikling inden for det sygdomsspecifikke område bør videreføres i en NIP-kontekst.

NIP-metoden har som nævnt kun været afprøvet på et begrænset antal klinikker. Udvalget er på baggrund af det gennemførte pilotprojekt kommet frem til en række anbefalinger, der knytter sig til en eventuel udbredelse af projektet til en bredere skare af klinikker, såfremt overenskomstens parter beslutter sig herfor.

Udvalget anbefaler, at der i forbindelse med en evt. national implementering af NIP-Kiropraktikprojektet etableres en driftsmæssig organisation, der kan understøtte arbejdet.

Registrering af data i det gennemførte pilotprojekt er foregået manuelt på papirschemaer på baggrund af journaldata, og der har således ikke været anvendt et datafangstmodul. Såfremt *NIP-kiropraktik*-projektet skal udbredes til en bredere skare af klinikker, er udvalget enige om, at det bl.a. er en forudsætning, at der udvikles og implementeres et datafangstmodul.

Udvalget anbefaler endvidere på baggrund af pilotprojektet, at der i forbindelse med en evt. national implementering afholdes en årlig klinisk auditering fx i samspil med de regionale praksiskonsulenter og evt. med en proceskonsulent som facilitator.

I forbindelse med en mere generel implementering af DDKM anser udvalget det som nødvendigt, at kvalitetsudviklingsarbejdet forankres i en organisatorisk kontekst med dedikeret arbejdskraft og økonomi til at involvere klinikkerne. Udvalget er endvidere enige om, at kvalitetssikringstiltag, der skal udføres inden for flere professioner bør ske koordineret, så det undgås at bruge unødige ressourcer på at udvikle de samme ting.

Det er i forbindelse med 2010 overenskomstfornyelsen aftalt, at parterne på baggrund af regionernes fremlagte kvalitetsstrategi inden 1. januar 2011 skal indgå nærmere aftale om, hvordan kvalitetsarbejdet på kiropraktorområdet skal udmøntes.

Oplysningsvirksomhed

Ifølge protokollatet til udvalgsarbejdet har udvalget haft til opgave at udbrede kendskabet til DDKM og kvalitetsudviklingen på kiropraktorområdet (pkt. e). I udvalgsperioden har udvalget udbredt kendskabet til DDKM og kvalitetsudviklingen på kiropraktorområdet på forskellig vis. Senest har Kiropraktorfondens forskningstemadag 2010, som afholdes hvert andet år i september, haft kvalitetssikring som tema under overskriften: Hvordan måles kvalitet på kiropraktorområdet? NIP og andre metoder til kvalitetssikring i kiropraktorpraksis. På forskningstemadagen præsenterede en række fondsstøttede forskere forskellige metoder til kvalitetssikring på kiropraktorområdet heriblandt *NIP-Kiropraktik*.

Udvalgets arbejde og kvalitetsudvikling generelt har desuden været formidlet skriftligt internt i professionen. Både i Dansk Kiropraktor Foreningens interne nyhedsbreve og i foreningens medlemsblad *KIROPRAKTOREN*, som distribueres til samarbejdspartner og andre organisationer, foruden at det lægges i kiropraktorklinikkernes venteværelser som patientblad. Særligt skal fremhæves artikler i *KIROPRAKTOREN*, nr. 1-2008 samt nr. 5-2010, som begge er et temanumre om kvalitetssikring. Derudover er kendskabet til DDKM og kvalitetsudvikling også blevet udbredt via oplæg og foredrag i DKF-regi. Fx har der været afholdt eftermiddagskursus for centrale tillidsmænd i DKF i efteråret 2009.

7. BILAG

BILAG 1: Protokollat vedrørende kvalitetsudviklingen på kiropraktorområdet

Den danske kvalitetsmodel varetaget af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) skal på sigt omfatte alle sundhedsydelse, der modtager offentligt støtte. Formålet er at højne kvaliteten i det danske sundhedsvæsen.

Dansk Kiropraktor Forening har tilkendegivet, at man gerne omfattes af Den danske kvalitetsmodel, men at det kræver en afklaring af vilkår og økonomi.

Parterne finder det vigtigt, at der iværksættes en dialog om, hvordan kvalitetsudviklingen kan underbygges i fremtiden på kiropraktorområdet.

Opgaverne kan f.eks. være:

- Udarbejdelse af generelle behandlingsstandarder
- Udarbejdelse af IT-understøttede behandlingsplaner
- Etablering af dokumentationsdatabaser
- Standarder for elektronisk udveksling af patientoplysninger, røntgenbilleder m.v.

Overenskomstens parter nedsætter i fællesskab et udvalg, der kan fremme arbejdet med kvalitetsudvikling på kiropraktorområdet.

Ud over repræsentanter fra Danske Regioner og Dansk Kiropraktor Forening indbydes Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og andre relevante parter til at være repræsenteret i udvalget.

Udvalget får til opgave at undersøge og beskrive konsekvenser af at indføre Den Danske Kvalitetsmodel på kiropraktorområdet samt komme med forslag til, hvordan modellen kan implementeres. Som led heri skal udvalget beskrive hvilke dele af Den danske kvalitetsmodel, der er relevant for kiropraktorpraksis og foreslå en prioritering heraf.

Udvalget får til opgave at udbrede kendskabet til Den danske kvalitetsmodel og kvalitetsudviklingen på kiropraktorområdet.

Udvalget skal i overenskomstperioden komme med forslag, som kan danne grundlag for parternes beslutning om, hvorledes det videre arbejde på kvalitetsudviklingsområdet skal organiseres.

Der afsættes til arbejdet kvalitetsudvikling i overenskomstperioden indtil 500.000 kr. pr. år. Udgifterne afholdes af kiropraktorfondens egenkapital. Midlerne dækker udgifter i forbindelse med udvalgets virksomhed, herunder eventuelle lønudgifter til formand og sekretariatsmedarbejder, samt udgifter i overenskomstperioden til iværksættelse af det videre arbejde efter parternes beslutning herunder eventuelle pilotprojekter.

Bilag 2: Afsluttende rapport vedr. NIP-Kiropraktik

Se særskilt appendix

Bilag 3: Dokumentalistrapport

Se særskilt appendix

Bilag 4: NIKKB's kvalitetssikringsprojekt

Uddybende beskrivelse af kvalitetssikringsprojektet "Lændesmerter og kiropraktik: et dansk evidensbaseret kvalitetssikringsprojekt" ved projektleder Gert Brønfort:

"Det overordnede formål med NIKKB's kvalitetssikringsindsats er at gøre det lettere for den enkelte kliniker at praktisere på et evidensbaseret grundlag for derigennem at sørge for, at ny viden kommer patienterne til gode.

Kvalitetssikringsprojektet ved Nordisk Institut for Kiropraktik og Klinisk Biomekanik (NIKKB) er et pilotprojekt, der har til formål at indlede implementeringsfasen af kvalitetssikringsrapporten "Lændesmerter og kiropraktik: et dansk evidensbaseret kvalitetssikringsprojekt." Det primære formål med implementeringsprojektet er at afprøve om dataindsamling på kiropraktorklinikker er mulig, og at afdække hvilke barrierer, der eventuelt er herfor.

Metode

Projektet er ledet af en styregruppe bestående af Gert Brønfort, formand (NIKKB), Henrik Wulff Christensen (NIKKB), Henrik Hein Lauridsen (DSKKB), Jan Hartvigsen (SDU og NIKKB), Jytte Johannesen (NIKKB), Anders Tromholt (privatpraktiserende kiropraktor). Den praktiske udførelse og løbende kontakt til de involverede klinikker er varetaget af NIKKB's sekretariat.

I projektet er udvalgt en række kvalitetsindikatorer samt standarder for, hvad der betragtes som god kvalitet for den enkelte indikator. Data er indsamlet elektronisk, og der er planlagt en model for en enkel tilbagemelding til kiropraktorerne vedrørende egne data. Dataindsamling blev indledt i 2007 og afsluttet ved udgangen af 2008. Efter endt dataindsamling er der foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt de deltagende kiropraktorer for at afdække deres erfaringer fra implementeringsprojektet. Der er endnu ikke foretaget en bearbejdning af de opsamlede patientdata, og en sådan vurderes da også at være af lille betydning i denne pilotfase.

Klinikker

Elleve kiropraktorklinikker har deltaget i projektet; 4 klinikker fra Jylland, 2 fra Fyn og 5 fra Sjælland, heraf 3 fra Københavnsområdet. Klinikkerne blev rekrutteret fra en baggrundsgruppe nedsat i relation til kvalitetsudviklingsprojektet.

Dataindsamling blev iværksat på én klinik af gangen, så der var mulighed for en løbende forbedring af proceduren. Hver klinik påtog sig at indsamle data på fem patienter med lændesmerter.

Dataindsamling

Det var som udgangspunkt planlagt, at data skulle indsamles i papirformat. Dette syntes hensigtsmæssigt, idet der ikke fandtes noget klinikstyresystem, der kunne håndtere denne opgave, og det sikrede, at alle klinikker kunne være med. Dette er imidlertid ikke en tidssvarende løsning, og ville ikke være muligt at videreføre fra pilotfasen til implementering på landsplan på grund af den større mængde af data.

Novolog, der er leverandør af det mest udbredte journalsystem i kiropraktorpraksis ClinicCare, har derfor været tæt involveret i projektet og i samarbejde med styregruppen været i stand til at videreudvikle deres journalsystem til at kunne indeholde relevante spørgeskemaer, samt at kunne opsamle disse data til en central server. I pilotfasen har det imidlertid betydet, at kun klinikker, der bruger dette journalsystem, har kunnet deltage.

Data er indsamlet i form af 1) et skema med oplysninger om navn, fødselsdato, adresse, dato for første og sidste besøg på klinikken 2) et patientskema udfyldt ved første besøg; 3) et opfølgende patientskema udfyldt senest efter 4 uger eller ved afslutning af behandling og 4) et kiropraktorskema udfyldt ved første besøg og ved udskrivning eller efter 4 uger. Et planlagt opfølgende spørgeskema til patienterne efter 3 måneder er opgivet i projektforløbet.

Variable

Projektet har primært fokuseret på indsamling af sygdomsspecifikke kvalitetsindikatorer vedrørende udredning og behandling af en episode af rygbesvær, der er suppleret med en indikator for patientoplevelse og kvalitet.

Patient og kiropraktor udfyldte et baseline og opfølgings skema. Det var hensigten at patienten selv udfyldte spørgeskemaerne ved at sidde foran computeren og taste svarene ind. Hvis det ikke var praktisk muligt på grund af klinikkens indretning, eller fordi patienten er uvant med betjening af tastatur, var en sekretær (evt. kiropraktor) behjælpelig.

Det var klinikkens opgave at kvalitetssikringsdata fra en patients første konsultation var indtastet og afsendt til kvalitetsdatabasen inden for syv dage. I kvalitetssikringsøjemed var standarden for tilbagemelding at alle (100 %) blev indført i databasen inden for de syv dage.

Når skemaer udfyldtes efter 4 uger for at følge op på patientens tilstandsændring, skulle dette ske +/- 2 uger i forhold til skæringsdatoen for 4 uger. Standarden er, at dette sker i 70% af tilfældene, og at alle indsamlede data i det korrekte tidsinterval er indsendt til databasen inden for syv dage fra indsamlingstidspunktet.

Patientskemaerne indeholdt variable vedr. aktivitetshæmning (Roland Morris), ryg- og bensmerteintensitet (0 til 10 boks skala), livskvalitet (EuroQol) og ved opfølgning desuden patienttilfredshed, global effekt af behandling samt forståelse af ryg information.

Kiropraktorskemaerne indeholdt variable vedr. udlevering af evidensbaseret ryginformation og diagnosekode samt information om røntgenundersøgelse og rygtræning.

Erfaringer med implementering

Ni klinikker fra den oprindelige baggrundsgruppe deltog ikke i dataindsamling, da de enten ikke anvendte det relevante journalsystem (4 klinikker), eller fordi de fandt at deres personalesituation ikke muliggjorde deltagelse (5 klinikker). Inddragelse af de enkelte klinikker i projektet er i flere tilfælde blevet forsinket af grunde så som problemer med at få fat i en kontaktperson på klinikken, flytning af klinikken, deltagelse i andet projekt med inklusion af patienter i den pågældende måned, manglende personale på klinikken, nyansat sekretær, medarbejder på barsel og sygdom.

Det har vist sig muligt at foretage datafangst via den elektroniske journal, og at overføre data til en central server på en form, der kan importeres i gængse statistikprogrammer.

Opretning og tilretning af de elektroniske spørgeskemaer har været en omfattende proces, der i den første klinik forløb over ¾ år.

Der er efter endt dataindsamlingen konstateret en række u hensigtsmæssige forhold omkring opbygningen af databasen, der bør justeres for at lette databehandlingen. Et konkret problem er, at svaret "ved ikke" i nogle spørgsmål er kodet ligesom manglende svar, hvorfor det ikke er muligt at opgøre antallet af manglende svar. Et andet problem har været etablering af et datofelt. I projektets tidlige fase var dette ikke oprettet, hvorfor det er indtastningsdato og ikke konsultationsdato, der er registreret. Derfor vil det ikke være muligt at evaluere om kvalitetssikringsdata fra en patients første konsultation er indtastet og afsendt til kvalitetsdatabase indenfor 7 dage som krævet, eller om follow-up skemaerne er udfyldt +/- 2 uger i forhold til datoen herfor.

Idet dataindsamlingsmodulet alene kan fungere med den nyeste version af ClinicCare, har nødvendig opdatering af klinikkernes program i nogle tilfælde forsinket dataindsamling. Dette problem forstærkes af, at det har været vanskeligt at træffe aftale med leverandøren af programmet med kort frist.

Der er inkluderet 61 patienter. I den elektroniske database er der overført data fra 59 patienter (26 kvinder, 31 mænd og 2 hvor navn og køn ikke er i overensstemmelse). Årsagen til de manglende data er endnu ikke fastlagt.

Deltagerspørgeskema

Efter afslutningen af dataindsamling udsendtes et spørgeskema til de deltagende klinikker for feedback vedrørende deres erfaring med projektet. Spørgeskemaet omfattede følgende fem områder: Information om projektet, patientspørgeskemaerne, kiropraktorskemaerne, ClinicCare programmet og Novolog, samt besvær og tidsforbrug i forbindelse med deltagelse i projektet. Ni ud af elleve klinikker indsendte svar.

Seks af de ni fandt den mundtlige information om projektet tilfredsstillende, resten vurderede at den var hverken tilfredsstillende eller utilfredsstillende. De tilsvarende tal for den skriftlige information var syv og to respektivt.

Otte ud af ni vurderede at der var få eller ingen problemer med patienternes forståelse og udfyldelse af

baseline skemaerne. Derimod var der stor spredning på spørgsmålet om praktiske vanskeligheder med at få patienterne til at udfylde 4 ugers og især 3 måneders followup skemaer lige fra ingen vanskeligheder til meget store. Undervejs besluttedes det som nævnt at frafalde 3 måneders opfølgning.

To klinikker havde nogle vanskeligheder med at administrere kiropraktorskemaerne, mens resten havde få eller ingen vanskeligheder.

Fem klinikker fandt at kontakten til Novolog var tilfredsstillende de øvrige 4 klinikker var neutrale. Fem klinikker oplevede ingen problemer med installering og/eller opdatering af ClinicCare programmet, de øvrige 4 havde få eller nogle problemer. Alle klinikdeltagere vurderede at spørgeskemadelen af ClinicCare programmet havde tilfredsstillende brugervenlighed.

Otte af de ni fandt at projektet generelt havde været kun lidt besværligt at arbejde med, og alle mente at projektet kun var lidt tidskrævende. Ekstra tid per patient for kiropraktoren var gennemsnitlig 11 - 12 minutter, men med en spredning fra 2 til 45 minutter. To klinikker fandt det noget tidskrævende for sekretæren at deltage, resten at det var lidet eller ikke tidskrævende. Ekstra tid per patient for sekretæren var gennemsnitlig 8 - 9 minutter men med en spredning fra 0 til 20 minutter.

Det overordnede indtryk på baggrund af tilbagemeldingerne er, at der ikke har været store vanskeligheder ved deltagelse og at kontakten til Novolog og brugervenligheden af ClinicCare programmet for kvalitetssikring data har været stort set tilfredsstillende. Dog har det vist sig vanskeligt at indsamle data fra patienter, der har afsluttet forløb på klinikken.

Anbefalinger

Generelt

Permanent implementering på regional eller landsbasis vil kræve etablering af en eller flere kvalitetsdatabaser med hurtig adgang til opsummerede patientdata på klinikniveau og anonyme aggregerede data på regional eller landsniveau.

Kvalitetssikring i større målestok vil givet kræve økonomisk tilskyndelse/ kompensation gennem ændret overenskomst

Specifikt

Der bør etableres mulighed for hurtig adgang til opsummerede kvalitetsdata til understøttelse af kliniske beslutninger

Der er behov for en reminder funktion i ClinicCare ved udsendelse af opfølgende skemaer

Reminder pr. SMS til patienter vurderes at kunne lette opfølgning

Mulighed for at patienter indtaster follow-up via en hjemmeside, så data leveres direkte i databasen, vil ligeledes lette opfølgning

Der er behov for en ændret databaseopbygning

Konklusion

Det har med dette pilotprojekt vist sig muligt at indsamle kvalitetssikringsdata elektronisk via ClinicCare i forbindelse med håndtering af rygpatienter. Implementeringen er dog tids- og ressourcekrævende for den styrende organisation, men langt mindre besværlig og tidskrævende for de involverede klinikker. Det skønnes, at erfaringerne fra dette projekt kan fremme fremtidig implementering af kvalitetssikring i kiropraktorklinikker på regional eller landsbasis.”