

c/o Danske Regioner
Dampfærgevej 22, Postbox 2593, 2100 København Ø
Tlf. 35 29 81 00

01-12-2020
EMN-2019-00570
1399211
Sarah Zoe Schibye

**Aftale om fornyelse af overenskomst mellem RLTN og Dansk
Kiropraktor Forening**

| | |
|-----------|--|
| Tid | København, 1. december 2020 |
| Sted | Danske Regioner |
| Deltagere | Repræsentanter for Dansk Kiropraktor Forening og Regionernes Lønnings- og Takstnævn |
| Emne | Aftale om overenskomst om kiropraktik |

Indholdsfortegnelse

Side 2

| | |
|---|----|
| 1. Ulighed i sundhed | 3 |
| 2. Konsolidering af pakkeforløb fra OK17 og revision af ydelsesbeskrivelserne | 4 |
| 2.1 Konsolidering af pakkeforløb | 5 |
| 2.2 Revision af ydelsesbeskrivelserne | 7 |
| 3. Modernisering | 11 |
| 3.1 Kommissorium for moderniseringen | 11 |
| 3.2 Træning | 13 |
| 3.3 Digitale konsultationer | 15 |
| 3.4 Anvendelse af røntgen | 16 |
| 4. Kvalitetsarbejde i kiropraktorpraksis | 18 |
| 4.1 Datadrevet kvalitetsarbejde | 20 |
| 4.2 Peer-to-peer / klyngearbejde | 22 |
| 4.3 En organisering, som forankrer arbejdet med kvalitet | 22 |
| 5. Kommunikation på tværs | 26 |
| 6. Elektronisk booking | 29 |
| 7. Understøtning af nært og sammenhængende sundhedsvæsen | 30 |
| 7.1 Henvi sning til fysioterapeut | 30 |
| 7.2 Satellitpraksis | 31 |
| 8. Reguleringsordning | 33 |
| 9. Omkostnings- og indtjeningsundersøgelse | 34 |
| 10. Økonomi | 35 |
| 10.1 Billedediagnostik | 35 |
| 10.2 Øget indbetaling til Kiropraktor fonden | 35 |
| 10.3 Protokollat om overenskomstens økonomi | 36 |
| 11. Tekniske ændringer | 38 |
| 12. Overenskomstens løbetid | 39 |
| Bilag Y: Tekniske justeringer til overenskomsten | 40 |

Parterne er enige om at indstille følgende til godkendelse:

Side 3

1. Ulighed i sundhed

Ulighed i sundhed på kiropraktorområdet

Der eksisterer i dag social ulighed i sundhed på mange områder i Danmark. Det viser en ny rapport *Social ulighed i sundhed og sygdom – udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017* fra Sundhedsstyrelsen.

Med rapporten sætter Sundhedsstyrelsen fokus på, at social position og levevilkår kan have betydning for sundhed, sygdom, levetid og sundhedsrelateret livskvalitet.

Det fremgår af rapporten, at der også er ulighed i sundhed på muskel- og skelet-området. Parterne er på den baggrund enige om at undersøge og indsamle viden om forholdene på kiropraktorområdet.

Der afsættes således i regi af fonden 0,5 mio. kr. til et forskningsprojekt eller en analyse, som skal afdække ulighed i sundhed på kiropraktorområdet.

2. Konsolidering af pakkeforløb fra OK17 og revision af ydelsesbeskrivelserne

Der blev i forbindelse med OK14 og OK17 aftalt en ny ydelsesstruktur, hvor man indførte forløbspakker vedr. lumbal diskusprolaps (OK14), cervikal diskusprolaps og lumbal spinalstenose (OK17).

Der blev i forhandlingsaftalen fra OK17 aftalt et måltal på, at 15.000 patienter med ovenstående diagnoser årligt skulle behandles i pakkeforløb på speciale 64. Tal for 2019 viser, at der har været behandlet 9.927 patienter på speciale 64.

Der blev i forhandlingerne aftalt, og ved efterfølgende ændringer i tilskudsbekendtgørelsen fastsat, et højere tilskud for patienter i speciale 64.

2.1 Konsolidering af pakkeforløb

En af udfordringerne med speciale 64 har været at få alle kiropraktorerne til at benytte det samt at benytte det ensartet. Fra overenskomstens ikrafttræden og til udløb af 2018 har der været iværksat en række implementeringstiltag, der har involveret både DKF og Danske Regioner:

- Udarbejdelse af foldere til kiropraktorerne om de største ændringer
- Vejledning om kommunikation med læger i pakkeforløb, inkl. konkrete eksempler på best practice
- Artikler i Kiropraktoren
- Afholdelse af Roadshows/OK-messer den 28. og 29. marts samt 1. april 2017 i henholdsvis Viborg, Middelfart og København
- Diverse informationsmateriale

Derudover er det aftalt, at regionerne løbende skal drøfte ydelsesstrukturen med kiropraktorerne på SU-møder.

I tabel 1 ses det, hvor mange ydere der har afregnet patienter på speciale 64 i 2017 - 2019. Der er kun kigget på ydere, der har haft over 100 patienter samlet på begge specialer.

Tabel 1: Brugen af speciale 64*

| | 2017* | 2018 | 2019 |
|---|-------|------|------|
| Samlet antal praksis | 242 | 247 | 239 |
| Antal kiropraktorer, der ikke anvender spec. 64 | 42 | 37 | 19 |
| Antal kiropraktorer, hvor under 1% af patienterne er spec. 64 | 116 | 97 | 81 |

*2017 dækker kun april-december

Det ses, at der er en bevægelse mod, at flere ydere anvender speciale 64, men det er stadig omkring en tredjedel af alle ydere, hvor det er under 1% af patienterne, der behandles i et pakkeforløb. Det kan ikke udelukkes, at der er faglige grunde, for visse ydere, til at niveauet er så lavt, men det er stadig et stykke under de 2,6% af patienterne på landsplan, der behandles i et pakkeforløb.

Der er forståelse for, at der i forbindelse med implementeringen af pakkeforløbene har været en oplevelse af, at det har været administrativt svært at igangsætte brugen af pakkeforløb, ligesom der sideløbende har været et forløb med akkreditering og risikobaseret tilsyn.

Parterne foreslår, at implementeringsindsatsen baseres på viden om, hvor pakkeforløbene ikke har været implementeret tilstrækkeligt. Det foreslås, at der i praksis, hvor pakkeforløbene ikke er igangsat, afholdes introduktionsforløb, hvor en repræsentant fra SU støtter klinikerne i at få implementeret pakkeforløbene. Regionerne bistår i den henseende sekretariatsmæssigt med oplæg til SU om de klinikker, hvor det kan være relevant at yde en implementeringsindsats. Oplægget skal blandt andet indholde data som viser klinikkens ydelsesmønster (udelukkende for pakkeforløb) sammenlignet med resten af regionens ydelsesmønster. Parterne er enige om følgende tilføjelse til § 33:

”Stk. 13

Hvis Samarbejdsudvalget vurderer, at en yders brug af speciale 64 ikke er tilfredsstillende, kan Samarbejdsudvalget pålægge yderen at skulle modtage besøg fra repræsentant fra SU med henblik på at få implementeret pakkeforløb som en del af yderens samlede tilbud til patienterne”

Regionerne forpligter sig til at informere almen praksis om pakkeforløbene. Parterne udarbejder i samarbejde informationsmateriale.

Parterne er enige om at se på, om der er behov for efteruddannelsesmæssig understøttelse af implementering af pakkeforløb. Sideløbende med dette kan der via diverse medier udgives materiale, der støtter klinikerne i brugen af pakkeforløbene.

Hvis det, efter ovenstående initiativer, stadig ikke er lykkedes for en klinik at iværksætte pakkeforløbene, er parterne enige om, at det bør bringes op i SU med henblik på at fastsætte en sanktion efter de gældende bestemmelser.

2.2 Revision af ydelsesbeskrivelserne

Side 7

I den forløbne overenskomstperiode er der identificeret forskellige udfordringer i fortolkningen/brugen af pakkerne i speciale 64. Det drejer sig særligt om følgende:

1. Brugen af den opfølgende konsultationsydelse (1065), hvor der i teksten alene står skrevet, at den kan bruges imellem milepælsydelserne. Det fremgår endvidere at patienterne kan være på speciale 64 op til et halvt år.
2. Ydelsesnavne: afsluttende konsultation: Der er tvivl om hvad der forstås ved 'afsluttende' – er det alene en udredning, som det typisk findes på sygehusene eller det rent faktisk et samlet forløb op til 1/2 år med udredning og relevant behandling.
3. Talrække: 1065 misforstås til kun at høre hjemme i Stenoseforløbet. Kan med flere fordele deles op på de enkelte forløb og være med til at skabe overblik over forbruget af opfølgende konsultationer i speciale 64.
4. Aldersgrænsen på 18 år.
5. Betyder bestemmelsen om, at den samme patient ikke kan behandles under begge specialer samtidig samme dag eller i det hele taget?

Parterne er på den baggrund enige om følgende:

Ad 1) og 3) Efter den afsluttende forløbskonsultation er patienterne pr. definition udredte og patienter vil her kunne deles i 3 grupper:

- A) dem der er afsluttet og har det godt.
- B) dem der er henvist videre til relevant sygehusafdeling.
- C) dem der er i sikker bedring, men ikke har det godt endnu.

Gruppe C er de patienter, der ikke umiddelbart kan afsluttes ved afsluttende forløbskonsultation. Her kan der, for at sikre fremgang i patientens forløb, være behov for opfølgende konsultationer. Ved afsluttende forløbskonsultation bør en patient informeres om muligheden for opfølgende behandlinger ved tilbagefald.

Det præciseres at den nuværende opfølgende konsultation 1065 kun kan tages inden sidste statuskonsultation (jf. ad) 2 nedenfor) og den opdeles i tre ydelseskoder (1045/55/65).

Desuden oprettes en ny ydelse ”*Opfølgende konsultation efter sidste statuskonsultation*”, som kun kan anvendes efter sidste statuskonsultation (jf. ad) 2 nedenfor) og får ydelseskoderne 1046/56/66.

Ydelsesbeskrivelserne for henholdsvis 1045/55/65 og 1046/56/66 følger nedenfor.

Det præciseres endvidere, at alle patienter med den mindste mistanke om nerverodspåvirkning skal inkluderes i forløbene.

Ad 2)

Milepælsundersøgelserne skifter navn fra ”Opfølgende konsultation efter ...” til ”Statuskonsultation efter...” og de afsluttende forløbskonsultationer skifter navn fra ”Afsluttende forløbskonsultation efter ...” til ”Sidste statuskonsultation efter...”

Ad 4)

Aldersgrænse for inklusion i pakkeforløbene nedsættes til 16 år.

Ad 5)

Bestemmelsen om, at patienterne ikke kan være på begge specialer samtidig, præciseres til ”samme dag”.

§ 11. stk. 1 ændres til:

”Der kan ikke benyttes ydelser under speciale 53 og speciale 64 samme dag, men der kan godt laves parallelle forløb på de 2 specialer. Dette gælder alle ydelser under de to specialer.”

Hele overenskomsten gennemskrives og konsekvensrettes i overensstemmelse med ovenstående ændringer.

”Ydelsesbeskrivelse for ydelse 1045/1055/1065: Opfølgende konsultation før sidste statuskonsultation.

Afgrænsning: Den opfølgende konsultation før sidste statuskonsultation benyttes som de ’almindelige ’opfølgende konsultationer (1036) under speciale 53 (jf. ydelsesbeskrivelsen hertil). Ydelsen er en opfølgende konsultation, med formål at monitorere, berolige og behandle i forhold til den aktuelle diagnose. Ydelsen kan efter konkret indikation forekomme mellem forundersøgelsen og sidste statuskonsultation. Der vil typisk være størst behov for ydelsen først i forløbet og aftagende som patientens symptomer aftager.

Ydelsens indhold:

Ajourføring af anamnesen indeholdende en fokuseret klinisk

undersøgelse, vurdering, registrering og status over udviklingen i tilstanden ligesom effekten af eventuelle behandlingsinitiativer noteres. Ved forværring af tilstanden, herunder udvikling af neurologiske symptomer, foretages fuld klinisk undersøgelse i henhold til relevant pakkeforløb.

Diagnostik enten i form af status quo eller ændret diagnose som følge af eventuel revurdering af den kliniske undersøgelse.

Behandlingsplanlægning i form af opfølgning og eventuel ændring af tidligere planlægning.

Vejledning og information/rådgivning om problem- eller smertehåndtering og deltagelse i vanlige aktiviteter i relation til arbejde og fritid.

Behandling – ved behov en eller flere behandlingsinitiativer i relation til relevante forløbsydelse. Behovet for smertestillende medicin vurderes.

Kommunikation med egen læge m.fl. – jf. særligt overenskomstens § 5 eller hvis det i øvrigt er relevant.

Sædvanlig journalisering foretages idet det sikres, at ovennævnte punkter er indeholdt, herunder indikation for iværksatte behandlingsinitiativer.

Ydelsesbeskrivelse for ydelse 1046/1056/1066: Opfølgende konsultation efter sidste statuskonsultation

Afgrænsning: Den opfølgende konsultation *efter* sidste statuskonsultation ligner opfølgende konsultation *før* sidste statuskonsultation (1045, 1055 og 1065). Ydelsen benyttes på de enkelte patienter, der ikke er afsluttede eller viderehenviste ved sidste statuskonsultation, og som fortsat viser sikker bedring ved behandlingsforløbet. Opfølgende konsultation efter sidste statuskonsultation har særlig fokus på at færdig behandle og skabe stabilitet for patienten. Ydelsen forventes at forekomme betydeligt færre gange end opfølgende konsultation før sidste statuskonsultation, da denne fase typisk er præget af meget færre smerter og i høj grad handler om at lære patienten egenhåndtering. Konsultationerne har til formål at følge patienten til optimal symptomfrihed og hjælp til at genoptræne til stabilitet med henblik på at vende tilbage til normale hverdagsaktiviteter og forebygge svære tilbagefald. Er patienten ikke indstillet på at yde egenindsatsen, afsluttes de på Speciale 64.

Ydelsen har en limitering på maks. 5 ydelser i hvert forløb. Har patienten yderligere behov, som ikke kan dækkes på speciale 53, da bør patienten viderehenvises til rygcenter eller overgå til egen læge med henblik på at fastlægge videre foranstaltninger.

Ydelsens indhold:

Side 10

Ajourføring af anamnesen indeholdende fokuseret klinisk undersøgelse, vurdering, registrering og status over udviklingen i tilstanden ligesom effekten af eventuelle behandlingsinitiativer noteres. Ved forværring af tilstanden herunder udvikling af neurologiske symptomer foretages fuld klinisk undersøgelse i henhold til relevant pakkeforløb.

Diagnostik enten i form af status quo eller ændret diagnose som følge af eventuel revurdering af den kliniske undersøgelse. Hvis den kliniske undersøgelse giver anledning til mistanke om fornyet nerverodspåvirkning eller forværrede symptomer på spinalstenose skal patienten henvises videre enten via egen læge eller direkte til rygcenter, hvor det er muligt.

Behandlingsplanlægning i form af opfølgning og evt. ændring af tidligere planlægning, herunder sikre at patientens egenindsats mellem konsultationerne er optimal. Behov for fysioterapi vurderes.

Vejledning og information/rådgivning om problem- eller smertehåndtering og deltagelse i vanlige aktiviteter i relation til arbejde og fritid.

Behandling; ved behov et eller flere behandlingsinitiativer i relation til relevante forløbsydelse. Behandlingen skal forventes at reducere smerter/øge bevægelighed så patienten har lettere ved at klare aftalte egenindsats. Behovet for smertestillende medicin vurderes.

Kommunikation med egen læge m.fl. – jf. særligt overenskomstens § 5 eller hvis det i øvrigt er relevant.

Sædvanlig journalisering foretages idet det sikres, at ovennævnte punkter er indeholdt, herunder indikation for iværksatte behandlingsinitiativer og aftaler om egenindsats.”

3. Modernisering

Side 11

Ved OK 2013 nedsatte parterne en arbejdsgruppe, som analyserede den gældende tilskudsstruktur og kom med forslag til justeringer af tilskudssystemet. På baggrund af gruppens anbefalinger indførte parterne med OK17 en ny ydelsesstruktur på speciale 64 og de øvrige ydelsesbeskrivelser blev justeret.

Parterne er enige om, at ydelser samt de tilhørende ydelsesbeskrivelser, skal være udtryk for et ydelseskatalog som baserer sig på gældende forskningsbaseret viden, nationale kliniske retningslinjer og kliniske erfaringer.

Det er således væsentligt, at ydelserne og ydelsesbeskrivelserne er ajour og understøtter målsætningen om høj faglig kvalitet og en dynamisk udvikling af patientbehandlingen i kiropraktorpraksis, som er i overensstemmelse med udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen.

Faglig opdatering af ydelser og ydelsesbeskrivelserne beror i dag på konkret aftale mellem parterne.

3.1 Kommissorium for moderniseringen

Parterne er enige om, at der skal ske en modernisering af ydelseskataloget i løbet af den forestående overenskomstperiode for at ajourføre udvalgte ydelser og ydelsesbeskrivelser samt skabe grundlaget for at indføre relevante nye ydelser i overenskomsten.

Der nedsættes derfor en moderniseringsarbejdsgruppe med repræsentanter for parterne. Det tilsigtes at medlemmerne af arbejdsgruppen har faglig indsigt i kiropraktorområdet og i behandlingen af patienter med bevægeapparatsproblemstillinger/muskel-skeletlidelser. Det prioriteres, at moderniseringsgruppens arbejde udføres som et koncentreret forløb, så fremdrift og momentum fastholdes.

Parterne har udarbejdet et kommissorium for moderniseringsarbejdsgruppen som vedlægges overenskomstens som protokollat X.

I kommissoriet har parterne bl.a. aftalt, hvilke emner arbejdsgruppen skal behandle som led i moderniseringen.

Det er vigtigt at moderniseringsarbejdsgruppen er bevidst om, at ændring af eksisterende ydelser eller forslag om nye ydelser skal være realistiske under hensyn til de generelle økonomiske forhold således, at der skabes en sammenhæng mellem faglighed og økonomi.

Parterne er enige om, at der tilføres 0,8 mio. kr. (okt. 2020 prisniveau) til rammen til brug for implementering af moderniseringsarbejdet. Derudover er parterne enige om, at eventuelle effektiviseringsgevinster anvendes til implementering af moderniseringsarbejdet.

Side 12

Protokollat: X Kommissorium for modernisering af overenskomst om kiropraktik

Formål med modernisering

Målet med en faglig modernisering af ydelseskataloget for overenskomst om kiropraktik er at fremme den faglige udvikling og at holde ydelseskataloget ajour i forhold til gældende regler, herunder nationale kliniske retningslinjer.

Modernisering skal således sikre, at ydelserne afspejler udviklingen i kiropraktorpraksis, hos patientgruppen og i sundhedsvæsenet.

Modernisering vil være med til at sikre, at også mindre justeringer kan foretages, så ydelseskataloget forbliver en gennemsigtig og tilgængelig beskrivelse af behandlingstilbuddene gennem de år, hvor overenskomsten løber.

Det er et led i moderniseringen, at eksisterende faglige arbejdsgange gennemgås, og at der ses på faglig udvikling, øget brug af faglige kompetencer samt at faglige og teknologiske effektiviseringer, så vidt muligt implementeres, f.eks. ved at se på om eksisterende ydelser er overflødige og ved at se på behovet for at udarbejde nye faglige ydelser med henblik på en fortsat udvikling af kiropraktorernes arbejdsfelt.

Arbejdsgruppens sammensætning

Forud for moderniseringsforløbet nedsættes en arbejdsgruppe med repræsentanter for parterne. Gruppen består af 3-4 repræsentanter for hver part. Det skal tilsigtes at medlemmerne af arbejdsgruppen har faglig indsigt i kiropraktorområdet.

Parterne kan i fællesskab indkalde eksperter med fagviden inden for området f.eks. fra SDU. Sekretariatsbetjening af arbejdsgruppen sker i fællesskab mellem parterne.

Arbejdsgruppens opgaver

Arbejdsgruppen skal tilvejebringe en rapport med anbefalinger inden for nedenstående emner for moderniseringen.

Arbejdsgruppen skal under inddragelse af økonomiske overvejelser beskrive og vurdere, hvilke faglige og organisatoriske konsekvenser moderniseringen eventuelt vil indebære.

I forbindelse med konkrete forslag til revision af ydelser skal arbejdsgruppen se på, hvordan revisionen kan bidrage til at frigøre en produktivitetsevinst inden for overenskomsten, som kan anvendes til andre faglige tiltag.

Emner for moderniseringen

Arbejdsgruppen skal se på følgende emner i prioriteret rækkefølge:

- Nye pakkeforløb
Der ses på relevans af nye pakkeforløb på baggrund af den faglige udvikling inden for faget med henblik på at implementere relevante nye forløb.
- Nye ydelser
Der ses på relevans af nye kiropraktorydelser på baggrund af den faglige udvikling inden for faget.
- Diagnostiske komponent
Der ses på muligheder for, og relevans af, at styrke den diagnostiske komponent i udredningen.
- Træning (se også afsnit 3.2 Træning)
Der ses på anvendelse af træningsydelser/patientuddannelse, herunder med inspiration fra GLA:D ryg forløb.
- Digitale konsultationer (se også afsnit 3.3 Digitale konsultationer)
Der ses på hvordan videokonsultationer og/eller telefonkonsultationer kan anvendes og bidrage fagligt som selvstændige ydelser eller som element i eksisterende forløb.
- Revision af ydelsesbeskrivelser vedr. røntgenundersøgelser (se også afsnit 3.4 Anvendelse af røntgen)
- Generel revision af ydelsesbeskrivelserne

Tidshorisont for moderniseringsforløbet

Arbejdsgruppens arbejde skal være tilendebragt inden udgangen af 1. kvartal 2022. Der skal ved fristens udløb foreligge en rapport med anbefalinger, som forelægges parterne. På baggrund af anbefalingerne drøfter overenskomstens parter eventuel tilpasning af overenskomsten med henblik på eventuel implementering i løbet af overenskomstperioden.

3.2 Træning

Der er generelt kommet mere fokus på træning, patientuddannelse og egen mestring, der fremhæves mere og mere som en integreret del af behandlingsstrategien inden for muskel og led, og der er de seneste år kommet mere og mere forskning og udarbejdet kliniske retningslinjer på området.

SDU har bl.a. udarbejdet et træningsforløb for ryg, hofte og knæ under fællesbetegnelsen 'GLA:D xx-forløb', som udbydes til kiropraktorer og fysioterapeuter og hvor GLA:D Ryg er mest målrettet kiropraktorpraksis og derfor gennemgås nedenfor.

Forløbene er udviklet til patienter med langvarige eller tilbagevendende problemer, som har behov for bedre egenhåndtering, fx fordi de søger behandling oftere og oftere, eller fordi de er begrænsede i hverdagsaktiviteter.

Bestemmelser om træning i den nuværende overenskomst

Der er i den nuværende overenskomst tre træningsydelser (overenskomstens ydelsestekst er vedlagt som bilag) med ens honorar med forskellige tilskud på de to specialer (1. april 2020 niveau) og med følgende forbrug i 2019:

| Ydelse | Honorar | Tilskud Spe. 53 | Tilskud Spe. 64 | Antal Ydelser Spe. 53 | Antal Ydelser Spe. 64 |
|------------------------------|---------|--------------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 3010 Opfølg.træning | 120,22 | 0 | 0 | 54 | 0 |
| 3011 – Intro.supv.træning | 481,96 | 89,63 | 114,95 | 8.869 | 325 |
| 3012 Supervis.træning | 240,47 | 43,25 | 54,84 | 31.434 | 964 |

Der er i dag hverken defineret en holdydelse eller en ydelse til patientuddannelse eller -rådgivning, så de klinikker, der i dag tilbyder dette, gør det som frie ydelser. Som det ses benyttes 3010 stort set heller ikke, hvilket kan forklares med at ydelsen er i 'konkurrence' med en tilsvarende billigere ydelse i fysioterapi-overenskomsten, og da det ikke er tilskud, leveres ydelserne i dag enten som frie ydelser typisk med hjælpepersonale eller sendes ud af klinikken.

Det vurderes i dag at være omkring 20-30% af alle klinikker, som har faciliteter til holdtræning.

Problemstillinger i forhold til GLA:D Ryg

GLA:D Ryg indeholder følgende elementer:

- 1) Indledende konsultation med kliniske tests og introduktion til superviseret træning (forudsætter at der er lavet en almindelig førstegangsundersøgelse, hvor det er vurderet, at patienten skal i GLA:D-forløb)
- 2) 2 x 1 time patientuddannelse på hold (typisk 6-8 deltagere, men spænder formentligt fra 4 til 10)
- 3) 16 gange superviseret holdtræning over 8 uger (typisk 6-8 deltagere, men spænder formentligt fra 4 til 10)

4) Individuel afslutning med test og afklaring af videre plan

Side 15

Der er allerede flere kiropraktorer, der benytter GLA:D forløb, og her benyttes overenskomstens ydelser i det omfang, de pågældende ydelser lever op til overenskomstens ydelsesbeskrivelser.

Ud over en 'førstegangskonsultation' hos kiropraktoren med vurdering af, om GLA:D Ryg forløbet kan benyttes, er det træningsydelserne, der kan komme i spil, hvor ydelse 3011 'Introduktion til Superviseret Træning', vurderes at kunne benyttes til den første GLA:D Ryg konsultation.

GLA:D Ryg's patientuddannelse vurderes ikke at kunne rummes inden for overenskomsten

De enkelte træningsgange vurderes at kunne rummes, men overenskomstens tekst betyder dog, at holdtræning kun kan forekomme efter individuelt skøn, hvorfor holdtræningen oftest tilrettelægges som en ydelse udenfor overenskomsten.

Parterne er derfor enige om, at det som led i en faglig modernisering er relevant at drøfte om og på hvilken måde træning kan aktiveres mere under overenskomsten, særligt i forhold til at holdtræning inkluderes i overenskomsten.

Parterne er endvidere enige om at det som led i en faglige modernisering er relevant at drøfte om og på hvilken måde rådgivning og patientuddannelse i egenomsorg i højere grad kan integreres i overenskomsten.

3.3 Digitale konsultationer

Som følge af coronakrisen blev der forhandlet en midlertidig tillægsaftale om telemedicin på plads med virkning fra 30. marts 2020, som muliggjorde at bruge telefon- og videokonsultationer som led i kiropraktisk arbejde.

I uge 17 gennemførte DKF en medlemsundersøgelse, hvor brug af telefon – og videokonsultationer indgik som spørgsmål til medlemmerne. Af undersøgelsen fremgår, at 39 procent finder konceptet meget relevant eller relevant. Undersøgelsen viser dog, at der ikke har været udført mange konsultationer. Kun 5 procent oplyser, at de har udført mellem 1-10 konsultationer og 1 procent flere. 9 procent oplyser, at de er forberedt på at kunne udføre videokonsultationer og 34 procent finder det meget lidt udfordrende at implementere og kun 6 procent oplyser, at de finder det meget eller rigtigt meget svært at implementere.

Tal fra Danske Regioner viser, at brugen af ydelserne i periode april til september 2020 har været meget begrænset.

Side 16

Tabel 3.1: Antal telefon- og videoydelser

| | Speciale 53 | | Speciale 64 | |
|----------------|-------------|-----------|-------------|----------|
| | Telefon | Video | Telefon | Video |
| April 2020 | 155 | 6 | | |
| Maj 2020 | 111 | 1 | 6 | 2 |
| Juni 2020 | 16 | 4 | 2 | 4 |
| Juli 2020 | 13 | 1 | | |
| August 2020 | 5 | 5 | 1 | |
| September 2020 | 8 | | 1 | |
| Total | 308 | 17 | 10 | 6 |

Det er dog vurderingen, at kiropraktorerne ser muligheder i at anvende video som et supplement, men at det også kræver tilvænning af nye arbejdsgange etc.

Parterne er enige om at brug af digitale konsultationer skal inddrages i moderniseringsarbejdet dels med de erfaringer, der er fra brug af den midlertidige aftale og dels med inddragelse af de overvejelser, der var inden indgåelsen af den midlertidige aftale. Der skal ses på behovet for, at videokonsultationer tænkes ind i de eksisterende ydelser, herunder pakkeforløb, og i givet fald, hvor i forløbet det kan give mening at anvende videokonsultation eller telefonkonsultation. Ligeledes skal digitale konsultationer tænkes ind i nye pakkeforløb.

3.4 Anvendelse af røntgen

Parterne konstaterer, at der er stor variation i brugen af røntgen på tværs af kiropraktorpraksis. Dette kan skyldes, at ikke alle tilbyder røntgen, hvorfor de skal henvise til anden kiropraktorklinik eller regionens røntgenanlæg, hvilket kan medføre, at der vil blive udført færre røntgenundersøgelser, end hvis man havde et tilgængeligt apparat i klinikken. Samtidig vides dog ikke, hvor mange røntgenundersøgelser, der udføres på regionens røntgenanlæg efter henvisning fra kiropraktor.

Den store variation indikerer, at der er praksis, hvor brugen af røntgen ikke er hensigtsmæssig.

Parterne er enige om, at ydelsesbeskrivelsen for røntgenundersøgelser skal opdateres, så den følger gældende principper ift. indiceret brug af røntgen jf. kliniske retningslinjer ved billeddiagnostiske undersøgelser af bevægeapparatet. Dette arbejde indgår i kommissoriet for moderniseringen, ligesom det vil være relevant at lade brugen af røntgen indgå som et kvalitetsudviklingsprojekt.

Parterne er endvidere enige om, at SU gives yderligere beføjelser til at drøfte initiativer i forhold til klinikker, hvor brugen af enkeltydelser ligger langt fra det gennemsnitlige regionale niveau.

Side 17

Der indsættes følgende tilføjelse til §33 i overenskomsten:

Samarbejdsudvalget kan drøfte, om en klinik, hvor brugen af enkeltydelser ligger langt fra regionens gennemsnit, skal behandles efter §33 stk. 7.

4. Kvalitetsarbejde i kiropraktorpraksis

Side 18

Parterne ønsker at implementere en kvalitetsmodel for det videre arbejde med kvalitet og kvalitetsudvikling i kiropraktorpraksis, som kan erstatte akkrediteringen i DDKM.

Modellen skal samtidig understøtte det fortsatte arbejde med kvalitet samt fastholde de forbedringer, som er opnået med akkrediteringen.

Det er hensigten, at en ny kvalitetsmodel og understøttende tiltag skal udvikles i den forestående periode med henblik på implementering, så hurtigt som muligt, efter ikrafttrædelse af ny overenskomst.

I første omgang skal de organisatoriske ramme opbygges og der skal arbejdes på at få de tekniske og systemmæssige forudsætninger for datafangst på plads.

Dernæst skal der udarbejdes en prioriteret plan for indsatser ud fra de hovedlinjer, der udstikkes i denne aftale, herunder afdækning af en model for peer-to-peer/klynger-light, der kan benyttes i kiropraktorpraksis og udrulles på sigt.

Baggrund

Over alt i det danske sundhedsvæsen er der fokus på at højne kvaliteten og dokumentere, at sundhedstilbud er effektive, tilgængelige og i overensstemmelse med borgernes behov. Det er i høj grad relevant for muskel-skeletområdet, der omfatter hyppige og dyre helbredsudfordringer, som sundhedsvæsenet skal takle samtidig med, at de skal tænke i effektiviseringsmuligheder, der sikrer og understøtter et agilt sundhedsvæsen i videst muligt omfang.

I Overenskomst om Kiropraktik 2017 besluttede parterne, at kiropraktorerne skulle akkrediteres i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringen er foregået over en toårig periode fra januar 2018 til december 2019 og rådgiverfunktionen er blevet varetaget af IKAS. Ved årsskiftet 2020 har alle kiropraktorer haft surveybesøg med efterfølgende akkreditering for samtlige klinikker på nær en enkelt, og akkrediteringen viser, at kvaliteten på kiropraktorområdet er høj.

Ud over akkreditering besluttede parterne at arbejde med diagnosekoder og indsamling af data i kiropraktorpraksis. I overenskomstperioden 2014-2017 påbegyndtes implementering af ICPC-2-koder i kiropraktorpraksis, og alle kiropraktorklinikker arbejder i dag med diagnosekodning. Kvalitet og validitet af diagnosekodningen er dog ikke evalueret endnu, ligesom indsamling af diagnosekoder til brug for kvalitetsarbejdet heller er ikke gennemført.

Det fremtidige kvalitetsarbejde

Side 19

En fremtidig model for arbejdet med kvalitet i kiropraktorpraksis skal bygge videre på visionen om et målrettet og systematisk arbejde med kvalitet og kvalitetsudvikling.

Kvalitetsmodellen skal sikre tiltag som giver kiropraktorerne mulighed for og forpligtelse til at arbejde med datadrevet kvalitet. Et centralt element i modellen er kiropraktorerens mulighed for peer-to-peer viden- og erfaringsudveksling samt benchmarking.

DDKM har frem til nu fungeret som en fælles kvalitetsmodel for det danske sundhedsvæsen. Det er vigtigt at en ny model er med til at sikre at de erfaringer og de gode resultater, som allerede er opnået hos kiropraktorerne via DDKM, fastholdes og udbygges.

Kvalitetsmodellen skal danne rammerne for en organisering af arbejdet med kvalitet, som kan give kiropraktorerne de metoder og redskaber, som er nødvendige for at fastholde fokus på kvalitetssikring og kvalitetsudvikling hos den enkelte yder, så patienterne får en behandling af høj kvalitet.

Parterne er enige om, at målet med en ny model er, at:

- forpligte kiropraktorerne til kontinuerligt at arbejde med at forbedre og udvikle kvaliteten.
- understøtte kiropraktorerens ejerskab og motivation omkring kvalitetsarbejdet.
- understøtte kvalitetsarbejde, der baserer sig på anvendelse af kvalitetsdata.
- videreudvikle den læringskultur, som eksisterer i kiropraktorpraksis ved at skabe transparens omkring aktivitet og resultater i kiropraktorpraksis.
- understøtte systematisk egenkontrol og refleksion i klinikkerne.
- understøtte at patienternes erfaringer, viden og ressourcer inddrages i relevant omfang i patientforløbet – på patientniveau og på et mere organisatorisk niveau via aggregerede data.
- Sikre sammenhængen mellem kvalitetsarbejdet i kiropraktorpraksis og kvalitetsarbejdet i det øvrige sundhedsvæsen.

Parterne er enige om, at en fremtidig kvalitetsmodel består af følgende understøttende tiltag:

- 1) *Datadrevet kvalitetsarbejde*
- 2) *Peer-to-peer / klyngearbejde*
- 3) *En organisering som forankrer arbejdet med kvalitet og kvalitetsudvikling*

Der er enighed om, at der er en række forudsætninger, som afdækkes og afklares i fællesskab i forbindelse med den konkrete udmøntning af kvalitetsmodellen.

4.1 Datadrevet kvalitetsarbejde

Kvalitetsarbejdet i kiropraktorpraksis skal være datadrevet, hvilket forudsætter adgang til at sammenligne egne resultater med resultater på aggregeret niveau fra andre kiropraktorer. Indsamling af diagnoser og feedback med egne data og aggregerede data til benchmark og dataprojekter med automatiseret dataopsamling, udgør et centralt element i det datadrevne kvalitetsarbejde.

Der skal således skabes mulighed for opsamling af data fra kiropraktorpraksis, så kiropraktorerne via arbejdet med data kan skabe mere viden om kiropraktorområdet, patientgruppen i kiropraktorpraksis og effekten af behandlingen.

Arbejdet med datadreven kvalitet skal ud fra følgende principper:

- Det skal være let tilgængeligt for kiropraktorerne at samle og videregive data i relevant omfang til relevante parter og registre.
- Levering af data følges af mulighed for benchmarking i egen klinik med kollegaer og datadrevet kvalitet skal understøtte transparens om aktiviteter og resultater i kiropraktorpraksis.
- IT-løsningen for dataindsamling skal kunne hænge sammen med de eksisterende systemer i kiropraktorpraksis

Anvendelse af data på kiropraktorområdet

Parterne er enige om, at IT-programmet Sentinel anvendes som grundlag for det datadrevne kvalitetsarbejde.

Det er hensigten, at RLTN stiller Sentinel til rådighed for de praktiserende kiropraktorer.

Sentinel driftes i dag af en enhed under sundhed.dk. Den konkrete model for samarbejde med sundhed.dk omkring anvendelse af Sentinel skal afklares hurtigst muligt.

I den forbindelse tages hensyn til, hvilke behov der fremadrettet vil være i henholdsvis kiropraktorpraksis samt i regionerne i forhold til arbejde med diagnosekodning, feedback og datadrevet kvalitet, herunder i forhold til funktionaliteter mv. i systemet.

DKF inddrages ved behovsafdækning med henblik på, at Sentinel kan blive et fremtidssikret redskab til arbejdet med datadrevet kvalitet.

Kiropraktorerne anvender i dag relevante dele af ICPC-2 klassifikationen (muskler og skelet) og fokus vil derfor i første omgang være på indsamling af diagnosekoder gennem Sentinel.

Side 21

Teknisk implementering og ressourcebehov ved Sentinel

Det vurderes, at Sentinel-systemet er anvendeligt på området for kiropraktorerne. Denne vurdering bygger blandt andet på, at kiropraktor-IT-systemerne, som er ICPC-2 certificeret, har data tilgængelig i struktureret form. Ifølge MedCom har 228 klinikker ud af 252 klinikker (dvs. 90%) adgang til et IT-system, som er certificeret i ICPC-2 pr. september 2020. De største kiropraktor-IT-systemer er certificeret. De store systemleverandører giver desuden udtryk for, at deres kunder i høj grad anvender muligheden for ICPC-2 kodning i deres hverdag.

Der er en række basisforudsætninger, som skal opfyldes før Sentinel kan tages i brug på kiropraktorumrådet. En forudsætning for at man kan anvende data fra kliniske systemer er naturligvis, at gældende lovgivning overholdes, herunder at man skal have en databehandleraftale. En anden forudsætning er, at der skal være et samarbejde mellem systemleverandørerne og Sentinel, da leverandørerne vil få den praktiske opgave med at installere Sentinel-klienten, databank ved alle kiropraktorer samt udvikle nødvendig integration mellem Sentinel og respektive EPJ-systemer. Dette vil kræve en samarbejdsaftale med leverandørerne, hvilket vil forpligte dem til at gennemføre en certificeringsproces. Denne proces sikrer, at alle data indsamles, lagres og sendes korrekt. Fra Sentinel-enhedens side kræver dette, at der udvikles snitflader til alle systemer. Herudover forudsættes det, at der udvikles nødvendige databaser samt en lokalklient, til de krav der stilles i forhold til kiropraktorumrådet. Herunder at der også etableres de nødvendige Sundhedsdatanet-forbindelser og adgangen til bl.a. populationsdata.

Når disse basisforudsætninger er opfyldt, kan man se på behovet for implementering. Det er parternes vurdering, at der i en periode vil være behov for en udvikler på fuld tid. Dette skyldes hovedsageligt, at der skal udvikles den nødvendige basisfunktionalitet, men der vil også være opgaver med at tilpasse lokalklient, gennemføre den teknisk certificerings proces og i den forbindelse i begrænset omfang bistå praksissystem leverandøren. Samtidig vil udviklingen af de første kvalitets- og benchmarkingløsninger også være i regi af udvikler. Nye rapporter og løsninger kan laves i takt med, at der frigøres ressourcer til dette. Efter en indledende fase med en udvikler på fuld tid, må det forventes at være tilstrækkeligt med en udvikler på deltid.

Der bør herudover tilknyttes en projektleder til projektet. Denne vil ligeledes i en indledende fase skulle varetage relationen til praksissystemleverandørerne, gennemføre dialogen med brugerne om udvikling og funktionalitet, varetage løbende opfølgning på databehandler aftaler o.l. Projektlederen vil efterfølgende få til opgave at, gennemføre dialogen med brugerne om videreudvikling samt omsætte krav og ønsker til tekniske specifikationer. Projektleder skal også varetage en del af supportopgaven.

4.2 Peer-to-peer / klyngearbejde

Der skal beskrives en model for kiropaktorerne mulighed for på sigt at deltage i peer-to-peer arbejde/klyngearbejde.

Der skal her afdækkes alt fra den praktiske organisering af peer-to-peer-arbejdet, samt understøttelse, vejledning om og gode råd til, hvordan kiropaktorerne arbejder bedst sammen peer-to-peer med kvalitet, kvalitetsdata, herunder videndeling, erfaringsudveksling og benchmarking.

Der skal fastlægges rammer for forventningerne til samspillet mellem peer-to-peer-arbejdet/klyngearbejdet og det øvrige sundhedsvæsen, herunder særligt de regionale kvalitetsenheder.

4.3 En organisering, som forankrer arbejdet med kvalitet

Der skal etableres en klar organisering, som understøtter, at det systematiske arbejde med kvalitet fortsættes, samt at alle praksis inddrages og arbejder med kvalitet, herunder også nystartede klinikker og kiropaktorer, der overtager en klinik. Strukturen skal understøtte faglig sparring med deltagelse i kollegiale netværk og peer-to-peer arbejde.

Arbejdet med organisatorisk kvalitet efter akkrediteringen skal fortsættes i en ny ramme og der skal tages stilling til om der er dele af akkrediteringsstandarderne, som skal videreføres eller bringes med ind i en ny ramme for kvalitetsarbejdet. Strukturen skal forpligte det faglige miljø til at engagere sig i udvælgelse, prioritering og tilblivelse af konkrete kvalitetstiltag, så tiltag af kiropaktorerne opleves som klinisk relevante og derved understøtter ejerskab og motivation blandt kiropaktorerne.

Organiseringen af kvalitetsarbejdet skal tage højde for, at kiropaktorpraksis er små selvstændige enheder og der skal samtidig være fokus på kiropaktorerne rolle i et samlet sundhedsvæsen, herunder understøtte kommunikation på tværs af behandlere omkring den enkelt patient.

Der skal med organiseringen sikres relevant samarbejde om indsatser rettet mod kvaliteten i behandlingen af kiropraktorerne patientgrupper i regionerne (og med kommunerne) og kiropraktorerne skal kunne inddrages i lokale kvalitetsudviklingsprojekter.

I en ny organisering af kvalitetsarbejdet skal der ses på mulighederne for at understøtte sammenhængen mellem kvalitetsarbejdet og andre elementer af faglig udvikling i kiropraktorpraksis som f.eks. moderniseringer, forskning, systematisk efteruddannelse mv.

Der skal sikres sammenhæng og samspil med relevante nationale kvalitetsstrategier, herunder Nationalt Kvalitetsprogram for Sundhedsvæsenet og Nationale Mål for Sundhedsvæsenet 2019.

Indsatser

Parterne er enige om, at følgende konkrete indsatser er relevante at varetage indenfor kvalitetsmodellen og i regi af en kvalitetsenhed.

Organisatorisk kvalitet

Det fortsatte arbejde med kvalitet i forlængelse af det arbejde som IKAS har udført gennem den seneste overenskomstperiode, herunder fastholdelse af de forbedringer, som er opnået med akkrediteringen.

Datafangst og diagnosekodning

Arbejde med at understøtte, at det bliver muligt for klinikkerne at arbejde med databåret kvalitetsudvikling.

Peer-to-peer/klyngearbejde

Gennemføre tiltag som understøtter, at kiropraktorer kan etablere peer-to-peer benchmarking, hvor de kan diskutere og sammenligne aggregerede data fra deres klinikker i grupper.

Kvalitetsprojekter

Samle erfaringer fra enkeltstående kvalitetsprojekter med henblik på at bringe disse erfaringer ind i kvalitetsarbejdet i kiropraktorpraksis.

PRO/PROM og patienttilfredshed

Udarbejde og effektuere en patienttilfredshedsundersøgelse samt udarbejde et eller flere PRO-projekter på bevægeapparatsområdet

Kommunikation på tværs

Implementering af øget fokus på kommunikation i form af epikriser og korrespondancemeddelelser samt materiale til benchmarking af de enkelte klinikker.

Kvalitetsenhed

Parterne er enige om at arbejdet med kvalitet og kvalitetsudvikling forankres i en kvalitetsenhed.

Kvalitetsenheden skal kontinuerligt arbejde med at understøtte fagligheden og indsatserne i kiropraktorpraksis. Ved at samle kvalitetsarbejdet i en kvalitetsenhed sikres det, at der kan skabes sammenhæng mellem kvalitetsindsatser, samt at faglige og dedikerede ressourcer er afsat til opgaven med kvalitetsarbejdet, herunder at der i det daglige koordineres med de regionale kvalitetsenheder.

Kvalitetsenheden skal implementere de mellem parterne aftalte indsatser, og dermed varetage de opgaver, som parterne vurderer vil sikre retningen i kvalitetsarbejdet i kiropraktorpraksis.

Der skal i etableringen af kvalitetsenheden være mulighed for at fastsætte enhedens opdrag og specifikke ramme og målsætning, og derved også justere løbende, hvilke opgaver, der er givtige at inddrage i kvalitetsenhedens arbejde.

Kvalitetsenheden skal forankres i et partielt system, hvor de overordnede målsætninger og strategier besluttet på et politisk niveau, mens den udførende enhed forankres i en ny/eksisterende organisation.

Herindimellem etableres en faglig kvalitetsstyregruppe med repræsentanter fra begge parter, der skal prioritere og følge arbejdet.

I forhold til det politiske niveau forankres det i den eksisterende fondskonstruktion, hvor parterne i forvejen samarbejder om beslægtede områder, og som i øvrigt har kvalitetsarbejdet som en del af formålet.

Kvalitetsenheden forankres og placeres fysisk i det faglige regi på NIKKB, da det giver oplagt mulighed for sparring og samarbejde i det forskningsmiljø, som i forvejen understøtter kiropraktorpraksis i Danmark og som varetager beslægtede opgaver indenfor bl.a. billeddiagnostisk kvalitetssikring, systematiske efteruddannelse samt øvrige opgaver aftalt af parterne. NIKKB ledes allerede af en partielt udpeget bestyrelse.

Som noget nyt nedsættes en styregruppe bestående af 3 medlemmer udpeget af Dansk Kiropraktor Forening og 3 medlemmer udpeget af RL TN, Der udpeges en formand for styregruppen blandt RL TN's 3 medlemmer. Styregruppens opgave er at prioritere og følge arbejdet inden for kvalitetsmodellen for kiropraktorpraksis, herunder det konkrete arbejde i kvalitetsenheden samt snitfladerne og sammenhæng til opgaver i relation til systematisk efteruddannelse, billeddiagnostisk kvalitet og forskning. Styregruppen sekretariatsbetjenes af kvalitetsenheden på NIKKB og mødes mindst to gange årligt forud for bestyrelsesmøderne i NIKKB/Fonden og i øvrigt efter behov.

Samlet økonomi

Parterne har estimeret de forventede udgifter til en samlet kvalitetsmodel og er enige om, at der i regi af fonden afsættes følgende midler:

Tabel 1: Udgifter til kvalitetsarbejde (mio. kr.)

| | 2021 | 2022 | 2023 |
|--------------------------------|------------|-------------|-------------|
| Udvikling og drift af Sentinel | 2,0 | 1,75 | 1,75 |
| Kvalitetsenhed | 2,0 | 2,0 | 2,0 |
| Samlet | 4,0 | 3,75 | 3,75 |

Estimaterne er behæftet med en vis usikkerhed. Hvis beløbet er overestimeret det ene år, går pengene videre til finansiering af næste års udgifter. Skulle de afsatte midler vise sig at være for begrænsede, skal parterne i fællesskab tage stilling til den fortsatte finansiering af kvalitetsområdet. Der afsættes midler til overenskomstperioden, hvorfor parterne er enige om, at man ved aftalens udløb tager stilling til den fremtidige finansiering.

Parterne er enige om, at kiropaktorfonden kan ansøges om konkrete kvalitetsprojektmidler i det omfang de regionale kvalitetsenheder og/eller kvalitetsenheden ikke kan løfte opgaven.

Parterne er enige om, at udgifter forbundet med den beskrevne styregruppe ikke kompenseres via overenskomsten.

Det er vigtigt, at behandling ved en kiropraktor forgår som en integreret del af et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor smidig kommunikation simpelt kan foregå i sammenspil mellem kiropraktor, egen læge og andre relevante aktører. En vigtig del af det sammenhængende sundhedsvæsen er brug af epikriser og korrespondancemeddelelser. En korrekt brug af disse vil styrke patientsikkerheden, da patienten ikke skal sørge for dokumentation af eget sygdomsforløb.

En nødvendig betingelse for at et sådant sammenspil kan foregå er, at de tekniske forudsætninger og transaktionssystemerne er let tilgængelige og understøtter optimal kommunikation mellem kiropraktor og det øvrige sundhedsvæsen, ikke mindst praktiserende læge.

Tal fra MedCom viser, at der i 2019 blev sendt 19.218 epikriser og 16.309 korrespondancemeddelelser fra kiropraktorer til praktiserende læge, hvilket samlet set ikke vurderes at dække alle de tilfælde, hvor overenskomsten i dag peger på, at kommunikation skal finde sted, og der er meget langt op til et mål om, at alle ca. 380.000 patienter, der hvert år behandles hos kiropraktor, medfører en epikrise.

Parterne er enige om, at der ikke har været tilstrækkelig fokus på implementering og opfølgning på området, herunder at sikre at der er klarhed over begreber, brug og den fælles ambition om at epikriser og korrespondancemeddelelser nemt kan sendes fra kiropraktor til praktiserende læge m.fl. når relevant.

I regi af Medcom er der udarbejdet 'den gode kiropraktorepikrise' (senest revideret i 2015), der beskriver en række sundhedsfaglige anbefalinger for den gode kiropraktorepikrise.

Parterne er enige om, at det vil være formålstjenligt i fællesskab i regi af Medcom at få set dette igennem, især med fokus på om muligt at lave en 'epikrise-light' til ukomplicerede forløb, for derved at lette procedureerne ved kommunikation til egen læge vedr. denne gruppe.

Det vurderes derfor hensigtsmæssigt at der arbejdes med at beskrive hvornår henholdsvis epikrise og korrespondance meddelelser skal bruges, udarbejdelse af skabeloner til epikriser samt se på hvilke oplysninger, der er relevante. Desuden vil det også være relevant for et samarbejde, at oplysningerne ikke kun går den ene vej. For at nå denne ambition ligger der en opgave i at afdække de nuværende systemmæssige forhold, skitsere løsninger på de nødvendige tekniske og praktiske udfordringer og aftale en implementeringsplan og at dette arbejde forankres i den kommende kvalitetsmodel.

Den nuværende formulering i overenskomstens §5 er primært møntet på behovet for kommunikation vedr. 'komplicerede' patientforløb, som egen læge skal have besked om, enten i form af en kiropraktorepikrise, en røntgenepikrise eller en korrespondancemeddelelse. Ud fra et ønske om at der kommunikerer mere, også for ukomplicerede forløb, er parterne enige om, at der kommunikerer med egen læge i form af en epikrise på alle nye patienter (1015), der afsluttes, dog således at der tages højde for de patienter, hvor man ikke kan identificere, at en eventuel behandling også er den sidste.

Parterne er enige om, at den nuværende § 5 *KOMMUNIKATION MELLE KIROPRAKTORER OG PRAKTISERENDE LÆGER* ændres til:

”Stk. 1

Kommunikation mellem kiropraktorer og patientens praktiserende læge er særlig vigtig, når patienten har et parallelt forløb, som gør en tværgående indsats påkrævet.

Stk. 2.

Kommunikationen i form af kiropraktorepikrise skal særligt finde sted, hvor der er tale om:

- *at patienten har haft et længerevarende funktionsbegrænsende sygdomsforløb, især hvor patienten er sygemeldt*
- *at patienten er henvist fra egen læge*
- *at patienten henvist til anden sygehusafdeling og/eller afsluttes med anbefaling af, at behandling videreføres i andet regi*
- *at patienter har været i behandling under speciale 64*
- *alle nye ukomplicerede patientforløb i øvrigt*

Kommunikationen i form af billeddiagnostiskepikrise skal finde sted, hvor der er tale om:

- *at kiropraktoren, som led i et behandlingsforløb har rekvireret CT eller MR-undersøgelser*
- *at der er foretaget røntgen- eller ultralydsundersøgelse i kiropraktorpraksis*

Kommunikationen i form af korrespondancemeddelelser skal særligt finde sted, hvor der er tale om:

- *at kiropraktoren mistænker alvorlig patologi*
- *at kiropraktoren i øvrigt skal kommunikere i henhold til ydelsesbeskrivelserne under speciale 64*
- *at kiropraktoren ud over relevant information i en klinisk epikrise finder behov for at kommunikere særskilt og yderligere til egen læge/anden behandler undervejs i et forløb*

Stk. 3.

Ved kommunikation anvendes gældende MedCom-standarder, herunder epikrise.”

Side 28

Endvidere aftales, at der inden for rammerne af den aftalte kvalitetsmodel arbejdes på en grundig afdækning af problemstillinger og løsninger i henhold til at sikre korrekt brug af epikriser og korrespondancemeddelelser, samt at der søges udarbejdet standarder for 'simple' epikriser til brug ved 'ukomplicerede forløb.

6. Elektronisk booking

Side 29

For patienter med lidelser i bevægeapparatet er det vigtigt med en let adgang til kiropraktorpraksis gennem moderne og tidssvarende kommunikationsformer.

Ved at gøre det nemt og tilgængeligt for patienter at kontakte en kiropraktor på en måde, som giver mening i forhold til patientens behov, bidrager parterne til at skabe gode rammer for borgerens helbredelse og tilbagevenden til f.eks. arbejdsmarkedet.

I dag er mange patienter vant til, at en stor del af kontakten til sundhedsvæsenet foregår online. Særligt tidsbestilling og mindre komplicerede spørgsmål foregår via online portaler. Patienterne har derfor en forventning om, at de på tværs af sundhedstilbud kan anvende lignende kommunikationsformer.

En spørgeskemaanalyse fra Dansk Kiropraktor Forening viser, at udviklingen går den rigtige vej. Således havde knap 20% af de klinikker, der besvarede spørgeskemaet i 2018, mulighed for elektronisk tidsbestilling, mens tallet er steget til 36% i 2019.

Parterne er enige om, at kiropraktorerne senest med udgangen af den kommende overenskomstperiode skal tilbyde elektronisk booking til alle patienter der har haft første konsultation. Det betyder, at patienter skal have mulighed for booke tid elektronisk som et supplement til eksisterende kontaktmuligheder.

7. Understøtning af nært og sammenhængende sundhedsvæsen

Side 30

7.1 Henvisning til fysioterapi

For at underbygge et sammenhængende sundhedsvæsen er parterne enige om at det kan være relevant, at kiropraktorerne får mulighed for at henvise patienter til fysioterapi.

Det skønnes, at 10 -20 procent af de nuværende patienter i dag opfordres til at få fysioterapeutisk behandling, men hvor mange af dem, der i dag opsøger egen læge for at få en henvisning, er ikke muligt at skønne over.

Parterne er enige om at rette henvendelse til Sundheds- og Ældreministeriet med det formål at anmode om at gøre det muligt for kiropraktorer at henvise patienter til almen fysioterapi.

Parterne er i øvrigt enige om at såfremt kiropraktorer får mulighed for at henvise til fysioterapi, medfølger en forpligtelse for kiropraktoren til altid at kommunikere til patientens egen læge, når der sker en henvisning til fysioterapi.

Får kiropraktorerne mulighed for at henvise til fysioterapi, så er parterne enige om i fællesskab at opdatere overenskomsten i overensstemmelse hermed.

7.2 Satellitpraksis

I yderområder med lav befolkningstæthed er der ikke befolkningsgrundlag til at drive en kiropraktorpraksis.

Det har som konsekvens, at borgere der bor i yderområder, kan have længere til en kiropraktor. Hermed opstår der en geografisk ulighed på sundhedsområdet.

Det er i dag muligt at oprette satellitpraksis efter konkrete ansøgninger i regionen. Der kan derfor gives dispensation til at oprette satellitpraksis, hvis regionen finder behov herfor. Dette fremgår dog ikke tydeligt af overenskomsten.

Parterne er enige om at ændre §18 i den gældende overenskomst med henblik på at gøre opmærksom på, at det er muligt at søge dispensation til at drive satellitpraksis. Målet er at sikre, at de kiropraktorer, som ønsker at drive en satellitpraksis i tyndt befolkede områder, hvor der ikke i forvejen ligger en kiropraktorpraksis, får mulighed for at oprette en satellitpraksis, hvis ikke regionen ser hindringer herfor.

”Stk. 4.

Kiropraktorvirksomhed i henhold til denne overenskomst kan kun finde sted fra én praksisadresse. Dog kan de lokale samarbejdsudvalg give dispensation til oprettelse af satellitpraksis ved behov herfor.”

I det omfang at denne tilføjelse kræver tilretning i den øvrige overenskomstaftale, konsekvensrettes der efter behov.

8. Reguleringsordning

Side 32

For den kommende aftaleperiode er parterne enige om, at den automatiske pris- og lønfremskrivning anvendes som hidtil.

Ved aftaleperiodens udløb tager parterne jf. § 24, stk. 4 på ny stilling til anvendelsen af den automatiske pris- og lønfremskrivning fortsætter som hidtil.

9. Omkostnings- og indtjeningsundersøgelse

Side 33

Parterne er enige om, at der gennemføres en indtjenings- og omkostningsundersøgelse i den kommende overenskomstperiode.

De overenskomststilmeldte kiropraktorer er forpligtede til at deltage i undersøgelsen.

Næste undersøgelse gennemføres i 2022 på baggrund af indtjenings og omkostningsforholdene i kiropraktorpraksis for regnskabsåret 2021.

Undersøgelsens indhold og omfang aftales mellem parterne inden den iværksættes. Udgifterne til undersøgelsen afholdes af Kiropraktorfonden. Der afsættes 275.000 kr. i regi af Kiropraktorfonden til undersøgelsen.

Parterne er således enige om at opdatere overenskomstens bilag om omkostnings- og indtjeningsundersøgelse i henhold til ovenstående.

10.1 Billedediagnostik

Med baggrund i en række nye love og bekendtgørelser har branchen i form af øgede abonnementsudgifter og overenskomstens parter i fællesskab sikret finansiering og bevilliget tilskud fra fonden til en nødvendig opgradering og modernisering af KirPACS. Dette er nu næsten færdigopgraderet med øgede driftsudgifter til røntgenklinikkerne samt engangsinvesteringer i form af installering af såkaldte arealdosimeter på hvert anlæg til følge.

Parterne er enige om, at der i overenskomstperioden gives et engangstilskud på 10.000 kr. fra kiropraktorfondens til de klinikker, som kan dokumentere, at de har installeret arealdosimeter på deres anlæg.

Det skønnes, at der er 170 anlæg, hvilket indebærer en udgift på 1,7 mio. kr.

Endvidere er parterne enige om at klinikker, der opkobles til KirPACS i overenskomstperioden fortsat modtager et tilskud på 5.000 kr. Der afsættes 300.000 kr. i overenskomstperioden i regi af fonden hertil.

Derved sikres fuld integration af kiropraktorerne på det billeddiagnostiske område. En proces som blev påbegyndt i overenskomstaftalen fra 2011, hvor det blev aftalt at kiropraktorerne skulle kobles op på det fælles billedindeks via KirPACS uden omkostninger for hverken kiropraktorerne eller KirPACS.

10.2 Øget indbetaling til Kiropraktorfondens

For at sikre finansiering af de aftalte kvalitetstiltag er parterne enige om at øge indbetalingen for regionerne med 1,5 procentpoint og for kiropraktorerne med 0,67 procentpoint.

Overenskomstens tekst er som følger:

”§ 30 Indbetaling til fonden

Stk. 1

Til de i § 29 nævnte formål tilbageholder regionen i alt 10,14 % af kiropraktorerens tilgodehavende, der indbetales månedvis til fonden.

Stk. 2

Regionerne indbetaler én gang årligt til fonden et beløb svarende til 7,90 % af regionens udgifter til kiropraktisk behandling i det foregående regnskabsår. Regionernes indbetaling finder sted inden den 05-04.”

10.3 Protokollat om overenskomstens økonomi

Parterne er enige om, at den samlede økonomiske ramme for udgifterne til kiropraktisk behandling udgør 131,38 mio. kroner (okt. 2020-prisniveau).

Rammen tillægges løn- og prisregulering af honorarerne i henhold til overenskomstens reguleringsbestemmelse.

Til rammen lægges endvidere 1,219 mio. kr. (okt. 2020-niveau) i genanvendelsesmidler. I tilfælde af mindreforbrug i forhold til den samlede ramme på op til 1,219 mio. kr. overføres de uforbrugte genanvendelsesmidler til fonden.

Til rammen lægges endvidere 5,4 mio. (okt. 2020 niveau) som følge af indførelse af prolaps- og stenoseforløbene i speciale 64 under forudsætning af, at der behandles 15.000 patienter i speciale 64. I tilfælde af at der er færre end 15.000 patienter, udmøntes de 5,4 mio. kroner forholdsmæssigt.

Til rammen lægges derudover 0,8 mio. kr. (okt. 2020 niveau) til implementering af det aftalte moderniseringsarbejde.

Rammen følger kalenderåret og udgiftsudviklingen inden for overenskomstens område følges af parterne i kvartalsvise opgørelser, der viser regionernes udgifter vurderet i forhold til den aftalte ramme.

Hvis den månedsvise/kvartalsvise opgørelse viser tegn på, at udgifterne ikke kan holdes inden for den samlede aftalte ramme, iværksættes udgiftsdæmpende foranstaltninger, som fx kan være:

- Indskærpelse af de aftalte forudsætninger for ydelseernes anvendelse
- Ændring af anvendelsesområderne for de overenskomstmæssige ydelser
- Justering af tilskuddet for en eller flere ydelser under forudsætning af, at patienternes egenandel ikke ændres
- Skærpelse af højstegrænser

Hvis de årlige regionale udgifter til kiropraktik overstiger den afsatte ramme, sker der med virkning fra førstkommende regulering en

nedsættelse af det regionale tilskud samt en tilsvarende nedsættelse af honorarerne, således at modregningen ikke overvælttes på patienterne. Modregningen sker i én regulering, april eller oktober, og skal give kompensation svarende til den konstaterede forskel mellem den afsatte ramme og de regionale udgifter. Den fulde overskridelse forventes dermed tilbagebetalt efter et halvt år, hvorefter modregningen bortfalder.

Regional opfølgning på økonomien

Regionerne skal hvert kvartal udarbejde en opgørelse over udgifterne, antal patienter og antal ydelser til samarbejdsudvalget. Opgørelsen skal opdeles på specialer.

Den seneste opgørelse skal drøftes som fast punkt på møder i Samarbejdsudvalget.

Første opgørelse udarbejdes i august 2021, når tallene fra 1. kvartal i den nye overenskomstperiode foreligger.

Parterne kan efterfølgende aftale, at der skal indgå andre elementer i opgørelsen, såfremt der er behov herfor.

Data til den enkelte kiropraktor

Hvert kvartal skal regionerne levere data til den enkelte kiropraktor/klinik om:

- Bruttohonorar
- Bruttohonorar pr. patient og antal patienter
- Antal ydelser pr. patient

Opgørelsen skal opdeles på de to specialer. Derudover skal opgørelsen samtidig vise de tilsvarende oplysninger for regionen som helhed.

Oplysningerne er tilgængelige på Praksis- og Afregningsportalen via sundhed.dk.

Første opgørelse skal være tilgængelig medio august måned 2021, når tallene for i første kvartal i den nye overenskomstperiode foreligger.

11. Tekniske ændringer

Side 37

Parterne er enige om at foretage de i bilag Y beskrevne tekniske ændringer og tilføjelser.

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

Bilag Y Tekniske justeringer til overenskomsten

12. Overenskomstens løbetid

Side 38

Parterne er enige om, at overenskomsten med de ændringer, der følger af nærværende aftale, træder i kraft den 1. april 2021.

Parterne er enige om, at næste forhandling af overenskomsten på uopsagt grundlag bør være gennemført til ikrafttræden den 1. april 2024.

København, den 1. december 2020

For Regionernes Lønnings-
og Takstnævn

For Dansk Kiropraktor Forening

Anders Kühnau

Lone Kousgaard Jørgensen

/

/

Kirsten Jørgensen

Jakob Bjerre

Bilag Y: Tekniske justeringer til overenskomsten

| Nr. | Skal justeres | I overenskomsten | Aftalt justering |
|-----|--|------------------|--|
| 1 | Bilag 8 vedr. Aftale mellem SFU og DKF vedrørende kiropraktorer, der fungerer som tutor opdateres. | Bilag 8 | Bilag 8 revideres således, at bilaget afspejler den gældende bekendtgørelse som i dag er BEK nr. 650 af 26/06/2009 <i>Bekendtgørelse om tilladelse til selvstændigt virke som kiropraktor.</i> |
| 2 | Overenskomstens afsnit om billedudveksling gennemgås | §§ 7 - 8 | Overenskomstens §§ 7 og 8 gennemgås og revideres om nødvendigt i overensstemmelse med en ny overenskomstaftale. |
| 3 | Slette det med praksys.dk | §20 | ”Praksys.dk” slettes ud af anmærkningerne til § 20, stk. 2, således Side 24 ANMÆRKNING TIL § 20, stk. 2: Information vedr. 1-3 og 5-8 fremgår af Bygningsreglementet, mens trappestol (punkt 4) ikke indgår, men er medtaget, da det kan være en relevant oplysning for patienten. De af informationerne 1) til 8), der ikke har et felt i praksisdeklarationen |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | | | pr. 01-04-2017 registreres i et af fri-tekstfelterne i praksisdeklarationen. <i>Når regionerne overgår til nyt administrationssystem Praksys.dk, vil alle informationer 1) til 8) kunne registreres i et selvstændigt felt. (kursivering udgår).</i> |
| 4 | Ny tekst i stedet for akkreditering | §28 | Konsekvensrettes i overensstemmelse med en ny forhandlingsaftale. |
| 5 | Regionernes % sats til fonden | §30 | §30, stk. 2 og 3 skrives sammen, så det alene er den gældende procentsats som fremgår. |
| 6 | Indsættes nyt | Bilag 1 Økonomi protokollat | Indsætte nyt protokollat |
| 7 | Konsekvensrettelse af alle relevante bilag | Bilag 2-6 | Bilag 2-6 rettes i overensstemmelse med den nye forhandlingsaftale. |
| 8 | Udgår | Bilag 7 Diagnosekodning og datafangst | Bilag 7 udgår |