

APRIL 2016

# MANUEL BEHANDLING OG KIRO- PRAKTORERS FORBEHOLDTE VIRKSOMHEDSOMRÅDE



**MANUEL BEHANDLING OG KIROPRAKTORERS  
FORBEHOLDTE VIRKSOMHEDSOMRÅDE**

© Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen, 2016  
Du kan frit referere teksten i publikationen, hvis du tydeligt gør  
opmærksom på, at teksten kommer fra Styrelsen for Patientsik-  
kerhed og Sundhedsstyrelsen.

Styrelsen for Patientsikkerhed  
Islands Brygge 67  
2300 København S  
[www.stps.dk](http://www.stps.dk)

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S  
[www.sst.dk](http://www.sst.dk)  
April 2016

# INDHOLDSFORTEGNELSE

---

<b>Sammenfatning</b>	<b>4</b>
<b>1. Indledning</b>	<b>5</b>
1.1 Baggrund	5
1.2 Formål	5
1.3 Om rapporten	5
<b>2. Begrebsafklaring</b>	<b>7</b>
2.1 Manuel behandling	7
2.1.1 Manipulation	7
2.1.2 Ledmobilisering	8
2.1.3 Bløddelsbehandling	8
2.2 Evidensen for manuel behandling	8
<b>3. Beskrivelse og vurdering af risici ved manuel behandling</b>	<b>10</b>
3.1 Udtalelser fra faglige organisationer og selskaber	10
3.1.1 Den patientsikkerhedsmæssige risiko ved manipulation af rygsøjlels led	10
3.1.2 Kompetencer til at udføre manipulationsbehandling af rygsøjlels led	13
3.2 Rapport vedr. sager i Patienterstatningen	14
3.3 Styrelsernes samlede vurdering af risici	15
<b>4. Faggruppernes uddannelser</b>	<b>16</b>
4.1 Kiropraktorer	16
4.1.1 Historik og regelgrundlag	16
4.1.2 Bacheloruddannelsen for kiropraktorer	17
4.1.3 Kandidatuddannelsen for kiropraktorer	18
4.1.4 Den autoriserede kiropraktors turnusuddannelse	20
4.2 Fysioterapeuter	22
4.2.1 Uddannelsens varighed og overordnede indhold	23
4.2.2 Læringsudbytte for en professionsbachelor i fysioterapi	23
4.3 Registrerede alternative behandlere	25
4.4 Sammenligning af det faglige grundlag mellem kiropraktorer og fysioterapeuters kompetencer inden for manuel behandling	26
<b>5. Lovgivning</b>	<b>27</b>
5.1 Belysning af gældende lovgivning i Danmark	27

5.1.1	Kiropraktorer	27
5.1.2	Fysioterapeuter	28
5.1.3	Registrerede alternative behandlere	28
5.1.4	Specifikt om autorisationslovens § 52, stk. 6	28
5.1.5	Brugen af medhjælp	30
5.2	Gældende lovgivning i andre lande	30
<b>6.</b>	<b>Anbefalinger for hvilke faggrupper der fremover skal kunne udføre manuel behandling.</b>	<b>32</b>
6.1	Manipulationsbehandling af rygsøjlen, dvs. halshvirvelsøjlen, brysthvirvelsøjlen og lænderyggen	32
6.2	Manipulationsbehandling af kroppens perifere led	33
6.3	Ledmobilisering	33
6.4	Bløddelsbehandling	34
6.5	Registrerede alternative behandlere samt øvrige alternative behandlere	34
6.6	Opsummering	34
<b>7.</b>	<b>Præcisering/ændring af lovgivningen</b>	<b>36</b>
	<b>Bilag A: Høringsnotat</b>	<b>37</b>
	<b>Bilag B: Styrelsernes vurdering af seks artikler</b>	<b>47</b>

# SAMMENFATNING

Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen har vurderet de forskellige typer af manuel behandling samt risici herved. Ligeledes har styrelserne vurderet relevante faggruppers uddannelser i relation til denne behandlingsform. På denne baggrund er der udarbejdet anbefalinger for, hvilke behandlingsformer der bør forbeholdes særlige faggrupper at udføre. Styrelserne har i vurderingen haft fokus på patientsikkerheden.

Styrelserne skelner mellem manipulationsbehandling og ledmobilisering:

- Manipulation af rygsøjleled indebærer, at leddet med en hurtig impuls bevæges af behandleren til ydergrænsen af det fysiologiske område. Manipulationen udføres ofte ved en "high velocity teknik", hvor leddene hurtigt bevæges af behandleren, typisk ledsaget af en undertrykslyd. Kraftpåvirkningen kan variere.
- Ledmobilisering indebærer, at leddet bevæges af behandleren ved lav hastighed inden for leddets naturlige bevægeområde. Teknikken retter sig mod spændinger i lednære muskler og bløddele.

Den foreliggende evidens for effekten af manipulationsbehandling er svag.

Der er beskrevet alvorlige følgeskader med blivende funktionsevnedssættelser efter manipulationsbehandling særligt ved manipulation af halshvirvelsøjlen. Hyppigheden af disse skader er ikke kendte. Der er ikke på samme måde beskrevet alvorlige skader ved ledmobilisering af rygsøjlen og af perifere led.

Læger og kiropraktorer opnår i deres uddannelse sundhedsfaglige kompetencer til at vurdere indikation samt eventuelle kontraindikationer mod manipulation (medicin, andre sygdomme etc.) og øvrige behandlingskonsekvenser ved manipulationsbehandling af rygsøjlen. Uddannelsen til kiropraktor fokuserer særligt på diagnostik og manuel behandling af lidelser i rygsøjlen, bækken og ekstremiteter. Fysioterapeuter har et bredere fokus især målrettet genoptræning af muskelstyrke og bevægelighed. Styrelserne vurderer derfor, at kiropraktorer har betydeligt større forudsætninger for at vurdere indikationer og kontraindikationer for manipulationsbehandling end fysioterapeuter. Registrerede alternative behandlere vurderes ikke at de fornødne grundlæggende faglige forudsætninger for blandt andet at vurdere indikation og kontraindikation.

Set i lyset af alvorligheden af skaderne vurderer styrelserne af hensyn til patientsikkerheden, at manipulationsbehandling skal samles på få grupper af behandlere.

- Det anbefales derfor, at manipulationsbehandling af rygsøjlen forbliver forbeholdt for læger og kiropraktorer at udføre

Det er samtidig styrelsernes vurdering, at manipulationsbehandling af kroppens perifere led ikke er forbundet med de samme patientsikkerhedsmæssige risici, og at denne behandling derfor ikke bør forbeholdes særlige faggrupper. Det samme gør sig gældende for ledmobilisering af ryggen samt kroppens perifere led og bløddelsbehandling.

- Det anbefales derfor, at manipulationsbehandling af kroppens perifere led samt ledmobilisering af ryggen og perifere led *ikke* forbeholdes særlige faggrupper.

# 1. INDLEDNING

## 1.1 BAGGRUND

Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen har på baggrund af anmodning fra Sundheds- og Ældreministeriet foretaget en undersøgelse af området manuel behandling, herunder manipulation af kroppens led, samt kiropraktorerne forbeholdte virksomhedsområde.

Kiropraktorerne forbeholdte virksomhed består i, at kun kiropraktorer – udover læger – må udføre manuel behandling af kroppens led. Manuel behandling dækker over en række mere eller mindre indgribende teknikker, og som det fremgår af Sundhedsstyrelsens tidligere redegørelser på området, er de forskellige teknikker inden for manuel behandling vanskelige at afgrænse fra hinanden. Derudover er det ikke alle former for manuel behandling, som udgør en patientsikkerhedsmæssig risiko. Med henblik på at undgå uklarheder omkring retstillingen på området har Sundheds- og Ældreministeriet udtrykt et behov for en præcisering af de typer af manuel behandling, der i dag er omfattet af kiropraktorerne forbeholdte virksomhedsområde.

Der er tidligere sat spørgsmålstejn ved, hvorvidt kiropraktorerne forbeholdte virksomhedsområde bør justeres, så andre faggrupper også vil kunne udføre manuel behandling af kroppens led. Senest i april 2015, hvor et politisk flertal (V, DF, EL, LA og KF) pålagde den daværende regering at fremsætte et lovforslag, som ville give fysioterapeuter og registrerede alternative behandlere (RAB) mulighed for at udføre manuel behandling.

Sundheds- og Ældreministeriet har på baggrund heraf bedt Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen om at beskrive de forskellige typer af manuel behandling samt afklare, hvilke faggrupper der ud fra en sundhedsfaglig og patientsikkerhedsmæssig vurdering kan anbefales at måtte foretage de forskellige typer af manuel behandling.

## 1.2 FORMÅL

Det overordnede formål med denne undersøgelse er at beskrive de forskellige typer af manuel behandling samt at afklare, hvorvidt det patientsikkerhedsmæssigt er forsvarligt og kan anbefales, at andre faggrupper end kiropraktorer og læger fremadrettet kan udføre manuel behandling af kroppens led.

## 1.3 OM RAPPORTEN

Undersøgelsen tager afsæt i udtalelser indhentet i foråret 2015 fra relevante faglige organisationer og selskaber, jf. afsnit 3.1. Derudover er der inddraget vurderinger fra styrelsernes sagkyndige rådgiver, som besidder den faglige ekspertise inden for området.

Et udkast til nærværende undersøgelse blev sendt i høring hos relevante faglige organisationer den 23. februar 2016, jf. afsnit 3.1. I den endelige undersøgelse er de indkomne bemærkninger inddraget i det omfang, styrelserne har fundet det relevant og muligt. Styrelsernes kommentarer til høringssvarene fremgår af høringsnotatet i bilag A.

Ved udarbejdelsen af denne undersøgelse har styrelserne ikke haft til formål at afdække sundhedspersoners rettigheder, men alene haft fokus på patientsikkerheden.

Styrelserne har i rapporten ikke taget stilling til indikation for manuel behandling, herunder særligt manipulationsbehandling.

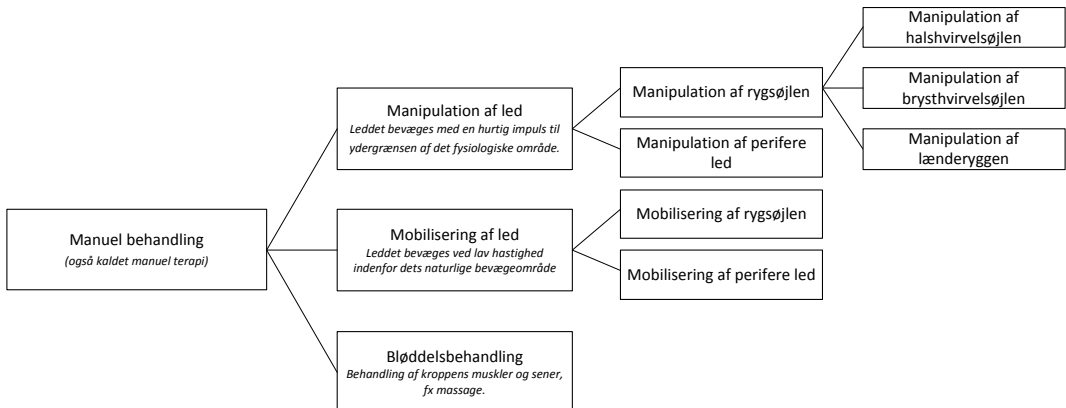
# 2. BEGREBSAFKLARING

## 2.1 MANUEL BEHANDLING

Manuel behandling (også kaldet manuel terapi) indebærer en række forskellige teknikker fra massage til manipulation af led. Fælles for dem er, at behandleren bruger sine hænder (manus) til behandlingen. Manuel behandling bliver anvendt til forskellige problemstillinger, men typisk til smertereduktion.

De manuelle teknikker er vanskelige fagligt at afgrænse skarpt fra hinanden. Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen tager i denne undersøgelse udgangspunkt i følgende inddeling af de forskellige typer af manuel behandling:

- Manipulation, herunder manipulation af hhv. rygsøjlen (columna) og perifere led.
- Ledmobilisering, herunder mobilisering af hhv. rygsøjlen (columna) og perifere led.
- Bløddelsbehandling (se desuden Figur 1).



Figur 1: Typer af manuel behandling

Disse typer af manuel behandling beskrives kort i de følgende afsnit. Det er desuden angivet, hvilke koder i Sundhedsvæsenets Klassifikationssystem (SKS) der er relateret til de tre overordnede typer af manuel behandling.

### 2.1.1 Manipulation<sup>1</sup>

Som det fremgår af styrelsernes tidligere redegørelser på området samt af et nyere review<sup>2</sup>, findes der ingen generel anerkendt definition af manipulation af rygsøjlen.

<sup>1</sup> SKS-koder: BLGN2, BLGN20, BLGN21, BLGN22.

<sup>2</sup> Nielsen, S.M. et al. The risk associated with spinal manipulation: An overview of reviews. 2016



På baggrund af litteraturen og bemærkningerne fra de adspurgte foreninger, synes der dog at være enighed om, **at manipulation af rygsøjlels led indebærer, at leddet med en hurtig impuls bevæges af behandleren til ydergrænsen af det fysiologiske område.**

Manipulationen udføres ofte ved en "high velocity teknik", hvor leddene hurtigt bevæges af behandleren, typisk ledsaget af en undertrykslyd. Kraftpåvirkningen kan variere.

Som udgangspunkt kan manipulation varetages på alle kroppens led, men i praksis anvendes teknikken kun ved manipulation af rygsøjlen. Denne rapport forholder sig derfor også kun til dette. Manipulation af rygsøjlen kan opdeles i manipulation af lænderyggen, brystvirvelsøjlen og halshvirvelsøjlen.

### 2.1.2 Ledmobilisering<sup>3</sup>

**Mobilisering af et led indebærer, at leddet bevæges af behandleren ved lav hastighed inden for leddets naturlige bevægeområde.** Teknikken retter sig mod spændinger i lednære muskler og bløddele.

### 2.1.3 Bløddelsbehandling<sup>4</sup>

Der foreligger her et utal af teknikker, der har til formål at modulere smerte og øge blodgennemstrømning, muskeltonus m.m. Nogle teknikker fokuserer på muskler, andre på ligamenter, senehinder og nerver. Behandlingen kan eksempelvis udføres ved forskellige former for triggerpunktbehandlinger og udspænding.

## 2.2 EVIDENSEN FOR MANUEL BEHANDLING

Der er ikke foretaget en systematisk litteratursøgning og -gennemgang af effekt og skadevirkninger ved manuel behandling – herunder i forhold til forskellige behandlergrupper – i forbindelse med udarbejdelse af denne rapport.

I National klinisk retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nylig opstået lumbal nerve-rodspåvirkning (lumbal radikulopati), Sundhedsstyrelsen 2016, er evidensen for ledmobiliserende teknikker (omfatter både ledmobilisering og manipulation) i lænderygsøjlen i tillæg til vanlig behandling afdækket. Retningslinjen kommer med anbefaling om at overveje at tilbyde manuelle ledmobiliserende teknikker til patienter med nyopstået lumbal nerve-rodspåvirkning i tillæg til vanlig behandling. Anbefalingen er svag, idet kvaliteten af evidensen er meget lav og delvis indirekte.

---

<sup>3</sup> SKS-koder: BLGNG, BLGNG1, BLGNG11, BLGNG13.

<sup>4</sup> SKS-koder: BLNG0, BLNG00, BLNG1, BLNG2, BLNG3, BLNG4, BLNG5, BLNG6, BLGN30, BLGN31, BLGN32, BLGN40, BLGN41, BLGN42, BLGN43, BMFF05, BKQB, BLNJ10.

Sundhedsstyrelsen er tilsvarende ved at udarbejde en National klinisk retningslinje for ikke-kirurgisk behandling af nylig opstået nerverodspåvirkning i halshvirvelsøjlen. Den vil tilsvarende afdække evidensen for ledmobiliserende teknikker (både manipulation og ledmobilisering) i halshvirvelsøjlen.

Sundheds- og Ældreministeriet har desuden den 30. januar 2015 anmodet den daværende Sundhedsstyrelse om vurdering af seks artikler omhandlende manuel behandling.

En mere detaljeret beskrivelse af de seks artikler findes i bilag B.

Én af artiklerne omhandler effekten af manipulationsbehandling af rygsøjlen på lænderygsmerter og er således ikke relevant i denne sammenhæng. Én anden af artiklerne er ikke et forskningsstudie, men en forskers kommentar til området, og der præsenteres således ingen data. Tre af artiklerne har set på behandlinger udført af kiropraktorer, og andre faggrupper er således ikke inddraget. To artikler har inddraget behandlinger udført af flere faggrupper, men uden at skelne mellem dem.

Som det også fremgår af den tidl. Sundhedsstyrelses redegørelse af 13. marts 2015, er det styrelsernes vurdering, at de medsendte artikler ikke er dækkende for den foreliggende litteratur, og at de ikke giver et reelt overblik over området. Dertil kræves en systematisk gennemgang af forskningslitteraturen. En sådan gennemgang har Parker Institutet på Bispebjerg Hospital udarbejdet på foranledning af Danske Fysioterapeuter, jf. afsnit 3.1.1. Artiklerne er således ikke inddraget i styrelsernes udarbejdelse af de fremtidige anbefalinger.

# 3. BESKRIVELSE OG VURDERING AF RISICI VED MANUEL BEHANDLING

## 3.1 UDTALELSER FRA FAGLIGE ORGANISATIONER OG SELSKABER

Til brug for udredning af forholdene vedrørende fysioterapeuter og kiropraktorers virksomhedsområder indhentede den daværende Sundhedsstyrelse i foråret 2015 udtalelser fra Dansk Neurologisk selskab, Dansk Neurokirurgisk Selskab, Dansk Kiropraktor Forening og Danske Fysioterapeuter om selskabernes og organisationernes beskrivelse og vurdering af risici forbundet med manipulation af led, herunder de forskellige dele af rygsøjlen. Sundhedsstyrelsen anmodede ligeledes om en vurdering af, hvilke faggrupper der under hensyn til patientsikkerheden vil have kompetence til at kunne udføre disse behandlinger.

De faglige organisationers og selskabers udtalelser med undtagelse af Danske Fysioterapeuter vurderer, at manipulationsbehandling af rygsøjlen af patientsikkerhedsmæssige årsager fortsat skal være forbeholdt læger og kiropraktorer.

I det følgende refereres deres begrundelser for dette.

Et udkast til nærværende undersøgelse blev sendt i høring hos relevante faglige organisationer den 23. februar 2016. Styrelserne modtog høringssvar fra Danske Fysioterapeuter, Dansk Kiropraktorforening, Lægeforeningen, Sammenslutningen af Alternative Behandlere (SAB) samt Dansk Selskab for Muskulosketal Medicin (DSMM).

Der refereres ligeledes fra organisationernes høringssvar i det følgende.

### 3.1.1 Den patientsikkerhedsmæssige risiko ved manipulation af rygsøjlels led

Dansk Neurokirurgisk Selskab anfører, at den største risiko ved manipulationsbehandling er i forbindelse med manipulation af rygsøjlen. Manipulation af rygsøjlen har således en række lette bivirkninger, som er hyppige og forsvinder hurtigt, men også en række sjældne og meget alvorlige bivirkninger, som i værste fald kan medføre svær invaliditet og død.

De beskriver derudover, at skade på en eller flere nerverødder kan medføre øget eller nyopstået smerte, muskellammelse og/eller føleforstyrrelser i det ene eller begge ben. Ved massiv nerverodspåvirkning kan ses et såkaldt "Cauda Equina syndrom" med lammelse i begge ben og manglende evne til at kontrollere blærens og endetarmens lukkemuskel. Ved en kompetent anamnese og forundersøgelser, hvor relevante kontraindikationer udelukkes, er de ovenfor beskrevne komplikationer sjældne.

Den thorakale del af rygsøjlen (brysthvirvelsøjlen) er forholdsvis rigid og er heller ikke så udsat for risiko ved manipulation.

Dansk Neurokirurgisk Selskab anfører desuden, at med hensyn til columna cervicalis (halshvirvelsøjlen), så er den hyppigste komplikation som følge af direkte mekanisk påvirkning ved manipulation, akut indsættende rodsmerter i en arm, eventuelt efterfulgt af mu-

skelsvaghed og føleforstyrrelser. Mekanismen er den samme som ovenfor beskrevet ved påvirkning af nerverødderne i lænderyggen. Da diskusprolaps i nakkehvirvelsøjlen hyppigt er laterale, viser dette symptombillede sig oftest med smerte fra en enkelt nerverod. I værste fald kan manipulation medføre lammelse fra halsen og nedefter. Alt efter hvor højt læsionen sidder, kan en sådan skade medføre øjeblikkeligt respirationsstop og død. Den hyppigste af de alvorligste bivirkninger er de iskæmiske hjerneskadener der kan opstå, når vertebralis arterien eller basilaris arterien beskadiges traumatisk ved manipulation. Mekanismen er, at der sker en overstrækning af arterien, der medfører en skade på indersiden af karret (intima) og en deraf følgende blodprop. Det kan medføre svær invaliditet og død.

Dansk Neurokirurgisk Selskab anfører endvidere, at American Heart Association og American Stroke Association i august 2014 (Stroke web, august 7, 2014) advarede mod anvendelse af manipulation af halshvirvelsøjlen på baggrund af en gennemgang af den eksisterende litteratur, hvor de fandt en statistisk sammenhæng mellem manipulation og slagtilfælde hos yngre og midaldrende patienter.

Dansk Neurokirurgisk Selskab anfører endelig, at der ikke findes eksakte tal for, hvor mange manipulationer der foretages, og der kan derfor ikke udregnes et validt tal for hyppighed af skader. Dog vides det, at der er tale om meget alvorlige, men sjældne skader. De henviser til, at Jevne et al. i Danmark og Norge i 2014 har gennemgået anmeldelser til Patientforsikringen og den tilsvarende norske instans fra 2004-2012 vedrørende kiropraktisk behandling. De gennemgik 300 anmeldelser, hvoraf 41% havde fået udbetalt erstatning. De hyppigste skader var forværring af symptomer og fremkaldelse af diskusprolaps. De meget alvorlige skader, såsom nye symptomer var 11,7% og 5,7% var dissektion af halspulsåren. Fordelingen af de anmeldte skader var: 31 % cervikale (halshvirvelsøjlen), 16% thorakale (brysthvirvelsøjlen) og 39,3% lumbale (lændehvirvelsøjlen).

Dansk Neurologisk Selskab anfører, at ud fra et neurologisk synspunkt er særligt risikoen for skade på arterier til hjernen og deraf følgende apopleksi en relevant bekymring. Det anføres, at cervical dissektion (CD), dvs. skade på arterier ved halshvirvelsøjlen, er en hyppig årsag til iskæmisk apopleksi hos yngre og midaldrende personer. Tilstanden kan være alvorlig og medføre blivende mén i form af lammelser, talehandicap og kognitive forstyrrelser, og i værste fald føre til døden, men lette skader uden blivende følger ses også.

Danske Fysioterapeuter anfører vedrørende risiko for skader ved cervical manipulation, at litteraturen især har opmærksomheden rettet mod risikoen for arterielle dissektioner og risikoen for skader på rygmarven som følge af ligamentøs instabilitet. De anfører, at risikoen for skader er meget lille – i størrelsesordenen fra 1 ud af 100.000 til 1 ud af 2.000.000.

De anfører desuden, at litteraturen peger på, at der fortsat er stor usikkerhed om, hvorvidt der i de tilfælde, hvor der er sket skader, kan påvises en direkte sammenhæng mellem manipulationsbehandlingen og den konkrete skade. Flere studier peger på, at der formodentlig er tale om tilfældig og uforudsigelig hændelse, som ville være opstået under alle omstændigheder, fordi der er tale om personer, som er særligt disponeret for eksempelvis blodpropper. Danske Fysioterapeuter anfører endvidere, at fordi der stadig mangler solid evidens for, at der ikke er en sammenhæng i de få tilfælde, hvor der sker skader, bør der være stor fokus på at eliminere risikoen. Her peger litteraturen på, at grundig anamnese,

udredning og kliniske ræsonnering bidrager til at reducere den i forvejen lille risiko for skader.

Danske Fysioterapeuter anfører i forlængelse heraf, at fysioterapeuter i den sammenhæng benytter standardiserede screeningsredskaber målrettet screening for vertebrobasilar insufficiens og for ligamentøs instabilitet, ligesom der også på baggrund af litteraturen er udarbejdet oversigt over forholdsregler for behandling med ledmobilisering og manipulation.

Danske Fysioterapeuter anfører endvidere, at der i hvert enkelt tilfælde altid bør foretages en vurdering af den relative risiko over for den relative benefit. Om effekten af ledmobilisering og manipulation peger litteraturen på, at der er lav til moderat evidens for god effekt af ledmobilisering og manipulation som enkeltstående behandling, hvorimod effekten øges, når ledmobilisering og manipulation kombineres med træningsterapi. I fysioterapi vil der derfor i reglen være tale om en indsats, som omfatter mobilisering i kombination med vejledning/patientuddannelse, specifik træningsterapi og generel fysisk aktivitet.

Det er på den baggrund Danske Fysioterapeuters vurdering, at risikoen for skader ved manipulation er meget lille forudsat naturligvis, at behandlingen udføres forsvarligt og korrekt, dvs. ud fra en vurdering af indikation og kontraindikationer og i overensstemmelse med standarder for risikohåndtering og teknikfærdigheder.

Danske Fysioterapeuter har til deres hørings svar vedlagt et review, som Parker Institutet på Bispebjerg hospital har udarbejdet på foranledning af Danske Fysioterapeuter.

Danske Fysioterapeuter anfører, at studiets konklusioner er, at der er en meget lille risiko for alvorlige skader ved manipulation dokumenteret i form af incidensrater på mellem 1/20.000 til 1/250.000.000. Risikoen er altså 1 for hver 20.000-250.000 manipulationer. Dertil kommer, at det kausale forhold mellem manipulation og skade er usikkert. Der kan altså ikke med sikkerhed siges noget om sammenhængen mellem manipulation og de få opståede skader.

Danske Fysioterapeuter anfører endvidere, at studiet samtidig pointerer, at selvom det lykkedes at finde et stort antal studier, så er det ikke muligt at beregne den præcise risiko, da studierne generelt er af lav metodisk kvalitet, og pålidelige data vedrørende antal udførte manipulationsbehandlinger ikke er tilgængelige, ligesom underreportering af skader, her som i alle denne type af undersøgelser, også må forventes af være gældende.

Dansk Kiropraktorforening anfører, at videnskabelige undersøgelser typisk inddeler reaktioner på manuel behandling i 1) normale reaktioner, typisk af forbigående karakter og ikke af klinisk varighed og 2) bivirkninger der kan være benigne eller alvorlige. De alvorlige kan ofte resultere i blivende skader. Eksempler på disse skader er arteriel dissektion (spalting) af halsens pulsårer eller arterielle tromboembolier (blodpropper), som kan medføre hele eller delvise lammelser i kroppen eller i værste tilfælde dødsfald. Andre alvorlige bivirkninger kan være brud på rygsøjlen.

Samlet vurderer Dansk Kiropraktorforening, at forekomsten af alvorlige bivirkninger ved manipulationsbehandling udført af kiropraktorer er lille. Ligeledes er der ikke en overhyppighed af skader til nakkens pulsårer, når patienter med nakkesmerte manipuleres i kiropraktorpraksis. Dog bør der efter Dansk Kiropraktorforenings mening være fokus på at forebygge og forhindre skader i at opstå. Der er ifølge foreningen i dag solid evidens for, at

hvis manipulationsbehandling af nakken udføres af uddannede kiropraktorer, er der ikke en overhyppighed af skader til nakkens pulsårer.

### **3.1.2 Kompetencer til at udføre manipulationsbehandling af rygsøjlels led**

Dansk Neurokirurgisk Selskab anfører, at det er væsentligt, at de der foretager manipulation af rygsøjlen har et indgående kendskab til diagnostik og differentialdiagnostik inden for sygdomme generelt og særligt inden for neurologiske symptomer og lidelser.

For at behandleren kan vurdere, om der er kontraindikationer for manipulationsbehandling, er det væsentligt, at behandleren kan optage en fuld anamnese og foretage objektiv undersøgelse inklusiv neurologisk undersøgelse, samt røntgenoptagelser, hvor dette er relevant. Inden behandling iværksættes er det vigtigt, at behandleren kan udelukke risikofaktorer, og ved behandling er det væsentligt, at behandleren kan genkende faresignaler hos patienten og kan handle hurtigt og relevant.

Dansk Neurokirurgisk Selskab anfører endvidere, at Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse om kiropraktorvirksomhed stadig er aktuel, og at der ikke er nyere litteratur, der afkræfter risikoen ved manipulation af rygsøjlen. Tværtimod har risikoen formentlig tidligere været underrapporteret.

Dansk Neurologisk Selskab er ligesom Dansk Neurokirurgisk Selskab af den opfattelse, at manipulationsbehandling af halshvirvelsøjlen bør forbeholdes sundhedsprofessionelle, der dels har uddannelsesmæssig baggrund til at vurdere, om nakkesmerterne primært skyldes cervical dissektion (CD), dels på relevant vis kan informere patienten om den statistiske sammenhæng mellem CD og halshvirvelsøjlemanipulation forud for behandlingen, således at patienten kan træffe et informeret behandlingsvalg.

Dansk Kiropraktorforening er af den opfattelse, at det fortsat er relevant, at manipulationsbehandling udføres af autoriserede sundhedspersoner, som har en uddannelsesmæssig baggrund, der gør dem i stand til at vurdere, om der er indikation for manipulationsbehandling, og ikke mindst at vurdere, hvornår dette ikke er tilfældet. Dansk Kiropraktorforening anfører, at et vigtigt element i kiropraktoruddannelsen netop er at sikre, at kiropraktorerne har de fornødne differentialdiagnostiske kompetencer. Dansk Kiropraktorforening anfører, at en ophævelse af reglerne om manipulationsbehandling som forbeholdt virksomhed vil medføre, at alle uanset kompetenceniveau vil kunne udføre manipulationsbehandling. Dette vil være en konsekvens, som forekommer helt uacceptabel ud fra patientsikkerhedsmæssige betragtninger.

Danske Fysioterapeuter anfører derimod, at fysioterapeuter er kompetente til at udføre manipulation på lige vilkår med læger og kiropraktorer.

Danske Fysioterapeuter henviser i deres udtalelse blandt andet til, at risikoen ved ledmanipulationsbehandling er meget lille, og at foreningen ikke er bekendt med sager i Patientombuddet, hvor fysioterapeuter har fejlbehandlet patienter med ledmobilisering eller -manipulation med skader til følge.

Danske Fysioterapeuter henviser til bekendtgørelsen for uddannelsen til professionsbachelor i fysioterapi. De anfører, at det i forhold til diagnostik og differentialdiagnostik heraf

fremgår, at modul 6 specifikt omhandler undersøgelse, diagnostik og differentialdiagnostik og modulerne 7-9 undersøgelse, klinisk ræsonnering og klinisk beslutningstagning.

Danske Fysioterapeuter oplyser, at Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi (DSMF) udbyder en internationalt anerkendt postgraduat uddannelse i muskuloskeletal fysioterapi svarende til 60 ECTS. I undervisningen indgår over 500 timers konfrontationstid. Uddannelsens fokus er evidensbaserede kliniske kompetencer, bl.a. i forhold til diverse manuelle metoder inden for specialet muskuloskeletal fysioterapi.

### **3.2 RAPPORT VEDR. SAGER I PATIENTSKADEERSTATNINGEN**

Danske Fysioterapeuter har i forbindelse med deres bemærkninger til nærværende undersøgelse indsendt en rapport fra Patientskadeerstatningen, der indeholder en undersøgelse af samtlige anerkendte sager om manipulationsbehandling fra 2000-2015. Rapporten er bestilt og betalt af Danske Fysioterapeuter.

Det fremgår af rapporten, at der i perioden har været 48 sager, som har opnået erstatning.

Af de 48 sager har ergo- og fysioterapeuter været involveret i 9, hvoraf de 6 er afgjort efter tålereglen. Kiropraktorer har været involveret i 32 sager, hvoraf 23 er afgjort efter tålereglen og speciallæger i 7 sager, hvoraf 2 er afgjort efter tålereglen.

Danske Fysioterapeuter konkluderer på baggrund af rapporten, at fysioterapeuter i forhold til at tage vare på patienternes sikkerhed i forbindelse med manipulationsbehandling har de rette kompetencer og udviser den rette omhu og samvittighedsfuldhed i forhold til såvel undersøgelse, diagnostik og behandling.

Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen har vurderet de i rapporten indeholdte sager. Det er styrelsernes vurdering, at visse skadetyper indikerer, at behandlingerne er udført med en ikke ubetydelig kraft.

Alvorligheden af skadefølgerne til manipulationsbehandlingen fordeler sig således (Patienterstatningens vurdering): Meget svær: 14 sager, Middel: 12 sager og Let: 21 sager, Uoplyst: 1 sag.

Styrelserne bemærker, at for en stor dels vedkommende, hvor skadefølgerne er meget svære, er der foretaget manipulation af halshvirvelsøjlen, og skaden består typisk i beskadigelse af pulsåre på halsen med efterfølgende blodprop i hjernen (10). 4 tilfælde af manipulation af hals resulterede i beskadigelse af nerverod.

De øvrige skadefølger omfatter læsion af nerverødder eller nerver, brud på ryghvirvel og ribbensbrud. Derudover indgår flere tilfælde, hvor behandlingen er gennemført uden sikker indikation, med utilstrækkelig forundersøgelse eller vurdering af kontraindikationer, førende til skade eller forsinkelse af korrekt behandling.

Det er efter en gennemgang af ovenstående sager styrelsernes vurdering, at på trods af det relativt lave antal sager om skader som følge af manipulationsbehandling, så er et ikke ubetydeligt antal af skaderne af alvorlig karakter, særligt i forbindelse med manipulation af halshvirvelsøjlen.

### 3.3 STYRELSESNES SAMLEDE VURDERING AF RISICI

På baggrund af de indkomne udtalelser i foråret 2015 samt organisationernes høringssvar til udkastet af nærværende undersøgelse i foråret 2016 har styrelserne med inddragelse af relevant sagkyndig rådgivning vurderet risici ved manipulationsbehandling.

Styrelserne hæfter sig ved, at manipulationsbehandling af rygsøjlen indebærer ikke-ubetydelige risici uanset at frekvensen er ukendt. Styrelserne hæfter sig desuden ved, at reviewet, som Parker Institutet har udarbejdet på foranledning af Danske Fysioterapeuter, konkluderer, at det trods en omfattende litteratur på området ikke er muligt at uddrage valide estimater vedr. sikkerheden ved manipulationsbehandling af røgsøjlen.

Styrelserne er af den opfattelse, at en tvivl om farligheden af behandlingen skal komme patienterne til gode. Vi finder derfor, at manipulation af rygsøjlen bør begrænses til faggrupper, som har den fornødne uddannelse og de nødvendige faglige kvalifikationer til at vurdere indikationen samt eventuelle kontraindikationer for behandlingen.



## 4. FAGGRUPPERNES UDDANNELSER

I det følgende afsnit beskrives de forskellige faggrupperes autorisationsgivende grunduddannelser. Beskrivelsen tager udgangspunkt i uddannelsernes studieordninger.

Generelt gælder det, at alle autoriserede sundhedspersoner jf. autorisationslovens § 17 er forpligtede til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, og sundhedspersoner kan derfor kun gennemføre en behandling som fx manipulation, hvis de mener, at de kan gennemføre den i henhold til kravet om omhu og samvittighedsfuldhed.

Den lægelige grunduddannelse giver viden om sygdomme i rygsøjlen og dens led, hvorfor lægen har forudsætningerne for at udføre korrekt behandling eller foretage en henvisning til, at dette kan iværksættes. Selv om læger må udføre manipulation, indgår specifik træning i dette ikke i den lægelige grunduddannelse. Læger vil - ligesom andre autoriserede sundhedspersoner - ikke vise omhu og samvittighedsfuldhed, hvis de foretager manipulation af rygsøjlen uden tilstrækkelige kompetencer heri.

Styrelserne finder derfor ikke, at gennemgang af lægers uddannelse er relevant for redegørelsen.

### 4.1 KIROPRAKTORER

Kiropraktorers uddannelse er en 5-årig universitetsuddannelse i klinisk biomekanik, som består af en 3-årig bacheloruddannelse<sup>5</sup> og en 2-årig kandidatuddannelse<sup>6</sup>. I uddannelsen indgår både teoretisk viden og praktiske færdigheder. Læringsmål indenfor praktiske færdigheder opnås overvejende ved færdighedstræning og klinikophold og testes typisk i form af praktiske prøver (løbende formativ assessment), OSCE eksamen (objektiv struktureret klinisk eksaminering) og /eller ved andre kompetencevurderingsmetoder.

#### 4.1.1 Historik og regelgrundlag

Kiropraktik blev en autoriseret sundhedsprofession ved lov nr. 415 af 6. juni 1991 om kiropraktorer m.v. som ændret ved lov nr. 502 af 30. juni 1993, og kiropraktorerens virksomhedsområde fastlagdes ved bekendtgørelse 520 af 30/06/1993 om kiropraktorvirksomhed.

Siden 1994 har kiropraktoruddannelsen været forankret på Syddansk Universitet, hvor gennemførelse af kandidatdelen fører til autorisation som kiropraktor af Styrelsen for Patientsikkerhed i henhold til Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, 877 af 04/08/2011, § 52.

---

<sup>5</sup> [http://www.sdu.dk/Uddannelse/Bachelor/Klinisk\\_biomekanik/Uddannelsens\\_opbygning/Studieordning](http://www.sdu.dk/Uddannelse/Bachelor/Klinisk_biomekanik/Uddannelsens_opbygning/Studieordning)

<sup>6</sup> [http://www.sdu.dk/Uddannelse/Kandidat/Klinisk\\_biomekanik/Uddannelsens\\_opbygning/Studieordning](http://www.sdu.dk/Uddannelse/Kandidat/Klinisk_biomekanik/Uddannelsens_opbygning/Studieordning)

Uddannelsesrådet for kiropraktorers turnustjeneste er nedsat af Sundhedsstyrelsen i henhold til Bekendtgørelse om tilladelse til selvstændigt virke som kiropraktor af 26. juni 2009, og er rådgivende overfor Sundhedsstyrelsen i spørgsmål om den supplerende praktiske uddannelse. Meddelelse om tilladelse til selvstændigt virke som kiropraktor gives af Styrelsen for Patientsikkerhed, jf. Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, 877 af 04/08/2011, § 53.

I dag er der omkring 850 autoriserede kiropraktorer i Danmark. I 2015 blev i alt 28 nye kiropraktorer autoriserede (Kilde: STPS 2016).

#### 4.1.2 Bacheloruddannelsen for kiropraktorer

Formål med uddannelsen:

- At indføre den studerende i et eller flere fagområders videnskabelige discipliner, herunder fagområdets/fagområdernes teori og metode, så den studerende opnår en bred faglig viden og kunnen,
- At give den studerende den faglige viden og de teoretiske og metodiske kvalifikationer, så den studerende bliver i stand til selvstændigt at identificere, formulere og løse komplekse problemstillinger inden for fagområdets/fagområdernes relevante bestanddele, og
- At give den studerende grundlag for udøvelse af erhvervsfunktioner og kvalificere sig til optagelse på en kandidatuddannelse.

Uddannelsen opbygges af moduler i tre spor<sup>7</sup>:

1. Biomedicinsporet omfatter uddannelsens konstituerende sundhedsvidenskabelige grundfag og grundlæggende samfundsvidenskabelige fag. Det biomedicinske spor skal give bacheloren en omfattende viden om menneskekroppens opbygning og funktion, dets regulatoriske mekanismer på indre og ydre forhold, fra molekyle til det hele menneske, og give de studerende forudsætninger for at forstå sundhed og sygdom i en social, kulturel og etnisk kontekst både for det enkelte individ og i et nationalt og internationalt sundhedsperspektiv. Omfanget af det biomedicinske spor er 113 ECTS points.
2. Professionssporet omfatter klinikophold, færdighedstræning og kommunikationstræning. Professionssporet skal sikre, at de studerende har grundlæggende kliniske kompetencer til at modtage og udrede patienter med bevægeapparatslidelser og heraf afledte smertetilstande i rygsøjle, bækken og ekstremiteter samt kan udføre basal kiropraktisk behandling. Det samlede omfang af professionssporet er 33 ECTS-point.

---

<sup>7</sup> Denne opdeling i spor karakteriserer alle danske universiteters sundhedsfaglige bachelor- og kandidatuddannelser

3. Akademikersporet omfatter videnskabsteori, videnskabelig metode og informationskompetence. Akademikersporet skal sikre, at de studerende har grundlæggende akademiske kompetencer, herunder at de kan opstille hypoteser og forskningsspørgsmål, søge svar på disse, tolke egne og andres resultater, vurdere videnskabelig litteratur kritisk og analytisk og forstå, hvordan ny viden skabes. Det samlede omfang af akademikersporet er 34 ECTS points.

Intentionen med modellen er at sikre sammenhæng og progression ikke alene i uddannelsens moduler men også i kompetencer indenfor hvert af de tre spor igennem hele den kiropraktiske uddannelse. Opbygningen videreføres således i kandidatuddannelsen for klinisk biomekanik, ligesom tænkningen genfindes i de syv roller, som danner basis for kiropraktorerens turnusuddannelse.

I kiropraktorerens bachelor uddannelse indgår blandt andet følgende færdighedskompetencer:

- Demonstrere kliniske færdigheder med optagelse af sygehistorie, objektiv undersøgelse og formulering af udredningsplan.
- Demonstrere basale psykomotoriske færdigheder nødvendige for udøvelse af kiropraktorfaget
- Udføre grundig undersøgelse af columna
- Udføre basal manuel behandling
- Demonstrere basale diagnostiske færdigheder i forhold til lidelser i columna
- Anvende videnskabelig metode til at analysere, fortolke og vurdere de metoder og principper, der danner grundlag for diagnostik, behandling og interventioner.

Kompetencer indenfor disse områder erhverves yderligere på højere niveau i kiropraktor kandidatuddannelsen inklusiv forskellige manipulationsteknikker.

#### **4.1.3 Kandidatuddannelsen for kiropraktorer**

Uddannelsen har til formål:

- At indføre den studerende i fagområder inden for diagnostik, forebyggelse og behandling af smerte og funktionsbegrænsende tilstande i bevægeapparatet
- At kvalificere den studerende til, på et natur- og sundhedsvidenskabeligt grundlag, at bestride funktionen som kiropraktor i et sundhedsvæsen og et samfund i udvikling.
- At give de studerende grundlag for videre- og efteruddannelse efter afsluttet kandidateksamen.

Uddannelsen er opdelt i otte moduler. Hvert modul omfatter 8 ugers undervisning, og afsluttes med en modul-eksamen. Samtidig er uddannelsen – som bacheloruddannelsen – inddelt i tre spor: det kliniske spor, akademikersporet og professionssporet. Hvert af de otte moduler består således af undervisningselementer indenfor to eller tre af sporene.

1. Klinikersporet omfatter medicinsk og radiologisk diagnostik. Undervisningen baseres på forelæsnings- og gruppearbejde omkring cases fra det virkelige liv. Man diagnosticerer, laver behandlingsplaner og håndterer patienter med lidelser af mange forskellige typer.

2. Professionssporet er en fortsættelse af bacheloruddannelsen. Færdighedstræningen fortsættes med vægt på ekstremiteterne samt en bredere bio-psycho-social ramme for forebyggelse og behandling. På klinikopholdene diagnosticeres patienter under supervision, og man er som studerende ansvarlig for behandlingsplanen.
3. Akademikersporet er et selvstændigt videnskabeligt projekt. Gennem projektet opnås kompetencer med fokus på, hvordan man bliver en kritisk forbruger af information inden for bevægeapparatets lidelser.

#### **4.1.3.1 Kompetenceprofil for den færdiguddannede kandidat i klinisk biomekanik**

Efter afsluttet uddannelse skal kandidaten i klinisk biomekanik inden for de 3 kompetenceområder kunne:

##### **Viden**

- Foreslå relevante laboratorieundersøgelser under vejledning
- Analysere og anvende forskningsresultater kritisk
- Redegøre for farmakologiske principper og bivirkninger

##### **Færdigheder**

- Optage anamnese selvstændigt
- Udføre objektive undersøgelser selvstændigt
- Udføre manuel behandling af bevægeapparatet selvstændigt
- Udføre billeddiagnostiske undersøgelser
- Anvende træningsprogrammer til patienter
- Føre journal og anvende journaloptegnelser selvstændigt
- Syntetisere anamnestiske oplysninger, kliniske og parakliniske fund til differentialdiagnoser
- Vurdere hvorvidt patienter bør henvises til anden behandling/undersøgelse
- Planlægge behandlingsforløb indenfor rammerne af evidensbaseret praksis
- Planlægge og anvende træningsprogrammer til patienter
- Tolke relevante laboratorieundersøgelser under vejledning
- Tolke billeddiagnostiske undersøgelser selvstændigt
- Vurdere farmakologisk behandling relevant for bevægeapparatet
- Kommunikere med patienter og de øvrige sundhedsprofessioner
- Vejlede ambulatorie-patienter om forebyggelse

##### **Kompetencer**

- Overføre viden fra kliniske og biomedicinske fag til klinisk praksis
- Reflektere over og analysere egen praksis
- Deltage i tværfaglige rehabiliteringssamarbejder
- Samarbejde med patienter og de øvrige sundhedsprofessioner
- Udvide professionel adfærd
- Identificere egne læringsbehov og handle derefter.

#### 4.1.4 Den autoriserede kiropraktors turnusuddannelse

Efter den 5-årige kiropraktoruddannelse i Klinisk Biomekanik på SDU kan kandidater autoriseres som kiropraktorer. For at opnå tilladelse til selvstændigt virke som kiropraktorskal den autoriserede kiropraktor gennemgå en 1-årig supplerende praktisk uddannelse gennem ansættelse i en kiropraktorklinik. Denne uddannelse kaldes turnusuddannelse eller turnustjeneste. Kiropraktoren, der gennemgår uddannelsen, kaldes en turnuskandidat.

I klinikken lærer turnuskandidaten om den kliniske hverdag i praksis via et uddannelsesforløb planlagt efter et af Sundhedsstyrelsen godkendt uddannelsesprogram med klinisk logbog og 3 obligatoriske samtaler. Der bruges en tilhørende registreringsattest til kliniske cases. Uddannelsesprogrammet skal udfyldes efter forskrifterne og godkendes, inden turnuskandidaten kan erhverve sin tilladelse til selvstændigt virke via en formular, som bekræfter, at turnuskandidaten har gennemført uddannelsen.

##### 4.1.4.1 Kompetencer, der opnås i turnusuddannelsen.

Turnusuddannelsen bygger videre på viden, færdigheder og kompetencer, der er opnået i grunduddannelsen og bibringer turnuskandidaten den professionelle kompetence i udførelse af kiropraktisk arbejde i en reel klinisk hverdag. Herved indlæres og fastholdes rutine i kommunikation, diagnostik og behandling af muskuloskeletale lidelser med kiropraktiske teknikker, supervisor og vejledt af tutor. Kompetencerne, der beskrives i turnusprogrammet, bygges som i grunduddannelsen op i de 3 niveauer: Viden, færdigheder og kompetencer.

Turnuskandidaten skal kunne:

##### Viden

- Redegøre for andre relevante faggruppers arbejdsområder.
- Redegøre for ansættelsesstedets opbygning og ledelse, herunder:
- Personalets arbejdsopgaver.
- Drift i overensstemmelse med *Landsoverenskomst om kiropraktik*, praksisøkonomi og ansættelsesret.
- Journalisering og arkivering.
- Redegøre for sundhedssystemets opbygning, det regionale sundhedssystemets opbygning og styringsmæssige og organisatoriske forhold.
- Analysere og afgøre strukturering og prioritering af det kliniske arbejde.
- Diskutere rollen som autoriseret behandler i det danske sundhedsvæsen.
- Vurdere love, regler, rettigheder og pligter gældende for en kiropraktors virksomhedsområde, herunder virke i overensstemmelse med *Landsoverenskomst om kiropraktik* med henblik korrekt efterlevelse af dem.

##### Færdigheder

Turnuskandidaten skal kunne:

- Syntetisere en fyldestgørende anamnese.
- Udføre radiografiske undersøgelser på lokalt udstyr selvstændigt.
- Håndtere kliniske problemstillinger for pædiatriske og geriatriske patienter.

- Selvstændigt udføre en eller flere manipulationsteknikker eller andre manuelle teknikker for følgende områder:
  - hoved og hals
  - Thorax (brystkasse)
  - Lænd og bækken
  - Overekstremiteter
  - Underekstremiteter
- Syntetisere differentialdiagnoser for akutte, subakutte og kroniske muskuloskeletale lidelser.
- Vurdere indikationer for billeddiagnostiske undersøgelser.
- Vurdere og handle på billeddiagnostiske undersøgelser, herunder evt. foretage relevant henvisning.
- Syntetisere differentialdiagnoser for akutte, subakutte og kroniske muskuloskeletale lidelser.
- Vurdere indikationer for billeddiagnostiske undersøgelser.
- Vurdere og handle på billeddiagnostiske undersøgelser, herunder evt. foretage relevant henvisning.
- Vurdere indikationer for laboratorieundersøgelser.
- Vurdere og handle på laboratorieundersøgelser ved de mest almindelige gigtlidelser, cancer- sygdomme og medicinske lidelser, herunder evt. foretage relevant henvisning.
- Planlægge og instruere relevante rehabiliteringstiltag indenfor stabilitetstræning, styrketræning og konditionstræning.
- Vurdere og handle på respons til belastningsstrategier ad modum McKenzie for columna.
- Selvstændigt vurdere hvilke manipulationsteknikker eller andre manuelle teknikker, der skal anvendes i konkrete kliniske situationer.
- Syntetisere en fyldestgørende afrapportering til nye patienter.
- Syntetisere røntgenbeskrivelser, attester, henvisninger og epikriser.
- Syntetisere fyldestgørende kasuistikker, dvs. systematiske og reflekterede gennemgange af cases.
- Udføre empatisk og professionel patientkommunikation og supervision.
- Vejlede om forbyggende tiltag.
- Rådgive om tilstandens indflydelse på aktiviteter i forhold til arbejde, fritid og ergonomi.
- Diskutere komplekse kliniske problemstillinger med kolleger.
- Diskutere og kommunikere med andre faggrupper.

## Kompetencer

- Syntetisere behandlingsforløb for ofte forekommende akutte, subakutte og kroniske muskuloskeletale lidelser baseret på den bedste tilgængelige evidens.
- Håndtere komplicerede kliniske problemstillinger selvstændigt.
- Identificere og reagere på behandlingskomplikationer.
- Vurdere og handle på etiske problemstillinger.
- Udvide professionel adfærd overfor patienter, kolleger og samarbejdspartner. Professionel adfærd indebærer at udvise:
  - Ansvarlig adfærd.
  - Omhu og evne til at forberede sig.

- Initiativ og lærevilje.
- Bevidsthed om personligt ansvar, holdning og social adfærd i forhold til patienter, kolleger og samfund.
- Vurdere og handle på sygdomme/symptomer udenfor kiropraktorens virkeområde med henblik på relevant henvisning.
- Indgå i tværfaglige samarbejder på lokalplan selvstændigt.
- Analysere eget arbejde kritisk og identificere egne læringsbehov.

Forhold, der i særlig grad afspejler kiropraktorenes forbeholdte virksomhedsråde, er i høj grad defineret under 'færdigheder'. Turnusuddannelsen kræver her stigende grad af selvstændighed i udførelsen af kiropraktorens kerneopgaver og krav om håndtering af kiropraktorens opgavevaretagelse inden for fagets rammer og virksomhedsfelt.

#### **4.1.4.2 Kurser for turnuskandidaterne**

På kurserne perspektiveres den opnåede viden fra klinikhverdagen med gennemgange af cases og forelæsninger om relevante emner. Kursusprogrammet, som turnuskandidaten skal gennemføre, består af 17 kurser, herunder blandt andet:

- Anvendt billeddiagnostik
- Håndtering og tolkning af blodprøver
- Komplikationer og kontraindikationer ved kiropraktisk behandling
- Den kliniske undersøgelse
- Behandling af børn i praksis
- Ortopædi med rehabilitering af skulder og hofter
- Manuel behandling af lænd og bækken
- Ekstremitetsbehandling
- Håndtering af patienter med høje nakkesmerter og hovedpine

Kurserne uddyber i vidt omfang den viden der er opnået i grunduddannelsen, med yderligere fokus på praktisk arbejde i kiropraktorens virkefelt. Kiropraktorer har således et bredt fagligt fundament med faglig indsigt og praktisk oplæring i at kunne udføre manipulationsbehandling.

## **4.2 FYSIOTERAPEUTER**

Fysioterapeutuddannelsen er en 3 1/2 årig professionsbachelor med lignende indhold dog på et uddannelsesmæssigt lavere niveau. Fysioterapeuters uddannelse indeholder en generel og specifik sygdomslære, hvor der inddrages sygdommes ætiologi, patogenese og symptomkomplekser i diagnostik og differentialdiagnostik samt i overvejelser om indikation og kontraindikation for fysioterapeutisk intervention. I uddannelsen indgår særligt færdigheder rettet mod forebyggelse og behandling gennem anvendelse af fysisk træning og aktivitet samt manuelle teknikker herunder mobiliseringsteknikker, fysiske modaliteter, elektroterapi og hjælpemidler, vejledning, rådgivning og undervisning med henblik på at udvikle, bevare og genskabe optimale forudsætninger for bevægelse og funktionskapacitet. Forebyggelse og behandling retter sig mod fysisk, psykisk, emotionelt og socialt velbe-

findende med baggrund i menneskets ressourcer, ønsker og muligheder for bevægelse og fysisk aktivitet<sup>8</sup>.

I dag er der 16.704 autoriserede fysioterapeuter i Danmark, hvoraf 871 fik deres autorisation i 2015.<sup>9</sup>

#### **4.2.1 Uddannelsens varighed og overordnede indhold**

Uddannelsen er indholdsmæssigt bygget op i 14 tematiske moduler, der afsluttes med et bachelorprojekt. I uddannelsen indgår praktik på private og offentlige behandlings- og rehabiliteringsinstitutioner, fysioterapifdelinger på regionale hospitaler og i kommunalt regi. Den kliniske undervisning på fysioterapeutuddannelsen udgør i alt 42 ECTS svarende til 28 uger.

Formålet med uddannelsen til professionsbachelor i fysioterapi er at kvalificere den studerende til, efter endt uddannelse, at kunne fungere selvstændigt som fysioterapeut og til at indgå i et fagligt og tværfagligt samarbejde. Uddannelsen skal derfor kvalificere den studerende inden for teoretisk og klinisk fysioterapi. Uddannelsen tilpasses løbende, så den altid er i overensstemmelse med den samfundsmæssige, videnskabelige og teknologiske udvikling samt befolkningens behov for fysioterapi.

Uddannelsen indeholder både fysioterapeutiske fag som fx *Manuel vævsundersøgelse og behandling*, andre sundhedsvidenskabelige fag som fx *Sygdomslære og hygiejne*, naturvidenskabelige fag som fx *Videnskabelig metode* samt humanistiske og samfundsvidenskabelige fag. I løbet af uddannelsen kombineres teoretisk og klinisk undervisning med stigende sværhedsgrad og kompleksitet.

I uddannelsen indgår samlet teoretiske undervisningsdele svarende til i alt 168 ECTS-point og kliniske undervisningsdele svarende til i alt 42 ECTS-point. Uddannelsen afsluttes med et bachelorprojekt.<sup>10</sup>

Efter endt grunduddannelse bliver fysioterapeuten autoriseret af Styrelsen for Patientsikkerhed, hvorefter vedkommende har ret til selvstændigt at udføre den fysioterapeutiske gerning.

#### **4.2.2 Læringsudbytte for en professionsbachelor i fysioterapi**

Læringsudbytte omfatter den viden, de færdigheder og de kompetencer, som en professionsbachelor i fysioterapi har opnået i uddannelsen.

---

<sup>8</sup> Bekendtgørelse om uddannelse til professionsbachelor i fysioterapi, nr. 831 af den 13. august 2008

<sup>9</sup> STPS 2016

<sup>10</sup> Bekendtgørelse om uddannelse til professionsbachelor i fysioterapi, nr. 831 af den 13. august 2008



## Viden

En nyuddannet professionsbachelor i fysioterapi har viden om:

- Centrale kundskabsområder inden for fysioterapiprofessionens teoretiske samt praktiske udøvelse, herunder viden om anvendelse af forskellige videntyper (videnskabelig viden, erfaringsbaseret viden, kropskundskab).
- Fysioterapeutisk teori og metode og kan reflektere over disse i forhold til professionsudøvelsen.
- Sundhedsvidenskab, naturvidenskab, samfundsvidenskab og humaniora med henblik på at kunne integrere relevant viden i professionsudøvelsen.
- Videnskabsteori- og metode, herunder litteratur- og informationssøgning, dokumentation og kvalitetsudvikling og kan forstå de metodologiske aspekter med henblik på at integrere dette hensigtsmæssigt i professionsudøvelsen.
- Lovgrundlag og etik for professionsudøvelsen og kan forstå og handle i forhold til dette.

## Færdigheder

En nyuddannet professionsbachelor i fysioterapi kan:

- Planlægge, iværksætte, gennemføre og vurdere effekten af sammenhængende og fyldestgørende fysioterapeutisk undersøgelse og intervention.
- Analysere, vurdere og diagnosticere bevægelses- og funktionsproblemer samt borgerens handlekapacitet og ressourcer i relation til disse.
- Identificere, prioritere og begrunde fysioterapifaglige problemstillinger, analysere disse med anvendelse af relevant teori, metode og praksiserfaringer samt bidrage konstruktivt til løsning af problemstillingerne.
- Identificere realistiske målsætninger for den fysioterapeutiske intervention i samarbejde med borgeren og i overensstemmelse med borgerens livshistorie, forudsætninger og udviklingsmuligheder, samt dennes ønsker og forventninger.
- Tilrettelægge og progrediere undervisning, vejledning og rådgivning i forhold til bevægelses- og funktionsproblemer.
- Vurdere borgerens behov for hjælpemidler og tilpassede bevægeaktiviteter og på baggrund af denne faglige vurdering anbefale og ansøge om hjælpemidler samt kan vurdere borgerens omgivelser og være med til at justere disse med henblik på at understøtte og fremme bevægelse og funktion.
- Begrunde, analysere, fortolke og dokumentere de valgte handlinger og løsninger på baggrund af ræsonnerings-, beslutnings-, dokumentations- og evalueringsprocesser.
- Mundtligt og skriftligt formidle til og kommunikere med borgere, pårørende, kolleger og andre faggrupper i tværfagligt og tværprofessionelt samarbejde.
- Identificere, prioritere og begrunde fysioterapifaglige problemstillinger, analysere disse med anvendelse af relevant teori, metode og praksiserfaringer samt bidrage konstruktivt til løsning af problemstillingerne.

## Kompetencer

En nyuddannet professionsbachelor i fysioterapi kan:

- Refleksivt og selvstændigt kombinere fysioterapeutiske færdigheder med viden og forståelse inden for de forskellige områder af fysioterapeutisk professionsudøvelse.
- Afgænse og definere sit professionelle handlerum.

- Selvstændigt opsøge, kritisk vurdere og anvende ny viden i arbejdsmæssige sammenhænge og deltage i udviklingsarbejde, implementering og evaluering på det fysioterapeutiske professionsområde.
- Kritisk evaluere egen fysioterapeutisk professionsudøvelse og fysioterapeutisk professionsudøvelse generelt.
- Tilpasse sig nye situationer og være innovativ i løsning og beslutningstagning individuelt og i samarbejde med borgerne og andre samarbejdspartnere.
- Etablere en terapeutisk relation til borgeren med udgangspunkt i gældende etiske retningslinjer og identificere og håndtere de etiske dilemmaer, der opstår under fagudøvelsen.
- Indgå i samarbejde med borgere, pårørende, kolleger og andre relevante parter uafhængigt af etnisk, kulturel, religiøs og social baggrund.
- Koordinere, administrere og lede specifik fysioterapeutisk professionsudøvelse og generelle sundhedsmæssige tilbud til borgerne med fokus på sundhedsfremme, forebyggelse, rehabilitering og fysisk aktivitet.
- Videreudvikle egen viden, færdigheder og kompetencer som en del af livslang læring, herunder identificere egne læringsbehov og evaluere læringsudbytte.
- Skabe fornyelse og anvende kendt viden i nye sammenhænge samt følge, anvende og deltage i udviklingsarbejde inden for det fysioterapeutiske professionsområde.
- Fortsætte i teoretisk og kompetencegivende videreuddannelse på master- og kandidatniveau efter afsluttet grunduddannelse samt i faglig specialisering inden for et fokuseret felt i profession

### 4.3 REGISTREREDE ALTERNATIVE BEHANDLERE

Der stilles visse krav til uddannelse og eksamen førend alternative behandlere kan anvende titlen registreret alternativ behandler (RAB), jf. Bekendtgørelse om en brancheadministreret registreringsordning for alternative behandlere, nr. 978 af 01/10/2012. De alternative behandlere skal blandt andet have en sundhedsmæssig uddannelse på sammenlagt mindst 660 undervisningstimer, hvoraf mindst 250 af disse timer skal omhandle det primære fagområde. Desuden skal uddannelsen indeholde basal sundhedslovgivning, herunder autorisationslovens bestemmelser om forbeholdt virksomhed og kvaksalveri. Der stilles endvidere krav om afsluttende eksaminer, herunder i basisfagene anatomi/fysiologi og sygdomslære.

Der stilles ikke specifikke krav til uddannelse eller eksamen, som giver de registrerede alternative behandlere faglige kompetencer til at udføre manuel behandling.

#### **4.4 SAMMENLIGNING AF DET FAGLIGE GRUNDLAG MELLEM KIROPRAKTORERS OG FYSIOTERAPEUTERS KOMPETENCER INDEN FOR MANUEL BEHANDLING**

Autoriserede kiropraktorer med selvstændigt virke har gennemgået en 5-årig universitetsuddannelse samt et års turnus, mens autoriserede fysioterapeuter har gennemgået en 3 1/2 årig professionsbachelor. Kiropraktorer har efter deres turnus haft klinikophold svarende til 102 ECTS-point, mens autoriserede fysioterapeuter har haft klinikophold svarende til 42 ECT-point.

Begge uddannelser vedrører manuel behandling af patienter med smerter, dysfunktion og funktionsnedsættelse i det muskuloskeletale system. Begge uddannelser er institutionaliserede, autorisationsgivende og er biomedicinsk evidensbaseret og videnskabeligt funderet.

Begge uddannelser tilstræber at se muskuloskeletale lidelser i et holistisk perspektiv og arbejder ud fra en sammenhæng mellem ledsagende somatiske og psykologiske problemstillinger i en samlet forståelse af patienternes situation.

Fysioterapiuddannelsen lægger i sit grundlag – fordi den tilsigter en anden rolle i behandlingsspektret – særlig stor vægt på at vurdere patienterne i en psykologisk og pædagogisk og socialmedicinsk kontekst. Et væsentligt fokus for fysioterapeuter er træning/genoptræning af muskelstyrke og bevægelighed. Fysioterapeuter er således centrale aktører inden for behandling af patienter med kronisk sygdom, genoptræning efter traumer, neurologiske skader og ved degenerative sygdomme med funktionsevnenedsættelse.

I forhold hertil ser kiropraktorområdet på patientgrundlaget ud fra et mere snævert fokus. Den basale viden i biomedicinsk spor er betydelig, men i det efterfølgende kliniske spor fokuseres i høj grad på diagnostik og manuel behandling af lidelser i rygsøjlen, bækken og ekstremiteter, der efterfølgende kan behandles med manipulation. Patientgrundlaget er i særlig grad akutte smertegivende tilstande i det muskuloskeletale system og tilsigter ikke længerevarende behandlingsforløb eller løbende vurdering af rehabiliteringsforløb. Med fokus på manipulationsbehandling af rygsøjlen har kiropraktorerne en særlig forudsætning for at sikre, at indikation for behandlingen foreligger ud fra et evidensbaseret grundlag og at der ikke foreligger kontraindikation mod manipulationsbehandling.

Det bemærkes, at kiropraktorer må tage røntgenbilleder, være ansvarlige for et røntgenanlæg samt udføre røntgenundersøgelser. Røntgenoptagelse og tydning af røntgenbilleder indgår i kiropraktorerens uddannelse, hvilket ikke er tilfældet for fysioterapeuterne.

Det er således styrelsernes vurdering, at kiropraktorerne i deres autorisationsgivende uddannelse har betydelig større forudsætninger for at vurdere indikationer og kontraindikationer for manipulationsbehandling. Der er her ikke taget højde for, at begge faggrupper kan have modtaget relevant efteruddannelse.

# 5. LOVGIVNING

## 5.1 BELYSNING AF GÆLDENDE LOVGIVNING I DANMARK

### 5.1.1 Kiropraktorer

Kiropraktors autorisation fremgår af autorisationslovens § 52<sup>11</sup>.

*§ 52. Autorisation som kiropraktor meddeles den, der har bestået dansk kiropraktoreksamen eller en udenlandsk eksamen, der kan sidestilles hermed, jf. §§ 2 og 3.*

*Stk. 2. Ret til at betegne sig som kiropraktor har kun den, der har autorisation som kiropraktor.*

*Stk. 3. Ret til at udøve kiropraktorvirksomhed har kun den, der har autorisation som kiropraktor, jf. dog stk. 6.*

*Stk. 4. Kiropraktorvirksomhed omfatter diagnostik, forebyggelse og kiropraktisk behandling af biomekaniske funktionsforstyrrelser i rygsøjle, bækken og ekstremiteter.*

*Stk. 5. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om udøvelse af kiropraktorvirksomhed, jf. stk. 4, og om afgrænsning heraf.*

*Stk. 6. Lægers og fysioterapeuters virksomhed berøres ikke af bestemmelserne i stk. 3-5.*

Efter autorisationslovens § 52, stk. 3 har kun den, der har autorisation som kiropraktor, ret til at udøve kiropraktorvirksomhed. Bestemmelsens stk. 4 angiver, at forbeholdt kiropraktorvirksomhed er diagnostik, forebyggelse og kiropraktisk behandling af biomekaniske funktionsforstyrrelser i rygsøjle, bækken og ekstremiteter. Af bestemmelsens stk. 6 fremgår det, at lægers og fysioterapeuters virksomhed ikke berøres af bestemmelserne i § 52 stk. 3-5.

Kiropraktisk virksomhed er defineret i bekendtgørelse om kiropraktorvirksomhed<sup>12</sup> § 1.

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

*Stk. 2. Ved kiropraktisk behandling forstås manuel behandling af kroppens led. I forbindelse med den kiropraktiske behandling kan kiropraktoren tillige anvende bløddelsbehandling og anden relevant supplerende behandling.*

I bekendtgørelsen om kiropraktorvirksomhed er det præciseret hvad kiropraktorvirksomhed omfatter, herunder de forbeholdte virksomhedsområder. Det er forbeholdt kiropraktorer at

---

<sup>11</sup> LBK nr. 877 af 4. august 2011.

<sup>12</sup> BEK nr. 520 af 30. juni 1993.

foretage røntgenundersøgelse og kiropraktisk manipulationsbehandling, der i bekendtgørelsen beskrives som et hurtigt præcist stød ind mod et hypomobilt ledkompleks.

### 5.1.2 Fysioterapeuter

Fysioterapeuters autorisation fremgår af autorisationslovens § 59.

*§ 59. Autorisation som fysioterapeut meddeles den, der har bestået dansk fysioterapeuteksamen eller en udenlandsk uddannelse, der kan sidestilles hermed, jf. §§ 2 og 3.*

*Stk. 2. Ret til at betegne sig som fysioterapeut har kun den, der har autorisation som fysioterapeut.*

*Stk. 3. Ministeren for sundhed og forebyggelse kan fastsætte regler om udøvelse af fysioterapeutvirksomhed og om afgrænsning heraf.*

Det fremgår af forarbejderne til autorisationsloven, at virksomhed som fysioterapeut kan beskrives som undersøgelse, analyse, funktionsdiagnostik, behandling, evaluering samt dokumentation og kvalitetssikring med henblik på at udvikle, styrke, opretholde og genskabe optimal bevægelses- og funktionsevne hos mennesker med henblik på at fremme sundhed og livskvalitet samt forebygge funktionstab og begrænsninger hos det enkelte menneske.

Fysioterapeuter har efter den gældende lovgivning ikke et forbeholdt virksomhedsområde. Det indebærer i princippet, at alle uanset uddannelse eller baggrund må udføre den samme behandling som fysioterapeuter.

### 5.1.3 Registrerede alternative behandlere

Registrerede alternative behandlere og øvrige alternative behandlere er ikke autoriserede sundhedspersoner. Deres virksomhed er dermed ikke reguleret i autorisationsloven. Derfor må de ikke udøve virksomhed, som er forbeholdt fx læger og kiropraktorer, og de må i forbindelse med deres behandlingsvirksomhed ikke udsætte nogen for påviselig fare.<sup>13</sup>

### 5.1.4 Specifikt om autorisationslovens § 52, stk. 6

På baggrund af den gældende lovgivning har kiropraktorer et forbeholdt virksomhedsområde, der giver dem ret til at udføre kiropraktisk behandling, herunder manipulationsbehandling. Fysioterapeuter (og andre behandlere) må udføre fysioterapeutisk behandling, herunder visse manuelle behandlinger i det omfang, som det må anses for omfattet af deres kompetencer og kan rummes inden for deres pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Der er ingen begrænsninger for lægers udøvelse af manipulationsbehandling.

Autorisationslovens § 52 er en delvis videreførelse af den tidligere kiropraktorlov. Af forarbejderne til den tidligere kiropraktorlov fremgår det af bemærkningerne til § 19, at det den-

---

<sup>13</sup> LBK nr. 877 af 4. august 2011

gang blev foreslået at ændre Lov om terapiassistenter<sup>14</sup> således, at det fremover skulle være muligt for terapiassistenter (fysioterapeuter og ergoterapeuter) selvstændigt at vurdere og vælge, hvilken behandling en patient havde behov for. Ændringen i bestemmelsen indebar, at det fremover skulle være muligt for fysioterapeuter at behandle patienter efter en almindelig lægehenvi- sning, dvs. uden at der forelå en lægeordination, der nøje beskrev, hvilken behandling patienten skulle ydes af fysioterapeuten. Den foreslåede ændring indebar således, at det fremover ville være tilstrækkeligt, at der forelå en lægehenvi- sning fra en læge, der lod det være op til terapiassistenten at vurdere, hvilken fysioterapeutisk behan- dling patientens samlede situation nødvendiggjorde. Forslaget bemyndigede Sundhedssty- relsen til at udstede regler for fysioterapeuters udøvelse af manuel terapi. Det blev i be- mærkningerne nævnt, at enkelte fysioterapeuter dengang udførte manuel terapi som led i den fysioterapeutiske behandling.

Lovgiver var opmærksom på, at der som følge af den foreslåede kiropraktorautorisation, der forbeholdte kiropraktorer retten til at udføre kiropraktisk behandling, kunne opstå pro- blemer med hensyn til grænserne mellem kiropraktorer og fysioterapeuternes virksom- hedsområde. Bestemmelsen gav Sundhedsstyrelsen mulighed for at sikre, at fysiotera- peuter forsat kunne udføre manuel terapi, forudsat dette skete som led i deres fysiotera- peutiske behandling samtidig med, at kiropraktorerens primære virksomhedsområde blev forbeholdt for kiropraktorer. Sundhedsstyrelsen fandt på daværende tidspunkt ikke behov for at udstede nærmere regler herom. Heraf kan man dog ikke udlede, at afgrænsningen af kiropraktorerens forbeholdte virksomhedsområde ikke gælder i forhold til fysioterapeuter.

Da Lov om kiropraktorer og Lov om terapiassistenter skulle videreføres i autorisationsloven blev der i § 52, stk. 6 henvist til, at den eksisterende opgavefordeling mellem lægers, kiro- praktorer og fysioterapeuters virksomhedsområde ikke skulle ændres.

Da kiropraktorerne blev autoriserede, blev de samtidig tildelt et forbeholdt virksomhedsom- råde. I begrebet forbeholdt virksomhedsområde ligger, at andre ikke må udføre denne virksomhed medmindre, det sker som medhjælp og på baggrund af en delegation.

Såfremt det havde været lovgivers intention, at fysioterapeuter på lige fod med kiroprakto- rer skulle udføre den forbeholdte kiropraktorvirksomhed, da skulle fysioterapeuterne ligele- des have haft tildelt et forbeholdt virksomhedsområde. Fysioterapeuterne har ikke et for- beholdt virksomhedsområde, hvorfor fysioterapeuter ikke selvstændigt må udføre manipu- lationsbehandling.

Det er styrelsernes vurdering, at man med autorisationslovens § 52, stk. 6 ikke ville fratage fysioterapeuterne muligheden for at udføre fysioterapivirksomhed. Når det er beskrevet i § 52, stk. 6, at fysioterapeuters virksomhed ikke berøres af kiropraktorforbeholdet, har det ikke været hensigten at udvide fysioterapeuternes arbejdsområde til at omfatte den virk- somhed, som er forbeholdt kiropraktorer. Ordlyden af § 52, stk. 6 sigter på, at autorisatio-

---

<sup>14</sup> Lov nr. 154 af 8. maj 1968, ændret ved nr. 217 af 23. april 1986

nen af kiropraktorerne ikke skulle stille sig hindrende i vejen for, at fysioterapeuterne kunne fortsætte med at udøve deres fysioterapeutiske virksomhed som hidtil.

Styrelsen for Patientsikkerhed og den daværende Sundhedsstyrelse skal dog medgive, at den nuværende ordlyd af autorisationslovens § 52, stk. 6 kan give anledning til uklare og misvisende fortolkninger, men uanset selve ordlyden af § 52, stk. 6, så er det imidlertid forbeholdt læger og kiropraktorer at udføre manipulationsbehandling.

Styrelserne finder det derfor nødvendigt, at autorisationslovens § 52, stk. 6 ændres således, at ovenstående retsstilling tydeliggøres og der dermed ikke fremover vil være uklarhed om den gældende retsstilling.

I 2013 svarede den tidligere Sundhedsstyrelse på en henvendelse fra Dansk Kiropraktor Forening om, hvem der må udføre manipulationsbehandling. Sundhedsstyrelsen svarede dengang, at udover kiropraktorer må læger og fysioterapeuter udføre manipulationsbehandling.

Styrelserne beklager meget, at der er sket denne udmelding, da den ikke harmonerer med styrelsernes opfattelse af den gældende retsstilling. Styrelserne anerkender, at denne udmelding har skabt uklarhed om fortolkningen af lovgivningen.

### **5.1.5 Brugen af medhjælp**

En autoriseret sundhedsperson kan benytte medhjælp. Sundhedspersonen delegerer dermed en ellers forbeholdt opgave til en medhjælp. Den sundhedsperson der benytter en medhjælp har ansvaret for at sikre sig, at medhjælpen er kvalificeret og tilstrækkelig instrueret i at udføre opgaven. Den delegerende sundhedsperson skal ligeledes føre tilsyn med medhjælpens udførelse af den delegerede opgave.

Styrelserne har ingen indvendinger imod, at fysioterapeuter og registrerede alternative behandlere udfører manipulationsbehandling som en læges eller kiropraktors medhjælp. Der henvises til vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed).<sup>15</sup>

## **5.2 GÆLDENDE LOVGIVNING I ANDRE LANDE**

I Norge og Sverige skal en kiropraktor autoriseres før han/hun kan betegne sig som kiropraktor. I Sverige får kiropraktorer legitimation til at udøve erhverv efter Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (Lov 1998:531 af 6. november 1998), mens kiropraktorer i Norge autoriseres efter Lov om helsepersonell m.v (Lov 2015-06-15-65 af 1. januar 2016).

---

<sup>15</sup> VEJ nr. 115 af 11. december 2009

Socialstyrelsen i Sverige oplyser, at den generelle lovgivning indirekte påvirker, hvem der kan udføre de forskellige sundhedsfaglige behandlinger. Det fremgår blandt andet af den svenske patientsikkerhetslag, at sundhedspersoner skal udføre deres arbejde i overensstemmelse med videnskaben, og at patienter skal modtage kompetent og omsorgsfuld pleje og behandling (patientsikkerhetslagen af 17. juni 2010, kap. 6, § 1).

Danske Fysioterapeuter har som en del af deres bidrag fra foråret 2015 indsendt en beskrivelse af retstillingen i øvrige lande, herunder England og USA. I England er sundhedsprofessionel virksomhed reguleret af HCPC (Health and care professions council) i Standards of Proficiency (svarer til Danmarks autorisationslov blot mere detaljeret). Det fremgår heraf, at fysioterapeuten skal demonstrere fitness to practice, som efterfølgende udlægges som knowledge, skills and experience to practice lawfully, safely and effectively. Dette svarer til den danske autorisationslovs krav om omhu og samvittighedsfuldhed. Om det fysioterapeutiske virksomhedsområde/scope of practice hedder det: "Physiotherapy deals with human function and movement and help people to achieve their full physical potential. Use physical approaches to promote, maintain and restore wellbeing. Der findes ikke særskilte bestemmelser vedrørende manipulation".

Det fremgår desuden af Danske Fysioterapeuters bidrag, at fysioterapi (autorisation/licensure) i USA reguleres i de enkelte stater. I langt størstedelen af staterne defineres fysioterapeuters virksomhedsområde "silent", dvs. metoder som f.eks. manipulation nævnes ikke særskilt men anses for at være en integreret del af physical therapy practice. I tre stater (Arkansas, Washington og Tennessee) er der forbud mod, at fysioterapeuter anvender manipulationsbehandling. I de øvrige stater er der ingen restriktioner i forhold til manipulation, såfremt det udføres fagligt forsvarligt.

I Sverige, Norge og England er manuel behandling, herunder manipulationsbehandling, ikke et forbeholdt virksomhedsområde. Dette medfører, at alle i princippet kan udføre denne behandling – dog under hensyntagen til den generelle lovgivning på området.

Styrelserne har ikke indgående kendskab til forholdene og praksis i de fire ovennævnte lande. Styrelserne har derfor heller ikke viden om, hvorvidt de pågældende lande har foretaget en egentlig vurdering af risici forbundet med manipulationsbehandling. Det har grundet tidsfristen ikke været muligt at foretage en dybdegående undersøgelse af uddannelserne i de relevante lande.



## 6. ANBEFALINGER FOR HVILKE FAGGRUPPER DER FREMOVER SKAL KUNNE UDFØRE MANUEL BEHANDLING.

Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen skal indledningsvist henvise til afsnit 2.1, hvor de forskellige typer af manuel behandling er beskrevet og defineret.

Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen har lagt en risikovurdering til grund for anbefalingerne af tildelte virksomhedsområder for autoriserede sundhedspersoner og registrerede behandlere. I denne risikovurdering indgår tre parametre:

1. Risiko for skade og skadens konsekvens, herunder også påført skade på omgivende normale eller sygelige væv eller organstrukturer.
2. Den evidensdokumenterede behandlingseffekt
3. Den samlede kompetenceprofil (viden, færdigheder og kompetencer), der kendetegner sundhedspersonen efter afsluttet grunduddannelse.

I vurderingen af uddannelser indgår de uddannelser, der fører til autorisation og ret til selvstændigt erhvervsudøvelse. For kiropraktorer er dette kandidatgrad i klinisk biomekanik samt gennemført og godkendt turnustjeneste og for fysioterapeuter er det bachelorgrad i fysioterapi.

Styrelserne har i undersøgelsen taget udgangspunkt i faggruppernes autorisation og har således ikke inddraget mulige efteruddannelsesforløb. Det er faggruppernes autorisationsgivende uddannelser, der danner grundlaget for afgrænsningen af et eventuelt virksomhedsområde. Senere supplerende efteruddannelsesforløb medfører ikke ændringer i den enkeltes virksomhedsområde.

Udgangspunktet er hensynet til patientsikkerheden. Styrelserne er forstående for, at kompetencer inden for manipulation opnås ved flere godkendte efteruddannelseskurser; men finder ikke, at efteruddannelse har indflydelse på et autorisationsbaseret virksomhedsområde.

### **6.1 MANIPULATIONSBEHANDLING AF RYGSØJLEN, DVS. HALSHVIRVELSØJLEN, BRYSTHVIRVELSØJLEN OG LÆNDERYGGEN**

Den foreliggende evidens for effekten af manipulationsbehandling er svag.

Derudover er der beskrevet alvorlige følgeskader efter manipulationsbehandling særligt af halshvirvelsøjlen. Hyppigheden af disse skader er ikke kendte, men set i lyset af alvorligheden af skaderne, vil Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen derfor af hen-

syn til patienternes sikkerhed være betænkelig ved en ophævelse af lægers og kiropraktorer forbeholdte virksomhedsområde for så vidt angår manipulationsbehandling af rygsøjlen.

Styrelserne har særligt hæftet sig ved den entydige faglige rådgivning, der er givet fra Dansk Neurokirurgisk Selskab og Dansk Neurologisk Selskab. Det understreges og dokumenteres her, at manipulationsbehandling indebærer ikke-ubetydelige risici uanset at frekvensen er ukendt, samt at andre end læger og kiropraktorer ikke besidder de nødvendige faglige kompetencer til at vurdere indikation og kontraindikation, herunder blandt andet mulighed for udredning med brug af røntgenundersøgelser.

Styrelsernes anbefaler derfor,

- at manipulationsbehandling af rygsøjlen af patientsikkerhedsmæssige hensyn forbliver forbeholdt virksomhedsområde for læger og kiropraktorer, der qua deres grunduddannelse opnår sundhedsfaglige kompetencer til at vurdere indikation og kontraindikationer (medicin, andre sygdomme etc.) samt øvrige behandlingskonsekvenser ved manipulationsbehandling af rygsøjlen.

## **6.2 MANIPULATIONSBEHANDLING AF KROPPENS PERIFERE LED**

Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen vurderer, at der i modsætning til manipulation af rygsøjlen ikke er de samme patientsikkerhedsmæssige risici forbundet med manipulationsbehandling af kroppens perifere led, fx skulder, hofter, knæ og albuer, idet der er ringe risiko for beskadigelse af vigtige centrale nerver og kar.

Styrelserne anbefaler derfor,

- at manipulationsbehandling af kroppens perifere led ikke forbeholdes særlige faggrupper.

## **6.3 LEDMOBILISERING**

Det er Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsens vurdering, at mobilisering af ryggen samt mobilisering af perifere led ikke er forbundet med væsentlige risici for patientsikkerheden.

Styrelserne anbefaler derfor,

- at mobilisering af ryggen samt perifere led ikke forbeholdes særlige faggrupper.

## 6.4 BLØDDELSBEHANDLING

Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen vurderer, at der ikke er væsentlige risici for patientsikkerheden forbundet med bløddelsbehandling.

Styrelserne anbefaler derfor,

- at bløddelsbehandling ikke forbeholdes særlige faggrupper.

## 6.5 REGISTREREDE ALTERNATIVE BEHANDLERE SAMT ØVRIGE ALTERNATIVE BEHANDLERE

De registrerede alternative behandlere er ikke autoriserede sundhedspersoner efter autorisationsloven. De har således ikke pligt til at føre journal, og de har ikke pligt til at indsende materiale eller at afgive udtalelse til Styrelsen for Patientsikkerhed. Styrelsen for Patientsikkerhed aflægger heller ikke besøg i deres klinikker, og de har ikke pligt til at stille til møde i styrelsen. Styrelsen for Patientsikkerhed fører med andre ord ikke tilsyn med deres virksomhed og kan derfor ikke påse, om patientsikkerheden udsættes for risici.

Det er Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsens vurdering, at de registrerede alternative behandlere som udgangspunkt ikke besidder de grundlæggende faglige forudsætninger for at vurdere indikation og kontraindikation for manipulationsbehandling af rygsøjlen. Derudover vurderes, at de krav, som stilles til de registrerede alternative behandles uddannelse og eksamen ikke i tilstrækkelig grad, set fra et patientsikkerhedsmæssigt perspektiv, sikrer at forudsætningerne for at udføre manipulationsbehandling af rygsøjlen er til stede hos de registrerede alternative behandlere.

Styrelserne anbefaler derfor,

- at registrerede alternative behandlere ikke kan udføre manipulationsbehandling af rygsøjlen.

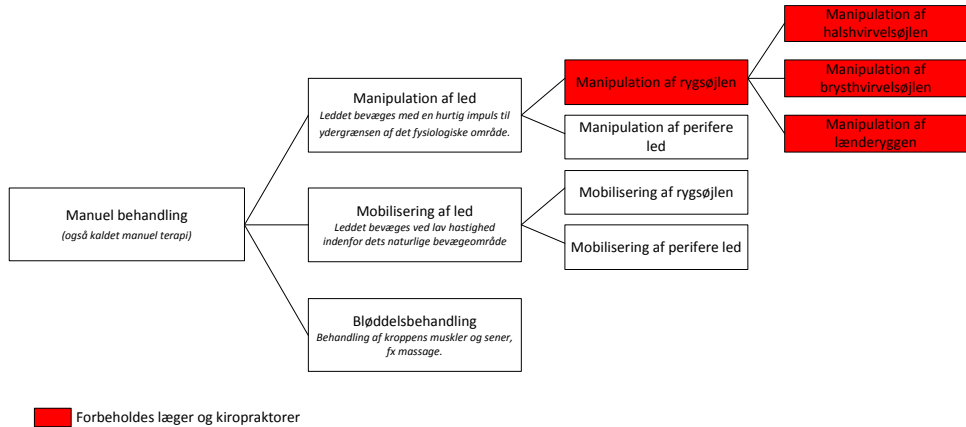
## 6.6 OPSUMMERING

Manipulation af rygsøjlen led kan medføre alvorlige skader, hvilket stiller krav til behandlerens faglige kvalifikationer, herunder kompetencer til at vurdere indikationer og kontraindikationer. Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen kan ikke anbefale, at andre end læger og kiropraktorer udfører disse behandlinger på eget initiativ.

Manipulationsbehandling af kroppens perifere led er ikke forbundet med de samme patientsikkerhedsmæssige risici som manipulationsbehandling af rygsøjlen, og det er derfor styrelsernes opfattelse, at denne behandling ikke bør forbeholdes særlige faggrupper. Det

samme gør sig efter styrelserne vurdering gældende for ledmobilisering af ryggen samt kroppens perifere led og bløddelsbehandling.

Styrelsernes anbefalinger er opsummeret i figur 2 nedenfor.



Figur 2: Opsummering af styrelsernes anbefalinger

## 7. PRÆCISERING/ÆNDRING AF LOVGIVNINGEN

Såfremt Sundheds- og Ældreministeriet tilslutter sig Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen anbefalinger for fremtidige virksomhedsområder i afsnit 6, vil Styrelsen for Patientsikkerhed snarest muligt udarbejde nye faglige retningslinjer og en ny bekendtgørelse for kiropraktorvirksomhed.

Det er styrelsernes opfattelse, at der skal ske en revidering af autorisationslovens § 52, således at retstillingen tydeligt fremgår. Ligeledes skal bekendtgørelse om kiropraktorvirksomhed revideres.

# BILAG A: HØRINGSNOTAT

Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen har udarbejdet et udkast til undersøgelsen "Manuel behandling og kiropraktorers forbeholdte virksomhedsområde", som den 23. februar 2016 blev sendt i høring hos Lægeforeningen, Dansk Kiropraktorforening, Danske Fysioterapeuter samt Sammenslutningen af Alternative Behandlere (SAB). Endvidere har Dansk Selskab for Muskulosketal Medicin (DSMM)<sup>16</sup> indsendt bemærkninger til undersøgelsen. Nedenfor vil Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen tematisk kommentere de indkomne høringsvar.

## GENERELT

Lægeforeningen og Dansk Kiropraktorforening tilslutter sig overordnet styrelsernes anbefalinger. Danske Fysioterapeuter, DSMM samt SAB stiller sig kritiske overfor styrelsernes konklusion og anbefalinger. DSMM anfører, at de er uforstående over den begrænsning som Styrelsen for Patientsikkerhed vil pålægge fysioterapeuterne, og at manipulation også fremover bør være en naturlig del af deres kompetenceområde.

## INDDRAGELSE AF AKTØRER PÅ OMRÅDET

Danske Fysioterapeuter stiller sig undrende overfor, at flere aktører ikke er inddraget i undersøgelsen. Danske Fysioterapeuter anfører, at materiale fra Danske Fysioterapeuter eller Dansk Kiropraktorforening ikke indgår i styrelsernes undersøgelse, og at der alene refereres i undersøgelsen til udtalelser fra Dansk Neurologisk Selskab og Dansk Neurokirurgisk Selskab. Danske Fysioterapeuter anfører, at disse selskaber peger på, at der ikke findes valide tal for hyppigheden af skader.

*Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen har i henhold til kommissoriet inddraget Lægeforeningen, Dansk Kiropraktorforening, Danske Fysioterapeuter, SAB, DSMM, Dansk Neurologisk Selskab og Dansk Neurokirurgisk Selskab. Styrelserne har vurderet, at inddragelse af netop disse foreninger og selskaber samt rådgivning fra styrelsernes sagkyndige rådgiver er relevante for at få problemstillingen tilstrækkeligt belyst.*

## BEGREBSAFKLARING

Danske Fysioterapeuter anfører, at det overordnede hierarki over manuel behandling (figur 1) er meningsfuldt og i tråd med den måde, hvorpå sundhedsfaglige begreber fremstilles, men at begrebsafklaringen ikke er i overensstemmelse med definitionen i aktuel litteratur og lærebøger. Danske Fysioterapeuter fremhæver i den forbindelse, at definitionen på manipulation er problematisk og foreslår andre definitioner. Ligeledes anfører Dansk Kiropraktorforening, SAB samt DSMM, at begrebsafklaringen bør revideres.

---

<sup>16</sup> DSMM er et lægevidenskabeligt selskab, hvis formål er vedligeholdelse af faglig viden, videreuddannelse og forskning inden for den muskuloskeletale medicin.

Danske Fysioterapeuter anfører endvidere, at afsnit 2.1.4 *Andre behandlingsformer* bør fjernes.

*Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen har taget Danske Fysioterapeuter, Dansk Kiropraktorforening, SAB samt DSMM's bemærkninger om begrebsafklaringen – herunder beskrivelsen af manipulationsbehandling – til efterretning og på den baggrund revideret begrebsafklaringen iht. Danske Fysioterapeuters og Dansk Kiropraktorforenings forslag (afsnit 2.1). På baggrund af Danske Fysioterapeuters bemærkninger fjernes afsnit 2.1.4 Andre behandlingsformer.*

## **MATERIALE OG EVIDENS**

Danske Fysioterapeuter fremhæver, at det er nødvendigt, at der gennemføres en systematisk gennemgang af forskningslitteraturen på området.

*Styrelserne har i undersøgelsen taget afsæt i tidligere indhentede bidrag fra relevante faglige foreninger, herunder Danske Fysioterapeuter og Dansk Kiropraktorforening, samt fra videnskabelige selskaber, herunder Dansk Neurologisk Selskab og Dansk Neurokirurgisk Selskab. Derudover har Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen inddraget vurderinger fra styrelsernes sagkyndige rådgiver, som besidder den faglige ekspertise inden for fagområdet.*

*Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen har inden for den af ministeriet fastsatte tidsramme for undersøgelsen ikke haft mulighed for at gennemføre en systematisk gennemgang af litteraturen. Danske Fysioterapeuter har på eget initiativ foranlediget et systematisk review<sup>17</sup> fra en dansk forskergruppe. Reviewet har til formål at vurdere risiko ved manipulationsbehandling af rygsøjlen. Styrelserne har inddraget reviewets konklusioner i undersøgelsen – se afsnittet "Vurdering af risici" nedenfor.*

Dansk Kiropraktorforening foreslår, at afsnittet om de seks artikler (afsnit 3.2) udgår eller at der anføres referencer til hvilke artikler, det drejer sig om.

*Styrelserne har indsat referencer til de seks artikler samt tilføjet en vurdering af de enkelte artikler som bilag.*

## **VURDERING AF RISICI**

### **Patientsikkerhedsmæssige risici**

I afsnit 3.1.1 er bl.a. Dansk Neurokirurgisk Selskabs høringssvar gengivet. Til dette høringssvar anfører Dansk Kiropraktorforening, at det forekommer forkert at omtale hændelser som invaliditet og død som bivirkninger, jf. afsnit 3.1.1. Det er i meget sjældne tilfælde forekommet, at patienter er blevet invalide eller er døde kort tid efter manipulationsbehandling, men det er ikke fastslået, at behandlingen har været årsag hertil. Dansk Kiropraktorforening anfører, at disse hændelser kan derfor ikke kategoriseres som bivirkninger.

---

<sup>17</sup> Nielsen, S.M. et al. The risk associated with spinal manipulation: An overview of reviews. 2016

I afsnit 3.1.1. fremgår desuden, at "den hyppigste af de alvorligste bivirkninger er de iskæmiske hjerneskader, der kan opstå, når vertebralis arterien eller basilaris arterien beskadiges traumatisk ved manipulation". Dansk Kiropraktorforening anfører, at det er misvisende at tale om "hyppige" bivirkninger, da disse hændelser er så sjældne, at det ikke har været muligt selv i meget store undersøgelser at fastslå hyppigheden med rimelig sikkerhed. Dansk Kiropraktorforening anfører endvidere, at på baggrund af retrospektive kasuistiske opgørelser er forekomsten af iskæmiske hjerneskader beskrevet til at være i omegnen af 1:300.000 -1:700.000, samt at det i velgennemførte og kontrollerede undersøgelser baseret på store patientdatabaser ikke har været muligt at påvise kausal sammenhæng mellem manipulation til halscolumna og disse vaskulære hændelser. Dansk Kiropraktorforening foreslår derfor, at der i rapporten på relevante steder, hvor der omtales "bivirkninger" og "særlig risiko" i stedet anføres: "Der er i forbindelse med manipulation til columna i ekstremt sjældne tilfælde observeret neurologiske skader forårsaget af dissektion af arteria vertebralis. Der er dog ikke påvist en kausal sammenhæng mellem manipulationsbehandling og disse skader, da skaderne tilsyneladende er lige så hyppige hos patienter med nakkesmerter, der ikke modtager manipulationsbehandling".

I afsnit 3.1.1 fremgår endvidere, at American Heart Association og American Stroke Association i august 2014 advarede mod manipulation af halshvirvelsøjlen på baggrund af en gennemgang af eksisterende litteratur, hvor de fandt en statistisk sammenhæng mellem manipulation og slagtilfælde hos yngre og midaldrende patienter.

Dansk Kiropraktorforening anfører, at det ikke er korrekt, at der advares mod behandlingen. De skriver således, at det i artiklen konkluderes: "... incidence of CT in CMT (manipulation i nakken) patients are probably low, and causality difficult to prove, practitioners should both strongly consider possibility of CD and inform patients of the statistical association between CD and CMT, prior to performing manipulation of the cervical spine."

I afsnit 3.1.1 omtales i høringssvaret fra Danske Neurokirurgisk Selskab en undersøgelse af anmeldelser til Patientforsikringen og den tilsvarende norske instans fra 2004 – 2012 vedr. kiropraktisk behandling. Dansk Kiropraktorforening bemærker, at forfatterne gennemgik 300 anmeldelser, hvor der i 41 % blev tilkendt erstatning, hvilket er en meget lav anerkendelsesgrad. Dansk Kiropraktorforening anfører, at det er vigtigt at understrege, at der i det danske patienterstatningssystem ikke implicit ligger en anerkendelse af en kausal sammenhæng mellem behandling og skade i de tilfælde, hvor der udbetales erstatning. Dansk Kiropraktorforening finder det mere derfor korrekt at anvende formuleringen "anmeldelser" i stedet for "anmeldte skader" i 2. sidste punktum.

I afsnit 3.1.2. fremgår det af Dansk Neurokirurgisk Selskabs høringssvar, "... at der ikke er nyere litteratur, der afkræfter risikoen ved manipulation af rygsøjlen, tværtimod har risikoen formentlig tidligere været underrapporteret". Dansk Kiropraktorforening bemærker hertil, at der ikke er belæg for at sige, at risikoen har været underrapporteret. Tværtimod peger nyere litteratur entydigt på, at der ikke kan påvises kausal sammenhæng.

SAB anfører, at forskningen viser, at sandsynligheden for at komme til skade ved manipulationsbehandling er forsvindende lille.

SAB anfører, at Sundhedsstyrelsen før 1991 i årevis afviste en autorisation af kiropraktorer og også fagligt anbefalede ikke at gennemføre den. SAB anfører endvidere, at dette i bund og grund er et fornuftigt synspunkt i betragtning af, at der hverken dengang eller i dag er



videnskabelig bevis for, at behandlingerne virker endsige udgør nogen betydende risiko for patienterne.

*Styrelserne er af den opfattelse, at en tvivl om farligheden af behandlingen skal komme patienterne til gode. Vi fastholder derfor behovet for, at manipulation af rygsøjlen begrænses til få faggrupper, dvs. læger og kiropraktorer, som i grunduddannelsen opnår kompetencer til at vurdere indikation og kontraindikation for behandlingen. Styrelserne vil ligeledes præcisere, at autoriserede sundhedspersoner har pligt til at føre journal. Læger og kiropraktorer skal derfor journalføre i nødvendigt og relevant omfang i forbindelse med manipulationsbehandling således at det tydeligt fremgår, at patienten har modtaget manipulationsbehandling. Korrekt journalføring vil sikre, at der kan ske opfølgning på den patientsikkerhedsmæssige risiko.*

## **Review fra Parker Institutet**

Danske Fysioterapeuter har bedt Parker Institutet, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, om at gennemgå den foreliggende litteratur, som omhandler risiko associeret med manipulation af rygsøjlen. Danske Fysioterapeuter anfører på baggrund af denne litteraturnemgang, at der er en lille risiko for alvorlige skader ved manipulation, nemlig 1 for hver 20.000-250.000 manipulationer, samt at det kausale forhold mellem manipulation og skade er usikkert.

Danske Fysioterapeuter anfører, at studiet pointerer, at selvom det lykkedes at finde et stort antal studier, så er det ikke muligt at beregne den præcise risiko, da studierne generelt er af lav metodisk kvalitet, og pålidelige data vedrørende antal udførte manipulationsbehandlinger ikke er tilgængelige, ligesom underrapportering af skader, her som i alle denne type af undersøgelser, også må forventes af være gældende.

*Styrelserne bemærker, at reviewet, som Parker Institutet har udarbejdet på foranledning af Danske Fysioterapeuter, konkluderer, at det trods en omfattende litteratur på området ikke er muligt at uddrage valide estimater og at det således ikke er muligt at drage konklusioner vedr. behandlingens sikkerhed. Det anerkendes, at der er risici forbundet med behandlingen, i nogle tilfælde alvorlige. Det anføres, at alvorlige komplikationer optræder ved mellem 1:20.000 og 1:2.000.000 manipulationer. Der er her risiko for underrapportering. Det er derfor som ovenfor anført, vores opfattelse at usikkerheden skal komme patienterne til gode.*

## **Patientklager og erstatning**

SAB anfører, at SAB ikke har nogen statistik over skader hos vores medlemmer. SAB anfører endvidere, at da RAB-godkendelsen indebærer at man tegner en ansvarsforsikring så ens klienter netop har mulighed for at klag og opnå erstatning, så ville billedet have tegnet sig allerede, hvis der var en skadehistorik, der gav anledning til bekymring. Kontakt til Forsikringsoplysningen og en række forsikringssselskaber viser klart, at man ikke engang fører statistik over den slags skader, da der ganske enkelt er for få.

Danske Fysioterapeuter har foranlediget rapport om manipulationsbehandling fra Patienterstatningen, hvor behandlingsskader fra fire type behandlere, der udfører manipulationsbehandling (alment praktiserende læger, praktiserende ergo- og fysioterapeuter, praktiserende kiropraktorer og praktiserende speciallæger), er sammenstillet. Der er i alt 48 sager

anmeldt i perioden 1. januar 2000 til 1. november 2015. Danske Fysioterapeuter konkluderer på baggrund af disse sager, at fysioterapeuter i forhold til at tage vare på patienternes sikkerhed i forbindelse med manipulationsbehandling har de rette kompetencer og udviser den rette omhu og samvittighedsfuldhed i forhold til såvel undersøgelse, diagnostik som behandling.

Af samme grund finder Danske Fysioterapeuter, at styrelsernes konklusion om, at alene læger og kiropraktorer på nuværende tidspunkt besidder de nødvendige sundhedsfaglige kvalifikationer og kompetencer til at udføre manipulationsbehandling af rygsøjlen, idet denne form for behandling forudsætter en uddannelsesmæssig baggrund, der kvalificerer behandleren til at vurdere eventuelle kontraindikationer mod manipulation, bør revideres. Danske Fysioterapeuter anfører, at undersøgelsens konklusion bygger på en hypotese om ligefrem proportionalitet mellem lang uddannelse og patientsikkerhed, hvilket der ikke er dokumentation for.

*Styrelsen for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen har indarbejdet indhold fra rapporten fra Patienterstatningen i undersøgelsen, jf. afsnit 3.3.*

*Styrelserne bemærker, at det ikke er muligt fra rapporten at afgøre incidensen af skader eller at bedømme skadesfrekvensen for de enkelte behandlere. Endvidere bemærker styrelserne, at skadetyperne indikerer, at behandlingerne har involveret en ikke ubetydelig kraft.*

*Manipulationsbehandling af rygsøjlen indebærer en risiko for alvorlige skader jf. de beskrevne og anerkendte skader. Styrelsernes sammenfattende vurdering set ud fra et patientsikkerhedsperspektiv er, at vurdering af indikation for manipulationsbehandling ikke udbredes til andre faggrupper, men begrænses til læger og kiropraktorer, der antages at have den nødvendige grundlæggende faglige sundhedsuddannelse og kompetence til at foretage en risikovurdering forud for behandlingen*

### **Tabel til risikovurdering**

Danske Fysioterapeuter anfører, at tabellen om risiko i undersøgelsen mangler referencer, ligesom der på ingen måde er redegjort for evidensen for den påståede sammenhæng mellem uddannelsesniveau og risikofaktorer. Danske Fysioterapeuter anfører, at tabellen fremstår tendentiøs og postulerende.

*Med baggrund i ovenstående bemærkning vælger styrelserne at undlade tabellen, da den åbenbart giver mere forvirring end klarhed. Den anførte tabel var medtaget for at lette forståelsen for adskilte behandlingsområder. Styrelserne anerkender, at der ikke foreligger viden om sammenhæng mellem uddannelsesniveau henholdsvis profession og risikofaktorer i forbindelse med manipulationsbehandling. Hvis der i en risikovurdering indgår mere end risikoen for fysisk skade men også overset sygdom, fejltolkning af symptomer og manglende refleksion over patientens/klientens udsagn, kan risiko og uddannelsesfokus, kompetenceprofil og viden hos behandleren med en vis rimelighed (omend ikke bevist) antages at kunne kædes sammen.*

*Styrelserne er enige i, at tabellen er arbitrær, ikke valideret og at den bør slettes i redegørelsen*

## BEHANDLINGSFORLØB

DSMM anfører, at den praktiserende læge har behov for at kunne henvise til et behandlingsforløb hos en fysioterapeut, og at det vil være et afbræk i behandlingsforløbet, hvis manipulationen ikke kan foregå i umiddelbar tilslutning til de vævsløsende behandlinger – men skal foregå et helt andet sted (hos kiropraktor eller læge).

*Styrelserne finder ikke, at dette argument kan begrunde, at fysioterapeuterne også skal have manipulation som virksomhedsområde.*

## UDDANNELSE OG KOMPETENCER

Danske Fysioterapeuter stille sig undrende overfor, at styrelserne ikke finder det relevant at beskrive lægers uddannelse med henblik på dokumentation for, at læger i deres uddannelse erhverver sig grundlæggende kompetencer i forhold til at udføre manipulationsbehandling.

SAB fremhæver, at RAB-registrerede behandlere har en grundlæggende viden om kroppen og derudover en meget detaljeret viden om netop de teknikker den enkelte behandler er uddannet i, som for de flestes vedkommende i øvrigt er "håndværk". Mange af teknikkerne bygger på gamle og gennemprøvede – i nogle tilfælde tusindår gamle – behandlingsteknikker, hvor den opsamlede viden om og erfaring med kroppen og dens muskler og led gives videre til behandlere, når de uddanner sig.

I afsnit 6.1 fremgår følgende: "Det understreges og dokumenteres her, at manipulationsbehandling indebærer ikke-ubetydelige risici uanset at frekvensen er ukendt, samt at andre end læger og kiropraktorer ikke besidder de nødvendige faglige kvalifikationer, herunder blandt andet mulighed for udredning med brug af røntgenundersøgelser." Dansk Kiropraktorforening skal bemærke hertil, at foreningen finder, at der er påvist en meget lille risiko, men at der er rapporteret tilfælde af sammenfald mellem manipulation og karskader med neurologiske følger. Uagtet at der ikke er dokumenteret en kausal sammenhæng, mener Dansk Kiropraktorforening, at det er vigtigt, at behandlingen kun udøves af personer med de fornødne faglige kvalifikationer.

Dansk Kiropraktorforening anfører, at det bør tilføjes, at fysioterapeuter og registrerede alternative behandlere også kan udføre manipulationsbehandling som en kiropraktors medhjælp (afsnit 6.6).

*Styrelserne må påpege, at enhver autoriseret sundhedsperson skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed i sin erhvervsudøvelse. Den lægelige grunduddannelse giver viden om sygdomme i rygsøjlen og dens led, hvorfor lægen har forudsætningerne for at udføre korrekt behandling eller foretage en henvisning til at dette kan iværksættes. Selv om læger må udføre manipulation, indgår specifik træning i dette ikke i den lægelige grunduddannelse. Læger vil ikke vise omhu og samvittighedsfuldhed, hvis de foretager manipulation af rygsøjlen uden tilstrækkelige kompetencer heri.*

*Styrelserne finder derfor ikke, at gennemgang af lægers uddannelse er relevant for redøgørelsen*

## Kompetencer i forhold til diagnostik og differentialdiagnostik

Videre finder Danske Fysioterapeuter, at der ikke i tilstrækkelig grad er redegjort for fysioterapeutuddannelsens undervisningselementer inden for undersøgelse, diagnostik, differentialdiagnostik og klinisk ræsonnering. Uddannelsens modul 6 fokuserer rent på dette emne i et omfang svarende til i alt 15 ECTS.

Danske Fysioterapeuter anfører, at det ikke er korrekt, når Dansk Selskab for Neurokirurgi skriver, at diagnostik og differentialdiagnostik ikke indgår i fysioterapeuters uddannelse. Danske Fysioterapeuter henviser for uddybning af dette for det første til bekendtgørelsen for uddannelsen til professionsbachelor i fysioterapi. Heraf fremgår det, at modul 6 specifikt omhandler undersøgelse, diagnostik og differentialdiagnostik og modulerne 7-9 undersøgelse, klinisk ræsonnering og klinisk beslutningstagning. Danske Fysioterapeuter henviser i den forbindelse til udtalelse fra Sundhedsstyrelsen i brev af 12. maj 2012, hvoraf det fremgår, at diagnostik ikke er forbeholdt virksomhed, og at fysioterapeuter under iagttagelse af autorisationslovens påbud om omhu og samvittighedsfuldhed må udføre diagnostik.

*Styrelserne er enige med Danske Fysioterapeuter i, at detaljeringsgraden i beskrivelsen af professionsbacheloruddannelsen i fysioterapi ikke er så stor som kiropraktorerne. Dette bunder først og fremmest i, at studieordningen, som bilag til Bekendtgørelsen i beskrivelse af de enkelte modulers indhold ikke definerer specifikke undersøgelsesmetoder og diagnostik i tilgrænsende kliniske fag som neurologi og ortopædi. Vi er vidende om at klinisk undervisning samlet udgør 42 ECTS og undervisning her indgår integreret i flere teoretiske og praktiske moduler udover modul 6.*

*Styrelserne er desuden enige med Danske Fysioterapeuter i, at det at stille en diagnose ikke er forbeholdt virksomhed.*

Danske Fysioterapeuter anerkender relevansen af røntgenundersøgelser men anfører, at røntgenundersøgelser tillægges for stor værdi i undersøgelsen.

I afsnit 3.1.2 er bl.a. Dansk Neurokirurgisk Selskabs hørings svar gengivet. Heraf fremgår det, "... at kiropraktorer må tage røntgenbilleder, være ansvarlige for røntgenanlæg samt udføre røntgenundersøgelser. Dansk Kiropraktorforening skal foreslå, at der herefter indsættes: "Kiropraktorer har endvidere adgang til at henvise til CT- og MR-skanninger, ligesom de selv kan udføre diagnostiske ultralyds-undersøgelser."

*Styrelserne finder, at det er nødvendigt at gennemføre relevant diagnostik således at indikation og kontraindikation for manipulationsbehandlingen kan afklares, inden den eventuelt gennemføres. Røntgenundersøgelser er en del af denne diagnostik. Derfor tillægges de værdi.*

*CT og MR-scanninger vil oftest ikke være relevante i akutte situationer og derfor har styrelserne valgt ikke at inddrage dette i rapporten.*

## Efteruddannelse

Danske Fysioterapeuter anfører, at det er beklageligt, at styrelserne ikke har fundet det relevant at inddrage to postgraduate uddannelser indenfor muskuloskeletal fysioterapi: Uddannelse i Muskuloskeletal Fysioterapi, udbudt af Dansk Selskab for Muskuloskeletal Fysioterapi og Uddannelse i Mekanisk Diagnostik og Terapi udbudt af Dansk Selskab for Mekanisk Diagnostik og Terapi. Danske Fysioterapeuter anfører, at det er her fysioterapeuter udbygger deres kompetencer fra bacheloruddannelsen i forhold til bl.a. mobilisering og manipulation.

DSMM anfører, at de varetager uddannelsen af læger med henblik på at foretage muskuloskeletale/manuelle behandlinger herunder manipulation af rygsøjlels led og perifere led, og at fysioterapeuter er hyppige kursister på deres kurser. DSMM anfører, at de ikke har oplevet nogen teoretiske eller praktiske faglige begrænsninger hos de fysioterapeuter, der deltager i kurserne. Det er DSMM's oplevelse, at mange fysioterapeuter har en grundig efteruddannelse i muskuloskeletal diagnostik, risikovurdering incl. i manipulationsbehandling.

*Styrelserne har i undersøgelsen taget udgangspunkt i faggruppernes autorisation og har således ikke inddraget mulige efteruddannelsesforløb. Det er faggruppernes autorisationsgivende uddannelser der danner grundlaget for afgrænsningen af et eventuelt virksomhedsområde. Senere supplerende efteruddannelsesforløb medfører ikke ændringer i den enkeltes virksomhedsområde.*

*Udgangspunktet er hensynet til patientsikkerheden. Styrelserne er forstående for, at kompetencer indenfor manipulation opnås ved flere godkendte efteruddannelseskurser; men finder ikke at efteruddannelse har indflydelse på et autorisationsbaseret virksomhedsområde.*

#### **AUTORISATIONSLOVENS § 52, STK. 6.**

Danske Fysioterapeuter fremhæver et responsum udarbejdet af professor, dr. jur. Helle Bødker Madsen om fysioterapeuters adgang til selvstændigt at udføre manipulationsbehandling.

Helle Bødker Madsen anfører i sit responsum, at hun mangler kundskab til at vurdere, om fysioterapeuter er kvalificeret til at udføre manipulationsbehandling. Med dette forbehold er det Helle Bødker Madsens opfattelse, at autorisationslovens § 52, stk. 6, kan forstås, som at fysioterapeuter har adgang til selvstændigt at udføre manipulationsbehandling.

*Som tidligere anført, er Styrelserne enig i at den nuværende ordlyd af autorisationslovens § 52, stk. 6, kan give anledning til uklare fortolkninger.*

*Styrelserne hæfter sig dog ved, at Helle Bødker Madsen i sit responsum tager forbehold for, om fysioterapeuter er kvalificeret til at udføre manipulationsbehandling, idet kravene om omhyggelig og samvittighedsfuld faglig virksomhed også lægger visse begrænsninger for hvad man kan udøve af faglig virksomhed. Dette er et vigtigt forbehold, idet netop de faglige forudsætninger lægger visse begrænsninger i forhold til sundhedspersoners udøvelse af virksomhed. Set ud fra et patientsikkerhedsperspektiv og på baggrund af sagkyndige udtalelser samt udtalelser fra foreninger og selskaber er det styrelsernes vurdering, at alene læger og kiropraktorer i kraft af deres autorisationsgivende grunduddannelser er*

*kvalificeret til at vurdere indikation og kontraindikationer for manipulationsbehandling samt vurdere eventuelle risikofaktorer.*

Danske Fysioterapeuter anfører, at den daværende Sundhedsstyrelse i 2013 svarede på en henvendelse fra Dansk Kiropraktorforening om, hvem der må udføre manipulationsbehandling. Sundhedsstyrelsen svarede dengang, at udover kiropraktorer må læger og fysioterapeuter udføre manipulationsbehandling.

*Styrelserne kan kun beklage, at der er sket denne udmelding, som ikke harmonerer med styrelsernes opfattelse af den gældende retstilling. Styrelsen anerkender at udmelding har skabt forvirring om fortolkningen af lovgivningen.*

Danske Fysioterapeuter anfører, at de gerne hører hvoraf hjemlen til, at læger må udføre manipulationsbehandling fremgår.

*Hertil kan Styrelsen for Patientsikkerhed henvise til autorisationslovens § 52. I henhold til denne bestemmelse må fysioterapeuter udføre fysioterapi-arbejde som ligger inden for hvad fysioterapeuternes uddannelsesmæssige baggrund kan legitimere, og lægerne kan udføre det arbejde som deres uddannelse giver dækning for. Dog for alles vedkommende indenfor rammerne af omhu og samvittighedsfuldhed.*

#### **ANDRE LANDES PRAKSIS**

Danske Fysioterapeuter anfører, at ifølge verdensorganisationen for fysioterapeuter, WCPT, vil Danmark være det eneste land i Skandinavien og Vesteuropa, hvor fysioterapeuter ikke kan udføre manipulationsbehandling, hvis der skulle ske en ændring.

Danske Fysioterapeuter anfører, at viden om Sverige og Norges regulering af området bør inddrages yderligere i undersøgelsen.

SAB anfører, at Danmark i 1991 var det første land i verden til at autorisere kiropraktorer. DK var dengang og er stadig det eneste land, hvor manuelle behandlinger og manipulationer er forbeholdt kiropraktorer og læger.

*Styrelserne har i anbefalingerne på området forholdt sig til de danske forhold. Styrelserne har ikke undersøgt patientrisikoen eller gældende praksis i de af Danske Fysioterapeuter nævnte lande. Styrelserne har set på de risici der er forbundet med manipulationsbehandling og har udformet de i undersøgelsen fremlagte anbefalinger herudfra.*

#### **FORBEHOLDT VIRKSOMHEDSOMRÅDE TIL FYSIOTERAPEUTER**

Danske Fysioterapeuter anfører, at det er et mærkeligt utidssvarende forslag at give fysioterapeuter et forbeholdt virksomhedsområde. Danske Fysioterapeuter anfører, at forbeholdt virksomhedsområde bør forbeholdes det, der er farligt, og at ledmobilisering af kroppens perifere led ikke er dette. Danske Fysioterapeuter anfører endvidere, at der arbejdes på, at der er så få lovfæstede begrænsninger som muligt med henblik på at skabe et fleksibelt og agilt sundhedsvæsen som muligt.

*Styrelserne har taget Danske Fysioterapeuters bemærkninger til efterretning og har i undersøgelses afsnit 6 revideret de fremtidige anbefalinger for forbeholdte virksomhedsområder. Ledmobilisering anbefales således ikke som forbeholdt virksomhedsområde for nogle faggrupper.*



# BILAG B: STYRELSERNES VURDERING AF SEKS ARTIKLER

## **Artikel 1:** Gross, A. et al. Manipulation or mobilisation for neck pain<sup>18</sup>

Dette er en analyse af eksisterende studier. Det primære formål er at vurdere, om manipulation eller mobilisering har effekt på smerter, funktionsniveau, patienttilfredshed og livskvalitet hos voksne med akutte, subakutte eller kroniske nakkesmerter.

27 studier, som sammenlignede effekterne ved manipulation eller mobilisering med ingen eller andre behandlinger, er inkluderet. Otte af de 27 studier vurderede bivirkninger ved manipulation eller mobilisering. Tre ud af de otte studier rapporterede ingen bivirkninger og fem studier rapporterede milde og forbigående bivirkninger.

Det fremgår af artiklen, at det på baggrund af de otte studier ikke var muligt at estimere, hvor ofte der forekommer sjældne, alvorlige bivirkninger. Det konkluderes, at der er begrænsede bivirkninger, men at resultatet kan være påvirket af ufuldstændigt eller ukorrekt datamateriale. Det anføres, at yderligere undersøgelser vil kunne få betydning for resultatet.

## **Artikel 2:** Rubinstein, S.M. et al. Spinal manipulative therapy for acute low back pain: an update of the cochrane review<sup>19</sup>

Der er her tale om et review, som har til formål at vurdere effekten af manipulationsbehandling af rygsøjlen på lænderygsmarter. Reviewet er baseret på 20 artikler.

Reviewet konkluderer, at det ikke er muligt at komme med anbefalinger omkring brugen af manipulationsbehandling til akutte lænderygsmarter.

Styrelsen vurderer, at artiklen ikke er relevant i denne sammenhæng, da estimering eller vurdering af bivirkninger af manipulation ikke er en del af reviewet.

## **Artikel 3:** Senstad, O et al. Frequency and characteristics of side effects of spinal manipulative therapy<sup>20</sup>

Her vurderes type, frekvens og karakteristika ved bivirkninger af 4712 manipulationsbehandlinger på rygsøjlen udført af kiropraktorer på 1058 patienter. Af alle behandlingerne involverede 75% lænde-rygsøjlen, 42% bryst-rygsøjlen og 33% hals-rygsøjlen.

---

<sup>18</sup> Gross, A. et al. Manipulation or mobilisation for neck pain. 2010. Cochrane Database Syst Rev. Jan 20;(1)

<sup>19</sup> Rubinstein, S.M. et al. Spinal manipulative therapy for acute low back pain: an update of the cochrane review. 2013. Spine 38(3).

<sup>20</sup> Senstad, O et al. Frequency and characteristics of side effects of spinal manipulative therapy. 1997. Spine 22(4):435-40.



55% oplevede mindst en bivirkning i løbet af maksimalt 6 behandlinger. Bivirkningerne var i 85% af tilfældene milde eller moderate, i 14% ubehagelige og i 1% uudholdelige. Ingen alvorlige bivirkninger blev rapporteret.

Styrelserne vurderer, at der er en række metodologiske forhold og begrænsninger ved studiet, der betyder, at konklusionerne skal læses med forbehold. Blandt andet rekrutterede kiropraktorerne selv de deltagende patienter, hvilket kan have medført, at de deltagende patienter ikke var repræsentative for alle kiropraktorenes patienter. Desuden indsamlede den behandlende kiropraktor oplysninger om patienternes bivirkninger ved efterfølgende konsultation. Patienter, som kun modtog én behandling eller som afbrød forløbet, er således ikke inkluderet i studiet. Det er muligt, at nogle af disse patienter har oplevet komplikationer i forbindelse med behandlingen.

**Artikel 4:** Rubinstein, S.M. et al. The benefits outweigh the risks for patients undergoing chiropractic care for neck pain: a prospective, multicenter, cohort study<sup>21</sup>

Formålet med artiklen er at beskrive både effekt og bivirkninger ved behandling af patienter med nakkesmerter. 79 kiropraktorer deltog i undersøgelsen, og disse rekrutterede i alt 529 patienter til undersøgelsen, som modtog 4891 behandlinger. De patienter, hvor kiropraktoren vurderede, at der var kontraindikation for manipulationsbehandling, blev ekskluderet fra studiet.

56% af patienterne rapporterede, at de oplevede bivirkninger ved mindst en af de tre første behandlinger, mens 13% af patienterne rapporterede, at bivirkningerne var alvorlige. 1 % af patienterne havde det meget værre efter 12 måneder. Ingen seriøse bivirkninger blev rapporteret.

Forfatterne konkluderer, at der ofte er bivirkninger forbundet med behandlingerne, men at de sjældent er alvorlige. Derfor opvejer fordelene ved kiropraktisk behandling af nakkesmerter de potentielle risici for patienterne inkluderet i studiet.

**Artikel 5:** Rosner, A. Adverse reactions to chiropractic care in the UCLA neck pain study: a response<sup>22</sup>

En forsker har skrevet en kommentar til et studie, som omhandler risici ved manipulationsbehandling. Studiet, som forskeren refererer til, har fundet, at patienter, som modtager manipulationsbehandling, har 44% større risiko for bivirkninger sammenlignet med patienter som modtager mobiliseringsbehandling.

I kommentaren konkluderes det, at det ikke er muligt på det foreliggende grundlag præcist at vurdere risiko for bivirkninger, og at studiets resultater således skal tolkes med forbehold. Der præsenteres ingen nye data.

---

<sup>21</sup> Rubinstein, S.M. et al. The benefits outweigh the risks for patients undergoing chiropractic care for neck pain: a prospective, multicenter, cohort study. 2007: Journal of manipulative and physiological therapeutics 30;6:408-418.

<sup>22</sup> Rosner, A. Adverse reactions to chiropractic care in the UCLA neck pain study: a response. 2006. Journal of manipulative and physiological therapeutics 29;3:248-51.

**Artikel 6:** Cassidy, S. et al. Risk of vertebrobasilar stroke and chiropractic care: results of a population-based case-control and case-crossover study<sup>23</sup>

Formålet med artiklen er at undersøge, hvorvidt patienter der indlægges med en bestemt type hjerneblødning (vertebrobasilar artery, VBA), hyppigere har været udsat for manipulation af halsrygsøjlen hos en kiropraktor.

I alt inkluderede man 818 patienter, som var indlagt med hjerneblødning, og som forinden enten havde konsulteret en kiropraktor eller praktiserende læge. Som sammenligningsgrundlag havde man en kontrolgruppe med raske.

Studiet viste, at patienter med hjerneblødning oftere havde modtaget forudgående manipulationsbehandling sammenlignet med den raske kontrolgruppe. Der var dog ikke forskel på, om patienterne havde henvendt sig hos praktiserende læge eller kiropraktor. Dette tolkes således, at patienter med tegn på begyndende blødning og symptomer fra nakke eller hoved henvender sig hos kiropraktor eller egen læge.

---

<sup>23</sup> Cassidy, S. et al. Risk of vertebrobasilar stroke and chiropractic care: results of a population-based case-control and case-crossover study. 2008. Spine Vol.33;4S.

