

Social ulighed på kiropraktorområdet



Social ulighed på kiropraktorområdet

©DEFACTUM, Region Midtjylland, september 2023

Emneord: Social ulighed i sundhed

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: september 2023

Udgivet af: DEFACTUM®, september 2023

Rapporten er udarbejdet af:

Malene Thygesen

Marie Louise Overgaard Svendsen

Karina Friis

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Denne publikation citeres således:

Forfattere: Thygesen M, Svendsen MLO, Friis, K.

Titel: Social ulighed på kiropraktorområdet

Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2023

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Malene Thygesen

DEFACTUM

Olof Palmes Alle 15

8200 Aarhus N

E-mail: malene.thygesen@rm.dk

Hjemmeside: www.defactum.dk

Rapporten kan downloades fra www.defactum.dk

Indholdsfortegnelse

1	Forord	4
2	Resumé	5
3	Indledning	6
4	Formål	7
5	Metode	8
5.1	Studiedesign og analyse	8
5.1.1	Delanalyse 1	8
5.1.2	Delanalyse 2	9
5.1.3	Delanalyse 3	9
5.2	Databeskrivelse	10
5.3	Databehandling og sikkerhed	11
6	Resultater	12
6.1	Social ulighed i hvem, der kommer til kiropraktor	12
6.2	Social ulighed i antallet af kiropraktorkonsultationer	16
6.3	Anbefalinger til hvordan social ulighed kan udlignes	19
7	Diskussion	23
8	Konklusion	25
9	Referencer	26
10	Bilag	27

1 Forord

Dansk Kiropraktor Forening (DKF) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) under Danske Regioner har i marts 2023 indgået et samarbejde med Region Midtjyllands forsknings- og konsulenthus DEFACTUM vedrørende en analyse af ulighed i sundhed på kiropraktorområdet med fokus på patienter med smerter og lidelser i muskler og led.

DEFACTUM har designet, udført og leveret den aftalte konsulentopgave i henhold til "Aftale om levering af konsulentytelser" underskrevet den 9. marts 2023. Malene Thygesen har været projektleder på opgaven, ansvarlig for indhentning af nødvendige tilladelser, dataansøgninger og kontakt til dataleverandører, datamanagement samt bidrag til og sammenskrivning af rapporten. Marie Louise Overgaard Svendsen har været ansvarlig for opgavens metodedesign, gennemførelse af analyser og facilitering af et panelmøde samt bidraget til rapportskrivning. Karina Friis har bidraget med faglig sparring, læst og kommenteret rapporten. Hanne Søndergaard har været faglig leder på opgaven, bidraget med faglig sparring, læst og kommenteret rapporten. Anne Marie Schack Jensen har bidraget til projektets datamanagementopgaver.

Desuden har Thomas Maribo, professor og forskningsleder ved DEFACTUM, og Jeppe Mølgaard Mathiasen, praksiskonsulent for kiropraktik i Region Midtjylland, bidraget med faglig sparring.

Projektet er anmeldt ved Region Midtjyllands interne fortegnelse over forskningsprojekter og har fået tilladelse og adgang til registerdata ved Danmarks Statistiks forskermaskine. Herudover er der givet tilladelse til at benytte data fra Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP) samt den regionale sundhedsprofil i Region Midtjylland ("Hvordan har du det?") til projektet. Den Nationale Sundhedsprofil er finansieret af Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Data er indsamlet af de fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Aarhus, september 2023

2 Resumé

Undersøgelser viser, at der er social ulighed i sundhed på flere områder i Danmark, herunder på muskel- og skeletområdet [1]. Formålet med denne undersøgelse er at bidrage med ny viden om social ulighed på kiropraktorområdet, og i forlængelse heraf at identificere konkrete anbefalinger til, hvordan der kan arbejdes på at udligne den sociale ulighed.

Undersøgelsen er gennemført som tre delanalyser, som har til formål at:

- 1) undersøge social ulighed i fremmødet til kiropraktorbehandling
- 2) undersøge social ulighed i antallet af konsultationer i et kiropraktorforløb
- 3) komme med anbefalinger til, hvordan den sociale ulighed kan udlignes

Delanalyse 1 inkluderede 250.468 besvarelser fra personer på 16 år eller derover, der i Den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP) 2017 og 2021 havde angivet, at de havde smerter i ryg, lænd, nakke og/eller skulder. Knap 8,5 % (n=20.511) af personerne med smerte kom til kiropraktor i perioden fra tre måneder før til seks måneder efter, at de havde rapporteret om smerter.

Delanalyse 2 inkluderede 679.450 nystartede kiropraktorforløb blandt personer over 16 år, der havde påbegyndt et kiropraktorforløb fra 1. april 2017 til 31. december 2020.

Delanalyse 3 omfattede et panelmøde med otte deltagere, heraf tre personer, der har modtaget behandling hos kiropraktor, tre kiropraktorer, en almen praktiserende læge samt en specialist inden for social ulighed og sundhedskompetence fra Sundhedsstyrelsen.

Resultaterne viser samlet set, at der forekommer social ulighed på kiropraktorområdet, idet personer med kort uddannelse, lav familieindkomst og/eller øvrige som f.eks. ikke er i arbejde eller under uddannelse:

- sjældnere kommer til kiropraktor på trods af smerter i ryg, lænd, nakke og/eller skulder end andre
- har færre kontakter i et kiropraktorforløb end andre

Samtidig tyder resultaterne på, at en lav grad af sundhedskompetence kan have betydning for, at personer med kort eller ingen uddannelse sjældnere kommer til kiropraktor.

Panelmødet resulterede i følgende anbefalinger til, hvordan social ulighed på kiropraktorområdet kan udlignes:

- Nedsat brugerbetaling til kiropraktorbehandling for udvalgte patientgrupper
- Pakkeforløb til personer, som er socialt sårbare
- Styrket koordination og samarbejde på tværs af sektorer, herunder den sociale sektor
- Tidlig indsats for grupper, der har højere risiko for at udvikle muskel- og skeletlidelser
- Fokus på information om kiropraktorbehandling
- Mere viden om patientens vej til kiropraktorbehandling
- Fokus på den geografiske placering af kiropraktorklinikker

3 Indledning

Der er social ulighed i sundhed på flere sygdomsområder i Danmark [1]. Social ulighed i sundhed refererer til, at der eksisterer en systematisk sammenhæng mellem menneskers socioøkonomiske position¹ i samfundet og deres sundhed og helbred [2], således at mennesker med lavere socioøkonomisk position ofte har et dårligere helbred sammenlignet med personer med højere socioøkonomisk position.

Tidligere undersøgelser tyder også på, at der er social ulighed på muskel- og skeletområdet. Danske tal viser f.eks., at et højere uddannelsesniveau er relateret til færre nye tilfælde af muskel- og skeletdiagnoser og færre, der angiver, at de har meget generende muskel- og skelet smerter i den Nationale Sundhedsprofil (NATSUP) [1]. Muskel- og skeletlidelser og smerter behandles ofte af en kiropraktor, men tidligere undersøgelser peger på, at der også forekommer social ulighed i, hvem der søger kiropraktorbehandling, idet personer, der benytter kiropraktor generelt har højere socioøkonomisk position end personer, som ikke benytter kiropraktor [3, 4]. Dette stemmer overens med en undersøgelse, der har fundet social ulighed i adgangen til kiropraktor, da kørselsafstanden til nærmeste kiropraktor gennemsnitligt er kortere for personer med et højere uddannelses- eller indkomstniveau. Samtidigt ses en sammenhæng mellem kort kørselsafstand og brug af kiropraktor [5]. Socioøkonomisk position menes ligeledes at være relateret til den enkeltes sundhedskompetence. Sundhedskompetence afspejler en persons evne til at få adgang til, forstå, tilegne sig og vurdere sundhedsinformation, benytte sundhedsydelser samt at kommunikere med sundhedsprofessionelle [6], og flere studier har fundet, at personer med lavere socioøkonomisk position i højere grad oplever problemer med at forstå sundhedsinformation og indgå i dialog med sundhedsprofessionelle [7, 8].

I Danmark gennemførte man den første nationale analyse i 2011 vedrørende årsager til og indsatser mod ulighed i sundhed. Her fandt man frem til tre overordnede typer af determinanter, som forårsager social ulighed i sundhed: 1) tidlige determinanter som er knyttet til børns udvikling og skolegang, og som påvirker deres senere socioøkonomiske position og dermed helbred, 2) determinanter som er påvirket af individets socioøkonomiske position som f.eks. arbejde, bolig og sundhedsadfærd, og som medierer effekten af socioøkonomisk position på risikoen for at blive syg, samt 3) determinanter som påvirker ulighed i konsekvenserne af sygdom f.eks. sundhedsvæsenet [9].

På baggrund heraf er der blevet foreslået 44 indsatser, der har til formål at reducere ulighed i sundhed (Bilag, Tabel B2). Forslagene til indsatser inden for sundhedsvæsenet er blandt andet rettet mod en forstærket primærsektor, integration af social og sundhedsområdet, ressourceallokering, monitorering af social ulighed og mindre brugerbetaling.

Sundhedsvæsenets indsatser har begrænset indflydelse på at reducere ulighed i risikoen for at blive syg, mens det har en større indflydelse på ulighed i konsekvenserne af at være syg f.eks. i forhold til adgang til og brug af sundhedsydelser samt i kvaliteten og resultatet af sundhedsydelser [10].

På baggrund af et ønske fra Dansk Kiropraktor Forening (DKF) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), om at undersøge social ulighed i sundhed på kiropraktorområdet indledtes et samarbejde med DEFACTUM om at gennemføre en undersøgelse, som har til formål at bidrage med ny viden om social ulighed på kiropraktorområdet og i forlængelse heraf at identificere konkrete anbefalinger til, hvordan der kan arbejdes på at udligne den sociale ulighed på kiropraktorområdet i Danmark.

¹ Anvendte indikatorer for socioøkonomisk position er i denne rapport: uddannelsesniveau, indkomst og arbejdsmarkedstilknøytning.

4 Formål

Undersøgelsen er gennemført som tre delanalyser, der har til formål at:

- 1) undersøge social ulighed i fremmødet til kiropraktorbehandling
- 2) undersøge social ulighed i antallet af konsultationer i et kiropraktorforløb inden for et år
- 3) komme med anbefalinger til hvordan den sociale ulighed på området kan udlignes

Analyserne til delanalyse 1 og 2 har taget udgangspunkt i de fem følgende forskningsspørgsmål:

- Adskiller personer med smerter i ryg, lænd, nakke og/eller skulder sig, når de sammenlignes i forhold til, om de får eller ikke får kiropraktorbehandling, med hensyn til forskellige personkarakteristika? (socioøkonomisk position, køn, alder, etnicitet, samlivsstatus, livsstil, komorbiditet, behandling ved fysioterapeut og/eller praktiserende læge samt graden af sundhedskompetence).
- Er socioøkonomisk position (defineret ved uddannelse, indkomst og arbejdsmarkedstilknytning) relateret til, om personer med smerter i ryg, lænd, nakke og/eller skulder får kiropraktorbehandling?
- Adskiller personer sig, afhængig af antallet af kiropraktorkonsultationer i et forløb, i forhold til forskellige personkarakteristika? (socioøkonomisk position, køn, alder, etnicitet, samlivsstatus, komorbiditet og behandling ved fysioterapeut og praktiserende læge)
- Er socioøkonomisk position (defineret ved uddannelse, indkomst og arbejdsmarkedstilknytning) relateret til antallet af konsultationer i et kiropraktorforløb blandt personer, som påbegynder kiropraktorbehandling?
- Ændrer den sociale ulighed sig i antallet af konsultationer i et kiropraktorforløb i perioden 2017 til 2021?

5 Metode

5.1 Studiedesign og analyse

5.1.1 Delanalyse 1

Studiepopulationen i delanalyse 1 består af personer på 16 år eller derover, der i NATSUP 2017 og/eller 2021 har angivet, at de har smerter i ryg, lænd, nakke og/eller skulder. Studiet er designet som en tværsnitsundersøgelse, hvor personerne i studiepopulationen er vurderet i forhold til, om de har haft minimum én kiropraktorkonsultation i perioden fra tre måneder før til seks måneder efter datoen for, at de har rapporteret om smerter i ryg, lænd, nakke og/eller skulder. En kiropraktorkonsultation defineres ved hjælp af specialekode 53 og 64 i Sygesikringsregistret.

Delanalyse 1 består af to analyser:

1) En deskriptiv analyse af, om personer med smerter i ryg, lænd, nakke og/eller skulder adskiller sig, i forhold til om de har eller ikke har haft en kiropraktorkonsultation, med hensyn til faktorerne socioøkonomisk position, køn, alder, etnicitet, samlivsstatus, region, antal risikable sundhedsvaner (baseret på BMI, kost, rygning og alkohol), komorbiditet (baseret på Charlson Comorbidity Index) [11-13], kontakt til fysioterapeut og/eller praktiserende læge tre måneder forud for rapporteret smerte samt smertegener.

2) En analyse af, hvorvidt socioøkonomisk position er relateret til, om personer med smerter i ryg, lænd, nakke og/eller skulder kommer til kiropraktor. Denne analyse gennemføres ved hjælp af logistisk regression, både ujusteret og justeret, hvor der kontrolleres for faktorerne under punkt 1 (køn, alder, etnicitet, samlivsstatus, region, antal risikable sundhedsvaner, komorbiditet, kontakt til fysioterapeut og/eller praktiserende læge samt smertegener), da disse faktorer kan forventes at påvirke sammenhængen mellem socioøkonomisk position og kiropraktorkonsultation. Der gennemføres desuden separate analyser på data fra Region Midtjylland, hvor der også tages højde for personernes sundhedskompetence.

Som supplerende analyser gennemføres analyser separat for 2017 og 2021. Ligeledes opgøres andelen af personer, som døde i studieperioden (tre måneder før til seks måneder efter datoen for, at de har rapporteret om smerter).

I de statistiske analyser er der anvendt en vægt for at øge repræsentativiteten for Den Nationale Sundhedsprofils svarpopulation i forhold til den samlede befolkning. Vægten korrigerer dels for forskelle i udtrækssandsynligheder i forhold til bopælskommune og dels for forskelle i responsrate i forhold til køn, alder, kommune, en række sociale baggrundsvARIABLE samt brug af sundhedsvæsenet. Vægten er konstrueret ved brug af en avanceret vægtningsprocedure, der er foretaget af Danmarks Statistik, hvor cpr-numrene på alle i stikprøven er koblet sammen med en række af Danmarks Statistiks registre [8, 14] Ligeledes er der taget højde for, at personer kan indgå flere gange i analyserne med robust sandwich estimator.

Alle analyser er gennemført ved Danmarks Statistiks forskermaskine med statistikprogrammet STATA.

5.1.2 Delanalyse 2

Studiepopulationen i delanalyse 2 består af alle personer over 16 år, der er påbegyndt et kiropraktorforløb i perioden 1. april 2017 til 31. december 2020 defineret ved specialekode 53 og 64 i Sygesikringsregistret. For at sandsynliggøre at kun nystartede forløb indgår, og at analysen ikke tæller antal kiropraktorkonsultationer fra midt i et forløb, defineres opstart af kiropraktorforløb som en kiropraktorkonsultation, hvor der ikke har været en kiropraktorkonsultation i minimum et år forinden. Personer i studiepopulationen bliver fulgt i forhold til antallet af kiropraktorkonsultationer i 51 uger efter ugen for den første kiropraktorkonsultation frem til og med 31. december 2021 (herefter benævnt kiropraktorforløb).

Delanalyse 2 består af tre analyser:

- 1) En deskriptiv analyse af, om personer adskiller sig, afhængigt af antallet af kiropraktorkonsultationer i et forløb, i forhold til faktorerne socioøkonomisk position, alder, køn, etnicitet, samlivsstatus, region, komorbiditet (baseret på Charlson Comorbidity Index)[11-13] og kontakt til fysioterapeut og almen praktiserende læge tre måneder forud for rapporteret smerte.
- 2) En analyse af, om socioøkonomisk position er relateret til antallet af behandlinger i et kiropraktorforløb blandt personer, som starter i kiropraktorbehandling.
- 3) En analyse af om den sociale ulighed, i forhold til personernes uddannelse, familieindkomst og arbejdsmarkedstilknøytning, ændrer sig i perioden 2017 til 2020 i forhold til antallet af behandlinger i et kiropraktorforløb.

Analyserne gennemføres med ujusteret og justeret lineær regression, hvor data for antal kiropraktorkonsultationer i et år er blevet transformeret med naturlig logaritme for at opfylde forudsætningerne for den statistiske analyse. Der bliver kontrolleret for faktorerne under punkt 1 (alder, køn, etnicitet, samlivsstatus, region, komorbiditet og kontakt til fysioterapeut og almen praktiserende læge), da disse faktorer kan forventes at påvirke sammenhængen mellem socioøkonomisk position og antal kiropraktorkonsultationer inden for et år. Ligeledes tages der højde for, at personer kan indgå flere gange i analyserne med robust sandwich estimator. Analyserne gentages separat for det kalenderår i perioden 2017 - 2020, hvor kiropraktorforløbet blev påbegyndt. Ligeledes opgøres andelen af personer, som døde i opfølgingsperioden på 51 uger efter første kiropraktorkonsultation.

Analyserne gennemføres på Danmarks Statistiks forskermaskine med statistikprogrammet STATA.

5.1.3 Delanalyse 3

Delanalyse 3 gennemføres med modificeret nominal gruppeteknik (NGT)*, der er en konsensusgruppemetode i forskning [15].

Med det formål at indsamle ideer og forslag til indsatser, der under danske forhold kan modvirke social ulighed på kiropraktorområdet, samledes et panel af 8 personer med bred erfaring og viden om kiropraktorområdet eller social ulighed. Deltagere i panelet var:

- Tre personer, der har modtaget behandling hos en kiropraktor
- Tre kiropraktorer, hvoraf to er privatpraktiserende kiropraktorer og én er kiropraktor fra et rygcenter
- En almen praktiserende læge, som har kendskab til kiropraktorområdet bl.a. på baggrund af et samarbejde med en privatpraktiserende kiropraktor
- En faglig ekspert fra Sundhedsstyrelsen inden for social ulighed og sundhedskompetence

Panel deltagerne blev valgt ud fra, at både kiropraktorer og almen praktiserende læger spiller en vigtig rolle for, om patienter får kiropraktorbehandling, også selvom det er muligt at henvende sig direkte til en kiropraktor og få tilskud uden lægehenvielse. Borgerens perspektiv samt specialistviden om social ulighed og sundhedskompetence er afgørende for at nuancere behov og barrierer for kiropraktorbehandling.

Panel mødet blev afholdt virtuelt den 22. august 2023 og omfattede følgende trin [15]:

- Introduktion: fælles introduktion til social ulighed i sundhed og på kiropraktorområdet samt præsentation af resultater fra Delanalyse 1 og Delanalyse 2
- Individuel idégenerering: Med slukkede kameraer og lyd skrev hver paneldeltager sine forslag ned til at mindske/undgå social ulighed på kiropraktorområdet på baggrund af definerede spørgsmål
- "Bordet rundt" med henblik på at udveksle idéer: Hver paneldeltager fortalte om sit vigtigste forslag, og runden fortsatte, indtil alle forslag var nævnt
- Præcisering af forslag/idéer: Paneldeltagere drøftede og præciserede forslagene
- Votering: Hver paneldeltager markerede på en skala fra 1 (meget vigtig) til 5 (slet ikke vigtigt) deres vurdering af, hvor vigtigt hvert forslag er i forhold til at kunne mindske/undgå social ulighed på kiropraktorområdet. Vurderingen foregik i et spørgeskema, der blev sendt på mail efter mødet. Efterfølgende blev de returnerede vurderinger sammenholdt, og der blev udregnet gennemsnit og standardafvigelse for hvert forslag. Forslaget med det laveste gennemsnit blev vurderet til at være det vigtigste, og det højeste gennemsnit var således det mindst vigtige. Forslagene blev til slut samlet til otte anbefalinger til at mindske social ulighed på kiropraktorområdet.

5.2 Databeskrivelse

NATSUP omfatter landsdækkende repræsentative tværsnitsundersøgelser af den voksne befolknings sundhed, trivsel og sygelighed, og bliver gennemført hvert 4. år. I denne rapport er oplysninger om personer, der angiver, at de har smerter i ryg, lænd, nakke og/eller skulder og i hvilken grad de har smerte, hentet fra NATSUP. Graden af smerte inddeles efter, om personerne er 1) lidt generet af smerte eller 2) meget generet af smerte. Hertil hentes oplysninger om personernes livsstil defineret som antal risikable sundhedsvaner (baseret på oplysninger om BMI, kost, rygning og alkohol). Oplysninger om sundhedskompetence er hentet fra Region Midtjyllands regionale sundhedsprofil ("Hvordan har du det"), da disse oplysninger kun indsamles i Region Midtjylland. Graden af sundhedskompetence defineres ud fra om en person har "Svært/Meget svært" eller "Let/Meget let" ved at 1) interagere med sundhedspersonale og 2) læse og forstå information om sundhed.

Ud over data fra Sundhedsprofilen benyttes registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Kiropraktorkonsultationer defineres ud fra specialekoderne 53 og 64 i Sygesikringsregistret, som indeholder oplysninger om alle kontakter til behandlere og terapeuter, hvortil der er ydet tilskud fra den offentlige sygesikring, herunder f.eks. kiropraktorer, fysioterapeuter og læger. Kontakt til læge er defineret ud fra sygesikringsregistret ved hjælp af specialekoder 51, 61 eller 62 og kontakt til fysioterapeut ved hjælp af specialekoder 800101, 800130, 800131, 800132 eller 800133. Antallet af kiropraktorkonsultationer i et forløb inddeles i kvartiler i delanalyse 2.

Personoplysninger vedrørende køn, alder, etnicitet og samlivsstatus er indhentet fra Befolkningsregistret, som er baseret på CPR-registret, og som omfatter alle personer med fast bopælsadresse i Danmark. Etnicitet defineres som "Dansk", "Vestlig" eller "Ikke-vestlig", og

samlivsstatus er inddelt i grupperne "Enlig", der omfatter personer, der bor alene og "Ikke-enlig", der omfatter personer, som indgår i et ægteskab, registreret partnerskab, er samlevende eller samboende med mindst en anden.

Socioøkonomisk position defineres ud fra oplysninger om uddannelse, familieindkomst og arbejdsmarkedstilknøytning. Oplysninger om højest fuldførte uddannelsesniveau er hentet fra Registret over befolkningens uddannelse, som indeholder de uddannelser, som hver enkelt person har fuldført. Uddannelsesniveauet er defineret ud fra ISCED klassifikationen og yderligere opdelt på 4 grupper, som er 1) "ingen/kort uddannelse", defineret ud fra ISCED koder (No education, Not elsewhere classified, primary school, lower secondary school), 2) "medium kort uddannelse", defineret ud fra ISCED koder (Upper secondary school, Short cycle tertiary), 3) "medium lang uddannelse" defineret ud fra ISCED koder (Bachelor or equivalent) og 4) "lang uddannelse" defineret ud fra ISCED koder (Master or equivalent, Doctoral or equivalent) [16]. Informationer om indkomst stammer fra familieindkomststatistikken, som består af den samlede indkomst for alle personer i en familie. Indkomsten er opdelt i fire grupper ud fra kvartiler for 1) lav, 2) Medium lav, 3) Medium høj, og 4) høj. Oplysninger om arbejdsmarkedstilknøytning hentes fra arbejdsmarkedsklassifikationsmodulet, som indeholder personers tilknøytning til arbejdsmarkedet. Her grupperes efter, om personen er 1) "i arbejde eller under uddannelse", 2) "modtager af alderspension" og 3) "øvrige", der f.eks. ikke er i arbejde/under uddannelse.

Information vedrørende komorbiditet er udregnet ved hjælp af Charlsons Comorbiditets index [11-13] og baseret på oplysninger fra Landspatientregistret. Landspatientregistret er et nationalt register over aktiviteten ved de danske sygehuse og indeholder oplysninger om alle ambulante besøg og indlæggelser i det danske sygehusvæsen.

5.3 Databehandling og sikkerhed

Alle analyser er gennemført i overensstemmelse med GDPR, og projektet er registreret på den interne fortegnelse over forskningsprojekter med Region Midtjylland som dataansvarlig. Databehandling til delanalyse 1 og 2 er foretaget på pseudonymiserede data på Danmarks Statistiks Forskermaskine, som ligger i et lukket servermiljø. Statens Institut for Folkesundhed har givet tilladelse til at bruge data fra NATSUP, og der er ligeledes en godkendelse til at bruge Region Midtjyllands regionale data fra Sundhedsprofilen. Data fra NATSUP og den regionale sundhedsprofil er uploadet til Danmarks Statistiks Forskermaskine, og via Danmarks Statistik er de øvrige registerdata til analyserne indhentet og godkendt. Deltagerne på panelmødet har ved deres deltagelse i online-mødet tilkendegivet, at de er indforstået med, at de deltager i projektet.

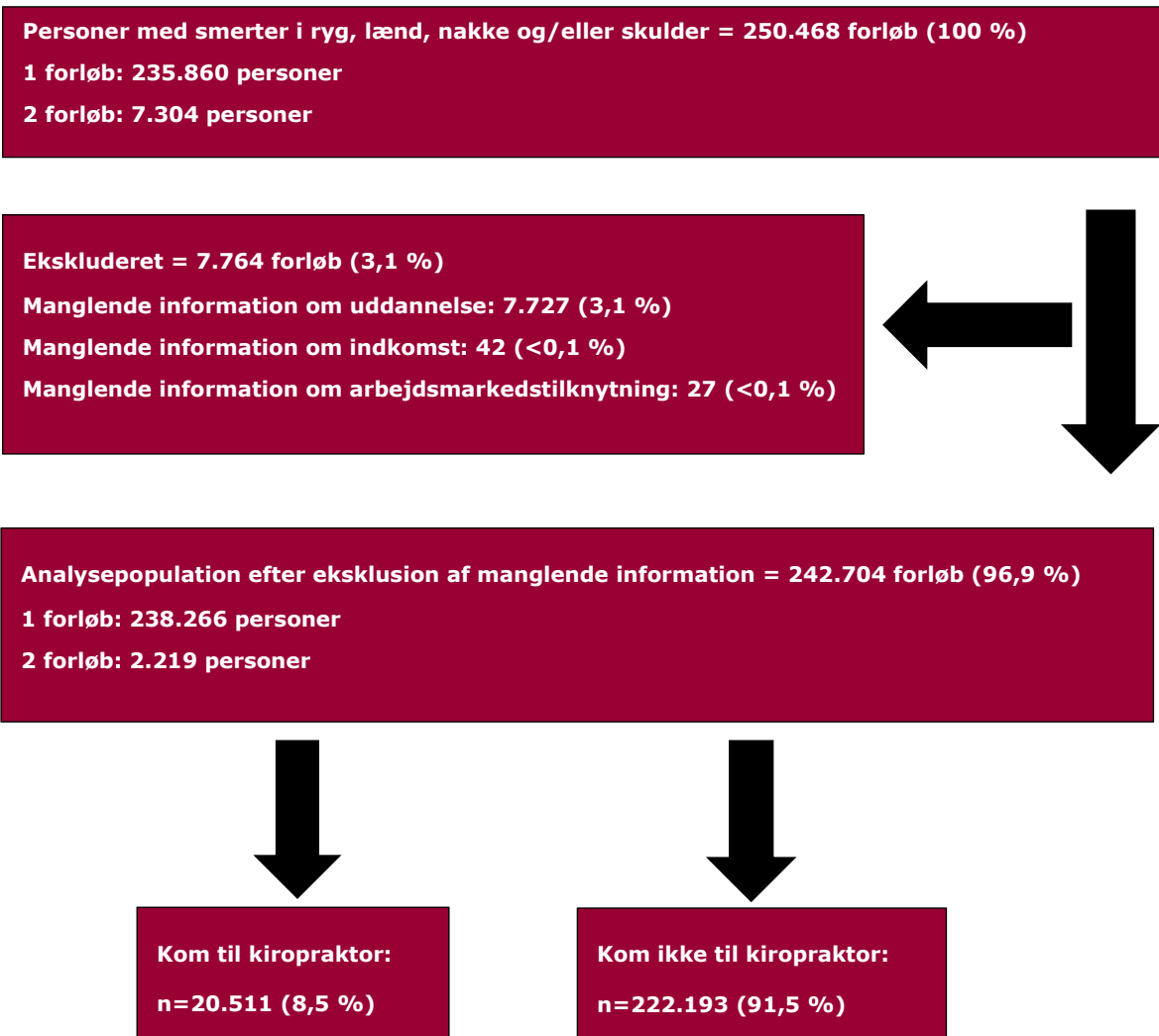
6 Resultater

6.1 Social ulighed i hvem, der kommer til kiropraktor

Populationen i delanalyse 1 består af 243.164 personer på 16 år eller derover, som i NATSUP 2017 og/eller 2021 angav, at de havde smerter i ryg, lænd, nakke og/eller skulder. Heraf angav 7.304 personer både i 2017 og i 2021, at de havde smerter og indgår derfor i analysen med 2 forløb, mens 235.860 personer indgår med 1 forløb. I figur 1 ses, at der i alt indgår 250.468 smerteforløb ($7.304+7.304+235.860=250.468$).

Omkring 3 % ($n=7.764$) af disse forløb er ekskluderede pga. manglende information om uddannelse, indkomst eller arbejdsmarkedstilknytning. Det betyder, at knap 97 % ($n=242.704$) af smerteforløbene indgår i analyserne af, om der er social ulighed i, hvem der kommer til kiropraktor. Heraf kom ca. 8,5 % ($n=20.511$) til kiropraktor i perioden fra tre måneder før til seks måneder efter, at de har rapporteret om smerter, jævnfør figur 1.

Figur 1. Analysepopulation: forløb for personer med smerter i ryg, lænd, nakke og/eller skulder i den Nationale Sundhedsprofil 2017 og/eller 2021



Tallene viser, at gruppen af personer med smerter i ryg, lænd, nakke eller skulder, der ikke kommer til kiropraktor, adskiller sig fra dem, som kommer til kiropraktor

Gruppen af personer med smerte, der ikke kommer til kiropraktor, sammenlignet med dem der kommer til kiropraktor, har generelt en højere forekomst af (Bilag, Tabel B3):

- Lav socioøkonomisk position
- Ikke-dansk oprindelse
- Personer, der bor alene
- Risikabel sundhedsadfærd i forhold til rygning, usund kost, højt alkoholindtag og/eller overvægt
- Kronisk sygdom
- Mindre gener fra sin smerte
- Lav sundhedskompetence særligt i forhold til at læse og forstå information om sundhed

I gennemsnit kom knap 8,5 % (n=20.511) af personer med smerte til kiropraktor i perioden fra tre måneder før til seks måneder efter, de havde rapporteret om smerte. I grupperne med lavest socioøkonomisk position kom dog kun 6,1 % (Ingen/kort uddannelse: n=3.593), 5,1% (lav indkomst: n=3.332) og 5,8% (Øvrige, der f.eks. ikke er i arbejde/under uddannelse: n=1.535) af personerne til kiropraktor (Bilag, Tabel B3).

Blandt personer med smerter i ryg, lænd, nakke eller skulder har personer med lav socioøkonomisk position statistisk signifikant lavere odds for at komme til kiropraktor end personer med høj socioøkonomisk position

Resultaterne viser, at gruppen med lavest socioøkonomisk position (ingen/kort uddannelse, lav indkomst, øvrige, der f.eks. ikke er i arbejde/under uddannelse) har mindre odds for at komme til kiropraktor trods smerte, når der justeres for forskelle i personkarakteristika (Figur 2 og Bilag, Tabel B4). I sammenligning med personer med høj socioøkonomisk position havde:

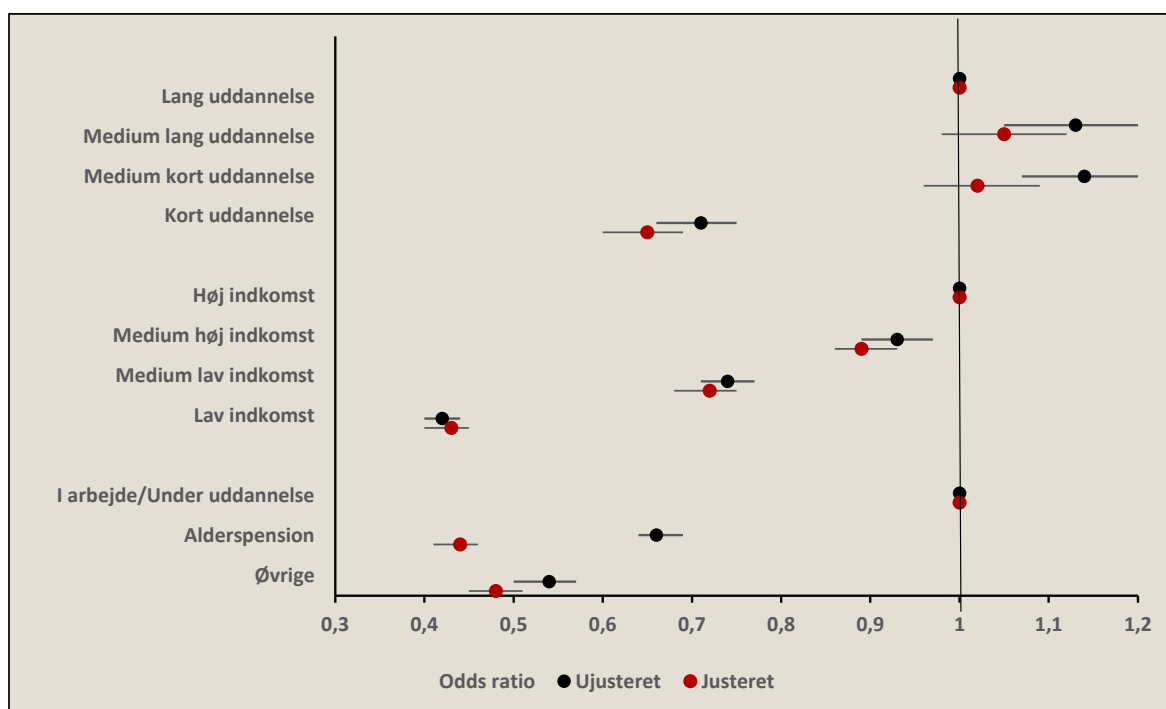
- Personer med ingen eller kort uddannelse 0,65 gange mindre odds for at komme til kiropraktor (95 % CI: 0,60-0,69)
- Personer med den laveste indkomst 0,43 gange mindre odds for at komme til kiropraktor (95 % CI: 0,40-0,45)
- Personer, som f.eks. står uden for arbejdsmarkedet 0,48 gange mindre odds for at komme til kiropraktor (95 % CI: 0,45-0,51).

Der er tendens til, at personer med henholdsvis medium kort eller medium lang uddannelse har større odds for at komme til kiropraktor end personer med en lang uddannelse (medium kort: OR 1,14, 95 % CI 1,07-1,21 og medium lang: OR 1,13, 95 % CI 1,05-1,20), men denne tendens forsvinder, når der tages højde for forskelle i personkarakteristika (medium kort: OR 1,02, 95 % CI 0,96-1,09 og medium lang: OR 1,05, 95 % CI 0,98-1,12) (Figur 2 og Bilag, Tabel B4).

Knap 0,4 % (n=879) af personer med smerte døde i studieperioden. Da dette er en lille andel vurderes det ikke at have indflydelse på resultaterne for sammenhængen mellem socioøkonomisk position, og om personer kommer til kiropraktor.

Figur 2 viser sammenhængen mellem personers socioøkonomiske position, fordelt på uddannelsesniveau, indkomst og arbejdsmarkedstilknytning, og om der modtages kiropraktorbehandling. Resultaterne vises både som ujusterede (sort cirkel) og justerede (rød cirkel) odds ratio. I denne model er referencerne "Lang uddannelse", "Høj indkomst" og "I arbejde/under uddannelse". En odds ratio der er mindre end 1 betyder, at der er mindre odds for at komme til kiropraktor sammenlignet med referencegruppen, hvorimod en odds ratio der er større end 1 betyder, at der er større odds for at komme til kiropraktor. De vandrette streger repræsenterer et 95 % konfidensinterval. Resultaterne, der danner baggrund for figur 2, fremgår af Tabel B4 i bilag.

Figur 2. Sammenhæng mellem socioøkonomisk position og kiropraktorbehandling.



Tabel 1 viser resultaterne for Region Midtjylland i forhold til om der er social ulighed i, hvem der kommer til kiropraktor. I Region Midtjylland findes 19,7 % (n=47.862) af den samlede analysepopulation, og da der i Region Midtjyllands undersøgelse stilles spørgsmål vedrørende sundhedskompetence, er graden af sundhedskompetence taget med som ekstra justeringsvariabel i denne analyse.

Resultaterne i Tabel 1 tyder på, at lav sundhedskompetence kan have betydning for, at personer med kort eller ingen uddannelse ikke kommer til kiropraktor, idet resultaterne ændrer sig forholdsvis meget, når der ud over kontrol for personkarakteristika (OR 0,60, 95 % CI 0,51-0,71) også kontrolleres for personernes sundhedskompetence (OR 0,79, 95 % CI 0,66-0,95). De samme tydelige tendenser findes ikke i forhold til indkomst og arbejdsmarkedstilknytning.

Tabel 1. Har sundhedskompetence betydning for sammenhængen mellem personers socioøkonomiske position, og om de kommer til kiropraktor i Region Midtjylland?

SOCIOØKONOMI	Personer som har modtaget kiropraktor-behandling n=4.043 (8,5 %)	Ujusteret OR (95% CI)	Justeret OR (95% CI)*	Justeret OR (95% CI)**
Uddannelsesniveau				
- Lang	326 (9,3)	1	1	1
- Medium lang	805 (9,2)	0,97 (0,83-1,13)	0,96 (0,82-1,12)	0,99 (0,84-1,16)
- Medium kort	2.184 (9,3)	1,01 (0,88-1,16)	0,98 (0,85-1,12)	1,07 (0,92-1,25)
- Kort	728 (6,0)	0,61 (0,52-0,71)	0,60 (0,51-0,71)	0,79 (0,66-0,95)
Indkomst				
- Høj	1.101 (11,2)	1	1	1
- Medium høj	1.327 (10,5)	0,97 (0,88-1,06)	0,94 (0,85-1,04)	0,87 (0,79-0,97)
- Medium lav	997 (7,9)	0,71 (0,64-0,78)	0,70 (0,63-0,77)	0,68 (0,61-0,76)
- Lav	618 (4,9)	0,40 (0,36-0,45)	0,41 (0,36-0,46)	0,40 (0,35-0,47)
Arbejdsmarkedstilknytning				
- Arbejde/uddannelse	2.876 (10,1)	1	1	1
- Alderspension	823 (6,0)	0,62 (0,57-0,68)	0,39 (0,34-0,44)	0,47 (0,41-0,55)
- Udenfor arbejdsmarkedet	344 (6,2)	0,56 (0,49-0,64)	0,50 (0,43-0,57)	0,51 (0,43-0,59)

* Justeret for alder, køn, oprindelsesland, samlivsstatus, region, antal risikable sundhedsvaner, komorbiditet, kontakt til egen læge og fysioterapeut samt graden af smerte gener.

** Justeret for alder, køn, oprindelsesland, samlivsstatus, region, antal risikable sundhedsvaner, komorbiditet, kontakt til egen læge og fysioterapeut, smertegener samt kompetence til at interagere med sundhedspersonale og kompetence til at forstå information om sundhed.

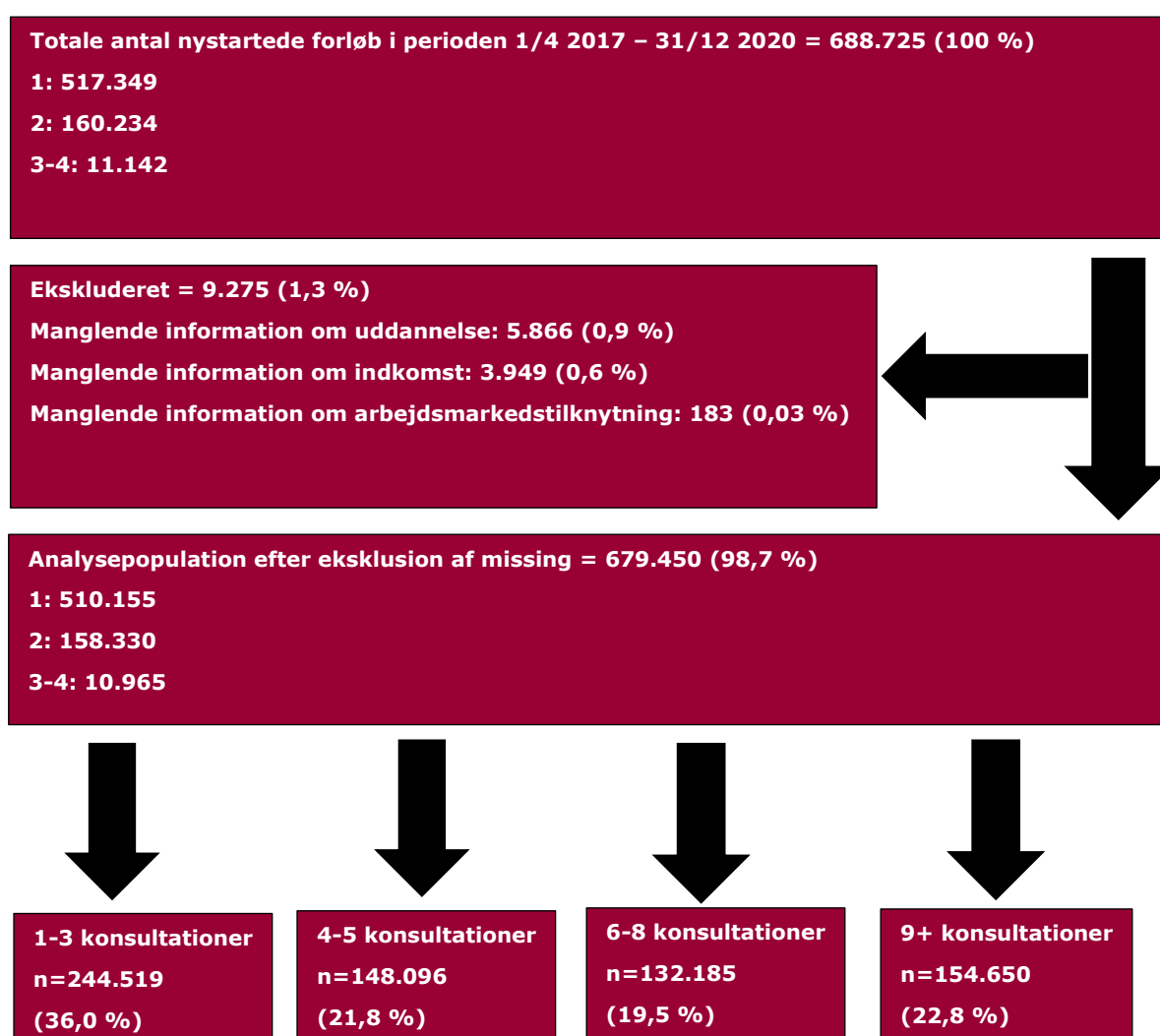
6.2 Social ulighed i antallet af kiropraktorkonsultationer

Populationen i delanalyse 2 består af alle personer over 16 år, der påbegyndte et kiropraktorforløb i perioden 1. april 2017 til 31. december 2020, og som ikke havde haft en kiropraktorkonsultation i minimum et år inden forløbsstart.

Figur 3 viser, at der var 688.725 nystartede forløb hos en kiropraktor i Danmark i perioden fra 1. april 2017 til 31. december 2020. Heraf indgår knap 99 % (n=679.450) af disse forløb i analyserne af sammenhængen mellem socioøkonomisk position og antallet af kiropraktorkonsultationer. Lidt over 1 % (n=9.275) af forløbene blev ekskluderede i analyserne pga. manglende information om personens uddannelse, indkomst eller arbejdsmarkedstilknytning.

Godt halvdelen (57,8 %) af de 679.450 nystartede kiropraktorforløb omfattede mellem 1-5 kiropraktorkonsultationer inden for det første år (medianværdi for antal forløb=5) (Figur 3).

Figur 3. Flow over nystartede kiropraktorforløb i perioden 1/4 2017 - 31/12 2020



Tallene viser, at gruppen af personer med få konsultationer i et kiropraktorforløb adskiller sig fra gruppen af personer med mange konsultationer

Gruppen af personer med færrest, dvs. 1-3 kiropraktorkonsultationer inden for et år efter opstart, har generelt højere forekomst af: (Bilag, Tabel B5)

- Lavere socioøkonomisk position
- Mandligt køn
- Ikke-dansk oprindelse
- Personer, der bor alene
- Personer med bopæl i Region Nordjylland
- Personer uden kontakt til egen læge eller fysioterapeut i tre måneder forud for kiropraktorforløbet

Personer med lav socioøkonomisk position har statistisk signifikant færre konsultationer i et kiropraktorforløb end personer med høj socioøkonomisk position

Resultaterne viser, at personer med lav socioøkonomisk position (kort/ingen uddannelse, lav indkomst, øvrige, der f.eks. ikke er i arbejde/under uddannelse) har færre konsultationer i et kiropraktorforløb end personer med høj socioøkonomisk position (Lang uddannelse, høj indkomst, i arbejde/under uddannelse):

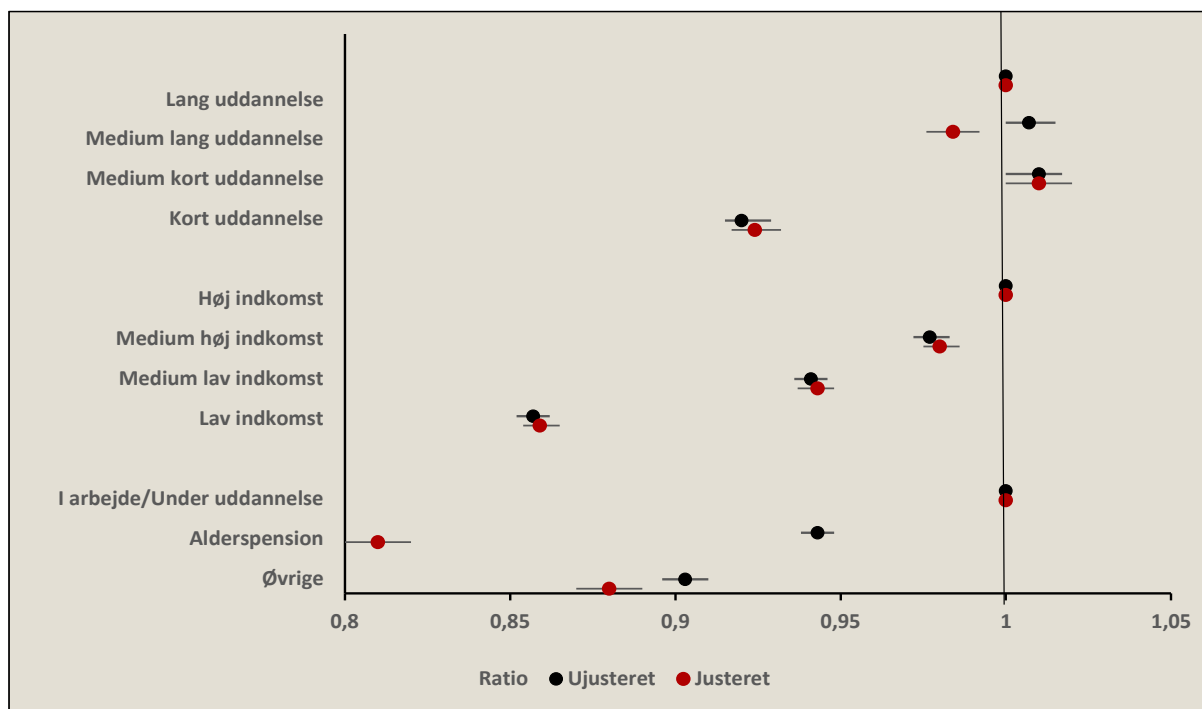
- Personer med ingen eller korterevarende uddannelse har 8 % færre konsultationer end personer med lang uddannelse (ratio 0,92, 95 % CI 0,92-0,93)
- Personer med den laveste familieindkomst har 14 % færre konsultationer end personer med høj indkomst (ratio 0,86, 95 % CI 0,85-0,87)
- Personer, som står uden for arbejdsmarkedet, har 12 % færre konsultationer end personer i arbejde eller under uddannelse (ratio 0,88, 95 % CI 0,87-0,89)

Som forventet påvirker det resultaterne for aldersrelateret pension relativt meget (ratio 0,94, 95 % CI 0,94-0,95), når der tages højde for alder sammen med de øvrige karakteristika (ratio 0,81, 95 % CI 0,80-0,82).

Knap 0,4 % (n=2.649) af analysepopulationen døde i året efter opstart af et kiropraktorforløb. Det er en lille andel og vurderes derfor ikke at have indflydelse på resultaterne.

Figur 4 viser sammenhængen mellem socioøkonomisk position, fordelt på uddannelsesniveau, indkomst og arbejdsmarkedstilknytning, og antallet af kiropraktorkonsultationer i et forløb. Resultaterne vises dels som en ujusteret ratio og en ratio, hvor der er taget højde for forskellige personkarakteristika. I denne model er referencerne "Lang uddannelse", "Høj indkomst" og "I arbejde/under uddannelse". En ratio der er mindre end 1 betyder, at personer i denne gruppe har færre konsultationer sammenlignet med referencegruppen. De vandrette streger repræsenterer et 95 % konfidensinterval. Resultaterne, der danner baggrund for figur 4, fremgår af Tabel B6 i bilag.

Figur 4. Har socioøkonomisk position sammenhæng med antal kiropraktorkonsultationer?



Tallene viser, at den sociale ulighed i antallet af konsultationer i et kiropraktorforløb ikke ændrer sig væsentlig over årene for kiropraktorforløb, som er påbegyndt i perioden fra 1. april 2017 til 31. december 2020

Tabel 2 viser sammenhængen mellem socioøkonomisk position, fordelt på uddannelsesniveau, indkomst og arbejdsmarkedstilknytning, og antallet af konsultationer i kiropraktorforløb i de enkelte år fra 2017 til 2020. Tabellen viser, at personer med lav socioøkonomisk position gennemgående har færre konsultationer hos en kiropraktor sammenlignet med personer med høj socioøkonomisk position uafhængigt af hvilket år, der er tale om.

I tabel 2 ses ligeledes, at den sociale ulighed ikke ændrer sig væsentligt over årene, hvilket tyder på, at COVID-19 pandemien fra starten af 2020 ikke har påvirket den sociale ulighed markant på kiropraktorområdet. Dog ses i 2020, at personer med medium kort uddannelse sandsynligvis har flere konsultationer hos en kiropraktor end personer med lang uddannelse (ratio 1,03, 95 % CI 1,02-1,04). Det kan være medvirkende til, at der samlet set for alle årene findes en lille, men statistisk signifikant forskel i antallet af kiropraktorkonsultationer for personer med medium kort sammenlignet med lang uddannelse (ratio 1,01, 95 % CI 1,00-1,02).

Tabel 2. Har socioøkonomisk position sammenhæng med antallet af kiropraktorkonsultationer over tid?

SOCIOØKONOMI	JUSTERET RATIO:			
	ANTAL KIROPRAKTORKONSULTATIONER I ALT, N=679.450*			
	1/4-31/12 2017 n=131.408	2018 n=179.899	2019 n=188.501	2020 n=179.642
Uddannelsesniveau				
- Lang	1	1	1	1
- Medium lang	0,98 (0,96-1,00)	0,98 (0,96-0,99)	0,98 (0,97-0,99)	1,00 (0,98-1,01)
- Medium kort	1,00 (0,98-1,02)	1,01 (1,00-1,03)	1,00 (0,99-1,02)	1,03 (1,02-1,04)
- Kort	0,92 (0,90-0,94)	0,93 (0,92-0,95)	0,91 (0,90-0,93)	0,93 (0,92-0,95)
Indkomst				
- Høj	1	1	1	1
- Medium høj	0,98 (0,97-0,99)	0,99 (0,98-1,00)	0,98 (0,97-0,99)	0,98 (0,97-1,00)
- Medium lav	0,94 (0,93-0,95)	0,95 (0,94-0,96)	0,94 (0,93-0,95)	0,94 (0,93-0,95)
- Lav	0,86 (0,85-0,87)	0,87 (0,86-0,88)	0,86 (0,85-0,87)	0,85 (0,84-0,86)
Arbejde/uddannelse				
- Arbejde/uddannelse	1	1	1	1
- Alderspension	0,81 (0,80-0,82)	0,82 (0,81-0,83)	0,81 (0,80-0,82)	0,80 (0,79-0,81)
- Udenfor arbejdsmarkedet	0,87 (0,86-0,89)	0,88 (0,87-0,90)	0,88 (0,86-0,89)	0,88 (0,87-0,90)

* Justeret for alder, køn, oprindelsesland, samlivsstatus, region, komorbiditet samt kontakt til egen læge og fysioterapeut inden for 3 måneder før opstart af kiropraktorbehandling

6.3 anbefalinger til hvordan social ulighed kan udlignes

På baggrund af panelets forslag til indsatser imod ulighed på kiropraktorområdet, anbefales følgende fokusområder til arbejdet med at mindske social ulighed:

- 1. Nedsat brugerbetaling til kiropraktorbehandling for udvalgte patientgrupper**
- 2. Pakkeforløb til personer, som er socialt sårbare**
- 3. Styrke koordination og samarbejde på tværs af sektorer, herunder den sociale sektor**
- 4. Tidlig indsats for grupper, der har højere risiko for at udvikle muskel- og skeletlidelser**
- 5. Fokus på information om kiropraktorbehandling**
- 6. Mere viden om patientens vej til kiropraktorbehandling**
- 7. Fokus på den geografiske placering af kiropraktorklinikker**

Ved et panelmøde samledes otte deltagere med bred erfaring og viden om kiropraktorområdet eller social ulighed. Her fremlagde hver deltager deres idéer og løsningsforslag til, hvordan der kan arbejdes med at modvirke social ulighed på kiropraktorområdet. Det blev til i alt 15 forslag (Tabel 3). Panelet påpegede dog, at social ulighed på kiropraktorområdet kan skyldes forskellige barrierer, og at der kan være andre løsningsforslag til at modvirke uligheden end dem, der kom frem på panelmødet. Forslagene blev listet i et vurderingsskema (Bilag, Tabel B7), og efter mødet blev skemaet sendt til deltagerne, som blev bedt om at vurdere på en skala fra 1 (meget vigtig) til 5 (slet ikke vigtigt), hvor vigtigt de fandt hvert forslag i forhold til at kunne mindske/undgå social ulighed på kiropraktorområdet. Efterfølgende blev de returnerede vurderinger sammenholdt.

I tabel 3 ses paneldeltagernes løsningsforslag, samt paneldeltagernes gennemsnitlige vurdering og standardafvigelse for hvert forslag. Forslaget med det laveste gennemsnit blev vurderet til at være det vigtigste, og det højeste gennemsnit var således det mindst vigtige. På baggrund af vurderingen blev forslagene til slut samlet til otte anbefalinger til indsatser for at mindske social ulighed på kiropraktorområdet.

Tabel 3. Paneldeltagernes forslag til at modvirke social ulighed og deres vurdering af vigtigheden af hvert forslag

Hvor vigtigt synes du lige netop dette forslag er for at mindske social ulighed på kiropraktorområdet?	Gennemsnit (sd)
1. Mere information om sundhedsforsikringer til personer, som allerede har en forsikring gennem arbejdet <i>(Mange har en sundhedsforsikring f.eks. gennem arbejdet men ved ikke, hvad den dækker, og derfor bliver den ikke udnyttet)</i>	2,2 (0,41)
2. Øget tilskud til kiropraktor i en afgrænset periode for personer, som står uden for arbejdsmarkedet <i>(Det kan f.eks. ske gennem henvisning fra egen læge eller via sagsbehandler i kommunen)</i>	1,2 (0,41)
3. Pakkeforløb for socialt sårbare, hvortil der gives et højere tilskud <i>(Praktiserende læger og sagsbehandlere ved kommunen kan informere om, at disse pakkeforløb eksisterer, men det er kiropraktoren, der visiterer/henviser patienten. Der skal arbejdes videre med hvem, der skal have pakkeforløbene, og hvad pakkeforløbene skal indeholde)</i>	1,3 (0,49)
4. Sagsbehandlerne ved kommunen skal i højere grad informere om muligheden for kiropraktor, både for personer uden for arbejdsmarkedet, og personer som er sygemeldt fra arbejde <i>(Hvis det er relevant for personens problematik)</i>	2,4 (1,27)
5. Der skal være mere information om hvilke problemstillinger, en kiropraktor kan hjælpe med	2,5 (1,52)
6. Informationsmateriale skal skrives i et sprog, som alle kan forstå	1,9 (1,07)
7. Informationsmateriale skal udformes, så man kommunikerer mere forståeligt - f.eks. ved brug af animation	2,3 (1,37)

<p>8. Tidlig indsats inden for erhverv, hvor der er øget risiko for muskel- og skeletlidelser.</p> <p><i>(F.eks. gennem samarbejde mellem kiropraktoruddannelsen og relevante erhvervsuddannelser, hvor kiropraktorstuderende informerer om kiropraktik og behandlingsmuligheder)</i></p>	2 (0,82)
<p>9. Formidling af information om muskel- og skeletlidelser herunder brugen af kiropraktik til erhvervsgrupper med mange personer med muskel- og skeletbesvær.</p> <p><i>(Dette kan gøres i samarbejde mellem arbejdstagere og arbejdsgivere.)</i></p>	2 (1,29)
<p>10. Øget indsats for at få fat i mandlige patienter med kort uddannelse og i risiko for muskel- og skeletlidelser</p>	2 (0,93)
<p>11. Øget samarbejde på tværs af sundhedsprofessionelle f.eks. mht. deling af sundhedsoplysninger.</p> <p><i>(En kiropraktor har ikke adgang til sundhedsoplysninger. Hvis man har flere sygdomme/problemstillinger, kræver det mange ressourcer at "starte forfra" med sygdomshistorik ved hvert møde med en ny sundhedsprofessionel)</i></p>	1,6 (0,79)
<p>12. Øget samarbejde mellem praktiserende læger og kiropraktorer, så flere bliver henvist og informeret om kiropraktik.</p> <p><i>(I de fleste tilfælde henviser praktiserende læger til fysioterapeuter ved muskel- og skeletlidelser måske pga. mindre kendskab til hvad en kiropraktor kan)</i></p>	1,7 (0,52)
<p>13. Fokus på geografisk placering af kiropraktorklinikker</p> <p><i>(Det er regionernes praksisplan der definerer den geografiske placering, men man kunne f.eks. styrke samarbejde mellem læger og kiropraktorer i yderområderne via økonomi eller andet)</i></p>	2,7 (1,02)
<p>14. Skabe mere viden om hvor kiropraktorpatienter kommer fra og hvem der henviser, og hvem der ikke kommer til kiropraktor</p> <p><i>(Denne viden kan danne baggrund for en indsats)</i></p>	2,1 (0,9)
<p>15. Give kiropraktorer mere viden om socialt sårbare patienter og hvordan disse håndteres samt flere tilgængelige ydelser hos kiropraktoren, som kan understøtte denne gruppe</p> <p><i>(Det kan fx ske via samarbejde mellem Dansk Kiropraktor Forening, Danske Regioner og efteruddannelsesenheder)</i></p>	1,5 (0,55)

På baggrund af panelets 15 løsningsforslag anbefales følgende otte indsats for det videre arbejde med at udligne social ulighed på kiropraktorområdet:

1. Nedsat brugerbetaling til kiropraktorbehandling for udvalgte patientgrupper

Det kan fx omfatte:

- Øget tilskud og nedsat brugerbetaling til kiropraktorbehandling i en afgrænset periode for personer, der står uden for arbejdsmarkedet

- Øget tilskud og nedsat brugerbetaling for patienten ved henvisning til pakkeforløb for socialt sårbare

2. Pakkeforløb til personer, som er socialt sårbare

Der bør blandt andet være fokus på:

- Højere tilskud og nedsat brugerbetaling for patienten
- Flere tilgængelige ydelser hos kiropraktoren skal understøtte patientgruppen. Det gælder både OK-ydelserne, som skal kunne rumme det kliniske arbejde, men kiropraktorerne skal også evt. have efteruddannelse for bedre at kunne hjælpe denne patientgruppe.
- Mere viden om socialt sårbare patienter samt faglige anbefalinger til kiropraktorerne for at understøtte forløbet

3. Styrke koordination og samarbejde på tværs af sektorer, herunder den sociale sektor

Større koordination og samarbejde bør have fokus på:

- At sagsbehandlere ved kommunen i højere grad informerer personer med muskel- og skeletlidelser om muligheden for kiropraktorbehandling
- Øget samarbejde mellem praktiserende læge og kiropraktor med henblik på, at flere patienter bliver informeret om muligheden for kiropraktorbehandling
- Øget mulighed for at dele sundhedsoplysninger på tværs, så patienten ikke skal "starte forfra" med sin sygdomshistorik ved hvert møde med en ny fagprofessionel f.eks. kiropraktoren. Har patienten flere sygdomme og problemstillinger, kan det kræve mange ressourcer.

4. Tidlig indsats for grupper, der har højere risiko for at udvikle muskel- og skeletlidelser

Det kan foregå ved samarbejde med relevante erhvervsuddannelser og arbejdsgivere inden for erhvervsgrupper med højere risiko for muskel- og skeletlidelser. Der kan fx formidles viden om muskel- og skeletlidelser, behandlingsmuligheder, herunder kiropraktorbehandling, samt opmærksomhed på tilskud via eventuelle private forsikringer. Denne formidling af viden kunne med fordel varetages af kiropraktorstuderende.

5. Fokus på information om kiropraktorbehandling

Der bør være fokus på at udbrede kendskabet til, hvilke problemstillinger en kiropraktor kan hjælpe med til personer med højere risiko for muskel- og skeletlidelser samt til fagprofessionelle på tværs af sektorer (jævnfør anbefaling 3).

Endvidere bør informationsmateriale til patienter være forståeligt for alle, og der bør være opmærksomhed på forskellige kommunikationsformer, fx visuel kommunikation.

6. Mere viden om patientens vej til kiropraktorbehandling

Mere viden om henvisningsmønstre, herunder hvem der bliver henvist og hvorfra, og hvem der selv henvender sig. Dette kan danne baggrund for indsatser imod ulighed.

7. Fokus på den geografiske placering af kiropraktorklinikker

Mere lighed i kiropraktorbehandling kan understøttes ved at have fokus på den geografiske placering af kiropraktorklinikker f.eks. ved at styrke samarbejdet mellem læger og kiropraktorer i yderområderne.

7 Diskussion

Undersøgelsens resultater viser, at der er social ulighed på kiropraktorområdet, og at personer med kort uddannelse, lav familieindkomst og/eller personer som f.eks. ikke er i arbejde eller under uddannelse kommer mindre til kiropraktor end andre. Samtidig tyder det på, at en lav grad af sundhedskompetence kan have betydning for, at personer med kort eller ingen uddannelse ikke kommer til kiropraktor.

Det skal tages i betragtning, at det ikke har været muligt at få information om, hvilke problemstillinger der har været tilknyttet de enkelte forløb. Det kan derfor ikke udelukkes, at en del af de sammenhænge, der ses, skyldes, at personer med lavere socioøkonomisk position bliver behandlet i et andet regi end hos kiropraktor i forbindelse med smerte, eller at personer med lavere socioøkonomisk position oftere henvender sig med en problematik, der kræver færre konsultationer sammenlignet med andre.

Det er ikke fuldt afdækket, hvordan den sociale ulighed i sundhed opstår, eller hvilke mekanismer der bidrager til at opretholde uligheden. I Danmark blev den første nationale analyse, der skulle undersøge årsager til og indsatser mod ulighed i sundhed udarbejdet i 2011. Her fandt man frem til 12 determinanter, fordelt på 3 overordnede typer af determinanter, som menes at skabe social ulighed i sundhed (Bilag, Tabel B1), og hvortil der samlet set er blevet foreslået 44 indsatser med henblik på at reducere uligheden i Danmark (Bilag, tabel B2) [9, 10]. En af 12 determinanter, der blev foreslået, er sundhedsvæsenet. De indsatser, der er foreslået inden for sundhedsvæsenet, er blandt andet rettet imod monitorering af social ulighed, en forstærket primærsektor med fokus på yderområder, styrket samarbejde mellem praktiserende læger og det lokale sundhedsarbejde, opsøgende indsatser, mindre brugerbetaling og særligt fokus på indsatser til mindre privilegerede grupper. Dette er i vid udstrækning samstemmende med dette projekts anbefalinger, som er baseret på panelets forslag til indsatser, der kan reducere social ulighed på kiropraktorområdet.

Sundhedsvæsenet skal bidrage til at modvirke ulighed i sundhed, men det ser alligevel ud til, at der er en systematisk forskel i, hvem der i højest grad benytter sundhedsvæsenets ydelser. Der er således nogle faktorer i forbindelse med patientens møde med sundhedsvæsenet, der kan have betydning for den enkelte patients udbytte af ydelser og behandling [17]. Der kan f.eks. være tale om organisatoriske, sociokulturelle, økonomiske og geografiske faktorer.

Sundhedsvæsenets organisering har betydning på den måde, at der, for at kunne navigere bedst muligt i systemet, kræves en vis forståelse af, hvor de rette indgange til systemet er, hvordan henvisningssystemerne fungerer og hvilke rettigheder, der findes for patienten. I denne henseende har patientens individuelle ressourcer stor betydning. Samtidig har personer med lav socioøkonomisk position oftere flere helbredsrelaterede problemstillinger, som kræver en indsats og behandling, der går på tværs af sektorer [9]. På panelmødet blev der påpeget, at der generelt mangler information om, hvilke problemstillinger en kiropraktor kan hjælpe med, og at det for patienter kan være ressourcekrævende at indgå i et forløb på tværs af sektorer, som ikke altid taler sammen. En af anbefalingerne baseret på forslag fra panelmødet er derfor at "styrke koordination og samarbejde på tværs af sektorer" f.eks. mellem kiropraktorer, praktiserende læger og den sociale sektor. Et sådant samarbejde kan betyde, at både sagsbehandlere ved kommunen og praktiserende læger kan have fokus på at informere personer med muskel- og skeletlidelser om muligheden for kiropraktorbehandling. Herudover kan det indebære en deling af oplysninger på tværs, så patienten ikke skal "starte forfra" med sin sygdomshistorik ved hvert møde med en ny fagprofessionel.

Patienter med lavere socioøkonomisk position oplever ofte en ringere kvalitet af kommunikationen med sundhedsprofessionelle. De har en oplevelse af, at de i mindre grad modtager information om behandling og ydelser, og de har oftere sværere ved at forstå de informationer, som de modtager. Den enkelte patients sundhedskompetence er desuden et vigtigt element i denne kommunikation, idet det ses, at der er sammenhæng mellem lav socioøkonomisk position og lav grad af sundhedskompetence. Graden af sundhedskompetence har stor betydning for den enkeltes evne til at forstå og fortolke sundhedsinformation samt at interagere og gå i dialog med sundhedsprofessionelle. I det konkrete møde med patienten, kan det således være relevant at udforme information og skriftligt materiale, så det passer til den enkelte patient samt at bede patienterne genfortælle, hvad de har hørt og forstået. Men patienters sundhedskompetence kan også styrkes gennem sundhedsinformation og oplysninger i forskellige medier, der tager højde for folks forskellige demografiske profiler [17]. Denne undersøgelses resultater tyder på, at lav sundhedskompetence kan have betydning for, at personer med kort eller ingen uddannelse ikke kommer til kiropraktor. Baseret på forslag fra paneldeltagerne, foreslås flere anbefalinger, der har til formål at tage højde for, at personer har forskellige grader af sundhedskompetence og at forbedre kommunikationen mellem patient og kiropraktor. Det anbefales således, at der skal mere "fokus på information om kiropraktorbehandling". Herunder at informationsmaterialet skal være forståeligt for alle uanset baggrund og evt. understøttet af visuel kommunikation. Anbefalingen om "pakkeforløb til personer, som er socialt sårbare" omfatter desuden, at kiropraktoren skal have mere viden om og bedre muligheder for at understøtte forløb rettet mod socialt sårbare personer f.eks. gennem efteruddannelse. Endelig anbefales det, at der iværksættes en "tidlig indsats for grupper, der har højere risiko for at udvikle muskel- og skeletlidelser". Det kan f.eks. ske ved at opsøge relevante erhvervsuddannelser eller søge samarbejde med arbejdsgivere inden for relevante erhvervsgrupper med henblik på formidling af viden om muskel- og skeletlidelser og deres behandlingsmuligheder.

I Danmark er en stor del af sundhedsvæsenet gratis, men der er for eksempel brugerbetaling på tandlæge, psykolog, fysioterapeut og kiropraktor, hvilket har stor betydning for forbruget af ydelser for især personer med en lav indkomst eller personer, som står uden for arbejdsmarkedet. Personer med en højere indkomst har oftere en privat sundhedsforsikring og mange med medium kort uddannelse har en sundhedsforsikring gennem fagforbund [9]. På baggrund af forslag fra panelmødet anbefales, at der er mulighed for "nedsat brugerbetaling til kiropraktorbehandling for udvalgte patientgrupper" f.eks. i en afgrænset periode for en person, der i en periode står uden for arbejdsmarkedet. Desuden anbefales "pakkeforløb til socialt sårbare", som udover at reducere brugerbetalingen, giver kiropraktoren mulighed for at tilbyde ydelser, der målrettet kan understøtte denne patientgruppe.

Det er velkendt, at den geografiske afstand til praktiserende læge, skadestue og sygehus har betydning for størrelsen af forbruget [9]. Dette ses også på kiropraktorområdet, hvor der er påvist en sammenhæng mellem tilgængelighed til en kiropraktor og brugen af kiropraktor [5]. Samtidig er det ofte i de geografiske områder, der har en høj andel af personer med lav indkomst, kort uddannelse og personer uden for arbejdsmarkedet, at udbuddet af sundhedsydelser er lavest. Dette skaber en ulighed i adgang til behandling og evt. videre henvisning [9]. En anbefaling fra paneldeltagerne var, at der skal være "fokus på den geografiske placering af kiropraktorklinikker" og herunder, at styrke samarbejdet mellem læger og kiropraktorer i yderområderne.

Endelig anbefales det, at der skabes "mere viden om patientens vej til kiropraktorbehandling". Det vil sige, at der skal mere viden om henvisningsmønstre: bliver patienten ofte henvist og af hvem, eller er der tale om selvhenvendelse. Denne viden kan danne baggrund for flere målrettede indsatser imod social ulighed på kiropraktorområdet.

8 Konklusion

Resultaterne fra denne undersøgelse viser, at gruppen af personer med lavest socioøkonomisk position havde signifikant mindre odds for at komme til kiropraktor ved smerte end personer med højest socioøkonomisk position. Gruppen havde også generelt færre kontakter i et kiropraktorforløb end andre. Disse resultater bekræfter tidligere undersøgelser, som ligeledes har fundet, at der eksisterer social ulighed på kiropraktorområdet. På baggrund af forslag fremkommet på et panelmøde med deltagelse af personer med forskellig relation til kiropraktorområdet eller med viden om social ulighed har der formet sig en række anbefalinger til, hvordan social ulighed på kiropraktorområdet kan udlignes. Der er tale om følgende anbefalinger: 1. Nedsat brugerbetaling til kiropraktorbehandling for udvalgte patientgrupper, 2. Pakkeforløb til personer, som er socialt sårbare, 3. Styrke koordination og samarbejde på tværs af sektorer, herunder den sociale sektor, 4. Tidlig indsats for grupper, der har højere risiko for at udvikle muskel- og skeletlidelser, 5. Fokus på information om kiropraktorbehandling, 6. Mere viden om patientens vej til kiropraktorbehandlingen og 7. Fokus på den geografiske placering af kiropraktorklinikker.

9 Referencer

1. Udesen CH, S.C., Petersen MNS, Ersbøll AK, *Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010 - 2017*. 2022, Sundhedsstyrelsen.
2. Aaby, A.T.M., H.; Vinther-Jensen, K.; Sørensen, K; Bertram, M, *Sundhedskompetence i et strukturelt perspektiv – En vej til lig-hed i sundhed*. 2019.
3. Sætterstrøm, B.H., G.; Sørensen, J., *Deskriptiv analyse af personer, der modtager behandling hos kiropraktor med tilskud fra den offentlige sygesikring*. 2013, Syddansk Universitet.
4. Forening, D.K., *Profil af den danske kiropraktorpatient*. 2014.
5. Sundhedsstyrelsen, *Social og geografisk ulighed i sundhedsydelse*. 2023.
6. Aaby, A.M., M; Terkildsen Maindal, H.; , *Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen*. 2022, Sundhedsstyrelsen.
7. Bo A, F.K., Osborne RH, Maindal HT., *National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with health care providers - a population-based survey among Danish adults*. BMC Public Health, 2014.
8. Friis K, J.M., Lasgaard MK, Maindal HT. , *Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom*. 2015, CFK- Folkesundhed og kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.
9. Sundhedsstyrelsen, *Ulighed i sundhed - årsager og indsatser*. 2011.
10. Sundhedsstyrelsen, *Indsatser mod ulighed i sundhed*. 2020.
11. Quan, H., et al., *Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries*. Am J Epidemiol, 2011. **173**(6): p. 676-82.
12. Charlson, M.E., et al., *A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation*. J Chronic Dis, 1987. **40**(5): p. 373-83.
13. Quan, H., et al., *Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data*. Med Care, 2005. **43**(11): p. 1130-9.
14. Särndal CE, L.S., ed. *Estimation in surveys with nonresponse*. Vol. 1:1-90. 2005, Wiley.
15. Humphrey-Murto, S., et al., *Using consensus group methods such as Delphi and Nominal Group in medical education research()*. Medical teacher, 2017. **39**(1): p. 14-19.
16. EUROSTAT, *ISCED-Classification. correspondence between ISCED 2011 and ISCED 1997 levels*. .
17. Kjeld SG, B.L., Svarta DL, Faber A, Andersen S, Danielsen D. , *Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet - en systematisk litteraturgennemgang*. 2022, Sundhedsstyrelsen.

10 Bilag

Tabel B1. Determinanter for social ulighed i sundhed*

i. Tidlige determinanter som påvirker social position og helbred

1. Børns tidlige udvikling – kognitiv, emotionel, social
2. Skolegang – uafsluttet skolegang
3. Segregering og socialt nærmiljø

ii. Sygdomsårsager som påvirkes af social position

4. Indkomst - fattigdom
5. Langvarig arbejdsløshed
6. Social udsathed
7. Fysisk miljø
8. Arbejdsmiljø
9. Sundhedsadfærd
10. Tidlig nedsættelse af funktionsevne

iii. Determinanter som påvirker sygdomskonsekvenser

11. Sundhedsvæsenets rolle - sundhedsydelse og sundhedsvæsenets opbygning
12. Det ekskluderende arbejdsmarked

* Oversigten stammer fra rapporten "Ulighed i sundhed - årsager og indsatser", Sundhedsstyrelsen 2011

Tabel B2. Liste over 44 indsatsområder mod social ulighed i sundhed*

A. BØRNS TIDLIGE UDVIKLING

1. Reducere børnefattigdom
2. Forstærke implementering af svangre omsorg og sundhedspleje
3. Sikre fuld vaccinationsdækning af børn
4. Opgradere kvalitet og kompetencer i daginstitution i udsatte områder
5. Øge tilbud om støttende forældregrupper og -uddannelse

B. SKOLEGANG OG UDDANNELSE

6. Udvikle en mere motiverende skole med mere praktisk læring
7. Identificere børn med højt fravær/nedsat kognitiv udvikling/psykiske symptomer
8. Øge antallet af tilbud om voksenuddannelse

C. BOLIGSEGREGERING

9. Blande ejerformer og fordeling af almene boliger
10. Skabe byfornyelse med kombination af fysiske og sociale indsatser
11. Allokere ressourcer efter behov til daginstitutioner og skoler
12. Øge social kapital i udsatte lokalsamfund

D. INDKOMST OG FATTIGDOM

13. Forstærke overførselsindkomster i takt med lønninger
14. Øge progressivitet i beskatning
15. Reducere økonomiske incitamenter i arbejdsmarkedspolitik
16. Fastsætte minimumindkomst for sund levevis

E. LANGVARIG ARBEJDSLØSHED

17. Udvikle aktiv arbejdsmarkedspolitik særlig for kortuddannede
18. Forbedre ansættelsestryghed
19. Øge antallet af arbejdspladser i udkantsområder og udsatte bydele
20. Kombinere beskæftigelsesindsats med sundhedsfaglig indsats

F. SOCIALT UDSATTE

21. Sikre adgang til boligmarkedet for socialt udsatte og psykisk syge
22. Sikre at socialt udsatte har en fast læge og/eller socialsygeplejerske

G. FYSISK MILJØ

23. Øge afgifter på bilkørsel og sænke prisen på offentlig transport
24. Fysisk planlægning for fysisk aktivitet særligt i udsatte områder

H. ARBEJDSMILJØ

25. Reducere tunge løft, bøjede stillinger, ensidige gentagne bevægelser
26. Øge indflydelse og udviklingsmuligheder i arbejdet
27. Styrke implementering af arbejdsmiljøindsatser

I. SUNDHEDSADFÆRD

28. Hæve afgifter på tobak og alkohol
29. Hæve priser på fedt, salt, sukker og sænke priser på frugt og grønt
30. Reducere antal salgssteder og kortere åbningstider for salg af alkohol
31. Håndhæve aldersgrænser for alkohol og tobak
32. Lovgive om indholdet af salt i (halv)færdigretter
33. Stoppe markedsføring og sponsorering af tobak, alkohol og usund kost
34. Skemalægge fysisk aktivitet >1 time/dag i skolen
35. Sørge for et gratis sundt skolemåltid til alle børn hver dag
36. Sikre opsøgende rådgivning om ryggestop
37. Sikre opsøgende og fastholdende behandling af (forhøjet blodtryk og kolesterol)

J. INFektioner

K. SUNDHEDSYDELSER OG SUNDHEDSVÆSENETS OPBYGNING

38. Forstærke primærsektor med befolkningsansvar
39. Integrere social og medicinsk, psykiatrisk primærsektor
40. Allokere ressourcer til primærsektor efter behov
41. Monitorere adgang, kvalitet og effekt opdelt på socialgrupper
42. Mindske brugerbetaling for tandlæger, fysioterapi, psykolog

L. DE SYGE PÅ ARBEJDSMARKEDET

43. Tilpasse fysisk og psykiske krav til individuelle ressourcer
44. Øge tilbud om flexjob, deltidssygemelding og førtidspension

* Listen stammer fra rapporten "Indsatser mod ulighed i sundhed", Sundhedsstyrelsen 2020

Tabel B3. Karakteristika opdelt på, om personer kommer eller ikke kommer til kiropraktor

KARAKTERISTIKA	KOMMER TIL KIROPRAKTOR	
	Ja n=20.511 (8,5 %)	Nej n=222.193 (91,6 %)
Uddannelsesniveau, n (%)		
- Lang	1.850 (8,4)	20.115 (91,6)
- Medium lang	4.189 (9,3)	40.985 (90,7)
- Medium kort	10.879 (9,4)	105.380 (90,6)
- Ingen/kort	3.593 (6,1)	55.713 (93,9)
Familieindkomst, n (%)		
- Høj	6.011 (10,9)	49.152 (89,1)
- Medium høj	6.071 (10,0)	54.413 (90,0)
- Medium lav	5.097 (8,2)	56.936 (91,8)
- Lav	3.332 (5,1)	61.692 (94,9)
Arbejdsmarkedstilknytning, n (%)		
- Arbejde/uddannelse	14.192 (10,0)	128.401 (90,1)
- Alderspension	4.784 (6,5)	68.756 (93,5)
- Øvrige, der ikke er i arbejde/under uddannelse	1.535 (5,8)	25.036 (94,2)
Alder, m (sd)		
Alder	52,4 (15,7)	53,3 (18,5)
Køn, n (%)		
- Mand	8.808 (8,6)	94.175 (91,5)
- Kvinde	11.703 (8,4)	128.018 (91,6)
Etnicitet, n (%)		
- Dansk	19.622 (8,8)	203.966 (91,2)
- Vestlig	457 (5,7)	7.600 (94,3)
- Ikke-vestlig	432 (3,9)	10.627 (96,1)
Samlivsstatus, n (%)		
- Enlig	4.812 (6,7)	67.114 (93,3)
- Ikke-enlig	15.699 (9,2)	155.079 (90,8)
Region, n (%)		
- Nordjylland	2.416 (8,0)	27.915 (92,0)
- Midtjylland	4.043 (8,5)	43.819 (91,6)

- Sydjylland	5.669 (9,6)	53.228 (90,4)
- Hovedstaden	5.986 (7,8)	71.255 (92,3)
- Sjælland	2.397 (8,5)	25.976 (91,6)
Antal risikable sundhedsvaner, n (%)		
- Ingen	10.925 (8,9)	111.556 (91,1)
- 1	6.940 (8,3)	76.822 (91,7)
- 2	2.084 (7,3)	26.326 (92,7)
- 3	387 (6,7)	5.422 (93,3)
- 4	18 (4,3)	398 (95,7)
- Missing	157 (8,6)	1.669 (91,4)
Usund kost, n (%)		
- Ja	2.903 (7,7)	34.784 (92,3)
- Nej	16.837 (8,7)	176.932 (91,3)
- Missing	771 (6,9)	10.477 (93,2)
Daglig ryger, n (%)		
- Ja	2.311 (6,5)	33.542 (93,6)
- Nej	17.934 (8,8)	185.250 (91,2)
- Missing	266 (7,3)	3.401 (92,8)
Alkohol > 10 genstande/uge, n (%)		
- Ja	3.012 (7,7)	36.211 (92,3)
- Nej	14.972 (9,2)	147.047 (90,8)
- Missing	2.527 (6,1)	38.935 (93,9)
BMI \geq30, n (%)		
- Ja	4.115 (8,8)	42.795 (91,2)
- Nej	15.735 (8,5)	170.180 (91,5)
- Missing	661 (6,7)	9.218 (93,3)
Komorbiditet, n (%)		
- Ingen	16.796 (8,8)	173.454 (91,2)
- Lav (1 sygdom)	2.024 (7,7)	24.112 (92,3)
- Moderat til høj (2 eller flere sygdomme)	1.691 (6,4)	24.627 (93,6)
Kontakt til egen læge, n (%)		
- Ja	11.361 (9,2)	111.600 (90,8)
- Nej	9.150 (7,6)	110.593 (92,4)
Kontakt til fysioterapeut, n (%)		
- Ja	1.988 (10,1)	17.754 (89,9)

- Nej	18.523 (8.3)	204.439 (91.7)
Smertegener, n (%)		
- Meget generet i nakke og ryg	2.836 (11.6)	21.533 (88.4)
- Meget generet i nakke eller ryg	5.767 (10.3)	50.102 (89.7)
- Lidt generet i nakke og ryg	6.193 (8.7)	65.225 (91.3)
- Lidt generet i nakke eller ryg	5.715 (6.3)	85.333 (93.7)
Død, n (%)		
- Ja	14 (1,6)	865 (98,4)
- Nej	20.497 (8,5)	221.328 (91,5)
Interagere med sundhedspersonale, n (%)*		
- Meget svært eller svært	220 (7,4)	2.767 (92,6)
- Let eller meget let	3.180 (9,1)	31.876 (90,9)
- Missing	643 (6,6)	9.176 (93,5)
Læse og forstå information om sundhed, n (%)*		
- Meget svært eller svært	89 (5,3)	1.593 (94,7)
- Let eller meget let	3.313 (9,1)	33.019 (90,9)
- Missing	641 (6,5)	9.207 (93,5)

* Opgørelse er kun for forløb i Region Midtjylland, n=47.862 (100 %)

Tabel B4. Har socioøkonomisk position sammenhæng med, om personer modtager kiropraktorbehandling?

SOCIOØKONOMI	Personer som har modtaget kiropraktorbehandling n=20.511 (%)	Ujusteret OR (95% CI)	Justeret OR (95% CI)*
Uddannelsesniveau			
- Lang	1.850 (8,4)	1	1
- Medium lang	4.189 (9,3)	1,13 (1,05-1,20)	1,05 (0,98-1,12)
- Medium kort	10.879 (9,4)	1,14 (1,07-1,21)	1,02 (0,96-1,09)
- Ingen/kort	3.593 (6,1)	0,71 (0,66-0,75)	0,65 (0,60-0,69)
Indkomst			
- Høj	6.011 (10,9)	1	1
- Medium høj	6.071 (10,0)	0,93 (0,89-0,97)	0,89 (0,86-0,93)
- Medium lav	5.097 (8,2)	0,74 (0,71-0,77)	0,72 (0,68-0,75)
- Lav	3.332 (5,1)	0,42 (0,40-0,44)	0,43 (0,40-0,45)
Arbejdsmarkedstilknytning			
- Arbejde/uddannelse	14.192 (10,0)	1	1
- Alderspension	4.784 (6,5)	0,66 (0,64-0,69)	0,44 (0,41-0,46)
- Øvrige	1.535 (5,8)	0,54 (0,50-0,57)	0,48 (0,45-0,51)

* Justeret for alder, køn, oprindelsesland, samlivsstatus, region, antal risikable sundhedsvaner, komorbiditet, egen læge, fysioterapeut og graden af smertegener

Tabel B5. Patient karakteristika opdelt på antal kiropraktorkonsultationer

ANTAL KIROPRAKTORKONSULTATIONER PR ÅR I NYOPSTARTEDE FORLØB, N=679.450 (100 %)				
	1-3	4-5	6-8	9+
KARAKTERISTIKA	n=244.519 (36,0 %)	n=148.096 (21,8 %)	n=132.185 (19,5 %)	n=154.650 (22,8 %)
Uddannelsesniveau, n (%)				
- Lang	25.091 (35,5)	15.313 (21,7)	13.863 (19,6)	16324 (23,1)
- Medium lang	45.737 (35,4)	27.934 (21,6)	24.996 (19,4)	30.400 (23,6)
- Medium kort	124.237 (34,9)	78.171 (22,0)	70.472 (19,8)	82.784 (23,3)
- Ingen/kort	49.454 (39,8)	26.678 (21,5)	22.854 (18,4)	25.142 (20,3)
Indkomst, n (%)				
- Høj	54.668 (32,9)	36.328 (21,9)	34.000 (20,5)	40.997 (24,7)
- Medium høj	66.330 (34,1)	43.146 (22,2)	39.157 (20,1)	45.983 (23,6)
- Medium lav	64.093 (36,4)	38.495 (21,9)	33.979 (19,3)	39.434 (22,4)
- Lav	59.428 (41,6)	30.127 (21,1)	25.049 (17,5)	28.236 (19,8)
Arbejdsmarkedstilknytning, n (%)				
- Arbejde/uddannelse	185.273 (35,1)	115.087 (21,8)	104.816 (19,8)	123.263 (23,3)
- Alderspension	36.661 (37,9)	22.248 (23,0)	18.211 (18,8)	19.633 (20,3)
- Øvrige	22.585 (41,6)	10.761 (19,8)	9.158 (16,9)	11.754 (21,7)
Alder, m (sd)				
Alder	45,8 (17,0)	46,9 (16,4)	47,0 (15,9)	46,9 (15,3)
Køn, n (%)				
- Mand	132.741 (37,9)	78.558 (22,5)	67.727 (19,4)	70.862 (20,3)
- Kvinde	111.778 (33,9)	69.538 (21,1)	64.458 (19,6)	83.788 (25,4)
Oprindelse, n (%)				
- Dansk	222.190 (35,5)	136.542 (21,8)	122.690 (19,6)	144.498 (23,1)

- Vestlig	8.617 (39,5)	4.821 (22,1)	4.033 (18,5)	4.363 (20,0)
- Ikke-vestlig	13.712 (43,2)	6.733 (21,2)	5.462 (17,2)	5.789 (18,3)
Samlivsstatus, n (%)				
- Enlig	72.195 (37,9)	39,91 (21,0)	35.427 (18,6)	42.875 (22,5)
- Ikke-enlig	172.324 (35,2)	108.186 (22,1)	96.758 (19,8)	111.775 (22,9)
Region , n (%)				
- Nordjylland	26.049 (41,7)	13.562 (21,7)	11.474 (18,4)	11.410 (18,3)
- Midtjylland	57.270 (36,2)	34.596 (21,8)	30.709 (19,4)	35.86 (22,6)
- Sydjylland	54.673 (33,2)	36.414 (22,1)	33.179 (20,1)	40.536 (24,6)
- Hovedstaden	68.680 (36,4)	39.936 (21,2)	36.168 (19,2)	43.911 (23,3)
- Sjælland	37.847 (36,0)	23.588 (22,5)	20.655 (19,7)	22.924 (21,8)
Komorbidity, n (%)				
- Ingen	196.421 (35,8)	119.364 (21,7)	107.072 (19,5)	126.224 (23,0)
- Lav (1 sygdom)	19.948 (35,9)	11.968 (21,5)	10.800 (19,4)	12.926 (23,2)
- Moderat til høj (2 eller flere sygdomme)	15.440 (36,7)	9.30 (22,1)	8.050 (19,1)	9.312 (22,1)
Kontakt til egen læge, n (%)				
- Ja	135.124 (34,7)	83.653 (21,5)	76.321 (19,6)	94.419 (24,2)
- Nej	109.395 (37,7)	64.443 (22,2)	55.864 (19,3)	60.231 (20,8)
Kontakt til fysioterapeut, n (%)				
- Ja	18.440 (30,6)	12.103 (20,1)	11.924 (19,8)	17.748 (29,5)
- Nej	226.079 (36,5)	135.993 (22,0)	120.261 (19,4)	136.902 (22,1)
Død, n (%)				
- Ja	1.386 (52,3)	598 (22,6)	390 (14,7)	275 (10,4)
- Nej	243,133 (35,9)	147.498 (21,8)	131.795 (19,5)	154.375 (22,8)

Tabel B6. Har socioøkonomisk position sammenhæng med antal kiropraktorkonsultationer?

RELATIV RATIO: ANTAL KIROPRAKTORKONSULTATIONER INDEN FOR ET ÅR EFTER NYOPSTARTET FORLØB, N=679.450			
SOCIOØKONOMI	Median (p25, p75)	Relativ ratio (95 % CI)*	Relativ ratio (95 % CI)**
Uddannelsesniveau			
- Lang	5 (3, 8)	1	1
- Medium lang	5 (3, 8)	1,01 (1,00-1,02)	0,98 (0,98-0,99)
- Medium kort	5 (3, 8)	1,01 (1,00-1,02)	1,01 (1,00-1,02)
- Ingen/kort	5 (3, 8)	0,92 (0,92-0,93)	0,92 (0,92-0,93)
Indkomst			
- Høj	5 (3, 8)	1	1
- Medium høj	5 (3, 8)	0,98 (0,97-0,98)	0,98 (0,98-0,99)
- Medium lav	5 (3, 8)	0,94 (0,94-0,95)	0,94 (0,94-0,95)
- Lav	4 (2, 7)	0,86 (0,85-0,86)	0,86 (0,85-0,87)
Arbejde/uddannelse			
- Arbejde/uddannelse	5 (3, 8)	1	1
- Alderspension	5 (3, 8)	0,94 (0,94-0,95)	0,81 (0,80-0,82)
- Øvrige	4 (2, 8)	0,90 (0,90-0,91)	0,88 (0,87-0,89)

* Ujusteret

** Justeret for alder, køn, oprindelsesland, samlivsstatus, region, komorbiditet samt kontakt til egen læge og fysioterapeut inden for 3 måneder før opstart af kiropraktorbehandling

Tabel B7. Skema til vurdering af hvor vigtigt hvert forslag er i forhold til at mindske den sociale ulighed på kiropraktorområdet.

Hvor vigtigt du synes lige netop <u>dette</u> forslag er for at mindske social ulighed på kiropraktorområdet?	1 Meget vigtigt	2 Rimelig vigtigt	3 Hverken vigtigt eller uvigtigt	4 Mindre vigtigt	5 Slet ikke vigtigt	Ved ikke
						?
1. Mere information om sundhedsforsikringer til personer, som allerede har en forsikring gennem arbejdet <i>(Mange har en sundhedsforsikring f.eks. gennem arbejdet men ved ikke, hvad den dækker, og derfor bliver den ikke udnyttet)</i>						
2. Øget tilskud til kiropraktor i en afgrænset periode for personer, som står uden for arbejdsmarkedet <i>(Det kan f.eks. ske gennem henvisning fra egen læge eller via sagsbehandler i kommunen)</i>						
3. Pakkeforløb for socialt sårbare, hvortil der gives et højere tilskud <i>(Praktiserende læger og sagsbehandlere ved kommunen kan informere om, at disse pakkeforløb eksisterer, men det er kiropraktoren, der visiterer/henviser patienten. Der skal arbejdes videre med hvem, der skal have pakkeforløbene, og hvad pakkeforløbene skal indeholde)</i>						
4. Sagsbehandlerne ved kommunen skal i højere grad informere om muligheden for kiropraktor, både for personer uden for arbejdsmarkedet, og personer som er sygemeldt fra arbejde <i>(Hvis det er relevant for personens problematik)</i>						
5. Der skal være mere information om hvilke problemstillinger, en kiropraktor kan hjælpe med						
6. Informationsmateriale skal skrives i et sprog, som alle kan forstå						
7. Informationsmateriale skal udformes, så man kommunikerer mere forståeligt - f.eks. ved brug af animation						
8. Tidlig indsats inden for erhverv, hvor der er øget risiko for muskel-skeletlidelser. <i>(F.eks. gennem samarbejde mellem kiropratoruddannelsen og relevante erhvervsuddannelser, hvor kiropratorstuderende informerer om kiropraktik og behandlingsmuligheder)</i>						
9. Formidling af information om muskel-skelet-lidelser herunder brugen af kiropraktik til erhvervsgrupper med mange personer med muskel-skelet-besvær. <i>(Dette kan gøres i samarbejde mellem arbejdstagere og arbejdsgivere.)</i>						
10. Øget indsats for at få fat i mandlige patienter med kort uddannelse og i risiko for muskel-skelet-lidelser						
11. Øget samarbejde på tværs af sundhedsprofessionelle f.eks. mht. deling af sundhedsoplysninger. <i>(En kiropraktor har ikke adgang til sundhedsoplysninger. Hvis man har flere sygdomme/problemstillinger, kræver det mange ressourcer at "starte forfra" med sygdomshistorik ved hvert møde med en ny sundhedsprofessionel)</i>						
12. Øget samarbejde mellem praktiserende læger og kiropraktorer, så flere bliver henvist og informeret om kiropraktik. <i>(I de fleste tilfælde henviser praktiserende læger til fysioterapeuter ved muskel-skeletlidelser måske pga. mindre kendskab til hvad en kiropraktor kan)</i>						
13. Fokus på geografisk placering af kiropraktorklinikker <i>(Det er regionernes praksisplan der definerer den geografiske placering, men man kunne f.eks. styrke samarbejde mellem læger og kiropraktorer i yderområderne via økonomi eller andet)</i>						
14. Skabe mere viden om hvor kiropraktorpatienter kommer fra og hvem der henviser? Og hvem der ikke kommer til kiropraktor <i>(Denne viden kan danne baggrund for en indsats)</i>						
15. Give kiropraktorer mere viden om socialt sårbare patienter og hvordan disse håndteres samt flere tilkønelige ydelser hos kiropraktoren, som kan understøtte denne gruppe <i>(Det kan fx ske via samarbejde mellem Dansk Kiropraktor Forening, Danske Regioner og efteruddannelsesenheder)</i>						