

Vedlegg 4:

Skisse til organisering av klinisk undervisning/undervisningsklinikk ved fremtidig kiropraktorutdanning ved Medisinsk Fakultet UiO

Ved Jakob Lothe og Øistein Holm Haagensen

Vi anbefaler at den kliniske undervisningen for kiropraktorstudentene foregår dels i primærhelsetjenesten i en egen studentklinikk, og dels i spesialisthelsetjenesten/universitetssykehusene. Vårt forslag representerer dermed en kombinasjon av de modeller for klinisk undervisning en i dag finner ved kiropraktorstudiene i England (AECC) og Danmark (SDU).

ECCE krever at hver student minimum har utredet 40 pasienter og utført 400 pasientbehandlinger under veiledning i løpet av siste del av studiet.

Vi vil her skissere forslag til organisering av den kliniske undervisningen i både første- og andrelinjetjenesten. Diskusjonen under tar utgangspunkt i studentkull på 20 studenter.

Forslag til organisering av studentklinikk:

Vi anbefaler at det i tilknytning til studiet opprettes en studentklinikk direkte underlagt fakultetet etter modell fra Odontologisk Fakultet hvor pasienter kan bli undersøkt og behandlet av kiropraktorstudenter til reduserte egenandeler. En slik studentklinikk vil gi studentene en læringsarena som ligger tett opp mot den hverdag de senere vil møte i privat praksis.

De høye ordinære egenandelene for kiropraktorhjelp vil bidra til at en studentklinikk med sterkt reduserte egenandeler sannsynligvis blir et populært tilbud blant brukerne.

Vi har fått opplyst at behandling av odontologistudenter under veiledning er refusjonsberettiget og antar det samme vil være tilfelle for kiropraktorer. Egenandelene ved de odontologiske undervisningsklinikkerne er redusert til halvparten av ordinær pris.

Inntekstgrunnlag:

Hvis vi legger de samme betingelser til grunn for en kiropraktisk studentklinikk vil ECCE's minstekrav (40/400) gi en inntekt på nærmere 100.000 kr per student i praksisperioden.

- 40 utredninger gir hver 100 kr refusjon og 250 kr egenandel = 14.000
- 400 behandlinger gir hver 50 kr refusjon og 150 kr egenandel = 80.000

Erfaringen fra AECC i England som har en slik klinikk er at de fleste studentene lett oppfyller minstekravet og ofte går utover dette med 50 %, noen mindre og noen mer.

Dimensjonering:

Når det gjelder dimensjonering av klinikk foreslår vi derfor at en tar utgangspunkt i et gjennomsnittlig antall utredninger/behandlinger på 60/600 per student. Dette skaper et totalt inntekstgrunnlag på nærmere 3 millioner kroner per år forutsatt trygderefusjon og halvert egenandel relativt til markedspris.

Hvis vi forutsetter at hver utredning inkl veiledning tar 2.5 timer og hver behandling tilsvarende 45 minutter må klinikken ha kapasitet for:

- 20 studenter x 60 utredninger, totalt 1200 utredninger a 2,5 timer = 3.000 timer
- 20 studenter x 600 behandlinger, totalt 12000 beh a 0,75 timer, = 9.000 timer

Totalt 12.000 timer effektiv pasientkontakt på studentene, hvis vi regner et årsverk 1.500 timer gir dette 8 hele årsverk totalt fordelt på 20 studenter som må finne plass innefor klinikkens arealer og åpningstider.

Vi anbefaler videre at det dimensjoneres og tilrettelegges for at veiledere kan disponere/leie behandlingsrom for å følge egne pasienter i forskningsøyemed og for å vedlikeholde og videreutvikle sine kliniske ferdigheter. Vi anslår behovet for dette til anslagsvis 1-2 årsverk.

Vi ender derfor på ca 8 årsverk med utredning/behandling utført av studenter. I tillegg bør klinikken ha kapasitet slik at staben har rom for egen praksis i begrenset omfang.

Bemanning/organisasjon:

Ratio student/veileder bør være maksimalt 5:1 som gir ca 2 hele årsverk for veiledning. Disse årsverkene kan med fordel deles opp da vi tror det er lettere å finne godt kvalifiserte søkere til deltidsstillinger da mange samtidig ønsker å delvis opprettholde egen privat praksis utenfor klinikken (jvnfr odontologi). Flere veiledere vil også sikre at studentene blir eksponert for større faglig bredde. Når det gjelder oppbygging av pedagogisk kompetanse hos veiledere finnes det kanskje eksisterende ordninger/opplegg innen medisin og odontologi? I Odense benevnes veiledere uten undervisningskompetanse (doktorgrad) som kliniske lektorer.

Klinikken må ha en administrasjon bestående av klinikkdirektør (ansvarlig kiropraktor), en klinikkleder/administrasjonssekretær med ansvar for drift, økonomi og IT og en sjefsresepsjonist.

Totalt 3 hele årsverk

Forskning:

En bør vurdere nærmere i hvilken grad studentklinikken også skal fungere som en forskningsklinik med de konsekvenser dette vil ha for stillingsbeskrivelsene. Da blir det vel naturlig at klinikkdirektørfunksjonen er klinisk professorat og at veilederstillingene i stor grad blir såkalte kombinerte akademiske stillinger hvor stipendiater pålegges klinikkjeneste og undervisningsplikt.

Organisering av klinikkjenesten:

Det behøves rom for behandling og utredning som nevnt ovenfor. Antall rom nødvendig/tilgjengelig areal kan praktisk takt halveres med god utnyttelse innenfor utvidete åpningstider.

Rent logistisk kan dette løses ved at kullet deles inn i 4 grupper a 5 studenter og at en gruppe alltid har vakt på klinikken etter et rulleringsskjema. Det bør tilstrebes at klinikkjenesten blir mest mulig kontinuerlig med tanke på oppfølging av behandlingsforløpene.

Vi tenker oss at klinikken f.eks er åpen fra 8-18 eller 7-19 alle virkedager året rundt og at studenter rullerer mellom tidlig- og senvakt. En slik ordning vil også gjøre klinikken mer tilgjengelig og attraktiv for pasientene. Det kan da være hensiktsmessig å bruke en periode midt på dagen (12-14) til faglige fellessamlinger på klinikken for studentene.

Minimum en student skal alltid være tilgjengelig på vakt til å ta i mot akutte pasienter samme dag.

En inndeling i 4 grupper gjør at 2 av gruppene kan rullere på undervisningsklinikken mens de andre 2 gruppene har klinisk undervisning i spesialisthelsetjenesten.

Klinikkens utforming:

Klinikken bør ligge sentralt og være lett tilgjengelig med offentlig kommunikasjonsmidler. Enten som en del av selve klinikken, eller i direkte tilknytning til denne, bør det være et grupperom med kapasitet til hele kullet (20 personer), arbeidsplasser for studenter til etterarbeid med journal, litteratursøk, lesing av billeddiagnostikk mv.

Administrasjon og veiledere bør må ha egne kontorer samt arealer til venterom og resepsjon, toaletter, pause/spiserom, garderobe/dusj mv.

Klinikken bør også være tilrettelagt og tilstrekkelig rommelig slik at studenter i første del av studiet kan observere studentene som har klinikkjeneste.

Radiografi er fortsatt en obligatorisk del av studiet og studentene må ha tilgang til å utføre røntgenundersøkelser. Nærmere spesifisert i ECCE-standard.

Ultralydsdiagnostikk blir mer og mer utbredt og hører hjemme i en undervisningsklinikk på bevegelsesapparatet.

Det bør også finnes utstyr for enklere nevrofysiologiske og muskelfysiologiske undersøkelser (EMG osv). Dette må sees i sammenheng med hva som er tilgjengelig i de deler av undervisningen som legges til spesialisthelsetjenesten.

Arealbehov:

Et svært grovt anslag mht arealbehov fra vår side er minimum 450 kvm fordelt på 6 undersøkelses/behandlingsrom a 20 kvm (totalt 120 kvm), kontorer til administrasjon og vitenskapelig personale/veiledere (100 kvm), 4-5 arbeidsplasser for studenter (30 kvm), grupperom (50-60 kvm), venterom/resepsjon (40-50 kvm) beh/konsultasjons, pause/spiserom/kjøkken (30 kvm) og gangsoner/toaletter/garderobe/dusj mv.

Utstyrsbehov:

Vanlig kontorutstyr, arbeidsstasjoner i nettverk med journalssystem.

Behandlingsrom utstyres med behandlingsbenker for kiropraktorer. Utstyrsnivå og pris varierer fra kr 40-150.000. Hvis imidlertid avansert utstyr er tilgjengelig på enkelte rom kan andre rom være enklere utstyrt. En kan også forvente betydelige rabatter ved innkjøp av utstyr til en undervisningsklinikk. Videre tilkommer enkelt klinisk utstyr/apparat for blodtrykkmåling og kliniske nevrologiske undersøkelser. Den kliniske utrustningen av behandlingsrommene vil sannsynligvis ligge på en gjennomsnittspris rundt 70-80.000 kr per rom.

Oslo Kommunale Legevakt:

Vi lanserer her ideen om samlokalisering og samarbeid med legevakten. Vi mener dette kan representere en nærmest optimal løsning som både er ressursbesparende og brukervennlig.

En samlokalisering vil kunne redusere kravene til infrastruktur da en sannsynligvis kan dele på noen fellesfunksjoner som grupperom mv. Legevakten har også røntgenavdeling som både kan brukes i radiografiundervisning og utredningsøyemed. Det er også klare fordeler med å ha mulighet for medisinsk behandling vegg i vegg med kiropraktorklinikken. I undervisningsøyemed vil det være nyttig for kiropraktorstudentene med noe hospitering som vil gi verdifull innsikt i vurdering av akutte skadesituasjoner.

Legevakten vil på sin side få et utvidet behandlingstilbud for pasienter som henvender seg dit med akutte smertetilstander i bevegelsesapparatet. En samlokalisering vil sannsynligvis bidra til å sikre god pasienttilgang til kiropraktorklinikken både gjennom akutthenvisninger fra legevakten og kjent lokalisering.

Forslag til organisering av klinisk undervisning i spesialisthelsetjenesten

Vi anbefaler at det i tillegg til studentklinikken opprettes et klinisk undervisningstilbud for kiropraktorpatientene innenfor spesialisthelsetjenesten/universitetssykehusene hvor kiropraktorstudentene kan delta i tverrfaglig utredning og behandling av pasienter med muskelskjelettlidelser etter modell fra kiropraktorutdanningen ved Syd-Dansk Universitet. Naturlige lokalisering vil være eksisterende sykehusavdelinger/poliklinikker som ivaretar aktuelle pasientgrupper innenfor spesialitetene fysikalsk medisin og rehabilitering, nevrologi, ortopedi og radiologi. Vi anser det som gunstig at studentene blir eksponert for faglig bredde og tverrfaglighet, slik at de får en grundig forståelse av de forskjellige medisinske spesialiteters rolle og erfaring med å samhandle med disse i utredning og pasientbehandling. I tillegg vil avdelingens medisinske og annet personell bli eksponert for kiropraktors tilnærming på fellesarenaer som tverrfaglige møter/kasuistikkgjennomganger, litteraturmøter og annen undervisning.

Studentene forutsettes å delta aktivt i avdelingens/avdelingenes funksjoner og vi antar at refusjonstakster vil kunne utløses når en student deltar i eksempelvis poliklinisk utredning så lenge en veileder står ansvarlig.

Etablering av et slikt miljø vil dels kreve at avdelingen blir kompensert med kombinerte akademiske stillinger og kliniske stipendiater hvor også kiropraktorer inngår.

Det bør opprettes en heltids akademisk stilling for en kiropraktor med undervisningsplikt og ansvar for koordinering av den kliniske undervisningen innenfor avdelingen.

En slik avdeling vil sannsynligvis bli et nasjonalt tyngdepunkt for klinisk kiropraktisk forskning.

Pasientflyt:

Studentklinikken er primært rettet mot å ta i mot pasienter som oppsøker kiropraktor direkte slik som det er vanlig for kiropraktorklinikker.

Klinikken vil også ta imot pasienter henvist fra fastleger, akutte pasienter fra legevakten og pasienter henvist til oppfølgende behandling ved kiropraktor etter tverrfaglig vurdering i spesialisthelsetjenesten.

Studentene ved klinikken kan henvise til samarbeidende/samløkalisert medisinsk poliklinikk (Legevakten) for øyeblikkelig hjelp eller til andrelinjetjenesten. Gjennom undervisningen som legges til andrelinjetjenesten har de godt kjennskap til denne og kan henvise til tverrfaglig vurdering der ved behov. Ideelt sett bør da henvisende student få anledning til å følge det videre utredningsforløpet av pasienten videre inn i spesialisthelsetjenesten.

Vi tror dette totalt blir en svært god løsning som gir studentene både den nødvendige erfaring fra førstelinjetjenesten samt godt innblikk og forståelse av både tverrfaglig utredning og relevante spesialiteter i andrelinjetjenesten.

Eksterne samarbeidspartnere/klinikker:

Studentene kan også henvise til fysioterapi og i den forbindelse kan det være aktuelt å inngå et samarbeide med enkelte klinikker/institutter.

Studentene bør videre eksponeres gjennom hospitering på klinikker og/eller gjesteforelesere som innehar spesialkompetanse på relevante områder.

- Helsestasjon/barn og ungdom (NOVA)
- Idrettsskader (NIH/NIMI m.fl)
- Smertebehandling

- Revmatologi
- Arbeidshelse/arbeidsmiljø (NAV/STAMI)
- Psykiatri
- OSV

Oppsummering:

Arealbehov anslås grovt til minimum 450 kvm

Med 20 studenter vil klinikken gi 1200 førstegangskonsultasjoner og 12.000 behandlinger årlig. Dette gir en inntekt på nærmere 3 mill kr pr år.

Klinikken bemannes med 3 vitenskapelige stillinger besatt av kiropraktorer, en ansvarlig kiropraktor (klinikkdirektør/klinisk professorat) og 4-5 kiropraktorer fordelt på 2 årsverk.

Det tilkommer et årsverk i administrasjonen og et årsverk for en sjefsresepsjonist. Det forutsettes da at studentene bidrar til daglig drift av klinikken gjennom bl.a resepsjonstjeneste.

I tillegg til vanlig kontorutrustning og arbeidsstasjoner i nettverk tilkommer behandlingsbenker/utstyr med en stipulert kostnad på totalt kr 450.000 for 6 rom.

Vi anbefaler samlokalisering med Legevakten.

En evt røntgenavdeling kommer i tillegg til dette.

Den(de) avdeling(er) innenfor spesialisthelsetjenesten/universitetssykehusene som inngår i den kliniske undervisningen i kiropraktorstudiet bør styrkes kombinerte akademiske stillinger/kliniske stipendiater hvorav en heltidsstilling for kiropraktor med undervisningsplikt og koordineringsansvar.