



Praktiserende lægers oplevelse af samarbejdet  
med kiropraktorer:  
et kvalitativt interviewstudie

Klinisk Biomekanik

Specialeprojekt Forår 2018

Antal ord: 4013

Antal tabeller: 6

**Forfattere**

Simon Jakob Dyrlov Madsen, stud.manu.

Lasse Grøn, stud.manu.

**Vejleder**

Mette Jensen Stochkendahl

Lektor, Institut for Idræt og Klinisk Biomekanik

Syddansk Universitet.

[m.jensen@health.sdu.dk](mailto:m.jensen@health.sdu.dk)

Telefon: 65504524 Mobil: 60939593



UNIVERSITY OF  
SOUTHERN DENMARK

## **Abstract**

*Background:* Chiropractors report that the interprofessional relationship with general practitioners (GP) is not sufficiently utilized. Chiropractors primary function are in diagnostics, treatment and prevention of musculoskeletal conditions. Although chiropractors are becoming a more integrated part of Danish health care, many patients still consult GP on back pain. Since clinical guidelines recommend chiropractic treatment for many of these conditions, this demands collaboration between GP and chiropractors.

*Aim:* The purposes of this study were: (1) to investigate the experiences of Danish GPs on collaborating with chiropractors and (2) to discuss facilitating factors for the interprofessional relationship.

*Methods:* Phenomenological, qualitative method. Seven semi-structured interviews were conducted, face-to-face or telephonically. Data were thematically sorted and analyzed to describe the essence of the phenomenon.

*Results:* ‘Communication’ and ‘Shared scope of practice’ appeared to be the main themes that affected GPs experiences in their collaboration with chiropractors. ‘Professional and personal introduction’ were displayed as a possible mean to develop a well-functioning collaboration between GPs and chiropractors, while lack of a professional introduction and limited time to seek knowledge about chiropractic care in general practice appeared to be the main barriers to the collaboration.

*Conclusion:* GPs experiences in collaboration with chiropractors are very diverse. Some experience good communication and a supplemental expertise, while others barely have any interaction with or knowledge of chiropractic. Developing a good interprofessional collaboration should be focused on building a professional relationship by introducing GPs to chiropractic, where a social introduction of the chiropractors further facilitates better collaboration.

## **Resume**

**Baggrund:** Danske kiropraktorer opfatter deres samarbejde med alment praktiserende læger (PL) som underudnyttet. Kiropraktorerens primære funktion er diagnostik, behandling og forebyggelse af muskel- og skeletlidelser. Selvom kiropraktorer er blevet en mere integreret del af det danske sundhedsvæsen, konsulterer mange patienter stadig deres PL vedrørende rygsmærter. Kliniske retningslinjer anbefaler kiropraktisk behandling for mange af disse lidelser, hvorfor der fordres et samarbejde mellem PL og kiropraktorer.

**Formål:** Formålet med studiet var: (1) at undersøge, hvordan danske PL oplever deres samarbejde med kiropraktorer og (2) diskutere udviklende faktorer for det interprofessionelle forhold.

**Metode:** Fænomenologisk, kvalitativ metode. Syv semi-strukturerede interviews blev gennemført, enten *face-to-face* eller telefonisk. Data blev sorteret tematisk og analyseret for at beskrive essensen af fænomenet.

**Resultater:** 'Kommunikation' og 'Fælles faglighed' forekom som de vigtigste temaer i PLs beskrivelse af deres oplevelser i samarbejdet med kiropraktorer. 'Faglig og social introduktion' blev beskrevet som et middel til at udvikle et godt samarbejde mellem PL og kiropraktorer. Begrænset kendskab til kiropraktik og manglende tid til at opsøge information om kiropraktiske behandlingstilbud i almen lægepraksis var de primære hindrende faktorer for samarbejdet.

**Konklusion:** PLs oplevelse af samarbejdet med kiropraktorer varierer meget. Nogle oplever god kommunikation og supplerende faglig ekspertise, mens andre knap nok har nogen interaktion med eller viden om kiropraktik. Udvikling af et godt samarbejde bør fokuseres på at bygge et professionelt forhold ved at introducere PL til kiropraktik, mens en social introduktion af kiropraktorer faciliterer bedre samarbejde.

## **Baggrund**

I behandlingen af patienter med muskel- og skeletlidelser er et velfungerende interprofessionelt samarbejde og god kommunikation mellem fagprofessionelle afgørende [1]. Myburgh et al [2] fandt, at danske kiropraktorer opfatter interprofessionelt samarbejde som en vigtig del af muskel- og skeletlidelser behandling, men alligevel beskriver kiropraktorerne, at deres samarbejde med alment praktiserende læger (PL) er underudnyttet. Kiropraktorerens rolle er primært diagnostik, behandling og forebyggelse af muskel- og skeletmerter, især af lænd og nakke [3]. Netop lænd- og nakkesmerter er blandt de 3 hyppigste årsager til at danskere konsulterer PL, og alene lændesmerter er årligt årsag til 20% af alle sygedage i Danmark [4]. Kiropraktik er efterhånden en integreret del af det danske sundhedsvæsen [5]. Sundhedsstyrelsen anbefaler kiropraktisk behandling til lænd- og nakkesmerter [6,7], men siden 2/3 af patienter med rygproblemer henvender sig hos PL først [8], fordres et interprofessionelt samarbejde mellem PL og kiropraktorer.

Flere udenlandske studier [9-16] har undersøgt PLs interprofessionelle samarbejde i sundhedsvæsenet. Chung et al [9] identificerede i en oversigtsartikel afgørende faktorer for udviklingen af det interprofessionelle samarbejde mellem PL og øvrige behandlere i sundhedsvæsenet. Dette studie konkluderer, at patienternes ønske om interprofessionel behandling, gode indbyrdes relationer mellem behandlerne og tiltag fra statslige myndigheder kræves for at fremme brugen af øvrige behandlingsformer. Allareddy et al [10] bestemte, gennem fokusgruppeinterviews, en række udviklende og hindrende faktorer for samarbejdet mellem PL og kiropraktorer. Begge parter beskrev, at god kommunikation, gensidig respekt og klar definition af virkeområder var faciliterende. PL beskrev ydermere hindrende faktorer som manglende viden om kiropraktik, manglende kommunikation og skepsis overfor kiropraktik.

Blanchette et al [11] har identificeret sammenhængen mellem canadiske kiropraktorerens karakteristika og antallet af lægehenvisninger, de modtager. Dette studie viste, at kiropraktorer der anvender en multimodal tilgang til behandling, begrænser sit virkeområde til muskel- og skeletlidelser og henviser patienter til PL, modtager flere henvisninger fra PL. PL foretrækker altså kiropraktorer, som praktiserer på en bestemt måde. Endvidere ses der stor forskel i antallet af henvisninger, kiropraktorerne modtager, hvilket ses i flere studier [12]. Nogle modtager over halvdelen af deres patienter ved lægehenvisninger, mens 1/3 af studiets deltagere ikke modtager nogen henvisninger. Australske studier [13, 14] beskriver, at nogle PL i Australien har et negativt forhold til kiropraktorer på baggrund af en opfattelse af mangel på evidens, risici forbundet med behandling og mangel på medicinsk træning. Danske kiropraktorer er dog anerkendt som autoriserede behandlere i det danske sundhedsvæsen [17]. Regionerne har integreret kiropraktik i sundhedsvæsenet ved at lave pakkeforløb med udredning og behandling med offentligt tilskud [18, 19]. Dansk Kiropraktor Forening har i

målprogrammet for 2018-2022 [20] endvidere sat fokus på at styrke samarbejdet med blandt andre PL. Der er altså både på politisk og foreningsmæssigt plan lavet tiltag, der søger at udvikle kiropraktikkens samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen.

Salsbury et al [15] afprøvede i et kvalitativt pilotstudie en behandlingsmodel til fælles håndtering af patienter med lændesmerter. Dette blev sammenlignet med henholdsvis rent medicinsk behandling og en model med et parallelt forløb mellem PL og kiropraktorer. I modellen for fælles håndtering indgår deling af patientinformation, fælles behandlingsplan og interprofessionel uddannelse. De deltagende PL og kiropraktorer blev undervist i interprofessionelt samarbejde og skulle samtidig følge hinanden i praksis. PL og kiropraktorer vurderede fælles patienthåndtering som gavnlig, hvilket også er beskrevet af Garner et al [21]. Den interprofessionelle uddannelse hos Salsbury et al [15] bidrog til, at PL ændrede holdning til og lærte mere om kiropraktik, og begge parter lærte om samarbejdende parts udfordringer i praksis. Information var foretrukket fra samarbejdende part, i stedet for gennem patienten, og værdsat af begge parter. Den fælles behandlingsplan blev anset som et redskab til at bakke op om patienten fra flere behandlere samtidigt. Ydermere fremmede modellen informationsudvekslingen og åbnede op for nye muligheder, som eksempelvis kiropraktors monitorering af medicinsk behandlingsrespons hos patienter. Alle disse faktorer blev beskrevet som forstærkninger af samarbejdet. Gruppen med PL, der ikke havde deltaget i interprofessionel uddannelse, rapporterede, at de sandsynligvis ikke ville henvise patienter til kiropraktorer efter studiet, fordi de ikke havde udviklet et fungerende samarbejde. Lyons et al [16] rapporterer videre, at patienterne ligeledes værdsætter fælles håndtering fremfor parallel håndtering i primærsektoren. I praksis var modellen beskrevet af Salsbury et al [15] dog vanskelig at implementere grundet tidspres og manglende kompatibilitet af elektroniske platforme.

Faktorer med indflydelse på PLs samarbejde med kiropraktorer er allerede beskrevet i udenlandsk litteratur [10, 11]. PLs oplevelse af samarbejdet og baggrunden for at nogle PL har positive associationer til bestemte kiropraktorer er dog ikke undersøgt i Danmark. Formålet med dette studie er at undersøge, hvordan danske PL oplever deres samarbejde med kiropraktorer samt diskutere udviklende faktorer for samarbejdet.

## **Metode**

### *Forskningsdesign*

Kvalitativ metode med en transcendentale fænomenologisk tilgang blev valgt til at besvare forskningsspørgsmålet. Fænomenet, vi ville undersøge, var PLs oplevelse af deres samarbejde med kiropraktorer. Forfatterens egne oplevelser af fænomenet skulle udelades efter bedste evne, mens produktet skulle beskrive *essensen* af PLs upåvirkede oplevelser af fænomenet. Denne metode blev

vurderet egnet til at få en dybere forståelse for PLs hverdagsoplevelser med fænomenet, fordi der i populationen vil være subjektive oplevelser af fænomenet, men også fælles objektive oplevelser. Således søger vi med denne tilgang at lande mellem subjektivitet og objektivitet ved at nærme os populationens livsverden og nå populationens fælles forståelse af fænomenet. Individuelle interviews blev valgt for at få en detaljeret beskrivelse af individers oplevelser og tanker om fænomenet. Data blev inddelt tematisk og analyseret for at beskrive essensen af deltagerne oplevelser [22].

### *Deltagere og rekruttering*

Udvælgelsen af deltagere var baseret på formålsbestemte kriterier. Den ønskede population bestod af PL med speciale i almen medicin. For at repræsentere et bredt spektrum af holdninger til fænomenet, ønskedes en heterogen gruppe af PL, som var aktive i almen lægepraksis [23]. Ved at inkludere speciallæger i almen medicin havde alle deltagere mindst 2,5 års erfaring fra arbejde i almen lægepraksis [24]. Rekrutteringen startede gennem 2 *gatekeepers* kontaktet via e-mail. Disse skulle invitere PL i deres klinikker, hvorefter videre rekruttering skulle ske via *snowballing*-teknik. *Gatekeeperne* var henholdsvis PL i almen medicinsk kompagnipraksis og kiropraktor i en multidisciplinær klinik med PL. Kun den PL, som skulle fungere som *gatekeeper*, ønskede at deltage. De øvrige PL fra de 2 klinikker ønskede ikke at deltage grundet manglende tid eller uden årsag. Derfor blev rekrutteringen udvidet til forfatterne, LG og SM, samt specialevejleders netværk. Herved blev 7 deltagere rekrutteret: 4 blev rekrutteret gennem LG og SMs private netværk, 1 gennem specialevejleders netværk og 2 gennem *snowballing*-teknik. Deltagerantallet blev vurderet ud fra konceptet, informationsstyrke (*eng. information power*), præsenteret af Malterud et al [25]. Informationsstyrken blev således vurderet ud fra (1) formålets omfang, (2) deltagerne specificitet, (3) fænomenets teoretiske baggrund, (4) kvaliteten af dialogen mellem deltager og forskere og (5) om emnet var *case-* eller *cross-case-*baseret.

### *Dataindsamling*

Data blev indsamlet fra februar til marts 2018. *Face-to-face* og telefoniske interviews blev foretaget til indsamling af data. Ved *face-to-face* interviews valgte deltageren selv interviewsted. LG og SM havde på forhånd lavet en semi-struktureret interviewguide og afstemt forfatterne rollefordeling i dataindsamlingen (Bilag 1). Interviewguiden bestod af åbne spørgsmål til samarbejdet baseret på resultater fra tidligere forskning. Eksempler på spørgsmål fremgår af tabel 1. Deltagerne blev indledningsvist spurgt til demografiske data (Tabel 2). Herefter blev deltagerne spurgt til deres samarbejde med kiropraktorer, kommunikationen imellem dem og forslag til udviklende faktorer for samarbejdet. Ved uklarheder i udsagn blev deltagerne bedt om at uddybe for at undgå fejlfortolkninger.

**Table 1** Interviewguide med eksempler på spørgsmål

Forskningsspørgsmål	Eksempler på interviewsspørgsmål
Hvordan karakteriserer PL samarbejde med kiropraktorer?	Samarbejder du med kiropraktorer? Hvorfor? Hvorfor ikke?  Hvilke patienter har typisk et forløb mellem dig og kiropraktorer?  Foretrækker du at samarbejde med bestemte kiropraktorer? Hvis ja, hvilke kriterier? Hvis nej, hvorfor ikke?
Hvordan fungerer kommunikationen?	Hvilke informationer er det vigtigt for dig at modtage fra en kiropraktor ift. epikrise eller henvisning?  Hvilke informationer synes du er vigtige at sende til en kiropraktor ved henvisning?  Får du tilstrækkelig information ud af kommunikationen?
Hvilke faktorer kan bidrage til et bedre samvirke?	Er der nogle dele af samarbejde som ikke virker optimalt?  Hvad synes du kunne bidrage til et bedre tværfagligt samarbejde?  Har du nogle bekymringer ved henvisninger til kiropraktor?

Undervejs i dataindsamlingen blev temaer identificeret induktivt. De opståede temaer blev noteret for at blive udforsket i senere interviews. Slutteligt blev der spurgt til afsluttende kommentarer. Interviewene blev lydoptaget.

Forud for interviewene fik alle deltagere enten mundtlig eller skriftlig information om studiet (Bilag 2). Alle deltagere gav enten mundtligt eller skriftligt samtykke til deltagelse før interviewene (Bilag 3). Alle deltagere blev gjort opmærksom på, at interviewene blev optaget som lydfil samt garanteret anonymitet i afrapporteringen og forsikret om fortrolig opbevaring af data og lydfiler.

**Tabel 2** Deltagerbeskrivelser og demografiske data (n = 7)

ID	SK	Alder	Region	Uddannelsessted	Afgangår	År som specialelæge	Kliniktype	Interviewtype
D1	✓	55-60	Syddanmark	OU	27	18	Monofaglig	Face-to-face
D2	✓	55-60	Syddanmark	AU	25	17	Monofaglig	Face-to-face
D3	✓	60-65	Syddanmark	OU	35	29	Monofaglig	Telefonisk
D4	✓	40-45	Nordjylland	AU	18	7	Monofaglig	Telefonisk
D5	x	40-45	Sjælland	KU	13	3	Monofaglig	Telefonisk
D6	x	45-50	Sjælland	KU	17	3	Monofaglig	Telefonisk
D7	✓	45-50	Sjælland	AU/ KU	18	10	Monofaglig	Telefonisk

D: deltager, Alder: angivet i 5-årsintervaller; OU: Odense Universitet; AU: Aarhus Universitet; KU: Københavns Universitet.

SK: Samarbejde med kiropraktorer, ✓: Godt samarbejde. X: Mangelfuldt samarbejde.

### Analyse

Alle interviewene blev transskriberet *ad verbatim* af SM. Temaer opstået induktivt i interviews blev løbende noteret, hvorefter interviewguiden blev revideret for at udforske temaerne i de senere interviews. Efter det sidste interview blev temaer analyseret. Fremgangsmåden for analysen var deskriptiv fænomenologisk. Målet var, at slutproduktet skulle repræsentere beskrivelsen af, hvad deltagerne har oplevet, og hvordan de har oplevet det gennem de identificerede temaer. Dette studie ønskede således at beskrive PLs oplevelse af samarbejdet med kiropraktorer, og udviklende faktorer for samarbejdet. Analysen fulgte fremgangsmåden beskrevet af Giorgi 2017 [26] suppleret med fagudtryk fra Kvale og Brinkmann [27]:

- 1) Familiarisering: Forfatterne læste transskriptionerne flere gange, indtil begge havde opnået en overordnet forståelse for deltagernes oplevelse af fænomenet.
- 2) LG og SM diskuterede personlige oplevelser med fænomenet for at undgå, at egne erfaringer fik indflydelse på opfattelsen af deltagernes udsagn. LG og SM antog deltagernes holdninger ved at udelade egen forforståelse for fænomenet.
- 3) Den fænomenologiske reduktion indledtes ved at inddele deltagernes udsagn i ”meningsenheder” (eng. *meaning units*). Deltagernes beskrivelser af deres oplevelser blev udvalgt på baggrund af, at de var gentaget af flere deltagere, at de var overraskende, at deltageren udtrykte vigtigheden af det, eller at et tema blev genkendt fra anden forskning. Temaer blev identificeret induktivt undervejs i dataindsamlingen, hvor de blev noteret. I de følgende interviews blev de identificerede temaer udforsket.



- 4) Temaerne identificeret i punkt 3, reduceredes til 3 hovedtemaer, som omfattede de vigtigste, mest gennemgående beskrivelser fra deltagerne. Dette blev gjort for at skabe en struktur på fænomenet, som deltagerne har oplevet det.
- 5) Baseret på hovedtemaerne opstået efter reduktion af øvrige temaer, lavede LG og SM en samlet reduktion af beskrivelserne til *essensen* af deltagernes oplevelser af fænomenet – en meningskondensering af deltagernes oplevelser i én samlet beskrivelse.

Transskribering af interviews foregik løbende i studiet, mens kodning af citater og tematisk inddeling foregik efter endt dataindsamling. Hver deltager blev kodet for anonymitet. Citater blev kodet tematisk (Bilag 4) og transformeret for læselighed uden at ændre citaternes mening (se eksempler i bilag 5). Kodningen blev foretaget af LG, hvorefter SM systematisk gennemgik kodningen fulgt af en diskussion vedrørende forfatterens egen forforståelse, og hvorvidt denne forforståelse var udeladt. LG og SM vurderede i fælleskab hovedtemaerne og essensen af deltagernes oplevelser. Transskribering, analyse og dataopbevaring foregik ved hjælp af softwareprogrammet NVivo Pro 11.

### ***Resultater***

I alt 7 interviews blev gennemført med en varighed på 20-30 minutter. Studiets informationsstyrke blev vurderet som lav. Af de 7 interviews, klassificeredes 5 som gode samarbejder og 2 som mangelfulde samarbejder (Tabel 2) efter deltagernes eget svar på spørgsmålet: *Samarbejder du med kiropraktorer, og hvorfor/hvorfor ikke?* Således afgjorde deltagernes egen opfattelse af samarbejdet deres inddeling. Fra den overordnede analyse opstod 3 temaer: *Fælles faglighed, Kommunikation og Faglig og social introduktion*. Tabel 3 viser deltagernes eksempler på god faglig praksis og kommunikation, og Tabel 4-6 indeholder deltagernes citater opdelt efter hovedtema. Citater er navngivet Q1-Q28 i kronologisk rækkefølge efter deres præsentation i resultaterne.

**Tabel 3** Deltagernes oplevelse af et godt samarbejde

---

**Oplevelsen af høj faglighed hos kiropraktorer**

Evidensbaseret praksis  
Afgrensning af virke til bevægeapparatet  
Afstå fra vedligeholdende behandling  
Undgå unødvendig billeddiagnostik  
Bevågenhed overfor alvorlig patologi

---

**Oplevelsen af god kommunikation**

Gensidig kontakt  
Relevant indhold  
    Diagnostiske overvejelser  
    Klar arbejdsdiagnose  
    Udelukkelse af evt. røde flag  
    Behandling og effekt - også ved manglende effekt.  
    Billeddiagnostiske beskrivelser  
Epikrise ved afslutning af patienter henvist af PL  
Send information før patienten kontakter PL  
Undgå at give patienterne forventninger om ydelser som PL  
skal tage stilling til  
Hurtig reaktion ved mistanke om alvorlig patologi

---

*Fælles faglighed*

Når samarbejdet fungerer godt, er der blandt deltagerne beskrevet høj faglighed hos kiropraktoren. Dette dækker over en grundig rygundersøgelse, fælles opfattelse af sygdom og behandling samt begge parters erkendelse af egne begrænsninger. Dette kommer til udtryk ved D7 og D2s karakteristik af en god kiropraktor (Q1 og Q2).

I forlængelse af dette, udtrykker D2 også, at det er accepteret at afslutte behandling, når effekten er utilstrækkelig (Q3).

Nogle deltagere bruger kiropraktorer til professionel sparring for at bekræfte deres egne arbejdsdiagnoser, som D7 beskriver (Q4).

Deltagerne vedkender også, at muskel- og skeletlidelser fylder meget i praksis, hvorfor bidrag til at hjælpe med patientgruppen er påskønnet (Q5).

**Tablet 4** Citatabel til afsnittet 'Fælles faglighed'

Nr.	Citat
Q1	Jeg kigger efter, om de laver et grundigt stykke arbejde. Kommer der relevante tilhagemeldinger, når jeg får en epikrise. Ikke bare at man har forsøgt 2 behandlinger, og foreslår patienten skal MR-skannes. Jeg synes, hvis kirapraktoren har prøvet forskellige ting, kan begrunde tingene, lave en grundig undersøgelse, ofte grundigere end mig, så tænker jeg det er én, der kan noget. Jeg har egentlig også meget respekt for, hvis de skriver, at de har gjort sådan og sådan, og de ikke mener, der er behov for yderligere billeddiagnostik. [D7]
Q2	Man har en fornemmelse af, de er dygtige fagligt, at de behandler patienterne ordentligt, og at vi får sendt de rigtige videre. Så det er vel egentligt lidt de samme kriterier som en god læge, fordi jeg tænker, det er meget at sidestille. Det handler om, at vi vil det godt for vores patienter, og vi ikke bare sætter dem til sådan [behandling] hver 14. dag, men at vi har en plan med dem. [D2]
Q3	[D2 udlægger forslag til epikrise fra kirapraktor]: "Prøv at hør her, jeg kan jo ikke komme videre her. Han bliver ved med at have ondt. Jeg har lavet en MR-skanning, og der er ikke noget. Jeg har afsluttet ham. Nu får du ham." Det er jo fair nok. [D2]
Q4	En gravid i 12. uge siger, hun har bæckenløsning, og jeg tænker, ah, jeg synes ikke, der er noget, der tyder på det. Sender hende til kirapraktoren, og så kommer [svar] tilbage. Nej, det mener han heller ikke. Godt. Altså så blev jeg bekræftet i, at min vurdering var rigtig. Så jeg kan lære af epikriserne. [D7]
Q5	Der er faktisk nogen, der ved meget mere om det her, end jeg gør, ikk', og det er jo derfor, jeg har valgt og bruge kirapraktorerne. Man tænker, der er så meget, jeg ellers skal lave, så der er ingen grund til, jeg også skal dække det, når der er nogen, der er specialister i det, kan man sige. [D7]
Q6	Jeg synes egentlig, det er en blæstimpling, man har en standardiseret uddannelse, og at regionerne giver tilskud til det, og man har diskusprolapspkker og sådan noget. Så jeg synes, at kirapraktorerne er blevet mere... ja, der er ikke så meget hokus pokus. [D7]
Q7	Altså før 15 år siden, da jeg startede, der var der en helt anden tilgang til kirapraktorer. Det var sådan nogle "knæk og bræk-læger"ovre fra USA, og det var ikke nogen, vi tænkte, vi skulle have så tæt samarbejde med. Men man kan sige, at qua de faktisk fylder det hele på Rygecentret og er blevet så tæt et samarbejde, så er det jo blevet vores ryglæger. Men altså... ikke ryglæger, men lidt. Så jeg tror, der er blevet et andet forhold til hinanden. [D2]
Q8	Hvad er det, de går og laver, de der kirapraktorer? Ved de overhovedet, hvad de foretager sig? Han er [medicinsk speciale] af uddannelse, sagde man, det sagde han også selv, men det blev der stillet spørgsmålstegn ved. Så havde han jo sin uddannelse fra [land]. Og det var jo ikke rigtig nogen, der vidste noget om. Hvad var det egentlig for noget, ikk'. Og det der nok havde størst betydning for mig, det var, at jeg, jeg oplevede ikke, han undersøgte patienterne ret meget. Han havde han sådan en maschine, knækkede og brækkede, bom, bom, bom, og så gik de ud igen. [...] Ja, jeg synes bare ikke, det var ordentligt arbejde. Ikke grundigt nok. [D7]
Q9	Jeg siger stadigvæk til patienterne: "Du skal finde en god kirapraktor. Du må gerne finde en yngre kirapraktor." Det er, fordi jeg har det der lille forbehold med den gamle generation af kirapraktorer, altså dem som ikke er universitetsuddannede. [D7]
Q10	Jamen det kan jo være gamle koner med osteoporose. Har de nu det in mente, at det er en gammel, skrøbelig kone, hvor man lige skal tænke sig om, hvor meget man river og flår i hendes led og så videre, og selvfølgelig også tænker på patienter, hvor der kunne være patologiske... forklaringer på, at de havde de smerter, de havde, for eksempel. [D3]
Q11	Jeg synes generelt, man skal være påpasselig med børn, men specielt med spædbørn. Jeg vil også stejle, hvis jeg hører et barn, der bliver ved med at gå til kirapraktor. [D7]
Q12	Altså mest ærligt, så er det nok, fordi jeg ikke aner, hvad kirapraktorer kan. [D5]

Udviklingen af samarbejdet tilskrives forskellige årsager, herunder Danske Regioners tilskud til behandling, den danske kiropraktoruddannelse og synligheden på hospitaler (Q6 og Q7).

Deltagernes karakteristik af en god kiropraktor er for fleres vedkommende, hvad de betragter som en moderne kiropraktor. Der ses en tendens til flere bekymringer ved ældre kiropraktorer uddannet i udlandet. Der sættes spørgsmålstejn ved, om deres faglighed er at ligestille med lægens opfattelse af sygdom og behandling. D7 beskriver sit første møde med en kiropraktor under sin uddannelse til speciallæge (Q8).

D7 beskriver videre sine forbehold ved henvisning til kiropraktor (Q9).

Nogle deltagere oplevede bekymringer vedrørende kiropraktorens bevågenhed overfor tegn på alvorlig patologi (Q10).

Videre ses der en bekymring omkring behandling af børn, særligt kolikbørn (Q11).

I tilfældene hvor professionerne ikke interagerer, synes deltagerne at mangle viden og information om kiropraktik. Bortset fra regionernes pakkeforløb bruger D5 sjældent kiropraktorer og beskriver meget kort hvorfor (Q12).

### *Kommunikationen*

Kommunikation fremstod i dette studie som en vigtig faktor for det gode samarbejde. Den gode kommunikation mellem PL og kiropraktorer blev overordnet beskrevet som gensidig med relevant feedback og indeholdende arbejdsdiagnose, behandling og effekten deraf. Ved henvisning til PL var det centralt med en kort opsummering af patientens forløb, relevante uddrag af undersøgelsen, billeddiagnostiske beskrivelser og forslag til videre tiltag. Flere deltagere oplevede regelmæssig kort og præcis kommunikation med et højt fagligt niveau, mens andre oplevede minimal kontakt af vekslende kvalitet. Den ønskede kommunikation kom ofte fra en kendt samarbejdspartner (Q13).

Mængden af ønsket information hos deltagerne var forskellig. Faste elementer var dog behandlingseffekt, en klar arbejdshypotese, udelukkelse af røde flag og eventuelt forslag til videre tiltag med begrundelse for dette (Q14).

Behovet for kommunikation var afhængigt af situationen. Som beskrevet i Q14 var informationen om endt forløb god at have. Ligeledes ønskedes et skriftlig oplæg, når behandlingseffekten vurderes utilstrækkelig, og patienten henvises tilbage til lægen, som D2 beskriver (Q15).

**Table 5** Citattabel til afsnittet 'Kommunikation'

Nr.	Citat
Q13	Tit så foretrækker jeg, at det er en bestemt én, som jeg netop ved er god, som jeg har hørt godt om, og man får nogen gode tilbagemeldinger fra. Vender tilbage til os og bruger os også, for det nytter ikke noget, det kun er envejskommunikation. [D6]
Q14	Jeg plejer at sige, altså 5 linjer. Det er meget fint, og så eventuelt lige noget reflekstest eller et eller andet, som er relevant, ikk'. [D2]
Q15	Der, hvor jeg ikke kan komme videre, sender jeg til kiropraktoren, og der hvor kiropraktoren ikke kan komme videre, det er jo der, vi skal have kommunikationen. [D2]
Q16	Jeg har oplevet patienter, som lige har forladt kiropraktorklinikken, som ringer til mig fra parkeringspladsen, og der bliver jeg sat i en svær situation. Der mangler jeg den skriftlige dokumentation fra samarbejdspartneren, som jeg kan læne mig op af [D4]
Q17	[...] hvis folk de ringer og siger: "kiropraktoren siger, jeg har så ondt i ryggen, jeg skal ha' morfin". Øh, det kan jeg ikk' honorere over telefonen. [D4]
Q18	Det sådan lidt irriterende, det gælder for alle samarbejdspartnere, hvis de giver patienten en forventning om noget, vi skal indfri, og det kan vi ikke altså. [D7]
Q19	Var det... fordi de gik til kiropraktor eller er det bare, fordi der er gået 5 år, og så er det gået over af sig selv. Så sådan en melding tilbage, når forløbet er afsluttet, er altid fantastisk. Vi har gjort dit, dat og dut med den og den effekt. [D5]
Q20	Jeg kan lære af epikriserne, men det kræver også noget mere af mig selv. At jeg lige tager mig sammen og får skrevet til dem. Så de skriver tilbage til mig. [D7]
Q21	(...) så kan jeg bruge konsultationen på at fortælle dem [patienten] om medicinen og så sætte i værk med det (...) [D4]

Når kiropraktoren beder patienten kontakte egen læge, bør der også følge en epikrise, inden patienten kontakter sin læge. Kiropraktoren bør ligeledes informere patienten om, hvornår den relevante information foreligger hos egen læge (Q16).

Anbefalinger og forslag til videre tiltag er værdsat af deltagerne. Kiropraktoren bør dog ikke fortælle patienten, at de skal kontakte deres PL med henblik på at få en bestemt ydelse, hvis PL skal tage stilling til ydelsen. Dette eksemplificeres ved D4 og D7s beskrivelser (Q17 og Q18).

Information om patienters forløb hos kiropraktoren kommer ofte kun, hvis patienten er sendt i pakkeforløb. Denne information er dog ønsket i langt flere tilfælde for at vurdere effekten af behandlingen, hvad end patienten blev afsluttet med god effekt eller ej (Q19).

Forskellige kommunikationsformer blev beskrevet, men præferencer var individuelle. Fælles journalsystemer, mailkorrespondancer, telefonopkald og *face-to-face* kontakt blev nævnt. Hver deltager havde sin egen foretrukne kommunikationsform, men der var enighed om, at mistanke om alvorlig patologi skal formidles telefonisk indenfor kort tid. Kommunikationens anses som en vigtig komponent i samarbejdet. Dog kan manglende tid, som D7 beskrev, være i vejen (Q20).

Den gode kommunikation kan omvendt lette konsultationen hos den samarbejdende part, hvis den er fyldestgørende, således informationer om undersøgelse og andet relevant allerede er delt. Således kan PL bruge deres tid optimalt, hvis forudsætningerne er i orden, som D4 beskrev (Q21).

#### *Faglig og social introduktion*

Fra vores deltagere med et godt samarbejde viste det sig, at en faglig introduktion bidrog med gensidig faglig indsigt og en mere veldefineret rollefordeling for begge parter. Den sociale introduktion bidrog helt lavpraktisk ved at sætte ansigt på den samarbejdende part, afmystificerede professioner og skabte tryk ved henvisning (Q22 og Q23).

Den personlige og faglige introduktion synes at være central for flere af de gode samarbejder beskrevet. Flere deltagere beskriver, at kiropraktorer fra deres lokalområde har afholdt arrangementer med en faglig introduktion. Dette har haft stor positiv indflydelse på disse klinikkers samarbejde (Q24 og Q25).

**Table 6** Citattabel til afsnittet 'Faglig og social introduktion'

Nr.	Citat
Q22	... altså der er jo rigtig meget, vi ikke ved, hvis man ikke lærer hinandens områder at kende. Vi har jo allesammen metaforer om "hvad er en kiropraktor", og kiropraktorer har metaforer om, hvad en læge er. Så jo mere vi kender hinanden, jo mere tror jeg det vil hjælpe, altså det er jo patientens ve og vel, vi gerne vil. [D1]
Q23	... og hvis vi ikke ved, hvor dygtige, de er, så henviser vi ikke. Så får vores patienter ikke gavn af det, så jeg synes det hænger lidt sammen [at samarbejdet kommer patienterne til gode]. [D2]
Q24	Vi har faktisk haft "åbent hus" nede hos kiropraktoren, hvor han inviterede til en eftermiddag. Han ville undervise os, de ville vise, hvad de kunne, og hvilke patientgrupper de havde, og det at man ser folk ansigt til ansigt, det er jo super godt. Altså det giver en eller anden trykthed. [D2]
Q25	[Om socialt og fagligt arrangement] Alle fortalte, hvad de specielt arbejdede med, og hvilke typer patienter vi kunne være fælles om. Det har været rigtig godt for os. [D1]
Q26	Jeg tror egentlig, kiropraktorer ved ret godt, hvad vi laver. Men jeg tror faktisk, der er ret mange praktiserende læger, der ikke ved så meget om, hvad kiropraktoren laver, hvilke teknikker de bruger, og hvilke tilstande man kan henviser dertil. På den måde tænker jeg, at det lokale samarbejde, det kan virkelig godt betale sig at lægge noget i det. Altså hvor man fokuserer på at vide, hvad man kan bruge hinanden til. Det giver rigtig god mening. [D6]
Q27	Det er egentligt det her med det tidsmæssige, og hvor meget det fylder, og hvornår skal man gøre det, men jeg tror da faktisk, det skal være sådan en lidt løbende ting. Vi har hvert fald haft det med en ny psykolog i vores område. Hun ringede til os og spurgte, om hun måtte komme forbi og sige hej i den her lille lægegruppe. Jamen det er da oplagt, altså det er da rigtig fint, og så husker man, at hun er der. Og det er jo det, det handler om. At man husker folk, ikk?. At man tænker den ind i en behandlingsplan. [D6]
Q28	Altså i princippet ku' vi ligeså godt en gang om året ha' et møde med vores kiropraktorer, men man kan sige, at det store problem er jo som praktiserende læge, at man i princippet kunne mødes hver uge med et speciale. Så kunne man kigge på huddamer, så kunne man have diabetes, så kunne man have hjertesvigt, så det er en del af den palet, vi ser. Men jeg tænker hele tiden, at faktisk så fylder det rigtig meget bevægeapparatet. [D2]

Deltagerne med et mangelfuldt samarbejde havde aldrig mødt kiropraktorer fra deres nærområder. D6 beskrev dog et potentiale i at få nærmere kendskab til kiropraktik og professionens behandlingstilbud (Q26).

Disse citater illustrerer, at samarbejdet er muligt og ønsket. Det er dog gennemgående, at muskel- og skeletlidelser kun er ét blandt mange specialer, som PL skal have for øje i sin hverdag. Både deltagere med et godt samarbejde og et mangelfuldt samarbejde beskriver arrangementerne som meningsfyldte, men samtidig en udfordring grundet manglende tid (Q27 og Q28).

### ***Diskussion***

Dette studie undersøgte PLs oplevelse af deres samarbejde med kiropraktorer i Danmark samt udviklende faktorer for samarbejdet. *Fælles faglighed* og *kommunikation* var forudsætninger for samarbejdet. Deltagerne beskrev nogle overordnede krav til god praksis, mens der var individuelle præferencer til den interprofessionelle kommunikation. *Faglig og social introduktion* til kiropraktorer var et vigtigt redskab til at udvikle samarbejdet. Dette bidrog med viden om kiropraktiske behandlingstilbud, afstemte rammer for samarbejdet og skabte tryghed, når deltagerne henviste til kiropraktorer.

### ***Fælles faglighed***

Foster et al [28] beskriver evidensbaseret praksis og reducere af overflødig kontakt med sundhedsvæsenet som centralt for forebyggelse og behandling af lændesmerter. Træning og ledmobiliserende behandling er anbefalet som tillægsbehandling til rådgivning og information om ryglidelser. Dette er i overensstemmelse med vores deltageres holdning til behandling af patienter med muskel- og skeletlidelser. Ifølge deltagerne afgrænsede en god kiropraktor sit virke til muskel- og skeletlidelser, primært ryggen, samt undgik vedligeholdende behandling og unødvendig billeddiagnostik. At henvise tilbage til lægen var også et vigtigt element af fagligheden; altså at afgrænse virkeområde og erkende faglige begrænsninger. Dette repræsenterer også, hvad vores deltagere betragtede som en moderne kiropraktor. Deltagerne anerkendte også behovet for supplement til behandlingskrævende muskel- og skeletlidelser. Den komplementære faglighed blev blandt deltagerne med et godt samarbejde oplevet som et redskab i diagnostik og behandling af den store patientgruppe i almen lægepraksis. Regionernes behandlingstilskud til kiropraktik [18], kiropraktorerens synlighed på hospitaler og den danske kiropraktoruddannelse blev blandt flere deltagere opfattet som blåstempling for faget og gav tryghed ved henvisning til kiropraktik.

Nogle deltagere udtrykte bekymring om, hvorvidt den danske og udenlandske kiropraktoruddannelse fagligt kan sidestilles. I Canada der signifikant forskel i antallet af henvisninger



kiropraktorer modtager fra PL, afhængigt af kiropraktorens uddannelsessted [11]. Dette indikerer, at nogle PLs oplevelse af kiropraktorerers faglighed kan være afgjort af, hvor kiropraktoren er uddannet.

### *Kommunikation*

Mens god kommunikation var en vigtig del af samarbejdet, beskrev deltagerne forskellige præferencer vedrørende mængden og indholdet af informationen. Gennemgående blev minimumskrav for god praksis beskrevet som gensidig, relevant kommunikation, epikriser ved afslutning af patienter og telefonisk kontakt ved mistanke om alvorlig patologi. Alle deltagere beskrev interesse i at modtage feedback om deres patienters behandling hos kiropraktoren. I lighed med Brussee et al [29] beskrev størstedelen af vores deltagere ønske om skriftlig, kort feedback, særligt ved afslutning af fælles patienter.

Vores deltagere med et godt samarbejde havde et personligt kendskab til kiropraktorerne, de kommunikerede med. Den personlige relation forbedrede kommunikationen mellem vores deltagere og kiropraktorer. Dette er også beskrevet i anden litteratur for kommunikationen mellem henholdsvis PL og kiropraktorer [11, 15] samt PL og speciallæger [30].

Vores deltagere med et mangelfuldt samarbejde beskrev, at den interprofessionelle kommunikation sjældent forelå, hvilket går igen i flere studier [31-33]. Den manglende kommunikation er nødt til at forbedres, hvis patienter med ryg smerter skal hjælpes på bedste vis [28]. Den manglende tid vil dog fortsat være en udfordring i praksis.

### *Faglig og social introduktion*

Vores deltagere udtrykte at en faglig introduktion var med til at indlede et godt samarbejde. Disse deltagere beskrev, at de har modtaget den faglige introduktion af kiropraktorer; enten kiropraktorer fra deres nærområde eller gennem efteruddannelse med kiropraktorer som undervisere. Busse et al [34] fandt, at ortopædkirurgers holdninger til kiropraktik varierede fra ekstremt negativ til meget positiv. Kirurger med et positivt syn på kiropraktorer havde dog modtaget en faglig introduktion af kiropraktorer.

Vores studie har ydermere vist, at en faglig introduktion med fordel kunne kombineres med et socialt arrangement. Disse arrangementer opbyggede et personligt kendskab, som flere deltagere beskrev som tryghedsskabende. Det personlige kendskab kan derfor muligvis tjene som en generelt faciliterende faktor for samarbejde.

Salsbury et al [15] beskriver at deres model for fælles håndtering af ældre lændepatienter kan overføres til andre specifikke rammer. Mange af vores deltagere beskriver tid som begrænsning for implementering af samarbejde, hvorfor modellen formentlig er for tidskrævende til at blive integreret

i dansk praksis. Modellen og studiets resultater minder dog på mange måder om resultaterne beskrevet i vores studie. De faglige og sociale arrangementer, som beskrevet af vores deltagere, har fungeret som katalysator for samarbejdet, hvilket også er beskrevet i anden litteratur [35]. Samtidig har det været mindre tidskrævende. Vores deltagere med mangelfuldt samarbejde havde aldrig modtaget en faglig introduktion. Disse deltagere beskrev, at de sjældent kommunikerede med kiropraktorer, og at de ikke kendte kiropraktorerne i nærområdet. Derfor kan det faglige og sociale arrangement være en mulig løsningsmodel til at få indledt det gode samarbejde. Endvidere kan det muligvis facilitere kommunikationen i samarbejdet.

### ***Styrker og svagheder***

Vi har forsøgt at gå i dybden med den enkeltes livsverden ved at afdække deltagernes oplevelser uden at påvirke dem [27]. Fordelen ved individuelle interviews er, at man går i dybden med individets oplevelse af et fænomen. Fokusgruppeinterviews kunne have bidraget med en større refleksivitet over emnet på grund af gruppedynamikken, men dette ville også have resulteret i en mere overfladisk beretning om den enkeltes oplevelse af fænomenet. En kombination af de 2 metoder ville være optimalt for at undersøge studiets formål [23].

Informationsstyrken ved dette studie er diskuterbart lav. Studiet havde et bredt formål med at undersøge PLs oplevelse af samarbejdet med kiropraktorer uden anden indsnævring. Forfatterne havde meget begrænset erfaring i interviewteknik og kvalitativ metode generelt. Den indledningsvist lave tilslutning samt modifikationen af rekruttering fra forfatterne og specialevejleders netværk medfører muligvis behov for flere deltagere for at opnå høj informationsstyrke. Deltagerne havde dog høj specificitet og stor variation relativ til fænomenet, og der var rimelig kvalitet af dialogen, trods forfatternes manglende erfaring med interviewteknik. Muligheden for flere deltagere var også begrænset af specialets omfang og villighed til deltagelse blandt PL.

Den største udfordring, i forhold til pålideligheden af data, er, om deltagerrekrutteringen har ramt et repræsentativt udsnit af den ønskede population grundet mange afslag på invitation til studiet. Vores population indeholder stor variation i graden af interprofessionelt samarbejde, og repræsenterede flere danske regioner. En del af deltagerne blev rekrutteret fra vores perifere bekendtskaber, hvilket endvidere kan give usikkerhed i forhold til pålideligheden af interviewdata. Vi har dog opfordret deltagerne til at tale frit og beskrive deres uforbeholdne holdninger, uafhængigt af deres relation til forfatterne. Hvis en deltager var bekendt med en af forfatterne, blev interviewet ledt af modsatte forfatter, som beskrevet i bilag 1.

I analysefasen blev resultaterne diskuteret med fokus på udelukkelse af forfatterens egen forforståelse, og det vurderes, at dette studie reflekterer deltagernes oplevelser. Interviewguiden var i

højere grad baseret på tidligere forskning, end forfatterens forforståelse. Vi valgte at følge analysen som beskrevet af Giorgi [26] for at få en relativ rigid metode i analysen. Dette blev vurderet som passende for nybegyndere i kvalitativ forskning, således at fortolkningen kunne foretages med rimelig struktur. Kvaliteten af studiet blev vurderet ud fra COREQ-kriterierne [36]. Rapporteringen opfylder disse krav med undtagelse af, at interviewene ikke blev pilottestet, at transskriptionerne ikke blev returneret til deltagerne for validering af udsagn, og at deltagerne ikke fik mulighed for at give feedback på studiets fund. Ydermere blev deltagerantallet vurderet ud fra studiets informationsstyrke i stedet for datamætning.

#### *Perspektivering:*

Dette studies mål er ikke generaliserbarhed, men at være hypotese genererende for videre forskning. Studiet kan ikke konkludere på, om samarbejdet er ønsket blandt flere PL, og om nogle PL aktivt fravælger samarbejde med kiropraktorer. Kiropraktorerens muligheder for at efterleve PLs beskrivelse af det gode samarbejde er også en relevant parameter. Hvis et samarbejde baseres på det ideelle samarbejde beskrevet af PL, men ikke er realistisk at efterleve for kiropraktorer, må det tilpasses begge parter udfordringer i praksis. Således er kiropraktorerens oplevelse af samarbejdet samt forventningerne til samarbejdet et nødvendigt perspektiv for at vurdere, om samarbejdet kan optimeres. Endvidere bør det undersøges, om samarbejdet mellem PL og kiropraktorer styrker kvaliteten af behandlingen og om patienterne oplever bedre udbytte af samarbejdet. Især når patientcentrerede initiativer foreligger politisk, men mangler evidens [37].

#### ***Konklusion***

Der er stor variation i PLs oplevelser af samarbejdet med kiropraktorer. Nogle oplever veldefinerede rammer med god, gensidig kommunikation og supplerende faglighed, mens andre stort set ikke oplever nogen kontakt og ikke kender til kiropraktorerens faglighed. PL betragter kiropraktorens faglighed og interprofessionel kommunikation som vigtige komponenter i et godt samarbejde. Faglige og sociale arrangementer kan bidrage til at skabe et samarbejde ved at introducere kiropraktorerens faglighed og facilitere bedre interprofessionel kommunikation, mens PLs manglende tid er en begrænsende faktor i samarbejdet.

## Referenceliste

- 1) Mainous AG, Gill JM, Zoller JS, Wolman MG. Fragmentation of patient care between chiropractors and family physicians. *Archives of family medicine*. 2000;9(5): 446-50.
- 2) Myburgh C, Christensen HW, Fogh-Schultz AL. Chiropractor perceptions and practices regarding interprofessional service delivery the Danish primary care context. *Journal of Interprofessional Care*. 2014; 28:166-7.
- 3) Hvad laver en kiropraktor? Dansk Kiropraktor Forening.  
<http://www.danskkiropraktorforening.dk/For-Patienter/Information-om-kiropraktik/>.  
Besøgt d. 01/05. 2018. 18.17
- 4) Flachs EM EL, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, Juel K. Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2015.
- 5) Doktor K, Frederiksen H, Hviid C, Damgaard JB, Nielsen JN, Astrup PW, Hansen GS, Andersen KF. Praksisplan – Kiropraktorområdet 2015-2018. Region Midtjylland, Afdeling for Nære Sundhedstilbud. Viborg. 2015.
- 6) Kjaer P KA, Hartvigsen J, Isenberg-Jørgensen A, Schjøttz-Christensen B, Søborg B, Krog C, Møller CM, Halling CMB, Lauridsen HH, Hansen IR, Nørregaard J, Jørgensen KJ, Hansen LV, Jakobsen M, Jensen MB, Melbye M, Duel P, Christensen SW, Povlsen T. National clinical guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset neck pain or cervical radiculopathy. *European Spine Journal*. 2017.
- 7) Stockendahl MJ KP, Hartvigsen J, et al. National clinical guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy *European Spine Journal*. 2018.
- 8) Lønnberg F. Sundhedsvæsnets håndtering af befolkningens rygbesvær I. Kontaktmønstre og behandlingsrutiner. *Ugeskrift for Læger*; 1997. 159: 2207-14.
- 9) Chung VCH MP, Hong LC, Lau CH, Griffiths SM. Organizational Determinants of Interprofessional Collaboration in Integrative Health Care: Systematic Review of Qualitative Studies. *PLoS ONE*. 2012;7(11).
- 10) Allareddy V GB, Smith M, Haas M, Liao, J Facilitators and Barriers to Improving Interprofessional Referral Relationships Between Primary Care Physicians and Chiropractors. *Journal of Ambulatory Care Manage*. 2007;30(4):347–54.
- 11) Blanchette MA RM, Dionne CE, Cassidy JD. Chiropractors' characteristics associated with physician referrals: Results from a survey of Canadian Doctor of Chiropractic. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*. 2015;38(6):395-406.
- 12) Coulter ID, Singh BB, Riley D, et al. Interprofessional referral patterns in an integrated medical system. *Journal of Manipulative Physiological Therapy* 2005;28:170–4.

- 13) Grace S ER, Jalsion I. Themes Underlying Australian General Practitioner Views towards Chiropractic and Osteopathy: An Assessment of Free Text Data from a Cross-Sectional Survey. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2018.
- 14) Engel RM, Beirman R, Grace. An indication of current views of Australian general practitioners towards chiropractic and osteopathy: a cross-sectional study. Chiropractic and Manual therapies. 2017. 24. 1-37.
- 15) Salsbury SA, Goertz CM, Vining RD, Hondras MA, Andresen AA, Long CR, et al. Interdisciplinary Practice Models for Older Adults with Back Pain: A Qualitative Evaluation. Gerontologist. 2018;58(2):376-87.
- 16) Lyons KJ SS, Hondras MA, Jones ME, Andresen AA, CM. G. Perspectives of older adults on co-management of low back pain by Doctor of Chiropractic and family medicine physicians: a focus group study. BMC Compl Alt Med. 2013;13:225.
- 17) Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed: Kapitel 12 – Kiropraktorer. Sundheds- og Ældreministeriet. <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=192522>. Besøgt d. 01/05. 2018. 18.29.
- 18) Bekendtgørelse om tilskud til kiropraktisk behandling i praksissektoren. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=133469>. Besøgt d. 01/05. 2018. 18.35.
- 19) Myburgh C. Chiropractic practice in the Danish public health care sector: a reflection and clarification of context, terms of usage, and selected design considerations for a planned qualitative investigation. Journal of Manipulative Physiological Therapy. 2010 Feb;33(2):164.
- 20) Dansk Kiropraktor Forening. Rygraden i det danske samfund 2018-2022. November 2017.
- 21) Garner MJ, Birmingham M, Aker P. Developing integrative primary healthcare delivery: adding a chiropractor to the team. The Journal of Science and Healing. 2008. 4. 1, 18–24.
- 22) Creswell JW, & Creswell, J. W. Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches. Los Angeles: SAGE Publications.; 2013.
- 23) Ritchie J, & Lewis, J. Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers. London.: Sage Publications.; 2014.
- 24) Valg af specialet almen medicin. DSAM: Dansk Selskab for Almen Medicin. [http://www.dsam.dk/flx/uddannelse/faglig\\_profil\\_for\\_almen\\_medicin/](http://www.dsam.dk/flx/uddannelse/faglig_profil_for_almen_medicin/). Besøgt d. 13/04. 2018. 14.32.
- 25) Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. Qualitative Health Research 2015; 26:1753–60.

- 26) Giorgi A GB, Morley J. The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology. Chapter 11: The Descriptive Phenomenological Psychological Method. 2012.
- 27) Kvale S, Brinkmann S. Interview: introduktion til et håndværk: Hans Reitzel; 2009.
- 28) Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018.
- 29) Brussee WJ, Assendelft WJ, Breen AC. Communication between general practitioners and chiropractors. *J Manipulative Physiol Ther*. 2001;24(1):12-6.
- 30) Berendsen AJ, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Klazinga NS, Schuling J. Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2007; 7:4.
- 31) Langworthy JM, Birkelid J. General practice and chiropractic in Norway: how well do they communicate and what do GPs want to know? *Journal of Manipulative Physiological Therapy*. 2001;24:576–81. doi: 10.1067/mmt.2001.118983
- 32) Penney LS, Ritenbaugh C, Elder C, Schneider J, Deyo RA, DeBar LL. Primary care physicians, acupuncture and chiropractic clinicians, and chronic pain patients: A qualitative analysis of communication and care coordination patterns. *BMC Complementary Alternative Medicin*. 2016 Jan 25;16:30.
- 33) Greene B, Smith M, Allareddy V, et al. Referral patterns and attitudes of primary care physicians towards chiropractors. *BMC Complementary and Alternative Medicin*. 2006; 6 1: 5.
- 34) Busse JW, Jacobs C, Ngo T, Rodine R, Torrance D, Jim J, et al. Attitudes toward chiropractic: a survey of North American orthopedic surgeons. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009;34(25):2818-25.
- 35) Mior S, Barnsley J, Boon H, Ashbury FD, Haig R. Designing a framework for the delivery of collaborative musculoskeletal care involving chiropractors and physicians in communitybased primary care. *Journal of Interprofessional Care*. 2010;24(6):678-689.
- 36) Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. 19, 6: 349–357.
- 37) Kvalitetshåndbog - Patientcentreret behandling. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram.  
<http://www.rkkp.dk/kvalitetshandbog/4.-forbedringsmodellen-til-kvalitetsforbedring/4.3-valg-andring-til-forbedring-af-kvalitet/4.3.5-patientcentreretbehandling/>. Besøgt d. 01/05. 2018. 18.17.

## Interviewguide

Initialt præsenteres informanten for de specialestuderende, og studiet præsenteres.

<b>Præsentation af specialestuderende</b>	Hvem er vi?	Simon og Lasse. Kiropraktorstud. 10. semester. Specialeprojekt.
<b>Rammerne for interviewet</b>	Formålet med studiet	Hvordan karakteriserer alment praktiserende læger den interprofessionelle relation til kiropraktorer, og hvilke faktorer kan være positivt udviklende for professionernes videre samarbejde.
	Optagelse	Interviewet optages på telefon. Lyddata slettes efter specialets afslutning.
	Anonymitet	Al information vil blive anonymt – og vil altså ikke kunne genkendes i rapporteringen.
	Tidsramme	Der er sat 20-30 minutter af.
	Rollefordeling	X vil stå for interviewspørgsmålene, mens Y vil stå for telefon, notering samt evt. uddybende spørgsmål. Den forfatter uden kendskab til interviewdeltageren står for interviewspørgsmålene.
Uddybende spørgsmål	Har du ellers nogen spørgsmål inden vi går i gang?	

Herefter bedes informanten præsentere sig selv ud fra en række stikord:

Information om deltager:

- 1) Alder
- 2) Region
- 3) Uddannelsessted
- 4) Afgangår
- 5) År som praktiserende læge
- 6) Hvilket personale er ansat på klinikken (mono-/tværfaglig, enkelt-/flermandsklinik)

Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
<b>Hvordan karakteriserer PL samarbejde med kiropraktorer?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Samarbejder du med kiropraktorer? Hvorfor?</li> <li>2) I hvilke situationer/med hvilke patienter samarbejder du med en kiropraktor? (OBS henvisning eller samarbejde)</li> <li>3) Hvilke patienter har typisk et forløb mellem dig og kiropraktorer? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alle bevægeapparatslidelser? Fokuseret på lænd og/eller nakke?</li> </ul> </li> <li>4) Foretrækker du at samarbejde med bestemte kiropraktorer? Hvis ja, hvilke kriterier? Hvis nej, hvorfor ikke? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evidensbaseret praksis, kendte lokale kiropraktorer, personlige bekendtskaber, andet?</li> </ul> </li> </ol>
<b>Hvordan fungerer kommunikationen?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvilke informationer er det vigtigt for dig at modtage fra en kiropraktor ift. epikrise eller henvisning?</li> <li>• Hvilke informationer synes du er vigtige at <b>sende</b> til en kiropraktor ved henvisning?</li> <li>• Hvilken kommunikationsform foretrækker du? (tlf., mail, face-to-face, epikriser)</li> <li>• Får du tilstrækkelig information ud af kommunikationen? (uvæsentlige informationer – for meget, for lidt?)</li> <li>• Hvornår er det relevant at kommunikere med kiropraktoren? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hos alle pt? Altid?</li> </ul> </li> </ul>
<b>Hvilke faktorer kan bidrage til et bedre samvirke?</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Er der nogle dele af samvirket som ikke virker optimalt?</li> <li>2) Har du ideer til hvordan dette kan forbedres?</li> <li>3) Hvad synes du kunne bidrage til et bedre tværfagligt samarbejde? <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Fungerer kommunikationen efter hensigten? <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Skal den tilpasses? Ensrettes?</li> <li>ii. Skal der være udførlige guidelines?</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>4) Kan man som kiropraktor bidrage med informationer, der kan hjælpe dig med at træffe beslutninger ved henvisning? <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Hvilke?</li> </ol> </li> <li>5) Har du nogen bekymringer ved henvisninger til kiropraktor?</li> <li>6) Står der noget i vejen for en implementering af et bedre samarbejde?</li> </ol>
<b>Uddybende spørgsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Har du ellers andre emner eller kommentarer til det, vi har drøftet?</li> <li>- Har du nogen afsluttende bemærkninger?</li> </ul>

<b>Afrunding</b>	Påskøn indsats	Tak fordi du ville deltage. Vi har en <u>lille påskønnelse</u> med.
	Praktisk	Er det i orden, at vi kontakter dig, hvis vi skulle have opklarende spørgsmål?
	Opsummering	Tusind tak for din hjælp – og du må endelig også kontakte os, hvis der skulle opstå spørgsmål senere hen.



## Bilag 2: Informationsbrev til deltagerrekruttering

### **Informationsbrev**

Kære læge med speciale i almen medicin.

Vi henvender os til dig med et ønske om din deltagelse i vores speciale på Syddansk Universitet. Vi er to kiropraktorstuderende, der laver et kvalitativt studie, som undersøger alment praktiserende lægers samarbejde med kiropraktorer.

Studiet er opbygget omkring interviews af praktiserende læger, der har enten:

- Et godt samarbejde med én eller flere kiropraktorer.
- Et minimalt eller ikke-eksisterende samarbejde med kiropraktorer.

Interviewet vil vedrøre det overordnede samarbejde mellem professionerne, kommunikationen imellem dig og kiropraktorer samt dine holdninger til faktorer, der kan bidrage til at skabe eller forbedre samvirket.

Deltagelsen i undersøgelsen er frivillig, og al information givet vil blive behandlet anonymt. Interviewet vil blive optaget på diktafon. Når specialet er afsluttet, vil optagelserne blive slettet. Resultatet bliver formidlet i vores speciale og evt. videre i en videnskabelig artikel, men vil fremgå i et format, hvor hverken du eller klinikken vil kunne genkendes. Interviewet forventes at vare maks. 30 minutter.

Hvis der måtte opstå vanskeligheder med fortolkningen af dit interview, vil vi gerne have lov til at kontakte dig med opklarende spørgsmål.

Har du nogen spørgsmål, er du meget velkommen til at kontakte os eller vores vejleder.

Ved telefoninterview vil et mundtligt samtykke være tilstrækkeligt, hvorfor du blot bedes læse samtykkeerklæringen på næste side igennem inden interviewet.

Med venlig hilsen

Simon Dyrlov Madsen

[simom13@student.sdu.dk](mailto:simom13@student.sdu.dk)

Tlf.: 29881118

Lasse Grøn

[lagro13@student.sdu.dk](mailto:lagro13@student.sdu.dk)

Tlf. 60767434

Vejleder på speciale

Mette J. Stochkendahl, Lektor, Institut for Idræt og Klinisk Biomekanik, Syddansk Universitet

[m.jensen@nikkb.dk](mailto:m.jensen@nikkb.dk)

Tlf.: 60939593

### Bilag 3: Informeret samtykkeerklæring til deltagerne

## **Informeret samtykkeerklæring**

Kære deltager

Til studieformål vil vi indsamle oplysninger om:

- Alder
- Region
- Uddannelsessted (universitet)
- Afgangår fra universitet
- Antal år som alment praktiserende læge
- Type af klinik (mono-/tværfaglig, enkeltmands-/flermansklinik)
- Erfaringer fra samarbejde med kiropraktorer

---

*Jeg bekræfter hermed, at jeg har læst og forstået ovenstående information og indvilger i at deltage i ovenstående studie, og at jeg er informeret om, at deltagelsen er frivillig.*

Dato: \_\_\_\_\_ Navn: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_

## Bilag 4: Struktur af tematisk kodning

### Kodningstruktur

<b>Tema</b>	<b>Undertemaer</b>	<b>Kode</b>
<b>Fælles faglighed</b>	Facilitator  Bekymringer	Forløbspakker og guidelines Synlighed på hospitaler Opmærksomhed på Red Flags Flow i patientens forløb Accept af egne begrænsninger Henvisning til MR Professionel sparring Udskiftning af ældre læger såvel som kiropraktorer  Vedligeholdende behandling Uddannelseskvalitet i udlandet Fordomme 'Ser spøgelser' Lægen manipulerer selv
<b>Kommunikation</b>	Facilitatorer  Barrierer	Gensidig kommunikation Rettidig, relevant feedback Tilpas mængde af informationer Information om behandlingseffekt  Manglende henvisninger En-vejs kommunikation
<b>Faglig og social introduktion</b>	Facilitatorer  Barrierer	Sociale arrangementer Undervisning Personligt bekendtskab Egne erfaringer Geografi  Manglende introduktion til kiropraktik Geografi Egne erfaringer Begrænset tid i den kliniske hverdag

## Kodningseksempler

Citat inden transformering	Citat efter transformering
<p>Og nogle gange er det også bare: Prøv at høre her, jeg kan jo ikke komme videre her, han bliver ved med at have ondt. Jeg har lavet en MR-skanning, og der er ikke noget, men et eller andet... Prøv og se, jeg har afsluttet ham. Nu får du ham. Det er jo fair nok. Så jeg synes egentlig meget fint.</p>	<p>[D2 udlægger forslag til epikrise fra kiropraktor]: ”Prøv at hør her, jeg kan jo ikke komme videre her. Han bliver ved med at have ondt. Jeg har lavet en MR-skanning, og der er ikke noget. Jeg har afsluttet ham. Nu får du ham.” Det er jo fair nok.</p>
<p>Så kan jeg tillade mig at stole lidt på det, I har lavet, medmindre jeg ser noget helt andet, når de kommer ind af døren, det gør jeg sjældent, og så kan jeg bruge de 10 minutter på og fortælle dem om medicinen og så sætte i værk med det, og så kan jeg eventuelt skrive tilbage til jer, at... at I har bedt om sat en stærkere... stærkere smertestillende, øh, i værk,</p>	<p>(...) så kan jeg bruge konsultationen på at fortælle dem [patienten] om medicinen og så sætte i værk med det (...)</p>
<p>Jeg, jeg... vil egentlig sådan, tit så foretrækker jeg, at det er en bestemt én, som jeg netop ved er god, øh, og som jeg har hørt godt om, og... man får nogen gode tilbagemeldinger fra, for det er også det, der betyder noget, øhm, at man ligesom fornemmer, at, øh, at det er en, der sådan skriver noget fornuftigt tilbage til os for eksempel. Øhm, reagerer hvis de oplever noget, som de ikke synes er okay. Altså... ja, vender tilbage til os og bruger os også, for det nytter ikke noget, det kun er envejskommunikation</p>	<p>Tit så foretrækker jeg, at det er en bestemt én, som jeg netop ved er god, som jeg har hørt godt om, og man får nogen gode tilbagemeldinger fra. Vender tilbage til os og bruger os også, for det nytter ikke noget, det kun er envejskommunikation.</p>
<p>... og hvis vi ikke ved, hvor dygtige, de er, så henviser vi ikke. Så får vores patienter ikke gavn af det, så jeg synes det hænger lidt sammen.</p>	<p>... og hvis vi ikke ved, hvor dygtige, de er, så henviser vi ikke. Så får vores patienter ikke gavn af det, så jeg synes det hænger lidt sammen [at samarbejdet kommer patienterne til gode]</p>