



SUNDHEDSSTYRELSEN

# Indsatsen for patienter med multipel sklerose i sundhedsvæsenet

2016

# Indsatsen for patienter med multipel sklerose i sundhedsvæsenet

© Sundhedsstyrelsen, 2016.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Sprog:** Dansk

**Version:** 1,0

**Versionsdato:** 20.10.2016

**Format:** pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,  
oktober 2016.

**Elektronisk ISBN:**  
978-87-7104-798-1

# Indhold

<b>Resumé</b>	<b>4</b>
<b>1. Baggrund</b>	<b>6</b>
<b>2. Patientgruppen</b>	<b>7</b>
<b>3. Behandlingsmuligheder</b>	<b>11</b>
3.1 Aktører i sundhedsvæsenet	12
3.1.1 Almen praksis	12
3.1.2 Speciallægepraksis i neurologi	12
3.1.3 Sygehuse	12
3.1.4 Sclerosehospitalerne	13
3.1.5 Kommunerne	13
<b>4. Aktivitet og ventetid på sygehus</b>	<b>14</b>
4.1 Ambulant aktivitet	14
4.1.1 Stationær aktivitet	15
4.1.2 Ventetid	15
<b>5. Genoptræning og rehabilitering på Sclerosehospitalerne</b>	<b>16</b>
5.1 Den midlertidige udvidelse af fritvalgsrammen	16
5.2 Behandlings- og rehabiliteringstilbud	17
<b>6. Aktivitet og ventetid på Sclerosehospitalerne</b>	<b>18</b>
6.1 Ambulant aktivitet	18
6.2 Stationær aktivitet	19
6.3 Udgående funktion	20
6.4 Ventetid	21
<b>7. Genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser i kommuner og praksissektoren</b>	<b>23</b>
7.1 Kommuner	23
7.2 Fysioterapi i praksissektoren	24
<b>8. Genoptræningsplaner</b>	<b>26</b>
8.1 Opgørelse over udarbejdede genoptræningsplaner	26
<b>9. Frekvens for opfølgning af patienter</b>	<b>28</b>
<b>Bilagsfortegnelse</b>	<b>29</b>

## Resumé

Danmark har en af verdens højeste forekomster af multipel sklerose. I begyndelsen af 2016 var mere end 14.300 personer diagnosticeret med sygdommen, og de seneste fem år er der gennemsnitligt blevet diagnosticeret ca. 700 nye tilfælde årligt. Forekomsten har været stigende siden 1950, særligt i perioden 1990-2010, og skyldes dels at flere diagnosticeres med multipel sklerose og dels at patienterne lever længere med sygdommen end tidligere. Fordelingen i forhold til køn er cirka 1/3 mænd og 2/3 kvinder. Den forventede levealder er omkring 8-10 år kortere hos personer med multipel sklerose end i baggrundsbefolkningen.

Multipel sklerose er en fremadskridende lidelse, der kan ramme forskellige steder i centralnervesystemet. Der er ingen helbredende behandling for sklerose. Rehabiliterende indsatser er derfor centrale for at forbedre eller fastholde funktionsevnen sammen med lægemidler, der kan dæmpe sygdommen og dens følgevirkninger.

Af denne rapport fremgår det, at der på de neurologiske afdelinger siden 2011 har været en støt stigning i antallet af ambulante besøg, samt i antallet af patienter med ambulante besøg. Stigningen ses inden for begge køn og alle aldersgrupper. Antallet af indlæggelser er derimod faldet svagt. Dette kan til dels forklares med, at behandlingen af sygdomsattakker er blevet ændret fra en 3-dages indlæggelse til nu i høj grad at foregå ambulant.

Det fremgår endvidere, at Sclerosehospitalet i Ry og Haslev har haft en stigning både i antal ambulante besøg og i antallet af patienter med ambulante besøg. Den største stigning ses blandt de 45-64 årige, hvor antallet af patienter med ambulante besøg på Sclerosehospitalet er steget markant fra 2011 til 2015. Fra 2014-2015 ses den største tilvækst i antallet af patienter med ambulante besøg, hvilket er i tråd med den midlertidige udvidelse af fritvalgsrammen. Denne stigning afspejler sig ligeledes i antallet af indlæggelser, som har ligget stabilt i 2011-2013 for derefter at stige i 2014 og 2015.

Med denne rapport var det desuden ønsket at belyse, om udvidelsen af fritvalgsrammen har haft indflydelse på patienternes ventetid på indlæggelse på Sclerosehospitalet. Imidlertid er opgørelser for de senere år specifikt i forhold til Sclerosehospitalet behæftet med en vis usikkerhed, hvilket bl.a. skyldes efterregistreringer. Det betyder, at der i denne rapport ikke er ventetidsopgørelser for indlæggelse på Sclerosehospitalet for årene 2014 og 2015.

Rapporten viser, at et stort antal af patienter med multipel sklerose modtager vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi. Antallet har været nogenlunde konstant i årene 2011-2015. I 2015 modtog 54 pct. af patienter med multipel sklerose vederlagsfri fysioterapi, mens ca. 9 pct. af patienterne modtog ridefysioterapi. Der ses nogen regionale variationer i forhold til andelen af patienter, som modtager ydelserne.

Opgørelsen over genoptræningsplaner viser, at der samlet set udarbejdes meget få genoptræningsplaner til henholdsvis almen og specialiseret genoptræning på landsplan – både fra Sclerosehospitalet og sygehusene.

Personer med multipel sklerose kan have meget forskellige forløb, men alle får i løbet af deres sygdomsforløb tiltagende funktionsevnedssættelser og bliver generelt påvirket af sygdommens følger på alle områder. Det er derfor nødvendigt, at man for denne patientgruppe sikrer, at der

samarbejdes på tværs af sektorgrænser for at sikre en ensartet kvalitet i indsatsen. Det er vigtigt at sikre, at personer med multipel sklerose gennemgår en tværfaglig udredning med afdækning af behov for indsatser, herunder at alle indsatser tilrettelægges med afsæt i en konkret individuel udredning, idet der er stor variation i funktionsevnenedsættelsernes omfang og sværhedsgrad, komorbiditet, alder, prognose og den samlede livssituation for personer med multipel sklerose.

# 1. Baggrund

Med satspuljeaftalen for 2014 blev der afsat 15 mio. kr. til en midlertidig udvidelse af fritvalgsrammen til Sclerosehospitalerne i Ry og Haslev. Udvidelsen skulle tilgodese nogle af de patienter, der stod på venteliste, således at de patienter, der havde størst behov for Sclerosehospitalernes tilbud, fik gavn af disse.

Sundhedsstyrelsen udarbejdede forud for udmøntningen af midlerne, i samarbejde med en arbejdsgruppe, rapporten ”Rehabilitering til patienter med multipel sklerose på Sclerosehospitalerne - Anbefalinger vedrørende håndtering af stigende patienthenvisninger og ventelister”, som blev offentliggjort i juni 2014. Heraf fremgik anbefalinger til en midlertidig udvidelse af fritvalgsrammen i 2014–2015<sup>1</sup>.

Anbefalingerne omfattede blandt andet, at Sundheds- og Ældreministeriet ultimo 2015 skulle følge op på den ekstraordinært igangsatte aktivitet på Sclerosehospitalerne. Sundhedsstyrelsen er blevet anmodet om at forestå denne opfølgning og at udarbejde en status for indsatsen for patienter med sklerose i sundhedsvæsenet. Scleroseforeningens spørgeskemaundersøgelser af patienters oplevelser af behandlingen, herunder oplevelse af ventetid på kontroller, dannede også baggrund for ønsket om en status.

Denne rapport følger op på den midlertidige udvidelse af fritvalgsrammen til Sclerosehospitalerne og udgør samtidig en generel status for de sundhedsfaglige indsatser til patienter med multipel sklerose (MS), hvad angår både behandling samt genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser i sundhedsvæsenet. Anbefalinger om den fremtidige opgaveløsning vedrørende patientgruppen indgår ikke i opdraget fra Sundheds- og Ældreministeriet.

Rapporten har til formål at besvare følgende spørgsmål, i det omfang at tilgængelige data muliggør dette:

1. Hvilken udvikling ses i patientgruppens prævalens, incidens, køn- og aldersfordeling?
2. Hvilke aktuelle behandlingsmuligheder er tilgængelige for patienter med MS?
3. Hvordan er aktiviteten på neurologiske afdelinger og i speciallægepraksis, hvad angår patienter med MS?
4. Hvilken betydning har den midlertidige udvidelse af fritvalgsrammen haft for Sclerosehospitalernes mulighed for at tilbyde intensiv rehabilitering under indlæggelse?
5. I hvilket omfang tilbydes patienter med MS genoptræning og sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser i praksissektor og hos privatpraktiserende speciallæger?
6. I hvilket omfang får patienter med MS udarbejdet genoptræningsplaner i forlængelse af behandling på sygehus?

---

<sup>1</sup> Sundhedsstyrelsen: Rehabilitering til patienter med multipel sklerose på Sclerosehospitalerne, 2014

## 2. Patientgruppen

MS er en neurologisk lidelse, hvor fedtcellernes isolering af nervefibre i hjernen og rygmærven, kaldet myelin, bliver angrebet. Sygdommen kan ramme forskellige steder i centralnervesystemet, og kan derfor give mange forskellige symptomer afhængigt af, hvor myelinet angribes. Symptomerne kan være forstyrrelse af sanser, muskler og almene symptomer som træthed og psykiske symptomer. Der findes overordnet tre typer af MS; attackvis, primær progressiv og sekundær progressiv. Ved den attackvise MS opleves attacker af nye symptomer eller forværring af eksisterende symptomer. Et attack kan vare fra enkelte dage til flere måneder. Ved primær progressiv MS bliver symptomerne gradvist værre over tid i stedet for den attackvise forværring. En del af patienterne med attackvis MS vil med tiden udvikle sekundær progressiv MS, hvor sygdommen udvikler sig i et mere jævnt tempo og attackerne bliver færre. Der findes endnu ingen kurativ behandling, men siden 1996 er der udviklet flere lægemidler med effekt på sygdomsaktivitet og -progression. Disse sygdomsmodificerende behandlinger er overvejende eller udelukkende virksomme i den attackvise fase af sygdommen, og har dermed kun kunnet tilbydes en delmængde af patienterne.

I Danmark er der ca. 14.300 personer, svarende til 250 pr.100.000 indbyggere som har MS. Denne forekomst er en af verdens højeste. Af tabel 1 fremgår det endvidere, at forekomsten blandt kvinder er ca. dobbelt så stor som forekomsten blandt mænd.

**Tabel 1. Udvikling i forekomsten af MS i Danmark 1950-2016**

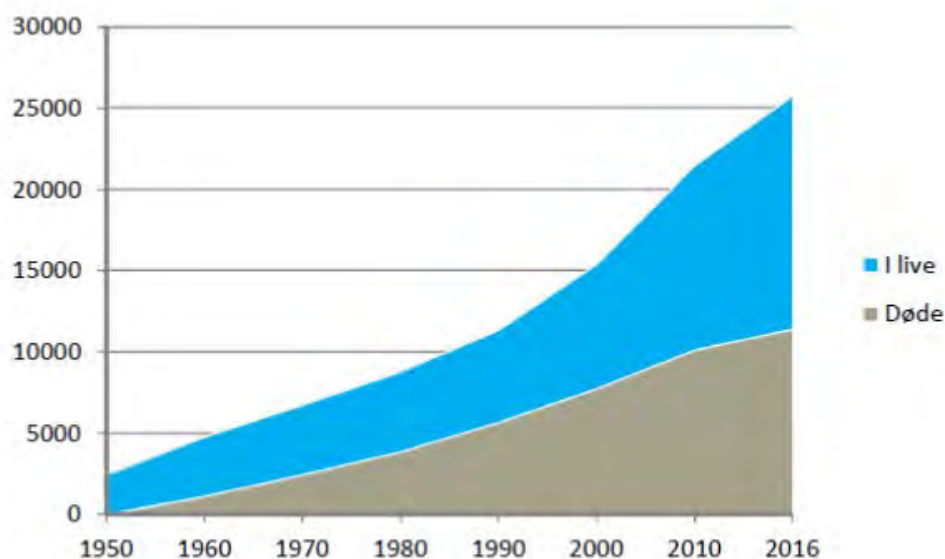
År primo	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Kvinder	-	-	2.509	2.977	3.547	5.002	7.701	7.969	8.257	8.553	9.177	9.552	9.838
Mænd	-	-	1.768	1.959	2.146	2.652	3.625	3.729	3.806	3.878	4.209	4.385	4.510
I alt	<b>2.438</b>	<b>3.645</b>	<b>4.277</b>	<b>4.936</b>	<b>5.693</b>	<b>7.654</b>	<b>11.326</b>	<b>11.698</b>	<b>12.063</b>	<b>12.431</b>	<b>13.386</b>	<b>13.937</b>	<b>14.348</b>

Kilde: Scleroseregistret, marts 2016

Kun personer med kendt MS er medtaget. For de senere år, kan der være personer med MS, som endnu ikke er registreret

Stigningen i antallet af personer, som er diagnosticeret med MS, er endvidere illustreret i figur 1 på næste side. Figuren viser, at forekomsten af MS har været stigende siden 1950 og særligt i perioden 1990-2010. Den øgede forekomst i befolkningen skyldes dels at flere diagnosticeres med MS og dels forlænget levetid hos patienter med MS. Den øgede diagnostiske aktivitet skønnes i et vist omfang at have sammenhæng til udviklingen af nye behandlingsmuligheder, som har betydet at diagnosen i stigende omfang har haft en behandlingsmæssig konsekvens.

**Figur 1. Udvikling i forekomsten af personer med MS i Danmark 1950-2016**



Kilde: Scleroseregistret, marts 2016

Tabel 2 nedenfor viser antallet af personer, som diagnosticeres med MS pr. år. Der er i de seneste år blevet diagnosticeret ca. 700 nye tilfælde om året, svarende til 12-13 nye tilfælde af MS pr. 100.000 indbyggere. Særligt blandt kvinder ses en stigning i nye tilfælde, og forekomsten af MS er dobbelt så høj blandt kvinder sammenlignet med forekomsten hos mænd.

**Tabel 2. Udvikling i nye tilfælde af MS i Danmark 1950-2016 (diagnose)**

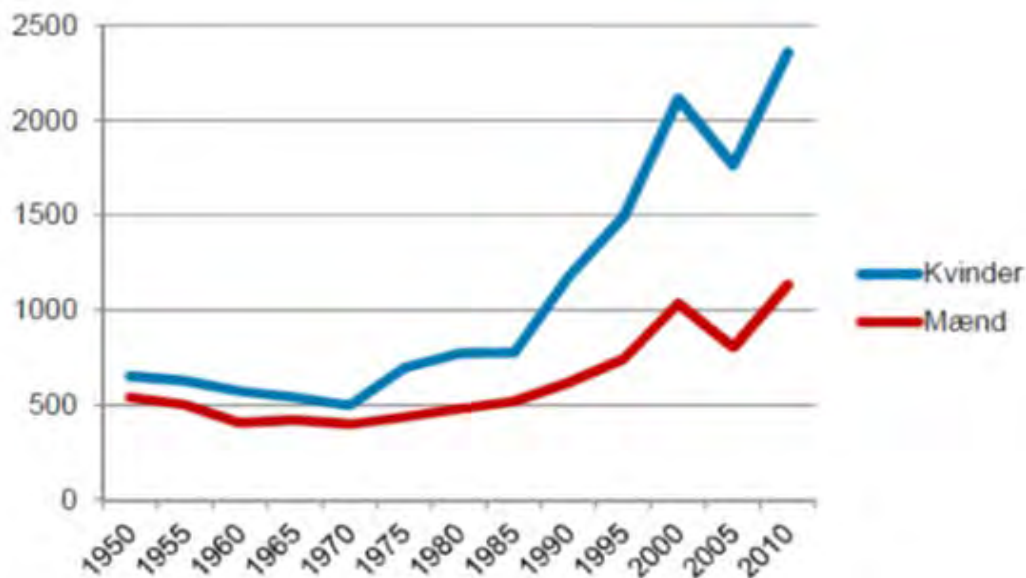
Årlig incidens	1950 -1954	1955 -1959	1960 -1964	1965 -1969	1970 -1974	1975 -1979	1980 -1984	1985 -1989	1990 -1994	1995 -1999	2000 -2004	2005 -2009	2010 -2014
Kvinder	130	125	114	108	99	140	154	155	235	299	423	353	471
Mænd	108	100	81	84	80	88	96	104	124	149	207	161	227
<b>I alt</b>	<b>238</b>	<b>225</b>	<b>196</b>	<b>193</b>	<b>179</b>	<b>228</b>	<b>250</b>	<b>260</b>	<b>359</b>	<b>447</b>	<b>631</b>	<b>513</b>	<b>698</b>

Kilde: Scleroseregistret, marts 2016

Udviklingen i antallet af nye tilfælde af MS blandt mænd og kvinder fremgår ligeledes af nedenstående figur, hvor det ses, at forekomsten stiger mest blandt kvinder.



Figur 2. Antallet af nydiagnosticerede personer med MS, opdelt på 5-års intervaller og køn



Kilde: Scleroseregistret, marts 2016

Sygdommen debuterer oftest i tidlig voksenalder (20-40 år), men kan i sjældne tilfælde debutere hos børn og hos personer over 60 år. Udviklingen i aldersfordelingen af personer med MS er vist i tabel 3 nedenfor. De fleste personer med MS er mellem 30 og 59 år. Det fremgår af tabellen, at andelen af patienter, som er over 60 år, er stigende. Det stigende antal i denne alderskategori formodes at hænge sammen med, at personer med MS lever længere end tidligere, hvilket til dels skyldes forbedrede behandlingsmuligheder.

Den forventede levealder hos personer med MS er cirka 8-10 år kortere end hos baggrundsbefolkningen. Almindeligvis dør patienterne ikke af MS, men dødsårsagerne er relateret til den almene svækkelse og de alvorlige følgetilstande, der specielt optræder i sygdommens fremskredne stadie. Eksempelvis infektioner, særligt lungeinfektioner som følge af nedsat lungefunktion, og lammelser af svælget med risiko for fejlsynkning (dysfagi). Det stigende antal ældre skyldes endvidere dels at flere ældre får stillet diagnosen MS på grund af forbedrede scanningsteknikker, der bedre kan skelne MS fra andre aldersrelaterede forandringer i hjernen.

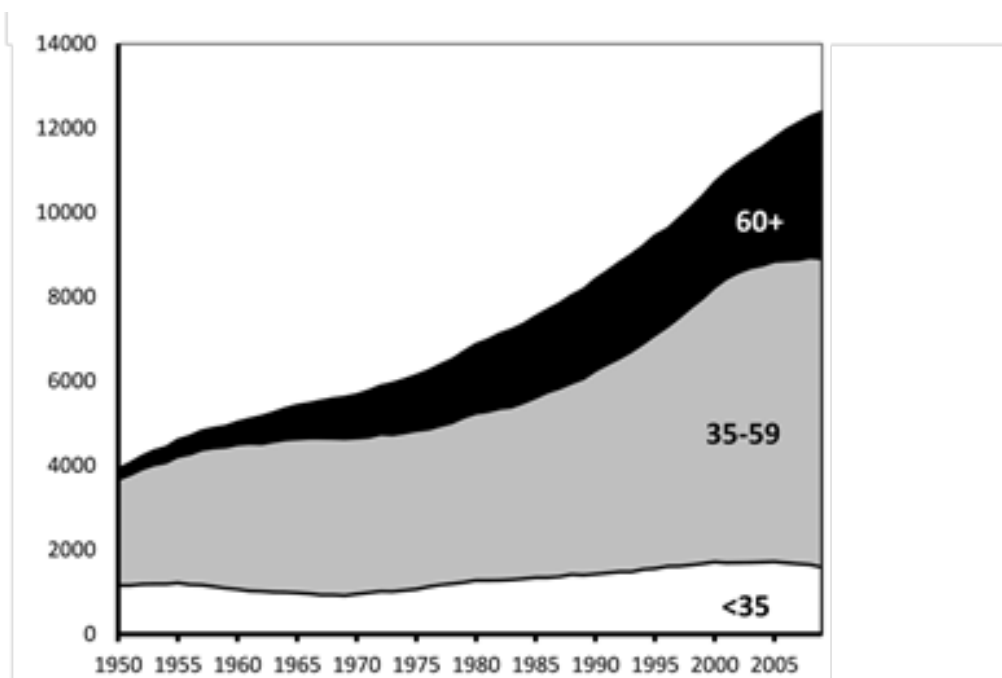
Tabel 3. Udvikling i aldersfordelingen af personer med MS i Danmark 1950-2016

Alder i år	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2016
0-19	16	11	8	18	7	24	33	56
20-29	255	226	211	214	241	340	560	668
30-39	642	843	617	703	797	1.172	1.749	2.026
40-49	813	1.123	1.311	1.064	1.388	1.863	2.774	3.427
50-59	496	995	1.230	1.505	1.323	2.063	2.921	3.668
60-69	198	369	727	980	1.246	1.260	2.167	2.825
70-79	18	76	153	402	556	736	849	1.309
80-	0	2	20	50	135	197	273	369
I alt	2.438	3.645	4.277	4.936	5.693	7.654	11.326	14.348

Kilde: Scleroseregistret, marts 2016

Udviklingen i aldersfordelingen af sklerosepatienter er ligeledes illustreret i figur 3 nedenfor.

**Figur 3. Udvikling i aldersfordelingen af personer med MS i Danmark**



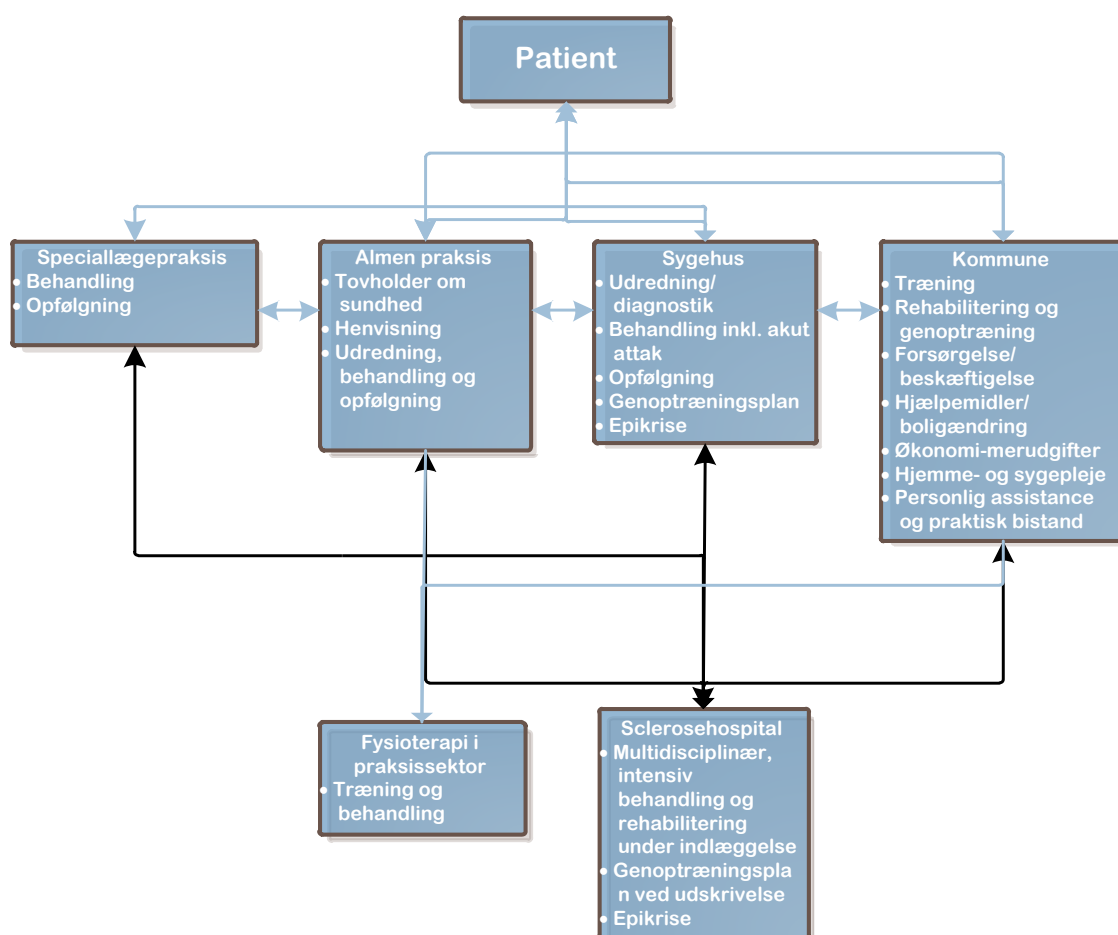
Kilde: Scleroseregistret, marts 2016

### 3. Behandlingsmuligheder

Patienter med MS får i løbet af sygdomsforløbet tiltagende funktionsevnedssættelser og bliver generelt påvirket af sygdommens følger på alle områder. Både behandling og rehabiliteringsindsatser, for patienter med MS, stiller krav om forskellige professionelle kompetencer på et højt fagligt niveau og forskellige specialiseringsniveauer i og uden for sundhedsvæsenet.

Figur 4 illustrerer, hvilke aktører/myndigheder en patient med MS typisk har kontakt med, både i relation til behandling af sygdommen og til rehabiliterende- og kompenserende indsatser. Forløb for patienter med MS kan være meget forskellige, og man ser derfor individualiserede forløb, hvor nogle aktører, alt efter den enkeltes behov, spiller en større eller mindre rolle.

Figur 4. Patientens vej gennem systemet



Siden 2007 har regioner og kommuner været forpligtiget til at udarbejde sundhedsaftaler. Formålet med sundhedsaftalerne er at bidrage til at sikre sammenhæng og koordinering af indsatserne i de patientforløb, der går på tværs af sygehuse, almen praksis og kommuner, så den enkelte patient/borger modtager sammenhængende indsatser af høj kvalitet uanset antallet af kontakter eller karakteren af indsatsen<sup>2</sup>. Komplekse forløb, med mangeartede problemstillinger og

<sup>2</sup> Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler, Sundhedsstyrelsen (2013), <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/sundhedsaftaler>.

flere aktører, stiller store krav til dialog og samarbejde med inddragelse af patienten og de nærmeste.

## 3.1 Aktører i sundhedsvæsenet

### 3.1.1 Almen praksis

Patientens indgang til sundhedsvæsenet forekommer i de fleste tilfælde ved egen henvendelse til almen praksis. Almen praksis' rolle er, udover at varetage sundhedsfaglige opgaver generelt, at henvise patienter videre til udredning på sygehus/hos speciallæge ved mistanke om sygdom, som ikke kan udredes eller behandles i almen praksis. Patienter vil typisk henvende sig til praktiserende læge ved symptomer, der kan være tegn på MS. Herefter vil lægen henvise patienten til yderligere udredning på en neurologisk specialafdeling. Ca. 15 pct. af patienterne med MS har den progressive sygdomsform. En del af disse borgere har ikke kontakt eller sjældent kontakt til sygehusenes skleroseklinikker, da de ofte ikke modtager medicinsk behandling for deres MS. For denne gruppe er den praktiserende læge ofte nøglepersonen, da disse personer ofte lider af en række følgesygdomme. Almen praksis har desuden løbende en væsentlig rolle i forhold til patienter med MS og deres almene sundhed.

### 3.1.2 Speciallægepraksis i neurologi

Nogle patienter med symptomer på MS har deres første kontakt med speciallæge i neurologi i praksissektoren. Specielt de patienter, som ikke er i sygdomsmodificerende behandling på en neurologisk specialafdeling, kan følges i speciallægepraksis.

### 3.1.3 Sygehuse

Sygehusenes opgaver er diagnostik, behandling og opfølgning af patienter med MS. Den sygdomsmodificerende behandling foregår altid på neurologiske afdelinger. Nogle specifikke behandlinger, herunder også behandlinger af følgevirkninger til MS, er fastlagt i Sundhedsstyrelsens specialevejledning i neurologi, henholdsvis som regionsfunktion og højt specialiseret funktion.<sup>3</sup>

Alle patienter i sygdomsmodificerende behandling følges med hyppige kontroller på de neurologiske afdelinger, og dette gælder også patienter, som er i behandling for nedsat kraft og gangforstyrrelser samt patienter i behandling med visse præparater mod spasticitet. De sygdomsmodificerende behandlinger har meget forskellige angrebepunkter for deres virkning. I Danmark opdeles behandlinger i første-linje behandlinger og anden-linje behandlinger. Sædvanligvis starter en patient med attackvis MS med en første-linje behandling, og kun hvis effekten af første-linje behandlingen ikke er optimal, og der derfor er gennembrud af kliniske attacker eller sygdomsforværring, anvendes en anden-linje behandling. Patienter med megen sygdomsaktivitet fra starten af sygdomsforløbet kan dog behandles med en anden-linje behandling som første

---

<sup>3</sup> <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gaeldende-specialeplan/neurologi>

behandlingsvalg. Anvendelsen af sygdomsmodificerende behandling er reguleret i behandlingsvejledningen fra Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS)<sup>4</sup>.

Behandling af patienter i sygdomsmodificerende behandling registreres i Sclerosebehandlingsregistret, som er en klinisk kvalitetsdatabase. Af den seneste årsrapport, som omfatter perioden oktober 2014 til september 2015, fremgår, at standard opnås for 2 af 7 kvalitetsindikatorer. Der ses nogen regional variation<sup>5</sup>.

Patienter med primær progressiv MS udgør ca. 15 pct. af det samlede antal patienter med MS. Der findes i dag ingen behandling til patienter med primær progressiv MS, men det forventes, at der inden for en kortere periode vil blive mulighed for at tilbyde farmakologisk behandling af primær progressiv MS (formentlig kun i den tidlige del af sygdomsforløbet). Denne udvikling vil betyde, at væsentligt flere patienter vil få mulighed for at blive tilbudt sygdomsmodificerende behandling.

Udover den sygdomsmodificerende behandling anvendes en lang række farmakologiske behandlinger rettet mod sygdommens symptomer og følgetilstande. Disse omfatter medicin til behandling af nedsat motorisk kraft og gangbesvær, spasticitet (øget spænding i muskulaturen og spasmer), blæreproblemer som følge af overaktiv blære, seksuel dysfunktion hos mænd (rejsningsproblemer), neuralgiforme smerter og kroniske neurogene smertetilstande samt træthed (fatigue). De permanente symptomer øges i antal og sværhedsgrad i takt med sygdomsudviklingen, og behandlingernes formål er at afhjælpe sygdomsmanifestationerne og deraf følgende funktionsevnededsættelse.

### **3.1.4 Sclerosehospitalerne**

Se kapitel 5, afsnit 1.4

### **3.1.5 Kommunerne**

Se kapitel 7, afsnit 1.9

---

<sup>4</sup> <http://www.regioner.dk/radsdk>

<sup>5</sup> [https://www.sundhed.dk/content/cms/93/4693\\_sclerosebehandlingsregistret\\_kommenteretårsrapport2015\\_version6\\_offentlig.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/93/4693_sclerosebehandlingsregistret_kommenteretårsrapport2015_version6_offentlig.pdf)

## 4. Aktivitet og ventetid på sygehus

### 4.1 Ambulant aktivitet

Af tabel 4 og 5<sup>6</sup> nedenfor fremgår det, at der har været en støt stigning i antallet af ambulante besøg på neurologiske afdelinger samt i antallet af patienter med ambulant besøg på neurologiske afdelinger fra 2011-2015. Antallet af ambulante besøg er steget lidt mere end antallet af patienter. I 2011 havde hver patient i gennemsnit 5,2 ambulante besøg om året, mens dette tal i 2015 er steget til gennemsnitligt 6,7 ambulante besøg pr. patient. Der ses en stigning inden for alle aldersgrupperne. En del af stigningen kan forklares med, at behandlingen af sygdomsattaker er blevet ændret fra en 3-dages indlæggelse til i høj grad at foregå ambulant.

**Tabel 4. Antal ambulante besøg på neurologiske afdelinger, efter alder, 2011-2015**

	2011	2012	2013	2014	2015
<18	319	359	346	514	592
18-44	24.812	26.912	28.477	33.265	37.470
45-64	14.987	17.317	19.908	22.156	25.358
65+	851	1.342	1.956	2.087	2.424
<b>i alt</b>	<b>40.969</b>	<b>45.930</b>	<b>50.687</b>	<b>58.022</b>	<b>65.844</b>

Kilde: Det grupperede Landspatientregister 10. marts året efter opgørelsesåret, Sundhedsdatastyrelsen.

**Tabel 5. Antal patienter, diagnosticeret med MS, med ambulant besøg på neurologiske afdelinger, efter alder, 2011-2015**

	2011	2012	2013	2014	2015
<18	41	36	44	48	65
18-44	4.029	3.995	4.112	4.290	4.673
45-64	3.465	3.724	4.064	4.149	4.393
65+	378	514	643	663	701
<b>i alt</b>	<b>7.913</b>	<b>8.269</b>	<b>8.863</b>	<b>9.150</b>	<b>9.832</b>

Kilde: Det grupperede Landspatientregister 10. marts året efter opgørelsesåret, Sundhedsdatastyrelsen.

Fordelingen af mænd og kvinder i forhold til antal ambulante besøg og antal patienter med ambulant besøg igennem årene 2011-2015 svarer nogenlunde til fordelingen af personer med MS – ca. dobbelt så mange kvinder som mænd. Mænd og kvinder har således nogenlunde lige ofte ambulant besøg på neurologiske afdelinger.

Når man sammenholder tabel 3 med tabel 5 ses det, at det ikke er alle patienter, som er diagnosticeret med MS, der ses i ambulant regi på sygehusene indenfor de enkelte år.

---

<sup>6</sup> Det har ikke været muligt at fremskaffe retvisende data for den ambulante aktivitet fra Sundhedsdatastyrelsen. Tabel 4 og 5 er udformet af Danske Regioner.

#### 4.1.1 Stationær aktivitet

Af tabel 6 fremgår det, at der har været et lille fald i antallet af indlæggelser på neurologiske afdelinger fra 2011-2015. Der har imidlertid været en lille stigning i antallet af indlagte patienter på neurologiske afdelinger, som det ses af tabel 7. Dette tyder på, at der har været færre indlæggelser pr. patient.

**Tabel 6. Antal indlæggelser på neurologiske afdelinger (ekskl. Sclerosehospitalet), efter alder, 2011-2015**

	2011	2012	2013	2014	2015
<18 år	6	-	10	-	5
18-44 år	461	489	470	438	442
45-64 år	445	418	421	438	395
65+ år	116	118	96	100	129
<b>I alt</b>	<b>1.030</b>	<b>1.030</b>	<b>995</b>	<b>980</b>	<b>970</b>

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2016, Sundhedsdatastyrelsen.

**Tabel 7. Antal indlagte patienter, diagnosticeret med MS, på neurologiske afdelinger (ekskl. Sclerosehospitalet), efter alder, 2011-2015**

	2011	2012	2013	2014	2015
<18 år	5	-	6	-	-
18-44 år	330	338	359	344	348
45-64 år	315	301	317	332	306
65+ år	93	89	75	82	100
<b>I alt</b>	<b>745</b>	<b>730</b>	<b>755</b>	<b>760</b>	<b>760</b>

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2016, Sundhedsdatastyrelsen.

Fordelingen af mænd og kvinder i forhold til antal indlæggelser og antal indlagte patienter igen alle årene svarer til fordelingen af personer med MS – 1/3 mænd og 2/3 kvinder. Mænd og kvinder med MS indlægges altså lige ofte på neurologiske afdelinger.

#### 4.1.2 Ventetid

Af tabel 8 fremgår det, at ventetiden til 1. kontakt med neurologisk afdeling har ligget nogenlunde stabilt fra 2011-2015. På de neurologiske afdelinger i regionerne ligger ventetiden omkring de 30 dage. Tabellen viser tid fra henvisning til første kontakt, og omhandler dermed ikke eventuel ventetid på et kontrolbesøg eller lign.

**Tabel 8. Ventetid til 1. kontakt på neurologiske afdelinger (ekskl. Sclerosehospitalet), efter region, 2011-2015, dage**

Afdeling	2011		2012		2013		2014		2015	
	Gns.	Median	Gns.	Median	Gns.	Median	Gns.	Median	Gns.	Median
Region Nordjylland	55	44	56	47	32	35	41	39	43	30
Region Midtjylland	46	25	37	21	46	32	37	18	52	24
Region Syddanmark	23	19	24	20	13	7	16	14	22	15
Region Hovedstaden	50	43	41	32	43	30	73	23	46	31
Region Sjælland	49	43	65	39	57	52	-	-	41	30

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. april 2016, Sundhedsdatastyrelsen, foreløbige tal

Anm.: I tilfælde med 10 eller færre forløb, er ventetiden angivet med '-'

## 5. Genoptræning og rehabilitering på Sclerosehospitalerne

### 5.1 Den midlertidige udvidelse af fritvalgsrammen

Af rapporten ”Rehabilitering til patienter med multipel sklerose” fremgår det, at arbejdsgruppen vurderede, at den midlertidige udvidelse af fritvalgsrammen med 15 mio. i perioden 2014-2015, ville kunne øge aktiviteten med 229 patientforløb. Bevillingen blev foreslået fordelt på nedenstående patientforløb:

- Individuel rehabilitering (4 uger) for 94 førstegangshenviste inkl. forundersøgelse på Sclerosehospital.
- Tema-indlæggelse (2 uger) for 70 første- og flergangshenviste inkl. telefonisk forundersøgelse og opfølgende kontrol på Sclerosehospital inkl. pårørendeuddannelse.
- Individuel rehabilitering for 65 patienter med fremskreden sklerose (2 uger) inkl. forundersøgelse og opfølgende kontrol i hjemmet.
- Etablering af udgående funktion.

Idet antallet af ny-henvisninger af patienter med fremskreden sklerose faldt markant fra 130 i 2013 til 107 i 2014 og 58 i første halvår af 2015, og antallet af henvisninger af førstegangspatienter forsat var højt med 275 i første halvdel af 2015, fik Sclerosehospitalerne tilladelse til at omprioritere bevillingen.

Den midlertidige udvidelse af fritvalgsrammen blev omprioriteret til:

- Individuel rehabilitering (4 uger) for 130 førstegangshenviste inkl. forundersøgelse på Sclerosehospital. I første halvår 2015 deltog 120 (79 pct.) pårørende af 152 patienter i forundersøgelsesdagen med pårørendeuddannelse. 13 af patienterne havde mere end en pårørende med.
- Tema-indlæggelse (2 uger) for 70 første- og flergangshenviste inkl. telefonisk forundersøgelse og opfølgende kontrol på Sclerosehospital inkl. pårørendeuddannelse.
- Individuel rehabilitering af 26 patienter med fremskreden sklerose (2 uger) inkl. forundersøgelse og opfølgende kontrol i hjemmet.
- Etablering af udgående funktion.

Sclerosehospitalernes aktivitet i forbindelse med udvidelse af fritvalgsrammen er beskrevet i Sclerosehospitalernes evalueringsrapport<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> <http://www.Sclerosehospitalerne.dk/sites/Sclerosehospitalerne.dk/files/Satspulje-evaluering.pdf>



## 5.2 Behandlings- og rehabiliteringstilbud

Sclerosehospitalerne i Ry og Haslev tilbyder specialiseret rehabilitering til personer med MS, der omfatter en sygdomsspecifik, multidisciplinær og intensiv rehabilitering på specialistniveau udført i stationært regi (døgnindlæggelse). Tilbuddene på Sclerosehospitalerne er landsdækkende og omfatter tværfaglig udredning og behandling af aktuelle medicinske problemstillinger samt rehabiliteringsbehov og –potentiale. De iværksatte rehabiliteringsindsatser målrettes samtidig mod de funktionsevnenedsættelser, som er karakteristiske følger af MS. Målet er generelt, at patienterne i videst muligt omfang genvinder funktionsevnen i relation til hverdagslivet med fokus på mestring af den varigt nedsatte funktionsevne og det progressive sygdomsforløb.

Sclerosehospitalernes ydelser omfatter:<sup>8</sup>

- Lægelig udredning og behandling, herunder neurologisk undersøgelse og behandling af følgetilstande evt. i samarbejde med den sygehusafdeling som patienten er tilknyttet. Desuden tværfaglige udredninger samt observationer vedrørende funktionsevne inkl. respiration og cirkulation, søvn og psykosociale forhold. Der anvendes standardiserede og validerede måleredskaber i udredningerne.
- Intensiv træning af fysiske funktioner og færdigheder såsom håndfunktion, sensibilitet, kognitive funktioner, planlægning af daglige rutiner mv.
- Mestringsstrategier i forhold til de funktionsnedsættelser/tab/gener som følge af MS. Det kan foregå som en direkte psykologisk intervention, undervisning, fagligt ledede samtalegrupper eller som en fortløbende del af samarbejdet mellem patient og vejleder.
- Patientrettet forebyggelse med udgangspunkt i KRAM-faktorer samt psykologisk velbefindende, energiforvaltning i forhold til udtrætning mv. Patientuddannelse jf. Stanford-modellen.
- Afklaring, vurdering, afprøvning, rådgivning i forhold til patientens situation. Et eksempel herpå er arbejdsrelaterede problemstillinger, hvor der foretages en vurdering af patientens kognitive funktioner, og hvilken betydning det har for arbejde og uddannelse. Ydelserne kan også rette sig mod en afklaring af behov for og afprøvning af hjælpemidler, rådgivning i relation til overgangssituationer, eksempelvis tab af gangfunktion, overgang til at blive kørestolsbruger, arbejdsmarkedstilknytning, tab af autonomi og sociale relationer.
- Samarbejde og koordinering med relevante fagpersoner og myndigheder som er væsentlige i patientens nærmiljø. Et eksempel kan være kommunens visitation med henblik på varetagelse af opgaver i forbindelse med udskrivning, ergoterapeuter og fysioterapeuter og andre.

---

<sup>8</sup> Sundhedsstyrelsen. Rehabilitering til patienter med multipel sklerose

## 6. Aktivitet og ventetid på Sclerosehospitalerne

### 6.1 Ambulant aktivitet

Af tabel 9 fremgår det, at der fra 2011-2015 har været en stor stigning i ambulant aktivitet på Sclerosehospitalerne fra 321 registrerede kontakter i 2011 til 2.311 registrerede kontakter i 2015.

Ambulante kontakter baserer sig på en standardiseret måde at udtrække data fra de centrale registre, og består af ”ambulante besøg”, og såkaldte ”ikke-besøg”. Ikke-besøg er registrerede kontakter, hvor patienten er fremmødt i ambulatoriet, og der er registreret en procedurekode, men hvor der ikke er registreret og dermed afregnet for et ambulant besøg. Det kan eksempelvis være et besøg som en del af et genoptræningsforløb. I udtrækket fra Sclerosehospitalerne er der primært registreret såkaldte ”ikke-besøg”, hvilket tyder på en særlig registreringspraksis, og data afspejler dermed kontakter i form af registrerede procedurer.

I årene 2013-2014 har antallet af ambulante kontakter været ekstraordinært højt, på grund af et pågående klinisk forsøg vedrørende effekten af rehabilitering ved indlæggelse på Sclerosehospital, hvor deltagere som led i undersøgelsen blev tilbudt en forundersøgelse samt en ekstra opfølgende kontrol. Derudover er der i forbindelse med udvidelsen af fritvalgsrammen blevet indlagt flere førstegangshenviste patienter, som ligeledes har fået lavet en forundersøgelse inden indlæggelsen.

**Tabel 9. Antal ambulante kontakter på Sclerosehospitalerne, efter alder, 2011-2015**

	2011	2012	2013	2014	2015
<18 år	0	0	0	0	0
18-44 år	87	204	302	514	576
45-64 år	175	504	775	1.257	1.419
65+ år	59	82	114	231	316
<b>I alt</b>	<b>321</b>	<b>790</b>	<b>1.191</b>	<b>2.002</b>	<b>2.311</b>

Kilde: Det grupperede Landspatientregister 10. marts året efter opgørelsesåret, Sundhedsdatastyrelsen.

**Tabel 10. Antal patienter, diagnosticeret med MS, med ambulant sygehuskontakt på Sclerosehospitalerne, efter alder, 2011-2015**

	2011	2012	2013	2014	2015
<18 år	0	0	0	0	0
18-44 år	76	137	178	319	366
45-64 år	169	326	475	792	914
65+ år	57	68	92	194	228
<b>I alt</b>	<b>302</b>	<b>531</b>	<b>745</b>	<b>1.305</b>	<b>1.508</b>

Kilde: Det grupperede Landspatientregister 10. marts året efter opgørelsesåret, Sundhedsdatastyrelsen.

Af tabel 10 fremgår det, at der siden 2011 har været en støt stigning i antallet af patienter med ambulant sygehuskontakt på Sclerosehospitalerne. Den største stigning ses blandt de 45-64 årige, hvor antallet af patienter med ambulant sygehuskontakt på Sclerosehospitalerne er steget

med mere end 400 pct. fra 2011 til 2015. Fra 2013-2014 ses den største tilvækst i antallet af patienter med ambulans kontakt. Udviklingen i antallet af ambulante kontakter og antallet af patienter med ambulans sygehuskontakt på Sclerosehospitalet i forhold til køn følger nogenlunde udviklingen af prævalensen, idet ca. dobbelt så mange kvinder som mænd har haft ambulans kontakt.

## 6.2 Stationær aktivitet

Tabel 11 viser, at antallet af indlæggelser på Sclerosehospitalet har ligget stabilt i 2011-2013 for derefter at stige i 2014 og 2015, hvor der var 17 pct. flere indlæggelser end i 2011. Den største stigning ses i aldersgruppen 45-64 år, hvor der har været en stigning i antallet af indlæggelser på 21 pct. fra 2011-2015. Dette stemmer overens med den midlertidige udvidelse af fritvalgsrammen i 2014-2015.

**Tabel 11. Antal indlæggelser på Sclerosehospitalet, efter alder, 2011-2015**

	2011	2012	2013	2014	2015
<18 år	0	0	0	0	0
18-44 år	280	229	253	290	302
45-64 år	602	617	605	721	728
65+ år	173	188	191	201	201
<b>I alt</b>	<b>1055</b>	<b>1034</b>	<b>1049</b>	<b>1212</b>	<b>1231</b>

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2016, Sundhedsdatastyrelsen.

**Tabel 12. Antal indlagte patienter, diagnosticeret med MS, på Sclerosehospitalet, efter alder, 2011-2015**

	2011	2012	2013	2014	2015
<18 år	0	0	0	0	0
18-44 år	258	214	230	262	286
45-64 år	566	560	573	648	703
65+ år	169	176	182	188	198
<b>I alt</b>	<b>993</b>	<b>950</b>	<b>985</b>	<b>1098</b>	<b>1187</b>

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2016, Sundhedsdatastyrelsen.

Af tabel 11 og 12 fremgår det, at, i årene 2011-2015, har indlæggelser af patienter i gruppen af de 45-64 årige udgjort den største andel af indlæggelserne, eksempelvis var 59 pct. af de indlagte patienter i 2015 i denne aldersgruppe. Dette er i tråd med aldersfordelingen af personer med MS, idet forekomsten af MS er højest blandt de 50-59 årige (se tabel 3). Antallet af indlæggelser er højere end antallet af indlagte patienter, hvilket tyder på, at nogle patienter indlægges flere gange.

Fordelingen af køn i forhold til antal indlæggelser og antal indlagte patienter på Sclerosehospitalet svarer til fordelingen af mænd og kvinder med MS generelt.

Den gennemsnitlige indlæggelsestid på Sclerosehospitalet har, som det ses af tabel 13, ligget nogenlunde stabilt igennem årene 2011-2015.

**Tabel 13. Gennemsnitlig indlæggelsestid for indlagte patienter på Sclerosehospitalerne, 2011-2015, dage**

	2011	2012	2013	2014	2015
<b>I alt</b>	19,8	20,0	19,2	17,6	18,5

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2016, Sundhedsdatastyrelsen.

Af tabel 14 fremgår det, at størstedelen af indlæggelserne på Sclerosehospitalerne har en varighed, som ligger inden for intervallerne 1-2 uger og 3-4 uger. Der har været en stigning i andelen af indlæggelser på 1-2 uger fra 23,8 pct. i 2011 til 39,3 pct. i 2015. Samtidigt har der været et fald i andelen af indlæggelser på 3-4 uger fra 63,7 pct. i 2011 til 56,2 pct. i 2015. Det skyldes delvist, at der er flere patienter, som indlægges to gange i 2 uger frem for en gang i 4 uger, da dette i mange tilfælde har vist sig mere hensigtsmæssigt for patienterne.

**Tabel 14. Indlæggelsestid på Sclerosehospitalerne, 2011-2015, tidsintervaller, andel af indlæggelser, pct.**

Periode	2011	2012	2013	2014	2015
<7 dage/<1 uge	6,5	4,9	3,6	3,5	3,2
7-13 dage/1-2 uger	23,8	25,8	32	45,9	39,3
14-20 dage/2-3 uger	5,1	3,2	5,3	1,2	1,1
21-27 dage/3-4 uger	63,7	64,9	58,5	48,9	56,2
28+ dage/4+ uger	0,9	1,2	0,5	0,4	0,2
<b>I alt</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2016, Sundhedsdatastyrelsen.

## 6.3 Udgående funktion

Sclerosehospitalerne tilbyder rehabiliterende indsatser i patientens eget hjem i de særlige tilfælde, hvor patienten ikke har mulighed for en indlæggelse på Sclerosehospital. Den udgående funktion har til formål at medvirke til, at den specialiserede viden om og kompetencerne til behandling og rehabilitering, som findes på Sclerosehospitalerne, kan gøres tilgængelig i borgernes nærmiljø, og dermed være med til at imødekomme et behov for at sikre at der kan etableres sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsindsatser i patientens nærmiljø og i samarbejde med det borgernære sundhedsvæsen – både almen praksis og kommunen. Patienter kan henvises direkte til den udgående funktion, men det kan også ved en forundersøgelse i hjemmet, forud for en indlæggelse, som patienten er henvist til, vurderes af Sclerosehospitalerne, at det udgående team vil være et mere passende tilbud til den pågældende patient. Beslutningen vil altid bero på en konkret vurdering af den enkelte patient. Funktionen er rettet mod følgende indsatsområder:

- Opfølgende indsatser til relativt nydiagnosticerede patienter, som efter indlæggelse på Sclerosehospitalerne oplever udfordringer med at omsætte det lærte til dagligdagen.
- Patienter med komplekse behov, som eksempelvis forældre til mindre børn, som ikke har mulighed for flere ugers indlæggelse.
- Specialiserede indsatser vedrørende specifikke fysiske eller dagliglivsproblemstillinger hos patienter.

- ”Krise- og kaosindsats” til patienter, hvis livssituation pludselig er ved at vælte.

Der har indtil videre ikke været så stor aktivitet på området. Ifølge Sclerosehospitalernes egne opgørelser modtog i alt 16 patienter ydelsen i 2015, mens der i 2016 har været syv henvisninger indtil videre. Omkring halvdelen af de patienter, som indtil videre har modtaget ydelsen, har haft fremskreden eller stærkt fremskreden sklerose.

Ud over den udgående funktion tilbyder Sclerosehospitalerne også hjemme- og udebesøg hos patienterne. Et hjemme-/udebesøg kan eksempelvis være en forundersøgelse i hjemmet forud for indlæggelse eller opfølgende kontrol. I forbindelse med besøg hos patienter med fremskreden sklerose bliver kommunen inviteret til at deltage via en kontakt fra Sclerosehospitalerne til kommunen, som beslutter, hvem der skal deltage herfra.

Af tabel 15 og 16 fremgår det, at antallet af hjemme- og udebesøg, samt antallet af patienter med hjemme- og udebesøg, har ligget nogenlunde stabilt fra 2011-2015. Det er dog svært at forudsige, om det er et område, som er i vækst, da der aktuelt ses et fald i henvisninger af patienter med fremskreden MS til Sclerosehospitalerne.

Der er forholdsvis lidt flere mænd end kvinder, som modtager hjemme/udebesøg.

**Tabel 15. Antal hjemme- og udebesøg registreret på Sclerosehospitalerne, efter alder, 2011-2015**

Alder	2011	2012	2013	2014	2015
<18 år	0	0	0	0	0
18-44 år	29	21	20	37	44
45-64 år	88	90	115	132	115
65+ år	44	46	57	70	65
<b>I alt</b>	<b>161</b>	<b>157</b>	<b>192</b>	<b>239</b>	<b>224</b>

Kilde: Det grupperede Landspatientregister 10. marts året efter opgørelsesåret, Sundhedsdatastyrelsen.

**Tabel 16. Antal patienter med hjemme- og udebesøg registreret på Sclerosehospitalerne, efter alder, 2011-2015**

Alder	2011	2012	2013	2014	2015
<18 år	0	0	0	0	0
18-44 år	28	20	19	34	41
45-64 år	87	84	111	118	102
65+ år	44	45	55	64	53
<b>I alt</b>	<b>159</b>	<b>149</b>	<b>185</b>	<b>216</b>	<b>196</b>

Kilde: Det grupperede Landspatientregister 10. marts året efter opgørelsesåret, Sundhedsdatastyrelsen.

## 6.4 Ventetid

Af tabel 17 fremgår ventetiden fra tidspunkt for henvisning til 1. indlæggelse på Sclerosehospitalerne fordelt på alder i årene 2010-2013. Det ses, at gennemsnitsventetiden i 2010 var 203 dage, mens den i årene 2011-2013 har ligget nogenlunde stabilt på mellem 239-246 dage.

Med denne rapport var det desuden ønsket at belyse, om udvidelsen af fritvalgsrammen har haft indflydelse på patienternes ventetid på indlæggelse på Sclerosehospitalerne. Imidlertid er opgørelser for de senere år specifikt i forhold til Sclerosehospitalerne behæftet med en vis usikkerhed, hvilket bl.a. skyldes efterregistreringer. Det betyder, at der i denne rapport ikke er ventetidsopgørelser for indlæggelse på Sclerosehospitalerne for årene 2014 og 2015.

**Tabel 17. Ventetid til 1. indlæggelse på Sclerosehospitalerne, efter alder, 2010-2013, dage**

Alder	2010		2011		2012		2013	
	Gns.	Median	Gns.	Median	Gns.	Median	Gns.	Median
<18 år	-	-	-	-	-	-	-	-
18-60 år	201	157	244	219	241	203	254	203
>60 år	209	153	235	201	234	187	231	191
<b>I alt</b>	<b>203</b>	<b>157</b>	<b>241</b>	<b>213</b>	<b>239</b>	<b>195</b>	<b>246</b>	<b>195</b>

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. april 2016, Sundhedsdatastyrelsen

Sclerosehospitalernes egne ventetidsopgørelser viser, at ventetiden er længere end angivet ovenfor. Sclerosehospitalernes opgørelser viser en gennemsnitlig ventetid i 2012 og 2013 på henholdsvis 264 dage og 270 dage<sup>9</sup>. Denne ventetid er det samlede antal dage fra henvisning til indlæggelse, og inkluderer dermed eksempelvis patientinitieret ventetid mv., hvilket kan være med til at forklare den forskel, der ses.

Sclerosehospitalerne har siden den 1. januar 2014 haft differentieret ventetid efter nedenstående struktur:

- Patienter med påtrængende behov for rehabilitering (senest 3 måneder efter henvisning)
- Førstegangshenviste patienter (senest 6 måneder efter henvisning)
- Andre patienter (efter tur på ventelisten – målet er max 12 måneder efter henvisning).

Fra en læge finder et behov og foretager en henvisning, til patienten kan få tilbudt rehabilitering under indlæggelse på et sklerosehospital, er det Sclerosehospitalernes faglige vurdering, at der højst bør gå et år.

<sup>9</sup> Kilde: Sclerosehospitalerne

## 7. Genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser i kommuner og praksissektoren

### 7.1 Kommuner

Kommunerne har ansvaret for genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser til borgere med MS efter udskrivning fra sygehus. Formålet med genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser er, at borgerne i videst muligt omfang opnår samme funktionsevne eller bedst mulige funktionsevne, fysisk, kognitivt og socialt. Da sygdommen er fremadskridende, vil funktionsevnededsættelserne øges over tid, og dermed vil de forskellige indsatser have forskelligt fokus på forskellige tidspunkter. Nogle indsatser har til formål at genvinde funktioner og færdigheder, mens andre har et kompenserende sigte.

Kommunernes opgaver i forhold til mangfoldigheden af behov for indsatser, varetages typisk af forskellige forvaltningsområder og har hjemmel i flere love. Personer med MS kan have behov for mange forskellige indsatser fra forskellige fagpersoner, afhængigt af den konkrete persons aktuelle problemstillinger og funktionsevnededsættelser. Kommunerne har ansvar for at tilbyde borgerne sammenhængende rehabiliteringstilbud på tværs af forskellige lovgivninger og sektorer. Borgere med MS har ofte sporadisk og livslang kontakt til kommunen. Dels fordi mange borgere med MS får en monofaglig genoptræningsindsats i praksissektoren, selvom kommunerne råder over genoptrænings- og rehabiliteringstilbud, som kan være med til at sikre en mere helhedsorienteret indsats, og dels fordi en del borgere med MS klarer sig uden, fordi de har et roligt sygdomsforløb med få funktionstab.

Der er dog også borgere med MS, hvor sygdommen medfører markant invalidering, som gør, at de har behov for hjælp. Sammenhængen til den kommunale indsats er væsentlig i overgangen fra medicinsk behandling på sygehus og/eller fra den specialiserede rehabilitering på specialsygehuse, praktiserende læge og praktiserende fysioterapeut. Ofte vil der især i den fremskredne fase være behov for kompenserende indsatser som eksempelvis pleje, hjælpemidler samt indsatser i forhold til sociale forhold, kognitive vanskeligheder og beskæftigelsesforhold.

Problemer med tale- og stemmefunktioner varetages oftest som kompenserende specialundervisning, og nogle borgere kan tillige have behov for kommunikationsunderstøttende hjælpemidler.

Borgere med MS får typisk behov for hjælpemidler eksempelvis mobilitetshjælpemidler til at færdes med inde og ude. Eksempler herpå kan være gangredskaber, kørestole, motoriserede køretøjer samt muligheder for transport. Der kan også være behov for andre hjælpemidler såsom elektriske plejesenge, som kan forlænge tiden, hvor borgeren kan være selvhjulpent. Tilpasning af omgivelserne er ofte nødvendigt. Der kan være tale om ændrede indretninger i hjemmet i takt med, at funktionsevnen ændres, boligskift hvis boligen ikke er egnet, ændring af boform; flytning fra egen bolig til plejebolig.

De fleste borgere med MS får med tiden behov for praktisk og personlig assistance til daglige gøremål i varierende omfang. Disse indsatser kan være hjemmehjælp eller borgerstyret personlig assistance, som kan give borgeren mulighed for deltagelse og medbestemmelse.

En stor del af borgere med MS er voksne i den erhvervsaktive alder, som har tilknytning til arbejdsmarkedet. Der kan være behov for målrettede indsatser i forhold til at bevare tilknytningen til arbejdet på almindelige vilkår eller iværksættelse af beskæftigelsesindsatser på særlige vilkår. De fleste borgere med MS vil med tiden ikke være i stand til at varetage lønnet arbejde og kan i disse tilfælde få tilkendt førtidspension.

Udover de nævnte indsatser kan borgere med MS og svært nedsat funktionsevne få kompensati- on for merudgifter, som følger af den nedsatte funktionsevne, såfremt de opfylder kriterierne herfor.

## 7.2 Fysioterapi i praksissektoren

Mellem halvdelen og to tredjedele af alle patienter med MS modtager behandling i fysioterapi- praksis i regi af vederlagsfri fysioterapi og/eller vederlagsfri ridefysioterapi. Patienter kan hen- vises fra almen praksis og af speciallæger i neurologi. Hovedparten henvises fra almen praksis. Patienter med MS kan henvises til vederlagsfri fysioterapi fra det tidspunkt, hvor der er manife- ste funktionsnedsættelser<sup>10</sup>. Vederlagsfri fysioterapi er et monofagligt tilbud, og det er vigtigt at henvisende læge, herunder ofte praktiserende læge, er opmærksom på, at patienterne kan have behov for en koordineret tværfaglig indsats.

Tabellerne 18 og 19 nedenfor viser henholdsvis kontakter samt antallet af personer i MS- populationen, som anvender vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi i praksissektoren. Kon- takter i sygesikringsregisteret er ikke registreret med en diagnosekode, og det er derfor nødven- digt at definere en gruppe af patienter med MS, som efterfølgende kan følges i dette register. MS-populationen består af patienter, som i løbet af en 10-årig periode fra 1.1.2001-31.12.2010 er registreret med diagnosen DG35\* (aktions- eller bidiagnose) i Landspatientregisteret og var i live, og med dansk bopæl, pr. 1.1.2016. MS-populationen inkluderer derfor ikke patienter, der er diagnosticeret med MS efter 2010, og tallene i tabellerne, hvor MS-populationen er grundlag, kan dermed være lidt konservative. Antallet af patienter, som modtager ydelserne, har været no- genlunde konstant over de sidste fem år. I 2015 modtog 4.910 patienter fysioterapi 269.845 gange svarende til, at hver patient i gennemsnit modtog fysioterapi 55 gange. 800 patienter modtog ridefysioterapi 49.043 gange svarende til, at hver patient i gennemsnit modtog ridefy- sioterapi 61 gange, mens ca. 14 pct. af patienterne modtog både fysioterapi og ridefysioterapi.

**Tablet 18. Antal kontakter vedr. vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi i MS-populationen, 2011-2015**

	2011	2012	2013	2014	2015
Vederlagsfri fysioterapi	252.110	262.020	265.229	264.324	269.845
Ridefysioterapi	54.021	53.518	52.723	50.214	49.043
<b>I alt</b>	<b>306.131</b>	<b>315.538</b>	<b>317.952</b>	<b>314.538</b>	<b>318.888</b>

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2016, Sygesikringsregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

<sup>10</sup> Sundhedsstyrelsens vejledning om adgang til vederlagsfri fysioterapi (2008), [http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2008/Plan/Fysio/VejlVederlagsfriFysioterapi\\_4jul08.pdf](http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2008/Plan/Fysio/VejlVederlagsfriFysioterapi_4jul08.pdf).



**Tabel 19. Antal patienter i MS-populationen\* med kontakt vedr. vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi, 2011-2015**

	2011	2012	2013	2014	2015
Vederlagsfri fysioterapi	4.740	4.850	4.920	4.875	4.910
Ridefysioterapi	840	850	845	830	800
Både vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi	720	725	720	715	690
<b>I alt</b>	<b>4.860</b>	<b>4.975</b>	<b>5.045</b>	<b>4.990</b>	<b>5.020</b>

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2016, Sygesikringsregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

Antallet og fordelingen af patienter med MS, som modtager vederlagsfri fysioterapi og ridefysioterapi på tværs af landet opgjort på regionsniveau, ses i tabel 20 og 21. Antallet af patienter, som modtager vederlagsfri fysioterapi, har været nogenlunde konstant fra 2011-2015, og lå i 2015 på 4.910 patienter på landsplan svarende til 53,9 pct. af MS-populationen. På tværs af regionerne ses en variation i procentdelen af patienter med MS, som modtager vederlagsfri fysioterapi, fra 50 pct. i Region Sjælland, hvor den mindste andel modtager ydelsen, til 61,6 pct. i Region Nordjylland, som har den højeste andel.

Antallet af patienter, som modtager ridefysioterapi, har ligeledes været nogenlunde konstant gennem de seneste 5 år, og lå i 2015 på 800 patienter på landsplan svarende til 8,8 pct. af MS-populationen. Her ses en stor variation i andelen af patienter, som modtager ridefysioterapi på tværs af regionerne, hvor 3,7 pct. i Region Hovedstaden modtager ydelsen, er andelen 12,8 pct. i Region Nordjylland.

**Tabel 20. Patienter med kontakt vedr. vederlagsfri fysioterapi i MS-populationen, efter bopælskommune, 2011-2015, antal og andel af alle i MS-populationen (pct.)**

Region	2011		2012		2013		2014		2015	
	antal	pct.	antal	pct.	antal	pct.	antal	pct.	antal	pct.
Region Nordjylland	500	61,3	490	59,8	490	59,8	505	61,2	505	61,6
Region Midtjylland	1105	59,4	1110	59,7	1115	60,1	1115	59,9	1130	60,6
Region Syddanmark	1080	53,9	1120	55,7	1135	56,5	1120	55,7	1145	56,8
Region Hovedstaden	1320	45,8	1380	47,9	1410	49,2	1375	48	1360	47,6
Region Sjælland	735	48	750	49	765	49,4	755	48,9	775	50
<b>Hele landet</b>	<b>4740</b>	<b>52,1</b>	<b>4850</b>	<b>53,3</b>	<b>4915</b>	<b>54,0</b>	<b>4870</b>	<b>53,5</b>	<b>4910</b>	<b>53,9</b>

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2016, Sygesikringsregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

**Tabel 21. Patienter med kontakt vedr. ridefysioterapi i MS-populationen, efter bopælskommune, 2011-2015, antal og andel af alle i MS-populationen (pct.)**

Region	2011		2012		2013		2014		2015	
	antal	pct.	antal	pct.	antal	pct.	antal	pct.	antal	pct.
Region Nordjylland	105	12,9	115	14	110	13,4	115	13,9	105	12,8
Region Midtjylland	235	12,6	245	13,2	245	13,2	245	13,2	235	12,6
Region Syddanmark	220	11	220	10,9	230	11,4	230	11,4	225	11,2
Region Hovedstaden	125	4,3	125	4,3	115	4	110	3,8	105	3,7
Region Sjælland	150	9,8	140	9,2	145	9,4	125	8,1	130	8,4
<b>Hele landet</b>	<b>840</b>	<b>9,2</b>	<b>850</b>	<b>9,3</b>	<b>845</b>	<b>9,3</b>	<b>830</b>	<b>9,1</b>	<b>800</b>	<b>8,8</b>

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2016, Sygesikringsregisteret og CPR, Sundhedsdatastyrelsen.

## 8. Genoptræningsplaner

Sygehusene er forpligtede til at tilbyde patienter, der udskrives fra sygehus, en genoptræningsplan, hvis patienten har et lægefagligt behov for det. Genoptræningsplanen skal angive om patienten har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau. Af bilag 2 fremgår beskrivelser af og kriterier for, hvornår en patient har behov for genoptræning på enten basalt, avanceret eller specialiseret niveau eller behov for rehabilitering på specialiseret niveau. Derudover angives, hvilke krav der stilles til forekomst, kompetencer, udstyr og organisering på de forskellige niveauer. Genoptræningsindsatser skal leveres af regionerne, hvis sygehuset udarbejder en genoptræningsplan til specialiseret genoptræning for den pågældende patient. I denne situation har bopælskommunen myndigheds- og finansieringsansvaret for opgaven, mens regionerne har driftsansvaret. Kommunen kan ikke tilsidesætte den lægefaglige vurdering af patientens genoptrænings- eller rehabiliteringsbehov, herunder om patienten har behov for almen genoptræning, genoptræning på specialiseret niveau eller rehabilitering på specialiseret niveau.

Såfremt genoptræningsplanen angiver, at patienten har behov for almen genoptræning efter udskrivning, skal kommunen på baggrund af en sundhedsfaglig vurdering, som led i visitationen, angive, hvorvidt patienten har behov for genoptræning på basalt eller avanceret niveau. Vurderingen foretages på baggrund af beskrivelserne i skemaet i bilag 2. Det er kommunen, der visiterer patienten til de konkrete indsatser. Kommunerne kan tilbyde genoptræningen ved egne institutioner eller ved indgåelse af aftale herom med regionsråd, andre kommunalbestyrelser eller private institutioner<sup>11</sup>.

Udover de ovenstående beskrevne genoptrænings-/rehabiliteringsindsatser efter sygehusindlæggelse, har kommunerne mulighed for at iværksætte vedligeholdende træning.

### 8.1 Opgørelse over udarbejdede genoptræningsplaner

I tabel 22 og 23 ses en opgørelse over antal genoptræningsplaner til henholdsvis almen og specialiseret genoptræning til patienter i MS-populationen lavet fra 2011-2015 på Sclerosehospitalet samt de danske sygehusafdelinger, opgjort på regioner. Det ses, at der på landsplan på de forskellige sygehusafdelinger er sket en stigning fra 285 til 475 de sidste fem år. På Sclerosehospitalet er der ligeledes sket en stigning fra <5 til 130 i 2015.

**Tabel 22. Antal genoptræningsplaner (almen) til patienter i MS-populationen, fordelt på registrerende sygehusafdeling på Sclerosehospitalet 2011-2015**

Sygehusafdeling	2011	2012	2013	2014	2015
Sengeafdeling, Sclerosehospitalet i Ry	0	0	0	-	45
Ambulatorium, Sclerosehospitalet i Ry	0	0	0	0	-
Sengeafdeling, Sclerosehospitalet i Haslev	-	-	10	10	75
Ambulatorium, Sclerosehospitalet i Haslev	0	0	0	0	5
<b>Sclerosehospitalet i alt</b>	-	-	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>130</b>

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2016, Sundhedsdatastyrelsen.

<sup>11</sup> KL har i samarbejde med Scleroseforeningen og specialsygehusene udarbejdet et inspirationspapir "Bedre sammenhæng i rehabiliteringsindsatsen for borgere med multipel sklerose" med 6 anbefalinger til en bedre sammenhæng i rehabiliteringsindsatsen for borgere med sklerose. link: <http://www.kl.dk/Sundhed/Bedre-sammenhang-i-indsatsen-for-borgere-med-multipel-sklerose-id196570/>

**Tabel 23. Antal genoptræningsplaner (almen) til patienter i MS-populationen, fordelt på registrerende sygehusafdeling (ekskl. Sclerosehospitalerne) 2011-2015**

Region	2011	2012	2013	2014	2015
Region Nordjylland	20	35	30	30	30
Region Midtjylland	65	75	85	100	105
Region Syddanmark	70	100	105	110	120
Region Hovedstaden	75	85	90	110	130
Region Sjælland	55	40	70	70	90
<b>Hele landet</b>	<b>285</b>	<b>330</b>	<b>385</b>	<b>420</b>	<b>475</b>

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2016, Sundhedsdatastyrelsen.

Tabel 24 viser antallet af specialiserede genoptræningsplaner lavet fra 2011 til 2015 på de danske sygehusafdelinger, opgjort på regioner. Her ses det, at der på landsplan er lavet 30-55 specialiserede genoptræningsplaner årligt, og at dette har ligget nogenlunde konstant de sidste 5 år.

**Tabel 24. Antal genoptræningsplaner (specialiseret inkl. specialiseret rehabilitering) til patienter i MS-populationen, fordelt på registrerende sygehusafdeling (ekskl. Sclerosehospitalerne) 2011-2015**

Region	2011	2012	2013	2014	2015
Region Nordjylland	10	-	-	5	-
Region Midtjylland	5	10	10	10	10
Region Syddanmark	10	15	5	10	-
Region Hovedstaden	10	20	10	5	5
Region Sjælland	-	5	5	5	5
<b>Hele landet</b>	<b>40</b>	<b>55</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>30</b>

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. marts 2016, Sundhedsdatastyrelsen.

## 9. Frekvens for opfølgning af patienter med MS

Tabel 25 viser frekvensen for opfølgning af patienter i MS-populationen i perioden 2011-2015. Af tabellen fremgår det, at 44 pct. af patienterne i MS-populationen har haft mindst én kontakt til neurologisk afdeling om året i perioden 2011-2015. I alt har 77 pct. af patienterne i MS-populationen været i kontakt med en neurologisk afdeling i løbet af de sidste fem år. Omkring 26 pct. har været i kontakt med Sclerosehospitalerne i løbet af de fem år, mens kun 4 pct. har været i kontakt med speciallægepraksis i neurologi. Det er ikke muligt ud fra denne tabel at sige noget om, hvor stor en andel af patienterne, som hverken har haft kontakt til neurologisk afdeling, Sclerosehospital eller speciallægepraksis i neurologi.

**Tabel 25. Ambulante kontakter og indlæggelser på neurologiske afdelinger (ekskl. Sclerosehospitalerne), Sclerosehospitalerne og speciallægepraksis i neurologi, 2011-2015, andel af alle i MS-populationen, pct.**

Patienter med...	Neurologiske afdelinger		Sclerosehospitalerne		Speciallægepraksis i neurologi	
	antal patienter	andel (pct.)	antal patienter	andel (pct.)	antal patienter	andel (pct.)
min.1 kontakt i 1 af årene	677	7,4	982	10,8	225	2,5
min.1 kontakt i 2 af årene	650	7,1	701	7,7	79	0,9
min.1 kontakt i 3 af årene	713	7,8	366	4,0	37	0,4
min.1 kontakt i 4 af årene	968	10,6	212	2,3	13	0,1
min.1 kontakt i alle 5 år	4.019	44,1	92	1,0	10	0,1
<i>Samlet antal patienter ud af populationen</i>	<i>7.027</i>	<i>77,1</i>	<i>2.353</i>	<i>25,8</i>	<i>364</i>	<i>4,0</i>
ingen kontakt i perioden	2.087	22,9	6.761	74,2	8.750	96,0
<b>I alt</b>	<b>9.114</b>	<b>100</b>	<b>9.114</b>	<b>100</b>	<b>9.114</b>	<b>100</b>

Kilde: Landspatientregisteret pr. 10. juli 2016, det grupperede Landspatientregister 10. marts 2011-2015 og Sygesikringsregisteret 2011-2015, Sundhedsdatastyrelsen.

# Bilagsfortegnelse

**Bilag 1.** Uddybende kildehenvisninger til rapportens tabelmateriale

**Bilag 2.** Oversigt over niveauer af genoptræning og rehabilitering

## Bilag 1. Uddybende kildehenvisninger til rapportens tabelmateriale

<b>Tabel 4</b>	Med DG35* registreret som aktions- eller bidiagnose Besøg med besøgstypen 'B' 'EF' og 'IB' Neurologiske afdelinger: specialekode '20'
<b>Tabel 5</b>	Med DG35* registreret som aktions- eller bidiagnose Neurologiske afdelinger: specialekode '20'
<b>Tabel 6</b>	Med DG35* registreret som aktions- eller bidiagnose Neurologiske afdelinger: specialekode '20' Diskretionering: hvis antallet af patienter er mellem 1-4, er cellen maskeret med en "-". Totalerne er rundet op til nærmeste 5.
<b>Tabel 7</b>	Med DG35* registreret som aktions- eller bidiagnose Neurologiske afdelinger: specialekode '20' Diskretionering: hvis antallet af patienter er mellem 1-4, er cellen maskeret med en "-". Totalerne er rundet op til nærmeste 5.
<b>Tabel 9</b>	Med DG35* registreret som aktions- eller bidiagnose Sclerosehospitalerne: sygehuskode '3018' Besøg med besøgstypen 'B' 'EF' og 'IB' Diskretionering: hvis antallet af patienter er mellem 1-4, er cellen maskeret med en "-". Totalerne er afrundet til nærmeste 5.
<b>Tabel 10</b>	Med DG35* registreret som aktions- eller bidiagnose Sclerosehospitalerne: sygehuskode '3018' Diskretionering: hvis antallet af patienter er mellem 1-4, er cellen maskeret med en "-". Totalerne er afrundet til nærmeste 5.
<b>Tabel 11 – Tabel 14</b>	Med DG35* registreret som aktions- eller bidiagnose Sclerosehospitalerne: sygehuskode '3018'
<b>Tabel 15</b>	Med DG35* registreret som aktions- eller bidiagnose Sclerosehospitalerne: sygehuskode '3018' Hjemmebesøg: AAF6 Udebesøg: AAF7
<b>Tabel 16</b>	Med DG35* registreret som aktions- eller bidiagnose Sclerosehospitalerne: sygehuskode '3018' Hjemmebesøg: AAF6 Udebesøg: AAF7
<b>Tabel 17</b>	Med DG35* registreret som aktions- eller bidiagnose Sclerosehospitalerne: sygehuskode '3018'
<b>Tabel 18</b>	Vederlagsfri fysioterapi: speciale 62, ridefysioterapi: speciale 65
<b>Tabel 19</b>	Vederlagsfri fysioterapi: speciale 62, ridefysioterapi: speciale 65 Diskretionering: tallene er rundet op til nærmeste 5.
<b>Tabel 20</b>	Vederlagsfri fysioterapi: speciale 62 Der er opgjort på kommunekoder Diskretionering: hvis antallet af genoptræningsplaner er mellem 1-4, er cellen maskeret med en "-". Regions- og landstal er rundet op til nærmeste 5. Anm.: borgere medtages alene i opgørelsen, hvis de har bopæl i Danmark 1. januar det pågældende år
<b>Tabel 21</b>	Ridefysioterapi: speciale 65 Der er opgjort på kommunekoder Diskretionering: hvis antallet af genoptræningsplaner er mellem 1-4, er cellen maskeret med en "-". Regions- og landstal er rundet op til nærmeste 5. Anm.: borgere medtages alene i opgørelsen, hvis de har bopæl i Danmark 1. januar det pågældende år
<b>Tabel 22</b>	c_opr=ZZ0175X 'Udarbejdelse af genoptræningsplan, almen genoptræning' Der er opgjort på 6-cifrede sygehusafdelinger Diskretionering: hvis antallet af genoptræningsplaner er mellem 1-4, er cellen maskeret med en "-". Tallene er rundet op til nærmeste 5.
<b>Tabel 23</b>	c_opr=ZZ0175X 'Udarbejdelse af genoptræningsplan, almen genoptræning' Der er opgjort på 6-cifrede sygehusafdelinger Diskretionering: hvis antallet af genoptræningsplaner er mellem 1-4, er cellen maskeret med en "-". Tallene er rundet op til nærmeste 5.

<b>Tabel 24</b>	c_opr=ZZ0175V 'Udarb. af genoptræningsplan, rehabilitering på spec. niveau' c_opr=ZZ0175Y 'Udarbejd. af genoptræningsplan, specialiseret genoptræning' Der er opgjort på 6-cifrede sygehusafdelinger Diskretionering: hvis antallet af genoptræningsplaner er mellem 1-4, er cellen maskeret med en "-". Tallene er rundet op til nærmeste 5.
<b>Tabel 25</b>	Neurologiske afdelinger: specialekode '20' (ekskl. Sclerosehospitalerne) Sclerosehospitalerne: sygehuskode '3018' Speciallægepraksis i neurologi: 18 Anm.: sygehuskontakt: indlæggelse eller ambulant besøg med besøgstypen 'B' 'EF' og 'IB' Anm.: kontakt til speciallæge rummer alle konsultationer på nær e-mail- og telefonkonsultation

## Bilag 2. Oversigt over niveauer af genoptræning og rehabilitering

	1 Genoptræning på basalt niveau	2 Genoptræning på avanceret niveau	3 Genoptræning på specialiseret niveau	4 Rehabilitering på specialiseret niveau
<b>Patientens funktionsevne</b>	Patienter, der henvises til almen ambulant genoptræning og herefter visiteres af kommunen til at modtage genoptræning på basalt niveau, har typisk enkle og afgrænsede funktionsevnedssættelser og ingen komplikationer i behandlingsforløbet på sygehus af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen.	Patienter, der henvises til almen ambulant genoptræning og herefter visiteres af kommunen til at modtage genoptræning på avanceret niveau, har typisk omfattende funktionsevnedssættelser ofte af betydning for flere livsområder, herunder eventuelt komplikationer i behandlingsforløbet på sygehus af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen.	Patienter, der henvises til genoptræning på specialiseret niveau, har typisk komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnedssættelser af væsentlig betydning for et eller flere livsområder, herunder eventuelt alvorlige komplikationer i behandlingsforløbet af betydning for funktionsevnen og/eller genoptræningsindsatsen.	Patienter, der henvises til rehabilitering på specialiseret niveau, har typisk komplicerede, omfattende, sjældne og/eller alvorlige funktionsevnedssættelser af væsentlig betydning for flere livsområder, herunder oftest omfattende mentale funktionsnedlæggelser.
<b>Genoptrænings-/rehabiliteringsbehov</b>	Patienterne har behov for genoptræningsindsatser, der varetages af sundhedspersoner med generelle kompetencer inden for deres fagområde.	Patienterne har behov for genoptræningsindsatser, der varetages af sundhedspersoner med særlige kompetencer inden for deres fagområde. Nogle patienter vil have behov for, at genoptræningen koordineres med andre rehabiliteringsindsatser på avanceret eller eventuelt specialiseret niveau med henblik på at opnå fuld eller bedst mulig funktionsevne.	Patienterne har behov for genoptræningsindsatser, der varetages af sundhedspersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde og med krav til tæt koordinering af genoptræning, udredning og ambulant sygehusbesatser på avanceret eller eventuelt specialiseret niveau med henblik på at opnå fuld eller bedst mulige funktionsevne. Genoptræningsindsatserne varetages også på sygehus, hvis genoptræningen af hensyn til patientens sikkerhed forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i sygehusregi.	Patienterne har behov for både genoptræningsindsatser og andre rehabiliteringsindsatser, som varetages af autoriserede sundhedspersoner og andre fagpersoner med specialiserede kompetencer inden for deres fagområde og med særlige krav til tilrettelæggelse af helhedsorienterede forløb, timing og organisering.
<b>Forekomst</b>	Der er en høj forekomst af patienter med samme problemstillinger, således at alle kommuner kan have tilstrækkelig aktivitet til at opnå, vedligeholde og udvikle erfaring og kompetencer hos de involverede faggrupper.	Der er en lille-moderat forekomst af patienter med samme problemstillinger, hvorfor de fleste kommuner på grund af deres befolkningsunderlag vil have behov for at indgå i et tværkommunalt samarbejde for at have tilstrækkelig aktivitet til at opnå, vedligeholde og udvikle erfaring og kompetencer hos de involverede faggrupper.	Der er en lille forekomst af patienter med samme problemstillinger, hvorfor indsatsen må samles på sygehuse med den rette ekspertise for at have tilstrækkelig aktivitet til at opnå, vedligeholde og udvikle erfaring og kompetencer hos de involverede faggrupper.	Der er en lille forekomst af patienter med samme problemstillinger, hvorfor indsatsen må samles på et begrænset antal rehabiliteringstilbud primært målrettet specifikke patientgrupper eller problemstillinger for at have tilstrækkelig aktivitet til at opnå, vedligeholde og udvikle erfaring og kompetencer hos de involverede faggrupper.
<b>Krav til kompetencer</b>	Genoptræningsindsatserne varetages af autoriserede sundhedspersoner, primært ergoterapeuter og fysioterapeuter med kompetencer svarende til grunduddannelse samt relevant erfaring og eventuelt efteruddannelse. Sundhedspersonerne arbejder med indsatser i forhold til flere patientgrupper.	Genoptræningsindsatserne varetages af autoriserede sundhedspersoner med særlige kompetencer inden for deres fagområde dvs. grunduddannelse med efteruddannelse på højt niveau samt relevant erfaring. Sundhedspersonerne arbejder primært med indsatser i forhold til den specifikke patientgruppe og indgår i løbende kompetenceudvikling.	Genoptræningsindsatserne varetages af autoriserede sundhedspersoner, som udover grunduddannelse har opnået specialiseret viden, erfaring og kompetencer på højt niveau indenfor deres fagområde samt gennemgået relevant efteruddannelse/ Sundhedspersonerne arbejder kun med indsatser i forhold til den specifikke patientgruppe og modtager fast og hyppig supervision samt indgår i løbende kompetenceudvikling.	Rehabiliteringsindsatserne varetages af autoriserede sundhedspersoner og andre faggrupper, som udover grunduddannelse har opnået specialiseret viden, erfaring og kompetencer på højt niveau indenfor deres fagområde og i forhold til tværfagligt samarbejde og koordinering af forløb samt gennemgået relevant efteruddannelse/ Sundhedspersonerne og de andre fagpersoner arbejder i alt overvejende grad med indsatser i forhold til den specifikke patientgruppe og modtager fast og hyppig supervision samt indgår i løbende kompetenceudvikling.
<b>Krav til udstyr</b>	Der kan anvendes almindeligt forekommende hjælpemidler og andet udstyr, som ikke kræver særlige kompetencer at anvende.	Der kan anvendes hjælpemidler og udstyr, som er kostbart og/eller som kræver særlige kompetencer at anvende.	Der kan anvendes hjælpemidler og udstyr, som er særligt kostbart og/eller som kræver særlige kompetencer at anvende, herunder individuelt tilpassede hjælpemidler og behandlingsredskaber.	Der kan anvendes hjælpemidler og udstyr, som er særligt kostbart og/eller som kræver særlige kompetencer at anvende, herunder individuelt tilpassede og specialfremstillede hjælpemidler.



	1	2	3	4
	Genoptræning på basalt niveau	Genoptræning på avanceret niveau	Genoptræning på specialiseret niveau	Rehabilitering på specialiseret niveau
<b>Krav til samarbejde og organisering</b>	Genoptræningsindsatserne organiseres som monofaglige, eller tværfaglige forløb, som kan være fastlagte i gældende retningslinjer og/eller forløbsbeskrivelser. Hvis patienten har behov for andre rehabiliteringsindsatser, kan disse varetages inden for kommunens sædvanlige rammer på sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet uden særlige krav til organisering, koordinering og samarbejde.	Genoptræningsindsatserne organiseres som tværfaglige forløb, som kan være fastlagte i gældende retningslinjer og/eller forløbsbeskrivelser. Hvis patienten har behov for at genoptræningsindsatserne koordineres med andre rehabiliteringsindsatser på avanceret niveau, varetages disse af kommunale, tværkommunale, regionale eller private tilbud på tværs af sundheds-, social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet. Dette kræver en tæt koordinering af forløbet, som hensigtsmæssigt kan ske via en kommunal koordineringsfunktion. Det avancerede niveau samarbejder med specialiseret niveau med henblik på supervision og rådgivning i forhold til konkrete patientforløb og i forhold til udvikling og fastholdelse af den faglige kvalitet.	Genoptræningsindsatserne varetages som hovedfunktion, regionsfunktion eller højt specialiseret funktion jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledninger og organiseres som samlede forløb i et tæt tværfagligt samarbejde, hvor koordinering af genoptræningsindsatsen og den lægelige behandling er afgørende. Hvis patienten har behov for andre rehabiliteringsindsatser, varetages disse på basalt eller avanceret niveau. Det specialiserede niveau bistår med supervision og rådgivning til det avancerede niveau.	Rehabiliteringsindsatserne, herunder genoptræningsindsatserne, organiseres som teambaserede, tværfaglige, helhedsorienterede forløb, hvor timing og faglig koordinering af den samlede specialiserede rehabiliteringsindsats er afgørende. I nogle tilfælde vil der være behov for, at flere rehabiliteringstilbud på specialiseret niveau arbejder sammen, for at patienten kan opnå bedst mulig funktionsevne på alle områder. Ansvaret for koordinering af det samlede forløb bør her være placeret ét sted. Det specialiserede niveau bistår med supervision og rådgivning til det avancerede niveau.
<b>Krav til forskning</b>	Det basale niveau kan deltage i forskningsaktiviteter i samarbejde med det specialiserede niveau jf. forskningsforpligtelsen i sundhedsloven.	Det avancerede niveau kan deltage derudover i forskningsaktiviteter i samarbejde med det specialiserede niveau jf. forskningsforpligtelsen i sundhedsloven.	Det specialiserede niveau udfører forskningsaktiviteter og bibrager til fortsat udvikling af faglig kvalitet på alle niveauer jf. forskningsforpligtelsen i sundhedsloven.	Det specialiserede niveau udfører forskningsaktiviteter og bibrager til fortsat udvikling af faglig kvalitet på alle niveauer jf. forskningsforpligtelsen i sundhedsloven. En sådan forpligtelse findes ikke i serviceloven.

Kilde: Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner, VEJ nr. 9759 af 08/10/2014