

Kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning

En analyse af borgere, der modtager træning efter
serviceloven



Resumé

Borgere med nedsat funktionsevne har mulighed for at modtage enten genoptræning eller vedligeholdelsestræning af kommunen, *jf.* serviceloven. Ifølge lovgivninger er der stor lighed mellem de borgere, der kan modtage genoptræning og de borgere, der kan modtage vedligeholdelsestræning. Analysen vil give et indblik i den kommunale genoptræning og vedligeholdelsestræning ved blandt andet at belyse forskelle og ligheder mellem borgere, der modtager en af de to typer træning.

Analysen er afgrænset til borgere, der er 65 år eller derover. Derudover skal borgerne pr. 1. januar i opgørelsesåret bo i en af de kommuner, der opfylder Sundhedsdatastyrelsens kriterier for fyldestgørende indberetninger, *jf.* side 3. Det betyder, at der i analysen er inkluderet data fra 55 kommuner. I analysen vil træning blive brugt som en samlet betegnelse for genoptræning og vedligeholdelsestræning.

Analysen belyser, hvor mange borgere, der modtager henholdsvis genoptræning og/eller vedligeholdelsestræning, hvilken type de modtager og hvor længe de modtager træningen. Derudover ses på, om der er forskel på borgernes køn, alder og andelen med kroniske sygdomme fordelt på træningstypen.

Hovedresultater

- I 2018 modtog næsten 5 pct. af borgere på 65 år eller derover træning efter serviceloven.
- Genoptræning varer i gennemsnit halvanden måned kortere end vedligeholdelsestræning.
- Flere kvinder end mænd modtager træning efter serviceloven.
- Over halvdelen af de borgere, der modtager træning efter serviceloven, har en eller flere kroniske sygdomme.
- Borgere, der har demens, modtager oftest vedligeholdelsestræning.

Kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning

Kommunen har mulighed for at tilbyde enten genoptræning eller vedligeholdelsestræning efter serviceloven til borgere, der har nedsat funktionsevne, *jf.* Boks 1.

Boks 1: Serviceloven § 86 stk. 1 og stk. 2

Kommunen har mulighed for at visitere borgere til to typer træning efter [serviceloven](#) alt efter borgerens behov. Der er ikke krav om en lægefaglig vurdering af behovet for træning.

1) Hvis en borger er svækket efter længere tids sengeleje i hjemmet på grund af sygdom, kan borgeren blive visiteret til genoptræning efter serviceloven § 86 stk. 1. Målgruppen vil typisk være ældre patienter, men også andre patienter kan i begrænset omfang blive omfattet.

2) Hvis en borger har haft et tab af funktionsevne, kan borgeren blive visiteret til vedligeholdelsestræning efter serviceloven § 86 stk. 2. Målgruppen vil typisk være ældre borgere eller borgere med kroniske lidelser, der har brug for en træningsindsats med henblik på at kunne vedligeholde fysiske, psykiske og sociale færdigheder. Tilbuddet om vedligeholdelsestræning skal ses i sammenhæng med tilbud om genoptræning. Ofte vil der i forlængelse af et afsluttet genoptræningsforløb, efter både sundhedsloven og serviceloven, være behov for vedligeholdende træning med henblik på at fastholde den erhvervede funktionsevne. Læs mere på [Sundhed.dk](#).

I Sundhedsdatastyrelse har vi opsat en række kriterier, som data fra de kommunale omsorgsjournalsystemer skal opfylde, før de kan indgå i en analyse. Kriterierne fremgår af Boks 2.

Boks 2: Kriterier for godkendte kommuner

For at sikre sammenlignelighed mellem kommunerne, stiller Sundhedsdatastyrelsen krav til, at data fra de kommunale pleje- og omsorgsjournalsystemer opfylder en række kriterier, før de kan indgå i en analyse. På træningsområdet skal data fra de enkelte kommuner opfylde følgende tre kriterier:

1. Indberetningskonsistens: Indberetninger for alle årets 12 måneder.
2. Indberetningsfejl: Der må ikke være indberettet data på mindre end fem borgere i en måned. Det antages at være en fejl i indberetningen.
3. Konsistens over måneder: Der accepteres højst ét fald eller én stigning på mere end 40 pct. i antallet af borgere, der modtager træning pr. måned.

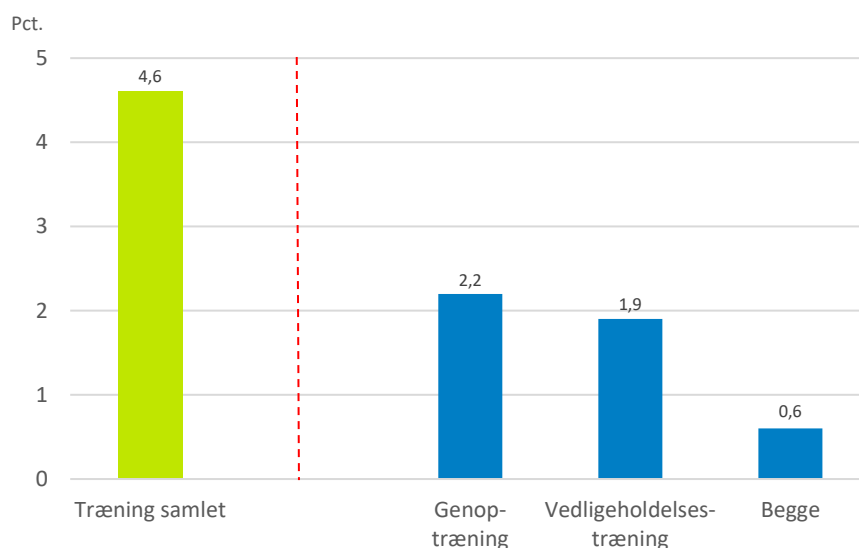
Opfylder kommunen ikke ovenstående, i alle årets 12 måneder, indgår kommunens data ikke i analysen. Se Bilagstabel 1 for oversigt over, de 55 kommuner, der er inkluderet i nærværende analyse. Pr. 1. januar 2018 bestod den samlede danske befolkning på 65 år eller derover af 1.116.200 borgere. I de 55 godkendte kommuner boede der 671.900 borgere på 65 år eller derover i 2018. Opgørelsen dækker således 60 pct. af borgerne på 65 år eller derover.

Næsten 5 pct. af borgerne på 65 år eller derover modtog i 2018 træning

Omkring 80 pct. af de borgere, der modtog træning i 2018, var 65 år eller derover. I de 55 godkendte kommuner svarer dette til 31.200 unikke borgere.

Samlet set modtog næsten 5 pct. af borgere på 65 år eller derover træning i 2018 som tilbud efter Serviceloven. Det bygger på en individuel vurdering, hvilken type træning borgere skal tildeles. Omkring 2 pct. af den samlede befolkning på 65 år eller derover modtager genoptræning. Ligeledes modtager ca. 2 pct. vedligeholdelsestræning i løbet af et år, mens en mindre andel modtager begge dele, *jf.* Figur 1.

Figur 1 Andel borgere på 65 år eller derover, der har modtaget træning jf. serviceloven, 2018



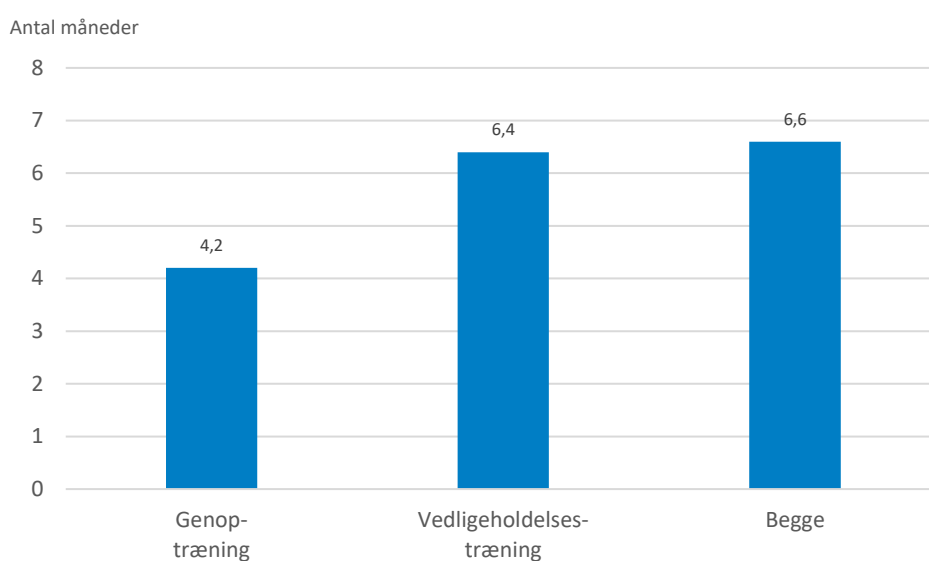
Kilde: Kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystem (EOJ) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen er afgrænset til de 55 kommuner, der er godkendt i 2018 ifølge Sundhedsdatastyrelsens kriterier. Opgørelsen er afgrænset til borgere på 65 år eller derover, der er registreret med dansk bopæl pr. 1. januar 2018, *jf.* Boks 2. Kategorien begge dækker over, at borgeren har modtaget både genoptræning og vedligeholdelsestræning i løbet af året. Træningen kan være modtaget på forskellige tidspunkter og behøver ikke at være relateret til hinanden.

Genoptræning er i gennemsnit halvanden måned kortere end vedligeholdelsestræning

Der er stor forskel på, hvor længe borgeren modtager henholdsvis genoptræning og vedligeholdelsestræning. I gennemsnit modtager en borger genoptræning i 4,2 måneder, mens de modtager vedligeholdelsestræning i 6,4 måneder, *jf.* Figur 2. Gennemsnitlig antal måneder for borgere, der modtager begge træningstyper, ligger på samme niveau som vedligeholdelsestræning. I opgørelsen medregnes både opstarts- og slutmåned som fulde måneder.

Figur 2 Gennemsnitligt antal kalendermåneder en borger modtager træning, 2018



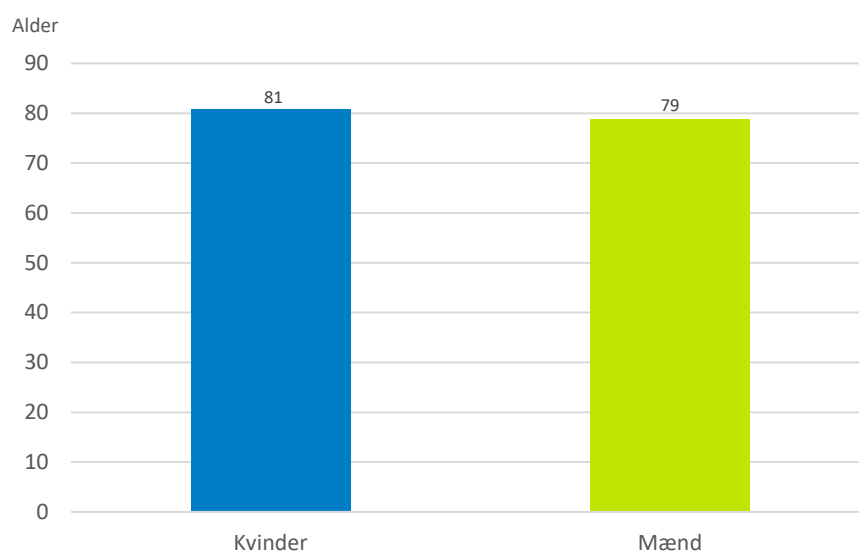
Kilde: Kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystem (EOJ) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen er afgrænset til de 55 kommuner, der er godkendt i 2018 ifølge Sundhedsdatastyrelsens kriterier. Opgørelsen er afgrænset til borgere på 65 år eller derover, der er registreret med dansk bopæl pr. 1. januar 2018, *jf.* Boks 2. Antal måneder er opgjort som kalendermåneder. Det vil sige, at både den måned, hvori borgeren starter med træning, og den måned, hvori borgeren slutter med træningen, tælles med. Ved borgere, som har modtaget begge træningstyper i samme måned, medregnes måneden kun en gang.

Kvinder, der modtager træning, er i gennemsnit lidt ældre end mænd

Kvinder er i gennemsnit 81 år, når de modtager træning, mens mænd i gennemsnit er 79 år, *jf.* Figur 3. Gennemsnitsalderen er stort set den samme på tværs af træningstyper.

Figur 3 Gennemsnitsalder for borgere på 65 år eller derover, der modtager træning fordelt på køn, 2018



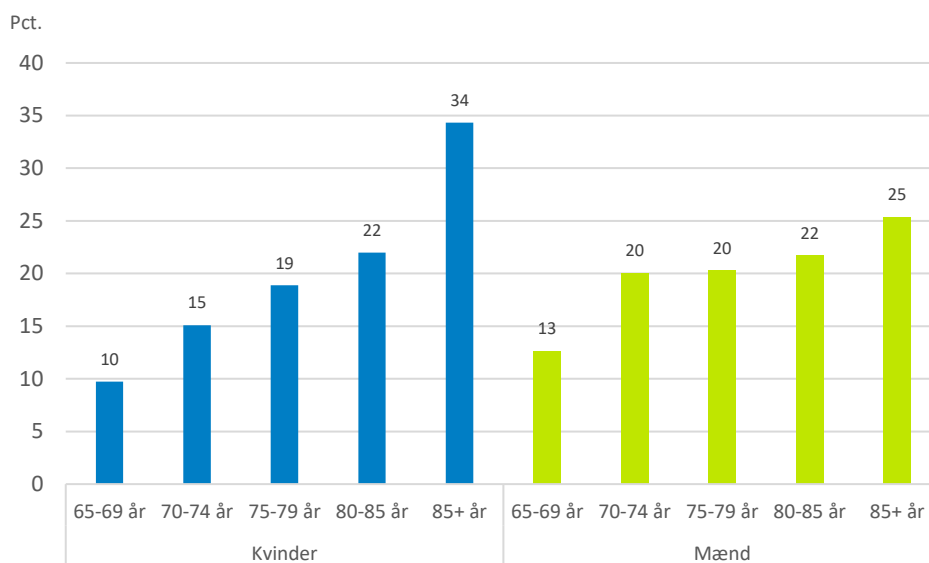
Kilde: Kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystem (EOJ) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen er afgrænset til de 55 kommuner, der er godkendt i 2018 ifølge Sundhedsdatastyrelsens kriterier. Opgørelsen er afgrænset til borgere på 65 år eller derover, der er registreret med dansk bopæl pr. 1. januar 2018, *jf.* Boks 2.

En ud af tre kvinder, der modtager træning, er 85 år eller derover

Kvinder er generelt ældre end mænd, når de modtager træning. En ud af tre kvinder, der modtager træning, er 85 år eller derover, mens det kun er én ud af fire mænd, der er 85 år eller derover, *jf.* Figur 4.

Figur 4 Aldersfordeling for mænd og kvinder på 65 år eller derover, der modtager træning, 2018



Kilde: Kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystem (EOJ) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

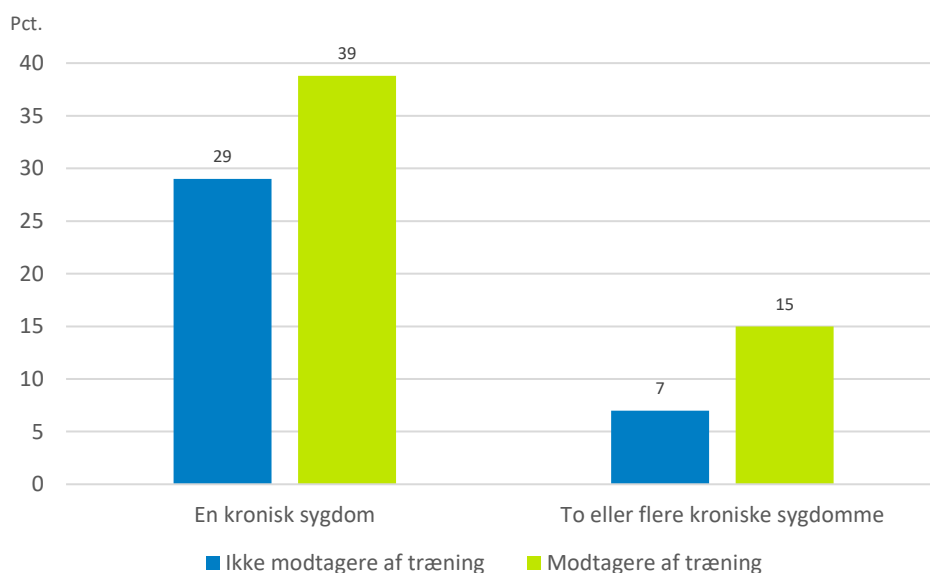
Note: Opgørelsen er afgrænset til de 55 kommuner, der er godkendt i 2018 ifølge Sundhedsdatastyrelsens kriterier. Opgørelsen er afgrænset til borgere på 65 år eller derover, der er registreret med dansk bopæl pr. 1. januar 2018, *jf.* Boks 2.

Over halvdelen af de borgere, der modtager træning, har en eller flere kroniske sygdomme

Mange ældre lever med en eller flere kroniske sygdomme. I 2018 har 29 pct. af borgere på 65 år eller derover, som ikke modtager træning, en kronisk sygdom, mens 7 pct. har flere kroniske sygdomme, *jf.* Boks 3.

Blandt borgere, der modtager træning, har 39 pct. én kronisk sygdom, mens 15 pct. har flere kroniske sygdomme, *jf.* Figur 5. Andelen af borgere med en eller flere af de kroniske sygdomme afhænger ikke af træningstypen.

Figur 5 Andelen af borgere 65 år eller derover, med kronisk sygdom, blandt borgere, der hhv. modtager og ikke modtager træning, 2018



Kilde: Kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystem (EOJ), Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2018) (RUKS) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen er afgrænset til de 55 kommuner, der er godkendt i 2018 ifølge Sundhedsdatastyrelsens kriterier. Opgørelsen er afgrænset til borgere på 65 år eller derover, der er registreret med dansk bopæl pr. 1. januar 2018, *jf.* Boks 2. RUKS er et dynamisk register. Dvs. det ændrer sig løbende med de informationer, som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet. Det gælder også opgørelser tilbage i tid. Det er derfor ikke muligt at ramme disse tal ved at anvende RUKS baseret på et andet opgørelsestidspunkt.

Figuren omfatter personer, som ved indgangen til 2018 havde mindst én af de seks udvalgte kroniske sygdomme. Kroniske sygdomme omfatter KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma, *jf.* Boks 3.

Boks 3:Kronisk sygdom

Kronisk sygdom omfatter i denne opgørelse kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma. Det bemærkes, at personer med kronisk sygdom er opgjort på baggrund af Register for udvalgte kroniske sygdomme og svære psykiske lidelser (RUKS) i september 2018, hvor personer med kronisk sygdom identificeres vha. nationale sundhedsregistre. Personer indgår først i RUKS, når der er indsamlet en vis mængde information. Dvs. personer, der hverken har været i kontakt med sygehuset som følge af deres sygdom eller indløst medicin mod deres sygdom, ikke indgår opgørelsen. Personer med de udvalgte kroniske sygdomme kan således være underestimeret i forhold til andre opgørelser. Det er ikke muligt i algoritmen at have KOL og astma eller type 1- og type 2-diabetes samtidigt. En person med KOL kan ikke indgå i populationen af personer med astma. Tilsvarende kan en person med type 2-diabetes ikke indgå i populationen af personer med type 1- diabetes.

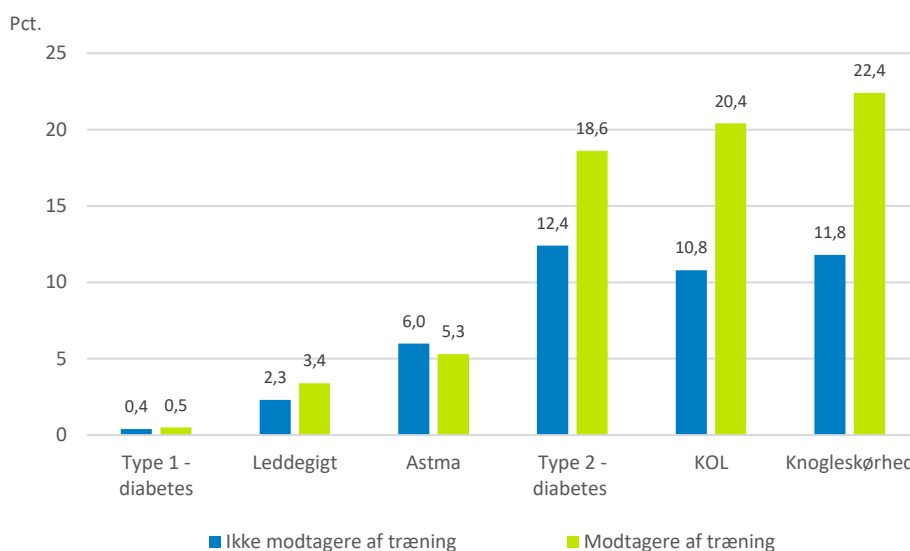
I denne opgørelse er der alene fokus på de udvalgte kroniske sygdomme. Det udelukker ikke, at personer, som ikke har en af de udvalgte kroniske sygdomme, kan have andre (kroniske) sygdomme.

Demente (Figur 7) defineres ligeledes på baggrund af RUKS under samme forudsætninger som beskrevet ovenfor.

Type 2-diabetes, KOL og knogleskørhed er de hyppigst forekomne sygdomme blandt modtagere af træning

Blandt modtagere af træning er andelen med en af de udvalgte kroniske sygdomme højere end blandt borgere 65 år eller derover, der ikke modtager træning. De hyppigst forekomne af de udvalgte kroniske sygdomme, er dog de samme uanset om borgerne modtager træning eller ej. Således har omkring en ud af fem borgere, der modtager træning, type 2-diabetes. Samme andel har KOL og det samme gælder knogleskørhed, *jf.* Figur 6. Andelen af borgere, der har en af de udvalgte kroniske sygdomme, er stort set den samme på tværs af træningstyper.

Figur 6 Andelen af borgere 65 år eller derover, med kronisk sygdom, blandt borgere, der hhv. modtager og ikke modtager træning, 2018



Kilde: Kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystem (EOJ), Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2018) (RUKS) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

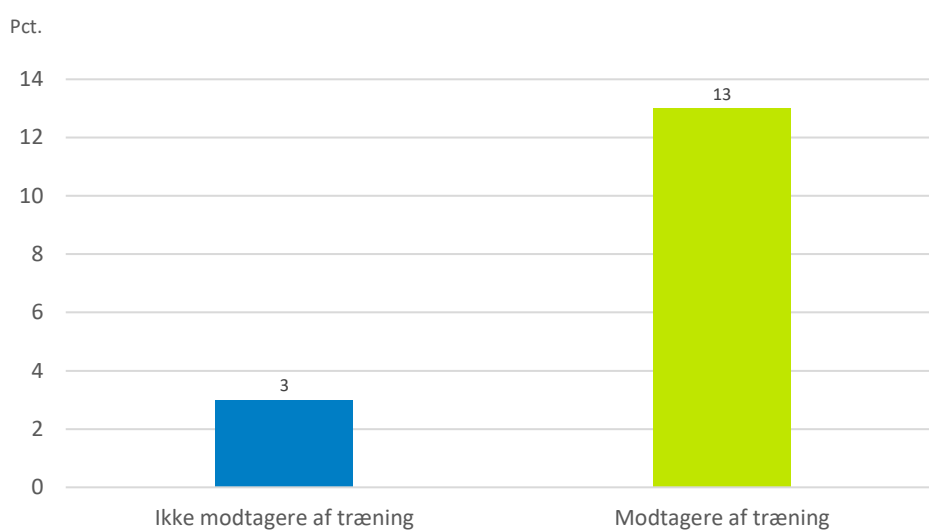
Note: Opgørelsen er afgrænset til de 55 kommuner, der er godkendt i 2018 ifølge Sundhedsdatastyrelsens kriterier. Opgørelsen er afgrænset til borgere på 65 år eller derover, der er registreret med dansk bopæl pr. 1. januar 2018, *jf.* Boks 2. RUKS er et dynamisk register. Dvs. det ændrer sig løbende med de informationer, som er tilgængelige ved opdaterings-tidspunktet. Det gælder også opgørelser tilbage i tid. Det er derfor ikke muligt at ramme disse tal ved at anvende RUKS baseret på et andet opgørelsestidspunkt.

Figuren omfatter personer, som ved indgangen til 2018 havde mindst én af de seks udvalgte kroniske sygdomme. Kroniske sygdomme omfatter KOL, leddegigt, knogleskørhed, type 1- og type 2-diabetes samt astma, *jf.* Boks 3.

Andelen af borgere med demens er større blandt borgere, der modtager træning end blandt borgere, der ikke modtager træning

Blandt modtagere af træning er andelen af borgere med demens højere end blandt borgere 65 år eller derover, der ikke modtager træning. Således har 3 pct. af borgere, der ikke modtager træning, demens, mens 13 pct. af borgere, der modtager træning har demens, *jf.* Figur 7.

Figur 7 Andelen af borgere 65 år eller derover, med demens, blandt borgere, der hhv. modtager og ikke modtager træning, 2018



Kilde: Kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystem (EOJ), Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2018) (RUKS) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen er afgrænset til de 55 kommuner, der er godkendt i 2018 ifølge Sundhedsdatastyrelsens kriterier. Opgørelsen er afgrænset til borgere på 65 år eller derover, der er registreret med dansk bopæl pr. 1. januar 2018, *jf.* Boks 2.

Begge træningstyper dækker over at borgeren har modtaget både genoptræning og vedligeholdelsestræning i løbet af året. Træningen kan være modtaget på forskellige tidspunkter og behøver ikke være relateret til hinanden.

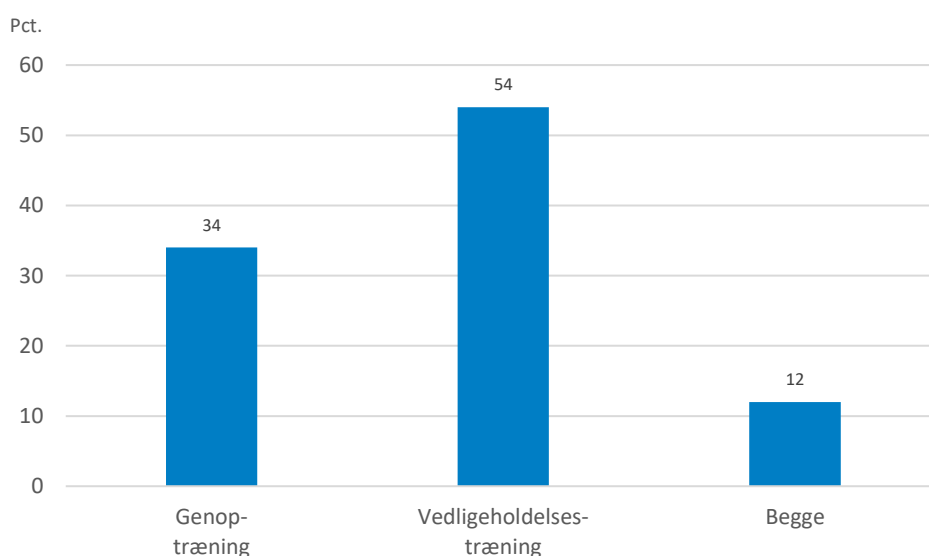
RUKS er et dynamisk register. Dvs. det ændrer sig løbende med de informationer, som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet. Det gælder også opgørelser tilbage i tid. Det er derfor ikke muligt at ramme disse tal ved at anvende RUKS baseret på et andet opgørelsestidspunkt.

Figuren omfatter personer, som ved indgangen til 2018 havde demens.

Borgere, der har demens modtager oftest vedligeholdelsestræning

Lidt over halvdelen af borgere, der har demens og som modtager træning jf. serviceloven, modtager vedligeholdelsestræning, mens en tredjedel modtager genoptræning, jf. Figur 8. Dermed er mønsteret anderledes end blandt alle borgere på 65 år eller derover, hvoraf de fleste modtager genoptræning, jf. Figur 1.

Figur 8 Andel borgere 65 år eller derover, med demens, der modtager træning, fordelt på træningstypen, 2018



Kilde: Kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystem (EOJ), Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme og svære psykiske lidelser (september 2018) (RUKS) og CPR-registeret, Sundhedsdatastyrelsen.

Note: Opgørelsen er afgrænset til de 55 kommuner, der er godkendt i 2018 ifølge Sundhedsdatastyrelsens kriterier. Opgørelsen er afgrænset til borgere på 65 år eller derover, der er registreret med dansk bopæl pr. 1. januar 2018, jf. Boks 2.

Begge træningstyper dækker over at borgeren har modtaget både genoptræning og vedligeholdelsestræning i løbet af året. Træningen kan være modtaget på forskellige tidspunkter og behøver ikke være relateret til hinanden.

RUKS er et dynamisk register. Dvs. det ændrer sig løbende med de informationer, som er tilgængelige ved opdateringstidspunktet. Det gælder også opgørelser tilbage i tid. Det er derfor ikke muligt at ramme disse tal ved at anvende RUKS baseret på et andet opgørelsestidspunkt.

Figuren omfatter personer, som ved indgangen til 2018 havde demens.

Bilag 1. Godkendte kommuner, 2018

Bilagstabel 1 Godkendte kommuner på det kommunale træningsområde, 2018

Assens	Herlev	Lyngby-Taarbæk	Sorø
Ballerup	Hillerød	Læsø	Struer
Billund	Horsens	Middelfart	Svendborg
Brønderslev	Hørsholm	Morsø	Sønderborg
Egedal	Ishøj	Norddjurs	Thisted
Faaborg-Midtfyn	Kalundborg	Nordfyns	Varde
Favrskov	Kerteminde	Næstved	Vejen
Fredericia	Kolding	Odense	Vejle
Frederikshavn	København	Odsherred	Viborg
Gladsaxe	Køge	Randers	Vordingborg
Gribskov	Langeland	Ringsted	Ærø
Haderslev	Lejre	Roskilde	Aabenraa
Halsnæs	Lemvig	Rudersdal	Aalborg
Helsingør	Lolland	Skive	

Kilde: Kommunernes elektroniske omsorgsjournalsystem (EOJ), Sundhedsdatastyrelsen.