

# Modernisering af specialiet Neurologi i speciallægepraksis

## Indhold

Kapitel 1 – Indledning og baggrund.....	4
Kommissorium for modernisering af specialet Neurologi.....	5
Kapitel 2 – Resumé.....	8
Kapitel 3 - Beskrivelse af specialet, herunder kapaciteten og aktiviteten .....	10
Udviklingen indenfor sundhedsvæsenet.....	10
Udviklingen indenfor neurologisk speciallægepraksis .....	11
Opgaver i speciallægepraksis .....	11
De enkelte sygdomsgrupper i neurologisk speciallægepraksis.....	12
Demenssygdomme .....	12
Epilepsi.....	13
Følger efter hjerneblødning og blodprop i hjernen.....	14
Følger efter hovedtraume og hjernerystelse .....	14
Følger efter påvirkning af eller skade på nervesystemet .....	15
Følgetilstande efter neuroinfektioner .....	15
Hovedpine, migræne og ansigtssmerter .....	16
Multipel sklerose og andre immunsygdomme i centralnervesystemet.....	17
Neuropati.....	18
Parkinsons sygdom og andre bevægeforstyrrelser .....	18
Spasticitet .....	19
Svulster i hjerne, rygmarv eller perifere nerver .....	19
Sygdomme i rygsøjlen.....	20
Sygdomme i muskler og overgang mellem muskler og nerver .....	20
Søvnforstyrrelser .....	21
Generelle krav til neurologisk speciallægepraksis.....	21
Neurologisk speciallægepraksis og samarbejde med sygehussektoren, almen praksis og andre .....	21
Aktuel status og kapacitet .....	22
Kapitel 4 – Uddannelse.....	26
Uddannelse til speciallæge i neurologi.....	26
Fokuseret uddannelsesophold i speciallægepraksis .....	26
Videreuddannelse af speciallæger .....	26
Efteruddannelse .....	26
Kapitel 5 – Kvalitet.....	28
Kvalitet og service i speciallægepraksis.....	28

Kvalitetsklynger .....	28
Datadrevet kvalitetsudvikling.....	28
Klinisk kvalitet.....	29
Kliniske kvalitetsdatabaser .....	29
Kapitel 6 – Overenskomstmæssige forhold.....	30
Lokalaftaler .....	30
Limitering/henvisningsregler.....	30
Videokonsultationer .....	30
Ændringer vedrørende udvidet henvisning.....	31
Rekvisition af lægemidler .....	32
Kapitel 7 – Arbejdsgruppens anbefalinger .....	33
Udredning og behandling af hovedpine .....	33
Udredning og behandling af epilepsi.....	33
Udredning og opfølgning/behandling af Parkinsons sygdom .....	33
Demens.....	34
Andre væsentlige sygdomsgrupper.....	34
Samarbejde mellem speciallægepraksis og sygehuse.....	34
Neurokirurgi .....	34
Eksisterende rammeydelser .....	35
Henvisningens limitering og fortsat behandling.....	35
Udvidet henvisning.....	35
Videokonsultationer .....	36
Rekvisition af lægemidler .....	36
Ydelser, der udgår, som følge af revision af ydelseskataloget .....	36
Kapitel 8 – Ydelsesbeskrivelser.....	38
Eksisterende ydelser.....	38
Forslag til nye ydelser .....	52
Bilag 1 – Deltagere i arbejdsgruppen .....	62

## Kapitel 1 – Indledning og baggrund

Moderniseringen af neurologisk speciallægepraksis er udarbejdet af en arbejdsgruppe med repræsentanter fra Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN). Deltagerne i arbejdsgruppen fremgår af bilag 1.

Formålet med moderniseringen er at udarbejde ajourførte ydelsesbeskrivelser, som afspejler den faglige og teknologiske udvikling indenfor specialet, samt at sikre at ydelserne afspejler Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer. Derudover er der i moderniseringen indbygget en forudsætning om, at der skal frigøres en produktivtetsgevinst indenfor specialet, som anvendes til at behandle flere patienter.

Det er et mål i sundhedsvæsenet, at der er en hensigtsmæssig arbejdsdeling mellem sektorerne, og at patienterne oplever en sammenhængende og koordineret indsats i deres behandling, hvor de samlede ressourcer udnyttes bedst muligt. Med moderniseringen skal der således ses på arbejdsdelingen mellem speciallægepraksis, almen praksis og sygehusene, og der ses på muligheden for at skabe mere effektive og sammenhængende forløb til gavn for patienterne.

Ifølge Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for Neurologi fra 2021 omfatter specialet Neurologi forebyggelse, diagnostik, medicinsk behandling, palliation og rehabilitering af patienter med medfødte og erhvervede sygdomme i hjerne, rygmarg, nerver og muskler<sup>1</sup>.

Klinisk neurofysiologi er et fagområde inden for specialet, som omfatter fysiologiske undersøgelser af nerve- og muskelfunktionen, og anvendes i diagnostik og behandling af sygdomme i hjerne, rygmarg, nerver og muskler.

Speciallæger i neurokirurgi arbejder ikke længere i neurologisk speciallægepraksis, men kun på sygehusene.

Den samlede kapacitet i neurologisk speciallægepraksis udgør 36. Kapaciteten er fordelt på 34 fuldtidskapaciteter og 6 deltidskapaciteter<sup>2</sup>. Speciallægedækningen indenfor specialet varierer mellem regionerne. Kapaciteten er størst i Region Hovedstaden og mindst i Region Nordjylland.

Neurologisk speciallægepraksis blev senest beskrevet i moderniseringsrapporten fra 2010. Moderniseringen blev endeligt godkendt i 2012 med ændringer.

Neurologisk speciallægepraksis er karakteriseret ved primært at være et udredende speciale, men der foretages også behandling og opfølgning af neurologiske lidelser på hovedfunktionsniveau.

Neurologispecialet har udviklet sig betydeligt de seneste år. Udviklingen er blandt andet drevet frem af teknologiske fremskridt, nye behandlingsmuligheder samt den demografiske udvikling.

Specialets udvikling kan blandt andet aflæses i de diagnostiske muligheder. Den kliniske diagnostik er i dag suppleret med avanceret billeddiagnostik til udredning af lidelser i nervesystemet. Den teknologiske udvikling har gjort det muligt at foretage CT-scanninger, MR-scanninger og PET-

---

<sup>1</sup> [Sundhedsstyrelsens specialevejledning](#)

<sup>2</sup> Kilde: *Notus Regional pr. 1. januar 2022*

scanninger af strukturer i hjerne, rygmarv og hvirvelsøjle. Det betyder, at patienterne i dag diagnosticeres hurtigere og mere præcist end tidligere. Tillige pågår der til stadighed en udvikling i den medicinske behandling.

Patientgrupperne i neurologisk speciallægepraksis er kendetegnet ved lidelser som for eksempel migræne, spændingshovedpine, apopleksi, Parkinsons sygdom og epilepsi.

Fokus med moderniseringen er at tydeliggøre, hvilke patientgrupper der udredes og behandles i neurologisk speciallægepraksis.

Herudover indebærer moderniseringen af neurologisk speciallægepraksis en gennemgang af henvisningsreglerne med henblik på at sikre smidige patientforløb.

Der skal foretages en vurdering af, om de gældende henvisningsmuligheder skal udvides til også at omfatte henvisning til praktiserende speciallæger i ortopædkirurgi, intern medicin (kardiologi), psykiatri og reumatologi.

## Kommissorium for modernisering af specialet Neurologi

### **Arbejdsgruppens opgaver**

Arbejdsgruppen vedrørende moderniseringen af specialet Neurologi skal udarbejde en rapport, der følger den skabelon for gennemførelse af moderniseringer, der fremgår af Protokollat af 02-10-2017 om faglig modernisering.

Arbejdsgruppen anerkender, at moderniseringen tager udgangspunkt i forhandlingsaftalen OK 2017, som fastslår:

”Parterne finder det naturligt, at der herunder fremgår, at speciallægen i udgangspunktet leverer alle de ydelser, der er aftalt i overenskomsten. Dette udgangspunkt fraviges i en række situationer, eksempelvis hvor der foreligger grenspecialisering eller subspecialisering. Endvidere kan fravigelse fra udgangspunktet følge af de ydelsesbeskrivelser mv., der udarbejdes i forbindelse med moderniseringer af de enkelte specialer. Parterne er opmærksomme på, at ikke alle speciallæger inden for samme speciale er uddannet på samme måde.”

Arbejdsgruppen skal gennemgå ydelsesbeskrivelserne og tilvejebringe et konkret forslag til reviderede ydelsesbeskrivelser for specialet med forslag til såvel nye ydelser som udfasning af ydelser, som ikke længere er relevante.

Arbejdsgruppen skal udarbejde forslag til relevante valideringer for specialet, som ydelserne herefter vil blive omfattet af.

Arbejdsgruppen skal under inddragelse af økonomiske overvejelser beskrive og vurdere, hvilke faglige og organisatoriske konsekvenser en modernisering af specialet vil indebære. Der skal ses på, hvordan moderniseringen af neurologispecialet kan frigøre en produktivitetsevinst inden for specialet.

Der tages udgangspunkt i nedenstående målsætninger:

## Faglige målsætninger

Arbejdsgruppen skal:

- Foretage en faglig revision af ydelsesbeskrivelserne i henhold til vedlagte skabelon for at bringe ydelserne i overensstemmelse med de krav, der kan stilles til en speciallægepraksis i Neurologi i dag. Ydelserne skal, hvor det er fagligt muligt, tilstræbe entydighed for at undgå fortolkningstvivl
- Vurdere relevansen af at udarbejde beskrivelser af patientforløb inden for neurologi og i så fald udarbejde disse
- Udarbejde forløbsydelse for patientgrupper, hvor dette er relevant.

Arbejdsgruppen skal blandt andet vurdere relevansen af nedenstående forslag til nye ydelser, og, såfremt de vurderes relevante, udarbejde ydelsesbeskrivelser for disse, herunder beskrivelser af patientgrupper og indikation:

- Ny ydelse for ultralydsscanning ved undersøgelse for carpaltunnelsyndrom
- Ny ydelse for udredning og opfølgning/behandling af hovedpine
- Ny ydelse for ultralydsvejledt injektion af botulinumtoksin ved dystoni og lignende tilstande
- Ny ydelse for behandling for søvnforstyrrelser
- Ny ydelse for udredning og behandling af følger efter hjernerystelse
- Ny ydelse for primær udredning af epilepsi
- Ny forløbsydelse for behandling af epilepsi
- Ny ydelse for udredning og opfølgning/behandling af Parkinsons sygdom
- Ny ydelse for udredning af demens
- Ny ydelse for udredning for svimmelhed, hvis der er mistanke om symptomatisk svimmelhed
- Ny ydelse for ekstensiv udredning for neuropati (nervebetændelse)
- Ny ydelse for udredning og behandling ved særlige smertetilstande
- Ny ydelse for udredning for apoplexi og eventuelle følger efter apoplexi

## Strukturelle målsætninger

Arbejdsgruppen skal, såfremt det er relevant, kort beskrive arbejdsfordelingen mellem:

- Sygehuse og speciallægepraksis samt kommunerne
- Almen praksis og speciallægepraksis, herunder samarbejdet med andre specialer.

## Henvisningsmuligheder

Arbejdsgruppen skal vurdere relevansen af at udvide gældende henvisningsmuligheder ift. Sundhedsstyrelsens specialevejledning på hovedfunktionsniveau for praktiserende speciallæger i neurologi, til også at omfatte henvisning til praktiserende speciallæger i ortopædkirurgi, intern

medicin (kardiologi), og psykiatri. Derudover ønskes mulighed for at henvise til praktiserende speciallæger i reumatologi

### **Fortsat behandling/udvidet henvisning**

Arbejdsgruppen skal belyse de faglige aspekter af en mulig ensretning af reglerne om henvisning til fortsat behandling. Det er overenskomstens parter, der skal tage stilling til om det faglige input skal føre til ændringer i overenskomstens henvisningsbestemmelse.

### **Rekvisation**

Arbejdsgruppen skal afklare, hvilke lægemidler der kan rekvireres inden for specialet, samt opliste ATC-grupper for disse.

## Kapitel 2 – Resumé

Moderniseringen af neurologisk speciallægepraksis er udarbejdet på baggrund af kommissoriet, som blev godkendt af Moderniseringsudvalget den 22. februar 2022.

Arbejdsgruppen har i overensstemmelse med Overenskomst om Speciallægehjælp af 1. april 2022 opfyldt betingelserne for faglig modernisering i § 55, stk. 2 ved at udarbejde en modernisering, der fremmer faglig udvikling og kvalitetssikring indenfor det neurologiske speciale. Alle ydelsesbeskrivelser er i den forbindelse gennemgået og ajourført, så de fremstår entydige og i overensstemmelse med nyeste lægefaglig viden og praksis.

I moderniseringen er der arbejdet ud fra et ønske om, at ydelserne i neurologisk speciallægepraksis skal afspejle det aktuelle behov i sundhedsvæsenet. Samtidigt er der arbejdet ud fra et ønske om at sikre mere indsigt i, hvilke ydelser der leveres i speciallægepraksis, og hvordan snitfladerne er til almen praksis og sygehusene ved udredning og behandling af patienter med sygdomme indenfor det neurologiske speciale.

I kapitel 3 beskrives de patientgrupper, der typisk ses og behandles i neurologisk speciallægepraksis, samt samarbejdet med sygehussektoren og øvrige aktører i primærsektoren. For at skabe mere indsigt i, hvilke ydelser der leveres i speciallægepraksis, foreslår arbejdsgruppen nye tillægsydelser målrettet patientgrupper, der typisk ses i neurologisk speciallægepraksis.

Arbejdsgruppen anbefaler blandt andet nye ydelser for vedligeholdende behandling for patienter med Parkinsons sygdom, ydelser vedrørende henholdsvis udredning og behandling af hovedpine, udredning og behandling af epilepsi, behandling af patienter med følger efter hovedtraume og hjernerytelse samt udredning for slagtilfælde/stroke efter den akutte fase. Flere konsultationsydelser som for eksempel udvidet anden konsultation og udvidet senere konsultation foreslås nedlagt.

Arbejdsgruppen har drøftet muligheden for at oprette en ydelse for udredning af demens, men vurderer, at de tværfaglige krav, som stilles til behandlingen, er af en sådan karakter, at demensudredning ikke skal tilbydes i neurologisk speciallægepraksis. I stedet foreslås der indført en ny ydelse benævnt Hukommelsestest til brug for personer med Parkinsons sygdom samt personer med uspecificerede kognitive gener uden umiddelbar mistanke om demens.

Arbejdsgruppen anbefaler, at rammeydelsen EEG med og uden søvnkurve nedlægges, da de ikke må foretages på hovedfunktionsniveau i henhold til Sundhedsstyrelsens specialevejledning.

Arbejdsgruppen har vurderet brugen af ultralyd og ENG, men finder ikke anvendelse af ydelserne relevant i speciallægepraksis, da patientgrundlaget volumenmæssigt ikke vurderes at være tilstrækkeligt.

Herudover har arbejdsgruppen drøftet etableringen af en ny ydelse for behandling af søvnforstyrrelser, men finder den ikke relevant at udføre i neurologisk speciallægepraksis.

Arbejdsgruppen foreslår endvidere i forbindelse med moderniseringen en række ydelser nedlagt eller erstattet, da de enten ikke længere varetages i speciallægepraksis, ikke længere er



tidssvarende som følge af den faglige og teknologiske udvikling eller indgår som en del af andre ydelser. Dette fremgår af kapitel 7.

Der er ikke længere praktiserende speciallæger indenfor neurokirurgien. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at ydelserne vedrørende neurokirurgi nedlægges.

I neurologisk speciallægepraksis modtog 96 % af de patienter, der fik en 1. konsultation i løbet af kalenderåret 2020, 1-6 konsultationer indenfor 12 på hinanden følgende måneder.<sup>3</sup> Arbejdsgruppen finder derfor, at det giver faglig mening at ensrette reglerne for henvisning med reglerne i overenskomstens generelle del, som betyder, at neurologispecialisten får en henvisning, som omfatter honorering af seks konsultationer. Heraf afregnes én som 1. konsultation. Dette gælder, uanset hvor lang tid, der går mellem disse seks konsultationer.

Arbejdsgruppens faglige anbefaling er, at bestemmelsen om henvisning til fortsat behandling i overenskomstens specielle del, kapitel 9, § 4 udgår, og i stedet erstattes af bestemmelserne i overenskomstens generelle del.

Personer med Parkinsons sygdom går i langvarige forløb i neurologisk speciallægepraksis. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at behandlingsforløbet for personer med Parkinsons sygdom gøres ulimiteret.

Arbejdsgruppen har drøftet muligheden for henvisning til specialerne psykiatri, intern medicin (kardiologi), ortopædkirurgi og reumatologi. Med moderniseringen af specialisten i neurologi anbefaler arbejdsgruppen, at praktiserende neurologer kan henvise direkte til praktiserende speciallæger i intern medicin (kardiologi), ortopædkirurgi og reumatologi, når det sker som led i specialisten egen udredning. Speciallægen skal i henhold til § 27, stk. 1 sende meddelelse til henvisende læge, således at tovholderfunktionen understøttes. Vedrørende henvisning til praktiserende psykiater anbefaler arbejdsgruppen, at almen praksis fortsat er tovholder for patienten, hvorfor vurderingen og eventuel viderehenvisning foretages af egen læge.

Arbejdsgruppen har endvidere drøftet muligheden for, at praktiserende speciallæger i neurologi kan tilbyde avanceret hovedpinebehandling med henholdsvis botulinumtoksin og CGRP-antistoffer, men det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at tilbyde disse behandlinger i neurologisk speciallægepraksis.

---

<sup>3</sup> Henvisning til tabel 5 i kapitel 3.

## Kapitel 3 - Beskrivelse af specialet, herunder kapaciteten og aktiviteten

Ifølge Sundhedsstyrelsen Specialevejledning for Neurologi 2021 omfatter specialet neurologi diagnostik, forebyggelse, medicinsk behandling, palliation og rehabilitering af patienter med medfødte og erhvervede sygdomme i hjerne, rygmarv, nerver og muskler.<sup>4</sup>

Klinisk neurofysiologi er et særskilt klinisk fagområde under neurologien, som omfatter fysiologiske undersøgelser af nerve- og muskelfunktion og anvendes diagnostisk ved sygdomme i hjerne, rygmarv, nerver og muskler.

Forekomsten af neurologiske lidelser stiger med alderen, hvorfor den ændrede demografi med stigende levealder øger behovet for neurologisk ekspertise til vurdering og behandling. Samtidig er de undersøgelsesmæssige og behandlingsmæssige muligheder indenfor neurologien større end for blot få år siden. Det neurologiske speciale er således i vækst.

### Udviklingen indenfor sundhedsvæsenet

Efter regionerne blev dannet i 2007, blev der planlagt etablering af supersygehuse i landets fem regioner, og flere af disse er etableret eller under opførelse. I samme periode er flere mindre sygehuse lukket, og man har samlet de højt specialiserede funktioner på få store enheder. Det betyder, at der vil være geografiske områder, hvor patienterne har langt til sygehusbehandling. De praktiserende speciallæger i neurologi er med til at sikre, at patienterne fortsat kan tilbydes et borgernært behandlingstilbud på hovedfunktionsniveau. Sundhed og sygdom er socialt skævt fordelt. Det er et fælles ønske at gøre mere for at skabe større lighed i sundhed. Nære og mere tilgængelige sundhedstilbud gør det nemmere for patienter, der oplever fysiske eller psykiske udfordringer, at bruge sundhedsvæsenet. Med nemt tilgængelige sundhedstilbud kan der leveres en tidligere indsats til de grupper, som har mest brug for det.

Den tiltagende specialisering på sygehusene øger behovet for speciallæger, som er generalister indenfor et speciale. Dette gælder også for neurologien, hvor de praktiserende speciallæger har et bredt, opdateret overblik indenfor specialet, både i forhold til diagnosticering og behandling. Langt de fleste af de henviste patienter til neurologisk speciallægepraksis kan således diagnosticeres, behandles og/eller afsluttes hos den praktiserende speciallæge i neurologi. Patienter med diagnoser, der hører til på regions- eller højt specialiseret funktion, viderehenvises til behandling på sygehuset.

Udviklingen i sundhedsvæsenet har medført et større fokus på samarbejdet mellem sundhedsfaglige og patienter. Patientinvolvering og medinddragelse i beslutninger og behandlingstiltag er en naturlig del af patientarbejdet.

---

<sup>4</sup> [Sundhedsstyrelsens Specialeplan](#)

## Udviklingen indenfor neurologisk speciallægepraksis

Specialet neurologi har siden indførelsen af CT-scannere i 1970'erne og MR-scannere i 1980'erne ændret sig fra at være et primært klinisk diagnostisk speciale til et speciale med muligheder for avanceret billeddiagnostik af lidelser i nervesystemet.

Specialet neurologi er præget af den teknologiske udvikling med nye undersøgelsesmetoder, teknikker og større forståelse af de neurologiske sygdomme og behandling af disse. Vilkårene for opgaveløsningen i neurologien er ændret på baggrund af denne udvikling, og indenfor de seneste 20-25 år er behandlingsmulighederne for store sygdomsgrupper som apopleksi, epilepsi, neuropati, Parkinsons sygdom, hovedpine samt patienter med kognitive gener øget betragteligt.

Det forudsætter høj faglighed og kontinuerlig faglig udvikling hos de neurologiske speciallæger på hovedfunktionsniveau, så de kan tilbyde patienterne tidssvarende udredning og behandling i neurologisk speciallægepraksis. Neurologisk speciallægepraksis har fulgt med denne udvikling og udreder og behandler et stort antal patienter årligt og henviser derudover relevante patienter til behandlingstilbud på regions- eller højt specialiseret funktion.

Den demografiske udvikling med flere ældre og en forventet stigende levealder medfører potentielt flere personer med kroniske sygdomme. Denne udvikling sker samtidig med udviklingen af nye undersøgelses- og behandlingsmuligheder, og samlet vil disse faktorer udfordre kapaciteten i sundhedsvæsenet. Indenfor speciallægepraksis i neurologi må der også imødeses et øget pres på kapaciteten af speciallæger og et stigende behov for at vurdere, udrede og behandle patienter.

Alle ikke-akutte neurologiske patienter på hovedfunktionsniveau vil i udgangspunktet kunne varetages i neurologisk speciallægepraksis, og i dag behandles et stort antal patienter med for eksempel hovedpinesygdomme, Parkinsons sygdom, håndrysten, epilepsi og nervesmerter som følge af sygdomme i perifere nerver.

Det er på nuværende tidspunkt muligt at varetage behandling af flere epilepsipatienter fra de neurologiske sygehusafdelinger i neurologisk speciallægepraksis på hovedfunktionsniveau.

## Opgaver i speciallægepraksis

På grund af nervesystemets kompleksitet kan neurologisk årsag mistænkes ved et bredt spektrum af symptomer. Nogle symptomer, for eksempel kraftnedsættelse (parese), kan måles (objektiveres) ved den neurologiske undersøgelse, mens andre symptomer for eksempel svimmelhed og føleforstyrrelser i mange tilfælde udelukkende er subjektive. Hjernesygdommene er særligt komplekse, idet de ikke blot kan vise sig ved fysiske udfald som lammelser og tab af følesans, men også kan give symptomer med personlighedsmæssige, psykiatriske og adfærdsmæssige forstyrrelser.

Langt de fleste patienter i neurologisk speciallægepraksis er henvist fra almen praksis. Derudover er enkelte patienter henvist fra praktiserende speciallæger indenfor ortopædkirurgi, pædiatri eller øre-, næse- og halsspecialet. Patienterne henvises med definerede eller udefinerede, formodede neurologiske lidelser, eller med diagnosticerede, kroniske neurologiske tilstande, som kan være

progressive og eventuelt med funktionstab. I neurologisk speciallægepraksis ses patienter i alle aldre over 16 år, dog fortrinsvis ældre patienter.

Alle henviste patienter kommer til en første konsultation ved den praktiserende speciallæge i neurologi, hvor der optages grundig sygehistorie og udføres objektiv neurologisk undersøgelse. Nogle patienter afsluttes efter første konsultation, hvis der ikke findes en neurologisk årsag til patientens symptomer. Hvis det er indiceret, bestilles ved første konsultation parakliniske undersøgelser som for eksempel CT-, MR-, DAT- og PET-scanning, neurofysiologiske undersøgelser, blodprøver og spinalvæskeundersøgelse. Disse undersøgelser foregår på sygehuset. Ved anden konsultation gives patienten svar på de udførte undersøgelser. Der indhentes eventuelt supplerende anamnese og udføres eventuelt supplerende objektiv undersøgelse for at stille en diagnose og planlægge det videre forløb. En del patienter kan afsluttes efter få<sup>5</sup> konsultationer hos den praktiserende speciallæge i neurologi, når de parakliniske undersøgelser er gennemført, og resultaterne er tolket.

En hyppig henvisningsårsag er ønsket om en neurologisk evaluering af symptomer, som almen praksis eller andre specialer ikke har kunnet diagnosticere. Den neurologiske udredning ved en første konsultation kan for nogle patienter være tilstrækkelig, og patienten afsluttes uden yderligere undersøgelser eller diagnoser.

I neurologisk speciallægepraksis er der en del patienter, der går i længerevarende kontrol- og behandlingsforløb. Det er særligt indenfor sygdomsgrupperne Parkinsons sygdom, migræne, spændingshovedpine, epilepsi og nervesmerter.

Neurologisk speciallægepraksis følger de samme nationale kliniske udrednings- og behandlingsvejledninger, som anvendes på de neurologiske sygehusafdelinger.

Optimal håndtering af patientforløb skal også ved behov omfatte kommunikation med hjemmepleje, demenskonsulent, fysioterapeuter med flere.

Nedenfor er anført eksempler på typiske patientforløb i neurologisk speciallægepraksis.

## De enkelte sygdomsgrupper i neurologisk speciallægepraksis

### Demenssygdomme

#### **Patientpopulation**

I Danmark er der ca. 87.000 mennesker over 65 år, der lever med demens, og man forventer, at det vil stige til ca. 134.000 mennesker i 2035 som følge af det stigende antal ældre i Danmark.<sup>6</sup> I speciallægepraksis stilles demensdiagnose alene for patienter, der følges i anden sammenhæng, for eksempel Parkinsons sygdom, vaskulær sygdom eller alkoholoverforbrug. Derudover screenes øvrige patienter med kognitive gener, hvoraf nogen henvises til udredning på sygehus og andre afsluttes til egen læge, hvis hukommelsesscreening viser, at der ikke foreligger en organisk betinget kognitiv svækkelse.

---

<sup>5</sup> Se tabel 4 i kapitel 3

<sup>6</sup> <https://videnscenterfordemens.dk/da/forekomst-af-demens-i-danmark>

### **Forløb i speciallægepraksis**

Demensudredning er en sygehusopgave, som forudsætter tilstedeværelsen af forskellige lægelige specialer og andre faggrupper.

I neurologisk speciallægepraksis modtages patienter med hukommelsesproblemer og andre kognitive klager til vurdering. Den praktiserende neurolog foretager en screening, hvorefter nogle patienter viderehenvises til yderligere udredning ved demenslinikker på hoved-, regions – eller højt specialiseret funktion. Ligeledes henvises patienter, når der er tvivl om diagnosen eller ved mistanke om komplicerede demenstilstande som Alzheimers demens, Lewy Body demens og frontotemporal demens. Andre patienter kan afsluttes til den praktiserende læge, når den neurologiske undersøgelse med hukommesscreening viser, at der ikke foreligger en organisk betinget kognitiv svækkelse. En tredje gruppe af patienter omfatter patienter, der som følge af for eksempel Parkinsons sygdom, vaskulær sygdom eller alkoholoverforbrug, får stillet en demensdiagnose i neurologisk speciallægepraksis.

Patienterne udredes og behandles i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer.

### Epilepsi

#### **Patientpopulation**

Epilepsi er samlebetegnelsen for sygdomme karakteriseret ved uprovokerede epileptiske anfald. Epilepsi klassificeres på baggrund af anfaldstyper. Bedst kendt er det generaliserede tonisk-kloniske krampeanfald, hvor der kommer bevidsthedstab og kramper i arme og ben. Epileptiske anfald skyldes en abnorm hypersynkronisering af hjernebarkens elektriske aktivitet. Cirka 50.000<sup>7</sup> mennesker lever med epilepsi i Danmark. Heraf følges kun en lille del i neurologisk speciallægepraksis.

#### **Forløb i speciallægepraksis**

Udredning og behandling af epilepsi følger den neurologiske nationale behandlingsvejledning<sup>8</sup> (nNBV) udarbejdet af Dansk Neurologisk Selskab (DNS). Det mest afgørende ved udredningen er beskrivelsen og om muligt dokumentationen af de epileptiske anfald.

Idet epilepsi viser sig ved anfald, der hyppigt medfører bevidsthedstab, foregår den initiale udredning og behandling hyppigt under akut indlæggelse.

Behandlingen er epilepsimedicin for at opnå kontrol med anfaldene. De fleste patienter med epilepsi har mangeårige behandlingsforløb, idet man hos voksne stiler mod behandling til anfaldsfrihed i minimum fem år.

Patienterne kommer til kontrol hos speciallægen en eller flere gange årligt, hvor der tages stilling til den medicinske behandling, eventuel komorbiditet, og når det er relevant, tages der blodprøver til kontrol af den medicinske behandling. Patienterne vejledes om psykosociale aspekter ved epilepsien, herunder kørekorthabilitet.

Efter længerevarende anfaldsfrihed drøftes muligheden for udtrapning af den medicinske behandling med patienten.

---

<sup>7</sup> <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/neurologi/tilstande-og-sygdomme/kramper/epilepsi/>

<sup>8</sup> Et nationalt referenceprogram for epilepsibehandling forventes udgivet i løbet af cirka 1 år.

Cirka 2/3 af alle epilepsipatienter opnår anfaldsfrihed ved et af de tre først valgte antiepileptika (præparater mod epilepsi). Den sidste tredjedel responderer ikke på behandlingen på trods af behandling med cirka tre forskellige behandlingsregimer i tilstrækkelige doser og passende lang tid. Disse patienter henvises til regions- eller højt specialiseret funktion. Visse patienter kan herefter vende tilbage til neurologisk speciallægepraksis, selv hvis anfaldsfrihed ikke opnås.

Følger efter hjerneblødning og blodprop i hjernen

### **Patientpopulationen**

Slagtilfælde/*stroke* (apopleksi) omfatter sygdommene blodprop i hjernen og hjerneblødning. Apopleksi viser sig ved pludseligt indsættende symptomer af mindst 24 timers varighed. Typiske symptomer er halvsidig lammelse, synsfeltudfald og sprogforstyrrelse. Sygdomstilfælde med symptomvarighed under 24 timer, forårsaget af blodprop i hjernen, betegnes transitorisk cerebral iskæmi (TCI). Der er årligt ca. 15.000<sup>9</sup> nye tilfælde af apopleksi og TCI i Danmark.

Langt de fleste patienter med apopleksi vil blive undersøgt og behandlet på sygehus i den akutte fase. Patienter henvist til neurologisk speciallægepraksis med apopleksi fordeler sig i to grupper. Den første gruppe er patienter, hvor egen læge typisk mistænker en apopleksi, der ikke er opdaget i den akutte fase, mens den anden gruppe er patienter med lidt uklare neurologiske symptomer, hvor apopleksien viser sig ved speciallægens undersøgelser.

### **Forløb i speciallægepraksis**

Når en patient henvises til neurologisk speciallæge på mistanke om nylig apopleksi (overset i den akutte fase) eller symptomer, der giver speciallægen anledning til at mistænke nylig apopleksi, forstår neurologen i speciallægepraksis den fulde apopleksiudredning i henhold til den neurologiske nationale behandlingsvejledning (nNBV).

Der foretages for begge patientgrupper i speciallægepraksis en komplet diagnostik og behandling inklusive forebyggelse, som den ville have fundet sted på sygehuset.

Neurologen igangsætter forebyggende medicinsk behandling (blodpropsforebyggende og kolesterolsænkende behandling). Patientens egen læge vejledes i videreførelsen af denne behandling og eventuelt behov for justering af behandling af ledsagesygdomme som diabetes og blodtryksforhøjelse. Neurologen vurderer, om der er et genoptræningsbehov og rådgiver patienten og pårørende om følgerne af apopleksien, herunder kørekortsforhold.

Følger efter hovedtraume og hjernerystelse

### **Patientpopulation**

Patientpopulationen udgøres af patienter med langvarige følger efter traume mod hovedet og følger efter hjernerystelse (commotio cerebri). Det er en patientgruppe, som både behandles i neurologisk speciallægepraksis samt hos de alment praktiserende læger. Patienterne er generet af multiple symptomer samt funktionstab og har ofte behov for langvarige sygemeldinger. Der ses hyppigt patienter med svær hovedpine, svimmelhed, smerter, føleforstyrrelse, kognitive gener med træthed, hukommelses- og koncentrationsbesvær, samt problemer med at klare almindelige

---

<sup>9</sup> <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/hjerte-kar/tilstande-og-sygdomme/apopleksi-og-tia/apopleksi-og-tia-tci/>

arbejds-mæssige og hjemlige funktioner. Der ses et større antal patienter med følger efter hovedtraume eller hjernerystelse i speciallægepraksis.

### **Forløb i speciallægepraksis**

Patienten udredes og behandles i henhold til den nationale behandlingsvejledning. Der optages en sygehistorie og foretages en objektiv klinisk undersøgelse, samt rekvireres relevante parakliniske undersøgelser.

Behandlingen er primært informativ og med psykosocial støtte og samarbejde med kommunale instanser, hvor der sker en udredning af symptomer og beskrivelse af sygdoms-omfang og forventet prognose. Ved eventuel medicinsk behandling for smerter, hovedpine og/eller søvnforstyrrelse gives information om forventet effekt og eventuelle bivirkninger. Ved angst og depression kan der gives behandling med psykofarmaka.

Følger efter påvirkning af eller skade på nervesystemet

### **Patientpopulation**

Patienten har et funktionstab, som er forårsaget af en neurologisk sygdom eller en anden lignende tilstand. Tilstanden har medført skader i centralnervesystemet, hjerne, rygmarv, perifere nerver eller muskler, enten forbigående eller varigt. Tilstandene ses ved for eksempel blodpropsygdom i hjerne, følger efter traumer eller infektioner såsom polio-infektioner. Der er tale om skader med langvarige gener og med sent indsættende funktionstab. Patienter med sygdomstilstande i nervesystemet kan have behov for genoptræning og neurorehabilitering. Disse patienter ses dog sjældent i neurologisk speciallægepraksis.

### **Forløb i speciallægepraksis**

Neurologisk speciallægepraksis kan bidrage med vurdering af patientens funktionalitet og prognose. Dette er nyttigt i forhold til afdækning af behov for hjælpemidler og deltagelse i den tværfaglige og tværsektorielle evaluering af behov for ydelser og hjælp. Neurologisk speciallægepraksis har en støttende funktion for den praktiserende læge i dennes arbejde med patient og pårørende.

Der optages sygehistorie, klinisk undersøgelse og eventuelt supplerende undersøgelser med CT- og MR-scanning af hjerne og/eller rygmarv. Der kan foretages neurofysiologisk undersøgelse og laboratorieundersøgelser, afhængigt af problemstilling.

Behandling vil være afhængig af tilstand og funktionstab. For langt de fleste medfører dette en tilknytning til det kommunale behandlesystem.

Følgetilstande efter neuroinfektioner

### **Patientpopulation**

En beskeden andel af patienter i speciallægepraksis ses på grund af infektioner i nervesystemet og følgetilstande deraf. De mest almindelige sygdomme er følger efter infektioner i hjerne, perifere nerver i krop eller ekstremiteter eller mistanke herom. Det er for eksempel herpes simplex virusinfektion, varicella zoster infektion (helvedesild) eller infektion med borrelia i hjerne, kranienerver eller ekstremiteter på nerverodsniveau. Er der tale om følger efter et tidligere sygdomsforløb, vil patienten kunne udredes i speciallægepraksis.

### **Forløb i speciallægepraksis**

Patienten udredes og behandles i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer. Der optages en sygehistorie og foretages en objektiv klinisk undersøgelse, og der rekvireres relevante parakliniske undersøgelser. Udredningen suppleres ofte med en rygmarvsvæskeundersøgelse. Følger efter en infektion i nervesystemet diagnosticeres ofte som led i undersøgelse for andre tilstande.

Behandlingen kan foregå i speciallægepraksis, men ved udtalte symptomer eller akut sygdom foretages der er vurdering af, om patienten skal viderehenvises til sygehus.

Hovedpine, migræne og ansigtssmerter

### **Patientpopulation**

Hovedpine er en folkesygdom, og hovedpinepatienter udgør en stor del af patienterne i neurologisk speciallægepraksis. Hovedpinesygdomme, som behandles i neurologisk speciallægepraksis, omfatter blandt andet migræne uden aura, migræne med aura, ansigtssmerter, herunder trigeminusneuralgi, klyngehovedpine, spændingshovedpine, kronisk posttraumatisk hovedpine og hovedpine forårsaget af lægemiddel.

I den nationale sundhedsprofil for 2021, som er en landsdækkende tværsnitsundersøgelse af voksne danskernes helbred, rapporterede 17,9 % af deltagerne<sup>10</sup>, at de på undersøgelsestidspunktet havde migræne eller hyppig hovedpine. Forekomsten var højest blandt kvinder og særligt blandt kvinder i aldersgruppen 35-44 år.

### **Forløb i speciallægepraksis**

Hovedparten af patienter med hovedpine udredes og behandles på hovedfunktionsniveau. De fleste hovedpinesygdomme kan behandles i neurologisk speciallægepraksis.

Den medicinske behandling sker i overensstemmelse med retningslinjer i Referenceprogram for diagnostik og behandling af hovedpine og ansigtssmerter fra Dansk Hovedpine Selskab og den Nationale neurologiske behandlingsvejledning.

Der er ofte tale om patienter med kronisk tilbagevendende smerteanfald.

Den første differentialdiagnostiske opgave er at adskille primære hovedpinetyper, som opstår uden anden påviselig underliggende sygdom, fra sekundær hovedpine, som skyldes en anden årsag, hvoraf mange kan være alvorlige.

Anamnesen skal derfor afklare eventuelle tegn på en alvorlig sekundær hovedpine samt indeholde en præcis symptombeskrivelse og karakteristik af hovedpinen, herunder debut, aurasymptomer, anfaldshyppighed og varighed samt eventuelle ledsagesymptomer. Det er derudover vigtigt at få klarhed over, hvilken type medicin patienten tager og har taget, samt effekten heraf, og om patienten tager for meget medicin. Det afdækkes, om patienten har andre fysiske eller psykiske helbredsproblemer, som kan have betydning for hovedpinesygdommen og behandlingsforløbet.

---

<sup>10</sup> [https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Sundhedsprofil/Sundhedsprofilen.ashx?sc\\_lang=da&hash=5C9A9A81483F6C987D5651976B72ECB2](https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Sundhedsprofil/Sundhedsprofilen.ashx?sc_lang=da&hash=5C9A9A81483F6C987D5651976B72ECB2)



Blodprøver kan bestilles ved mistanke om sekundær årsag til hovedpinesygdommen. Billeddiagnostisk undersøgelse skal kun gennemføres på klar faglig indikation, det vil sige, hvis anamnesen eller den objektive undersøgelse tyder på, at hovedpinen skyldes sekundær lidelse.

Ud over en præcis symptombeskrivelse er det vigtigt at få et overblik over omfanget af hovedpinen. Det anbefales, at patienten fra begyndelsen af hovedpineforløbet bruger en hovedpinedagbog og en hovedpinekalender. Brugen af hovedpinekalender kan fungere som samtalestøtte og dokumentation af behandlingseffekten.

Den medicinske behandling opdeles i akut behandling og forebyggende behandling. Kun patienter med hyppig hovedpine tilbydes forebyggende behandling, og det er vigtigt at forsøge at optimere den akutte behandling, inden der tages stilling til forebyggende behandling.

Ved utilstrækkelig behandlingseffekt kan patienten henvises til behandling på hoved-, regions- eller højt specialiseret funktion på sygehus. Det forventes, at nye behandlinger og ændrede behandlingsprincipper til patienter med hovedpine vil tilkomme i de kommende år.

## Multipel sklerose og andre immunsygdomme i centralnervesystemet

### **Patientpopulation**

Multipel sklerose er en sygdom i centralnervesystemet (hjerne og rygmarv), som beror på, at patientens eget immunsystem uden kendt årsag angriber fedtskederne omkring nervetrådene i centralnervesystemet. Aktuelt er der ca. 18.000 mennesker med multipel sklerose i Danmark.<sup>11</sup> Antallet af sklerosepatienter er fordoblet siden 2000, hvilket skyldes, at flere får sygdommen, og at man i dag typisk lever længere med sygdommen. Udover multipel sklerose findes der andre, sjældne, immunmedierede sygdomme i nervesystemet.

Det sker ikke sjældent, at patienter henvises til neurologisk speciallægepraksis med mistanke om multipel sklerose. Hvis diagnosen ikke kan stilles, afsluttes patienten til egen læge.

### **Forløb i speciallægepraksis**

Patienten udredes i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer.

Der optages sygehistorie og gennemføres klinisk undersøgelse samt bestilling af relevante undersøgelser, typisk MR-scanning af centralnervesystemet.

Ved diagnosen multipel sklerose vil det være en svær besked at modtage for både patient og pårørende. Den svære samtale med information om diagnose og spørgsmål om fremtid foregår i speciallægepraksis. Tilstandene har indflydelse på både patientens erhvervsmuligheder, da der kan være betydelige somatiske og neuropsykologiske symptomer, og på funktionalitet i personlige, familiære og sociale forhold.

Efter afsluttet udredning og med påvisning af fund overensstemmende med multipel sklerose bliver patienten altid henvist til vurdering og eventuel behandling på hoved-, regions- eller højt specialiseret funktion på neurologisk sygehusafdeling.

Det forekommer også, at patienter afsluttes i neurologiske sygehusafdelinger, hvis der ikke er et aktivt, sygdomsmodificerende behandlingstilbud. Eksempelvis kan den praktiserende speciallæge i

---

<sup>11</sup> [Få alle tallene om sclerose | Scleroseforeningen](#)

neurologi vurdere og behandle henviste patienter med sekundær progressiv sklerose for særskilte symptomer, som patienten måtte opleve. Dette kan være vandladningsbesvær, smerter eller andre gener.

## Neuropati

### **Patientpopulation**

Neuropati, på dansk kaldet nervebetændelse, er en gruppe af sygdomme med påvirkning af det perifere nervesystem, det vil sige sygdomme i nerver til arme og ben. Sygdommene kan have mange forskellige årsager, og trods neurologisk udredning forbliver sygdommens årsag for en betydelig andel af patienterne, navnlig de ældre, uafklaret. Sygdommene er hyppige, eksempelvis forekommer kronisk idiopatisk axonal neuropati hos 3 % af befolkningen over 50 år.<sup>12</sup> Gruppen af patienter med neuropati er hyppig i neurologisk speciallægepraksis.

Tilstandene omfatter sygdomme, som påvirker nerverødder, nerveplekser og nerver i ekstremiteter. Symptomerne er føleforstyrrelse, smerter, kraftnedsættelse og styringsbesvær i arme og ben. Forløbene er meget varierende. For en del patienter medfører polyneuropatien tiltagende sygelighed og funktionstab.

### **Forløb i speciallægepraksis**

Patienterne udredes i overensstemmelse med den neurologiske nationale behandlingsvejledning. Hovedopgaven i neurologisk speciallægepraksis er at stille diagnosen og om muligt påvise årsagen til sygdommen. Hos en del patienter medfører neuropati smerter, som behandles af den praktiserende speciallæge i neurologi. Herudover rådgives patienterne om hjælpemidler som dropfodskinner og gangredskaber og henvises til fysioterapi.

Et flertal af patienter med udvikling af symptomer på neuropati over måneder og år kan udredes og behandles i neurologisk speciallægepraksis. Udredningen omfatter neurologisk undersøgelse, blodprøver og relevant neurofysiologisk undersøgelse.

Patienter med perifer polyneuropati, som er verificeret ved neurofysiologisk undersøgelse, og hvor ætiologien er usikker eller udviklingen atypisk, henvises til regionsfunktionsniveau.

Følgende patienter henvises til højt specialiseret funktion: Patienter med kronisk immunmedieret neuropati, vaskulitis neuropati, svære tilfælde af autonome forstyrrelser eller tilstande, hvor behandlingen ikke har haft den ønskede effekt. Ydermere henvises patienter med småfiberneuropati med behov for monitorering, udredning og behandling til regions- eller højt specialiseret funktion på sygehus.

## Parkinsons sygdom og andre bevægeforstyrrelser

### **Patientpopulation**

Et stort antal af patienterne i neurologisk speciallægepraksis oplever bevægeforstyrrelser som del af en sygdom. Sygdomsgrupper indenfor bevægeforstyrrelser er blandt andre Parkinsons sygdom, anden parkinsonisme, dystoni, rysten (tremor), chorea og ataksi (sygdom med ukoordineret bevægelse). De nævnte sygdomsgrupper er kroniske sygdomme i centralnervesystemet, der udvikler sig

---

<sup>12</sup> Bradley's Neurology in Clinical Practice

progressivt. Tilstandene er oftest langsomt fremadskridende med tiltagende symptomer og funktionstab. Parkinsons sygdom er den hyppigste diagnose i denne sygdomsgruppe. Det er anslået, at der ca. er 12.000 patienter med Parkinsons sygdom i Danmark, hvoraf cirka halvdelen følges i neurologisk speciallægepraksis.<sup>13</sup>

Patienter med diagnoser, der ikke er på hovedfunktionsniveau, viderehenvises til neurologisk sygehusafdeling.

### **Forløb i speciallægepraksis**

Patienter med Parkinsons sygdom går overvejende til kontrol på hovedfunktionsniveau. Da det er en kronisk, progredierende lidelse, vil patienterne ofte have lange, kontinuerlige forløb i speciallægepraksis. Patienter behandles medicinsk i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer. Dette indbefatter regelmæssig kontrol, hvor der sker en justering af medicinen med udgangspunkt i sygdomsudviklingen og eventuelle bivirkninger af medicinen. Anden supplerende udredning kan gennemføres ved behov.

Nogle af patienterne vil på et tidspunkt i behandlingen blive viderehenvist til fortsat behandling på neurologisk sygehusafdeling, for eksempel på grund af tiltagende funktionstab eller behov for avanceret behandling. For andre patienter vil det være en anden grundsygdom, der ikke længere tillader et videre forløb i speciallægepraksis. Patienter med rysten (tremor) vil ofte blive afsluttet til egen læge efter igangsat medicinsk behandling, alternativt vil de blive henvist til neurologisk sygehusafdeling med henblik på avanceret behandling.

## Spasticitet

### **Patientpopulation**

Spasticitet er en øget muskelstivhed, der kan ses som følge af en sygdom eller skade i centralnervesystemet. Skaden kan være medfødt, meget tidligt erhvervet (cerebral parese) eller være forårsaget af for eksempel blodprop i hjernen eller multipel sklerose. Der ses kun et beskedent antal patienter i speciallægepraksis.

### **Forløb i speciallægepraksis**

Patienten udredes og behandles i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer.

Ved forundersøgelsen vurderes det, hvorvidt patienten skal have medicinsk behandling eller anden behandling. Ved medicinsk behandling med antispastisk medicin kræves der ofte nogle konsultationer, før behandlingen er tilpasset den enkelte patient, og herefter kan vedkommende afsluttes til egen læge. Kun den medicinske behandling foregår i neurologisk speciallægepraksis. Ved behov for mere avanceret behandling, herunder botulinumtoksininjektion, henvises til regions- eller højt specialiseret funktion på sygehus.

## Svulster i hjerne, rygmarv eller perifere nerver

### **Patientpopulation**

---

<sup>13</sup> [Parkinsonforeningen - Antal af personer med Parkinson i Danmark - Parkinsonforeningen](#)

Patienter med svulster i hjerne- og nervesystemet udgør relativt få patienter i neurologisk speciallægepraksis. Det kan dreje sig om såvel ondartede som godartede tumorer, lokaliseret til hjerne, rygmarv eller perifere nerver. Symptombilledet kan være meget varieret fra lette, diffuse symptomer til udtalte fysiske og/eller mentale symptomer. Speciallægepraksis har en visiterende funktion for disse patienter.

### **Forløb i speciallægepraksis**

Patienten udredes og behandles i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer.

Der optages sygehistorie og foretages en objektiv klinisk undersøgelse, og der rekvireres relevante parakliniske undersøgelser. Patienter har ofte langsomt udviklende gener med initialt få neurologiske symptomer eller beskedent funktionstab. Det kan for eksempel dreje sig om føleforstyrrelser, kraftnedsættelser, nedsat balance, ændret kognition, hovedpine, kvalme og synsforstyrrelser.

Afhængigt af diagnose vil patienterne blive viderehenvist til neurologisk eller neurokirurgisk ambulatorium med henblik på vurdering og eventuel behandling.

### Sygdomme i rygsøjlen

#### **Patientpopulation**

Sygdomme i rygsøjlen er hyppigt forekommende, og de medfører en varierende grad af gener, oftest smerter, men også et funktionstab som følge af disse. Gruppen af sygdomme omfatter degenerative rygsygdomme, nerverodstryk, diskusprolaps, nerverodsbetændelse og forsnævringer, der påvirker rygmarven.

#### **Forløb i speciallægepraksis**

Der optages en sygehistorie og foretages en objektiv klinisk undersøgelse, og der rekvireres relevante parakliniske undersøgelser. Afhængigt af fund ved udredning og symptomer tilbydes patienten medicinsk behandlingsforløb i neurologisk speciallægepraksis. De fleste patienter kan afsluttes til egen læge, eller alternativt henvises til reumatologisk, kirurgisk eller neurologisk vurdering/behandling på sygehusafdeling på hoved-, regions- eller højt specialiseret funktion.

### Sygdomme i muskler og overgang mellem muskler og nerver

#### **Patientpopulation**

Antallet af patienter i neurologisk speciallægepraksis med disse lidelser er beskedent. Disse patienter henvises ofte med uspecifikke symptomer på nedsat muskelfunktion.

Sygdommene er primært muskelsvindsygdomme, muskelsygdomme med svaghed af muskler og muskeldystrofier eller sygdomme i overgangen mellem nerver og muskler, transmissionssygdomme som myasthenia gravis og Lambert-Eaton syndrom.

#### **Forløb i speciallægepraksis**

Patienten udredes i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer.

Der optages beskrivelse af sygehistorie og gennemføres klinisk undersøgelse. Ud fra resultatet af den objektive undersøgelse bestilles relevante undersøgelser.

Efter afsluttet udredning og med påvisning af sygdomme i muskler og overgang mellem muskler og nerver henvises patienten til yderligere diagnosticering og eventuel behandling på regions- eller højt specialiseret funktion.

### Søvnforstyrrelser

#### **Patientpopulation**

Søvnforstyrrelser er hyppige i befolkningen og kan skyldes legemlig sygdom, livsstilsforhold eller mentale problemstillinger. I neurologisk speciallægepraksis ses et relativt beskedent antal patienter trods et stort behov for vurdering af søvnforstyrrelser.

#### **Forløb i speciallægepraksis**

Der optages en sygehistorie og foretages en objektiv klinisk undersøgelse, og der rekvireres relevante parakliniske undersøgelser. Der er som regel behov for information om livsstilsændringer.

I forhold til søvnproblematikker, herunder neurologiske og/eller neuropsykiatriske tilstande og søvnapnø, har speciallægepraksis kun en visiterende funktion, og der henvises til udredning og behandling på regions- eller højt specialiseret funktion på sygehus. Patienter med søvnbesvær på grund af belastningstilstande, psykisk sygdom med videre afsluttes til egen læge.

### Generelle krav til neurologisk speciallægepraksis

Neurologisk speciallægepraksis indgår i et forpligtende samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen og skal derfor anvende tidssvarende IT-udstyr. Videokonferencer med patienter og mulighed for videokonferering med patientens praktiserende læge og med sygehuslæger vil i fremtiden smidiggøre samarbejdet omkring kliniske problemstillinger til gavn for patienten og samarbejdet i sundhedssystemet.

Traditionelt begrænser undersøgelsesudstyret i neurologisk speciallægepraksis sig til blodtryksmåler, reflekshammer, stemmegaffel, oftalmoskop, stetoskop, lommelygte og vatpinde.

### Neurologisk speciallægepraksis og samarbejde med sygehussektoren, almen praksis og andre

Neurologisk speciallægepraksis indgår som en vigtig og integreret del af sundhedsvæsenet og samarbejder med såvel almen praksis som sygehussektoren. I speciallægepraksis tilbydes patienterne behandling af høj klinisk faglighed, sammenhængende forløb, og de møder den samme behandler hver gang.

Neurologisk speciallægepraksis kan udrede de fleste ikke-akutte neurologiske patienter på hovedfunktionsniveau. De fleste patienter udredes og færdigbehandles i speciallægepraksis, og de resterende viderehenvises til neurologiske sygehusafdelinger, såfremt det er en lidelse, der kræver regional- eller højt specialiseret funktion. Derudover kan neurologisk speciallægepraksis henvise til scanninger, blodprøver, EKG, rygmarvsvæskeprøve, neurofysiologiske undersøgelser med mere på sygehusene.

Patientgrupper med neurologiske sygdomme på hovedfunktionsniveau som for eksempel ukompliceret epilepsi, Parkinsons sygdom, hovedpine og smertetilstande, kan potentielt varetages i

neurologisk speciallægepraksis. Disse patienter på hovedfunktionsniveau, som i dag er tilknyttet neurologiske sygehusafdelinger, vil kunne varetages i speciallægepraksis, hvorved sygehusafdelingerne vil blive aflastet og få bedre mulighed for at fokusere på at levere højt specialiseret behandling. Samarbejdet mellem neurologiske sygehusafdelinger og speciallægepraksis bør udvikles med fokus på en hensigtsmæssig opgavedeling og gode patientforløb.

Der er sammenhængende patientforløb mellem sygehuse og speciallægepraksis ved for eksempel Parkinsons sygdom, hvor patienter i den fremskredne fase af sygdommen vurderes i specialambulatorier. Dette med henblik på avanceret behandling, for eksempel hjernestimulering eller medicinpumpe, eller optimering af den medicinske behandling, hvorefter patienterne fortsætter deres behandlingsforløb i neurologisk speciallægepraksis.

Derudover er der mulighed for, at en stor andel af de voksne epilepsipatienter, der i dag behandles på neurologiske sygehusafdelinger, ville kunne varetages i neurologisk speciallægepraksis.

De praktiserende speciallæger i neurologi rådgiver de alment praktiserende læger ved neurologiske problemstillinger. Herudover er der telefonisk og skriftlig konferering med læger på de neurologiske afdelinger.

Neurologisk speciallægepraksis deltager i dag og vil også i fremtiden deltage i videnskabelige aktiviteter. I takt med at flere opgaver på hovedfunktionsniveau i fremtiden vil blive løst i neurologisk speciallægepraksis, vil der være et stigende behov for, at speciallægepraksis bistår med at finde og rekruttere patienter til videnskabelige projekter i samarbejde med andre aktører. Neurologisk speciallægepraksis er en vigtig samarbejdspartner i videnskabelige aktiviteter og kan inddrages i konkrete forskningsprojekter.

Coronapandemien har afdækket et behov for at udvikle nye måder at samarbejde på i sundhedsvæsenet. Speciallægepraksis deltager aktivt i at finde nye samarbejdsformer for at aflaste almen praksis og sygehusafdelinger i deres arbejde til fordel for patienter og sundhedsvæsenet. Dette er sket ved for eksempel udlægningsaftalen, hvor sygehusafdelingerne har mulighed for at blive aflastet ved at henvise patienter til udredning og behandling i speciallægepraksis.

### Aktuel status og kapacitet

Den samlede kapacitet i neurologisk speciallægepraksis udgør 36. Kapaciteten er fordelt på 34 fuldtidskapaciteter og 6 deltidskapaciteter. Tabel 1 viser, at kapaciteten er størst i Region Hovedstaden og mindst i Region Nordjylland.

**Tabel 1:** Kapacitet i neurologisk speciallægepraksis pr. 1. januar 2022

Region	Kapacitet	Antal fuldtidskapaciteter	Antal deltidskapaciteter
Hovedstaden	12,66	11	5
Sjælland	5	5	
Midtjylland	7,33	7	1
Syddanmark	9,00	9	
Nordjylland	2,00	2	
Total	36	34	6

Kilde: Notus Regional pr. 1. januar 2022

Tabel 2 viser, at der i 2021 blev behandlet 54.464 unikke patienter i neurologisk speciallægepraksis. Det samlede antal behandlede patienter er steget med 5 % fra 2019 til 2021. Det bemærkes, at coronapandemien i 2020 og 2021 kan have haft indflydelse på behandlingsfrekvensen. Det fremgår af tabel 2, at det især er i Region Nordjylland og Region Sjælland, at der er sket en stigning i antallet af behandlede patienter.

**Tabel 2:** Antal behandlede patienter i neurologisk speciallægepraksis i perioden 2019- 2021

Yders praksisregion	2019	2020	2021	Udvikling 2019-2021
Hovedstaden	17.895	18.302	18.484	3%
Midtjylland	13.965	13.646	13.189	-6%
Nordjylland**	1.867	1.840	3.234	73%
Sjælland	8.269	8.540	9.239	12%
Syddanmark***	9.822	9.899	10.470	7%
<b>Total*</b>	<b>51.686</b>	<b>52.050</b>	<b>54.464</b>	<b>5%</b>

Kilde: Regionernes afregningsdata

\*Antal patienter er baseret på unikke cpr-numre og tæller kun med én gang i totalen.

\*\* Region Nordjylland har udvidet med én fuldtidskapacitet pr. 1. marts 2021.

\*\*\* Region Syddanmark har konverteret 2 deltidspaksis til fuldtidspaksis i 2021.

Det fremgår af tabel 3, at det samlede antal ydelser i neurologisk speciallægepraksis er steget med 7 % fra 2019 til 2021. Antallet af patienter er i samme periode steget med 5 %, mens det gennemsnitlige antal ydelser pr. patient har ligget stabilt.

**Tabel 3:** Udvikling i antal ydelser og bruttohonorar i neurologisk speciallægepraksis fra 2019-2021

	2019	2020	2021**&***	Udvikling 2019-2021
<b>Antal ydelser*</b>	140.053	145.468	149.577	7%
<b>Gns. ydelser pr. patient</b>	2,71	2,79	2,75	1%
<b>Antal patienter</b>	51.686	52.050	54.464	5%
<b>Samlet bruttohonorar (kr.)****</b>	78.456.908	80.877.106	84.421.405	8%
<b>Bruttohonorar pr. patient****</b>	1.518	1.554	1.550	2%

Kilde: Regionernes afregningsdata

\*Tabellen er opgjort i henhold til overenskomstens ydelser. Tabellen indeholder ikke registreringskoderne 1015-1024, men konsultationen der er tilknyttet registreringskoden, er indeholdt i tabellen

\*\*Region Nordjylland har udvidet med én fuldtidskapacitet pr. 1. marts 2021.

\*\*\* Region Syddanmark har konverteret 2 deltidspaksis til fuldtidspaksis i 2021.

\*\*\*\*Tallene er opgjort i faste priser, oktober 2021 – niveau

Det fremgår af tabel 4, at 72 % af patienterne får mellem 1 og 3 konsultationer i løbet af behandlingen. Endvidere viser tabellen, at 9 % af patienterne modtager 8 konsultationer eller derover.

**Tabel 4:** Antal konsultationer pr. (unik) patient i et neurologisk behandlingsforløb, 2019-2021

Antal konsultationer	Antal unikke patienter	Procentfordeling	Akkumuleret procentfordeling
1 konsultation	33.821	30	30
2 konsultationer	30.481	27	58
3 konsultationer	16.083	14	72
4 konsultationer	8.903	8	80
5 konsultationer	5.639	5	85
6 konsultationer	3.718	3	88
7 konsultationer	2.687	2	91
8 konsultationer	1.980	2	93
9 konsultationer	1.595	1	94
10 konsultationer	1.312	1	95
11 konsultationer	1.058	1	96
12 konsultationer	824	1	97
13 konsultationer	3.451	3	100
Unikke CPR i alt	111.552		

Note: Antallet af konsultationer tælles fra patientens første 1. konsultation (ydelse 0110) til sidste konsultation i 2021. Patientens første 1. konsultation kan både finde sted i 2019, 2020 og 2021.

Note: Konsultationer er ydelserne 0105, 0106, 0107, 0110, 0120, 0121, 0130, 0131, 0201

Note: En telefonkonsultation regnes som 1/3 senere konsultation.

Det fremgår af tabel 5, at 96 % af de patienter, der fik en 1. konsultation i løbet af kalenderåret 2020, modtog op til 6 konsultationer indenfor 12 på hinanden følgende måneder.

**Tabel 5** Antal konsultationer i løbet af 12 måneder pr. (unik) patient, 2020-2021

Interval	Antal unikke patienter	Procentfordeling	Akkumuleret procentfordeling
1 konsultation	15.524	39	39
2 konsultationer	11.477	29	67
3 konsultationer	5.765	14	82
4 konsultationer	3.085	8	90
5 konsultationer	1.714	4	94
6 konsultationer	955	2	96
7 konsultationer	617	2	98
8 konsultationer	329	1	99
9 konsultationer	201	1	99
10 konsultationer	134	0	99
11 konsultationer	95	0	100
12 konsultationer	43	0	100
13 konsultationer	70	0	100
Antal unikke CPR i alt	40.009		

Note: Antallet af konsultationer tælles fra patientens første 1. konsultation (ydelse 0110) og 12 måneder frem. Patientens første 1. konsultation skal finde sted i 2020. Kun patienter, der har haft én enkelt 1. konsultation i løbet af 12 måneder indgår.

Note: Konsultationer er ydelserne 0105, 0106, 0107, 0110, 0120, 0121, 0130, 0131, 0201.



Note: En telefonkonsultation regnes som 1/3 senere konsultation.

Note: Arbejdsgruppen har sammenlignet tallene med tidligere år og disse viser samme billede som ovenfor.

Det ses af tabel 6, at 65 % af patienterne har et forløb i neurologisk speciallægepraksis af op til 90 dages varighed.<sup>14</sup>

**Tabel 6** Behandlingsvarighed pr. (unik) patient, 2019-2021

Interval	Antal unikke patienter	Procentfordeling	Akkumuleret procentfordeling
<b>0 dage (kun én konsultation)</b>	33.913	30	30
<b>1 dag</b>	288	0	31
<b>2-90 dage</b>	38.620	35	65
<b>91-180 dage</b>	14.878	13	79
<b>181-360 dage</b>	10.609	10	88
<b>361-730 dage</b>	8.491	8	96
<b>731-1461 dage</b>	4.753	4	100
<b>Unikke CPR i alt</b>	111.552		

Note: Varigheden tælles fra patientens første 1. konsultation (ydelse 0110) til sidste konsultation i 2021. Patientens 1. konsultation kan finde sted i både 2019, 2020 og 2021.

Note: Konsultationer er ydelserne 0105, 0106, 0107, 0110, 0120, 0121, 0130, 0131, 0201.

Note: En telefonkonsultation regnes som 1/3 senere konsultation.

---

<sup>14</sup> Tabellen viser ikke det fulde billede for patienter, der har påbegyndt behandling i 4. kvartal 2021.

## Kapitel 4 – Uddannelse

### Uddannelse til speciallæge i neurologi

De gældende krav for at opnå speciallægeanerkendelse i neurologi findes i den til enhver tid aktuelle målbeskrivelse for neurologi på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.<sup>15</sup>

Det neurologiske speciale omfatter undersøgelse, diagnostisk, medicinsk behandling, palliation, neurorehabilitering samt forebyggelse hos patienter med sygdomme i hjerne, rygmarv, nerver og muskler. Sygdommene kan være medfødte eller erhvervede som følge af vaskulær, neoplastisk, infektiøs, traumatisk eller toksisk skade, immunologisk grundsygdom eller udtryk for en degeneration af anden årsag.

Den neurologiske speciallægeuddannelse er sammensat af en 1-årig introduktionsuddannelse og en 4-årig hoveduddannelse. Hele speciallægeuddannelsen finder sted i sygehusregi. Det neurologiske speciale har en klinisk og teoretisk tæt relation til neurokirurgi, psykiatri, otologi, oftalmologi samt diagnostiske fagområder som neuroradiologi, neuropatologi, klinisk fysiologi/nuklearmedicin og klinisk neurofysiologi.

Efter opnået speciallægeanerkendelse i neurologi vil langt de fleste subspecialisere sig inden for et neurologisk sygdomsområde som for eksempel hovedpine, epilepsi, bevægeforstyrrelser, nervebetændelse, muskelsygdomme eller vaskulære sygdomme i hjernen. Denne subspecialisering kan for eksempel vedrøre indlagte patienter på apopleksiafsnit eller specialambulatorier.

En stor del af den neurologiske speciallægeuddannelse baserer sig på mesterlære, så det er en naturlig del af uddannelsen at give såvel som at modtage supervision.

### Fokuseret uddannelsesophold i speciallægepraksis

Specialet neurologi varetages både på sygehuse og i speciallægepraksis. Patientpopulationerne i de to sektorer er ret forskellige, og speciallæger i praksis er generalister, som varetager neurologisk behandling på hovedfunktionsniveau.

I neurologisk speciallægepraksis ønsker man at kunne tilbyde fokuserede uddannelsesophold som led i speciallægeuddannelsen for kommende speciallæger i neurologi. Det fokuserede uddannelsesophold vil give klinisk indsigt i mere generel neurologi på hovedfunktionsniveau som supplement til den øvrige uddannelse på sygehusene.

### Videreuddannelse af speciallæger

Det er muligt at påbegynde en fagområdeuddannelse i klinisk neurofysiologi efter afsluttet speciallægeuddannelse i neurologi. Varigheden af denne er ca. 2 ½ år. Der findes ikke anden mulighed for fagområdeuddannelse indenfor neurologi.

### Efteruddannelse

Det er væsentligt, at speciallægen kontinuerligt udbygger og vedligeholder kliniske færdigheder og teoretisk viden. Speciallæger i praksis holder sig fagligt ajour og anvender accepterede og tidssvarende metoder og tekniske løsninger ved udredning, behandling og opfølgning. Alle

---

<sup>15</sup> <https://www.sst.dk/da/Viden/Uddannelse/Uddannelse-af-speciallaeger/Maalbeskrivelser>

speciallægepraksis udvikler løbende relevante kompetencer gennem efteruddannelse for såvel speciallæger som andre faggrupper i speciallægepraksis. Udnyttelse af kollegiale netværk til *peer to peer*-uddannelse, faglige møder i det nationale faglige selskab og gennem specialeorganisationen Danske Nerve lægers Organisation (DNO) er muligheder for optimering og ensretning af faglige tiltag.

Den enkelte speciallæge har i henhold til Overenskomst om Speciallægehjælp mulighed for at søge refusion for otte dages efteruddannelse pr. år via Fonden for Faglig Udvikling af Speciallægepraksis. Derudover kan speciallægen i perioden 01-04-2022 til 31-03-2026 deltage i yderligere to kompetencedage, der er reserveret til kompetenceudvikling af speciallægerne i forbindelse med arbejdet med kvalitet indenfor en række områder, og de er knyttet til kvalitetstiltag iværksat i regi af eKVIS.

Der bør tilstræbes udvikling af en tættere dialog mellem speciallægepraksis og sygehusafdelinger. Dette kan gennemføres ved fælles kliniske konferencer, læringsbesøg og lokale kurser. Dette vil medføre en styrkelse af det tværsektorielle samarbejde og medvirke til at sikre et sammenhængende sundhedsvæsen. Vilklårene for interkollegial uddannelse og kurser vil skulle aftales lokalt.

Speciallæger i neurologi forventes aktivt at indhente kunnen og faglig viden ved deltagelse i nationale og internationale uddannelsestilbud. DNO organiserer selv faglige møder.

Speciallæger har mulighed for at udføre forskning i og om speciallægepraksis. Forskningsresultater skal publiceres i speciallægesektoren for at bidrage til kompetence- og kvalitetsudvikling.

## Kapitel 5 – Kvalitet

### Kvalitet og service i speciallægepraksis

Kvalitetsudvikling i alle speciallægepraksis er et fælles ønske fra overenskomstens parter, og arbejdet med kvalitetsudvikling i speciallægepraksis er vigtigt for at sikre, at patienterne modtager relevant og sikker udredning og behandling af høj, ensartet kvalitet.

Kvalitetsarbejdet skal understøtte en kontinuerlig og hensigtsmæssig faglig udvikling i speciallægepraksis med henblik på at fastholde høj kvalitet i de enkelte ydelser og sikre, at anvendelse af nye udrednings- og behandlingsmetoder samt ny teknologi løbende implementeres i speciallægepraksis. Det indebærer, at der er fokus på de praktiserende speciallægers muligheder for at tilegne sig nye kompetencer gennem efter- og videreuddannelse. Hertil kommer, at der i forbindelse med implementeringen af nye metoder og teknologi skal være en faglig afklaring af, om der skal stilles særlige krav og i givet fald hvilke. Det vil være specifikt for hvert enkelt speciale.

Akkrediteringen med to surveyrunder i perioden 2015 – 2021 har givet speciallægepraksis et godt grundlag i forhold til arbejdet med patientsikkerhed og den organisatoriske kvalitet, som fortsat er en vigtig del af arbejdet med kvalitet. Endvidere er der fokus på at understøtte patientinddragelse med patientrapporterede oplysninger (PRO) som et velegnet værktøj. Der er ikke på nuværende tidspunkt PRO-projekter i neurologisk speciallægepraksis.

### Kvalitetsklynger

Det er i overenskomsten mellem FAPS og RLTN aftalt, at der indenfor alle specialer etableres kvalitetsklynger. Det primære formål er at understøtte udviklingen af det kliniske kvalitetsarbejde gennem speciallægenes faglige sparring og fælles dialog. Klyngernes omdrejningspunkt er at etablere rammer, som understøtter de praktiserende speciallægers arbejde med datadrevet kvalitet. Klyngerne forventes at arbejde med emner bredt indenfor kvalitetsarbejdet, det vil sige, at det kan være relevant at have fokus på både klinisk kvalitet, patientoplevelse kvalitet og organisatorisk kvalitet. Alle praktiserende speciallæger skal være registreret og deltage i klyngens aktiviteter inden udgangen af 2023.

### Datadrevet kvalitetsudvikling

Kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis skal være datadrevet i det omfang, det er muligt. Data skal bidrage til at identificere, sammenligne og monitorere kvaliteten i speciallægepraksis.

Sentinel er det værktøj, som bruges til at samle og genbruge strukturerede data fra journalsystemerne i speciallægepraksis, og det er obligatorisk at anvende Sentinel i klinikken. Sentinel indsamler data fra den enkelte praktiserende speciallæge til brug for projekter i specialerne, men kan derudover sikre, at der leveres data til nationale kliniske databaser, hvor det er relevant.

Diagnosekodning er implementeret i specialerne og er en væsentlig forudsætning for det data-drevne kvalitetsarbejde. Diagnosekoderne har flere formål. De kan aggregeres på klinik-, regions- og specialniveau og på den måde give viden om, hvilke typer patienter der udredes og behandles. Samtidig er diagnosekoden med til at identificere de patientforløb, som skal indgå i kvalitetsarbejdet – herunder også på klynge niveau.

## Klinisk kvalitet

Kvalitetsarbejdet sætter fokus på, at udredning og behandling så vidt muligt skal bygge på evidens. Derfor arbejder speciallægepraksis ud fra den til enhver tid eksisterende relevante evidens, og praktiserende speciallæger er således forpligtet til at følge relevante nationale kliniske retningslinjer, referenceprogrammer, faglige guidelines etc. Det indebærer, at praktiserende speciallæger også skal rapportere til relevante, godkendte nationale kliniske databaser.

Hvor der ikke er evidens, kan der skabes en fælles best clinical practice (faglig konsensus) for speciallægepraksis. Dette skabes eksempelvis via udvikling af kliniske indikatorer og faglig monitoring, der medvirker til at skabe evidens for sygdomsområder og patientgrupper, som i særlig grad er dominerende i speciallægepraksis indenfor de enkelte specialer. I udarbejdelsen af de kliniske indikatorer vil relevante videnskabelige selskaber, faglige organisationer og regionerne medvirke i det omfang, de ønsker.

## Kliniske kvalitetsdatabaser

Der er på nuværende tidspunkt ingen kliniske kvalitetsdatabaser, som praktiserende speciallæger i neurologi er forpligtet til at indberette til.

## Kapitel 6 – Overenskomstmæssige forhold

I dette kapitel beskrives anvendelse af lokalaftaler i regionerne samt forslag til overenskomstmæssige ændringer i forbindelse med moderniseringen af specialt neurologi.

### Lokalaftaler

Der er i regionerne indgået lokalaftaler i henhold til overenskomstens § 66 foruden øvrige lokalaftaler udenfor speciallægenes overenskomst.

Der er i Region Syddanmark indgået en § 66 aftale med to neurologer om, at minimum 20 % af deres konsultationer skal være til udredning og behandling af hovedpinepatienter.

Region Syddanmark har indgået en generel aftale gældende for alle praktiserende speciallæger vedrørende kompensation for tabt arbejdsfortjeneste i forbindelse med deltagelse i udvalg og arbejdsgrupper samt møder og konferencer.

Region Syddanmark har yderligere en generel aftale om praktiserende speciallægers og klinikpersonales efteruddannelse på sygehuse og sygehusansatte speciallægers ophold i speciallægepraksis samt alment praktiserende lægers og klinikpersonales ophold i speciallægepraksis.

### Limitering/henvisningsregler

Arbejdsgruppen skal ifølge kommissoriet belyse de faglige aspekter af en mulig ensretning af reglerne om henvisning til fortsat behandling.

På nuværende tidspunkt omfatter en henvisning til neurologi maksimalt syv konsultationer inden for 12 på hinanden følgende måneder. Efter fornyet henvisning kan behandlingen jævnfør kapitel 9, § 4, stk. 1 udstrækkes til i alt 12 konsultationer inden for 12 på hinanden følgende måneder. Limiteringsmæssigt regnes både en telefonkonsultation og e-mail-konsultation som 1/3 konsultation.

Der er faglig enighed om, at det giver mening at ensrette henvisningsreglerne i forhold til de generelle henvisningsregler, således at en henvisning maksimalt omfatter honorering af i alt seks konsultationer. Af disse seks konsultationer kan der kun afregnes én 1. konsultation. Dette gælder uanset hvor lang tid, der går mellem disse seks konsultationer. Hvor såvel speciallæge som patientens alment praktiserende læge anser en fortsat behandling for lægelig nødvendig, vil speciallægebehandlingen undtagelsesvis kunne fortsætte ud over den for specialt gældende limitering. Den alment praktiserende læges tilslutning skal foreligge i form af fornyet henvisning med påtegning om, at der er tale om fortsat behandling, jævnfør overenskomstens § 23, stk. 2.

Da patienter med Parkinsons sygdom går i lange forløb i neurologisk speciallægepraksis, foreslår arbejdsgruppen, at der ikke er en limitering på antallet af konsultationer for patienter med Parkinsons sygdom.

### Videokonsultationer

Parterne skal efter anmærkningen til overenskomstens § 45d tage stilling til, om det er relevant at

anvende videokonsultation ved 1. konsultation. I arbejdsgruppen er der ud fra en faglig vurdering enighed om at anbefale, at der ikke indføres mulighed for at benytte videokonsultation ved 1. konsultation, hvis limiteringen ændres som foreslået af arbejdsgruppen.

I arbejdsgruppen er der enighed om, at hvis limiteringen ikke ændres, giver det fagligt mening at kunne benytte videokonsultation ved 1. konsultation for allerede kendte patienter, der får ny henvisning til udredning- og behandling<sup>16</sup>.

### Ændringer vedrørende udvidet henvisning

I henhold til Overenskomst om speciallægehjælp § 28, stk. 4, kan praktiserende speciallæger i Region Hovedstaden og Region Midtjylland henvise til specialet radiologi i speciallægepraksis. Denne henvisningsret gælder alene for de førnævnte regioners egne borgere, som er bosiddende i henholdsvis Region Hovedstaden og Region Midtjylland.

Praktiserende speciallæger i neurologi kan henvise direkte til fysioterapeuter, der har tiltrådt overenskomsterne om henholdsvis almindelig og vederlagsfri fysioterapi.

Herudover kan neurologiske speciallæger i dag ikke henvise direkte til andre praksisspecialer. Ved behov skal patienten via egen læge have en henvisning til behandling hos for eksempel en praktiserende speciallæge i reumatologi.

Arbejdsgruppen skal i henhold til kommissoriet samt med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens specialevejledning på hovedfunktionsniveau drøfte relevansen af at lade praktiserende neurologer henvise direkte til praktiserende speciallæger i ortopædkirurgi, intern medicin (kardiologi), reumatologi og psykiatri.

Vedrørende henvisning til praktiserende speciallæge i psykiatri foreslår arbejdsgruppen, at almen praksis fortsat er tovholder for patienten, hvorfor vurderingen og eventuel viderehenvisning foretages af egen læge. Arbejdsgruppen foreslår derfor, at der ikke åbnes op for muligheden for at henvise direkte til praktiserende speciallæger i psykiatri.

Med moderniseringen af specialet neurologi anbefaler arbejdsgruppen, at praktiserende neurologer kan henvise direkte til praktiserende speciallæger i intern medicin (kardiologi), ortopædkirurgi og reumatologi, når det sker som led i specialets egen udredning. Speciallægen skal i henhold til § 27, stk. 1 sende meddelelse til henvisende læge, således at tovholderfunktionen understøttes.

Henvisning til ortopædkirurg er for eksempel relevant for patienter med smerter i skuldre, led eller ankelled samt senesmerter. Derudover kan det være relevant, at patienter vurderes for nerveindklemning, for eksempel carpaltunnel, ulnaris tryk, tarsaltunnel og peroneusnervepåvirkning.

Henvisning til intern mediciner (kardiologi) er for eksempel relevant for patienter med hjertebevisvær, svimmelhed, hjertemislyde, vasovagale anfald, mistanke om cardiell forårsaget apopleksi, forbigående cirkulationsforstyrrelser i hjerne samt rytmeforstyrrelser.

---

<sup>16</sup> Dette afsnit udgår, hvis den faglige anbefaling om at ændre limiteringen gennemføres.

Henvisning til reumatolog er for eksempel relevant for patienter med smerter fra hvirvelsøjle, nakke og lændesmerter samt smerter fra andre muskler i lænd og omkring led. Herudover ved mistanke om reumatologisk sygdom, som årsag til gener eller diffuse smertetilstande og mistanke om fibromyalgi.

#### Rekvisition af lægemidler

Der er ikke etableret en rekvisitionsordning for neurologisk speciallægepraksis.

Arbejdsgruppen vurderer ikke, at det er relevant for praktiserende neurologer at rekvirere lægemidler på nuværende tidspunkt.



## Kapitel 7 – Arbejdsgruppens anbefalinger

Arbejdsgruppen har med udgangspunkt i kommissoriet drøftet og belyst en række faglige problemstillinger indenfor specialet neurologi. Drøftelserne af disse er beskrevet i nærværende kapitel, og arbejdsgruppen har desuden foretaget en revision af ydelsesbeskrivelserne for specialet neurologi, som fremgår af kapitel 8.

For at tydeliggøre, hvilke patientgrupper der behandles i neurologisk speciallægepraksis, anbefaler arbejdsgruppen, at der indføres en række tillægsydelser for de patientgrupper, der typisk ses i neurologisk speciallægepraksis.

### Udredning og behandling af hovedpine

Hovedpinepatienter udgør en stor del af patienterne i neurologisk speciallægepraksis. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der indføres to nye ydelser vedrørende hovedpine for henholdsvis udredning og behandling. Der anvendes hovedpinedagbog som redskab i diagnosticeringen i ydelsen om udredning af hovedpine. Ydelsen behandling af hovedpine anvendes til monitorering af allerede opstartede hovedpinebehandlingsforløb, hvor typen af hovedpine er kendt. I behandlingsydelsen anvendes en hovedpinekalender til monitorering af behandlingen.

Arbejdsgruppen har endvidere drøftet muligheden for, at praktiserende speciallæger i neurologi kan tilbyde avanceret hovedpinebehandling med botulinumtoksin og CGRP-antistoffer. Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at tilbyde disse behandlinger, da botulinumtoksinbehandling er forbeholdt regionsfunktionsniveau og CGRP-antistoffer ikke kan ordineres i neurologisk speciallægepraksis jævnfør Sundhedsstyrelsen.

På nuværende tidspunkt anbefaler Medicinrådet CGRP-antistoffer som 3. valgsbehandling, hvor man tidligere ville tilbyde behandling med botulinumtoksin.

Arbejdsgruppen anbefaler, at parterne drøfter muligheden for at indføre en ydelse og rekvisitionsordning for avanceret hovedpinebehandling med CGRP-antistoffer, botulinumtoksin eller lignende, når/hvis det bliver fagligt muligt at tilbyde disse behandlinger i neurologisk speciallægepraksis.

### Udredning og behandling af epilepsi

Arbejdsgruppen har drøftet muligheden for at oprette forløbsydelser for epilepsi i henhold til kommissoriet. Eftersom epilepsiforløb er meget individuelle, vurderer arbejdsgruppen ikke, at en forløbsydelse er realiserbar. I stedet anbefaler arbejdsgruppen, at der etableres to separate tillægsydelser for henholdsvis udredning for epilepsi og for behandling af epilepsi.

### Udredning og opfølgning/behandling af Parkinsons sygdom

Patienter med Parkinsons sygdom går i langvarige forløb i neurologisk speciallægepraksis. Sygdommen er langsomt fremadskridende med tilstødende behandlingskrævende komplikationer. Arbejdsgruppen anbefaler, at der indføres en ny ydelse for vedligeholdelsesbehandling af Parkinsons sygdom. For at smidiggøre patientforløbet, anbefaler arbejdsgruppen, at der ikke er limitering på antallet af konsultationer på henvisninger for denne patientgruppe.

## Demens

Arbejdsgruppen har med udgangspunkt i kommissoriet drøftet muligheden for at oprette en ydelse for udredning af demens. Selvom gruppen af demenspatienter forventes at stige, er de tværfaglige krav, som stilles til behandlingen, af en sådan karakter, at demensudredning ikke skal tilbydes i neurologisk speciallægepraksis. Arbejdsgruppen anbefaler i stedet, at indføre ydelsen Hukommelsestest til brug for personer med Parkinsons sygdom samt personer med uspecificerede kognitive gener uden umiddelbar mistanke om demens.

## Andre væsentlige sygdomsgrupper

Arbejdsgruppen har drøftet en række ydelser, udover ovennævnte, der kan bidrage til at tydeliggøre arbejdet, der udføres i neurologisk speciallægepraksis. Arbejdsgruppen anbefaler, at følgende ydelser indføres

- Ydelse for udredning for slagtilfælde/stroke (apopleksi) og forbigående blodpropper i hjernen (TCI) efter den akutte fase
- Ydelse for vedligeholdelsesbehandling af neuropati
- Ydelse for følger efter hovedtraume og hjernerystelse
- Ydelse for stillingsbetinget blodtryksmåling (Ortostatisk blodtryksmåling).

Arbejdsgruppen har drøftet nedenstående ydelser, men vurderer, at ydelserne ikke er relevante at indføre

- Ydelse for udredning og behandling ved særlige smertetilstande. Denne ydelse anbefales ikke oprettet som en særskilt ydelse, da arbejdsgruppen vurderer, at behandlingen er indeholdt i de øvrige ydelser
- Ydelse for behandling for søvnforstyrrelser. Speciallægepraksis varetager en visiterende funktion for patienter med andre søvnproblematikker end søvnapnø. Behandling af søvnforstyrrelser anbefales dog ikke oprettet som en særskilt ydelse, da det efter specialevejledning er en forudsætning, at cardiorespiratorisk monitorering udføres i et formaliseret samarbejde med regionsfunktion.
- Ydelse for ultralydsscanning ved undersøgelse for carpaltunnelsyndrom. Arbejdsgruppen vurderer, at patientvolumen ikke er tilstrækkeligt til at indføre ydelsen i neurologisk speciallægepraksis.

## Samarbejde mellem speciallægepraksis og sygehuse

Arbejdsgruppen har drøftet et gensidigt ønske om mere samarbejde mellem sygehuse og speciallægepraksis. Arbejdsgruppen anbefaler, at dette kan drøftes lokalt mellem praktiserende speciallæger og neurologiske sygehusafdelinger.

## Neurokirurgi

Der er i dag ingen speciallæger i neurokirurgi i speciallægepraksis. Arbejdsgruppen anbefaler, at ydelserne vedrørende neurokirurgi nedlægges.

## Eksisterende rammedelinger

Arbejdsgruppen har drøftet de eksisterende rammedelinger. Arbejdsgruppen anbefaler, at ydelserne vedrørende EEG nedlægges, da disse ydelser ikke længere må udføres på hovedfunktionsniveau jævnfør gældende specialevejledning<sup>17</sup>. Arbejdsgruppen anbefaler, at ydelserne vedrørende ultralydsskanning, ENG nervehastighedsundersøgelse samt botulinumtoxinbehandling inkl. ultralyd udgår, da det nødvendige patientvolumen i speciallægepraksis ikke er tilstrækkelig.

## Henvisingens limitering og fortsat behandling

I neurologisk speciallægepraksis modtog 96 % af de patienter, der fik en 1. konsultation i løbet af kalenderåret 2020, 1-6 konsultationer indenfor 12 på hinanden følgende måneder.<sup>18</sup> Arbejdsgruppen finder, at der er faglig overensstemmelse mellem overenskomstens generelle limitering og limiteringsbehovet i neurologisk speciallægepraksis. Arbejdsgruppen anbefaler derfor at ensrette reglerne for henvisning med reglerne i overenskomstens generelle del, som betyder, at neurologispecialisten får en henvisning, som omfatter honorering af seks konsultationer. Heraf afregnes én som 1. konsultation. Dette gælder, uanset hvor lang tid der går mellem disse seks konsultationer.

Arbejdsgruppens faglige anbefaling er, at bestemmelsen om henvisning til fortsat behandling i overenskomstens specielle del, kapitel 9, § 4 udgår og i stedet erstattes af bestemmelserne i den generelle overenskomst.

Personer med Parkinsons sygdom går i langvarige forløb i neurologisk speciallægepraksis. Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at behandlingsforløbet for Parkinsons sygdom gøres ulimiteret.

## Udvidet henvisning

Arbejdsgruppen har drøftet muligheden for henvisning til specialerne psykiatri, intern medicin (kardiologi), ortopædkirurgi og reumatologi. Med moderniseringen af specialisten neurologi anbefaler arbejdsgruppen, at praktiserende neurologer kan henvise direkte til praktiserende speciallæger i intern medicin (kardiologi), ortopædkirurgi og reumatologi, når det sker som led i specialisten egen udredning. Speciallægen skal i henhold til § 27, stk. 1 sende meddelelse til henvisende læge, således at tovholderfunktionen understøttes.

Henvisning til ortopædkirurg er for eksempel relevant for patienter med smerter i skuldre, led eller ankelled samt senesmerter. Derudover kan det være relevant, at patienter vurderes for nerveindklemning, for eksempel carpaltunnel, ulnaris tryk, neuropati, tarsaltunnel og peroneusnervepåvirkning.

Henvisning til intern mediciner (kardiologi) er for eksempel relevant for patienter med hjertebevisvær, svimmelhed, hjertemislyde, vasovagale anfald, mistanke om cardiell forårsaget apopleksi, forbigående cirkulationsforstyrrelser i hjerne samt rytmeforstyrrelser.

---

<sup>17</sup> Specialevejledning for Neurologi 22. juli 2021.

<sup>18</sup> Henvisning til tabel 5 i kapitel 3.

Henvielse til reumatolog er for eksempel relevant for patienter med smerter fra hvirvelsøjle, nakke og lændesmerter samt smerter fra andre muskler i lænd og omkring led. Herudover ved mistanke om reumatologisk sygdom, som årsag til gener eller diffuse smertetilstande og mistanke om fibromyalgi.

Vedrørende psykiatrien anbefaler arbejdsgruppen, at almen praksis fortsat er tovholder for patienten, hvorfor vurderingen og eventuel viderehenvielse foretages af egen læge.

### Videokonsultationer

I arbejdsgruppen er der ud fra en faglig vurdering enighed om at anbefale, at der ikke indføres mulighed for at benytte videokonsultation ved 1. konsultation, hvis limiteringen ændres til den af arbejdsgruppen forslåede.

I arbejdsgruppen er der enighed om, at hvis limiteringen ikke ændres, giver det fagligt mening at kunne benytte videokonsultation ved 1. konsultation for allerede kendte patienter, der får ny henvisning til udredning og behandling.

### Rekvirering af lægemidler

Arbejdsgruppen vurderer ikke, at det på nuværende tidspunkt er relevant for praktiserende neurologer at rekvirere lægemidler.

### Ydelser, der udgår, som følge af revision af ydelseskataloget

Ydelse 0106 - 2. og senere e-mail konsultation samme dag

Ydelse 0121 – Udvidet 2. konsultation

Ydelse 0131 – Udvidet senere konsultation

Ydelse 0107 – E-mail konsultation, diagnostik (neurokirurgi)

Ydelse 0207 – Telefonisk rådgivning til praktiserende læge (neurokirurgi)

Ydelse 0210 – 1. konsultation (neurokirurgi)

Ydelse 0220 – 2. konsultation (neurokirurgi)

Ydelse 0230 – 3. konsultation (neurokirurgi)

Ydelse 0301 – Telefonkonsultation (neurokirurgi)

Ydelse 5001 – EEG

Ydelse 5002 – EEG med søvnkurve

Ydelse 5003 – ENG Nervehastighedsundersøgelse

Ydelse 5004 – Botulinumtoxinbehandling inkl. ultralyd

Ydelse 5005 – Ultralydsskanning

## Kapitel 8 – Ydelsesbeskrivelser

### Eksisterende ydelser

<b>Ydelse 0110</b>	<b>1. konsultation</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende konsultationsydelse
Målgruppe/ indikation	Første konsultation for en henvist patient i et undersøgelses- og eventuelt behandlingsforløb i neurologisk speciallægepraksis.
Undersøgelse/ behandling	<p>Patient og eventuelle pårørendes første fremmøde i praksis inkluderer journaloptagelse med fokus på det, som patienten henvises for.</p> <p>I konsultationen spørges ind til allergi, tidligere/andre lidelser, familiære dispositioner, ekspositioner, øvrige organsystemer, alkohol, rygning, medicinforbrug, familiære og arbejdsmæssige forhold. Hvis relevant gennemgås patientregistreringer og andet materiale.</p> <p>Der foretages en objektiv neurologisk undersøgelse. Patienten informeres om fund ved den objektive undersøgelse, samt de mulige diagnoser.</p> <p>Patienten informeres om prognostiske forhold, herunder om der er tale om forbigående, recidiverende eller kronisk lidelse.</p> <p>Stilles der diagnose, informeres patienten om behandlingsmuligheder.</p> <p>Ved opstart af medicinsk behandling informeres om 1) forventet effekt, 2) eventuelle bivirkninger, 3) korrekt dosering samt 4) tidspunkt for medicinindtag og fødeindtag. Behandlingsalternativer gennemgås og strategi for evaluering af effekt beskrives, og hvordan dette registreres.</p> <p>Gennemgang af ikke-medicinske behandlingsstrategier, herunder kirurgisk, eller observerende, afventende behandling for at se, hvordan tilstanden udvikler sig.</p> <p>Ved ikke-medicinsk behandling rådgives om livsstilsændringer, god søvnhygiejne, forebyggelse af nakke-/muskelspændinger og eventuel mulighed for kirurgisk behandling. Hvis det er relevant, henvises der til anden behandler.</p> <p>Hvor relevant, udredes patienten med eventuel udfærdigelse af blodprøverekvisition, henvisning til paraklinisk undersøgelse for eksempel scanning, neurofysiologi og henvisning til lumbalpunktur.</p> <p>Der kan eventuelt indhentes supplerende materiale om tidligere undersøgelser, for eksempel scanningssvar, blodprøvesvar og/eller sygehus-/speciallægejournaler.</p> <p>Ved viderehenvisning til supplerende udredning eller anden behandling orienteres patienten om det forventede forløb.</p> <p>FMK anvendes, jævnfør gældende overenskomst § 38.</p> <p>Patienten afsluttes, hvis opfølgende konsultation ikke skønnes nødvendig.</p>

	Når patienten afsluttes, udfærdiges epikrise, der sendes til patientens egen læge, jævnfør gældende overenskomst § 27.
Særlige forhold	
Apparatur	Blodtryksmåler, reflekshammer, stemmegaffel og oftalmoskop.
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	Vatpinde og mundspatler.
Kvalitetssikring	Patienter udredes i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer.
Patientinformation	Relevant mundtlig og skriftlig information.

<b>Ydelse 0120</b>	<b>2. konsultation</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende konsultationsydelse
Målgruppe/ indikation	Patient med behov for yderligere undersøgelse eller behandling efter 1. konsultation.
Undersøgelse/ behandling	<p>Afklarende samtale med patient og eventuelle pårørende inkluderer journaloptagelse angående undersøgelsesresultater eller med henblik på eventuel yderligere undersøgelser.</p> <p>I konsultationen sker en gennemgang af følgende, når det er relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptomudvikling/klinisk status siden sidst</li> <li>• Parakliniske undersøgelser</li> <li>• Observationsskemaer og relevante registreringer</li> <li>• Indhentet information, for eksempel fra andre speciallæger, sygehus-journaler mm.</li> </ul> <p>Supplering eller gentagelse af den neurologiske objektive undersøgelse.</p> <p>Ved opstart af medicinsk behandling informeres om 1) forventet effekt, 2) eventuelle bivirkninger, 3) korrekt dosering samt 4) tidspunkt for medicinindtag og fødeindtag. Behandlingsalternativer gennemgås, og strategi for evaluering af effekt beskrives, og hvordan dette registreres.</p> <p>Gennemgang af ikke-medicinske behandlingsstrategier, herunder kirurgisk, eller observerende, afventende behandling for at se, hvordan tilstanden udvikler sig.</p> <p>Gennemgang af prognose i forhold til forbigående, recidiverende eller kronisk lidelse.</p> <p>Ved evaluering af opstartet medicinsk behandling gennemgås 1) forventet effekt, 2) eventuelle bivirkninger, 3) korrekt dosering samt 4) tidspunkt for medicinindtag og fødeindtag. Der udarbejdes en struktureret plan for behandling for eksempel med et doseringsskema, og/eller instruktion i registrering af symptomer eller anfald. Vejledning om livsstilsændringer samt information om eventuelle socialmedicinske muligheder.</p> <p>Ved viderehenvielse til supplerende udredning eller anden behandling orienteres patienten om det forventede forløb.</p> <p>FMK anvendes, jævnfør gældende overenskomst § 38.</p> <p>Patienten afsluttes, hvis opfølgende konsultation ikke skønnes nødvendig.</p> <p>Når patienten afsluttes, udfærdiges epikrise, der sendes til patientens egen læge, jævnfør gældende overenskomst § 27.</p>
Særlige forhold	



Apparatur	Blodtryksmåler, reflekshammer, stemmegaffel og oftalmoskop.
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Dele af ydelsen kan varetages af klinikpersonale efter speciallægens instruks.
Utensilier	Vatpinde og mundspatler.
Kvalitetssikring	Patienter udredes i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer.
Patientinformation	Relevant mundtlig og skriftlig information.

<b>Ydelse 0130</b>	<b>Senere konsultation</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende konsultationsydelse
Målgruppe/ indikation	Patient med behov for yderligere undersøgelse eller behandling efter 1. og 2. konsultation.
Undersøgelse/ behandling	<p>Afklarende samtale med patienten og eventuelle pårørende inkluderer journal-optagelse angående undersøgelsesresultater med henblik på eventuel yderligere undersøgelser og eventuel diagnosticering.</p> <p>I konsultation foretages en gennemgang af følgende, når det er relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptomudvikling/klinisk status siden sidst</li> <li>• Parakliniske undersøgelser</li> <li>• Observationsskemaer og relevante registreringer</li> <li>• Supplerende eller gentagelse af den neurologiske objektive undersøgelse, hvis relevant.</li> <li>• Indhentet information, for eksempel fra andre speciallæger, sygehusjournaler mm.</li> </ul> <p>Ved opstart eller evaluering af institueret medicinsk behandling gennemgås 1) forventet effekt, 2) eventuelle bivirkninger, 3) korrekt dosering samt 4) tidspunkt for medicinindtag og fødeindtag. Der udarbejdes en struktureret plan for behandling for eksempel med et doseringsskema, og/eller instruktion i registrering af symptomer eller anfald. Vejledning om livsstilsændringer samt information om eventuelle socialmedicinske muligheder.</p> <p>Ved viderehenvielse til supplerende udredning eller anden behandling orienteres patienten om det forventede forløb.</p> <p>FMK anvendes, jævnfør gældende overenskomst § 38.</p> <p>Patienten kan afsluttes, hvis yderligere opfølgende konsultation ikke skønnes nødvendig.</p> <p>Når patienten afsluttes, udfærdiges epikrise, der sendes til patientens egen læge, jævnfør gældende overenskomst § 27.</p>
Særlige forhold	
Apparatur	Blodtryksmåler, reflekshammer, stemmegaffel og oftalmoskop.
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Dele af ydelsen kan varetages af klinikpersonale efter speciallægens instruks.
Utensilier	Vatpinde og mundspatler.
Kvalitetssikring	Patienter udredes i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer.

Patientinformation	Relevant mundtlig og skriftlig information.
--------------------	---

<b>Ydelse 0104</b>	<b>Vurdering af patient ved enkeltstående konsultation</b>
Ny/eksisterende	Ny konsultationsydelse
Målgruppe/indikation	<p>Patienter med udfyldt diagnostisk hovedpinedagbog til afklaring af, om patienten lider af migræne</p> <p>Patienter med velafgrænset lokaliseret føleforstyrrelse mhp. udelukkelse af generaliseret neurologisk sygdom</p> <p>Svimle patienter under 50 år, hvor en ørelæge har udelukket svimmelhed fra indre øre</p>
Undersøgelse/behandling	Speciallægen anvender sin specialviden og/eller sit specialudstyr til én konsultation med patienten og giver derefter via korrespondancemeddelelse almen praksis en tilbagemelding på den konkrete problematik, almen praksis har ønsket vurderet samt en anbefaling om det videre forløb, som gør det muligt for almen praksis at fastlægge en behandlingsplan for patienten.
Særlige forhold	<p>Kun én konsultation pr. henvisning.</p> <p>Må forekomme sammen med tillægsydelser.</p> <p>Må ikke forekomme sammen med øvrige konsultationsydelser på samme henvisning.</p>
Tilbage melding til almen praksis	<p>Tilbage meldingen til almen praksis skal ske via en korrespondancemeddelelse.</p> <p>Tilbage meldingen skal indeholde resultatet af den ønskede undersøgelse/vurdering, og med anbefaling om patientens videre forløb.</p>
Patientinformation	Relevant information om den hurtige vurdering, at der er tale om en enkelt konsultation, og tilbage meldingen til almen praksis.

<b>Ydelse 0109</b>	<b>Faglig konferering pr. video med praktiserende læge og med deltagelse af patient</b>
Ny/eksisterende	Ny konsultationsydelse
Målgruppe/ indikation	Alment praktiserende læge kontakter den praktiserende speciallæge med henblik på faglig konferering pr. video vedrørende en konkret patient, hvor det findes relevant at patienten også deltager.
Undersøgelse/ behandling	Faglig konferering pr. video mellem speciallægen og en alment praktiserende læge, hvor patienten også deltager.  Initiativet til den konkrete faglige rådgivning skal komme fra den alment praktiserende læge. Det forudsættes, at den faglige rådgivning er af et omfang, som medfører, at speciallægen journalfører den leverede rådgivning, og at henvendelsen ikke resulterer i, at den alment praktiserende læge udsteder henvisning i umiddelbar tilknytning til det konkrete sygdomstilfælde.  Krav om journalnotat, jf. overenskomstens § 45a.
Særlige forhold	Kræver ikke henvisning.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	

<b>Ydelse 0201</b>	<b>Telefonkonsultation</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende konsultationsydelse
Målgruppe/ indikation	Patienter som er i udrednings- eller behandlingsforløb.
Undersøgelse/ behandling	<p>Kortfattet telefonisk rådgivning af patient, som skal journalføres.</p> <p>Hvis speciallægen foretager en faglig vurdering, som fremgår af journalen, er det relevant at benytte denne ydelse. Herudover kan speciallægen bruge ydelsen ved kontakt til patienten med information om undersøgelsesresultater, redegørelse for yderligere behandlingsplan, rådgivning, vejledning eller foreløbig hjælp ved akut ændring af sygdommen.</p> <p>Ydelsen kan ikke benyttes til receptfornyelse alene, tidsbestilling eller ændring af planlagt tid.</p>
Særlige forhold	Ydelsen kan ikke forekomme uden forudgående ydelse 0110 - 1. konsultation.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Konsultationen kan udføres af klinikpersonale efter speciallægens instruks. Eksempelvis ved videregivelse af normale blodprøvesvar.
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	

<b>Ydelse 0205</b>	<b>Faglig konferering med alment praktiserende læge og/eller andre praktiserende speciallæger</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende konsultationsydelse
Målgruppe/ indikation	Praktiserende speciallæger i almen medicin og andre praktiserende speciallæger, der retter henvendelse til neurologen med spørgsmål vedrørende en konkret patient.
Undersøgelse/ behandling	Vejledning fra speciallægen direkte til speciallæger i almen medicin og andre praktiserende speciallæger via telefon, video eller EDIFACT.  Det forudsættes, at henvendelsen er af et omfang, som medfører, at der er journalføringspligt fra den neurologiske speciallæge, og at henvendelsen ikke resulterer i, at den rådførende læge udsteder henvisning i umiddelbar tilknytning til det konkrete sygdomstilfælde.  Krav om journalnotat, jævnfør overenskomstens § 45.
Særlige forhold	
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	

<b>Ydelse 0105</b>	<b>E-mail konsultation</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende konsultationsydelse
Målgruppe/ indikation	Patienter som er i udrednings- eller behandlingsforløb, hvor der er tale om enkle konkrete forespørgsler af ikke hastende karakter, samt svar på laboratorieundersøgelser, som ikke kræver supplerende information fra speciallægen.
Undersøgelse/ behandling	Kortfattet rådgivning af patient via e-mail.
Særlige forhold	E-mail konsultation kan bruges i det omfang, at denne service kan kobles til speciallægens ydelser og er relevant for disse jævnfør gældende overenskomst § 44.  De nærmere vilkår for e-mail kommunikation med patienten er beskrevet i protokol af 18-09-2021 om elektronisk kommunikation.  Det er en forudsætning, at rådgivningen journalføres.  Kræver sikker e-mail håndtering.  Ydelsen kan ikke forekomme uden forudgående ydelse 0110 - 1. konsultation.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Konsultationen kan udføres af klinikpersonale efter speciallægens instruks. Eksempelvis ved videregivelse af normale blodprøvesvar.
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	



<b>Ydelse 2161</b>	<b>Tillæg for rekvirering af tolkebistand</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende konsultationsydelse.
Målgruppe/ indikation	Ikke-dansktalende patient, hvor der er behov for brug af en af regionen godkendt sprogtolk til undersøgelsen.
Undersøgelse/ behandling	Honoraret dækker alene bestilling af sprogtolk.
Særlige forhold	Ydelse 2161 - Tillæg for rekvirering af tolkebistand og ydelse 2261 - Tillæg til konsultation med tolk kan anvendes sammen.  Ydelsen kan ikke kombineres med ydelse 2264 – Tillæg til konsultation med døvetolk.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Ydelsen kan udføres af klinikpersonale.
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	

<b>Ydelse 2261</b>	<b>Tillæg til konsultation med tolk</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Ikke-dansktalende patient, hvor der er behov for brug af en af regionen godkendt sprogtolk til undersøgelsen.
Undersøgelse/ behandling	Honoraret er en kompensation for merforbruget af tid ved undersøgelsen.
Særlige forhold	Ydelse 2161 - Tillæg for rekvirering af tolkebistand og ydelse 2261 - Tillæg til konsultation med tolk kan anvendes sammen.  Ydelsen kan ikke kombineres med ydelse 2264 – Tillæg til konsultation med døvetolk.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	

<b>Ydelse 2264</b>	<b>Tillæg til konsultation med døvetolk</b>
Ny/eksisterende	Eksisterende tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Hørehæmmet patient, hvor der er behov for døvetolk.
Undersøgelse/ behandling	Honoraret er en kompensation for merforbruget af tid ved undersøgelsen.
Særlige forhold	Døvetolken skal underskrive en erklæring som dokumentation for deltagelse i undersøgelsen. Speciallægen har pligt til at opbevare dokumentet i to år jævnfør § 40, stk. 8 i overenskomsten inklusiv anmærkning.  Patienten rekvirerer selv tolk.  Ydelsen kan ikke kombineres med 2161 – Tillæg for rekvirering af tolkebistand og 2261 – Tillæg til konsultation med tolk.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	
Patientinformation	

## Forslag til nye ydelser

<b>Ydelse 2126</b>	<b>Stillingsbetinget blodtryksmåling (Ortostatisk blodtryksmåling)</b>
Ny/eksisterende	Ny tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Patient med svimmelhed, som mistænkes for at have stillingsbetinget lavt blodtryk (ortostatisk hypotension).
Undersøgelse/ behandling	Patienten hviler i liggende stilling, hvorefter der måles puls og blodtryk. Herefter rejser patienten sig til stående stilling, og der måles straks puls og blodtryk. Herefter måles med jævne intervaller, indtil stabilt blodtryk opnås. Tidsangivelse for hviletid og intervaller mellem blodtryksmålingerne følger de til enhver tid gældende retningslinjer eller faglige standarder.
Særlige forhold	Ydelsen kan ikke kombineres med ydelse 0110 - 1. konsultation. Ydelsen kan maksimalt afregnes én gang pr. dag pr. patient.
Apparatur	Blodtryksmåler.
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Ydelsen kan udføres af klinikpersonale efter speciallægens instruks. Resultatet tolkes af speciallægen.
Utensilier	
Kvalitetssikring	Følger national behandlingsvejledning ved Dansk Cardiologisk Selskab om ortostatisk blodtryksmåling.
Patientinformation	Relevant mundtlig og skriftlig information.

<b>Ydelse 2127</b>	<b>Vedligeholdelsesbehandling af Parkinsons sygdom</b>
Ny/eksisterende	Ny tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Parkinson patienter, der er i behandlingsforløb, og som har ledsagesymptomer, for eksempel søvnproblemer, lavt blodtryk, hallucinationer, nedsat kognition, vandladnings- og afføringsproblemer.
Undersøgelse/ behandling	<p>Patienten møder ofte med pårørende til gennemgang af sygdomsforløbet og aktuell klinisk status.</p> <p>En overvejende del af patienterne udvikler både motoriske og ikke-motoriske symptomer, der påvirker livskvaliteten. Patientrapporterede oplysninger kan gennemgås og forløb diskuteres.</p> <p>Gennemgang af iværksat behandling (effekt/bivirkninger), samt plan for fortsat behandling (optræningsskema, doseringsskema). Evaluering af motoriske symptomer ved progressiv sygdom. Hvor behandlingen ikke har den ønskede effekt, kan det medføre skift til anden vedligeholdende medicinsk behandling.</p> <p>Ved mistanke om blodtrykssvigt, eller behov for vurdering af non-motoriske symptomer, osteoporose eller kognitiv påvirkning som led i Parkinsons sygdom, henvises til relevante parakliniske undersøgelser som del af det fortsatte behandlingsforløb for eksempel blodprøver, DEXA-scanning, andre specialscanninger og/eller vippelejetest.</p> <p>Ved behov for avanceret behandling skal patienten overgå til regions- eller højt specialiseret funktion.</p> <p>Der foretages hukommelsestest, når dette er fagligt indiceret. Hvis der foretages hukommelsestest, er denne indeholdt i ydelsen.</p>
Særlige forhold	Ydelsen kan ikke kombineres med ydelse 0110 – 1. konsultation og ydelse 2128 – Hukommelsestest.
Apparatur	Blodtryksmåler, reflekshammer, stemmegaffel og oftalmoskop.
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Dele af ydelsen kan udføres af klinikpersonale efter speciallægens instruks, for eksempel test og dialog om motoriske symptomer.
Utensilier	Vatpinde og mundspatel.
Kvalitetssikring	Patienter udredes og behandles i henhold til gældende kliniske nationale behandlingsvejledning ved Dansk Neurologisk Selskab.
Patientinformation	Relevant mundtlig og skriftlig information.

<b>Ydelse 2128</b>	<b>Hukommelsestest</b>
Ny/eksisterende	Ny tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	<p>Patient henvist med uspecifikke kognitive gener uden umiddelbar mistanke om demens.</p> <p>Patient med Parkinsons sygdom med kognitive symptomer.</p> <p>Patient afsluttet fra demenslinik med kendt diagnose med behov for opfølgende vurdering af behandling, for eksempel en patient med Alzheimers.</p>
Undersøgelse/ behandling	<p>Patienten møder til udførelse af en godkendt hukommelsestest, fx MMSE, MoCA-test eller ACE.</p> <p>Patienten informeres mundtligt om testresultat og eventuelle konsekvenser heraf. Ved kognitiv dysfunktion som følge af Parkinsons sygdom vurderes bl.a. mulighed for medicinsk behandling, behov for kontakt til demenskoordinator og kørselsforbud.</p> <p>Ved patient afsluttet fra demenslinik med påvist demens vurderes test, som fremgår af gældende nationale kliniske retningslinje.</p> <p>Ved mistanke til anden uafklaret demenslidelse viderehenvises patienten til yderligere udredning på hoved-, regions- eller højt specialiseret funktion på sygehus.</p>
Særlige forhold	<p>Ydelsen kan maksimalt afregnes to gange pr. år pr. patient.</p> <p>Ydelsen kan ikke kombineres med ydelse 2127 – Vedligeholdelsesbehandling af Parkinsons sygdom.</p>
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Ydelsen kan udføres af klinikpersonale efter speciallægens instruks. Resultatet tolkes af speciallægen.
Utensilier	
Kvalitetssikring	Patienten behandles i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer.
Patientinformation	Relevant mundtlig og skriftlig information.

<b>Ydelse 2129</b>	<b>Udredning af hovedpine</b>
Ny/eksisterende	Ny tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Patient med hovedpine.
Undersøgelse/ behandling	Der anvendes hovedpinedagbog. Anvendes ved usikkerhed om diagnosen og til at adskille flere samtidige hovedpinetyper. Hovedpinedagbogen er en beskrivelse af hovedpinen, dens ledsagesymptomer, eventuelle udløsende faktorer, medicinforbrug og anden behandling. Den udfyldes dagligt i minimum 4 uger.  I dialog med patienten og eventuelle pårørende gennemgås hovedpinedagbogen og den videre plan for anvendelsen af hjælpemidler til optimering af hovedpinebehandling.
Særlige forhold	Ydelsen kan ikke kombineres med ydelse 0110 – 1. konsultation, ydelse 2130 – Behandling af hovedpine og ydelse 2131 – Følger efter hovedtraume og hjernerystelse.  Ydelsen kan tages én gang pr. patientforløb.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Dele af ydelsen kan udføres af klinikpersonale efter speciallægens instruks, for eksempel dialog om anvendelse af hovedpinedagbog.
Utensilier	Hovedpinedagbog.
Kvalitetssikring	Patienten behandles i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer.
Patientinformation	Relevant mundtlig og skriftlig information.

<b>Ydelse 2130</b>	<b>Behandling af hovedpine</b>
Ny/eksisterende	Ny tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Patient med konstateret hovedpine.
Undersøgelse/ behandling	<p>Der kan anvendes hovedpinekalender til monitorering af behandlingen. Hovedpinekalenderen anvendes til opfølgning af behandlingseffekt og medicinforbrug. Kalenderen danner basis for patientuddannelsen og samtale om, hvordan hovedpinesygdommen påvirker patienten.</p> <p>I dialog med patienten og eventuelle pårørende gennemgås hovedpinekalender og den videre plan for anvendelsen af hjælpemidler til optimering af hovedpinebehandling.</p> <p>For patienter med utilstrækkelig behandlingseffekt efter behandling med mindst én type blodtryksmedicin og ét epilepsimiddel, samt patienter med hyppig migræne, henvises patienten til behandling på regions- eller højt specialiseret funktion på sygehus.</p>
Særlige forhold	Ydelsen kan ikke kombineres med ydelse 0110 – 1. konsultation, ydelse 2129 – Udredning af hovedpine og ydelse 2131 – Følger efter hovedtraume og hjernerystelse.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Dele af ydelsen kan udføres af klinikpersonale efter speciallægens instruks for eksempel dialog om udfyldt hovedpinekalender.
Utensilier	Hovedpinekalender
Kvalitetssikring	Patienten behandles i henhold til gældende nationale behandlingsvejledninger og referenceprogram for hovedpinesygdomme ved Dansk Hovedpine Selskab.
Patientinformation	Relevant mundtlig og skriftlig information.



<b>Ydelse 2131</b>	<b>Følger efter hovedtraume og hjernerystelse</b>
Ny/eksisterende	Ny tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Patient med følger efter hovedtraume og hjernerystelse.
Undersøgelse/ behandling	<p>Patient undersøges og udredes for følger af traumatisk skade på hoved og i hjerne med beskrivelse af symptomer og eventuelt henvisning til scanning af hjerne og anden relevant udredning.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Gennemgang af symptomer og terapeutiske tiltag samt forventet prognose af tilstanden.</li> <li>● Rådgivning om mulige følger efter hovedtraume, herunder information om mulige strategier for at bedre funktionsniveau, mulige skånehensyn og brug af relevante hjælpemidler i hverdagen</li> <li>● Information om kommunale støtteforanstaltninger. Drøftelse af følger i forhold til uddannelse og erhverv samt information om sociale forhold.</li> <li>● Information til almen praksis om forventet forløb, prognose, behov for sygemelding og forslag til socialmedicinske tiltag.</li> </ul>
Særlige forhold	<p>Ydelsen kan ikke kombineres med ydelse 2129 – Udredning af hovedpine og ydelse 2130 - Behandling af hovedpine.</p> <p>Ydelsen kan tages én gang pr. patientforløb.</p>
Apparatur	Blodtryksmåler, reflekshammer, stemmegaffel og oftalmoskop.
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	Dele af ydelsen kan udføres af klinikpersonale efter speciallægens instruks, for eksempel rådgivning i forhold til ikke-medicinsk behandling.
Utensilier	
Kvalitetssikring	Patienter udredes og behandles i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer.
Patientinformation	Relevant mundtlig og skriftlig information.

<b>Ydelse 2132</b>	<b>Udredning for slagtilfælde/stroke (apopleksi) og forbigående blodpropper i hjernen (TCI) efter den akutte fase</b>
Ny/eksisterende	Ny tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Patient henvist til neurologisk vurdering for: 1) Mistanke om nylig apopleksi eller TCI, overset i den akutte fase. 2) Uklare symptomer, som viser sig at være forårsaget af apopleksi. 3) Følger af tidligere blodprop i hjernen påvist ved hjernescanning.
Undersøgelse/ behandling	Der optages anamnese og udføres objektiv neurologisk undersøgelse. Hvis relevant bestilles CT- eller MR-scanning af hjernen, blodprøver, EKG og ultralydsscanning af halspulsårerne. Ved behov henvises patient til vurdering hos kardiolog.  Patienten informeres om resultaterne af udredningen og kendte risikofaktorer for apopleksi gennemgås.  Efter blodprop i hjernen igangsættes relevant forebyggende behandling. Ofte er det efter apopleksi nødvendigt, at patientens praktiserende læge orienteres om behovet for justering af behandlingen af ledsagesygdomme som hypertension og diabetes.  Patient under 50 år skal – medmindre kendt årsag til apopleksien foreligger – henvises til udredning i sygehusregi.
Særlige forhold	Ydelsen kan tages én gang pr. patientforløb.
Apparatur	Blodtryksmåler, reflekshammer, stemmegaffel og oftalmoskop.
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	Patienter udredes i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer.
Patientinformation	Relevant mundtlig og skriftlig information.

<b>Ydelse 2133</b>	<b>Udredning for epilepsi</b>
Ny/eksisterende	Ny tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Patient med anfaldslidelse, hvor epilepsi mistænkes.
Undersøgelse/ behandling	Hos patient med anfaldslidelse optages anamnese med fokus på anfaldsbeskrivelse, objektiv undersøgelse og gennemsyn af eventuelle foreliggende videooptagelser af anfald.  De bestilte parakliniske undersøgelser, for eksempel MR-scanning af hjernen, EEG, blodprøver og EKG, tolkes.  Patient og eventuelle pårørende informeres om diagnose, behandlingsmuligheder og psykosociale aspekter af epilepsien.
Særlige forhold	Ydelsen kan ikke kombineres med ydelse 2134 – Behandling af epilepsi Ydelsen kan tages én gang pr. patientforløb.
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	Patienter udredes i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer.
Patientinformation	Relevant mundtlig og skriftlig information.

<b>Ydelse 2134</b>	<b>Behandling af epilepsi</b>
Ny/eksisterende	Ny tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Patient med diagnosticeret epilepsi.
Undersøgelse/ behandling	<p><u>Ny-diagnosticeret patient:</u></p> <p>Patient og pårørende informeres om diagnose, behandling, anfaldskalender, helbreds­mæssige følger af epilepsien og psykosociale aspekter af epilepsien, inklusive kørekorthabilitet.</p> <p>På baggrund af epilepsi- og anfaldsklassifikation og eventuelle andre individuelle forhold igangsættes medicinsk behandling med epilepsimiddel til behandling af epilepsien.</p> <p><u>Epilepsipatient i medicinsk behandling:</u></p> <p>Diagnosticerede patienter i medicinsk behandling for epilepsi følges med kontrol­ler afhængigt af anfaldskontrol, medicinbivirkninger og ledsagende helbreds­problemer og psykosociale forhold.</p> <p>Hos patienter med kendt epilepsi i medicinsk behandling kontrolleres plasma­koncentrationen af deres epilepsimiddel ved bestilling af relevante blodprøver.</p> <p>Hvis patienten ikke opnår et tilfredsstillende resultat på behandling med to til tre første linje-præparater, skal patienten henvises til neurologisk sygehusafdeling på regionalt- eller højt specialiseret funktion.</p>
Særlige forhold	Ydelsen kan ikke kombineres med ydelse 2133 - Udredning for epilepsi
Apparatur	
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	
Kvalitetssikring	Patienter udredes i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer.
Patientinformation	Relevant mundtlig og skriftlig information.

<b>Ydelse 2135</b>	<b>Vedligeholdelsesbehandling af neuropati</b>
Ny/eksisterende	Ny tillægsydelse
Målgruppe/ indikation	Patient med nervebetændelse (neuropati), hvor smerter og føleforstyrrelser er dominerende symptomer.
Undersøgelse/ behandling	<p>Patienter med neuropati, der har føleforstyrrelser og/eller deraf generende smerter, hvor smerterne ikke kan lindres effektivt med almindelig smertestillende medicin. Behandlingen er lindrende medicinsk behandling.</p> <p><u>Følgende patienter henvises til sygehusafdeling med regionsfunktion:</u></p> <p>Perifer polyneuropati, som er verificeret ved neurofysiologisk undersøgelse, hvor årsagen er usikker eller udviklingen atypisk.</p> <p><u>Følgende patienter henvises til sygehusafdeling med højt specialiseret funktion:</u></p> <p>Kronisk immunmedieret neuropati og vaskulitis neuropati.</p> <p>Udredning og behandling af småfiberneuropati.</p>
Særlige forhold	Ydelsen kan afregnes en gang pr. patient pr. år.
Apparatur	Blodtryksmåler, reflekshammer, stemmegaffel og oftalmoskop.
Uddannelsesbehov	
Klinikpersonale	
Utensilier	Vatpinde og mundspatel.
Kvalitetssikring	Patienter behandles i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer.
Patientinformation	Relevant mundtlig og skriftlig information.

## Bilag 1 – Deltagere i arbejdsgruppen

### **Fra Regionernes Lønnings- og Takstnævn:**

- Kirsten Jørgensen, Centerchef, Danske Regioner
- Pia Lund Lunøe, Fuldmægtig, Danske Regioner
- Lars Mørck Jarl, Seniorkonsulent, Danske Regioner
- Lise Korbo, Cheflæge fra Region Hovedstaden
- Jacob Hejmdal Gren, Cheflæge fra Region Sjælland
- Claus Meldgaard Jensen, Specialkonsulent, Region Midtjylland (deltog på 1. møde)
- Helle Bruun, Specialkonsulent, Region Syddanmark
- Elisabeth Ebert Ankersen, Konsulent, Det regionale Moderniseringssekretariat
- Louise Simone Hansen, Konsulent, Det regionale Moderniseringssekretariat
- Birgitte Baattrup, Chefkonsulent, Det regionale Moderniseringssekretariat

### **Fra Foreningen af Speciallæger:**

- Per Flesner, medlem af FAPS' bestyrelse
- Martin Poulsen, medlem af FAPS' bestyrelse
- Stephen Wørlich Pedersen, Speciallæge i neurologi og Formand for Danske Nervalægers Organisation, FAPS' lægefaglig ressourceperson
- Christian Pilebæk Hansen, Speciallæge i neurologi
- Jakob Møller Hansen, Speciallæge i neurologi
- Linda Jansons Locht, Speciallæge i neurologi
- Christian Vestergaard Dietz, Chefkonsulent, FAS' sekretariat
- Stephan Møhncke-Dose, Chefkonsulent, FAS' sekretariat
- Pia Winsløw, Chefkonsulent, Souschef, FAS' sekretariat