

## *Videncentrets rolle i følge Advisory Board*

### **TEMANOTAT NO. 1**

Dette temanotat er baseret på medlemmernes indlæg fra det konstituerende møde i Advisory Board den 9. november 2015.

## Indhold

Forord .....	2
Temanotat – grundlag for det videre arbejde .....	2
Vejledning .....	2
Videncentrets formål og mål .....	2
REHPA: videntcenter og/eller forskningscenter .....	2
Palliation og rehabilitering i sammenhæng .....	3
Begrebsforståelse kan udvikle feltet .....	3
Brugerorienteret tilgang – bøger, patient og pårørende .....	3
Behovet for indsatser inden for rehabilitering og palliation .....	4
Forskning: områder, metoder og nationale perspektiver .....	4
Praksisnær og meningsfuld forskning .....	5
Synergi mellem forskningsmiljøer – forskning og formidling .....	5
Samarbejdet med andre nationale og internationale miljøer .....	5
Tværasektorielt samarbejde .....	5
Formidling og dokumentation .....	6
Medlemmer af Advisory Board .....	7

## Forord

REHPA – Videncentret for Rehabilitering og Palliation har tilknyttet et Advisory Board - et ekspertpanel, der dels skal rådgive forskningsmæssigt, fagligt og organisatorisk, dels skal bidrage til en meningsfuld dialog og videndeling med feltets mange aktører.

Advisory Board er med andre ord ikke en klassisk (fonds-)bestyrelse for videncentret, men spiller en vigtig rolle som faglig sparringspartner og netværk. Derfor er panelet sammensat, så det repræsenterer en solid tværfaglig viden og tværfaglige kræfter og kompetencer inden for både rehabilitering og palliation<sup>1</sup>. Medlemmerne præsenteres på side 7.

### Temanotat - grundlag for det videre arbejde

Dette temanotat er et sammendrag af de drøftelser, der fandt sted på det første, etablerende møde i Advisory Board den 9. november 2015. Temaet for mødet var "Videncentrets rolle fremover" – og i naturlig forlængelse heraf samspillet med Advisory Board og dets medlemmer.

Forud for mødet var medlemmerne blevet bedt om at overveje, hvilke opgaver videncentret skal og bør arbejde med for at opfylde sine målsætninger, men også hvilke barrierer de ser for videncentret i at kunne realisere sine opgaver (jf. SWOT-model). Holdningerne blev fremlagt på mødet og efterfølgende suppleret med indsendte noter fra deltagerne.

Temanotatet samler op på medlemmernes mange forslag, ønsker, holdninger, idéer og indsigter, og det fungerer som et pejlemærke for videncentrets og Advisory Boards videre kurs og arbejde.

Alt i alt tegner der sig et konstruktivt og positivt billede. Det er glædeligt at se medlemmernes store opbakning og engagement i forhold til videncentrets rolle, eksistens og formål, men også i forhold til at anerkende den styrke, der ligger i at tænke rehabilitering og palliation sammen og på tværs i ét samlet videntcenter – velvidende at opgaven er stor og til tider udfordrende. REHPA fik da også et held & lykke med på vejen.

*Tak til Advisory Board for at gå velvilligt ind i opgaven og for at lægge kimen til et frugtbart samarbejde.*

## Vejledning

Temanotatet er emneopdelt og sammenfatter medlemmernes indlæg og fremsendte noter. Notatet inddrager både ligheder og forskelle i indlæggene, såvel som anerkendende og kritisk konstruktive forslag. Notatet har vægt på de områder, medlemmerne i særlig grad fremhævede. Holdninger og idéer er skrevet sammen i anonymiseret form, og i hvert afsnit listes konkrete eksempler på input. Det skal understreges, at temanotatet er udtryk for de synspunkter, Advisory Boards medlemmer har budt ind med som et afsæt for deres fremtidige bidrag til udformning af videncentrets strategi.

## Videncentrets formål og mål

På mødet blev det fremhævet af flere medlemmer, at videncentret står over for en stor udfordring i forhold til at opfylde formålet og målet med videncentret, som if. kommissoriet er at

- fremme og styrke forskning og udvikling af konkrete rehabiliterings- og palliationsindsatser
- sikre vidensspredning og formidling til regioner, kommuner og andre aktører
- udforske og beskrive rehabilitering og palliation i indsatser i kommuner og regioner samt på tværs af sektorerne

Herunder at videncentrets samlede forskningsindsats skal bidrage til etablering af effektive løsninger i kommuner og regioner<sup>2</sup>.

### REHPA: videntcenter og/eller forskningscenter

*Hvordan* videncentret skal bidrage med forskning, var et gennemgående tema på mødet (se også side 4-5). If. Aftalenotatet er det imidlertid klart, at videncentret selv skal forske, og det blev derfor bemærket, at det bør skrives tydeligt ind i kommissoriet<sup>3</sup>, og at forskningen bør ske i samarbejde med netværk, så vi sikrer synergi på tværs af organisationer og geografiske skel.

1 På mødet den 9-11-2015 blev det bemærket, at der "mangler" en organisationskyndig (CBS el.lign.) i gruppen. Det er taget ad notam.

2 Jf. Aftalenotat om organisering af Videncentret for Rehabilitering og Palliation, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 10. oktober 2012.

Til eksempel kan nævnes hjernetumor-forløbene i Nyborg (efterår 2016), som etableres med projektbeskrivelse og ekstern referencegruppe, og i øvrigt er det første projekt, som går på tværs af hele videncentret.

På mødet blev det pointeret, hvor vigtigt det er, at videncentret er sig bevidst om de mange ting, det skal rumme og favne, og at det er essentielt at finde en balance i den rolle, man er blevet givet.

Det blev blandt andet anført, at videncentret bør gøre sig overvejelser om, hvad "vi" vil måles på? Skal der lægges vægt på effektive løsninger? På tilfredshed, faglige mål eller omkostninger? Og ikke mindst hvilke forventninger, omverdenen har til videncentret? En afklaring der vil komme centret til gavn i forbindelse med en senere afrapportering.

## Palliation og rehabilitering i sammenhæng

En af de grundlæggende udfordringer, der blev fremhævet, er videncentrets opgave med at skabe sammenhæng i kultur-mødet mellem palliation og rehabilitering. Begge er meget store områder, og i mange henseender opleves snitfladen mellem dem som en gråzone. Et fælles udgangspunkt er dog, at rehabilitering og palliation ikke knytter sig til diagnoser, men til tilstande.

Det blev sat på spidsen for at understrege forskelle og ligheder, men også for at understrege, at der er en farbar vej med brugeren som fællesnævner.

### Begrebsforståelse kan udvikle feltet

Spørgsmålet om snitfladerne vil være med til at udvikle begreberne og dermed kulturen – og i udviklingen af det samlede felt kan videncentret forsøge sig som eksperimentarium for den 'rehabiliterende palliation', den 'palliative rehabilitering' eller rehabilitering og palliation. På den måde kan centeret være med til at skabe ny viden og vise de styrker og udfordringer, der ligger i feltet.

Der var følgende synspunkter om relationen mellem palliation og rehabilitering i indlæggene:

- Interessant at man er begyndt at koble palliation og rehabilitering. Kan se nogle rehabiliterende perspektiver i palliation bl.a. i kraft af, at 1/3 udskrives fra hospice igen.
- Der er meget stort fokus på funktion i rehabiliteringen, hvor man savner en større helhedstanke og dybere meningsfuldhed. Omvendt er der for lidt fokus i palliationen på at skabe liv i det tilbageværende. Men hvad er vigtigt for brugeren, og hvordan prioriterer brugeren?
- Vigtigt at arbejde med det og få den snitflade udforsket/afdækket – så det bliver gode forløb for den enkelte borger og patient.

- Ser det som en styrke at tænke de to felter sammen – der er fælles problemstillinger.
- Det er en stor udfordring at skabe sammenhæng mellem rehabilitering og palliation – men en mulighed er at formulere konkrete forsknings- eller udviklingsprojekter, der går på tværs af de to områder. De fagprofessionelle inden for de to områder står med fælles udfordringer.
- Meningsfuldhed er central i palliation – og det er det også i rehabilitering. Måske vigtigere end selvstændighed.

Udover de muligheder, der blev nævnt i forhold til at samtænke palliation og rehabilitering, blev der også stillet det udfordrende spørgsmål relateret til inddragelse af rehabilitering i palliationen: Er døden ved at forsvinde i palliationen?

Snitfladerne mellem rehabilitering og palliation er vigtige i videncentrets arbejde, såvel i forhold til muligheder og konsekvenser på begrebs- og forståelsesniveau som i praksis for forskellige fagprofessioners diskurser og kulturer.

## Brugerorienteret tilgang – bøger, patient og pårørende

På mødet kredsede flere indlæg om, hvordan der i stadig højere grad er fokus på det hele menneske, og hvordan brugerinvolvering bliver en central del af behandlingen, om end der i praksis kan være stor forskel på ideal og virkelighed.

For at lykkes med sin målsætning må videncentret (fortsat) have en brugerorienteret tilgang til forskning og generel videnproduktion. Hvad enten det drejer sig om forskning og udvikling eller dokumentation og belysning, så blev det betonet, at videncentret kontinuerligt må have øje for på den ene side de eksisterende vilkår for borgere, patienter og brugere og på den anden side de eksisterende vilkår for de sundhedsprofessionelle, der arbejder inden for feltet.

Flere medlemmer nævnte, at videncentret ved at afdække rammebetingelserne kan belyse og problematisere de styrker og problemer, der findes inden for rehabilitering og palliation, herunder

- muligheden for tilstrækkelig patientkommunikation i forbindelse med accelererede forløb
- vanskeligheder i forbindelse med implementering af ny viden
- afklaring af målgruppens behov og prioriteringer og af de sundhedsprofessionelles tværfaglige indsatser og koordinering
- borgernes (u-)lige adgang til palliative og rehabiliterende tilbud
- måling af effekt af indsatserne og udvikling af evalueringsværktøjer.

En meget konkret måde at arbejde brugerorienteret er at involvere de forskellige målgrupper, patienter såvel som pårørende, i forbindelse med forskning og t.ex. i etableringen af et patient-pårørende-panel.

## Behovet for indsatser inden for rehabilitering og palliation

I forhold til forskningsperspektiverne adresserede flere medlemmer behovsvurderingen både i forhold til patientens livskvalitet og funktionsduelighed og den samfundsøkonomiske virkelighed. Det er essentielt at kortlægge det reelle behov for rehabilitering – og der blev peget på, at det meget vel kunne foregå i et samarbejde mellem videncentret, kommunerne og regionerne.

Særligt i relation til rehabiliteringen lagde flere medlemmer vægt på, at det grundlæggende handler om at give de rigtige tilbud (hos de rigtige fagprofessionelle) til de rigtige mennesker på det rigtige tidspunkt.

Omdrejningspunktet er dels at forske i, hvordan man vurderer behovet hos den enkelte patient (best practise), dels at kortlægge, hvilke tilbud der findes (inden for bestemte grupper og diagnoser), hvor mange patienter der benytter sig af dem – og hvorfor nogle ikke gør?

- Vi ved reelt ikke, hvor stort behovet er, og der er brug for en analyse af det reelle behov måske også inden for nogle undergrupper af diagnoser.
- Et godt fællesprojekt mellem videncentret, hospitaler og kommuner kunne omhandle en udforskning af behovet for rehabilitering. Og ved henvisning – hvor mange møder så op?
- Formodningen er at nogle får noget, som de slet ikke har behov for. Det er vigtigt at undersøge, hvorfor forholder det sig sådan? At identificere uligheden – og ikke mindst hvor systemerne fastholder den eller forårsager den.
- En undersøgelse af om et behovsvurderingsskema fungerer, og om det er dækkende for behovene. En meget grundlæggende præmis for, at vi lykkes.

## Forskning: områder, metoder og nationale perspektiver

På mødet gav medlemmerne deres bud på, hvilke områder videncentret burde belyse ved egen forskning, ved samarbejde om forskning eller baseret på andres forskning i relation til rehabilitering og palliation. Der blev blandt andet nævnt følgende:

- Organisering og indhold - er det f.eks. de rigtige mennesker, der arbejder med de rigtige ting de rigtige steder?
- Sammenhæng mellem professioner og viden – forskellige forståelser af rehabilitering og palliation. Begrebsafklaring.

- Videncentret skal belyse implementeringsmodeller, der kan styrke den kommunale praksis – på baggrund af evidens. Kommuner gør tingene forskelligt, og der skal skabes en ensartet kvalitetssikring.
- Fokus på tilbud til pårørende – gamle, voksne, unge og børn. Hvordan gør vi det?
- Fokus på børn.
- Ulighed. Er sundhedsvæsenet med til at skabe eller forstærke den ulighed, der er?
- Åndelige og eksistentielle forholds betydning for rehabilitering og palliation. Det er svært for både patienter og behandlere at nærme sig det åndelige. Mange opfatter det som pinligt at tale om tro.
- Beskrivelse af de indsatser, der foregår.
- Udføre systematisk søgning efter viden om palliativ rehabilitering samt involvere patienter og borgere.
- Balancen mellem kræft og andre diagnoser. Hvordan dækkes andre diagnoser end kræft – og hvor langt skal man ud? Det er vigtigt med en afgrænsning.
- Problematisere og udfordre eksisterende forståelser og praksisser m.h.t. indhold og procesmæssige afgørende faktorer for succes af rehabiliteringen og de palliative indsatser.
- Afprøve og videreudvikle indsatser baseret på forskning og viden også fra andre lande.
- Det gode forløb for den enkelte patient, herunder den rette timing og fokus på det at kunne klare sig i eget hjem.

Metodisk blev det understreget, at det er vigtigt at gå tværvidevidenskabeligt til værks (triangulering, MTV'er). Dertil blev der nævnt en række konkrete forskningsidéer, som i særlig grad knytter sig til rehabiliteringen:

- Rehabilitering og arbejdsmarked.
- Senfølger – herunder lymfødeme.
- Referencer i rehabiliteringsfeltet: bio-psyko-socialt helhedssyn eller klassisk biomedicinsk syn? Både funktions- og kontekstperspektiv bør fremmes baseret på ICF og WHO og/eller Hvidbogens definition af rehabilitering.

Der blev også nævnt et par konkrete forskningsidéer i relation til det palliative felt:

- Anbefalinger til den palliative indsats i kommunerne.
- Bidrage med modeller til at nedbryde tabuet (om døden).

## Praksisnær og meningsfuld forskning

Selve tilgangen til forskning stod centralt i flere indlæg, og der var bred enighed om, at videncentrets egen forskning bør rette sig mod samarbejdet på tværs af kommuner og regioner – eventuelt med fokus på overgange. Der lød samtidig et stærkt ønske om, at videncentret laver forskning, som kan omsættes til konkrete indsatser. Det kræver et fokus på praksisnær forskning og på omsætteligheden af den producerede viden. Blandt andet i form af at

- oversætte evidens til praksis, men også omvendt at hente læring, viden og erfaring fra de professionelle og anvende det i ny forskning til at styrke og forbedre praksis.
- Fra internat til dagsessioner – videnspredning, samarbejde og koordinering. Hvordan overfører man forskningsresultater fra internatophold til relevante og konkrete tilbud i kommunerne, hvor borgerne kommer i et sundhedscenter 1-2 gange ugentligt i uafhængige fagsessioner? Kommunale tilbud afhænger af kommunens størrelse, patientgrundlag (til diagnosespecifikke forløb) og viden

Det blev i flere indlæg nævnt, at kommunerne gerne vil bidrage til og ikke mindst kan have gavn af videncentrets forskning:

- Mange kommuner vil gerne bidrage til forskning.
- Forskning kan opleves som langsom og besværlig i kommunerne. Gøre forskning meningsfuld og tilgængelig for kommunerne i forhold til at byde ind og bidrage.

Samtidig vil det være en idé at skele til, hvilke trends og områder der er 'tilgængelige' i kommunerne, men også fungere som aktør i at forskyde, skubbe og udvikle områderne:

- At blive skarp på at benytte de trends, der er. Lige nu er borgerdelen tilgængelig, mens pårørendedelen er svære. Skubbe til næste fase.

## Synergi mellem forskningsmiljøer – forskning og formidling

Flere medlemmer fremhævede undervejs, at det er vigtigt at have fokus på balancen mellem egen forskning og formidling af andres forskning. For nogle var det - ud fra ovennævnte formål - tydeligt, at videncentret skal lave egen forskning, og de ser det som en mulighed for at skabe synergi mellem forskningsmiljøer, mens andre stillede spørgsmål ved det og i højere grad vægtede betydningen af en oversætterfunktion.

Forskelligheden ses eksempelvis ved følgende uddrag af indlæggene

- Det er vigtigt, der laves forskning i videncentret, men er i tvivl om omfanget. Evaluering, reviews og formidling af viden kræver den kritiske tilgang, som netop forskningsprocessen bidrager med.
- Forskning ligger helt tydeligt i videncentrets formål. Forskning, der også kan blive anvendt i kommunerne. Pa-

tienterne indlægges sjældnere og kommer tidligere hjem fra sygehus, og rehabilitering er ifølge Sundhedsloven en kommunal opgave. Der er derfor brug for viden i kommunerne om, hvordan opgaverne bedst løses.

- Hvis der skal forskes, forudsætter det øget samarbejde med gode forskningsmiljøer, så der opstår mere synergi, og videncentret undgår at lukke sig for meget om sig selv.
- Videncentret bør samarbejde med hele det palliative felt og promovere forskning og udvikling for hele feltet.
- Videncentret skal turde tage teten.
- Brug netværk aktivt; skal understøtte fremfor at konkurrere.
- Videncentret bør bevare oversætterfunktionen – ikke lave stærk forskning på alle områder.
- Prioritere det, vi allerede ved, og formidle det ud til dem, der har behov for at vide det.
- Overvej, hvordan I vil skabe synergi - Videncentret kan med fordel kortlægge forskningsmiljøerne: Hvor er de? Og hvem ved noget om hvad?
- Afklare, om man vil være præst eller profet?

## Samarbejdet med andre nationale og internationale miljøer

Ligeledes blev det pointeret, at relationen til og samarbejde med allerede eksisterende nationale og gerne internationale miljøer er et vigtigt element i videncentrets fremtidige arbejde. Videncentret bør identificere, hvor der pågår forskning inden for rehabilitering og palliation – både fra de "stærke" og de "svage" forskningsmiljøer. Miljøerne er små, og det er vigtigt, at man lægger forskningstemaer og -metoder sammen, og at man lærer af hinanden.

Videncentret bør klart markere sin rolle i forhold til, hvordan centeret vil samarbejde med og understøtte den forskning, der allerede foregår. Mange tilkendegiver, at de vil bakke op, og ser gerne forskningsområderne fremmet. Det vil man i kraft af videncentret kunne hjælpe hinanden med. Det er således vigtigt med overvejelser om, hvordan man bedst bygger ovenpå og skaber synergi i den samlede forskning.

Samarbejde med de faglige selskaber blev også fremhævet. Dels i forhold til at bruge den viden, der allerede findes, dels i form af samarbejde om en formidlingsmæssig indsats. På samme måde vil internationale samarbejdspartnere kunne løfte centret – f.eks. EAPC og IAPC (ekspertpanel?).

## Tværasektorielt samarbejde

På mødet blev det tværasektorielle samarbejde mellem kommuner og regioner om rehabilitering og palliation adresseret i forhold til den enkelte patients oplevelse af sammenhæng og ét reelt forløb, selv om det går på tværs af flere hospitalsafdelinger og flere sektorer.



Det blev understreget, at videnspredningen skal ske nationalt. At få regionale og kommunale netværk op at stå i forhold til formidling og implementering af viden og forskning bliver formentlig en stor udfordring, da eksempelvis kommunerne er organiseret forskelligt. Her kan PAVIs store netværk i både regioner og kommuner med fordel udvides til også at omfatte rehabiliteringsområdet. Det blev ligeledes foreslået, at videntret eventuelt med fordel kan arbejde med regionale ankerpersoner med hver sit kommunale netværk.

Et fokus på koordinering af indsatser på tværs af både professioner og sektorer gør, at videntret kan være med til at understøtte, at kultur- og kontekstbetingede forståelser og diskurser i feltet udbredes i forskellige sektorer som grundlag for videnudvikling i forhold til rehabilitering og palliation samt indsatser/praksisser på området.

## Formidling og dokumentation

Advisory Board hilser videntrets formidlingsmæssige opgave velkommen og anser den for helt nødvendig. Advisory Board understreger vigtigheden af, at videntret adresserer og medregner den viden og de erfaringer, kommuner og sygehuse ligger inde med, når vi formidler forskningsresultater.

Videntret bør imødekomme den kritik, der til tider finder sted af kommunernes indsats, og det gør videntret bedst ved at oversætte evidens til praksis – dvs. at viderefordre i en form, som er let tilgængelig og ”skematisk”, så den let kan overføres til kliniske retningslinjer og dermed blive direkte anvendelig for målgruppen. Kvalitetskravene til praksis skal være tydelige og veldefinerede, så kommunerne ved, hvornår de gør det ”godt nok”.

Der blev påpeget et ønske om, at videntret øger sine publikationer både kvantitativt og kvalitativt, og at både forskningsresultater og -samarbejder fremgår af hjemmesiden, dog balanceret med forskning og udvikling fra hele miljøet nationalt og internationalt.

Der blev eksempelvis nævnt følgende formidlingsmæssige behov og opgaver i feltet:

- Opmærksomhed på tilgængelighed i den viden, der findes - fx i forløbsprogrammer, som for nogen kan være vanskelige at læse.
- Det er vigtigt, at resultatet er målrettet, og at man formidler på det niveau, modtagerne er.
- Videntret skal i højere grad end i dag promovere andre interessenternes forskning og viden.

Helt grundlæggende bør videntret gøre sig klart, hvilke kriterier - herunder muligheder og barrierer - der kan og skal være, når henholdsvis indhold, målgruppe og form på det formidlingsmæssige arbejde udvælges.

Der er bred enighed om og opbakning til, at videntret formidlingsmæssigt skal balancere feltets mange, forskellige fag- og forskningsgrupper i den eksterne kommunikation, så centret understøtter fællesskabet og eliminerer risikoen for unødigt og ufordelagtig konkurrence:

- Hvad er kriterierne for, at et projekt tages ind i centret og arbejdes med? Er det især at kortlægge et miljø og opsamle, hvad vi ved, og vise, hvad vi ikke ved – eller er det forskning?
- Repræsentativiteten i det man formidler – hvem formidler vi for og til? Hvis projekter – egne eller hele feltets? For smalt, hvis der kun er egne.
- Et ekspertmiljø-panel kan være med til at styrke og hæve kvaliteten.

Slutteligt er det videntrets opgave at problematisere - ikke politisere, ikke prædike - den viden, der produceres.

## Medlemmer af Advisory Board

Advisory Board sikrer videntret et tæt og formaliseret arbejde med en bred, tværfaglig sammensætning af medlemmer fra relevante forsknings- og vidensinstitutioner, primær- og sekundærsektor, herunder både somatik og psykiatri, og andre organisationer.

Medlemmerne er herunder listet alfabetisk efter efternavn.

### **Lis Adamsen**

Professor, sociolog, sygeplejerske, Universitetshospitalernes Center for Sundhedsfaglig Forskning

### **Karen la Cour**

Lektor, Master i ergoterapi, ergoterapeut, Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet

### **Tine Curtis**

Forskningschef, Ph.d. i folkesundhedsvidenskab, kultursociolog, Center for Anvendt Kommunal Sundhedsforskning, Aalborg Kommune

### **Claus Engstrup**

Leder af Rehabiliteringsenheden, Rehabiliteringsenheden, Randers Sundhedscenter

### **Søs Fuglsang**

Sundheds- og omsorgschef, Norddjurs Kommune

### **Mai-Britt Guldin**

Postdoc, psykolog, Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

### **Jørn Herrstedt**

Professor, overlæge, Onkologisk Afdeling R, Odense Universitetshospital

### **Morten Hulvej**

Lektor, antropolog, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

### **Niels Christian Hvidt**

Lektor, teolog, Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet

### **Mogens Hørdér** (formand)

Professor, dr. med. Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet

### **Uffe Juul Jensen**

Professor, filosof, Institut for filosofi, Aarhus Universitet

### **Henning Langberg**

Professor, Cand.scient. (humanbiologi), fysioterapeut, Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet og Københavns Kommune

### **Mogens Lytken Larsen**

Professor, klinisk overlæge, Forskningsenhed for Ulighed i Hjertesundhed, Aalborg Universitetshospital

### **Hans Lund**

Lektor, fysioterapeut, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet

### **Lisbet Due Madsen**

Hospiceleder, Cand.cur., sygeplejerske, Arresødal Hospice, Region Hovedstaden

### **Claus Vinther Nielsen**

Klinisk professor, læge, Klinisk Socialmedicin og Rehabilitering, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

### **Per Sjøgren**

Klinisk professor, overlæge, Institut for Klinisk Medicin, Finsencentret, Rigshospitalet

### **Jens Søndergård**

Professor, læge, Forskningsenheden for almen medicin, Syddansk Universitet

### **Jette Vibe-Petersen**

Centerchef, læge, Center for Kræft og Sundhed, Københavns Kommune

### **Annette Wandel**

Chef for kvalitet og politik, Master i Public Policy, fysioterapeut, Videncenter for Brugerinddragelse, Danske Patienter

REHPA, 25. april 2016; 1. udgave

**REHPA**

Videncenter for Rehabilitering og Palliation  
Vestergade 17  
DK-5800 Nyborg  
Telefon 30 57 10 59  
[www.rehpa.dk](http://www.rehpa.dk)

