



Kommunal Kræftrehabilitering i Danmark 2021

Kommunale indsatser fordelt pr. region

Kommunal kræftrehabilitering i Danmark 2021. Kommunale indsatser fordelt pr. region

Forfattere: Tina Broby Mikkelsen og Ane Bonnerup Vind
Copyright © 2022
REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til REHPA.

REHPA, notat nr. 24
Oktober 2022

ISBN: 978-87-93356-68-9 (online)

Forsidefoto: Colourbox

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Vestergade 17
5800 Nyborg
Telefon 21 81 10 11
Mail: rehpa@rsyd.dk
www.rehpa.dk

REHPA-notater følger op på områder, som efterspørges af myndigheder, samarbejdspartnere, fagfæller, forskere, praktikere og andre målgrupper, som videncentret deler interesser med.

Notaterne er ikke reviewet, men fagligt godkendt af videncentrets medarbejdere. Udarbejdelsen af og baggrunden for notatet fremgår af forordet.

Notaterne udkommer ad hoc som elektroniske dokumenter og kan downloades fra www.rehpa.dk.

Forord	3
Resumé	4
Summary	6
Introduktion	8
Formål	8
Metode	9
Resultater	9
Svarprocent og respondenternes karakteristika	9
Behovsvurdering	10
Kendskab til og brug af det regionale behovsvurderingsskema	10
Kommunernes vurdering af det regionale behovsvurderingsskemas egnethed	11
Faglige indsatser	12
Implementering af rehabiliteringsindsatser i kommunerne	12
Typer af rehabiliterende indsatser implementeret i kommunerne	14
Diagnosespecifikke indsatser implementeret i kommunerne	15
Kommunernes kapacitet – rehabilitering og palliation.....	15
Tværfagligt samarbejde	16
Samarbejde på tværs af forvaltninger eller afdelinger i kommunen.....	17
Koordination og sammenhængende forløb – tværsektorielle forløb.....	18
Implementering af procedurer for sammenhængende rehabiliteringsforløb.....	18
Henvisning til kræftrehabiliteringstilbud	20
Muligheder for sammenhængende forløb.....	20
Konklusion og perspektivering	22
Referencer	23

Forord

En af kerneopgaverne i REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation er at kortlægge og dokumentere rehabiliterings- og palliationsindsatser i regioner og kommuner. I 2021 fulgte REHPA op på den tidligere kortlægning af *Kræftrehabiliteringen i Danmark*, publiceret i 2017 (Caroline Elnegaard et al., 2022). Opfølgningen, som er publiceret i januar 2022, fokuserede på implementeringen af kræftrehabilitering via spørgeskemaer sendt til kommuner og relevante hospitalsafdelinger. Opfølgningen bekræftede, at implementeringen er nået langt – men der er stadig behov for at fokusere på fx centrale elementer som behovsvurdering og rehabiliteringsindsatser, ligesom der er brug for at holde fokus på, at rehabilitering er til rådighed for alle målgrupper og en fortsat udvikling af det tværsektorielle arbejde.

I dette notat, suppleres rapporten fra januar 2022 med detaljerede data fra kommunernes besvarelser, fordelt på regioner, vedrørende de fire temaer; behovsvurdering, faglige indsatser, tværfagligt samarbejde og koordinering og sammenhæng i forløb. Hensigten er at stille flere data til rådighed for sundhedsplanlæggere og for lokale tværsektorielle drøftelser, fx i regi af samarbejde om sundhedsaftaler, herunder i de nye sundhedsklynger.

Databearbejdningen er udført af Tina Broby Mikkelsen og notatet er gennemlæst og kommenteret af overlæge Lene Jarlbæk, REHPA, og lektor Jette Thuesen, Syddansk Universitet (SDU).

Ane Bonnerup Vind

Videncenterchef, overlæge, ph.d.

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Oktober 2022

Resumé

REHPA udgav i januar 2022 rapporten *Kræftrehabilitering i Danmark – status og udvikling fra 2017-2021* (Caroline Elnegaard et al., 2022), hvor sygehusafdelingers, rehabiliteringsafdelingers og kommuners svar på et spørgeskema om kræftrehabilitering blev præsenteret. I rapporten blev data præsenteret på nationalt niveau.

Formålet med dette notat er at give et mere detaljeret billede af status for kræftrehabiliteringen i de fem regioner i Danmark. Notatet rummer udelukkende kommunernes besvarelser på REHPAs kortlægning af kræftrehabiliteringen 2021, da der var for få besvarelser fra hospitalernes afdelinger til at en opdeling i regioner kunne give mening.

REHPAs kortlægning af kræftrehabilitering 2021 (Caroline Elnegaard et al., 2022) tog udgangspunkt i forløbsprogrammet fra 2018 (Sundhedsstyrelsen, 2018). Undersøgelsen i 2021 spurgte til den aktuelle status og i afrapporteringen blev resultaterne sammenlignet med de tilsvarende resultater fra 2017 (Jette Thuesen et al., 2017).

Kortlægningen i 2021 omfattede fire hovedtemaer: Behovsvurdering, faglige indsatser, tværfagligt samarbejde samt koordination og sammenhængende forløb.

Alle kommuner i Danmark fik tilsendt spørgeskemaet. Svarprocenten var 95 % (84 %-100 %) og respondenterne var primært sygeplejersker 45 (49 %) og fysioterapeuter 32 (35 %).

Behovsvurdering

Der ses mindre regionale forskelle på andele af kommuner der henholdsvis kender og anvender det regionale behovsvurderingsskema. I alt 78 (87 %) af kommunerne kender og 39 (43 %) anvender det regionale skema. 35 (90 %) af de 39 kommuner der anvender det regionale skema angiver, at skemaet er egnet til at identificere rehabiliteringsbehov og 21 (54 %) angiver at skemaet er egnet til også at identificere palliative behov.

Faglige indsatser

89 (97 %) af kommunerne angiver, at de har indarbejdet faglige rehabiliteringsindsatser, og 57 (63 %) at de har indarbejdet palliative indsatser. Særligt svarene vedrørende palliative indsatser viser betydelig regional variation, svingende fra færre end halvdelen af kommunerne i én region, til flere end 80 % i en anden region.

Næsten alle kommuner tilbyder KRAM-indsatser som led i deres kræftrehabiliteringsindsats; kost 87 kommuner (98 %), rygning 88 kommuner (99 %), alkohol 74 kommuner (83 %) og motion 81 kommuner (91 %). Færre kommuner har tilbud i relation til vejledning i rettigheder og juridiske forhold 33 kommuner (37 %), eksistentielle forhold 60 kommuner (67 %), og psykosociale behov 77 kommuner (87 %).

Der var ikke de store regionale variationer i respondenternes vurdering af, om kommunernes generelle kapacitet i deres tilbud til borgere med kræft er helt eller delvist tilstrækkelig i alt 85 (95%) kommuner. For borgere med fremskreden kræft, vurderede lidt færre kommuner 68 (77 %) at kapaciteten i deres tilbud er helt eller delvist tilstrækkelig, mens det gælder for 61 (69 %) af kommunerne ift. muligheden for at henvise til palliativ indsats. Der ses ikke den store regionale variation på tværs af regioner i forhold hertil.

Tværfagligt samarbejde

Samlet set vurderer 84 kommuner (94 %), at mulighederne for tværfagligt samarbejde om kræftrehabilitering er helt eller delvist tilstrækkelige, dog med nogen variation i oplevelsen af graden af tilstrækkelighed. Der ses nogen regional variation, i forhold til i hvilket omfang der samarbejdes med andre forvaltninger eller afdelinger i kommunerne. Samlet set angiver 74 (83 %) af respondenterne, at de altid, ofte eller af og til samarbejder med andre forvaltninger eller afdelinger i kommunen.

Koordination og sammenhæng

På tværs af kommune og hospitaler, svarer 67 (73 %) af respondenterne, at der er fuldt eller delvist indarbejdede procedurer for mere sammenhængende rehabiliteringsforløb. For kommune og almen praksis svarer 63 (69 %) af respondenterne, at sådanne procedurer er helt eller delvist indarbejdede. Respondenterne oplever at procedurer i højere grad er delvist indarbejdede frem for helt indarbejdede, og der ses ikke store regionale forskelle.

Henvisninger til kommunale rehabiliteringstilbud modtages især fra hospitalerne, hvilket er tilfældet i alle regioner. I forhold til øvrige henvisningsveje ses lidt variation, som eventuelt kan inddrages i lokale drøftelser.

Det er på tværs af regionerne relativt lave andele af kommuner, der finder muligheder for sammenhængende forløb mellem henholdsvis hospital og alment praktiserende læge og kommunen helt tilstrækkelige. Det kan være relevant, at det mere lokalt, fx i samarbejdsfora i regionen og/eller sundhedsklynger, drøftes, hvordan dette kan øges.

Summary

In January 2022, REHPA published the report *Cancer rehabilitation in Denmark – Status and development from 2017-2021* (Caroline Elnegaard et al., 2022). In the report, results of a survey on cancer rehabilitation, sent to hospital departments and municipalities, were presented. All results of the mapping were presented at a national level.

The purpose of this report is to provide a more detailed description of the status of cancer rehabilitation in municipalities in the five regions of Denmark. The report includes only the municipalities' answers from REHPAs mapping of cancer rehabilitation 2021.

REHPAs mapping of cancer rehabilitation 2021 (Caroline Elnegaard et al., 2022) was based on the national program on rehabilitation and palliative care in cancer from 2018 (Sundhedsstyrelsen, 2018). The mapping investigated current status and the development of practice since the previous mapping from 2017 (Jette Thuesen et al., 2017).

The mapping in 2021 included four main themes: Needs assessment, rehabilitation efforts, interdisciplinary cooperation and coordination and continuity.

Electronic questionnaire were sent to all municipalities in Denmark. The response rate was 95 % (84 %-100 %) and respondents were primarily nurses 45 (49 %) and physiotherapists 32 (35 %).

Need assessment

The fraction of municipalities that have knowledge of and uses the regional needs assessment questionnaire differs only slightly between regions. In total, 78 (87 %) of the municipalities know, and 39 (43 %) use the regional needs assessment questionnaire. 35 (90 %) of the 39 municipalities that use the regional needs assessment questionnaire state, that the questionnaire is appropriate for identifying rehabilitation needs, and 21 (54 %) that the questionnaire is appropriate for identifying palliative care needs.

Rehabilitation efforts

89 (97 %) of the municipalities indicate that they have incorporated professional rehabilitation efforts and 57 (63 %) that they have incorporated palliative care efforts. Especially regarding palliative care efforts there is a considerable regional variation, from less than half of municipalities in one region to more than 80 % of municipalities in another region.

Almost all municipalities offer lifestyle interventions as part of their cancer rehabilitation effort; diet 87 (98 %), smoking 88 (99 %), alcohol 74 (83 %) and physical activity 81 (91 %). Fewer municipalities have efforts regarding legal matters 33 (37 %), existential needs 60 (67 %), and psychosocial needs 77 (87 %).

There was minor variations in the respondents' assessment of the municipalities' general capacity regarding whether the rehabilitation efforts to cancer patients in their municipality is fully or partially sufficient. Regarding patients with advanced cancer slightly fewer municipalities 69 (77 %) state that the capacity of their effort is fully or partially sufficient, while this applies to 61 (69 %) of municipalities in relation to referral to palliative care. No regional differences were found.

Interdisciplinary cooperation

In total, 84 municipalities (94 %) consider that interdisciplinary collaboration on cancer rehabilitation are fully or partially sufficient. Some regional variation in perceived sufficiency is seen. Some regional differences in collaboration with other municipality departments is reported as well. In total 74 (83 %) of the respondents state that they always, often or sometimes cooperate with other departments in the municipality.

Coordination and coherent processes

In total, 67 (73 %) of respondents answer, that procedures to ensure more continuity in rehabilitation trajectories between municipalities and hospitals are fully or partly implemented. 63 (69 %) of respondents state, that procedures to ensure more continuity in rehabilitation trajectories between municipalities and general practice is fully or partly implemented. The respondents experience that procedures to a greater extent are partly than fully incorporated and no major regional differences are found.

Across the region, relative low proportions of municipalities find the possibility of continuity between hospital, general practice and municipality to be sufficient. This knowledge could be included in discussions in cross-sectional forums, where an improvement of continuity can be discussed.

Introduktion

Med dette notat præsenteres uddybede data fra den kommunale del af kortlægningen *Kræftrehabilitering i Danmark – status og udvikling fra 2017-2021* (Caroline Elnegaard et al., 2022). Notatet uddyber data fra udvalgte tabeller i ovennævnte kortlægning. I notatet vises en opdeling af kommunale svar fordelt på de 5 regioner. Opdelingen gør det muligt at vurdere eventuelle regionale forskelle.

I takt med at antallet af kræfttilfælde og kræftoverlevende i Danmark stiger (Kræftens Bekæmpelse, 2021), er der stigende opmærksomhed på, hvordan funktionsevne og livskvalitet kan understøttes gennem rehabilitering og andre indsatser, herunder palliation. Såvel rehabiliterende som palliative indsatser bør tilbydes tidligt i forløbet for mennesker med kræft og palliation og kan med fordel tænkes ind i rehabiliteringsindsatser i kommunerne for at understøtte sammenhæng og imødekomme patienternes individuelle behov (Sundhedsstyrelsen, 2017)

Implementering af kræftrehabilitering understøttes af kræftplaner, forløbsprogrammer, kræftpakkeforløb og opfølgingsprogrammer. Den sygdomsspecifikke del af rehabiliteringen er beskrevet i kræftpakkeforløb og opfølgingsprogrammer for kræft (Sundhedsstyrelsen, 2021) og varetages overvejende af hospitalerne, mens den generelle rehabiliteringsdel indgår i kommunernes opgaver, som delvist er beskrevet i opfølgingsprogrammerne (Sundhedsstyrelsen, 2021) og i *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft* (Sundhedsstyrelsen, 2018), hvor vurdering af palliative behov også beskrives og udmøntet i regionale aftaler (Region Midtjylland, 2019; Region Syddanmark, 2021; Sundhedsstyrelsen, 2019). Almen praksis har ligeledes opgaver i tilknytning til rehabilitering, eksempelvis identifikation af behov, opfølgning og henvisning til relevante tilbud (Sundhedsstyrelsen, 2018).

REHPAs kortlægning fra 2021 omfattede udvalgte sengeafdelinger og ambulatorier, terapiafsnit på hospitalerne og alle kommuner. Med en svarprocent på 91 (95 %) blandt kommunerne, er der tilstrækkeligt mange besvarelser til at en opdeling af kommuner, i forhold til hvilken region de tilhører er mulig. Herved kan resultater af kortlægningen være mere nærværende og relevante for lokale drøftelser, fx i regi af samarbejdet om sundhedsaftaler i de enkelte regioner og sundhedsklynger.

En tilsvarende opdeling i forhold til besvarelserne fra hospitalerne præsenteres ikke, da det lille antal respondenter ikke giver tilstrækkeligt grundlag for det.

Formål

Formålet med dette notat er at vise den regionale fordeling i kommunernes besvarelser i forbindelse med udvalgte tabeller fra REHPAs kræftrehabiliterings-kortlægning fra 2021 (Caroline Elnegaard et al., 2022).

Metode

Kortlægningen i 2021, og dermed også dette uddybende notat, er baseret på digitale spørgeskemaer, udsendt til danske hospitaler og kommuner via SurveyXact. Spørgeskemaer er valideret internt af forskningskolleger i REHPA og eksternt af projektets referencegruppe. Metoden er beskrevet udførligt i Bilag 1 i kræftrehabiliteringsrapporten (Caroline Elnegaard et al., 2022), hvor der kan læses mere om, hvordan respondenterne er rekrutteret, udsendelsesprocedure, rykkerprocedurer og spørgeskemaernes opbygning. De overordnede temaer i kortlægningen var: Behovsvurdering, faglige indsats, tværfagligt samarbejde, samt koordination og sammenhængende forløb (Caroline Elnegaard et al., 2022).

Rapporten omhandler også palliation, jf. beskrivelser i *Forløbsprogram for Rehabilitering og Palliation i forbindelse med kræft* (Sundhedsstyrelsen, 2018) og Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for den palliative indsats* (Sundhedsstyrelsen, 2017), men de personer, der har deltaget i undersøgelsen som respondenter, er identificeret som fagpersoner med særlig viden om kommunal rehabilitering. Dermed belyses palliation ud fra et rehabiliteringsfagligt perspektiv i rapporten og er ikke et udtryk for kommunens samlede palliative indsats.

Resultater

Afsnittet er, som i kræftrehabiliteringsrapporten, opbygget ud fra de fire hovedtemaer:

- Behovsvurdering
- Faglige rehabiliteringsindsatser
- Tværfagligt samarbejde
- Koordination og sammenhængende forløb.

Svarprocent og respondenternes karakteristika

Ud af de 98 kommuner i Danmark angav to kommuner, at de har samarbejde med en tredje, større kommune, som svarer på deres vegne. Derfor er spørgeskemaet om kræftrehabilitering sendt til 96 kommuner. Der var 91 kommuner, der besvarede hele eller dele af spørgeskemaet. Den overordnede svarprocent for kommunerne er dermed 91/96 (95 %), med 100 % i både Region Nordjylland og Region Hovedstaden (Tabel 1). To kommuner besvarede kun dele af skemaet. Derfor falder antallet af kommuner, der indgår i tabeller i det følgende, til 89 gennem rapporten. Respondenterne i kommunerne var primært sygeplejersker (49 %) eller fysioterapeuter (35 %), mens 38 % svarede andet (Tabel 2). De respondenter, der svarede andet, angiver at være ledere, sundhedskonsulenter samt forløbskoordinatorer.

Der var samlet set besvarelser fra 39 hospitalsafdelinger og 13 terapiafsnit, og datagrundlaget er derfor for lille til at præsentere data fordelt på regioner.

Tabel 1. Kommunernes svarprocenter i REHPAs kræftrehabiliteringskortlægning fra 2021 – i Danmark og fordelt på regioner.

Region	Region Nordjylland	Region Midtjylland	Region Syddanmark	Region Sjælland	Region Hovedstaden	Hele landet
Antal udsendte i alt	11	19	22	17	27	96
Antal gennemført	11	16	20	16	26	89
Delvist besvaret	0	0	1	0	1	2
Svarprocent (%)	100	84	95	94	100	95

Tabel 2. Respondenters faglige baggrund, fordelt på regioner. Antal og (procent)[#]

	Region Nordjylland (n=11)	Region Midtjylland (n=16)	Region Syddanmark (n=21)	Region Sjælland (n=16)	Region Hovedstaden (n=27)	Hele landet (n=91)
Sygeplejerske	7 (64)	9 (56)	11 (52)	6 (38)	12 (44)	45 (49)
Fysioterapeut	3 (27)	8 (50)	7 (33)	6 (38)	8 (30)	32 (35)
Andet*	2 (18)	2 (13)	7 (33)	7 (43)	17 (63)	35 (38)

[#] Respondenterne kunne sætte flere krydser, så derfor er der flere svar, end der er respondenter. Procentsatserne angiver procent af kommuner og dermed vil summen af procenter i hver kolonne overstige 100.

*Procentsatserne afviger fra rapporten, idet ergoterapeut og læge er regnet med under 'Andet', da der var få respondenter i disse grupper.

Behovsvurdering

Ifølge Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*, skal alle patienter med kræft have vurderet deres behov for rehabilitering og palliation (Sundhedsstyrelsen, 2018). Alle regioner har udviklet et regionalt behovsvurderingsskema, (Caroline Elnegaard et al., 2022) og de regionale skemaer anvendes i varierende grad sammen med en række andre skemaer i kommunernes vurdering af behov i forbindelse med afklarende samtaler med borgerne (Caroline Elnegaard et al., 2022).

Kendskab til og brug af det regionale behovsvurderingsskema

Blandt 90 kommuner er der 78 (87 %) respondenter, der svarer, at de kender det regionale behovsvurderingsskema (Tabel 3).

Tabel 3. Kendskab til det regionale behovsvurderingsskema, der anvendes til systematisk behovsvurdering i regionen. Antal og (procent)

	Region Nordjylland (n=11)	Region Midtjylland (n=16)	Region Syddanmark (n=20)	Region Sjælland (n=16)	Region Hovedstaden (n=27)	Hele landet (n=90)
Ja	8 (73)	14 (88)	19 (95)	13 (81)	24 (89)	78 (87)
Nej/Ved ikke	3 (27)	2 (13)	1 (5)	3 (19)	3 (11)	12 (13)

Kommunerne er også spurgt til, hvorledes de anvender det regionale behovsvurderingsskema, svarene fremgår af Tabel 4.

Tabel 4. Anvendelse af det regionale behovsvurderingsskema i kommunerne. Antal og (procent)[#]

	Region Nordjylland (n=11)	Region Midtjylland (n=16)	Region Syddanmark (n=20)	Region Sjælland (n=16)	Region Hovedstaden (n=27)	Hele landet (n=90)
Ja, skemaet anvendes som ramme for kommunens indledende kontakt med borgeren	0 (0)	5 (31)	12 (60)	8 (50)	9 (33)	34 (38)
Ja, det udfyldte skema, borgerne har med fra hospitalet, anvendes ved kommunens indledende kontakt med borgeren	0 (0)	3 (19)	6 (30)	0 (0)	1 (4)	10 (11)
Nej, andre redskaber/procedurer anvendes	7 (64)	7 (44)	7 (35)	6 (38)	13 (48)	40 (44)
Nej, redskaber/procedurer anvendes ikke/ Andet/Ved ikke*	6 (54)	6 (38)	3 (15)	6 (38)	8 (30)	29 (32)

Der kunne sættes flere krydser.

* Svarmuligheder er slået sammen i forhold til rapporten.

Samlet er der 39 (43 %) kommuner, som har mindst ét svar i en ja-kategori (data ikke vist). Der er 16 kommuner der supplerer det regionale skema med andre skemaer.

I alt 40 (44 %) respondenter (både dem der anvender det regionale skema, og dem der blot anvender andre skemaer) anfører at andre redskaber/procedurer anvendes, mens 29 (31 %) anfører, at de ikke anvender skemaer, svarer "Ved ikke" eller "Andet". I Region Nordjylland anvendes det regionalt udviklede skema ikke af nogen af kommunerne, og her anfører 7 af de 11 kommuner, at de anvender andre redskaber til behovsvurdering.

Af andre redskaber/procedurer valgte respondenterne følgende ud fra et antal valgmuligheder (de hyppigst anvendte på landsplan er nævnt først): "Andre skemaer", "ICF-baseret skema", "Fælles sprog III – baseret skema", "FACT-G", "EORTC QLQ-C15-PAL", "Dallundskalaen", "COPM", "EORTC QLQ-C30" og "Distress thermometer". "Andre skemaer" var hyppigst valgt, idet 44 (49 %) (data ikke vist) af respondenterne valgte denne mulighed.

Kommunernes vurdering af det regionale behovsvurderingsskemas egnethed

Ud af 39 kommunale respondenter vurderer 35 (90 %), at skemaet er velegnet eller nogenlunde velegnet til at identificere rehabiliteringsbehov (Tabel 5), mens 21 (54 %) finder, at det er velegnet til at identificere palliative behov (Tabel 6).

Tabel 5. Vurdering af det regionale behovsvurderingsskemas egnethed til at identificere rehabiliteringsbehov blandt de 39, hvor skemaet anvendes. Antal og (procent)

	Region Nordjylland (n=0)	Region Midtjylland (n=8)	Region Syddanmark (n=13)	Region Sjælland (n=8)	Region Hovedstaden (n=10)	Hele landet (n=39)
Velegnet/ Nogenlunde velegnet*	0 (0)	8 (100)	11 (85)	6 (75)	10 (100)	35 (90)
Ikke så velegnet/ Uegnet/Ved ikke*	0 (0)	0 (0)	2 (15)	2 (25)	0 (0)	4 (10)

*Grupperne er slået sammen i forhold til kræftrehabiliteringsrapporten pga. få svar i hvert spørgsmål.

Tabel 6. Vurdering af det regionale behovsvurderingsskemas egnethed til at identificere palliative behov blandt de 39 kommuner der anvender dette. Antal og (procent)

	Region Nordjylland (n=0)	Region Midtjylland (n=8)	Region Syddanmark (n=13)	Region Sjælland (n=8)	Region Hovedstaden (n=10)	Hele landet (n=39)
Velegnet/ Nogenlunde velegnet*	0 (0)	4 (50)	8 (62)	3 (38)	6 (60)	21 (54)
Ikke så velegnet/ Uegnet/Ved ikke*	0 (0)	4 (50)	5 (38)	5 (63)	4 (40)	18 (46)

*Grupperne er slået sammen i forhold til kræftrehabiliteringsrapporten pga. få svar i hvert spørgsmål.

Mens kendskabet til de regionale behovsvurderingsskemaer generelt ligger højt, fremgår det at skemaet ikke anvendes konsekvent på tværs af kommuner i de enkelte regioner – i en enkelt region slet ikke. Med det forbehold, at der er få respondenter, når der opdeles på regioner, så ses der også mulige regionale forskelle i oplevelsen af de regionale skemaers velegnethed. Den viden, sammen med den mere generelle oplevelse af, at skemaerne i mindre grad er velegnede til at identificere palliative behov, kan eventuelt inddrages, hvis de regionale skemaer overvejes revideret.

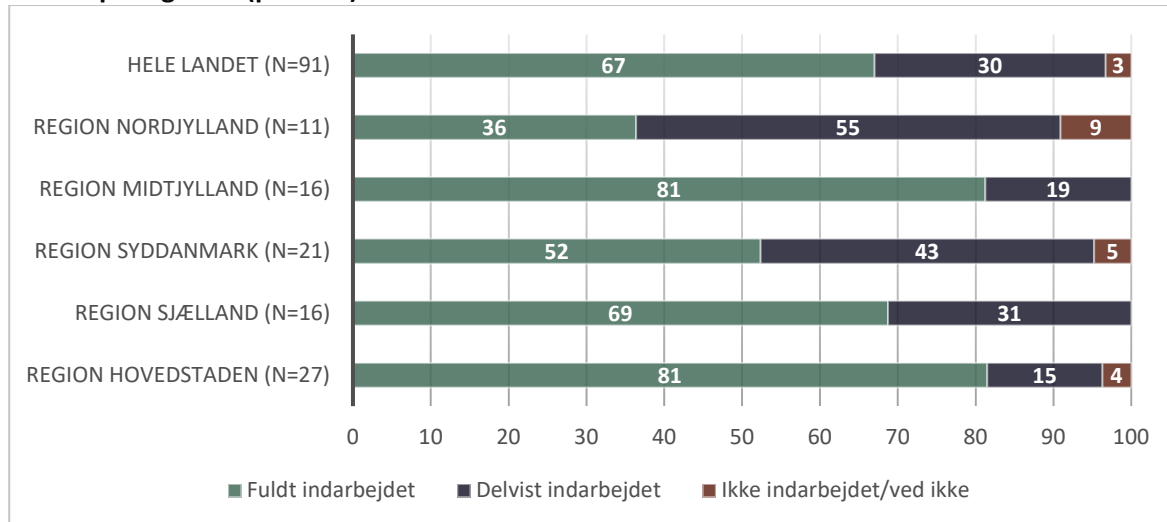
Faglige indsatser

Ifølge forløbsprogrammet skal den faglige indsats ved både rehabilitering og palliation afgøres af den enkeltes behov samt sigtet med forløbet, og behov kan være indenfor de fire behovsområder: fysiske, psykiske, sociale og/eller eksistentielle behov (Sundhedsstyrelsen, 2018). Respondenter er derfor spurgt til, i hvor høj grad de har indarbejdet henholdsvis konkrete faglige indsatser i forhold til rehabilitering og palliation i deres praksis.

Implementering af rehabiliteringsindsatser i kommunerne

Figur 1 viser, at 89 (97 %) af kommunerne har svaret, at de har indarbejdet faglige indsatser ift. rehabilitering fuldt eller delvist. I alle regioner angiver mere end 90 % af respondenterne at de helt eller delvist har implementeret rehabiliteringsindsatser, og der ses dermed ikke væsentlig regional forskel. Andelen der angiver at indsatsen er fuldt implementeret varierer dog fra 36 % til 81 % af kommuner på tværs af regionerne.

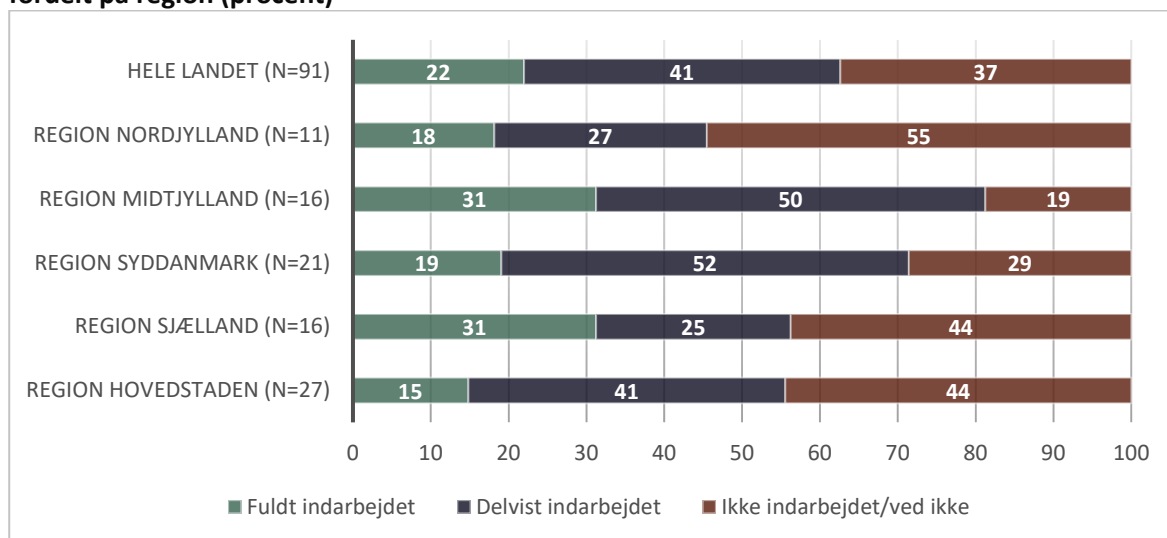
Figur 1. Implementering af konkrete faglige indsatser i forhold til rehabilitering i kommunal praksis fordelt på regioner (procent)



Her er følgende kategorier fra kræftrehabiliteringsrapporten lagt sammen til "Ikke indarbejdet / Ved ikke": "Planlægger at indarbejde", "Ikke indarbejdet", "Vi har været i gang med at indarbejde, men er stoppet" og "Ved ikke".

I alt 57 (63 %) af kommunerne angiver, at de fuldt eller delvist har implementeret konkrete faglige indsatser i forhold til palliation i deres praksis (Figur 2). Der er 34 (37 %) af kommunerne, der svarer, at de ikke har indarbejdet faglige indsatser ift. palliation, eller som svarer ved ikke. I den region, hvor færrest kommuner angiver at have indarbejdet palliative indsatser, drejer det sig om under halvdelen af kommunerne, mens over 80 % af kommunerne i en anden region angiver at have indarbejdet palliative indsatser. Det ser ud til at de palliative indsatser ikke er indarbejdet i så høj grad som rehabiliterings-indsatserne. Det er vigtigt at påpege, at respondenterne, der har deltaget i undersøgelsen, er identificeret som fagpersoner med særlig viden om rehabilitering.

Figur 2. Implementering af konkrete faglige indsatser i forhold til palliation i kommunal praksis fordelt på region (procent)



Her er følgende kategorier fra kræftrehabiliteringsrapporten lagt sammen til "ikke indarbejdet / ved ikke": "Planlægger at indarbejde", "Ikke indarbejdet", "Vi har været i gang med at indarbejde, men er stoppet" og "Ved ikke".

Typen af rehabiliterende indsatser implementeret i kommunerne

Tabel 7 viser de kommunale respondenters besvarelser, ift. hvilke indsatser der indgår i kommunens rehabiliteringstilbud. Besvarelserne viser, at de indsatser, der i lavest omfang indgår i kommunernes rehabiliteringstilbud på landsplan, er indsatser ift. psykosociale og eksistentielle områder, herunder vejledning om rettigheder og juridiske forhold, eksistentiel støtte, seksualitet og samliv samt støtte til pårørende. Det fremgår endvidere at indsatser i relation til KRAM-faktorer i høj grad indgår i kommunernes indsatser. Der er for få besvarelser i hver region til at konkludere på regionale forskelle.

Tabel 7. Indsatser i kommunernes rehabiliteringstilbud. Antal og (procent)

	Region Nordjylland (n=11)	Region Midtjylland (n=16)	Region Syddanmark (n=19)	Region Sjælland (n=16)	Region Hovedstaden (n=27)	Hele landet (n=89*)
Vejledning om sygdom og senfølger						
Vejledning om sygdom, symptomer og behandling	7 (64)	14 (88)	14 (74)	13 (81)	24 (89)	72 (81)
Vejledning om senfølger	10 (91)	15 (94)	16 (84)	16 (100)	25 (93)	82 (92)
Genoptræning og fysisk træning						
Genoptræning	9 (82)	12 (75)	17 (89)	15 (94)	25 (93)	78 (88)
Fysisk træning	9 (82)	16 (100)	18 (95)	15 (94)	23 (85)	81 (91)
Indsats ift. kognitive vanskeligheder/kognitiv rehabilitering	7 (64)	12 (75)	16 (84)	12 (75)	21 (78)	68 (76)
Psykisk, socialt og eksistentielt						
Psykosocial indsats, herunder roller og relationer	9 (82)	14 (88)	16 (84)	16 (100)	22 (81)	77 (87)
Eksistentiel støtte	7 (64)	11 (69)	13 (68)	12 (75)	17 (63)	60 (67)
Indsatser ift. seksualitet og samliv	9 (82)	11 (69)	13 (68)	11 (69)	17 (63)	61 (69)
Indsats ift. arbejdsfastholdelse eller afklaring af arbejdssituation	8 (73)	11 (69)	12 (63)	12 (75)	22 (81)	65 (73)
Indsatser ift. hverdagsaktiviteter	8 (73)	12 (75)	16 (84)	13 (81)	25 (93)	74 (83)
Hjælpe midler	9 (82)	9 (56)	16 (84)	12 (75)	23 (85)	69 (78)
Støtte til pårørende	7 (64)	12 (75)	12 (63)	10 (63)	20 (74)	61 (69)
Vejledning om rettigheder og juridiske forhold	3 (27)	6 (38)	3 (16)	10 (63)	11 (41)	33 (37)
Forebyggelse og andre indsatser						
Ernæringsvejledning	11 (100)	16 (100)	19 (100)	15 (94)	26 (96)	87 (98)
Rygestop	11 (100)	16 (100)	18 (95)	16 (100)	27 (100)	88 (99)
Indsats ift. alkohol	10 (91)	12 (75)	13 (68)	12 (75)	27 (100)	74 (83)
Andre[#]	5 (45)	2 (13)	4 (21)	3 (19)	6 (22)	20 (23)

* 2 missing. De to respondenter der har givet nogle svar i henhold til Tabel 1, er frafaldet besvarelsen på dette tidspunkt.

Eksempler på andre indsatser er: coachende samtaler, mindfulness og hold med fokus på mental balance, tilbud med fokus på mestring, netværksdannelse og erfaringsudveksling, cafétilbud, hjælp til vægttab, tilbud til inkontinens, søvnvejledning, naturbaserede tilbud, tilbud om bisidderfunktion samt Lær at tackle-tilbuddene.

Diagnosespecifikke indsatser implementeret i kommunerne

Ud af 89 kommuner angiver 49 (55 %), at de har diagnosespecifikke rehabiliteringstilbud til borgere med kræft (Tabel 8). I Region Sjælland angiver 12 kommuner (75 %), at de har diagnosespecifikke tilbud, i Region Nordjylland angiver 3 kommuner (27%) noget tilsvarende. De diagnosespecifikke tilbud, der hyppigst forefindes i kommunerne, henvender sig til borgere med brystkræft, hovedhalskræft og prostatakræft (Caroline Elnegaard et al., 2022). Det er vigtigt at være opmærksom på, at befolkningsgrundlag og befolkningstæthed kan have betydning for muligheden for og hensigtsmæssigheden i at lave diagnosespecifikke tilbud i den enkelte kommune og/eller tværkommunalt.

Tabel 8. Diagnosespecifikke rehabiliteringstilbud til borgere med kræft i kommunerne. Antal og (procent)

	Region Nordjylland (n=11)	Region Midtjylland (n=16)	Region Syddanmark (n=19)	Region Sjælland (n=16)	Region Hovedstaden (n=27)	Hele landet (n=89)
Ja	3 (27)	7 (44)	11 (58)	12 (75)	16 (59)	49 (55)
Nej/Ved ikke	8 (73)	9 (56)	8 (42)	4 (25)	11 (41)	40 (45)

Kommunernes kapacitet – rehabilitering og palliation

Tabel 9 viser, at 85 (95 %) af respondenterne vurderer, at kommunens kapacitet i deres tilbud til borgere med kræft er helt eller delvist tilstrækkelig. Lidt færre kommuner, 69 (77 %) af kommunerne vurderer at kapaciteten i deres tilbud til borgere med fremskreden kræft er helt eller delvist tilstrækkelig (Tabel 10), mens det gælder for 61 (69 %) af kommunerne ift. muligheden for at henvise til palliativ indsats (Tabel 11). Der ses ikke den store regionale variation på tværs af regioner i forhold hertil.

Tabel 9. Respondenternes vurdering af om kapaciteten af kommunens rehabiliteringstilbud til borgere med kræft er tilstrækkelig. Antal og (procent)

	Region Nordjylland (n=11)	Region Midtjylland (n=16)	Region Syddanmark (n=20)	Region Sjælland (n=16)	Region Hovedstaden (n=26)	Hele landet (n=89)
Helt tilstrækkelige	3 (27)	7 (44)	10 (50)	7 (44)	14 (54)	41 (46)
Delvist tilstrækkelige	7 (64)	9 (56)	9 (45)	8 (50)	11 (42)	44 (49)
Delvist tilstrækkelige/Helt utilstrækkeligt/Ved ikke	1 (9)	0 (0)	1 (5)	1 (6)	1 (4)	4 (4)

Tabel 10. Respondenternes vurdering af om kapaciteten af kommunens rehabiliteringstilbud til borgere med fremskreden kræft er tilstrækkelig. Antal og (procent)

	Region Nordjylland (n=11)	Region Midtjylland (n=16)	Region Syddanmark (n=20)	Region Sjælland (n=16)	Region Hovedstaden (n=26)	Hele landet (n=89)
Helt tilstrækkelige	1 (9)	3 (19)	6 (30)	4 (25)	9 (35)	23 (26)
Delvist tilstrækkelige	7 (64)	12 (75)	8 (40)	6 (38)	12 (46)	45 (51)
Delvist tilstrækkelige/Helt utilstrækkeligt/Ved ikke	3 (27)	1 (6)	6 (30)	6 (38)	5 (19)	21 (24)

Tabel 11. Respondenternes vurdering af om muligheden for at henvise borgere med kræft til palliativ indsats er tilstrækkelig. Antal og (procent)

	Region Nordjylland (n=11)	Region Midtjylland (n=16)	Region Syddanmark (n=20)	Region Sjælland (n=16)	Region Hovedstaden (n=26)	Hele landet (n=89)
Helt tilstrækkelige	3 (27)	6 (38)	8 (40)	5 (31)	7 (27)	29 (33)
Delvist tilstrækkelige	2 (18)	4 (25)	7 (35)	7 (44)	12 (46)	32 (36)
Delvist tilstrækkelige/Helt utilstrækkeligt/Ved ikke	6 (54)	6 (37)	5 (25)	4 (25)	7 (28)	28 (31)

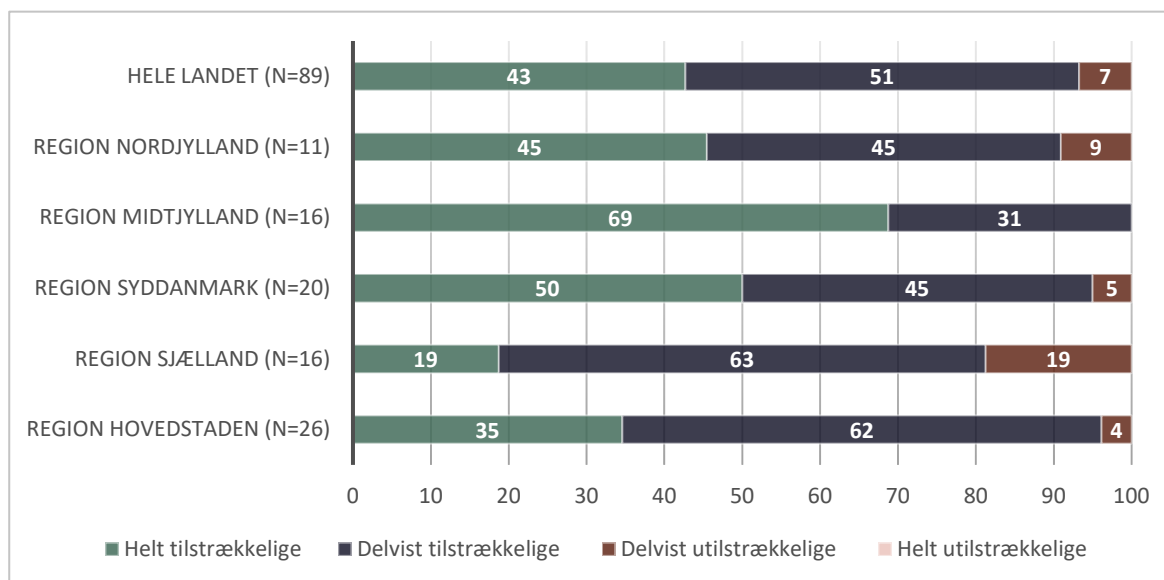
Samlet set vurderer kommunerne i høj grad, at de helt eller delvist har implementeret rehabiliteringsindsatser, mens det tilsvarende billede for palliative indsatser udviser større variation. Der ses også variation i forhold til hvilke typer af behov, der kan imødekommes i de kommunale tilbud på tværs af landet.

Tværfagligt samarbejde

Både rehabilitering og palliation er kendetegnet ved, at indsatser er tværfaglige og typisk inddrager flere forskellige fagpersoner. Kommunerne er derfor blevet bedt om at vurdere deres mulighed for tværfagligt samarbejde.

Hovedparten 84 (94 %) af kommunerne vurderer, at mulighederne for tværfagligt samarbejde om kræftrehabilitering er helt tilstrækkelige eller delvist tilstrækkelige. Denne vurdering deles på tværs af de fem regioner, dog med nogen variation i omfanget af vurderet tilstrækkelighed (Figur 3).

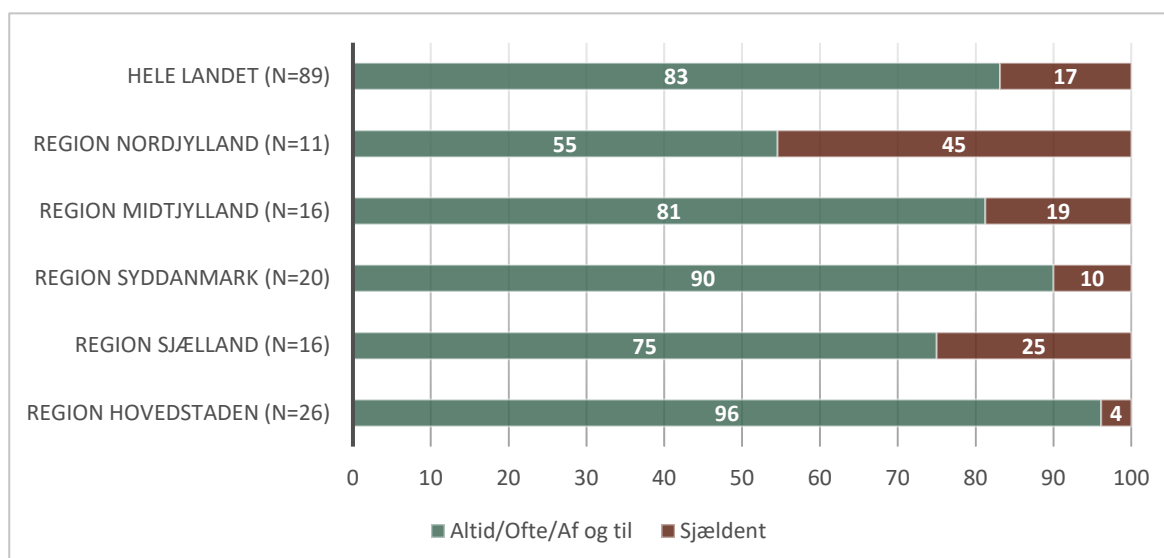
Figur 3. Respondenternes vurdering af mulighederne for tværfagligt samarbejde om kræftrehabilitering (procent)



Samarbejde på tværs af forvaltninger eller afdelinger i kommunen

Samarbejde på tværs af kommunale forvaltninger eller afdelinger er relevant i forhold til at koordinere forløbet for borgere med kontakter eller behov for kontakt i flere forvaltninger eller afdelinger. Ifølge 74 af de 89 (83 %) respondenter samarbejder de altid, ofte eller af og til med andre forvaltninger eller afdelinger i kommunen. De forvaltninger eller afdelinger, der oftest samarbejdes med på tværs i kommunen, er hjemmesygeplejen, jobcentret og hjemmeplejen (Tabel 12).

Figur 4. Samarbejde på tværs af forvaltninger eller afdelinger i kommunen (procent)



Tabel 12. Samarbejde på tværs af afdelinger i kommunen blandt kommuner, som anfører at de altid, ofte eller af og til samarbejder. Antal og (procent)

	Region Nordjylland (n=6)	Region Midtjylland (n=13)	Region Syddanmark (n=17)	Region Sjælland (n=12)	Region Hovedstaden (n=24)	Hele landet (n=74)
Hjemmesygeplejen	4 (67)	10 (77)	14 (82)	11 (92)	24 (100)	63 (85)
Jobcenteret	5 (83)	11 (85)	14 (82)	10 (83)	18 (75)	58 (78)
Hjemmeplejen	4 (67)	7 (54)	12 (71)	5 (42)	19 (79)	47 (64)
Beskæftigelsesforvaltningen	2 (33)	5 (38)	8 (47)	3 (25)	6 (25)	24 (32)
Andre forvaltninger	0 (0)	3 (23)	7 (41)	2 (17)	2 (8)	14 (19)
Socialforvaltningen	0 (0)	2 (15)	2 (12)	0 (0)	3 (13)	7 (9)
Ved ikke	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

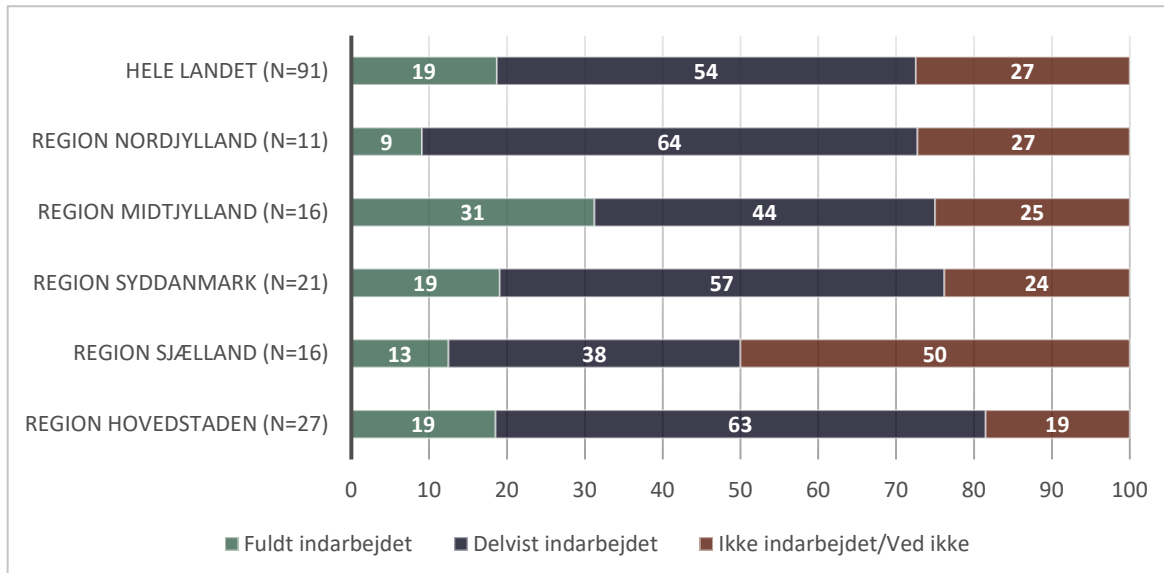
Samlet set vurderer kommunerne at mulighederne for tværfagligt samarbejde om kræftrehabilitering er helt eller delvist tilstrækkelige. Der ses nogen regional variation, i forhold til i hvilket omfang der samarbejdes med andre forvaltninger eller afdelinger i kommunerne.

Koordination og sammenhængende forløb – tværsektorielle forløb

Implementering af procedurer for sammenhængende rehabiliteringsforløb

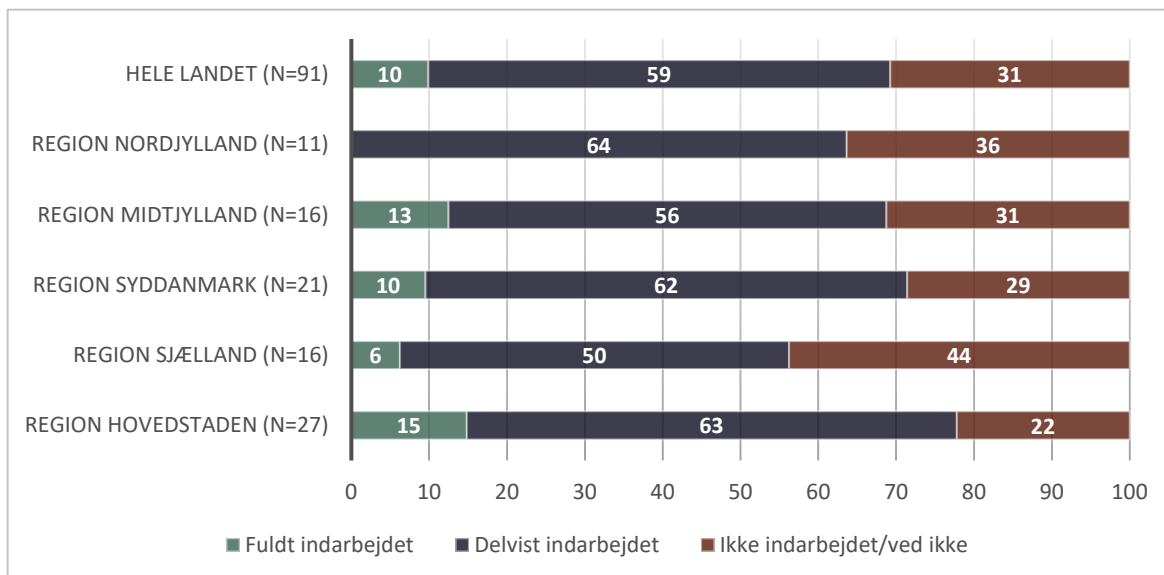
For borgere med kræft er det vigtigt, at opleve sammenhængende rehabiliteringsforløb, hvilket kan udfordres ved sektorskift. Derfor er der spurgt til, i hvilket omfang der er indarbejdet procedurer for mere sammenhængende forløb. I forhold til hospitalerne svarer 66 af de 89 (73 %) respondenter, at procedurer for mere sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs er indarbejdet helt eller delvist, mens 7 (8 %) planlægger at indarbejde. I forhold til almen praksis, svarer 69 % at der er indarbejdet procedurer helt eller delvist, mens 5 % planlægger dette. Generelt oplever respondenterne, at sådanne procedurer er delvist indarbejdet og ikke helt på plads endnu.

Figur 5. Procedurer for mere sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af kommune og hospital (procent)



Note: Her er følgende kategorier fra kræftrehabiliteringsrapporten lagt sammen til "Indarbejder ikke/Ved ikke": "Planlægger at indarbejde", "Ikke indarbejdet", "Vi har været i gang med at indarbejde, men er stoppet" og "Ved ikke". Dette er valgt, fordi der er få svar i disse kategorier.

Figur 6. Procedurer for mere sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af kommune og almen praksis (procent)



Note: Her er følgende kategorier fra kræftrehabiliteringsrapporten lagt sammen til "Indarbejder ikke/Ved ikke": "Planlægger at indarbejde", "Ikke indarbejdet", "Vi har været i gang med at indarbejde, men er stoppet" og "Ved ikke". Dette er valgt, fordi der er få svar i disse kategorier.

Henvisning til kræftrehabiliteringstilbud

For at kunne sikre sammenhæng i overgange, er det væsentligt at der er overblik over hvorledes borgere henvises til rehabiliteringstilbud. Henvisninger fra hospital, enten via korrespondancemeddelelse, XREF15 eller genoptræningsplan er hyppigt brugt i alle regioner (Tabel 13). I forhold til de øvrige henvisningsveje ses lidt variation, som eventuelt kan inddrages i lokale drøftelser.

Tabel 13. Hvorfra henvises borgerne til jeres kræftrehabiliteringstilbud? Antal og (procent)

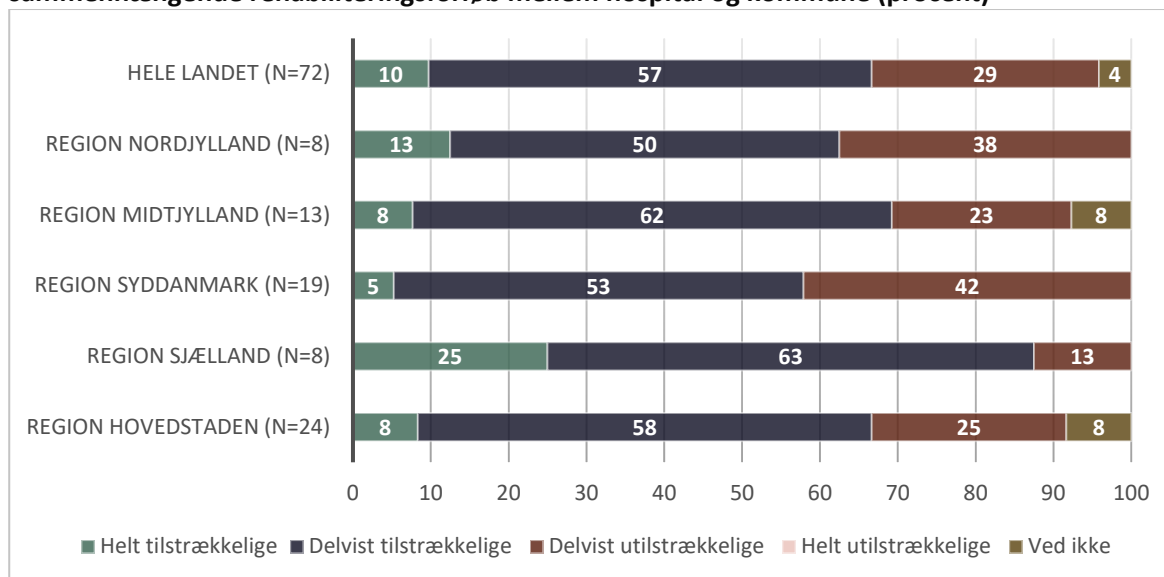
	Region Nordjylland (n=6)	Region Midtjylland (n=13)	Region Syddanmark (n=17)	Region Sjælland (n=12)	Region Hovedstaden (n=24)	Hele landet (n=74)
Fra hospital via korrespondancemeddelelse eller XREF15	11 (100)	16 (100)	20 (95)	16 (100)	27 (100)	90 (99)
Fra praktiserende læge	10 (91)	11 (69)	18 (86)	15 (94)	26 (96)	80 (88)
Fra hospital via genoptræningsplan	10 (91)	13 (81)	18 (86)	15 (94)	23 (85)	79 (87)
Borgere der henvender sig på eget initiativ	8 (73)	16 (100)	17 (81)	7 (44)	18 (67)	66 (73)
Fra andre enheder i kommunen	8 (73)	11 (69)	16 (76)	9 (56)	14 (52)	58 (64)
Andet	2 (18)	2 (13)	3 (14)	2 (13)	0 (0)	9 (10)

Muligheder for sammenhængende forløb

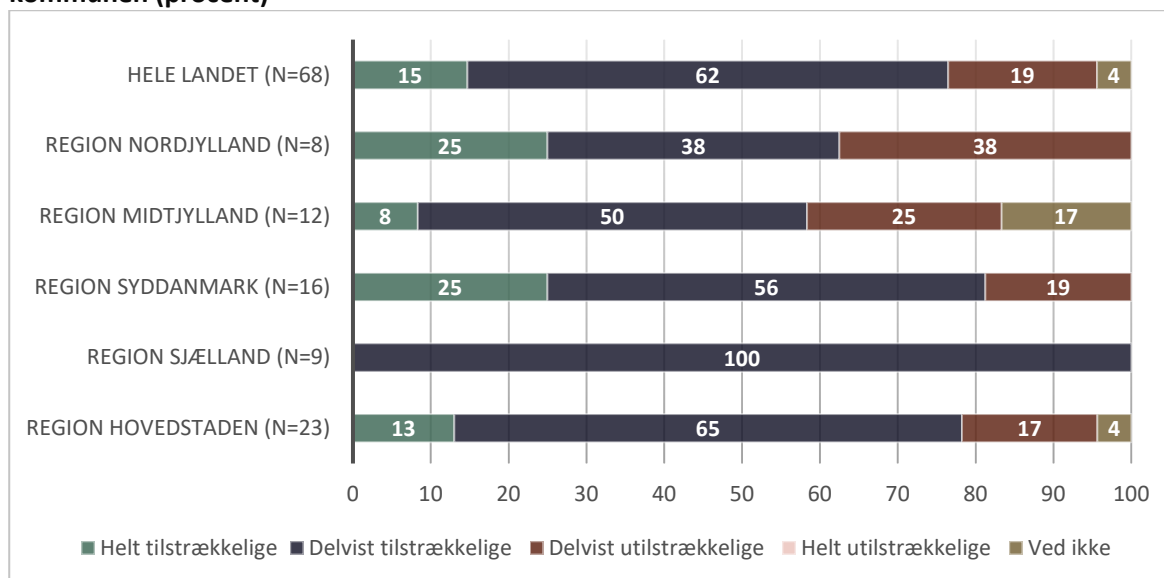
I forhold til sammenhæng i forløb mellem kommune og hospital vurderer 67 % af de 72 kommuner, der har anført, at de enten har eller planlægger at indarbejde procedurer for koordinerede sammenhængende forløb mellem hospital og kommune, at mulighederne er helt eller delvist tilstrækkelige (Figur 7).

I forhold til sammenhæng i forløb mellem kommune og almen praksis vurderer 77 % af de 68 kommuner, der helt eller delvist har indarbejdet procedurer, der understøtter sammenhæng i rehabilitering mellem almen praksis og kommune eller planlægger at indarbejde dette, at mulighederne for koordinerede og sammenhængende forløb mellem kommune hospital er helt eller delvist tilstrækkelige (Figur 8). Det er, på tværs af regionerne, relativt lave andele af kommuner, der finder muligheden for sammenhængende forløb mellem henholdsvis hospital og alment praktiserende læge og kommunen helt tilstrækkelig. Det kan være relevant at det mere lokalt, fx i samarbejdsfora i regionen og/eller sundhedsklynger, drøftes hvordan dette kan øges.

Figur 7. Kommunale respondenter vurdering af mulighederne for koordinerede og sammenhængende rehabiliteringsforløb mellem hospital og kommune (procent)



Figur 8. Kommunale respondenter vurdering af mulighederne for koordinerede og sammenhængende kræftrehabiliteringsforløb mellem borgerens praktiserende læge og kommunen (procent)



Generelt oplever respondenterne, at procedurer for sammenhængende forløb er delvist indarbejdet og ikke helt på plads endnu. Lokale drøftelser kan bidrage til at afdække barrierer for at procedurer, der kan understøtte samarbejdet og dermed borgeres oplevelse af sammenhængende forløb, kan indarbejdes i højere grad. Det er på tværs af regionerne relativt lave andele af kommuner, der finder muligheden for sammenhængende forløb mellem henholdsvis hospital og alment praktiserende læge og kommunen helt tilstrækkelig. Det kan være relevant at det mere lokalt, fx i samarbejdsfora i regionen og/eller sundhedsklynger, drøftes hvordan dette kan øges.

Konklusion og perspektivering

Med dette notat uddybes besvarelsene fra de kommunale respondenter fordelt på de fem regioner, som et supplement til REHPAs kortlægning af kræftrehabilitering 2021 (Caroline Elnegaard et al., 2022).

Det regionale behovsvurderingsskema anvendes af færre end halvdelen af kommunerne. Respondenterne finder, at skemaet i langt højere grad er velegnet til at identificere rehabiliterende behov frem for palliative behov. Anvendelse af et fælles skema på tværs af sektorer kan give et fælles sprog, og fælles data. Det kan derfor give mening at drøfte og eventuelt revidere det regionale behovsvurderingsskema, så det i højere grad opleves meningsfuldt på tværs af sektorer. Der er endvidere behov for at sikre, at palliative behov også erkendes.

I forhold til faglige indsatser peger besvarelsene også på, at der er brug for at sikre, at der findes et relevant tilbud, når der identificeres et rehabiliteringsbehov. De foreliggende opgørelser viser, at borgerne har nogle behov, som i varierende grad kan imødekommes i den kommunale rehabilitering og at der ses regionale forskelle, som med fordel kan drøftes tværsektorielt i regionerne og i regi af de nye sundhedsklynger.

Generelt finder kommunerne, at mulighederne for tværfagligt samarbejde om rehabilitering er til stede i helt eller delvist tilstrækkeligt omfang, og der ses ikke betydelige regionale forskelle.

Det er relativt få kommunale respondenter, der vurderer, at muligheder for koordinerede og sammenhængende kræftrehabiliteringsforløb mellem kommune og henholdsvis hospital og almen praksis er helt tilstrækkelige – flere finder mulighederne delvist tilstrækkelige. Barrierer for at opnå den påkrævede koordinering og sammenhæng kan med fordel drøftes lokalt, så lokale løsninger kan identificeres og implementeres.

Referencer

- Caroline Elnegaard, Tina Broby Mikkelsen, Mai-Britt Guldin, & Jette Thuesen. (2022). *Kræftrehabilitering i Danmark. Status og udvikling fra 2017 til 2021*. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation. <https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2022/01/Kraeftrehabilitering-FINAL.pdf>
- Jette Thuesen, Henriette Knold Rossau, Sarah Frausing, Lars Hermann Tang, & Tina Broby Mikkelsen. (2017). *Kræftrehabilitering i Danmark – kortlægning af praksis på hospitaler og i kommuner*. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation. <https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2017/12/Kr%C3%A6ftrehabilitering-i-Danmark-Final-171128-web.pdf>
- Kræftens Bekæmpelse. (2021). *Nøgletal*. <https://www.cancer.dk/nyheder/presserum/statistik-om-kræft/>
- Region Midtjylland, d. m. k. o. P.-M. (2019). *Kræftrehabilitering. Samarbejdsaftale under Sundhedsaftalen. 2019*. <https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/om-sundhedsaftalen/delaftale/kraftrehabilitering/aftale-2019---endelig.pdf>
- Region Syddanmark. (2021). *Kræft*. <https://regionsyddanmark.dk/fagfolk/det-naere-sundhedsvaesen/sundhedsaftalen-og-organisering/folgegrupper-under-sundhedsaftalen/genoptraening-og-rehabilitering>
- Sundhedsstyrelsen. (2017). *Anbefalinger for den palliative indsats*.
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*. Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/~media/B0FD5078B1654B33A9E744CCBAE89022.ashx>
- Sundhedsstyrelsen. (2019). *Status på forløbsprogrammer 2019*. <https://www.sst.dk/~media/Udgivelser/2019/Status-paa-forloebprogrammer-notat-2019.ashx?la=da&hash=9C1F4F310620FFDB5C95E02A39BE4A8BE6E231AF>
- Sundhedsstyrelsen. (2021). *Oversigt over kræftpakkeforløb*. <https://www.sst.dk/da/Viden/Kraeft/Kraeftpakkeforloeb/Oversigt-over-kræftpakkeforloeb>

Vestergade 17
5800 Nyborg
21 81 10 11
rehpa@rsyd.dk
www.rehpa.dk

[Tilmeld dig REHPAs nyhedsbrev](#)



facebook.com/rehpa.dk



twitter.com/rehpa_dk



linkedin.com/company/rehpa



youtube.com/c/REHPADanmark