



Koordinering af rehabilitering og palliation i Danmark

– en sekundær analyse af REHPA-kortlægninger

REHPA | RAPPORT | AUGUST 2025

Koordinering af rehabilitering og palliation i Danmark – en sekundær analyse af REHPA-kortlægninger

Forfattere: Jahan Shabnam, Johanne Andersen Elbek og Jette Thuesen

Copyright © 2025

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt med tydelig kildeangivelse.

REHPA, rapport

August 2025

ISBN: 978-87-93356-89-4 (online)

Forsidefoto: REHPA

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Vestergade 17

5800 Nyborg

21 81 10 11

rehpa@rsyd.dk

www.rehpa.dk

Rapporten har været til internt review. Udarbejdelsen af og baggrunden for rapporten fremgår af forordet.

[Rapporten kan downloades fra REHPAs hjemmeside.](#)

Indhold

Forord	4
Resumé	5
Baggrund	5
Formål	5
Metode	5
Resultater	5
Diskussion og udviklingsområder	6
Metodiske overvejelser	6
Summary	7
Background	7
Aim	7
Method	7
Results	7
Discussion and future perspective	7
Methodological considerations	8
Introduktion	9
Formål	9
Metode og materiale	10
Fremgangsmåde	10
Materiale	12
Resultater	14
Kortlægning af den kommunale palliative indsats i Danmark, 2019 [11]	14
Kvantitativ forekomst af rehabilitering	14
Kvalitativt indhold om rehabilitering	14
Kortlægning af specialiseret palliativ indsats, 2021 [10, 23]	14
Kvantitativ forekomst af rehabilitering	14
Kvalitativt indhold om rehabilitering	14
Kræftrehabilitering i Danmark: Status og udvikling fra 2017 til 2021 [12]	15
Kvantitativ forekomst af palliation	15
Kvalitativt indhold om palliation	15
Kortlægning af den basale palliative indsats på sygehuse i Danmark, 2024 [19]	16
Kvantitativ forekomst af rehabilitering	16
Kvalitativt indhold om rehabilitering	16
Kortlægning af regionale og kommunale tilbud om rehabilitering til personer der får amputeret ben i Danmark [20, 24]	16
Kvantitativ forekomst af palliation	16
Kvalitativ forekomst af palliation	17

The use and timing of rehabilitation and palliative care to cancer patients, and the influence of social vulnerability – a population-based study [21]	17
Kvantitativ forekomst af rehabilitering og palliation	17
Kvalitativt indhold om rehabilitering og palliation	17
Opsamling og diskussion	19
Metodiske begrænsninger ved sekundære analyser og kortlægningsstudier.....	22
Konklusion og perspektiver	23
Referencer	24

Forord

Denne rapport fra REHPA er resultatet af en sekundær analyse, der sætter fokus på, hvordan rehabilitering og palliation kobles i eksisterende REHPA kortlægninger og studier. Rapporten udspringer af en stigende faglig og politisk interesse for at styrke koordineringen af rehabiliterende og palliative indsatser – både nationalt og internationalt.

Analysen, der dækker fem kortlægninger og ét registerstudie gennemført af REHPA i perioden 2019-2024, har til formål at bidrage med ny viden, der kan understøtte fremtidig forskning, praksis og strategiudvikling i feltet.

Rapporten er reviewet af Mette Raunkiær. Tak til de kolleger, der deltog i det præliminære møde om analysens resultater og anbefalinger – herunder: Ulla Riis Madsen, Lene Jarlbæk, Mette Raunkiær, Heidi Maria Bergenholtz og Ane Bonnerup Vind. Deres input har været værdifuldt i det afsluttende arbejde med rapporten.

Mette Raunkiær

Professor og forskningsleder, REHPA

Juli 2025

Resumé

Baggrund

Denne rapport fra REHPA præsenterer en sekundær analyse af fem kortlægninger og ét registerstudie gennemført i perioden 2019 til 2024. Analysen tager udgangspunkt i den stigende nationale og internationale interesse for at kombinere rehabilitering og palliation i indsatser til mennesker med livstruende sygdom. Både WHO og European Association for Palliative Care (EAPC) fremhæver vigtigheden af, at rehabilitering integreres i den palliative indsats, men der er fortsat begrænset viden om, hvordan dette sker i praksis. REHPAs analyser er derfor et vigtigt skridt mod at skabe overblik over, hvordan begreberne anvendes og integreres i dansk sundhedsvæsen.

Formål

Formålet med rapporten er at undersøge, hvordan rehabilitering og palliation omtales og relateres i eksisterende REHPA-kortlægninger. Det overordnede mål er at generere ny viden, der kan understøtte fremtidig forskning, praksisudvikling og strategiske beslutninger om koordinering af rehabilitering og palliation (KRP). Fokus er både på frekvensen af begreberne i materialet og på indholdet og konteksten for deres anvendelse.

Metode

Analysen er baseret på en kvantitativ og kvalitativ gennemgang af fem kortlægningsrapporter og en videnskabelig artikel. Ved hjælp af søgning på ordstammerne "rehabil*" og "palliat*" er begrebernes forekomst optalt, og relevante tekstuddrag er analyseret for at identificere indholdsmæssige mønstre. Der er lagt vægt på at undersøge, hvordan rehabilitering og palliation nævnes på tværs af sektorer, diagnoser og organisatoriske enheder, og hvordan begreberne anvendes i sammenhæng.

Resultater

Resultaterne viser, at rehabilitering og palliation i varierende grad er nævnt og behandlet i de forskellige kortlægninger. I den kommunale kontekst angiver en betydelig andel af plejehjem og driftsenheder, at de arbejder med rehabilitering som en del af den palliative indsats, men der er udbredt usikkerhed om, hvorvidt behovene bliver tilstrækkeligt identificeret og imødekommet. I kræftrehabilitering fremhæves det, at screeningsværktøjer i højere grad er tilpasset rehabiliteringsbehov end palliative behov, og det vurderes, at der mangler systematik og kompetencer i den palliative indsats. På hospitalsniveau peger kortlægningerne på, at der kun i begrænset omfang foretages systematisk screening for palliative behov, og at det palliative tilbud varierer betydeligt i indhold og omfang. Der findes få konkrete samarbejder mellem rehabiliterings- og palliative enheder, og rehabiliterende palliation beskrives ofte som vedligeholdelse frem for funktionel forbedring. Registerdata viser, at rehabilitering og palliation i kræftforløb ofte overlapper, især tæt på livets afslutning. Derudover ses det, at socialt sårbare patienter hyppigere henvises til kommunal rehabilitering, men det forbliver uklart, om deres palliative behov samtidig bliver dækket.

Diskussion og udviklingsområder

Analysen indikerer, at der er behov for en styrket koordinering og integration mellem rehabilitering og palliation. Der mangler en fælles, evidensbaseret tilgang til behovsvurdering, som kan identificere samtidige behov for begge typer indsatser. På trods af flere nationale initiativer på kræftområdet siden 2012 er der stadig ikke etableret en ensartet praksis. Manglen på viden og ressourcer begrænser både det palliative element i rehabiliteringsforløb og det rehabiliterende element i palliative indsatser. Samtidig peger analysen på, at viden om og forståelse for KRP stadig er spredt og ofte afhænger af lokale ressourcer og enkeltpersoners engagement. Flere steder efterlyses målrettet kompetenceudvikling og bedre muligheder for tværfagligt samarbejde.

Metodiske overvejelser

Sekundære analyser, som denne, kan bidrage med nyttig indsigt, men de er samtidig begrænset af, at de bygger på data, der oprindeligt er indsamlet med et andet formål. Kortlægninger har desuden metodiske udfordringer, herunder afhængighed af informanter med varierende grad af indsigt og manglende standarder for KRP, hvilket gør det vanskeligt at opnå sammenlignelighed. Det konkluderes, at fremtidige studier bør suppleres med longitudinelle designs, registerstudier og praksisbaserede interventionsprojekter for at kunne belyse feltet mere dybtgående og systematisk.

Summary

Background

This report from REHPA presents a secondary analysis of five mapping studies and one registry-based study conducted between 2019 and 2024. The analysis is grounded in growing national and international interest in combining rehabilitation and palliative care for individuals with life-threatening illnesses, as the WHO and the European Association for Palliative Care (EAPC) recommended. Despite these recommendations, there is still limited understanding of how these two approaches are integrated across the Danish healthcare system.

Aim

The report aims to examine how rehabilitation and palliative care are referenced and related in existing REHPA mapping studies. The overarching goal is to provide knowledge that can support future research, practice development, and strategic decision-making in relation to the coordination of rehabilitation and palliative care (CRP). The analysis focuses on the frequency of mentions and the contextual use of the two concepts.

Method

The study is based on a quantitative and qualitative review of five mapping reports and one academic article. Keyword searches for “rehabil*” and “palliat*” were conducted to count their frequency, and contextual text excerpts were analysed to understand how the concepts were used. The analysis spans different sectors, diagnoses, and organizational levels to understand how rehabilitation and palliative care are connected.

Results

The findings reveal significant variation in how rehabilitation and palliative care are addressed across the reports. In the municipal context, many nursing homes and service units report incorporating rehabilitation into their palliative care efforts. However, there is concern that these needs are not adequately assessed or met. In cancer rehabilitation, it is emphasised that existing screening tools are better suited to identifying rehabilitation needs than palliative needs, and that systematic approaches and competencies are lacking in palliative care. In hospital settings, systematic screening for palliative needs is rare, and the availability and content of services vary greatly. Some examples of cooperation between rehabilitation and palliative teams exist, but these are sporadic. Rehabilitative palliation is often understood as maintaining function rather than restoring it. Registry data show that rehabilitation and palliative care overlap during the cancer trajectory, particularly toward the end of life. Socially vulnerable patients are more likely to be referred to community rehabilitation services, although it remains unclear whether their palliative needs are also addressed.

Discussion and future perspective

The analysis suggests a strong need for improved coordination and integration between rehabilitation and palliative care. No consistent or evidence-based method for assessing combined

needs across diagnoses and sectors exists. Despite years of effort in cancer care, a national standard has not been established, and the situation may be even more fragmented in other patient groups. A lack of knowledge, attention, and resources limits the inclusion of palliative care in rehabilitation programs and the application of rehabilitation in palliative care settings. Furthermore, knowledge about CRP remains fragmented and highly dependent on local initiatives and resource availability. There is a clear call for better cross-sector collaboration and focused capacity building.

Methodological considerations

While secondary analyses like this can yield valuable insights, they are inherently limited because the data were initially collected for other purposes. Mapping studies face challenges, such as relying on informants with varying expertise and lacking standardised definitions of CRP. As a result, findings may not be directly comparable. Therefore, future research efforts should include longitudinal studies, registry-based analyses, and practice-driven intervention studies to better understand how rehabilitation and palliative care can be effectively coordinated.

Introduktion

WHO anbefaler, at rehabilitering skal indgå i den palliative indsats til mennesker med livstruende sygdom [1], og internationalt er der aktuelt en række initiativer med henblik på udvikling af forståelsen og praksis på området. European Association of Palliative Care (EAPC) nedsatte i september 2023 en task force om 'Rehabilitation in Palliative Care', der frem til 2026 skal arbejde for at styrke rehabilitering på det palliative område [2]. Reviews har identificeret flere interventionsstudier om palliativ rehabilitering (se begrebsafklaring nedenfor), heraf to i Danmark [3, 4], og flere studier og opinion papers beskæftiger sig med, hvordan rehabilitering og palliation kan og bør kombineres indenfor forskellige patientgrupper [1, 5-8].

Kortlægninger af rehabilitering og palliation i Danmark indikerer, at der gennem det seneste årti i Danmark har været et øget fokus på indsatser og tilgange til mennesker med livstruende sygdomme, der inkluderer både rehabiliterende og palliative tilgange og indsatser [9-11]. Kortlægninger af palliativ indsats [10, 11] og af kræftrehabilitering [12] indikerer, at palliativ praksis i Danmark i et vist omfang integrerer rehabiliterende elementer og vise versa. Ud over en kortlægning fra 2015 [13] har der så vidt vides ikke hidtil været gennemført analyser og kortlægninger af, hvordan rehabilitering og palliation kombineres i tilgange og indsatser til mennesker med livstruende sygdomme i Danmark.

Derfor gennemfører REHPA en sekundær analyse af eksisterende kortlægninger. Arbejdet vil foregå parallelt med andre initiativer, REHPA er ansvarlig for eller involveret i, på området. Herunder et bogtillæg om kombination af rehabilitering og palliation [14], hvor der redegøres for begrebslige og indholdsmæssige aspekter og problemstillinger, der belyses gennem cases, og en international survey om forståelser af rehabilitering i palliativ indsats under en EAPC task force [14, 15].

Vi vælger her at bruge betegnelsen **koordinering af rehabilitering og palliation (KRP)** [16] som paraplybegreb for palliativ rehabilitering [3], rehabiliterende palliation [17] eller integrering [18] af rehabilitering og palliation. Hverken i Danmark eller internationalt er der begrebslig konsensus, og valget er derfor alene et udtryk for en pragmatisk tilgang.

Formål

Rapporten omhandler en analyse af tidligere REHPA-kortlægninger, der har kortlagt rehabilitering, palliation eller begge områder. Der er tale om en sekundær analyse, hvor vi læser på tværs af rapporter, der er skrevet med et andet sigte. **Formålet** er at samle og præsentere viden, der kan danne grundlag for videre forskning og udvikling inden for området. Forskningsspørgsmålene, der både er kvantitative og kvalitative, er:

- Hvor mange gange omtales hhv. rehabilitering og palliation i rapporterne?
- Hvad beskriver rapporterne om rehabilitering i de palliative kortlægninger og vise versa?

Rapporten skal ikke blot dokumentere eksisterende resultater, men også fungere som inspiration til nye undersøgelser og forskningsprojekter. Den kan bidrage til at identificere udviklingsområder

og områder, hvor der er brug for øget opmærksomhed, fremhæve relevante problemstillinger og understøtte strategiske beslutninger om REHPAs forskningsarbejde.

Målgruppen for rapporten er primært intern, målrettet forskere i REHPA.

Metode og materiale

Som materiale for de sekundære analyser indgår fem REHPA-kortlægninger, der er gennemført inden for de seneste fem år. De er inkluderet, fordi de er landsdækkende og belyser status for rehabilitering og/eller palliation i Danmark, generisk eller ift. specifikke målgrupper. Kilderne er identificeret i samarbejde med REHPAs forskere.

Vi har inkluderet REHPAs kortlægninger om:

- Specialiseret palliativ indsats [10, 23]
- Basal palliativ indsats [19]
- Kommunal palliativ indsats [11]
- Kræftrehabilitering [12]
- Rehabilitering ved benamputation [20, 24].

Registerstudie om social sårbarhed i rehabilitering og palliation [21], som indeholder data om rehabilitering i kombination med palliativ praksis.

Kortlægningerne præsenteres nedenfor i afsnittet om materiale (Tabel 1).

For at analysere *forekomsten* af begreberne "rehabilitering" og "palliation" i det givne datamateriale, blev der gennemført en kvantitativ tekstanalyse. Analysen blev udført ved at anvende en simpel søgefunktion til at identificere alle forekomster af ordstammerne "rehabil*" og "palliat*" i det samlede dokument, inklusive bilag. For at analysere *indholdet* af, hvad der blev skrevet om rehabilitering i palliative rapporter – og omvendt – blev tekstuddrag ekstraheret fra rapporterne.

Fremgangsmåde

1. **Dataindsamling:** Det samlede dokument, inklusive bilag, blev gennemgået for at identificere relevante forekomster af de to begreber. Dette inkluderede alle tekstafsnit, hvor "rehabilitering" og "palliation" eller varianter af disse blev nævnt.
2. **Søgefunktion:** Ved hjælp af søgefunktionen i dokumentbehandlingssoftware blev der søgt på ordstammerne "rehabil*" og "palliat*". Dette inkluderede alle afledte former af ordene, som fx "rehabilitering", "rehabiliterende", "palliation", palliativ" osv.
3. **Dataeksklusion:** For at sikre en præcis optælling blev titler og navne, der indeholdte disse ord, udeladt fra analysen. Det sikrede, at kun kontekstuelle referencer til begreberne blev medregnet.

4. **Optælling og kontekstualisering:** Hver enkelt forekomst blev talt og sat i kontekst ved at notere, i hvilken sammenhæng begreberne blev anvendt. Dette gjorde det muligt at vurdere, hvordan og i hvilken udstrækning begreberne "rehabilitering" og "palliation" blev brugt i materialet.
5. **Ekstraktion af kvalitative data:** Ud over den kvantitative optælling blev der indsamlet tekstuddrag hver gang begreberne blev nævnt for at give en kvalitativ vurdering af, hvordan de blev brugt i deres kontekst. Denne tilgang gav mulighed for en dybere forståelse af materialet ved at undersøge ikke kun hyppigheden, men også nuancerne og den kontekstuelle anvendelse af begreberne i teksten.
6. **Præsentation af kvalitative data:** Kvalitative data i form af tekstuddrag opsummeres og præsenteres deskriptivt for hver rapport og artikel.

Dataekstraktionen er understøttet af en matrix, der er tilgængelig ved henvendelse til rapportens forfattere. Resultaterne af analysen bliver præsenteret i de efterfølgende afsnit, hvor både antallet og indholdet af forekomster og de kontekstuelle sammenhænge bliver præsenteret og efterfølgende diskuteret.

Materiale

Tabel 1. Oversigt over materialet, der indgår i den sekundære analyse

Dok.nr.	Kortlægning/artikel	Formål	Metode	Fund
1.	Rapporten "Kortlægning af den kommunale palliative indsats i Danmark, 2019" giver et overblik over de danske kommuners palliative indsats, der har til formål at forbedre livskvaliteten for patienter med livstruende sygdomme og deres pårørende [11]. Fundene er yderligere beskrevet i en artikel [22].	Formålet med rapporten er at kortlægge den palliative indsats i de danske kommuner for at forstå, hvordan de organiserer og leverer palliativ indsats. Rapporten søger også at identificere styrker og udfordringer i den kommunale palliative indsats [11].	Undersøgelsen baseres på spørgeskemaer til kommuner, repræsentative for den demografiske fordeling i Danmark, samt kvalitative interviews med nøglepersoner. Den afdækker organisering, ressourcer og samarbejde inden for den palliative indsats [11].	Rapporten viser stor variation i de kommunale palliative indsatser. Nogle kommuner har veludviklede tilbud, mens andre mangler ressourcer. Der er behov for bedre samarbejde, øget uddannelse af personale og en tidligere og mere ensartet indsats på tværs af landet [11].
2.	Rapporten "Kortlægning af den specialiserede palliative indsats, 2021" giver et overblik over den specialiserede palliative indsats (SPI) i Danmark, der omfatter behandling og pleje af patienter med komplekse behov for lindring i forbindelse med alvorlig sygdom [10, 23].	Formålet med rapporten er at kortlægge SPI i Danmark med fokus på at vurdere tilgængeligheden og kvaliteten af de specialiserede palliative tilbud. Dette inkluderer en vurdering af kapaciteten, organiseringen og kvaliteten af de tilbud, der gives på tværs af landet [10, 23].	Rapporten er baseret på data fra spørgeskemaer. Undersøgelsen dækker personaleressourcer og samarbejde mellem sektorer [10, 23].	Rapporten afslører uligheder i adgangen til SPI med variationer i tilgængelighed og kvalitet. Desuden fremhæves vigtigheden af udvikling af retningslinjer og efteruddannelse i palliativ behandling [10, 23].
3.	Rapporten "Kræftrehabilitering i Danmark: Status og udvikling fra 2017 til 2021" giver et overblik over kræftrehabilitering i Danmark i 2021 og sammenligner på udvalgte områder med status i 2017 [12].	Formålet med rapporten er at evaluere status og udvikling af kræftrehabilitering i Danmark i perioden 2017-2021. Der er særligt fokus på aktuel praksis, hvad angår behovsvurdering, faglige indsatser, tværfagligt samarbejde samt koordination og sammenhængende forløb i kommuner og på hospitaler. Parallelt med undersøgelsen har Forskningsenhed for Almen Praksis på Syddansk Universitet gennemført en undersøgelse i almen praksis. Den refereres ikke her [12].	Rapporten bygger på kvantitative data fra national spørgeskemaundersøgelse samt kvalitative data fra fritekst-felter. Alle danske kommuner og hospitalsafdelinger, der behandler brystkræft, prostatakræft, hoved-halskræft, hæmatologisk kræft, hjernekræft og lungekræft indgår [12].	Rapporten viser en positiv udvikling i kræftrehabiliteringstilbud siden 2017, men også store regionale og kommunale forskelle, både hvad angår behovsvurdering, faglige indsatser, tværfagligt samarbejde og koordination og sammenhængende forløb. Det betones, at der er behov for systematisk behovsvurdering til alle, styrkelse af rehabiliteringsindsatser til forskellige målgrupper, samt udvikling af modeller der tilgodeser hele spektret af rehabiliterings- og palliative behov [12].

Dok.nr.	Kortlægning/artikel	Formål	Metode	Fund
4.	Rapporten "Kortlægning af den basale palliative indsats på sygehuse i Danmark, 2024" undersøger, hvordan den basale palliative indsats er organiseret og udført på danske sygehuse. Basal palliativ indsats fokuserer på at lindre symptomer og forbedre livskvaliteten for patienter med livstruende sygdomme, der ikke nødvendigvis har brug for specialiseret palliativ behandling [19].	Formålet med rapporten er at give en status over den basale palliative indsats på danske sygehuse og identificere styrker, udfordringer og udviklingsområder. Rapporten søger også at vurdere, om indsatsen lever op til nationale retningslinjer og anbefalinger [19].	Data er indsamlet gennem spørgeskemaer til sygehusafdelinger, kvalitative interviews med nøglepersoner, samt sundhedsregistre og nationale audits [19].	Rapporten afslører store variationer i organiseringen og udførelsen af basal palliativ indsats. Nogle sygehuse har integreret palliativ indsats, mens andre mangler ressourcer og kompetencer. Der er generelt mangel på systematisk uddannelse, hvilket påvirker plejekvaliteten. Der er også behov for bedre samarbejde mellem sygehuse og andre sektorer for at sikre kontinuitet i patientforløb [19].
5.	Rapporten "Kortlægning af regionale og kommunale tilbud om rehabilitering til personer der får amputeret ben i Danmark" undersøger de regionale og kommunale rehabiliteringstilbud til personer, der får amputeret ben i Danmark. Den undersøger både de fysiske og psykosociale tilbud, der tilbydes i den perioperative periode samt efterfølgende rehabilitering [20, 24].	Formålet med denne kortlægning har været at dokumentere nuværende regionale og kommunale tilbud om rehabilitering til personer, der får amputeret ben i Danmark med fokus på organisering, indhold og omfang. I tillæg undersøges om der findes tilbud om screening for palliative behov og lindrende indsatser til patientgruppen [20, 24].	Kortlægningen er baseret på en elektronisk spørgeskemaundersøgelse, der blev udført blandt alle landets hospitaler og kommuner i efteråret 2020, med en deltagelse på 86 % (n=19) af hospitalerne og 97 % (n=95) af kommunerne [20, 24].	Hovedkonklusionen i rapporten er, at der er markante regionale og kommunale forskelle i de offentlige tilbud om rehabilitering og palliation til patienter, der får amputeret ben i Danmark. Disse forskelle gør sig gældende i alle faser af patientforløbene. Kun få opfylder kravene til tilgængelighed, kompetenceniveau og kompetenceudvikling på specialistniveau blandt de involverede faggrupper, hvilket skaber ulighed i behandlingsmulighederne på tværs af landet [20, 24].
6.	"The use and timing of rehabilitation and palliative care to cancer patients, and the influence of social vulnerability – a population-based study" er en artikel, der indgår i en ph.d.-afhandling, men i denne rapport inkluderes kun artiklen [21].	Formålet med artiklen er at identificere og undersøge forskellige kohorter af kræftpatienters brug af fysisk rehabilitering og specialiseret palliativ indsats (SPC) med fokus på patienter med uhelbredelig kræft og konsekvenserne af social sårbarhed [21].	Artiklen er baseret på en sample af patienter med uhelbredelig kræft, der blev diagnosticeret i perioden 2013-2018, og som stadig var i live pr. 1. januar 2015. Brug af fysisk rehabilitering (§140 i form af ordinerede genoptræningsplaner samt registreret fysisk træning i kommunen) og/eller SPC-enheder i form af udgående SPC-teams, SPC-afdelinger på hospitaler og hospicer blev identificeret via kontakter, der var registreret i befolkningsbaserede administrative databaser. Der blev anvendt konkurrerende risiko-regressionsmodeller til at undersøge forskelle i social sårbarhed, sygdomsvarighed, køn og alder [21].	Fysisk rehabilitering blev brugt gennem hele kræftforløbet, mens brugen af SPC steg markant tættere på dødstidspunktet. Der var store forskelle afhængigt af sygdomsvarighed. Socialt sårbare patienter havde mindre kontakt med SPC, men blandt overleverne brugte flere rehabilitering end ikke-sårbare patienter [21].

Resultater

Kortlægning af den kommunale palliative indsats i Danmark, 2019 [11]

Kvantitativ forekomst af rehabilitering

Rehabil* nævnes tre gange i rapporten og tolv gange i bilagene. På side 30 nævnes ordet de første to gange i forbindelse med rapportering om, hvorvidt deltagerne arbejder med rehabilitering i de palliative forløb, og hvor mange der gør det [11].

Kvalitativt indhold om rehabilitering

Rehabil* nævnes tre steder i teksten i forbindelse med palliative forløb. På side 30 rapporteres det, at 196 plejehjem (88 %) og 179 driftsenheder* (90 %) besvarede spørgsmålene om deres arbejde med rehabilitering i palliative forløb. Af disse angiver 40 % af plejehjemmene og 63 % af driftsenhederne, at de arbejder med rehabilitering som en del af den palliative indsats [11].

Ad*: Driftsenheder inkluderer hjemmepleje- og hjemmesygeplejeenheder, eventuelle integrerede hjemmesygepleje-/hjemmeplejeenheder, kommunale institutioner med særlige palliative tilbud og andre kommunale enheder, der vurderes at arbejde med palliativ indsats [11].

På side 60 fremhæves det, at kommunerne kan øge deres fokus på at integrere og koordinere rehabilitering og palliation samt prioritere forskning og udvikling inden for den kommunale palliative indsats. Dette understreger, ifølge rapporten, vigtigheden af at sammentænke, integrere og koordinere rehabilitering og palliation, og dels at prioritere forsknings- og udviklingsarbejde inden for den kommunale palliative indsats [11].

Kortlægning af specialiseret palliativ indsats, 2021 [10, 23]

Kvantitativ forekomst af rehabilitering

Rehabil* nævnes tre gange i rapporten og fem gange i appendiks [23]. På side 33 nævnes ordet første gang i forbindelse med rapportering om, hvor mange enheder der tilbyder rehabiliterende palliation, og anden gang i en tabel, der viser fordelingen af enheder, som gør det [10]. På side 60 i tabellen med titlen *Enhedernes kendskab til særlige palliative tilbud i nærområdet – ej i regionalt SPI-regi* beskrives det, hvordan de palliative tilbud kender til og samarbejder med forskellige enheder, som ikke er en del af den regionale specialiserede palliative indsats (fx hjemmesygeplejen, hjemmeplejen, plejehjem, plejeboliger, almindelige hospitalsafdelinger, rehabiliteringspladser) [10].

Kvalitativt indhold om rehabilitering

Af de 50 enheder kan 29 tilbyde rehabiliterende palliation, der i kortlægningen defineres som en indsats for at forbedre patientens funktionsniveau. Blandt hospicerne (N=20) tilbyder 12 denne form for palliation, mens 16 ud af 25 teams for voksne gør det samme. For børn og unge teams

(N=5) er det kun ét team, der tilbyder rehabiliterende palliation. Tabel 24 i rapporten viser enhedernes kendskab til særlige palliative tilbud i nærområdet, som ikke er under en specialiseret palliativ enhed, såsom rehabiliteringspladser [10]. Det fremgår af Tabel 24, at SPI ikke har stort kendskab til særlige palliative tilbud i nærområdet. Dette er i konflikt med Tabel 20 i Appendiks 1, hvor det fremgår, at mange enheder er bekendt med aktiviteter i kommunerne, som har fokus på palliation [23]. Flere enheder har også kendskab til sygehusafdelinger, der har etableret særlige indsatser med henblik på palliation.

I appendiks nævnes rehabilitering i form af udsagn om udfordringer, som enhederne står overfor i forhold til at tilbyde tilstrækkelig rehabilitering til patienter med palliative behov [23]. Det beskrives, at der stort set aldrig er midlertidig kontakt, og at rehabiliterende tiltag primært ses som en vedligeholdelse af funktion, da der ikke er tilstrækkelige ressourcer til at gennemføre egentlige rehabiliterende indsatser [23]. Der er et ønske om at forbedre denne indsats.

Kommentarerne fra de specialiserede palliative enheder viser deres kendskab til palliative tilbud i nærområdet. For hospicer nævnes plejehjem med rehabiliteringspladser til palliative indsatser. Teams har samarbejde med et Amyotrofisk Lateral Sklerose ALS-team, som varetager rehabiliteringstilbud til patienter med ALS [10, 23]. Teams med sengekapacitet rapporterer, at der findes kommunale rehabiliteringspladser for borgere med palliative behov. Dette indikerer en vis grad af kendskab og samarbejde, men også et behov for yderligere ressourcer og indsats for at styrke rehabiliteringen i den palliative pleje [10].

Kræftrehabilitering i Danmark: Status og udvikling fra 2017 til 2021 [12]

Kvantitativ forekomst af palliation

Ordet "palliat*" er nævnt 62 gange i denne rapport i forskellige sammenhænge. Udtrykket "palliation" forekommer 31 gange i resultatsektionen af rapporten. "Palliative behov" er nævnt 12 gange, mens "palliative/palliativ indsats(er)" er nævnt 13 gange [12].

Ud over hovedteksten forekommer det 18 gange i tabeller og figurer, inklusive overskrifter, noter og beskrivelser. I Tabel: 5 (3 gange), 9 (1 gang), 10 (1 gang). Samt i Figur: 3 (1 gang), 4 (2 gange), 5 (6 gange), 7 (2 gange) og 13 (2 gange) [12].

Kvalitativt indhold om palliation

Det regionale behovsvurderingsskema bruges af 84 % af sengeafdelinger og ambulatorier, men vurderes mindre egnet til at identificere palliative behov end rehabiliteringsbehov. Kun 50 % af afdelingerne og 54 % af kommunerne finder skemaet velegnet til palliative behov [12]. Flere afdelinger anvender andre redskaber som EORTC-PAL, SPICT™ eller samtaler for bedre at identificere palliative behov. Nogen udvikler egne skemaer baseret på patientrapporterede oplysninger (PRO-skemaer) for at tilgodese både palliative og rehabiliteringsbehov [12].

63 % af kommunerne har indarbejdet palliative indsatser, men kapaciteten af disse vurderes generelt som mindre tilstrækkelige sammenlignet med rehabilitering. Blandt sengeafdelinger og ambulatorier vurderer 77 % af respondenterne den palliative indsats på hospitalet som helt eller delvist tilstrækkelig [12]. Blandt terapiafdelingerne vurderer 69 % af respondenterne den palliative indsats som helt eller delvist tilstrækkelig, mens 23 % af respondenterne finder den utilstrækkelig. Manglende ressourcer og opmærksomhed på palliative behov nævnes som væsentlige barrierer for tilstrækkelig kapacitet [12].

Flere kommunale respondenter vurderer, at den palliative indsats er mangelfuld i flere kommuner, især for borgere i mellemgruppen mellem målgruppen for rehabilitering og hospice. Der mangler overblik over kommunens tilbud til disse. Flere ønsker, at palliationssygeplejersker bliver en del af rehabiliteringsteamet. Nogle angiver, at der mangler opmærksomhed på palliative behov, og at der mangler ressourcer og kompetencer til at kunne løfte den palliative indsats [12]. Nogle kommuner oplever udfordringer med at koordinere palliative indsatser mellem hospital og kommune, og det tværfaglige samarbejde om patienter med både rehabiliterings- og palliative behov er begrænset [12].

Flere sengeafdelinger, ambulatorier og kommuner rapporterer, at de mangler kompetencer inden for palliation, og der efterspørges særligt viden om senfølger, tidlig indsats, og samarbejde med hjemmesygeplejen samt tværsektorielt samarbejde [12]. 76 % af kommunerne deltager i videndeling om palliation, hvilket skaber større ensartethed i tilbuddene, men kommuner oplever stadig udfordringer med at holde sig opdaterede [12]. Til kompetenceudvikling inden for palliation henvender afdelingerne sig til palliative teams, REHPA, onkologiske afdelinger, hospice, Kræftens Bekæmpelse, faglige netværk og kursusudbydere [12].

Kortlægning af den basale palliative indsats på sygehuse i Danmark, 2024 [19]

Kvantitativ forekomst af rehabilitering

Rehabil* nævnes ikke i denne rapport [19].

Kvalitativt indhold om rehabilitering

Der står ikke noget om Rehabil* i denne rapport [19].

Kortlægning af regionale og kommunale tilbud om rehabilitering til personer der får amputeret ben i Danmark [20, 24]

Kvantitativ forekomst af palliation

I teksten nævnes variationer af ordet "palliat*" 36 gange, heraf ni gange i figurerne (Figur 6, 29 og 30) [20, 24].

Kvalitativ forekomst af palliation

Ordet palliat* anvendes i rapporten til at beskrive en bred vifte af tilbud og behov, der dækker både fysiske, psykologiske og sociale aspekter af patientplejen. I rapporten ses palliation som en integreret del af rehabilitering og psykosocial støtte, hvor målet er at sikre en helhedsorienteret pleje, der adresserer både patientens og de pårørendes psykologiske og sociale udfordringer [20, 24].

Screening for palliative behov ses som en central indsats, ofte sammen med psykosociale og forebyggende tilbud. Få kommuner tilbyder systematisk screening.

Palliative indsatser beskriver tilbud til patienter og pårørende. Palliative tilbud varierer mellem hospitaler og kommuner, hvor hospitaler ofte tilbyder mere intensive palliative indsatser, mens kommuner har en lokaliseret tilgang, såsom hjemmetræning og hjemmesygepleje. Der er også variationer mellem institutioner, hvilket udgør en udfordring for en ensartet palliativ (og rehabiliterende) indsats [20, 24]. Tilbuddene inkluderer hospice, palliativ sygepleje, fysioterapi og støtte gennem serviceloven. Det påpeges, at rehabilitering og palliation ofte mangler for amputerede uden proteser. Samarbejdet med palliative teams og specialister, herunder fysioterapeuter, sygeplejersker og hospice, fremhæves som vigtigt. Der er et udtalt behov for tværfagligt samarbejde [20, 24].

Udfordringer ved implementeringen af palliative tilbud peger på et udtalt behov for bedre kompetenceudvikling. Derudover bemærkes det, at ingen respondenter specifikt nævner palliation som et område, der bør prioriteres i fremtiden, hvilket kan indikere, at palliation enten opfattes som tilstrækkelig eller som mindre prioriteret i fremtidige rehabiliteringsstrategier [20, 24].

The use and timing of rehabilitation and palliative care to cancer patients, and the influence of social vulnerability – a population-based study [21]

Kvantitativ forekomst af rehabilitering og palliation

Ordet rehabil* (inklusive alle variationer heraf) nævnes i alt 17 gange i resultatafsnittet fra side 8-10 i forskellige sammenhænge, og fokuserer på den praktiske implementering af genoptræningsplaner og -ydelser på tværs af forskellige patientgrupper og faser i kræftsygdomsforløbet [21]. Ordet pall* nævnes ikke, men omtales som SPC (Specialised Palliative Care) otte gange i resultatafsnittet [21].

Kvalitativt indhold om rehabilitering og palliation

Kontakter vedrørende fysiske rehabiliteringsydelser dominerer først i forløbet, men ses i hele kræftforløbet, hvorimod kontakter vedrørende SPC viser en stejl stigning, efterhånden som tiden nærmer sig døden. Rehabilitering og palliation overlapper i kræftforløbet. Dette understreger, at det er vigtigt at være bevidst om koordinering og kombination af rehabilitering og palliativ behandling til patienter med uhelbredelig kræft på ethvert tidspunkt i forløbet. Patienter med kræftforløb fra et til tre år efter diagnosen er de hyppigste brugere af ydelserne.

Andel og timing af fysisk rehabilitering

Fysiske genoptræningsplaner bliver ikke kun ordineret i løbet af det første år efter diagnosen. Sammenlignet med øvrige subgrupper har patienter, der døde af kræft to til tre år efter diagnosen, den højeste andel af kontakter vedrørende fysiske rehabiliteringstilbud (35-40 %) med en hurtig stigning i løbet af de første 90 dage, efterfulgt af en jævn stigning i resten af perioden. Patienter, der døde af kræft fra et til to år efter diagnosen, viser et lignende mønster, men når et lavere niveau af kontakter vedrørende fysiske rehabiliteringstilbud (30-35 %). Patienter, der overlever mere end tre år, har en lignende stigning i brugen af rehabiliteringstjenester, som de øvrige patienter, i løbet af de første 180 dage, hvorefter den kumulative incidens viser en stigning med en stabil hældning gennem hele observationsperioden, der når omkring 25 % ved slutningen af opfølgningen efter de tre år. Patienter med den korteste sygdomsvarighed (mindre end et år) har den laveste andel af kontakter vedrørende fysiske rehabiliteringstilbud (15-20 %) og den stejleste incidenskurve i løbet af de første 90 dage efter diagnosen.

Den kumulative incidens er generelt lavere for kontakter vedrørende fysiske rehabiliteringstilbud fra kommunerne sammenlignet med de kumulative forekomster for genoptræningsplaner ordineret af sygehusene.

Andel og timing af specialiseret palliativ indsats (SPC)

Næsten halvdelen af patienterne (47 %), der døde af kræft inden for et år efter diagnosen, døde mindre end 90 dage efter diagnosen, hvoraf 25 % når at have kontakt med et SPC-team, og 15 % har kontakt med et hospice. Blandt patienter, der døde af kræft fra tre måneder til 12 måneder efter diagnosen, har 45 % kontakt med et SPC-team, og 26 % har kontakt med et hospice. Proportionerne af kontakter med et SPC-team er højest for patienter, der døde af kræft fra et til tre år efter diagnosen (ca. 50 %), sammenlignet med patienter, der døde af kræft inden for et år efter diagnosen (35-40 %). Mindre end 30 % af patienter, der døde af kræft inden for tre år efter diagnosen, bliver indlagt på et hospice. Patienter, som døde af kræft inden for et år efter diagnosen, har en stejl kurve for kontakt med SPC-teams de første 90 dage efter diagnosen. Få patienter, som overlever mere end tre år, er i kontakt med en SPC-enhed.

Der var visse forskelle mellem socialt sårbare og ikke-sårbare patienter, mellem unge og ældre, og mellem mænd og kvinder, men mønstrene er de samme.

I gruppen af patienter, der overlever mere end tre år, får signifikant flere socialt sårbare end ikke-sårbare patienter ordineret fysiske genoptræningsplaner og kontakter vedrørende fysiske genoptræningstilbud [21].

Opsamling og diskussion

Diskussionen omfatter en opsamling af hhv. kommunale og sygehusdata og derefter en diskussion om, hvilke udviklingsområder, rapporterne afdækker, der kunne informere kommende kortlægninger, der kan skabe overblik over KRP i danske kommuner, hospitaler og andre enheder. Desuden diskuteres metodemæssige spørgsmål.

REHPA har i perioden 2019-2024 gennemført fem kortlægninger af rehabilitering og palliation i Danmark, samt én i form af et registerstudie. Tre kortlægninger har haft primært fokus på palliation [10, 11, 19], to på rehabilitering [10, 12] og én artikel på både rehabilitering og palliation [21]. To af de tre kortlægninger om palliation belyser også aspekter af rehabilitering, og kortlægningerne om rehabilitering belyser aspekter af palliation [10, 11]. Tabellen nedenfor giver et overblik over antallet af gange, hvor begreberne ”rehabil*” og ”palliat*” nævnes i de fem kortlægninger og den ene artikel. Data er opdelt efter rapport og eventuelle bilag.

Tabel 2. Overblik over antallet af gange begreberne nævnes i materialet

Rapport/artikel	Rehabil*	Palliat*
Kommunal palliation [11]	3 (rapport) / 12 (bilag)	-
Specialiseret palliativ indsats [10, 23]	3 (rapport) / 5 (bilag)	-
Kortlægning af kræftrehabilitering [12]	-	62
Rehabilitering ved benamputation [20, 24]	-	36
Kortlægning af basal palliativ indsats [19]	-	
Registerstudiet [21]	17	8

I kortlægningerne nævnes hhv. rehabilitering og palliation i varierende grad: I rapporten om kommunal palliation nævnes rehabilitering tre gange i rapporten og 12 gange i bilagene. I kortlægning af specialiseret palliativ indsats [10] nævnes rehabilitering tre gange i rapporten og fem gange i bilag. I kortlægning af kræftrehabilitering [12] nævnes palliation 62 gange og 36 gange i kortlægning af rehabilitering ved benamputation [20]. I kortlægning af basal palliativ indsats på hospitaler nævnes rehabilitering ikke [19]. Og i registerstudiet [21] nævnes rehabilitering 17 gange og palliation (i form af SPC) otte gange i resultatafsnittet.

I kommunernes palliative indsats arbejder 40 % af plejehjemmene og 63 % af driftsenhederne med rehabilitering som en del af den palliative indsats [11]. Det betones, at kommunerne kan øge deres fokus på at integrere og koordinere rehabilitering og palliation samt prioritere forskning og udvikling inden for den kommunale palliative indsats [11]. Specifikt for kræftområdet gælder det, at 63 % af kommunerne har indarbejdet palliative indsatser i kræftrehabiliteringen, men at man ikke vurderer, at de palliative indsatser er tilstrækkelige [12]. Professionelle i kommunal kræftrehabilitering vurderer den palliative indsats som mangelfuld i flere kommuner [12]. Nogle ønsker, at palliationssygeplejersker integreres i rehabiliteringsteams, hvor de nu er organiseret i andre enheder i kommunen. Det tværfaglige samarbejde om patienter med både rehabiliterings- og palliative behov opleves som begrænset [12].

Respondenter fra den kommunerne kræftrehabilitering oplyser, at der er utilstrækkelig opmærksomhed på palliative behov. En af de måder, der er arbejdet med det på, er ved systematisk behovsvurdering, der afdækker både rehabiliterings- og palliative behov [12]. Praxis er dog, at de eksisterende behovsvurderingsskemaer især er egnet til at identificere rehabiliteringsbehov, mens 54 % af kommunerne finder dem mindre velegnede til at identificere palliative behov [12]. De behovsvurderingsskemaer, der spørges til, blev udviklet på baggrund af forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft i hhv. 2012 og 2018 [12]. På tidspunktet for kortlægningen (2021) er der en større variation i, hvilke skemaer der anvendes, end i den tidligere kortlægning fra 2017. Det ser ud til, at hele området om behovsvurdering på tværs af rehabilitering og palliation fortsat er et udviklingsområde [12, 25].

Fra hospitalerne har vi data om kræftpatienter og benamputationspatienter. Desuden er der indeholdt enkelte ikke-diagnosespecifikke data, idet specialiserede palliative enheder inkluderer ikke-kræftpatienter – dog i et mindre omfang (5 %) [10]. I kortlægningen af kræftrehabilitering er der spørgsmål om palliation [12]. Hospitalerne angiver, at der er manglende opmærksomhed på palliative behov, og at de behovsvurderingsskemaer, der skulle understøtte en fælles behovsvurdering, ikke gør det. Også hospitalerne anvender flere forskellige behovsvurderingsskemaer [12]. For patienter, der gennemgår benamputation, ses lignende tendenser; kun få screenes for palliative behov.

For patienter, der gennemgår en benamputation, ses der en lignende tendens med varierende og fragmenterede palliative indsatser [20]. Kun 20 % af hospitalerne (n=4) tilbyder systematisk screening for palliative behov, som enten foregår gennem samtaler med patient, pårørende og eventuelt plejehjem eller som en del af den daglige vurdering på tværfaglig stuegang. Palliative tilbud findes på 35 % af hospitalerne (n=7), og 30 % (n=6) har tilbud til pårørende [20].

Indholdet af de palliative tilbud varierer betydeligt. Tre hospitaler angiver mulighed for henvisning til et palliativt afsnit på hospitalet, mens to hospitaler har mulighed for henvisning til et palliativt team – dog nævnes det, at dette primært gælder patienter, der amputeres på grund af kræft [20]. Derudover nævnes tilbud, som krisepsykolog, præst, rehabiliteringspsykologi via fysioterapeuter samt smertebehandling ved anæstesiaafdelingen. En respondent beskriver desuden, at mobilisering, lejrning, kompression, træning og samtale om forløb og fremtid også indgår som palliative tilbud [20].

Hvad angår muligheder for at imødekomme de palliative behov, så vurderer de fleste sengeafdelinger og ambulatorier, at den palliative indsats på hospitalet er helt eller delvist tilstrækkelig, men at der ikke i tilstrækkelig grad arbejdes tværfagligt ved patienter med både rehabiliterings- og palliative behov [12]. For de patienter, hvor der identificeres palliative behov, har hospitalerne mulighed for at henvise til kommunale og andre tilbud. Der er ikke spurgt til, hvordan hospitalerne vurderer de palliative tilbud uden for hospitalet [12]. Kommunerne angiver, det er udfordrende at samarbejde på tværs af sektorgrenser om de patienter, der både har rehabiliterings- og palliative behov [12]. Tallene tyder på, at hospitalerne er meget mindre tilbøjelige til at henvise til kommunal kræftrehabilitering (inkl. genoptræning), når det drejer sig om patienter med både rehabiliterings- og palliative behov, end når det drejer sig om patienter, der alene har rehabiliteringsbehov [12]. Fra registerundersøgelsen kan vi se, at socialt sårbare

patienter med uhelbredelig kræft henvises til fysisk rehabilitering i kommunen (via genoptræningsplan) [21].

Palliative indsatser til benamputerede patienter er fragmenterede og findes kun på en tredjedel af hospitalerne og med varierende indhold [20]. Samlet set peger disse data på, at palliative behov kun i begrænset omfang adresseres systematisk på hospitalerne, og at indholdet i de palliative tilbud varierer betydeligt.

Hvad angår timing og proportionering af rehabilitering og palliation har vi kun data fra kræftområdet. Det ses, at rehabilitering og palliation overlapper i kræftforløbet [21]. Dette understreger, at det er vigtigt at være bevidst om koordinering og kombination af rehabilitering og palliativ behandling til patienter med uhelbredelig kræft på ethvert tidspunkt i forløbet.

Ser vi på, hvad der er af tilbud ud over 'almindelige' hospitalsbaserede og kommunale tilbud, der kombinerer rehabilitering og palliation, svarer 16 ud af 25 af de palliative teams (med eller uden sengekapacitet), at de tilbyder rehabiliterende palliation. Det er ikke defineret, hvad det er. Blandt hospicer er der 12 ud af 20 hospicer, der angiver, at de tilbyder rehabiliterende palliation [10]. Det bemærkes i kommentarer, at rehabiliterende tiltag primært ses som vedligeholdelse af funktion, og at der ikke er tale om egentlige rehabiliterende indsatser. Der er et ønske om at forbedre dette [10].

Der rapporteres desuden om andre KRP-tilbud, i form af samarbejde mellem specialiserede rehabiliteringsenheder (RehabiliteringsCenter for Muskelsvind) og palliative teams samt kommunale sengepladser, hvor rehabilitering og palliation kombineres. De specialiserede palliative tilbud udtrykker behov for særlige tiltag og ressourcer, der kan styrke området [10].

Både sengeafdelinger, ambulatorier og kommuner, der beskæftiger sig med kræftrehabilitering, mangler kompetencer inden for palliation [12].

Opsamlingen indikerer en række udviklingsområder og områder, hvor der kunne være brug for øget opmærksomhed. Vi kan ikke identificere egentlige videnshuller på grundlag af analysen; det ville kræve andre metoder. Men den sekundære analyse indikerer, at der er brug for at;

- udvikle praksis for vurdering af behov for rehabilitering og palliation til mennesker med livstruende sygdom. På tværs af kommuner og hospitaler samt på tværs af diagnoser gives der udtryk for, at opmærksomheden på sammensatte behov ikke er tilstrækkelig. På kræftområdet har behovsvurdering været et prioriteret udviklingsområde siden 2012, og der har været udarbejdet vejledninger, gennemført talrige analyser, ph.d.-projekter (fx: [26-29] o.a.). Det til trods er der tilsyneladende stadig ikke en veletableret national praksis for behovsvurdering for rehabilitering og palliation på kræftområdet. Man kan derfor forvente, der heller ikke inden for andre patientgrupper er en veletableret praksis. Vi ved fra andre undersøgelser, at mange, der lever med livstruende sygdom, kan have samtidige behov for både rehabilitering og palliation [14] .

- styrke palliative tilbud til mennesker med livstruende sygdom, der deltager i rehabilitering. Vi kan ikke på baggrund af analysen sige, om det er egentlige palliative tilbud eller viden om deres indhold og eksistens, der mangler. Men det er formentlig begge dele.
- styrke rehabilitering i den palliative indsats, både hvad angår vidensgrundlag og konkret indhold. Dette fremgår entydigt af de to kortlægninger fra palliativ indsats, hvor der indgår spørgsmål om rehabilitering. Dette er allerede et prioriteret tema i REHPA.
- fremme viden om og kompetencer indenfor KRP generelt. Også dette er et prioriteret tema i REHPA.

Metodiske begrænsninger ved sekundære analyser og kortlægningsstudier

Den sekundære analyse har metodemæssige begrænsninger. Kortlægninger kan give et værdifuldt overblik over praksis på de udvalgte områder, de er designet til at kortlægge. Kortlægninger har dog i sig selv en række metodemæssige udfordringer. Ét af dem er valget af informanter. Selv om REHPA har udviklet strategier til at identificere de informanter, der har størst viden om det felt, der skal kortlægges, har ingen informanter ekspertviden om alt det, der spørges til. Desuden er kortlægninger af KRP udfordret af, at der ikke er kvalitetsstandarder, der kan informere svarkategorierne.

Hertil kommer, at formålet med en sekundær analyse går på tværs af formålene med de primære kortlægninger. Den sekundære analyse stiller spørgsmål, den primære undersøgelse ikke er designet til at besvare. Dette rejser spørgsmål om, hvorvidt sekundære analyser alene er tilstrækkelige til at identificere og adressere udviklingsområder. Forskellige kontekster påvirker, hvordan viden produceres og anvendes over tid, og det er afgørende at tage højde for disse dynamikker i fremtidige undersøgelser – og det gælder både kortlægninger som sådan og sekundære analyser på tværs af disse. Der er behov for supplerende tilgange, såsom longitudinelle studier og registerstudier, eksperimentelle designs eller praksisbaserede interventionsstudier.

Konklusion og perspektiver

Denne analyse har belyst, hvordan rehabilitering og palliation omtales i tidligere REHPA-kortlægninger og har identificeret både eksisterende fund og udviklingsområder inden for området. Ved at gennemføre en sekundær analyse på tværs af rapporter har vi fået indsigt i, hvordan disse to tilgange bliver beskrevet og relateret til hinanden i REHPAs kortlægninger.

Resultaterne peger på, at der fortsat er behov for en styrket koordinering mellem rehabilitering og palliation i sundhedsvæsenets praksis.

På baggrund af analysen er der flere aspekter, der kan overvejes i det fremadrettede forskningsarbejde i REHPA, særligt i forbindelse med kortlægning af rehabilitering og palliation:

1. **Koordination af rehabilitering og palliation i fremtidige kortlægninger**

En central læring fra denne analyse er behovet for en mere systematisk integration af rehabilitering og palliation i fremtidige kortlægninger. Dette indebærer en tydeligere metodisk tilgang til at undersøge, hvordan disse to områder overlapper og understøtter hinanden.

2. **Måling af kortlægningens resultater – hvem spørger vi, og hvordan?**

For at sikre en valid og nuanceret kortlægning er det væsentligt at overveje, hvilke aktører der inddrages i processen, herunder patienter, pårørende, sundhedsprofessionelle og beslutningstagere.

Derudover er det vigtigt at reflektere over, hvordan vi stiller spørgsmål, og hvilke spørgsmål der bedst afdækker udviklingen inden for feltet. Viden er ikke statisk, men ændrer sig over tid, og det bør kortlægningsmetoderne kunne afspejle.

3. **Kortlægninger i forskellige settings**

Forskellige kontekster (fx hospitaler, kommunale tilbud, specialiserede palliative enheder) kan have varierende tilgange til rehabilitering og palliation. Det vil derfor være relevant at gennemføre kortlægninger, der tager højde for disse forskelle for at opnå et mere komplet billede af praksis.

4. **Metoder til dataindsamling i kortlægninger**

Fremtidige kortlægninger bør overveje en bredere metodisk tilgang, fx hvor både kvantitative og kvalitative metoder kombineres. Dette kan inkludere systematiske litteraturgennemgange, interviews, spørgeskemaundersøgelser samt casestudier, der kan give dybere indsigt i praksis og oplevelser fra relevante aktører.

Samlet set understreger denne analyse vigtigheden af at forfine og videreudvikle metodiske tilgange til kortlægninger i REHPA. En stærkere koordinering af rehabilitering og palliation samt en mere målrettet måling af viden og praksisudvikling vil kunne bidrage til en dybere forståelse og en mere effektiv anvendelse af eksisterende ressourcer.

Referencer

1. World Health Organization. *Policy brief on integrating rehabilitation into palliative care services*. 2023; Available from: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-5825-45590-68173>.
2. Tiberini, R. and J. Brose. *Rehabilitation in Palliative Care*. 2024; Available from: <https://eapcnet.eu/eapc-groups/task-forces/Rehabilitation%20in%20Palliative%20Care/>.
3. Gärtner, H.S., et al., *Combined rehabilitation and palliative care interventions for patients with life-threatening diseases–PREGOAL. A scoping review of intervention programme goals*. Disability and Rehabilitation, 2023: s. 1-10.
4. Rezende, G., et al., *The importance of a continuum of rehabilitation from diagnosis of advanced cancer to palliative care*. Disability and Rehabilitation, 2023. **45**(24): s. 3978-3988.
5. Thuesen, J., H. Timm, and T. Mikkelsen, *Koordinering af rehabilitering og palliation til mennesker med livstruende sygdom. Et narrativt review af argumenter og evidens for "hvorfor, hvornår og hvordan"*. . 2016, REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation.
6. Nottelmann, L., et al., *Early, integrated palliative rehabilitation improves quality of life of patients with newly diagnosed advanced cancer: The Pal-Rehab randomized controlled trial*. Palliative medicine, 2021. **35**(7): s. 1344-1355.
7. van Isselt, E.F.v.D., et al., *A prospective cohort study on the effects of geriatric rehabilitation following acute exacerbations of COPD*. Journal of the American Medical Directors Association, 2019. **20**(7): s. 850-856. e2.
8. Tiberini, R. and H. Richardson, *Rehabilitative palliative care: enabling people to live fully until they die*. 2015, St. Joseph's Hospice; St. Christophers; Burnett Trust for Nursing.
9. Thuesen, J. and C.L. Egholm, *Rehabilitering og palliation i tværsektorielle aftaler. Fakta-notat*. 2017
10. Jarlbæk, L., *Kortlægning af den specialiserede palliative indsats i Danmark. Spørgeskemaundersøgelse blandt 51 enheder, 2019*. 2021, REHPA.
11. Raunkiær, M., et al., *Kortlægning af den kommunale palliative indsats i Danmark: Spørgeskemaundersøgelse blandt 28 kommuner, 2019*. 2020: REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation.
12. Elnegaard, C.M., et al., *Kræftrehabilitering i Danmark: Status og udvikling fra 2017 til 2021*. 2022.
13. Raunkiær, M., M.K. Jessen, and J. Tellervo, *Kommunale institutioner med særlige palliative tilbud (KISPT)*. Sygeplejersken/Danish Journal of Nursing, 2015. **115**(11).
14. Thuesen, J., J.A. Elbek, and A.B. Vind, *Rehabilitering og palliation – sammenhæng ved livstruende sygdom*. 2025: Aarhus. s. 51.
15. EAPC. *Rehabilitation in Palliative Care*. 2025 14-05-2025]; Available from: <https://eapcnet.eu/task-forces/rehabilitation-in-palliative-care/>.
16. Timm, H.U., J. Vibe-Petersen, and J. Thuesen, *Koordinering af rehabilitering og palliation: Statusartikel*. Ugeskrift for Læger, 2018. **180**(8): s. 684-688.
17. Dieperink, K.B., et al., *Rehabiliterende palliation til den livstruede patient og familie, in Palliation og rehabiliterende palliation*. 2021, Gad. s. 25-45.
18. Ringbæk, T. and J.T.R. Wilcke, *Rehabilitering og palliation af patienter med svær KOL bør integreres*. Ugeskrift for Læger, 2013. **175**(18): s. 1277-80.
19. Bergenholtz, H., et al., *Kortlægning af den basale palliative indsats på sygehuse i Danmark*. 2024.

20. Madsen, U.R., et al., *Kortlægning af regionale og kommunale tilbud om rehabilitering til personer der får amputeret ben i Danmark*. 2021: REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation.
21. Møller, J.-J.K., et al., *The use and timing of rehabilitation and palliative care to cancer patients, and the influence of social vulnerability—a population-based study*. BMJ Supportive & Palliative Care, 2023.
22. Raunkiaer, M., et al., *Community-based palliative care in two primary care settings—nursing homes and home care: a national survey*. Scandinavian Journal of Public Health, 2024: s. 14034948241232461.
23. Jarlbæk, L., *Appendikser - Kortlægning af den specialiserede palliative indsats i Danmark. Spørgeskemaundersøgelse blandt 51 enheder, 2019*. 2021, REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation: Danmark. s. 64.
24. Ulla Riis Madsen, T.V.A., Tina Broby Mikkelsen, Ann-Dorthe Olsen Zwisler, Kristoffer Marså, *APPENDIKS - Kortlægning af regionale og kommunale tilbud om rehabilitering til personer der får amputeret ben i Danmark*. 2021, REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation. s. 50.
25. Thuesen, J., et al., *Kræftrehabilitering i Danmark: kortlægning af praksis på hospitaler og i kommuner*. 2017: REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation.
26. Hjortbak, B.R., *Det professionelle faglige skøn:-en undersøgelse af professionelles faglige skøn ved vurdering af behov for kommunal forankret rehabilitering hos borgere med kræft*. 2013.
27. Rossau, H.K., et al., *Fra plan til praksis: En undersøgelse af kompetenceudvikling som led i implementering af behovsvurdering*. 2018.
28. Dieperink, K.B., et al., *Implementering af behovsvurdering for rehabilitering og palliation hos kræftpatienter: evaluering foretaget for Region Syddanmark*. 2017.
29. Region Syddanmark, *Vejledning til behovsvurdering af patienter med kræft – for personale tilknyttet sygehus, almen praksis og kommuner*. 2015.

REHPA, Videntcenter for Rehabilitering og Palliation
Vestergade 17
5800 Nyborg
21 81 10 11
rehpa@rsyd.dk
[Besøg rehpa.dk](http://rehpa.dk)

Tilmeld dig REHPAs nyhedsbrev

 facebook.com/rehpa.dk

 linkedin.com/company/rehpa

