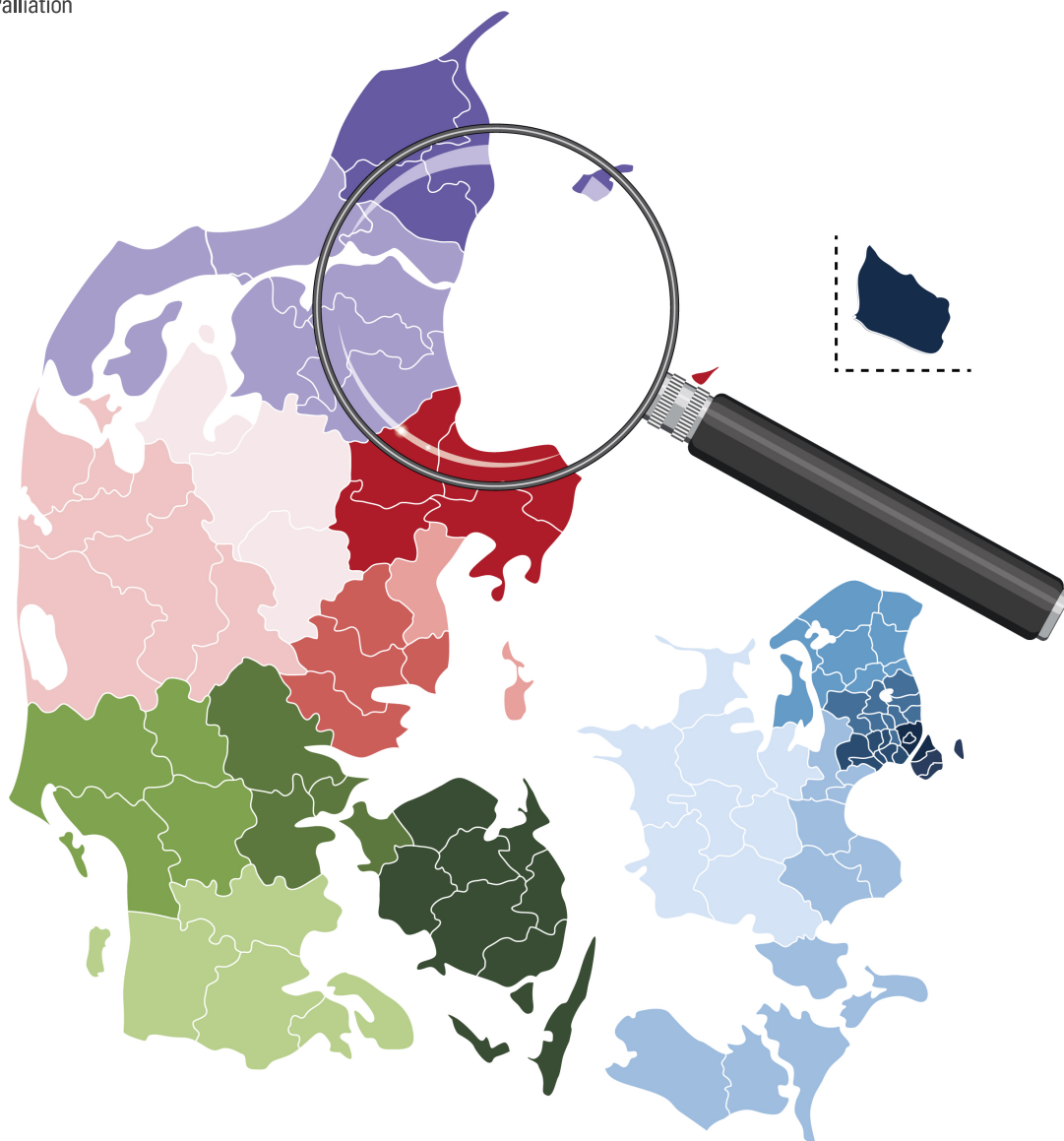




Rehabilitering og geografiske forskelle

En undersøgelse af kommunale tilbud ved kræft og benamputation

Rehabilitering og geografiske forskelle – En undersøgelse af kommunale tilbud ved kræft og benamputation

Forfattere: Robin Fabrin-Petersen, Jette Thuesen, Ulla Riis Madsen, Tina Broby Mikkelsen og Ane Bonnerup Vind

Copyright © 2026

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Uddrag, herunder figurer og tabeller, kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

REHPA, rapport

Marts 2026

ISBN: 978-87-93356-92-4 (online)

Forsidegrafik: Colourbox og Benny Thaibert (red. af REHPA)

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation

Vestergade 17

5800 Nyborg

21 81 10 11

rehpa@rsyd.dk

www.rehpa.dk

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

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

Indhold

Forord	3
Resumé	4
Summary	5
1. Introduktion	6
1.1 Baggrund	6
1.2 Formål	6
2. Metode og data	8
2.1 Tilgang og caseramme	8
2.2 Præsentation af variable	9
2.3 Kommuneinddelinger	11
2.4 Beskrivelse- og analyseramme af kommunale karakteristika	12
2.4.1 Sammenhæng mellem befolkningsantal og befolkningstæthed	12
2.4.2 Fordeling af befolkningsantal og befolkningstæthed på tværs af sundhedsråd	13
2.4.3 Forskellige strukturelle vilkår og samlet visualisering	13
3. Resultater	16
3.1 Oprindelige spørgeskemaers svarprocent	16
3.2 Rehabilitering i forbindelse med kræft	17
3.2.1 Bredde af rehabiliteringsindsatser til kræft	17
3.2.2 Tværfaglig rehabilitering	25
3.2.3 Opsummering af resultater for kræftrehabilitering	30
3.3 Rehabilitering i forbindelse med benamputation	30
3.3.1 Bredde af rehabiliteringsindsatser ved benamputation	30
3.3.2 Flerfaglig rehabilitering	41
3.3.3 Opsummering af resultater for rehabilitering efter benamputation	46
4. Opsummering og diskussion	48
4.1 Sammenfatning	48
4.2 Diskussion	49
4.2.1 Resultatdiskussion	49
4.2.1 Metodediskussion	51
5. Konklusion	53
Referencer	54
Bilag	56
Bilag 1. Sammenhæng mellem befolkningsantal og befolkningstæthed	56
Bilag 2. Sundhedsrådenes demografiske vilkår	58
Bilag 3. Ekstra analyser	59
Implementering af rehabiliteringsindsatser på kræftområdet	59
Diagnosespecifikke indsatser	60

Forord

Denne rapport belyser, hvordan kommunale rehabiliteringstilbud i Danmark har været organiseret i relation til kommunernes strukturelle vilkår – herunder befolkningsantal og befolkningstæthed. Rapporten tager afsæt i data fra to tidligere nationale kortlægninger, gennemført af REHPA, Videntcenter for Rehabilitering og Palliation, vedrørende kræftrehabilitering og rehabilitering til mennesker, der har fået amputeret et ben, og undersøger, om der kan spores mønstre i bredden af indsatser og i den tværfaglige organisering på tværs af kommuner.

Spørgsmål om geografiske forskelle i sundhedstilbud har fået fornyet aktualitet i lyset af den seneste sundhedsreform og etableringen af de 17 sundhedsråd. Reformen har som ambition at styrke sammenhængen i sundhedsvæsenet og sikre mere ensartede og tilgængelige tilbud på tværs af landet. I den sammenhæng er der behov for viden om, hvordan rehabiliteringstilbud hidtil har været organiseret i kommunerne, og hvilke strukturelle vilkår der kan have betydning for udviklingen af fremtidens tilbud.

Rapportens analyser er deskriptive og kan bidrage til at synliggøre tendenser i organiseringen af rehabiliteringstilbud. Dermed kan rapporten bidrage til vidensgrundlag for videre drøftelser af, hvordan rehabilitering bedst organiseres på tværs af kommuner og regioner. Håbet er, at rapporten kan understøtte beslutningstagere, ledere og fagpersoner i arbejdet med at udvikle sammenhængende rehabiliteringstilbud med høj faglig kvalitet – uanset hvor i landet borgerne bor.

Rapporten er udarbejdet af specialkonsulent Robin Fabrin-Petersen (projektleder), seniorforsker Jette Thuesen, lektor Ulla Riis Madsen, datamanager Tina Broby Mikkelsen og centerleder Ane Bonnerup Vind, alle tilknyttet REHPA.

Vi vil gerne rette en stor tak til alle, der har bidraget til rapportens tilblivelse: de kommunale fagpersoner, der deltog i de oprindelige kortlægninger, forskere og fagpersoner, som gennemførte og tilrettelagde disse kortlægninger, samt for muligheden for at genanvende deres data. Tak også til seniorforsker Lene Jarlbæk og forskningsleder Mette Raunkiær fra REHPA for konstruktivt review af rapporten.

Mette Raunkiær

Professor og forskningsleder

REHPA, Videntcenter for Rehabilitering og Palliation

Marts 2026

Resumé

Med Sundhedsreformen 2024 og etableringen af 17 sundhedsråd er der øget politisk og faglig opmærksomhed på geografiske og strukturelle forskelle i sundhedstilbud som en potentiel kilde til ulighed. For at understøtte sundhedsrådenes planlægning og udvikling af sammenhængende rehabiliteringstilbud har REHPA, Videntcenter for Rehabilitering og Palliation, gennemført en deskriptiv analyse af sammenhænge mellem kommunestørrelse og organiseringen af kommunale rehabiliteringstilbud.

Formålet med rapporten er at belyse, hvordan kommunestørrelse – operationaliseret ved befolkningsantal og befolkningstæthed – hænger sammen med bredden i rehabiliteringsindsatser og graden af tværfaglighed i kommunale tilbud. Analysen bygger på eksisterende data fra to af REHPAs nationale kortlægninger: *Kræftrehabilitering i Danmark – status og udvikling fra 2017–2021* og *Kortlægning af regionale og kommunale tilbud om rehabilitering til personer, der får amputeret ben i Danmark*. Data er indsamlet via spørgeskemaer udsendt til alle danske kommuner, hvor hver kommune er repræsenteret ved én respondent.

Rapporten omfatter to rehabiliteringsområder: kræftrehabilitering og rehabilitering efter benamputation. Områderne repræsenterer patientgrupper af meget forskelligt omfang og med forskellige sygdomsforløb og rehabiliteringsbehov, hvilket giver mulighed for at belyse kommunernes organisering af rehabilitering under forskellige strukturelle forudsætninger. Analyserne er deskriptive og sammenligner udbredelsen af indsatser og fagligheder på tværs af kommunegrupper opdelt efter befolkningsantal og befolkningstæthed.

For kræftrehabilitering peger analyserne samlet set på, at kommuner med højt befolkningsantal og/eller høj befolkningstæthed oftere tilbyder et bredere udbud af rehabiliteringsindsatser, særligt inden for indsatskategorien psykiske, sociale og eksistentiel rehabilitering. En tværfaglige organisering er generelt udbredt på tværs af kommuner, men visse fagligheder indgår oftere i større og tættere befolkede kommuner.

For rehabilitering efter benamputation fremstår mønstrene mindre entydige. Overordnet set er der et relativt ensartet grundniveau af rehabilitering på tværs af kommuner, mens mere specialiserede og differentierede indsatser forekommer hyppigere i kommuner med større befolkningsgrundlag eller højere befolkningstæthed. Samtidig er indsatskategorierne *vejledende indsatser* og *psykiske, sociale og eksistentielle indsatser* generelt mindre udbredte på området. Den tværfaglige organisering er kendetegnet ved fysioterapeuter og ergoterapeuter i alle kommuner, mens adgangen til øvrige fagligheder og specialiserede kompetencer varierer.

Samlet set indikerer rapportens analyser, at kommunestørrelse kan være forbundet med variationer i bredden af rehabiliteringsindsatser og forskellige fagligheder, der indgår i kommunale rehabiliteringstilbud. Tendenserne fremstår mest tydeligt inden for kræftrehabilitering, mens det er mindre tydeligt for rehabilitering efter benamputation, der i højere grad er præget af både ensartethed og mere afgrænsede variationer. Resultaterne er deskriptive og kan ikke anvendes til at påvise årsagssammenhænge eller dokumentere ulighed, men bidrager med viden om, hvordan rehabiliteringstilbud har været organiseret på tværs af kommuner med forskellige strukturelle vilkår. Denne viden kan være relevant i sundhedsrådenes videre arbejde med at planlægge og koordinere rehabiliteringstilbud på tværs af kommuner og regioner.

Summary

With the Health Reform 2024 and the establishment of 17 health councils, there has been increased political and professional attention to geographical and structural differences in health services as a potential source of inequality. To support the health councils' planning and development of coherent rehabilitation services, REHPA, the Danish Knowledge Centre for Rehabilitation and Palliative Care – has conducted a descriptive analysis of the relationship between municipal size and the organisation of municipal rehabilitation services.

The aim of the report is to examine how municipal size – operationalised by population size and population density – is associated with the breadth of rehabilitation interventions and the degree of interdisciplinarity in municipal services. The analysis is based on existing data from two national mappings: *Cancer Rehabilitation in Denmark – Status and Development from 2017–2021* and *Mapping of Regional and Municipal Rehabilitation Services for Persons Undergoing Leg Amputation in Denmark*. Data were collected through questionnaires distributed to all Danish municipalities, with each municipality represented by a single respondent.

The report covers two areas of rehabilitation: cancer rehabilitation and rehabilitation following leg amputation. These areas represent patient groups of very different sizes and with different disease trajectories and rehabilitation needs, thereby enabling an examination of how municipalities organise rehabilitation under varying structural conditions. The analyses are descriptive and compare the availability of interventions and professional disciplines across groups of municipalities categorised by population size and population density.

For cancer rehabilitation, the analyses indicate that municipalities with a high population size and/or high population density more often offer a broader range of rehabilitation interventions, particularly within guidance, physical and cognitive rehabilitation, and psychological, social and existential support. Interdisciplinary organisation is generally widespread across municipalities, although certain professional disciplines are more frequently involved in larger and more densely populated municipalities.

For rehabilitation following leg amputation, the patterns are less clear-cut. Overall, a relatively uniform basic level of rehabilitation is offered across municipalities, while more specialised and differentiated interventions are more common in municipalities with a larger population base or higher population density. At the same time, guidance-related as well as psychological, social and existential interventions are generally less widely available within this area. The interdisciplinary organisation is dominated by physiotherapists and occupational therapists in all municipalities, while access to other professional disciplines and specialised competencies varies.

Overall, the analyses indicate that municipal size may be associated with variations in the breadth of rehabilitation interventions and the professional resources involved in municipal rehabilitation services. These tendencies are most pronounced within cancer rehabilitation, whereas rehabilitation following leg amputation is characterised to a greater extent by both uniformity and more limited variations. The results are descriptive and cannot be used to establish causal relationships or document inequality, but they contribute knowledge on how rehabilitation services have been organised across municipalities with different structural conditions. This knowledge may be relevant to the health councils' continued work on planning and coordinating rehabilitation services across municipalities and regions.

1. Introduktion

Sundhedsstrukturkommissionen har fremhævet geografiske strukturelle forskelle som en væsentlig kilde til ulighed i sundhedstilbud (Sundhedsstrukturkommissionen, 2024). Et centralt formål med *Sundhedsreformen 2024*, og etableringen af de 17 sundhedsråd, er at afhjælpe denne ulighed ved at skabe ensartede og tilgængelige sundhedstilbud på tværs af kommuner og regioner (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024). Viden om de tilbud og indsatser, som kommunerne hidtil har haft, kan understøtte sundhedsrådenes planlægning af tilbud til deres population.

REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, følger løbende udviklingen og de initiativer, der igangsættes i sundhedsvæsenet – særligt med fokus på politiske beslutninger og deres implementering. REHPA har i den forbindelse tidligere gennemført nationale kortlægninger inden for rehabilitering og palliation af mennesker med livstruende sygdomme og tilstande (Elnegaard et al., 2022; Madsen et al., 2021). Data fra disse kortlægninger kan bidrage til at belyse, om forskelle i kommunal organisering af rehabilitering kan være koblet til strukturelle vilkår som befolkningsantal og tæthed. Herved belyses, hvorvidt geografiske forskelle kan spille en rolle for ulighed i adgang til sundhedstilbud i forskellige lokalområder.

1.1 Baggrund

Med Sundhedsreformen 2024 overgår ansvaret for en række sundhedsopgaver fra kommuner til regioner, samtidig med at der etableres 17 sundhedsråd med ansvar for at planlægge, koordinere og udvikle sundhedstilbud inden for deres respektive geografiske områder (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024). Sundhedsrådene skal fungere som tværsektorielle samarbejdsfora, hvor både kommuner, regioner og almen praksis indgår. Reformens intention er, at denne organisering skal understøtte mere sammenhængende og ensartede sundhedstilbud på tværs af landet – herunder rehabilitering og palliation. For områder som fx patientrettet forebyggelse og rehabilitering på specialiseret niveau, som bliver et regionalt ansvar med reformen, betyder det, at koordineringen i højere grad forventes at ske på tværs af kommuner, hvilket kan stille nye krav til organisering, faglig kapacitet og ressourcefordeling.

Den geografiske variation er ikke ny i en dansk sundhedskontekst, men får fornyet betydning med etableringen af sundhedsrådene. For at realisere reformens ambition om lige adgang til sundhedstilbud af høj kvalitet, bliver det vigtigt at forholde sig til, hvordan strukturelle vilkår, som befolkningsantal og -tæthed i kommuner, kan have indflydelse på, hvordan rehabilitering skal organiseres i de enkelte sundhedsråd. Med denne rapport ønsker REHPA at bidrage med viden, der kan understøtte sundhedsrådenes opgave i at skabe sammenhængende og tværfaglige rehabiliteringstilbud.

1.2 Formål

Formålet med denne rapport er, ved hjælp af data fra tidligere kortlægninger af kræftrehabilitering og rehabilitering til mennesker, som har fået amputeret ben, at få et overblik over organiseringen af rehabiliteringstilbud i relation til kommunestørrelse.

Rapporten tager afsæt i følgende forskningsspørgsmål:

- Hvordan hænger kommunestørrelse – operationaliseret ved befolkningsantal og befolkningstæthed – sammen med forskelle i bredde i indsatser og tværfaglighed i kommunale rehabiliteringstilbud – belyst ved brug af eksisterende data?

I denne rapport anvendes begreberne ”bredde i indsatser” og ”tværfaglighed i rehabilitering” som deskriptive mål for organiseringen af kommunale rehabiliteringstilbud.

- Bredde i indsatser refererer til variationen i typer af rehabiliteringsindsatser fx *eksistentiel støtte, indsats ift. seksualitet og samliv mv*, som en kommune angiver at tilbyde. En større bredde udtrykker et mere differentieret udbud af indsatsformer.
- Tværfaglighed i rehabilitering forstås som en koordineret indsats, hvor forskellige fagpersoner samarbejder om at skabe helhedsorienterede rehabiliteringsforløb (Maribo et al., 2022).

2. Metode og data

Denne rapport er baseret på eksisterende data fra kortlægningerne *Kræftrehabilitering i Danmark – status og udvikling fra 2017-2021* (Elnegaard et al., 2022) og *Kortlægning af regionale og kommunale tilbud om rehabilitering til personer, der får amputeret ben i Danmark* (Madsen et al., 2021).

Data i de primære undersøgelser blev indsamlet med digitale spørgeskemaer, som blev udsendt til danske hospitaler og kommuner via SurveyXact. I denne undersøgelse indgår alene kommunale data. Hver kommune bidrog med én respondent, som blev identificeret og udvalgt gennem en forundersøgelse til spørgeskemaundersøgelserne og dermed agerede som repræsentant for sin kommune. Respondenterne kunne diskutere spørgsmål og svar med deres kollegaer, hvis de ønskede det, men kunne også svare på egen hånd. Spørgeskemaerne blev valideret internt af forskerkolleger i REHPA og eksternt af projekternes respektive referencegrupper.

Metoden er yderligere beskrevet i de ovennævnte rapporter, hvor der kan læses mere om, hvordan respondenterne blev rekrutteret, udsendelsesprocedure, rykkerprocedurer og spørgeskemaernes opbygning (Elnegaard et al., 2022; Madsen et al., 2021).

2.1 Tilgang og caseramme

Rapporten tager udgangspunkt i to sygdomsområder: rehabilitering ved kræft og rehabilitering ved benamputation. Områderne repræsenterer forskellige typer af komplekse forløb, som involverer en bred vifte af behov og indsatser, og som hver især stiller krav til kommunernes kapacitet til at koordinere, tilbyde og tilpasse rehabiliteringsindsatser.

Kræftrehabilitering tilbydes til en stor (48.000 borgere årligt på landsplan) og heterogen patientgruppe med meget forskellige forløb og behov, afhængigt af kræfttype, behandlingsintensitet og individuelle følgevirkninger (Elnegaard et al., 2022; Kræftens Bekæmpelse, 2025). Målet med rehabiliteringen er at understøtte funktionsevne og livskvalitet gennem en tværfaglig og tværsektoriel indsats, der planlægges på baggrund af en systematisk behovsvurdering og en afklarende samtale. Indsatserne kan være forebyggende, genoptrænende, vedligeholdende eller lindrende og tage udgangspunkt i både fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle behov (Sundhedsstyrelsen, 2018). Mange kræftpatienter oplever senfølger som fatigue, smerter, angst, depression eller sociale udfordringer. Kræftpatienter oplever desuden problemer med funktionsevne relateret til dagligdagsaktiviteter, tilbagevenden til arbejde, deltagelse i sociale fællesskaber, og opretholdelse af identitet og selvstændighed (Kræftens Bekæmpelse, 2025).

Borgere, der får amputeret ben, udgør en forholdsvis lille (1.200 borgere årligt på landsplan) og heterogen patientgruppe med meget forskellige forløb og komplekse behov (Madsen et al., 2024). Amputation sker ofte på baggrund af kroniske sygdomme, som diabetes eller kredsløbsslidelser, og forløbet indebærer i de fleste tilfælde fysisk genoptræning med henblik på at genvinde funktionsevne – nogle gange med brug af proteser. Også her er målet med rehabiliteringen at understøtte funktionsevne og livskvalitet gennem en tværfaglig og tværsektoriel indsats.

Indsatserne kan være forebyggende, genoptrænende, vedligeholdende eller lindrende og tage udgangspunkt i både fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle behov, hvor den fysiske genoptræning som regel udgør den centrale indsats. Det kan dog pointeres at personer, der får foretaget en benamputation, oplever psykosociale problemer på niveau med kræftpatienter – herunder ensomhed, tab af identitet og psykiske belastninger – men at den psykosociale rehabilitering kun tilbydes i begrænset omfang til denne målgruppe. På grund af den lille patientgruppe og kompleksiteten, særligt i forbindelse med proteseforsyning, fremhævede Sundhedsstruktur-kommissionen i deres rapport rehabilitering ved benamputation som et af de områder, hvor kommuner kan have svært ved at opnå de tilstrækkelige kompetencer til at tilbyde kvalificeret rehabilitering (Sundhedsstrukturkommissionen, 2024).

2.2 Præsentation af variable

I nedenstående (Tabel 1 på næste side) præsenteres de indsatskategorier og indsatser, som indgår i rapportens deskriptive analyser på henholdsvis kræftområdet og benamputationsområdet. Formålet med tabellen er at give et samlet overblik over de variable, som anvendes til at belyse rehabiliteringsindsatser på tværs af geografiske områder.

Tabel 1. Inkluderede indsatskategorier og indsatser i deskriptiv analyse af rehabilitering i forbindelse med hhv. kræft og benamputation

Kræft	Benamputation
<u>Indsatser - Vejledning om sygdom og senfølger</u> - Vejledning om sygdom, symptomer og behandling. - Vejledning om senfølger.	<u>Indsatser - Vejledning om sygdom²</u> - Formidling af kontakt til tidligere benamputerede. - Formidling af kontakt til patientforeninger. - Udlevering af <i>Håndbog for nyamputerede</i> (Amputationsforeningen).
<u>Indsatser - Genoptræning, fysisk træning og kognitiv rehabilitering</u> - Genoptræning. - Fysisk træning. - Indsats ift. kognitive vanskeligheder/kognitiv rehabilitering.	<u>Indsatser - Genoptræning og fysisk træning²</u> - Non-farmakologisk behandling af fantomsmerter. - Kompressionsbehandling med liner. - Proteseteknisk træning. - Kompressionsbehandling med stumpsok. - Træning på Thomas-splint (midlertidig protese).
<u>Indsatser - Psykisk, social og eksistentiel rehabilitering</u> - Psykosocial indsats, herunder roller og relationer. - Eksistentiel støtte. - Indsatser ift. seksualitet og samliv. - Indsatser ift. hverdagsaktiviteter. - Støtte til pårørende. - Indsatser ift. arbejdsfastholdelse eller afklaring af arbejdssituation. - Vejledning om rettigheder og juridiske forhold. - Hjælpemidler.	<u>Indsatser - Psykisk, social og eksistentiel rehabilitering²</u> - Screening for depression. - Screening for palliative behov. - Palliative/lindrende tilbud. - Andre psykosociale indsatser. - Patientuddannelse.
<u>Indsatser - Ernæring, rygning og alkohol Ernæringsvejledning</u> - Rygestop. - Indsats ift. alkohol.	<u>Indsatser - Ernæring, rygning og alkohol²</u> - Ernæringsintervention - Rygestop - Andet misbrugsstop (fx alkohol).

Kræft	Benamputation
<u>Tværfaglighed¹ - Tværfaglig organisering på kræftområdet</u> I hvilket omfang kræftrehabiliteringen er organiseret tværfagligt.	<u>Faglighed³ – Specialisering af fysioterapeuter</u> - Generelle fysioterapeutkompetencer - Særlige fysioterapeutkompetencer - Specialiserede fysioterapeutkompetencer.
<u>Tværfaglighed¹ - Fagligheder i det tværfaglige samarbejde i kræftrehabilitering</u> - Læge. - Sygeplejerske. - Social- og sundhedsassistent. - Fysioterapeut. - Ergoterapeut. - Socialrådgiver. - Klinisk Diætist. - Psykolog. - Neurologpsykolog. - Logopæd. - Præst. - Jobkonsulent.	<u>Flerfaglighed³ - Fagligheder til rådighed i rehabilitering ved benamputation</u> - Fysioterapeuter. - Ergoterapeuter. - Læge. - Bandagister. - Sårsygeplejersker. - Diætist. - Sagsbehandler (kropsbårne hjælpemidler). - Psykolog. - Forebyggelseskonsulent.

¹ I spørgeskemaet for kommunal rehabilitering ved kræft spørges specifikt ind til fagligheder i det tværfaglige samarbejde i rehabilitering.

² For rehabilitering ved benamputation angives, hvilke patientgrupper, der modtager indsatser, opdelt i følgende kategorier: 'alle benamputerede', 'kun proteseforsynede', 'kun ikke-proteseforsynede' og 'ingen'.

³ I spørgeskemaet for kommunal rehabilitering ved benamputation spørges generelt ind til fagligheder involveret i rehabilitering, hvorfor der er tale om flerfaglighed.

2.3 Kommuneinddelinger

Med henblik på rapportens formål, om at belyse sammenhæng mellem kommunestørrelse og rehabiliteringstilbuddenes bredde i indhold og tværfaglighed, inddeles kommunerne i grupper på to måder – efter henholdsvis befolkningsantal og befolkningstæthed. De to inddelinger anvendes side om side i de deskriptive analyser, da de belyser forskellige, men komplementære, demografiske vilkår.

Befolkningsantal

Grupperingen af kommuner efter befolkningsantal baserer sig på de nyeste tilgængelige data fra Danmarks Statistik (opgjort pr. 1. februar 2025) (Danmarks Statistik, 2025a). De numeriske befolkningsantal er opdelt i fire kategorier, hvor intervalgrænserne er inspireret af Danmarks Statistiks visualiseringer af befolkningsfordelingen:

1. **Højt befolkningsantal** – over 75.000 indbyggere
2. **Mellemhøjt befolkningsantal** – 50.001-75.000 indbyggere
3. **Mellemlavt befolkningsantal** – 25.001-50.000 indbyggere
4. **Lavt befolkningsantal** – under 25.000 indbyggere.

Befolkningstæthed

Grupperingen efter befolkningstæthed følger den internationale *DEGURBA-klassifikation* (*Degree of Urbanisation*), som opdeler geografiske områder efter tæthed og sammenhæng i bosætningen (Danmarks Statistik, 2025b). Klassifikationen rummer tre kategorier:

1. **Tæt befolket** – høj befolkningstæthed, sammenhængende bymæssig bosætning
2. **Medium befolket** – moderat befolkningstæthed, delvist sammenhængende bosætning.
3. **Tyndt befolket** – lav befolkningstæthed, overvejende spredt bosætning.

2.4 Beskrivelse- og analyseramme af kommunale karakteristika

De følgende afsnit under 2.4 har til hensigt at kontekstualisere rapportens deskriptive analyser. Herunder beskrives hvordan danske kommuner fordeler sig i forhold til henholdsvis befolkningsantal og -tæthed, samt relationen mellem de to inddelinger.

Da alle kommuner kommer til at indgå i sundhedsråd, som skal planlægge indsatser på tværs af kommuner og regioner, beskrives desuden hvordan de nye sundhedsråd er sammensat i forhold til de indgående kommuners befolkningsantal og -tæthed.

2.4.1 Sammenhæng mellem befolkningsantal og befolkningstæthed

Befolkningsantal og befolkningstæthed udgør to beslægtede, men adskilte mål for kommunernes strukturelle vilkår. Befolkningsantal relaterer sig primært til volumen, økonomisk råderum og potentiel organisatorisk kapacitet, mens befolkningstæthed afspejler kommunens rumlige og geografiske karakteristika, herunder bosætningsmønstre og afstande (Danmarks Statistik, 2025b).

Der er ikke en entydig sammenhæng mellem de to mål (jf. Bilag 2). Kommuner med et højt befolkningsantal kan samtidig være tyndt befolkede, hvis de dækker et stort geografisk areal med spredt bosætning. Omvendt kan kommuner med et relativt lavt befolkningsantal være tæt befolkede, hvis de har et lille areal og en koncentreret befolkning. Eksempelvis har både Vejle

Kommune og Silkeborg Kommune et højt befolkningsantal, men klassificeres som tyndt befolkede på grund af store arealer og spredt bosætning. Omvendt har kommuner som Herlev og Rødovre et lavt befolkningsantal, men betegnes som tæt befolkede, da de har et lille areal og høj befolkningstæthed.

Desuden er det karakteristisk, at kategorien tæt befolkede kommuner næsten udelukkende omfatter kommuner i Hovedstadsområdet samt de tre største byer uden for hovedstaden – Aarhus, Odense og Aalborg (jf. Bilag 2). Det peger på en geografisk koncentration af tætbefolkede områder, som adskiller sig markant fra størstedelen af de øvrige kommuner i Danmark.

Denne variation understreger, at befolkningsantal og befolkningstæthed belyser forskellige dimensioner af kommunernes demografiske strukturer og derfor tilsammen giver et mere nuanceret billede af de vilkår, som kan have betydning for organiseringen af rehabiliteringsindsatser.

2.4.2 Fordeling af befolkningsantal og befolkningstæthed på tværs af sundhedsråd

Med etableringen af 17 sundhedsråd samles kommunerne i nye tværkommunale strukturer, som skal planlægge og koordinere sundhedsopgaver under meget forskellige demografiske og geografiske forudsætninger. Når kommunernes befolkningsantal og befolkningstæthed sammentænkes på sundhedsrådsniveau, bliver disse forskelle tydelige.

Ser man på fordelingen af kommuner efter befolkningsantal på tværs af sundhedsrådene, fremstår billedet overordnet relativt jævnt. Hverken de mest befolkningsrige eller de mindst befolkningsrige kommuner er systematisk koncentreret i enkelte sundhedsråd. Antallet af kommuner med højt befolkningsantal varierer mellem 0 og 2 på tværs af rådene, mens antallet af kommuner med lavt befolkningsantal varierer mellem 0 og 4 (jf. Bilag 3). Det indikerer, at sundhedsrådene generelt er sammensat af kommuner med forskellig befolkningsstørrelse.

Når man derimod ser på fordelingen efter befolkningstæthed, tegner der sig et mere skævt mønster. Her er der en tydelig koncentration af tætbefolkede kommuner i få sundhedsråd. To sundhedsråd rummer henholdsvis 5 og 7 tætbefolkede kommuner, mens ti sundhedsråd ikke har nogen tætbefolkede kommuner (jf. Bilag 3). Det betyder, at de rumlige og geografiske vilkår, som sundhedsrådene arbejder under, varierer betydeligt på tværs af landet.

2.4.3 Forskellige strukturelle vilkår og samlet visualisering

Samlet set betyder fordelingen af befolkningsantal og befolkningstæthed, at sundhedsrådene arbejder under forskellige strukturelle vilkår. Nogle sundhedsråd varetager opgaver for områder med mange borgere og relativt korte afstande, mens andre dækker store geografiske områder med færre borgere og større afstande mellem tilbud og målgrupper. Disse forskelle kan have betydning for eksempelvis tilgængelighed, organisering, kapacitetsopbygning og muligheder for specialisering, uden at dette i sig selv siger noget om kvaliteten af indsatserne.

For at give et samlet overblik over disse forskelle er sundhedsrådene visualiseret i et todimensionelt koordinatsystem (Figur 1), hvor befolkningsantal og befolkningstæthed indgår som

to akser. Sundhedsrådenes placeringer er beregnet som standardiserede gennemsnit af de kommuner, der indgår i hvert råd.¹ Visualiseringen muliggør en sammenlignelig fremstilling af sundhedsrådenes relative positioner i spændet mellem lav og høj tæthed samt lavt og højt befolkningsantal.

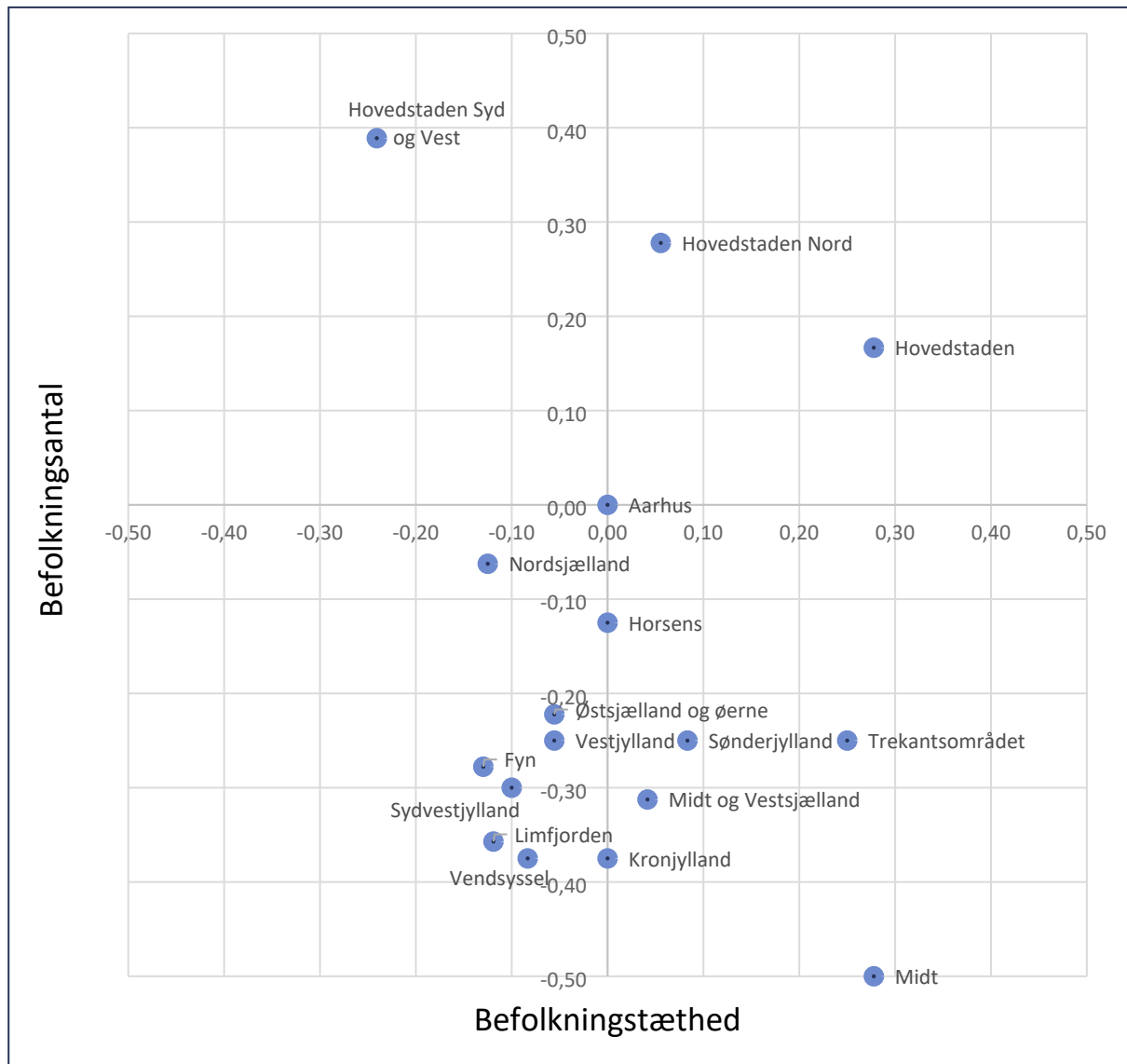
Figuren viser, at en gruppe af sundhedsråd – herunder Limfjorden, Fyn, Sydvestjylland og Østsjælland og øerne – placerer sig i det område, der er kendetegnet ved både lavt befolkningsantal og lav befolkningstæthed. Omvendt placerer sundhedsråd som Hovedstaden og Hovedstaden Nord sig i området med både højt befolkningsantal og høj tæthed.

Der ses samtidig en generel tendens til, at hovedparten af sundhedsrådene er koncentreret i den lave ende af befolkningstæthedsskalaen og til dels omkring midten af befolkningsantalsskalaen. Visualiseringen illustrerer dermed, at størstedelen af sundhedsrådene er underlagt strukturelle vilkår præget af moderat befolkningsantal og relativt tynd befolkningstæthed.

Figuren bidrager til at understrege undersøgelsens samfundsmæssige relevans og skaber kontekst for rapportens deskriptive analyser. Endvidere kan den anvendes som refleksionsredskab i rapportens diskussionsafsnit.

¹ Kommunernes kategorier for henholdsvis befolkningsantal (4 kategorier) og befolkningstæthed (3 kategorier) er omkodet til en fælles standardiseret skala fra 0 til 1 ved lineær standardisering. For hvert sundhedsråd er der herefter beregnet et gennemsnit af de tilknyttede kommuners standardiserede værdier, som anvendes til placeringen i Figur 1.

Figur 1. Visualisering af sundhedsrådene på tværs af befolkningsantal og befolkningstæthed (N=17)



3. Resultater

I det følgende præsenteres rapportens deskriptive analyser, som belyser geografiske og strukturelle forskelle i kommunale rehabiliteringstilbud. Resultatafsnittet er opdelt i to hovedafsnit, hvor kommunale rehabiliteringsindsatser, inden for henholdsvis kræftrehabilitering og rehabilitering efter benamputation, behandles i hvert sit afsnit. I begge rehabiliteringsafsnit analyseres variationer i indsatser og fagligheder på tværs af kommunegrupperinger baseret på befolkningsantal og befolkningstæthed.

3.1. Oprindelige spørgeskemaers svarprocent

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 spørgeskemaerne til kræftrehabilitering og benamputationsrehabilitering sendt til 96 kommuner. Der var henholdsvis 91 og 93 kommuner, der besvarede hele eller dele af spørgeskemaer, hvilket udgør en svarprocent på henholdsvis 95 % og 97 %². Heraf var der gennemførte besvarelser for 89 kommuner på både kræftrehabilitering og benamputationsrehabilitering, svarende til 93 %. På tværs af de forskellige kommunale grupperinger efter befolkningsantal og befolkningstæthed spænder svarprocenter mellem 81 til 100 % (jf. Tabel 2).

Tabel 2. Kommunernes svarprocenter i REHPAs kortlægninger fra 2021

	Antal udsendte	Kræft		Benamputation	
	N	Gennemførte besvarelser		Gennemførte besvarelser	
Befolkningsantal		N	%	N	%
>75.000	18	17	94	16	89
50.001-75.000	23	23	100	21	91
25.001-50.000	39	35	90	39	100
<25.000	16	14	88	13	81
Befolkningstæthed					
Tæt befolket	16	15	94	15	94
Medium befolket	35	34	97	31	89
Tyndt befolket	45	40	89	43	96
Alle	96	89	93	89	93

² Svarprocenten er opgjort forskelligt på tværs af de to kortlægningers hovedrapporter: den ene rapport sammenlægger samarbejdende kommuner til én større kommune og dermed ét svar, mens den anden rapport kopierer svarene fra de samarbejdende kommuner til tre svar. I denne rapport opgøres samarbejdende kommuner ens for kræftrehabilitering og benamputation.

3.2 Rehabilitering i forbindelse med kræft

De følgende afsnit under 3.2 belyser kommunernes rehabiliteringsindsatser på tværs af kommune-grupperinger efter befolkningsantal og befolkningstæthed, med fokus på både indsatser og tvær- og flerfaglighed.

3.2.1 Bredde af rehabiliteringsindsatser til kræft

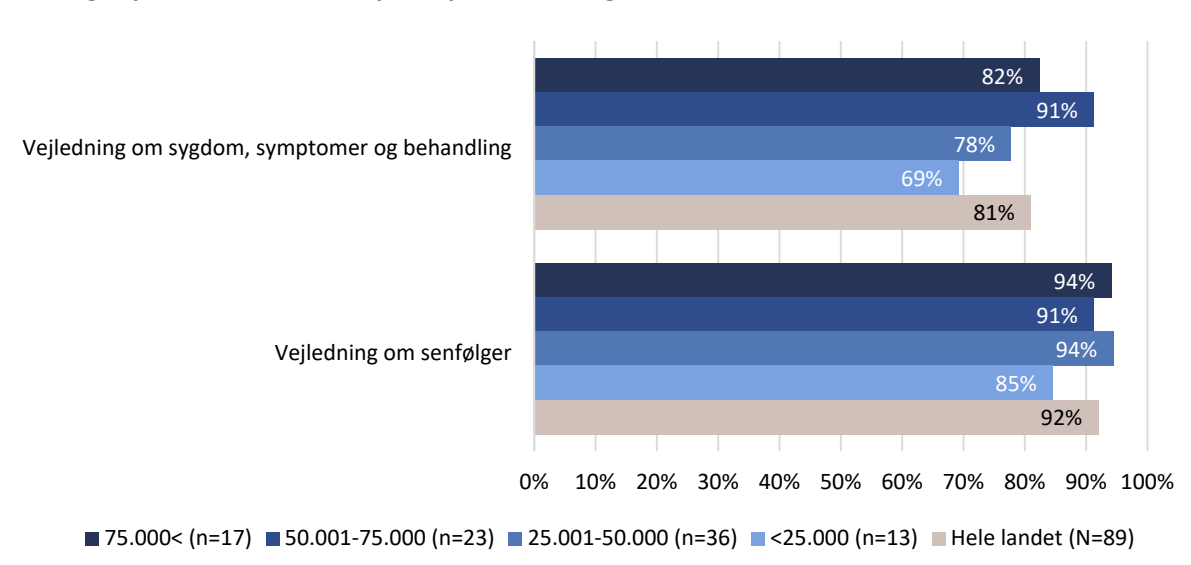
De følgende opgørelser over kommunale kræftrehabiliteringsindsatser er opdelt i indsatskategorier på baggrund af *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft* (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Vejledning om sygdom og senfølger

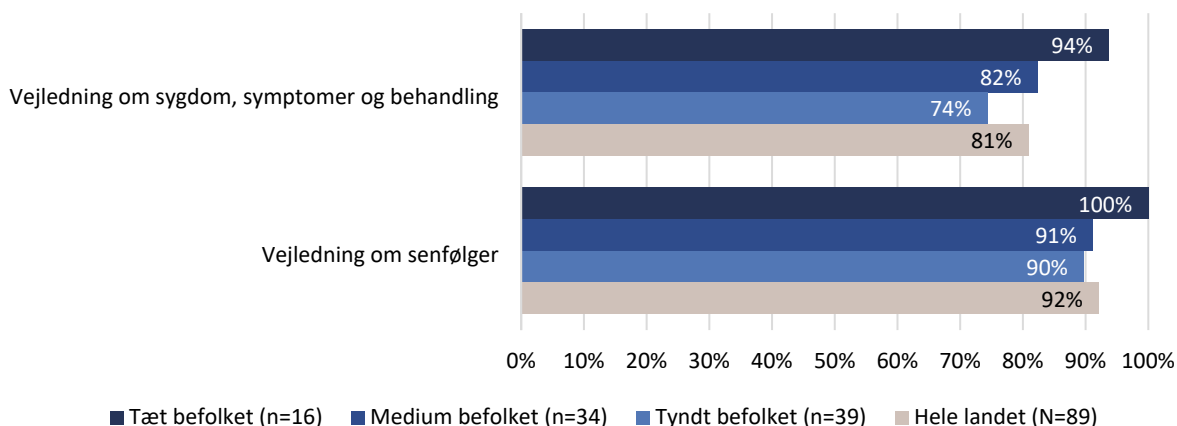
Vejledning om sygdom tilbydes i 80 % af kommunerne og varierer lidt i udbredelse afhængigt af kommunernes størrelse (Figur 2 og 3). Ved opdeling efter befolkningsantal er andelen lavest i kommuner med lavt befolkningsantal (69 %) og højest i kommuner med mellemhøjt befolkningsantal (91 %), mens kommuner med højt befolkningsantal ligger midt imellem (82 %). Ser man i stedet på befolkningstæthed, tilbyder de tæt befolkede kommuner *vejledning om sygdom* i 94 % af tilfældene, mens andelen er lavere i medium og tyndt befolkede kommuner.

Vejledning om senfølger er generelt mere udbredt end vejledning om sygdom (92 %), men viser også variationer. Ved opdeling efter befolkningsantal ligger andelen på 85 % i kommuner med mellemlavt og højt befolkningsantal. Ser man på befolkningstæthed, er hyppigheden højest i de tæt befolkede kommuner (100 %), mens medium og tyndt befolkede kommuner ligger lidt lavere.

Figur 2. Andel af kommuner, der tilbyder rehabiliteringsindsatser vedr. vejledning om sygdom og senfølger på kræftområdet, opdelt på befolkningsantal (N=89)



Figur 3. Andel af kommuner, der tilbyder rehabiliteringsindsatser vedr. vejledning om sygdom og senfølger på kræftområdet, opdelt på befolkningstæthed (N=89)



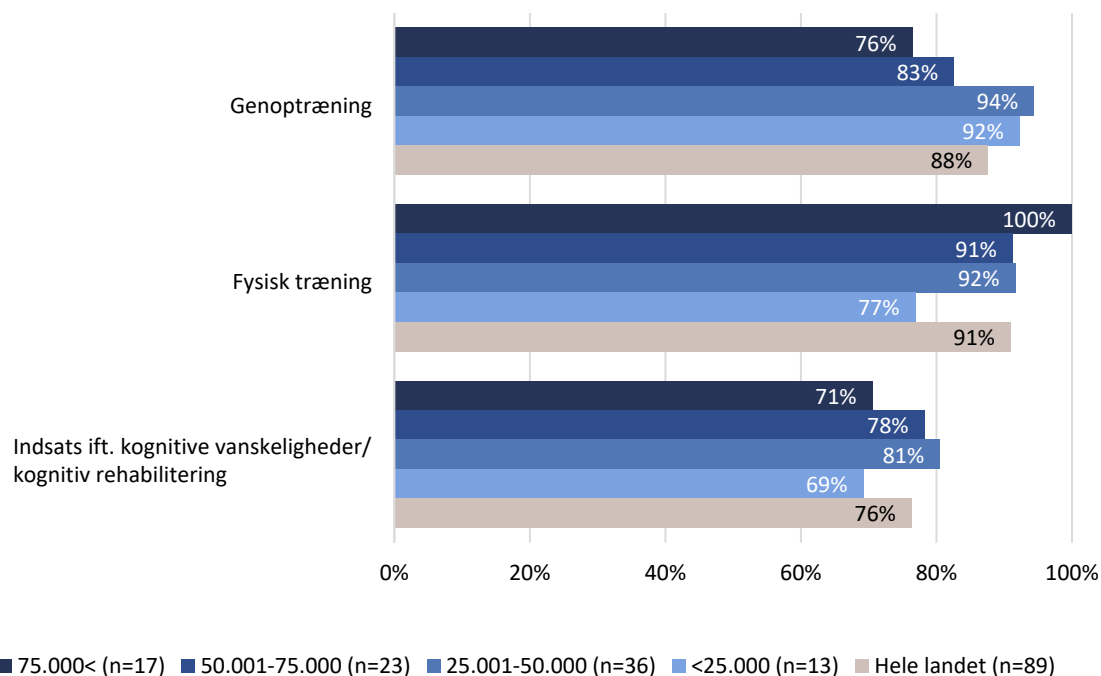
Genoptræning, fysisk træning og kognitiv rehabilitering

Genoptræning tilbydes samlet set i 88 % af kommunerne, men med forskelle afhængigt af kommunestørrelse (Figur 4 og 5). Når kommunerne opdeles efter befolkningsantal, ses at kommuner med højt befolkningsantal i lidt lavere grad tilbyder *genoptræning* i relation til kræftrehabilitering (76 %) end i kommuner med mellemhøjt befolkningsantal (83 %) og kommuner med mellemlavt befolkningsantal (94 %). Ser man i stedet på befolkningstæthed, er billedet mere entydigt: *Genoptræning* er mest udbredt i tæt befolkede kommuner (94 %), mens den er mindre udbredt i medium (91 %) og tyndt befolkede kommuner (82 %).

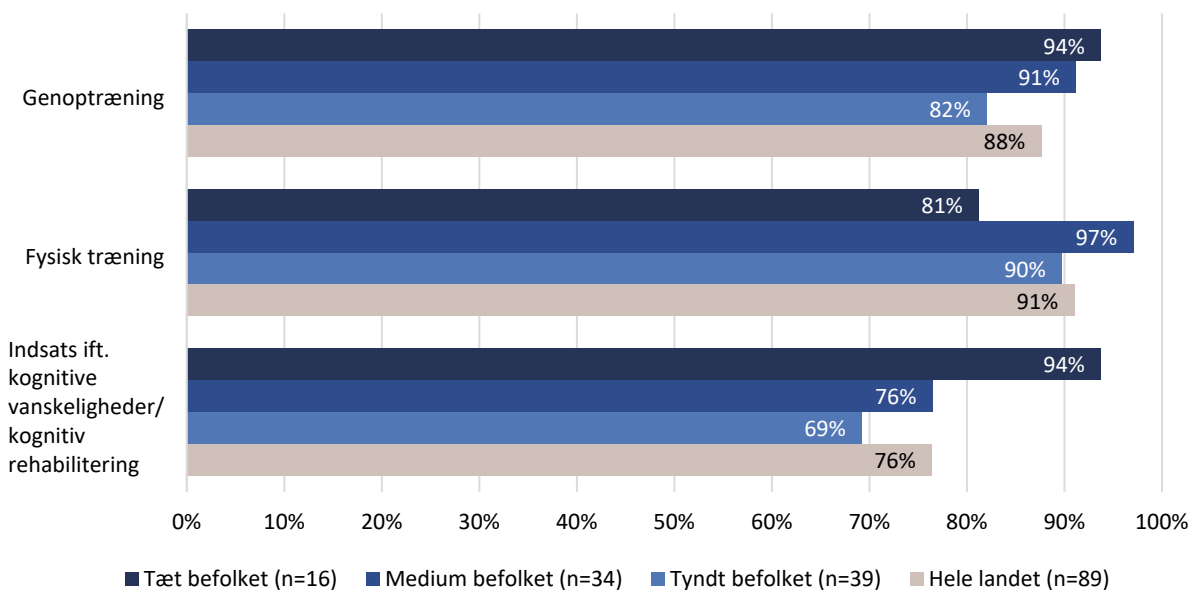
Fysisk træning udviser et lidt andet mønster (Figur 7 og 8). Samlet set tilbyder 91 % af kommunerne *fysisk træning*. Her tilbyder kommuner med højt befolkningsantal i alle tilfælde (100 %), mens andelen gradvist falder indtil 77 % i kommuner med lavt befolkningsantal. Når man i stedet ser på befolkningstæthed, topper de medium befolkede kommuner (97 %), mens tæt og tyndt befolkede kommuner ligger på henholdsvis 81 % og 90 %.

Indsatser vedrørende *kognitive vanskeligheder* er mindre udbredte samlet set (76 %). I forhold til befolkningsantal er dækningen lavest i kommuner med lavt befolkningsantal med 69 % og højest i kommuner med mellemlavt befolkningsantal med 81 %. Ser man på befolkningstæthed, er indsatsen mest udbredt i de tæt befolkede kommuner med 94 %, mens andelen er lavere i de tyndt befolkede kommuner.

Figur 4. Andel af kommuner, der tilbyder rehabiliteringsindsatser vedr. genoptræning, fysisk træning og kognitiv rehabilitering på kræftområdet, fordelt på kommuners befolkningsantal (N=89)



Figur 5. Andel af kommuner, der tilbyder rehabiliteringsindsatser vedr. genoptræning, fysisk træning og kognitiv rehabilitering på kræftområdet, fordelt på kommuners befolkningstæthed (N=89)



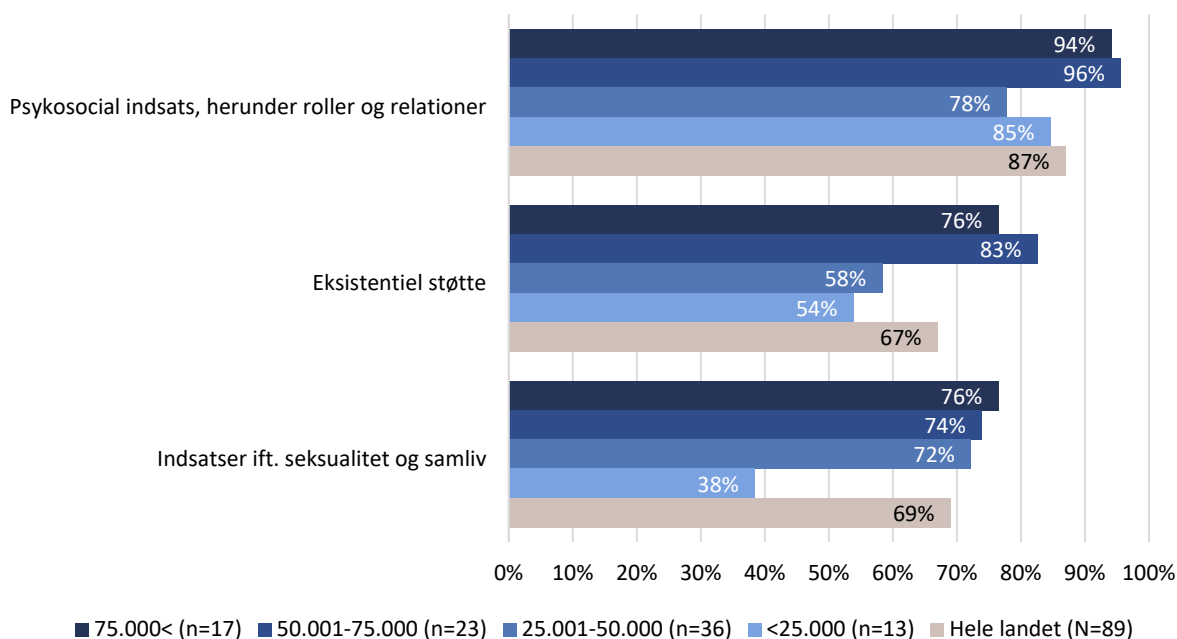
Psykisk, social og eksistentiel rehabilitering

Psykiske og eksistentielle indsatser tilbydes i hovedparten af kommunerne, og med noget variation afhængigt af kommunernes størrelse og befolkningstæthed (Figur 6 til 11). Når kommunerne opdeles efter befolkningsantal ses, at psykosocial indsats tilbydes med størst andel af kommuner med *højt* og *mellemhøjt* befolkningsantal (94 % og 96 %). Andelen er lavere i kommuner med *lavt* befolkningsantal (85 %) og lavest i kommuner med *mellemlavt* befolkningsantal (78 %). Ser man på befolkningstæthed, er psykosocial indsats mest udbredt i tæt befolkede kommuner (100 %), efterfulgt af mediumtætte kommuner (91 %) og tyndt befolkede kommuner (77 %).

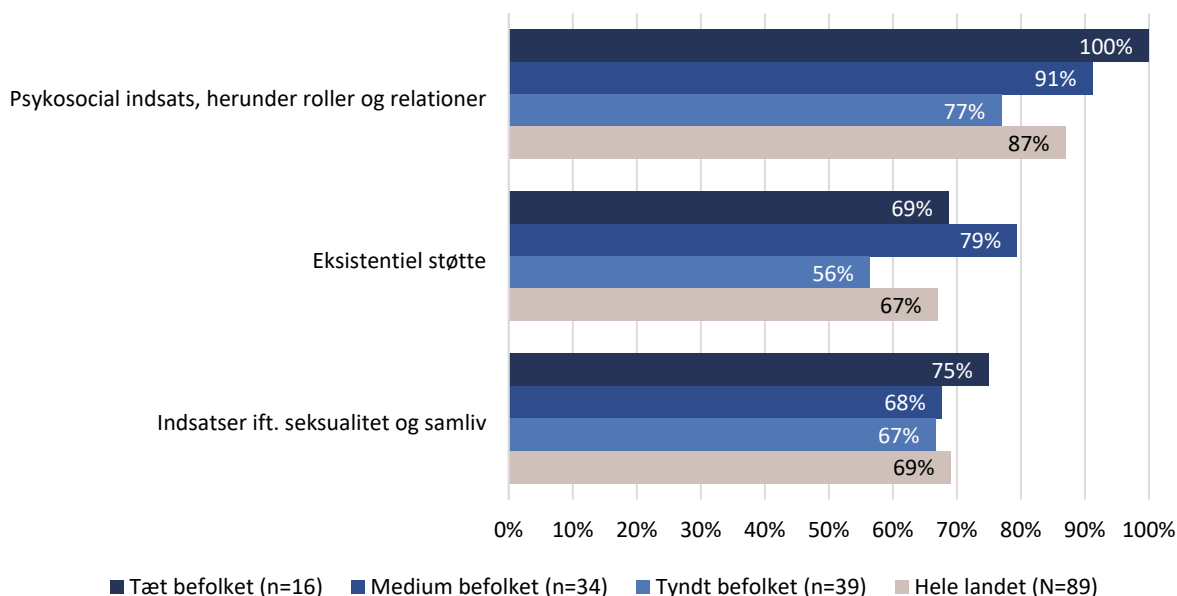
Indsatsen vedr. *eksistentiel støtte* tilbydes samlet set af 67 % af kommunerne. Ved opdeling efter befolkningsantal ligger andelen højest i kommuner med mellemhøjt befolkningsantal (83 %) og højt befolkningsantal (76 %), mens andelen er lavere i kommuner med mellemlavt (58 %) og lavt befolkningsantal (54 %). Opdelt efter befolkningstæthed tilbydes eksistentiel støtte hyppigst i mediumtætte kommuner (79 %), efterfulgt af tæt befolkede kommuner (69 %) og tyndt befolkede kommuner (56 %).

Indsatser vedrørende *seksualitet og samliv* ligger på et tilsvarende niveau og tilbydes af 69 % af kommunerne. Ved opdeling efter befolkningsantal ses den højeste andel i kommuner med højt befolkningsantal (76 %) og den laveste i kommuner med lavt befolkningsantal (38 %). Opdelt efter befolkningstæthed er indsatsen mest udbredt i tæt befolkede kommuner (75 %), mens medium- og tyndt befolkede kommuner ligger på henholdsvis 68 % og 67 %.

Figur 6. Andel af kommuner, der tilbyder rehabiliteringsindsatser vedr. det psykiske og eksistentielle på kræftområdet, fordelt på befolkningsantal (N=89)



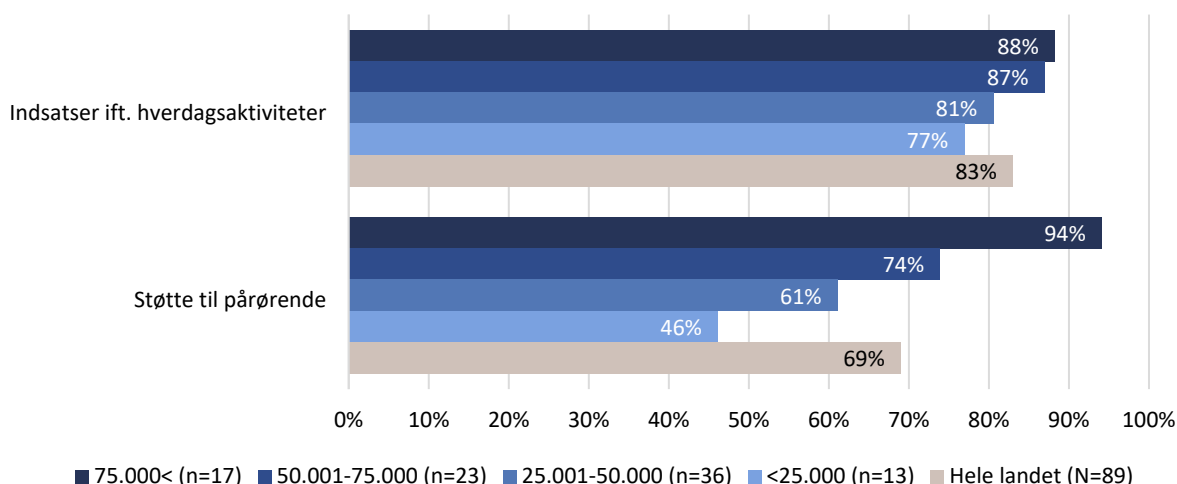
Figur 7. Andel af kommuner, der tilbyder rehabiliteringsindsatser vedr. det psykiske og eksistentielle på kræftområdet, fordelt på befolkningstæthed (N=89)



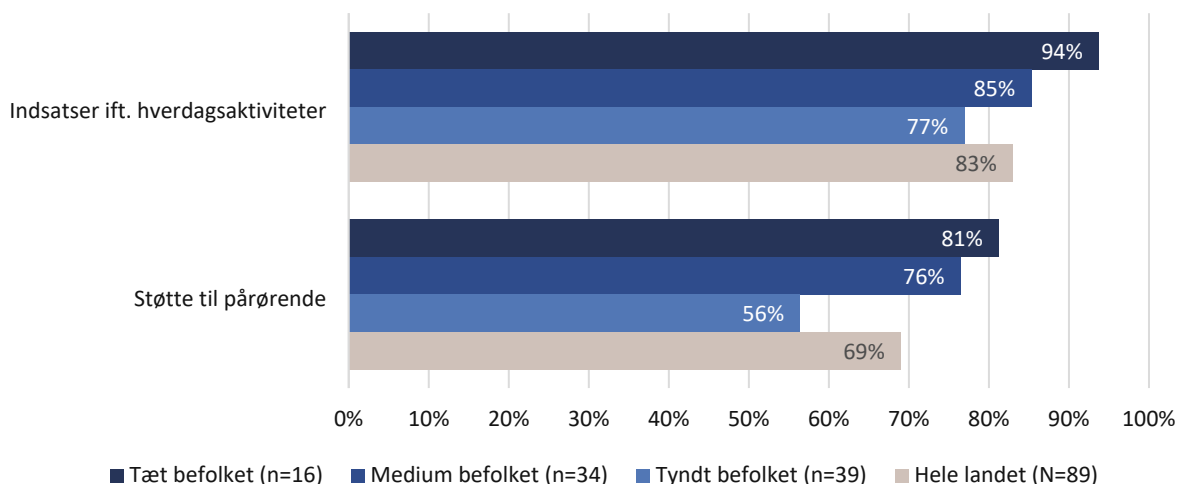
Indsatser ift. hverdagsaktiviteter tilbydes samlet set i 83 % af kommunerne. Ved opdeling efter befolkningsantal varierer andelen fra 88 % i kommuner med højt befolkningsantal til i kommuner med lavt befolkningsantal 77 %. Ser man på befolkningstæthed, varierer andelen fra 94 % i tæt befolkede kommuner til 77 % i tyndt befolkede kommuner.

Indsatsen *støtte til pårørende* tilbydes samlet set i 69% af kommunerne. Ser man på opdeling efter befolkningsantal, tilbydes indsatsen i 94 % af kommunerne med højt befolkningsantal til 46 % af kommunerne med lavt befolkningsantal. Ved opdeling efter befolkningstæthed ses samme tendens med 81 % i tæt befolkede kommuner tilbyder til 56 % i tyndt befolkede kommuner.

Figur 8. Andel af kommuner, der tilbyder rehabiliteringsindsatser vedr. det sociale og relationsorienterede på kræftområdet, fordelt på befolkningsantal (N=89)



Figur 9. Andel af kommuner, der tilbyder rehabiliteringsindsatser vedr. det sociale og relations-orienterede på kræftområdet, fordelt på befolkningstæthed (N=89)

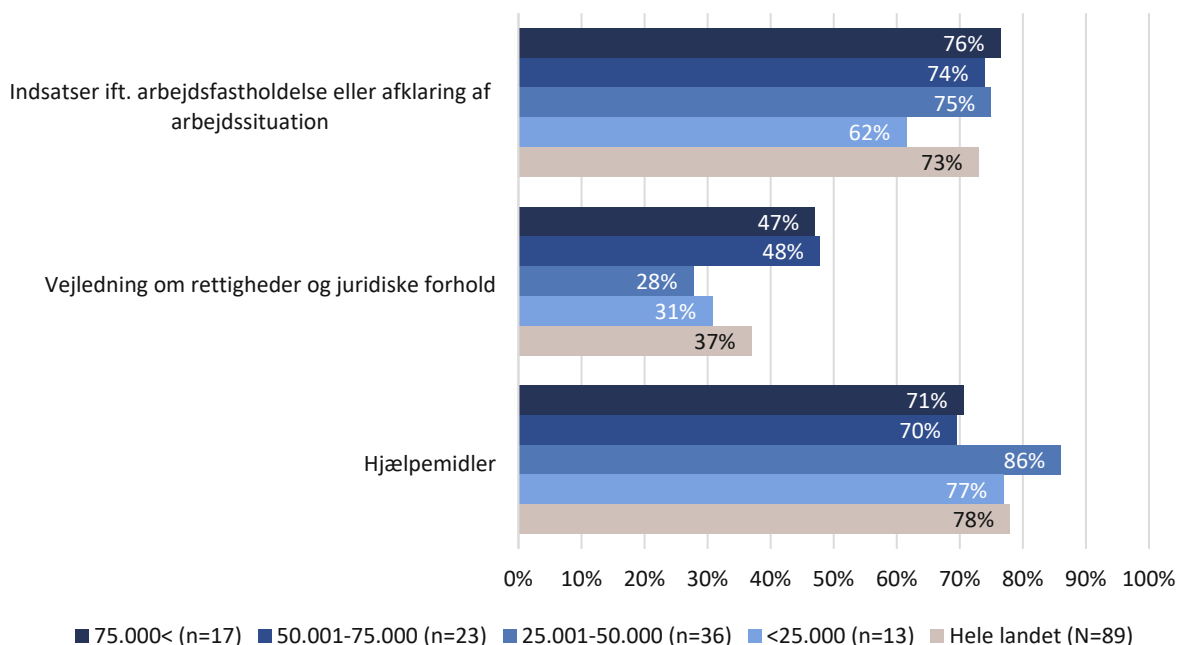


Indsatser ift. arbejdsfastholdelse eller afklaring af arbejdssituation tilbydes samlet set i 73 % af kommunerne. Ved opdeling efter befolkningsantal ligger andelen højest i kommuner med højt befolkningsantal og falder gradvist til 62 % i kommuner med lavt befolkningsantal. Ved opdeling efter befolkningstæthed er indsatsen mest udbredt i kommuner med medium befolkningstæthed (79 %) og i kommuner med tæt befolkningstæthed (75 %) og mindst udbredt i kommuner med tynd befolkningstæthed (67 %).

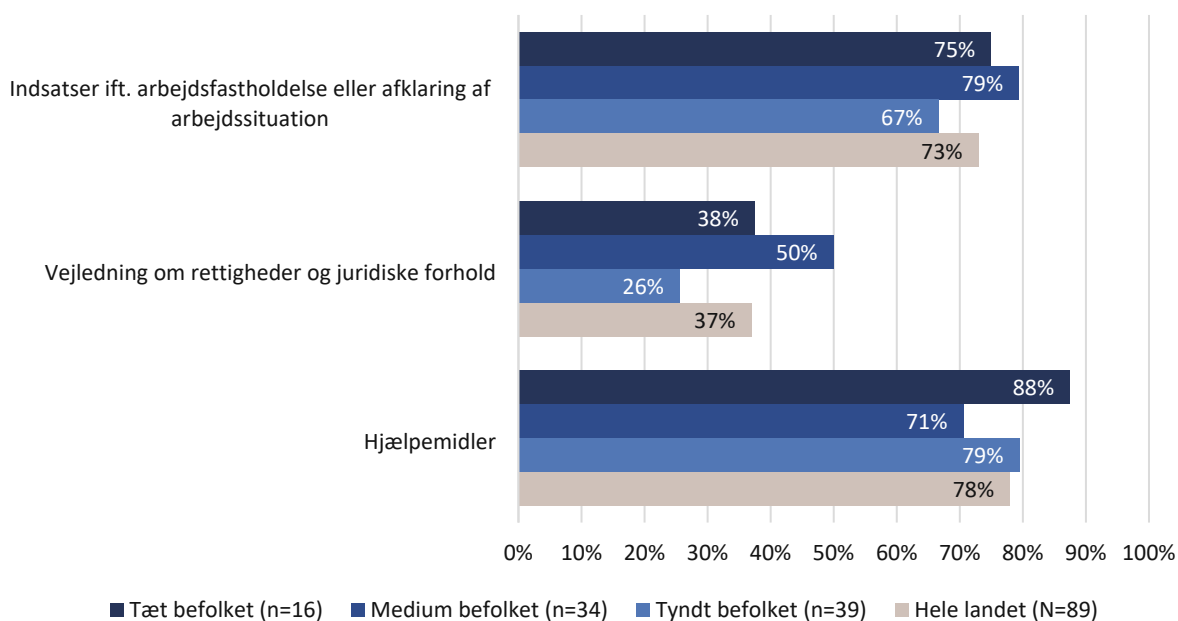
Vejledning om rettigheder og juridiske forhold tilbydes samlet set i 37 % af kommunerne. Ved opdeling efter befolkningsantal ses de højeste andele i kommuner med mellemhøjt og højt befolkningsantal (48 % og 47 %) og lavere i kommuner med lavt og mellemlavt befolkningsantal (21 % og 28 %). Ser man på befolkningstæthed, er andelen højest i kommuner med medium befolkningstæthed (50 %) efterfulgt af kommuner med tæt befolkningstæt (38 %) og sidst kommuner med tyndt befolkningstæthed kommuner (26 %).

Tilbud om *hjælpemidler* tilbydes i 78 % af kommunerne samlet set. Ved opdeling efter befolkningsantal ses de højeste andele i kommuner med mellemlavt og lavt befolkningsantal (86 % og 77 %) og de laveste andele i kommuner med højt og mellemhøjt befolkningsantal (71 % og 70 %). Ved opdeling efter befolkningstæthed tilbydes indsatsen oftest i tæt befolkede kommuner (88 %), efterfulgt af kommuner med tynd befolkningstæthed (79 %) og sidst kommuner med medium befolkningstæthed (71 %).

Figur 10. Andel af kommuner, der tilbyder rehabiliteringsindsatser vedr. system og rettigheder på kræftområdet, fordelt på befolkningsantal (N=89)



Figur 11. Andel af kommuner, der tilbyder rehabiliteringsindsatser vedr. system og rettigheder på kræftområdet, fordelt på befolkningstæthed (N=89)



Ernæring, rygning og alkohol

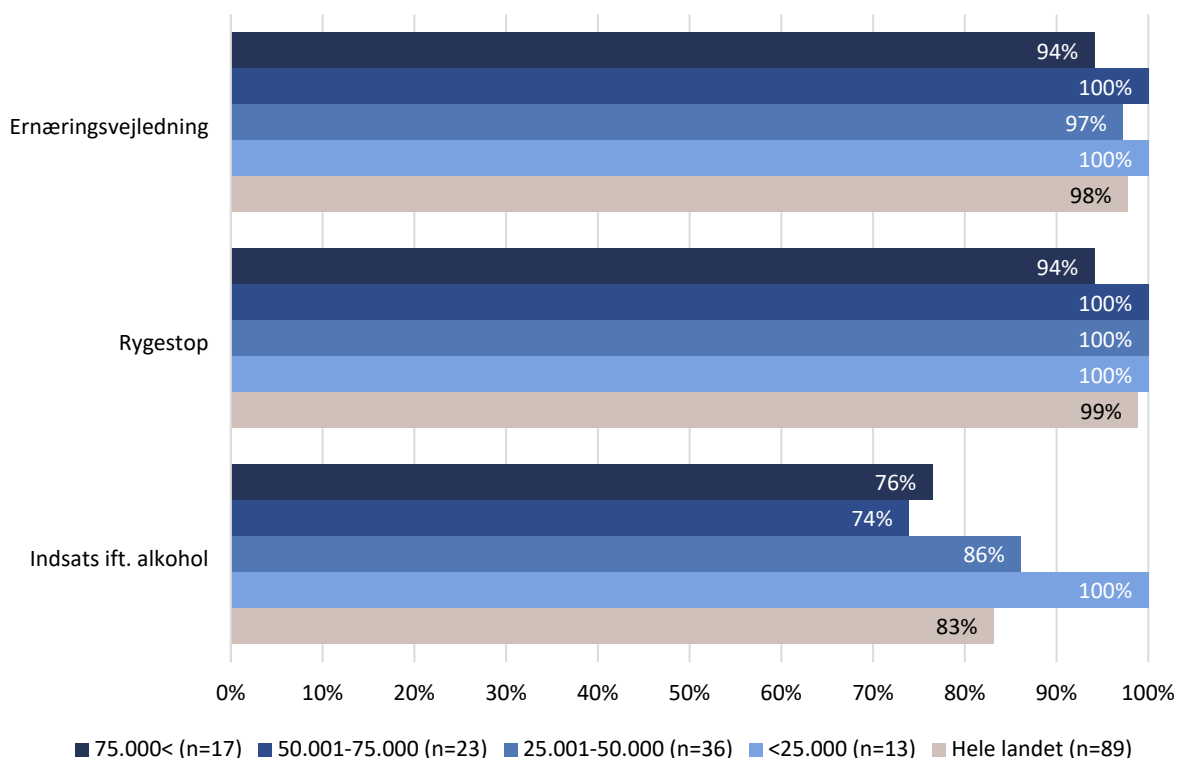
Indsatskategorien *ernæring, rygning og alkohol* viser generelt en høj grad af udbredelse på tværs af kommunerne, jf. Figur 12 og 13. Samlet set tilbydes ernæringsvejledning af 98 % af kommunerne, rygestop af 99 % og indsatser vedrørende alkohol af 83 %.

Ser man på fordelingen efter befolkningsantal, er *ernæringsvejledning og rygestop* næsten universelt tilgængeligt.

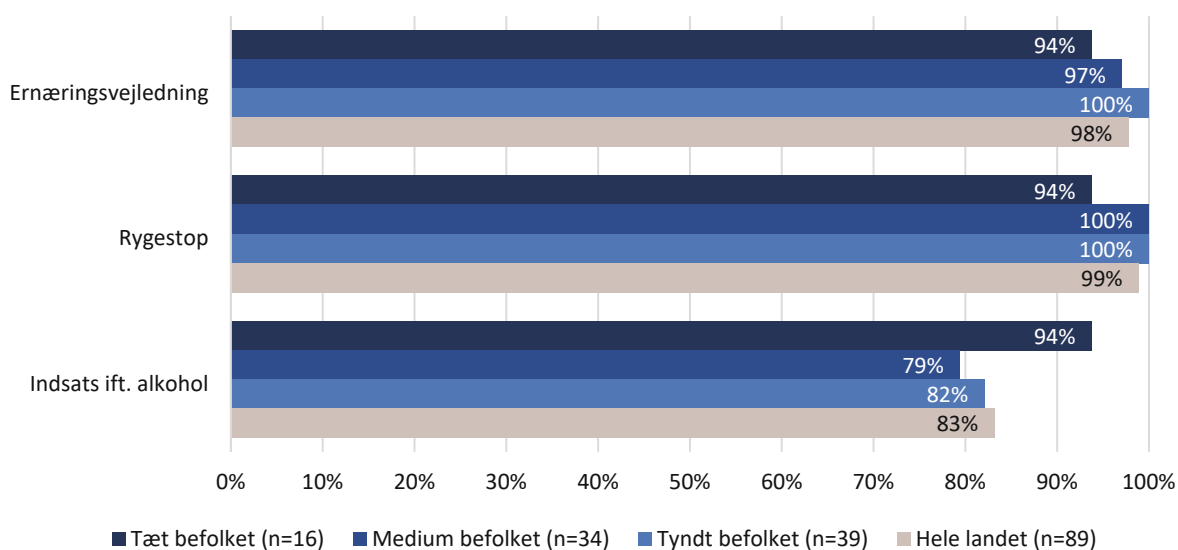
Indsatser ift. alkohol i relation til kræftrehabilitering viser et andet mønster, hvor kommuner med lavt og mellemlavt befolkningsantal har de højeste dækninger med 100 % og 86 %, mens de højtbefolkede og mellembefolkede kommuner har lidt lavere dækning på 76 % og 74 %.

Når kommunerne i stedet opdeles efter befolkningstæthed, ses lignende mønstre.

Figur 12. Andel af kommuner, der tilbyder rehabiliteringsindsatser vedr. kost, rygning og alkohol på kræftområdet, fordelt på befolkningsantal (N=89)



Figur 13. Andel af kommuner, der tilbyder rehabiliteringsindsatser vedr. kost, rygning og alkohol på kræftområdet, fordelt på befolkningstæthed (N=89)



3.2.2 Tværfaglig rehabilitering

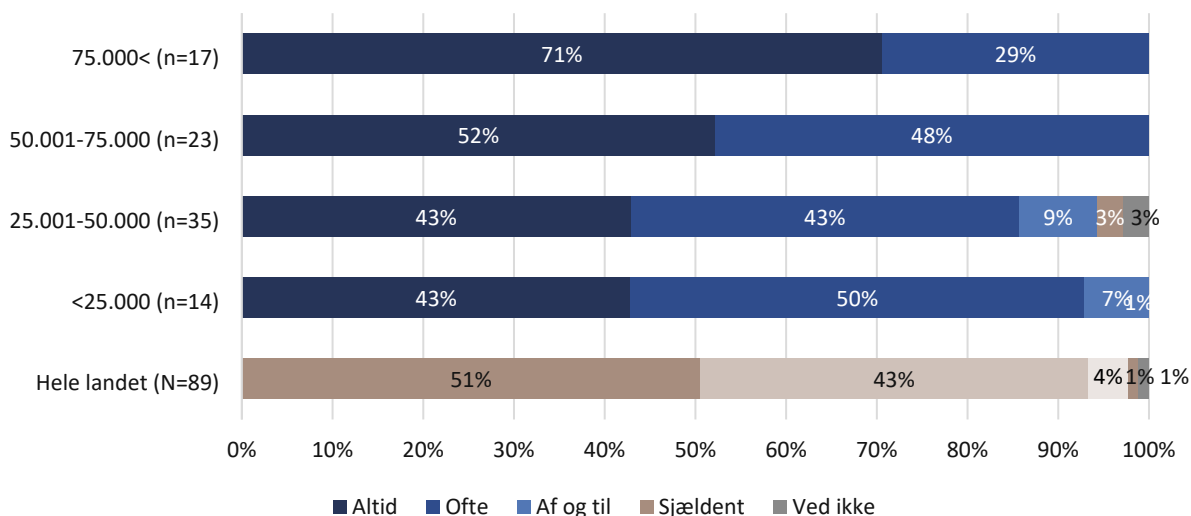
Tværfaglig rehabilitering skal forstås som en koordineret indsats, hvor forskellige fagpersoner – fx sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykologer, diætister og socialrådgivere – samarbejder om at skabe helhedsorienterede rehabiliteringsforløb (Maribo et al., 2022). I dette afsnit præsenteres data om omfanget af tværfaglig organisering samt hvilke faggrupper, der typisk indgår i det kommunale kræftrehabiliteringsarbejde

Tværfaglig organisering på kræftområdet³

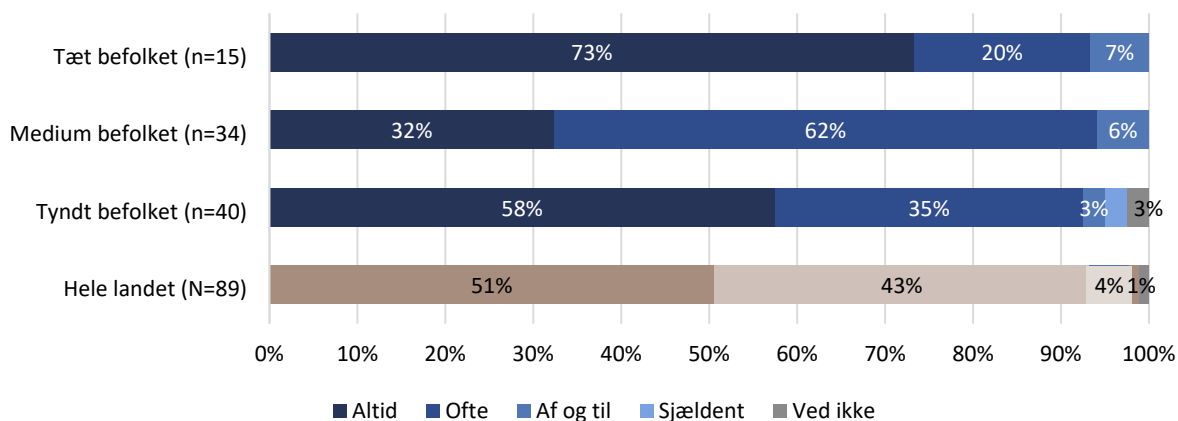
Kræftrehabilitering er i vid udstrækning organiseret tværfagligt i de danske kommuner, jf. Figur 14 og 15. Set i forhold til befolkningsantal angiver kommuner med højt og mellemhøjt befolkningsantal, at kræftrehabilitering altid eller ofte er tværfagligt organiseret (100 %). I kommuner med mellemlavt og lavt befolkningsantal ses en lidt lavere andel, hvilket kan indikere, at den tværfaglige organisering er mindre udbredt i disse kommuner. Når kommunerne grupperes efter befolkningstæthed, ses der derimod ingen tydelige forskelle mellem kommunegrupperne i forhold til, hvorvidt kræftrehabilitering organiseres tværfagligt.

³ Undersøgelsens oprindelige spørgsmål lyder: 'I hvilket omfang er kræftrehabiliteringen organiseret tværfagligt?'

Figur 14. Andel af kommuner med tværfaglig organisering af kræftrehabilitering, fordelt på befolkningsantal (N=89)



Figur 15. Andel af kommuner med tværfaglig organisering af kræftrehabilitering, fordelt på befolkningstæthed (N=89)



Fagligheder i det tværfaglige samarbejde i kræftrehabilitering⁴

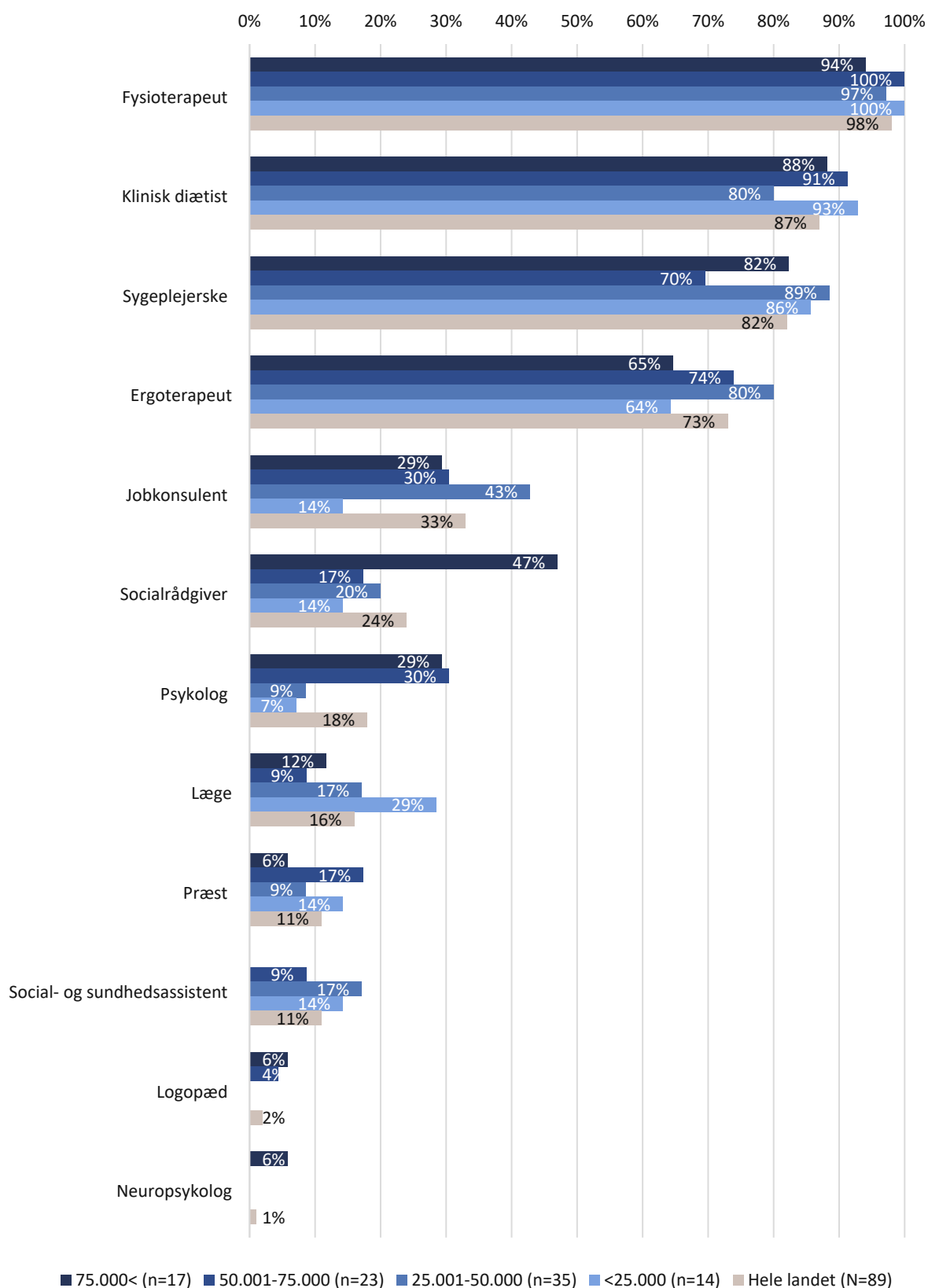
På landsplan indgår en række forskellige faggrupper i de tværfaglige kræftrehabiliteringsteams, jf. Figur 16 og 17. Fysioterapeuter er den mest udbredte faggruppe og findes i 98 % af kommunerne. Herefter følger kliniske diætister (87 %) og sygeplejersker (82 %). Ergoterapeuter er repræsenteret i 73 % af kommunerne. Andre faggrupper forekommer sjældnere, herunder jobkonsulenter (31 %), socialrådgivere (22 %), læger (16 %), psykologer (15 %), social- og sundhedsassistenter (11 %) samt præster (11 %), logopæder (2 %) og neuropsykologer (1 %).

⁴ Undersøgelsens oprindelige spørgsmål lyder: 'Hvilke fagligheder indgår oftest i det tværfaglige samarbejde om rehabilitering?'

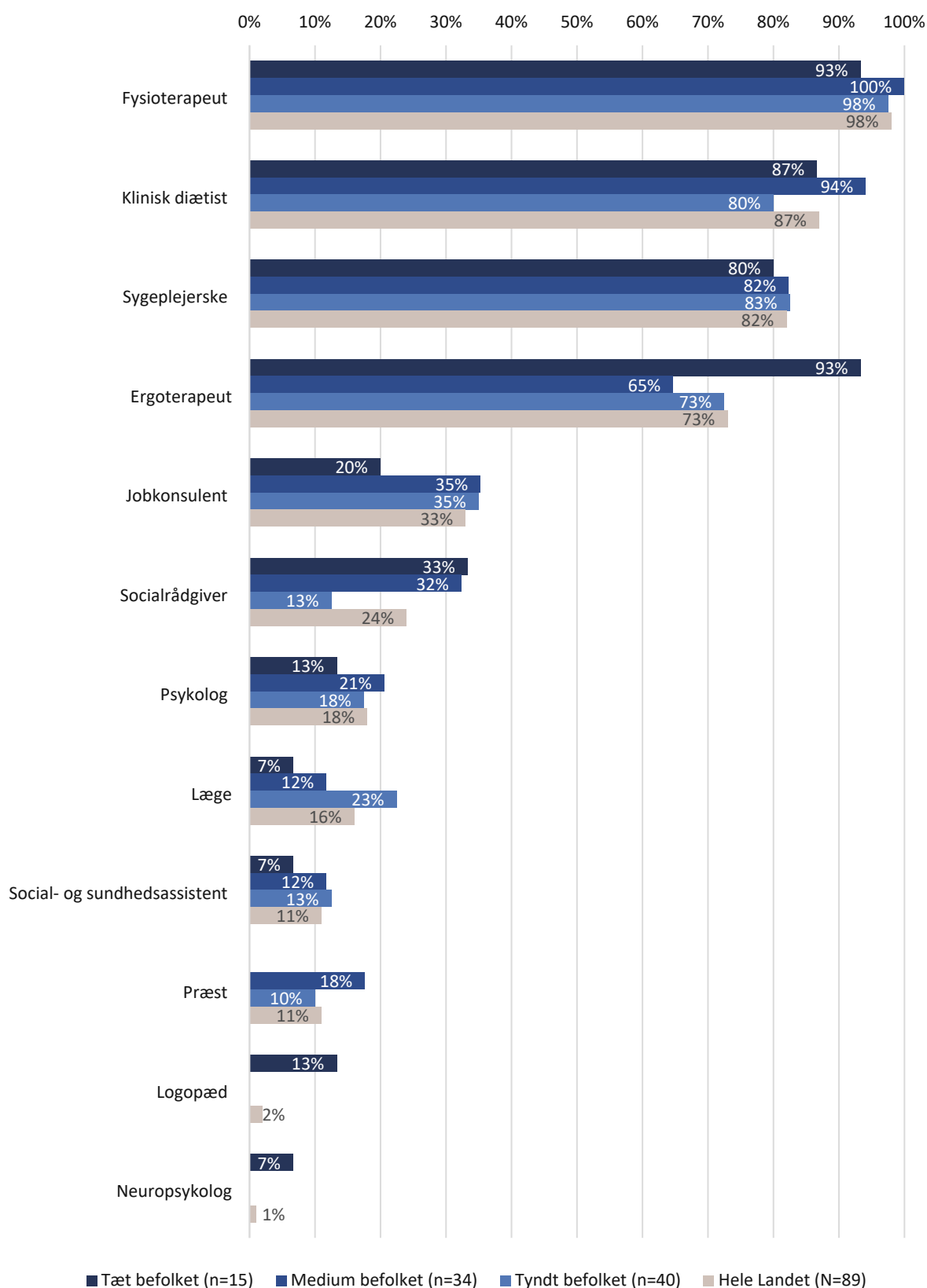
Ser man på fordelingen efter befolkningsantal, er fysioterapeuter næsten repræsenteret på tværs af alle kommunestørrelser (94-100 %). Sygeplejersker forekommer oftest i kommuner med mellemlavt befolkningsantal (89 %) og i kommuner med lavt befolkningsantal (86 %), men lidt mindre hyppigt i kommuner med højt befolkningsantal (82 %) og mellemhøjt befolkningsantal (70 %). Kliniske diætister findes i 80-93 % af kommunerne, med højest forekomst i kommuner med mellemhøjt befolkningsantal (91 %). Ergoterapeuter forekommer i 64-80 % af kommunerne, mest i kommuner med mellemlavt befolkningsantal (80 %). Læger ses oftest i kommuner med lavt befolkningsantal (29 %), mens socialrådgivere, psykologer, neuropsykologer og logopæder primært findes i kommuner med højt befolkningsantal.

Fordelt efter befolkningstæthed, ses at fysioterapeuter er bredt repræsenteret i det tværfaglige samarbejde om rehabilitering i både tæt, medium og tyndt befolkede kommuner (93-100 %). Sygeplejersker indgår i samarbejdet med variation på 80-83 % på tværs af befolkningstæthed. Kliniske diætister er mest udbredte i medium befolkede kommuner (94 %) og mindst i tyndt befolkede (80 %). Ergoterapeuter er mere udbredte i tæt befolkede kommuner (93 %) end i medium (65 %) og tyndt befolkede (73 %). Jobkonsulenter forekommer hyppigst i medium og tyndt befolkede kommuner (begge 35 %) mod 20 % i tæt befolkede områder. Læger ses oftest i tyndt befolkede kommuner (23 %), mens præster og logopæder primært indgår i det tværfaglige samarbejde om rehabilitering i tæt befolkede kommuner.

Figur 16. Andel af kommuner med specifikke fagligheder i kræftrehabilitering, fordelt på befolkningsantal (N=89)



Figur 17. Andel af kommuner med specifikke fagligheder i kræftrehabilitering, fordelt på befolkningstæthed (N=89)



3.2.3 Opsummering af resultater for kræftrehabilitering

Data viser, at både befolkningsantal og befolkningstæthed kan have sammenhæng til bredde i indsatser og tværfaglighed i kræftrehabiliteringstilbud i de danske kommuner, om end mønstrene varierer mellem indsatsområder.

Generelt ses en tendens til, at kommuner med højt befolkningstal og tæt befolkede områder i højere grad tilbyder et bredere og mere specialiseret udbud af rehabiliteringsindsatser. Dette gælder særligt for indsatskategorien *psykiske, sociale og eksistentiel rehabilitering*, hvor dækningen gennemgående er størst i de større og tæt befolkede kommuner.

Omvendt viser forebyggelsesindsatser relateret til ernæring, rygning og alkohol et lidt andet mønster. Her er dækningen generelt meget høj på tværs af både befolkningstal og befolkningstæthed, hvor forskellene mellem er små.

I forhold til tværfaglig organisering peger resultaterne på, at der generelt er en stor grad af tværfaglig organisering på tværs af faggrupper i kræftrehabiliteringen, uanset kommuners befolkningsstørrelse og befolkningstæthed.

Sammensætningen af de faglige teams er overordnet ensartet på tværs af landet, med fysioterapeuter, sygeplejersker og kliniske diætister som de mest udbredte faggrupper. Enkelte fagligheder viser dog tydelige geografiske mønstre: læger er hyppigst deltagere i det tværfaglige samarbejde i kommuner med lavt befolkningsantal og tynd befolkningstæthed, mens socialrådgivere, psykologer, logopæder og neuropsykologer oftere findes i kommuner med højt befolkningsantal og tæt befolkningstæthed.

3.3 Rehabilitering i forbindelse med benamputation

De følgende afsnit under 3.3 omhandler kommunernes indsatser inden for rehabilitering i forbindelse med benamputation. Afsnittet belyser indhold og organisering af rehabiliteringstilbud på tværs af kommunegrupperinger efter befolkningsantal og befolkningstæthed. Fokus er på, hvilke typer rehabiliteringsindsatser der tilbydes personer med benamputation, hvilke fagligheder der er til rådighed i rehabiliteringen samt niveauet af fysioterapeutiske kompetencer på tværs af kommunegrupperinger.

3.3.1 Bredde af rehabiliteringsindsatser ved benamputation

De følgende opgørelser over kommunale rehabiliteringsindsatser til personer med benamputation er opdelt i indsatskategorier efter indsatsens type for at skabe overblik over udbredelse og variation på tværs af kommunegrupperinger. Hertil fremhæves, at rehabiliteringsindsatserne kan være differentierede ift. om patienterne proteseforsynes eller ej.

3.4.1.1 Rehabiliteringsindsatser til mennesker med benamputation

Vejledning om sygdom

Indsatskategorien *vejledning og information* indeholder tre forskellige indsatser målrettet mennesker med benamputation – fordelt efter kommunegrupperinger på henholdsvis

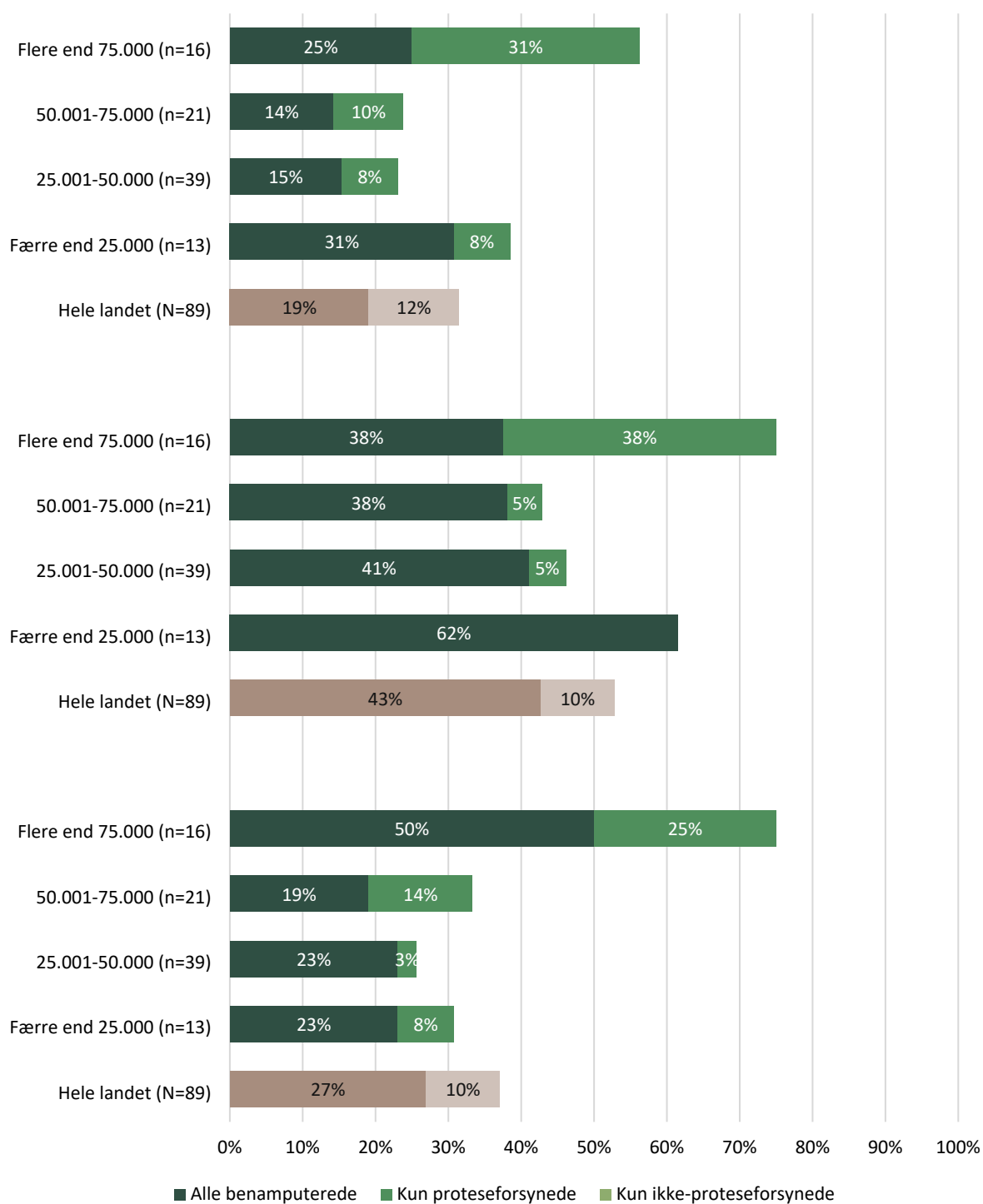
befolkningsantal og befolkningstæthed, jf. Figur 18 og 19. I begge opgørelser er indsatserne differentieret efter, hvilken patientgruppe de er rettet mod ift. om de proteseforsynes eller ej.

Formidling af kontakt til tidligere benamputerede mennesker tilbydes samlet af 56 % af kommuner med højt befolkningsantal (25 % til alle benamputerede og 31 % kun til proteseforsynede). I kommuner med mellemhøjt og mellemlavt befolkningsantal er andelen samlet set væsentligt lavere på henholdsvis 24 % og 23 %, mens kommuner med lavt befolkningsantal ligger lidt højere med 39 %. Der ses altså ikke en sammenhæng mellem befolkningsantal og udbredelse. Opgørelsen efter befolkningstæthed viser dog en svag tendens: 54 % af de tæt befolkede kommuner tilbyder denne indsats, mod kun 23 % af de medium befolkede og 30 % af de tyndt befolkede kommuner. På landsplan tilbyder 31 % af kommunerne denne form for kontaktfrembringelse. Indsatsen er typisk rettet mod alle der får amputeret ben, men i nogle kommuner kun mod dem der proteseforsynes. Hertil bemærkes, at indsatsen i høj grad er relevant for alle patientgrupper af benamputerede.

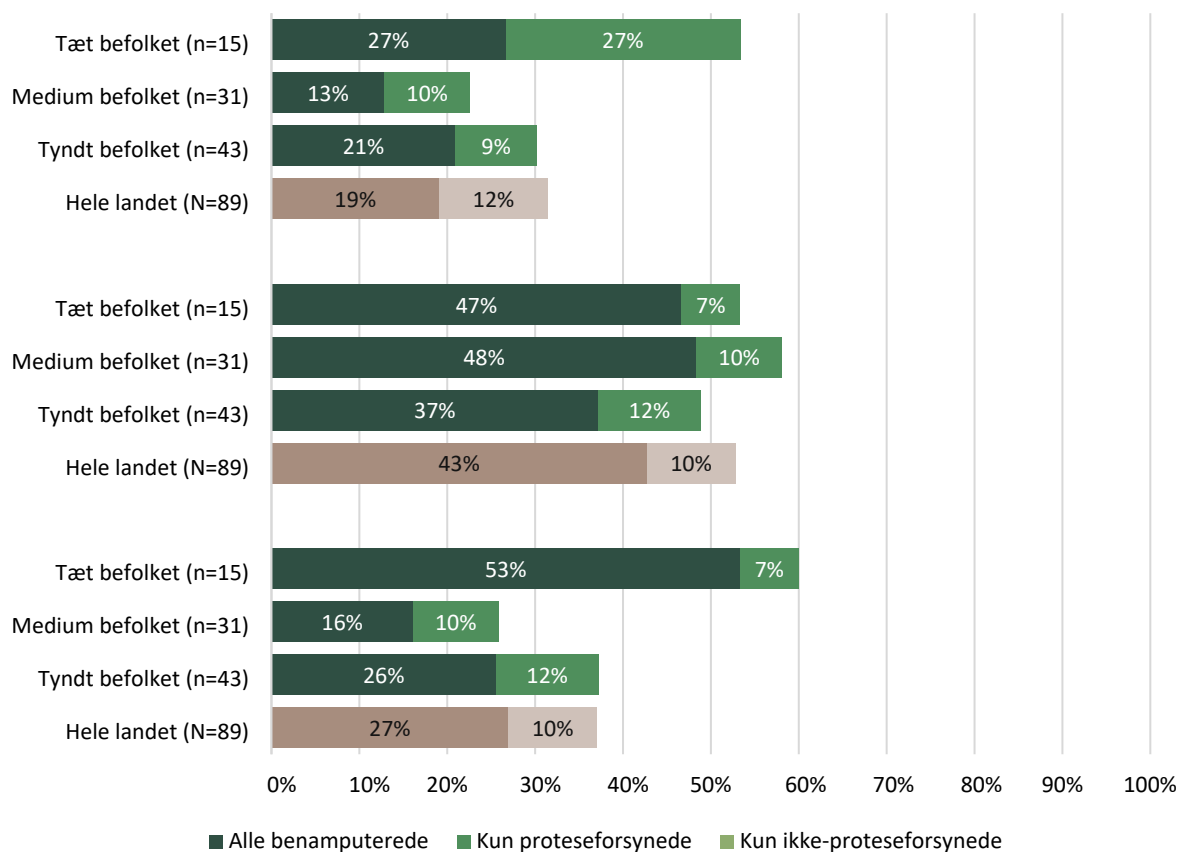
Formidling af kontakt til patientforeninger er mest udbredt i kommuner med højt befolkningsantal med 78 % (38 % til alle benamputerede og 38 % for kun til proteseforsynede), kommuner med lavt befolkningsantal på 62 %, mens de øvrige grupper ligger mellem 43 % og 46 %. Ved opdeling efter befolkningstæthed ses ingen forskelle – andelen ligger her mellem 49 % og 58 %. Det samlede landsgennemsnit er 53 %. Indsatsen tilbydes primært alle mennesker med benamputation, mens et mindretal – især blandt de højtbefolkede kommuner – differentierer indsatsen og målretter den til kun at omfatte proteseforsynede. Her bemærkes, at indsatsen i høj grad er relevant for alle patientgrupper af benamputerede.

Udlevering af 'Håndbog for nyamputerede' er mest udbredt blandt kommuner med højt befolkningsantal, hvor 75 % tilbyder indsatsen (50 % til alle benamputerede og 25 % kun til proteseforsynede). De øvrige kommunegrupper ligger alle omkring 23–27 %. Det samme billede tegner sig, når man ser på befolkningstæthed: 60 % af de tæt befolkede kommuner tilbyder håndbogen, mod kun 26 % af de medium og tyndt befolkede. På landsplan tilbyder 37 % af kommunerne håndbogen – typisk til alle mennesker med benamputation. Også her bemærkes, at indsatsen i høj grad er relevant for alle patientgrupper af benamputerede.

Figur 18. Andel af kommuner med vejledningsindsatser om sygdom på benamputationsområdet, fordelt efter befolkningsantal (N=89)



Figur 19. Andel af kommuner med vejledningsindsatser om sygdom på benamputationsområdet, fordelt efter befolkningstæthed (N=89)



Genoptræning og fysisk træning

Indsatskategorien genoptræning og fysisk træning indeholder fem forskellige indsatser målrettet mennesker med benamputation – fordelt efter kommune-grupperinger baseret på henholdsvis befolkningsantal og befolkningstæthed, jf. Figur 20 og 21. I begge opgørelser er indsatserne desuden differentieret efter, hvilken patientgruppe de retter sig mod.

Non-farmakologisk behandling af fantomsmerter tilbydes i 42 % af kommunerne, og målrettes oftest alle personer med benamputation uanset protese. I kommuner med højt befolkningsantal er indsatsen udbredt i 50 % af kommuner (31 % til alle benamputerede og 19 % til proteseforsynede), mens henholdsvis 44 % og 38 % af kommuner med mellemlavt og lavt befolkningsantal tilbyder indsatsen. Set ud fra befolkningstæthed er indsatsen mest udbredt i de tæt befolkede kommuner (54 %) og mindst i de mediumtætte (32 %). Hertil bemærkes at indsatsen i høj grad er relevant for alle patientgrupper af benamputerede. Selvom der er nogle forskelle i udbredelsen af indsatsen mellem kommunistørrelser, kan der ikke identificeres gennemgående mønstre.

Kompressionsbehandling med liner tilbydes i 88 % af kommunerne, hvoraf 36 % kun tilbydes i tilfælde af proteseforsyning. Hertil bemærket, at indsatsen i høj grad er relevant for alle

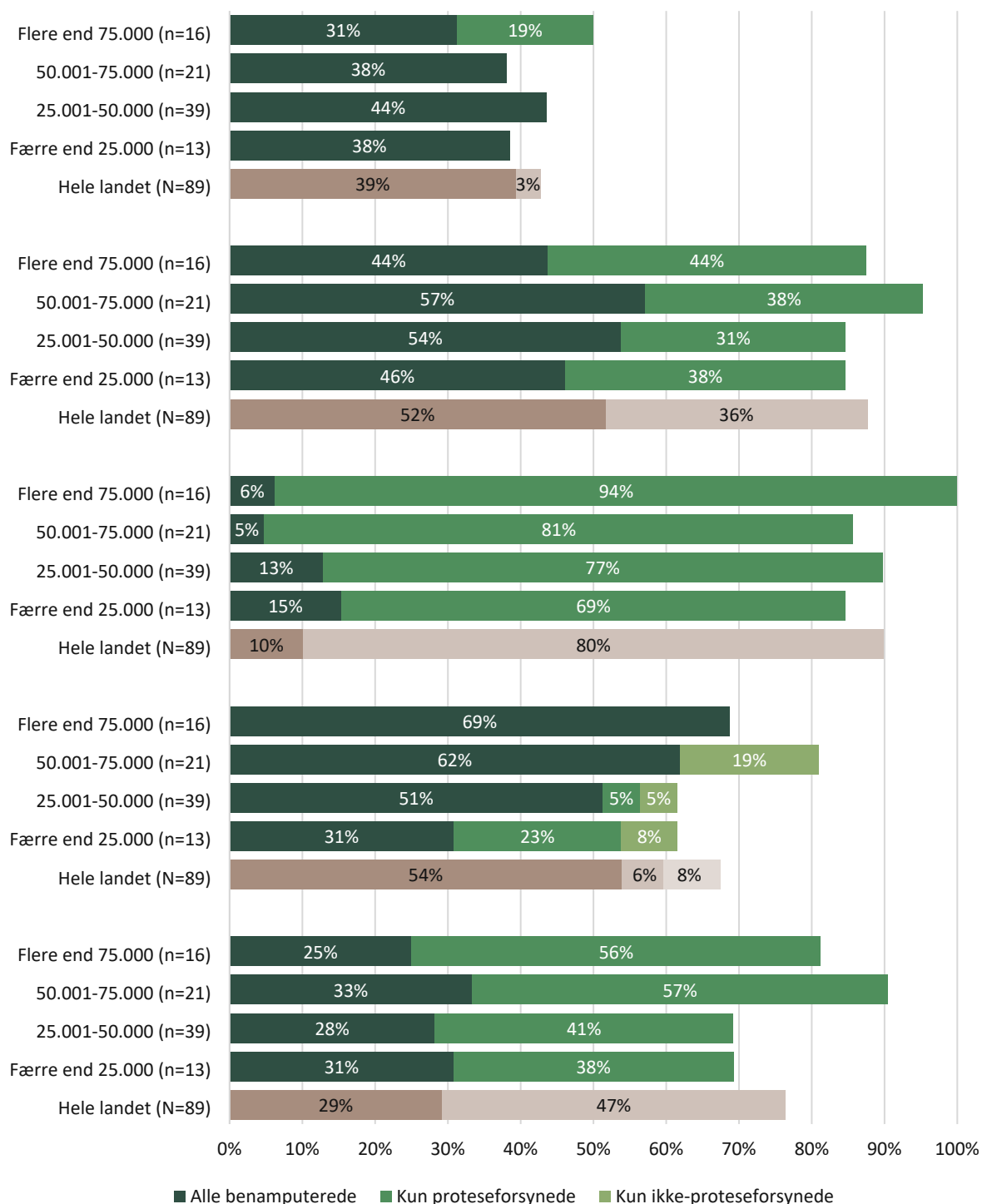
patientgrupper af benamputerede. Kommuner med mellemhøjt befolkningsantal ligger højest (95 %), mens kommuner med lavt befolkningsantal ligger lavest (84 %). Fordelt efter befolkningstæthed tilbyder 94 % af de tæt befolkede kommuner indsatsen, mod 80 % i både de tyndt og mediumtætte områder. Der ses kun små variationer mellem kommunegrupperne og uden klare mønstre.

Proteseteknisk træning tilbydes bredt i 90 % af kommunerne. Indsatsen tilbydes hyppigst i kommuner med højt befolkningsantal (100 %) og mindst i kommuner med lavt befolkningsantal (84 %). I opdelingen efter befolkningstæthed topper de tæt befolkede kommuner med 100 %, mens de tyndt befolkede ligger lavest med 86 %. Heraf fremgår også, at indsatsen naturligvis primært er målrettet personer, der proteseforsynes. Der ses kun mindre forskelle mellem kommunegrupperne, hvor der ses en svag tendens til, at de højtbefolkede og tæt befolkede kommuner har højere dækning af proteseteknisk træning.

Kompressionsbehandling med stumpsok er udbredt i 68 % af landets kommuner. Blandt kommunegrupperne efter befolkningsantal er indsatsen mest udbredt i kommuner med mellemhøjt befolkningsantal (81 %) og mindst i kommuner med mellemlavt befolkningsantal (61 %). Opgjort efter befolkningstæthed tilbydes kompressionsbehandling med stumpsok i 64 % af de mediumtætte og tyndt befolkede kommuner, mens andelen er 53 % i de tæt befolkede. Det er den eneste indsats, hvor en andel af kommunerne målretter tilbuddet til ikke-proteseforsynede – særligt i de tyndtbefolkede og mediumtætte områder. Der ses dog ikke entydige forskelle i udbredelsen af kompressionsbehandling med stumpsok mellem kommunegrupperne.

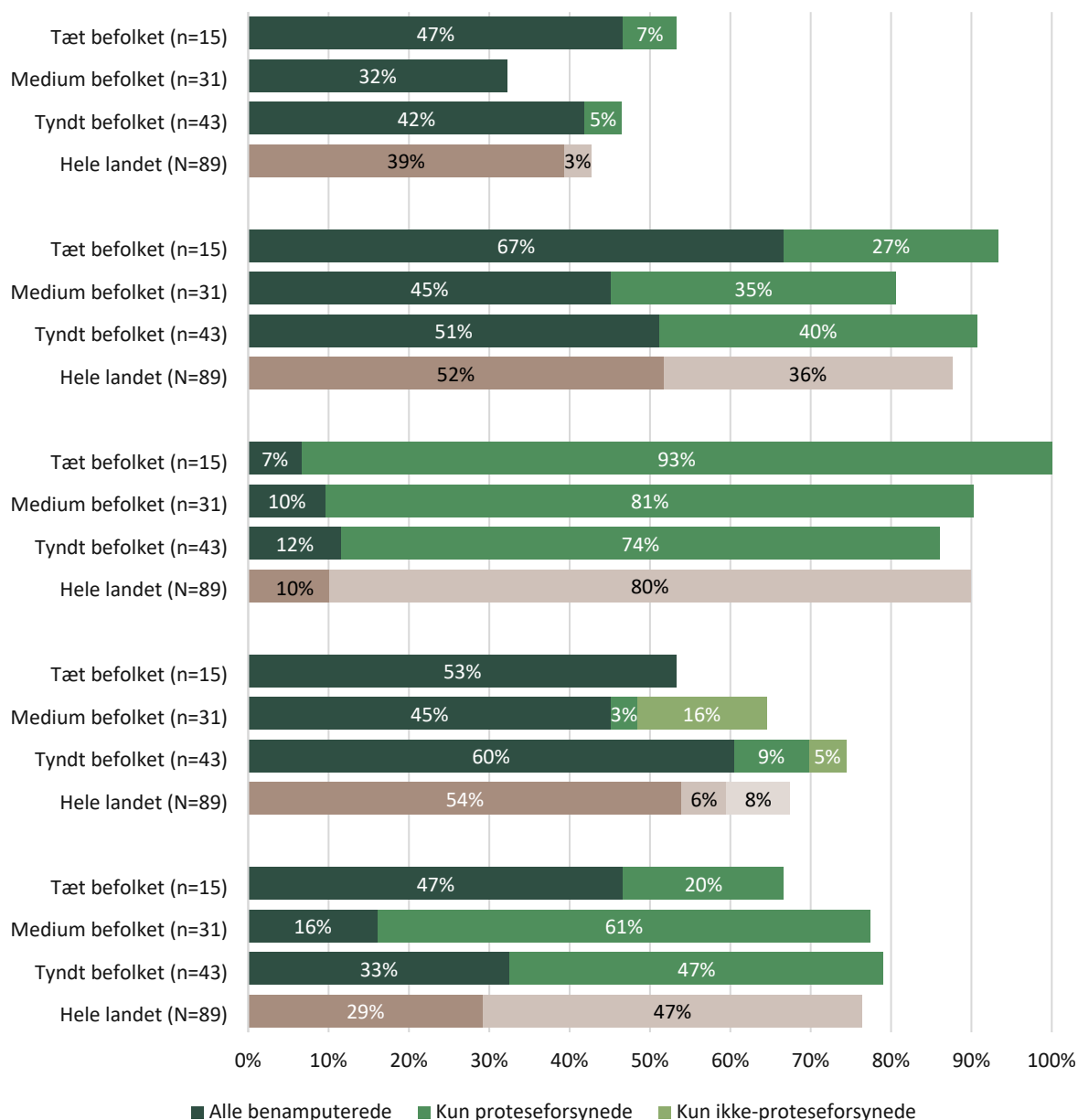
Træning på Thomas splint (midlertidig protese) tilbydes i 76 % af landets kommuner, og hovedsageligt til personer der proteseforsynes (47 %). I kommuner med mellemhøjt befolkningsantal er indsatsen mest udbredt (90 %), mens den er mindst udbredt i kommuner med mellemlavt og lavt befolkningsantal (69 %). Efter befolkningstæthed topper de tyndt befolkede kommuner med 80 %, efterfulgt af de mediumtætte (77 %) og tæt befolkede (67 %). Kun mindre forskelle ses på tværs af kommunegrupper, hvoraf der kan ses en svag tendens til at kommuner med højere befolkningsantal i højere grad tilbyder træning på Thomas splint.

Figur 20. Andel af kommuner med rehabiliteringsindsatser i fysisk genoptræning på benamputationsområdet, fordelt efter befolkningsantal (N=89)*



*Følgende 11 indsatser er udeladt af opgørelsen, da de næsten alle tilbydes i 100 % af kommunerne uden væsentlige forskelle mellem kommunegrupperinger: *Indledende samtale, Styrketræning, Funktionsevne, Balanceøvelser, Bevægelighedstest, Konditionstræning, Hjemmetræningsprogram, ADL-træning, Opstilling af mål, Opstilling af delmål og I-ADL-træning i vante omgivelser.*

Figur 21. Andel af kommuner med rehabiliteringsindsatser i fysisk genoptræning på benamputationsområdet, fordelt efter befolkningstæthed (N=89)



*Følgende 11 indsatser er udeladt af opgørelsen, da de næsten alle tilbydes i 100 % af kommunerne uden væsentlige forskelle mellem kommunegrupperinger: *Indledende samtale, Styrketræning, Funktionsevne, Balanceøvelser, Bevægelighedstest, Konditionstræning, Hjemmetræningsprogram, ADL-træning, Opstilling af mål, Opstilling af delmål og I-ADL-træning i vante omgivelser.*

Psykiske, sociale og eksistentielle tilbud

Indsatskategorien *psykiske, sociale og eksistentielle tilbud* dækker fem forskellige tilbud målrettet mennesker med benamputation – fordelt efter kommunegrupperinger baseret på både befolkningsantal og befolkningstæthed, jf. Figur 22 og 23. I begge opgørelser er indsatserne desuden differentieret efter, hvilken patientgruppe de er rettet mod.

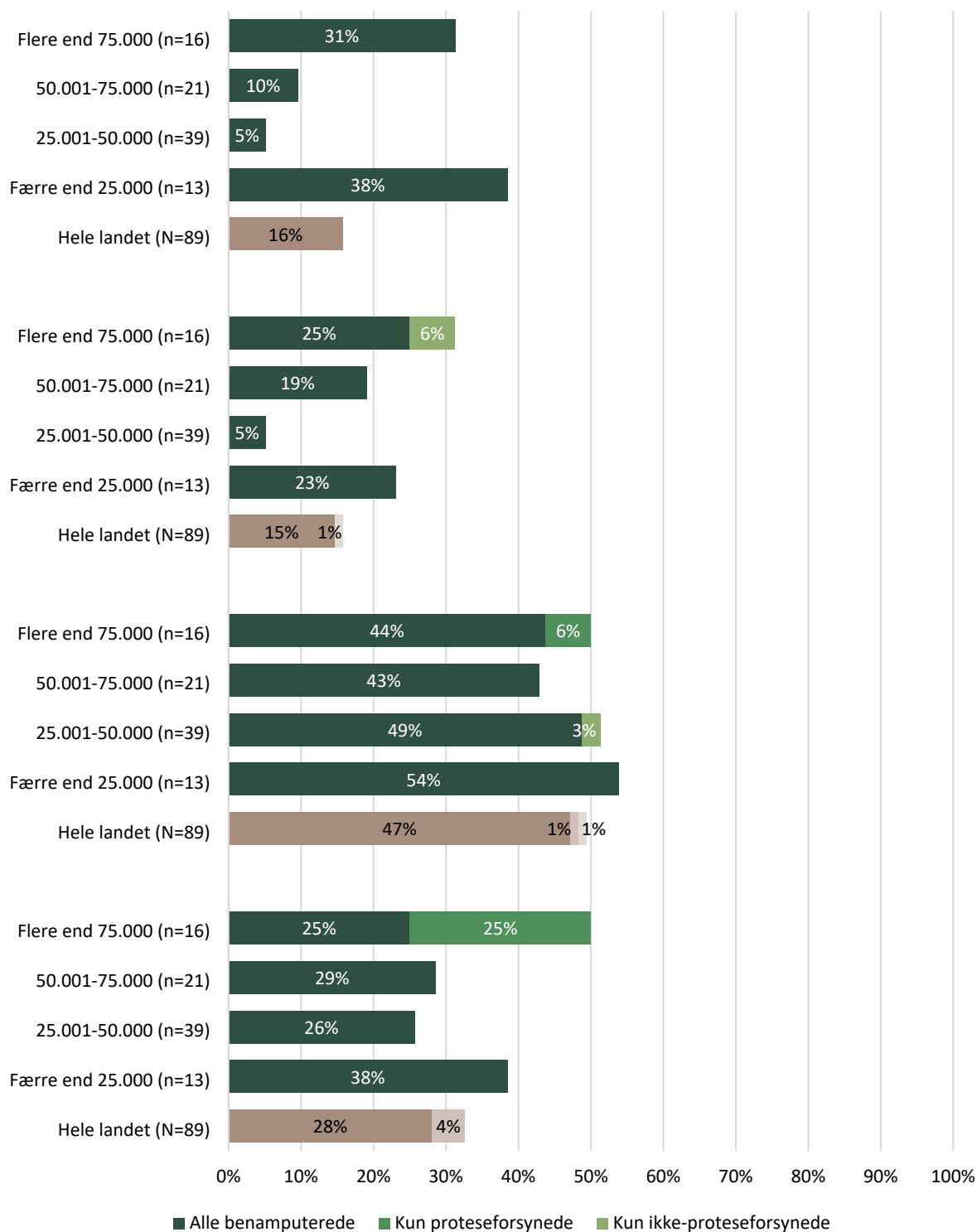
Screening for depression tilbydes af 16 % af landets kommuner og målrettes alle med benamputation. I kommuner med lavt befolkningsantal tilbydes indsatsen i 38 % af tilfælde og 31 % af kommuner med højt befolkningsantal, mens andelen er væsentligt lavere blandt kommuner med mellemhøjt og mellemlavt befolkningsantal (5–10 %). Når kommunerne inddrages efter befolkningstæthed, ses en tendens hvor 27 % af de tæt befolkede kommuner tilbyder indsatsen, mod 19 % af de mediumbefolkede kommuner og 9 % af de tyndt befolkede kommuner. Det samlede mønster peger på, at det især er høj befolkningstæthed, der har en betydning for udbredelsen af indsatsen *screening for depression*.

Screening for palliative behov er udbredt i 15 % af kommunerne, og målrettes alle mennesker med benamputation uanset proteseforsyning. Indsatsen tilbydes hyppigst i kommuner med højt befolkningsantal (31 %) (25 % for alle proteseforsynede og 6 % for ikke proteseforsynede) og kommuner med lavt befolkningsantal (23 %), mens de mellemhøjt og mellemlavt befolkede kommuner ligger lavere (5 % og 19 %). Opgørelsen efter befolkningstæthed viser tilsvarende højere udbredelse af tilbud om screening for palliative behov i tæt befolkede kommuner (33 %), mens de medium- og tyndtbefolkede kommuner ligger lavere (13 % og 9 %). Ligesom ved screening for depression tyder det på, at især høj befolkningstæthed i kommunen har en betydning for udbredelsen af indsatsen.

Andre psykosociale indsatser er udbredt i 47% af landets kommuner og målrettes alle med benamputation uanset proteseforsyning. På tværs af befolkningsantal ses den højeste udbredelse blandt kommuner med lavt befolkningsantal (54 %) og højt befolkningsantal (50 % med 44 % for alle benamputerede og 6% for proteseforsynede), men dernæst kommuner med mellemlavt befolkningsantal (49 %). Opgørelsen efter befolkningstæthed viser næsten identiske andele (47–48 %) i alle grupper. Kun få kommuner differentierer efter protesestatus. Samlet viser udbredelsen af andre psykosociale indsatser ingen tydelig sammenhæng med kommunegruppering – hverken efter befolkningstæthed eller -antal.

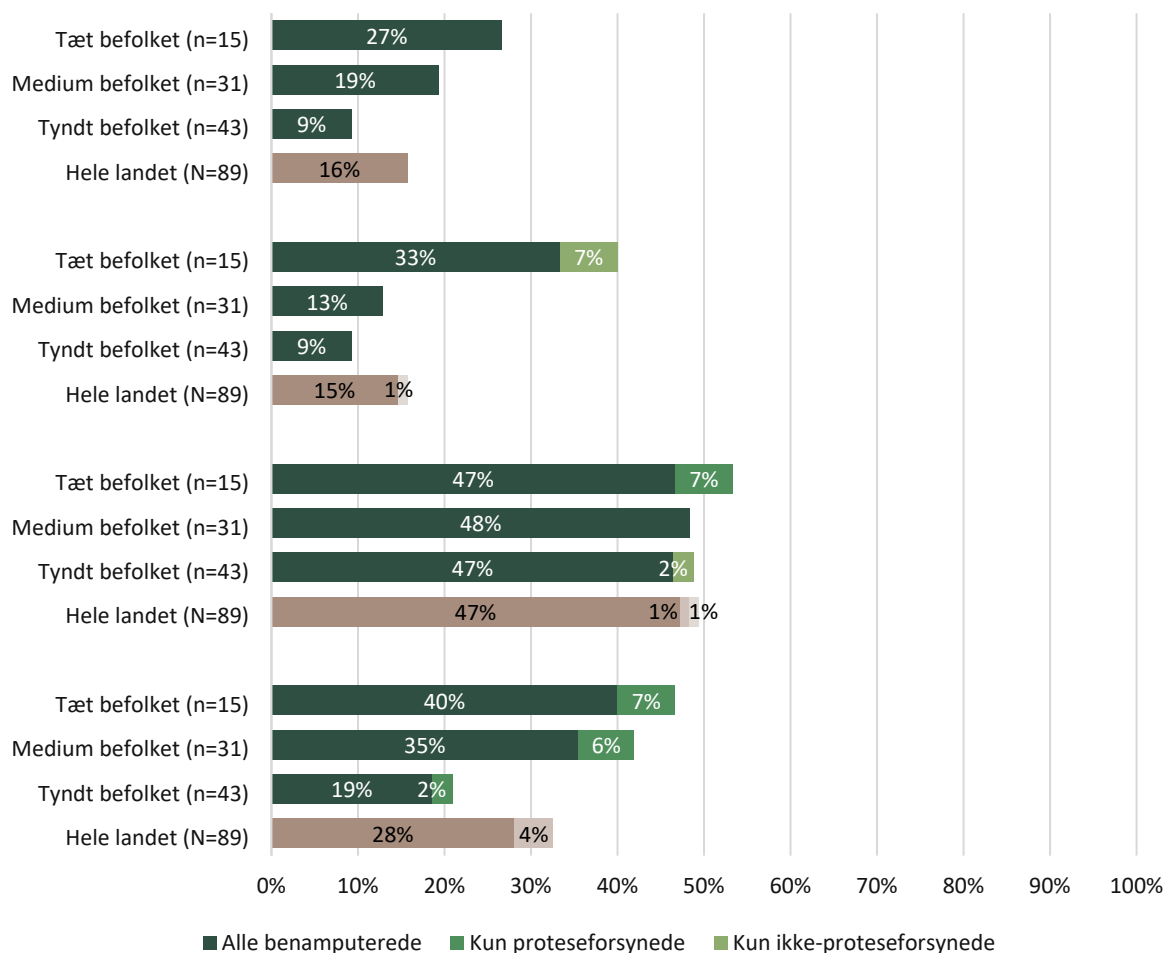
Patientuddannelse er udbredt i 32 % af landets kommuner. Indsatsen målrettes primært alle mennesker med benamputation, men enkelte kommuner – især blandt de større og tættere befolkede – tilbyder den kun til proteseforsynede. Kommuner med lavt befolkningsantal tilbyder oftest patientuddannelse (38 %) og dernæst i kommuner med mellemhøjt befolkningsantal (29 %) samt 26 % og 25 % i kommuner med henholdsvis mellemlavt og højt befolkningsantal. Kommuner med højt befolkningsantal tilbyder dog patientuddannelse til yderligere 25 %, såfremt de er proteseforsynede. For kommunegruppering efter befolkningstæthed ses en mere klar tendens, hvor patientuddannelse oftest tilbydes i tæt befolkede kommuner (47 %), hvilket gradvist er lavere for øvrige kommunegrupperinger.

Figur 22. Andel af kommuner med rehabiliteringsindsatser på benamputationsområdet inden for psykisk, social og eksistentiel støtte, fordelt efter befolkningsantal (N=89)



*Palliative og lindende tilbud af udeladt af analysen, idet denne rapport fokuserer på rehabilitering.

Figur 23. Andel af kommuner med rehabiliteringsindsatser på benamputationsområdet inden for psykisk, social og eksistentiel støtte, fordelt efter befolkningstæthed (N=89)



* Palliative og lindende tilbud af udeladt af analysen, idet denne rapport fokuserer på rehabilitering.

Ernæring, rygning og alkohol

Indsatskategorien *ernæring, rygning og alkohol* dækker tre forskellige tilbud målrettet mennesker med benamputation – opgjort efter kommunegrupperinger baseret på henholdsvis befolkningsantal og befolkningstæthed, jf. Figur 24 og 25. Ingen kommuner differentierer indsatsen efter protesestatus.

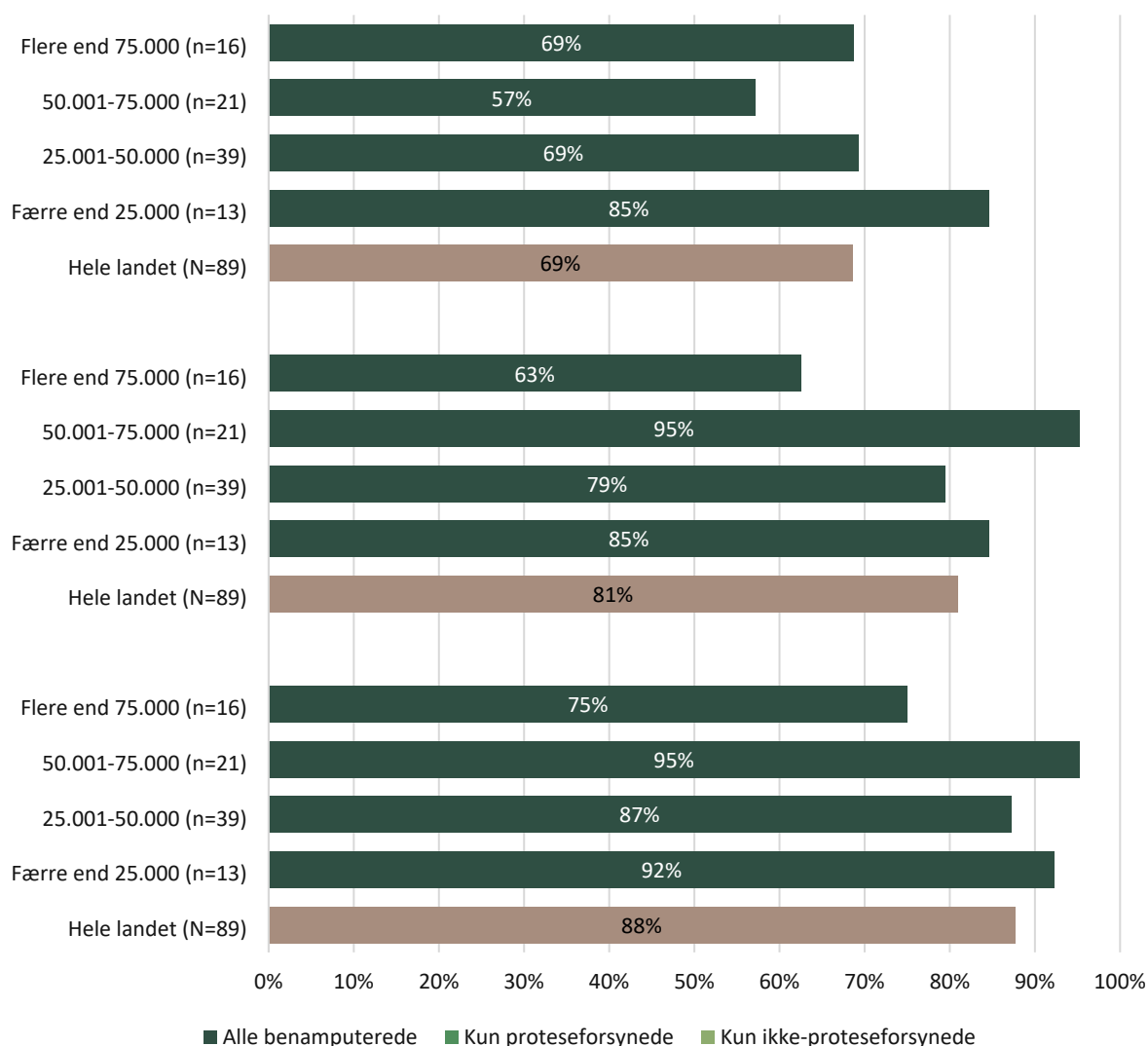
Ernæringsintervention tilbydes på landsplan af 69 % af kommunerne. Opgjort efter befolkningsantal ses den højeste udbredelse blandt kommuner med lavt befolkningsantal (85 %), mens det tilbydes af 57-69 % af øvrige kommuner. Ser man i stedet på befolkningstæthed, er fordelingen mere jævn.

Andet misbrugsstop (fx alkohol) tilbydes af 81 % af kommunerne samlet. Her er variationerne mellem kommunegrupperne mere væsentlige. Ved sammenligning af kommuner ud fra befolkningsantal topper kommuner med mellemløjt befolkningsantal (95 %), efterfulgt af kommuner med lavt befolkningsantal (85 %) og kommuner med mellemløjt befolkningsantal (79 %).

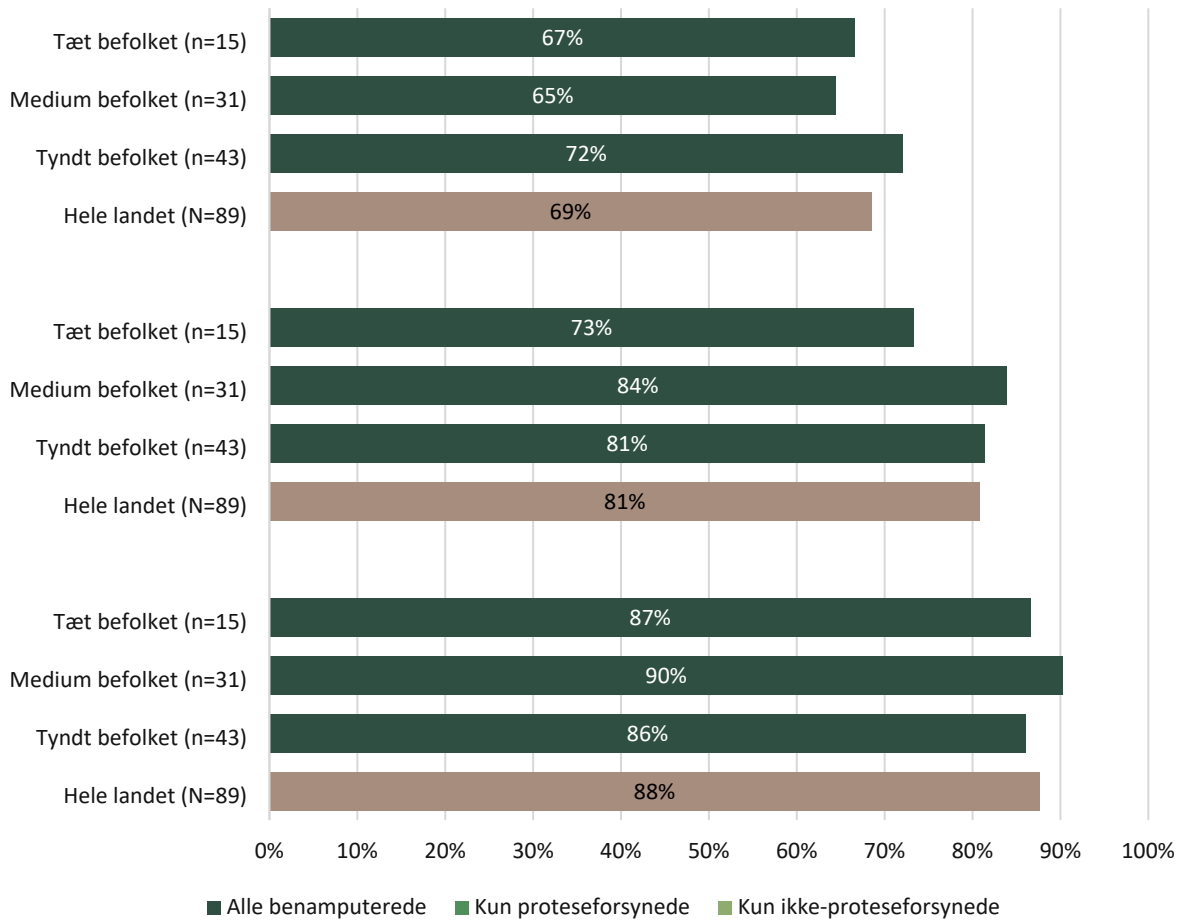
%), og lavest blandt kommuner med højt befolkningsantal (63 %). Et tilsvarende mønster ses ved befolkningstæthed: Medium befolkede kommuner har højeste andel indsats til misbrugsstop (84 %), efterfulgt af tyndt befolkede (81 %) og tæt befolkede (73 %). Dermed afviger denne indsats fra det typiske billede i rapporten, hvor højtbefolkede og tæt befolkede kommuner ellers ofte har højere udbredelse af indsatser – her placerer de sig i stedet lavest.

Rygestop er den mest udbredte af de tre indsatser med en national dækning på 88 %. Når man sammenligner kommunerne ud fra befolkningsantal, ses højeste andel, der tilbyder indsatser om rygestop, blandt kommuner med mellemhøjt befolkningsantal (95 %), efterfulgt af kommuner med lavt befolkningsantal (92 %), mellemlavt befolkningsantal (87 %) og lavest i kommuner med højt befolkningsantal højtbefolkede (75 %). Opgjort efter befolkningstæthed er forskellene mere afdæmpede: 90 % i de medium befolkede kommuner, 87 % i de tæt befolkede kommuner og 86 % i de tyndt befolkede kommuner. Dermed bekræftes billedet af en relativt bred implementering af tilbud om rygestop, men med tendens til lavere udbredelse i de største kommuner.

Figur 24. Andel af kommuner med forebyggende rehabiliteringsindsatser på benamputationsområdet, fordelt efter befolkningsantal (N=89)



Figur 25. Andel af kommuner med forebyggende rehabiliteringsindsatser på benamputationsområdet, fordelt efter befolkningstæthed (N=89)



3.3.2 Flerfaglig rehabilitering

Flerfaglig rehabilitering dækker over, at flere faggrupper er involveret i rehabiliteringen af mennesker med benamputation, men hvor de enkelte fagligheder kan arbejde parallelt uden nødvendigvis at integrere vurderinger og indsatser på tværs. I dette afsnit præsenteres data om, hvilke fagligheder der er til rådighed i kommunernes rehabiliteringstilbud til benamputerede borgere, samt hvilket kompetenceniveau der findes blandt fysioterapeuter på området

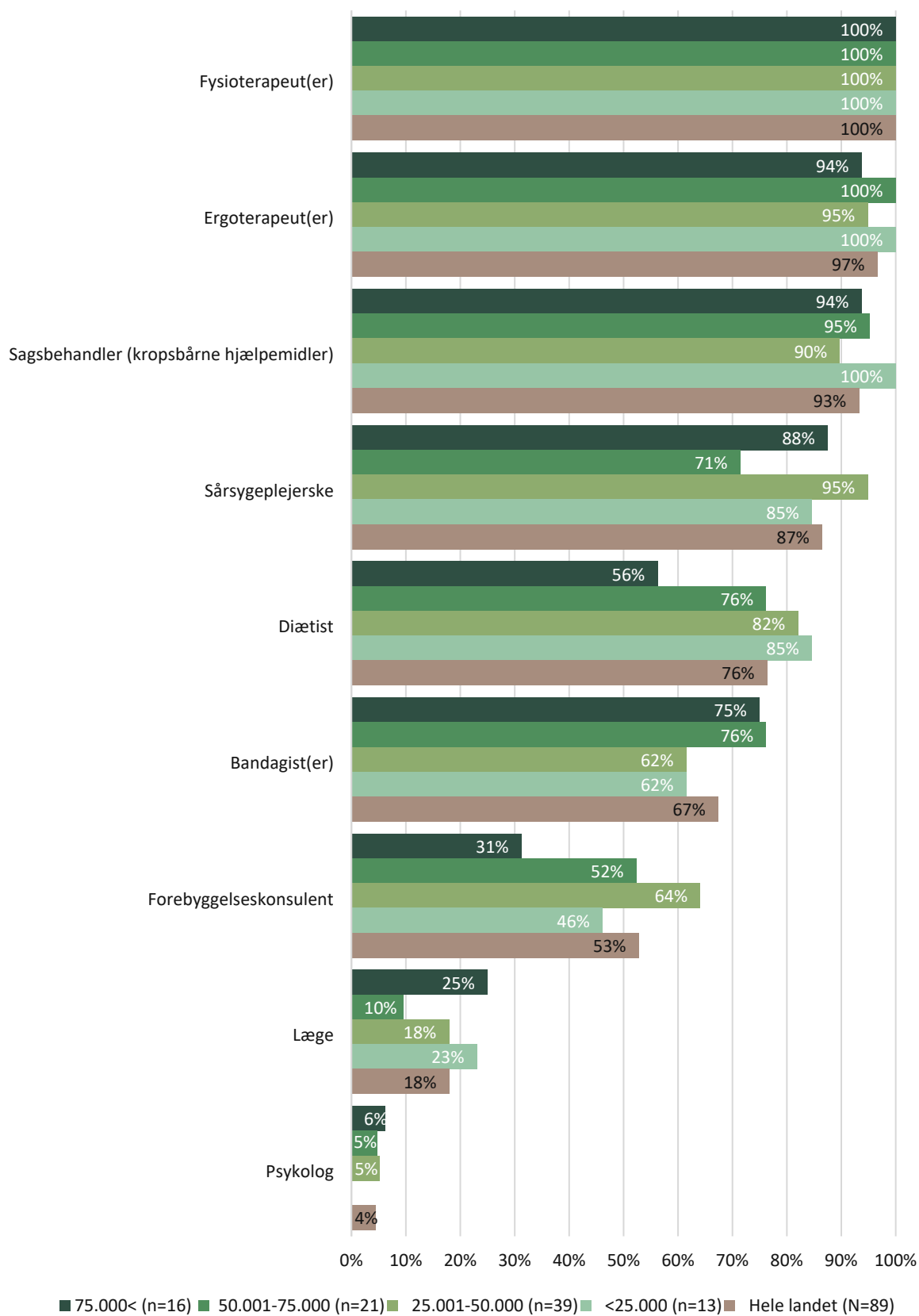
Fagligheder i den flerfaglige rehabilitering efter benamputation

Rehabiliteringstilbud til benamputerede borgere i kommunerne involverer en bred vifte af fagligheder. Nogle faggrupper – særligt fysioterapeuter, ergoterapeuter og sagsbehandlere – er næsten universelt til stede, mens andre, såsom psykologer og læger, kun indgår i en mindre del af kommunerne, jf. Figur 26 og 27.

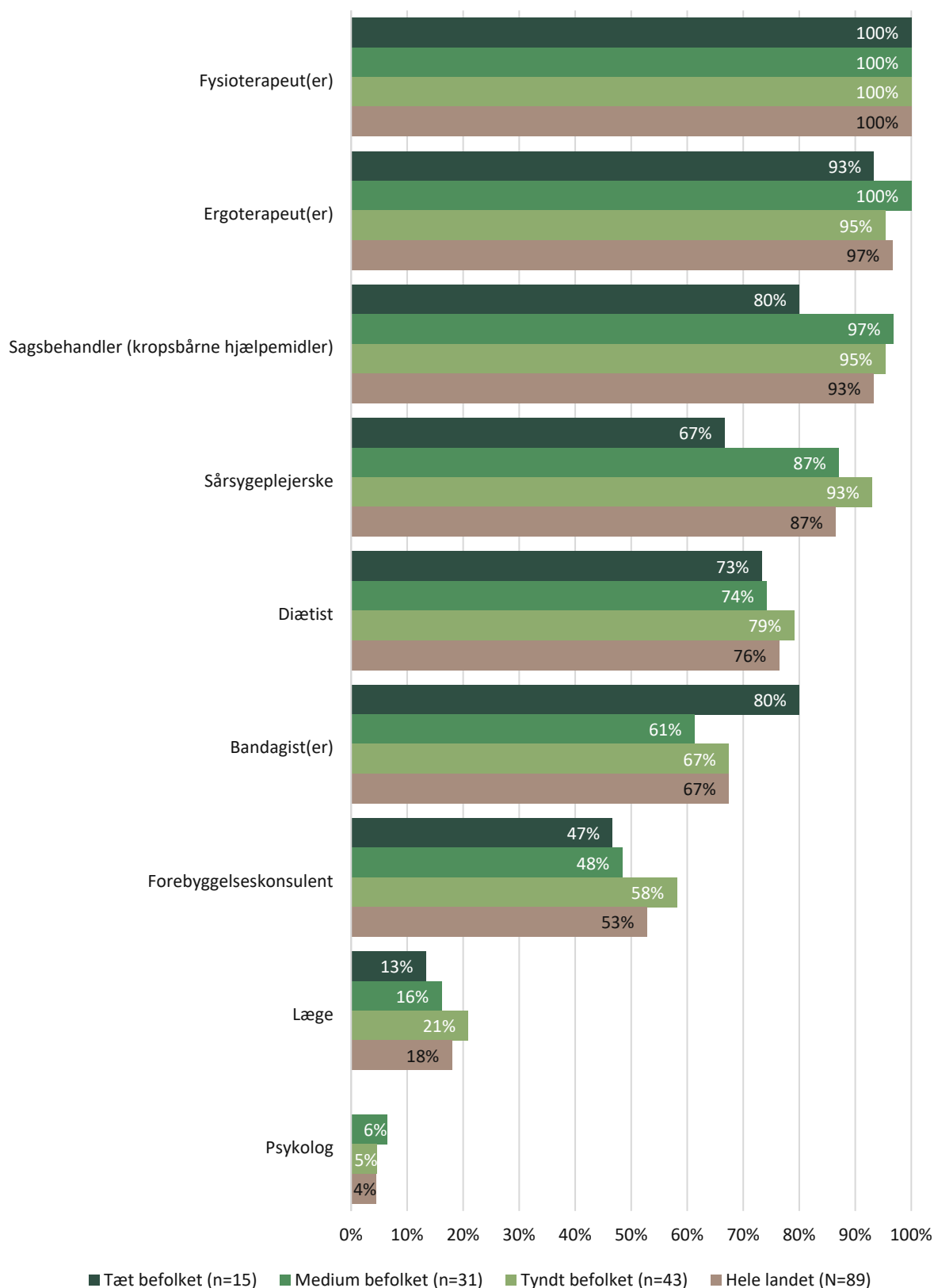
Ved opdeling efter befolkningsantal ses generelt en høj dækning af fysioterapeuter og ergoterapeuter i kommunale rehabiliteringstilbud til benamputerede borgere på tværs af alle kommunegrupper. Rehabiliteringstilbud hvor bandagister og sårsygeplejersker indgår er mest udbredt i kommuner med højere befolkningsantal (henholdsvis 75 % og 88 %), mens diætister og forebyggelseskonsulenter oftere indgår i rehabiliteringstilbuddene i kommuner med lavere befolkningsantal (85 % og 46 %) og i kommuner med mellemlavt befolkningsantal (82 % og 64 %). Tilstedeværelsen af læger ligger mellem 10–25 % og er højest i kommuner med højt befolkningsantal og kommuner med lavt befolkningsantal. Psykologer indgår sjældent og kun i enkelte tilfælde.

Fordelt efter befolkningstæthed ses lignende tendenser. Fysioterapeuter og ergoterapeuter er bredt repræsenteret i rehabiliteringen af benamputerede borgere i alle kommunegrupper, mens bandagister oftest indgår i den flerfaglige rehabilitering i tæt befolkede kommuner (80 %) og mindst i mediumtætte kommuner (61 %). Faggrupperne sårsygeplejersker og diætister er mest udbredt i rehabiliteringstilbuddene i tyndt befolkede kommuner (93 % og 79 %), og forebyggelseskonsulenter er tilsvarende mest til stede i tyndt befolkede kommuner (58 % mod 47 % i tæt befolkede kommuner). Læger og psykologer er sjældne i alle kommunegrupper, dog med en anelse højere forekomst af læger i tyndt befolkede kommuner (21 %).

Figur 26. Andel af kommuner med specifikke fagligheder i rehabilitering ved benamputation, fordelt på befolkningsantal (N=89)



Figur 27. Andel af kommuner med specifikke fagligheder i rehabilitering ved benamputation, fordelt på befolkningstæthed (N=89)



Niveau af fysioterapeutkompetencer til rådighed

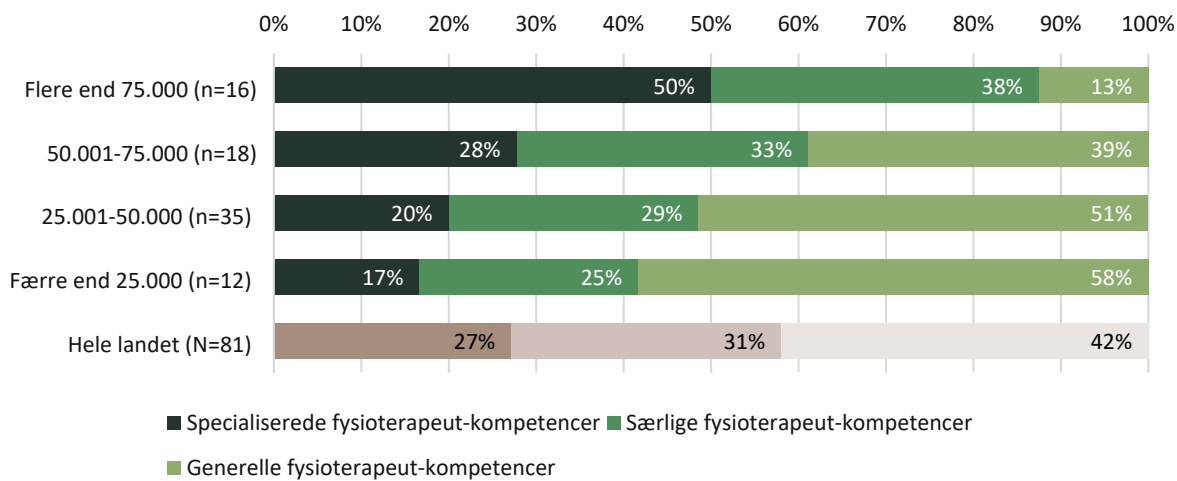
Fysioterapeuters højeste kompetenceniveau indikerer graden af specialisering inden for fysioterapeuter, som er til rådighed i en kommune. Dette varierer betydeligt på tværs af kommuner og afhænger både af befolkningsantal og befolkningstæthed, jf. Figur 30 og 31.

Generelle fysioterapeutkompetencer er det højeste kompetenceniveau i 42 % af landets kommuner. Opdelt efter befolkningsantal har kommuner med lavt befolkningsantal den største andel med 58 %, efterfulgt af kommuner med mellemlavt befolkningsantal med 51 %, kommuner med mellemhøjt befolkningsantal med 39 %, mens generelle fysioterapeutkompetencer kun udgør 13 % af det højeste kompetenceniveau, der er til rådighed, i de største kommuner. Det viser, at generelle kompetencer som højeste kompetenceniveau primært findes i mindre kommuner. Fordelt på befolkningstæthed ses et tilsvarende mønster, hvor 51 % af de tyndt befolkede kommuner har generelle kompetencer som højeste kompetenceniveau til rådighed, mod 38 % i mediumtætte og 27 % i tæt befolkede kommuner.

Særlige fysioterapeutkompetencer er det højeste kompetenceniveau i 31 % af kommunerne. Efter befolkningsantal ses den største andel i kommuner med højt befolkningsantal, hvor 38 % har særlige kompetencer som højeste kompetenceniveau. Herefter følger kommuner med mellemhøjt befolkningsantal med 33 %, kommuner med mellemlavt befolkningsantal med 29 %, og kommuner med lavt befolkningsantal med 25 %. Der tegner sig dermed en tendens til, at særlige kompetencer i højere grad er det højeste kompetenceniveau i større kommuner. Denne tendens understøttes af fordelingen efter befolkningstæthed, hvor 40 % af tæt befolkede kommuner har særlige kompetencer som højeste kompetenceniveau til rådighed, sammenlignet med 38 % i mediumtætte og 22 % i tyndt befolkede kommuner.

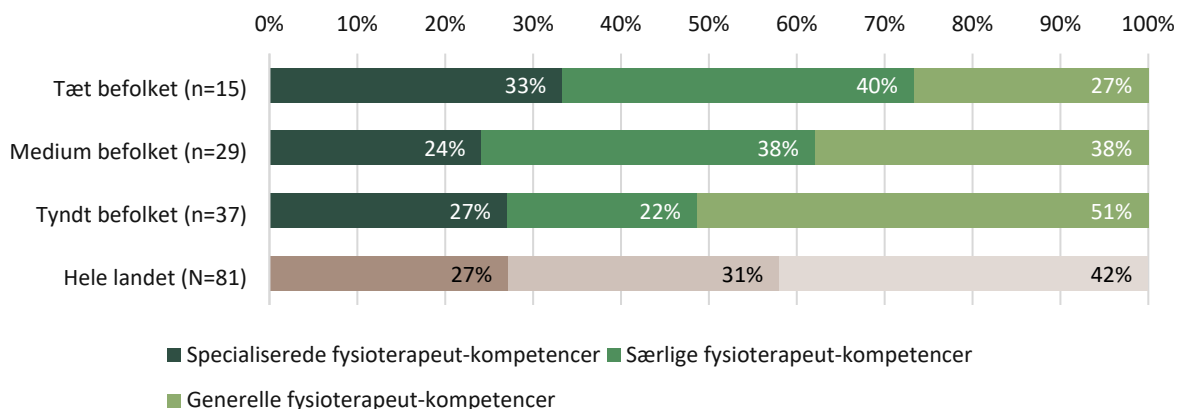
Specialiserede fysioterapeutkompetencer udgør samlet set det højeste kompetenceniveau i 27 % af kommunerne. Fordelt på befolkningsantal har de største kommuner den højeste andel med 50 %, efterfulgt af kommuner med mellemhøjt befolkningsantal på 28 %, kommuner med mellemlavt befolkningsantal med 20 % og de mindste kommuner med 17 %. Også her ses et tydeligt mønster, hvor specialiserede kompetencer i høj grad koncentrerer sig i de største kommuner. Efter befolkningstæthed er andelen højest i tæt befolkede kommuner med 33 %, mens niveauet ligger på 27 % i tyndt befolkede og 24 % i mediumtætte kommuner.

Figur 28. Andel af kommuner med højeste niveau af fysioterapeutkompetencer til rådighed i rehabilitering ved benamputation, fordelt på befolkningsantal (N=81*)



*8 respondenter har ikke angivet niveau af fysioterapeutkompetencer.

Figur 29. Andel af kommuner med højeste niveau af fysioterapeutkompetencer til rådighed i rehabilitering ved benamputation, fordelt på befolkningstæthed (N=81*)



*8 respondenter har ikke angivet niveau af fysioterapeutkompetencer.

3.3.3 Opsummering af resultater for rehabilitering efter benamputation

Den deskriptive analyse viser, at der samlet set er nogle mønstre i rehabiliteringstilbud til mennesker med benamputation. Enkelte tendenser træder frem i relation til befolkningsantal og – tæthed, hvor særligt de højtbefolkede og tæt befolkede kommuner i lidt højere grad tilbyder visse typer af indsatser og oftere har et bredere samlet udbud.

For enkelte indsatsområder – særligt vejledning og information samt visse genoptrænings- og træningstilbud – ses en tendens til, at højtbefolkede og tæt befolkede kommuner i lidt højere grad tilbyder specifikke indsatser, eksempelvis non-farmakologisk behandling af fantomsmerter,

proteseteknisk træning og formidling af kontakt til tidligere amputerede. For hovedparten af indsatserne er udbredelsen dog mere ensartet på tværs af kommunegrupperinger.

Indsatserne målrettes som udgangspunkt alle mennesker med benamputation, mens nogle kommuner – særligt de større – differentierer enkelte tilbud til proteseforsynede. Forebyggelsesrelaterede indsatser, som ernæring, misbrugs- og rygestoptilbud, tilbydes bredt og relativt ensartet i hele landet.

Når det gælder flerfagligheden i organiseringen af rehabiliteringstilbuddene, indgår fysioterapeuter og ergoterapeuter i stort set alle kommuner, mens øvrige fagligheder varierer mere. Bandagister forekommer hyppigst som en del af et flerfagligt tilbud i tæt befolkede kommuner, mens sårsygeplejersker, diætister og forebyggelseskonsulenter oftere ses som faggruppe i rehabiliteringstilbuddene i de tyndt befolkede. Derudover viser resultaterne, at niveauet for fysioterapeuters kompetencer varierer geografisk: særlige og specialiserede kompetencer findes oftere i rehabiliteringstilbuddene i store og tæt befolkede kommuner, mens de mindre og tyndt befolkede kommuner oftere har generelle kompetencer som højeste niveau.

Samlet peger resultaterne på, at rehabiliteringstilbud til mennesker med benamputation tilbydes bredt på tværs af landet, men at variationen mellem kommunerne i nogen grad afspejler forskelle i befolkningsgrundlag, ressourcer og fagligt specialiseringsniveau.

4. Opsummering og diskussion

I dette afsluttende afsnit samles hovedresultaterne på tværs af analysens to rehabiliteringsområder – kræft og benamputation – med fokus på, hvordan befolkningsantal og befolkningstæthed kan hænge sammen med organisering og indhold i rehabiliteringsindsatser. Afsnittet rummer både en opsummering af de overordnede tendenser samt en diskussion af metodiske og fortolkningsmæssige forhold, der har betydning for vurderingen af resultaterne og deres mulige implikationer.

4.1 Sammenfatning

Formålet med denne rapport har været deskriptivt at belyse de eventuelle sammenhænge mellem kommunestørrelse – operationaliseret ved befolkningsantal og befolkningstæthed – og forskelle i bredde i indsatser og tværfaglighed i kommunale rehabiliteringstilbud. Dette er udført ved hjælp af data fra tidligere nationale kortlægninger af kræftrehabilitering og rehabilitering til mennesker med benamputation (Elnegaard et al., 2022; Madsen et al., 2021). Analyserne omfatter de to forskellige rehabiliteringsområder og giver tilsammen et billede af, hvordan rehabilitering organiseres på tværs af kommuner med forskellige strukturelle vilkår.

For kræftrehabilitering viser de deskriptive analyser, at der på flere indsatsområder kan spores sammenhænge mellem kommunernes befolkningsgrundlag - både bredden i udbuddet af indsatser og i den tværfaglige organisering. Der ses på flere områder en tendens til, at kommuner med højt befolkningsantal og høj befolkningstæthed oftere tilbyder et bredere udbud af indsatser, særligt inden for vejledning om sygdom og senfølger, genoptræning og kognitiv rehabilitering samt inden for psykiske, sociale og eksistentielle indsatser. Forebyggelsesrettede indsatser relateret til ernæring, rygning og alkohol er derimod i høj grad udbredt på tværs af alle kommune grupper, og her er forskellene mindre udtalte. Den tværfaglige organisering er generelt udbredt uanset kommunestørrelse, og de samme centrale faggrupper indgår på tværs af landet. Samtidig viser analyserne, at visse fagligheder oftere indgår i kommuner med højt befolkningsantal og høj befolkningstæthed, heriblandt neuropsykologer, logopæder og i nogen grad psykologer og socialrådgivere - mens andre fagligheder hyppigere ses i kommuner med mindre befolkningsgrundlag og lav befolkningstæthed, heriblandt læger og i nogen grad jobkonsulenter.

For rehabilitering efter benamputation tegner der sig et mere nuanceret og mindre entydigt billede. Samlet set er der et bredt rehabiliteringstilbud på tværs af kommuner, og for hovedparten af indsatserne er udbredelsen relativt ensartet mellem kommune grupper. Det kan dog pointeres, at særligt indsatskategorien *vejledende indsatser* og indsatskategorien *psykisk, social og eksistentiel rehabilitering* generelt kun tilbydes i lav grad og overordnet set i mindre end halvdelen af alle kommunerne. Endvidere ses dog enkelte tendenser til, at kommuner med højt befolkningsantal og høj befolkningstæthed i lidt højere grad tilbyder visse specifikke indsatser, herunder proteseteknisk træning, non-farmakologisk behandling af fantomsmerter og formidling af kontakt til tidligere amputerede. Indsatserne målrettes som udgangspunkt alle mennesker med benamputation, mens nogle kommuner – særligt kommuner med højere befolkningsantal eller -tæthed – i højere grad differentierer enkelte tilbud. Den flerfaglige organisering er kendetegnet ved, at fysioterapeuter og ergoterapeuter indgår i stort set alle kommuner, mens øvrige

fagligheder i højere grad varierer. Endelig er der geografiske forskelle i niveauet af fysioterapeutiske kompetencer, hvor både de særlige og specialiserede fysioterapeut-kompetencer oftere findes i rehabiliteringstilbuddene i store og tæt befolkede kommuner, mens de mindre og tyndt befolkede kommuner oftere har generelle fysioterapeut-kompetencer som højeste niveau.

Samlet set viser rapportens deskriptive analyser, at der på tværs af kræftrehabilitering og rehabilitering efter benamputation kan identificeres visse mulige sammenhænge mellem kommunestørrelse og forskelle i bredde i indsatser og tværfaglighed/flerfaglighed, men at mønstrene varierer mellem de to rehabiliteringsområder og mellem de enkelte indsatsområder. Tendenserne fremstår mest konsistente inden for kræftrehabilitering, mens rehabilitering efter benamputation i højere grad er præget af både ensartethed og enkelte, mere afgrænsede variationer. Analyserne er deskriptive og giver ikke grundlag for at udtale sig om årsagssammenhænge, men bidrager med viden om, hvordan rehabiliteringstilbud har været organiseret i 2021 på tværs af kommuner med forskellige strukturelle vilkår.

4.2 Diskussion

Nedenfor præsenteres først resultatdiskussionen, som fokuserer på de overordnede tendenser fra de deskriptive analyser. Herefter følger metodediskussionen, hvor styrker og begrænsninger i undersøgelsens datagrundlag og valg af cases drøftes.

4.2.1 Resultatdiskussion

Nedenstående afsnit diskuterer resultaterne fra de deskriptive analyser i lyset af de tendenser og mønstre, som fundene har frembragt.

Kommunestørrelse og bredde i rehabiliteringstilbud

På tværs af kræftrehabilitering og rehabilitering efter benamputation peger de deskriptive analyser overordnet på en tendens til, at kommuner med højt befolkningsantal og/eller høj befolkningstæthed oftere har den bredeste dækning af rehabiliterende indsatser. Det er ligeledes i disse kommuner, at der oftere indgår flere fagligheder og i nogle tilfælde også mere specialiserede kompetencer i rehabiliteringstilbuddene.

Denne tendens gør sig særligt gældende for de mere specialiserede og differentierede indsatser, så som psykosocial indsats eller vejledning om rettigheder om juridiske forhold, mens de traditionelle rehabiliterings- og forebyggelsesindsatser i vidt omfang tilbydes på tværs af kommuner uanset størrelse. Det peger på, at der på den ene side er en relativt ensartet national dækning af basale tilbud, men at bredden og specialiseringsgraden i højere grad varierer med kommunernes strukturelle rammer.

Resultaternes deskriptive karakter og relation til den sundhedspolitiske kontekst

Det er væsentligt at understrege, at resultaterne udelukkende er baseret på deskriptive analyser og ikke understøttes af statistiske tests. De mønstre, der fremkommer, skal derfor tolkes som indikationer og ikke som dokumentation for egentlige sammenhænge.

Med disse forbehold kan resultaterne imidlertid ses i sammenhæng med Sundhedsstrukturkommissionens (2024) anbefalede opmærksomhed på geografiske og strukturelle forskelle som en potentiel kilde til ulighed i sundhedstilbud. Analyserne kan således tolkes som begyndende tendenser, der er forenelige med denne problematik, uden at de i sig selv kan dokumentere ulighedens omfang eller årsager. I den forstand kan nærværende rapportens resultater bidrage med en empirisk undersøgelse og understøttelse af de problemstillinger, som Sundhedsreformen 2024 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2024) søger at adressere.

Forskelle mellem indsatsgrupper og differentiering i patientgrupper

Når resultaterne betragtes på tværs af indsatsgrupper, fremstår der forskellige mønstre. For indsatsgruppen kost, rygning og alkohol ses der samlet set kun meget begrænsede geografiske forskelle i udbredelsen af tilbud. Disse forebyggende indsatser varetages i stort omfang på tværs af alle kommunetyper og fremstår i enkelte tilfælde endda en anelse mere udbredte i mindre og tyndt befolkede kommuner. En mulig forklaring kan være, at der er tale om indsatser med en almen karakter, som samtidig er tydeligt forankret i nationale anbefalinger og kvalitetsstandarderne for Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2024), hvilket må forventes at bidrage til en relativt ensartet kommunal implementering.

For indsatsgruppen psykisk, social og eksistentiel rehabilitering ses der derimod de største geografiske forskelle, særligt inden for kræftrehabilitering. Her har større kommuner oftere både et bredere udbud af indsatser og adgang til flere relevante fagligheder til at understøtte de ikke-fysiske aspekter af rehabiliteringen. Dette kan tolkes som en begyndende tendens til, at netop disse indsatser i højere grad forudsætter et vist befolkningsgrundlag og organisatorisk volumen for at kunne etableres og opretholdes.

På benamputationsområdet er de geografiske forskelle mindre fremtrædende mellem indsatsgrupperne. Her synes den centrale udfordring snarere at knytte sig til den større differentiering af tilbud i de større kommuner, hvor borgere, der proteseforsynes, måske indgår i mere specialiserede forløb, der sikrer et bredt spektrum af indsatser. Dette kan give anledning til opmærksomhed på en potentiel uhensigtsmæssig ulighed for de borgere, som ikke indgår i specialiserede forløb og ikke sikres adgang til rehabiliterende indsatser, der også kunne være relevante for dem.

Befolkningsantal og befolkningstæthed som forklarende dimensioner

Inklusionen af både befolkningsantal og befolkningstæthed har gjort det muligt at belyse kommunernes strukturelle vilkår fra to forskellige geografiske dimensioner. Analyserne viser imidlertid ikke entydigt, hvilken af de to faktorer der er mest forklarende for variationen i rehabiliteringstilbuddene, ligesom der heller ikke kan identificeres klare mønstre i samspillet mellem dem.

Dette kan blandt andet hænge sammen med, at organiseringen af kommunal rehabilitering ikke alene formes af demografiske forhold, men også af lokale prioriteringer, økonomiske rammer, ledelsesmæssige beslutninger, organisering og samarbejdsrelationer. Befolkningsantal og -tæthed kan således forstås som overordnede strukturelle vilkår, der indgår i et komplekst samspil med

øvrige organisatoriske faktorer, som ikke kan belyses nærmere i denne analyse. Denne organisatoriske kompleksitet kan samtidig være en mulig forklaring på, hvorfor de geografiske forskelle ikke fremstår mere markante, end tilfældet er fra det aktuelle datamateriale og/eller at geografi ganske enkelt ikke er af større betydning.

4.2.1 Metodediskussion

For at vurdere rækkevidden af disse resultater er det dog nødvendigt at være opmærksom på undersøgelsens metodiske begrænsninger. I det følgende uddybes de vigtigste forbehold, der har betydning for, hvordan resultaterne kan fortolkes og anvendes

Begrænsninger ved datagrundlaget og respondentgrundlaget

En væsentlig begrænsning ved undersøgelsen er det relativt lave antal respondenter i spørgeskemaundersøgelsen, idet der kun er 98 kommuner i alt. Når data efterfølgende grupperes – eksempelvis i kommuner med høj befolkningstæthed ($n=16$) – betyder enkeltvalg i svarene, at selv små udsving får stor indflydelse på de procentvise opgørelser (f.eks. ét svar = 6 %). Dette bør indtænkes i vurderingen af generaliserbarheden.

Derudover er der blot en enkelt respondent for hver kommune, hvorfor det vigtigt at være opmærksom på respondenters subjektivitet. Selvom der er gjort en grundig indsats for at identificere fagligt kvalificerede respondenter, vil deres vurderinger uundgåeligt være præget af individuelle erfaringer, faglig baggrund, personlige prioriteringer og organisatoriske rammer. Det kan have indflydelse på den interne validitet i, hvilke tilbud de fremhæver, og hvordan de vurderer implementeringen af indsatser.

Endvidere skal det bemærkes, at datagrundlaget stammer fra 2021. Siden da kan både politiske, økonomiske og organisatoriske forhold have ændret sig, hvilket potentielt påvirker kommunernes nuværende praksis.

Repræsentation og organisatoriske forskelle

Det er desuden væsentligt at overveje, hvem respondenterne i undersøgelsen reelt repræsenterer. Der kan være en tendens til, at flest fagpersoner med tilknytning til kræftrehabilitering arbejder inden for rammerne af sundhedslovens § 119 (patientrettet forebyggelse), mens fagpersoner beskæftiget med rehabilitering efter benamputationer oftest arbejder under § 140 (genoptræning). Dette kan medføre forskelle i perspektiv, fokus og viden om specifikke indsatser – afhængigt af respondentens organisatoriske placering. Dette kan betyde, at respondenter, som arbejder under ét lovgivningsområde, primært kan rapportere om tilbud inden for deres eget område, og dermed kan nogle eksisterende tilbud i kommunen blive underrapporteret i dataindsamlingen.

Dertil kommer, at der kan være organisatoriske forskelle mellem kommunerne. Eksempelvis er § 119 og § 140 organisatorisk samlet på kræftområdet i mere end halvdelen af kommunerne, mens de i andre kommuner er adskilt. Denne variation kan have betydning for respondenternes indblik, idet organiseringen kan variere i forhold til, om respondenter har ansvar for ét eller begge lovområder. Disse forhold bør derfor medtænkes med forsigtighed i tolkningen af data.

Inklusion af to markant forskellige rehabiliteringsforløb

Valget af både kræftrehabilitering og rehabilitering efter benamputation som cases giver mulighed for at belyse kommunernes organisering af rehabilitering under forskellige forudsætninger. De to områder adskiller sig markant med hensyn til patientantal og typer af behov, hvilket betyder, at kommunernes strukturelle rammer – som befolkningstal, tæthed og faglig kapacitet – kan have forskellig betydning afhængigt af rehabiliteringens karakter.

Denne variation indebærer, at resultaterne primært kan forstås som indikatorer for tendenser frem for direkte sammenlignelige størrelser mellem områderne. Små kommuner kan fx levere basal kræftrehabilitering til en større patientgruppe, men samtidig opleve udfordringer med at tilbyde specialiseret benamputationsrehabilitering, hvor den faglige kapacitet ofte er mere begrænset.

Inklusionen af begge forløb giver dermed et bredere empirisk perspektiv og muliggør refleksion over, hvordan strukturelle og organisatoriske faktorer interagerer med rehabiliteringens karakter. Samtidig understreger det begrænsningerne i analysen: Resultaterne kan ikke anvendes som direkte dokumentation for ulighed eller systematiske forskelle, men kan snarere tolkes som begyndende tendenser, som peger på, hvor kommunernes muligheder og udfordringer kan ligge.

5. Konklusion

Rapportens deskriptive analyser indikerer, at kommunestørrelse – målt ved både befolkningsantal og befolkningstæthed – kan være forbundet med variationer i bredden af rehabiliteringsindsatser og fagligheder inkluderet i rehabiliteringen i danske kommuner. For kræftrehabilitering indikerer resultaterne, at større og/eller mere tæt befolkede kommuner ofte har et bredere udbud af indsatser og råder over flere fagligheder. For benamputationsrehabilitering er billedet mere nuanceret, men der er tegn på, at kommuner med højere tæthed oftere tilbyder mere differentierede og specialiserede tilbud.

Resultaterne skal fortolkes med forsigtighed, da analysen er deskriptiv og bygger på et begrænset antal respondenter. De frembragte tendenser kan dog bidrage til forståelsen af, hvordan strukturelle forskelle mellem kommuner kan medføre variationer og potentielt ulighed i adgang til rehabilitering.

Referencer

- Danmarks Statistik (2025a). Befolkningstal. Danmarks Statistik:
<https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/befolkningstal>
- Danmarks Statistik (2025b). DEGURBA – klassifikation af bymæssighed. Danmarks Statistik:
<https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/nomenklaturer/degurba-dst>
- Elnegaard, C., Mikkelsen, T. B., Guldin, M.-B., & Thuesen, J. (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>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2024). *Aftale om sundhedsreform 2024* (version 2-04.02.2025).
<https://www.ism.dk/Media/638743383915480390/Aftale%20om%20sundhedsreform%202024%20%20vers.%20-04.02.2025.pdf>
- Kræftens Bekæmpelse (2025). *Kræft i Danmark 2025* (S. Featherston, H. Bødtcher, L. Bondesen & I. Strand, Red.; H. Bødtcher, F. D. Bramming, M. Vinter Weber, M. Vestergaard & C. Andersen, Skribenter; S. M. Kønig & S. Friis, Analyser). Strandbygaard. Udgivet maj 2025.
<https://pdf.cancer.dk/Nyheder/Rapporter/kraeft-i-danmark-2025/>
- Madsen, U. R., Aagaard, T. V., Mikkelsen, T. B., Zwisler, A. D. O., & Marså, K. B. M. (2021). *Kortlægning af regionale og kommunale tilbud om rehabilitering til personer, der får amputeret ben i Danmark*. REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation. <https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2021/06/Kortlaegning-af-regionale-og-kommunale-tilbud-om-rehabilitering-til-personer-der-faar-amputeret-ben-i-Danmark-WEB.pdf>
- Madsen, U. R., Grünfeld, F. H., Støvring, K. R., & Hulsbæk, S. (2024). *Videre i livet efter benamputation: Erfaringer med psykosocial rehabilitering*. Odense: REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation. <https://www.rehpa.dk/wp-content/uploads/2024/10/Videre-i-livet-efter-benamputation.pdf>
- Maribo, T., Ibsen, C., Thuesen, J., Nielsen, C.V., Johansen, J. S., Vind, A. B. (2022). *Hvidbog om rehabilitering*, 1. udgave. Rehabiliteringsforum Danmark, Aarhus.
https://www.rehabiliteringsforum.dk/siteassets/publikationer/publikationerlitteratur/hvidbog-2-udgave_180522-til-web.pdf
- Sundhedsstyrelsen (2018). *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft – Rehabilitering og palliation*. København: Sundhedsstyrelsen:
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/forloebprogram-for-rehabilitering-og-palliation-i-forbindelse-med-kraeft---rehabilitering-og-palliation>
- Sundhedsstyrelsen. (2024). *Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom: Kvalitetsstandarder* (Version 1.0). Sundhedsstyrelsen.
<https://www.sst.dk/media/jshns0y0/kvalitetsstandarder-forebyggelsestilbud-til-borgere-med-kronisk-sygdom.pdf>

Sundhedsstrukturkommissionen (2024). *Sundhedsstrukturkommissionens hovedrapport*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Hentet fra <https://www.ism.dk/publikationer-sundhed/2024/juni/sundhedsstrukturkommissionen>

DST 2025: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/befolkningstal> og <https://www.statistikbanken.dk/FOLK1AM>

Bilag

Bilag 1. Sammenhæng mellem befolkningsantal og befolkningstæthed

Tabel 1.1. Krydstabel med antal kommuner på tværs af kommunale grupperinger af befolkningsantal og befolkningstæthed (N=98)

Kommunegruppering	Tæt	Medium	Tyndt	Total
>75.000	6	7	4	17
50.001-75.000	4	13	6	23
25.000-50.000	5	10	26	41
<25.000	3	5	9	17
Total	18	35	45	98

Tabel 1.2 Krydstabel med navne på kommuner på tværs af grupperinger af befolkningsantal og befolkningstæthed (N=98)

Kommunegruppering ift. befolkningsantal	Tæt	Medium	Tyndt
>75.000	Frederiksberg* Gentofte* København* Odense** Aalborg** Århus**	Esbjerg*** Horsens*** Kolding*** Næstved*** Randers*** Roskilde*** Slagelse***	Herning*** Silkeborg*** Vejle*** Viborg***
50.001-75.000	Gladsaxe* Greve* Hvidovre* Lyngby-Taarbæk*	Ballerup* Fredericia*** Frederikshavn***** Haderslev***** Helsingør*** Hillerød*** Holstebro*** Høje-Taastrup* Køge*** Rudersdal* Skanderborg**** Svendborg***** Sønderborg*****	Faaborg-Midtfyn**** Guldborgsund***** Hjørring***** Holbæk**** Ringkøbing-Skjern***** Aabenraa*****

Kommunegruppering ift. befolkningsantal	Tæt	Medium	Tyndt
25.000-50.000	Albertslund* Brøndby* Herlev* Rødovre* Tårnby*	Allerød* Billund***** Egedal* Fredensborg**** Frederikssund**** Furesø* Halsnæs**** Ikast-Brande**** Nyborg**** Ringsted****	Assens**** Bornholm***** Brønderslev***** Favrskov**** Faxe**** Gribskov**** Hedensted**** Jammerbugt***** Kalundborg***** Lejre**** Lolland***** Mariagerfjord***** Middelfart Norddjurs***** Nordfyns Odsherred***** Rebild Skive***** Sorø**** Syddjurs**** Thisted***** Tønder***** Varde***** Vejen**** Vesthimmerlands***** Vordingborg*****
<25.000	Glostrup* Ishøj* Vallensbæk*	Dragør* Hørsholm* Odder**** Solrød* Struer*****	Fanø***** Kerteminde**** Langeland***** Lemvig***** Læsø***** Morsø***** Samsø***** Stevns Ærø*****

Danmarks Statistiks kommunegrupper: *Hovedstadskommuner, **Storbykommuner,
 Provinsbykommuner, *Oplandskommuner, *****Landkommuner.

Bilag 2. Sundhedsrådenes demografiske vilkår

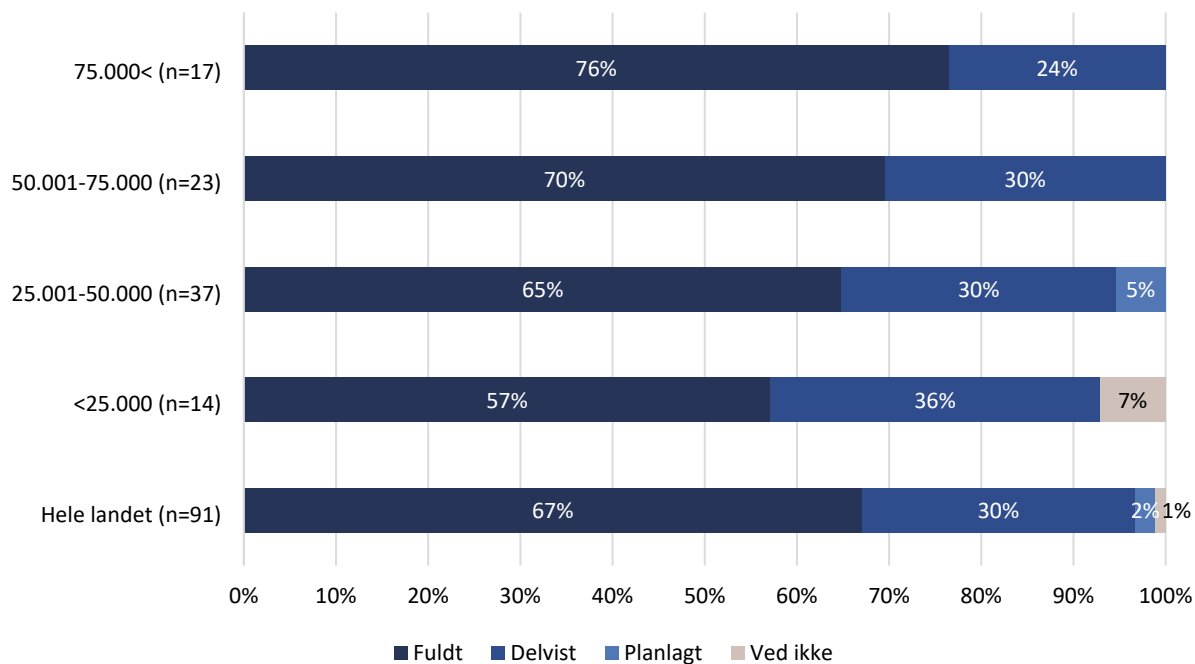
Tabel 2.1. Sundhedsrådenes fordeling af kommuner i forhold til befolkningsantal og -tæthed, vist på antal kommuner

Sundhedsråd	>75.000	50.001- 75.000	25.000- 50.000	<25.000	Tæt befolket	Medium befolket	Tyndt befolket	Antal kommuner	Koordinater
Vendsyssel	0	2	1	1	0	1	3	4	-0,08 og -0,38
Limfjorden	1	0	5	1	1	0	6	7	-0,12 og -0,36
Kronjylland	1	0	3	0	0	1	3	4	0,00 og -0,38
Horsens	1	1	1	1	0	3	1	4	0,00 og -0,13
Aarhus	1	0	0	1	1	0	1	2	0,00 og 0,00
Vestjylland	1	2	1	2	0	3	3	6	-0,06 og -0,25
Midt	2	0	1	0	0	0	3	3	0,28 og -0,5
Fyn	1	2	3	3	1	2	6	9	-0,13 og -0,28
Trekantsområdet	2	1	1	0	0	2	2	4	0,25 og -0,25
Svdvestivland	1	0	3	1	0	2	3	5	-0,10 og -0,30
Sønderjylland	0	3	1	0	0	2	2	4	0,08 og -0,25
Hovedstaden	2	0	1	0	2	0	1	3	0,28 og 0,17
Hovedstaden Syd og Vest	0	2	3	4	7	2	0	9	-0,24 og 0,39
Hovedstaden Nord	1	4	4	0	5	4	0	9	0,06 og 0,28
Nordsjælland	0	2	5	1	0	7	1	8	-0,13 og -0,06
Østsjælland og øerne	1	3	3	2	1	3	5	9	-0,06 og -0,22
Midt- og Vestsjælland	2	1	5	0	0	3	5	8	0,04 og -0,31
	17	23	41	17	18	35	45	98	

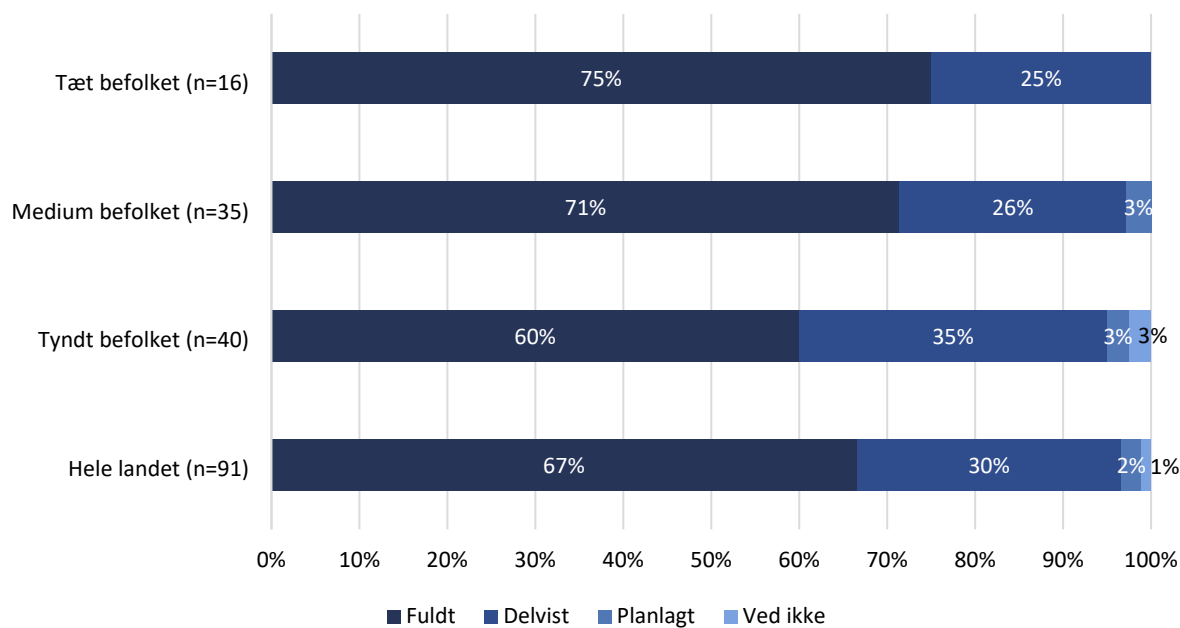
Bilag 3. Ekstra analyser

Implementering af rehabiliteringsindsatser på kræftområdet

Figur 3.1. Implementering af rehabiliteringsindsatser, fordelt på kommuners befolkningsantal for kræftområdet (N=91)

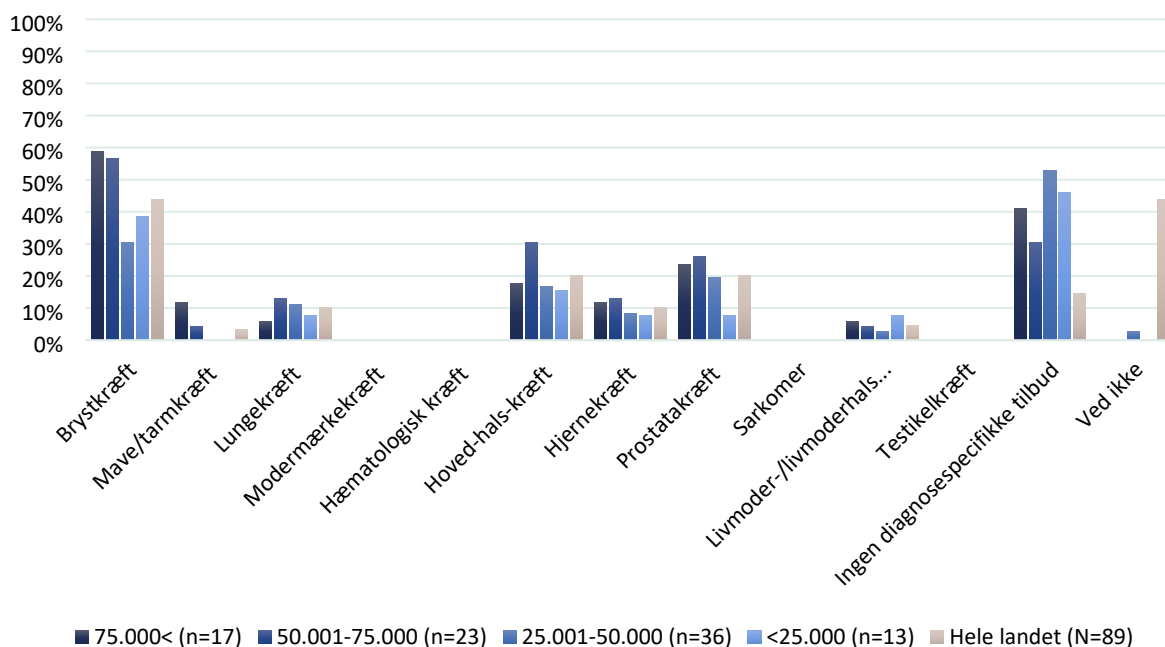


Figur 3.2. Implementering af rehabiliteringsindsatser, fordelt på kommuners befolkningstæthed for kræftområdet (N=91)

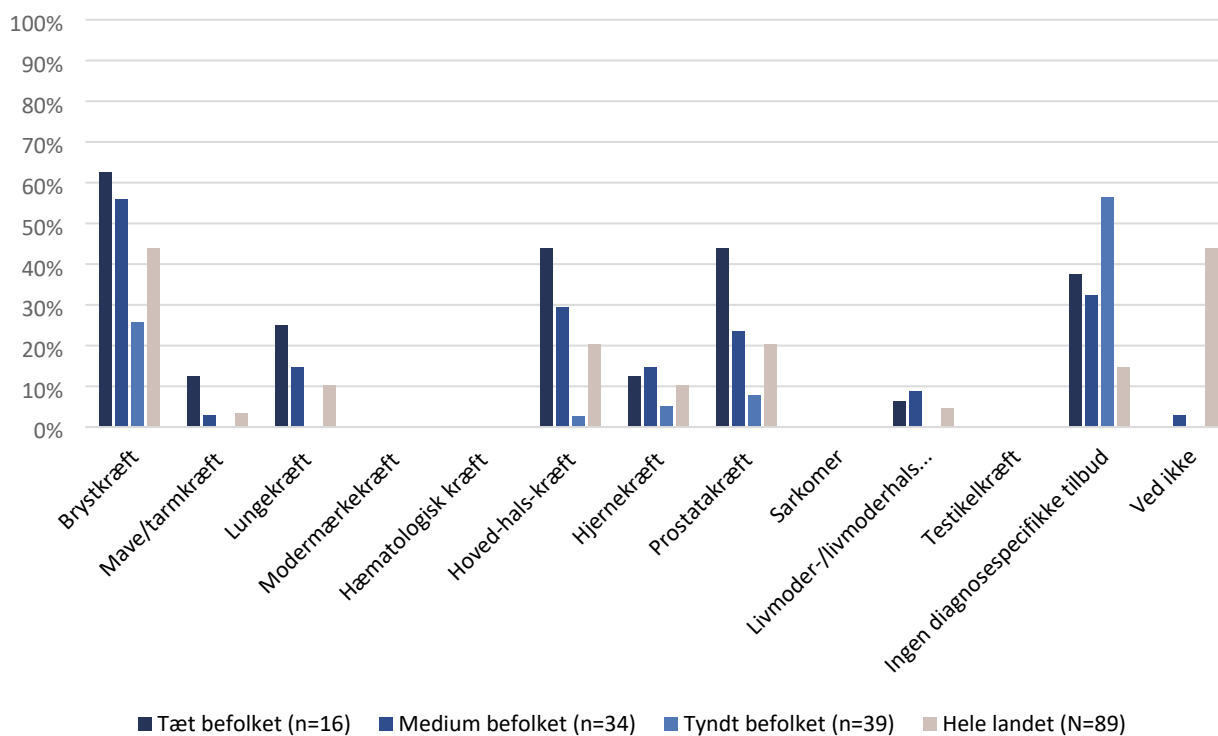


Diagnosespecifikke indsatser

Figur 3.3. Andel af kommuner, der tilbyder diagnosespecifikke rehabiliteringsindsatser på kræftområdet, fordelt på kommuners befolkningsantal (N=89)



Figur 3.4. Andel af kommuner, der tilbyder diagnosespecifikke rehabiliteringsindsatser på kræftområdet, fordelt på kommuners befolkningstæthed (N=89)



REHPA, Videntcenter for Rehabilitering og Palliation
Vestergade 17
5800 Nyborg
21 81 10 11
rehpa@rsyd.dk
www.rehpa.dk

Tilmeld dig REHPAs nyhedsbrev

 facebook.com/rehpa.dk

 linkedin.com/company/rehpa

