

# Samarbejdsaftale om rehabilitering og palliation ifm. kræft

---

Proces:

Den Tværsektorielle Grundaftale

Samarbejdsaftale om		
Rehabilitering og palliation ifm. kræft		
Dato	Arbejdsgruppens sammensætning	
Besluttet i SKU	Opfølgning på aftalen	
Dato	Hvilken ændring er foretaget på hvilket beslutningsgrundlag	Udarbejdet af

## Indhold

1. Indledning .....	5
1.1 De sygdomsspecifikke samarbejdsaftaler i Region Nordjylland .....	5
1.2 Baggrund for samarbejdsaftalen for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft .....	5
1.3 Arbejdsgruppens opgaver og sammensætning .....	6
2. Afgrænsning af målgruppen .....	7
2.1 Rehabilitering .....	7
2.2 Pårørende og efterladte .....	8
2.3 Palliation .....	8
3. Identificering af behov (Stratificering) .....	9
3.1 Standardiseret behovsvurdering .....	9
4. Beskrivelse af indsatsen og arbejdsdeling ved indsatsen .....	9
4.1 Organisering af den faglige indsats .....	10
4.2 Ansvarsdeling ved indsatsområderne .....	10
4.2.1 Rehabilitering .....	10
4.2.2 Palliation .....	10
4.2.3 Pårørende og efterladte .....	10
4.3 Ansvarsdeling ved behovsvurderingen .....	11
4.4 Arbejdsdeling ved den uddybende udredning og den fælles plan for indsats .....	11
4.5 Formidling af den fælles plan (plan for indsats) .....	12
5. Tværsektoriel og tværdisciplinær koordinering .....	13
6. Sundhedsfaglig referencegruppe på området .....	13
7. Økonomi og aktivitet .....	14
7.1 Rehabilitering .....	14
7.1.1 Fagprofessionel ledet indsats .....	15
7.1.2 Særlig tværfaglig indsats .....	15
7.2 Palliation .....	15
7.2.1 Det basale niveau .....	15
7.2.2 Det specialiserede niveau .....	16
8. Litteraturliste .....	16
9. Bilag .....	17
Bilag 1: Estimer ved samlet gruppe, der lever med cancer .....	17
Bilag 2: Målgruppe for rehabiliteringsindsats – incidens .....	18
Bilag 3: Målgruppe for rehabiliterende indsats - Senfølger .....	19
Bilag 4: Målgruppe for palliation .....	20
Bilag 5: Flowchart - Forløb over rehabiliterende og palliativ indsats ved kræft .....	21
Bilag 5A: Uddybning i forhold til indsats og arbejdsdeling .....	22
Bilag 6: Indhold form og rammer for rehabiliterende og palliative tilbud til kræftpatienter og deres pårørende .....	24

## 1. Indledning

Der opdages hvert år ca. 33.000 nye kræfttilfælde i Danmark. Næsten 15.000 dør af kræft hvert år. Bag disse tal gemmer sig dog en positiv historie, nemlig at flere og flere lever længere med en kræftsygdom og at fortsat flere overlever en kræftsygdom. Det skyldes i særlig grad at de diagnostiske og behandlingsmæssige muligheder er blevet kraftigt forbedret gennem de senere år som følge af blandt andet en række nationale kræftplaner.

For regioner, kommuner og almen praksis understreger den øgede overlevelse, at det er afgørende for patienterne, at der er mulighed for at få hjælp, støtte og træning for helt eller delvist at kunne genvinde funktionsniveauet.

Region Nordjylland gennemførte i 2008 en analyse af rehabiliteringen på regionens sygehuse, og i denne rapport fremgik det, at rehabilitering af kræftpatienter havde karakter af en 'udviklingsfunktion'. I Kræftplan III er der blandt andet sat særligt fokus på rehabilitering og palliation af kræftpatienter, og dette har udmøntet sig i et forløbsprogram, som danner udgangspunkt for nærværende samarbejdsaftale. Med samarbejdsaftalen er det parternes klare forventning, at rammerne er lagt for at skabe de bedst mulige tilbud til kræftpatienter.

### 1.1 De sygdomsspecifikke samarbejdsaftaler i Region Nordjylland

Region Nordjylland og kommunerne i regionen besluttede i 2006, at der skal udarbejdes sygdomsspecifikke samarbejdsaftaler for at sikre sammenhængende og styrkede patientforløb for mennesker med kroniske lidelser.

De sygdomsspecifikke aftaler omfatter patientforløb for mennesker med kroniske lidelser indenfor ni områder:

- Hjerterehabilitering
- Diabetes type II
- Demens
- KOL
- Osteoporose
- Muskel- og skeletlidelser
- Psykisk sygdom
- Kræft
- Overfølsomhed

I 2008 blev der indgået en "Generel rammeaftale om sammenhængende og styrkede patientforløb for mennesker med kroniske sygdomme" mellem Region Nordjylland og kommunerne i regionen. Den generelle rammeaftale – fælles for alle sygdomsgrupper - indeholder bl.a. fælles principper for sammenhængende og styrkede patientforløb, den generelle arbejdsdeling mellem sektorer og at indsatsen bygger på evidens og fælles kvalitetsudvikling.

Den generelle rammeaftale suppleres af de sygdomsspecifikke samarbejdsaftaler - *udfyldningsaftaler*, der bl.a. præciserer arbejdsdelingen mellem de forskellige sektorer i de enkelte dele af patientforløbet, den specifikke arbejdsdeling for sygdomsgruppen og den aktivitet aftalerne indebærer for region og kommuner.

Det er frivilligt, om de enkelte kommuner vil tilslutte sig aftalerne og Sundhedsstyrelsen skal - i modsætning til de lovbestemte samarbejdsaftaler - ikke godkende denne form for aftaler.

### 1.2 Baggrund for samarbejdsaftalen for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft

I Kræftplan III fra 2010 fremgår det, at der skal udarbejdes et forløbsprogram for kræftrehabilitering. I Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft, som blev udsendt i starten af 2012, indgår palliation imidlertid også som et bærende element, og på baggrund heraf besluttede Sundhedskoordinationsudvalget i marts 2012, at den aftalte samarbejdsaftale på kræftområdet skulle fokusere på både kræftrehabilitering og palliation.

Sammentænkning af rehabilitering og palliation i et forløbsprogram er baseret på at områderne omfatter mange af de samme indsatser, praksis på de områder vil ofte være overlappende og typisk vil kræve involvering af de samme fagprofessionelle. Dette gælder særligt i det tidlige palliative forløb. Dette fremhæves eksempelvis i forhold til at sigtet med begge typer af indsatser er at vedligeholde eller forbedre nedsat funktionsevne, samt forebygge reduktion heraf med henblik på at sikre patienten størst mulig selvstændighed og livskvalitet.

Det er fastlagt i den fælles udmøntningsplan for Kræftplan III (tilrettelagt i samarbejde mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet (nuværende Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse), Sundhedsstyrelsen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner), at dette forløbsprogram skal implementeres via samarbejdet mellem regioner og kommuner i sundhedsaftaleregioner. Både kommunerne og regionen er således forpligtet til at implementere forløbsprogrammet.

Sideløbende med forløbsprogrammet har Sundhedsstyrelsen udsendt nye anbefalinger for den palliative indsats. I disse anbefalinger bredes målgruppen for palliation ud, så det ikke kun vedrører døende patienter, men alle patienter med livstruende sygdomme samt deres pårørende. Samtidig fremgår det, at kommuner og regioner bør udarbejde samarbejdsaftaler for det tværsektorielle samarbejde om patienter med palliativt behov.

### **1.3 Arbejdsgruppens opgaver og sammensætning**

Samarbejdsaftalen er udarbejdet på baggrund af det kommissorium som Sundhedskoordinationsudvalget har stillet til arbejdsgruppen. Arbejdsgruppen har i samarbejdsaftalen afklaret følgende:

1. Afgrænsning af patientgruppe
2. Beskrivelse af den hensigtsmæssige arbejdsdeling i patientforløbet
3. Fastsættelse af særlige kvalifikationskrav til aktiviteter i patientforløbet.
4. Beskrivelse af nødvendige § 2-aftaler<sup>1</sup>
5. Servicemål – i det omfang de afviger fra Samarbejds- og Sundhedsaftaler.
6. Fastlæggelse af stratificeringskriterier
7. Estimat af antal patienter indenfor tre stratificeringsniveauer
8. Kvantificering af deltagerantal til brug for økonomiberegninger af udfyldningsaftalen
9. Afklare rolle for forløbskoordinator:
  - a. Kriterier for tilknytning af forløbskoordinator
  - b. Krav til forløbskoordinatorens kompetencer
  - c. Særlige sygdomsspecifikke opgaver for forløbskoordinatoren udover generelle forløbskoordinationsopgaver.
  - d. Fastlæggelse af hvilken myndighed, der stiller forløbskoordinatoren til rådighed

Nærværende sygdomsspecifikke samarbejdsaftaler for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft er udarbejdet af en tværfaglig arbejdsgruppe med repræsentanter fra primær og sekundær sektor samt repræsentanter fra kommunernes og regionens administrationer. Endelig har arbejdsgruppen haft

---

<sup>1</sup> § 2 aftaler er lokalaftaler mellem regionen og de praktiserende læger i regionen om levering af bestemte ydelser.

deltagelse af Kræftens Bekæmpelse.

Arbejdsgruppen har haft følgende sammensætning:

ARBEJDSGRUPPEN
Formand Jacob Bertramsen, Region Nordjylland
Klaus Bitsch Jakobsen, Region Nordjylland
Lisbeth Kjær Lagoni, Region Nordjylland
Mai-Britt Nielsen, Region Nordjylland
Susanne Andersen, Region Nordjylland
Helle Andersen, Region Nordjylland
Rikke Sandorff Nielsen-Man, Region Nordjylland (Sekretariat)
Birgitte Nielsen, Hospice Vendsyssel
Janne Møller Olesen, Rebild Kommune
Birgit Dalgaard, Mariagerfjord Kommune
Bente Bach Poulsen, Vesthimmerlands Kommune
Birgitte Nannerup, Morsø Kommune
Vibeke Kræmmergaard, Aalborg Kommune
Henrik Jensen, Praktiserende Lægers Organisation
Ove Grann, Praktiserende Lægers Organisation
Lone Olsen, Kræftens Bekæmpelse

Arbejdsgruppen har afholdt 3 møder i perioden marts 2012 til juni 2012.

## 2. Afgrænsning af målgruppen

Forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft har fokus på patientens behov for rehabilitering og palliation gennem hele patientforløbet. Det vil sige fra patienten henvises til udredning, indtil patienten dør eller bliver erklæret rask fem år efter en kræftdiagnose.

Vente- og forløbstiderne på kræftområdet er reguleret af henholdsvis lovgivningen og kræftpakkerne. Det er arbejdsgruppens vurdering, at i lyset af, at patienterne generelt udredes hurtigt samt ovenstående definitionen for overlevelse, forudsættes det, at langt den overvejende del af patienter med behov for rehabilitering eller palliation er under behandling for en kræftsygdom.

I nedenstående beskrives og afgrænses målgruppen for en rehabiliterende og palliativ indsats indenfor rammerne af denne sygdomsspecifikke sundhedsaftale rettet mod rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft.

Målgruppen for en rehabiliterende og palliativ indsats omfatter både børn, unge, voksne og ældre.

### 2.1 Rehabilitering

Patientmålgruppen for rehabilitering er patienter, der er i risiko for eller har fået nedsat funktionsevne som følge af kræftsygdom eller behandlingen heraf.

I forløbsprogrammet beskrives, at af den samlede målgruppe forventes ca. 25 pct. at have behov for en fagprofessionelt ledet indsats og ca. 5 pct. at have behov for særlig tværfaglig indsats. De resterende ca. 70 pct. forventes at have personlige behov, der kan håndteres af patienten selv eller af dennes pårørende, med støtte fra sundhedsfaglige personer. Det kan også være relevant at tilbyde personer fra sidstnævnte gruppe deltagelse i enkelt tilbud ved identificeret behov herfor.

Sundhedsstyrelsen vurderer i Forløbsprogrammet, at mere end 220.000 danskere lever med en kræftsygdom og derfor potentielt er en del af den gruppe, som har behov for rehabiliterende indsats (Jf. bilag 1).

I den regionale arbejdsgruppe er dog vurderet, at det er et mere retvisende udgangspunkt at estimere målgruppen med baggrund i den gruppe af personer, der årligt diagnosticeres med kræft (incidensen). Denne målgruppe må, som minimum i opstartsfasen, tilføjes 10 pct. yderligere, som er det antal, der årligt forventes at opleve senfølger af deres sygdom, og i denne sammenhæng oplever et behov for en rehabiliterende indsats. Dette behov kan identificeres mange år efter kræftdiagnosen, også selvom der vejledende tales om at personer kan erklæres raske 5 år efter en kræftdiagnose. Det forventes dog at være en relativt lille gruppe.

Antallet af nydiagnosticerede i Region Nordjylland er estimeret til godt 3700 tilfælde pr. år, hvoraf ca. 1500 vil opleve et behov for en rehabiliterende indsats. Yderligere kan målgruppen, der vil opleve et behov for indsats på grund af senfølger estimeres til godt 350 personer. Herved bliver det estimerede antal kræftpatienter, der vil have brug for en rehabiliterende indsats ca. 1850 personer pr. år (Jf. bilag 2 og 3).

## **2.2 Pårørende og efterladte**

Herudover omfatter målgruppen for rehabilitering pårørende og efterladte til kræftpatienter, der vil kunne profitere af en indsats. Der bør i forhold til indsatsen for pårørende være et særligt fokus på børn, unge og ældre.

De pårørende spiller ofte en meget aktiv rolle i den kræftsyges sygdomsforløb, men vil ofte også selv have behov for en selvstændig indsats og støtte, som følge af den følelsesmæssige belastning, samt det ansvar og ansvarsbyrde, der følger med når en nærtstående person – ofte over lang tid - er alvorligt syg. I forløbsprogrammet beskrives en række af forhold af både fysisk og psykisk karakter, som de fagprofessionelle bør være opmærksomme på, og som indikerer at en pårørende har brug for en faglig indsats. Det beskrives at pårørendegruppen forventes at omfatte en betydelig gruppe udover patientgruppen.

Da der ikke tidligere har været noget målrettet tilbud til denne gruppe, er en udviklingsopgave også at udrede, hvor stor en målgruppe, der er tale om, samt at etablere korrekte tilbud. Det anbefales på baggrund heraf, at denne opgave bliver løftet i den rådgivende sundhedsfaglige referencegruppe (se afsnit 6)

## **2.3 Palliation**

Målgruppen for palliation er patienter med en livstruende kræftsygdom.

I forhold til palliation vurderes det at hovedparten af de 15.000 danskere, der hvert år dør af kræft, vil have behov for en indsats på basalt eller specialiseret niveau (sidstnævnte ca. 25 pct.). Herudover vil en del af patientgruppen med kræft have behov for en palliativ indsats tidligere i deres sygdomsforløb.

Et forsigtigt estimat på baggrund af nationale tal til minimum at omfatte godt 1500 patienter i Region Nordjylland. Dette er alene beregnet på baggrund af at 15.000 personer årligt dør som følge af kræft.

Af de 1500 patienter vurderes hovedparten at have et behov for basal palliativ indsats, og ca. 400 patienter vil have behov for specialiseret behandling. (Jf. bilag 4 for uddybning) Disse vurderinger er forudsat, at personer, der modtager specialiseret behandling gennem deres forløb, også modtager basal indsats.

Herudover er målgruppen for palliation blevet bredt ud, så det ikke kun vedrører døende patienter, men alle patienter med livstruende sygdomme samt deres pårørende, hvorfor målgruppen for et palliativt tilbud

kan blive større.

### 3. Identificering af behov (Stratificering)

Som beskrevet i afsnittet *afgrænsningen af målgruppen* vil ca. 30 pct. af det samlede antal kræftpatienter have behov for en rehabiliterende indsats, mens 70 pct. vil kunne varetage egne rehabiliteringsbehov, eventuelt med støtte og vejledning. Herudover vil en vis procentdel af patientgruppen have behov for en palliativ indsats.

For at identificere, hvilke behov målgruppen kan have for enten en rehabiliterende eller palliativ indsats vil alle patienter skulle tilbydes en individuel behovsvurdering.

Behovsvurderingen, der skal være en integreret del af kræftpatienternes forløb, og den indsats, der potentielt skal igangsættes, må ses i lyset af de forskelligartede problemer og forudsætninger patientgruppen kan have. Derfor er det væsentligt at indsatsen er helhedsorienteret og differentieret både overfor kræftpatienter selv og deres pårørende.

De problemer kræftpatienterne og deres pårørende møder afhænger både af selve sygdommen, samt forhold og forudsætninger udover selve kræftsygdommen og prognosen.

Det er centralt, at indsatsen også retter sig mod at identificere de patienter og pårørende, der er særligt sårbare, og måske ikke selv giver udtryk for deres behov.

#### 3.1 Standardiseret behovsvurdering

For at identificere hvilke patienter, der har hvilke behov, vil der i forbindelse med hvert patientforløb skulle foretages en individuel behovsvurdering. Behovsvurderingen er den overordnede, indledende vurdering, der foretages for at danne et samlet overblik over patientens eventuelle behov for rehabilitering eller palliation.

Argumentation for en individuel behovsvurdering baseres på, at målgruppen er meget differentieret, og har mange forskelligartede problemtyper. Forskning viser, at de hyppigst forekommende problemer blandt kræftpatienter spreder sig over problemer af både fysisk, psykisk, social og eksistentiel karakter.

Sundhedsstyrelsen har i foråret 2012 forsøgt at udarbejde et fælles værktøj til behovsvurdering, men har i juni 2012 meddelt, at dette ikke var muligt. En nærmere afklaring af hvilket redskab, der skal anvendes til behovsvurderingen, vil derfor ske i regi af den rådgivende sundhedsfaglige referencegruppe.

En kvalificeret faglig indsats forudsætter, at de fagprofessionelle har de nødvendige kompetencer i forhold til at varetage behovsvurdering og iværksætte indsatser. Det er op til de lokale ledelser at sikre, at de enkelte, involverede fagprofessionelle besidder de nødvendige kompetencer, jf. gældende faglige retningslinjer og anbefalinger, herunder Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft.

En behovsvurdering skal som minimum tilbydes i forbindelse med det initiale behandlingsforløb, og der skal laves status ved afslutningen af et behandlingsforløb på sygehus samt regelmæssigt i kontrolforløbet. Der bør herudover løbende være opmærksomhed på ændrede behov, både under og efter behandlingsforløbet.

### 4. Beskrivelse af indsatsen og arbejdsdeling ved indsatsen

Der er i kræftplan III og i forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft understreget, at der identificeres et særligt behov for øget koordinering og sammenhæng i



patientforløbene, både i overgange internt hos aktørerne og ikke mindst i overgangene mellem aktørerne.

Derfor er der i forløbsprogrammet sikret en beskrivelse af den anbefalede organisering, herunder ansvars- og opgaveplacering i forløbet. Forløbsprogrammet er baseret på strukturen fra pakkeforløb for kræft, der er opdelt i forskellige faser, for at identificere tidspunkter for behovsvurdering og for indsatsen.

Hovedformålet med denne samarbejdsaftale er at sikre sammenhængende og smidige patientforløb, hvor der er klarhed over arbejdsdelingen mellem aktørerne i forhold til en rehabiliterende og palliativ indsats.

Det er væsentligt at patienten i hele forløbet inddrages og informeres i nødvendigt omfang.

#### **4.1 Organisering af den faglige indsats**

I Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft beskrives hovedbudskaber i den faglige indsats, der tilsammen sætter rammen for arbejdsdelingen. Der er tre overordnede målsætninger i den faglige indsats<sup>2</sup>; patienterne skal have tilbudt en behovsvurdering i forbindelse med opstart i behandlingsforløbet og en status ved afslutning af dette, herudover foretages vurderinger løbende under behandlingsforløbet og i efterforløbet ved ændringer i tilstanden.

Ved et vurderet behov for indsats tilbydes i det omfang det vurderes relevant en uddybende udredning, for nærmere at klarlægge det specifikke indsatsbehov. Hvis det besluttes at igangsætte en indsats, udarbejdes en plan for denne. Indsatsen skal afstemmes med patientens og de pårørendes forventninger. Det er centralt at der i indsatsen også er fokus på de patienter og pårørende, der er særligt sårbare, og måske ikke selv giver udtryk for deres behov.

#### **4.2 Ansvarsdeling ved indsatsområderne**

Der skelnes mellem sygdomsspecifik og generel rehabilitering og palliation. I forløbsprogrammet beskrives udelukkende den generelle rehabilitering og palliation. En sygdomsspecifik rehabilitering beskrives i de relevante pakkeforløb for kræft.

Nedenfor beskrives nærmere om arbejdsdeling for de enkelte indsatsområder.

##### **4.2.1 Rehabilitering**

Rehabilitering er et bredt begreb, der både omfatter efterbehandling, genoptræning, forebyggelse og forskellige former for støtte til en given patient eller pårørende – med andre ord går indsatsen på tværs af en lang række lovgivningsområder. Indsatsen vedrørende rehabilitering er ikke integreret i Sundhedsloven, idet der i §140 kun omtales genoptræning. Der tages imidlertid udgangspunkt i beskrivelsen af arbejdsdelingen vedr. rehabilitering.

Rehabilitering finder sted på sygehuse, i almen praksis, i kommuner samt ved andre aktører. Den specialiserede, sygdomsspecifikke rehabilitering finder hovedsageligt sted i sygehusregi, mens de generelle indsatser primært varetages i kommunerne og hos almen praksis.

##### **4.2.2 Palliation**

Den basale palliative indsats varetages på sygehuse, almen praksis og kommuner, hvor palliation er en delopgave i forhold til den samlede indsats for patienten. Specialiseret palliativ indsats varetages i de dele af sundhedsvæsenet, der har palliation som eneste opgave. De overordnede krav til den specialiserede palliative indsats er beskrevet i Anbefalinger for den palliative indsats (Sundhedsstyrelsen 2011).

##### **4.2.3 Pårørende og efterladte**

Pårørende inddrages som udgangspunkt i indsatsen for patienten, i det omfang patienten ønsker, og giver

---

<sup>2</sup> Se bilag 5 for uddybning

sit samtykker hertil, samt hvis den pårørende ønsker at være inddraget. Støtte vejledning og afklaring i forhold til de pårørende er en central opgave, og det er væsentligt, at de fagprofessionelle er opmærksomme på de pårørendes behov.

Indsatsen omfatter behov for gentagen dialog mellem de fagprofessionelle, samt også en forventningsafstemning med den pårørende om dennes ønske om hjælp. Krav og anbefalinger for indsatsen overfor pårørende er beskrevet i Anbefalinger til sundhedspersoners møde med pårørende til den alvorligt syge (Sundhedsstyrelsen 2012).

Den palliative indsats bør også omfatte professionel støtte til efterladte, i det omfang de efterladte har et behov herfor. Alle efterladte skal tilbydes relevante informationer og vejledning i forbindelse med dødsfald, og gives information om, hvor de kan henvende sig ved behov.

Den aktør, der har ansvaret for patienten, har ligeledes en rolle i forhold til at sikre, at der er fokus på pårørende og efterladtes behov. Almen praksis vil dog altid have en overordnet tovholderrolle.

#### **4.3 Ansvarsdeling ved behovsvurderingen**

I forhold til patientforløbet vil der allerede fra henvisningen ved mistanke om kræft fra almen praksis til der stilles en diagnose og opstartes et behandlingsforløb være behov for opmærksomhed omkring patienter og pårørendes specifikke rehabiliteringsbehov.

Ansvar for at være opsøgende i denne fase findes hos almen praksis, i perioden fra mistanke og frem til patienten starter i et udredningsforløb på sygehuset, og dernæst hos personalet på den diagnosticerende afdeling indtil eventuel opstart i et behandlingsforløb.

Patienten skal i forbindelse med det initiale behandlingsforløb tilbydes en individuel behovsvurdering, der foretages af relevant personale på den behandlingsansvarlige afdeling. Som følge af kræftsygdommes karakter kan der være store ændringer i behovene for et rehabiliterende eller palliativt tilbud i løbet af behandlingsforløbet, derfor bør personalet på den behandlingsansvarlige afdeling være opmærksomme på eventuelle ændringer og tilbyde fornyet behovsvurdering.

Der skal ved afslutningen af behandlingen ligeledes laves en status for patienten i forhold til rehabilitering og palliation, hvilken udføres af den behandlingsansvarlige afdeling. Der kan tilbydes en fornyet behovsvurdering, hvis det vurderes aktuelt. Derefter skal der udføres behovsvurderinger på relevante tidspunkter i kontrolforløbet.

Såfremt der er, eller påtænkes, igangsæt en kommunal rehabiliterende indsats ved udskrivningen fra sygehus har kommunen et ansvar i forhold til løbende være opmærksomme på ændrede behov hos patienten og tilbyde behovsvurderinger, når det vurderes relevant.

Almen praksis skal ved behov udføre fornyet behovsvurdering, når patienten er udskrevet eller afsluttet i sygehusregi. Hvis det hos almen praksis besluttet, der er behov for indsats, informeres henholdsvis kommunen og sygehuset, alt efter hvilke rehabiliteringsopgaver der skal løftes.

#### **4.4 Arbejdsdeling ved den uddybende udredning og den fælles plan for indsats**

Såfremt sygehus eller kommune beslutter, at der er behov for fagprofessionel indsats, vurderes det af ansvarlig aktør om der er behov for en uddybende udredning i forhold til at klarlægge de specifikke rehabiliterings- og/eller palliative behov. Den uddybende udredning kan (afhængigt af de identificerede behov) foretages af de fagprofessionelle, der i forvejen er involveret i forløbet, eller af særligt kyndige på de enkelte felter.

Den besluttende instans udarbejder en fælles plan for indsats, og informerer de andre involverede aktører,

således der skabes et overblik over den samlede indsats. Der udarbejdes udelukkende en plan for rehabilitering eller palliation, såfremt det besluttet at iværksætte en professionelt ledet indsats. Planen bør tage afsæt i allerede eksisterende aktiviteter og patientens ressourcer.

Planen skal indeholde:

- Hvad patientens vanskeligheder og behov består i
- Formålet med indsatsen, og hvad den overordnet skal bestå i
- Hvor indsatsen skal foregå
- Hvem der er ansvarlig for de enkelte dele af indsatsen. Alle involverede instanser, sygehuse, almen praksis og kommunen er ansvarlig for de indsatser, de iværksætter, herunder også at sikre koordinering af indsatsen med andre involverede aktører
- Hvornår indsatsen skal evalueres og af hvem
- At planen er forventningsafstemt med patienten og dennes pårørende
- At planen er afstemt i forhold til behandlingsplanen

Hvilke tilbud den enkelte patient eller pårørende skal tilbydes afhænger af vurderingen af dennes behov. For patientgruppens vedkommende vil rehabiliterende eller palliative behov være afdækket gennem føromtalt behovsvurdering, hvor der af fagprofessionelt personale er taget stilling hvilke behov, som gør sig gældende, og hvilken aktør, der bedst kan varetage disse behov.

Koordinationen og planlægning af forløbet ved komplekse indsatser skal aftales specifikt mellem de involverede parter. Ansvarsfordelingen mellem sygehus, kommune og almen praksis aftales lokalt for de enkelte patientforløb.

Såfremt der er igangsat, eller igangsættes en indsats, ved udskrivning fra sygehuset skal relevante parter informeres og en fælles indsats mellem aktørerne koordineres. Det foreslås, at ved komplicerede forløb, hvor det vurderes hensigtsmæssigt, at relevante parter i indsatsen inviteres med til udskrivningssamtalen.

#### **4.5 Formidling af den fælles plan (plan for indsats)**

Som beskrevet, så skal kommune eller sygehus - såfremt det besluttet, at der er behov for en indsats - udarbejde den fælles plan for indsats, og informere de andre involverede aktører. Af planen skal fremgå, hvordan indsatsen koordineres, og hvordan kommunikationen mellem de involverede aktører sikres.

Den fælles plan for indsats skal optimalt set udarbejdes og dokumenteres i en form for fælles tværsektorielt redskab, hvor der skal være adgang til oplysningerne for alle relevante parter. Sundhedsstyrelsen vil initiere et arbejde i forhold til udarbejdelse af Fælles Plan. Arbejdet forventes igangsat 3. kvartal 2012.

Indtil et tværsektorielt redskab præsenteres anvendes kommunikationsformer som vanligt i den tværsektorielle formidling mellem aktørerne, og i henhold til Samarbejdsaftalen for indlæggelser og udskrivelser. Ved behov for en nærmere præcisering af kommunikationen mellem aktører anbefales, at det drøftes i regi af den rådgivende sundhedsfaglige referencegruppe.

Almen praksis vil som tovholder have en overordnet rolle i forhold til kommunikation mellem aktørerne.

## 5. Tværsektoriel og tværdisciplinær koordinering

Både sygehus, almen praksis, kommunen og hospice har alle centrale opgaver i forhold til at sikre en hensigtsmæssig koordinering af indsatsen. Koordineringen er afgørende for at sikre høj faglighed og sammenhæng i indsatsen.

I forhold til den enkelte patient kan udmøntes på flere måder fx ved:

- Forløbskoordinatorfunktion på sygehusene
- Ved de lovbundne sundhedsfaglige kontaktpersoner
- Udskrivningskoordinatorer
- Tovholderfunktion i almen praksis, kommunalt og regional regi

Det vil være hensigtsmæssigt at integrere det i allerede eksisterende aftaler om koordinationsfunktioner.

Forløbskoordinationen bør sikre, at næste led i et patientforløb er parat til at overtage ansvaret for forløbet og kontakten med patienten samt, at ansvaret for alle nødvendige indsatser er placeret.

Det foreslås, i forhold til anbefalingerne i forløbsprogrammet, at for patienter i forløb på sygehuset, herunder også ambulante forløb, vil personalet på den behandlingsansvarlige afdeling stå for koordinering. Eventuelt skal opgaven varetages af de sundhedsfaglige kontaktpersoner. Det kan baseres på, at sygehuset har det fulde ansvar under indlæggelsen og delt ansvar med almen praksis i ambulante forløb, hvor sygehuset varetager den specifikke kræftbehandling og almen praksis eventuel komorbiditet.

I forløbet før og efter den egentlige kliniske behandling vil almen praksis fungere som tovholder, som det kendes fra flere af de andre sygdomsspecifikke samarbejdsaftaler.

I komplekse, længerevarende forløb, hvor patienten stadig er i behandling og kommunen er tæt involveret, måske gennem flere forvaltninger, er kommunen ansvarlig for at koordinere indsatsen. Koordineringen af forløbet skal aftales specifikt mellem de involverede parter.

## 6. Sundhedsfaglig referencegruppe på området

Ifølge "Generel rammeaftale om sammenhængende og styrkede patientforløb for mennesker med kroniske sygdomme" mellem Region Nordjylland og kommunerne i regionen, og Justeret Kronikermodel, august 2012, etableres der en Faglig følgegruppe for kronisk Sygdom og rådgivende sundhedsfaglige referencegrupper for et eller flere sygdomsområde, med en frivillig samarbejdsaftale. Således nedsættes der også en rådgivende sundhedsfaglig referencegruppe for rehabilitering og palliation ved kræft.

Den Faglige følgegruppe for kronisk sygdom har tværgående opgaver for hele kronikerindsatsen, mens de rådgivende sundhedsfaglige referencegrupper har et mere snævert sundhedsfagligt fokus.

Den rådgivende sundhedsfaglige referencegruppe sammensættes af repræsentanter fra kommuner, region og praktiserende læge samt medlemmer af relevante patientforeninger. Sundhed og Sammenhæng sekretariatsbetjener og følger op på referencegruppens arbejde. Referencegruppen ledes af en sundhedsfaglig vidensansvarlig formand/ en forløbschef med spidskompetencer, gerne på speciallægeniveau, for det pågældende sygdomsområde. Når en sygdomsspecifik samarbejdsaftale er ny og skal implementeres i alle kommuner, kan der være repræsentation fra de kommuner der ønsker det, på sigt, når området er velkonsolideret, snævres deltagelsen ind.

Den rådgivende sundhedsfaglige referencegruppe skal:

- holde sig ajour med den nyeste viden på området,
- vurdere, om de gældende aftaler er i overensstemmelse med nationale retningslinjer
- sikre at området udvikles i overensstemmelse med udviklingen i den medicinske teknologi på området
  
- løbende vurdere, om der er grundlag for at justere de aftalte stratificeringskriterier og arbejdsdelingen mellem sektorer.
- give sundhedsfaglig rådgivning til at udvælge de rette indikatorer for monitorering og dokumentere indsatsen.
- formidle den faglige rådgivning og befordre udvikling af tværsektorielle faglige fællesskaber mellem frontpersonalet gennem temadage, work-shop's og konkrete kompetencegivende aktiviteter til parterne i indsatsen.
- indgå i dialog med Den faglige følgegruppe for kronisk sygdom om implementeringsplaner for nye og reviderede sygdomsspecifikke samarbejdsaftaler, og deltage i afvikling af implementeringsaktiviteter, hvor det vurderes hensigtsmæssigt.

Sundhed og Sammenhæng har ansvar for den praktiske tilrettelæggelse og gennemførelse af sådanne aktiviteter.

Den rådgivende sundhedsfaglige referencegruppe sikrer således den sundhedsfaglige forankring af de frivillige samarbejdsaftaler og vil befordre, at den sundhedsfaglige udvikling flyder ud i alle udførende led.

I forhold til indsatsen vedrørende rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft beskrives området som et udviklingsområde, hvor der fortsat er stort behov for mere viden. Forskning og udvikling er igangsat i både dansk og international sammenhæng. Også i forhold til de tiltag og initiativer der igangsættes i Region Nordjylland, er der behov for at sikre opfølgning og evaluering, sådan at der sker en kvalitetssikring og hensigtsmæssig udvikling af indsatsen.

I området er der et udviklingsområde, og der for flere af indsatsområderne ikke er regionale erfaringer, anbefales en løbende udrulning og implementering.<sup>3</sup> Det foreslås, at der i starten prioriteres at sikre relevante patienttilbud og at der efter implementering af disse fokuseres på relevante pårørende og efterladte tiltag.

Konkret anbefales det, at den sundhedsfaglige referencegruppe i starten bør have fokus på at sikre, at der udvikles en standard for behovsvurdering til brug for den samlede indsats.

## **7. Økonomi og aktivitet**

I afsnit 2 blev målgruppen afgrænset. På patientsiden blev det vurderet, at der i Region Nordjylland er ca. 1.800 patienter årligt, som vil have et behov for rehabilitering ved kræft, mens ca. 1.500 patienter har behov for palliation. I dette afsnit beregnes den aktivitet som kommunerne må forvente i forbindelse med rehabiliteringen og palliation af kræftsyge.

### **7.1 Rehabilitering**

På rehabiliteringsområdet vurderes det, at langt størstedelen af de patienter, som er i behandling for kræft, ikke vil have et behov for rehabilitering, som kræver en indsats fra kommunen eller regionen. Det vurderes

---

<sup>3</sup> Se bilag 6 for oversigt over regionale initiativer og tilbud, eksisterende og kommende

dog, at der vil være en målgruppe, hvor der er behov, som kræver en fagprofessionel eller tværfaglig indsats.

### 7.1.1 Fagprofessionel ledet indsats

I nedenstående tabel er angivet det antal patienter, som indenfor de respektive kommuner forventes at have behov for en fagprofessionel indsats (ca. 25 pct. af målgruppen).

Da erfaringen viser, at ikke alle patienter trods behov ønsker at modtage et tilbud, er beregningen lavet for henholdsvis 100 pct., 75 pct. og 50 pct. deltagelse.<sup>4</sup>

	100 pct	75 pct	50 pct
Brønderslev	58	43	29
Frederikshavn	101	76	51
Hjørring	109	81	54
Jammerbugt	63	47	32
Læsø	3	2	2
Mariagerfjord	69	52	35
Morsø	36	27	18
Rebild	47	35	23
Thisted	74	55	37
Vesthimmerlands	62	47	31
Aalborg	318	238	159
Total	939	704	470

### 7.1.2 Særlig tværfaglig indsats

I nedenstående tabel er angivet det antal patienter, med komplekse behov, der indenfor de respektive kommuner forventes at have behov for en særlig tværfaglig indsats (ca. 5 pct af målgruppen).

Beregningen er lavet for henholdsvis 100 pct., 75 pct. og 50 pct. deltagelse.<sup>5</sup>

	100 pct	75 pct	50 pct
Brønderslev	12	9	6
Frederikshavn	20	15	10
Hjørring	22	16	11
Jammerbugt	13	9	6
Læsø	1	0	0
Mariagerfjord	14	10	7
Morsø	7	5	4
Rebild	9	7	5
Thisted	15	11	7
Vesthimmerlands	12	9	5
Aalborg	64	48	24
Total	188	141	84

## 7.2 Palliation

Det anslås at der på landsplan er ca. 15.000 patienter, der har behov for palliativ behandling i forbindelse med deres kræftsygdom. For Region Nordjyllands svarer dette forholdsmæssigt til ca. 1.550 patienter årligt, heraf har ca. hver fjerde svarende til ca. 400 patienter behov for palliation på specialiseret niveau.

### 7.2.1 Det basale niveau

I nedenstående tabel er angivet det antal patienter, som indenfor de respektive kommuner forventes at

<sup>4</sup> Forventet målgruppe pr. år, beregnet ud fra antallet af incidens

<sup>5</sup> Forventet målgruppe pr. år., beregnet ud fra antallet af incidens

have behov for palliation på det basale niveau. Da erfaringen viser, at ikke alle patienter trods behov ønsker at modtage et tilbud, er beregningen lavet for henholdsvis 100 pct., 75 pct. og 50 pct. deltagelse.

	100 pct	75 pct	50 pct
Brønderslev	90	68	45
Frederikshavn	165	124	83
Hjørring	180	135	90
Jammerbugt	105	79	53
Læsø	6	5	3
Mariagerfjord	120	90	60
Morsø	60	45	30
Rebild	75	56	38
Thisted	120	90	60
Vesthimmerlands	105	79	53
Aalborg	525	394	263
Total RN	1551	1163	776

### 7.2.2 Det specialiserede niveau

I nedenstående tabel er angivet det antal patienter, som indenfor de respektive kommuner forventes at have behov for palliation på det specialiserede niveau. Da erfaringen viser, at ikke alle patienter trods behov ønsker at modtage et tilbud, er beregningen lavet for henholdsvis 100 pct., 75 pct. og 50 pct. deltagelse.

	100 pct	75 pct	50 pct
Brønderslev	23	17	11
Frederikshavn	41	31	21
Hjørring	45	34	23
Jammerbugt	26	20	13
Læsø	2	1	1
Mariagerfjord	30	23	15
Morsø	15	11	8
Rebild	19	14	9
Thisted	30	23	15
Vesthimmerlands	26	20	13
Aalborg	131	98	66
Total RN	388	291	194

## 8. Litteraturliste

- Sundhedsstyrelsen: Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft – del af samlet forløbsprogram for kræft. Sundhedsstyrelsen 2012
- Regeringen: Kræftplan III.
- Sundhedsstyrelsen: Anbefalinger for den palliative indsats. Sundhedsstyrelsen 2011
- Sundhedsstyrelsen: Anbefalinger til sundhedspersoners møde med pårørende til alvorlig syge. Sundhedsstyrelsen 2012
- Sundhedsstyrelsen: Styrket indsats på kræftområdet – Et sundhedsfagligt oplæg. Sundhedsstyrelsen 2010
- Region Nordjylland og Kommunerne i Nordjylland: Generel rammeaftale om sammenhængende og styrkede patientforløb for mennesker med kroniske sygdomme. Region Nordjylland og Kommunerne i Nordjylland 2008

- Region Nordjylland: Klinisk retningslinje for rehabilitering. Region Nordjylland 2010
- Jensen, Liselotte; Petersen, Lotte og Stokholm, Gitte: Rehabilitering teori og praksis
- –Samfundsmæssige barrierer for en helheds- og brugerorienteret rehabiliteringsindsats. FADL's Forlag 2007

**Webadresser:**

- Danmarks Statistik  
[www.danmarksstatistik.dk](http://www.danmarksstatistik.dk)
- Sundhedsstatistisk Portal ved Sundhed – Plan og Kvalitet, Region Nordjylland  
[\\aassas01\analyser\index.htm](http://aassas01\analyser\index.htm)
- WHO Definition of Palliative Care [internet] 2011  
<http://www.who.int/cancer/palliative/difinition/en/>
- WHO Definition of Rehabilitation [Internet] 2011  
<http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>



## 9. Bilag

### Bilag 1: Estimer ved samlet gruppe, der lever med cancer

I nedenstående fremgår estimer beregnet på baggrund af målgruppevurderinger fra Sundhedsstyrelsens forløbsprogram. Altså estimer beregnet på baggrund af den samlede gruppe, der lever med kræft i Danmark (opgjort i Cancerregistret 2009).

Navn	Befolkning antal	% af Danmark	Prævalens Antal kræft tilfælde i alt	Prævalens Antal > 5 års overlevelse	Prævalens 25 % skønnes at have behov for fagprofessionel indsats	Prævalens 5 % skønnes at have behov for en særlig tværfaglig	Samlet målgruppe med rehabiliteringsbehov
Danmark	5574433	100	220000	110000	55000	11000	66000
Region Nordjylland	579741	10,4	22880	11440	5720	1144	6864
Brønderslev	35769	0,6	1412	706	353	71	423
Frederikshavn	62391	1,1	2462	1231	616	123	739
Hjørring	67069	1,2	2647	1323	662	132	794
Jammerbugt	38969	0,7	1538	769	384	77	461
Læsø	1990	0,04	79	39	20	4	24
Mariagerfjord	42741	0,8	1687	843	422	84	506
Morsø	22038	0,4	870	435	217	43	506
Rebild	28892	0,5	1140	570	285	57	342
Thisted	45459	0,8	1794	897	449	90	538
Vesthimmerlands	38327	0,7	1513	756	378	76	454
Aalborg	196096	3,5	7739	3870	1935	387	2322

## Bilag 2: Målgruppe for rehabiliteringsindsats – incidens

I nedenstående er målgruppen for en rehabiliterende indsats beregnet på baggrund af den samlede gruppe, der diagnosticeres med kræft pr. år.

Det er nedenstående tal, der anvendes som retningsgivende for den forventede målgruppe i Region Nordjylland.

Navn	Befolkning antal	% af Danmark	Incidens kræft - nye tilfælde pr. år	Incidens 25% af nye kræfttilfælde, der skønnes at have generelt rehab. behov	Incidens 5 %, der skønnes at have specialiseret rehab. behov	Senfølger ved 10% incidens (jf. bilag 3)	Samlet målgruppe med rehab. behov
Danmark	5574433	100	36115	9029	1806	3612	14446
Region Nordjyllan	579741	10,4	3756	939	188	376	1502
Brønderslev	35769	0,6	232	58	12	23	93
Frederikshavn	62391	1,1	404	101	20	40	162
Hjørring	67069	1,2	435	109	22	43	174
Jammerbugt	38969	0,7	252	63	13	25	101
Læsø	1990	0,04	13	3	1	1	4
Mariagerfjord	42741	0,8	277	69	14	28	111
Morsø	22038	0,4	143	36	7	14	57
Rebild	28892	0,5	187	47	9	19	75
Thisted	45459	0,8	295	74	15	29	118
Vesthimmerlands	38327	0,7	248	62	12	25	99
Aalborg	196096	3,5	1270	318	64	127	508

### Bilag 3: Målgruppe for rehabiliterende indsats - Senfølger

I ovenstående bilag 2 er målgruppen for en rehabiliterende indsats beregnet på baggrund af den samlede gruppe, der diagnosticeres med kræft pr. år. (incidensen), yderligere forventes en gruppe at opleve et rehabiliteringsbehov på grund af senfølger.

Estimater for denne gruppe er opgjort i nedenstående.

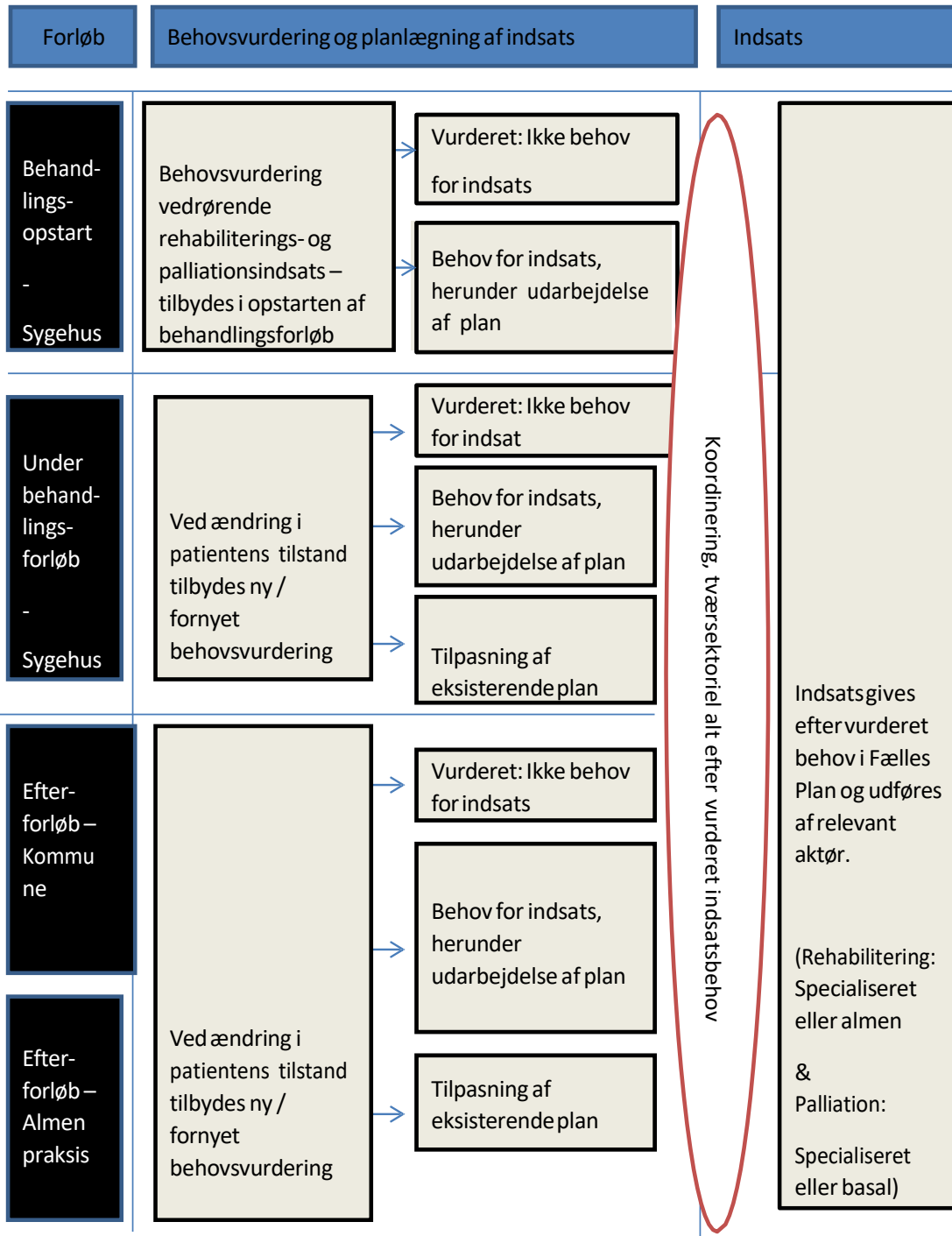
Navn	Befolkning antal	% af Danmark	Incidens kræft - nye tilfælde pr. år	Senfølger ved 10 % af incidens (100 % deltagelse)	Senfølger ved 10 % af incidens (75 % deltagelse)	Senfølger ved 10 % af incidens (50 % deltagelse)
Danmark	5574433	100	36115	3612	2709	1806
Region Nordjylland	579741	10,4	3756	376	282	188
Brønderslev	35769	0,6	232	23	17	12
Frederikshavn	62391	1,1	404	40	30	20
Hjørring	67069	1,2	435	43	33	22
Jammerbugt	38969	0,7	252	25	19	13
Læsø	1990	0,0	13	1	1	1
Mariagerfjord	42741	0,8	277	28	21	14
Morsø	22038	0,4	143	14	11	7
Rebild	28892	0,5	187	19	14	9
Thisted	45459	0,8	295	29	22	15
Vesthimmerlands	38327	0,7	248	25	19	12
Aalborg	196096	3,5	1270	127	95	64

#### Bilag 4: Målgruppe for palliation

I nedenstående er målgruppen for en palliativ indsats opgjort på baggrund af tal fra Sundhedsstyrelsens forløbsprogram.

Navn	Befolkning antal	% af Danmark	Basal palliation	Specialiseret palliation
Danmark	5574433	100	15000	3750
Region Nordjylland	579741	10,4	1560	390
Brønderslev	35769	0,6	90	23
Frederikshavn	62391	1,1	165	41
Hjørring	67069	1,2	180	45
Jammerbugt	38969	0,7	105	26
Læsø	1990	0,04	6	2
Mariagerfjord	42741	0,8	120	30
Morsø	22038	0,4	60	15
Rebild	28892	0,5	75	19
Thisted	45459	0,8	120	30
Vesthimmerland	38327	0,7	105	26
Aalborg	196096	3,5	525	131

**Bilag 5: Flowchart - Forløb over rehabiliterende og palliativ indsats ved kræft**



Almen praksis har tovholderfunktion i hele forløbet

## Bilag 5A: Uddybning i forhold til indsats og arbejdsdeling

I nedenstående beskrives de overordnede hovedpointer i den faglige indsats.

Faglig indsats	Beskrivelse
<i>Behovsvurdering</i>	Alle patienter skal have udført en behovsvurdering i forbindelse med behandlingsforløbet og status, evt. med en fornyet vurdering, ved afslutningen af behandlingsforløbet. Herudover foretages vurderinger i efterforløbet ved ændringer i tilstanden. Behovsvurderingen anvendes til at klarlægge hvorvidt og i hvilket omfang, der kan identificeres et indsatsbehov.
<i>Uddybende udredning</i>	Hvis det vurderes relevant at igangsætte en indsats, udarbejdes en plan for denne. Indsatsen afstemmes med patienten og de pårørendes forventninger. Den fælles indsatsplan skal bl.a. omfatte en tværfaglig beskrivelse af indsatsen, hvem der er ansvarlig, formål og tidspunkt for evaluering, samt samordnes med andre aktører; almen praksis, kommune.
<i>Den fælles plan</i>	Hvis det vurderes relevant at igangsætte en indsats, udarbejdes en plan for denne. Indsatsen afstemmes med patienten og de pårørendes forventninger. Den fælles indsatsplan skal bl.a. omfatte en tværfaglig beskrivelse af indsatsen, hvem der er ansvarlig, formål og tidspunkt for evaluering, samt samordnes med andre aktører; almen praksis, kommune.

I nedenstående beskrives skematiseres arbejdsdelingen mellem aktørerne ved foretagelse af behovsvurdering.

	Sygehus	Kommune	Almen praksis
Fra henvisning ved mistanke om kræft	Opmærksomhed omkring mulige specifikke rehabiliteringsbehov		Opmærksomhed omkring mulige specifikke rehabiliteringsbehov
Opstart af behandlingsforløb	Skal tilbyde behovsvurdering		
Under behandlingsforløb	Løbende være opmærksom på rehabiliterende eller palliative behov		
Afslutning af behandlingsforløb	Skal tilbyde behovsvurdering		
Efterforløb og kontrolforløb	Løbende være opmærksom på rehabiliterende eller palliative behov  Tilbyde behovsvurdering, hvis relevant	Løbende være opmærksom på rehabiliterende eller palliative behov  Tilbyde behovsvurdering, hvis relevant	Løbende være opmærksom på rehabiliterende eller palliative behov  Tilbyde behovsvurdering, hvis relevant  Hvis der identificeres et behov for indsats kontaktes sygehus og kommune, så der kan samordnes med eksisterende indsatser

## **Bilag 6: Indhold form og rammer for rehabiliterende og palliative tilbud til kræftpatienter og deres pårørende**

De regionale og kommunale tilbud udgør overordnet tilbuddene til patienter og pårørende i forbindelse med rehabilitering og palliation i regionen. Hertil kommer at Kræftens Bekæmpelse har en række tilbud, hvoraf flere foregår i samarbejde med regionale og kommunale aktører.

Udredning, behandling og kontrol af kræftpatienter foregår i dag på tværs af regionens sygehuse. I kraft af at Aalborg Sygehus som det eneste sygehus i regionen har henholdsvis onkologisk og hæmatologisk afdeling er regionens kræftbehandling bygget op omkring Aalborg Sygehus. Rehabiliteringen af kræftpatienter foregår på alle regionens sygehuse. I 2012 åbnede et rehabiliteringsafsnit for særlig tunge patienter på Sygehus Himmerland, og en del af dette tilbuds målgruppe er kræftpatienter.

Det palliative område er i dag bygget op omkring fire palliative teams, der er knyttet op på hvert af de fire sygehuse i regionen. På det palliative område er der på nuværende tidspunkt palliative senge på Sygehus Himmerland og på Aalborg Sygehus. Hertil kommer hospicepladser i Frederikshavn og Aalborg.

Kommunerne planlægger tilbud til målgruppen ud fra lokale parametre som målgruppens antalsmæssige størrelse og geografiske forhold.

I denne sammenhæng beskrives i forløbsprogrammet, at organiseringen af indsatsen på området bør bygge på det generelle princip, at øvelse gør mester. Det vil sige, at der forudsættes en vis volumen for at opretholde tilstrækkelige kompetencer i og erfaring med at yde rehabilitering og palliation til patienter med kræft.

Derudover bør den overordnede organisering af rehabilitering og palliation være i overensstemmelse med LEON-princippet (Lavest Effektive Omsorgs- og Behandlingsniveau), sådan at der ydes den mest relevante indsats, under hensyntagen til hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

Det er væsentligt i planlægningen af tilbud at have fokus på, at den samlede målgruppe for samarbejdsaftalen – altså patienter med et rehabiliteringsbehov, patienter med et palliativt behov samt pårørende- og efterladte – har behov for forskellige tilbud målrettet specifikke behov. Derfor er det også hensigtsmæssigt at disse tilbud planlægges og udbydes uafhængigt af hinanden.

Som det beskrives i Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft skal udviklingen af den rehabiliterende og palliative indsats ske i regi af de enkelte aktører og faglige miljøer. For at skabe et sammenhængende og ens patientforløb i regionen vil den sundhedsfaglige referencegruppe være centralt i forhold til i fællesskab at beskrive, udvikle og koordinere de sundhedsfaglige indsatser på området (læs mere om denne sundhedsfaglige referencegruppe i afsnit 6).

Det er anbefalingen at den rådgivende sundhedsfaglige referencegruppe som en af de første opgaver, udarbejder anbefalinger vedrørende indhold, form og rammer for tilbud til patienter og pårørende i forbindelse med kræft. Dette gælder i første omgang i forhold til de kommunale tilbud. Det er anbefalingen, at der fokuseres på vidensdeling og erfaringsopsamling, således best practice kan danne grundlag for anbefalingerne for de kommunale tilbud.