

# Sundhedsstyrelsens kræftstyregruppe

## NOTAT

### **Generelle indsatser vedrørende psykosocial omsorg, pleje og symptomlindring, rehabilitering og palliation i relation til sundhedsfaglige elementer i pakkeforløb for kræft**

I dette notat beskrives områderne psykosocial omsorg, pleje og symptomlindring, rehabilitering og palliation i relation til pakkeforløb for kræft. Intentionen med notatet er *ikke* at give en fuldstændig og udtømmende beskrivelse af områderne, men at give et samlet overblik og beskrive, hvordan disse områder kan relateres til de sundhedsfaglige elementer i pakkeforløb for kræft.

Formålet med indsatsen indenfor de fem områder er, at sikre patienten og dennes pårørende den nødvendige støtte, så patienten i så vid udstrækning som muligt bevarer sin livskvalitet både fysisk, psykisk, socialt og arbejdsmæssigt undervejs gennem forløbet, og at patienten er i stand til at håndtere hverdagen.

Indsatsen indenfor områderne psykosocial omsorg, pleje, symptomlindring, rehabilitering og palliation defineres forskelligt af forskellige aktører. Derudover har områderne mange grænseflader og er delvis overlappende. Indsatserne er karakteriserede ved at finde sted over sektorgrænser og ved, at den enkelte patient kan have behov for mange forskellige indsatser på samme tid. Generelt er der et behov for formulering af nationale retningslinjer indenfor disse områder som påpeget i Kræftplan II i 2005.

Notatet skal læses i sammenhæng med skabelonen til udarbejdelse af sundhedsfaglige elementer til pakkeforløb for kræft. Afsnitsinddelingen i notatet følger derfor inddelingen i skabelonen.

### **Grundlæggende principper og værdier**

Alle, der diagnosticeres med en kræftsygdom, har – udover behandling af sygdommen – brug for viden, omsorg, støtte og redskaber til at håndtere det at være i et sygdomsforløb. Der er stor forskel på de enkelte kræftpatienters situation. Den er afhængig af, hvilken kræftsygdom der er tale om, hvilket stadie sygdommen er i, eventuel komorbiditet og den pågældendes livssituation i øvrigt. Det er elementer, man bør tage højde for i den støtte- og behandlingsindsats, der tilbydes.

Det er vigtigt at støtte og fremme patientens egne handlemuligheder, så den gennem egenomsorg kan bevare ansvar for og indflydelse på eget helbred.

Et pakkeforløb for kræft beskriver kliniske og organisatoriske grundelementer i forløbet. Selve indsatsen skal altid målrettes den enkelte patient. Det gælder også indenfor de områder, der beskrives her. Respekten for patienten og respekten for patientens valg og fravalg er i centrum. I alle sammenhænge

21. april 2008

#### **Enhed for Planlægning**

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

Tlf. 72 22 74 00

Fax 72 22 74 11

E-post [info@sst.dk](mailto:info@sst.dk)

Dir. tlf. 72 22 76 72

E-post [efp@sst.dk](mailto:efp@sst.dk)

bør indsatsen være tværfaglig og ligeværdig, baseret på gensidig tillid mellem patienten, dennes pårørende og de sundhedsprofessionelle. Indsatsen er rettet mod både patienten og de pårørende, således som disse defineres af patienten selv.

Side 2  
21. april 2008

Sundhedsstyrelsen

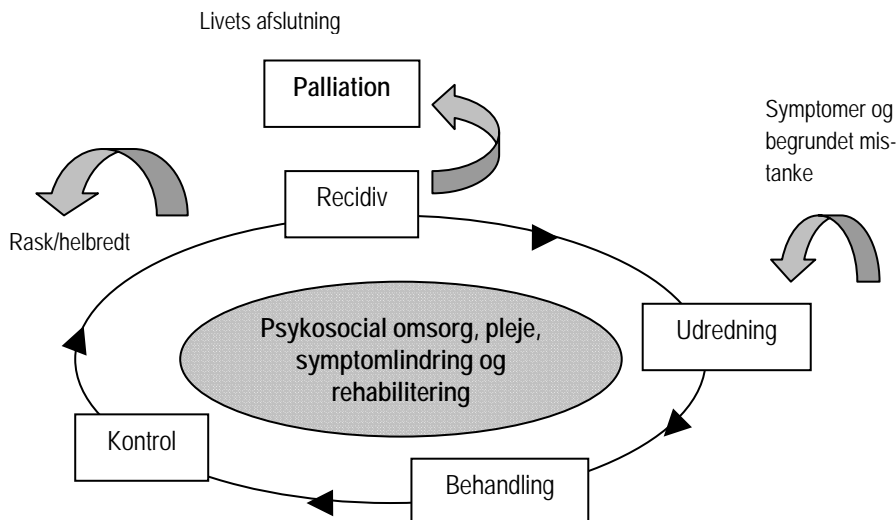
Kommunikationen med kræftpatienten og dennes pårørende bør i alle sammenhænge baseres på respekt og empati. Det er vigtigt, at kommunikationen foregår under forhold, hvor patientens krav på privatliv og ro respekteres, og hvor den sundhedsprofessionelle kompetent og engageret udviser indlevelse i patientens situation og er lydhør overfor patientens behov. Der findes uddybende information herom i det tværgående notat om kommunikation og patientinformation.

Problemstillinger, der vedrører selve sygdommen og psykosociale problemer, er meget tæt forbundne, og indsatserne bør derfor koordineres både tværfagligt og tværsektorielt.

### Beskrivelse af områderne og deres indbyrdes relation

Kræftpatienten har en række behov udover den kurativt rettede diagnostisering og behandling. At få diagnosen kræft og at gennemgå en behandling for kræft fordrer en bred og tværfaglig baseret støtte.

Figuren nedenfor viser patientforløbet fra symptomer og begrundet mistanke om kræft gennem udredning, behandling og kontrol. Figuren viser samtidigt, at nogle patienter helbredes, mens andre lever med kræftsygdommen gennem et langvarigt forløb, og andre dør af deres kræftsygdom. Udgangspunktet for indsatserne er patientforløbet.



Patienten med en livstruende sygdom har brug for en *psykosocial indsats* med støtte og rådgivning indenfor det psykologiske, sociale og eksistentielle område. Denne indsats er en integreret del af hele den indsats, der bør tilbydes og ydes til alle patienter i alle faser af sygdomsforløbet.

Behandlingen af kræftsygdomme er ofte barsk, og mange patienter vil have brug for *pleje og symptomlindring*. Fra starten af sygdomsforløbet har patienten behov for en målrettet *rehabiliteringsindsats* for at minimere sygdommens og kræftbehandlingens følger og dens indvirkninger på hverdagslivet.

Side 3  
21. april 2008

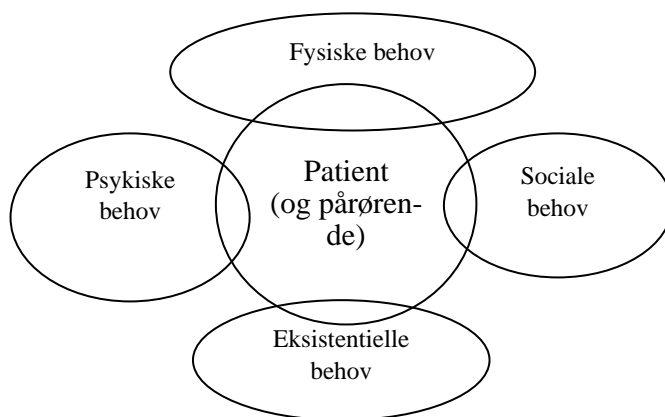
Sundhedsstyrelsen

I de tilfælde, hvor patienten ikke kan helbredes, vil der være brug for en *palliativ indsats* med det formål at lindre lidelse af fysisk, psykosocial og eksistentiel karakter.

Mange indsatser er samtidige og delvist overlappende. Det er derfor vigtigt, at kontinuitet og kvalitet bevares også i overgangene mellem de forskellige indsatsområder.

### Afdækning af den enkelte patients behov

Indsatsen indenfor områderne psykosocial omsorg, pleje, symptomlindring, rehabilitering og palliation bør tage udgangspunkt i den enkelte patients behov herunder patientens egne ønsker og situation. Disse bør afdækkes for at sikre en målrettet intervention. Kun gennem en fagligt funderet, løbende og systematisk behovsafdækning/screening kan der ydes en indsats, der bedst hjælper den enkelte patient. En sådan afdækning bør derfor omfatte patientens fysiske, psykiske, sociale og eksistentielle behov. Det er vigtigt, at alle områder berøres ved afdækningen, således at der opnås et samlet billede af patientens problemer, så der kan opstilles en samlet plan for indsatsen med involvering af de/den relevante fagperson(-er).



Planen bør beskrive erkendte problemer, og den bør justeres regelmæssigt i samarbejde med patienten med henblik på eventuelle nyopståede problemer. Indsatsen skal understøtte, at patienten og dennes pårørende så vidt muligt, og så meget de ønsker, selv kan håndtere sygdommen og dens følger.

Nogle senfølger og psykosociale problemstillinger opstår kortere eller længere tid efter behandlingens afslutning, og derfor bør også patientens praktiserende læge og det kommunale sundhedsvæsen deltage i den løbende behovsafdækning/screening.

## Tidspunkter i pakkeforløb, hvor der bør foretages behovsafdækning/screening

Behovsafdækningen/screeningen sker i tæt kontakt med patienten og eventuelt pårørende og tager udgangspunkt dels i fagligt funderede metoder/viden og dels i patientens oplevede behov. Der findes flere generelle screeningsværktøjer<sup>1</sup>, som kan anvendes til at afdække patientens behov.

Side 4

21. april 2008

Sundhedsstyrelsen

Relevante tidspunkter for afdækning af problemstillinger i et pakkeforløb kan være:

Præhospitalsfasen (pakkeskabelonens afsnit 3)

- Første kontakt hos egen læge, når mistanke om kræft rejses

Udredningsfasen (pakkeskabelonens afsnit 4)

- I forbindelse med samtale om diagnose, stadium og behandling

Behandlingsfasen (pakkeskabelonens afsnit 5 og 6)

- Løbende under behandling også i ambulante forløb
- Ved alle overgange mellem afdelinger eller sektorer, hvor det er relevant
- Ved udskrivning/afslutning af behandling og udfærdigelse af en eventuel genoptræningsplan

Fasen efter selve pakkeforløbet (pakkeskabelonens afsnit 7, 8 og 9)

- Hos praktiserende læge efter udskrivning/behandlingsafslutning
- Med regelmæssige intervaller, indtil behandling eventuelt afsluttes
- Ved erkendt recidiv eller progression

---

<sup>1</sup> F.eks. Distress thermometer (Dallundskalaen) – udviklet på Sloan-Kettering Memorial, CARES, Cancer Rehabilitation Questionnaire (CRQ) o.lign.

## **Konkrete indsatsområder vedrørende psykosocial omsorg, pleje og symptomlindring, rehabilitering og palliation**

(pakkeskabelonens afsnit 3-9)

Side 5

21. april 2008

**Sundhedsstyrelsen**

De konkrete indsatsområder er overlappende, og den enkelte fagperson vil ofte arbejde samtidigt indenfor flere indsatsområder f.eks. indenfor psykosocial omsorg og pleje. Når områderne er opdelt i dette notat, er det alene for at skabe overblik ved beskrivelsen af områderne. Det er vigtigt at pointere, at ingen af nedenstående indsatsområder varetages alene af én faggruppe: Alle områderne varetages tværfagligt og ofte tværsektorielt.

### **Psykosocial omsorg**

(pakkeskabelonens afsnit 3-9)

Den psykosociale indsats handler om den professionelle indsats i forhold til psykologiske, eksistentielle og sociale problemstillinger, der er forbundet med hele forløbet fra udviklingen af kræft, over udredningen og behandlingen for kræft, at leve med kræft, samt at overleve eller dø af kræft.

Den samlede indsats bør være et udtryk for en helhedsmæssig tilgang til pleje, omsorg og behandling. En psykosocial og en eksistentiel tilgang til mennesker ramt af kræft betyder, at man som professionel forholder sig bevidst til problemstillinger af psykologisk, social og eksistentiel/åndelig karakter.

Typiske psykiske reaktioner og følger af en kræftsygdom er en oplevelse af tab af kontrol og en øget tendens til depression, angst, usikkerhed, utryghed, isolation, m.m.. På det sociale område oplever kræftpatienten ofte ændrede relationer til familie og netværk, bekymringer om helbred og økonomi m.m.. Patientens eksistentielle/åndelige udfordringer kan bl.a.være en ændret oplevelse af meningen og selve formålet med livet.

De professionelle kan hjælpe patienten ved at give klare informationer i patientens tempo og indgå i dialog om bekymringer og handlemuligheder. De pårørende bør involveres og støttes så meget som muligt. Den professionelle omsorg kræver indsigt i patientens individuelle livssituation og skal være præget af gensidighed, tillid, åbenhed, modtagelighed, forståelse, nærvær, engagement og ansvarlighed. Der bør meget hurtigt sættes ind med relevant psykologisk intervention eller psykiatrisk rådgivning samt samtale med præst, hvis der er brug for det.

### **Pleje og symptomlindring**

(pakkeskabelonens afsnit 3-9)

Plejen af kræftpatienter, som varetages såvel i hospitals – som i hjemmesygeplejeregi, retter sig overordnet mod

- at hjælpe patienten til at leve med kræft
- at patient og pårørende kommer så godt igennem behandlingsforløbet som muligt.

Dette forudsætter en kontinuerlig afdækning af potentielle og aktuelle sundhedsproblemer, en vurdering af, hvorledes disse påvirker patienten, familien

og hverdagslivet, samt en vurdering af, hvorledes patientens og familiens egne ressourcer kan integreres i plejen.

Sygeplejen til denne gruppe patienter omfatter

- Konkrete sygeplejehandlinger relateret til patientens manglende evne/styrke til egenomsorg (f.eks. personlig pleje, mobilisering, spisning, medicinadministration)
- Håndtering af problemstillinger som f.eks. sår, kateterpleje, ernærings- og væsketerapi.
- En række konkrete informations-, oplærings- og undervisningsopgaver vedrørende mulige selvhjælpshandlinger,

Lindring af kræftpatienters belastende symptomer sker gennem det samlede patientforløb. Der kan være tale om symptomer begrundet i sygdommens lokalisation og udbredning, eller om symptomer forårsaget af kirurgi, medicinsk kræftbehandling eller stråleterapi. Symptomerne kan afhjælpes ved såvel medikamentel som ikke medikamentel intervention, og patientens viden om mulige selvhjælpshandlinger er helt afgørende for, om symptomlindring opnås.

Symptomer, som er specifikke og særegne i forhold til den konkrete diagnose og behandlingstype, beskrives naturligt i forhold til de diagnoserelaterede pakkeforløb. F.eks. håndtering af kropsforandringer hos brystopererede patienter eller synkebesvær ved hoved-halskræft.

En lang række symptomer optræder imidlertid på tværs af diagnosekategorier og behandlingstyper, og håndteringen af disse problemer er ikke afhængig af, om der er tale om den ene eller den anden diagnose. Eksempler på sådanne symptomer er træthed, smerter, kvalme og opkastning, kræftsår, dyspnø, mundhulegener, mundtørhed, ernæringsproblemer, forstoppelse, diarre, seksuelle problemer og lymfødem.

Der kan med fordel udarbejdes evidensbaserede kliniske retningslinier på tværs af diagnosekategorierne.

## **Palliation**

(pakkeskabelonens afsnit 8)

I henhold til WHO's seneste definition fra 2002 har den palliative indsats til formål at forbedre livskvaliteten hos patienter og pårørende, som står over for de problemer, der er forbundet med en livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig identifikation/diagnosticering og omhyggelig vurdering og behandling af smerter og andre problemer, af fysisk, psykisk, social og åndelig art.

Den palliative indsats er således en tværfaglig helhedsbehandling med patienten og de pårørende i centrum. Indsatsen sigter mod at lindre den samlede lidelse hos patienten med uhelbredelig kræft, herunder lindring af fysiske symptomer (f.eks. smerter, træthed, kvalme), psykiske symptomer (f.eks. angst og depression), sociale problemer og eksistentielle problemer.

En vigtig del af indsatsen er at støtte patientens egen mulighed for indflydelse og medvirken. Patientens præference med hensyn til, om han/hun ønsker

at dø hjemme, på hospice eller andet steds bør så vidt muligt kunne imødekommes. Den professionelle indsats bør støtte patientens eget valg.

Side 7

21. april 2008

**Sundhedsstyrelsen**

Når døden nærmer sig, skal de ansvarlige behandlere sikre, at det drøftes med patienten og de pårørende, hvor patienten ønsker at dø: i eget hjem, på plejehjem, hospice, basisafdeling på sygehus eller i palliativ enhed. Der skal sikres tilstrækkelig og kompetent hjælp, når døden nærmer sig, så akutte indlæggelser undgås.

De efterladtes behov for yderligere støtte bør overvejes.

Den palliative indsats kan opdeles i 2 faser, hvor den første fokuserer på at forbedre patientens og de pårørendes livskvalitet, og den sidste fokuserer på en værdig død. Ved behov kan palliativ behandling ydes samtidigt med livsforlængende behandlinger, som for eksempel kemo- eller stråleterapi.

Sundhedsvæsenets palliative indsats kan opdeles i:

- den basale palliative indsats, der kan ydes i patientens eget hjem af primærsektoren, herunder praktiserende læge, den kommunale hjemmepleje og/eller på plejehjem og på ikke-specialiserede kliniske hospitalsafdelinger
- den specialiserede palliative indsats, der ydes af hospices, palliative enheder i hospitalsregi og specialiserede palliative teams.

Denne beskrivelse omfatter den generelle palliative indsats, der ikke er afhængig af den enkelte kræftsygdom, for patienter i ikke-kurativ behandling. Specielle diagnoserelaterede problemer vil blive beskrevet af de relevante kliniske arbejdsgrupper.

Når en kræftpatient får konstateret uhelbredelig kræft, er det vigtigt, at den ansvarlige afdeling sikrer kommunikation og information om de palliative tilbud og hjælpemuligheder. Man bør tillige være opmærksom på de pårørendes behov, samt på særlige problemstillinger, der kan være i familien. En person med uhelbredelig kræft (og denne persons familie) må aldrig efterlades i et tomrum, men bør vide, hvem de kan kontakte ved problemer. Inden patienten forlader afdelingen/ambulatoriet, bør patienten have en navngiven kontaktperson, som kender patientens sygdomsbillede, samt en tid med henblik på opfølgning og behandling. Kræftpatienter med uhelbredelig kræft bør altid have en åben indlæggelse.

Behovet for palliativ indsats skifter dynamisk, og indsatsen må tilpasses, når patientens situation ændrer sig. Der bør screenes regelmæssigt (specielt i forbindelse med recidiv og progression) for fysiske og psykiske symptomer samt sociale og eksistentielle behov, og relevant tværfaglig helhedsbehandling iværksættes på basis heraf.

Den praktiserende læge og den kommunale hjemmesygepleje har en vigtig rolle i forhold til kræftpatienten og dennes pårørende. For at kunne udfylde denne rolle bør egen læge have løbende oplysninger herunder en informativ epikrise om patientens sygdomsbillede, samt om hvem egen læge kan kontakte på sygehuset ved behov. Palliative teams kan hjælpe med specialiseret behandling og rådgivning, mens patienten er indlagt på en medicinsk/kirurgisk afdeling eller i patientens eget hjem. Hvis patientens palliative behov ikke kan varetages på basisniveau, bør det ansvarlige team søge

rådgivning fra det palliative specialistniveau, eller patienten henvises til vurdering eller behandling ved det palliative specialistniveau. Henvisningen bør indeholde oplysninger om sygdomsstatus, fysiske symptomer samt psykosociale og eksistentielle problemområder.

Side 8  
21. april 2008  
**Sundhedsstyrelsen**

Det må lokalt besluttes, hvordan kontakten mellem de forskellige involverede instanser bedst etableres og sikres. Der er i kommunerne etableret visitationsordninger, der skal sikre samarbejdet. Da målgruppen er patienter med en kort livshorisont, bør der være enkle, hurtige samarbejds- og henvisningsmuligheder. Arbejdsgange mellem de forskellige niveauer og sektorer skal være velbeskrevet og kendte af alle, der er involveret i det palliative arbejde.

### **Rehabilitering**

(pakkeskabelonens afsnit 9)

I Hvidbogen om Rehabiliteringsbegrebet defineres rehabilitering som en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en patient, pårørende og fagfolk. Formålet er, at patienten, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på patientens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats

Det skønnes, at 2/3 af alle kræftpatienter har behov for rehabilitering, hvoraf halvdelen har et stort og længerevarende behov.

Rehabilitering sigter mod at minimere sygdommens og kræftbehandlingens følger og indvirkning på patientens hverdagsliv på kort og langt sigt. Fokus for indsatsen retter sig mod kræftpatientens funktionsevne, som kan være påvirket såvel af symptomer på sygdom som af bivirkninger til behandling. Nogle problemer vil være livsvarige og enkelte senfølger kan opstå flere år efter afsluttet kræftbehandling.

Rehabilitering i forbindelse med kræftsygdom og behandling kan tillige indebære en redefinering af det enkelte menneskes selvopfattelse, rolle i familien og hverdagslivet.

Der vil indenfor det samme diagnoseområde være stor variation i patienternes oplevede behov for rehabilitering, da disse udover sygdomsmæssige forhold også er dynamisk afhængige af den enkelte patients øvrige sygelighed, levekår, motivation, kulturelle forhold mm. Funktionsevnen må ses i samspil med alle disse faktorer.

Det beror på en konkret faglig vurdering af patientens sygdomsforløb og muligheder i øvrigt, i hvilket omfang der skal iværksættes rehabilitering af patientens fysiske, sociale og/eller kognitive funktioner. Planerne udformes i et samarbejde mellem patienten og relevante fagfolk i et tværfagligt og tværsektorielt perspektiv.

Systematiske rehabiliteringstiltag til de enkelte pakkeforløb for kræftpatienter bør optimalt beskrives med udgangspunkt i viden og erfaringer om den konkrete kræftdiagnose og de rehabiliteringsbehov, der kan knyttes hertil.



Men ved udmøntningen må der anlægges et individuelt perspektiv, idet der kan være behov for rehabilitering ved diagnosetidspunktet for nogle patienter, mens det for andre først er realistisk og relevant ved afslutning af kræftbehandling.

Side 9  
21. april 2008  
**Sundhedsstyrelsen**

Kræftrehabilitering foregår både i primær og sekundær sektor og kan opdeles i en basal kræftrehabilitering, hvor indsatsen er uafhængig af den aktuelle kræfttype og behandling, og en mere specialiseret rehabilitering, der målrettes kræfttype og specifik behandling og følgetilstande.

Der foregår erfaringsopsamling indenfor kræftrehabilitering først og fremmest i hospitalsregi, men også på Kræftens Bekæmpelses rehabiliteringscenter i Dallund og ved pilotprojekter i flere kommuner.

Fokus for indsatsen er en identificering af kræftpatientens behov, hvilket sker i samarbejde mellem patienten og sundhedsprofessionelle. Udgangspunktet for rehabiliteringen er i alle sammenhænge, at patienten og de pårørende forstår, hvad sygdom og behandling herunder bivirkninger vil medføre, og hvordan det kan påvirke hverdagslivet. Behandlerne i sekundærsektoren har til opgave at give viden og støtte til patienten og de pårørende, så disse får handlemuligheder i forløbet, så et hverdagsliv så vidt muligt kan opretholdes. Patienten skal have viden om bivirkningernes varighed og karakter, så patienten kan lægge realistiske planer, træffe beslutninger og mestre situationen, og dermed bevare kontrollen over eget liv.

Samarbejde og koordinering ved overgangen fra hospitalsregi til kommunale samarbejdspartnere skal sikre opfølgning af den rehabiliteringsproces, patienten har begyndt, eller iværksættelse af rehabilitering efter afsluttet kræftbehandling.

Kræftrehabilitering er karakteriseret ved involvering af mange aktører. De relevante aktører inddrages efter behov og på tidspunkter, der er meningsfulde relevante for patienten, i det målrettede og tidsafgrænsede rehabiliteringsforløb.

Den helt nødvendige koordinering og opfølgning er ikke allokert til en bestemt faggruppe, men vil variere efter patientens problemstillinger, og kan med fordel være en del af kontaktpersonernes opgave i hhv. primær og sekundær sektor.

For at kunne sikre en optimal og systematisk rehabiliteringsindsats er der brug for en dokumenteret viden om de gener herunder bivirkninger og senfølger, som hyppigst forekommer, ved de forskellige kræftsygdomme. Det kan herunder være relevant at få viden om eventuelle forandringer i rehabiliteringsområder, metoder og behov som følge af de accelererede patientforløb i pakkeforløbene både i primær- og sekundær sektor.

## **Bilag 1 Referencer**

Faglige retningslinier for den palliative indsats, Sundhedsstyrelsen 1999

Hvidbog om Rehabiliteringsbegrebet, Johansen, J., Rahbek, J., Møller, K., Jensen, L., 2004

Palliation i primærsektoren, klinisk vejledning, Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), 2004

WHO Definition of Palliative Care, [www.who.int/cancer/palliative/en](http://www.who.int/cancer/palliative/en)

Side 10

21. april 2008

**Sundhedsstyrelsen**

## Bilag 2 Lovgivning på området og sundhedsaftaler

Sundhedsloven og Serviceloven danner lovgrundlaget for at skabe sammenhængende patientforløb for den ikke-kræft specifikke behandling og støtte til patienter med kræft.

Side 11

21. april 2008

Sundhedsstyrelsen

Alle regioner og kommuner skal indgå sundhedsaftaler, der omfatter samarbejdet mellem sygehus, kommune og almen praksis, som ofte alle vil være involveret i den enkelte kræftpatients forløb. Sundhedsaftalernes formål er at bidrage til at sikre samordning og sammenhæng i de patientforløb, der går på tværs af myndigheder samt at bidrage til at sikre ensartet kvalitet. Der skal efter loven indgås aftaler på 6 indsatsområder herunder indlæggelsesforløbet, træningsområdet, hjælpemiddelområdet samt forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet. Derudover kan der indgås frivillige aftaler på andre områder. Inden for hvert område beskrives arbejdsdelingen mellem parterne samt, hvordan parterne vil sikre kommunikation og koordinering mellem parterne indbyrdes og med patienten.

Kommunerne har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse og dele af den patientrettede forebyggelse, idet regionen også er ansvarlig for den patientrettede forebyggelse. I sundhedsaftalerne skal arbejdsdelingen mellem regionens sygehuse, praksissektoren og den enkelte kommune beskrives i forhold til den patientrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats, ligesom det skal beskrives, hvordan parterne sikrer sammenhæng, koordinati- on og dialog omkring tilbuddene.

Regionerne har ansvaret for behandling på sygehuse herunder også at sikre tilbud om pladser på hospices, mens kommunerne har ansvaret for at yde hjemmesygepleje.

Kommunerne har myndighedsansvaret for genoptræning efter sygehusindlæggelse og har således iht. både sundhedsloven og serviceloven ansvaret for størstedelen af al genoptræning og al vedligeholdelsestræning. Kommunerne har desuden ansvaret for diverse sociale ydelser i henhold til serviceloven. Det betyder, at en stor del af ansvaret for den samlede rehabiliteringsindsats ligger i kommunerne, der tillige har ansvar for hele hjælpemiddelområdet. Regionerne har via sygehusene ansvaret for genoptræning under indlæggelse, ligesom sygehusene har driftsansvaret efter en sygehusindlæggelse for den specialiserede genoptræning dvs. genoptræning, der foregår i tæt samarbejde med speciallæger på sygehuset, eller hvor patientens sikkerhed stiller krav om bistand fra sygehuspersonale under genoptræningen. Arbejdsdelingen omkring genoptræning til patienter i forbindelse med udskrivning fra sygehus skal fremgå af sundhedsaftalerne mellem regionen og den enkelte kommune.

I forbindelse med udskrivning fra sygehus skal patienten tilbydes en genoptræningsplan, hvis der er et lægefagligt begrundet behov herfor. Genoptræningsplanen skal udover en beskrivelse af patientens genoptræningsbehov indeholde en beskrivelse af patientens funktionsevne forud for den hændelse/sygdom, som ledte til sygehusbehandling samt funktionsevnen på udskrivningstidspunktet. Funktionsevnen skal beskrives i relation til kropsfunktion, aktivitet og deltagelse og inddrage såvel patientens ressourcer som begrænsninger.