



Den Tværsektorielle Grundaftale

2015-2018

Rammeaftale for kronikerområdet

Indsatsområde: Genoptræning og rehabilitering
Proces: Godkendt december 2015

Rammeaftale for Kronikerområdet

1. Rammeaftalens generelle vilkår

Rammeaftalen for Kronikerområdet beskriver de generelle vilkår for de sygdomsspecifikke sundhedsaftaler, herunder arbejdsdeling, vurdering af økonomi i relation til aktiviteter, implementering, monitorering, kvalitetssikring, sundhedsfaglig udvikling, kommunikation mellem parterne og opfølgning på aftalerne. Desuden skal den medvirke til at sætte rammerne for udviklingen af sygdomsspecifikke sundhedsaftaler og revidering af de eksisterende aftaler. Endelig skal rammeaftalen medvirke til en fælles forståelse af den regionale rådgivningsforpligtelse samt understrege den generelle arbejdsdeling på området.

Det overordnede formål med at indgå sygdomsspecifikke sundhedsaftaler er, at den samlede indsats for mennesker med kronisk sygdom bliver sammenhængende og velkoordineret.

Rammeaftalen, såvel som de sygdomsspecifikke sundhedsaftaler, omhandler mennesker med kroniske lidelser og vedrører det delte ansvar for den patientrettede forebyggelse.

Baggrunden for rammeaftalen og arbejdet på kronikerområdet generelt er Sundhedsstyrelsens ”*Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - den generiske model*” og alt arbejde på området ligger sig grundlæggende op af denne. Rammeaftalen for Kronikerområdet skal således omfattes som den lokale omsætning af sundhedsstyrelsens generiske model.

1.1 Rammeaftalens gyldighedsområde og periode

Rammeaftalens gyldighedsperiode følger efter dens vedtagelse sundhedsaftaleperioden. Der skal derefter ske en opdatering af rammeaftalen senest ved overgangen til en ny sundhedsaftaleperiode.

Indenfor sundhedsaftaleperioden, kan rammeaftalen tages op til fornyet vurdering, hvis det ønskes af regionen eller kommunerne. Ønskes en revision af rammeaftalen skal betingelserne for dette arbejde (kommissorium) godkendes af DAS.

Nye sygdomsspecifikke sundhedsaftaler tiltrædes særskilt af Region Nordjylland og den enkelte kommune ved et tiltrædelsesdokument.

1.2 Overordnet arbejdsdeling

Myndighedsansvaret på kronikerområdet fremgår af Sundhedslovens bestemmelser. Desuden skal det tilstræbes, at vi handler efter LEON princippet, og at der er opmærksomhed på at omlægninger i én sektor, kan påvirke drift og arbejdstilrettelæggelse i andre sektorer. På baggrund heraf, præciseres opgavedelingen i en sygdomsspecifik sundhedsaftale for den enkelte sygdomsgruppe.

LEON (Laveste Effektive Omsorgsniveau) princippet betyder, at opgaver i sundhedsvæsenet skal varetages på det rigtige specialiseringsniveau, således at sundhedspersonalets kompetencer udnyttes bedst muligt. Samtidigt skal opgaven løses omkostnings-effektivt og med en høj kvalitet.

Arbejdsdelingen i forhold til den patientrettede forebyggelse er aftalt og beskrevet i de sygdomsspecifikke sundhedsaftaler.

Rammeaftalen indeholder en skabelon for indholdet i de sygdomsspecifikke aftaler, der skitserer de krav, der er til indholdet i en aftale. De sygdomsspecifikke sundhedsaftaler udformes således så vidt muligt i henhold til skabelonen. Allerede indgåede aftaler tilrettes udelukkende efter nærværende skabelon, når det vurderes, at der er behov for en *faglig* revidering af aftalen.

De opstillede krav til indholdet i de sygdomsspecifikke aftaler beskrives i kapitel 4 herunder.

1.3 Almen praksis og kronikerområdet

Tovholderfunktionen for mennesker med kronisk sygdom knyttes som udgangspunkt altid til Almen Praksis jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Det overordnede mål er en sammenhængende og koordineret indsats.

Almen praksis rolle som tovholder skal beskrives og eventuelle særlige forpligtelser til almen praksis foldes ud.

Ved indgåelse af nye sygdomsspecifikke sundhedsaftaler eller ændringer i eksisterende aftaler, skal der ske en vurdering af opgaven i almen praksis. I det omfang der lægges op til, at almen praksis skal udføre opgaver, der ikke er omfattet af overenskomsten, skal der udarbejdes en underliggende aftale¹.

I forhold til patientforløb på tværs er det vigtigt, at ansvaret for hele patientforløbet er velbeskrevet, og at samarbejdet og opgavefordelingen mellem aktører er beskrevet.

2. Udmøntning af regionens rådgivningsforpligtigelse på kronikerområdet

Som beskrevet i Den Administrative Sundhedsaftale², er Regionen forpligtet til at yde kommunerne rådgivning i forhold til forebyggelsesindsatsen. Regionens rådgivning af kommunerne vedrører således hele den kommunale forebyggelsesindsats, dvs. både kommunens rammetiltag for sund levevis og de forebyggende tilbud til borgere og patienter. Et væsentligt element i rådgivningen vil derfor naturligt være rådgivning vedr. forebyggelse til borgere med kronisk sygdom.

I relation til kronikerindsatsen kan rådgivningsforpligtelsen opfyldes på en lang række måder:

- Rådgivning via kompetenceudvikling
- Rådgivning via temamøder
- Rådgivning i netværk
- Netbaseret rådgivning
- Rådgivning via nyhedsbreve og magasiner
- Sparring på konkrete sager

I den enkelte sygdomsspecifikke aftale kan det beskrives, hvordan rådgivningsforpligtelsen primært ønskes opfyldt på et givent område.

Parterne har en gensidig forpligtigelse til at sørge for at ny viden, som er relevant for de aftalte indsatser, bliver formidlet til alle aktører. I de tilfælde hvor regionen har kendskab til ny viden der kræver information til aktørerne, men ikke kræver ændringer i aftalen, har regionen en forpligtigelse til at informere aktørerne fx via ovennævnte metoder.

2.1 Inddragelse af patienter og pårørende

Patienter og pårørende skal inddrages på flere niveauer i relation til de sygdomsspecifikke sundhedsaftaler.

Overordnet set er der tale om to forskellige typer af inddragelse:

¹ Praksisudvalget

² Den administrative Sundhedsaftale s. 26

1) Inddragelse på et overordnet, organisatorisk niveau, fx ved udvikling og revision af sygdomsspecifikke sundhedsaftaler, hvor patientperspektivet inddrages via repræsentanter fra Patientinddragelsesudvalget, som inviteres til at deltage i arbejdet.

2) Herudover er der altid tale om direkte inddragelse i eget eller pårørendes behandlingsforløb.

2.2 Synliggørelse af tilbud

Synliggørelse af kommunale og regionale tilbud vedrørende forebyggelse og patientrettet forebyggelse sker via Sundhed.dk.

2.3 Information om sygdomsspecifikke sundhedsaftaler

Sygdomsspecifikke sundhedsaftaler, som er tiltrådt af alle nordjyske kommuner, er placeret i den tværsektorielle grundaftale, som findes på [Region Nordjyllands hjemmeside](#).

Sygdomsspecifikke sundhedsaftaler, som ikke er tiltrådt af alle kommuner, findes som supplerende aftaler mellem regionen og den enkelte kommune.

Når en sygdomsspecifik sundhedsaftale er under revision / ændring, så kan man følge arbejdet på Regions Nordjyllands hjemmeside vedrørende [indsatser i den tværsektorielle grundaftale](#).

3. Opfølgning på rammeaftalen og de sygdomsspecifikke sundhedsaftaler

Der følges løbende op på de sygdomsspecifikke sundhedsaftaler. Dette kan fx ske når:

- Der kommer nye anbefalinger og retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen eller faglige organisationer, som har betydning for indsatsen på et område.
- Der kommer tilbagemeldinger fra lokale samarbejdsfora, som har betydning for en aftales indhold.
- Der opstår ønsker eller behov hos en af aftalparterne eller i almen praksis, som har betydning for en aftales indhold.

Af Den politiske Sundhedsaftale, s. 13, fremgår det, at vi i 2015 revitaliserer og øger anvendelsen af aftalen om opgaveflytning. Vi har også aftalt, at vi får udviklet en metode, så vi allerede i planlægningsfasen af evt. forandringer i sektorerne, systematisk vurderer, om der er afledte konsekvenser for andre parter. Det er vigtigt, at *Aftalen om opgaveflytning* anvendes i de tilfælde hvor det vurderes relevant

Som beskrevet ovenfor, foregår den løbende opfølgning på området gennem de tværsektorielle samarbejdsfora, og de enkelte aktører. Hvis der opstår behov for at få afklaring eller opdatering af en sygdomsspecifik sundhedsaftale, henvender samarbejdsfora eller den enkelte aktør sig til Porteføljestyregruppen, som derefter vurderer, om der skal nedsættes en arbejdsgruppe til at udrede den konkrete henvendelse.

Skal der iværksættes større længerevarende udviklingsarbejder i relation til en sygdomsspecifik sundhedsaftale, skal det først godkendes i DAS.

Alle ændringer i de sygdomsspecifikke sundhedsaftaler skal godkendes af DAS og SKU.

4. Skabelon for udformning af de sygdomsspecifikke sundhedsaftaler

Følgende emner skal beskrives i hver enkelt sygdomsspecifik sundhedsaftale:

- **Indledning**
- **Målgruppe og Stratificering**

- **Multisygdom³**
- **Faglige indsatser**
- **Inddragelse af patienter og pårørende**
- **Aktiviteter og økonomi**
- **Kommunikation mellem parterne**
- **Implementering, monitorering, kvalitetssikring og sundhedsfaglig udvikling**
- **Litteraturliste / Links**

De enkelte afsnit beskrives med udgangspunkt i rammeaftalens anvisninger.

4.1. Indledning

Der udformes en fælles indledning til alle sygdomsspecifikke sundhedsaftaler, som beskriver relationen til Den Administrative Sundhedsaftale og rammeaftalen, og hvordan der følges op på aftalen. Ud over dette beskrives baggrunden for den enkelte aftale.

4.2 Målgruppe og Stratificering

Målgruppen / patientgruppen for en sygdomsspecifik sundhedsaftale beskrives og afgrænses efter gældende diagnoser og de aktuelle inklusionskriterier.

Med udgangspunkt i fastlæggelsen af patientgruppen, kvantificeres denne i relation til de benyttede stratificeringskriterier (se nedenfor).

Stratificering af den valgte patientgruppe fremgår af den sygdomsspecifikke sundhedsaftale, og udgør grundlaget for arbejdsdelingen mellem parterne, og er samtidigt udgangspunkt for planlægning af indsatser i det enkelte patientforløb.

Stratificeringen foretages på baggrund af en nærmere beskrivelse og analyse af patientgruppen, og kan fx tage udgangspunkt i:

- Demografi
- Helbredstilstand
- Funktionsevne
- Kontekstuelle faktorer

Det er i forbindelse med stratificering vigtigt at være opmærksom på, at andre elementer end sygdommens sværhedsgrad er relevante at tage i betragtning, f.eks. co-morbiditet, mestringssevne mv, hvilket ovenstående netop understøtter.

Stratificeringen skal sikre, at forskellige målgrupper (niveauer) inden for patientgruppen tilbydes relevante sundhedsindsatser af tilstrækkelig kvalitet, under hensyntagen til effektiv ressourceudnyttelse og sammenhæng i patientforløbene.

³ Sundhedsstyrelsen definerer Multisygdom som: *Samtidig optræden af to eller flere kroniske sygdomme hos en person, hvor en sygdom ikke nødvendigvis er mere central end de andre.*

4.3 Multisygdom

De sygdomsspecifikke sundhedsaftaler skal, forholde sig til, hvordan indsatser over for mennesker med multisygdom håndteres. Det kan fx ske ved at tænke flere indsatser sammen i relation til hyppigt forekommende kombinationer af kronisk sygdom. Det kan også ske ved at indgå tættere samarbejde med de relevante aktører, med henblik på at sikre en bedre koordinering af indsatserne.

4.4 Faglige indsatser

Den sundhedsfaglige indsats vedr. den pågældende kroniske sygdom skal beskrives. Relevante sundhedsfaglige indsatser beskrives med udgangspunkt i kliniske retningslinjer, visitationsretningslinjer og evt. retningslinjer fra faglige selskaber.

De sygdomsspecifikke sundhedsaftaler skal beskrive de faglige indsatser, der er aftalt i relation til de beskrevne stratificeringsniveauer. I det omfang det skønnes nødvendigt, kan aftalen tillige beskrive de kompetencer, der er nødvendige for udførelsen af de faglige indsatser. Endelig skal aftalen beskrive hvilke aktører der, i relation til stratificeringen, skal udøve de faglige indsatser.

I det omfang, der findes retningslinjer og anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og faglige selskaber, som indsatsen refererer til, så skal disse være anført i den sygdomsspecifikke sundhedsaftale i en litteraturliste, og gerne som direkte links.

4.5 Inddragelse af patienter og pårørende

Patienter og pårørende bør inddrages på flere niveauer i relation til de sygdomsspecifikke sundhedsaftaler.

Det er aftalt, at der i 2015 påbegyndes udvikling af en handleplan for borger/brugerinddragelse. Når denne plan foreligger i sin endelige form, skal ideerne herfra udmøntes gennem de sygdomsspecifikke sundhedsaftaler.

4.6 Aktiviteter og økonomi

Kommuner, sygehuse og almen praksis har ansvaret for at dimensionere og justere kapaciteten i de aktiviteter, som de har ansvaret for. For at kunne gøre dette, skal patientgrundlaget kvantificeres med udgangspunkt i de beskrevne stratificeringsniveauer.

Hvis det er muligt, foretages endvidere et skøn over den forventede deltagerfrekvens i et konkret tilbud. Dette skøn kan danne udgangspunkt for økonomiberegninger i relation til de aftalte aktiviteter. Det bliver således muligt for den enkelte myndighedsansvarlige, at skønne eget ressourceforbrug i relation til, hvordan indsatsen planlægges organiseret.

Ved ændringer i en eksisterende sygdomsspecifik sundhedsaftale skal der ske en vurdering af, om det har indflydelse på de foreliggende kvantificeringer af patientgrundlaget, og dermed, om det forventes at have indflydelse på de myndighedsansvarliges ressourceforbrug og dermed den økonomi, som er forbundet med de anbefalede faglige indsatser.

4.7 Kommunikation mellem parterne

Henvisninger og anden direkte kommunikation mellem de udøvende aktører omkring patientforløbet, udveksles så vidt muligt digitalt. I det omfang det ikke er muligt, skal der arbejdes på at etablere hensigtsmæssige digitale løsninger for alle informations- og kommunikationsbehov mellem almen praksis, kommuner og region.

I relation til den sundhedsfaglige indsats over for mennesker med kronisk sygdom benyttes følgende former for elektronisk kommunikation;

- Ved indlæggelse og udskrivning benyttes Tværsektorielle meddelelser (TSM).
- Ved henvisning til genoptræning efter indlæggelse på sygehus, benyttes genoptræningsplanen.
- Ved henvisning til patientrettede tilbud (rehabilitering) i kommunerne, anbefales det at benytte den dynamiske blanket (sygehushenvisningen). Dette er dog endnu ikke organisatorisk implementeret, når det gælder henvisninger fra sygehusene.

Ud over disse former for kommunikation, vil der ofte være behov for *anden kommunikation* mellem parterne, og denne bør også i videst muligt omfang kunne foregå elektronisk. Det kan fx være:

- Tilbage melding fra kommunen til almen praksis eller sygehus vedrørende en borger, som har deltaget i et kommunalt tilbud.
- Dialog mellem kommune og sygehus, hvis en borger, som deltager i et kommunalt tilbud skal til en ambulans kontrol på sygehuset.
- Faglig rådgivning og sparring mellem kommuner og det specialiserede niveau.

Det bør i aftalen fremgå, hvilke forventninger der er til anden kommunikation mellem parterne.

I det omfang at ovenstående kommunikation ikke dækker de behov, der måtte være i relation til en sygdomsspecifik sundhedsaftale, skal disse behov og ønsker beskrives i aftalen.

4.8 Implementering, monitorering, kvalitetssikring og sundhedsfaglig udvikling

Kommuner, sygehuse og almen praksis er hver især ansvarlige for deres opgavevaretagelse og for at implementere deres del af patientforløbet. *Implementeringen* og den efterfølgende drift af det sammenhængende patientforløb følges i de lokale samarbejdsfora inden for både somatik og psykiatri.

Der er i Sundhedsaftalen⁴ opstillet mål om, at der sker en stigning i antallet af henviste til kommunale rehabiliteringstilbud. På tidspunktet for indgåelse af rammeaftalen er der ikke identificeret en let anvendelig monitoreringsmulighed i forhold til at opgøre hvor mange der er henvist til kommunale rehabiliteringstilbud, og hvorfra de er henvist. Kommunerne fortsætter derfor indtil videre med (delvist manuelt) at levere opgørelser, men der skal arbejdes på at udvikle en lettere håndterbar monitoreringsmulighed. Kronikerindsatsen *monitoreres* derfor løbende gennem.

- En opgørelse af hvor mange henviste der er til de kommunale rehabiliteringstilbud. Regionen indsamler hvert halve år tal fra kommunerne i forhold til, hvor mange der er blevet henvist til et rehabiliteringstilbud, og hvorfra de er henvist. Regionen samler og offentliggør disse tal på regionens [hjemmeside](#).

Der er desuden opsat mål om, at borgere der henvises til et rehabiliteringstilbud, starter og gennemfører tilbuddet, og endelig er der opsat mål om, at der skal kunne påvises en effekt af borgerens deltagelse i et tilbud. Der skal derfor udvikles indikatorer, som monitorerer dette. Disse indikatorer udvikles på tværs af de sygdomsspecifikke sundhedsaftaler.

I det omfang det vurderes relevant at udvikle / benytte sygdomsspecifikke indikatorer inden for et givent område, skal det beskrives i den sygdomsspecifikke sundhedsaftale.

De sygdomsspecifikke sundhedsaftaler *kvalitetssikres* og udvikles gennem:

- Opfølgning på implementeringen af de aftalte indsatser i de lokale samarbejdsfora.
- Den beskrevne monitorering og det udviklingsarbejde, der skal igangsættes omkring tværsektoriel monitorering i Sundhedsaftaleperioden.
- En løbende opdatering af aftalerne, når der udkommer nye nationale retningslinjer og ny faglig evidens.
- Fælles faglig udvikling gennem de lokale samarbejdsfora, fælles undervisning (temadage og kurser) og den løbende regionale rådgivning.

⁴ Den Politiske Sundhedsaftale s. 7

Er der aftalt konkrete aktiviteter til kvalitetssikring ud over ovenstående, skal de beskrives i den sygdomsspecifikke sundhedsaftale.

4.9 Litteraturliste / Links

Relevant litteratur gerne som links refereres i aftalen.