

## **Igangsætning af kronikerprogrammer i Region Midtjylland**

### **Indledning**

Region Midtjylland arbejder med at formulere en mål- og handleplan for en forbedret indsats for borgere med kroniske lidelser. Den vil tage udgangspunkt i den såkaldte chronic care model (kronikermodellen) anbefalet af Sundhedsstyrelsen.

En konkret måde hvorpå man kan arbejde med kronikermodellens principper og indsatsområder er ved at formulere og implementere såkaldte forløbsprogrammer for kroniske sygdomme (kronikerprogrammer).

Det foreslås, at der udarbejdes kronikerprogrammer for kroniske sygdomme, hvor forekomsten er høj, og hvor forebyggelsespotentialet er stort. Derfor foreslås nedsat 3 arbejdsgrupper til at formulere kronikerprogrammer på henholdsvis diabetes -, lunge - og hjerteområdet.

Processen ønskes igangsat nu, blandt andet fordi kommunerne giver udtryk for, at de meget gerne vil i gang med kronikerområdet.

Dette notat beskriver kort kronikermodellen. Dernæst beskrives overordnet, hvad et kronikerprogram er, og dette suppleres med et eksempel på et konkret kronikerprogram. Endelig beskrives forslag til sammensætning af arbejdsgrupper til beskrivelse af kronikerprogrammerne og lidt om proces.

### **Hvad er kronisk sygdom**

Der er ikke helt enighed om definitionen af kronisk sygdom. Sundhedsstyrelsens definition er følgende: Kronisk sygdom er kendetegnet ved en række karakteristika. Der er tale om en vedvarende sygdom, der har blivende følger og som skyldes irreversible forandringer. De kroniske sygdomme kræver derfor langvarig behandling og pleje og/eller en særlig rehabiliteringsindsats (Sundhedsstyrelsen 2005, s.31).

Hvilke konkrete lidelser dette indbefatter kan variere afhængigt af fokus. Hos WHO arbejder man således med fem kroniske sygdomme, mens der i regeringens folkesundhedsprogram *Sund hele livet* prioriteres forebyggelse af otte såkaldte folkesygdomme (Regeringen 2002; WHO 2005). Den grundlæggende forskel mellem disse to tilgange er, at hvor WHO

fokuserer på de potentielt livstruende kroniske lidelser, så medtager *Sund hele livet* også nogle af de kroniske lidelser, der ikke er livstruende, men som medfører store begrænsninger i livs-udfoldelse og risiko for funktionsnedsættelse. Følges denne tankegang udvides antallet af kroniske lidelser, hvilket er tilfældet i Region Midtjyllands nyligt offentliggjorte *Hvordan har du det – Sundhedsprofil for region og kommuner*. Her opereres der med 17 kroniske sygdomme, blandt andet fordi der også er medtaget sygdomme i nervesystem og sanseapparat (Center for Folkesundhed 2006, s.14).

Mange borgere med kronisk sygdom lider samtidig af flere sygdomme. Denne store hyppighed af flere samtidige sygdomme komplicerer yderligere behandlingen og stiller særlige krav til sammenhæng i sundhedsvæsenets indsats.

### **Kronikermodellen**

Kronikermodellen er udviklet ved McColl Institute, Seattle, USA. Modellen omfatter både samfund, sundhedsvæsenet og patientens egen aktive indsats for at sikre de mest optimale patientforløb. Den har fundet anvendelse som grundlag for både analyse, planlægning og implementering af strategier for en forbedret indsats i en række lande med forskellige typer sundhedsvæsen, herunder USA, England, Holland, Australien, Canada m.fl. Centralt ved modellen er, at den er evidensbaseret, idet evidens og viden om behandling, rehabilitering og forebyggelse af kroniske sygdomme danner grundlaget for modellens anbefalinger.

Konkret specificeres der seks indsatsområder, som er fundamentale for opnåelsen af en kronikerindsats, der er kendetegnet ved at være *patientorienteret, koordineret, rettidig og effektiv samt evidensbaseret og sikker*:

- **Egenomsorg/patientens aktive indsats:** For at motivere patienten til en øget grad af egenomsorg skal patienten kende formålet med egenomsorg og behandling. Det kan blandt andet ske via inddragelse i beslutninger om behandling, fastlæggelse af planer med mål for indsatsen og gennem deling af information om sygdommen. Konkret omfatter det brug af evidensbaserede undervisningsprogrammer, viden om at leve med kronisk sygdom, selvmonitorering, behandling og kampagner om sunde livsvaner.
- **Sundhedsvæsenets organisering:** Det er ikke tilstrækkeligt at have et sundhedsvæsen, der i høj grad er organiseret i forhold til at levere akutte ydelser. Derfor skal samspil og opgavefordeling mellem samtlige aktører i sundhedsvæsenet, herunder alle regionale og kommunale sundhedsinstanser vurderes, og hensigtsmæssige ændringer i organiseringen gennemføres. Konkret omfatter dette blandt andet arbejdet med optimerede behandlingsforløb.
- **Den sundhedsfaglige indsats:** Dette fokusområde vedrører optimering af pleje og behandling, hvilket kan ske via en styrket ledelsesmæssig indsats, tværfagligt samarbejde samt anvendelse af hensigtsmæssige incitament. Det er en forudsætning, at der sikres kontinuitet og sammenhæng i behandlingen på tværs af sektorer. Indsatsen skal målrettes den enkelte patients behov, og konkret kan der eksempelvis blive tale om at gennemføre audits af patientforløb, med udgangspunkt i et kronikerperspektiv.
- **Beslutningsstøtte:** Evidensbaserede vejledninger skal gøres til en del af den daglige kliniske praksis, ligesom der skal arbejdes med evidensbaserede uddannelsesmetoder over for

sundhedspersoner. Implementering af kliniske retningslinjer forudsætter i den forbindelse understøttelse af relevante værktøjer og incitamenter.

- **Kliniske informationssystemer:** De muligheder, der er for at understøtte indsatsen for kronisk syge i både bestående og nye systemer skal udnyttes. Det skal sikres, at man tilgodeser både behovet for at dele viden med patienten og sundhedsvæsenets aktører, samt at behandlingsprogrammer med påmindelser understøttes  
Via sygdomsregistre og sygdomsfaseklassifikation gives der mulighed for en overordnet planlægning af indsatsen, med udgangspunkt i den samlede population af patienter med en given kronisk sygdom, samt en individualiseret behandling og pleje. Der ligger således en betydelig udfordring i at etablere sygdomsregistre for kroniske sygdomme i Region Midtjylland.
- **Samfundsindsatsen:** Ressourcer i familie, sociale netværk og lokalsamfund skal aktiveres. Det skal vurderes, hvorvidt det er muligt at udnytte og opbygge partnerskaber med kommunale og andre lokale, herunder frivillige organisationer.

Modellen samler således værdien af de enkelte elementer ved en samlet indsats. Det fremhæves desuden, at det vil være nødvendigt at arbejde med alle indsatsområder for at opnå de bedste resultater.

### **Kronikerprogrammer**

Et element i en forbedret kronikerindsats kan være forløbsprogrammer for kroniske sygdomme (kronikerprogrammer). Sundhedsstyrelsen arbejder i øjeblikket på at udvikle et generisk kronikerprogram, der skal give en vejledende beskrivelse af indholdet i programmer for specifikke kroniske sygdomme og derved tjene som en form for tjekliste/skabelon i forhold til udarbejdelsen og implementeringen af konkrete kronikerprogrammer.

Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe er ikke færdig med sit forslag endnu, men lige nu arbejdes med følgende definition af et kronikerprogram: *"Et kronikerprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given kronisk sygdom, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordelingen, samt koordinering og kommunikation mellem alle de involverede parter. Kronikerprogrammet sigter på at opnå en høj kvalitet af indsatsen i hele forløbet og en hensigtsmæssig ressource udnyttelse. Der lægges vægt på en systematisk proaktiv indsats der forebygger progression af sygdom, akutte episoder og komplikationer, og som har indbygget løbende monitorering af kvaliteten i forløbet."*

Det fremgår af denne definition, at et kronikerprogram skal foregå i overensstemmelse med klinisk evidens, det skal være sammenhængende på tværs af sektorer med heraf følgende kommunikation og koordination på tværs af aktører, det skal være proaktivt og det skal indeholde tiltag vedrørende patientens egenomsorg.

Samtidigt foreslås det, at det må være ambitionen at få koblet dette med overvejelser om økonomi, aktivitet og kvalitet, så planlægning og dimensionering af indsatsen foregår med udgangspunkt i den samlede population af patienter med en given kronisk sygdom og med udgangspunkt i et samlet samfundsøkonomisk perspektiv.

## Kronikerprogrammer i Region Midtjylland

Som tidligere nævnt arbejder Sundhedsstyrelsen for nærværende på at udvikle et generisk kronikerprogram, der skal give en vejledende beskrivelse af indholdet i programmer for konkrete kroniske sygdomme.

Sundhedsstyrelsens arbejde forventes tidligst offentliggjort medio marts 2007. Det synes ikke hensigtsmæssigt at vente med at igangsætte arbejdet i Region Midtjylland til efter offentliggørelsen, blandt andet fordi kommunerne i regionen giver udtryk for, at de meget gerne vil i gang med kronikerområdet. Derfor ønskes processen igangsat nu.

Det er nærliggende, at Region Midtjylland beskriver kronikerprogrammer for kroniske sygdomme, hvor forekomsten er høj, og hvor forebyggelsespotentialer er stort. Til at begynde med foreslås det, at der formuleres kronikerprogrammer på henholdsvis diabetes -, lunge – og hjerteområdet (Regeringen 2002; WHO 2005).

Det fremgår både af Region Midtjyllands undersøgelse af befolkningens sundhedstilstand "Hvordan har du det", og af "Kronikerrapporterne" fra Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, at disse tre sygdomsgrupper tegner sig for en stor andel af forekomsten af kroniske sygdomme i Region Midtjylland (se Tabel 1).

Tabel 1. Forekomsten af kroniske sygdomme i Region Midtjylland

Kronikerrapport 1*			Hvordan har du det**		
Forekomst af kroniske sygdomme 2005	Antal patienter	Procent af alle patienter	Forekomsten af potentielt livstruende kroniske sygdomme 2006	Antal syge	Procent af befolkningen i RM
Hjerte-kar sygdomme	32.799	29	Hjerte-kar <ul style="list-style-type: none"><li>• Forhøjet blodtryk</li><li>• Hjertekrampe</li><li>• Blodprop i hjertet</li><li>• Hjerneblødning</li></ul>	106.000	14
Kræftsygdomme	22.556	20	Kræft	12.000	1,6
Diabetes	18.172	16	Sukkersyge	6.000	0,8
Lungesygdomme	15.626	14	Bronkitis, for store lunger, rygerlunger	9.000	1,2
				11.000	1,5
				27.000	4
				30.000	4

\*Undersøgelsen beskriver forekomsten af ni udvalgte hyppigt forekomne grupper af kroniske sygdomme i Århus, Ringkøbing, Viborg og Nordjyllands Amter. Patienter med de udvalgte kroniske sygdomme blev identificeret i det patient administrative system (PAS) ved enten indlæggelse eller ambulant besøg på somatiske sygehuse. Det skal dog bemærkes, at dette blot er et konservativt estimat over antallet af patienter med kroniske sygdomme, idet kun patienter, som har været på hospitalet, er registrerede i PAS.

\*\*"Hvordan har du det" er en sundhedsprofil der, baseret på ca. 22.000 selvudfyldte spørgeskemaer, kortlægger sundhedsvaner, sygelighed og trivsel blandt borgere i alderen 25-79 år i Region Midtjylland. Undersøgelsen omfatter 17 kroniske sygdomme, der antages hver især at bidrage væsentligt til sygdomsbyrden i befolkningen.

På diabetes -, lunge – og hjerteområdet findes der samtidig relativt veldefinerede kliniske mål for behandlingen, som gør, at kvaliteten af indsatsen kan måles løbende. Det bør desuden nævnes, at både WHO og regeringen anbefaler at diabetes -, lunge – og hjerteområderne prioriteres i indsatsen mod kroniske sygdomme (Regeringen 2002; WHO 2005).

Det foreslås, at arbejdet med at beskrive kronikerprogrammer startes forskudt, således at erfaringer fra foregående processer løbende kommunikeres til følgende kronikerarbejdsgrupper. I denne sammenhæng vil det være hensigtsmæssigt at Region Midtjylland starter med at formulere et kronikerprogram for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), bl.a. fordi man i det tidligere Vejle Amt har udarbejdet et kronikerprogram for KOL i 2006. Dette program indeholder alle komponenter, som indgår i det foreløbige arbejde fra Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedr. generisk model for kronikerprogrammer. Desuden forventes det, at Sundhedsstyrelsen i løbet af foråret publicerer et konkret kronikerprogram for diabetes, der ligeledes følger den før omtalte generiske model. Det kan være fornuftigt at afvente denne rapport, inden arbejdet med at beskrive et kronikerprogram for diabetes igangsættes i Region Midtjylland.

Det bør præciseres, at dette ikke er første gang der arbejdes med at beskrive forløbsprogrammer for kroniske sygdomme, og at der i arbejdet med kronikerprogrammer vil blive taget udgangspunkt i eksisterende programmer og erfaringer, hvor dette er hensigtsmæssigt.

### ***Principperne i Sundhedsstyrelsens generiske kronikerprogram***

Beskrivelsen af kronikerprogrammer i Region Midtjylland bør koordineres med Sundhedsstyrelsens arbejde på området. Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedr. generisk model for kronikerprogrammer anbefaler blandt andet, at følgende centrale elementer indgår i forløbsprogrammer for kroniske sygdomme:

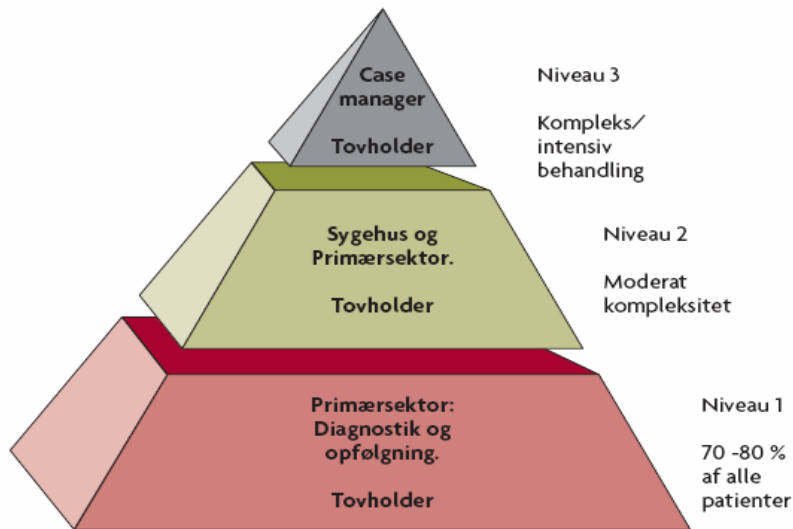
- 1) Fastlæggelse og identificering af forløbsprogrammets patientgruppe (diagnosticering)
- 2) Brug af evidensbaserede kliniske retningslinier
- 3) Graderet indsats
- 4) Opgavefordeling og koordinering af samarbejde
- 5) Monitorering af kvalitet

#### *Graderet indsats: Kronikerpyramiden og risikostratificering*

I kronikerprogrammer indgår en række sundhedsfaglige tilbud, som tilpasses den enkelte patient (såkaldt graderet indsats). Det er væsentligt, at den graderede indsats planlægges under hensyntagen til balancen mellem ressourceeffektivitet og høj evidensbaseret kvalitet. Til planlægning af sådanne graderede indsatser kan stratificering anvendes.

Et centralt aspekt ved både kronikermodellen og kronikerprogrammerne er, at det tilstræbes, at sundhedsvæsenets samlede indsats tilrettelægges på baggrund af befolkningens behov. En sådan populationsorienteret indsats medfører, at den samlede behandling og arbejdsdeling tilrettelægges i forhold til den samlede population af patienter med en given sygdom, og ikke blot i forhold til de patienter, der kommer i kontakt med den enkelte afdeling/sundhedsaktør. En populationsorienteret tilgang kan beskrives ved hjælp af den såkaldte kronikerpyramide (se nedenstående figur).

**Figur 1:** Kronikerpyramiden



Ideen er, at man på baggrund af et registerbaseret kendskab til alle med den pågældende lidelse i en befolkningsgruppe, eksempelvis en region, kan stratificere patientpopulationen i tre overordnede grupper med tiltagende sygdomsintensitet, for derved at beskrive disse gruppers særlige behov for indsats.

Konkret muliggør denne tilgang, at patientens behov gennem hele forløbet kan beskrives. Herved forenes et sigte på den samlede population med en given sygdom med ønsket om en indsats, der tilgodeser den enkelte patient.

Stratificering som det angives i pyramiden kan lægges til grund for en konkret vurdering af, om behandling og kontrol skal finde sted i primærsektoren eller i hospitalsvæsenet, og om der er behov for særlig tæt opfølgning.

De forskellige lag kan beskrives således:

- En stor del af alle patienter vil på et givent tidspunkt tilhøre en gruppe, hvor egenomsorg, behandling og kontrol i almen praksis vil opfylde patienternes behov.
- Mellemgruppen består fx af patienter, hvor der er behov for en øget behandlingsindsats samt en øget indsats i form af motivering af patienten til intensiverede livsstilsændringer, øget kontrol af blodprøver med regulering af den medicinske behandling, indsats fra særligt uddannede sygeplejersker, fysioterapeuter, farmaceuter, psykologer samt inddragelse af rådgivning fra speciallæger.
- Den sidste gruppe patienter er dem, der har højest risiko for komplikationer eller svigtende behandling. Gruppen har behov for en særlig intensiv og kompleks indsats bl.a. fra speciallæge. En *case manager* følger samtidigt patientens behandlingsforløb for at sikre, at den sker efter fastlagte planer og aftaler. Der samarbejdes samtidigt tæt med den praktiserende læge.

Det er væsentligt at bemærke, at stratificeringen af patientpopulationen er dynamisk og at incitamentsstrukturen er rettet mod at placere patienten i det laveste niveau i kronikerpyramiden, således at den rette behandling varetages på det lavest effektive omsorgs niveau. Derfor skal et kronikerprogram heller ikke nødvendigvis forstås som en 'rute' hvor patienten transporteres fra A til B, men som et program der beskriver hensigtsmæssige behandlingsforløb, alt efter hvor i pyramiden den pågældende patient befinder sig.

Både den overordnede kronikermodel og de mere specifikke kronikerprogrammer illustrerer, at der er en række faktorer, der har afgørende betydning for forløbet af kroniske sygdomme. Det er centralt, at indsatsen målrettes tilstandens kompleksitet, hvorfor det er nødvendigt, at indsatsen foregår på alle niveauer af sundhedsvæsenet, herunder kommunerne, samt at der samarbejdes og koordineres på tværs af disse.

### **Eksempel på et konkret kronikerprogram: KOL-program Vejle Amt**

Kronikerprogrammet for KOL, udarbejdet af programledelsen i Vejle Amt i 2006, indeholder alle komponenter som indgår i det foreløbige arbejde fra Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedr. generisk model for kronikerprogrammer. Erfaringerne med KOL-programmet kan også lette igangsætningen af arbejdet med kronikerprogrammer i Region Midtjylland og bør derfor indgå i det videre arbejde.

Programledelsen for KOL i Vejle Amt har brugt kronikermodellen som ramme for sit arbejde, da denne model i praksis har vist sig at kunne rumme såvel konkretisering af den nødvendige ændrede rollefordeling som det samlede paradigmeskift i relation til sundhedsvæsnets håndtering af patienter med kroniske sygdomme.

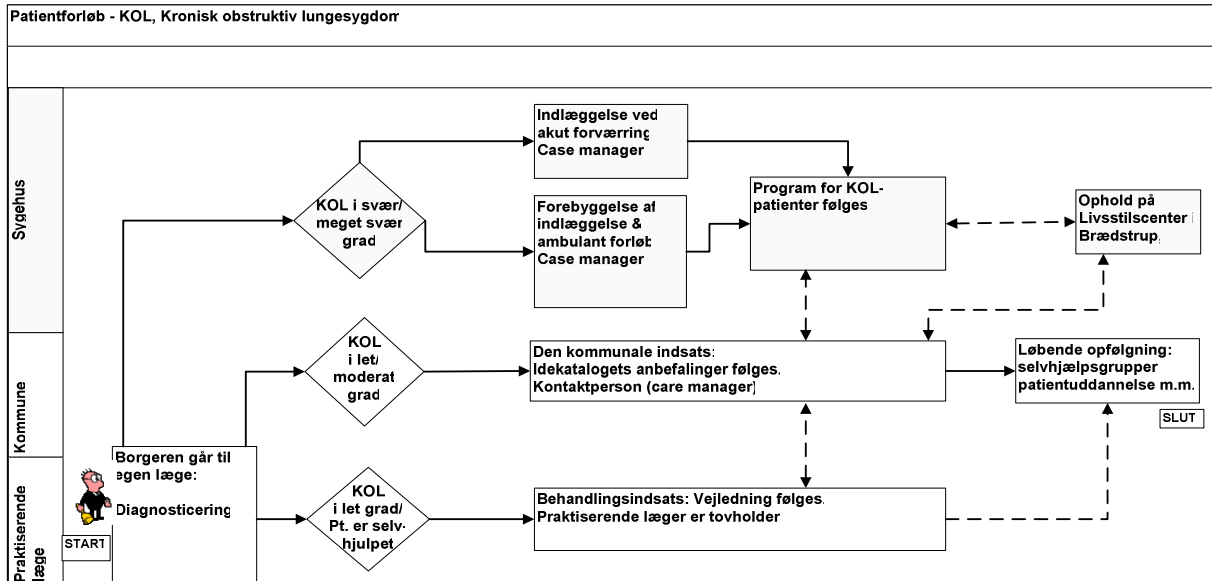
Ved hjælp af en række kliniske retningslinier, beskrevet i kronikerprogrammet, stratificeres patienten i tre overordnede grupper med tiltagende sygdomsintensitet eller kompleksitet. Ud fra dette har KOL-programledelsen anskueliggjort rolle og ansvarsfordeling for indsatsen. Målet er at sikre optimal behandling af patienten. Det vil bl.a. medføre, at det sikres, at behandlingen foregår det rigtige sted – hos lægen, på hospitalet eller i kommunalt regi.

Den praktiserende læge håndterer opsporing, diagnosticering og behandling af KOL-patienter. Det skal ske i et tæt samarbejde med kommunen, som tager sig af rehabiliteringsindsatsen for borgere med KOL i let til moderat grad. Hospitalet beskæftiger sig med behandling og rehabilitering af patienter med KOL i svær og meget svær grad, samt patienter med akut forværring, der kræver indlæggelse.

Med nationale og internationale retningslinier og best practice som referenceramme har KOL programledelsen i 2006 derfor udarbejdet følgende publikationer:

- 1) Program for KOL-patienter, der indlægges med akut forværring, samt program for forebyggelse af akut indlæggelse og ambulant behandling.
- 2) Idekatalog til kommunernes indsats for borgere med KOL i let til moderat grad
- 3) Vejledning til de praktiserende læger om diagnosticering, behandling og rehabilitering af patienter med KOL.

Håndtering af hele patientforløbet er således dækket af anbefalingerne:



Alle publikationer fra KOL-programmet kan findes på [www.kol-programledelse.dk](http://www.kol-programledelse.dk)

### **Forslag til sammensætning af kronikerarbejdsgrupper**

Til at formulere og følge implementeringen af kronikerprogrammerne foreslås nedsat en arbejdsgruppe for hvert af de valgte sygdomsområder. Til at begynde med, foreslås derfor nedsat 3 sådanne arbejdsgrupper på henholdsvis diabetes -, lunge - og hjerteområdet.

Følges Sundhedsstyrelsens foreløbige definition af et kronikerprogram, skal et program beskrive den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats for en given kronisk sygdom, der sikrer anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordelingen, samt koordinering og kommunikation mellem alle de involverede parter.

Kronikerprogrammet skal ligeledes sigte på at opnå en høj kvalitet af indsatsen i hele forløbet og en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse. Der lægges vægt på en systematisk proaktiv indsats, der forebygger progression af sygdom, akutte episoder og komplikationer, og som har indbygget løbende monitorering af kvaliteten i forløbet.

Medlemmerne af arbejdsgruppen skal samlet set kunne varetage disse opgaver.

Det betyder for det første, at der skal være forskellige faglige kompetencer i gruppen, så det tværfaglige perspektiv kan imødekommes. De vigtigste sundhedsprofessionelle grupper, der indgår i behandling og/eller rehabiliteringen, skal derfor være i gruppen. Det kan f.eks. være læger, sygeplejersker og terapeuter. For at sikre en proaktiv indsats er det vigtigt, at det sikres, at der er viden om (patientrettet) forebyggelse i gruppen. Der bør også være medlemmer med administrativ baggrund, som bl.a. kan være med til at vurdere økonomiske, organisatoriske og kapacitetsmæssige konsekvenser i forbindelse med de enkelte forslag.

Det er væsentligt, at der er medlemmer fra de forskellige sektorer, der indgår i behandling og rehabilitering på det givne sygdomsområde. Det vil sige, at der skal være medlemmer både fra kommunerne, praksissektoren og hospitalerne, der har viden om behandling og/eller rehabilitering på dette område. Det er også hensigtsmæssigt, at administrative medarbejdere fra både region og kommuner er repræsenteret i gruppen.

Det er vigtigt, at nogle af medlemmerne i gruppen har omfattende viden om evidensen bag de forskellige behandlings- og rehabiliteringsindsatser og viden om kvalitet og mulighederne for at måle kvaliteten på området.

Der har flere steder i de amter, der indgår i Region Midtjylland, været arbejdet med beskrivelse af patientforløb/patientforløbsprogrammer. I forbindelse med dette arbejde har implementeringen været en akilleshæl. Derfor foreslås det, at der i sammensætningen af gruppen tages hensyn til opbakningen bag programmet og derfor at væsentlige faglige interesser har mulighed for at deltage i arbejdet. På den baggrund foreslås det bl.a., at det/de relevante speciale-råd selv udpeger et eller flere medlemmer til gruppen. Det kan også være hensigtsmæssigt, at andre faglige grupper, som er væsentlige for opbakningen bag programmet, har mulighed for at følge eller deltage i arbejdet.

For at fremme implementeringen af kronikerprogrammet bør relevante nøgleledere ligeledes indgå i kronikerarbejdsgruppen. Disse ledere kan holdes ansvarlige for implementeringen af kronikerprogrammet inden for deres eget område, blandt andet ved at der udarbejdes en implementeringsplan der kan monitoreres.

Det foreslås, at patienter eller patientrepræsentanter ikke deltager direkte i arbejdsgruppen. Det er dog meget vigtigt, at patientperspektivet inddrages i formulering og implementering af programmerne. Dette skal sikres på anden vis f.eks gennem fokusgruppeinterview og særlige møder.

De enkelte arbejdsgrupper kan blive meget store. I KOL-programmet fra Vejle indgår 22 personer i arbejdsgruppen. Det foreslås derfor, at der udpeges et formandskab bestående af et medlem, som kommer fra en kommune, et medlem fra praksissektoren (praksiskoordinator?) og et medlem fra hospitalerne. Region Midtjylland udpeger en primært ansvarlig blandt formandsskabet, som er ansvarlig for processen, og som det øvrige ledelsessystem kan kontakte i tilfælde af behov herfor. Denne primært ansvarlige skal dog varetage dette primære ansvar i fællesskab med de to øvrige i formandsskabet.

Det foreslås også, at der under arbejdsgruppen nedsættes en række undergrupper til konkrete opgaver – fx til beskrivelse af kliniske retningslinier (klinisk info) til henholdsvis almen praksis og hospitalsafdelinger samt en undergruppe til at beskrive forslagene til de kommunale tilbud. Det foreslås, at der i de enkelte undergrupper også indgår et medlem fra formandskabet af hensyn til den samlede koordinering.

Regionalt Sundhedssamarbejde, Folkesundhed og kronikerindsats varetager sekretariatsbetjeningen af arbejdsgrupperne.

Forud for igangsætning af den enkelte kronikerarbejdsgruppe orienteres den administrative styregruppe og den strategiske sundhedsledelseskreds om den konkrete sammensætning af gruppen (får tilsendt en liste over medlemmerne), som de to foraer eventuelt kan reagere på, så processen bliver så gennemsigtig som mulig, og så alle vigtige aspekter kan belyses. Det anbefales, at kronikerprogrammets arbejdsgruppe løbende rapporterer til strategisk sundhedsledelsesforum og den administrative styregruppe. Det foreslås ligeledes, at beskrivelserne af de enkelte kronikerprogrammer forelægges henholdsvis strategisk sundhedsledelsesforum, den administrative styregruppe samt sundhedskoordinationsudvalget.

## **Referencer**

Center for folkesundhed (2006). Hvordan har du det? Sundhedsprofil for region og kommuner, Region Midtjylland.

Regeringen (2002). Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010.

Sundhedsstyrelsen (2005). Kronisk sygdom: patient sundhedsvæsen og samfund.

WHO (2005). Preventing chronic diseases. A vital investment: WHO global report.