

Perspektiver for den forstærkede indsats for patienter med kronisk sygdom

1. Introduktion

I dette notat angiver Sundhedsstyrelsens Styregruppe for kronisk sygdom sine anbefalinger for den fortsatte indsats for patienter med kronisk sygdom i Danmark og peger på perspektiver og strategisk vigtige indsatsområder med henblik på konsolidering og videreudvikling i forlængelse af den forstærkede indsats for patienter med kronisk sygdom fra 2010-12.

Perspektiveringen følger op på indsatser for mennesker med kronisk sygdom generelt og er ikke begrænset til den nationalt initierede indsats i den forgangne periode.

Notatet er udarbejdet på baggrund af drøftelser i Sundhedsstyrelsens Referencegruppe for kronisk sygdom og Styregruppen for kronisk sygdom.

Det konkrete afsæt er, at Sundhedsstyrelsen på opdrag af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har haft til opgave at foretage en slutevaluering af den forstærkede indsats. Målgruppen for notatet er derudover beslutningstagere og planlæggere i kommuner og regioner.

Indledende opsummeres nogle initiativer som led i den forstærkede indsats (se også et separat notat fra Sundhedsstyrelsen, der supplerer de enkelte projekters rapporteringer). Mange af disse initiativer har bestået i konceptudvikling, metodeafprøvning og organisationsudvikling, der fortsættes uændret, udbredes eller videreudvikles.

2. Den forstærkede indsats

Borgere med kroniske sygdomme¹ har i deres kontakter med sundhedsvæsenet brug for et sammenhængende, koordineret forløb på tværs af faggrupper og sektorer. Der skal samtidig lægges vægt på borgernes muligheder for selv aktivt at tage del i behandlingen af sygdommene i bredeste forstand (forebyggelsen, behandlingen og rehabiliteringen) i tæt samarbejde med det sundhedsfaglige personale og øvrige fagpersoner.

Med kommunalreformen er disse muligheder blevet styrket. Det betyder, at indsatserne i stigende grad kan leveres tæt på borgeren, i det borgernære sundhedsvæsen. Opgaveflytninger og udbygning af sundhedstilbuddene medfører et behov for at kvalitetsudvikle de enkelte indsatser og et tættere samarbejde på tværs af fag og sektorer.

¹ Ved kroniske sygdomme forstås jf. Den Store Danske Ordbog sygdomme, der har et langvarigt forløb eller er konstant tilbagevendende. Definitionen skal afgrænses nærmere i forhold til det konkrete anvendelsesområde.

Dette aspekt intensiveres af, at der i takt med befolkningens stigende levealder ses en øget forekomst af kroniske sygdomme. Dette til trods for, at ældregenerationen har et bedre helbred og er mindre nedslidte end tidligere generationer². Uagtet denne udvikling er der ligeledes unge med kronisk sygdom.

Med økonomaftalerne for 2009 og 2010 blev der på den baggrund afsat en pulje på i alt 590 millioner kroner til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom. Midlerne var afsat til udvikling og gennemførelse af forløbsprogrammer for kronisk sygdom samt til patientundervisning og fremme af egenbehandling for patienter med kronisk sygdom.

Formålet var at forberede og bidrage til omstilling i strukturer og organisationer, som udviklingen i befolkningens sundhedstilstand kræver.

Puljerne udmøntedes på baggrund af ansøgninger fra hver enkelt region og kommune. Ingen af de regionale midler kunne søges direkte af almen praksis, men de kunne inddrages i konkrete projekter.

Alle kommuner og regioner ansøgte de respektive puljer og fik bevilliget midler til at opstarte projekter til gennemførelse i perioden 1. januar 2010-31. december 2012. Udmøntningstidspunktet tæt på årsskiftet betød dog, at en del projekter først blev initieret i løbet af de første måneder af 2010.



2.1. Sundhedsstyrelsens projekter

Sundhedsstyrelsen har i perioden gennemført flere projekter som led i den forstærkede indsats mhp. at understøtte den fortsatte udvikling generelt i Danmark. Alle projekter er gennemført med lokal involvering, og det ventes, at projektleverancerne inddrages i den lokale udvikling i den kommende tid, således at der trækkes i samme retning.

Den opdaterede og videreudviklede version af **den generiske model for forløbsprogrammer** er baseret på de første erfaringer fra national, regional og kommunal side med implementering af forløbsprogrammer for henholdsvis diabetes, KOL, hjerte-karsygdom og muskel-skeletsygdom. Det har ført til en version med et bredere sundheds- og forløbsbegreb, der rækker ind til social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet. Videreudviklingen har også ført til en mere eksplicit ligestilling af somatisk og psykisk sygdom.

Endvidere er der tilføjet moduler, der supplerer og uddyber udvalgte temaer i den generiske model. Formålet er at vejlede og inspirere til, hvad der kan overvejes i forbindelse med udarbejdelsen af nye eller tilretning af eksisterende forløbsprogrammer. Modulerne omhandler emner som børn og unge, multisygdom, sårbare patienter, tidlig opsporing, rehabilitering og palliation samt stratificering og forløbskoordinering.

Derudover har Sundhedsstyrelsen i samme tidsrum – men ikke i regi af den forstærkede indsats – udarbejdet forløbsprogrammer for rehabilitering af børn og voksne med erhvervet hjerneskade samt forløbsprogramdelen om rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft.

² Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark - analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen, 2005. og udvalgte registre, Sundhedsstyrelsen 2010.

Udgivelsen om **kvalitetssikring af patientuddannelse** understøtter, at der skal arbejdes systematisk med udvikling af patientuddannelsesprogrammer og kvalitetssikring heraf. Publikationen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens MTV om patientuddannelse fra 2009 og er udarbejdet på baggrund af en række ERFA-møder og workshops med deltagelse af både kommunale og regionale aktører samt forskningsmiljøer.

Tilbud om patientuddannelse kan understøtte borgere med kronisk sygdoms handlekompetence og evne til at kunne mestre livet med kronisk(e) sygdom(me). Anbefalingerne og kravene til kvalitetssikring muliggør, at der lokalt og nationalt bliver mulighed for at følge udviklingen tættere. Her peges også på behovet for viden om virkningsmekanismer, rekruttering og fastholdelse af målgrupperne samt udvikling af monitorering.

Anbefalinger om udbredelse af **egenbehandling ved kronisk sygdom som behandlingsprincip** i regioner og kommuner skal understøtte, at flere borgere/patienter efterhånden kan omfattes. Nogle centrale forudsætninger og anbefalinger fremhæves hertil. Som et eksempel på egenbehandling indeholder rapporten en nærmere beskrivelse af selvstyret antikoagulationsbehandling og en nærmere gennemgang af de økonomiske konsekvenser af egenbehandling ved kroniske sygdomme. I tilslutning til arbejdet gennemførtes en kvalitativ undersøgelse af holdninger blandt læger og sygeplejersker til kronisk syge patienters egenbehandling og selvmonitorering.

Udvikling af en **national model for monitorering af kronisk sygdom**. Første opgørelse blev offentliggjort i december 2011 og anden opgørelse i juni 2013 baseret på en algoritme udviklet i samarbejde med den daværende Lægemiddelstyrelse, eksperter fra regioner og almen praksis samt Sundhedsstyrelsens Styregruppe for kronisk sygdom og Referencegruppen for kronisk sygdom i 2011.

Modellen anvender eksisterende registreringer i sundhedsvæsenets nationale registre og skal identificere populationen af personer med kronisk sygdom og opgøre indikatorer på den baggrund. Formålet er således at få et estimat for store patientgruppers behov for sundhedsvæsenets ydelser, dvs. på populations- og ikke individuelt niveau. Fra 2012 overgik ansvaret for monitoreringsmodellen til Statens Serum Institut, som i øjeblikket er i gang med at etablere et egentligt register over udvalgte kroniske sygdomme.

Med henblik på at sammenfatte viden, erfaringer og resultater af de mange puljeprojekter har Implement Consulting Group for Sundhedsstyrelsen i løbet af 2012 gennemført en **tematisk evaluering af den forstærkede indsats for mennesker med kronisk sygdom**. Temaerne blev udvalgt i samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, Sundhedsstyrelsens Styregruppe for kronisk sygdom og Sundhedsstyrelsens Referencegruppe for kronisk sygdom og omhandler stratificering, forløbskoordinering, multisygdom, implementering, patient – og pårørendeinddragelse, samarbejdsmodeller og – aftaler samt udbredelse af telemedicinsk understøttet egenbehandling.

Den tematiske evaluering ser på denne måde på tværs af puljep projekterne, der faldt inden for temaerne. I evalueringen fremhæves behovet for mere systematik i forhold til at fastsætte mål – også procesmål for at kunne følge arbejde systematisk. Enkelte temaer uddybes her, som er særligt relevante at arbejde videre med i de kommende år.

Således viser evalueringen, at der arbejdes med stratificering men, at begrebet anvendes forskelligt og nogle gange synonymt med visitation og henvisning. Der er gode erfaringer med to populations-baserede modeller, som hver især har deres styrker, og som fremadrettet eventuelt bør kombineres. Der kan ikke på denne baggrund vises, at disse stratificeringsmodeller bidrager til at optimere res-

source- og kapacitetsudnyttelse, men det kan heller ikke konkluderes, at populationsbaserede stratificeringsmodeller ikke vil kunne dette, hvis de blev udviklet og fulgt nærmere.

Evalueringen peger også på, at der på forskellig vis opnået erfaringer med forløbskoordinering. Udover at der er konkrete erfaringer at bygge videre på fra nærværende satsning, illustrerer evalueringen, at der er behov for en præcis kommunikationen i forhold til, hvilken form for forløbskoordinering, der er tale om, herunder at forløbskoordinatorfunktionen adskiller sig fra tovholderfunktionen, hvor formålet er at sikre fokus på en systematisk, koordinerende og proaktiv indsats.

Den tematiske evaluering viser også, at der arbejdes med patientinddragelse, men at det er meget uklart, hvordan dette forstås og gøres i praksis. Det vurderes således at være et område, der bør beskrives nærmere.

Endelig bemærkes det i den tematiske evaluering, at puljeprojekterne angives ikke at være designet til evaluering af økonomi og omkostningseffektivitet.

2.2. Regioner og kommuners projekter

De enkelte regioner og kommuner bag puljeprojekterne ansøgte oprindeligt på baggrund af individuelle projektbeskrivelser, hvor nogle byggede videre på tidligere lokale initiativer, mens andre snarere var en start fra bunden. Tilsvarende er projekterne efter afslutningen af perioden for den forstærkede indsats ophørt i projektform og fortsættes enten i drift eller er afsluttet efter at have bidraget med viden og erfaring. Det sidste kan der ses mere om i de respektive projektafreporteringer og evalueringer.

Størstedelen af projekterne hænger nøje sammen med regionernes og kommunernes egne øvrige tiltag i forhold til kronisk sygdom, og relativt mange udgør et grundlag for den videre drift.

Der er implementeret **forløbsprogrammer** for borgere med KOL, diabetes og hjerte-karsygdom i alle regioner (efter den første version af den generiske model for forløbsprogrammer), og en stor del af de kommunale puljeprojekter omfatter en tilsvarende implementering af rehabiliteringsforløb.³ Et generelt skøn for disse programmers vedkommende medio 2012 var, at indsatserne på daværende tidspunkt var etableret på sygehuse, i kommuner og almen praksis i et omfang af omkring ¾ af det planlagte om end rekrutteringen af patienter ikke var fuldstændig.⁴ Udover ovennævnte er der i flere regioner udarbejdet forløbsprogrammer for lænde-rygsygdomme, demens og skizofreni. Flere evalueringer understreger betydningen af gensidigt kendskab til og opbygning af tillid/respekt gennem fælles projekter/fælles skolebænk.

I forbindelse med udarbejdelsen og implementeringen af forløbsprogrammerne har der også været udtrykt bekymring for, om programmerne har den forventede effekt, herunder om de kommer til at medvirke til at øge uligheden og begrænse mulighederne for tidlig opsporing af andre kroniske sygdomme.

Der er i mange regioner og kommuner arbejdet med **kompetenceudvikling** på området, hvor fælles skolebænk har været et af omdrejningspunkterne.

³ Notat: Sammenfatning af slutrapporteringer på puljeprojekterne under den styrkede indsats for patienter med kronisk sygdom 2010-2012, Sundhedsstyrelsen 2014

⁴ 'Status på forløbsprogrammer i Danmark medio 2012', Sundhedsstyrelsen 2012

Et af de områder der i den forbindelse har været arbejdet meget systematisk med overalt i landet er sundhedspædagogik/læring og mestring i **patientuddannelsen**. Det giver en række kompetencer til anvendelse i mødet med borgeren/patienter og kan have stor indflydelse på forløbet.

Det er vurderingen, at den forstærkede indsats reelt har bidraget til, at der generelt og på tværs af landet er en positiv udvikling i gang i indsatserne for mennesker med kronisk sygdom, som formålet med den forstærkede indsats var.

Tildelingen af midler gennem puljekonstruktionen og enkeltvis projektansøgninger fra landets regioner og kommuner har især tilgodeset lokale forhold. Fremadrettet vil der dog være grobund for mere centrale satsninger på området, for dermed at styrke muligheden for at foretage velunderbyggede evalueringer på et solidt patientunderlag.

En generelt tættere involvering af almen praksis i planlægningen ville også have styrket indsatsen.

Udover projekter, der er finansieret via puljemidlerne til den forstærkede indsats, er der sideløbende i perioden også igangsat andre væsentlige tiltag, der fokuserer på at styrke samarbejdet på tværs af sektorer. Det drejer sig fx om implementering af fælles kommunikationsstandarder og projekter om multisygdom og ulighed i sundhed. Andre gennemgående emner i regionernes øvrige tiltag er brugerinddragelse, patientuddannelse og egenomsorg.

3. Tiltag i andre regi, der understøtter indsatsen for kronisk sygdom

En lang række igangværende tiltag understøtter det fortsatte arbejde med kronisk sygdom.

Det gælder fx **udmøntningsplanen for den ældre medicinske patient**, hvor resultaterne af de forskellige initiativer på flere områder understøtter indsatsen for borgere med kronisk sygdom. Det gælder fx både de værktøjer, der er udviklet til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat funktionsevne og undervægt/vægttab – med fokus på hjemmet og frontpersonalet i kommunerne. Det gælder også ”Det Fælles Medicinkort” og beslutningsstøtte i forbindelse hermed, som vil kunne medvirke til at kvalitetssikre den medicinske behandling, og forebygge over- og fejlbehandling. Udviklings- og kvalitetsarbejdet samt evalueringen i forbindelse med fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner, vil også kunne hjælpe de mere komplekse sygdomstilfælde og sårbare og på anden vis udsatte borgere med kronisk sygdom. Evalueringen af dette initiativ vil kunne give mere viden om, hvilke modeller der virker og hvorfor og være med til at sikre, at der også sker en dokumenteret udvikling og videndeling på dette område.

Ved **opfølgningen på evalueringen af kommunalreformen** har der været fokus på styrkelse af sundhedsaftalerne og en øget faglighed i genoptrænings- og rehabiliteringsindsatsen, herunder også snitflader til den sygdomsspecifikke rehabilitering. I den forbindelse er der fokus på både udvikling af redskaber, retningslinjer for visitation og fælles sundhedsfaglige kvalitetskriterier. Her især med udgangspunkt i hjerneskadeområdet men alt i alt for mennesker med omfattende og komplekse rehabiliteringsbehov.

Med den nye fælles **digitaliseringsstrategi** ønsker Regeringen, kommuner og regioner at sætte endnu mere fart på at anvende digitalisering til at forny den offentlige sektor og gøre den mere effektiv. Blandt andet er visionen at bruge velfærdsteknologi til at flytte behandlingen af fx kronisk syge ud af hospitalerne og ind i eget hjem samt at engagere patienterne i deres egen behandling.

Tredje generation af sundhedsaftaler. Den kommende generation af sundhedsaftaler understøtter i højere grad end tidligere ønsket om større grad af ensartethed kommuner og region imellem, da der fremover kun udarbejdes én sundhedsaftale i hver region. Sundhedsaftalen skal understøtte samarbejdet omkring og udviklingen af borgernære sundhedstilbud. I den forbindelse skal der arbejdes for et større og mere integreret samarbejde mellem almen praksis og kommunale tilbud, og generelt skal der tilstræbes større sammenhæng for patienter, som har samtidige forløb i flere sektorer, herunder patienter med kronisk sygdom⁵.

Praksisplanen for almen praksis, der skal udarbejdes i henhold til sundhedslovens § 206 a, bliver endvidere et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj imellem region, kommune og almen praksis. Praksisplanen beskriver, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernet. Praksisplanen vedrører således både den fysiske planlægning og den indholdsmæssige del fx i relation til samarbejdet omkring borgere med kronisk sygdom⁶.

Regeringens sundhedspolitiske udspil og økonomiaftalerne med regioner og kommune har blandt andet fokus på den kommunale patientrettede forebyggelsesindsats og vil styrke fagligheden i den kommunale sygepleje, herunder styrke kompetencerne hos frontpersonalet. Fokus er endvidere på ensartethed i de kommunale sundhedstilbud og på, at en forbedret incitamentsstruktur kunne understøtte kvalitet og sammenhængende patientforløb.

Som en del af regeringens sundhedspolitiske udspil er der endvidere afsat 20 mio. kr. til udarbejdelse af en national strategi for patient- og pårørendeinddragelse. Strategien vil understøtte, at der arbejdes mere målrettet og systematisk med, hvordan borgernes, herunder patienter og pårørendes ønsker og behov i højere grad inddrages og får indflydelse på såvel egen sundhed og sygdom, som sundhedsvæsenets udvikling generelt. Ændringen af sundhedsloven i 2013 betyder også, at der skal nedsættes **patientinddragelsesudvalg** med repræsentanter fra patientorganisationerne i alle regioner.

Flere initiativer pågår med henblik på at imødegå **ulighed i sundhed** – det gælder lighedsnetværk og en kommende strategi i regi af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt en række udgivelser fra blandt andre Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, universiteter og andre forskningsmiljøer.

4. Perspektivering

De mange igangsatte tiltag i de seneste år har bidraget til, at sundhedsvæsenet i dag har et bedre udgangspunkt end tidligere for at varetage de offentlige opgaver i relation til forebyggelse, behandling og rehabilitering af mennesker med kronisk sygdom. Det er dog et område, der kræver fortsat fokus og udvikling, og der er behov for at fastholde og udbrede det igangsatte samt understøtte den videre udvikling.

En del af arbejdet med at fastholde og udbrede de igangsatte tiltag handler om at udvide antallet af aktører (fx sygehusafdelinger, sundhedscentre og almen praksis), så de bliver dækkende inden for et geografisk område. Det handler også om at øge borgernes rekruttering til og gennemførelse af indsatser, der vurderes relevante for målgruppen, men hvor potentialet endnu ikke udnyttes. Det gælder i den forbindelse også mulighederne for at henvise til tilbud på tværs af sektorer.

⁵ Vejledning nr. 9005 af 20. december 2013 om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

⁶ Vejledning og principper for udarbejdelse af praksisplaner for almen praksis, Sundhedsstyrelsen 2013

For flere af nævnte indsatsers vedkommende vil det endvidere fortsat være vigtigt at se på effekter og evidens for at kunne pege på de indsatser, der virker bedre end andre

Nogle af Sundhedsstyrelsens projektleverancer fra den forstærkede indsats skal integreres i lokale aktiviteter og tiltag. Det gælder den videreudviklede version af den generiske model for forløbsprogrammer, kvalitetssikring af patientuddannelse og egenbehandling ved kronisk sygdom. Derudover er det vigtigt at forholde sig til de udfordringer, der har været fremført omkring forløbsprogrammer og tage højde for de begrænsninger, som disse måtte have. Det gælder fx i forhold til, hvordan forskellige forløbsprogrammer kan tænkes sammen på et organisatorisk niveau og i konkrete forløb for borgere med multisygdom.

For at kvalificere og prioritere kommende udviklingstiltag og implementeringer er der brug for viden om muligheder og resultater, der belyser sundhedsfaglige, brugeroplevede og organisatoriske aspekter inkl. omkostningseffektivitet. Det kan tilvejebringes gennem større systematiske evalueringer eller forskningsprojekter. Nyttiggørelsen forudsætter videndeling mellem aktørerne – forskning og praksis – og i regi af regioner, kommuner og praksisområdet.

Monitorering af aktiviteter og resultater kan ligeledes anvendes som grundlag for løbende justering af den aktuelle praksis og inspirere til udviklingstiltag. Monitoreringsbehovene og -mulighederne er større lokalt end nationalt. Men der bør ske en mere ensartet monitorering af sundhedsfaglige indsatser og ydelser, der gør det muligt at følge op på kvaliteten i relation til kronisk sygdom omfattende hele sundhedsvæsenet og gerne koblet til data fra beslægtede sektorer. Statens Serum Instituts kommende register for udvalgte kroniske sygdomme vil give nye muligheder også for lokal anvendelse.

4.1 Fokusområder for den fremadrettede indsats

Konkret bør der særligt arbejdes videre med følgende:

- At understøtte **implementering og konsolidering af forløbsprogrammer i regioner, kommuner og almen praksis**. Der arbejdes allerede med dette område, hvor det er en del af kvalitetsudviklingsarbejdet. Der er fortsat puljeprojekter, der har dette fokus, og som det er vigtigt at følge resultaterne af.
- At videreudvikle metoder til **stratificering** og følge disse tæt i praksis med henblik på at målrette og optimere indsatsen. Det drejer sig om populationsbaseret stratificering, der giver mulighed for at analysere og beskrive en population i henhold til viden om volumen, hyppighed, diagnose/sygdommens kompleksitet, egenomsorgsevne, sociale forhold mv. Der bør indgå registeropgørelser og forskningsbaseret viden om målgruppen samt praktiske erfaringer med målgruppen. Derudfra bør der aftales opgavefordeling og justeres i kapacitets- og kompetenceopbygningen. Stratificeringerne følges over tid med henblik på at vurdere, hvorvidt de relevante patienter henvises til de relevante tilbud.
- At kvalitetssikre **patientuddannelsesprogrammer**. Flere regioner har udviklet monitoreringsmodeller og udvalgt indikatorer. I den forbindelse er det vigtigt at arbejde hen imod en mere ensartet monitorering på tværs af landet. Patientuddannelse er fortsat en teknologi, der bruges mange ressourcer på, og hvor der er et klart behov for at få mere forskningsbaseret viden om effekterne, og hvordan de bedst monitoreres. Endvidere mere viden om og erfaring med, hvordan de ønskede målgrupper rekrutteres og fastholdes, samt hvordan resultater opretholdes.

- At kvalitetssikre **forløbskoordinering** og derved skabe større sammenhæng i indsatsen. Multisygdom bør også indtænkes som indikator for behov for individuel forløbskoordinering. Der er fortsat behov for, at resultater kan dokumenteres også i et forskningsbaseret design, ligesom resultaterne fra evalueringen af den fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktion fra satspuljen om den ældre medicinske patient, der igangsættes i november 2013, bør følges tæt.
- At udbrede erfaringer med og implementere metoder til **borger/patient- og pårørendeinddragelse** på organisatorisk og individuelt niveau. Borgerperspektivet skal inddrages, når sundhedsvæsenets indsatser til mennesker med kronisk sygdom planlægges for at øge kvaliteten. Tilsvarende gælder den enkelte borgers og pårørendes aktive medvirken i eget forløb. Generelt bør der arbejdes mere systematisk og målrettet med metodeudvikling og anvendelse samt kompetencer hos sundhedsprofessionelle.
- At udbrede anvendelsen af **it-understøttede sundhedstilbud** dels i kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle inden for samme og imellem organisationer og dels mellem borgere og sundhedsprofessionelle. Der findes allerede it-systemer inkl. telesundhed og nationale standarder, som kan udbredes yderligere, og så er der behov for at videreudvikle sundhedsfaglige standarder til den elektroniske kommunikation.

4.2 Organisering af opfølgningen

Sundhedsstyrelsen har besluttet at forlænge Styregruppen for kronisk sygdom til udgangen af 2014 og samtidigt udvide deltagerkredsen med henblik på at styrke gruppens faglige og videnskabelige tyngde. Styregruppen vil fungere som et forum til erfaringsudveksling og drøftelse mellem centrale og decentrale sundhedsmyndigheder samt repræsentanter fra forskningsmiljøer med henblik på at følge udviklingen af blandt andet den fortsatte implementering og kvalitetssikring af forløbsprogrammer, patientuddannelse og egenbehandling, der pågår i regioner, kommuner og praksissektor. Samtidig kan styregruppen rådgive Sundhedsstyrelsen med hensyn til udviklingen inden for kronisk sygdom.