

# **EVALUERING AF MÅLRETTET OPSPORING AF MENNESKER MED HØJ RISIKO FOR AT HAVE/UDVIKLE TYPE 2- DIABETES**

Satspuljeprojekt  
Sundhedsstyrelsen

November 2022

# INDHOLDSFORTEGNELSE

1.	Baggrund og formål med evalueringen .....	1
1.1	Baggrund for de tre projekter .....	1
1.2	Formål med evalueringen .....	2
1.3	Sammenfatning af resultater .....	3
2.	Evalueringsaktiviteter .....	5
2.1	Afsæt i projekternes forandringsteorier .....	5
2.2	Datagrundlag .....	5
3.	De tre projekter .....	8
3.1	Københavns Kommune – Måltrettet tidlig opsporing af type 2-diabetes blandt mennesker i høj risiko for at have diabetes i Københavns Kommune.....	8
3.2	Mariagerfjord Kommune – Diabetes-luppen.....	13
3.3	Randers Kommune – Måltrettet opsporing af borgere med høj risiko for at have eller udvikle type 2-diabetes i Randers Kommune .....	17
4.	Tværgående resultater.....	23
5.	Øvrige perspektiver .....	24
6.	Bilag.....	26
6.1	Leicester Diabetes Risk Assessment .....	26
6.2	Litteratur om socioøkonomisk status og type 2-diabetes .....	27

# 1. Baggrund og formål med evalueringen

Der eksisterer en lang række kendte risikofaktorer for udviklingen af type 2-diabetes, herunder blandt andet familiær disposition, ingen eller kort uddannelse, anden etnisk herkomst end dansk, psykisk sygdom og misbrug af alkohol. Der eksisterer således stor social ulighed i forekomsten og behandlingen af type 2-diabetes, ligesom at lav socioøkonomisk status er selvstændigt associeret med en øget risiko for at udvikle eller have type 2-diabetes, øget risiko for sendiabetiske komplikationer og en øget risiko for at dø som følge af type 2-diabetes.

Fysisk inaktivitet og overvægt er nogle af de vigtigste og forebyggelige risikofaktorer til af type 2-diabetes. En forebyggelsesindsats rettet mod risikofaktorerne er derfor afgørende ift. at mindske risikoen for udvikling af-/ eller udsætte debut af type 2-diabetes. Trods den øgede forekomst af type 2-diabetes hos borgere med lav socioøkonomisk status, viser litteraturen (Bilag 6.2. Litteratur om socioøkonomisk status og type 2-diabetes), at den gavnlige effekt af tidlig opsporing, forebyggende indsats samt medicinsk behandling ikke er påvirket af socioøkonomisk status. Borgere med lav socioøkonomisk status har således lige så stor gevinst af indsatser overfor og medicinskbehandling af type 2-diabetes.

For at undgå en social skævvridning i opsporing, diagnosticering og rehabilitering eller behandling af borgere med type 2-diabetes er der behov for en målrettet og systematiseret opsporing mod de borgergrupper, som er i størst risiko, og som ikke af sig selv søger hjælp og vejledning enten via de tilgængelige kommunale tilbud eller via egen læge.

## 1.1 Baggrund for de tre projekter

Diabetes er en af de mest almindeligt forekommende kroniske sygdomme i Danmark med en stødt stigning i antallet af nye tilfælde. Type 2-diabetes er den hyppigste form for diabetes, som bidrager betydeligt til antallet af nye tilfælde. Dog er udviklingen af en kronisk metabolisk sygdom som type 2-diabetes en langsomt fremadskridende proces, som enten kan være asymptomatisk eller med milde symptomer, og den kan derfor være vanskelig at opdage. Som konsekvens heraf vil et ikke ubetydeligt antal danskere have type 2-diabetes uden at vide det, mens et endnu større antal skønnes at have forstadiet til sygdommen (Tabel 1).

Tabel 1. Forekomsten af diabetes i Danmark

Antallet af danskere med diabetes	280.000
Heraf med type 1-diabetes	28.000
Heraf med type 2-diabetes	252.000
Antallet af danskere, som endnu ikke ved, at de har type 2-diabetes	76.000
Antallet af danskere, som skønnes at have forstadiet til type 2-diabetes	360.000

Tal fra Diabetesforeningen, <https://diabetes.dk/forskning/viden-om-diabetes/diabetes-kort-foertal>

Diagnosen type 2-diabetes stilles af en læge ud fra en af følgende tre kriterier:

Påvisning af venøs plasmaglukose  $\geq 11,1$  mmol/l og klassiske symptomer på diabetes som øget vandladning, øget væskeindtag, uforklarligt væggtab eller gentagne infektioner.

Påvisning af faste venøs plasmaglukose  $> 7$  mmol/l eller 2 timers venøs plasmaglukose  $\geq 11,1$  mmol/l efter peroral glukosebelastning.

Påvisning af et forhøjet langtidsblodsukker, HbA1c  $\geq 48$  mmol/mol.

Langtidsblodsukkermålingen, HbA1c, er det diagnostiske kriterie, der anvendes i projekterne.

Med satspuljeaftalen for 2017-2020 ønskes en styrket indsats på diabetesområdet, herunder en styrket kommunal indsats målrettet opsporing af mennesker i høj risiko for at udvikle/have type 2-diabetes i tråd med den nationale diabeteshandlingsplan, som indeholder 12 initiativer, hvoraf initiativ nr. 3 specifikt omhandler lige netop denne problematik.

*Initiativ 3:*

*Der udarbejdes, afprøves og evalueres en model for rettidig og systematisk opsporing i kommunerne af personer med høj risiko for at have eller udvikle type 2-diabetes. Modellen skal udarbejdes, afprøves og evalueres af Sundhedsstyrelsen i samarbejde med relevante aktører, herunder kommunerne og civilsamfund og baseres på tilgængelig viden og erfaringer.*

*Den Nationale Diabeteshandlingsplan, 2017, Sundheds- og Ældreministeriet*

Tidlig opsporing og opfølgende behandling af type 2-diabetes, eller forstadiet hertil, er af afgørende betydning for mulighederne for enten at bremse udviklingen af sygdommen eller opnå en stabil og velreguleret diabetes. Velreguleret diabetes reducerer betydeligt risikoen for morbiditet og mortalitet på længere sigt.

Kommunerne menes at kunne spille en væsentlig større rolle end hidtil på området, da de ofte er i kontakt med borgere i målgruppen gennem andre indsatser på fx sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet. Disse alternative kontekster for sundhedsorienteret opsporing bliver i rapporten benævnt som **arenaer** og repræsenterer en ramme for en allerede eksisterende kontakt til borgeren, hvor målrettet tidlig opsporing kan foregå.

**Ambitionen med projekterne var at belyse, om en målrettet og systematisk screening af borgere i højrisiko for at udvikle/have type 2-diabetes gennem kommunernes øvrige kontakter med borgerne kan bidrage til en tidligere opsporing og enten forebyggende eller behandlende tiltag.**

Sundhedsstyrelsen udbød på ovenstående baggrund satsprojektmidler, hvoraf følgende tre projekter, som fik tildelt midler, blev gennemført:

<b>Københavns Kommune</b>	Målrettet tidlig opsporing af type 2-diabetes blandt mennesker i høj risiko for at have diabetes i Københavns Kommune.
<b>Mariagerfjord Kommune</b>	Diabetes-luppen.
<b>Randers Kommune</b>	Målrettet opsporing af borgere med høj risiko for at have eller udvikle type 2-diabetes i Randers Kommune.

Ud over de tre ovenfor nævnte projekter fik yderligere to projekter, i henholdsvis Lejre og Faaborg-Midtfyn, tildelt puljemidler. Grundet forsinkelse i tildelingen af puljemidlerne og udfordringer med at finde de rette projektlederkompetencer blev begge projekter trukket fra puljen.

## 1.2 Formål med evalueringen

Formålet med evalueringen har været at tilvejebringe information om projekternes målopfyldelse og forudsætningerne herfor samt perspektiver på læring og udbredelsespotentiale i projekterne.

Projekternes hovedfokus har været tidlig og målrettet opsporing af borgere i høj risiko for at have/udvikle type 2-diabetes i kommunale arenaer. Formålet med evalueringen er derfor todelt og berører dels resultaterne af selv projekterne og dels en virkningsevaluering med henblik på evt. udbredelse af indsatsen til andre kommuner.

Således er de tre hovedspørgsmål i evalueringen formuleret som følger:

I hvor høj grad projektkommunerne er kommet i kontakt med målgruppen via de målrettede opsporende indsatser, og om de opsporede borgere faktisk har type 2- diabetes.

I hvor høj grad borgere, som er i høj risiko for at udvikle/have type 2-diabetes efter den afklarende samtale, bliver tilbudt forebyggende eller rehabiliterende indsats, samt hvilken indsats der er tale om.

I hvor høj grad de afprøvede indsatser for målrettet opsporing i projektkommunerne vil kunne udbredes til andre kommuner.

### 1.3 Sammenfatning af resultater

På tværs af de tre projekter har de langvarige restriktioner grundet covid-19 pandemien, begrænset den opsøgende aktivitet i projekterne og dermed opsporing og rekruttering af borgere. Som konsekvens heraf har det været vanskeligt at besvare alle hovedspørgsmål for evalueringen med stor sikkerhed, og således er der ikke et tilstrækkeligt grundlag for at evaluere, i hvor høj grad projektkommunerne i en mere normal situation kommer i kontakt med den relevante målgruppe, eller i hvor høj grad målgruppen reelt kan tilbydes forebyggende eller rehabiliterende tilbud. Derimod kan det konkluderes, at projektkommunerne *kommer* i kontakt med målgruppen, som også *tilbydes* forebyggende eller rehabiliterende indsats. Den læring, der kan udledes fra projekterne, er, hvad der henholdsvis er vellykket, og hvad der er udfordrende i de tre projektkommuners kontaktstrategi og tilbudsdesign. Læring, som med fordel kan overføres og implementeres til opsporingsindsatser i andre kommuner.

Den primære læring, som kan trækkes fra projekterne, er baseret på den kvalitative dataindsamling. Hovedfundene er opsummeret i nedenstående boks og udfoldes kort nedenfor. For uddybning henvises til afsnit 4. Tværgående resultater.

Udsatte borgere er motiverede for tidlig opsporing.

Umiddelbar tilgængelighed af kliniske målinger i forbindelse med opsporing fremmer interesse hos borgerne.

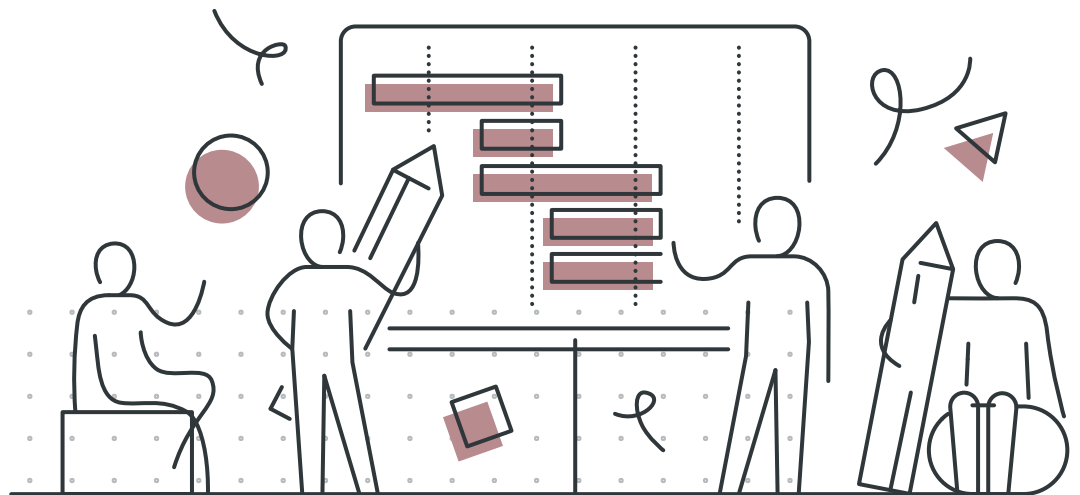
En forudsætning om besøg hos egen læge før tidlig indsats reducerer borgernes motivation betydeligt.

Tidlig opsporing skal følges op af et lettilgængeligt, målrettet tilbud.

Det er vanskeligt for medarbejdere med anden primær funktion at varetage en sundhedsfaglig opgave.

I alle tre projekter er det et gennemgående fund, at **udsatte borgere er motiverede for at indgå i indsatser vedrørende tidlig opsporing** og i vid udstrækning er interesserede og glade for tilbuddet. I to af projekterne har det været muligt at måle HbA1c i forbindelse med sundhedssamtalen og screeningen, og den **umiddelbare tilgængelighed af kliniske målinger i forbindelse med opsporing fremmer interessen hos borgerne**. Fundet hænger i høj grad sammen med det generelle fund fra alle tre projekter - at **besøg hos egen læge reducerer borgernes motivation betydeligt**, da det introducerer en forhindring for videre udredning/behandling, som for udsatte borgere er vanskelig at forcere. Samtidig er projekterfaringerne tydelige, når det kommer til relevansen og nødvendigheden af, at **tidlig opsporing skal følges umiddelbart op af et**

**lettilgængeligt, målrettet tilbud**, medmindre den tidlige opsporing, så at sige skal være forgæves – uden at føre til en tidlig indsats. Et vigtigt fund er ligeledes at **det vanskeligt for medarbejdere med anden primær funktion at skulle varetage en relativt vanskelig sundhedsfaglig opgave**, som kræver specifik viden om diabetes og sundhedspædagogiske kompetencer. Med få nuancer synes det at være gennemgående, at medarbejdernes uddannelsesbaggrund og primære funktion har stor betydning for løftet af en sundhedsfaglig opgave.



## 2. Evalueringsaktiviteter

### 2.1 Afsæt i projekternes forandringsteorier

Evalueringen er designet som en virkningsevaluering med særligt fokus på de hypoteser, der er opstillet for de enkelte projekters virksomme mekanismer og kausale sammenhænge.

Evalueringens ambition er derfor både at belyse, om der er den forventede virkning af indsatserne, samt hvorfor en sådan virkning enten kan observeres eller ikke observeres. Det er med andre ord intentionen med evalueringen af etablere viden, der gør det muligt at anvende erfaringerne fra projekterne i andre kontekster med tilsvarende eller bedre resultater.

Som afsæt for evalueringen gennemførtes derfor indledningsvist møder med hver af projekterne, hvor forandringsteoriene blev gennemgået og skærpet, således at evalueringsaktiviteterne efterfølgende kunne stille skarpt på de grundlæggende antagelser og hypoteser om det enkelte projekts virkningsmekanisme samt forudsætninger herfor.

### 2.2 Datagrundlag

#### 2.2.1 Kvalitative data

Det primære datagrundlag er kvalitative data opnået gennem interviews med projektledere, projektmedarbejdere og borgere fra de tre delprojekter.

Konkret blev der for de tre projekter gennemført interviews med følgende grupper:

- Interviews med projektledelsen i hver af kommunerne.

- Interviews med relevante tovholdere (fra hver af de omfattede arenaer) på projektet i hver kommune.

- Interviews med borgere i projekterne i hver kommune.

Alle interviews er gennemført med aftale om fuld anonymitet.

Der vil under afsnittene omhandlende kvalitative data være indsat citater fra relevante respondenter, som illustrerer den generelle holdning eller synspunkt blandt respondenterne. Der eksisterer i det kvalitative data frafaldsbias, da vi ikke har nogen form for data på de informanter, som ikke har ønsket at tale med Implement.

#### 2.2.2 Kvantitative data

Som supplement til den kvalitative data var det planen, at projekterne skulle stille kvantitative data til rådighed, omfattende bl.a.:

- Antal screenede patienter.

- Antal borgere, som kommer til egen læge.

- Antal borgere med type 2-diabetes og forstadiet til diabetes.

- I hvilken arena, borgerne blev opsporet.

Grundet ændringer og justeringer i forbindelse med uforudsete forhindringer i de tre projekter, herunder særligt covid-19, har projekterne inkluderet færre borgere end forudsat, og som konsekvens heraf er der i projekterne genereret sparsomme kvantitative data. Disse er præsenteret i nærværende rapport, men datagrundlagets forklaringskraft og generaliserbarhed er stærkt begrænset, hvorfor det heller ikke har været meningsfyldt

at forsøge at konstruere en kontrolgruppe fx med difference-in-difference-metoden på projekterne. Som supplerende alternativ hertil er gennemført et studie af sundhedsvidenskabelig og samfundsvidenskabelig litteratur vedrørende indsatser til borgere, som er i høj risiko for at udvikle/have type 2-diabetes, samt hvordan målrettede indsatser til den gruppe af borgere sammensættes bedst muligt til understøttelse af adfærdssændringer. Se afsnit 2.2.4 nedenfor for yderligere detaljering.

### 2.2.3 Samlet dataoverblik

	Københavns Kommune	Mariagerfjord Kommune	Randers Kommune
<b>Projektdokumenter</b>	Projektansøgning Statusrapport fra midtvejsevalueringen	Projektansøgning Statusrapport fra midtvejsevalueringen	Projektansøgning Statusrapport fra midtvejsevalueringen
<b>Interviews med professionelle og borgere</b>	I alt 7 informanter fra:  Projektledelsen: 2 ledere fra kommunen  Tovholdere: 4 tovholdere fra Center for Børn og Unges Sundhed, Center for Autisme og Specialpædagogik, botilbud og bosteder  Borgere: 1 borger fra Center for Børn og Unges sundhed	I alt 8 informanter fra:  Projektledelsen: 3 ledere fra kommunen  Tovholdere: 3 tovholdere fra Arbejdsmarked og Job, Pædagogik og Socialpsykiatri, og Væresteder og Lettere adgang  Borgere 2 borgere fra Diabetes-luppen	I alt 11 informanter fra:  Projektledelsen: 2 ledere fra kommunen  Tovholdere 2 medarbejdere fra Psykiatriens Hus 1 medarbejder fra Rusmiddelcenter 1 leder og 2 medarbejdere fra Støttecenter  Borgere 2 borgere fra Psykiatriens Hus 1 borger fra Rusmiddelcenter
<b>Projektregistreringer og materiale</b>	Registreringer af antallet af borgere, som er screenet, og deres videre forløb  Standardbrev til almen praksis  Nyhedsbreve fra Center for Diabetes  Undervisningsmateriale i projektrettet tidlig opsporing af type 2-diabetes  Interne interviewguides til borgere i projekt 'Godt på vej'  Indsatsskabelon fra projekt 'Godt på vej'  Skema til fysiologiske målinger fra projekt 'Godt på vej'  Evalueringsplan for indsatsen 'Godt på vej'		Slutrapport, herunder projektregistreret data med antallet af screenede borgere og deres videre forløb.

### 2.2.4 Perspektiverende litteraturstudie som kompensation for covid-effekt på projekternes gennemførelse og resultater

I forbindelse med gennemførelsen af slutevalueringen kan det konstateres, at de tre projekter, der har afprøvet indsatser vedrørende tidlig opsporing af borgere med risiko for



at udvikle diabetes, har været udfordret betydeligt i bestræbelserne på at inkludere et større antal borgere i projekterne.

Puljens ambition om, at projekterne skulle afprøve Sundhedsstyrelsens model for rettidig og systematisk opsporing af personer med risiko for at have/udvikle type 2-diabetes, kan derfor ikke siges at være fuldt ud realiseret.

Der er læring at hente fra de tre projekter. Det gælder særligt vedrørende kompetencer, organisering og tilgængelighed af den opsporende indsats og den efterfølgende forebyggende indsats, mens der i meget begrænset grad er skabt grundlag for at evaluere modellen som sådan. Dog kan det også i forbindelse med projekterne bekræftes, at der er forekomst af personer i målgruppen i netop de arenaer, som puljen og projektbeskrivelserne antog, jf. spørgsmål 1 ovenfor.

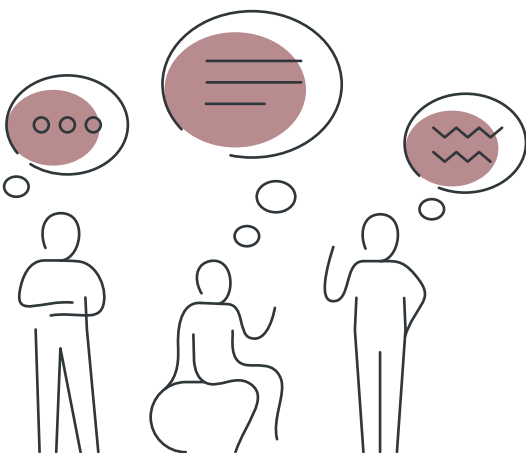
Dermed er der grund til fortsat at udvikle indsatser samt gennemføre målrettet opsporing og intervention blandt særligt udsatte borgergrupper i disse arenaer. Og det er i den forbindelse, at projekternes praktiske gennemførelse kommer til kort, når det gælder reel og kvantificerbar validering af virkningsmekanismerne knyttet til at motivere og fastholde opsporede borgere i risiko for diabetes i egentlige forebyggende og behandlede indsatser.

Den helt og altoverskyggende forklaring på den begrænsede aktivitet i projekterne og dermed opsporing og rekruttering af borgere kan findes i de langvarige restriktioner relateret til covid-19 pandemien, som har været i effekt i den største del af projektperioden. Særligt har de planlagte aktiviteter været baseret på fysiske interaktioner i de udpegede arenaer, hvilket samtidig dog også ser ud til at være et væsentligt element i en fremtidig opsporings- og indsatsstrategi.

Med en afgrænset aktivitet i projekterne er der derfor også et afgrænset og for begrænset empirisk grundlag til, at evalueringen med stor sikkerhed kan besvare spørgsmål 2 og til dels 3. Omvendt er det Implementets vurdering, at erfaring og læring fra de tre projekter giver gode indikationer for tilrettelæggelse og prioritering fremadrettet.

På trods af de begrænsede kvantitative data om indsatserne foreslår evaluatoren (Implement) derfor, at de kvalitative fund og data, der er indsamlet fra projekterne, perspektiveres med mulige strategier/tiltag som kan indtænkes i arbejdet med at motivere og fremme sundhedsadfærd hos udsatte borgere.

Det vurderes således, at der med en perspektiverende inddragelse af litteratur og forskning kan uddrages yderligere læring og viden fra projekterne, som også kan belyse særligt spørgsmål 2, men også skærpe mulighederne for at udbrede erfaringerne til andre kommuner, jf. spørgsmål 3.



### 3. De tre projekter

I dette afsnit præsenteres hvert af de tre projekter. Projekterne præsenteres, som de var planlagt med oprindelig indsats og målsætning, hvordan og hvorfor de er blevet ændret undervejs, samt hvilke resultater projekterne hver især har genereret.

#### 3.1 Københavns Kommune – Målrettet tidlig opsporing af type 2-diabetes blandt mennesker i høj risiko for at have diabetes i Københavns Kommune

Projektet 'Målrettet tidlig opsporing af type 2-diabetes blandt mennesker i høj risiko for at have diabetes i Københavns Kommune' er et samarbejde mellem kommunens Center for Diabetes (CfD), Center for Børn og Unges Sundhed (CBUS), Hjemmeplejen Vesterbro/Kongens Enghave/ Valby (VKV) 5 bosteder under Socialforvaltningen, bydelen Tingbjerg og Almen Praksis i Københavns Kommune. Før projektstart blev projektprotokollen, mål og samarbejdspartnerne ændret fra den oprindelige ansøgning. Årsagen til dette var omstruktureringer i Københavns Kommune samt fokus på at få så stor en berøringsflade med målgruppen som muligt.

I projektet er det medarbejdere fra CfD, der uddanner og opkvalificerer diverse samarbejdspartnere til at udføre den målrettede tidlige opsporing lokalt. Borgernes egen læge forventes at påtage sig det diagnostiske og behandlende ansvar for borgerne, Herunder forventedes det, at den praktiserende læge gennemførte målinger af lipider, blodtryk samt HbA1c på de borgere, der blev opsporet. På baggrund heraf var det egen læges ansvar at viderehenvise til forebyggende eller rehabiliterende tiltag hos CfD. I tillæg hertil var almen praksis desuden tiltænkt en særlig opsporende rolle blandt 'egne patienter'.

##### 3.1.1 Projektet var planlagt til at skulle forløbe fra d. 1. januar 2020 til d. 30. september 2021. Projektaktiviteten var sat i bero fra marts 2020 til oktober 2020 grundet covid-19, hvorfor projektperioden blev forlænget med tre måneder med revideret afslutning d. 31. december 2021. Projektets formål

Det overordnede mål med projektet var at udvikle og implementere målrettet opsporing af borgere, der er i høj risiko for at udvikle eller have type 2-diabetes uden at vide det. Opsporingen skulle foretages af opkvalificerede frontmedarbejdere i kommunen, som møder disse borgere i hverdagen. Projektet havde følgende tre succeskriterier:

1. At 1.200 københavnere, som er i høj risiko for at have/udvikle type 2-diabetes dels opspores og modtager diagnostisk test og dels modtager et forebyggende eller rehabiliterende tilbud målrettet deres behov).
2. Frontmedarbejdere i Københavns Kommune foretager systematisk risikovurdering af borgernes risiko for type 2-diabetes og sikrer den nødvendige opfølgning.
3. Målrettet opsporing foregår i tæt samarbejde med praktiserende læger og kommunale sundhedsmedarbejdere.

##### 3.1.2 Arenaer

De arenaer, som er anvendt for sundhedsfaglig opsporing i Københavns Kommune, er de steder, hvor borgerne, modtager støtte eller ydelser fra Sundheds- og Omsorgsforvaltningen eller Socialforvaltningen.

I Sundheds- og Omsorgsforvaltningen indgik CBUS og Hjemmeplejen VKV, der screenede i udvalgte, udsatte boligområder i Valby og Kgs. Enghave. I Socialforvaltningen

deltog 5 udvalgte bosteder, samt bydelen Tingbjerg. Herudover fungerede Almen Praksis som selvstændig opsporingsenhed.

### 3.1.3 Undervejs i projektet udgik 3 af de oprindelig 8 bosteder, grundet Covid-19. Målgruppen

Projektets primære målgruppe var københavnere på 45-80 år med kort uddannelse, lav indkomst og/eller ikkevestlig baggrund, psykisk sygdom, arvelig disposition og bosiddende i udsatte sociale boligområder.

Den sekundære målgruppe var frontpersonalet i kontakt med den primære målgruppe hos alle samarbejdspartnere i Københavns Kommune, hvor målsætningen var at motivere og kompetenceudvikle medarbejderne til en ny rolle i forhold til opsporing af type 2-diabetes.

### 3.1.4 Indsatsen

Indsatsen over for projektets primære målgruppe, borgere i øget risiko for at have/udvikle type 2-diabetes er en samtale om sundhed og diabetes, herunder screening med det validerede spørgeskema Leicester Diabetes Risk Assessment (LRA) (se nedenstående boks og bilag 6.1). Borgere, som screenes til at være i høj risiko, henvises til videre diagnostisk test hos egen læge, herunder klinisk baseret risikotest bestående af bl.a. lipid-, blodtryks-, og HbA1c-måling, samt vægt. Herfra henvises efter hensigten borgere, som enten har type 2-diabetes eller er i øget risiko for at udvikle type 2- diabetes, til en hhv. forebyggende eller rehabiliterende indsats i CfD.

#### *Leicester Diabetes Risk Assessment*

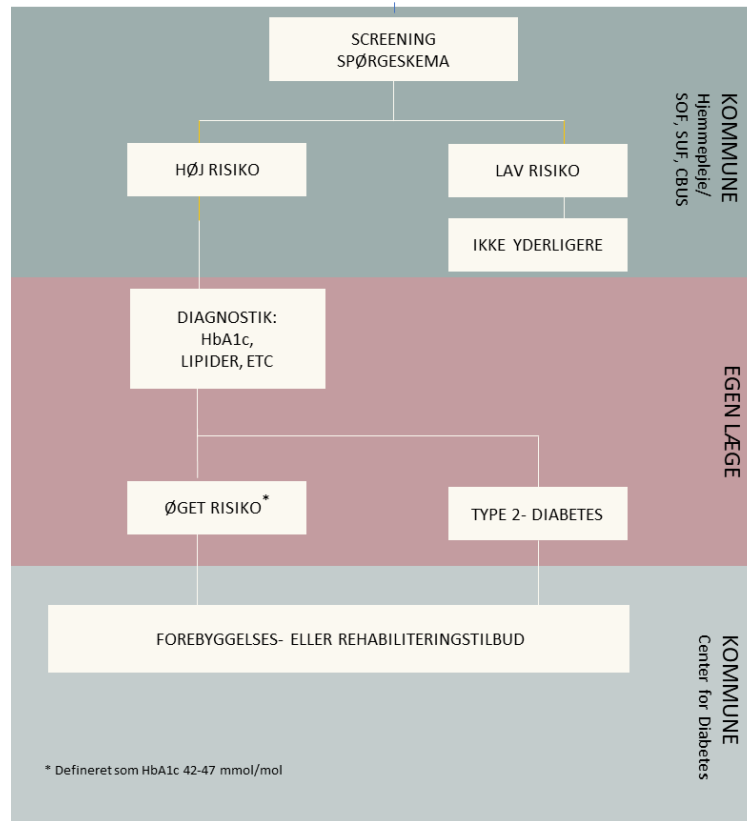
*Er et valideret spørgeskema til hurtigt, nemt og noninvasivt at identificere individer i øget risiko for at have eller udvikle type 2-diabetes. Skemaet består af syv spørgsmål omhandlende alder, køn, etnicitet, familær disposition, taljemål, BMI og historik af forhøjet blodtryk.*

*Resultatet er en score mellem 0 og 47, som kan oversættes til en risiko for at udvikle diabetes, som kan være lav (score 0-6), moderat (score 7-15), høj (score 16-24) og meget høj (score 25-47).*

*Leicester Diabetes Risk Assessment bruges af alle tre projekter. Det fulde spørgeskema kan findes i afsnit 6.1.*

*The Leicester Risk Assessment score for detecting undiagnosed type 2 diabetes and impaired glucose regulation for use in a multiethnic UK setting. Gary et al. Diabetic Medicine, 2010.*

Figur 1. Indsatsen i Københavns Kommune



I bydelen Tingbjerg blev der forsøgt med pop-up-opsporingsevents, hvor beboere uden forudgående tidsbestilling kunne møde op til en uforpligtende snak om sundhed og diabetes, blive screenet med LRA og få målt deres HbA1c.

Indsatsen over for den sekundære målgruppe, frontpersonalet i kontakt med den primære målgruppe, var en faglig opkvalificering og kompetenceudvikling af medarbejderne gennem undervisning af sygeplejersker fra CfD omhandlende generel viden om type 2-diabetes, behandling og forebyggelse, viden om projektet og betydning af tidlig opsporing og gennemgang af screeningskemaet om risikofaktorer.

### 3.1.5 Resultater

I følgende afsnit gennemgås resultaterne fra projektet, herunder først en gennemgang af de kvalitative data og dernæst de kvantitative data.

#### 3.1.5.1 Kvalitative resultater

De kvalitative data er opnået gennem interviews med projektledere, tovholdere og borgere i projektet. En mere detaljeret gennemgang af dataindsamlingen findes under afsnit 2.2.

#### **Borgerne vil gerne tage imod tilbuddet om screening**

På tværs af de forskellige arenaer for tidlig opsporing er det respondenternes gennemgående oplevelse, at borgerne var glade og interesserede i tilbuddet om screening.

Projektledere fortæller om stor interesse ved pop-up-opsporingsevents i bydelen Tingbjerg og tilsvarende oplevelser fra tovholdere på bosteder og botilbud, hvor screeningen gav lettere adgang til 'den svære samtale' med beboerne. At der var tale om et

screeningstilbud til alle beboerne forhindrede, jf. respondenterne, at særligt sårbare og kognitivt udfordrede borgere og beboere blev udpeget og påvirket negativt.

På CBUS er det tilsvarende tovholdernes oplevelse, at forældrene til de børn og unge, der er i forløb på centeret, også er meget interesserede i tilbuddet. Den ekstra screening af forældre bliver en naturlig og integreret del af et allerede eksisterende forløb, som familien/forældrene i forvejen er motiverede for at deltage i. En tovholder udtrykker det således:

*'Vi arbejder med sundhedstruede unge, så vi taler om hele familien, så børnene ikke føler sig forkerte, derfor er det naturligt at screene forældrene.'*

- Tovholder

Det er derfor en væsentlig observation, at de interviewede projektledere og tovholdere samstemmigt fortæller, at udsatte borgere er meget interesserede og motiverede for tidlig opsporing, når de 'fanges' i den rigtige og trygge relation eller kontekst.

### **Tidlig opsporing skal følges af et lettilgængeligt tilbud**

Meget tyder på, at den interesse og motivation, som kan skabes via målrettet, tidlig opsporing skal følges op af et lettilgængeligt tilbud. Ifølge tovholder på CBUS tabes en stor del af borgerne i forbindelse med overgangen fra den opsporende indsats til borgerens egen læge. Borgerne er sårbare og udsatte med begrænsede ressourcer, hvilket betyder, at det at kontakte egen læge, booke tid mv. er reelle barrierer for mange i målgruppen. Således udtrykkes det fra en tovholder:

*'Der, hvor det er svært, er at fastholde dem i at komme til lægen – det kunne vi nok godt have forudset. Vi har med socialt udsatte borgere at gøre, 70% er af anden etnisk oprindelse end dansk. Det at komme til lægen er meget svært. Vi har en læge ansat i centeret [red. CBUS], men det er egen læge, der skal aktiveres og bestille blodprøven. Vi må ikke selv bestille prøver på forældre. Motivationstabet ved at skulle gøre noget ekstra, ved at skulle tage til egen læge, er stort. Havde vi kunnet gøre det direkte, så havde vi siddet et bedre sted nu.'*

- Tovholder

Tilsvarende lyder perspektivet fra tovholdere på bosteder, hvor borgerne har hver deres egen læge. Her udtrykker tovholderne et generelt problem i at skulle kontakte borgernes ofte forskellige læger, skulle forklare projektet og formålet for derefter at få booket tid og transporteret beboeren til blodprøve hos egen læge. Som udtrykt af en tovholder på et bosted:

*'Fandt vi nogen, som var i høj risiko, så var største udfordring at få egen læge til at bestille en blodprøve på borgeren og dernæst at få borgeren fysisk derhen. Det var virkelig en praktisk udfordring at bestille tid og få borgeren til egen læge. Derudover var der et forståelsesproblem i forhold til egen læge, og to af lægerne var helt uforstående over for henvendelsen. Jeg havde ikke forventet, at det ville være en udfordring.'*

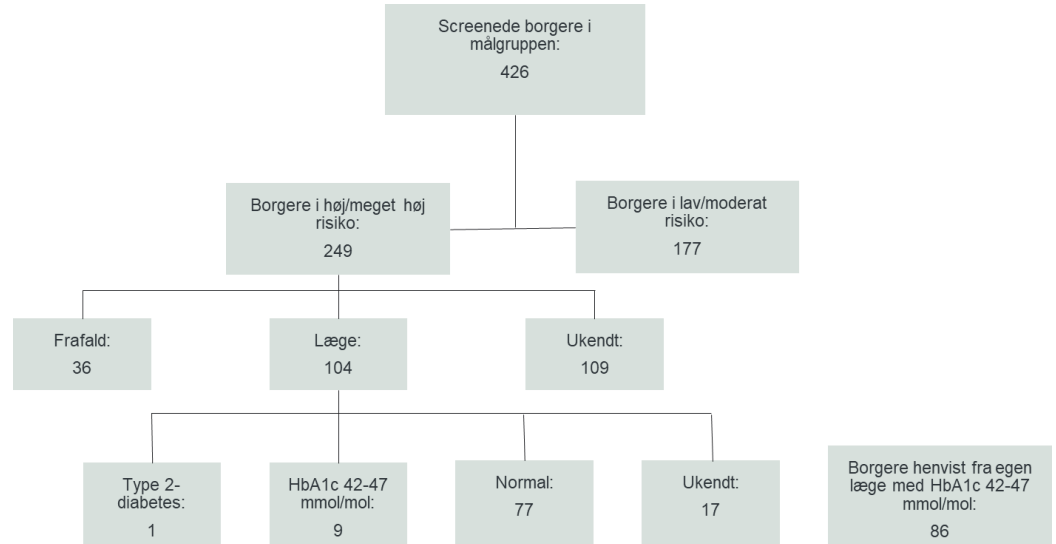
- Tovholder

På de bosteder, hvor der er en fast knyttet alment praktiserende læge som bostedslæge, fremhæves det af tovholdere som en vigtig del af vejen til succes for projekterne, da dels lægen kender alle beboerne og er lettilgængelig for personalet, som kun skal i dialog med én læge om indsatsen/projektet, og dels muliggør det lette løsninger som at bestille mobillaboratoriet til blodprøvetagning på flere borgere samtidig.

### 3.1.5.2 Kvantitative resultater

De kvantitative data fra Københavns Kommune er illustreret i nedenstående Figur 2. I alt blev 426 borgere screenet som en del af projektet, og af dem var 249 i høj eller meget høj risiko for at have/udvikle diabetes, mens 177 havde lav eller moderat risiko. Af de 249 blev 104 set af egen læge og der blev konstateret ét tilfælde af type 2-diabetes, og ni borgere var i høj risiko for at udvikle type 2- diabetes. Dertil kommer, at 86 borgere i høj risiko for at udvikle type 2- diabetes blev henvist fra egen læge. Disse borgere blev opdaget ved opportunistisk opsporing.

Figur 2. Resultaterne af screeningen i Københavns Kommune



Over halvdelen af borgerne, som screenes til at være i høj eller meget høj risiko for at udvikle eller have type 2-diabetes, falder fra i overgangen til egen læge – og kommer derfor ikke til videre opfølgning og forebyggende indsats i kommunen. Dette understøtter de kvalitative fund af medarbejdernes oplevelse af, at det var svært at få borgerne til egen læge

Kun én borger blev diagnosticeret med type 2-diabetes, mens 91 borgere i høj risiko for at udvikle type 2- diabetes blev henvist til et forebyggende forløb i CfD. Derved er der en stor gruppe borgere i høj eller meget høj risiko, som enten ikke kommer til lægen, eller som har normalt HbA1c, men som stadig er i øget risiko for andre sygdomme relateret til uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, herunder hjerte-kar-problemer, hypertension og overvægt, og hvor forebyggende tiltag er lige så aktuelle uafhængigt af langtidsblodsukkeret.

I København har den opportunistiske opsporing hos egen læge været mere rentabel end den udviklede model for målrettet opsporing og man vil fremover med fordel kunne styrke dette samarbejde fremfor for at udvikle nye modeller.

Projektet har ført til et øget fokus på forebyggelse af type 2- diabetes i de medvirkende arenaer. Særligt på bostederne har kompetenceløftet medført, at der er iværksat forebyggende initiativer i form af fokus på mad og bevægelse. Bosteder med borgere, der har en forhøjet HbA1c har fået tilbudt et forløb med bostedets ansatte mhp. strukturelle forebyggende tiltag ift. ændringer i mad, vaner og bevægelse.

I CfD er der udviklet og afprøvet en forebyggelsesindsats for borgere i høj risiko for at udvikle type 2-diabetes. Denne bliver evalueret i 2022. Dette kan evt. give viden til videreudvikling af en metode til forebyggelse/behandling af svær overvægt.

Fortsat fokus på sundhedsfremme og primær forebyggelse i form af strukturelle tiltag ift. borgernes generelle sundhedsadfærd vil forventeligt nedsætte risikoen for udvikling af type 2- diabetes og andre kroniske sygdomme i befolkningen generelt og flere vil profitere af indsatsen.

## 3.2 Mariagerfjord Kommune – Diabetes-luppen

Projektet i Mariagerfjord Kommune 'Diabetes-luppen' tager afsæt i Sundhedsprofilen fra 2017 for Mariagerfjord Kommune, som viser, at andelen af kommunens indbyggere, som har usunde kostvaner og inaktiv livsstil, er moderat til svært overvægtige og har type 2- diabetes, er større end det regionale og nationale gennemsnit.

Projektet er et samarbejde mellem tre af kommunens forvaltninger: Sundheds- og Ældreforvaltningen, Arbejdsmarkedsafdelingen og Pædagogik og Socialpsykiatri, som har kontakt med målgruppen af udsatte borgere. Udvalgt frontpersonale opkvalificeres til at identificere borgerne i risiko og viderehenvise dem til screening hos diabetessygeplejersken. Egen læge forventes at påtage sig det efterfølgende diagnostiske og behandlende ansvar. Projektet var planlagt til at løbe fra d. 1. august 2019 til 1. oktober 2021.

Projektet er løbende justeret og ændret på baggrund af erfaringer og uforudsete forhindringer for projektet, herunder særligt grundet covid-19. Projektperioden har derfor været justeret fra 1. november 2020 til 31. december 2021.

### 3.2.1 Projektets formål

Det overordnede mål med projektet er at udvikle en målrettet opsporing af udsatte borgere i øget risiko for at have eller udvikle type 2-diabetes. Gennem opkvalificering af frontmedarbejdere i den kommunale forvaltning, som har kontakt med gruppen af udsatte borgere.

Kommunen har for projektet opstillet en række succeskriterier, som er sammenfattet nedenfor:

- At mindst 100 borgere årligt henvises til screening for type 2-diabetes ved den kommunale diabetessygeplejerske, og at 75% fremmøder.
- At 60% af de borgere, som diabetessygeplejersken henviser til egen læge, fremmøder.
- At de borgere, som henvises til egen læge, udredes og evt. diagnosticeres og henvises til relevant tilbud for henholdsvis diabetes eller forstadiet.
- At styrke viden om opsporing af type 2-diabetes i de tre kommunale forvaltninger gennem udviklingen af en miniguide til frontpersonalet og opfølgende undervisning.

Grundet justeringer i forbindelse med covid-19 nedjusteres forventningerne til antallet af screenede borgere, uden at der dog er oplyst specifikke tal herfor.

### 3.2.2 Arenaer

Mariagerfjord Kommune vurderede, at de særligt var i kontakt med borgerne i høj risiko for at have/udvikle type 2-diabetes gennem Sundheds- og Ældreforvaltningen, Arbejdsmarkedsafdelingen (herunder særligt på Jobcenter) samt Pædagogik og Socialpsykiatri (herunder særligt på bostøtteområdet samt på værestederne og bostederne for borgere med socialpsykiatriske udfordringer).

### 3.2.3 Målgruppe

Projektets målgruppe var 1) borgere med en psykisk lidelse, 2) kort eller ingen uddannelse, 3) borgere med svær overvægt samt 4) ældre borgere.

Den sekundære målgruppe var til projektet udpeget frontpersonale i Sundheds- og Ældreforvaltningen, Arbejdsmarkedsafdelingen og Pædagogik og Socialpsykiatri, som blev opkvalificeret for så vidt, angår viden om diabetes og handling på mistanken.



### 3.2.4 Indsatsen

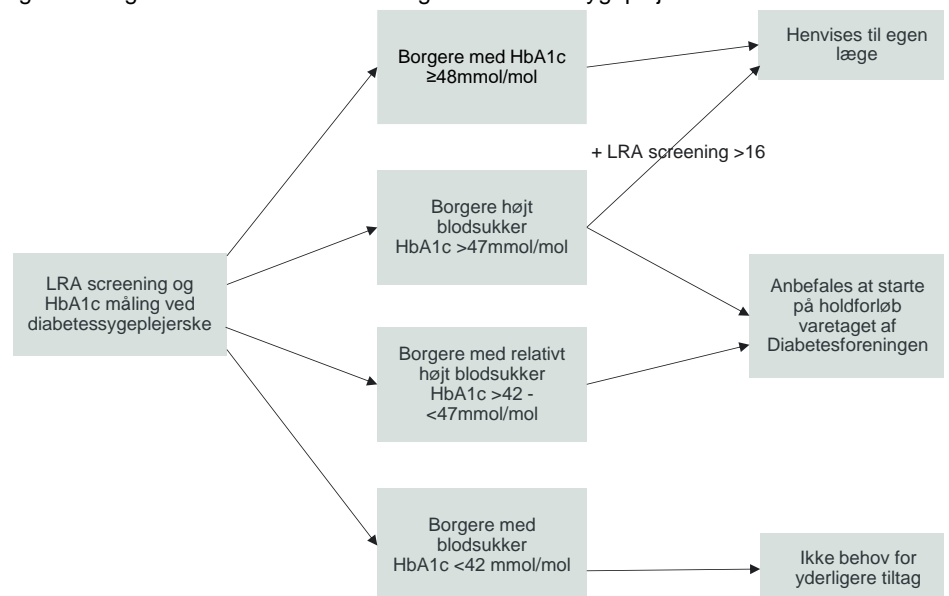
Indsatsen rettet mod den primære målgruppe bygger på, at specifikt opkvalificeret frontpersonale i de tre udvalgte arenaer identificerede borgere i høj risiko for at have/udvikle type 2-diabetes og derefter henviste borgeren til diabetessygeplejersken.

Borgerne blev af diabetessygeplejersken screenet med LRA spørgeskema. Oprindeligt var det tanken, at borgere med høj LRA-score skulle henvises til egen læge, som skulle foretage HbA1c-måling. Det viste sig dog tidligt i projektet at være problematisk. I stedet blev det muligt for diabetessygeplejersken at foretage målingen, hvilket sammenlagt med LRA scoren gav et billede af borgerens risikoprofil. Kun borgere med HbA1c  $\geq 48$  blev viderehenvist til egen læge.

Den oprindelige plan var, at borgere med et relativt højt blodsukker  $>42\text{mmol/L}$   $<47\text{mmol/L}$  eller højt  $>47\text{mmol/L}$  skulle anbefales at starte på projektets holdforløb, hvilket skulle udvikles i samarbejde med og varetages af Diabetesforeningen. Planen med holdene var 8 ugers forløb á 3 timers varighed pr gang, hvor fokus var på kost og motion. Det blev planlagt, at holdforløbene kunne omlægges til virtuelle former grundet restriktionerne relateret til covid-19.

Borgere med et blodsukker  $>47\text{mmol/L}$  og en LRA score over 16, blev i øvrigt anbefalet at søge egen læge med henblik på endelig udredning for type-2 diabetes.

Figur 3. Borgerens forløb efter screening hos diabetessygeplejersken



Indsatsen rettet mod den sekundære målgruppe, opkvalificeringen af frontpersonalet, omfattede udviklingen af en miniguide om risikofaktorer for type 2-diabetes samt guide til henvisning til diabetessygeplejerske.

Miniguiden udvikledes under hensyntagen til frontpersonalets daværende viden om diabetes og blev fulgt op af holdundervisning ved projektledelsen og diabetessygeplejersken.

### 3.2.5 Resultater

I dette afsnit præsenteres resultaterne fra Mariagerfjord. De kvalitative data er tilvejebragt gennem interviews med projektledelsen, tovholdere og borgere, hvilket er nærmere beskrevet i afsnit 2.2. Projektet i Mariagerfjord har genereret sparsomme kvantitative data.

### 3.2.5.1 Kvalitative resultater

#### **Projektledelse kræver kontinuitet, prioritering og ledelsesret**

Det er vurderingen fra respondenterne, at det har haft særlig betydning, at der har været tre skift i ledelse af projektet i projektperioden i Mariagerfjord Kommune. Særligt nævnes tab af og mangel på kontinuerlig ejerskabsfølelse og ledelsesengagement.

Den manglende kontinuitet nævnes således at have vanskeliggjort stabilitet og fremgang for projektet. Derudover og i sammenhæng hermed har den nuværende projektleder ikke fået afsat timer til projektet, mens den første projektleder havde 15 timer pr. uge allokeret til projektet.

Det nævnes herunder eksplicit af respondenter, at det har været vanskeligt at drive projektet frem, når der har manglet tydelig og formel ledelsesret til stede enten direkte eller indirekte over de personer, der har skullet agere i projektet. Dette ikke mindst da stort set alle involverede medarbejdere også har andre (konkurrerende) opgaver.

#### **Frontmedarbejdere har andre primære funktioner**

Projektledelsen giver udtryk for, at noget af det vanskelige i projektet har været at motivere frontmedarbejderne til at udføre den tidlige opsporing. Særligt har medarbejdernes primære funktion spillet en væsentlig rolle i forhold til engagement i eller mulighed for at prioritere opsporingen. Projektledelsen fremhæver således, at det opkvalificerede ikkesundhedsfaglige personale ofte må nedprioritere den tidlige opsporing til fordel for de primære, almindelige driftsopgaver.

*'Motivation og ejerskab er vanskelig, når man har en anden primær egen funktion.'*

*'Det er svært at få nogen til at være opsporende, svært at motivere og få dem til at deltage. [red. Det er] svært at få nogen i en anden instans til at gøre noget, som ikke er deres primære opgave.'*

- Projektledelsen

Det er samtidig væsentligt at understrege, at det ikke er samme oplevelse, der gør sig gældende hos tovholderne på Jobcenter og på værestederne, hvor projektet blev oplevet som værende overflødig i forhold til det helhedsfokus på borgerens sundhed, som oplevedes i forvejen at være en integreret del af funktion og tilgang.

*'Vi møder også folk med alkoholmisbrug, og hvordan taler vi om dét, det er vi opmærksomme på. At tage de svære dialoger er vi allerede i gang med, vi gør det allerede, vi har allerede helhedsfokus.'*

*'Diabetes-luppen var overflødig for os. Vi har allerede den relevante tankegang og fokus.'*

- Tovholdere

#### **Tilbuddet skal være målrettet borgeren**

Et perspektiv, som fremhæves i Mariagerfjord Kommune (så vel som i Københavns Kommune), er vigtigheden af et målrettet tilbud til borgeren efter opsporingen, som tager udgangspunkt i borgerens specifikke situation, evner og behov. Således blev to af de screenede borgere, som blev rekrutteret gennem et tidligere sundhedsprojekt i Mariagerfjord, allerede fulgt af egen læge grundet forhøjet HbA1c (hvorfor de teknisk set ikke er målgruppe for tidlig opsporing), men som efterspørger opfølgende relevante tilbud om kost og motion.

*'[red. Jeg] mangler, at der var nogen, der tog hånd om mig og fulgte op på det jeg gjorde, om jeg gjorde det rigtige. Jeg manglede opfølgning til næste samtale. Projektet var ikke så godt tilrettelagt – jeg forventer, at når jeg går ind i sådan et projekt, så er der nogen, der styrer det.'*

- Borger

Et tilsvarende perspektiv kommer til udtryk fra tovholderen for bosteder og botilbud, som understreger, at trods beboernes udsatte position, så er de meget bekymrede for deres helbred og kan motiveres til at forbedre deres sundhedstilstand. Forudsætningen er opfølgning af opsporing med et målrettet og tilgængeligt tilbud, som kan fastholde målgruppen. Som det udtrykkes af tovholderen, benytter målgruppen ikke de vanlige sundhedstilbud, men har behov for et tilbud tilgængeligt i vante, trygge rammer præsenteret af velkendte medarbejdere.

*'Hvordan får vi så tilbuddene til borgeren. Tilbuddet skal være lettilgængeligt og tilpasset borgergruppen – de vil ikke bruge de tilgængelige tilbud.'*

*'Når du er blevet en tryk person for borgeren, så kan de godt hjælpes over i det ordinære tilbud. Det er grundlæggende svært for borgerne at banke på døren og være en del af et nyt fællesskab.'*

- Tovholder

### **Samarbejdet med egen læge har været udfordrende**

Projektet i Mariagerfjord har (ligesom de andre projekter) haft svært ved at få samarbejdet med borgernes egne læger til at fungere. Oplevelsen fra projektledelsens side er, at det har været vanskeligt og udfordrende at få lægerne gjort motiveret og engageret i den tidlige opsporing og tidlige diagnostik af borgerne.

#### 3.2.5.2 Andre resultater

Projektet ønskede ligeledes at tilbyde virtuel undervisning og tilbud om en gågruppe til borgere, som var opsporet til at være i høj risiko for at have/udvikle diabetes. Undervisningen om kost og motion blev aflyst grundet få tilmeldte og en gågruppe mødtes to gange og blev aldrig et fast tilbud.

### **3.3 Randers Kommune – Målrettet opsporing af borgere med høj risiko for at have eller udvikle type 2-diabetes i Randers Kommune**

Projektet i Randers Kommune 'Målrettet opsporing af borgere med høj risiko for at have eller udvikle type 2-diabetes i Randers Kommune' er et samarbejde mellem Sundhedsforvaltningen (herunder særligt Sundhedscenter) og Socialforvaltningen (herunder specifikt Psykiatriens Hus og Rusmiddelcenter).

I regi af projektet blev der ansat en diabetessygeplejerske, der via en udgående, opsøgende funktion tog kontakt til borgere i den udsatte målgruppe og via screening efterfølgende henviste borgere i høj risiko for diabetes til egen læge, som i projektet havde og har generelt set det formelle ansvar for udredning, evt. diagnosticering og igangsættelse af behandling og/eller rehabilitering. Projektet var planlagt til at forløbe fra d. 2. januar 2019 til d. 31. december 2021.

Som med de andre projekter er der foretaget justeringer og ændringer på baggrund af erfaringer og uforudsete forhindringer for projektet. Dels bad projektet om udsættelse af

projektstart til d. 1. november 2019, og dels vanskeliggjorde covid-19 den planlagte fysisk baserede og aktive opsporing af borgere.

### 3.3.1 Projektets formål

Det overordnede mål med projektet var målrettet opsporing af socialt udsatte borgere med høj risiko for at have/udvikle type 2-diabetes, hvilket skulle ske ved en udgående, aktivt opsøgende diabetessygeplejerske. Dertil et samarbejde med frontpersonalet i de pågældende arenaer om at informere borgerne om tilbuddet.

Projektet havde følgende sammenfattede succeskriterier:

Årlig screening af 400 udsatte borgere i Randers Kommune, hvoraf 70% skal kontakte egen læge.

At 25% af screenede borgere i middel og høj risiko for diabetes deltager på opfølgende sundhedstilbud.

Styrke det tværsektorielle samarbejde mellem sundhedsforvaltningen og socialforvaltningen.

Projektet har nedjusteret forventningen til antallet af årligt screenede borgere grundet covid-19 restriktionerne, men har ikke oplyst et revideret tal.

### 3.3.2 Arenaer

De arenaer, som er anvendt til sundhedsfaglig opsporing i Randers Kommune, er kontakten med udsatte borgerne i to af Socialforvaltningens tilbud, specifikt i Psykiatriens Hus og Rusmiddelcenter. Psykiatriens Hus, som er et uvisiteret tilbud til borgere med psykiatriske problemstillinger, tilbyder aktiviteter og samvær. Rusmiddelcenter er et åbent tilbud til borgere med rusmiddelproblematikker og til de borgere, som modtager substitutionsbehandling for deres misbrug.

I et forsøg på at opspore flere borgere blev arenaerne suppleret, så der også blev opsporet på bostøttecentre og på botilbuddene for borgere med psykisk sårbarhed.

### 3.3.3 Målgruppen

Projektets primære målgruppe var udsatte borgere tilknyttet enten Psykiatriens Hus eller Rusmiddelcenter. Medarbejderne i de pågældende arenaer var den sekundære målgruppe, men ikke mhp. opkvalificering i screening, men mhp. at kunne spotte borgere i høj risiko for at have eller udvikle type 2-diabetes.

Med inklusionen af støttecentre ændres ikke ved den primære målgruppe.

### 3.3.4 Indsatsen

Indsatsen overfor den primære målgruppe har været en udgående, aktivt opsøgende diabetessygeplejerske, som har fordelt sin tid mellem de tre arenaer og været tilgængelig for borgerne med sundhedssamtaler og diabetesscreening med LRA.

Borgere, som er i høj risiko for diabetes, henvises evt. med hjælp fra diabetessygeplejersken til egen læge med henblik på udredning og måling af HbA1c, mens borgere, som er i middel risiko, tilbydes opfølgende samtale med henblik på afklaring af graden af motivation for livsstilsændringer, hvoraf de motiverede tilbydes sundhedstilbud i Psykiatriens Hus, Rusmiddelcenter eller på Sundhedscenter.

Et justerende tiltag i projektet var udvidelse af diabetessygeplejerskens mulighed for selv at tage HbA1c-målinger i forbindelse med borgersamtalerne.

### 3.3.5 Resultater

I følgende afsnit præsenteres de kvalitative og kvantitative resultater fra projektet i Randers Kommune. De kvantitative resultater er tilvejebragt gennem interviews med projektledelsen, nuværende og tidligere tovholdere og medarbejdere fra de respektive arenaer og borgere fra Psykiatriens Hus og Rusmiddelcenter. De kvantitative resultater er tilsvarende de, der er angivet i projektets slutrapport til Sundhedsstyrelsen fra Randers Kommune udfærdiget af projektsygeplejersken.

#### 3.3.5.1 Kvalitative resultater

##### **Effekten af opsporing ved en udgående sundhedsfaglig medarbejder**

I Randers Kommune valgte man en model med en udgående, opsøgende sundhedsfaglig projektmedarbejder til at forestå opsporingen i de udvalgte arenaer.

Tovholderne fra Psykiatriens Hus giver klart udtryk for, at gruppen af udsatte borgere fandt tryghed i at møde en sundhedsmedarbejder i vante rammer sammen med kendt personale og skabte en samtale på borgernes præmisser. Dette suppleres af en vurdering af, at tilstedeværelsen af en projektsygeplejerske i borgernes nærmiljø skaber en 'mund til mund'-effekt blandt borgerne og skabte interesse om projektet.

*'[red. Projektsygeplejersken] kom og blev en del af huset, fik skabt kontakter og skabt relationer til borgerne, det var hun god til og [red. god] til at snakke med dem, som var i tilbud ... Borgerne ville det gerne, når de havde lært hende at kende. Projektmedarbejderen blev integreret i vores tilbud – det var gensidigt godt.'*

- Tovholdere

De samme positive oplevelser med en udgående opsøgende sundhedsfaglig medarbejder genfindes ikke på støttecentrene. Tovholderne herfra fortæller, at det ikke på samme måde var muligt for projektmedarbejderen at skabe samme relation til borgerne, og forklarer, at konteksten for møderne var af betydning for succesen.

*'Der var ikke mange af borgerne, som havde lyst til at kigge forbi, når projektsygeplejersken kom forbi. Det er en gruppe af borgere, der ikke hilser en fremmed velkommen. De laver ikke livsstil om, fordi der kommer en fremmed. Motivationen skal komme indefra, og hvor der er en relation. Det var lykkedes bedre, hvis vores personale var klædt bedre på til at gøre arbejdet. Der er stor forskel på os og Psykiatriens Hus, hvor man kan møde [red. projektsygeplejersken] flere gange. Her skulle man møde op i et fællesrum uden at kende projektsygeplejersken. Borgerne vil ikke det med, at der kommer nogen udefra.'*

- Tovholdere

Blandt de udsatte borgere, som har takket ja til tilbuddet om tidlig opsporing og vejledning, er der enighed om, at opsporingsindsatsen er relevant, er de interviewede borgere enige om. Det er illustreret med følgende citat.

*'Det har ikke hjulpet på den korte bane, men mere på den lange bane. Ikke nu og her, men lang bane. Viden om kost og motion.'*

- Borgere

Selvom projekterne havde lagt vægt på en udgående sundhedsfaglig medarbejder som primær ansvarlig for tidlig opsporing, var det vanskeligt for den sekundære målgruppe at varetage opgaven at spotte og gøre borgerne opmærksomme på tilbuddet om tidlig

opsporing. En udsat, svag primær målgruppe gør det svært for den primære målgruppe, men også for den sekundære målgruppe.

*'Støttecentret fik jeg ikke vendt, lederen ville gerne følge retningslinjerne, men det andet personale syntes, borgerne havde nok at slås med.'*

*'[red. Det var] ikke kun positivt, at der kom nogen og problematiserede noget for en borger, som havde nok at slås med. Men det modsagde borgerne, og så blev stemningen vendt.'*

- Projektleder

### **Nem og umiddelbar adgang til HbA1c-måling virkede fremmende på flere måder**

Det blev hurtigt erfaret, at mange borgere ikke kunne fastholdes i forløb, hvis de skulle omkring egen læge for at få foretaget måling af HbA1c. Derfor blev det i regi af projektet besluttet, at projektsygeplejersken skulle have mulighed for at fortage HbA1c-målinger i forbindelse med sundhedssamtalerne og screeningen.

Erfaringen med den umiddelbare adgang til måling i forbindelse med denne første kontakt var, at det bidrog til at skabe yderligere interesse blandt borgere og beboere i de pågældende arenaer og skaber kontakt til borgere, som ellers ikke ville have deltaget i den tidlige opsporing.

*'Jeg havde ikke haft nær så mange samtaler, hvis jeg ikke havde kunnet lave målingerne. Mund-til-mund havde de hørt, at jeg kunne tage den måling.'*

- Projektleder

#### 3.3.5.2 Kvantitative resultater

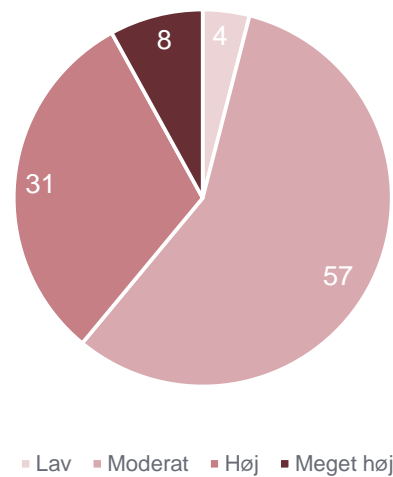
De kvantitative data og resultater er sammenfaldende med projektets slutrapport til Sundhedsstyrelsen, da der ikke var yderligere kvantitative data at indsamle fra projektet.

I alt er 205 borgere og beboere blevet screenet i projektet. Heraf var 39% enten i høj eller meget høj risiko for at have type 2-diabetes, svarende til 72 borgere. Af dem fik 58 borgere målt HbA1c, og 52 blev anbefalet at kontakte egen læge. I alt er 26 borgere fremmødt hos egen læge, og af dem havde fem borgere type 2-diabetes, og tre havde forstadiet (Figur 4 og Figur 5).

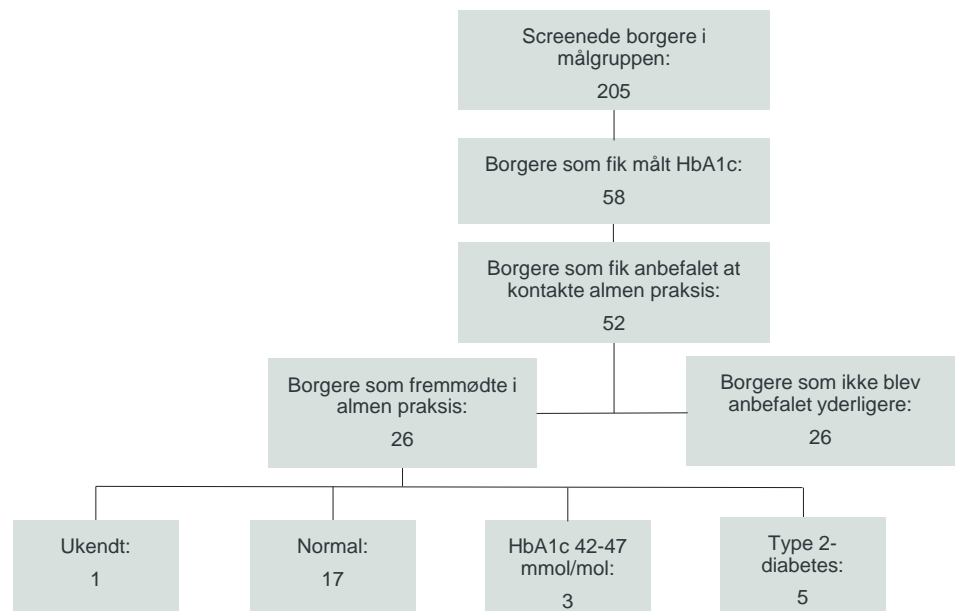
Almen praksis anbefalede fem borgere at deltage i diabetesrehabiliteringen i Randers Sundhedscenter, tre borgere ønskede sig henvist, to er fremmødt til forløb, mens én borger med forstadiet til diabetes er påbegyndt et rehabiliteringsforløb.

Således er det under halvdelen (26 ud af 72) af de opsporede borgere i målgruppen, som fremmøder hos egen læge, hvilket (i tråd med erfaringerne fra de øvrige projekter) illustrerer, hvor vanskeligt det er for borgerne at skulle omkring egen læge, ligesom antallet af borgere, der er motiverede for en efterfølgende forebyggende eller rehabiliterende indsats, synes at falde i forbindelse med kontakten til egen læge.

Figur 4. Resultaterne fra screening for risiko for type 2-diabetes (%)



Figur 5. Resultaterne af screeningen



En del borgere, som har haft kontakt til projektet, har ønsket henvisning til sundhedstilbud enten i Randers Sundhedscenter eller i Psykiatriens Hus (

Tabel 2). Her ses, at kun omkring 1/3 af borgerne henvist til Sundhedscenter fremmøder, mens det er over halvdelen af de henviste borgere, som fremmøder i Psykiatriens Hus.

Den højere succesrate i Psykiatriens Hus kan, jf. respondenterne, formentlig findes i borgernes forudgående kendskab og vanlige gang i Psykiatriens Hus.

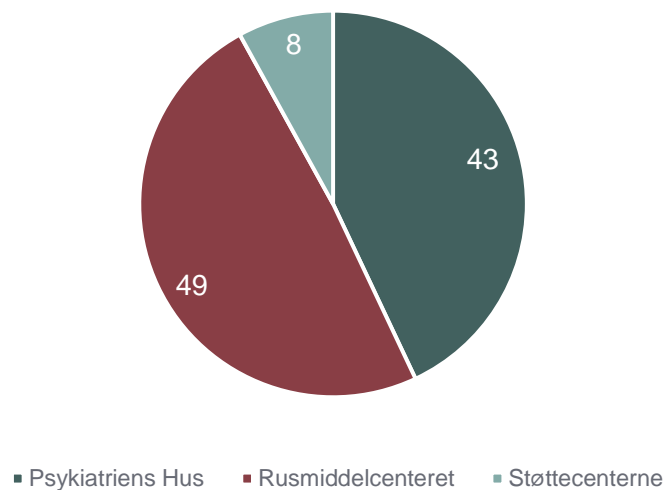
Tabel 2. Antallet af borgere, som henholdsvis har ønsket og er fremmødt til sundhedsforløb

	Ønsket henvendelse til forløb	Fremmødt til forløb
Randers Sundhedscenter	38	11
Psykiatriens Hus	68	37

Af Figur 6 fremgår det, at flest borgere blev rekrutteret gennem Psykiatriens Hus og Rusmiddelcenter, som tilsammen står for rekruttering af 92% af borgerne, mens støttecentrene bidrager med 8% af borgerne. Det bemærkes igen, at screeningen blev foretaget i tre udvalgte arenaer fra Socialforvaltningen, oprindeligt Psykiatriens Hus og Rusmiddelcenter, mens støttecentrene blev inkluderet i projektet undervejs.

Trods tidsforskel i inklusionsperioden understøtter data, at tidlig opsporing i støttecentrene var vanskeligere end i de andre arenaer – formentlig på baggrund af de i de kvalitative data belyste årsager, herunder projektsygeplejerskens synlighed i et kendt og trygt miljø og vanskeligheden for den sekundære målgruppe, de socialfaglige medarbejdere, i at varetage opgaven i at spotte og tilbyde tidlig opsporing.

Figur 6. Tilknytningen for de screenede borgere (%)



De kvantitative resultater indikerer, at projektet og den afprøvede opsporingsindsats kom i og var i kontakt med borgere i de udpegede målgrupper. Tilsvarende tyder resultaterne på, at det i de udpegede målgrupper også er særligt relevant for en tidlig opsporende indsats, specifikt understøttet af at henholdsvis fem og tre ud af 26 borgere havde type 2-diabetes eller forstadiet hertil.



## 4. Tværgående resultater

I nedenstående afsnit gennemgås de tværgående resultater fra de tre projekter. De fem vigtigste erfaringer fra projekterne er opsummeret i nedenstående boks:

Udsatte borgere er motiverede for tidlig opsporing.

Umiddelbar tilgængelighed af kliniske målinger i forbindelse med opsporing fremmer interesse hos borgerne.

En forudsætning om besøg hos egen læge før tidlig indsats reducerer borgernes motivation betydeligt.

Tidlig opsporing skal følges op af et lettilgængeligt, målrettet tilbud.

Det er vanskeligt for medarbejdere med anden primær funktion at varetage en sundhedsfaglig opgave.

På tværs af alle tre projekter er det gennemgående, at **udsatte borgere er motiverede for at indgå i indsatser vedrørende tidlig opsporing** og i vid udstrækning går op i og bekymrer sig om egen sundhed. Borgerne, der har indgået i projekterne, er i høj grad interesserede og glade for tilbuddet. Det bør dog understreges, at der alene er interviewet borgere, som er gået ind i den første dialog, ligesom antallet af borgere, der ikke har valgt at lade sig kontakte eller har afvist kontakt, af naturlige årsager ikke er kendt.

Ligeledes beretter de to projekter, som har mulighed for måling af HbA1c i forbindelse med sundhedssamtalen og screeningen, at **umiddelbar tilgængelighed af kliniske målinger i forbindelse med opsporing fremmer interesse hos borgerne** og dels giver et bedre afsæt for samtalen samt øger interessen for forebyggende indsatser hos borgerne. Pointen hænger i høj grad sammen med den generelle oplevelse på tværs af alle tre projekter, at **besøg hos egen læge reducerer borgernes motivation betydeligt**, hvor mange borgere falder fra grundet besværet i at kontakte egen læge, få tid, møde op og overbevise egen læge om relevansen af kliniske test samt at få lægen til at henvise til kommunalt forebyggende eller rehabiliterende tilbud. De bosteder, hvor der er lavet aftale med en praktiserende læge om at være bostedslæge, opleves forudsætningen om kontakten til lægen ikke som en barriere, men tværtimod som en hjælpende faktor.

Samtidig er projekterfaringerne tydelige, når det kommer til relevansen og nødvendigheden af, at **tidlig opsporing skal følges umiddelbart op af et lettilgængeligt, målrettet tilbud**, medmindre den tidlige opsporing så at sige skal være forgæves – uden at føre til en tidlig indsats.

Det er således nærliggende at overveje, om der i forbindelse med tidlig opsporing med henblik på igangsættelse af en tidlig(ere) forebyggende indsats for at reducere omfanget af borgere, der udvikler type 2-diabetes, kan arbejdes med mere direkte adgang til de forebyggende tilbud – evt. uden involvering af borgernes egen læge, medmindre en sådan er umiddelbart tilgængelig enten ved fysisk tilstedeværelse, ved delegation eller via digitale løsninger.

De tre projekter har afprøvet forskellige tilgange, når det kommer til, om det primært er sundhedspersoner med specifik viden om diabetes og med sundhedspædagogiske kompetencer, der gennemfører den primære opsporingsindsats – eller om sundhedspersonen søger at kompetenceudvikle personer med andre fagligheder til at gennemføre denne opgave.

Med få nuancer synes det at være gennemgående, at medarbejdernes uddannelsesbaggrund og primære funktion har stor betydning for løftet af en sundhedsfaglig opgave. Således er **det vanskeligt for medarbejdere med anden primær funktion at skulle varetage en relativt vanskelig sundhedsfaglig opgave**,

som samtidig nødvendigvis altid er i konkurrence med medarbejderens primære funktion (fx beskæftigelsesindsats, social indsats mv.).

Erfaringerne fra projekterne kan tyde på, at den mest optimale opgavedeling er, at frontpersonale med fx socialfaglig baggrund kvalificeres til at spotte borgere i risiko, mens den egentlige sundhedsfaglige og sundhedspædagogiske indsats, der skal udføres i forbindelse med den første kontakt, samtale og screening, med fordel kan ligge hos sundhedsfaglige medarbejdere i udgående funktioner til de arenaer, hvor de udsatte borgere er mest trygge og hjemmевante.

Erfaringerne fra projekterne kan med fordel sammenholdes med den viden og evidens, der er på området om tidlig opsporing af diabetes hos udsatte og sårbare borgere. Projekterne viser, at borgerne er motiverede for indsatsen, at let tilgængelighed af kliniske målinger og målrettede tilbud er en del af succesen, dertil kommer, at der sundheds- og samfundsfagligt er evidens for, at borgere som støttes i deres egenkontrol og egenomsorg har større sandsynlighed for at lykkes med adfærdsændringer i forhold til sundere og mere diabetes-venlig livsstil.

Støtte til egenkontrol og egenomsorg fremmes via en borgercentreret tilgang, som anerkender borgerens tanker og følelser, og er kombineret konstruktiv feedback, egenomsorgsguidelines og tydelige sundhedsmål, hvilket resulterer i bedre metabolisk kontrol. Ligeledes viser evidensen på området, at kombineres tilbuddene med kendte adfærdsdesignstrategier, bidrager dette ligeledes til højere succesrate blandt borgergruppen. Dette inkluderer blandt andet strategier som økonomiske incitamenter, design og konstruktion af valg og tilbud til borgerne, som influerer dem i en given retning og 'commitment device'-strategi, hvor borgeren forpligter sig til egen fremtidig plan, som de derefter støttes i at overholde.

Således er ovennævnte strategier alle mulige tiltag, som kunne indtænkes i arbejdet med at motivere og fremme sundhedsadfærd hos udsatte borgere.

## 5. Øvrige perspektiver

På baggrund af to af projekternes erfaringer er måske perspektiver i udvikling af tilgangene til tidlig opsporing af diabetes hos udsatte borgere. Alle projektledere, tovholdere og borgere, som er blevet interviewet, er blev spurgt ind til læring og perspektiver i projektet og fortæller, at trods projekternes mange udfordringer taler meget for, at sundhedsfaglig forebyggelse hos udsatte borgere er en god idé, men at der generelt skal tænkes i bredere og mere robuste løsninger, mens der er forskellige vurderinger af behovet for egentlig opsporing. Der er her særligt to perspektiver:

**Vellykkede projekter kræver kontinuitet på ledelses- og medarbejderniveau.** Alle tre projekter har oplevet skift i ledelsen og på medarbejderniveau, hvilket har vanskeliggjort fremdrift og engagement. Det er formentligt urealistisk, at langvarige projekter ikke vil være udsat for skift i ledelsen og/eller medarbejdergruppen, hvorfor det må betragtes som en grundpræmis for langvarige projekter. Projekter kan med fordel tilrettelægges og planlægges, så sårbarheden over for ledelses- og medarbejderudskiftninger reduceres.

**Projekter burde arbejde strategisk og målrettet med implementering som en del af succeskriterierne.** Et grundvilkår for projekter er deres midlertidige varighed, hvorfor en betydelig del af et projekts succes må ligge i, hvor høj grad indsatsen har sat et varigt aftryk. Derfor bør projektplanlægning tage aktivt stilling til og planlægge overgangen til efterfølgende drift allerede ved projektstart.

*'Projektet er mest værd, hvis vi kan implementere noget.'*

- Tovholder



## 6. Bilag

### 6.1 Leicester Diabetes Risk Assessment

Leicester Diabetes Risk Assessment er anvendt i alle tre projekter som screeningsværktøj til at identificere borgere i høj eller meget høj risiko for at have eller udvikle diabetes.

Tabel 3. Leicester Diabetes Risk Assessment

QUESTIONNAIRE: Do you want to know your risk of Type 2 diabetes?  
For each question, tick one box.

1 . Which age group are you in?					
49 years and younger	<input type="checkbox"/>	0	60 - 69 years	<input type="checkbox"/>	9
50- 59 years	<input type="checkbox"/>	5	70 years and older	<input type="checkbox"/>	13
2. Are you male or female?					
Male	<input type="checkbox"/>	1	Female	<input type="checkbox"/>	0
3. How would you describe your ethnicity?					
White European	<input type="checkbox"/>	0	Any other ethnic group	<input type="checkbox"/>	6
4. Do you have a parent, brother, sister and/ or child with Type 1 or Type 2 diabetes? (Do not count step-relatives)					
Yes	<input type="checkbox"/>	5	No	<input type="checkbox"/>	0
5. Which waist size group are you in? (See instructions)					
Less than 90 cm (Less than 35 inches)	<input type="checkbox"/>	0	100 - 109 cm (39 - 42 inches)	<input type="checkbox"/>	6
90 - 99 cm (35 - 38 inches)	<input type="checkbox"/>	4	110 cm (43 inches) & above	<input type="checkbox"/>	9
6. Which Body Mass Index (BMI) group are you in? (See explanation and instructions)					
Less than 25	<input type="checkbox"/>	0	30- 34	<input type="checkbox"/>	5
25- 29	<input type="checkbox"/>	3	35+	<input type="checkbox"/>	8
7. Have you ever been told by a doctor or nurse that you have high blood pressure?					
Yes	<input type="checkbox"/>	5	No	<input type="checkbox"/>	0
To get your risk score add up the numbers in the blue boxes next to the seven boxes that you have ticked. Write the total number here – <b>This is your risk score:</b> To find out what this means go to page 6					

*The Leicester Risk Assessment score for detecting undiagnosed type 2 diabetes and impaired glucose regulation for use in a multiethnic UK setting. Gary et al. Diabetic Medicine, 2010.*

## 6.2 Litteratur om socioøkonomisk status og type 2-diabetes

*Impact of early psychosocial factors (childhood socioeconomic factors and adversity) on future risk of type 2 diabetes, metabolic disturbance and obesity. A systematic review. Tamayo, T et al. BMC Public Health, 2010;10:525.*

*Life-course socioeconomic position and type 2 diabetes mellitus. Smith, BT et al. Am J Epidemiol 2011;173:438-47.*

*Socioeconomic inequality in diabetes complications, control attitudes and health service use: a cross-sectional study. Bachmann, M O, et al. Diabetic Medicine, 20, 921-929.*

*Socioeconomic position and the incidence of type 2 diabetes: the ELSA study. Demakakos, P et al. Eur J Epidemiology. 2012, 27:367-378.*

*Socioeconomic position and cardiovascular risk factors among people with screen-detected Type 2 DM: Six-year follow-up of the Addition-Denmark Trial. Dalsgaard, E et al. Prim Care Diabetes 2014;8(4):322-329.*

*Socioeconomic position, type 2 diabetes and long-term risk of death. Dalsgaard, E et al. PLoS ONE 2015;10(5).*

*Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. Tuomilehto, J et al. N Engl J Med. 2001 May 3;344(81):1343-50.*

*Changing habits to delay diabetes. Tataranni, P A, et al. N Engl J Med, 344(18): 1390-91.*

*Problem solving and diabetes self-care. Toobert, D J, et al. J Behav Med. 1991. Feb;14(1):71-86.*

*Social support and personal models of diabetes in relation to self-care and well-being in adolescents with type 1 diabetes mellitus. Skinner, T C, et al. Journal of Adolescence. 1998. 21(6):703-715.*

*Barriers to self-management of diabetes. Ahola, A L, et al. Diabetes Med. 2013 Apr;30(4):4:413-20.*

*Biobehavioral determinants of glycemic control in type 2 diabetes: A systematic review and metaanalysis. Brown, S A, et al. Patient Educ Couns. 2016 Oct;99(10):1558-67.*

*Nudging to change: using behavioral economics theory to move people and their health care partners toward effective type 2 diabetes prevention. Soler, R E, et al. Diabetes Spectrum. 2018;31:310-319*

*Nudging people with type 2 diabetes towards better self-management through personalized risk communication: A pilot randomized controlled trial in primary care. Rouyard, T et al. Endocrinology, Diabetes and Metabolism. 2018; jun22;1(3).*

*A scoping review of behavioral economic interventions for prevention and treatment of type 2 diabetes mellitus. Kullgren, J T, et al. Curr Diab Rep. 2017;17(9):73.*

