

# Katalog med beskrivelse af udvalgte cases



Vidensafdækning af indsats til mennesker med kronisk sygdom, herunder social ulighed i sundhed

Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen

Oktober 2022

# INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>1.</b>	<b>Valg af cases til dybdeafdækning</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Præsentation af cases</b>	<b>4</b>
2.1.	Samblik	7
2.2.	ViosKlinikken	11
2.3.	Vi samler kræfterne	15
2.4.	HjerteKom Midt	19
2.5.	MinSP	24
2.6.	V4M	28
2.7.	LIVA (Aalborg Kommune)	32
2.8.	BackTrace	36
2.9.	Diabetesbussen	41
2.10.	Sammen om dit helbred	45
2.11.	Fleksible konsultationer	49
2.12.	Navigatortilbud for kræftpatienter	53
2.13.	Sammen om diabetes	57

## 1. Valg af cases til dybdeafdækning

Vidensafdækningens første del omfatter en breddeafdækning med det formål at identificere og afdække viden, indsatser og relevante projekter og initiativer inden for de (ud)valgte kroniske sygdomme og kræft, herunder udfordringer og potentialer inden for temaerne kvalitet og sammenhæng, teknologi og data samt social ulighed.

I anden del af vidensafdækningen uddybes udvalgte cases, dvs. indsatser og projekter i dette katalog. Kataloget indeholder bl.a. en beskrivelse af indsatsernes indhold, organisering, oplevede udbytte for målgrupperne og udbredelsespotentialer.

Det er hensigten, at det samlede katalog af cases skal bidrage til at udfolde fremtidsperspektiverne for området og synliggøre behov og potentialer for den fremadrettede udvikling af indsatser og tilbud. Dette skal være med til at danne afsæt for den videre dialog og prioritering af området i task force for indsatser målrettet kronisk sygdom, kræft og ulighed i sundhed.

Casene er udvalgt på baggrund af en gennemgang af resultaterne fra breddekortlægningen med udgangspunkt i nedenstående kriterier:

- 1) Det vurderes, at indsatserne eller projekterne i høj grad fokuserer på social ulighed, teknologisk understøttelse eller datadeling<sup>1</sup> – samtidig med, at indsatsen eller projektet vurderes at have høj effekt eller oplevet positiv værdi for målgruppen<sup>2</sup>.
- 2) Der er afvejet hensyn til udbredelsespotentialer og mulighederne for generisk anvendelse, repræsentation af de forskellige kroniske sygdomsgrupper og kræft, samt bred geografisk afspejling.
- 3) Der er afvejet hensyn til at sikre en variation i de udvalgte cases, sådan at dybdeafdækningen kan bruges til at udfolde fremtidsperspektiverne bredt i forhold til de relevante temaer.

Der har konkret været afholdt en udvælgelsesworkshop med deltagende eksperter, hvor de med baggrund i ovenstående har haft mulighed for at komme med input og tilkendegive, hvilke cases de så flest perspektiver i.

Det har desuden været afgørende for den endelige udvælgelse af cases, at disse har kunnet indgå i en vurdering baseret på følgende parametre: teori og viden, virkning, beskrivelse, mål og overførbarehed. Hver case er vurderet på en skala fra 1-4 for hver af de fem parametre. Hver casebeskrivelse indeholder en spindelvævsmodel, der viser en vurdering af den enkelte case på baggrund af de fem parametre. Parametrene er uddybet i nedenstående tabel.

Det skal afslutningsvis understreges, at selvom cases er udvalgt i dialog med Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen, er valget af caseeksemplerne alene Rambølls ansvar, hvilket også gælder for den foretagne vurdering af de enkelte cases. Herunder er det væsentligt, at næsten alle de udvalgte cases fortsat er på projektudviklingsniveau og derfor ikke alle er evaluerede. Evidensniveauet er således lavt for størstedelen af cases, hvorfor fx en parameter som "indsatsens virkning" bør læses med dette som afsæt.

<sup>1</sup> Indsatsen eller projektet er designet til systematisk at reducere social ulighed og/eller der er en tydelig beskrivelse af, hvordan teknologiske løsninger eller datadeling understøtter sammenhængen i borgerens forløb eller reduktion af konsekvenserne af social ulighed

<sup>2</sup> Når der refereres til forskning, en evaluering eller lign., eller når der indgår en beskrivelse af oplevet positiv effekt for målgruppen.

Parameter	Beskrivelse
<b>Teori og viden</b>	Afdækker om indsatsen er forankret i veldefineret teori og aktuel viden. Der er foretaget en vurdering ud fra en række spørgsmål til casen, herunder om indsatsen er baseret på en eller flere navngivne teorier eller metoder, og om der findes en begrundelse for forventet virkning i praksis.
<b>Virkning</b>	Afdækker om det via undersøgelser sandsynliggøres, at indsatsen har en positiv virkning for borgerne. Med virkning menes dermed ikke nødvendigvis effekt. Virkning kan derimod vurderes på baggrund af ekspertvurderinger, før- og eftermålinger eller procesorienterede studier. Vurderingen er foretaget på baggrund af spørgsmål så som, om der er dokumentation for, at praksis virker i forhold til målgruppens behov.
<b>Beskrivelse</b>	Afdækker om indsatsen er systematisk beskrevet i forhold til målgruppe, aktiviteter, mål m.m. Vurderingen er foretaget med udgangspunkt i spørgsmål til, om der findes en beskrivelse af indsatsen, og om denne er fyldestgørende i en sådan grad, at udefrakommende (fra andre tilbud eller andre fagpersoner) kan aflæse praksis ud fra beskrivelsen.
<b>Mål</b>	Afdækker om indsatsen indeholder klare og relevante mål for de deltagende borgers udvikling og praksis. Der er foretaget en vurdering på baggrund af spørgsmål så som, om der er formuleret et overordnet mål, og om dette er formuleret på en måde, så det er muligt at vurdere, om målene indfries.
<b>Overførbarhed</b>	Afdækker om indsatsen kan overføres til andre fx sygdomsgrupper eller kommuner. Dette er vurderet med udgangspunkt i spørgsmål til, om indsatsen kan overføres til andre kommuner eller enheder, og om der er særlige forhold ved praksis, der gør det svært for andre at implementere.





## 2. Præsentation af cases





I det følgende præsenteres dybdeafdækningen af de 13 udvalgte cases. Disse repræsenterer både (perspektivrige) sundhedsfaglige indsatser, sociale indsatser og udviklingsprojekter med fokus på teknologi og data, der kan være med til at inspirere og tydeliggøre potentialer i forhold til at reducere social ulighed og sikre bedre understøttelse forløb af mennesker med kronisk sygdom. I flere af de udvalgte cases er der et offentligt-privat samarbejde, hvilket viser, at virksomheder også kan bidrage til arbejdet med at sikre bedre understøttelse af forløb af mennesker med kronisk sygdom.





I dette katalog er hver case således detaljeret beskrevet. Beskrivelserne er med til at tydeliggøre centrale elementer i de udvalgte cases og pege på, hvilke perspektiver og potentialer der er i forhold til en videre udbredelse af løsningen – enten i form af fuld skalering eller ved at tage udvalgte kerneelementer fra en specifik indsats, som indeholder et potentiale på andre områder og dermed kan bidrage til den videre udvikling af området generelt.

Nedenstående figur indeholder en oversigt over de 13 udvalgte cases.

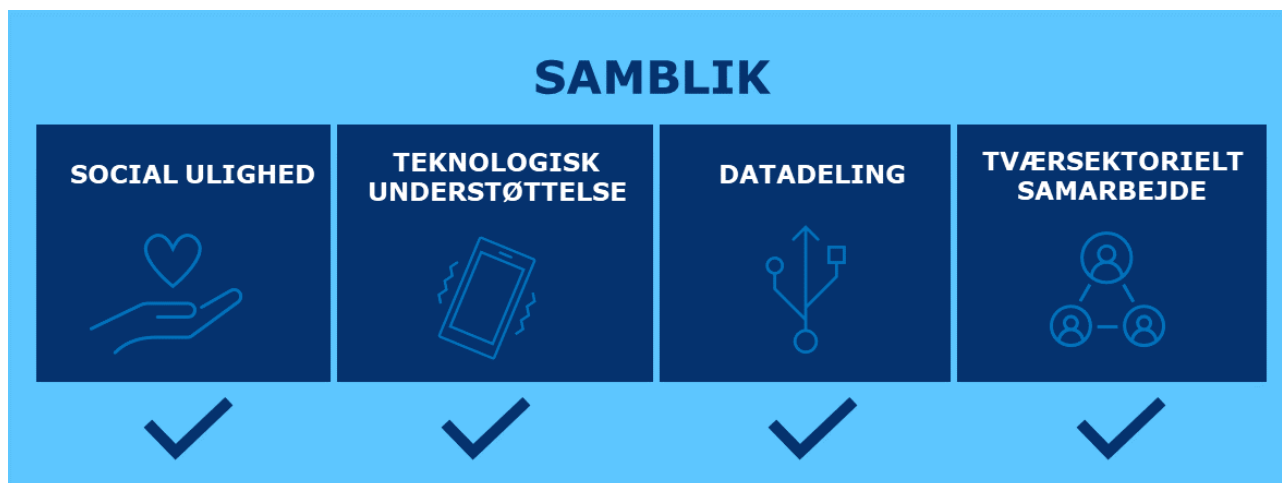
**Figur 2-1: Oversigt over de udvalgte cases**

Titel	Beskrivelse	Sygdom	Involverede aktører	 Social ulighed	 Teknologisk understøttelse	 Data-deling	 Tværsektorielt samarbejde
<b>Samblik</b>	En digital løsning til deling af sygdomsspecifikke data mellem sundhedsprofessionelle, der behandler mennesker med type 2-diabetes. Sundhedsprofessionelle kan bruge den digitale løsning til at få et fælles overblik over behandling og samarbejdsmuligheder	Type-2 diabetes  (løsning til KOL under udvikling)	Region Midtjylland og Steno Diabetes Center Aarhus, læge og sygeplejerske i almen praksis, hjemme- eller diabetessygeplejerske i kommunen og læge og sygeplejerske på relevant sygehusafdeling	✓	✓	✓	✓
<b>ViosKlinikken</b>	Døgnåbent behandlings- og rådgivningstilbud i form af en virtuel klinik, hvor mennesker, der tilknyttes klinikken, får udleveret relevant måleudstyr med henblik på løbende at lave målinger i hjemmet.	KOL, hjertesvigt	Region Sjælland og Odsherred Kommune og Copenhagen Business School		✓	✓	✓
<b>Vi samler kræfterne</b>	Et tværkommunalt samarbejde om kræftrehabilitering til borgere med forskellige kræftdiagnoser. Borgere tilbydes en række sygdomsspecifikke tilbud på tværs af kommunegrænser.	Kræft	Ballerup, Gladsaxe, Herlev, Rødovre, Furesø, Egedal, Gentofte, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal Kommuner			✓	✓

Titel	Beskrivelse	Sygdom	Involverede aktører	 Social ulighed	 Teknologisk understøttelse	 Data-delning	 Tværsektorielt samarbejde
<b>Hjerte-KomMidt</b>	En tværkommunal kvalitetsdatabase med hjerterehabiliteringsdata for borgere med iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt samt hjerteklapopererede borgere. Bruges til kvalitetsforbedring i forbindelse med hjerterehabilitering.	Iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og Hjerteklapopererede borgere	Region Midtjylland og alle kommuner i regionen, hvor sundhedsprofessionelle indsætter data	✓	✓	✓	✓
<b>Min SP</b>	En fælles elektronisk patientjournal for hospitaler i både Region Hovedstaden og Region Sjælland, som er tilgængelig via web og app	Kroniske sygdomme generelt	Region Hovedstaden og Region Sjælland	✓	✓	✓	
<b>V4M</b>	Et videomøde i forbindelse ældre patients hospitalsindlæggelse, hvor sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer deler viden og informationer om patientens livs- og sygdomssituation af relevans for det videre forløb	Multisygdom	Region Sjælland, (Institut for Regional Sundhedsforskning), Syddansk universitet, Det Nationale Forskning og Analysecenter for Velfærd		✓	✓	✓
<b>Liva</b>	En app til digital sundhedsvejledning via borgerens smartphone. Borgeren får en sundhedsvejleder og sammen udarbejder de mål relateret til vane- og livsstilsændringer i forhold til fx kost, motion og søvn	Kroniske sygdomme generelt	Aalborg Kommune		✓		
<b>Back-Trace</b>	En app til borgere og en brugerflade til fagprofessionelle, der skaber overblik over borgerens forløb, aftaler og kontaktpersoner	Lænderygsmærter	Region Midtjylland		✓	✓	✓
<b>Diabetes-bussen</b>	En fysisk bus med indretning, der gør det muligt i bussen at foretage en række undersøgelser for senkomplikationer til diabetes. Den er målrettet socialt udsatte mennesker med diabetes, der typisk ikke deltager i	Diabetes	Region Sjælland (Steno Diabetes Center Sjælland), Vordingborg, Guldborgsund og Lolland Kommuner samt almen praksisser i kommunerne	✓	✓		✓

Titel	Beskrivelse	Sygdom	Involverede aktører	 Social ulighed	 Teknologisk understøttelse	 Data-delning	 Tværsektorielt samarbejde
	diabeteskontrol i ambulatoriet						
<b>Sammen om dit helbred</b>	Systematisk tværsektoriel og tværfaglig indsats for at opspore og evt. behandle hjertesygdom (iskæmi, hjerteinsufficiens) og diabetes hos patienter med en svær psykisk lidelse	Iskæmisk hjertesygdom og diabetes	Region Hovedstaden (Psykiatrisk Center København, Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg), 16 alment praktiserende læger, Psykiatrienheden i Københavns Kommune	✓			✓
<b>Fleksible konsultationer</b>	Fleksibelt behandlingstilbud til sårbare voksne med diabetes, der er i behandling i diabetesambulatoriet	Diabetes	Region Midtjylland, (Steno Diabetes Center Aarhus)	✓			✓
<b>Navigatortilbud for kræftpatienter</b>	Tilbud om en frivillig navigator til at støtte socialt sårbare patienter med kræft i at navigere i sundhedsvæsenet og i livet med og efter kræft.	Kræft	Kræftens Bekæmpelse, regionale koordinatører og frivillige navigatører	✓			✓
<b>Sammen om diabetes</b>	Et helhedsorienteret og tværsektorielt forløb med en kombination af individuelle og gruppebaserede tiltag med fokus på at fremme sund livsstil blandt borgerne.	Diabetes	Aarhus Kommune og Region Midtjylland (Steno Diabetes Center Aarhus).	✓	✓		✓

## 2.1. Samblik



### Målgruppe og indsatsstype

Samblik er en teknologisk løsning udviklet af Steno Diabetes Center Aarhus, der deler sygdomsspecifikke data mellem sundhedsprofessionelle, som behandler mennesker med type 2-diabetes (læge og sygeplejerske i almen praksis, hjemmesygeplejerske i kommunen og læge og sygeplejerske på relevant sygehusafdeling). Den teknologiske løsning har ingen borgerrettet flade eller funktion til datadeling.

### Formål og målsætninger

Formålet er at forbedre det tværsektorielle samarbejde og kommunikation, ved at mennesker med type 2-diabetes ikke selv skal bære egen sygdomshistorie og kliniske informationer på tværs af sektorer til behandlinger og konsultationer. Målsætningen er at kunne give bedre behandling og undgå fejl i behandlingen, ved at give sundhedsprofessionelle et hurtigere, bedre og mere relevant overblik over sygdomsspecifikke kliniske data for patienten. Beskrivelsen af disse sygdomsspecifikke kliniske data uddybes i afsnittet om indhold og datadeling.

### Social ulighed

Der har i forbindelse med udviklingen af Samblik været fokus på, at løsningen vil kunne bidrage til mere lighed i sundhed. Samblik har potentiale til at modvirke social ulighed, da

- sundhedsprofessionelle bliver klædt bedre på til at kunne understøtte mennesker med type 2-diabetes, som har få ressourcer til at overskue deres eget forløb og komme til deres aftaler i forløbet. Derved får den sundhedsprofessionelle et bedre overblik over den enkeltes forløb og indsigt i fx konkrete aftaler med andre sundhedsprofessionelle og behandlingsplaner.
- sundhedsprofessionelle er ikke afhængige af, at det enkelte menneske kan fortælle om sin behandling, diagnoser, specifikke mål og målinger, der er taget i en anden sektor, hvilket potentielt højner behandlingskvalitet og mindsker risiko for fejl.
- sundhedsprofessionelle får indblik i, om det enkelte menneske med diabetes møder op til deres kontroller i andre sektorer, om de afhenter deres medicin, og hvor stor den enkeltes sygdomsbyrde er. Det kan have betydning for valg af behandling. Den sundhedsprofessionelle bliver dermed mere uafhængig af, om det enkelte menneske med type 2-diabetes kan bære relevante informationer fra tidligere kontakter i forløbet med sig til konsultationen. Samblik kan derfor understøtte fastholdelsen af patienter i målgruppen, der er sårbare eller har få ressourcer til at



mestre livet med kronisk sygdom i deres forløb samt sikre, at sundhedsprofessionelle har et mere fyldestgørende beslutningsgrundlag.

### **Teknologisk understøttelse/datadeling**

Samblik er en teknologisk løsning, der er udviklet, så Samblik kan åbnes via en knap i klinikernes lokale systemer (anvendelsesystemerne i almen praksis, EOJ-systemerne i kommunerne og EPJ-systemerne i sygehusektoren). Samblik er udviklet, så den åbner op på en måde, hvor sundhedsprofessionelle oplever, at den er integreret i deres anvender-system – denne type integration (National AfprøvningsPlatform, NAP) er udviklet af Sundhedsdatastyrelsen. Der er udviklet en Samblik-plattform, der trækker relevante data fra den nationale infrastruktur (Nationale Service Platform, NSP), og løsningen er derfor et eksempel på, hvordan man kan udnytte den nationale infrastruktur til datadeling på tværs af sektorer.

Den teknologiske løsning er udviklet af et privat firma. Løsningen deler kliniske data, medicin samt aftaler fra andre sektorer, som de sundhedsprofessionelle ikke havde adgang til før. Derudover fremvises data sygdomsspecifikt og på baggrund af en selektering, så kun de mest relevante data for sygdommen fremvises. Videre er en vigtig parameter, at data udstilles på en lettilgængelig og overbliksskabende måde, fx gennem grafer, så sundhedsprofessionelle hurtigt kan danne sig et overblik. Det fremhæves også, at den grafiske visning fungerer som et pædagogisk redskab i dialogen med patienten under konsultation.

De kliniske data, der kan tilgås, er:

- Medicin (trækkes fra FMK)
- Borgerens aftaler (i almen praksis, hospital, øjenlæger og fodterapeuter)
- Dele af forløbsplanen fra almen praksis (fx diagnoser, rygestatus, vægt og blodtryk)
- Testresultater fra laboratoriesvar
- Link til de kommunale tilbud, der er i borgerens bopælskommune (sundhed.dk).

Det er afgørende, at der kun udstilles de helt centrale data for den pågældende sygdom, så der skabes overblik og dataoverload mindskes. Data har indtil nu været delt med patientsamtykke, men kan deles uden patientsamtykke, da det udelukkende er relevante sundhedsprofessionelle, der har adgang til data (i forlængelse af sundhedsloven). De kliniske data i Samblik deles på tværs af sektorer og understøtter bedre forløb gennem information af sundhedsprofessionelle. Derudover er der også potentiale i forhold til at bruge data i Samblik til at kvalitetsudvikle og prioritere sundhedsindsatsen ved at stratificere mennesker med en given sygdom og fx udregne, hvornår hvert enkelt menneske skal ses igen, og derved optimere forløbet for den enkelte ved fx at udelade ambulante besøg, hvis de ikke er nødvendige.

### **Indhold og vidensgrundlag**

Samblik er en teknologisk løsning, der fremviser relevante kliniske data i et overbliksbillede for de relevante sundhedsprofessionelle. De logger på deres vante journalsystem, og her kan Samblik tilgås enten ved hjælp af en knap i systemet eller ved at logge ind i en fane i deres lokale system. Udviklingen af Samblik hviler i høj grad på inddragelse af sundhedsprofessionelle i forhold til at afdække deres behov for, hvilke data og informationer der skal udstilles.

### **Organisering på tværs af sektorer**

Den teknologiske løsning sikrer, at data kan tilgås i alle sektorer. Det er Steno Diabetes Center Aarhus, som er del af Region Midtjylland, der i samarbejde med eksterne parter har haft ansvar for at udvikle den teknologiske løsning. Hvordan den teknologiske løsning fremadrettet skal drives og forankres, er endnu ikke besluttet. Der arbejdes på at afklare en evt. fælles offentlig governance model, der er nødvendig at få etableret i forhold til en videre drift af en tværsektoriel løsning.

## Resultater/virkning

Evalueringen af den første pilottest af Samblik er under udarbejdelse og forventes offentliggjort ultimo august/september 2022. Tilbage meldingen fra de deltagende sundhedsprofessionelle er positiv. De vurderer, at de får et bedre overblik og dermed et bedre beslutningsgrundlag samt mere "blød" viden om patienten i forhold til dennes fremmøde til aftaler, hvor meget har vedkommende været indlagt m.v. Der er størst værdi ved Samblik for patienter med, der har mere komplekse forløb med mange kontakter og meget medicin, fx mennesker med multisygdom.

Samblik har potentiale til på sigt at sænke antallet af ambulante diabetesforløb på hospitalet, ved at kvaliteten af specialistrådgivning fra hospitalet til almen praksis højnes pga. Samblik-overblikket.

## Økonomi

Steno Diabetes Center Aarhus har brugt ca. 5 mio. kr. på at udvikle Samblik (Sundhedsministeriet har heraf støttet med 1,65 mio. kr.). Økonomien kan for nuværende ikke vurderes yderligere af Rambøll.

## Implementering

Pilottesten har vist, at Samblik er en ret intuitiv og brugervenlig løsning, der ikke kræver store ændringer af arbejdsgange for sundhedsprofessionelle, da den teknologiske løsning er integreret i eksisterende journalsystemer. Tværtimod opleves Samblik som et overbliksskredskab, der kan være tidsbesparende for de sundhedsprofessionelle, da de ikke behøver at bruge tid på at finde informationerne i forskellige systemer. Det vurderes derfor ikke, at en evt. implementering af Samblik vil kræve store implementeringstiltag på brugerniveau. Dog kan der være nogle grupper af sundhedsprofessionelle, der kan have brug for mindre kompetenceløft i forhold til, hvordan de skal inddrage den teknologiske løsning i dialogen med patienter i målgruppen. Dette er specifikt nævnt i forhold til, hvis sundhedskonsulenter i kommunerne skal kobles på løsningen.

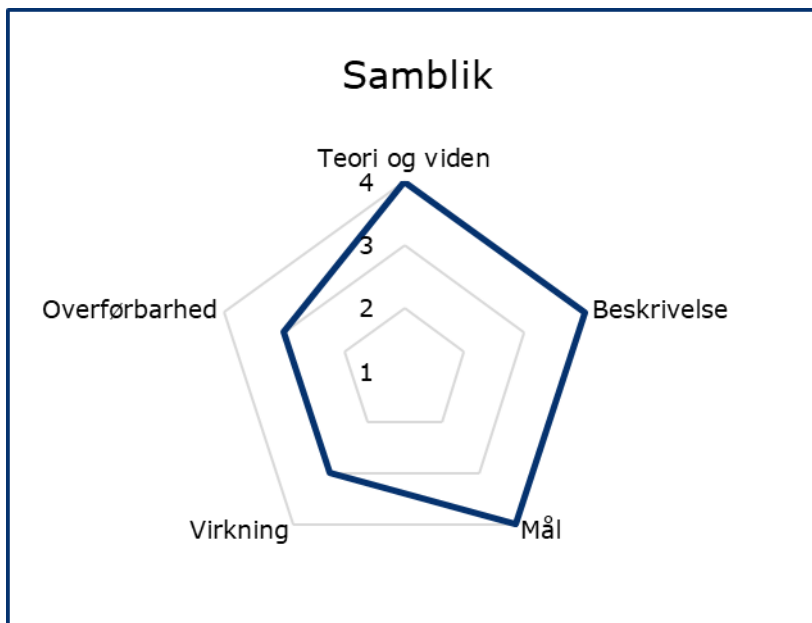
## Kontekst

Region Midtjylland, i samarbejde med Steno Diabetes Center Aarhus, er i gang med udvikling af et Samblik for KOL, der på samme måde deler relevante sygdomsspecifikke data mellem sundhedsprofessionelle i de forskellige sektorer. Her arbejdes der også på at skabe en brugerflade for patienten. Derudover udvikles der også lignende funktionalitet i regi af den digitale løsning 'Graviditetsmappen', som udvikles af Sundhedsdatastyrelsen. Her deles data og informationer om den gravides forløb også mellem de relevante sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer, hvilket sikrer et overblik over det samlede graviditetsforløb.

## Udbredelsespotentiale

Der er potentiale i forhold til at udvikle lignende løsninger til andre sygdomsgrupper, fx mennesker med anden kronisk sygdom og/eller med få ressourcer til at mestre livet med kronisk sygdom. Datadeling og overblik over patientens forløb giver størst værdi for målgrupper med de mest komplekse forløb. I forhold til en videre udbredelse af Samblik vurderes der at være fordele ved at holde det sygdomsspecifikt, da det netop giver mulighed for at afgrænse data til de allermest nødvendige informationer, og løsningen dermed giver værdi ved at skabe overblik over alle de relevante, tilgængelige data for sundhedsprofessionelle. Det er overblikket og udstilling af de centrale kliniske data på en overskuelig måde, der er kerneelementet i at skabe værdi for sundhedsprofessionelle og dermed understøtte gode forløb. Hvis der skal udvikles en teknologisk løsning, der deler data og giver overblik på tværs af sygdomsgrupper, er det afgørende at finde et passende informationsniveau og få pilottestet, hvorvidt overblikket giver værdi.

I forhold til en videre udbredelse og drift af løsninger, der deler data på tværs af sektorer, bliver det afgørende at få afklaret en fællesoffentlig governancemodel for den videre drift. Infrastruktur og teknologi er eksisterende, men der mangler afklaring af governance og de organisatoriske rammer for at drifte en tværsektoriel løsning.



**VIDEN:** Bygger på grundig inddragelse af sundhedsprofessionelle, som har beskrevet behovet

**BESKRIVELSE:** Der er en ret udførlig beskrivelse af den teknologiske løsning

**MÅL:** Der er mål for, hvad tilbuddet skal bidrage til af positive forandringer.

**VIRKNING:** Løsningen er indtil videre kun pilottestet, men tilbagemeldingerne har været meget positive.

**OVERFØRBARHED:** Da teknologien er tilgængelig, ses der gode muligheder for udbredelse. Der mangler dog juridiske og organisatoriske afklaringer

## 2.2. ViosKlinikken



### Målgruppe og indsatsstype

ViosKlinikken er en virtuel klinik, hvor borgere, der tilknyttes klinikken, får udleveret relevant måleudstyr med henblik på løbende at lave målinger i hjemmet. Gennem den virtuelle kontakt, der bl.a. sikrer formidlingen af borgernes egne tilstandsmålinger til klinikken, fastlægges behovet for eventuelle indsatser løbende. Målingerne afdækker, om der sker forandringer i borgernes tilstand. I tilfælde af, at tilstanden forværres, tages stilling til indsatsstype, strækkende sig fra fortsat virtuel kontakt over fysiske besøg af mobil akutsygepleje til behandling i eget hjem eller ophold på et kommunalt behandlingssted og evt. hospitalsindlæggelse.

Målgruppen er borgere bosiddende i Odsherred, Holbæk eller Lejre Kommuner, der har KOL, lungefibrose, alfa1-antitrypsinmangel eller hjertesvigt, og som har evnen til at håndtere en virtuel kommunikation til klinikkens sundhedsprofessionelle gennem tekniske hjælpemidler.

### Formål og målsætninger

ViosKlinikken blev etableret i 2018 i Odsherred Kommune som en del af innovations- og forskningsprojektet PreCare. Projektet er båret af en vision om et bæredygtigt sundhedssystem, der tilbyder mennesker hjælp til at forebygge sygdomme og til selv at håndtere et liv med kroniske sygdomme. Det betyder et sundhedsvæsen, der skal agere på borgerens præmisser, hvor rollerne bliver byttet om, så borgeren kommer i centrum, og sundhedsvæsenet bliver en understøttende part. Borgeren går fra at være den passive patient, defineret ved sin diagnose eller sine symptomer, til at være aktiv medspiller i egen behandling.

PreCare-projektet har til formål at udvikle tilstandsbaserede og personcentrerede services til mennesker med kronisk sygdom baseret på løbende opsamling og analyse af data fra både region, kommune og borger om tilstand, indsatser og resultater. De udviklede services skal sikre mennesker med kronisk sygdom hurtig respons ved ængstelse eller forværring i deres tilstand, som i de fleste tilfælde vil foregå hjemme hos borgeren selv.

Målet er, at borgerne skal opleve større tryghed, færre indlæggelser og øget livskvalitet, samtidig med at der opnås en bedre ressourceudnyttelse ved at omlægge akutte kontakter til forebyggende aktivitet.

### **Social ulighed**

Lighed i adgang og behandling bliver en konsekvens for de borgere, der bliver tilknyttet klinikken, idet alle sikres et ensartet tilbud gennem den tilstandsbaserede tilgang til vurdering af behovene for indsats. Det gælder også borgere, der af forskellige årsager ikke har kontakt med egen læge.

### **Teknologisk understøttelse/datadeling**

Borgerne får udleveret måleudstyr, som de foretager målinger med i hjemmet. Målingerne sendes automatisk og digitalt ind til ViosKlinikken i realtid. Data spiller en afgørende rolle i indsatsen. Data har borgeren selvmoniteret via det udleverede måleudstyr (fx lungefunktion, temperatur, puls og ilt-niveau i blodet) og derudover er data om borgerens velbefindende og evt. symptomer ved, at de ved selvmonitorering besvarer nogle spørgsmål herom. Udover at sætte borgerne i centrum gennem langt mere aktiv brug af data, bruges data til løbende at tilpasse og fintune indsatsen og udvikle sundhedstjenesterne i ViosKlinikken. Indsatsen tager udgangspunkt i en holistisk tilgang til og beskrivelse af borgeren, der ikke alene har et sundhedsfokus, men fx også kan tage højde for, om en borger er syg, fordi vedkommende er arbejdsløs, eller om arbejdsløsheden er et resultat af sygdommen.

### **Indhold og vidensgrundlag**

ViosKlinikken tilbyder ydelser til borgere med kronisk sygdom, hvor den enkelte borger i tæt dialog med specialiserede sygeplejersker og læger er i centrum for eget sygdomsforløb. Borgere, der er tilknyttet ViosKlinikken, får udleveret en telemedicinsk grundpakke, som bl.a. indeholder forskelligt måleudstyr, en tablet og akutmedicin, så borgerne selv kan følge med i og blive bedre til at tolke og reagere på egen helbredstilstand.

Som borger i ViosKlinikken er man døgnet rundt tilknyttet klinikken, hvor specialuddannede sygeplejersker i samarbejde med e-læger er klar til at hjælpe og vejlede, når behovet opstår. Online, on time, on demand.

ViosKlinikken får løbende information om borgerens aktuelle helbredstilstand gennem borgerens egenmålinger. Det gør det muligt at være på forkant og forhindre forværringer, inden det bliver så alvorligt, at borgeren skal indlægges. Opleves en forværring, afklarer ViosKlinikken – i dialog og samråd med borgeren – hvad der er bedst at gøre i den pågældende situation. En egentlig behandling kan hurtigt igangsættes virtuelt. Er det ikke tilstrækkeligt kan ViosKlinikken sende en akutsygeplejerske ud til borgeren for at undersøge tilstanden nærmere eller indlægge borgeren lokalt på kommunens akutpladser. I komplicerede tilfælde eller akutte tilfælde, der ikke kan håndteres af ViosKlinikken, indlægges borgeren på sygehus.

### **Tilrettelæggelse af indsatsen**

ViosKlinikken er bemandet med kommunale akutsygeplejersker og læger. ViosKlinikken er etableret med støtte fra Innovationsfonden og i samarbejde med Odsherred Kommune og Copenhagen Business School. Projektet løber frem til udgangen af 2022.

### **Organisering på tværs af sektorer**

ViosKlinikken er et samarbejdsprojekt. ViosKlinikken er etableret som et sektorneutralt setup. Det vil sige, at det bygger på et samarbejde mellem sundhedsvæsenets forskellige aktører, som alle spiller ind med deres forskellige kompetencer og ressourcer. I det daglige samarbejder ViosKlinikken med bl.a. Holbæk Sygehus, almen praksis, den lokale lungeforening og Odsherred Kommune. ViosKlinikken er privatejet, og ansvarsplaceringen ligger hos den virksomhedsansvarlige læge.

## Resultater/virkning

Der måles løbende på virkningerne af indsatsen. For borgere, der er tilknyttet klinikken, ses en reduktion i antallet af alle akutte sygehuskontakter. For borgere i højrisikogruppen ses et fald fra en median på fire akutte kontakter til en median på 1,5 akutte kontakter efter et års inklusion i ViosKlinikken. I forhold til antal akutte sengedage er der for højrisikogruppen påvist en reduktion på 17 sengedage pr. borger efter et års inklusion i ViosKlinikken. For de KOL-relaterede akutte sengedage er der en reduktion på 12 akutte sengedage. Også antallet af kontakter til egen læge og lægevagt falder for borgere tilknyttet ViosKlinikken. I forhold til økonomi ses et betydeligt fald i DRG-forbruget som følge af den reducerede sygehusaktivitet. For højrisikogruppen er median DRG-forbruget for alle akutte kontakter faldet med ca. 130.000 kr. et år efter inklusion. For det KOL-relaterede DRG-forbrug er faldet på godt 105.000 kr. et år efter inklusion.

Hertil kommer, at der er målt en betydelig øget tilfredshed hos de deltagende borgere og deres pårørende, samtidig med at de tilknyttede sundhedspersoner har oplevet, at deres arbejde er blevet mere meningsfuldt.

Samlet er det lykkedes for ViosKlinikken at øge de inkluderede borgeres sundhedstilstand, samtidig med at deres tilfredshed er øget, og omkostningerne er faldet.

## Økonomi

Projektet er finansieret af Innovationsfonden og de deltagende parter. Budgettet for det samlede projekt er ca. 50 mio. kr. i alt over en femårig periode. Der er udarbejdet en business case for indsatsen. Business casen viser, at der opnås en positiv business case 25 måneder efter projektets opstart, hvorefter ViosKlinikken opnår en nettobesparelse på 3,7 mio. kr. i projektets tredje og følgende år ved 150 inkluderede borgere. De månedlige gevinster af indsatsen overstiger de månedlige udgifter til drift af klinikken efter 12-13 måneder.

## Implementering

PreCare-projektet startede 1. marts 2018, og i november 2018 blev de første borgere inkluderet i ViosKlinikken. Som en del af innovationsprojektet sker der løbende en udvikling af det kliniske indhold og/eller de arbejdsgange, der er knyttet til de sundhedstjenester, der stilles til rådighed i ViosKlinikken. Det gælder både for allerede eksisterende tilstandsområder, fx KOL, og når der udvikles sundhedstjenester til nye tilstandsområder, fx hjertesvigt. Undervejs i projektet er udviklingen af sundhedstjenesterne dokumenteret i et såkaldt "BluePrint", som bl.a. Region Sjælland har benyttet sig af i forbindelse med driftliggørelse af sundhedstjenesterne fra ViosKlinikken på KOL-området.

## Kontekst

Konceptet for ViosKlinikken er primært udviklet af læger, sygeplejersker, Odsherred Kommuner, Region Sjælland og klinikkens projektledelse på baggrund af erfaringer fra lignende projekt og efterfølgende videreudviklet på baggrund af data, analyser og erfaringer fra klinikken.

## Udbredelsespotentialer

Det vurderes, at ViosKlinikken grundlæggende ideer om den udbredte anvendelse af måleudstyr i hjemmet, kombineret med real-time formidling af data til løbende vurdering af borgernes sundhedstilstand, kan implementeres til de fleste grupper af borgere med kronisk sygdom. Metoden medvirker til, at:

- Borgerne måler sig løbende, triageres og henvender sig, når der behov
- Borgerne kan få støtte fra sygeplejersker og e-læge 24/7
- Borgerne og de pårørende få større frihed og tryghed

- Sundhedspersonalet får større faglig tilfredshed
- Der frigives ressourcer til andre formål.

Det er imidlertid centralt, at tilbuddet understøttes af en tilpasning af data, således at beskrivelsen af borgernes samlede situation sker på baggrund af en holistisk tilgang – ikke kun i en sundhedssilo – og at der etableres en finansieringsmodel, hvor kommune og region samfinansierer klinikken for at gøre det muligt at driftssætte den type af aktivitet, som findes i ViosKlinikken. Denne samfinansiering vil være et nødvendigt skridt for at overføre ViosKlinikken til almindelig drift. Dette skyldes, at der i ViosKlinikken varetages en opgave, som går på tværs af aktørerne i sundhedsvæsenet. Effekterne af indsatsen fordeler sig ligeledes på tværs af de offentlige aktører.

I PreCare-projektet er den holistiske datatilgang og finansieringsmodeller udviklet og etableret i form af skyggeregnskaber, der illustrerer de betalingsstrømme, der ville finde sted, hvis modellerne gennemføres i praksis.



**VIDEN:** Bygger på viden fra tidligere, tilsvarende projekter.

**BESKRIVELSE:** Indsatsen er velbeskrevet. Beskrivelsen af offentlig tilgængelig.

**MÅL:** Der er opsat mål for virkningerne på borgerne, om end de ikke entydig målbare.

**VIRKNING:** Der er dokumenteret klare virkninger af indsatsen.

**OVERFØRBARHED:** Det samlede koncept vil kunne overføres til andre geografiske områder, men der kræves en afklaring af finansieringsmodel for at indsatsen kan overføres.

## 2.3. Vi samler kræfterne



### Målgruppe og indsatsstype

Vi samler kræfterne er et tværkommunalt samarbejde om diagnosespecifik kræftrehabilitering (VSK-samarbejdet). Den primære målgruppe i VSK-samarbejdet er borgere, som har eller har haft kræft, og er bosiddende i en af de ni kommuner, der samarbejder om at tilbyde borgere rehabiliteringstilbud på tværs af kommunegrænser. De ni kommuner er Ballerup, Gladsaxe, Herlev, Rødovre, Furesø, Egedal, Gentofte, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal Kommune. De diagnosespecifikke tværkommunale kræftrehabiliteringstilbud supplerer tilbud til borgere med blandede diagnoser, som hver kommune også tilbyder.

### Formål og målsætninger

VSK-samarbejdet blev iværksat som følge af, at kræftrehabilitering blev en kommunal opgave. Det overordnede formål med VSK-samarbejdet er at sikre, at borgere i målgruppen får tilbudt målrettede kræftrehabiliterende indsatser af høj faglig kvalitet, og at indsatserne er ensartede kvalitetsmæssigt. Dertil udspringer samarbejdet af et ønske om at udnytte ressourcerne effektivt, så borgerne kan tilbydes forskellige og differentierede tilbud til gavn for borgere med forskellige behov. Endelig er det et centralt mål med VSK-samarbejdet at sikre sammenhængende rehabiliteringsforløb på tværs af sektorer, og at borgere i målgruppen tilbydes indsatser, der tager udgangspunkt i netop deres behov.

### Social ulighed

I VSK-samarbejdet anvendes særligt to initiativer, der kan reducere social ulighed:

- Borgeren opsøges aktivt (indkaldes til udvidet behovsvurdering) af sin hjemkommune efter henvisning til tilbuddet eller udskrivelse fra hospital med en genoptræningsplan, og
- Alle borgere får en kontaktperson, hvilket er en aftalt faglig standard i samarbejdet. Kontaktpersonen holder en individuel samtale med borgeren (udvidet behovsvurdering) og har her blik for at identificere borgere med behov for ekstra støtte for at deltage og gennemføre et rehabiliteringstilbud. Hvilken støtte borgeren kan tildeles, varierer på tværs af kommunerne. Et eksempel er opkald til borgeren fra kontaktpersonen undervejs i forløbet, se også nedenfor under indhold.

### Teknologisk understøttelse/datadeling

I VSK-samarbejdet indsamles data om de tværkommunale tilbud, herunder antallet af deltagere, fremmøde mv. Der foregår tværkommunal datadeling ved, at data registreres uden for kommunernes elektroniske omsorgsjournal og anvendes i aggregeret form til bl.a. udviklings- og styringsmæssige formål.



Derudover har VSK-samarbejdet sammen med Kræftens Bekæmpelse (KB) i år 2020-2022 afprøvet et valideret PRO-skema til kræftrehabilitering. PRO-skema besvares af borgere før, under og efter et rehabiliteringsforløb, og brugen evalueres af KB i andet halvår af 2022. Foreløbigt opleves PRO-skemaet at understøtte forløbet ved, at borgeren er mere forberedt til den individuelle samtale med kontaktpersonen.

### **Indhold og vidensgrundlag**

VSK-samarbejdet startede som et tværkommunalt projekt i 2014, og i 2015 blev det også tværsektorielt (med Herlev-Gentofte Hospital). Projektet er evalueret, hvilket bl.a. gav indsigt i forankring af koordinatrollen. Fra 2017 overgik VSK-samarbejdet til drift og er i dag et tværkommunalt samarbejde med samarbejdsrelationer til bl.a. Herlev-Gentofte Hospital. Samarbejdet udvikles løbende baseret på erfaringer og indsigter fra data om de tværkommunale rehabiliteringsindsatser.

Det faglige indhold i indsatserne er baseret på Forløbsprogrammet for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. I juni 2022 består VSK-samarbejdet af tre hovedkomponenter: 1) Diagnosespecifikke, tværkommunale tilbud til borgere, fx fysisk træning for borgere med brystkræft, 2) fælleskommunale faglige standarder for format og indhold i kræftrehabiliteringstilbud, der sikrer ensartethed og kvalitet i både tværkommunale og hjemkommunale tilbud, 3) videns- og erfaringsudveksling på tværs af kommunerne og Herlev-Gentofte Hospital, eksempelvis afholdes temadage, og repræsentanter holder oplæg på hospitalsafdelinger om kræftrehabiliteringstilbud i kommunerne.

### **Tilrettelæggelse af indsatsen**

Borgerens hjemkommune har ansvaret for at tildele borgeren en kontaktperson. Kontaktpersonen indkalder borgeren til en individuel samtale, hvor det identificeres, hvilke(t) tilbud der passer borgerens situation bedst. Er det et af de tværkommunale tilbud, udfylder hjemkommunen en bestillingsformular til udfører kommunen, der på basis heraf indkalder borgeren til tilbuddet. Inden for ti dage indkalder udføreren af tilbuddet borgeren, som påbegynder tilbuddet. Ved behov er udføreren undervejs i forløbet i dialog med borgerens kontaktperson.

Efter endt forløb sender udfører kommunen et statusnotat til hjemkommunen, hvorefter kontaktpersonen ringer borgeren op for at følge op på, om borgeren har behov for yderligere rehabilitering. Når en borgers rehabiliteringsforløb afsluttes i kommunen, udarbejder kontaktpersonen et statusnotat til borgers egen læge. Der er i VSK-samarbejdet udviklet kompetenceprofiler, der beskriver, hvilke kompetencer udførende sundhedsprofessionelle skal have for. Det er hver kommunes ansvar, at nye medarbejdere er klædt på til at varetage opgaverne i samarbejdet. Desuden afholdes der temadage i VSK-samarbejdet, som opkvalificerer udførende sundhedsprofessionelle.

### **Organisering på tværs af kommuner**

Hvert diagnosespecifikt kræftrehabiliteringstilbud udbydes i en til tre kommuner i VSK-samarbejdet. Placeringen er baseret på en fordelingsnøgle, der revideres løbende, og som bygger på borgerantal og behov i kommunerne. Ledelsen af VSK-samarbejdet varetages af en driftsledergruppe bestående af en faglig leder fra hver kommune samt en til to fagrepræsentanter, der typisk er sygeplejersker eller terapeuter. Dertil er en koordinator ansat, der fysisk sidder i en af kommunerne. Koordinatorens ansvar er at varetage koordinerende og praktiske forhold i VSK-samarbejdet.

### **Resultater/virkning**

De tværkommunale tilbud giver nogle borgere en mulighed for diagnosespecifikke tilbud af høj kvalitet. Disse borgere er kendetegnet ved at have et tydeligt diagnosespecifikt behov og samtidigt være friske nok til at transportere sig på tværs af kommunegrænserne for at deltage i det diagnosespecifikke tilbud. Data fra VSK-samarbejdet viser, at det er omtrent 20 pct. af borgerne i målgruppen, der deltager i et

tværkommunalt tilbud. De fællesfaglige standarder for kræftrehabilitering i VSK-samarbejdet opleves at sikre ensartethed og kvalitet i kræftrehabiliteringstilbud, uanset om borgeren får et hjem- eller tværkommunalt tilbud. Endelig skaber VSK-samarbejdet rum for tværkommunal og tværsektoriel videns- og erfaringsdeling, der opleves at understøtte de udførende sundhedsprofessionelle i at udføre kræftrehabilitering af høj kvalitet.

### **Økonomi**

Hver kommune finansierer både tvær- og hjemkommunale kræftrehabiliteringstilbud af egne driftsmidler. Derfor betegnes VSK-samarbejdet som økonomisk neutralt. Hver kommune betaler for både sine hjemkommunale kræftrehabiliteringstilbud og for de(t) tværkommunale tilbud, som kommunen udbyder. Da alle kommuner har minimum et tværkommunalt tilbud, finansierer alle en del af samarbejdet. Der er altså ingen mellemkommunal betaling pr. borger, der deltager i et tværkommunalt tilbud. Hvad angår mødeafvikling, er der et rotationsprincip for formandskab og mødeafholdelse i driftsledergruppen, hvormed kommunerne på skift finansierer udgifterne hertil. De eneste faste fælleskommunale udgifter i VSK-samarbejdet er finansieringen af en koordinator (12 timer pr. uge), hvortil kommunens andel afgøres på basis af deres størrelse.

### **Implementering**

Siden 2017 har VSK-samarbejdet været i en implementerings- og driftsfase, hvor forskellige forhold har haft betydning for en succesfuld implementering af samarbejdet. Heriblandt nævnes de faglige standarder og kompetenceprofiler udviklet i regi af samarbejdet, fordi de er rammesættende for samarbejdet og forpligter kommunerne til at tilbyde kræftrehabilitering af høj kvalitet. Et andet væsentligt forhold er den økonomiske neutralitet, da samarbejdet ellers ville have været forbundet med meget administrativt arbejde. Endelig nævnes, at data om tilbuddene, registreret af medarbejderne, har væsentlig betydning for implementeringen, da data anvendes til udvikling og styring, og datafangsten dermed skaber værdi og mening. En udfordring ved dataregistreringen er dog, at det ikke kan gøres direkte i kommunernes elektroniske omsorgsjournal. Dataregistreringen er derfor forbundet med ekstra arbejde for medarbejderne.

### **Kontekst**

Flere af kommunerne i VSK-samarbejdet samarbejder også om tilbud på hjerneskeadeområdet. Det gælder både i forhold til pårørenderettede tilbud og erfaringsudveksling på tværs af kommunegrænser. Desuden har Rambøll i breddeafdækningen identificeret et projekt (Lev livet med type 2-diabetes) med mål om at udvikle et ensartet rehabiliteringstilbud til borgere med type 2-diabetes på tværs af kommunegrænser. Koncept er udviklet af Steno Diabetes Center Odense i samarbejde med fem kommuner, der også har afprøvet tilbuddet i praksis. Derudover er der i projektet etableret faglige netværk på medarbejder- og lederniveau på tværs af kommunerne. Modsat VSK-samarbejdet modtager borgere i projektet kun rehabilitering i egen kommune.

### **Udbredelsespotentiale**

Der er flere interessante hovedelementer i VSK-samarbejdet, som man kan lade sig inspirere af i forhold til andre indsats. Det gælder især muligheden for at udbyde diagnosespecifikt rehabiliteringstilbud til borgere, selvom volumen af borgerne med et diagnosespecifikt behov er begrænset i den enkelte kommune, og der derfor ikke er råd til at udbyde diagnosespecifikke tilbud i hver enkelt kommune. Et tværkommunalt samarbejde om målrettede tilbud muliggør disse til gavn for borgere med diagnosespecifikt behov. En forudsætning for dette er, at borgerne dels er friske nok, dels oplever et behov for et diagnosespecifikt tilbud, før de er motiveret for at bevæge sig på tværs af kommunegrænser for at deltage i et tilbud. Hvis enten borgeren er for svækket eller ikke kan se behovet for et diagnosespecifikt tilbud i en anden kommune, vægtes et tilbud målrettet borgere med blandede diagnoser, fordi det er borgerens lokalområde. Det viser erfaringer fra VSK-samarbejdet.

De to øvrige hovedelementer i VSK-samarbejdet kan være til inspiration for andre, uanset om de vælger at indgå et samarbejde om at udbyde kræftrehabilitering på tværs af kommunegrænser. For det første kan udarbejdelsen af faglige standarder og kompetencebeskrivelser for kræftrehabilitering være med til at sikre kvalitet og ensartethed i rehabiliteringstilbud til målgruppen. De kan også udgøre en faglig løftestang mod besparelser på området. For det andet kan vidensdeling- og erfaringsudveksling mellem udførende sundhedsprofessionelle i kommuner og/eller hospitaler være til inspiration for andre, fordi det kan ajourføre og styrke medarbejdernes viden i forhold til en konkret målgruppe, de står for at udbyde rehabilitering til.



**VIDEN:** Samarbejdet bygger på indsigter og erfaringer gjort siden dets etableringen. Projektet er blevet evalueret og justeret i forhold til disse erfaringer. Projektet udvikler egne kvalitetsstandarder og sikrer ensartet niveau.

**BESKRIVELSE:** Der eksisterer en hjemmeside med en udførlig beskrivelse af samarbejdet.

**MÅL:** Der er mål for, hvordan samarbejdet skal højne kvaliteten og sikre ensartet i kræftrehabilitering. Årligt sættes mål for videreudvikling af samarbejdet.

**VIRKNING:** Der er foretaget en intern evaluering, og der udarbejdes årsrapporter indeholdende data om brug af tværkommunale tilbud.

**OVERFØRBARHED:** Dele af samarbejdet kan relativt let udbredes, for eksempel vidensdeling på tværs af kommuner.

## 2.4. HjerteKomMidt



### Indsatstype og målgruppe

HjerteKomMidt er en tværkommunal kvalitetsdatabase, der er etableret i 2017 i forlængelse af, at man i forbindelse med revidering af "Forløbsprogram for hjertesygdom" i Midtjylland, besluttede at flytte hjerterehabiliteringen fra hospitalsregi ud i kommunerne. Etableringen af HjerteKomMidt er en del af sundhedsaftalen indgået mellem Region Midtjylland og de 18 kommuner i regionen, hvor det blev politisk besluttet, at man fra kommunal side skulle indberette data på de samme kvalitetsindikatorer, som man havde gjort det i hospitalsregi. Som en konsekvens heraf blev HjerteKomMidt-databasen oprettet til formålet. Databasen indeholder udelukkende data for målgruppen af borgere med iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt samt hjerteklapopererede borgere.

### Formål og målsætninger

Formålet med at lægge hjerterehabiliteringen ud til kommunerne var at forankre forløbet tættere på borgernes hverdag, da der var faldende deltagerantal i rehabiliteringsforløbene i hospitalsregi. Målet med oprettelsen af databasen HjerteKomMidt var at sikre samme kvalitetsniveau af hjerterehabilitering i den kommunale sektor, som der tidligere var tilbudt på sygehuse.

### Social ulighed

Det var ikke et eksplicit formål med databasen at reducere social ulighed, men efter etableringen ses der mange perspektiver i forhold til at kunne arbejde datadrevet med at reducere social ulighed i forløb. Der er med udgangspunkt i data fra HjerteKomMidt fx publiceret en artikel om social ulighed i frafald for borgere i hjerterehabiliteringsforløb, der tydeliggør, hvilke indikatorer der ligger til grund for frafald: kort uddannelse, lav indkomst, en flerhed af sygdomme samt det at bo alene. Derudover ses der potentialer i forhold til at styrke arbejdet i den lokale sundhedsklynge med fokus på social ulighed, hvor databasen vil kunne fordre igangsættelse af mere dataunderstøttede initiativer. Eksempelvis kan man på baggrund af data arbejde på at øge henvisningerne fra sygehus til rehabilitering i kommunalt regi, og i kommunalt regi kan man så følge op med en "udvidet pakke" af indsatser til de borgere, der har begrænsede ressourcer til at deltage. Data kan således være med til at understøtte mere sammenhængende forløb på tværs af sektorer og reducere social ulighed.

### Teknologisk understøttelse/datadeling

HjerteKomMidt-databasen er udviklet og hostet af Defactum, der er et forsknings- og konsulenthus forankret i Region Midtjylland. Databasen blev oprettet, da det ikke var teknisk muligt at indberette data

direkte fra kommunernes EØJ-systemer til den nationale kliniske kvalitetsdatabase på området: Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (RKKP-database). Region Midtjylland valgte derfor at oprette en database indeholdende de samme kvalitetsindikatorer som den nationale kliniske database. Der var udfordringer i forhold til at få overført data fra den kommunale database til den nationale Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD), idet DHRD først fik tilladelse til at modtage kommunale data i 2019. Der er ingen teknisk integration til journalsystemerne i almen praksis, hvorfor der ikke er noget dataflow og tilbagemelding til den alment praktiserende læge i forhold til, hvordan patientens forløb har udviklet sig.

I forhold til at indberette data foregår det helt konkret ved, at de kommunale sundhedsprofessionelle indtaster relevante data via en ekstra indtastningsflade på en pc eller iPad. Dette gøres ved siden af deres normale journaliseringsarbejde i det lokale omsorgsjournalsystem, hvilket kræver dobbeltdokumentation for de sundhedsprofessionelle, læs mere om det i afsnittet om udbredelsespotentiale. Datakomplektheden var udfordret i starten, så det har krævet et større implementeringsarbejde i forhold til, at alle sundhedsprofessionelle forstår datastandarderne ens, og datakvaliteten i databasen er løbende blevet forbedret. Se også afsnittet om implementering.

Derudover muliggør databasen, at kommunerne kan få tidstro data retur, som kan bruges til kvalitetsudvikling og datadrevet udvikling. Eksempelvis i tværregionalt regi, hvor det er muligt at bruge data til at understøtte samarbejdet i de regionale sundhedsklynger. Der kan i databasen ses data på tværs af klynger, så der er mulighed for, at sundhedsklyngerne kan måle sig op imod hinanden i forhold til, hvordan de klarer sig på de forskellige indikatorer og i forlængelse heraf drage nytte af hinandens erfaringer gennem fx studieture og temadage. Derudover er erfaringen, at det, at kommunerne tydeliggør kvaliteten af egne indsatser gennem data, er med til at nedbryde barrierer og understøtte et mere respektfuldt tværsektorielt samarbejde. Der er mulighed for at bruge data som grundlag for samarbejdet om den fælles population af borgere i målgruppen, og helt konkret har kommunerne fx taget på besøg hos sygehusenes hjerteafdelinger og delt data i forhold til de forskellige kvalitetsindikatorer.

Data fra databasen bruges også lokalt i de enkelte kommuner til at monitorere deres indsatser og måle på kvalitet og sætte sig målsætninger. Eksempelvis lå en kommune lavt i forhold til indikatoren for stigning i fysisk arbejdskapacitet, hvilket førte til, at de kommunale sundhedsprofessionelle begyndte at arbejde med en mere differentieret træningsindsats over for borgerne og have fokus på at opfordre borgeren til mere aktivitet. Data bruges også til at afrapportere til politisk og administrativ ledelse.

Afslutningsvis er der også mulighed for at dele data over borgerens progression med borgeren selv. Dette kan gøres med ressourcerstærke borgere, der vil kunne finde motivation i at følge egen udvikling.

### **Indhold og vidensgrundlag**

HjerteKom Midt indsamler data på specifikke kvalitetsindikatorer i forhold til hjerterehabilitering. Indikatorerne er defineret på baggrund af forskningsmæssigt belæg i forhold til, hvad der fører til hurtigere bedring for mennesker med hjertesygdom og mindsker risiko for fx død og genindlæggelse. Eksempler på indikatorer er en fremmødeindikator, fysisk træning og screening for angst og depression. Databasen rummede fra start de kvalitetsindikatorer, som man havde registreret data på i hospitalsregi. Der har været løbende drøftelser af de udvalgte kvalitetsindikatorer, da der har været diskrepans i forhold til, hvad der defineres som faglig kvalitet for hjerterehabiliteringen i sygehusvæsenet og i kommunalt regi.

### **Tilrettelæggelse af indsatsen**

Det vil typisk være fysioterapeuter, diætister og ergoterapeuter, der skal indberette data til databasen via pc eller iPad. Dette sker typisk i forbindelse med den afklarende samtale, hvor en værdi for de forskellige kvalitetsindikatorer indberettes. Herefter indtastes løbende data fra borgerens forløb, og afslutningsvis indberettes igen alle de relevante indikatorer for borgeren. Det er helt afgørende, at der sker

en opkvalificering af sundhedsprofessionelle for at give dem kompetenceudvikling i forhold til dataindberetning. Det er vigtigt, at sundhedsprofessionelle forstår de valgte kvalitetsindikatorer, og hvordan de helt konkret skal vurdere dem, så datakvaliteten bliver god, og data er valide. Derudover er det af stor vigtighed, at sundhedsprofessionelle forstår formålet og kan se mening med at udføre den ekstra arbejdsgang, så de prioriterer at få indberettet data i en travl hverdag.

I forhold til at arbejde lokalt med data er det vigtigt at arbejde med at skabe en god kultur for databaseret kvalitetsudvikling og klæde sundhedsprofessionelle på til at kunne indgå i arbejdet. Det anbefales, at der udpeges en lokal tovholder, der kan være med til at drive det lokale forbedringsarbejde og sikre fokus på opgaven.

### **Organisering på tværs af sektorer**

HjerteKomMidt er en tværkommunal database, og den er derfor ikke forankret på tværs af sektorer. Den efterfølgende datadeling og brug af data kan dog understøtte et bedre tværsektorielt samarbejde i forhold til at understøtte mere sammenhængende forløb og forståelse af hinandens kompetencer. Data fra HjerteKomMidt bruges også til at understøtte det tværsektorielle samarbejde ved at indgå i forskellige mere standardiserede meddelelser mellem sektorerne som fx den afsluttende korrespondancemeddelelse, som går fra kommunen til sygehus og almen praksis. Lignende organisering og erfaringer er gjort i det tværkommunale samarbejde om kræftrehabilitering, Vi Samler Kræfterne (læs mere i case nr. 3).

### **Resultater/virkning**

Fem år efter etableringen af HjerteKomMidt er resultatet, at der på organisatorisk plan eksisterer valide data i databasen. Disse viser, at kommunerne opfylder de samme faglige kvalitetsstandarder for hjerte-rehabilitering, som man opfyldte i hospitalsregi inden udflytning af indsatsen til kommunalt niveau. I forhold til den faglige indsats for målgruppen har dataindberetningen bevirket, at kommunerne har udviklet på deres kvalitet af de forskellige indsatser til målgruppen.

### **Økonomi**

HjerteKomMidt er sikret gennem tværkommunal finansiering. Hver kommune betaler ca. 19.700 kr. ekskl. moms om året i driftsomkostninger (afhængig af kommunens størrelse).

### **Implementering**

Implementeringen af databasen og specifikt arbejdsgangene i forbindelse med indberetning af data i databasen kræver et stort og vedvarende fokus fra ledelsens side, hvor der både er fokus på datakulturen og kompetenceudvikling af sundhedsprofessionelle, som indberetter data. I forbindelse med implementeringen har der både været afholdt lokale læringsaktiviteter i den enkelte kommunale, men også møder og temadage på tværs af kommuner i tværregionalt regi for at facilitere læring. Der skal være en lokal tovholder, der kan være med til at facilitere den løbende læringsproces og arrangere sessioner, hvor sundhedsprofessionelle bliver præsenteret for data, og der skabes rum for refleksion over praksis.

Derudover er der rundsendt data over graden af indberetning til de enkelte kommuner, så ledelsen lokalt har haft mulighed for at følge op i forhold til, om der er blevet indberettet data for alle borgere.

På medarbejderniveau er det vigtigt, at kvalitetsindikatorerne opfattes som fagligt meningsfulde for de sundhedsprofessionelle. Det er afgørende, at indberetningen og brugen af data skaber mening og værdi for de sundhedsprofessionelle i forhold til at få dem til at indberette korrekt.

Selvom der er fokus på implementering, må det forventes at være en længerevarende proces at ændre kulturen og skabe forståelsen af, hvorfor og hvordan der arbejdes med databaseret kvalitetsudvikling.

## Kontekst

De andre regioner arbejder på at kunne dokumentere på lignende kvalitetsindikatorer for hjerterehabilitering. Region Syddanmark har fx en lignende database, men her har kommunerne ikke adgang til ud-data, da man på baggrund af økonomi har valgt en mere simpel løsning. Region Nordjylland ønsker at koble sig på denne løsning, mens Region Sjælland har tre kommuner koblet på (benævnt HjerterKomSjælland). De øvrige 14 kommuner i Region Sjælland har endnu ikke besluttet sig for, hvilken løsning de vælger. Det samme gælder for Region Hovedstaden.

## Udbredelsespotentialer

Der er flere potentialer og begrænsninger ved databasen. For det første er der potentiale i, at kommunerne på denne måde systematisk indsamler data og monitorerer deres indsatser i forhold til at arbejde med databaseret kvalitetsudvikling. Både i forhold til at understøtte mere sammenhængende forløb på tværs af sektorer samt at understøtte den lokale kvalitetsudvikling af indsatser. Der vil derfor være potentiale i at indsamle data om rehabiliteringsforløb målrettet borgere med andre kroniske sygdomme, fx KOL og diabetes. Mange kommuner indberetter i dag ikke data, så der er her et stort potentiale.

De afgørende kerneelementer, som man kan tage med videre i udviklingen af området, er, at det er helt afgørende, at kvaliteten af databasen, brugerfladen og funktionaliteten i databasen er god, så man fx kan få tidstro data ud. Derudover er det vigtigt, at databasen er implementeret godt nok, hvis man skal opnå en tilfredsstillende datakvalitet. Helt afgørende er det også, at datastandarderne er veludviklede og velafprøvede, både i forhold til at skulle implementere det blandt de sundhedsprofessionelle, men derudover også for at sikre høj datakvalitet, så data kan bruges til benchmarking på tværs af kommuner.

Begrænsningen ved HjerterKomMidt-databasen er imidlertid, at den ikke er integreret til journalsystemerne i de forskellige sektorer. Specielt i forhold til kommunernes eget journalsystem (EOJ-system), hvorfor sundhedsprofessionelle skal dobbeltdokumentere data i egen omsorgsjournal og herefter ind i databasen. Derudover er databasen heller ikke integreret til journalsystemerne i almen praksis samt sygehussektoren. I forlængelse heraf er det afgørende at styrke infrastrukturen for datadeling på tværs af sektorer for at kunne løfte opgaven. Specielt hvis der fremover skal dokumenteres på flere kroniske sygdomme, vil integration til eget journalsystem være næste skridt i forhold til at smidiggøre arbejdsgangene for sundhedsprofessionelle og gøre dataregistreringen ressourceeffektiv. På kommunalt og regionalt plan er udviklingen af databaser en tung post, hvorfor det kan overvejes, hvordan udviklingen skal finansieres fremadrettet.



**VIDEN:** De valgte kvalitetsindikatorer bygger på forskning og efterfølgende afprøvning i praksis.

**BESKRIVELSE:** Der er en udførlig beskrivelse af databasen og arbejdsgangene for indberetning af data.

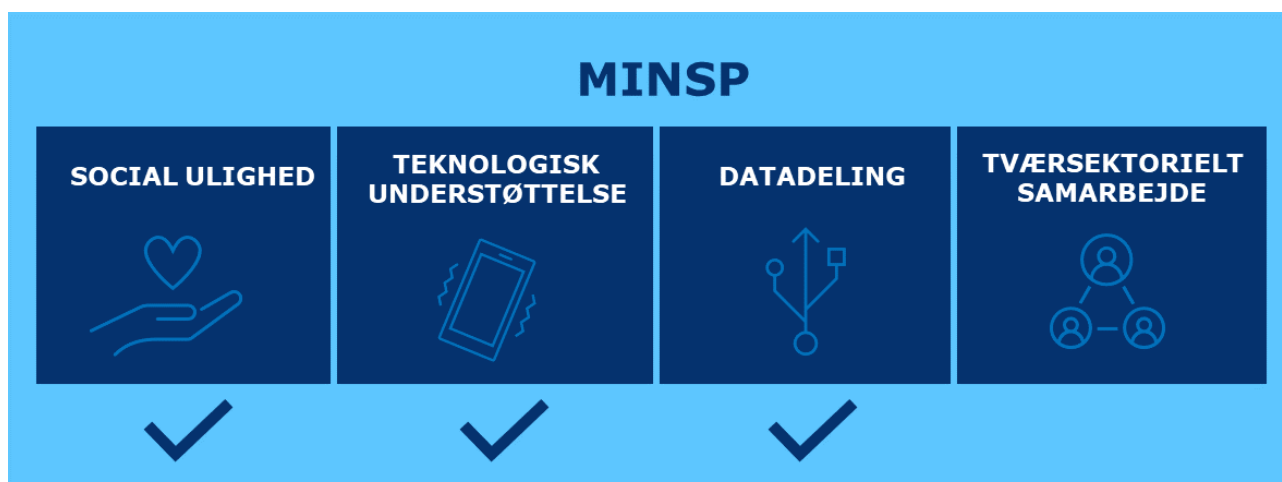
**MÅL:** Der har været klare mål for arbejdet med databasen

**VIRKNING:** Databasen virker efter hensigten og dokumenterer kvaliteten af rehabiliteringsindsatsen.

**OVERFØRBARHED:** Databasen kan sagtens overføres til anden kontekst, men det kræver en del implementering. Derudover vil der på sigt blive skabt bedre infrastruktur, der understøtter integration mellem database og journalsystem.



## 2.5. MinSP



### Målgruppe og indsatsstype

Sundhedsplatform (MinSP) er en fælles elektronisk patientjournal for hospitaler i både Region Hovedstaden og Region Sjælland, som er tilgængelig via web og app. På MinSP kan patienter få adgang til information om deres forløb, booke tider i et ambulatorium, svare på PRO-spørgeskemaer, indrapportere egne tal og værdier samt kommunikere med behandlerne. Senest er der lanceret understøttelse af hjemmebehandling på bl.a. hjerte- og lungeområdet. MinSP er integreret med den kliniske patientjournal (sundhedsplatformen), der benyttes af ca. 45.000 sundhedsprofessionelle i Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Målgruppen er patienter, der kan og vil tage aktivt del i egne forløb, samt deres pårørende. De mest aktive brugere er patienter med kroniske sygdomme, eller som er i længerevarende forløb. Der er aktuelt ca. 900.000 brugere, hvoraf ca. 250.000 er aktive mindst en gang hver måned.

### Formål og målsætninger

MinSP skal understøtte patientinddragelse i Region Hovedstaden og Region Sjælland. I starten blev MinSP sat i værk med henblik på at udstille patientens egne data/journaler til dem selv. Her fungerede platformen som en glasplade ind til egen patientjournal. Over tid er MinSP dog i højere grad blevet til et samarbejdsværktøj mellem patienter og de(n) afdeling(er), de er tilknyttet.

### Social ulighed

At reducere social ulighed i sundhed var ikke en selvstændig intention med MinSP. Interne undersøgelser af MinSP peger dog på en sammenhæng mellem brugernes e-sundhedskompetencer og deres brug af MinSP. I den forstand er der nogle patientgrupper, der har dårlige forudsætninger for at bruge MinSP, fordi de mangler basale it-kompetencer at anvende MinSP. Der er dog en hotline, som kan hjælpe patienter i gang fx med test af udstyr før videokonsultation. Patienter kan også give pårørende eller andre nære personer fuldmagtsadgang til deres journal på MinSP, så den pårørende kan bruge patientens profil, akkurat som patienten selv kan. Det betyder, at en patient med demens, eller som ikke taler dansk, kan få hjælp af en pårørende til at bruge MinSP. MinSP hjælper også patienter, der enten ikke ønsker fysisk fremmøde eller har fysiske begrænsninger i forhold til mobilitet. De kan eksempelvis få videokonsultationer via MinSP i stedet for at skulle møde på fysisk.

### **Teknologisk understøttelse/datadeling**

MinSP er en elektronisk patientjournal, der er tilgængelig via web og app. I den forstand er selve indsatsen baseret på teknologisk understøttelse af sygdomsforløb. Der deles data mellem patient og de(n) afdeling(er), som patienten er tilknyttet på hospitalet. Endelig er der også afprøvet datadeling gennem et såkaldt SP-link, som er en funktion i sundhedsplatformen, der giver sundhedsprofessionelle i fx kommuner læseadgang til dele af patientjournalerne i MinSP.

### **Indhold og vidensgrundlag**

MinSP er baseret på eksisterende litteratur/forskning, der kaster lys over erfaringer og virkninger af elektroniske patientjournaler på udenlandske hospitaler. Internationale erfaringer peger på, at elektroniske patientjournaler bl.a. kan bidrage til, at patienterne føler sig mere i kontrol over egen sundhed og mere engagerede og styrkede til at deltage aktivt i deres eget behandlingsforløb. Det handler således om empowerment. Forskning peger også på, at patienterne føler større transparens med adgang til egne resultater, hvilket øger deres tillid til sundhedssystemet.

Modsat MinSundhed<sup>3</sup> kan patienter på MinSP fx skrive beskeder til den afdeling, hvor de er i forløb, deltage i videomøder, besvare spørgeskemaer om helbred mv. I de kommende år arbejdes der desuden på i endnu højere grad at understøtte patienternes hjemmebehandling og selvmonitorering, ligesom der er et ønske om at udbygge med indhold eller links til fx medicinkortet, videoer fra Helbredsprofilen<sup>4</sup> og tekster fra Patienthåndbogen<sup>5</sup>.

### **Tilrettelæggelse af indsatsen**

Der er behov for et bredt spektrum af kompetencer for at drifte MinSP. Der skal både være medarbejdere, der har de nødvendige programmeringsfærdigheder, medarbejdere med kompetencer inden for bruger-/patientinddragelse samt sundhedsprofessionelle med den nødvendige kliniske viden.

### **Organisering på tværs af sektorer**

Der er nedsat et tværregionalt ledelsesteam, der understøttes af en række udviklingsteams, som fx arbejder med app-udvikling, PRO-skemaer, hjemmebehandling og udbredelse af MinSP. Derudover er der også et patientrettet supportteam.

### **Resultater/virkning**

Der er foretaget interne (primært kvalitative) erfaringsopsamlinger/undersøgelser af MinSP. De peger på, at mange patienter er glade for MinSP, som gør det nemmere at holde styr på aftaler, se prøvesvar og følge med i behandlingen. De oplever, at de med videokonsultationer får et øget nærvær i samtalerne med lægen, samtidig med at de sparer turen til hospitalet. Det flugter med den seneste udvikling af lægeordineret digital hjemmebehandling, der øger patientens mulighed for at lade sig behandle i eget hjem, hvilket både kan spare fremmøde, konsultationer og indlæggelser.

Der er dog patienter, som har vanskeligt ved at skelne de forskellige sundhedsapps fra hinanden (MinSundhed, MinSP, MinLæge<sup>6</sup>) og brugertests viser, at brugergrænsefladen i MinSP kan optimeres yderli-

<sup>3</sup> MinSundhed er en app, der fremviser et udvalg af dine personlige helbredsoplysninger, som også kan findes på [sundhed.dk](http://sundhed.dk). Formålet er at give borgere, der ønsker det, et overblik over og let adgang til sundhedsvæsenet og deres helbredsoplysninger. Læs evt. mere på [sundhed.dk](http://sundhed.dk).

<sup>4</sup> Helbredsprofilen.dk er en hjemmeside med informationer og film om livet med længere varende sygdom til patienter og pårørende. Det er en del af en overordnet regional indsats omkring kroniske lidelse i Region Sjælland. Læs evt. mere på Region Sjællands [hjemmeside](http://hjemmeside).

<sup>5</sup> Patienthåndbogen er et digitalt sygdomsleksikon for borgere i Danmark, der er ejet af Dansk Regioner og de fem regioner. Læs evt. mere på [sundhed.dk](http://sundhed.dk).

<sup>6</sup> MinLæge er en app, der giver patienter mulighed for at kommunikere med deres alment praktiserende læge samt andre funktioner såsom at forny en recept, tjekke sin henvisning til andre i sundhedsvæsenet og holde styr på sine aftaler hos lægen. PLO og Sundheds- og Ældreministeret står bag appen. Læs evt. mere på PLO's [hjemmeside](http://hjemmeside).

gere. Der er dog en overordnet oplevelse af, at MinSP gør en forskel for de brugere (patienter og pårørende), der kan og vil bruge MinSP. Disse brugere oplever, at MinSP giver dem viden og indsigt i eget sygdomsforløb og giver dem frihed til fx at undgå konsultationer på hospitaler eller lange telefonkøer.

### **Økonomi**

Driften består af ni til 12 ansatte, mens der er cirka 32 ansatte i forskellige udviklingsteams (jf. ovenfor). Endelig skal der betales licensaftale. Der skal med andre ord bruges mange ressourcer på at implementere og drifte en platform som MinSP. Denne anvendelse og allokering af ressourcer betyder omvendt, at man kan nå ud til rigtig mange patienter i Region Hovedstaden og Region Sjælland. For regionerne er MinSP en sundhedsfaglig service, som er nødvendig at kunne tilbyde patienterne (og pårørende).

### **Implementering**

Mange patienter bruger i dag allerede mange former for sundhedsapps og selvmonitorering. Derfor er det heller ikke nogen udfordring at tilvejebringe mange brugere. Det er dog vigtigt, at der løbende indhentes feedback fra patienter og pårørende, og derfor afvikles der løbende brugertest og feedback-sessioner i et MinSP-patientpanel.

Udbredelse blandt sundhedsprofessionelle er mere udfordrende. Nogle sundhedsprofessionelle opfatter patientinddragelse som "nice to have" og som en ekstra opgave i en travl hverdag. Der er således sundhedsprofessionelle, der ikke ser meningen i, at man skal svare på beskeder fra patienterne. For at imødegå dette er der etableret et særskilt udbredelsesteam, som har fokus på at udbrede den interaktive del af MinSP på hospitalerne ved at understøtte den lokale forankring og udbredelse. Det er bl.a. vigtigt, at ledelse på alle niveauer foretager en tydelig prioritering af implementeringen med fokus på løbende opfølgning, så værktøjet faktisk bliver brugt.

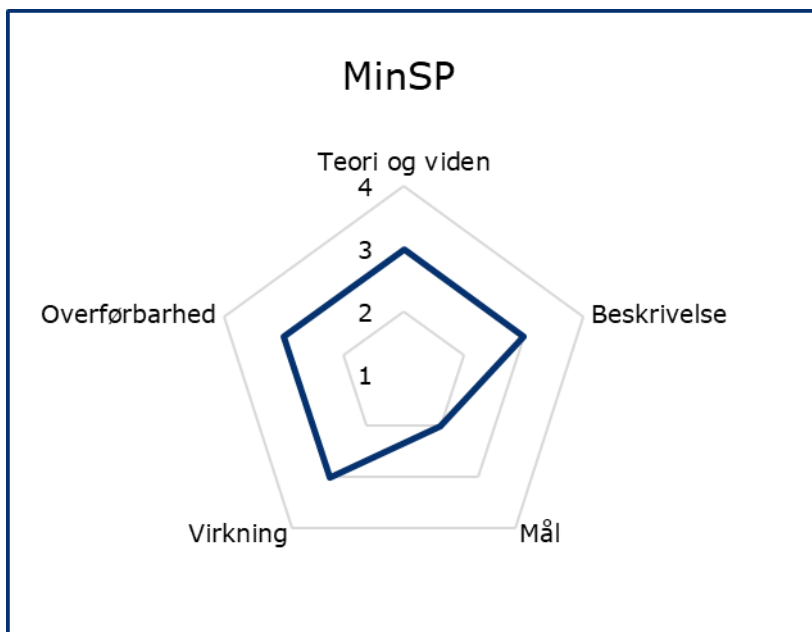
### **Kontekst**

I Region Syddanmark har man implementeret en lignende patientplatform kaldet Mit Sygehus. Der er også landsdækkende platforme, som indeholder nogle af de samme funktioner (fx MinSundhed og Min Læge).

### **Udbredelsespotentiale**

Der er flere centrale kerneelementer ved MinSP. Det gælder bl.a. mulighed for skriftlig/video-interaktion mellem patient og hospital, som er en markant forandring i forhold til den måde, man tidligere har arbejdet på. Det, at patienten kan se egne journaler og følge med i eget sygdomsforløb, er også et væsentligt initiativ, som bidrager til, at patienten har de bedste forudsætninger for at håndtere eget sygdomsforløb. Derudover er der stor efterspørgsel på den digitale hjemmebehandling, og lige nu er der løsninger i drift på hjerte-, lunge- og graviditetsområdet, mens det forventes at accelerere inden for andre områder (fx diabetes).

Et væsentligt opmærksomhedspunkt er, at nogle patienter har svært ved at skelne mellem de mange eksisterende sundhedsplatforme/apps, der eksisterer i dag. En national strategi for arbejdet med patientrettede sundhedsplatforme kan bidrage til at opstille klare retningslinjer, som i nogen grad mangler i dag.



**VIDEN:** *MinSP er baseret på erfaringer og analyser med elektroniske patientportaler på udenlandske hospitaler.*

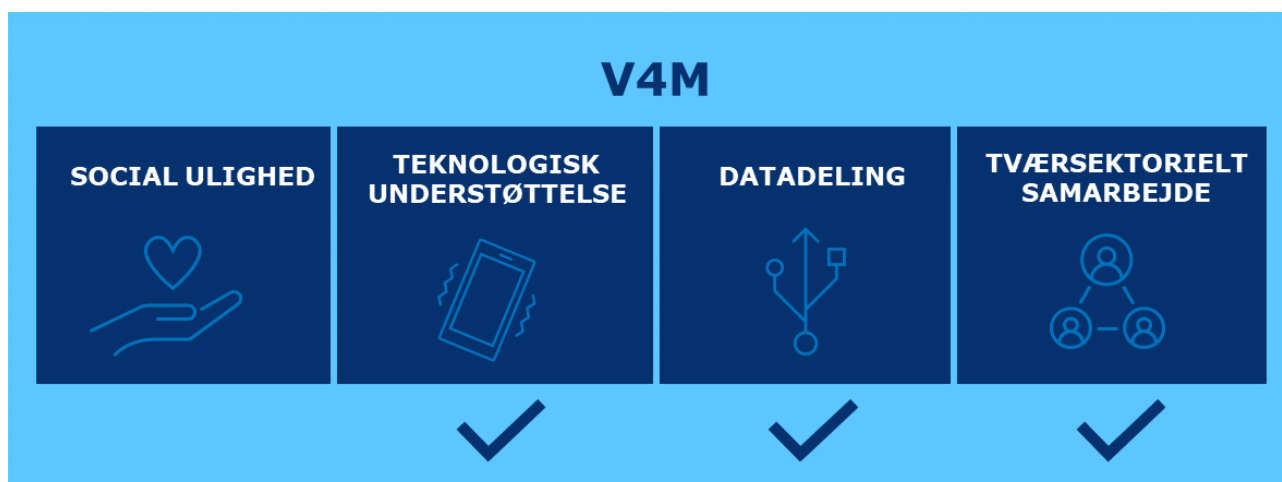
**BESKRIVELSE:** *Der eksisterer en beskrivelse af indsatsen.*

**MÅL:** *Der er overordnede målsætninger for, hvad man gerne vil med appen.*

**VIRKNING:** *Der er foretaget interne erfaringsopsamlinger og undersøgelser af MinSP.*

**OVERFØRBARHED:** *Indsatsen kan overføres til andre regioner, men det er ressourcekrævende at implementere.*

## 2.6. V4M



### Målgruppe og indsatsstype

Virtuel4M (V4M) er en indsats, der består af videomøder om ældre patienters sygehusindlæggelser, hvor deltagerne udveksler viden og informationer om patientens livs- og sygdomssituation. V står for virtuel og video. Tallet 4 henviser til de fire parter i det virtuelle møde, nemlig patient, pårørende, primær- og sekundærsektor. M står for parternes møde. På mødet taler parterne om deres forventninger enten til patientens indlæggelse på sygehuset eller en forestående udskrivelse fra sygehus til kommunal pleje og behandling.

Målgruppen har indtil videre været patienter med multisygdom. Gennemsnitsalderen er 83 år, og patienterne har i gennemsnit ti indlæggelsesdiagnoser.

### Formål og målsætninger

Målet med V4M-mødet er, at de fire parter skal udvikle fælles mål og plan for patientens forløb for at:

- Skabe bedre sammenhænge i tværsektorielle forløb, hvor patient og de pårørende inddrages i plan og beslutning.
- Øge tilfredsheden med det tværsektorielle forløb hos patienten og de pårørende.
- Styrke det tværsektorielle samarbejde mellem de sundhedsprofessionelle, som skal bidrage til videndeling, større forståelse som grundlag for fælles mål og plan for patientens forløb
- Reducere antallet af u hensigtsmæssige genindlæggelser/udskrivelser.

### Social ulighed

Forskningsprojektet, V4M, har ikke dedikeret fokus på at reducere social ulighed, men formålet med at forbedre sammenhænge i tværsektorielle forløb for målgruppen må forventes at reducere social ulighed i sundhed. Dette ved at der med afholdelse af videomødet skabes rum til at sikre en bedre sammenhæng i forløbet for en målgruppe, som ellers grundet sin multisygdom kan opleve usammenhængende forløb og en stor informationsbyrde at bære i forhold til overblik over flere samtidige diagnoser, behandlinger, mål mv. Patienter med multisygdom (og evt. pårørende) har ikke samme ansvar for at bære information om eget forløb fra en sektor til en anden, idet de sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer i videomødet deler viden af relevans for patientens videre forløb.

### **Teknologisk understøttelse/datadeling**

Forløbene understøttes af videomøder/videokonferencer, hvor der skabes et rum til at få talt om patienten samt vidensdele og meningsudveksle. Der er foreløbigt indikation på, at der sker en betydningsfuld vidensdeling til fordel for patienterne. Dels deles data, der ikke er tilgængelig for alle parter, og dels gives der mening til data ud fra de sundhedsprofessionelles kendskab til patienten. Et eksempel er, at patientens alment praktiserende læge gør opmærksom på, at en prøve ikke kan foretages hos lægen, og så kan man indgå en fælles aftale om, at en farmaceut foretager den i stedet. Det er ikke udelukkende vidensdeling om kliniske forhold, det kan også være vidensdeling om mere generelle forhold ved patienten, fx at en patient har tendens til at være modvillig første gang man spørger, og derpå kan pårørende eller egen læge fortælle andre sundhedsprofessionelle, hvad der ligger bag.

### **Indhold og vidensgrundlag**

Forskning i fx relation koordinering har identificeret behov for tværsektorielt samarbejde, som V4M er målrettet til at løse. Det er navnlig udfordringer med at samarbejde på tværs af sektorer, hvor patienter med mange sygdomme og komplekse forløb kan møde udfordringer i relation til specialisering/silooptdeling af sundhedsvæsenet.

Indsatsen bygger på en forståelse af "cirkularitet": Målgruppen bliver ikke raske igen, så sundhedsprofessionelle må arbejde ud fra et andet parameter; hvor stabile/ikke-stabile patienterne er. Aktionsforskning viser, at de sundhedsprofessionelle, patienter og pårørende pegede på, at man er nødt til at se det som cirkulære forløb, hvor man skal være bedre til at forstå:

- Hvordan kan man vidensdele i højere grad?
- Hvordan kan man skabe en forståelse af rutiner og praksis i de forskellige sektorer?
- Hvordan kan vi tænke på hinanden som kolleger frem for "dem" og "os"?

Konkret bliver der med V4M skabt et virtuelt rum med sundhedsprofessionelle, der ikke nødvendigvis har talt med eller mødt hinanden før. Rammen for samtalen er altid centreret om patientens ønsker og bekymringer, samt hvordan man muliggør, at patienten kommer hjem, og hurtig genindlæggelse forebygges. Samtalen kan derfor både vedrøre brede medicinske forhold og lavpraktiske elementer. Fx hvor mange trappetrin er der i hjemmet eller afklaring om, hvem der egentlig kan tage de forskellige prøver, der er behov for.

### **Tilrettelæggelse af indsatsen**

Videomødet bliver afholdt på sygehuset i forbindelse med patientens indlæggelse. Konkret vil en erfaren sygeplejerske være tovholder og ansvarlig. Sygeplejersken spørger indledningsvis, hvad patienten synes om at afholde det inddragende videomøde. Hvis patienten indvilger, indkalder sygeplejersken til en halv times møde inden for to dage og er derefter ansvarlig for at sætte videomødet op hos patienten på dennes stue på sygehuset. Tovholderen vil udsende mail og dagsorden og gøre det klart, hvem der deltager til de tre andre parter: pårørende, egen læge og behandlingsansvarlig læge. Desuden kan der være deltagelse af en sygeplejerske, farmaceut eller terapeut. De får også en kort guide til, hvordan man kan føre en god dialog, hvor alle bliver hørt inden for den afgrænsede tid.

### **Organisering på tværs af sektorer**

Planlægning, udførelse og opfølgning er forankret hos sygehuse med deltagelse fra primær og sekundær sektor via videomødet.

### **Resultater/virkning**

Det er foreløbigt 11 forløb, der er blevet undersøgt. Der er ingen af de involverede parter i videomøder, der i de efterfølgende interviews har tilkendegivet, at mødet var spild af tid. Alle har set mødet som et

centralt element i at skabe et godt tværsektorielt patientforløb. Der bliver udvekslet viden om patienten, og især om hvad der kan lade sig gøre i de forskellige sektorer. Et eksempel er en patient, der havde svært ved at sove. Geriatrisk afdeling gav derfor patienten sovemedicin. Da patientens alment praktiserende læge hørte om det på mødet, sagde han til patienten og de sundhedsprofessionelle på sygehuset, at det havde patienten prøvet før, hvor det ikke gik godt. Derfor aftalte parterne, at sygehuset skulle seponere sovemedicinen. Det resulterede i et sikkert patientforløb. De foreløbige indikationer er, at videomøderne skaber et holistisk blik på patientens komplekse situation, samt at der bliver foretaget flere opfølgende hjemmebesøg af de alment praktiserende læger. Til sidst nævnte skal det bemærkes, at der fra anden forskning vides, at jo flere opfølgende hjemmebesøg, jo længere tid er patienten væk fra sygehuset. Det kan derfor forventes, at denne højere kvalitet er med til at styrke patientens muligheder for at undgå hurtige genindlæggelser.

Næste skridt i forskningsprojektet er offentliggørelse af en drejebog for afholdelse af videomøder med inddragelse af de pårørende, patient, primær- og sekundærsektoren. Drejebogen vil blive offentliggjort på Det Nationale Forsknings- og Analysecenters hjemmeside.

### **Økonomi**

Forskningsprojektet er finansieret af Novo Nordisk. Videoløsning beror på MedComs VDX-videoknudepunkt, der anvendes af regionerne. Indsatsen medfører derfor ikke merudgifter til videoteknologi bag. Der er endnu ikke evalueret i forhold til de økonomiske omkostninger, men det er planlagt at gøre inden en evt. opskalering af projektet, så det gennemføres med et større antal patienter. Hvert videomøde kræver deltagelse af fire sundhedsprofessionelle, patient og pårørende i 30 minutter.

### **Implementering**

Det er et forskningsprojekt og derfor ikke implementeret i praksis. Der er ønske om at afprøve V4M blandt et større antal patienter, hvorfor der er søgt midler til at gennemføre en undersøgelse med 250 patienter med multisygdom.

De nuværende erfaringer fra V4M viser, at det for et succesfuldt udbytte af et videomøde med de fire parter er meget vigtigt med klare roller og kompetencer til at facilitere mødet. Der er søgt penge til at deltidsansætte nogle på projektet, der har blik for det tværsektorielle samarbejde og udfordringer/muligheder i det, som kan fungere som mødeleder på sygehuset og have styr på teknikken. Det er vigtigt, at de sundhedsprofessionelle har kompetencer til at facilitere samtalen, så der bliver patient- og pårørendeinddragelse i stedet for opremsning af tidligere forløb. Det er helt centralt, at de sundhedsprofessionelle mestrer tværfaglig kommunikation og kan se hinandens styrker og svagheder.

### **Kontekst**

Videomødeteknologi til at afholde videomøder findes bredt i sundhedsvæsenet. Region Syddanmark undersøger virkningen af en lignende praksis: "Telemedicinsk udskrivning af patienter med komplekse problemer" for patienter, der har været igennem et komplekst og længerevarende forløb på sygehuset. Det kræver udvidet koordinering på tværs af sygehuse, kommune og almen praksis.

### **Udbredelsespotentiale**

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd offentliggør en drejebog baseret på aktionsforskning om, hvordan man med fordel kan tilrettelægge videomøder, der inddrager sundhedsprofessionelle fra primær og sekundærsektoren, patienter og pårørende. Det understreges, at det dog ikke er noget man bare printer ud og sætter i gang.

Det er nogle nye roller, de pårørende og sundhedsprofessionelle har i de tværsektorielle samtaler. Det er også centralt, at de sundhedsprofessionelle evner at drive processen for at sikre sig, at patienten får en stemme.

De tværsektorielle udfordringer som V4M adresserer er dog helt generelle for sundhedsvæsenet, og derfor er der samtidig et stort udbredelsespotentiale.



**VIDEN:** Bygger på egen og VIVEs forskningen af målgruppen.

**BESKRIVELSE:** Grundige beskrivelser offentliggøres på Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærds hjemmeside sommer/efterår 2022.

**MÅL:** Mål sættes for hver patient med udgangspunkt i patientens behov og bekymringer.

**VIRKNING:** Gode indikationer, men der er behov for større undersøgelser. Der er søgt midler.

**OVERFØRBARHED:** Løser tværsektorielle udfordringer, der er relevante for alle dele af sundhedsvæsenet.



## 2.7. LIVA (Aalborg Kommune)



### Målgruppe og indsatsstype

LIVA er en app, der tilbyder digital sundhedsvejledning via borgerens smartphone. Borgeren får en sundhedsvejleder i kommunen og sammen med denne udarbejdes mål relateret til vane- og livsstilsændringer i forhold til fx kost, motion og søvn. Sundhedsvejlederen yder vejledning og støtte til livsstilsændring gennem hele forløbet.

LIVA-appen er overordnet set målrettet borgere, som er motiveret for en livsstilændring. Der arbejdes med forskellige målgrupper i Aalborg Kommunes indsats med LIVA, herunder borgere der selv henvender sig (fx via appen) og borgere med kronisk sygdom, der henvises af egen læge eller sygehus, eller som tidligere har deltaget i en rehabiliteringsindsats, og stadig har behov for ekstra støtte.

LIVA-plattformen bruges af en lang række danske kommuner til at styre digitale forløbsprogrammer for borgere med kronisk sygdom, herunder diabetes, hjertesygdom, KOL. De enkelte kommuner kan dog have forskellige målgrupper og tilrettelæggelse af forløb, hvorfor der i denne case tages udgangspunkt i Aalborg Kommune som eksempel.

### Formål og målsætninger

Formålet med indsatsen er at skabe vane- og livsstilsændringer for borgere, der er motiveret for en livsstilsændring (fx vægttab). Digital sundhedsvejledning via LIVA kan således bidrage til at bremse eller reversere kroniske livstilssygdomme.

### Social ulighed

Der arbejdes ikke eksplicit med at reducere social ulighed i indsatsen. Indsatsen er dog gratis for borgere i Aalborg Kommune, og det virtuelle aspekt af indsatsen gør, at borgere med begrænsninger i forhold til mobilitet (fx pga. fysiske udfordringer eller manglende transport) kan få støtte til de ting, de måtte have brug for.

Tilbuddet kræver, at borgeren har og kan betjene en smartphone. Det er med andre ord et krav, at borgerne har nogle basale it-færdigheder, hvis de skal deltage i indsatsen. Det betyder, at nogle grupper af borgere ikke har mulighed for at deltage i indsatsen. Indsatsen indgår dog som ét ud af flere tilbud i Aalborg Kommune, hvorfor disse grupper af borgere i stedet visiteres til andre indsatser.

### **Teknologisk understøttelse/datadeling**

LIVA er en app, der tilbyder digital sundhedsvejledning via borgerens smartphone. I den forstand er selve indsatsen baseret på teknologi. Der deles pt. ikke data mellem LIVA-appen og andre sektorer eller enheder i Aalborg Kommune (fx egen læge). Det er udelukkende borgerne selv og den tilknyttede sundhedsvejleder, der har adgang til data om borgeren.

### **Indhold og vidensgrundlag**

Til første samtale (der kan foregå ved fysisk fremmøde) bliver borgeren præsenteret for LIVA og sammen med sundhedsvejlederen lægges en plan, der rummer de mål for de vane- og livsstilsændringer, borgeren ønsker at arbejde med. Herefter foregår al vejledning digitalt. Borgeren registrerer løbende på sin mobiltelefon forskellige informationer om adfærd og værdier (fx antal daglige skridt eller antal timers søvn), som relaterer til de aftalte mål. Sundhedsvejlederen monitorerer borgerens data og vejleder borgeren i forhold til at opnå sine mål. Vejledningen foregår forskudt i tid med tekst eller video. Der vejledes typisk mere i starten af borgerens forløb (cirka en gang om ugen) end i slutningen af forløbet. I Aalborg Kommune er den overordnede ramme, at én borger maksimalt kan modtage vejledning i ni måneder.

### **Tilrettelæggelse af indsatsen**

I Aalborg Kommune er der ansat syv sundhedsvejledere med tilknytning til LIVA, som derudover arbejder inden for forskellige sundhedsfaglige områder (sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, diætister og kostvejledere). Det er vigtigt, at sundhedsvejlederne oplæres i programmet, at de har faglig selvindsigt og gode samarbejdsevner, så de kan trække på deres kollegaers faglighed, når det er nødvendigt. De skal også have gode kommunikationsevner og kompetencer inden for sundhedspædagogik, så de sammen med borgerne kan sætte realistiske mål, der skaber succesoplevelser for borgeren.

### **Organisering**

LIVA-indsatsen er formelt placeret i Center for Sundhedsfremme hos Aalborg Kommune, og består af hhv. fire sundhedsprofessionelle fra Center for Sundhedsfremme og tre sundhedsprofessionelle fra Aalborg Sundhedscenter. Sundhedsvejlederne mødes som team cirka en gang om måneden, hvor der er mulighed for at få faglig sparring. I Aalborg kommuner er der således samarbejde på tværs af centre internt i kommunen, men indsatsen involverer hverken tværkommunalt eller tværsektorielt samarbejde.

### **Resultater/virkning**

Der er ikke lavet en evaluering af tilbuddet. LIVA appen anvendes af mange kommuner i Danmark, og LIVA udarbejder selv statistikker og evalueringer på tværs. Sundhedsprofessionelle i Aalborg kommune oplever, at LIVA skaber et udbytte for nogle borgere, mens udbyttet kan være mere begrænset for andre borgere. Det afhænger bl.a. af, om borgeren selv er motiveret for at ændre vaner, og om borgeren har det nødvendige overskud og selvdisciplin til at få udført og registreret deres egen adfærd på daglig basis.

### **Økonomi**

Der eksisterer ikke et klart overblik over sammenhængen mellem aktiviteter og ressourcer. Der er dog en oplevelse af, at omkostninger ved indsatsen står mål med virkningerne for borgerne.

I implementeringsperioden var der en projektleder ansat til at få implementeret LIVA og til at få beskrevet og etableret nogle klare arbejdsgange for brug af systemet. Projektlederen var fuldtidsansat i et halvt år og efterfølgende ansat på halv tid i en årrække. Efter overgang til drift er der ikke længere behov for en projektleder. De nuværende omkostninger består derfor af lønudgifter til vejlederne og den årlige licens til LIVA.

## **Implementering**

Det er vigtigt med kompetenceudvikling af de sundhedsprofessionelle, der skal bruge appen. I Aalborg Kommune modtog vejlederne træning fra en medarbejder fra LIVA, der præsenterede appen og de forskellige funktioner. Derudover er rekruttering af borgere afgørende for at gå fra implementering til drift.

Der kan være både tekniske og faglige udfordringer, der skal håndteres. I Aalborg Kommune oplevede de fx, at de blev mellemled mellem LIVA og borgerne, når sidstnævnte oplevede tekniske udfordringer i appen. Det blev løst ved, at borgerne fik en direkte forbindelse til teknisk support hos LIVA. Derudover kan der være faglige udfordringer forbundet med den brede målgruppe af borgere, der er relevant for indsatsen. Det er vigtigt, at den enkelte sundhedsvejleder er bevidst om egen faglighed, herunder om der er behov for sparring fra andre i teamet, der besidder en anden faglighed.

## **Kontekst**

Der findes andre digitale løsninger målrettet borgere med kronisk sygdom. I Aalborg Kommune har man desuden andre tilbud til de borgere, der ikke har de nødvendige it-færdigheder til at bruge en app. Indsatsen føder desuden ind i centrale dagsordener på sundhedsområdet såsom patientrapporterede oplysninger (PRO) og telemedicinsk hjemmemonitorering.

## **Udbredelsespotentialer**

Der er flere potentialer ved indsatsen. For det første er appen lettilgængelig for de borgere, der har adgang til og kan anvende en smartphone. Det indebærer dog omvendt en begrænsning i målgruppen, da der er nogle borgere, der ikke vil kunne få gavn af indsatsen pga. manglende basale IT-kompetencer. Det understreger, at tilbuddet ikke skal stå alene, men i stedet indgå som en integreret del af en række forskellige indsatser, som man kan tilbyde borgere med kronisk sygdom.

Der er flere interessante kernelementer i indsatsen, som man kan arbejde videre med i andre indsatser. Det gælder især kombinationen af en digital løsning i form af en app, hvor der er teknisk support og muligheder for vidensdeling med andre kommuner (gennem LIVA), og samtidige sundhedsfaglige vejledere, der tilsammen har den nødvendige tværfaglige viden til at kunne vejlede borgerne. Brugen af appen giver samtidig mulighed for asynkron dialog mellem borger og sundhedsvejleder, hvilket øger fleksibiliteten i indsatsen. Endelig giver appen mulighed for selvmonitorering og overblik over egen progression kombineret med de faglige og sundhedspædagogiske input fra sundhedsvejlederen, der kan hjælpe borgeren med at sætte realistiske mål, så vedkommende opnår succesoplevelser undervejs i forløbet.



**VIDEN:** *Indsatsen udvikles løbende med afsæt i egne (og andre kommuners) erfaringer med LIVA.*

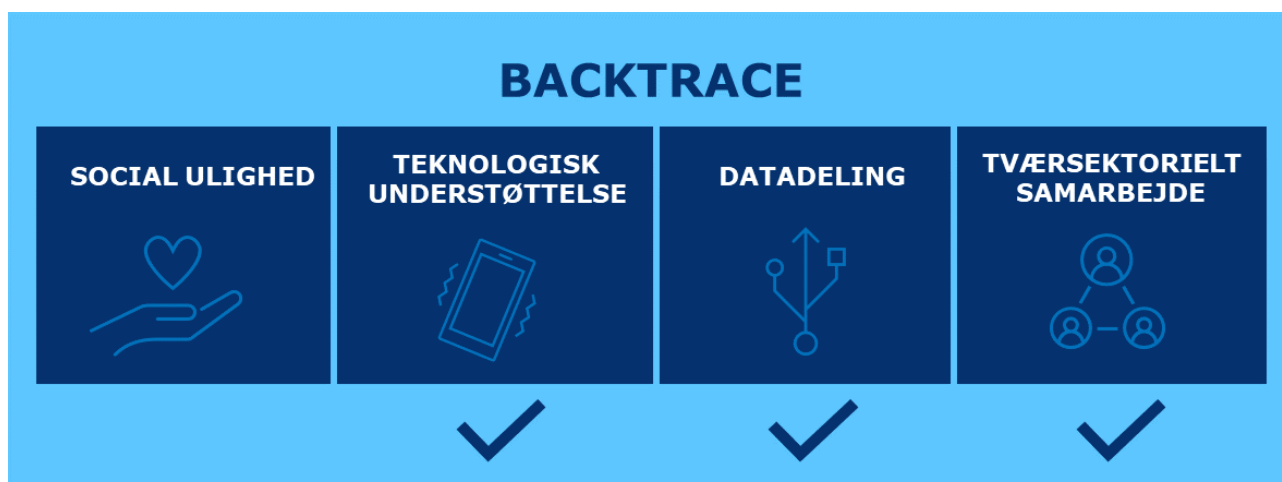
**BESKRIVELSE:** *Der er en relativt udførlig beskrivelse af indsatsen.*

**MÅL:** *Der sættes realistiske og målbare mål for hver enkelt borger.*

**VIRKNING:** *Aalborg Kommune har ikke selv lavet en evaluering af tilbuddet. De oplever dog i høj grad, at det skaber en virkning for de deltagende borgere*

**OVERFØRBARHED:** *Indsatsen anvendes allerede i mange andre kommuner.*

## 2.8. BackTrace



### Målgruppe og indsatsstype

BackTrace er i sin nuværende form en app til borgere og en portal for sundhedsprofessionelle. BackTrace fungerer ved, at borgeren installerer en app på sin smartphone og løbende indtaster data om sin tilstand og aktiviteter. Borgeren kan invitere sundhedsprofessionelle, denne møder undervejs i sit forløb, ind i sit digitale BackTrace univers. Borgerne kan dele deres monitorering med sundhedsprofessionelle, og de kan uploade dokumenter, de finder relevante, og dele dem, med hvem de ønsker. I øjeblikket kan sundhedsprofessionelle endnu ikke dele deres egen dokumentation med hinanden eller borgeren. Det er ambitionen at integrere BackTrace med IT-fagsystemer, så sundhedsprofessionelle i deres eget it-fagsystem eller via en medarbejderportal kan se de data, som borgeren har indtastet.

Den nuværende målgruppe for BackTrace er borgere med lænderyglidelser, hvor der er to eller flere aktører involveret i forløbet, men BackTrace kan også anvendes af borgere med simple og forbigående lænderygsmerter, da den giver mulighed for at få information, og for at borgeren selvstændigt kan monitorere egne smerte- og funktionstilstande.

### Formål og målsætninger

Sundhedsvæsenets nuværende IT-understøttelse er primært udviklet til at understøtte de enkelte sektors opgaver og i mindre grad med fokus på tværgående kommunikation og sammenhæng. Den digitale løsning, BackTrace, har til overordnet til formål at skabe bedre sammenhæng mellem borgere med lænderyglidelser og de sundhedsprofessionelle, der på tværs af sundhedsvæsenet er involveret i borgerens rygforsløb. BackTrace har flere delmål for at opnå dette:

- At opnå større synlighed af borgerens overordnede ønskede mål og de enkelte aktørers aktiviteter og faglige delmål.
- At begrænse spildtid i konsultationen en fagprofessionel anvender på grund af manglende overblik og søgen efter relevant og opdateret information.
- At undgå ubevidst modsatrettede informationer til borgeren. Alle fagprofessionelle har i forløbet de samme informationer til rådighed på samme tid.
- At opnå mere kvalitet i de enkelte borgerkontakter, pga. højere informationsniveau hos aktørerne.
- At opnå mindre frustrationer hos borgerne over at skulle genfortælle ønsker, mål og hvad der bliver arbejdet med igen og igen.

## Social ulighed

BackTrace sørger for, at relevante sundhedsinformationer er tilgængelige for sundhedsprofessionelle, hvilket betyder, at borgerens evne til at huske, forberede og indsamle information og viden om tidligere forløb ikke er lige så betydningsfuldt for dets forløb, da borgeren ikke har ansvaret for at være bærer af information om forløbet på tværs af sektorer. Dog kræver BackTrace, at borgeren besidder basale it-kompetencer til at bruge en app, til løbende selv at dele sundhedsoplysninger med fagprofessionelle og til selvstændigt at monitorere egne smerte- og funktionstilstande, hvilket kan forhindre borgere med få ressourcer og sårbare livsomstændigheder i at deltage at anvende appen.

## Teknologisk understøttelse/datadeling

BackTrace er baseret på CareX-plattformen og består af komponenter, der integrerer de nationale digitale services og de nuværende it-løsninger fra almen praksis, kommunerne og på sygehuse. Dermed sikres deling af relevante data mellem borgeren og de involverede fagprofessionelle på tværs af sektorer. Borgeren får adgang via CareX-plattformen og kan supplere og anvende oplysningerne aktivt i forløbet, herunder give samtykke til deling af data med fagprofessionelle og pårørende efter GDPR-reglerne. Sundhedsprofessionelle får adgang til data om borgeren via deres fagsystemer. BackTrace tilbyder:

- Overblik over aftaler (integration til den Nationale Serviceplatform)
- Opdatering af tilstandsoplysninger via mobil app Selvmonitorering og deling af tilstandsoplysninger
- Deling af journalnotater med samtykke
- Forløbsmål
- Overblik over kontaktpersoner
- Oversigt over tværgående indsatser og planer
- Smart Notification Service (SNS).

Det er ambitionen, at BackTrace skal integreres med IT-systemer anvendt på de kommunale jobcentre, så borgeren har mulighed for at dele sine sundhedsoplysninger med andre end sundhedsprofessionelle, der er involveret i deres forløb. Det er særligt vigtigt, da foranalyser viser, at borgere oplever samarbejdet mellem sundhedsområdet og sygedagpengeområdet som langsommeligt. BackTrace vil dermed give forudsætninger for at dele data lettere mellem involverede aktører i borgerens forløb på tværs af sundhedsvæsenet og beskæftigelsesområdet på borgerens præmisser.

## Indhold og vidensgrundlag

BackTrace er både et forsknings- og udviklingsprogram, og der bliver løbende forsket i fire områder: Af-dækning, intervention, implementering og evaluering. Studierne beskrives på Hospitalsenheden Midts hjemmeside<sup>7</sup>

Udviklingen finder sted i partnerskab mellem forskningsinstitutioner, driftsenheder, konsulentvirksomheder og IT-leverandører og med en høj grad af brugerinddragelse på mange niveauer for at håndtere denne udfordring.

BackTrace blev udviklet med afsæt i et hovedstudie, hvor man fulgte 41 patienter med diskusprolaps i lænden imellem seks og atten måneder igennem deres patientforløb, for at få indgående viden om patienternes forløb på tværs af sektorer. Hovedkonklusionerne fra studiet var, at patienterne oplever fragmenterede forløb, hvor de selv skulle vurdere, hvad der var vigtigt at fortælle den næste sundhedsprofessionelle, de mødte i deres forløb, og begrunde, hvorfor forløbet var sådan sidste gang. Patienterne blev forvirrede og passive i forløbene og mistede håb om, at de kunne lykkes med at gøre noget, så de

<sup>7</sup> Læs mere på <https://www.hospitalsenhedmidt.dk/afdelinger-og-centre/center-for-planlagt-kirurgi/forskningsenheden/backtrace/projekter/>

fik det bedre. Fagprofessionelle oplevede, at det er svært at samarbejde: Når de mødte patienten, vidste de ikke, hvad kollegaerne havde tænkt eller gjort i tidligere forløb, og derfor vil de ofte starte forfra på udredning og behandling, som allerede var afprøvet. De oplevede lang behandlingstid ved indhentning af oplysninger fra andre sektorer, hvor forløbet med patienten gik i stå.

Med afsæt i viden fra dette studie inviteredes en gruppe af fagprofessionelle på tværs af sektorer og patienter til at sætte sig ned og tænke med i forhold til, hvad kan gøres for at løse nogle af de centrale udfordringer. Der blev peget på:

- Der bør udarbejdes en digital løsning, der kan understøtte, at patientens forløb bliver kontinuerligt og ikke fragmenteret.
- Viden om patienten bør følge patienten i systemet. Patienten skal være centrum i sit eget forløb.
- Patienterne skal eje deres egen data og selv bestemme, hvem de vil dele dem med.
- Patienterne skal have mulighed for at blive klogere på deres egen ryg ved at monitorere sig selv over tid, og dele data med de fagprofessionelle.

### **Tilrettelæggelse af indsatsen**

Programledelsen er pt. ved at undersøge, om der er brug for særlige kompetencer for sårbare grupper, herunder betydningen af motivation. Der er foreløbige indikationer på, at selv borgere med ringe IT-kompetencer formår at bruge BackTrace, hvis de er motiveret for det. Der er ikke behov for særlige kompetenceprofiler eller opkvalificering hos de fagprofessionelle.

### **Organisering på tværs af sektorer**

BackTrace er forankret i Region Midtjylland, hvor programmet stadig bliver udviklet til udgangen af 2022. Udviklingen finder sted i partnerskab mellem forskningsinstitutioner, driftsenheder, konsulentvirksomheder og it-leverandører.

### **Resultater/virkning**

En evaluering af pilotprojektet med anvendelse af BackTrace er endnu ikke offentliggjort, men evalueringen forventes at være færdig i slutningen af sommeren 2022. Evalueringen vil kunne findes på Region Midtjyllands hjemmeside<sup>8</sup>: <https://www.hospitalsenhedmidt.dk/afdelinger-og-centre/center-for-planlagt-kirurgi/forskningsenheden/backtrace/projekter/afdakning/>

De foreløbige resultater viser, at selvmonitorering giver god mening fordi, borgere i målgruppen forholder sig til sine egne rygsmerter. Det betyder, at de kan se årsagssammenhænge, fx hvordan de vurderer deres smerter på fysisk meget aktive dage, der gør, at den enkelte borger kan planlægge sit liv anderledes.

Borgere oplever også bedre indsats, når fagprofessionelle anvender data og viden i BackTrace, fordi det øger forberedelsen og dermed giver mere præcis konsultation. Det er både i forløb og ved enkelt-kontakter, at BackTrace kan bruges, hvis den sundhedsprofessionelle har forbedret sig via BackTrace og bruger den aktivt i konsultation. De foreløbige resultater viser også, at sundhedsprofessionelle oplever øget kvalitet i konsultationen. Fuld implementering af BackTrace forventes at give både borgere og alle fagprofessionelle involveret i borgerens forløb mulighed for at samarbejde på en helt ny måde. Værdiskabelsen kan både være på det økonomiske plan (Region Midtjylland, kommunen, borgeren og borgerens arbejdsplads) og på det personlige og organisatoriske plan.

<sup>8</sup> <https://www.hospitalsenhedmidt.dk/afdelinger-og-centre/center-for-planlagt-kirurgi/forskningsenheden/backtrace/projekter/afdakning>

Værdiskabelsen fremkommer bl.a. ved en forventning om:

- Reduceret antal henvisninger til unødvendige undersøgelser, fx MR-skanning (fagpersoner kan genbruge information fra hinandens undersøgelser).
- Større effekt af behandlingsindsats, på grund af højere informationsniveau hos fagpersonerne og mere motiveret deltagelse hos patienten
- Mere sammenhængende indsats, hvor vigtig information ikke går tabt mellem aktører
- Større mulighed for systematisk og evidensbaseret genoptræning i eget hjem via digitale genoptræningsvideoer
- Reduceret medicinforbrug på grund af større tryghed og vidensniveau omkring rygsmerter og det typiske forløb.

Den vigtigste forudsætning for at opnå det fulde udbytte af BackTrace er integrationen til alle fagsystemerne, og at der er mulighed for, at borgerne kan dele data med alle de fagprofessionelle, der er involveret i deres forløb, dvs. på tværs af sundhedsvæsenet og beskæftigelsesområdet.

### Økonomi

BackTrace er stadig i udviklings- og forskningsfasen, og der foreligger derfor ikke beskrivelser af, hvad driftsomkostninger for BackTrace er. Udviklingen af BackTrace er indtil videre blevet finansieret af egen finansiering i regionen samt fra Sundhedsministeriet. Andre bidragsydere har været med til at finansiere forskningen. Det har været muligt at opføre bidrag for minimum 7,7 mio. DKK, men det vurderes at være et lavt estimat af omkostningerne for det samlede udviklings- og forskningsprogram. En liste over de 12 bidragsydere kan findes på regionens hjemmeside<sup>9</sup>.

### Implementering

BackTrace er et forsknings- og udviklingsprogram, der er pilottestet over et halvt år med udgangspunkt i 25 fagprofessionelle på tværs af sektorer og 123 borgere. Det er altså ikke implementeret i praksis og der er endnu ikke en konkret plan for, hvad der skal ske med programmet, når det er færdigudviklet. Efter udviklingsperioden (år 2020-2022) er det hensigten at idriftsætte BackTrace i større sammenhæng. Idriftsættelse vil ske på baggrund af en nærmere SaaS (Software as a Service) aftale, der bl.a. vil indeholde en række forhold omkring drift, vedligehold, support og videreudvikling.

Juridiske udfordringer er den største forhindring for fuld udvikling og implementering af BackTrace. Det er juridiske udfordringer, der forhindrer integrationen til fagsystemerne, og det at gøre borgeren til ejer over egne sundhedsdata. BackTrace er stadig ved at blive udviklet, og skal på et tidspunkt forankres med drift og udvikling i Region Midtjylland. En udfordring er, at der er midler til at udvikle, men der er ikke sparring, midler eller anden hjælp til at opskalere eller tage projektet til næste skidt. Det øger risikoen for at programmet stopper, når der ikke gives flere udviklingsmidler.

### Kontekst

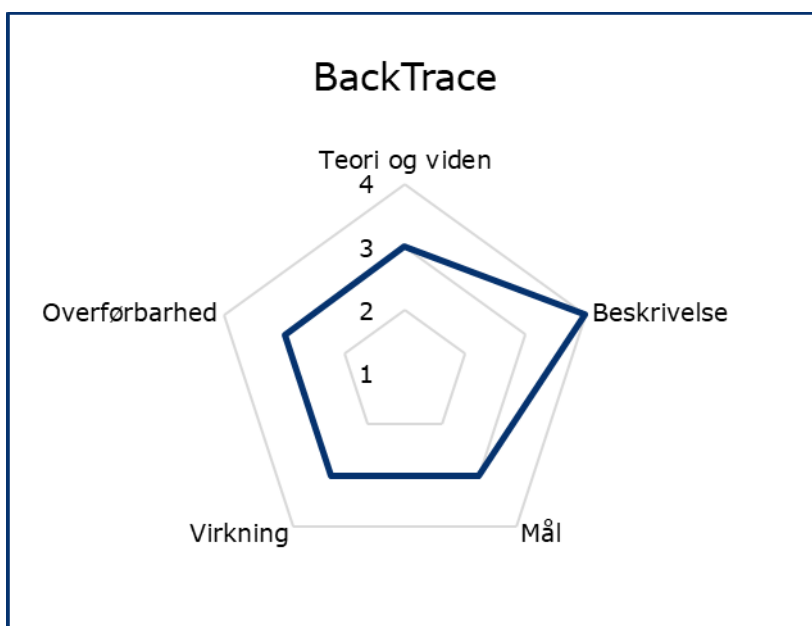
Der er lignende lokale projekter i Danmark men ikke noget særligt samarbejde mellem de parallelle udviklingsprocesser. Programledelsen for BackTrace oplyser dog, at er i dialog med programledelsen for Samblik (en digital løsning til fælles patientoverblik for patienter med type 2-diabetes og senere KOL, læs mere i case nr. 1 i casekataloget) for at blive klogere på, hvilke generiske funktioner man kan anvendes på tværs af de digitale løsninger. Fra internationale konferencer peges på, at der opleves stor global interesse for at sætte patienten i centrum og for datadeling, uden at der foreligger én bestemt måde at løse udfordringen på.

<sup>9</sup> <https://www.hospitalsenhedmidt.dk/afdelinger-og-centre/center-for-planlagt-kirurgi/forskningsenheden/backtrace/bevillingsgivere/>



### Udbredelsespotentialer

BackTrace er udviklet til mennesker med ondt i ryggen. Programledelsen bag BackTrace ser dog muligheder for at anvende den digitale løsninger til at hjælpe en meget bredere målgruppe, da de ser et generelt behov for at dele oplysninger på tværs af sektorer – og med borgere, uanset hvilken sygdom(me) borgeren har. Juridiske udfordringer gør det svært at udbrede BackTrace. Det er vanskeligt at give borgere dataejerskab og dele data på tværs af sektorer. Det er også en udfordring at lave en samarbejdsaftale med it-virksomheden, der hjælper med udviklingen. Det er fordi, der mangler en organisation til at understøtte udarbejdelse af samarbejdsaftaler, når projekter på tværs af forskning og udvikling samarbejder med virksomheder.



**VIDEN:** Bygger på egen undersøgelse af målgruppen.

**BESKRIVELSE:** Grundige beskrivelser på Hospitalsenheden Midts hjemmeside.

**MÅL:** Der er både hovedmål og delmål for patienter og sundhedsvæsen.

**VIRKNING:** Indtil videre kun pilottestet, men tilbagemeldingerne har været meget positive.

**OVERFØRBARHED:** Løser tværsektorielle udfordringer, der er relevante for alle dele af sundhedsvæsenet.

## 2.9. Diabetesbussen



### Målgruppe og indsatsstype

Diabetesbussen er en fysisk bus, der er indrettet således, at det i bussen er muligt at foretage en række undersøgelser for senkomplikationer ved diabetes. Dermed kan sundhedsprofessionelle med bussen op-søge sårbare borgere med diabetes, hvor de befinder sig, fx på forskellige bosteder, herberger, fængsler mv. Målgruppen for Diabetesbussen tilbud er sårbare borgere med diabetes, der ikke følger deltager i de ordinære komplikationsundersøgelser i diabetesambulatoriet. Sårbare borgere defineres som personer med diabetes, der samtidig har enten psykisk sygdom, svagt netværk, misbrug eller kulturelle og sproglige udfordringer.

Der er typisk tale om borgere, der modtager andre indsatser, fx fra botilbud, herberg mv. Denne af-grænsning af målgruppen er valgt med henblik på at sikre, at der er et netværk, der kan hjælpe med at følge op på svarene fra de prøver, der bliver taget i Diabetesbussen.

Indledningsvist har tilbuddet været rettet mod borgere i Vordingborg, Guldborgsund og Lolland kommu-ner. Det har imidlertid vist sig, at der ikke har været et tilstrækkeligt antal borgere i målgruppen for til-buddet. Derfor vil Diabetesbussen fremadrettet være tilknyttet fusionsklinikken i Slagelse.

### Formål og målsætninger

Formålet med Diabetesbussen er at reducere social ulighed i sundhed i relation til diabetes og afledte senkomplikationer ved at tilbyde mobil undersøgelse for diabeteskomplikationer til sårbare borgere med diabetes. For at opnå dette er der opstillet tre mål for indsatsen:

- At identificere sårbare borgere med diabetes, der er udeblevet fra hele eller dele af komplikati-onsundersøgelsen. Derudover at opspore borgere, der ikke deltager i komplikationsundersøgel-sen eller er dårligt reguleret i fx almen praksis, psykiatri, distriktpsychiatri og bosteder/ opholds-steder,
- At få de identificerede borgere i målgruppen til at komme til komplikationsundersøgelsen i bus-sen,
- At, på sigt, få disse borgere sluset ind i det eksisterende behandlingssystem på sygehus og i al-men praksis.

### **Social ulighed**

Der er fokus på at målrette indsatsen til de mest sårbare borgere med diabetes. Særligt for denne målgruppe kan det være vanskeligt at finde ressourcerne til selv at koordinere og skabe sammenhæng i deres behandlingsforløb, da mestring af sygdommen overskygges af mange andre udfordringer i deres liv. Det betyder, at målgruppen ofte ikke følger det ordinære program for undersøgelse af komplikationer, hvor borgere med diabetes løbende screenes for, om de er ved at udvikle senkomplikationer til diabetes. I komplikationsscreeningen foretages bl.a. en blodtryksmåling, øjenundersøgelse og fodundersøgelse. Undersøgelserne anvendes til at fastslå, om borgerne er ved at udvikle komplikationer som følge af deres diabetes. Når sårbare borgere med diabetes ikke deltager i komplikationsscreeningsprogrammet, har de således forøget risiko for at udvikle senkomplikationer i form af skader på øjne, nyrer, nerver og fødder.

### **Teknologisk understøttelse/datadeling**

Efter en screening for senkomplikationer i Diabetesbussen sendes svarene på prøverne til borgerens praktiserende læge via de almindelige kanaler. Den teknologiske understøttelse af indsatsen følger således gængs praksis, og der er ikke etableret en særlig teknologisk understøttelse til denne indsats.

### **Indhold og vidensgrundlag**

Diabetesbussen er en opsøgende indsats, hvor der tilbydes en mobil komplikationsscreening. Diabetesbussen er en fysisk bus, der kører rundt til udvalgte steder med henblik på at give borgerne i målgruppen en lettilgængelig adgang til undersøgelse for senkomplikationer, der kan opstå som konsekvens af diabetes. Diabetesbussen medvirker således til at reducere den geografiske afstand til sundhedsvæsenet.

Diabetesbussen tilbyder alle relevante undersøgelser i forhold til komplikationsscreening, og der er flere sundhedsprofessionelle tilknyttet diabetesbussen. Der er mulighed for at tage blod- og urinprøver, undersøge øjenforandringer samt fodstatus og blodtryk. Dermed kan de sårbare borgere med diabetes få gennemført deres komplikationsscreening ét sted.

### **Tilrettelæggelse af indsatsen**

Bussen er bemannet med to sundhedsprofessionelle, fx sygeplejerske, bioanalytikere, fysioterapeut, diætist mv.

### **Organisering på tværs af sektorer**

Diabetesbussen var oprindeligt forankret på Medicins Afdeling, Nykøbing Falster Sygehus i et tæt samarbejde med Steno Diabetes Center Sjælland og med fokus på Vordingborg, Guldborgsund og Lolland Kommuner. Nu er Diabetesbussen tilknyttet Fusionsklinikken, der ligger i forbindelse med psykiatrisk behandling ved Slagelse Sygehus for at sikre en tilstrækkelig stor volumen af målgruppen.

Steno Diabetes Center Sjælland har haft ansvaret for at udvikle og drive Diabetesbussen. Der er et tæt samarbejde med de enkelte kommuner, hvori bussen kører, med henblik på at koordinere og aftale, hvornår bussen besøger de enkelte bosteder og øvrige tilbud.

Diabetesbussen er et treårigt projekt. Novo Nordisk Fonden har i samarbejde med hver af de danske regioner taget initiativ til at oprette fem regionale diabetescentre. Der er i drejebogen for oprettelsen af Steno Diabetes Center Sjælland beskrevet, at der skal etableres en Diabetesbus. Diabetesbussen er således en bunden opgave, der udspringer af etableringen af Steno Diabetes Center Sjælland.

## Resultater/virkning

Der eksisterer ingen målinger af resultaterne af indsatsen på nuværende tidspunkt. Det skal hertil bemærkes, at der er tale om en indsats, hvor den fulde virkning først vil kunne vurderes efter et stykke tid.

## Økonomi

Den største økonomiske omkostning ved indsatsen var indkøb og ombygning af bussen til at kunne foretage de nødvendige undersøgelser. Herudover skal der afsættes midler til drift og vedligehold af bussen, samt frikøb af sundhedsprofessionelle til at varetage undersøgelserne i bussen.

## Implementering

Steno Diabetes Center Sjælland har tilrettelagt en inddragende proces i forbindelse med udvikling af bussen. Konkret har der været afholdt flere borgermøder, hvor målgruppen har været inddraget i processen med henblik på at komme med input til bussens udformning. Den inddragende proces er blevet oplevet som meget gavnlige og har haft betydning for, at Diabetesbussen både signalerer genkendelighed i tilbud og samtidig indbyder målgruppen til at anvende den.

En udfordring der er blevet oplevet i processen er, at sådan som Diabetesbussen oprindeligt var tænkt som et udelukkende opsøgende tilbud, var i modstrid med, hvordan der arbejdes med rehabilitering i de kommunale botilbud med henblik på at gøre borgerne i målgruppen i stand til selv at komme i sundhedstilbud på sigt. Derfor har man valgt at ændre en lille smule i konceptet for Diabetesbussen, så det opsøgende regionale sundhedstilbud ikke modarbejdede den faglige tilgang i de kommunale tilbud.

## Kontekst

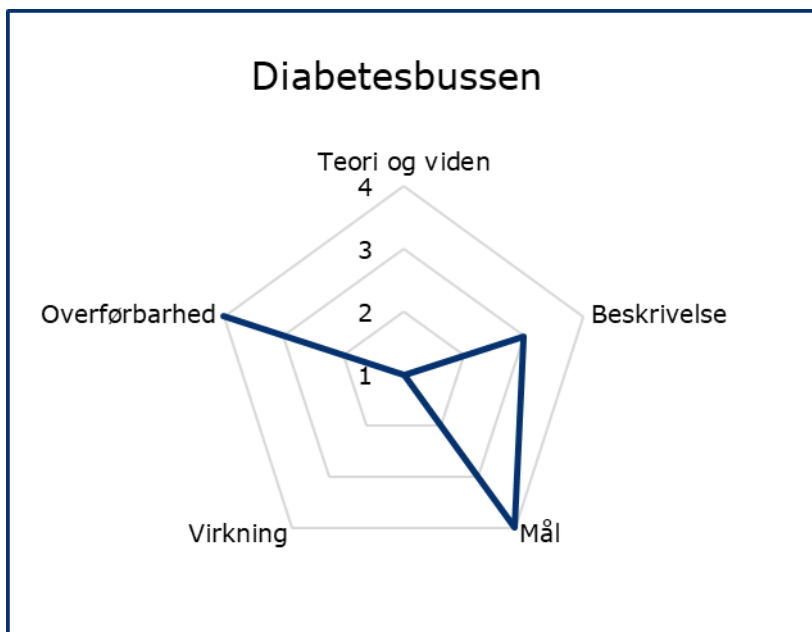
Diabetesbussen er ikke inspireret af andre lignende tiltag.

## Udbredelsespotentiale

Det vurderes muligt at udbrede tiltaget til andre geografiske områder eller andre målgrupper. Diabetesbussen er for tiden tilknyttet fusionsklinikken i Slagelse, men det vil være muligt at udbrede initiativet til andre geografiske områder, så længe der tages hensyn til, at der er behov for en tilstrækkelig stor målgruppe, da hver borger typisk kun skal have foretaget komplikationsscreeningen én gang årligt.

Ønskes tiltaget udbredt til andre målgrupper og indsatser, bør det overvejes nøje, om en bus er den rigtige løsning, fordi der er behov for at kunne foretage målinger og undersøgelser på stedet, eller om det er tilstrækkeligt, at sundhedsprofessionelle er udekørende med udstyr, der kan tages med. Drift og vedligehold af bussen fylder en del i det daglige, og befordring i en almindelig personbil vil være en enklere løsning, hvis der ikke er behov for at tage måleudstyr med i en egentlig bus.

Det særligt virkningsfulde i indsatsen vurderes dels at være bussens opsøgende element, hvor bussen muliggør at opsøge sårbare borgere med diabetes, hvor de befinder sig, og foretager komplikationsscreeningen på stedet. Dels vurderes den inddragende proces at have været særligt virkningsfuld for indsatsens succes, hvor målgruppen har været med til at udvikle og designe bussen.



**VIDEN:** *Udvikling af Diabetesbussen bygger ikke på et teoretisk grundlag.*

**BESKRIVELSE:** *Der findes en kortere offentligt tilgængelig beskrivelse.*

**MÅL:** *Der er fastsat konkrete succesmål for indsatsen.*

**VIRKNING:** *Der er ikke etableret viden om virkningerne af indsatsen endnu.*

**OVERFØRBARHED:** *Indsatsen er mulig er overføre til andre geografiske områder eller målgrupper.*

## 2.10. Sammen om dit helbred



### Målgruppe og indsatsstype

Sammen om dit helbred var et forskningsprojekt i år 2016-2020 med mål om at udvikle og teste en indsats udført i almen praksis til at optimere opsporing og behandling af udvalgte somatiske sygdomme hos patienter med en svær psykisk lidelse (diagnosticeret skizofreni, psykose-skizo-afektiv uden specifikation eller bipolar lidelse), i sygegruppe 1-forsikrede med bopæl i Københavns Kommune i aldersgruppen  $\geq 36 \leq 65$  år.

### Formål og målsætninger

Formålet var at udvikle og afprøve en systematisk tværsektoriel og tværfaglig indsats til at optimere opsporing af hjertekarsygdomme (iskæmi og hjerteinsufficiens), diabetes, forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol, initiere medicinsk behandling og sikre fastholdelse af behandling af patienter i målgruppen.

### Social ulighed

Fokus var på at reducere social ulighed i opsporingen og behandling af hjertekarsygdomme, diabetes, forhøjet blodtryk og forhøjet kolesterol grundet en markant overdødelighed i målgruppen sammenholdt med den generelle befolkning. En del af overdødeligheden skyldes underdiagnosticering og/eller ubehandlet somatiske kroniske sygdomme. Konkret anvendes følgende initiativer til at sikre deltagelse i screeningskonsultation og fastholdelse af deltagelse i opfølgende konsultationer:

- Ved rekruttering af patienter afsættes god tid til at introducere målgruppen for formålet med screeningen og opfølgningen.
- Ved konsultation indkaldes på faste tidspunkter, gerne efter frokost, hvor der ikke er mennesker i venteværelset.
- Der arbejdes aktivt på at sikre kontinuitet i forhold til, hvem patienten taler med og møder i klinikken.
- Der gives påmindelsesopkald på dagen for konsultationen.
- Ved udeblivelser kontaktes patienten telefonisk for at aftale en ny tid.
- Der afsættes ekstra tid til en konsultation (30-60 minutter).

### **Teknologiunderstøttelse/datadeling**

Der anvendtes i projektet ingen særlige teknologiske løsninger til at understøtte patientforløb. Hvad angår datadeling blev der i projektet indsamlet en række data om de deltagende patienter til brug i evalueringssøjemed. Disse blev registreret uden for almen praksis' dokumentationssystem.

### **Indhold og vidensgrundlag**

Indsatsen i projektet blev udviklet i en samskabelsesproces med inddragelse af repræsentanter for alle parter i projektet (se nedenfor under organisering). Dertil gennemførtes en fokuseret litteraturgennemgang og en række observationer og interviews i psykiatrien, kommunen og med repræsentanter for almen praksis mhp. at få et større indblik i målgruppen og den eksisterende praksis på området. Den udviklede indsats bestod af fire efter hinanden følgende hovedkomponenter.

Del 1 bestod af en uddannelsesdag for almen praksis og kommunale støttekontaktpersoner. Del 2 bestod af systematisk patientudtræk foretaget i de deltagende praksis' elektroniske patientjournal mhp. at identificere patienter i målgruppen til at deltage. Del 3 var screeningskonsultation i almen praksis for patienter, der ville deltage. Formålet var at opspore evt. somatiske kroniske sygdomme hos borgerne. Del 4 bestod af et individuelt tilpasset behandlingsforløb i almen praksis af ét års varighed for at behandle patientens nydiagnosticerede og/eller kendte somatiske sygdomme, og sikre fastholdelse af patienten i forløbet til deltagelse i opfølgingskonsultationer og en afsluttende årskontrol. Centralt for del 3 og 4 var, at almen praksis ved behov kunne inddrage patientens støttekontaktperson (hvis patienten ønskede det) eller søge vejledning hos Psykiatrisk Center København og Klinisk Farmakologisk Afdeling.

### **Tilrettelæggelse af indsatsen**

Den ledelsesmæssige opbakning sikredes, da projektets styregruppe bestod af ledelsesrepræsentanter for hver af de involverede parter, hvilket opleves at have været afgørende for projektets gennemførelse. Udviklingen af projektindsatsen muliggjordes af et tæt samarbejde mellem forskere og projektgruppen bestående af personer i udførende funktioner, heriblandt almen praktiserende læger, som med sin indsigt i praksis bistod med at definere og beskrive indsatsen. Afprøvning af indsatsen forudsatte, at de involverede udførende funktioner havde kendskab til projektet og hinandens roller i det. Dette sikredes via en uddannelsesdag (hovedkomponent del 1) samt besøg i almen praksis, i tilfælde af at de medvirkende praksis ikke kunne deltage i uddannelsesdagen.

### **Organisering på tværs af sektorer**

Projektet var et samarbejde mellem Sektion for Tværsektoriel Forskning (Region Hovedstaden), Psykiatrisk Center København, Psykiatrienheden i Københavns Kommune, Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg. Almen praksis blev inviteret med til at deltage i hhv. projektets styre- og projektgruppe, der begge var sammensat med repræsentanter fra de involverede parter. Projektledelsen og evalueringen blev varetaget af forskere hos Sektion for Tværsektoriel Forskning. Totalt afprøvede 16 alment praktiserende læger indsatsen i praksis.

### **Resultater/virkning**

Der er foretaget en evaluering af indsatsen. Den viser, at indsatsen kan lade sig gøre i praksis, men det er kun en selekteret del af målgruppen, der deltog i en screening for somatiske sygdomme og fulgte en eventuel iværksat behandling. På det halve år, som indsatsen afprøvedes, identificeredes 122 personer i målgruppen for indsatsen, heraf takkede 70 ja til at deltage og deltog i en screeningskonsultation. Otte personer blev diagnosticeret med en ny kronisk sygdom. Almen praksis, der havde den udførende rolle i projektet, anvendte ikke projektets tværsektorielle setup, da ingen patienter ønskede at inddrage sin støttekontaktperson, og lægerne ikke oplevede et behov for vejledning. Dette skyldtes, at de deltagende

borgerne var relativt velfungerende, velbehandlede og havde jævnlig kontakt til egen læge sammenholdt med den del af målgruppen, som ikke deltog, enten fordi de ikke ønskede eller ikke reagerede på almen praksis' forsøg på at komme i kontakt med dem (N=52).

Om patienter, der aktivt fravalgte at deltage, fortæller lægerne, at det skyldes, at patienterne havde social angst eller var paranoide, at de ikke oplevede at have tid eller oplevede allerede at blive undersøgt flere andre steder i systemet. De deltagende repræsentanter for almen praksis er enige om, at hvis de havde rekrutteret alle patienter i målgruppen til screeningskonsultation, ville det tværsektorielle setup have været nødvendigt for at gennemføre opsporingen og initiere eventuel behandling af somatisk sygdom hos patienter i målgruppen, der havde mindre velbehandlet psykisk sygdom.

### **Økonomi**

Projektet er finansieret via Region Hovedstadens Sundhedsaftale 2015-2018 og Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalgte for almen praksis (3,5 mio. kroner). Dertil var en del af midlerne til projektledelsen finansieret af driftsmidler fra Sektion for Tværsektoriel Forskning. En væsentlig andel af midlerne er gået til udvikling og evaluering af indsatsen. Det vurderes derfor, at drift af indsatsen vil være væsentligt billigere i praksis, da der kun vil være omkostninger til forlængede konsultationstider, øget opspøringsarbejde, samt tid til at almen praksis inddrager støttekontaktpersoner og søger sparring hos specialister.

### **Implementering**

Efter projektperiodens ophør er indsatsen ikke implementeret i drift, da finansiering af omkostninger til blandt andet udvidet konsultationstid var finansieret af projektmidler. Flere af de deltagende alment praktiserende læger ønsker dog fremadrettet at bibeholde en mere systematisk tilgang til målgruppen, bl.a. gennem årskontroller for patienter i målgruppen. En betingelse for, at indsatsen kan implementeres, er, at almen praksis har tid og ressourcer til det. Det viste sig vanskeligt at rekruttere almen praksis til at deltage i projektet til trods for, at de blev aflønnet for medvirken. Dertil er det en betingelse, at almen praksis kan identificere patienter i målgruppen via udtræk fra den elektroniske patientjournal. Det kræver, at almen praksis har foretaget systematisk diagnosekodning på basis af epikriser fra psykiatrien. Det var ikke tilfældet for alle medvirkede alment praktiserende læger, de søgte derfor på patienter med recept på antipsykotisk medicin. Uanset metoden, vil der være patienter, som ikke identificeres. Det sker, hvis almen praksis ikke har modtaget en epikrise fra psykiatrien, eller patienten kun behandles i psykiatrien. Det forudsætter derfor supplerende metoder, hvis alle patienter skal identificeres i almen praksis.

### **Kontekst**

Indsigt og læring fra projektet er delt med forskere på SOFIA-projektet (Sammen Om Fysisk og psykisk helbred I Almen praksis), der er forankret på Københavns Universitet. Projektet afprøvede i 2020-2021 en indsats til systematisk opsporing og behandling af somatiske sygdomme hos patienter med svær psykisk sygdom ved brug af hovedkomponenter tilsvarende til Sammen om dit helbred.

### **Udbredelsespotentialer**

Sammen om dit helbred indeholder en række indsigter af bredere relevans, fordi projektindsatsen søger at styrke opsporing og behandling af målgruppen inden for rammerne af almen praksis, hvor behandlingsansvaret for de kroniske sygdomme er i dag. Projektet viser, at der er et udbredelsespotentialer for at implementere indsatsen og dermed styrke systematisk opsporing og behandling af somatiske sygdomme hos den delmængde af, som er mest velfungerende og har jævnlig kontakt til egen læge. For denne gruppe vil det være relevant at have fokus på andre kroniske sygdomme i screeningskonsultationen, for eksempel KOL. Samtidigt indikerer projektets resultater, at der bør tages andre indsatser i brug for at opspore og behandle den mindre velfungerende del af målgruppe, som har sjældent eller ingen



kontakt til almen praksis. Disse indsatser bør i højere grad møde målgruppen, hvor de er, for eksempel i psykiatrien eller på bosteder eventuelt i kombination med at personalet for målgruppen ved siden af deres kerneopgave undervises i at opspore tegn på kroniske sygdomme.

Endelig peger læring fra projektet i retning af, at der ligger et potentiale i at styrke almen praksis' mulighed for at udtrække data fra deres it-system over, hvilke patienter der har udvalgte psykiatriske diagnoser med henblik på at understøtte identificering af målgruppen. Almen praksis, der har deltaget i projektet, udtrykker, at dataudtrækket har styrket deres overblik og kendskab til målgruppen.



**VIDEN:** *Indsatsen er baseret på et udviklingsarbejde med brug af samskabelse, observationsstudier og gennemgang af litteratur på området.*

**BESKRIVELSE:** *Indsatsen er som forsknings- og udviklingsprojekt relativt velbeskrevet.*

**MÅL:** *Der er et overordnet mål om optimering af opsporing og behandling, men ikke specifikke mål for den enkelte alment praktiserende læge eller patient.*

**VIRKNING:** *Indsatsen er evalueret og virkning vist for en selekteret del af målgruppen.*

**OVERFØRBARHED:** *Indsatsen kan udvides til at opspore andre somatiske sygdomme hos den selekterede gruppe af patienter, som den er virkningsfuld overfor.*

## 2.11. Fleksible konsultationer



### Målgruppe og indsatsstype

Fleksible konsultationer var et projekt fra maj 2019 til ultimo 2021, der afprøvede et alternativ til voksne patienter med diabetes (+23 år), som af fysiske, psykiske eller sociale årsager har vanskeligt ved at indgå i den ordinære ambulante behandling. Patientgruppen var kendetegnet ved at have 1) vedvarende dårlige diabetesregulering, 2) mange udeblivelser fra ambulatoriet, 3) at være i dårlig trivsel og/eller 4) flere samtidige kroniske sygdomme. Fleksible konsultationer var et tilbud til patienter tilknyttet ambulatoriet på Steno Diabetes Center Aarhus.

### Formål og målsætninger

Formålet med projektet har været at undersøge, om ekstra fleksibilitet og tid i behandlingen kan bidrage til hhv. bedre diabetesregulering, øget mental trivsel, færre udeblivelser og mere involvering i eget forløb blandt patienter i målgruppen.

### Social ulighed

Fleksible konsultationer var designet til at tilgodesee patienter, som ikke profiterede af den ordinære ambulante behandling. Dette ved at anvende en række initiativer til at reducere sociale ulighed i deltagelse og udbytte af behandlingen:

- Længere varighed af konsultationen (op til 60 minutter pr. konsultation) for at sikre tid til en personcentreret tilgang med fokus på at udforske, hvad der forhindrer patienten i at mestre livet med diabetes og identificere løsninger i fællesskab.
- Fast kontaktsygeplejerske, som er tovholder og fast behandler for at opbygge en tillidsfuld patient-behandler-relation.
- Medbestemmelse til patienten i forhold til hyppighed af konsultationer og fælles dagsordensættelse, så konsultationerne opleves meningsfulde for patienten.
- Styrket tilgængelighed af behandling via mulighed for hjemmebesøg, når patienterne af forskellige årsager ikke selv er i stand til at møde op i ambulatoriet.
- Håndholdt støtte til patienten med udgangspunkt i dennes behov, for eksempel sms og telefonopkald imellem konsultationer.
- Et mindre klinisk miljø i form af at sygeplejersker var ikklædt privat tøj frem for uniform mhp. at skabe et trygtere miljø for patienter med dårlige associationer til sundhedsvæsenet.

### **Teknologisk understøttelse/datadeling**

Projektet havde ikke et specifikt fokus på teknologisk understøttelse. To validerede spørgeskemaer skulle besvares af målgruppen før opstart, efter hhv. et halvt og et helt år med fleksible konsultationer. Spørgeskemabesvarelsene oplevedes at understøtte samtalen mellem patient og sygeplejerske, da data giver indsigt, i hvilken grad patienten oplever diabetesrelateret stress eller mistro. Data anvendes desuden til evaluering af projektet. I flere tilfælde har sygeplejersker hjulpet patienter i målgruppen med at anvende eksisterende (fx insulinpumpe) eller få bevilliget (fx Libre sensor) teknologiske løsninger, der understøtter patienten i at have et velreguleret blodsukker.

### **Indhold og vidensgrundlag**

Projektindsatsen byggede på erfaringer fra ambulatoriet, heriblandt at tidsrammen for ordinære konsultationer gjorde det vanskeligt at identificere, hvad der var på spil for patienterne i målgruppen og at understøtte patienterne i at mestre deres diabetes. Dertil byggede indsatsen på empowerment-tilgangen. Med tilgangen flytter sundhedsprofessionelle fokus fra at 'fikse' problemer for patienten til at facilitere en samtale, hvor de spørger nysgerrigt ind og lytter til, hvad der er på spil for patienten, for derigennem sammen med patienten at udarbejde en plan for, hvordan patienten selv kan forstå og løse sine problemer. Fleksible konsultationer bestod af flere hovedelementer: 1) Patienten tilknyttes en fast kontaktsygeplejerske, som er fast behandler og patientens 'makker' under hele forløbet, 2) udvidede og fleksible konsultationer af op til 60 minutters varighed med henblik på at opbygge en tillidsfuld relation og tid til at udforske patientens udfordringer i livet med diabetes og identificere løsninger sammen med patienten. Det var typisk i starten af forløbene, der blev anvendt 60 minutter pr. konsultation. Herefter varierede patientforløbene afhængigt af patientens behov og ønsker til konsultationshyppighed mv. 3) Organisering af et tværfagligt team for patienterne i projektet med ugentlige møder mhp. at drøfte patientplaner og mulighed for tværfaglige perspektiver på oplevede udfordringer.

### **Tilrettelæggelse af indsatsen**

Rekruttering af patienter i målgruppen blev foretaget af klinisk personale i ambulatoriet ved at skrive en kort henvisning til projektets ansvarshavende sygeplejerske. Visitering af patienter skete efter et opkald til patienten, hvor sygeplejersken fortalte om tilbuddet og afdækkede, om patienten var motiveret for at deltage. Hvis det var tilfældet, blev vedkommende visiteret. Konsultationer med patienterne foregik på to faste ugedage og blev primært foretaget af sygeplejersker i det tværfaglige projektteam. Det tværfaglige team bestod af tre sygeplejersker, to endokrinologer, en psykolog og en socialrådgiver. De øvrige teammedlemmer blev inddraget i konsultationer ved behov, og dertil mødtes teamet halvanden time hver uge, hvor de tværfaglige perspektiver gav anledning til drøftelse af patienternes ofte komplekse problemstillinger og sygeplejerskens måde at møde patienten på. For eksempel har psykologen superviseret sygeplejerskerne, hvis de oplevede udfordringer i kommunikationen med patienten.

### **Organisering på tværs af sektorer**

Projektindsatsen var designet og forankret på Steno Diabetes Center Aarhus og udbudt i diabetesambulatoriets Klinik for Voksne. I klinikken var den tværfaglige projektgruppe ansvarshavende for at gennemføre og tilpasse tilbuddet om fleksible konsultationer i projektperioden. I projektet havde sygeplejerskerne samarbejdsrelationer til en række kommunale aktører, heriblandt bostøtter til patienter, hjemmeplejen fx i forbindelse med hjemmebesøg og misbrugscentre. Projektets socialrådgiver havde en del patientrelateret kontakt til kommunale instanser. Dertil samarbejdede sygeplejerne i klinikken med socialsygeplejersker på Aarhus Universitets Hospital i forløb med de allermest socialt udsatte patienter for at støtte disse patienter i at fremmøde til konsultationer.

## Resultater/virkning

En intern evaluering af projektet er udarbejdet. Totalt har 172 patienter deltaget i projektet, hvoraf nogle er faldet fra tidligt. Overordnet viser resultaterne en positiv virkning af tilbuddet, idet nogle patienter fik en bedre diabetesregulering og dermed lavere risiko for at udvikle senfølger af diabetes. Risikoen for udviklingen af senfølger mindskes væsentligt, når en patients langtidsblodsukker (HbA1C) er under 75 mmol/mol. Andelen af patienter med HbA1C på <75 mmol/mol steg fra 29,5 pct. ved opstart i projektet til 47,5 pct. efter 0,5-1,5 års deltagelse i projektet. En udvikling, der fastholdes over tid. Evalueringen viser derudover en stigning i andelen af patienter, der ikke er i umiddelbar risiko for depression over en 12 måneders periode, mens andelen med diabetesrelateret stress falder over en 12 måneders periode. For patienternes udeblivelse er der ikke nogen tydelige ændringer, mens data er for begrænset til at konkludere noget vedrørende patienternes oplevelse af involvering i behandlingen.

## Økonomi

Fleksible konsultationer til sårbare voksne har været en ny indsats, som er afprøvet i projektperioden. Afprøvning af tilbud om fleksible konsultationer har i projektperioden kostet omkring 2,9 millioner kroner. Udgifterne er finansieret af midler til supplerende diabetesbehandling, som SDCA fik af Novo Nordisk i forbindelse med etableringen af centret.

## Implementering

Fleksible konsultationer er ophørt som projekt og vil ikke blive implementeret 1:1 i driften i ambulatoriet. Steno Diabetes Center Aarhus vil dog anvende en række indsigter og initiativer fra fleksible konsultationer i deres fremadrettede arbejde med Fremtidens Steno-Klinik, hvor man ønsker at implementere en højere grad af behovsstyret behandling og en mere fleksibel indsats for patienter med dysreguleret diabetes. Arbejdet er først under opstart, men Steno Diabetes Center Aarhus forventer at udbrede en tværfaglig teamstruktur, hvor alle patienter har en fast behandler, og behandleren har et tværfagligt team bag sig. Ligesom det var tilfældet for kontaktsygeplejersken i Fleksible konsultationer. Dertil vil Steno Diabetes Center Aarhus klæde alle sygeplejersker i ambulatoriet på til at anvende empowermenttilgangen, hvorfor de opstarter et opkvalificeringsforløb i excellent sygepleje for at udbrede tilgangen og erfaringer med denne fra fleksible konsultationer. Endelig vil Steno Diabetes Center Aarhus tilbyde intensive og kortere forløb til patienter med behov for ekstra støtte. Her vil initiativer som selvbestemmelse og håndholdt støtte med fokus på relationsopbygning være centrale, ligesom det var i fleksible konsultationer.

## Kontekst

Steno Diabetes Center Sjælland arbejder også målrettet med at styrke tilbud til sårbare patienter i andre sammenhænge. Et tilbud, der til dels minder om Fleksible konsultationer, er Steno Diabetes Center Sjællands Fusionsklinik, som samler behandling af diabetes og svær psykisk sygdom (dvs. multisygdom). I begge tilbud arbejdes med et tværfagligt team, som sammen med patienten lægger en behandlingsplan. En forskel er dog, at Fusionsklinikken er beliggende i psykiatrien og er et formaliseret samarbejde mellem psykiatrien og Steno Diabetes Center Sjælland, hvilket ikke var tilfældet i tilbud om fleksible konsultationer. Øvrige ligheder mellem Fusionsklinikken og Fleksible konsultationer er, at begge tilbud øger patientens tilgængelighed til behandling ved at tilbyde hjemmebesøg ved behov samt arbejder for at styrke sammenhængen i hjælpen, som patienten modtager, ved at kommunikere og samarbejde med bl.a. patientens kommune.

## Udbredelsespotentiale

Der er flere interessante elementer i projektet med fleksible konsultationer, som man kan arbejde videre med i andre indsatser. Det gælder særligt de udvidede og fleksible rammer for en konsultation i kombination med en fast behandler, der styrker muligheden for at opbygge en tillidsfuld patient-be-

handler relation med tid til at tale om det, der udfordrer patienten i at mestre livet med diabetes. I projektet fremhæves den tætte og tillidsfulde patient-behandler relation og muligheden for at tilbyde patienter rådgivning i forhold til sociale problematikker som en central drivkraft for, at det lykkedes at støtte patienterne i en bedre diabetesregulering og at mindske mistrivsel og være en 'makker' for patienten.

Et andet væsentligt element i projektet, der kan være med til at inspirere tilrettelæggelsen af andre indsatser, er det tværfaglige team etableret i projektet. Teamet og de hyppige møder kan være med til at sikre tværfaglige perspektiver på patienternes udfordringer samt støtte og supervisere behandlere i forhold til konkrete patientforløb. Teamet fremhæves som en central drivkraft for projektets succes. Dette dels fordi projektindsatsen løbende er blevet tilpasset på møderne med udgangspunkt i erfaringer fra praksis, og dels fordi det har været en støtte til kontaktsygeplejersken at få tværfaglige perspektiver og supervision på patienter med komplekse problemstillinger.



**VIDEN:** *Baseret på empowerment-tilgangen og erfaringer.*

**BESKRIVELSE:** *Er beskrevet i en projektbeskrivelse som løbende er blevet tilpasset i løbet af projektperioden.*

**MÅL:** *Projektet har en overordnet mål for patienterne.*

**VIRKNING:** *Projektet er evalueret internt og indikerer positive virkninger for nogle borgere i målgruppen.*

**OVERFØRBARHED:** *Initiativer mod social ulighed kan overføres, men organisering med tværfagligt team og tilbud til målgruppen kræver, at en række faggrupper involveres og vil alt andet lige kræve en organisatorisk indsats for at lykkes.*

## 2.12. Navigatortilbud for kræftpatienter



### Målgruppe og indsatsstype

Navigatortilbud for kræftpatienter er en landsdækkende og målrettet indsats til forbedring af kræftforløbet for socialt sårbare patienter. Målgruppen for tilbuddet er kræftpatienter på 18 år eller derover, der vurderes som socialt sårbare og er udfordret i forhold til at mestre sygdomsforløbet på egen hånd (fx patienter der ikke har pårørende at trække på, og som derfor står meget alene i forløbet). Det er Kræftens Bekæmpelse, der tilbyder indsatsen.

### Formål og målsætninger

Formålet med Navigatortilbuddet er, at socialt sårbare kræftpatienter får et bedre liv med og efter kræft. Dette ved at forsøge at øge de socialt sårbare kræftpatienters trivsel og sundhedskompetencer gennem støtte fra en frivillig.

### Social ulighed

Der er fokus på socialt sårbare kræftpatienter. Navigatortilbuddet har siden sin begyndelse i 2013 været én af flere målrettede indsatser, Kræftens Bekæmpelse har sat i værk for at nå ud til socialt sårbare kræftpatienter.

### Teknologisk understøttelse/datadeling

Den teknologiske understøttelse og digitale kommunikation har hidtil ikke været i fokus. Det er dog et udviklingspunkt, som Kræftens Bekæmpelse undersøger nærmere for at blive klogere på, hvordan de kan understøtte målgruppen yderligere.

### Indhold og vidensgrundlag

Socialt sårbare kræftpatienter får tilknyttet en frivillig navigator, som støtter dem i deres kræftforløb fra diagnose og behandling på sygehuset til kommunal rehabilitering. Som udgangspunkt står den frivillige navigator til rådighed i cirka tre timer ugentligt i seks måneder, hvor navigatoren fx hjælper patienten med at skabe overblik i kræftforløbet, tager med til samtaler på sygehuset og giver støtte undervejs. Indsatsen bygger på internationale, særligt amerikanske, erfaringer om patientnavigation, ligesom indsatsen er blevet evalueret og tilpasset undervejs.

### **Tilrettelæggelse af indsatsen**

Socialt sårbare patienter har forskellige behov, og der er derfor fokus på, at navigatorforløbene skræddersys med udgangspunkt i den enkelte patients behov og har et helhedssyn på patientens situation. Et andet grundelement i indsatsen er empowerment. Det er tænkt ind i indsatsen i forhold til at styrke den socialt sårbare patients handlekompeterencer gennem hjælp til selvhjælp, som derfor også er "holdbar" efter afsluttet navigatorforløb.

Der er ansat en række koordinatore, der samarbejder med sygehuse, almen praksis og kommuner i forhold til at hverve patienter (fx ved at holde orienteringsmøder, uddele materiale og sende nyheds-mails, så målgruppen er orienteret om muligheden for at få tilknyttet en navigator). Hvis en patient med kræft vurderes at være i målgruppen for tilbuddet, afholder en koordinator og patienten en startsamtale, hvor patientens situation og behov gennemgås. Herefter bliver der afholdt et matchmøde, hvor patient, koordinator og navigator deltager. Matchmødet fungerer som en start på navigatorforløbet, som typisk varer seks måneder. Når de seks måneder er gået, afholdes en afslutningssamtale hvor patient, navigator og koordinator deltager.

### **Organisering på tværs af sektorer**

Navigatortilbuddet er drevet af Kræftens Bekæmpelse. Siden 2015 har indsatsen været drevet af én faglig leder og en række regionale koordinatore, der er ansatte i indsatsen (dog ikke nødvendigvis fuldtid). De regionale koordinatore arbejder med rekruttering af både frivillige navigatore (fx via frivillig.dk, lokalforeninger og netværk) og socialt sårbare kræftpatienter (via hospitaler, kommuner og almen praksis) og deltager ved de afklarende samtaler med frivillige og patienter.

De fleste koordinatore har tilknyttet 1-2 frivillige tovholdere, der hjælper koordinatorene med deres opgaver (fx ved at have kontakt til nogle af de frivillige navigatore). Den faglige leder og de regionale koordinatore mødes virtuelt cirka en gang om måneden i halvanden time, hvor de koordinerer på tværs og deler erfaringer.

De frivillige navigatore oplæres og kompetenceudvikles i deres rolle som navigator i et 1:1 forløb med en socialt sårbar kræftpatient. På nuværende tidspunkt er der cirka 100-120 frivillige navigatore på landsplan. Disse navigatore har tilknyttet en patient (i nogle tilfælde kan en navigator dog godt have to eller tre patienter). De frivillige navigatore udfylder løbende en online logbog, hvor de kan skrive, hvordan det går i forløbet, eller hvis de har brug for sparring med den lokale koordinator.

### **Resultater/virkning**

En evaluering af Navigatortilbuddet for socialt sårbare kræftpatienter viser, at tilknytningen af en frivillig navigator kan være en velegnet indsats til at rumme de forskellige problemstillinger, som socialt sårbare kræftpatienter kæmper med. Evalueringen peger bl.a. på, at de sårbare kræftpatienters sundhedskompetencer er forbedret (syv ud af 10 er fx blevet bedre til at få styr på og følge op på aftaler med sygehuset eller kommunen). Patienternes trivsel er samtidig steget markant, mens de føler sig markant mindre belastede efter navigatorforløbet.

### **Økonomi**

Indsatsen er ikke specielt omkostningstung at drifte, da den i høj grad er baseret på frivillige ressourcer (navigatorene). Der er dog tale om en 1:1 indsats, hvilket betyder, at der alligevel skal afsættes en del ressourcer pr. patient. Der skal afsættes løn til en faglig leder samt til de regionale koordinatore, der dog ikke arbejder fuldtid (koordinatore i Region Hovedstaden er fx ansat til 20 timer ugentligt). Endelig er der omkostninger forbundet med kursusaktivitet ved oplæring/kompetenceudvikling af nye navigatore samt omkostninger forbundet med navigatorenes transport i forbindelse med lægebesøg m.v. sammen med patienten.

## **Implementering**

Indsatsen startede som et projekt tilbage i 2013, hvor indsatsen blev tilrettelagt med afsæt i erfaringer fra psykiatrien og med tilsvarende indsatser i USA. Det er særligt vigtigt at få rekrutteret både frivillige og patienter til indsatsen. Det kræver et grundigt stykke arbejde at få oplyst alment praktiserende læger, kommunale enheder og sygehuse om tilbuddet. Det er et rekrutteringsarbejde, der skal gøres med jævne mellemrum.

Derudover er det vigtigt at klæde de frivillige navigatorek godt på. De frivillige navigatorek skal deltage i et todages kursus om patientstøtte og i et halvdagskursus om, hvad man skal – og ikke skal – som navigator. Mange af navigatorekerne har en social- eller sundhedsfaglig baggrund, men det er ikke en forudsætning for at blive frivillig navigator. Det vigtigste er, at navigatorekerne er tilgængelige i dagtimerne og fleksible, så de fx kan tage med patienten til lægen. En god navigator skal også være fordomsfri og åben over for, hvordan andre folk lever. Endelig er det vigtigt, at navigatoren er støttende og lydhør over for patienten.

## **Kontekst**

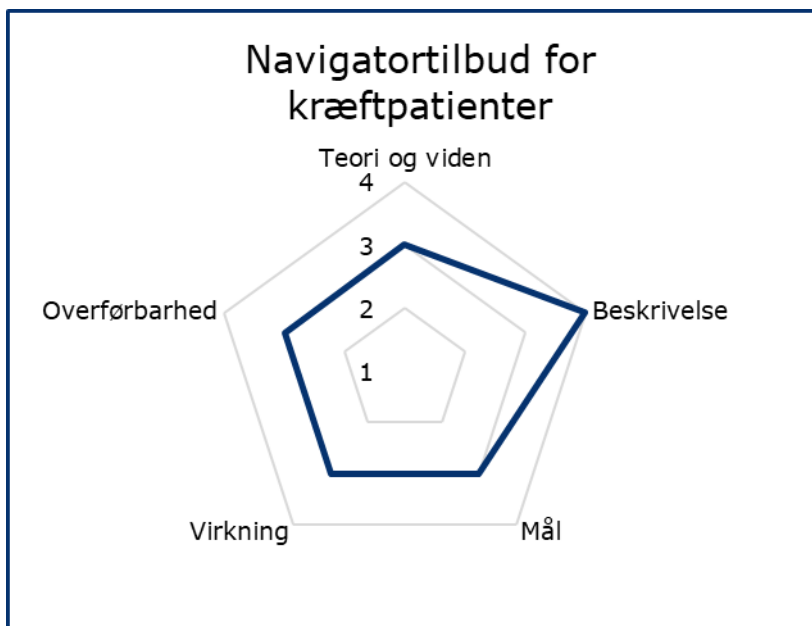
Der eksisterer andre indsatser, der er baseret på nogle af de samme kerneelementer som Navigatortilbuddet. Mange af disse tilbud er dog kendetegnet ved at være peer-to-peer indsatser, hvor en socialt sårbar patient får tilknyttet en 'makker', der har den samme kroniske sygdom (fx type 2-diabetes).

## **Udbredelsespotentiale**

Som anført oven for kan tilknytningen af en frivillig navigator være en velegnet indsats til at rumme de forskellige problemstillinger, som socialt sårbare kræftpatienter kæmper med. Nogle af de centrale kerneelementer i indsatsen er 1:1 mødet med de socialt sårbare patienter og de frivillige koordinatorek. Det gør, at den enkelte patient får hjælp til netop sit sygdomsforløb. Derudover er frivillighedsaspektet et vigtigt kerneelement. Når patienten møder en frivillig navigator, så bliver vedkommende mødt i øjenhøjde. Den frivillige navigator har ikke nogen ærinder på patientens vegne, hvilket gør, at der skabes en ligeværdig relation mellem patient og navigator.

Selvom der er mange fordele ved at inddrage frivillige, så er der også en stor rekrutteringsopgave, der skal løftes, såfremt man skal lykkes med at skalere en indsats baseret på frivillige. Hvis indsatsen skal skaleres op, fordrer det, at man rammer den rette balance mellem antallet af patienter, frivillige navigatorek og ansatte koordinatorek, hvilket kræver yderligere ressourcer.





**VIDEN:** *Indsatsen bygger på amerikanske erfaringer om patientnavigation, og der er udarbejdet en forandringsteori.*

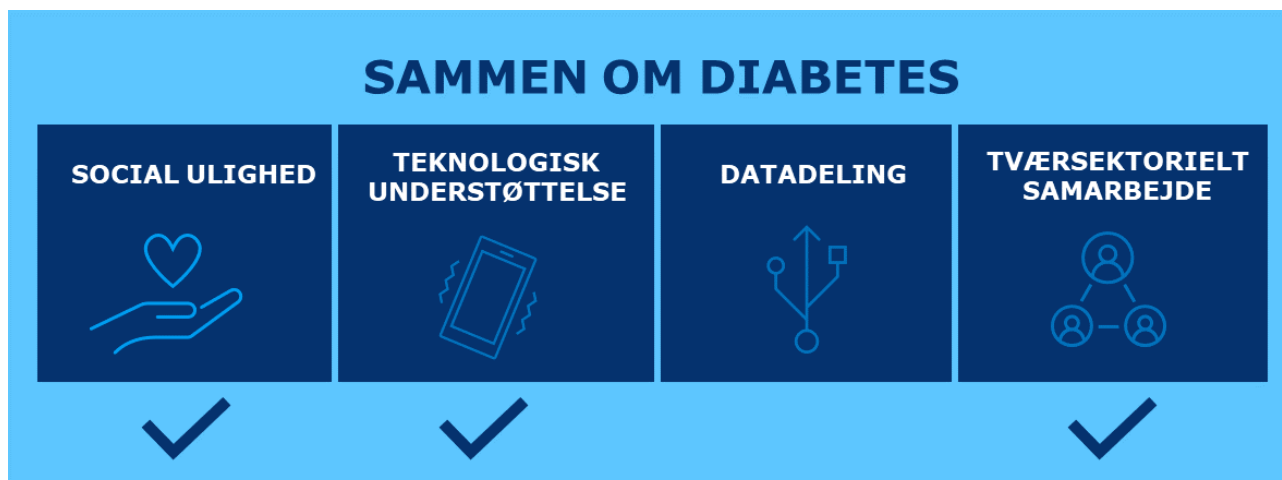
**BESKRIVELSE:** *Der eksisterer en udførlig beskrivelse af indsatsen.*

**MÅL:** *Der er mål for, hvad tilbuddet skal bidrage til af positive forandringer.*

**VIRKNING:** *Der er foretaget en grundig intern evaluering af indsatsen.*

**OVERFØRBARHED:** *Indsatsen er allerede landsdækkende og kan også overføres til andre sygdomme. Der må dog forventes en lang implementeringsperiode.*

## 2.13. Sammen om diabetes



### Målgruppe og indsatsstype

Indsatsen består af et helhedsorienteret og tværsektorielt forløb med en kombination af individuelle og gruppebaserede tiltag med fokus på at fremme sund livsstil blandt borgerne. Forløbet varer 12 måneder og med opfølgning de efterfølgende to år.

Målgruppen er voksne med type 2-diabetes, bosiddende i Aarhus Kommune, og som er motiverede for at arbejde med deres vaner, sundhed og trivsel. Indsatsen henvender sig til borgere, der vurderes at have behov for en ekstra håndholdt indsats for at mestre deres sygdom og forebygge senkomplikationer som følge af deres diabetes. Som en del af projektet har Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd kortlagt målgruppen for indsatsen.

Målgruppen henvises til forløbet gennem følgende kanaler:

- Almen praksis i forbindelse med konsultationer og kontroller. Den praktiserende læge sender en henvisning til Aarhus Kommune, som indkalder borgeren til en afklarende samtale.
- Steno Diabetes Center Aarhus, som ser målgruppen i forbindelse med ambulante forløb. Der sendes en henvisning til Aarhus Kommune, som indkalder borgeren til en afklarende samtale.

Derudover kan borgere henvises fra kommunens øvrige sundhedstilbud.

### Formål og målsætninger

Formålet med projektet er at reducere den sociale ulighed i sundhed og øge trivslen blandt borgere med diabetes ved at forhindre eller forsinke, at sårbare borgere med type 2-diabetes udvikler senkomplikationer som følge af deres sygdom.

### Social ulighed

Indsatsen er målrettet sårbare borgere med diabetes, der har behov for en håndholdt indsats for at mestre livet med diabetes. Indsatsen således begrænset til en delgruppe af borgere med diabetes med henblik på at målrette den borgere med størst behov. Sårbare borgere får diabetes tidligere i livet, og de får flere komplikationer. Et kendetegn ved målgruppen er, at en større andel har dansk som andet-sprog. Af den grund er informationsmateriale og forløbene også tilgængelige på et antal forskellige sprog udover dansk.

### **Teknologisk understøttelse/datadeling**

Indsatsen har ikke som sådan oprettet en projektspecifik teknologisk understøttelse af den, men benytter sig af de etablerede kanaler. Ved behov vil der være dialog mellem indsatsens sundhedsprofessionelle og de deltagende borgere alment praktiserende læge. Dette gøres via konferencemøder mellem den alment praktiserende læge og de sundhedsprofessionelle, evt. med deltagelse af borgeren, hvis det er relevant. Borgernes alment praktiserende læge eller Steno Diabetes Center Aarhus sender henvisninger af borgere i målgruppen til Aarhus Kommune gennem de etablerede kanaler.

### **Indhold og vidensgrundlag**

Indsatsen består i et helhedsorienteret og tværsektorielt forløb med en varighed på 12 måneder og opfølgning de følgende to år. Det enkelte forløb tilpasses den enkelte borgers unikke behov og ressourcer og omfatter en kombination af individuelle og gruppebaserede tiltag med fokus på sund livsstil.

Indsatsens aktiviteter falder inden for fire områder:

- Individuelle forløb med bilaterale samtaler mellem borger og relevante sundhedsprofessionelle, der har til formål at styrke borgerens viden om sygdommen, styrke borgerens kompetencer i forhold til håndtering af sygdommen og at motivere og fastholde borgeren til at implementere en sund og aktiv livsstil.
- Gruppebaserede forløb af en varighed på 12 måneder, hvor borgere mødes en til to gange om ugen. Gruppeforløbet tager udgangspunkt i situeret læring, hvor udgangspunktet er, at læring sker gennem deltagelse i sociale praksisfællesskaber. Hver mødegang har sit eget tema. En mødegang kan fx handle om effekten af træning på blodsukkeret. Blodsukkeret måles, der laves træningsøvelser, og blodsukkeret måles igen. Mødegangene er således en blanding af teori og øvelse. Ofte handles der ind og laves mad sammen.
- Brobygningsforløb med mulighed for følgeskab til besøg i sundhedsvæsenet, træningsaktiviteter og foreningsliv mv.
- Opfølgning hvor der i de følgende to år er en opfølgende dialog og sparring med hver deltagende borger med henblik på at fastholde deres lyst og overskud til at implementere og fastholde en sund og aktiv livsstil.

Indsatsen bygger på internationale erfaringer af tilsvarende indsatser (Healthier Devon) og sundhedspædagogiske teorier. Herudover har der været afviklet et pilotprojekt i 2,5 år i Aarhus Kommune, hvor der er indhøstet erfaringer med henblik på den indsats, der i dag er iværksat.

### **Tilrettelæggelse af indsatsen**

Sundhedsprofessionelle involveret i indsatsen er sygeplejersker, diætister eller fysioterapeuter. Alle sundhedsprofessionelle har herudover modtaget efteruddannelse i motiverende samtaler. Samtidig er de sundhedsprofessionelle ansat ud fra, at de kan tale et af de sprog, som det pågældende kursusforløb foregår på.

### **Organisering på tværs af sektorer**

Indsatsen er udviklet, leveres og evalueres i samarbejde mellem Aarhus Kommune, Steno Diabetes Center Aarhus og almen praksis i Aarhus Kommune.

Aarhus Kommune er ansvarlig for indsatsens gennemførelse. Steno Diabetes Center Aarhus er ansvarlig for i dialog med Aarhus Kommune at evaluere indsatsen. Den sociale investeringsfond yder tilskud til indsatsen over en treårig projektperiode.

Der er nedsat en følgegruppe bestående af repræsentanter for Aarhus Kommune, Steno Diabetes Center Aarhus samt den Sociale Investeringsfond.

### **Resultater/virkning**

Effekterne af indsatsen forventes først at indtræffes flere år efter indsatsen. Derfor er det ikke muligt at måle effekterne af indsatsen på nuværende tidspunkt. Sammen med Steno Diabetes Center Aarhus er der planlagt og udviklet en model for at evaluere på effekten af indsatsen.

### **Økonomi**

Indsatsen koster omkring 40.000 kr. pr. borger, der deltager i forløbet.

### **Implementering**

Det kræver en del ressourcer at udvikle forløbet og planlægge de enkelte kursusgange. I pilotprojektet er det erfaringen, at det er vanskeligt at sikre en tilstrækkelig stor mængde borgere til kursusforløbet. Det er primært de alment praktiserende læger, der henviser borgerne til indsatsen. Med henblik på at sikre yderligere rekruttering fremadrettet har Aarhus Kommune udarbejdet en plan for yderligere information og inddragelse af de alment praktiserende læger i kommunen med henblik på at sikre, at de har kendskab til indsatsen og kan se værdien af indsatsen.

### **Kontekst**

Indsatsen er afprøvet i mindre skala i et pilotprojekt i Aarhus Kommune forud iværksættelse. Indsatsen er udviklet med inspiration af internationale erfaringer og Steno Diabetes Center Aarhus' egen ekspertise.

### **Udbredelsespotentialer**

Det vurderes, at det er muligt at udbrede indsatsen til andre grupper af borgere med kronisk sygdom. Ved udbredelse af indsatsen til andre områder af kronisk sygdom vil det være centralt, at de nye målgrupper defineres tydeligt med henblik på at sikre, at indsatsen målrettes de mest udsatte borgere med kronisk sygdom, så indsatsen målrettes de borgere med det største behov for en individuel tilrettelagt indsats.

Det særligt virkningsfulde i indsatsen vurderes at være den håndholdte indsats. Det fremhæves, at der er tale om en målgruppe, som har behov for en indsats, der er tilrettelagt efter den enkeltes og gruppens behov. Eksempelvis fremhæves det, at hvis en borger melder afbud til en mødegang, bliver vedkommende efterfølgende kontaktede telefonisk af en af de sundhedsprofessionelle, hvor de aftaler en ny tid. Den individuelle, relationsbårne dialog vurderes at være medvirkende til, at borgerne fastholdes i indsatsen, ligesom at der gives udtryk for, at der er tale om en målgruppe, som ikke vil respondere i samme omgang, hvis de fik en ny tid via mail.

Et andet element der vurderes særlig virkningsfuld er den situerede læring, hvor borgerne lærer gennem praksiserfaring. Eksempelvis lærer de om sund kost ved at handle ind og lave mad sammen. Tilsvarende lærer borgerne om effekterne af motion ved at afprøve på egen krop og gennem målinger af blodsukkeret, hvilken effekt motion har.

Indsatsen er et forebyggende tiltag, hvor effekterne først kan forventes at ses flere år ud i fremtiden. Hvis tiltaget skal udbredes, er det således afgørende, at aktørerne afsætter midler til den tidlige forebyggende indsats, selvom indsatsen ikke er fuldt finansieret i de første år, men først bliver det efter en årrække. Ligeledes kan det være en udfordring, at de økonomiske effekter fordeler sig på tværs af aktører, mens indsatsen primært ligger hos en aktør (kommunen). I det tilfælde kan der være behov for at

se på, om de eksisterende økonomiske modeller skaber incitament til forebyggende indsatser, hvor de økonomiske effekter fordeler sig på flere sektorer. I Aarhus Kommune er initiativet finansieret gennem den sociale udviklingsfond. Aarhus Kommune vurderer, at eksterne finansieringskilder er af stor betydning for iværksættelse af indsatser af denne karakter.



**VIDEN:** Fra internationale studier samt erfaringer fra pilotprojekt.

**BESKRIVELSE:** Konkret beskrivelse af indsatsens indhold, medarbejderkompetencer mv. Der er ingen beskrivelse af udvikling af indsatsen.

**MÅL:** Der er opsat konkrete mål for borgernes sundhedstilstand.

**VIRKNING:** Viden om virkninger fra pilotprojekt, men ingen viden fra det endelige projekt pt.

**OVERFØRBARHED:** Projektet vurderes muligt at overføre til andre målgrupper.