

# Udvikling af samarbejdsmodeller på tværs af sektorer for mennesker med type 2-diabetes

Vidensopsamling fra tre udviklingsprojekter



*Udvikling af samarbejdsmodeller på tværs af sektorer for mennesker med type 2-diabetes – Vidensopsamling fra tre udviklingsprojekter*

© VIVE og forfatterne, 2022

e-ISBN: 978-87-7582-034-4

Projekt: 301549

Finansiering: Sundhedsstyrelsen

**VIVE – Viden til Velfærd**

**Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd**

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

**VIVE**

DET NATIONALE FORSKNINGS-  
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

## Forord

I Den Nationale Diabeteshandlingsplan 2017 var der afsat midler til at udvikle og afprøve lokale modeller for styrket tværsektorielt samarbejde om diabetespatienter. Formålet var at opnå erfaringer og viden om, hvordan udvikling af et populationsbaseret og datainformeret samarbejde kunne gribes an. Samtidig var der en forventning om, at øget fælles viden og styrkede faglige relationer mellem de involverede aktører skulle indgå som et bærende fundament for arbejdet med datadreven kvalitetsudvikling.

Tre projekter har fået midler fra puljen, og denne evaluering sammenfatter deres læring og resultater, samt hvilke opmærksomhedspunkter der kan udledes for det videre arbejde med at styrke den tværgående diabetesbehandling. Evalueringen er finansieret af Sundhedsstyrelsen, og rapporten er målrettet fagpersoner og beslutningstagere på diabetesområdet.

De tre projekter er væsensforskellige, hvad angår deres fokus, arenaer, og hvor langt de er kommet på vejen fra udvikling og innovation til afprøvede løsninger, der kan arbejdes videre med at udbrede og implementere. Der er dog også afdækket fællestræk og læring relateret til opstart af udviklingsarbejdet, de påkrævede tidshorisonter samt de udfordringer og potentielle gevinster, der følger af arbejdet med populationsdata og datainformeret kvalitetsudvikling.

Evalueringen er gennemført af projektchef Martin Sandberg Buch og senioranalytiker Mette Brehm Johansen. Vi vil gerne takke tovholderne for de tre udviklingsprojekter for hjælpen med at organisere dataindsamlingen samt indsatsen med at indsamle og formidle det skriftlige materiale og de opgørelser, der indgår i evalueringen. Endelig vil vi gerne takke to eksterne reviewere, som har bidraget grundigt og konstruktivt til kvalitetssikring af rapporten.

*Mickael Bech*

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed

# Indhold

Sammenfatning .....	5
1 Baggrund, formål og datagrundlag .....	11
1.1 Baggrund .....	11
1.2 Evalueringens formål og design .....	12
1.3 Evalueringens gennemførelse.....	13
1.4 Læsevejledning .....	15
2 TværSam – ‘Sammenhængende forløb for patienter med type 2- diabetes i primær og sekundær sektor’ .....	17
2.1 Projektets organisering og deltagere.....	18
2.2 TværSams baggrund og start.....	19
2.3 TværSams indsatser og aktiviteter .....	20
2.4 Status og fremadrettede perspektiver .....	26
3 Type 2-diabetes – et samarbejde i Midtklyngen .....	27
3.1 Projektets organisering og deltagere.....	27
3.2 Projektets opstart og udvikling af indsatser.....	29
3.3 Projektets indsatsområder og prøvehandling.....	29
3.4 Status, opnåede resultater og fremadrettede perspektiver .....	33
4 Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri.....	37
4.1 Projektets organisering og deltagere.....	37
4.2 Projektets tre aktivitetsspor.....	39
4.3 Status, opnåede resultater og fremadrettede perspektiver .....	44
5 Konklusioner og anbefalinger .....	48
5.1 Tværgående konklusioner og anbefalinger .....	48
5.2 Konklusioner og anbefalinger relateret til TværSam-projektet .....	49
5.3 Konklusioner og anbefalinger relateret til ‘Type 2-diabetes – et samarbejde i Midtklyngen’ .....	52
5.4 Konklusioner og anbefalinger relateret til ‘Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri’ .....	53
Litteratur .....	56
Bilag 1 Eksempel på anvendt interviewguide (TværSam-projektet) .....	58
Bilag 2 Eksempel på indsendte oplysninger fra TværSam-projektet .....	60
Bilag 3 Eksempel på indsendte oplysninger fra Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri.....	65
Bilag 4 Eksempel på indsendte oplysninger fra Midtklyngeprojektet .....	72

# Sammenfatning

## Baggrund

Den Nationale Diabeteshandlingsplan fra 2017 havde afsat midler til, at regioner og kommuner sammen kunne udvikle og afprøve modeller for styrket tværsektorielt samarbejde med udgangspunkt i data om den lokale diabetespopulation. Målene for indsatsen knytter sig overordnet til, at der opnås bedre sammenhæng og kvalitet i behandlingen på tværs af aktører og indsatser. Vejen til at realisere målene knytter sig dels til at udvikle relationer og fælles viden som løftestang for arbejdet med populationsdata, dels til at skabe erfaringer med, hvordan de rette data indsamles, analyseres og anvendes som afsæt for kvalitetsudvikling.

De afsatte midler er udmøntet i tre udviklingsprojekter, der udgør evalueringens empiriske fundament:

- *TværSam – Fælles forpligtende populationsansvar* er et projekt, der siden 2018, via et tværsektorielt netværk og etablering af fælles populationsoverblik, har arbejdet med at styrke det tværgående samarbejde om behandlingsudbyttet for populationen af diabetespatienter
- *Type 2-diabetes i Midtklyngen* har siden 2019 arbejdet med at formulere en fremadrettet samarbejdsmodel, der kan understøtte almen praksis, hospitalsambulatorier og kommuner i arbejdet med kvalitetsudvikling samt en ensartet og sammenhængende indsats på tværs af sektorer
- *Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri* har siden 2019 arbejdet med fokus på, hvordan datadrevet kvalitetsudvikling kan anvendes til at opspore særligt sårbare borgere med type 2-diabetes samt styrke borgerens egenomsorg, sygdomsmestring og livskvalitet, og forebygge diabetiske senkomplikationer.

Evalueringen omhandler de tre projekters erfaringer og resultater, dels med fokus på, hvilke konklusioner og anbefalinger der kan tegnes på tværs af projekter, dels med fokus på den læring, der knytter sig til de enkelte projekter.

## Tværgående konklusioner og anbefalinger

Evalueringen har tre tværgående konklusioner, som er sammenfattet nedenfor og uddybes i de efterfølgende afsnit:

- Arbejdet med at udvikle et populationsbaseret samarbejde kræver en dedikeret tværsektoriel projektledelse samt mulighed for, at arbejdet ud fra et langsigtet perspektiv giver mulighed for strategisk vidensopbygning.
- Et velfungerende populationsbaseret samarbejde kræver investering i bottom-up-involvering samt mulighed for at udvikle og vedligeholde fælles viden og tillidsfulde faglige relationer mellem de involverede aktører.
- Populationsdata, der opleves som meningsfulde og anvendelige, har et stort potentiale for at styrke og informere den samlede behandlingsindsats og samarbejdet omkring denne. De elektroniske forløbsplaner i almen praksis fremstår i den

forbindelse som et eksisterende redskab, der med fordel kan prioriteres fremadrettet.

**Konklusioner relateret til projektorganisering og tidshorisonter:** Udviklingsarbejdet har i alle tre projekter været drevet af en dedikeret tværsektoriel projektledelse, der har haft stor betydning for fremdrift og resultater. Det har været afgørende at have almen praksis repræsenteret i projektledelsen såvel som i de konkrete projektaktiviteter, hvor der været adgang til viden om patientpopulationen og mulighederne for at gennemføre prøvehandlinger mv. i tæt samarbejde med deltagende praksislæger og deres personale.

Det fremgår også som en væsentlig pointe, at udvikling tager tid – ikke mindst når afsættet er innovation og udvikling. Det er tydeligt, når man ser på resultaterne på tværs af projekterne, hvor TværSam qua sine to projektperioder er nået markant længere i at arbejde datadrevet på populationsniveau end de to øvrige projekter, der kun har haft én projektperiode. Det fremgår samtidig, at også TværSam står over for en tredje fase, hvor det skal besluttes, hvorvidt og hvordan der skal arbejdes videre med udbredelse og implementering.

Det fremstår derfor som en central anbefaling, at arbejdet med at udvikle et populationsbaseret samarbejde – på diabetesområdet såvel som generelt set – tilrettelægges med afsæt i et langsigtet strategisk perspektiv, der giver mulighed for strategisk vidensopbygning.

**Et tværgående fokus på bottom-up-involvering og kapacitet til relationel koordinering:** Stor grad af bottom-up-involvering og relationel koordinering som fundament for udviklingsarbejdet går igen på tværs af projekterne og fremstår som vigtige forudsætninger for de resultater, der er skabt. Det fremstår derfor som den anden overordnede anbefaling, at arbejdet med vidensdeling, fælles mål og gensidig respekt mv., som det er sket i puljeprojekterne, huskes og prioriteres i det videre arbejde på området. Muligheden for at holde onlinemøder fremstår endvidere som et vigtigt understøttende element i forhold til at fastholde relationer og faglig sparring, når først det grundlæggende fundament er på plads.

**Betydningen af anvendelige populationsdata:** Et tredje fællestræk projekterne imellem er, at de alle på forskellige måder viser, hvordan populationsdata kan styrke samarbejdet omkring behandlingen for patienter med type 2-diabetes. Det gælder både ved at bidrage til forbedret samarbejde mellem de fagprofessionelle, der indgår i forskellige dele af patienternes forløb, og gennem brug af data i interaktionen med patienterne.

Fælles for de tre projekter er videre, at forløbsplanerne, der allerede er et obligatorisk element i diabetesbehandlingen (og på sigt en række andre af de store kroniske diagnoser) i almen praksis, er blevet inddraget på forskellig vis i dataarbejdet. Det anbefales derfor at prioritere samspillet mellem forløbsplanerne og arbejdet med databaseret populationsoverblik i det fremadrettede arbejde med diabetesindsatsen såvel som i relation til de øvrige diagnoser, der med tiden kommer til at være funderet i forløbsplaner med afsæt i almen praksis.

## **Konklusioner fra TværSam-projektet**

VIVEs hovedkonklusioner og anbefalinger vedrørende TværSam-projektet er opsummeret nedenfor og uddybes i de efterfølgende afsnit:

- TværSam er kommet langt med at etablere en tværsektoriel samarbejdsmodel, der er fleksibel og robust i forhold til løbende at udvikle og optage nye initiativer
- Der er gjort erfaringer med at sprede TværSam-modellen til et andet tværsektorielt netværk, hvor der opleves et sammenligneligt positivt udbytte
- VIVE anbefaler, at der arbejdes videre med TværSams resultater med henblik på at afdække mulighederne for udbredelse og videreudvikling, fx i regi af de kommende sundhedsklynger, der skal oprettes omkring de 21 akuthospitaler.

TværSam har været begunstiget af en velfungerende tværsektoriel projektorganisation, hvor der har været kontinuerlig ledelsesopbakning, relevante beslutningskompetencer og tilstedeværelse af ildsjæle igennem hele projektperioden. Der har samtidig været tilknyttet en dedikeret projektledelse på både ledelsesniveau og det praktiske operationelle niveau, der har fungeret uden udskiftninger i næsten hele forløbet. Disse forhold fremstår som vigtige elementer for de opnåede resultater.

Med afsæt i TværSam-netværket og den fælles tilgang til at samarbejde på tværs omkring diabetespatienter har det været muligt løbende at udvikle og inkludere nye initiativer i TværSam. TværSam fungerer derved som en form for grundlæggende samarbejdsmodel, der har vist sig at være fleksibel og robust i forhold til at optage nye initiativer og samarbejdsformer, som kan give synergi mellem de mange forskellige tiltag, der eksisterer på diabetesområdet. Nødvendigheden af at holde onlinemøder som følge af covid-19 har endvidere vist sig at udgøre et effektivt og velfungerende redskab til at fastholde den tværsektorielle vidensdeling og de faglige relationer, der blev udviklet i projektets første fase.

Endelig er der gjort positive erfaringer med at sprede TværSam-modellen til indtil videre et andet tværsektorielt netværk. Det fremgår, at opstarten af dette netværk har krævet væsentligt færre ressourcer, fordi man har kunnet trække på de erfaringer og metoder, der allerede er udviklet og gennemafprøvet i TværSam, samt at der opleves et sammenligneligt positivt udbytte her.

VIVE anbefaler, at der arbejdes videre med TværSams resultater med henblik på at afdække mulighederne for udbredelse og videreudvikling i et set-up, der rækker ud over den eksisterende kontekst. Der er umiddelbart tre gensidigt supplerende arenaer, som fremstår relevante i en sådan sammenhæng. Det drejer sig om de eksisterende kvalitetsklynger for almen praksis, de fremadrettede sundhedsklynger, der skal oprettes omkring de 21 akuthospitaler, og udviklingsarbejdet i regi af de fem regionale Steno Diabetescentre.

## **Konklusioner fra 'Type 2-diabetes – et samarbejde i Midtklyngen'**

VIVEs hovedkonklusioner og anbefalinger vedrørende 'Midtklyngeprojektet' er opsummeret nedenfor og uddybes i de efterfølgende afsnit:

- Midtklyngens projekt rummer et potentiale for at styrke samarbejdet om den tværgående diabetesbehandling, hvis det lykkes at omforme projektets viden til en fremadrettet samarbejdsmodel med konkrete og forpligtende tiltag, der understøtter implementering af det eksisterende forløbsprogram for type 2-diabetes
- Hvis projektets viden og prøvehandlinger indarbejdes i en fremadrettet samarbejdsmodel, anbefales det, at der tilknyttes ressourcer til at understøtte implementering og evaluering af opnåede resultater.

Midtklyngens projekt har haft en velfungerende tværsektoriel forankring og stor ledelsesopbakning på projektniveau såvel som i relation til formandsskabet for Midtklyngen. En tydelig strategi for bottom-up-involvering i forhold til projektets indhold og fokus, samt det, at der er arbejdet med at styrke deltagernes fælles målsætninger, viden og gensidige respekt, fremstår også som årsag til, at projektet vurderes positivt på tværs af de interviewede projektdeltagere.

Midtklyngeprojektets målsætninger, vidensaktiviteter, prøvehandlinger mv. fremstår på mange måder genkendelige og beskrevet i forhold til tidligere initiativer målrettet den tværgående diabetesindsats i en dansk kontekst. De anvendte metoder, prøvehandlinger og deltagernes perspektiver på udbyttet af disse er i tråd med eksisterende viden på området. Til gengæld illustrerer de vigtigheden af et kontinuerligt fokus på at udvikle og vedligeholde det tværgående samarbejde om diabetesbehandling, herunder specifikt værdien af at have gode data og velegnede redskaber til rådighed, der kan understøtte det populationsbaserede arbejde i almen praksis. Det kan også være med til at styrke almen praksis i det konkrete arbejde med at fungere som tovholder i relation til patienternes samlede behov for opfølgning og rehabilitering.

Potentialet i Midtklyngens projekt knytter sig til, i hvilket omfang den skabte viden bliver inkluderet i en fremtidig samarbejdsmodel om den samlede diabetesindsats, herunder specifikt i hvilket omfang projektets resultater bliver omformet til konkrete og forpligtende tiltag, der kan understøtte implementering og efterlevelse af i forvejen indgåede aftaler.

Hvis det aftales at indarbejde projektets viden og prøvehandlinger som en del af den fremadrettede samarbejdsmodel, anbefaler VIVE på baggrund af erfaringerne fra denne evaluering, at der tilknyttes ressourcer og beslutningskraft til modellen – dels i forhold til det forestående implementeringsarbejde, dels til at evaluere på de opnåede resultater, inden der træffes beslutning om en eventuel udbredelse til de øvrige fire klynger i regionen.

### **Konklusioner fra 'Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri'**

VIVEs hovedkonklusioner vedrørende 'Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri' er opsummeret nedenfor og uddybes i de efterfølgende afsnit:

- I projektet er der skabt vigtig viden om behovet for en helhedsorienteret tilgang til opsporing og behandling af psykisk og socialt udsatte diabetespatienter, som det er vigtigt at anvende i lignende fremadrettede projekter



- Der er også udviklet en række konkrete aktiviteter og tiltag, som kan videreudvikles fremadrettet og have en værdi, hvis det lykkes at indarbejde dem som en del af det generelle samarbejde om målgruppen af sårbare patienter
- Innovationsarbejdet omkring datadeling har givet vigtige indsigter i de juridiske, tekniske og praktiske udfordringer forbundet med at dele relevant viden om sårbare patienter på tværs af aktører, som fremover bør medtænkes i lignende initiativer.

'Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri' har ikke indfriet de oprindelige (og ganske ambitiøse) målsætninger om at etablere en samarbejdsmodel og fremadrettet indsats målrettet socialt og psykisk udsatte patienter med type 2-diabetes. Det primære udbytte knytter sig i stedet til de erkendelser – og den fælles opmærksomhed – der er skabt om behovet for en helhedsorienteret tilgang til disse patienters samlede situation, herunder ikke mindst den fælles forståelse for, at diabetes og lignende somatiske diagnoser oftest er en sekundær problemstilling for patienterne i målgruppen.

De involverede fagpersoner og ledere har opnået langt større kendskab til hinandens roller i borgerens forløb, forbedrede kommunikationsformer og styrkede personlige samarbejdsrelationer. Disse resultater kan have stor værdi, hvis de kan udbredes som en del af det generelle samarbejde om målgruppen af sårbare patienter. Der er dog på nuværende tidspunkt ikke truffet beslutninger om, hvorvidt og hvordan dette skal ske. Det fremstår i den forbindelse som en udfordring, at projektets resultater er båret af få ildsjæle, hvilket gør, at det ikke er ligetil at udbrede erfaringerne til flere aktører – eksempelvis flere almen praksis, jobcentre og lignende.

I projektet er der udviklet en række tiltag og aktiviteter, der er mulige at videreføre og udvikle fremadrettet. Det drejer sig for det første om de tværfaglige koordineringsmøder mellem almen praksis og øvrige relevante fagpersoner med tilknytning til psykisk og socialt udsatte patienter. For det andet fremstår det opsøgende arbejde på bo- og væresteder samt muligheden for fremskudte indsatser i lokalområdet som konkrete elementer, der kan og bør videreføres som en del af den lokale indsats målrettet socialt og psykisk udsatte patienter. Det er dog i lyset af projektets erfaringer værd at overveje, om målgruppen også fremadrettet skal defineres af en specifik somatisk diagnose.

Tilsvarende er der en fremadrettet værdi knyttet til resultaterne af projektets arbejde med datadeling. Det har krævet et stort udviklingsarbejde at skabe overblikket, udvikle de aftaler, der muliggør deling af viden, og i sidste del af projektet omsætte dette fundament til aktiv vidensdeling mellem almen praksis og kommune samt indlede prøvehandling. Det er væsentligt, at de opnåede erfaringer med datadeling medtænkes i en eventuel videreførelse og udvidelse af projektet.

Det fremstår derfor relevant, at projektets parter aktuelt arbejder på at udvikle et nyt projekt, hvor arbejdet med at udvikle de spor, der er lagt i retning af en mere helhedsorienteret og håndholdt indsats over for udsatte borgere, kan videreføres og udbygges. Det vil også give mulighed for at forfølge de muligheder for datadeling, der er udviklet.

### **Evalueringens datagrundlag**

Evalueringen er baseret på interviews med 37 fagpersoner og ledere fra de tre undersøgte udviklingsprojekter. Herudover er der anvendt skriftligt materiale i form af lokale analyser, status- og evalueringsrapporter samt lokalt indsamlede kvalitets- og aktivitetsdata.

# 1 Baggrund, formål og datagrundlag

## 1.1 Baggrund

### 1.1.1 Ønske om et styrket samarbejde og kvalitet på tværs af sektorer

Sygdomsforløbet for diabetespatienter er typisk langvarigt og involverer over tid mange aktører og indsatser. Forebyggelse, behandling og rehabilitering sker således i et løbende samspil mellem almen praksis, hospital og kommune, hvor det kan være vanskeligt at have et overblik over, hvem der har ansvaret for at sætte hvilke tilbud i værk. Diabetesbehandling kan derfor være svær at få til at hænge sammen som helhed såvel som i det enkelte behandlingsforløb, og det gør det ikke nemmere, at behandlingsmuligheder, organisering og opgavedelinger løbende udvikles og forandres (1).

Sundheds- og Ældreministeriet har med det afsæt indtil videre udgivet tre nationale handlingsplaner for, hvordan diabetesbehandlingen kan udvikles og styrkes. I den seneste handlingsplan fra november 2017 er afsat midler til at udvikle og afprøve lokale modeller for styrket tværsektorielt samarbejde om diabetespatienter. Samarbejdsmodellerne forventes at tage udgangspunkt i data om den lokale diabetespopulation samt have fokus på fælles datadrevet kvalitetsudvikling. Der indgår dog et ligestillet fokus på øget fælles viden og styrkede faglige relationer mellem de involverede aktører, som et bærende fundament arbejdet med datadreven kvalitetsudvikling skal hvile på (1, side 47).

Den praktiserende læge er tovholder i de fleste diabetespatienters forløb, og i de seneste overenskomster har almen praksis fået et væsentligt udvidet ansvar for diabetesbehandlingen (2). Det fremgår derfor videre i handlingsplanen som et centralt element, at praksislæger og deres personale får et øget og mere ensartet kendskab til de regionale og kommunale indsatser til diabetespatienter.

### 1.1.2 Introduktion til de undersøgte udviklingsprojekter

Tre projekter har fået støtte fra puljen til udvikling af lokale samarbejdsmodeller. Projekternes overordnede fokus og målsætninger er opsummeret i Boks 1.1 med afsæt i deres projektbeskrivelser.

#### Boks 1.1 De tre støttede projekter

##### **Region Hovedstaden: TværSam – Fælles forpligtende populationsansvar**

TværSam er et fase 2-projekt, der udvider det eksisterende projektsamarbejde mellem praktiserende læger, Bispebjerg Hospital og Center for Diabetes i Københavns Kommune. Målet er at udvikle et forpligtende fælles populationsansvar som afsæt for bedre behandling og udbytte for målgruppen af diabetespatienter. Projektet ønsker i fase 2 bl.a. at udvide brugen af kvalitetsdata og koncepter for patientkonferencer og kompetenceudvikling, udvide samarbejdet med 15 praksislæger samt at pilotteste nationale PRO-spørgsmål<sup>1</sup> som et fælles redskab til at følge patienternes selvvalgte udbytte på tværs af sektorer.

<sup>1</sup> PRO står for Patient related outcome.

## Boks 1.1 De tre støttede projekter

### Region Midtjylland: Type 2-diabetes i Midtklyngen

Midtklyngen ønsker at udvikle en samarbejdsmodel, der bygger på princippet om et populationsansvar på tværs af sektorer og understøtter sammenhængen i de sundhedsfaglige indsatser i det tværsektorielle samarbejde om og med borgere med type 2-diabetes. Samarbejdsmodellen tager afsæt i det eksisterende forløbsprogram og skal understøtte almen praksis, hospitalsambulatorier og kommuner i arbejdet med kvalitetsudvikling samt en ensartet og sammenhængende indsats på tværs af sektorer.

### Region Syddanmark: Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri

Projektet gennemføres i Haderslev Kommune og har fokus på, hvordan datadrevet kvalitetsudvikling kan anvendes til at opspore særligt sårbare borgere med type 2-diabetes samt styrke borgerens egenomsorg, sygdomsmestring, livskvalitet og forebygge diabetiske senkomplikationer. Projektet vil udvikle en tværsektoriel samarbejdsmodel i samarbejde mellem det kommunale sundhedscenter, almen praksis og den regionale psykiatri/det endokrinologiske ambulatorie. Projektet gennemføres i lokalområde Gram, hvor der er mange socialt og psykisk udsatte borgere, samtidig med at der er stor afstand til de eksisterende sundhedstilbud på diabetesområdet.

Kilde: De tre projekters projektbeskrivelser.

Det fremgår af Tabel 1.1, at de tre projekter er forskellige i deres fokus og udgangspunkt, fx ved at:

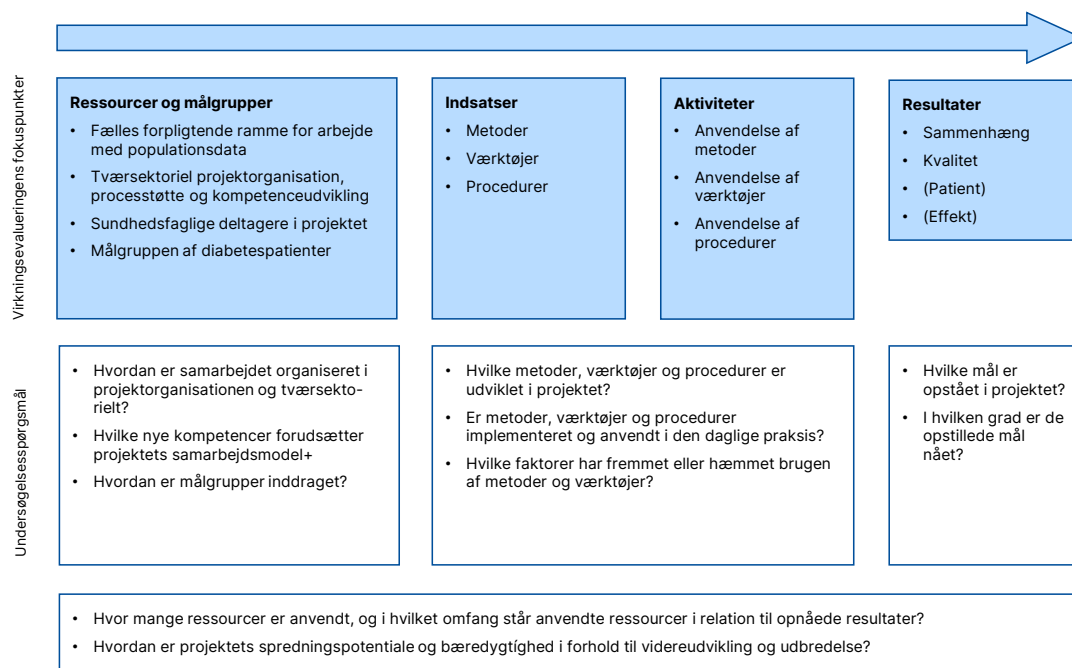
- TværSam er et 2. generationsprojekt, der i princippet starter, hvor de to andre projekter arbejder med at nå til i løbet af projektperioden. TværSam er samtidig startet som et bottom-up-samarbejde, hvor de involverede klinikere har arbejdet intensivt med vidensdeling og udvikling af fælles kvalitetsdata, der anvendes som afsæt for kvalitetssikring hos de enkelte aktører såvel som i det tværgående samarbejde.
- Type 2-diabetes i Midtklyngen har, sammenlignet med de to andre projekter, en mere overordnet målsætning om at udvikle en samarbejdsmodel, der kan udrulles til hele klyngesamarbejdet efter projektperioden. Modellen skal derved understøtte, at eksisterende aftaler, arbejdsdelinger og indsatser implementeres i bund på tværs af de involverede aktører.
- Sammen om diabetes og psykiatri har en snæver målgruppe i et afgrænset lokalområde samt et stort fokus på at udforske og innovere indsats og samarbejde for de socialt og psykisk udsatte borgere i målgruppen. Målsætningen er derfor ikke i samme grad som for de to øvrige projekter at udvikle en egentlig samarbejdsmodel, der kan implementeres og skaleres efter endt projektperiode.

## 1.2 Evalueringens formål og design

Evalueringens formål er at analysere og formidle de tre projekters læring og resultater samt vurdere mulighederne for anvende disse i det videre arbejde med at optimere det tværgående samarbejde og indsatser for patienter og borgere med diabetes – bl.a. med afsæt i populationsdata.

De tre projekter arbejder alle med innovation og udvikling i et projektføreløb, hvor mange aktører er involveret i at skabe og teste indholdet i de fremadrettede samarbejdsmodeller. Evalueringens design er derfor inspireret af virkningsevaluering, der dels undersøger de indsatser og aktiviteter, der er igangsat, dels den læring og de resultater, der forbindes med projektet som helhed. Designet og de overordnede undersøgelsesspørgsmål er illustreret i Figur 1.1, der illustrerer tilgangen til at undersøge de tre projekter.

**Figur 1.1** VIVEs overordnede ramme for evaluering af de tre projekter



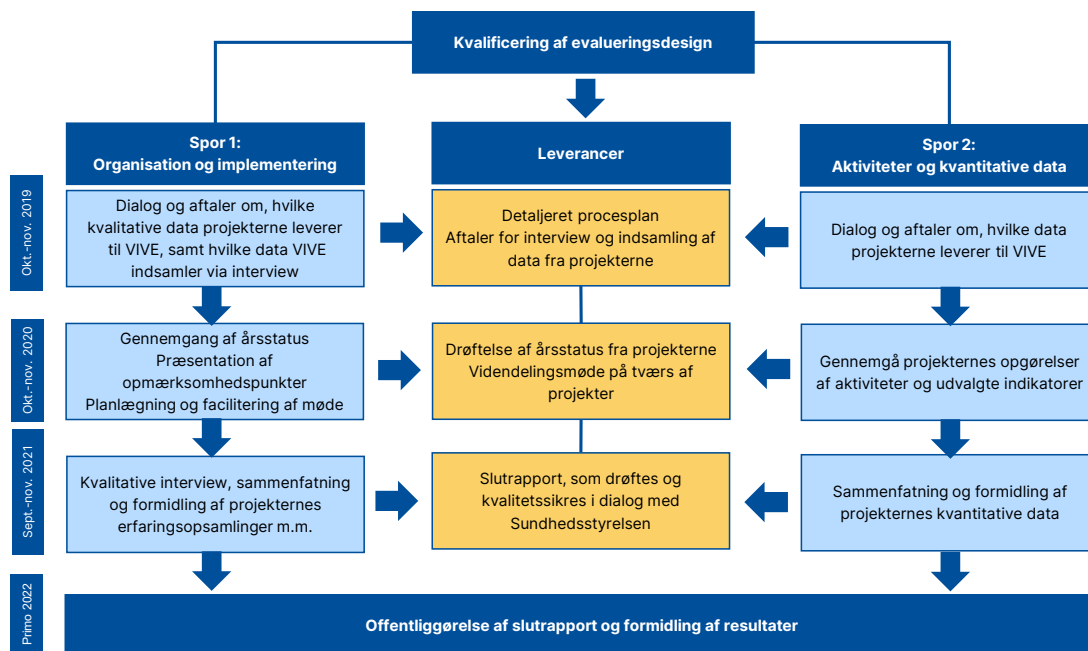
Principperne fra virkningsevaluering og de beskrevne undersøgelsesspørgsmål har fungeret som ramme for interviews og analyse af de tre projekters organisering, gennemførelse, resultater og udbredelsespotentiale. De støttede projekters forskellige set-up og målsætninger betyder i den forbindelse, at de overordnede undersøgelsestemaer forud for interviews er tilpasset hvert projekts målsætninger, organisering og kontekst med afsæt i skriftligt materiale og løbende dialog med de enkelte projekter<sup>2</sup>.

### 1.3 Evalueringens gennemførelse

Figur 1.2 illustrerer evalueringens gennemførelse. Evalueringen er gennemført i fire faser, og den har to overordnede spor: Spor 1 har fokus på organisering, implementering og oplevede resultater, mens spor 2 har haft fokus på projekternes aktiviteter og kvantitative data.

<sup>2</sup> Blandt andet på to afholdte statusmøder med deltagelse af projekterne, Sundhedsstyrelsen og VIVE. Et eksempel på de anvendte interviewguides ses i Bilag 1.

**Figur 1.2** Illustration af evalueringens gennemførelse



Som illustreret i Figur 1.2 har der været afholdt henholdsvis et opstarts- og et midtvejsseminar, der har samlet projekterne, VIVE og puljens tovholdere fra Sundhedsstyrelsen. De to seminarer er blevet anvendt til at drøfte fremdrift og vidensdeling projekterne imellem samt til at fastlægge rammer og indhold for VIVEs afsluttende dataindsamling, som er gennemført i perioden november 2021 til januar 2022.

I forbindelse med den afsluttende rapport har de enkelte projekter haft beskrivelsen af deres udviklingsforløb til validering for at undgå faktuelle fejl. Endvidere er det samlede rapportudkast drøftet med Sundhedsstyrelsen forud for offentliggørelsen.

## 1.4 Evalueringens datagrundlag

Datagrundlaget for evalueringen udgøres af skriftligt materiale, interviews og lokalt indsamlede aktivitets- og kvalitetsdata som gennemgået nedenfor.

**Skriftligt materiale udarbejdet af de enkelte projekter:** Projektbeskrivelser, statusrapporter og lokal vidensindsamling mv. er for det første anvendt til at forberede evalueringens interviews, og for det andet trækker vi på materialet i beskrivelserne af de enkelte projekters aktivitet og fremdrift.

**Interviews med involverede ledere og fagpersoner:** Der er gennemført 20 kvalitative interviews med tilsammen 37 interviewdeltagere fordelt på de tre projekter. Interviewene er gennemført af rapportens forfattere i fællesskab, og alle interviews er optaget digitalt. Samtidig er der udarbejdet et grundigt referat, som efterfølgende er kondenseret og anvendt som afsæt for analyse og citater.

De 20 interviews fordeler sig med 13 enkeltinterviews og 7 gruppeinterviews. Fordelingen af interviewpersoner – og deres roller i de enkelte projekter – ses i Tabel 1.1.

**Tabel 1.1** Evalueringens interviewdeltagere fordelt på projekter og roller

	TværSam	Type 2-diabetes – et samarbejde i Midtklyngen	Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri
Projektledelse + styregruppe	3	5	7
Projektdeltagere kommune	2	2	3
Projektdeltagere hospital	3	1	1
Almen praksis	6	1	3
Interviewdeltagere i alt	14	9	14

Interviewene er forberedt med afsæt i projekternes skriftlige materiale og i dialog med VIVEs lokale kontaktpersoner, så de belyser de temaer, som er centrale for deltagerne. Jf. Figur 1.1 har de gennemgående interviewtemaer knyttet sig til:

- hvorvidt indsatserne er udviklet som planlagt, samt hvilke forhold<sup>3</sup> der har hæmmet/fremmet fremdriften
- hvilke løsninger – forstået som organisering, samarbejdsrelationer, redskaber, arbejdsgange m.m. – der er udmøntet via projektarbejdet
- i hvilket omfang projekterne har opstillet kvalitets- og patientmål, samt i hvilket omfang der er samlet op på disse
- hvor tæt indsatserne er på at kunne fungere i daglig praksis, samt hvilke planer der eventuelt er for at videreføre og skalere de udviklede løsninger efter endt projektperiode.

**Lokalt indsamlede aktivitets- og kvalitetsdata:** VIVE har i dialog med projekterne indhentet oplysninger om projekternes status, fremdrift og resultater, samt hvilke gængse kvalitetsindikatorer for behandling af diabetespatienter der eventuelt måles på som en del af projektet. Skemaet er udfyldt og indsendt til VIVE, henholdsvis midtvejs og ved afslutningen af projektperioden. De udfyldte skemaer fra afslutningen af projektperioden fremgår af Bilag 2-4, og oplysningerne anvendes løbende i gennemgangen af de enkelte projekter på linje med projekternes egne skriftlige materialer og de gennemførte interviews.

## 1.5 Læsevejledning

Evalueringens analyse og fremstilling af resultater falder i to dele, hvor kapitel 2-4 fokuserer på hvert enkelt puljeprojekt, mens det afsluttende kapitel 5 indeholder en tværgående analyse samt VIVEs konklusioner og anbefalinger.

<sup>3</sup> For eksempel lokal projektorganisering og ledelsesopbakning, fagpersonernes kendskab og forståelse for nye redskaber og arbejdsgange, graden af ejerskab og parathed til at indgå i mere forpligtende tværgående samarbejdsrelationer, hvorvidt der opnås et anvendeligt output fra databaser, som opleves brugbart og relevant etc.

De **individuelle kapitler 2-4** formidler for hvert puljeprojekt, hvorvidt projektet er udmøntet som forventet, samt hvilke erfaringer, udfordringer og løsninger der er fundet undervejs. Denne del af evalueringen fokuserer på:

- at beskrive og forklare de forhold vedrørende fx valgt projektorganisering, omfanget af udviklingsaktiviteter eller oplevet relevans og anvendelighed hos de involverede fagpersoner, som har påvirket implementeringen – og derved muligheden for at opnå de ønskede resultater
- hvorvidt projekterne og arbejdet med datadrevet kvalitetsudvikling forbindes med styrket tværsektorielt samarbejde og optimeret behandling og rehabilitering for de valgte patientpopulationer
- projektdeltagernes fremadrettede perspektiver på de udviklede samarbejdsmodeller, samt i hvilket omfang resultaterne opleves at stå mål med de anvendte ressourcer.

Det **tværgående kapitel 5** diskuterer, hvordan de tre projekters erfaringer og resultater samlet set kan anvendes i arbejdet med at udvikle og udbrede samarbejdsmodeller, der understøtter et populationsbaseret samarbejde om diabetesbehandling. Denne del af evalueringen sammenfatter opmærksomhedspunkter i forhold til organisering og implementering, samt hvilke elementer og læringer der vurderes at være særligt virksomme i relation til ønskerne om henholdsvis optimeret behandling og rehabilitering, styrket tværsektorielt samarbejde og ensartet høj kvalitet.



## 2 TværSam – 'Sammenhængende forløb for patienter med type 2-diabetes i primær og sekundær sektor'

TværSam er gennemført i et samarbejde mellem almen praksis, Københavns Kommunes Center for Diabetes (bevillingshaver) og Endokrinologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital. TværSams langsigtede mål er at skabe en bedre og mere sammenhængende rehabilitering og behandling for den enkelte patient med type 2-diabetes, som på sigt giver færre senkomplikationer og forbedret livskvalitet.

Projektets operationelle mål er at udvikle en tværsektoriel samarbejdsmodel, hvor kommune, almen praksis og hospital deler viden og data og med det afsæt styrker det tværgående samarbejde. Som illustreret i Figur 2.1 er TværSam-projektet forløbet i tre faser med tilhørende målsætninger, der afspejler fremdrift og fokus for udviklingsarbejdet.

**Figur 2.1** TværSam-projektets faser



Kilde: TværSam-præsentation på vidensdelingsmøde, juni 2021.

Perioden 2018-2019 havde karakter af en pilotfase med fokus på at skabe fundamentet for at udvikle en populationsbaseret samarbejdsmodel, som er anvendelig og langtidsholdbar. Pilotfasen er gennemført som en bottom-up-proces med fokus på at udvikle fælles viden og kapacitet til relationel koordinering (som beskrevet af Jody Gitell (3)) på tværs af projektets deltagere som fundament for den populationsbaserede samarbejdsmodel. Projektet havde derfor mange ressourcer afsat til vidensdelings- og udviklingsdage med de deltagende fagpersoner samt ressourcer til henholdsvis at udvikle en lokal database og gennemføre en ekstern evaluering.

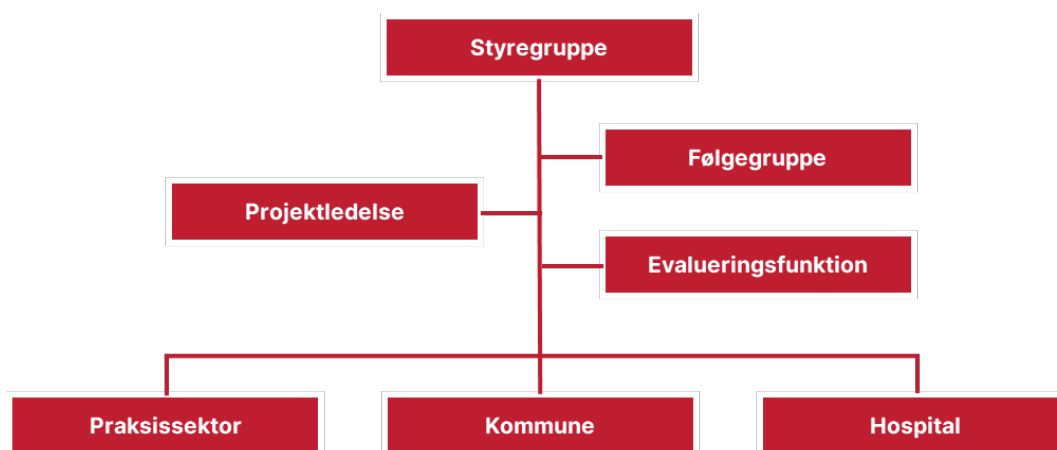
Evalueringen af pilotfasen viste, at TværSam fremstod meningsfuldt og relevant for deltagerne, og de afholdte vidensdelingsmøder mv. blev forbundet med styrket samarbejde og forbedringer af de patientrettede indsatser (4). TværSams anden projektperiode fra 2020-2022 er anvendt til at videreudvikle og konsolidere projektets indsatser og samarbejdsfora samt til fortsat indsamling og anvendelse af de data, der indgår i samarbejdsmodellen. I denne periode er antallet af deltagende lægepraksis udvidet fra 5 til 12 i det eksisterende TværSam-netværk, samtidig med at TværSams projektledelse har støttet oprettelsen af et lignende netværk placeret i Frederiksberg Kommune.

## 2.1 Projektets organisering og deltagere

### 2.1.1 Projektets organisering

TværSams projektorganisation i pilotfasen er videreført i uændret form og ser ud som illustreret i Figur 2.2.

**Figur 2.2** TværSam-projektets organisation



Kilde: TværSams projektbeskrivelse.

Projektets daglige ledelse er varetaget af projektets oprindelige tre initiativtagere – den ledende overlæge fra Endokrinologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital, centerchefen for København Kommunes Center for Diabetes og en praktiserende læge. TværSam har endvidere haft den samme kommunalt ansatte projektkoordinator tilknyttet igennem hele forløbet, som har haft ansvar for at koordinere aktiviteter og understøtte fremdriften, herunder særligt facilitere de indlagte vidensdelingsmøder.

TværSam har en tværsektoriel styregruppe på strategisk niveau samt en faglig følgegruppe. Styregruppens opgave har været at sikre ledelsesopbakning og understøtte, at TværSams resultater og læring bliver forankret i Region Hovedstadens samordningsudvalg – ikke mindst i forhold til mulighederne for fremadrettet skalering og for at anvende samarbejdsmodellen på andre af de store kroniske sygdomsområder<sup>4</sup>.

Følgegruppen består af repræsentanter fra Steno Diabetes Center Copenhagen, Diabetesforeningen samt kommunalt og regionalt ansatte praksiskonsulenter. Følgegruppens opgave har dels været at give sparring og input i henhold til de løsninger, der arbejdes med i TværSam, dels at understøtte vidensdeling til centrale aktører og interessenter med relation til diabetesindsatsen.

Endelig har der været tilknyttet en evalueringsfunktion med ansvar for evaluering (i pilotfasen fra 2018–2019) samt udvikling og kvalitetssikring af de patientoplysninger, der indsamles og anvendes som afsæt for udvikling og kvalitetssikring af behandlingen.

<sup>4</sup> For eksempel lungesygdomme eller stress, angst og depression.

Projektdeltagerne på tværs af sektorer er illustreret nederst i Figur 2.2. I pilotfasen involverede projektet i alt 24 fagpersoner fordelt på 3 læger og 2 sygeplejersker fra Endokrinologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital, 9 læger og 7 ansatte fra 5 lægepraksis samt 1 læge og 2 sygeplejersker fra Center for Diabetes, Københavns Kommune. I perioden 2020-2021 er antallet af deltagende lægepraksis udvidet, så der i alt er 12 deltagende praksis med 20 læger og 6 personaler med i TværSam. Center for Diabetes deltager med 1 sygeplejerske, 1 diætist samt 1 teamleder og centerchef, mens 4 læger og 2 sygeplejersker deltager fra Endokrinologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital.

### 2.1.2 Projektdeltagernes perspektiver på TværSams organisering

Det fremgår på tværs af interviews, at den valgte projektorganisation har været velfungerende, og der er stor tilfredshed med den opbakning, som TværSam har nydt både ledelsesmæssigt og i forhold til de tilknyttede ressourcer i form af projektkoordinator, følgegruppe og evaluerings-/datagrube.

De positive perspektiver begrundes med, at der har været beslutningskompetence, hurtige beslutningsveje og god koordinering af aktiviteterne i projektforløbet som helhed. TværSams 4-årige forløb har endvidere været præget af stor personkontinuitet og et stabilt fremmøde til de indlagte vidensdelingsmøder, konferencer og besøg i hinandens dagligdag. Det er først ved projektets afslutning, at der har været udskiftninger blandt de centrale aktører i projektgruppen. Denne høje grad af personkontinuitet tillægges stor betydning for projektets fremdrift og resultater – ikke mindst i forhold til arbejdet med relationel koordinering.

## 2.2 TværSams baggrund og start

Ideen til TværSam kom i 2016 fra en ledende overlæge fra Endokrinologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital. Den indledende dialog om projektet involverede en bred kreds af aktører fra sundhedsområdet i Københavns Kommune, Amager, Hvidovre og Bispebjerg Hospitaler, almen praksis og Steno Diabetes Center. Dialogen mellem de nævnte organisationer viste dog, at det var for komplekst at omsætte visionen bag TværSam til et samarbejde i et større og strategisk set-up. Denne erkendelse har på afgørende vis været med til at præge udviklingsarbejdet og sætte retningen for TværSam for de tre initiativtagere, der siden starten har fungeret som projektledelse som illustreret nedenfor:

*Vi har vokset nedefra med afsæt i et fælles værdigrundlag og en faglig interesse. Vi kan ikke have et stort set-up fra start af. Det er bedre at starte det op enkelt og lade det vokse organisk, hvis det viser sig at være en god idé.*  
(Deltager i TværSams projektledelse)

Det fremgår af interview, at de tre initiativtagere efterfølgende brugte ca. et halvt år på intern vidensdeling og dialog om, hvordan TværSam kunne udformes, hvorved der blev skabt et fælles afsæt for det videre arbejde:

*Vi [de tre initiativtagere] tog mange møder om aftenen. Det her handler om relationer og om at gå til hinanden i forhold til vores forståelser af hinanden.*

*[...] Det tog et halvt år at opbygge det. Vi talte om 'the big why' – hvilke grundprincipper modellen skulle være båret af: bottom-up-udvikling, relationel koordinering, og at arbejdet skulle være forankret i fælles data.*

(Deltager i TværSams projektledelse)

Som illustreret i citatet bygger TværSam på en erkendelse af, at det datadrevne kvalitetsarbejde skal hvile på en proces, der giver de deltagende fagpersoner et fundament af fælles viden og relationer på tværs af sektorer og indsatser. I forlængelse heraf har det også været prioriteret, at de deltagende fagpersoner selv var involveret i at definere indsamlingen af data samt anvendelsen af disse for at sikre ejerskab og relevans til de udviklede løsninger.

Næste skridt i projektudviklingen blev derfor taget på workshops med praksislæger, der var udvalgt med afsæt i, at de havde særlig interesse for diabetesbehandling og kvalitetsudvikling som illustreret nedenfor:

*Vi startede med en workshop, hvor vi alle sammen tog vores kasketter af og arbejdede uden en fast dagsorden. Vi præsenterede vores tanker og inviterede til dialog om, hvordan disse kunne realiseres. Med afsæt i inputtene blev der udarbejdet et driverdiagram, som blev kvalificeret på en efterfølgende workshop, og det har sådan set fungeret som drejebog for projektet siden.*

(Deltager i TværSams projektledelse)

## 2.3 TværSams indsatser og aktiviteter

De nedenstående afsnit sammenfatter fremdrift og perspektiver på de aktiviteter og kernelementer, der er arbejdet med i TværSam-projektet som helhed i Fase 2019-2022, jf. Figur 2.1, dvs. siden opstarten og pilotfasen, som blev beskrevet i det foregående afsnit.

### 2.3.1 Vidensdeling og udvikling af samarbejdsrelationer

I TværSams første projektperiode blev der afholdt otte 2-timers vidensdelingsmøder med deltagelse af 24 fagpersoner fra de tre sektorer. Fokus var på udvikling af kommunikation, respekt og fælles mål mellem deltagerne samt afprøvning af forskellige møde- og samarbejdsformer og deling af viden og data. Arbejdet med vidensdelingsmøder er fortsat i den anden projektperiode, men med færre samlinger og et mere konkret afsæt for møderne, fordi der arbejdes videre med de aktiviteter, der blev startet i pilotfasen.

Det fremgår af TværSams egen pilotevaluering fra 2019 (4) og VIVEs interviewrunde ved udgangen af 2021, at bottom-up-tilgangen og fokuseringen på relationel koordinering sættes positivt i sammenhæng med at:

- deltagerne har dannet nye relationer på tværs af faggrupper og sektorer, og det øgede kendskab har udviklet sig til gensidig respekt og tillid mellem de deltagende sundhedsprofessionelle
- det viste sig meningsfuldt og nødvendigt at udvikle mål for vidensdelingsmøderne og samarbejdet i fællesskab, fordi det gav de deltagende sundhedsprofessionelle ejerskab over samarbejdet

- det store fokus på at skabe en fælles forståelse af arbejdet med patienter med type 2-diabetes bidrog til at skabe et fælles sprog samt forbedring af de sundhedsprofessionelles indbyrdes kommunikation og en højere grad af fælles viden på tværs af de tre sektorer.

Det fremgår videre af de afsluttende interviews, at den fælles viden, relationerne og en øget grad af respekt og tillid deltagerne imellem for mange projektdeltagere fremstår som det vigtigste udbytte af TværSam – som illustreret i nedenstående citater:

*Vi har fået et fantastisk samarbejde, der gør, at vi kan handle sikkert og effektivt over for vores patienter. Vi kan ekspedere dem derhen, hvor de skal, og rigtig meget kan vi klare selv, fordi vi får god vejledning fra endokrinologerne – og vi bliver opdateret på, hvad Center for Diabetes kan gøre for vores patienter. Det er guld værd, og vi er blevet meget bedre til at introducere de kommunale tilbud for patienterne. [...] Der er mange ting i det – at vi får det tætte samarbejde, som er rigtigt godt for patienterne. [...] Det er et ret fantastisk samarbejde; jeg håber, det kan fortsætte. (Praksislæge)*

*TværSams workshops – den del har været nødvendig! Værdien er, at vi har lært hinanden at kende, og det har for mig været den største værdi. Der har også været en organisatorisk værdi efterfølgende. (Hospitalslæge)*

### 2.3.2 Indsatser og tiltag til at forbedre det tværgående samarbejde

I løbet af TværSam er der etableret en række tiltag, der understøtter diabetesindsatsen på tværs af de involverede aktører som angivet nedenfor:

**En klyngetelefon**, der giver de sundhedsprofessionelle (både læger og sygeplejersker) mulighed for direkte kontakt til en kendt endokrinolog, når de har behov for sparring om individuelle patientcases. Det fremgår, at muligheden for at kontakte endokrinologerne ikke er ny, men samtidig at kontakten er blevet lettere at tage på grund af det personlige kendskab til hinanden, samt at det oplevede udbytte af dialogen opleves bedre i begge ender af telefonen som illustreret i nedenstående citater:

*Vi har jo også klyngetelefonen. Det er fantastisk! Vi har altid kunnet ringe til bagvagten på sygehuset, men der var en noget større tærskel for at gøre det, end vi har nu. At have en hotline til et kendt ansigt i den anden ende, som man ved er venlig og hjælpsom, der gør, at man bruger muligheden. (Praksislæge)*

*Dialogen på vores klyngetelefon og meeting-point-møder fungerer godt. Den er hyggelig, produktiv og god for patienterne. Vi har udgået mange unødige henvisninger og klaret mange ting hurtigt via telefon og de ugentlige møder. (Hospitalslæge)*

**Telefon- og kontaktliste på samtlige deltagere i TværSam:** Deltagelsen i TværSam har over tid ledt til mere hyppig og mindre formaliseret kommunikation og vidensdeling på tværs af sektorer. Det gælder ikke mindst i forhold til henvisning til kommunal rehabilitering og sundhedsfremmende tilbud, og for at understøtte dette er der udarbejdet en telefon- og kontaktliste, der giver deltagerne i TværSam nem og direkte adgang til hinanden.

**'Kiggeadgang' i Sundhedsplatformen**<sup>5</sup>: Denne aftale giver relevante fagpersoner i primærsektoren mulighed for at se de dele af patientens journal, der vedrører udredning, behandling og aftaler relateret til diabetes i Sundhedsplatformen. Dette tiltag giver de kommunale fagpersoner et bedre afsæt for at forberede opstarten af nye forløb og være opdateret på det forløb, der er gået forud, fx i forhold til kostvejledning og rehabilitering. Hermed styrkes dels det faglige afsæt for at bygge videre på de forløb, der har været i hospitalsregi, dels er oplevelsen, at adgangen styrker patienternes oplevelse af en sammenhængende behandling, hvor de enkelte aktører kommunikerer sammen.

**Sygeplejefagligt netværk:** Der er oprettet et netværk, hvor sygeplejersker, der deltager i TværSam, mødes på tværs af sektorer og yder faglig sparring – særligt med fokus på, hvordan indsætterne på tværs af sektorer kan spille sammen og understøtte patienternes samlede forløb.

**Omvendte epikriser:** Med afsæt i pilotfasen blev der lavet en revision af de epikriser, der sendes fra Center for Diabetes til de øvrige aktører i patientens forløb, således at den viden, der formidles, er målrettet modtagernes behov. Det indebærer bl.a., at epikrisen starter med en kort overordnet konklusion, der giver modtageren mulighed for hurtigt at danne sig et overblik. Dette opleves som en stor forbedring i almen praksis som illustreret nedenfor:

*Der er sket en klar forbedring i epikriserne! Når de kommer tilbage til os fra Center for Diabetes, så står der tydeligt, hvad vi skal arbejde videre med, så det er nemt at finde. De er også blevet mere præcise derindefra.*  
(Praksissygeplejerske)

**Ugentlige tværsektorielle meeting-points:** I TværSams pilotfase sluttede de indlagte vidensdelingsmøder af med drøftelse af patientcases og faglige problemstillinger. Med overgangen til projektets anden fase med færre vidensdelingsmøder og et mere operationelt fokus opstod behov for en ny mødeform målrettet disse drøftelser. Disse møder var tænkt at skulle holdes fysisk, men ved fremkomsten af covid-19 blev det nødvendigt at afholde dem virtuelt. Dette har efterfølgende vist sig at være en mødeform, der i høj grad værdsættes af deltagerne, fordi de virtuelle møder er nemme at passe ind i hverdagen og minimerer transporttid.

Det fremgår, at de eksisterende veludviklede relationer deltagerne imellem spiller positivt ind på det oplevede udbytte af de ugentlige meeting-points, samtidig med at det solide relationelle fundament har været en god basis for at inkludere nye deltagere. Nytilkomne deltagere har fundet det nemt at træde ind i, hvad de beskriver som et velfungerende samarbejdsforum, og oplever også et godt udbytte. Fremmødet har været stabilt, og der har været relevante cases og problemstillinger nok til at udfylde tiden. Der har været en målsætning om at etablere kontakt til kolleger fra andre specialer såsom psykiatri, lunge- og hjerteområdet undervejs i projektperioden for at kvalificere dialogen om patienter med komplekse og sammensatte problemstillinger. På grund af coronarelateret travlhed er dette ikke lykkedes i 2021, men det er et fortsat fokus, og i januar 2022 er der som det første skridt indledt en dialog med Psykiatrisk Center København om deltagelse.

---

<sup>5</sup> Denne aftale gælder generelt for kommunerne i Region Hovedstaden.

Mødeformen med virtuelle meeting-points forventes derfor videreført som et delement i den fremadrettede TværSam-model samt i det omfang, som modellen overføres på andre områder. Fremadrettet er det dog aftalt at ændre mødekadencen til hver anden uge for at understøtte fortsat oplevet relevans og udbytte for deltagerne.

### 2.3.3 Fælles populationsoverblik der understøtter kvalitetsudvikling

I forhold til arbejdet med at etablere et fælles datagrundlag etablerede TværSam i 2018 en klinisk database med oplysninger om de deltagende diabetespatienter i almen praksis. De indikatorer, der indsamles og monitoreres på i de deltagende praksis, er angivet i Tabel 2.1, og som det fremgår, er der i løbet af projektet indsamlet data fire gange.

**Tabel 2.1** Oversigt over variable indsamlet i almen praksis

Indikatorer	2018	2019	2020	2021	Indsamles via forløbsplan	Målsætning for behandling
<b>Baggrundsvare</b>						
Cpr.nr.	x	x	x	x	x	
Køn	x	x	x	x		
Navn	x		x	x	x	
Praksis		x	x	x		
Primært behandlingssted (almen praksis/hospital)	x	x	x		x	
<b>Statusbehandling</b>						
HbA1c (sidst målte værdi)	x		x	x	x	
Behandlingsmål for HbA1c				x		
Intervaller for behandlingsmål				x		
Systolisk BT (numerisk værdi)	x	x	x	x	x	85 % < 130 mmhg
Diastolisk BT (numerisk værdi)	x	x	x	x	x	85 % < 80 mmhg
U-ALB	x		x		x	
Rygestatus (ja/nej)	x	x	x	x		90 % registreret
<b>Medicinsk behandling</b>						
ACE/AT2 (ja/nej)	x				x	
Statiner (ja/nej)	x	x	x	x	x	90 % i statinbeh.
<b>Kontroller</b>						
Årskontrol – dato	x	x	x	x	x	
Øjenlægekontrol det seneste år	x					
Øjenlægekontrol de seneste 2 år		x	x	x		
Fodterapeut det seneste år	x					
Fodterapeut de seneste 2 år		x	x	x		
Modtaget kommunalt rehabiliteringstilbud	x	x	x	x		95 %

Kilde: Tilsendt fra TværSam, januar 2022.

Note: Population: Alle patienter med type 2-diabetes, som er tilknyttet almen praksis og deltager i TværSam-netværket. 2018: 657 patienter fra alle 5 deltagende praksis. 2019: 917 patienter fra 8 deltagende praksis. 2020: 1.006 patienter fra 9 praksis (1 praksis trådt ud af netværket og 2 nye kommet til). 2021: 1.283 patienter fra 10 praksis.

Målsætningerne med TværSams database har for de enkelte praksis været at genvinde de muligheder, der frem til 2014 var for at arbejde populationsbaseret og proaktivt med afsæt i den datafangstmodel, der var udviklet til almen praksis. Som det fremgår, indsamles langt de fleste indikatorer i dag via det forløbsplanmodul, der er udviklet til almen praksis i 2019, hvilket har lettet opgaven med at indsamle data væsentligt.

Jf. citaterne nedenfor oplever især deltagerne fra almen praksis et stort fagligt og patientrelateret udbytte af arbejdet med data:

*Det er jo en årlig tilbagevendende, lidt hård proces, hvor vi går alle vores journaler igennem og besvarer alle de her spørgsmål omkring – årskontrol, fodterapi, rygestopkursus, øjenlæge, hvordan ligger deres blodtryk. Tager de lipid-sænkende medicin og sådan noget. Og det rykker jo på os, når det går op for os. Det er en total øjenåbner – og det er godt. Det er ikke altid, vi kan gøre det meget bedre, for vi kan jo ikke proppe pillerne ned i halsen på dem eller trække dem til øjenlæge eller fodterapeut, men vi kan blive opmærksomme på det og så snakke med dem om, om vi kan regulere deres blodtryk bedre, om de stadig ryger og sådan, det giver en anledning til at tale om det, og det er rigtig godt. (Praksislæge)*

*Vi finder patienter, der er smuttet, hvor der er gået lang tid. Der er vi blevet opsøgende og har fået dem med i forløb. Overblikket over, hvem vi har mistet, det har været en øjenåbner i forhold til at få øje på nogle patienter, som jeg ellers ikke ville få øje på. (Praksislæge)*

For de enkelte praksislæger anvendtes databasen de første år til at overvåge og kvalitets-sikre behandlingen af de enkelte deltagende praksissers patienter, herunder også hvordan udviklingen så ud i forhold til patienternes kliniske udbytte. Dette arbejde sker i dag primært via de funktionaliteter, der er indbygget i forløbsplansmodulet, men fremgangsmåden og de oplevede resultater er sammenlignelige. De indsamlede data anvendes også i samlet og anonymiseret form i TværSam-netværket som helhed.

**Tabel 2.2** Udvikling af gængse kvalitetsindikatorer i løbet af TværSams projektperiode

Kvalitetsindikatorer		2019	2018	2020	2021
Indikator 1	Andel af lokal population med diabetes, som har været til årskontrol hos egen læge	52 %	83 %	82 %	80 %
Indikator 2	Andel af lokal population med diabetes, som har modtaget kommunalt rehabiliteringstilbud	10 %	26 %	23 %	26 %
Indikator 3	Andel af lokal population med diabetes, som inden for de seneste 2 år har fået foretaget fodundersøgelse	57 %	51 %	62 %	67 %
Indikator 4	Andel af lokal population med diabetes, som inden for de seneste 2 år har fået foretaget øjenundersøgelse	52 %	59 %	67 %	72 %

**Kilde:** Opgørelse leveret af TværSam, januar 2022.

**Note:** Antallet af praksis er løbende udvidet i projektperioden, så opgørelserne er ikke direkte sammenlignelige hen over projektperioden.

Tabel 2.2 viser, at der i løbet af projektperioden er sket forbedringer i målopfyldelsen på alle fire kvalitetsindikatorer. Samtidig har opgørelserne på de indlagte vidensdelingsmøder dannet afsæt for faglige oplæg og dialog om, hvordan indsats og samarbejde kan udvikles med henblik på at øge andelen af patienter, der får de anbefalede undersøgelser og anvender tilgængelige tilbud om patientuddannelse og rehabilitering. Disse aktiviteter er bl.a. anvendt i forbindelse med projektet 'Sammedagsscreening', der gennemgås i næste afsnit.



### 2.3.4 Konceptet 'Sammedagsscreening'

Projektet 'sammedagsscreening' udspringer af Den Nationale Diabeteshandleplan fra 2017, hvor det anbefales at udvikle modeller for sammedagsundersøgelser, hvor patienter med diabetes tilbydes lettere adgang til de anbefalede screeningsundersøgelser.

Sammedagsscreening<sup>6</sup> er et koncept, der har til formål at øge andelen af patienter, som får foretaget de forebyggende undersøgelser, der har til formål at forebygge senkomplikationer. Sammedagsscreening afprøves i hele landet og er i Region Hovedstaden udmøntet som et projekt, hvor tre delelementer afprøves og evalueres med støtte fra Steno Diabetes Center Copenhagen (5). Det drejer sig om:

- **Sammedagsscreening på hospital:** Praktiserende læge kan henvise patienter med type 2-diabetes til en række screeningsundersøgelser på hospital, der bliver udført samme dag. Tilbuddet er målrettet patienter, som af den ene eller anden årsag ikke får foretaget de rutinemæssige screeningsundersøgelser.
- **God start – og god genstart på forløb** som er et forløb målrettet patienter med særlige behov for et fokuseret behandlings- og rehabiliteringsforløb, der foregår på hospital sideløbende med kommunal rehabilitering. Det kan fx dreje sig om patienter, der ikke profiterer af behandlingen i almen praksis, og hvor der derfor er behov for at afsøge nye muligheder.
- **Sammedagsscreening i hjemmet:** Egen læge honoreres for et hjemmebesøg med mulighed for årskontrol og sammedagsscreening i hjemmet. Denne indsats er målrettet de mest sårbare patienter, der hverken deltager i screeningsundersøgelser eller kontrolbesøg i almen praksis.

Det fremgår af interviews, at erfaringerne fra TværSam er anvendt til at forberede initiativet om sammedagsscreening, herunder at de arbejdsgange, der er udviklet for at identificere de relevante patienter i den enkelte praksis' patientpopulation, er søgt kopieret. Vurderingen blandt evalueringens interviewpersoner er desuden, at den systematiske monitorering af patientpopulationen i TværSam og de tværsektorielle samarbejdsrelationer giver et godt grundlag for at henvise og profitere af indsatserne i 'Sammedagsscreening'. Forventningen er derfor, at de skal integreres i den fremadrettede samarbejdsmodel, hvis det besluttet at videreføre 'Sammedagsscreening' efter endt projektperiode ved udgangen af marts 2023.

### 2.3.5 Afprøvning af PRO-spørgeskema for diabetespatienter

I TværSam er indeholdt en ambition om øget patientinddragelse og et ønske om, at denne er samstemt på tværs af indsatser og sektorer. Fokus for inddragelsen i TværSam har dels handlet om at indhente og anvende patienternes målsætninger og oplevede udbytte, dels om patienterne oplever den sammenhængende behandling, der er målet med samarbejdsmodellen.

Der er arbejdet med disse patientinddragelseselementer siden 2020 med afsæt i et pilotprojekt under den nationale afprøvning af PRO-diabetes. Afprøvningen er etableret som et selvstændigt projekt, der kører parallelt med TværSam. I første pilotfase i 2020 deltog 3

<sup>6</sup> Se eventuelt <https://www.bispebjerghospital.dk/undersogelse-og-behandling/find-undersogelse-og-behandling/Sider/Sammedagsscreening-20138.aspx> for yderligere beskrivelse af konceptet.

praksis fra TværSam i PRO-afprøvningen. Pilotfasen er efterfølgende forlænget til 2022 og udvidet, så i alt 7 almen praksis har deltaget i afprøvningen. Målet med PRO-afprøvningen er på sigt at kunne koble livskvalitetsmål tættere til øvrige kliniske mål og dermed afprøve sådanne standarder i et tværsektorielt fællesskab.

Det fremgår af de gennemførte interviews, at erfaringerne fra pilotafprøvningen er positive<sup>7</sup> i forhold til de omfattede patienter og fagpersoner, men også at der stadig er et stykke vej til, at spørgeskemaet kan anvendes som en fast og integreret del af det patientrettede arbejde. Udviklingen af PRO-arbejdet fortsætter derfor med henblik på at udbrede anvendelsen, og at dette på sigt kan indgå som en integreret del af diabetesindsatserne og samarbejdsmodellen i TværSam – og på sigt på mere generelt niveau i Region Hovedstaden.

## 2.4 Status og fremadrettede perspektiver

TværSam fungerer ved udgangen af projektperioden som et velkonsolideret netværk, hvor de udviklede relationer, det data-drevne samarbejde og de patientrelaterede tiltag mv. forbindes med en styrket tværgående diabetesindsats. Opmærksomheden er med dette afsat på mulighederne for at udbrede TværSam på mere generelt niveau som illustreret nedenfor:

*Jeg synes, at det, der skal ske nu, er, at det skal udbredes. Fra den faglige side skal alle klynger med praktiserende læger, der hører til vores hospital, involveres. [...] Det er vigtigt, at den faglige del bliver bredt ud til så mange som muligt.*  
(Hospitalsdeltager)

Erfaringerne med at etablere et nyt netværk på Frederiksberg giver i den forbindelse en indikation på, at det er muligt at udbrede TværSam til andre settings, samt at det ikke kræver lige så mange ressourcer at starte nye netværk op – om end det stadig er vigtigt at have afsat ressourcer til den indledende udvikling af fælles viden og relationer.

Der er også en forventning om, at erfaringerne fra TværSam kan anvendes som en mere generel tilgang til at styrke tværgående samarbejde og behandling omkring andre større kroniske sygdomme som fx KOL og stress, angst og depression.

Med afsæt i de opnåede resultater og fremadrettede ønsker er der aktuelt fokus på at formidle og forankre resultaterne på strategisk niveau. Målsætningen for de involverede er, at principperne omkring samarbejdsmodellens udvikling og indhold kan anvendes i de klyngesamarbejder, der forventes etableret omkring akuthospitalerne i de kommende år. Der ventes dog fortsat på en afklaring af disse muligheder, da de afhænger af indholdet i den kommende sundhedsreform.

---

<sup>7</sup> Se eventuelt også (6) for uddybning.

## 3 Type 2-diabetes – et samarbejde i Midtklyngen

*Type 2-diabetes – et samarbejde i Midtklyngen* tager udgangspunkt i et eksisterende samarbejde mellem Steno Diabetes Center Aarhus, DEFACTUM og Midtklyngen i Region Midtjylland. Midtklyngen består af Viborg, Skive og Silkeborg Kommuner, alment praktiserende læger i de tre kommuner samt Hospitalsenheden Midt.

Projektets formål er at udvikle en samarbejdsmodel, der bygger på princippet om et fælles populationsansvar på tværs af sektorer og understøtter sammenhængen i de sundhedsfaglige indsatser i det tværsektorielle samarbejde om og med borgere med type 2-diabetes i Midtklyngen. Modellen er på sigt målrettet de 150 praktiserende læger i Midtklyngekommunerne, sundhedsområdet i de tre deltagende kommuner og relevante fagpersoner på Hospitalsenheden Midt i Viborg (Dataindsamlingskema, 2020).

Projektet er gennemført med afsæt i nedenstående delmål, der har struktureret udviklingsarbejdet:

1. Projektgruppe etableres og rammer for projektet besluttet.
2. Data til kvalitetsudvikling er til rådighed.
3. Kvalitetsudviklingsaktiviteter iværksættes i involverede enheder.
4. Konferencer/dialog om fælles borgere med diabetes etableres mellem endokrinologisk afdeling og almen praksis samt mellem kommunerne og almen praksis. Endvidere laves oplæg for aftaler og dokumentation ved henvisning og afslutning af en patient fra en sektor til en anden.
5. Betydende faktorer for, at borgerne oplever sammenhæng i deres forløb, afdækkes, og erfaringer herfra formidles og indarbejdes i oplæg til fremadrettet samarbejdsmodel.

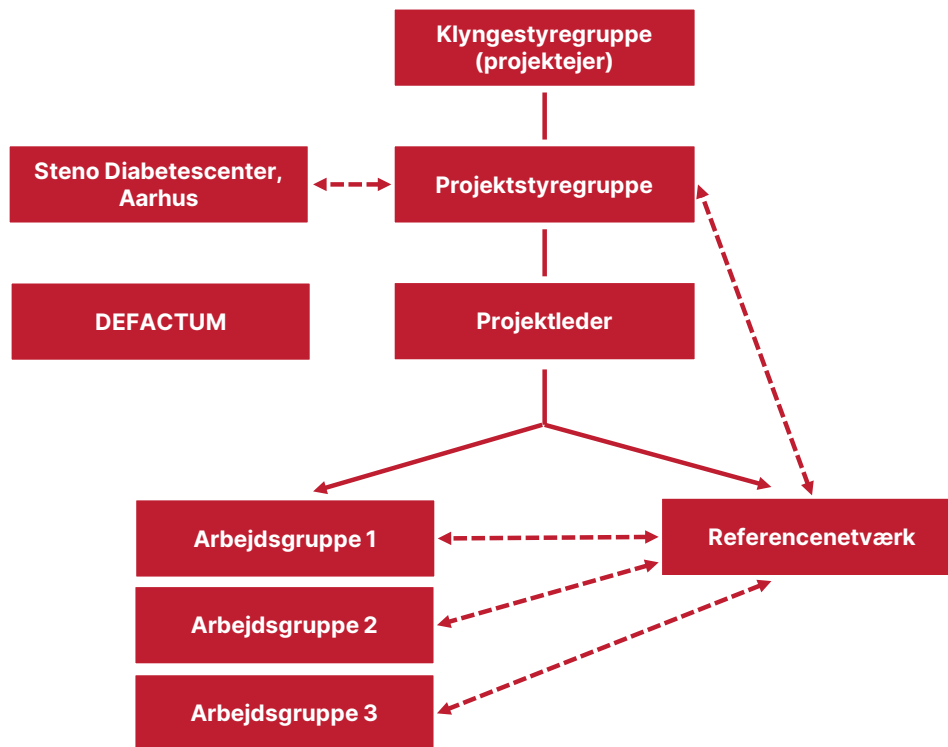
### 3.1 Projektets organisering og deltagere

#### 3.1.1 Projektets organisering

Projektet er forankret i Midtklyngens lokale klyngestyregruppe som også anbefalet i den Nationale Diabeteshandlingsplan (1, side 47). Som projektejer er det klyngestyregruppen, der ved afslutningen af projektperioden skal træffe beslutning om, hvordan den fremadrettede samarbejdsmodel skal udformes med afsæt i de opnåede resultater.

På operationelt niveau har projektet haft en projektstyregruppe med delt formandskab på tværs af projektets tre sektorer samt deltagelse af repræsentanter fra Steno Diabetes Center Aarhus, Hospitalsenheden Midt og videnscenteret DEFACTUM samt en fuldtidsansat projektleder, der har understøttet projektets fremdrift som illustreret i Figur 3.1

**Figur 3.1** Projektorganisation for Type 2-diabetes – et samarbejde i Midtklyngen



Anm.: Figur fra Midtklyngens projektbeskrivelse (2019) tilpasset af VIVE.

Det fremgår af Figur 3.1, at Steno Diabetes Center Aarhus har bidraget med rådgivning og sparring igennem hele projektforløbet – inkl. de første faser, hvor projektet blev formuleret. Projektet er udviklet med afsæt i en bottom-up-tilgang, og det tilknyttede referencenetværk og arbejdsgrupper har, jf. Figur 3.1, spillet en vigtig rolle undervejs i projektet. Projektstyregruppen har valgt denne tilgang for at sikre, at de udvalgte indsatser er fokuseret på relevante problemstillinger i projektdeltagernes daglige arbejde med målgruppen. Referencenetværket består af 25 personer fordelt med 8 repræsentanter fra almen praksis, 3 fra hospital, 12 fra kommuner og 2 medarbejdere fra DEFACTUM.

Referencenetværket har været involveret i hele projektets forløb; eksempelvis i de indledende processer i arbejdet med at udpege specifikke indsatsområder for projektet, og i den afsluttende dialog omkring udviklingen af en samarbejdsmodel, der inkorporerer relevante elementer fra projektets indsatser og prøvehandlinger. Netværket har undervejs også fungeret som sparringspartnere for projektstyregruppen og har indgået i ad hoc-arbejdsgrupper, der har arbejdet med at udvikle og kvalificere de prøvehandlinger, som er gennemført i 2021.

Det fremgår af interview, at referencenetværket tillægges stor betydning for projektets fremdrift og resultater på to niveauer. For det første er der gennem arbejdsformen i netværket skabt nye samarbejdsrelationer og kontaktformer projektdeltagerne imellem. Aktørerne har på tværs af sektorer fået et dybere kendskab til hinanden og hinandens roller i relation til fælles borgere med type 2-diabetes, som de finder nyttigt i det daglige arbejde. For det andet har den tætte inddragelse af referencenetværket skabt en fælles

problemforståelse og retning, så projektets indsatser har været relevante for deltagere i arbejdsgrupper og prøvehandling.

Videnscenteret DEFACTUM var fra starten tilknyttet projektet som medansvarlig for evaluering og vidensopsamling, mens det var planlagt at frikøbe relevante fagpersoner fra de deltagende parter til at forberede og gennemføre projektets prøvehandling. Covid-19-situationen har imidlertid spændt ben for fagpersonernes deltagelse i projektet – især i 2020. Derfor har DEFACTUM fået en udvidet rolle i forhold til at skabe det vidensgrundlag, der er blevet brugt til at informere de specifikke prøvehandling, som er udviklet og igangsat.

## 3.2 Projektets opstart og udvikling af indsatser

### 3.2.1 Udvikling af projektets indsatser

Projektstyregruppen har arbejdet med en involverende tilgang, hvor referencenetværket har medvirket til at sætte retningen for projektet ud fra dets overordnede målsætning. Første led i at definere projektets indsatser bestod i udarbejdelsen af et idékatalog gennem interviews og dialogmøder med projektets aktører. Idékataloget dannede baggrund for den efterfølgende proces, hvor projektets referencenetværk var med til at kvalificere idékatalogets oplæg til indsatser.

Projektets tre indsatser har fokus på 1) at udvikle og afprøve en webinarække til almen praksis med fokus på at arbejde datainformeret med kvalitetsudvikling på baggrund af forløbsplaner, 2) at afdække borgere med type 2-diabetes' deltagelse i kommunale sundhedstilbud og 3) at skabe indblik i borgernes perspektiver på organiseringen af diabetesbehandlingen og mødet med de sundhedsprofessionelle.

## 3.3 Projektets indsatsområder og prøvehandling

### 3.3.1 Indsats 1: 'Borgere med forhøjet langtidsblodsukker'

Indsatsen har fokus på, hvordan almen praksis kan arbejde datainformeret med kvalitetsudvikling i forhold til den lokale diabetespopulation på baggrund af de forløbsplaner for diabetes, der blev indført i almen praksis med overenskomsten i 2018.

Indsatsen består af en webinarække, som er blevet udbudt til almen praksis. Der har været fokus på to elementer: 1) undervisning i brug af forløbsplaner samt 2) sparring mellem de praktiserende læger og en endokrinolog fra diabetesambulatoriet, Hospitalsenhed Midt. Undervisningen i brug af forløbsplaner har haft fokus på, hvordan man kan anvende de data, som planerne indeholder, til at skabe overblik over patientpopulationen og til at opspore de patienter, der har brug for særlig opmærksomhed. Sparringen mellem de praktiserende læger og endokrinologen har haft to former: 1) fælles sparring ved webinar båret af de deltagende praktiserende lægers case-fremlæggelser omkring komplekse diabetesborgere og 2) opfølgende individuel sparring til den enkelte klinik med endokrinolog.

Det udviklede koncept for webinarerne fremstår som en succes for alle de involverede interviewdeltagere – ikke mindst de deltagende praksislæger som illustreret i nedenstående citat:

*Det har været den helt rigtige måde at motivere mig på, at det er konkret og med afsæt i mine egne patienter. Det har været tiden værd, den er godt givet ud. (Praktiserende læge)*

Som illustreret i citatet har det været motiverende og givende for den aktuelle praksislæge at arbejde med afsæt i sine egne diabetespatienters forløbsplaner og data. Det fremgår endvidere af interviews, at webinarrækken for flere læger har haft positiv betydning for arbejdet med forløbsplaner i det daglige og har ledt til et skærpet fokus på, om diabetespatienterne når deres behandlingsmål.

En styrket samarbejdsrelation mellem de deltagende praksislæger og endokrinologerne i diabetesambulatoriet på Hospitalsenhed Midt fremhæves som et andet positivt udbytte i de gennemførte interviews. Herunder fremgår det også, at den allerede eksisterende mulighed for at få sparring om konkrete patienter opleves mere ligetil at benytte, efter praksislægerne har fået sat ansigt på og fået et tættere fagligt kendskab til den ansvarlige overlæge.

### 3.3.2 Indsats 2: 'Deltagelse i kommunale sundhedstilbud'

Det primære formål med indsatsen er at øge antallet af borgere med type 2-diabetes, der henvises og deltager i kommunale sundhedstilbud, herunder særligt hvordan indsatsen for nydiagnosticerede kan styrkes. Indsatsen har tre delmål: 1) kvalitetsudvikling af henvisningsprocedurer til kommunale tilbud, 2) undersøgelse af behovet for at kvalitetsudvikle de kommunale sundhedstilbud til borgere med type 2-diabetes, og 3) afprøvning af nye supplerende tilbud.

#### **Vidensindsamling**

Første led i indsatsen bestod i at gennemføre en række mindre vidensindsamlinger, der skulle kvalificere forståelsen for de forhold, der påvirker borgernes deltagelse i de kommunale sundhedstilbud. Disse undersøgelser er gennemført af DEFACTUM, som efterfølgende også har sammenfattet resultaterne og faciliteret en proces om, hvordan den indsamlede viden kunne omsættes til konkrete prøvehandling, hvis resultater skal føde ind i arbejdet med at udforme forslaget til den fremadrettede samarbejdsmodel i projektets afsluttende fase. Resultaterne fra henholdsvis vidensindsamlingen og de efterfølgende prøvehandling uddybes nedenfor.

Den første vidensindsamling er en interviewundersøgelse med deltagelse af 20 borgere med type 2-diabetes, som deltager/ikke deltager i kommunale sundhedstilbud. Undersøgelsen har fokus på borgere med type 2-diabetes' barrierer for deltagelse i kommunale sundhedstilbud og på deres holdninger til de tilbud, de har mødt i kommunerne.

Den anden vidensindsamling er en registreringsbaseret kortlægning af borgere, der har deltaget i kommunale sundhedstilbud i en periode på 8 uger i de tre kommunale sundhedscentre.

Den tredje vidensindsamling er baseret på et fokusgruppeinterview med sundhedsprofessionelle fra de tre sektorer på tværs af de tre kommuner omkring barrierer for henvisning til kommunale sundhedstilbud samt mulighed for kvalitetsudvikling af de kommunale sundhedstilbud.

Den første konklusion, som er fremkommet af vidensindsamlingerne, er, at en del af de praktiserende læger mangler viden om de kommunale diabetestilbud og derfor ikke henviser relevante patienter i tiltrækkeligt omfang. En mulig løsning handler i forlængelse heraf om at styrke praksislæger og deres personales viden og personlige faglige relationer til medarbejderne fra de kommunale tilbud om patientrettet forebyggelse (7).

Den anden hovedkonklusion handler om, at der fra borgernes perspektiv er mange barrierer forbundet med at deltage i de kommunale sundhedstilbud, eksempelvis manglende forståelse for sygdommens alvor eller manglende viden om tilbuddets form og omfang. Borgerne peger i den forbindelse på, at den praktiserende læge – og andre centrale aktører i deres forløb såsom psykiatrien, diabetesambulatoriet eller beskæftigelsesindsatsen – spiller en afgørende rolle i forhold til at informere og motivere til at deltage i de kommunale sundhedstilbud. Der bliver ikke udpeget et behov for kvalitetsudvikling af de kommunale tilbud, da borgerne generelt er tilfredse med de tilbud, de har modtaget. Borgerinterviewene viser dog, at der kan være brug for at arbejde med, hvordan man på længere sigt fastholder det, man har lært igennem de kommunale sundhedstilbud (7).

### **Fra vidensindsamling til prøvehandling**

Vidensindsamlingernes resultater er anvendt af indsatsens lokalt nedsatte arbejdsgruppe (bestående af repræsentanter fra almen praksis, Hospitalsenhed Midt samt kommunale medarbejdere fra Skive, Viborg og Silkeborg Kommuner) som afsæt for at udforme en række forslag til konkrete prøvehandling. Prøvehandlingerne blev kvalificeret af projektets referencenetværk og projektstyrergruppen, hvorefter de er gennemført fra sommeren 2021 som uddybet nedenfor.

*Prøvehandling 1: Henvisningsprocedure for henvisning fra almen praksis til kommunalt sundhedstilbud.* Formålet med denne prøvehandling er at forbedre anvendeligheden af henvisningerne fra almen praksis til de kommunale sundhedstilbud. Prøvehandlingen er gennemført i Skive Kommune, hvor man har afprøvet henholdsvis henvisning baseret på det eksisterende SOFT-system i én almen praksis og en ny henvisningsprocedure baseret på forløbsplaner i en anden almen praksis. Erfaringerne er dog begrænset til et meget lille antal henvisninger i alt, så det er vanskeligt at uddrage generelle konklusioner og anbefalinger på baggrund af denne prøvehandling (8).

De involverede projektdeltagere beskriver, at det nye henvisningsformat, der er baseret på borgerens forløbsplan, giver overskuelige henvisninger, men at det kræver tid at sætte sig ind i formatet. Desuden giver adgangen til borgerens forløbsplan i sundhedscenterregi de kommunale medarbejdere mulighed for at hjælpe borgeren med at forstå og anvende forløbsplanen som et aktivt redskab til at skabe overblik over deres forløb og diabetesbehandling. En af de involverede fagprofessionelle peger dog på den forløbsplanbaserede henvisnings begrænsning ved komplekse borgere:

*Ikke alle borgere skal henvises via forløbsplan, for der er nogle gange brug for mere viden for at kunne tilrettelægge det gode forløb.*

(Medarbejder, Sundhedscenter)

Lægerne finder det nye henvisningsformat via forløbsplanen nemt at anvende, men de er stødt på nogle få tekniske problemer, som skal løses, da det er vigtigt, at systemet er stabilt og nemt tilgængeligt (8). Perspektiverne for udbredelse af denne henvisningspraksis er dog begrænset af, at der stadig er mange almen praksisser, der ikke bruger forløbsplanerne (8).

*Prøvehandling 2: Oplysningskampagne til almen praksis om kommunale sundhedstilbud.*

Formålet med denne prøvehandling er at skabe mere viden om de kommunale sundhedstilbud via en besøgsrunde, der også hjælper lægehusene med at få sat ansigt på og udvikle faglige relationer til de kommunale samarbejdspartner. Besøgsrunden er gennemført i Viborg og Silkeborg Kommuner, hvor ledere og medarbejdere fra de to kommuners sundhedscentre tilbyder møder med den enkelte lægepraksis for at informere om de kommunale sundhedstilbud og vejene ind til disse.

Projektdeltagerne peger på, at dette initiativ ligger tæt op ad et allerede eksisterende kommunalt fokus på at rette op på en skævhed i almen praksis' opmærksomhed på og interesse for de kommunale sundhedstilbud på diabetesområdet. Derfor har prøvehandlingen ligget i forlængelse af, hvad de i den ene kommune allerede havde igangsat før projektets start. Det vurderes, at besøgene i almen praksis kan bidrage til at øge kendskabet til hinanden og øge opmærksomheden på de kommunale sundhedstilbud:

*Der bliver taget godt imod os, og vi har gode snakke med praksisserne, der også rækker ud over diabetesområdet. Vi håber på flere henvisninger på sigt – der er også andre oversete og udsatte patientgrupper, vi gerne vil have fat i.*

(Kommunal leder)

Besøgsrunden til almen praksis har skabt fokus på muligheden for at oprette årligt tilbagevendende besøg i de enkelte praksisser med det formål at fastholde opmærksomheden på de kommunale sundhedstilbud og styrke samarbejdsrelationen mellem kommunen og almen praksis.

*Prøvehandling 3: Brugerdialoger mellem borgere/pårørende og sundhedscenterrepræsentanter.*

Formålet med brugerdialogerne er at sætte fokus på, hvad borgere, der har deltaget i kommunale sundhedstilbud skal bruge for at kunne fastholde opnåede resultater og nye vaner. Der er afholdt brugerdialoger i Viborg og Skive Kommuner. Endelig er der afholdt et tværgående opsamlingsmøde med deltagelse af ledere og medarbejdere fra de deltagende kommuner. DEFACTUM har faciliteret brugerdialogerne og det tværgående opsamlingsmøde og har udarbejdet et notat på baggrund af de tre møder (9). I notatet udpeges der en række overordnede tematikker, der beskrives som centrale i relation til borgernes fastholdelse af gode sundhedsvaner: 1) undervisningens tilgang, form og indhold, 2) inddragelse af pårørende, 3) opfølgningssamtaler, 4) brobygning i overgangen mellem patientuddannelse, rehabilitering og hverdagsliv, og 5) viden om tilbud og timing i forhold til henvisningstidspunkt (9).



Det fremgår af interviews, at dialogmøderne forbindes med værdifulde indsigter, som giver mulighed for at få et dybdegående indblik i borgernes oplevelser og udbytte af de forløb, der tilbydes i sundhedscenteret – som illustreret i citatet nedenfor:

*Jeg har i den grad fået udbytte af at deltage i feedback-mødet. Vi har lavet meget om i vores forløb, og det er helt vildt givende at høre borgerne tale om, hvad det har betydet for dem. Og også at få pårørendeperspektivet på det. At få bekræftet at de individuelle forløb virker. (Medarbejder, Sundhedscenter)*

Et af de to sundhedscentre har konkret omlagt sine forløb fra at være standardiserede 8-ugers diabetesskoleforløb til at være individuelt tilpassede forløb. Det individuelt tilpassede forløb planlægges ud fra en indledende afklarende samtale, hvor det primære fokus er at finde ud af, hvor det giver bedst mening at starte med at sætte ind.

### 3.3.3 Indsats 3: 'Borgere, der afsluttes fra ambulatorium'

Formålet med indsatsen er at få indblik i borgernes oplevelser og perspektiver på organisationen af diabetesbehandlingen og mødet med de sundhedsprofessionelle. Dette indblik skal sikre, at borgernes perspektiv involveres i udviklingen af den fremtidige samarbejdsmodel vedrørende diabetesbehandlingen i Region Midtjylland (10). Indsatsen har fokus på deskriptive borgerrejser, der er udformet på baggrund af interviews med borgere med forløb på tværs af sektorer i Midtklyngen. Også denne undersøgelse er udført af DEFACTUM, og resultaterne er sammenfattet i en rapport, der overordnet set peger på tilfredshed med både behandlingen, mødet med de sundhedsprofessionelle, overgange mellem sektorer og de kommunale sundhedstilbud (for de få, der har benyttet dem). Interviewene viser dog, at der kan være behov for en tydeligere rolle- og ansvarsfordeling mellem almen praksis og hospital (10).

## 3.4 Status, opnåede resultater og fremadrettede perspektiver

Ved udgangen af 2021 var projektets indsatser og prøvehandlinger gennemført som planlagt, og processen med at bearbejde de indsamlede erfaringer igangsat via bl.a. temadage og workshops. Den resterende del af projektperioden anvendes til at udarbejde et konkret forslag til en samarbejdsmodel, som skal præsenteres for klyngestyregruppen i starten af marts og sendes i høring i foråret 2022.

Med afsæt i de gennemførte interviews fremstår der tre elementer, som ifølge projektdeltagerne har bidraget til, at projektet er lykkedes på trods af covid-19-relaterede udfordringer. For det første tilskrives ledelsesmæssig opbakning og den måde, de internt i projektstyregruppen har arbejdet på, en afgørende betydning for, at projektet er lykket. Deltagerne har oplevet stor ledelsesopbakning fra formandsskabet i Midtklyngens styregruppe – både på de store linjer og på specifikt niveau, hvis aktører fx har skulle prioritere tid til at deltage i projektet. Det delte formandskab i styregruppen har desuden inddraget alle tre parter: kommune, almen praksis og hospital i et forpligtende samarbejde som illustreret i citatet nedenfor:

*Det er vigtigt i vores projekt at fremhæve kvaliteten ved, at vi er lykkedes med at inddrage og forpligte alle parter i styregruppen. Det har understøttet fremdriften i projektet og været vigtigt hele vejen igennem. (Projektstyregruppedlem)*

Relationel koordinering har været det styrende princip for projektstyregruppens tilgang til projektet og til deres måde at arbejde på. Dette aspekt vurderes som en væsentlig årsag til deres velfungerende samarbejde og for den udvikling, de har gennemgået som styregruppe, som også har styrket projektet.

For det andet udpeges de ressourcer, som Steno Diabetes Center Aarhus og DEFACTUM har deltaget med som afgørende for, at projektet er kommet i mål. Idet frontlinjemedarbejderne på grund af covid-19-situationen ikke kunne frikøbes til projektarbejde som planlagt, har Steno Diabetes Center og DEFACTUM fået bærende roller i projektet, hvilket understreges af projektstyregruppen:

*Det tætte samarbejde med Steno, dygtige projektmedarbejdere, der har kunnet bidrage og støtte fremdriften. [...] DEFACTUM har været med til at redde projektet, da corona kom. Interviewene var med til at underbygge vores problemopfattelser. (Projektstyregruppemedlemmer)*

DEFACTUM har været en central aktør i den løbende vidensindsamling, der har været afgørende i udviklingen af indsatser og prøvehandlinger og for den procesmæssige fremdrift. Steno Diabetes Center Aarhus har qua sin deltagelse i projektets styregruppe også spillet en vigtig rolle i forhold til projektets udvikling og fremdrift.

For det tredje er projektet lykket med en bottom-up-baseret måde at arbejde med udvikling på, hvor referencenetværket har spillet en central rolle. Den inddragende tilgang med fokus på fælles viden og problemforståelse har været definerende for hele projektførelsen.

*Det handlede om relationer og om fælles viden og problemforståelse. De [referencegruppen] skulle være med til at definere retningen for projektet. Hvordan ser den brændende platform ud, skabe forståelse for, hvem patienterne er – og for hinandens roller. (Projektstyregruppemedlem)*

*Den viden, vi har fået fra referencegruppen, har været styrende for de drøftelser og beslutninger, vi har truffet i styregruppen. (Projektstyregruppemedlem)*

Aktører på alle niveauer fortæller, at denne tilgang til projektarbejdet har skabt ejerskab og styrkede relationer på flere niveauer og på tværs af sektorer. Enkelte projektdeltagere med meget specifikke roller i projektet har dog manglet overblik over helheden og processen i forløbet.

### 3.4.1 Opnået læring og resultater

Indholdsmæssigt er projektet nået i mål med de tre indsatser og de tre prøvehandlinger, der er udformet og igangsat på baggrund af den viden om diabetespopulationen og cen-

trale aktørers perspektiver, der er skabt i regi af *Indsats 2: Deltagelse i kommunale sundhedstilbud*. Prøvehandlingerne er ikke gennemført med stor volumen [antal henvisninger, besøg, møder], men deltagerne vurderer, at der gennem prøvehandlingerne er skabt erfaringer, som er relevante at inddrage i det videre arbejde med at udvikle en samarbejdsmodel.

På overordnet niveau er den centrale læring i projektet, at den måde, der er arbejdet på, har skabt resultater. Det delte formandskab på tværs af kommune, region og almen praksis har været afgørende for at skabe et forpligtende samarbejde.

For *Indsats 1: Borgere med forhøjet langtidsblodsukker* er den primære læring, at man er lykkedes med at skabe et format, der er velegnet til almen praksis, og som har potentiale til at forbedre det databaserede kvalitetsarbejde i relation til patientgruppen. Indsatsen har været en succes blandt deltagerne, og både projektstyregruppen, projektlederen og en deltagende praktiserende læge vurderer, at webinarække-formatet er velegnet og også overførbart til andre målgrupper end borgere med type 2-diabetes. Projektstyregruppen vurderer, at webinarækken til almen praksis er det initiativ, der er tættest på at kunne gå i drift.

For *Indsats 2: Deltagelse i kommunale sundhedstilbud* er den primære læring, at der er potentiale i at arbejde videre med at udvikle bedre henvisningsprocedurer, samt at styrkelsen af de faglige samarbejdsrelationer mellem almen praksis og sundhedscentrene også har betydning for, om almen praksis har opmærksomhed på at henvise relevante borgere til sundhedscentrenes tilbud. Endelig har indsatsen skabt indsigt i borgernes motivationer og barrierer for at bruge de kommunale sundhedstilbud. Det er en central læring, at der i borgernes perspektiv ikke er brug for at kvalitetsudvikle de kommunale tilbud, men at der i højere grad er brug for at få fokus på kendskab til tilbuddene og motivation for at deltage samt på, hvordan de resultater og vaner, som borgerne opnår, kan fastholdes.

For *Indsats 3: Borgere der afsluttes fra ambulatorium* er den overordnede læring, at der er tilfredshed blandt de interviewede borgere omkring de fleste elementer af deres forløb, men at der kan være behov for en tydeligere rolle- og ansvarsfordeling mellem almen praksis og hospital.

### 3.4.2 Fremadrettede perspektiver

De erfaringer og aktiviteter, der er skabt i projektet, skal indgå i arbejdet med at definere og implementere en fremadrettet samarbejdsmodel – i første omgang i Midtklyngen – og på sigt i Region Midtjyllands øvrige klynger, hvis resultaterne er positive. De konkrete beslutninger var ikke taget på tidspunktet for denne evaluering, men fokuspunkterne for den indstilling, der er lavet på baggrund af projektet, er sammenfattet nedenfor.

Projektets fokus på involvering af en bred gruppe af fagpersoner på tværs af aktører samt arbejdet med at skabe fælles viden på tværs af de involverede fremstår som et væsentligt pejlemærke for projektstyregruppen. Forventningen er derfor for det første en fremadrettet samarbejdsmodel, der afspejler de eksisterende aftaler i regionens forløbsprogram for type 2-diabetes og indeholder generiske elementer relateret til vidensdeling og relationel koordinering på tværs af aktører og indsats i diabetesbehandlingen. For det andet forventes det, at en række af de tiltag, der er arbejdet med, inkorporeres som elementer i

modellens implementering og konsolidering. Det drejer sig fx om webinarer vedrørende arbejdsdeling, henvisninger og anvendelse af forløbsplaner mv., gensidige besøgsrunder samt etablering af enkle og velfungerende henvisningsprocedurer mellem almen praksis og sundhedscentrene. For det tredje er der skabt en række indsigter omkring patienternes erfaringer og udbytte af de eksisterende tilbud, der kan anvendes til at justere og styrke det patientrettede arbejde for at sikre gode overleveringer samt øge andelen af borgere, der deltager og får et positivt udbytte af de etablerede tilbud om rehabilitering mv.

## 4 Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri

Region Syddanmark og Haderslev Kommune har indgået et partnerskab om sammenhængende indsatser for særligt sårbare grupper på tværs af somatik- og psykiatriområdet. Projektet *Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri* udspringer af partnerskabet og har til formål at afprøve, hvordan datadrevet kvalitetsudvikling i en tværsektoriel samarbejdsmodel kan medvirke til at:

1. opspore særligt sårbare borgere med type 2-diabetes
2. styrke disse borgernes egenomsorg og sygdomsmestring, så diabetiske senkomplikationer forebygges/udskydes, og livskvaliteten øges
3. styrke borgerens evne til at fastholde relevant behandling og opfølgning.

Samarbejdsparterne i *Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri* er: 1) Diabetesambulatoriet, Sygehus Sønderjylland, 2) Lokalpsykiatrien Haderslev, Region Syddanmark, 3) Socialpsykiatrien samt Sundhedssamarbejde og Forebyggelse, Haderslev Kommune, 4) Almen praksis i Sundhedscenter Haderslev, og 5) Almen praksis i Gram.

Projektets primære målgruppe er særligt psykisk sårbare borgere med type 2-diabetes, som har flere fagpersoner omkring sig. Projektet er startet sammen med en lægepraksis i lokalområdet Gram, der repræsenterer et yderområde i Haderslev Kommune, hvor borgerne har langt til de centralt placerede sundheds- og forebyggelsestilbud i Haderslev. Et stykke inde i projektperioden blev projektet udvidet med en almen praksis, der har lokaler i Sundhedscenter Haderslev, og de to praksis har udgjort omdrejningspunktet for projektets prøvehandling omkring en tværsektoriel samarbejdsmodel.

Projektet søger at involvere borgere fra målgruppen med afsæt i nedenstående tre tiltag:

- Frivillig opsporings-/screeningssamtale for beboere på fire psykiatriske botilbud.
- Diabetesundervisning til brugere med type 2-diabetes eller i risiko for at udvikle type 2-diabetes på tre væresteder for psykisk sårbare borgere.
- En tværsektoriel samarbejdsmodel mellem almen praksis, kommune og region, som involverer borgeren i et tværgående samarbejde om behandling og opfølgning.

Projektets sekundære målgruppe omfatter de involverede fagpersoner på tværs af projektets aktører. Fokus er her dels på at udvikle fælles viden og kendskab i forhold til de tværgående samarbejdsflader, dels at øge opmærksomhed og kompetencer i forhold til opsporing og handling i forhold til diabetes på psykiatriske botilbud og væresteder.

### 4.1 Projektets organisering og deltagere

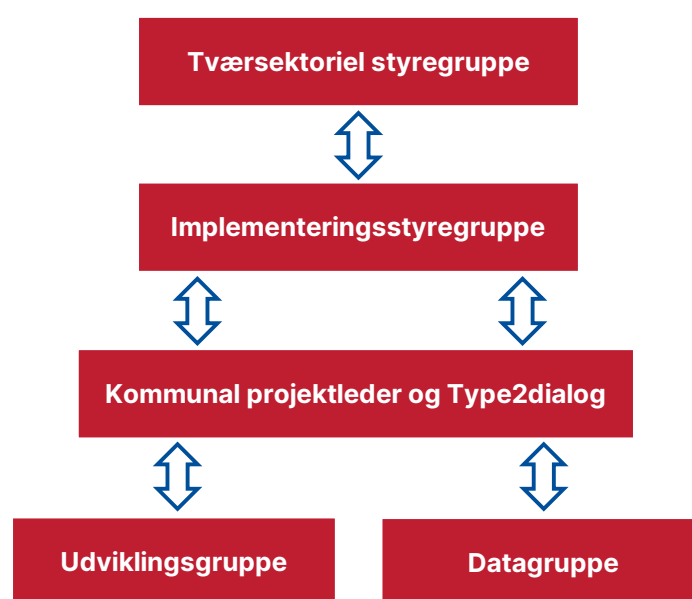
#### 4.1.1 Projektets organisering

Som det ses i Figur 4.1, er projektet *Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri* forankret i en eksisterende **tværsektoriel styregruppe** relateret til Sundhedscenter Haderslev og

det bredere formelle tværsektorielle samarbejde mellem Haderslev Kommune og Region Syddanmark.

Der er herunder oprettet en **implementeringsstyregruppe** for *Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri* bestående af ledere fra de involverede parter i projektet: almen praksis, de kommunale enheder Socialpsykiatri samt Sundhedssamarbejde og Forebyggelse, den regionale lokalpsykiatri, det regionale diabetesambulatorie, Sygehus Sønderjylland<sup>8</sup> og konsulenthuset Type2dialog. Implementeringsstyregruppens rolle er at følge projektets udvikling og træffe de strategiske beslutninger vedrørende aktiviteter og arbejdsgange i projektet samt at hjælpe, hvis der opstår udfordringer for fremdriften undervejs i forløbet.

**Figur 4.1** Projektorganisering *Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri*



Kilde: Udarbejdet af VIVE på baggrund af projektmateriale.

På det operationelle niveau er ansat en **kommunal projektleder**, der refererer til sundhedschefen i Haderslev Kommune (projektejer) og deltager i alle projektets mødefora for at sikre sammenhæng aktiviteterne imellem. Den kommunale projektleder deler projektledelsesansvaret med en konsulent fra Type2dialog, som er primært ansvarlig for projektets dataspor (udddybes nedenfor).

**Udviklingsgruppen** arbejder med fokus på projektets faglige, borgerrelaterede og organisatoriske aktiviteter. Gruppen gennemførte i opstartsperioden bl.a. en række workshops med projektets aktører samt interviews med borgere i målgruppen. Formålet med disse aktiviteter var at sikre relevans og anvendelighed af projektets udviklingsaktiviteter, arbejdsgange og indsatser over for både de involverede fagpersoner og borgerne. Med af-

<sup>8</sup> Sygehus Sønderjyllands rolle i projektet har ændret sig undervejs i projektperioden. Tidligt i processen blev det tydeligt, at sygehuset spiller en begrænset rolle i relation til projektets primære målgruppe, da størstedelen af borgerne med type 2-diabetes varetages i almen praksis. Da Diabetesambulatoriet, Sygehus Sønderjylland, kun er i kontakt med de allermest komplekse borgere med type 2-diabetes, blev besluttede styregruppen, at sygehuset skulle indgå i færre faste mødefora i projektet og i stedet løbende inddrages i relevante aktiviteter.

sæt i udviklingsgruppens indledende arbejde blev der formuleret tre aktivitetsspor (gennemgås i afsnit 4.2) med fokus på henholdsvis tidlig opsporing, fremskudte borgerrettede indsatser samt tværgående deling af viden.

**Datagruppens** opgaver knytter sig til at koordinere og kvalificere indsamlingen af data i projektet og med det afsæt understøtte målsætningen om datadrevet kvalitetsudvikling på tværs af sektorer. En konsulent fra **Type2dialog** har haft en bærende rolle i dataarbejdet. Konsulenten har deltaget i datagruppen og det arbejde, der er udført omkring planlægning, indsamling og deling af data i projektet. De andre deltagere i datagruppen er fagpersoner og datakyndige fra almen praksis og Haderslev Kommune, mens en repræsentant fra Region Syddanmark har deltaget på ad hoc-basis.

Konsulenthuset Type2dialog har ud over at deltage i implementeringsstyregruppen og dataarbejdet også leveret undervisning af personalet på bostederne, som er en del af aktivitetssporet *Tidlig opsporing* (gennemgås nedenfor) og har indgået i den løbende koordinering og udvikling af projektet i tæt samarbejde med projektlederen.

## 4.2 Projektets tre aktivitetsspor

### 4.2.1 Aktivitetsspor *Tidlig opsporing*

Aktivitetssporet *Tidlig opsporing* består af to elementer: 1) en frivillig screenings-/opsporingssamtale, der tilbydes beboerne på psykiatriske botilbud og væresteder i Haderslev Kommune, og 2) undervisning i opsporing af somatisk sygdom for det socialpædagogiske personale på psykiatriske botilbud og væresteder.

Screenings-/opsporingssamtalerne på de psykiatriske bosteder og væresteder for psykisk sårbare borgere er udført af en sundhedskonsulent fra Haderslev Kommune og har haft fokus på tidlig opsporing af diabetes (via Diabetesforeningens risikovurderingsskema) og på livsstil mere generelt. Undervisningen af det socialpædagogiske personale på bo- og værestederne har både haft fokus på opsporing og håndtering af type 2-diabetes samt på den medicinsk-pædagogiske tilgang og den motiverende samtale. Undervisningen er, som tidligere nævnt, foretaget af en konsulent fra Type2dialog. Derudover har en sundhedskonsulent fra Sundhedssamarbejde og Forebyggelse, Haderslev Kommune, i forbindelse med undervisningen stået for at informere om, hvilke tilbud der er i Sundhedshuset, Haderslev.

Erfaringerne med screeningssamtaler med borgere og undervisning af medarbejdere på bo- og væresteder er blandede. Projektdeltagerne vurderer, at der har været en fin deltagelse i screeningssamtalerne målgruppen taget i betragtning. Men det fremstår som en vigtig læring i forhold til relevans af tilbuddene, at type 2-diabetes ofte ikke opleves som det mest presserende problem for borgerne i målgruppen såvel som for de fagpersoner, der er tættest på borgerne. Dette forhold er illustreret i nedenstående citat:

*Det [undervisningen] har været lidt svært [på enkelte bosteder]. Rammen med projektet har måske været lidt utydelig, der kunne nok godt have være brugt lidt ekstra tid på at forklare sammenhængen, så det fremstod mere relevant for ledere og medarbejdere [på bostederne] [...]. Diabetes fylder ikke så meget for*

*borgerne og medarbejderne. For hjemløse, misbrugere etc. er diabetes ikke det, som er i fokus [...]. Det er vigtigt, at den, der underviser, har kendskab til psykiatrien, så der ikke er for stor afstand mellem dem.* (Projektgruppemedlemmer)

Projektgruppen peger på, at der også er gode erfaringer med undervisningen af medarbejdere i tidlig opsporing og somatik. Deres erfaring er, at det er afgørende, at underviserne har kendskab til det socialpsykiatriske felt, for det giver en bedre forståelse parterne imellem og gør det nemmere at gøre det somatiske fokus relevant for det socialfaglige og pædagogiske personale.

Undervisningserfaringerne peger således på, at der er potentiale for videreudvikling af samarbejdet med socialpsykiatrien omkring fokus på somatik og tidlig opsporing af type 2-diabetes. Det gælder for undervisning af medarbejderne, men også i forhold til at få bostøtterne tættere involveret i den tidlige opsporing af type 2-diabetes. Der er i projektet planlagt undervisning til bostøtterne primo 2022.

Overordnet set vurderer projektdeltagere på tværs af aktivitetsspor, at samarbejdet med lokalpsykiatrien ikke har været afprøvet og udviklet til sit fulde potentiale i projektet. En projektdeltager fortæller:

*Det har været vanskeligt at få [lokal]psykiatri ind over, det har vi ikke fået prøvet godt nok af. Egentlig også i forhold til opsporing og opkvalificering af personalet derude [på bostederne] [...]. Der er et stort potentiale fortsat i forhold til psykiatrien – for eksempel i forhold til bostøtterne, der er ude hos borgerne en gang om ugen; der kan de meget mere, end vi kan i forhold til at opspore og i forhold til at arbejde med, hvad er sundhed i psykiatrien.*

(Medarbejder, Sundhedssamarbejde og Forebyggelse)

*Psykiatrien kendte jeg slet ikke [før projektet startede] – der er stadig meget, som kan blive bedre, men vi har sået nogle frø.*

(Medarbejder, Sundhedssamarbejde og Forebyggelse)

Den helt centrale læring fra aktivitetssporet *Tidlig opsporing* er således, at det i en vis udstrækning har været vanskeligt at gøre somatisk sygdom relevant for målgruppen. En tidligere evaluering udført af VIVE viser, at det manglende fokus på somatisk sygdom i socialpsykiatrien er en velkendt problematik, som det kræver en særlig indsats at løse. Et vigtigt element er at klæde medarbejderne i socialpsykiatrien på til opgaven, så de kan hjælpe borgerne med at opsøge læge i tide (11).

#### 4.2.2 Aktivitetsspor *Data på tværs*

Den nedsatte datagrube har i aktivitetssporet *Data på tværs* undersøgt mulighederne for at dele data og viden på tværs af projektets aktører, samt hvordan disse muligheder kan anvendes til at understøtte den overordnede intention om datadrevet kvalitetsudvikling.

Datagrubbens indledende arbejde fokuserede på at trække data ud af de involverede aktørers dokumentationssystemer for at skabe et helhedsbillede og overblik over borgerens forløb samt identificere muligheder for at dele relevante data på tværs af involverede aktører.



Igennem de indledende dataaktiviteter blev der eksempelvis skabt et overblik over projektborgerenes forløb, der gjorde det tydeligt, at det kun var en meget begrænset gruppe borgere i målgruppen, som var tilknyttet de regionale aktører – særligt Diabetesambulatoriet, Sygehus Sønderjylland. Dette var en vigtig læring i projektet, og denne indsigt er også blevet anvendt til at justere Diabetesambulatoriets rolle i projektet.

Der er i projektperioden også blevet udviklet delvist automatiserede udtræk fra almen praksis' patientsystem, XMO, og der er skabt gode erfaringer med at anvende og dele både kliniske data og PRO-data på tværs (se også afsnit 4.3.2 og nedenfor).

Ved slutningen af projektperioden er der igangsat en pilotafprøvning af NOVA-link til deling af vigtig viden om borgeren mellem kommune og almen praksis. NOVA-link er en kommunikationsplatform, der giver mulighed for at dele viden på tværs mellem borgeren, almen praksis og medarbejdere i Sundhed og Forebyggelse, Haderslev Kommune. Projektgruppen påpeger, at det fremadrettet vil være oplagt at inddrage andre relevante aktører omkring NOVA-link-afprøvningen – eksempelvis socialpsykiatrien og jobcentrene, som ofte er involveret i borgerens samlede forløb.

Deltagere i datagruppen peger i interviewene på, at dataarbejdet har været forbundet med mange tekniske og juridiske udfordringer. Det har eksempelvis været vanskeligt at få gjort det teknisk muligt at automatisere dataudtræk fra XMO-systemet (almen praksis' patientsystem). Det har man arbejdet med i samarbejde med XMO-udviklerne og er kommet et stykke vej på den front. Et andet aspekt af udfordringerne har været hele det juridiske område relateret til GDPR-lovgivningen. Citatet nedenfor illustrerer med afsæt i arbejdet med NOVA-link, at det er et ressourcekrævende arbejde at få det juridiske på plads:

*En af udfordringerne har været det langstrakte i at få NOVA-link op at køre – GDPR og jura – det har været massivt at få det igennem. [...]. Nu når vi bare lige at få det åbnet op, og så skal vi jo lukke og slukke lige om lidt – hvad så derefter? Vi har ikke talt om, hvad der skal ske fremadrettet endnu.*

(Deltager i datagruppen)

De ovennævnte udfordringer betyder, at dataarbejdet ikke er kommet så langt, som der var lagt op til i den oprindelige projektansøgning. Men der er igennem datasporet skabt vigtige indsigter i, hvad der kan lade sig gøre i datadrevet kvalitetsudvikling, herunder vigtigheden af gode relationer (ansigt på, nærvær og løbende kontakt og lange varsler) og vedholdende opfølgning. Disse indsigter er vigtige og skal anvendes fremadrettet i forhold til at sikre et realistisk ambitionsniveau for dataarbejde på tværs af sektorer.

#### 4.2.3 Aktivitetsspor *Fremskudte borgerrettede indsatser*

Det andet aktivitetsspor, *Fremskudte borgerrettede indsatser*, har to primære elementer: 1) den tværsektorielle samarbejdsmodel og 2) etablering af tilbud til psykisk sårbare borgere med somatisk sygdom i de omgivelser, hvor de befinder sig.

##### **Den tværsektorielle samarbejdsmodel**

Det første element – den tværsektorielle samarbejdsmodel – har fokus på, at de involverede aktører får øget deres kendskab til hinanden og derigennem skabt bedre kommunikation og samarbejde omkring projektborgerne. De primære aktører i den tværsektorielle

samarbejdsmodel er læger og sygeplejersker fra almen praksis og medarbejdere fra Sundhedssamarbejde og Forebyggelse, Haderslev Kommune. Den praktiserende læge fungerer som tovholder for behandlingen af borgerens type 2-diabetes og sikrer involvering af og kommunikation med relevante tværfaglige samarbejdspartnere som fx lokal- og/eller socialpsykiatri, diætist, diabetesambulatorium, fodterapeut og øjenlæge. Borgerens digitale forløbsplan/fysiske vandrejournal er et centralt fælles redskab til at dele viden med og om borgeren.

Der er i projektperioden inkluderet i alt 17 borgere via de to almen praksis, der deltager i projektet. De primært ansvarlige fagpersoner peger ved interview på, at samarbejdet har været givende og resulteret i mere smidige samarbejdsrelationer, som kommer borgerne til gavn, jf. nedenstående citater:

*Det har virkelig givet noget godt til samarbejdet, at vi nu kender hinanden [...]. Nu ringer vi sammen og koordinerer, snakker med hinanden om, hvordan vi kan hjælpe borgeren bedst muligt under forløbet og med at fastholde og motivere. Det kunne man også udbrede generelt set, for der er mange sårbare med kontakter til kommunen. (Praksissygeplejerske)*

*Mit samarbejde med lægerne er blevet meget bedre. De er interesserede i det, jeg laver, og det er blevet let at skrive og ringe til dem. Der er også medarbejdere fra være- og bosteder, vi har fået øje på og derved også lærer at kende, og de får øje på, hvilke muligheder vi har lokalt.*

(Medarbejder, Sundhedssamarbejde og Forebyggelse)

Lokalpsykiatrien har fået en mindre rolle i samarbejdsmodellen, end de i udgangspunktet var tiltænkt, da det har vist sig vanskeligt at få dem inddraget aktivt i samarbejdsmodellen. For at imødegå dette er man i efteråret 2021 derfor begyndt at afholde tværfaglige koordineringsmøder mellem borgere, almen praksis, psykiatrien og Sundhedssamarbejde og Forebyggelse i Haderslev Kommune for udvalgte projektborgere.

Da databaseret kvalitetsudvikling og datadeling på tværs af aktører er et af projektets fokusområder, har man afprøvet flere måder at dele data på i relation til den tværsektorielle samarbejdsmodel. For det første er der anvendt en fysisk vandrejournal (med indhold svarende til forløbsplanen i almen praksis), som borgerne får udleveret og kan have med til deres aftaler og behandling på tværs af aktører. For det andet er der udviklet en mulighed for at dele oplysninger fra almen praksis' digitale forløbsplan til de kommunale medarbejdere, der arbejder med patientrettet forebyggelse for de borgere, der henvises fra almen praksis til de kommunale sundhedstilbud.

Erfaringerne med den fysiske vandrejournal er, at borgerne har været glade for at få en samlet oversigt over deres behandling og målsætninger mv. Det fremgår dog også, at planen ikke som forventet er anvendt af de øvrige kommunale og regionale fagpersoner, der er omkring borgerne, og derfor forventes den fysiske vandrejournal ikke videreført efter projektafslutning. Til gengæld er det en generel vurdering, at det, at de kommunale medarbejdere har kunnet tilgå forløbsplanen fra almen praksis, har styrket samarbejdet omkring patienten. Denne del af projektet forventes derfor videreført og videreudviklet til en mere generel måde at dele viden på.

I tilknytning til arbejdet med at dele viden mellem almen praksis og kommune har man også arbejdet med PRO-data for at få et fælles indblik i borgernes selvvaluerede helbred og dermed få skabt et fælles afsæt for arbejdet med livsstilsændringer mv. PRO-data er bl.a. indsamlet ved borgerens besøg i almen praksis og ved den indledende sundhedssamtale i Sundhedssamarbejde og Forebyggelse. En af deltagerne i datagruppen fortæller:

*I almen praksis og i kommunen registrerer de, hver gang der er en samtale med borgeren, hvor de laver opfølgning på selvvalueret helbred via 9 spørgsmåls. Det samles op og importeres i lab-systemet som et automatiseret spørgeskema. Det er vigtigt, fordi lægerne arbejder kun i deres patientsystem [...]. Det [dette aspekt af dataarbejdet] har udviklet sig fra, at vi sendte billeder til hinanden. (Deltager i datagruppen)*

Arbejdet med PRO-data er blevet en velintegreret del af samarbejdet, og både almen praksis og Sundhedssamarbejde og Forebyggelse finder arbejdet med PRO-data værdifuldt, da det giver en anden vej ind i samtalen med borgeren og supplerer de data, der er i forløbsplanen. Det er et element, som nogle af projektdeltagerne ser potentiale i at videreføre.

### **Sundhedsfremmende tilbud**

Det andet element i arbejdet med fremskudte indsatser består af en række prøvehandlinger om at etablere sundhedsfremmende tilbud i de omgivelser, hvor borgerne i målgruppen befinder sig. Dette er blevet et fokusområde, da projektdeltagerne har erfaring med, at geografisk afstand udgør en væsentlig barriere for borgerne i målgruppens deltagelse i kommunens eksisterende tilbud, som udbydes via sundhedscenteret beliggende i Haderslev. I projektregi er der derfor oprettet en aktivitetscafé – et trænings- og patientuddannelsesstilbud lokalt i Gram. Desuden er der blevet gennemført patientuddannelse med fokus på at håndtere livet med diabetes på væresteder for psykisk sårbare borgere i Haderslev Kommune, som har eller er i risiko for at udvikle type 2-diabetes. Patientuddannelsesforløbet foregik over 4 uger med én mødegang af 2 timer pr. uge.

De kommunale projektdeltagere, som har været de drivende kræfter i at udvikle og gennemføre tilbuddene, er enige om, at de lokale aktiviteter, der er etableret både i Gram og lokalt på værestederne, har været en succes. Succesen består i, at de deltagende borgere er dem, som de vurderer ellers ikke ville deltage i et træningsforløb eller gennemføre et patientuddannelsesforløb. Successen tilskrives særligt det forhold, at aktiviteterne er forankret i borgernes nærmiljø og bygger videre på deres eksisterende relationelle netværk som illustreret i nedenstående citater:

*Der er gode erfaringer med at holde diabeteskursus for brugerne på værestederne. Der bygger vi på de relationer, som de allerede har med hinanden derude, og det fungerer rigtig godt. De er meget interesserede og mødestabile. (Teamleder, Sundhedssamarbejde og Forebyggelse)*

*Vi kan se, at de [borgerne i målgruppen] dukker op, når tilbuddene er lokale. De kan ikke overskue at tage til Vojens, så det er en stor fordel, at vi har kunnet etablere et aktivitetstilbud hver mandag i Gram. Og vores samarbejde med motionscenteret derude, der kører et hold for dem 2 gange om ugen – dem*

*der deltager er nogen, jeg ellers ikke ville kunne få i gang [med at træne].*  
(Medarbejder, Sundhedssamarbejde og Forebyggelse)

På tværs af de involverede aktører i projektet er der enighed om, at det er den geografiske nærhed og netværksforankringen, der har været afgørende for, at patientuddannelses tilbud for brugere på væresteder og de lokale tilbud i Gram er blevet brugt. Men et dilemma, der træder tydeligt frem, er, at hvis de lokalt forankrede tilbud skal være bæredygtige, så er det nødvendigt at udvide målgruppen.

### 4.3 Status, opnåede resultater og fremadrettede perspektiver

Ved udgangen af 2021 var projektets tre aktivitetsspor stadig aktive. Den resterende del af projektperioden bliver anvendt til at afprøve nye elementer, som hver især bygger videre på den læring, der er kommet ud af projektets aktivitetsspor og prøvehandling.

I aktivitetssporet *Tidlig opsporing* er der i primo 2022 planlagt yderligere uddannelsesaktiviteter for medarbejdere på bo- og væresteder i den motiverende samtale og desuden undervisning målrettet bostøtter i socialpsykiatrien.

Som led i et udvidet samarbejde mellem Sundhedscenter Haderslev og Sygehus Sønderjylland åbner der ved årsskiftet 2022 en satellitfunktion på Sundhedscenter Haderslev, der giver patienter mulighed for kontrolbesøg ved sygeplejerske fra diabetesambulatoriet. På sigt er det planen, at der bliver mulighed for digital opkobling til læge og diætist fra Diabetesambulatoriet. Tilbuddet kommer indledningsvist til at være tilgængeligt 2 dage om måneden i Sundhedscenter Haderslev. En sygeplejerske, der har været involveret i udarbejdelsen af tilbuddet, forventer, at tilbuddet har potentiale til at bidrage til at skabe tættere samarbejde omkring målgruppen fremadrettet, jf. citatet nedenfor:

*Vi tror på, at en fysisk tilstedeværelse med sygeplejeopfølgning i Sundhedscenter Haderslev vil understøtte et tættere og bedre samarbejde.*  
(Projektdeltager, Diabetesambulatoriet, Sygehus Sønderjylland)

Projektdeltagerne beskriver, at en udfordring i projektet har været at få psykiatrien aktivt med i samarbejdet i den tværsektorielle samarbejdsmodel. For at imødekomme denne problematik har man i efteråret 2021 oprettet tværfaglige koordineringsmøder mellem borger, almen praksis, psykiatrien og Sundhedssamarbejde og Forebyggelse i kommunen. Deltagerne peger på, at de har fået få, men gode erfaringer med denne form for møder. I den sidste del af projektperioden vil man derfor fokusere på at få flere erfaringer med dette mødeformat.

Endelig har man i aktivitetssporet *Data på tværs* arbejdet med at afprøve en ny form for datadeling mellem Sundhedssamarbejde og Forebyggelse og almen praksis. Datadelingen sker gennem NOVA-link, som giver mulighed for at dele viden om borgerens forløb i relation til samarbejdet om patientrettet forebyggelse og livsstilsændringer. Foreløbig evaluering har dog vist, at løsningen ikke uden videre lader sig implementere, så det meningsfuldt kan bruges på tværs. En udfordring handler om, at der for hver enkelt borger skal indhentes informeret samtykke til løsningen, hvilket er administrativt tungt. En

anden væsentlig barriere for at anvende NOVA-link er, at der er tale om dobbeltdokumentation, og at løsningen ikke kan integreres i almen praksis' dokumentationssystem. Ultimo januar 2022 er det aftalt at lave en beskrivelse af implementeringsudfordringer og forslag til forbedringer af løsningen med henblik på at tage kontakt til KMD og XMO.

#### 4.3.1 Opnået læring og resultater

Projektdeltagerne er enige om, at den somatiske tilgang til målgruppen af psykisk syge og sårbare projektborgere har været en udfordring, som det er vigtigt at tage læring af fremadrettet. Det skyldes for det første kriterierne om, at de deltagende borgere skal a) have type 2-diabetes, b) være særligt sårbare, c) være tilknyttet et af de to specifikke lægehuse, d) have en aktiv snitflade til psykiatrien og d) kunne rumme at indgå i et projekt, der har gjort det svært at finde relevante borgere til at indgå i projektets prøvehandlinger.

For det andet har projektets somatiske udgangspunkt været svært at matche til borgerne og helheden i deres situation, hvor somatisk sygdom ofte fremstår som et sekundært problem sammenlignet med sociale, psykiske og økonomiske forhold som illustreret i citaterne nedenfor:

*Fra projektets start har der fra almen praksis' side været en indsigelse omkring spillereglen med diabetes. Det tog noget tid for os andre at forstå, at det handler om udsathed og ikke primært om diabetes. Det kunne give os nogle endnu mere relevante borgere at have udsathed som afsæt, i stedet for at det skal handle om diabetes. (Deltager i projektgruppen)*

*Og så er der målgruppen. En vigtig læring for os er, at de fremtidige tilbud skal kunne dække multisygdom [...]. Sundhedsstyrelsen udbyder en klassisk monofaglig projektpulje, men kommunernes styrke ligger i det helhedsorienterede, ikke i det diagnosespecifikke. Der er behov for fokus på de multisyge. (Styregruppemedlem)*

*Min vinkel er den sårbare borger, som vi har mange af her i byen. Det er det vigtige – ikke diabetes. Det med at de både skal have diabetes og være sårbare har minimeret målgruppen. Den kunne have været meget større, hvis afsættet var sårbarhed. (Praktiserende læge)*

Det fremstår derfor<sup>9</sup> som en vigtig erkendelse, at målgruppen skal justeres i eventuelle fremtidige tilbud, således at det er psykisk sårbarhed eller multisygdom, der bliver det centrale målgruppekriterie, samt at der er behov for en mere helhedsorienteret og individuel indsats end det, der lægges op til i de eksisterende tilbud om patientrettet forebyggelse.

De gennemførte interviews tegner et billede af et projekt, der ifølge projektdeltagerne er lykkedes med at skabe bedre samarbejde, udvikle lokale tilbud til målgruppen og bedre forløb på trods af covid-19 og problemer med at identificere nok relevante borgere inden

---

<sup>9</sup> Dette er i overensstemmelse med både litteraturen på området (se fx (12)) og eksisterende danske erfaringer (se fx (13)).

for den smalle målgruppedefinition. Projektets succes tilskrives god deltagelse og opbakning fra de involverede samarbejdspartnere. Desuden udpeger styregruppen for projektet, at tid til det relationelle og en ekstern samarbejdspartner som to elementer, der har været afgørende for projektet:

*Det har været en gevinst at have Type2dialog med til at se det lidt udefra. De kan spørge lidt skævt, og det har givet et godt udbytte. Det er også det, der har gjort, at vi er kommet så langt, som vi er, på datadelen. [...] Det har også betydet enormt meget, at vi har haft tid til at dyrke det relationelle.*  
(Styregruppedeltager)

Projektdeltagerne udpeger tre overordnede resultater fra projektet.

**Lokale tilbud:** Det første består i, at de har etableret lokale tilbud til særligt sårbare borgere både lokalt i nærmiljøet i Gram og på væresteder for psykisk sårbare borgere. Tilbuddene bliver vurderet som værdifulde, idet det er lykkedes for borgere, som har været i systemet i mange år, at gennemføre indsatser såsom deltagelse i patientundervisningsforløb eller træningsforløb.

**Forbedret koordinering og kommunikation:** For det andet peger projektdeltagerne på, at der er blevet skabt bedre skriftlig og mundtlig kommunikation og koordinering omkring borgernes forløb, særligt mellem de to deltagende almen praksis og Sundhedssamarbejde og Forebyggelse, Haderslev Kommune. Det styrkede samarbejde bygger på de personlige faglige samarbejdsrelationer, der er etableret, og den fælles viden der er opstået om hinandens rolle og muligheder i forløbene omkring fælles borgere. Som illustreret i citatet nedenfor peger flere af de interviewede på jobcenteret som en relevant part at involvere i samarbejdet omkring målgruppen af sårbare borgere:

*Gevinsten ligger i de styrkede relationer mellem os og medarbejderne fra kommunen. Jobcenteret kunne også have været en relevant samarbejdspartner, hvis afsættet er de sårbare.* (Praktiserende læge)

**Deling af data:** Den tredje overordnede læring knytter sig til de fremskridt, der er skabt på datadelingsområdet. I projektet er man lykkedes med at skabe delvist systematiserede XMO-dataudtræk fra forløbsplaner på PRO og kliniske data og er kommet igennem det vanskelige (juridiske) forarbejde, der skal til for at gøre det muligt at dele relevante oplysninger mellem sektorer via NOVA-link-plattformen. NOVA-linket tilskrives af projektdeltagerne et stort potentiale i forhold til datadeling fremadrettet, også med en udvidelse af de deltagende parter i datadelingen. Herunder tilskrives NOVA-link også mulighed for at inkludere PRO-data samt at fungere som et holdepunkt for de involverede patienter. Potentialet forbundet med NOVA-link gælder desuden på generelt niveau og ikke kun i forhold til diabetes som illustreret nedenfor:

*Hvis Nova-link kommer op at køre, så er det noget, der kan danne præcedens for Haderslev og for andre kommuner. Det kunne give supermeget mening, hvis også jobcentre og socialpsykiatrien kom med på løsningen. Det nuværende dækker jo kun en lille del af borgerens samlede forløb.*  
(Projektgruppedeltager)

#### 4.3.2 Fremadrettede perspektiver

'Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri' har ikke resulteret i en egentlig samarbejdsmodel og fremadrettet indsats målrettet socialt og psykisk udsatte patienter med type 2-diabetes. Det primære udbytte knytter sig i stedet til de erkendelser – og den fælles opmærksomhed – der er skabt om behovet for en helhedsorienteret tilgang til disse patienters samlede situation, herunder ikke mindst den fælles forståelse for, at diabetes og lignende somatiske diagnoser oftest er en sekundær problemstilling for patienterne i målgruppen.

For de involverede fremstår det øgede kendskab til hinandens roller i borgerens forløb, de forbedrede kommunikationsformer og styrkede personlige samarbejdsrelationer som aspekter, der vil gavne deres fortsatte samarbejde. Tilsvarende ses en værdi i, hvis disse relationer kunne udbredes som del af det generelle samarbejde, men der var på tidspunktet for denne evaluering ikke truffet beslutninger om, hvorvidt og hvordan dette skal ske. Det fremstår i den forbindelse som en udfordring, at de positive resultater er relationelt funderet og båret af få ildsjæle, hvilket gør det sårbart i forhold til at udbrede erfaringerne til flere aktører – eksempelvis flere almen praksis, jobcentre og lignende.

I projektet er udviklet en række tiltag og aktiviteter, der er mulige at videreføre og udvikle. Det drejer sig for det første om de tværfaglige koordineringsmøder mellem almen praksis og øvrige relevante fagpersoner med tilknytning til psykisk og socialt udsatte patienter. For det andet fremstår det opsøgende arbejde på bo- og væresteder samt muligheden for fremskudte indsatser i lokalområdet som konkrete elementer, der kan og bør videreføres som en del af indsatsen målrettet socialt og psykisk udsatte patienter.

I relation til projektets gennemgående fokus på datadeling peger deltagerne på, at det er slidsomt at indsamle data, og at det optimalt set skulle foregå automatisk. De er nået et stykke af vejen, men er ikke i mål endnu. Et centralt uafklaret spørgsmål er i den forbindelse, hvor dataarbejdet organisatorisk skal forankres i en eventuel fremtidig form.

På tidspunktet for evalueringen var der ikke truffet beslutninger om, hvorvidt og hvordan læring og resultater fra 'Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri' kan videreføres. Det fremgår dog, at projektets styregruppe arbejder på at udvikle et fase 2-projekt, som kan arbejde videre med fokus på en smidigere tilpasning mellem system og borger – herunder et særligt fokus på at undersøge, hvorvidt det er muligt at implementere NOVA-link i daglig praksis, så der kan arbejdes videre med datadeling på tværs af aktører.

## 5 Konklusioner og anbefalinger

Dette kapitel præsenterer VIVEs konklusioner og anbefalinger til, hvordan de tre projekters erfaringer og resultater kan videreføres og kvalificere arbejdet med at udvikle lokalt forankret populationsbaseret samarbejde om diabetesbehandling.

Vi starter med at gennemgå de tværgående konklusioner og anbefalinger, der tegner sig på baggrund af alle tre projekter. Herefter følger tre mere detaljerede afsnit, der opsummerer læring og resultater fra hver af de undersøgte projekter samt VIVEs konklusioner og anbefalinger til, hvordan projekternes resultater kan anvendes fremadrettet.

### 5.1 Tværgående konklusioner og anbefalinger

Det fremgår af de foregående kapitler, at de undersøgte projekter er væsensforskellige både hvad angår fokus, målsætninger, metoder, populationsdatas rolle i projekterne og modenheden i de opnåede resultater. Der fremstår dog tre væsentlige tværgående konklusioner, som er sammenfattet nedenfor og uddybes i de efterfølgende afsnit:

- Arbejdet med at udvikle et populationsbaseret samarbejde kræver en dedikeret tværsektoriel projektledelse, samt at der er mulighed for, at arbejdet ud fra et langsigtet perspektiv giver mulighed for strategisk vidensopbygning.
- Et velfungerende populationsbaseret samarbejde kræver investering i bottom-up-involvering og mulighed for at udvikle og vedligeholde fælles viden og tillidsfulde faglige relationer mellem de involverede aktører.
- Populationsdata, der opleves meningsfulde og anvendelige, har et stort potentiale for at styrke og informere den samlede behandlingsindsats og samarbejdet omkring denne. De elektroniske forløbsplaner i almen praksis fremstår i den forbindelse som et eksisterende redskab, der med fordel kan prioriteres fremadrettet.

#### 5.1.1 Projekternes deltagerkreds og projektperiode(r)

I alle tre projekter har deltagerkredsen indledningsvist været relativt snæver, og fra dette udgangspunkt har de enkelte projekter arbejdet organisk med vidensindsamling, prøvehandling og vidensdelingsaktiviteter i tæt samspil med kerneaktører på området.

Udviklingsarbejdet har i alle tre projekter været drevet af en dedikeret tværsektoriel projektledelse, der har haft stor betydning for fremdrift og resultater. Særligt har det vist sig afgørende at have almen praksis repræsenteret i projektledelsen, da praksislægerne har en fremtrædende rolle og tovholderfunktion for langt de fleste forløb for patienter med type 2-diabetes. Praksislægernes deltagelse i projektledelserne har samtidig givet adgang til viden om patientpopulationen og muligheder for at gennemføre prøvehandling mv. i tæt samarbejde med de deltagende praksislæger og deres personale.

Det er væsentligt at understrege den banale, men ikke desto mindre vigtige præmis, at udvikling tager tid. Det gælder ikke mindst, når afsættet, som det er tilfældet i de undersøgte projekter, er innovation og udvikling. Det er tydeligt, når man ser på resultaterne på tværs af projekterne, hvor TværSam er nået markant længere i at arbejde datadrevet på



populationsniveau end de andre projekter (der dog heller ikke har haft samme ambitionsniveau i forhold til det datadrevne element). Selv for TværSam, der i regi af denne evaluering er et 2. generationsprojekt, vil udbredelse og implementering til fuld drift kræve en tredje projektfase.

Det fremstår derfor som en central anbefaling, at arbejdet med at udvikle et populationsbaseret samarbejde – på diabetesområdet såvel som generelt set – tilrettelægges med afsæt i et langsigtet strategisk perspektiv, der giver bedre mulighed for strategisk vidensopbygning end korterevarende puljer.

### 5.1.2 Et tværgående fokus på involvering og kapacitet til relationel koordinering

Et andet fællestræk i den måde, man i de tre projekter har arbejdet på, er det eksplicite fokus på involvering og relationel koordinering som fundament for udviklingsarbejdet. At lykkes med at skabe fælles viden på tværs af aktører/sektorer og styrke deltageres evne til relationel koordinering fremstår som et vigtigt resultat i alle tre projekter, dels som afsæt for nye initiativer og styrket samarbejde efter endt projektperiode, dels som afsæt for, at arbejdet med data har været relevant og anvendeligt for deltagerne. Muligheden for at holde onlinemøder fremstår endvidere som et vigtigt understøttende element i forhold til at fastholde relationer og faglig sparring, når først det grundlæggende fundament er på plads.

Det fremstår derfor som den anden overordnede anbefaling, at arbejdet med vidensdeling, fælles mål og gensidig respekt mv. – som det er sket i puljeprojekterne – huskes og prioriteres i det videre arbejde på området.

### 5.1.3 Populationsdata kan på afgørende måder styrke behandling og samarbejde om og med patienterne

Et tredje fællestræk projekterne imellem er, at de alle på forskellige måder viser, hvordan populationsdata kan styrke samarbejdet omkring behandlingen for patienter med type 2-diabetes. Det gælder både ved at bidrage til forbedret samarbejde mellem de fagprofessionelle, der indgår i forskellige dele af patienternes forløb, og gennem brug af data i interaktionen med patienterne. Fælles for de tre projekter er videre, at forløbsplanerne, der allerede er et obligatorisk element i diabetesbehandlingen (og på sigt en række andre af de store kroniske diagnoser) i almen praksis, er blevet inddraget på forskellig vis i dataarbejdet.

Det anbefales derfor at prioritere samspillet mellem forløbsplanerne og arbejdet med databaseret populationsoverblik i det fremadrettede arbejde med diabetesindsatsen såvel som i relation til de øvrige diagnoser, der med tiden kommer til at være funderet i forløbsplaner med afsæt i almen praksis.

## 5.2 Konklusioner og anbefalinger relateret til TværSam-projektet

TværSam er er det eneste af de undersøgte projekter, som har etableret et fagligt netværk og en populationsbaseret samarbejdsmodel, der er forankret i daglig praksis og på

tværs af sektorer, aktører og indsatser. Dette kan henføres til, at TværSam er et 2. generationsprojekt, samt at der på en lang række parametre har været en velfungerende tværsektoriel projektorganisation med høj grad af personkontinuitet. Projektstarten i 2018 har desuden givet TværSam mulighed for – uforstyrret af covid-19 – at gennemføre en intensiv pilotfase med mange ressourcer sat af til at få skabt det essentielle relationelle fundament for projektet via vidensdelingsmøder og gensidige besøg i hinandens praksis.

### 5.2.1 VIVEs konklusioner

TværSam har været begunstiget af en velfungerende tværsektoriel projektorganisation, hvor der har været kontinuerlig ledelsesopbakning, relevante beslutningskompetencer og tilstedeværelse af ildsjæle igennem hele projektperioden. Der har samtidig været tilknyttet en dedikeret projektledelse på både ledelsesniveau og det praktiske operationelle niveau, der har fungeret uden udskiftninger i næsten hele forløbet. Disse forhold fremstår som vigtige elementer for de opnåede resultater.

Det fremstår som en væsentlig driver for de opnåede resultater, at projektet er gennemført i et bottom-up-perspektiv, hvor der har været afsat tid og ressourcer til vidensdeling, udvikling af kapacitet til relationel koordinering og samarbejde, inden arbejdet med at etablere en fælles database gik i gang. Kapaciteten til relationel koordinering og de tættere faglige relationer, der er etableret på tværs af de deltagende fagpersoner, fremstår som et vigtigt udbytte, der smitter af på den daglige behandling og samarbejdet om diabetespatienter. Samtidig fremstår den fælles viden, der er oparbejdet i pilotfasen, som et væsentligt fundament for, at det efterfølgende arbejde med datadrevet kvalitetsudvikling har været meningsfuldt og værdiskabende på tværs af involverede aktører og fagpersoner.

Med afsæt i TværSam-netværket og den fælles tilgang til at samarbejde på tværs omkring diabetespatienter har det været muligt løbende at udvikle og inkludere nye initiativer i TværSam. Det gælder fx oprettelse af en klyngetelefon, lister med fælles og opdaterede kontaktoplysninger, forbedret henvisningspraksis, sammedagsscreening, PRO-afprøvning og virtuelle patientkonferencer. TværSam fungerer derved som en form for grundlæggende samarbejdsmodel, som har vist sig at være fleksibel og robust i forhold til at optage nye initiativer og samarbejdsformer, der kan give synergi mellem de mange forskellige tiltag, der eksisterer på diabetesområdet.

Endelig er der gjort positive erfaringer med at sprede TværSam-modellen til indtil videre et andet tværsektorielt netværk, der er oprettet i Frederiksberg Kommune. Det fremgår, at opstarten af dette netværk har krævet væsentligt færre ressourcer, fordi man har kunnet trække på de erfaringer og metoder, der allerede er udviklet og gennemafprøvet i TværSam. Denne evaluering inkluderer ikke netværket på Frederiksberg, men det fremgår af interview, at der opleves et sammenligneligt positivt udbytte her.

### 5.2.2 VIVEs perspektivering og fremadrettede anbefalinger

TværSam-projektet illustrerer – også set i relation til evalueringens to øvrige puljeprosjekter – at udvikling og innovation (ikke mindst når det sker på tværs af sektorer (14)) tager tid og fordrer mulighed for projekter med flere faser og et langsigtet udviklingsperspektiv. Det giver dels mulighed for at stoppe op og træffe et kvalificeret valg, om

der er basis for at fortsætte indsatsen, dels mulighed for at arbejde med det lange seje træk det typisk kræver at komme fra innovation til nye rutiner og indsatser, der er integreret i hverdagen.

Det er i den forbindelse en vigtig pointe, at TværSam med afslutningen af projektperioden står over for en ny fase, hvor det på strategisk niveau skal besluttes, om – og hvordan – der skal arbejdes videre med at udbrede de udviklede metoder og resultater. Det gælder i relation til diabetessamarbejdet, hvor TværSam-modellen endnu kun inkluderer en snæver kreds af det samlede antal lægepraksis' og relevante kommunale og hospitalsansatte fagpersoner. Samtidig er der et muligt potentiale for at anvende TværSam-modellen som afsæt for at styrke samarbejdet omkring andre diagnoser som KOL, hjertekarsygdom eller stress, angst og depression.

VIVE anbefaler derfor, at der arbejdes videre med TværSams resultater med henblik på at afdække mulighederne for udbredelse og videreudvikling i et set-up, der rækker ud over den eksisterende kontekst. Der er umiddelbart tre gensidigt supplerende arenaer, som fremstår relevante i en sådan sammenhæng. Det drejer sig om de eksisterende kvalitetsklynger for almen praksis, de fremadrettede sundhedsklynger, der skal oprettes omkring de 21 akuthospitaler, og udviklingsarbejdet i regi af de 5 regionale Steno Diabetescentre.

I forhold til de eksisterende kvalitetsklynger i almen praksis er der et stort overlap mellem mange klyngers fokus og det populationsbaserede kvalitetsarbejde, der er gennemført i regi af TværSam. Til gengæld udmærker TværSam sig ved sin tværsektorielle forankring samt deltagelsen af relevant praksispersonale – hvilket netop fremstår som opmærksomhedspunkter i forhold til kvalitetsklyngerne, der primært involverer ejerlæger og har et internt 'almen praksis-fokus' for deres arbejde (15). En eventuel kobling til arbejdet i kvalitetsklyngerne kan også udgøre et vigtigt skridt på vejen til at få TværSam udbredt fra den nuværende lille kreds af særligt interesserede lægepraksis til en bredere kreds af lægepraksis.

I forhold til TværSams potentiale i sundhedsklyngeregi mangler der forsat afklaring på, hvornår og hvordan disse konkret udmøntes. TværSams organisering, fokus og resultater indeholder imidlertid mange ligheder med de løsningsforslag og forventninger, der er til sundhedsklyngerne (16-18). Det fremstår derfor relevant at anvende erfaringerne fra TværSam i det videre arbejde med at indholdsudfylde sundhedsklyngerne på nationalt såvel som lokalt niveau.

Steno Diabetes Center Copenhagen er allerede en vigtig samarbejdspartner til TværSam, og en fortsættelse af arbejdet med modellen kan give mulighed for fortsat udvikling og konsolidering af dette samarbejde i forlængelse af det eksisterende set-up. Tilsvarende kan der på sigt være et potentiale for at dele viden og inspiration fra TværSam på tværs af Steno-centrene – som det fx allerede sker i forbindelse med indsatsen om 'Sam-medagsscreening'.

## 5.3 Konklusioner og anbefalinger relateret til 'Type 2-diabetes – et samarbejde i Midtklyngen'

Midtklyngens projekt udspringer af et ønske om at implementere 'bedre i bund' i forhold til de eksisterende aftaler om arbejdsdeling, opfølgning og muligheder for rehabilitering mv. målrettet type 2-diabetes. Målet er, at opnåede resultater og læring skal danne afsæt for i første omgang at formulere en ny samarbejdsmodel med tilhørende indsatser til understøttelse af implementering i Midtklyngens geografi. På sigt er der desuden en forventning om, at modellen kan udbredes til at omfatte Region Midtjyllands øvrige klynger, hvis modellen er velfungerende.

Midtklyngeprojektet havde som afsæt, at udviklingsarbejdet skulle være bredt forankret og drevet af relevante fagpersoner på tværs af sektorer, hvilket har givet store udfordringer set i sammenhæng med covid-19-situationen. En stor del af projektets vidensindsamling mv. er derfor blevet udført af eksterne konsulenter, hvilket har betydet en mindre grad af involvering af kernebrugerne af den fremtidige samarbejdsmodel. De gennemførte analyser (7, 9-10) har sammen med drøftelser på tværsektorielle workshops dannet afsæt for prøvehandlinger målrettet:

- Virtuel undervisning omhandlende populationsoverblik, anvendelse af forløbsplansmodulet i almen praksis og almen praksis opfølgning (herunder også i form af henvisninger til kommunale indsatser)
- Ny henvisningsprocedure og oplysningskampagne målrettet almen praksis for at øge og ensarte antallet af henvisninger til de eksisterende kommunale tilbud om patientuddannelse og rehabilitering
- Indsamling af patientperspektiver – for det første via dialogmøder med borgere og pårørende for at få input til den fremadrettede udformning af de kommunale tilbud, for det andet for at få viden om patienternes oplevelser af diabetesbehandlingens organisering og mødet med de involverede sundhedsprofessionelle.

### 5.3.1 VIVEs konklusioner

Midtklyngens projekt har haft en velfungerende tværsektoriel forankring og stor ledelsesopbakning på projektniveau såvel som i relation til formandsskabet for Midtklyngen. En tydelig strategi for bottom-up-involvering i forhold til projektets indhold og fokus, samt at der er arbejdet med at styrke deltagernes fælles målsætninger, viden og gensidige respekt, fremstår også som årsag til, at projektet vurderes positivt på tværs af de interviewede projektdeltagere.

Midtklyngeprojektets målsætninger, vidensaktiviteter, prøvehandlinger mv. fremstår genkendelige og velbeskrevne i forhold til tidligere initiativer målrettet den tværgående diabetesindsats i dansk kontekst (se fx 19-21). De anvendte metoder, prøvehandlinger og deltagernes perspektiver på udbyttet af disse illustrerer vigtigheden af et kontinuerligt fokus på at udvikle og vedligeholde det tværgående samarbejde om diabetesbehandlingen, herunder specifikt værdien af at have gode data og velegnede redskaber til rådighed, der kan understøtte det populationsbaserede arbejde i almen praksis. Det kan også være med til at styrke almen praksis i det konkrete arbejde med at fungere som tovholder i relation til patienternes samlede behov for opfølgning og rehabilitering.

### 5.3.2 Perspektivering og VIVEs fremadrettede anbefalinger

Midtklyngeprojektets aktiviteter udmøntes i foråret 2022 i et oplæg til den fremadrettede samarbejdsmodel, der er sat som målsætning for projektet, hvorefter der skal træffes beslutning om, hvorvidt og i givet fald hvordan der skal arbejdes videre med denne. Derfor er det ikke relevant at opstille nye eller generelle anbefalinger på nuværende tidspunkt.

Potentialet i Midtklyngens projekt knytter sig i stedet til, i hvilket omfang den skabte viden bliver inkluderet i den fremtidige samarbejdsmodel om den samlede diabetesindsats, herunder specifikt, i hvilket omfang projektets resultater bliver omformet til konkrete og forpligtende tiltag, der kan understøtte reel implementering og efterlevelse af i forvejen indgåede aftaler. Sådanne konkrete aftaler for implementering udgør nemlig en mangelvare i de eksisterende forløbsprogrammer og de aftaler, der typisk er indgået omkring det tværgående diabetesamarbejde i sundhedsaftaleregion.

Hvis det aftales at indarbejde projektets viden og prøvehandling som en del af den fremadrettede samarbejdsmodel, anbefaler VIVE på baggrund af erfaringerne fra denne evaluering, at der tilknyttes ressourcer og beslutningskraft til modellen – dels i forhold til det forestående implementeringsarbejde, dels til at evaluere på de opnåede resultater, inden der træffes beslutning om en eventuel udbredelse til de øvrige fire klynger i regionen.

## 5.4 Konklusioner og anbefalinger relateret til 'Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri'

'Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri' har haft et eksplorativt fokus på, hvordan der i et tværsektorielt perspektiv (der inkluderer aktører fra socialpsykiatrien og den regionale psykiatri) kan samarbejdes om opsporing og behandling af type 2-diabetes for psykisk og socialt sårbare patienter. Dette udgangspunkt har medført en vis kompleksitet, hvad angår antallet af involverede aktører, de tilknyttede vidensbehov og metoderne til at belyse dette. Projektet har med dette afsat udforsket nye veje i forhold til opsporing, samarbejde og datadeling omkring de mest sårbare patienter via nedenstående initiativer:

- Undervisning for socialpædagogiske medarbejdere på bo- og væresteder i opsporing af somatisk sygdom og den motiverende samtale samt undervisning målrettet bostøtter i socialpsykiatrien
- Screenings-/opsporingssamtaler, der tilbydes beboerne på psykiatriske botilbud og væresteder i Haderslev Kommune
- Tværfaglige koordineringsmøder – i første omgang mellem borger, almen praksis og det kommunale sundhedsområde og sidst i projektperioden også med involvering af psykiatrien
- Analyser af, hvordan målgruppens samlede kontakt med sundhedsvæsenet ser ud, samt hvilke muligheder der er for at dele relevant viden på tværs af aktører
- Etablering af lokalt forankrede kommunale sundhedstilbud i borgernes nærmiljø
- Etablering af regional satellitfunktion vedrørende ambulante diabetesopfølgning på Haderslev Sundhedscenter.

#### 5.4.1 VIVEs konklusioner

'Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri' har ikke indfriet de oprindelige (og ganske ambitiøse) målsætninger om at etablere en samarbejdsmodel og fremadrettet indsats målrettet socialt og psykisk udsatte patienter med type 2-diabetes. Det primære udbytte knytter sig i stedet til de erkendelser – og den fælles opmærksomhed – der er skabt om behovet for en helhedsorienteret tilgang til disse patienters samlede situation, herunder ikke mindst den fælles forståelse for, at diabetes og lignende somatiske diagnoser oftest er en sekundær problemstilling for patienterne i målgruppen.

De involverede fagpersoner og ledere har opnået langt større kendskab til hinandens roller i borgerens forløb, forbedrede kommunikationsformer og styrkede personlige samarbejdsrelationer. Disse resultater kan have stor værdi, hvis de kan udbredes som en del af det generelle samarbejde om de sårbare patienter i målgruppen. Der er dog på nuværende tidspunkt ikke truffet beslutning om, hvorvidt og hvordan dette skal ske. Det fremstår i den forbindelse som en udfordring, at projektets resultater er båret af få ildsjæle, hvilket gør, at det ikke er ligetil at udbrede erfaringerne til flere aktører – eksempelvis flere almen praksis, jobcentre og lignende.

Projektets aktiviteter har også ledt til erkendelser og resultater, der potentielt kan danne afsæt for fortsat udvikling af samarbejdet – og deling af viden – der styrker den lokale indsats for psykisk sårbare generelt og dem med diabetes specifikt.

Nogle erkendelser er velkendte og velbeskrevne i både litteratur og tidligere danske initiativer på området, uden det derved er sagt, at der findes entydige løsninger at læne sig op ad (se fx 11-12, 20-23). Det drejer sig fx om sammenhængen mellem geografisk afstand og sårbare patienters manglende muligheder for at deltage i og profitere af de kommunale tilbud relateret til diabetes og livsstil, hvorfor fremskudte og håndholdte indsatser kan have stor værdi for målgruppen.

Det samme gælder de opnåede erkendelser om nødvendigheden af et system og fagpersoner, der er i stand til at møde målgruppen af psykisk og socialt sårbare diabetespatienter helhedsorienteret og med hensyntagen til den enkeltes samlede livssituation. Herunder fremstår det også centralt, at diabetes typisk ikke er den primære og mest synlige udfordring i patienternes hverdag, ej heller som et primært opmærksomhedspunkt for de fagpersoner (bostøtter, pædagogisk personale, socialrådgivere mv.) der er i kontakt med patienterne. Igen er der tale om vigtige – og velkendte – udfordringer, hvor der til gengæld gennem projektet er skabt erfaringer med at tværfaglige koordineringsmøder, kan give et godt udbytte.

Andre erkendelser, som er fulgt af arbejdet med kortlægning af patienternes forløb og muligheder for datadeling, er mindre velbelyste i den eksisterende viden på området og derfor af stor relevans for det fremadrettede arbejde med at styrke den tværgående indsats for målgruppen. Det drejer sig fx om, at gruppen af psykisk og socialt sårbare patienter, der har forløb tilknyttet både den regionale psykiatri og den regionale endokrinologi, er langt mindre end forventet. Dels fordi forløbene typisk er forskudt for hinanden i tid, dels fordi mange patienter i målgruppen ender med at blive i primærsektoren på grund af underdiagnosticering, og fordi de mangler ressourcer til at passe ind i sundhedsvæsenets standardbehandlingsforløb. Dette har været en vigtig erkendelse i lyset af, at det har været

vanskeligt at definere en meningsfuld rolle for de regionale aktører i projektet – og derfor også forklaring på, hvorfor det i udgangspunktet var vanskeligt at engagere de regionale projektdeltagere i det forventede omfang. Disse resultater fra dataarbejdet har hjulpet med at fokusere projektsamarbejdet i retning af primærsektoren, dels i akserne mellem almen praksis og det kommunale sundhedsområde, dels i forhold til den interne organisering og snitflader imellem de kommunale indsætter.

#### 5.4.2 Perspektivering og VIVEs fremadrettede anbefalinger

I projektet er udviklet en række tiltag og aktiviteter, der er mulige at videreføre og udvikle fremadrettet. Det drejer sig for det første om de tværfaglige koordineringsmøder mellem almen praksis og øvrige relevante fagpersoner med tilknytning til psykisk og socialt udsatte patienter. For det andet fremstår det opsøgende arbejde på bo- og væresteder samt muligheden for fremskudte indsætter i lokalområdet som konkrete elementer, der kan og bør videreføres som en del af den lokale indsats målrettet socialt og psykisk udsatte patienter. I lyset af projektets erfaringer er det dog værd at overveje, om målgruppen skal defineres af en specifik somatisk diagnose.

Tilsvarende er der en fremadrettet værdi knyttet til resultaterne af projektets arbejde med datadeling. Det har krævet et stort udviklingsarbejde at skabe overblikket, udvikle de aftaler, der muliggør deling af viden, og i sidste del af projektet omsætte dette fundament til aktiv vidensdeling mellem almen praksis og kommune og indlede prøvehandlinger med app'en NOVA-link. Det er væsentligt, at de opnåede erfaringer med datadeling indtænkes i en videreførelse og eventuel udvidelse af projektet.

Det fremstår derfor relevant, at projektets parter arbejder på at udvikle et fase 2-projekt, hvor arbejdet med at udvikle de spor, der er lagt i retning af en mere helhedsorienteret og håndholdt indsats over for udsatte borgere, kan videreføres og udbygges. Det vil også give mulighed for at forfølge de muligheder for datadeling, der er udviklet via det forberedende arbejde med NOVA-link.

## Litteratur

- 1) Sundheds- & Ældreministeriet (2017): Den nationale Diabeteshandlingsplan. København, Sundheds- & Ældreministeriet.
- 2) Klausen, E.K., Larsen, A.T., Bonde, M.B., Topholm, E.H. & Rasmussen, H.K. (2020): Almen praksis' rolle i forhold til borgere med kroniske lidelser. København, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- 3) Gittel, J.H. (2009): High Performance Health Care: Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience. New York, McCraw-Hill.
- 4) Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Sektion for Tværsektoriel Forskning (2019): Evaluering af "Sammenhængende forløb for patienter med type 2-diabetes i primær og sekundær sektor. Region Hovedstaden.
- 5) Region Hovedstaden og Praktiserende Lægers Organisation, 4. juni 2020: Aftale vedrørende deltagelse og honorering i projekt "Sammedagsscreening" målrettet patienter med type 2-diabetes. Downloadet 19.1.2022 fra: [https://www.laeger.dk/sites/default/files/aftale-sammedagsscreening-ploh-regionh-sdcc-alf-under-skrift\\_050620\\_0.pdf](https://www.laeger.dk/sites/default/files/aftale-sammedagsscreening-ploh-regionh-sdcc-alf-under-skrift_050620_0.pdf)
- 6) PRO-sekretariatet, Sundhedsdatastyrelsen (2021): Afslutningsrapport for udvikling af PRO til diabetes. Downloadet 19.1.2022 fra: <https://pro-danmark.dk/da/omraader/diabetes>.
- 7) Lyng, P.H., Balleby, M.S., Thrane, S.A. & Andersen, T.V. (2021): Type 2 diabetes – Et samarbejde i Midtklyngen. Projektindsats for deltagelse i kommunale sundhedstilbud for borgere med type 2 diabetes. Region Midtjylland: DEFACTUM, juni 2021 (Ikke publiceret).
- 8) Skive Kommune (internt projektnotat, 2021): Opsamling på erfaringer fra prøvehandling vedr. henvisning fra almen praksis til kommunale sundhedstilbud. Skive.
- 9) Andersen, T.V. & Balleby, M.S. (2021): Type 2 diabetes – Et samarbejde i Midtklyngen. Tematikker og ideer til indsatser til fastholdelse af sundhedsvaner på baggrund af brugerdialoger i sundhedscentre i Viborg Kommune og Skive Kommune. Region Midtjylland: DEFACTUM, december 2021 (ikke publiceret).
- 10) Boisen, A.S.S. (2021): Diabetespatienters oplevelser og ønsker til mødet med sundhedsvæsenet i og på tværs af sektorer – En interviewundersøgelse blandt borgere med type 2 diabetes. Region Midtjylland: DEFACTUM, juli 2021 (ikke publiceret).
- 11) Jensen, M.C.F. & Grønfeldt, S.T. (2019): Fokus på sundhed i socialpsykiatrien – Evaluering af indsatsen Gå til lægen i tide. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- 12) Broen til Bedre Sundhed (2018): Sammen om min vej – Slutevaluering. Sorø: Region Sjælland, april 2018.
- 13) Buch, M.S. Jensen, M.C.F. & Brorholdt, G. (2018): Sammenhæng i patientforløb – hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de bruges i praksis? København, VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.



- 14) Holm-Petersen, C.; Buch, M.S. & Jørgensen, O. (2014): Ledelse over grænser – Erfaringer med tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet. København, Væksthus for Ledelse.
- 15) Madsen, M.H., Klausen, M.B., Kousgaard, M.B., Bundgaard, M., Mikkelsen, T.H., Kristensen, M.A.T., Kjellberg, P.K. & Søndergaard, J. (2020): Kvalitetsklynger i almen praksis – En kvalitativ undersøgelse af klyngernes første år. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- 16) Regeringen, Danske Regioner og KL (2021): Aftale om Sundhedsklynger 21. juni 2021. Downloadet 20.01.2022 fra: <https://sum.dk/Media/637589953597284286/Aftaletekst%20vedr.%20sundhedsklynger%20pdf.pdf>.
- 17) Agerbak, H. & Harsløf, C. (2021): Sundhedsklynger skal være begyndelsen på meget mere. Downloadet 20.01.2021 fra: <https://dssnet.dk/artikler/det-naere-sundhedsvaesen/sundhedsklynger-skal-vaere-begyndelsen-paa-meget-mere/>.
- 18) Beck, M. (2021): Er sundhedsklyngerne et columbusæg, en nødvendighed eller en humle-bi? Downloadet 20.01.2021 fra: <https://sundhedsmonitor.dk/debat/art8258786/Er-sundhedsklyngerne-et-columbus%C3%A6g-en-n%C3%B8dvendighed-eller-en-humlebi>.
- 19) Implement Consulting Group (2013): Tematisk evaluering af forstærket indsats for patienter med kroniske sygdomme 2010-2012. København, Sundhedsstyrelsen.
- 20) Sundhedsstyrelsen (2017): Styrket indsats for mennesker med diabetes – Fagligt oplæg til en national handlingsplan 2017-2020. København, Sundhedsstyrelsen.
- 21) Buch, M.S., Holm-Petersen, C. & Hansen, E.B. (2013): Status for implementering af Region Hovedstadens forløbsprogrammer for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og type 2-diabetes. København, KORA.
- 22) Maindal, H.T. & Aaby, A. (2019): Diabetesforebyggelse og behandling kan indsatser over for sundhedskompetence mindske uligheden? Fra: <https://bpno.dk/artikler/diabetesforebyggelse-og-behandling-kan-indsatser-overfor-sundhedskompetence-mindske-uligheden/>.
- 23) Aaby, A., Maindal, H.T., Vinther-Jensen, K., Sørensen, K. & Bertram, M. (2019): GPS – god praksis for folkesundhed. Sundhedskompetence i et strukturelt perspektiv – En vej til lighed i sundhed? Aarhus: Dansk Selskab for Folkesundhed og Dansk Health Literacy Netværk.

# Bilag 1 Eksempel på anvendt interviewguide (TværSam-projektet)

<b>Introduktion</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formål med interview og anvendelse af data</li> <li>• Optage? Opbevaring af data på sikker server</li> </ul>
<b>Baggrund</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad har din/jeres rolle(r) og primære opgaver været i projektet?</li> </ul>
<b>Samarbejdsmodellens udvikling, projektorganisering, implementering og anvendelse</b>	<p>Status – hvor er I nået til i dag – og hvad er de fremadrettede mål?  Hvad ligger bag opnåede resultater – i forhold til kernelementerne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ildsjæle... Ledelsesopbakning...</li> <li>• Samarbejdsstradition – miljø og gode relationer mellem de tre aktører...</li> </ul> <p>Dimensionerne i projektet – forpligtende og vidensbaseret samarbejde om den fælles patientpopulation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The why...</li> <li>• Relationer og viden på tværs...</li> <li>• Bottom-up – hvordan...</li> <li>• Etablering af dataoverblik – hvordan – hvilke udfordringer er I stødt på – hvordan er de løst?</li> </ul> <p>Hvis I ser jeres projektorganisation og den måde, I har arbejdet på, hvad har så været den vigtigste læring – pointer der er værd at huske på i andre sammenhænge?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er der noget, som har overrasket undervejs?</li> </ul>
<b>Arbejdet med populationsdata</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prøv at beskrive, hvad de fælles data konkret anvendes til af projektets forskellige aktører...</li> <li>• Hvad skal der til fremadrettet for at få endnu mere gavn af populationsdata?</li> <li>• Generel læring i forhold til at etablere data, fælles viden og anvende dette til kvalitetsudvikling og nye samarbejdsformer?</li> </ul>
<b>Resultater/udbytte af projektet</b>	<p>Har projektet bidraget til at styrke det <b>tværsektorielle samarbejde</b> omkring patientgruppen? Hvordan?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vidensdeling – viden om, hvordan deltagerne kan bruge hinanden</li> <li>• Sparring omkring komplekse patienter/arbejdsdeling mv.</li> <li>• Fysiske workshops og vidensdelingsmøder – og nu virtuelle møder med god deltagelse... hvordan og hvorfor?</li> <li>• Tværsektorielle studiedage</li> </ul> <p>Indsatser målrettet patienter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontroller – års, øjne, fødder, sammedagscreening</li> <li>• Kommunale tilbud om patientuddannelse/rehabilitering</li> <li>• Samarbejde om patienter med særlige behov for støtte...</li> </ul> <p>Er der specifikke enkeltelementer af samarbejdsmodellen, som du/I vurderer har været særligt virksomme i forhold til at opnå styrket tværsektorielt samarbejde? Hvilke og hvordan har de været virksomme?</p> <p>Har projektet/modellen styrket det tværsektorielle samarbejde på andre områder/niveauer/måder? Hvordan?</p> <p>Har projektet bidraget til at <b>optimere behandlingen og rehabiliteringen</b> for patientgruppen? Hvordan?</p> <p>Er der specifikke enkeltelementer af samarbejdsmodellen, som du/I vurderer har været særligt virksomme i forhold til at opnå optimeret behandling og rehabilitering for patientgruppen? Hvilke? Og hvordan har de været virksomme?</p> <p>Har projektet kunnet bidrage til at få skabt en <b>mere ensartet eller højere kvalitet</b>? Hvordan?</p>

	<p>Er der specifikke enkeltelementer af samarbejdsmodellen, som du/I vurderer har været særligt virksomme i forhold til at opnå mere ensartet eller højere kvalitet [i behandlingen?] Hvilke? Og hvordan har de været virksomme?</p> <p>Har der været <b>andre slags udbytte</b> af projektet? Hvilke? Og hvordan har de givet udbytte?</p> <p>Hvad er din/jeres vurdering af udbyttet af projektet i forhold til de ressourcer, der er brugt på det?</p>
<b>Læringer fra projektet</b>	<p>Hvad synes du/I, har været de vigtigste læringer fra projektet?</p> <p>Kan du/I bruge disse læringer fremadrettet? Hvordan, i hvilken forbindelse?</p>
<b>Fremtidige perspektiver</b>	<p>Etableret i drift i den oprindelige klynge – opmærksomhedspunkter?</p> <p>I forhold til skalering – hvor mange ressourcer er det nødvendigt at investere – kan det gøres hurtigere og nemmere i jeres nye setting?</p> <p>Perspektiver og planer i relation til sundhedsklyngerne... skalering til regionen som helhed? Hvilke ressourcer vil det kræve?</p> <p>Overførbare til andre områder? Skalering til andre områder – kan man det?</p>
<b>Eventuelt</b>	<p>Noget at tilføje – noget vi har glemt at spørge til?</p>

## Bilag 2 Eksempel på indsendte oplysninger fra TværSam-projektet

### Del 1: Populationsoverblik (database)

- 1.1. Beskriv kort den lokale population med diabetes, som er omfattet af projektet (inklusions- og eksklusionskriterier samt ca. antal).

Population: Alle patienter med type 2-diabetes, som er tilknyttet almen praksis, der deltager i TværSam-netværket.

2018: 657 patienter fra alle 5 deltagende praksis.

2019: 917 patienter fra 8 deltagende praksis.

2020: 1.006 patienter fra 9 praksis (1 praksis trådt ud af netværket og 2 nye kommet til).

2021: 1.283 patienter fra 10 praksis

For detaljer vedrørende dataindsamling, se vedhæftede datanotat.

- 1.2. Beskriv, hvilke data der p.t. er indsamlet om personer i den lokale population med diabetes, inkl. eventuelle PRO-data?

Variabelnr.	Variabelnavn	Beskriv indhold af variabel, herunder evt. hvilke værdier den kan antage	Angiv kilde (hvor kommer data fra?)	Angiv antal borgere i den lokale population med diabetes, der p.t. er indsamlet data for
<b>Baggrundsvare</b>				
Variabel 1	Cpr-nr.	Cpr-nr. uden mellemrum eller bindestreger	Almen praksis	1.283
Variabel 2	Køn	Mand/kvinde	Almen praksis	1.283
Variabel 3	Praksis	Navn på almen praksis	Almen praksis	1.283
Variabel 4	Primært behandlingssted	Almen praksis/hospital	Almen praksis	1.283
<b>Behandlingsstatus</b>				
Variabel 5	HbA1c	Angiv sidste målte værdi	Almen praksis	1.283
NY Variabel 6	Behandlingsmål for HbA1c	Patientens behandlingsmål (jf. forløbsplan)		1.283
Variabel 7	Systolisk BT	Numerisk værdi	Almen praksis	1.283
Variabel 8	Diastolisk BT	Numerisk værdi	Almen praksis	1.283
Variabel 9	U-ALB	< 30 mg/døgn 30-299 mg/døgn 300-699 mg/døgn > 700 mg/døgn	Almen praksis	1.283
Variabel 10	Rygestatus (ja/nej)	Ja/nej	Almen praksis	1.283
<b>Med. behandling</b>				
Variabel 11	ACE/AT2	Ja/nej	Almen praksis	1.283
Variabel 12	Statiner	Ja/nej	Almen praksis	1.283
<b>Kontroller</b>				
Variabel 14	Årskontrol	Dato	Almen praksis	1.283

Variabelnr.	Variabelnavn	Beskriv indhold af variabel, herunder evt. hvilke værdier den kan antage	Angiv kilde (hvor kommer data fra?)	Angiv antal borgere i den lokale population med diabetes, der p.t. er indsamlet data for
Variabel 16	Øjenlægekontrol de seneste to år	Dato	Almen praksis	1.283
Variabel 17	Fodterapeut de seneste to år	Dato	Almen praksis	1.283
Variabel 18	Modtaget kommunalt rehabiliteringstilbud	Ja/nej	Almen praksis	1.283
<b>Øvrige</b>				
Variabel 19 (se pkt. 1.7 og 1.11)	PRO-diabetes (nationalt PRO-skema)	Antal PRO-skemaer indsamlet og anvendt i samtaler mellem patienter og sundhedsprofessionelle	Patienter i almen praksis, hospital og kommune	Data eftersendes Hospital: Kommune: Almen praksis:

1.3. Hvilke aktører i kommune, på sygehus og i almen praksis har adgang til de indsamlede data under punkt 1.2 på individniveau (eventuelt anonymiseret)?

Variabel 1-18: Almen praksis har, som de eneste, adgang til data på individniveau. Data er indsamlet på baggrund af forløbsplaner og opslag i egne patientjournaler. Data er videregivet i anonymiseret form til Københavns Kommune (bevillingsmodtager), der har stået for analyse og formidling af resultater på aggregert niveau til hele TværSam-gruppen.

1.4. Er der opstillet kvalitetsstandarder for de indsamlede data under punkt 1.2? I givet fald hvilke?

Ja.  
Variabel 7: Systolisk blodtryk: 85 % < 130 mmHg  
Variabel 8: Diastolisk blodtryk: 85 % < 80 mmHg  
Variabel 10: Rygning: 90 % registreret  
Variabel 12: Statiner: 90 % i statinbehandling

1.5. Udarbejdes der systematiske opgørelser på baggrund af de indsamlede data under punkt 1.2? Hvis ja, hvilke aktører modtager disse opgørelser, og hvordan anvendes de i arbejdet med kvalitetsudvikling? Eventuelle eksempler på opgørelser vedlægges.

Ja, der udarbejdes opgørelser af alle indsamlede data, som fremlægges og drøftes i TværSam-gruppen, både resultater og opgørelsesmetoder, standarder og brug af data i daglig klinisk praksis. Data for 2021 er p.t. under bearbejdelse.

1.6. Hvordan bruges de indsamlede data under punkt 1.2 i øvrigt i arbejdet med kvalitetsudvikling?

De enkelte praksis modtager opgørelser, der viser egne data. Dataindsamling har stor værdi som intern kvalitetssikring i de enkelte praksis. I TværSam-gruppen foregår kvalitetsdrøftelser med udgangspunkt i populationsdata.

- 1.7. Beskriv eventuelle yderligere data om personer i den lokale population med diabetes, som endnu ikke er indsamlet, men forventes indsamlet i projektperioden, og hvordan de skal indgå i arbejdet med kvalitetsudvikling. [NB: Dette spørgsmål er kun aktuelt ved udfyldelse af dataindsamlingskemaet forud for midtvejsmødet]

PRO-data (variabel 19) indsamles og anvendes p.t. monosektorielt. Der afventes national datadelingsinfrastruktur, som muliggør tværsektoriel anvendelse af PRO-data.

Almen praksis anvender forløbsplaner til opsamling på diabetesforløb. I samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen planlægges en tværsektoriel afprøvning af adgang til forløbsplaner, så alle sektorer får kiggeadgang og kan arbejde videre med patientens målsætning og motivation.

- 1.8. Hvordan har udvalgte gængse kvalitetsindikatorer udviklet sig over projektperioden (forudsætter, at data er tilgængelige)?

Kvalitetsindikatorer		2018	2019	2020	2021
Indikator 1	Andel af lokal population med diabetes, som har været til årskontrol hos egen læge	52 %	83 %	82 %	Under udarbejdelse
Indikator 2	Andel af lokal population med diabetes, som har modtaget kommunalt rehabiliteringstilbud	10 %	26 %	23%	Under udarbejdelse
Indikator 3	Andel af lokal population med diabetes, som inden for de seneste to år har fået foretaget fodundersøgelse	57 %	51 %	62 %	Under udarbejdelse
Indikator 4	Andel af lokal population med diabetes, som inden for de seneste to år har fået foretaget øjenundersøgelse	52 %	59 %	67 %	Under udarbejdelse

- 1.9. Andre kommentarer

[tekst]

## Del 2: Andre aktiviteter

1.10. Beskriv tværsektorielle møder, der p.t. er afholdt som led i projektet. Tværsektorielle møder forstås bredt som alle typer af møder inkl. konferencer, hvor der er deltagere fra mindst to sektorer (kommune, sygehus, almen praksis).

Type af møde		Antal møder afholdt p.t. med dato for seneste møde	Gennemsnitlig varighed af møde	Fysisk eller virtuelt møde?	Gennemsnitligt antal deltagere			
Nr.	Overskrift				Fra kommune	Fra sygehus	Fra almen praksis	Andre deltagere
Mødetype 1	Vidensdelingsmøder	8 møder Seneste møde: 14. sept. 2021*	2 timer	5 fysisk, 4 virtuelt	5	5	15	[antal]
Mødetype 2	Patientkonferencer/meeting-points (virtuelt)	2020: 19 møder 2021: 31 møder** 2022: 2 møder Seneste møde: 27. jan. 2022	30 min.	Virtuelt	2	3	10	[antal]
Mødetype 3	Projektledelsesmøder	Ca. 10 møder pr. år Seneste møde: 15. dec. 2022	Tlf. 30 min. Fysisk/virtuelt: 1,5 time	Telefon (hver 3. uge) Fysisk (før og efter covid-19) Virtuelt (under covid-19)	2	2	2	[antal]
Mødetype 4	Styregruppemøder	1-2 møder om året Seneste møde: sept. 2021	1,5 time	Fysisk (før og efter covid-19) Virtuelt (under covid-19)	1 (sundhedschef, Kbh. Kommune)	1 (vicedirektør, Bispebjerg Hospital)	1 (PLO)	1 (Region Hovedstaden)

\* Et planlagt møde ultimo november 2021 måtte aflyses på grund af travlhed i forbindelse med covid-19.

\*\* I efteråret 2021 ændredes mødekadencen på grund af travlhed, se \*

Kort beskrivelse af de forskellige typer af møder, herunder formål:

**Mødetype 1:** Vidensdelingsmøder. Formål: Vidensdeling og faglige drøftelser. Faglige oplæg, ny medicin, fremlæggelse og drøftelse af data, nye studier mv.

**Mødetype 2:** Patientkonferencer/meeting points. Formål: Case-fremlæggelse og sparring på svære cases, ofte fælles patienter. Spørgsmål vedrørende thyroidea og medicin. Korte faglige oplæg.

**Mødetype 3:** Projektledelsesmøder. Formål: Projektstyring og opfølgning, planlægning af kommende aktiviteter, møder og eksterne oplæg.

**Mødetype 4:** Styregruppemøder. Formål: Bidrage med strategisk viden og sikre sammenhæng til parallelle initiativer og indsatser.

- 1.11. Beskriv kort andre gennemførte aktiviteter i projektet med henblik på at styrke samarbejde og kvalitet på tværs af sektorer for mennesker med diabetes. Det kan fx være screeninger med henblik på at opspore diabetes og brugerinvolvement, som ikke er beskrevet under pkt. 2.1 om møder.

Fra 2020 får TværSam-praksis, på baggrund af dataindsamlingen, mulighed for at henvise patienter til ét af de tre del-initiativer i Sammedagsscreening. Nye praksis gennemgår data løbende.

Variabel 19: 3 deltagende praksis har sammen med Københavns Kommune og Bispebjerg Hospital deltaget i den nationale pilotafprøvning af PRO-diabetes, et nyudviklet skema til styrket brugerinddragelse. I 2021 forventes 3-5 nye praksis at opstarte PRO.

- 1.12. Andre kommentarer

[tekst]



## Bilag 3 Eksempel på indsendte oplysninger fra Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri

### Del 1: Populationsoverblik

1.13. Beskriv kort den lokale population med diabetes, som er omfattet af projektet (inklusions- og eksklusionskriterier samt ca. antal).

Projektets *primære* målgruppe er særligt sårbare borgere med type 2-diabetes i Haderslev Kommune.

Projektet har tre arenaer, hvor projektets aktiviteter involverer borgere fra målgruppen:

- Den tværsektorielle samarbejdsmodel mellem almen praksis, kommune og region (17 borgere)
- Frivillig opsporing/sundhedsfaglig screening af beboere på fire psykiatriske botilbud (ca. 5 beboere pr. sted)
- Diabetesundervisning til brugere med type 2-diabetes eller i risiko for at udvikle type 2-diabetes på tre væresteder til psykisk sårbare borgere i Haderslev Kommune (ca. 10 brugere hvert sted).

Projektets *sekundære* målgruppe omfatter de involverede aktører/personaler i den tværsektorielle model, på botilbud og væresteder gennem fokus på samarbejde og arbejdsgange, kompetenceudvikling af det socialfaglige/socialpædagogiske personale på botilbud og væresteder.

#### Inklusionskriterier

Rekruttering af borgere til deltagelse i projektet sker i en almen praksis i Gram og en i Haderslev. Aktuelt deltager i alt 17 borgere. Der har været et frafald undervejs på 4 borgere (flytning, manglende ønske om at fortsætte o.a.). Der arbejdes fortsat på at få flere projektborgere med.

De konkrete kriterier for deltagelse i projektet er:

#### **Inklusionskriterier ved projektstart**

- Borgere med type 2-diabetes
- "Tunge" borgere (misbrugere/psykiske udfordringer/svag eller ingen tilknytning til arbejdsmarkedet)
- Flere fagpersoner omkring borgeren (almen praksis, kommune og eventuelt sygehus).

#### **Udvidede inklusionskriterier for nye borgere i almen praksis Gram og Haderslev**

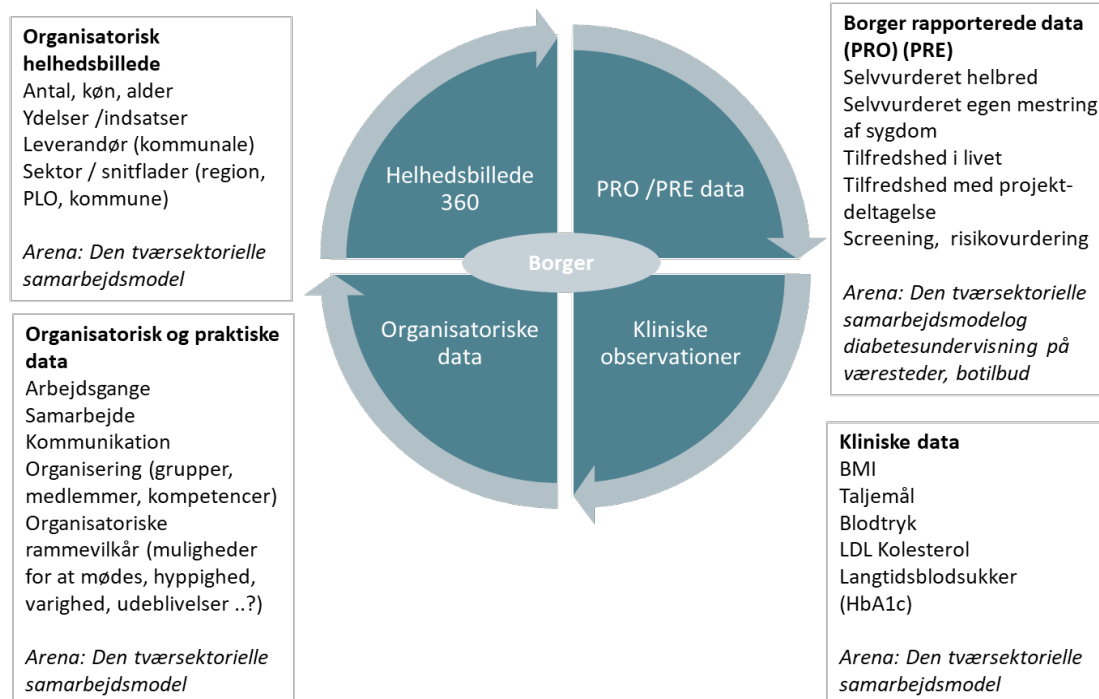
Besluttet på styregruppemødet 24. august 2020:

- Aktiv snitflade til enten lokalpsykiatri eller socialpsykiatri
- Gerne borgere i den tidlige fase med diabetes
- Gerne yngre borgere.

1.14. Beskriv, hvilke data der p.t. er indsamlet om personer i den lokale population med diabetes, inkl. eventuelle PRO-data

Projektet arbejder med data inddelt i fire overordnede kategorier: organisatorisk helhedsbillede (360 graders borgerprofil) fra de relevante systemer (registerdata), organisatoriske og praktiske data, borgerrapporterede data og kliniske observationer fra almen praksis. De fire datadimensioner er beskrevet i figuren nedenfor.

## Data- og oplysninger om borgeren (SDSP)



Data bliver indsamlet inden for projektets tre arenaer: den tværsektorielle samarbejdsmodel (praksis, region og kommune), tidlig opsporing på fire psykiatriske botilbud (kommune) og forebyggelse og opsporing på tre væresteder (kommune). Typen af data, der indhentes fra arenaerne, fremgår af tabellen.

### Indsamling af PRO-data

Kilde	Emne	Aktivitet	Frekvens
Egen læge	PRO	Hver konsultation	1. samtale (1 gang pr. borger) og den afsluttende samtale (projektafslutning/afsluttet forløb)
SSF/HK	PRO + KRAM + Mental sundhed	Sundheds-samtale	1. samtale (1 gang pr. borger) og den afsluttende samtale (projektafslutning/afsluttet forløb)
Borgerinterviews	PRO	Interviews	3 indsamlinger (projektstart, januar 2020, midtvejs, august 2021 og til slut, januar 2022)
Beboere, psykiatriske botilbud	Opsporing, diabetes	Spørgguide/risikotest	Ved første (frivillige) samtale med sundhedskonsulent

1.15. Hvilke aktører i kommune, på sygehus og i almen praksis har adgang til de indsamlede data under punkt 1.2 på individniveau (eventuelt anonymiseret)?

Aktører med adgang til de indsamlede data er datapersoner og ledere fra de enkelte dataleverandører i kommune, praksis og region. Datadelingen sker i henhold til de almindelige GDPR-regler og konkrete aftaler om deling af data mellem de enkelte leverandører og databehandler/Type2dialog. Aktørerne arbejder med data inden for rammerne af de aktive arbejdsgrupper i projektet. Konkret, fx den gennemgående datagruppe med repræsentation af både almen praksis, kommune, Type2dialog og ad hoc regionen.

Obs. Borgere, der deltager via almen praksis og via screeningsamtaler på de psykiatriske botilbud, har afgivet skriftligt samtykke. Det er kun disse borgere, der trækkes kliniske data og ydelser på.

1.16. Er der opstillet kvalitetsstandarder for de indsamlede data under punkt 1.2?  
I givet fald hvilke?

Projektet har arbejdet med afgræsning af "vigtig viden", og hvilke indikatorer der er væsentlige for projektets fremdrift, herunder den løbende kvalitetsudvikling. Denne afgræsning har sat rammerne for, hvilke data der er blevet indsamlet løbende.

Der er ikke opstillet kvalitetsstandarder for de indsamlede data. Projektledelsen har primo 2020 været i dialog med VIVE om nødvendigheden af at udarbejde kvalitetsstandarder og er blevet informeret om, at det ikke er aktuelt.

1.17. Udarbejdes der systematiske opgørelser på baggrund af de indsamlede data under punkt 1.2? Hvis ja, hvilke aktører modtager disse opgørelser, og hvordan anvendes de i arbejdet med kvalitetsudvikling? Eventuelle eksempler på opgørelser vedlægges.

Der er løbende blevet udarbejdet opgørelser til brug for særligt styregruppens monitorering af projektets fremdrift og løbende tilpasninger af projektets aktiviteter.

Datagruppen har udfyldt rollen omkring indsamling af data og kvalificering af opgørelserne.

Eksempler på opfølgninger er bl.a. beskrivelser af populationen af deltagende projektborgere fra almen praksis, de kliniske observationer på projektborgere, PRO-data på basis af et sæt udvalgte spørgsmål, der bliver stillet løbende til borgerne i almen praksis, og supplerende sæt af spørgsmål, der bliver stillet til borgerne under den indledende sundhedssamtale i den kommunale enhed for Sundhedssamarbejde og Forebyggelse (SSF).

1.18. Hvordan bruges de indsamlede data under punkt 1.2 i øvrigt i arbejdet med kvalitetsudvikling?

De indsamlede data bliver bearbejdet og analyseret indbyrdes mellem parterne og på de løbende møder i bl.a. datagruppen og styregruppen.

Samarbejdet om dataindsamling og om bearbejdning og analyse af data har undervejs givet anledning til forbedringer af:

- kommunikationen mellem aktørerne, bl.a. mellem almen praksis og de kommunale enheder. Konkret er der foretaget en gennemgang af de kommunale lokationsnumre i det lægelige patientadministrationssystem (XMO) i de deltagende lægepraksisser. Her er både lokationsnumre (systemadresser) til kommunens enheder og de konkrete betegnelser ryddet op og fejlrrettet. Lokationsnumre benyttes i forbindelse med bl.a. afsendelse og modtagelse af korrespondancemeddelelser mellem praksis og kommune.
- afsøgning af muligheder for integration med NOVA-Link, som muliggør elektronisk deling af viden om projektborgerne mellem almen praksis, kommune, KMD og XMO-leverandøren. Forventes afprøvet som fælles pilot fra 3. kvartal 2021.
- måden at trække data på i det lægelige patientadministrationssystem, senest med iværksættelse af en fælles pilot om elektroniske dataudtræk fra XMO.
- målgruppebeskrivelsen. Brug af data til udarbejdelse af populationsbeskrivelsen har medført en skarpere målgruppeafgræsning, så også den regionale lokalpsykiatri og den kommunale socialpsykiatri er medtaget.

1.19. Beskriv eventuelle yderligere data om personer i den lokale population med diabetes, som endnu ikke er indsamlet, men forventes indsamlet i projektperioden, og hvordan de skal indgå i arbejdet med kvalitetsudvikling. [NB: Dette spørgsmål er kun aktuelt ved udfyldelse af dataindsamlingskemaet forud for midtvejsmødet]

I den sidste del af den udvidede projektperiode vil der blive arbejdet videre med yderligere data fra:

- de sidste tre psykiatriske botilbud vedrørende dels den sundhedsfaglige screening af beboerne, dels den planlagte kompetenceudvikling af det socialpædagogiske personale
- diabeteskursus på væresteder, hvor brugerne udfylder en før- og efter-måling.

1.20. Hvordan har udvalgte gængse kvalitetsindikatorer udviklet sig over projektperioden (forudsætter at data er tilgængelige)?

Vi ønsker på mødet fredag den 25. juni en drøftelse af alternative kvalitetsindikatorer for projekt SDSP.

Kvalitetsindikatorer		2018	2019	2020	2021
Indikator 1	Andel af lokal population med diabetes, som har været til årskontrol hos egen læge	[angiv %]	[angiv %]	[angiv %]	[angiv %]
Indikator 2	Andel af lokal population med diabetes, som har modtaget kommunalt rehabiliteringstilbud	[angiv %]	[angiv %]	[angiv %]	[angiv %]
Indikator 3	Andel af lokal population med diabetes, som inden for de seneste to år har fået foretaget fodundersøgelse	[angiv %]	[angiv %]	[angiv %]	[angiv %]
Indikator 4	Andel af lokal population med diabetes, som inden for de seneste to år har fået foretaget øjenundersøgelse	[angiv %]	[angiv %]	[angiv %]	[angiv %]

1.21. Andre kommentarer

#### Sårbarhed og ressourcetræk

Projektet er karakteriseret ved at have fokus på en lille population, der repræsenterer en minoritet i det danske sundhedsvæsen, men som omvendt ser ud til at kræve en større indsats for at inkludere og fastholde i et forløb relateret til type 2-diabetes.

Der er udviklet og afprøvet en opgørelse af projektborgernes ressourcetræk i almen praksis og i den kommunale enhed for Sundhedssamarbejde og Forebyggelse (SSF), hvor der er opgjort tidsforbrug på en række handlinger i forbindelse med konsultation/samtale med borgerne.

#### Sårbarhed og individuel progression

Sårbare borgere har generelt et sværere udgangspunkt for både somatiske og psykiatriske problematikker. De kan være svære at få kontakt til, deres fremmøde og overholdelse af aftaler er ustabil, deres ønske om at ændre vaner er til stede, men de mangler overskud, ressourcer og bagland, der støtter op. Samtidig er det ofte, at den psykiske sygdom fylder mere end den somatiske både hos borgeren selv, men også blandt personale. Endelig er der umiddelbart for sygdommens vedkommende problemer, der påvirker borgernes vedholdenhed, fx boligløshed. Disse udfordringer indebærer ofte, at borgernes individuelle forbedringer målt på bl.a. de kliniske observationer er svingende eller udebliver, fordi det er svært for borgerne at fastholde ændrede vaner for fx kost, motion, rygning og medicinindtag.

## Del 2: Andre aktiviteter

1.22. Beskriv tværsektorielle møder, der p.t. er afholdt som led i projektet. Tværsektorielle møder forstås bredt som alle typer af møder, inkl. konferencer, hvor der er deltagere fra mindst to sektorer (kommune, sygehus, almen praksis).

Type af møde		Antal møder afholdt p.t. med dato for seneste møde	Gennemsnitlig varighed af møde	Fysisk eller virtuelt møde?	Gennemsnitligt antal deltagere			
Nr.	Overskrift				Fra kommune	Fra sygehus	Fra almen praksis	Andre deltagere, fx region
Mødetype 1	Adm. styregruppe	8 møder 03.06.21	1,5 time	Virtuelt	4	2	1	5
Mødetype 2	Styregruppe for implementering	7 møder 14.06.21	1,5 time	Fysisk inden covid-19. Virtuelt efter covid-19	5	2 (deltager ad hoc afhængig af dagsorden)	2	2
Mødetype 3	Indledende udviklingsgruppe	4 møder 11.03.20	2,5 time	Fysisk	5	0	2 - 4	2
Mødetype 4	Data-gruppe	8 møder 26.04.21	1,25 time	Fysisk inden covid-19. Virtuelt efter covid-19	3	1 deltog indledningsvist	2	1
Mødetype 5	Ad hoc opfølgings- og koordineringsgrupper	8 møder 15.06.21		Fysisk og virtuelt	1	0	1 - 2	1
Osv.								

Kort beskrivelse af de forskellige typer af møder, herunder formål:

**Mødetype 1:** Administrative styregruppemøder vedrørende det tværsektorielle samarbejde omkring Sundhedscenter Haderslev, hvor et særligt fokusområde er samarbejdet på tværs af somatik og psykiatri. Til møderne deltagere direktører og chefer på tværs af Region Syddanmark, Haderslev Kommune og almen praksis samt på tværs af somatik og psykiatri. Formålet med møderne er at blive orienteret om og tage beslutninger vedrørende tværsektorielle indsatser inkl. projekt Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri. Møderne afholdes kvartalsvis.

**Mødetype 2:** Styregruppemøder for implementering omhandler udelukkende projekt Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri. Til møderne deltager lederne fra de involverede fagområder:

- en almen praksis i Gram og Haderslev
- den kommunale enhed Socialpsykiatri og Sundhedssamarbejde og Forebyggelse
- den regionale Lokalpsykiatri
- det regionale Diabetesambulatorium ved Sygehus Sønderjylland
- konsulenthuset Type2dialog.

Formålet med møderne er at følge projektet tæt og tage beslutninger vedrørende aktiviteter og arbejdsgange i projekt Sammen om Diabetes i Somatik og Psykiatri. Styregruppen besluttede i januar 2020 at intensivere mødekadencen for at styrke styringen og intensiteten i projektet, derfor mødes styregruppen hver anden måned.

**Mødetype 3:** Udviklingsgruppemøder fandt sted det første halve år af projektet. Der blev afholdt indledende workshops på tværs af almen praksis i Gram og Haderslev, kommunale medarbejdere tilknyttet socialpsykiatri og Sundhedssamarbejde og Forebyggelse samt en privat fodterapeut. Formålet var sammen at blive skarpe på projektets aktiviteter, arbejdsgang og målgrupper.

**Mødetype 4:** Formålet med datagruppemøder er at:

- koordinere og kvalificere indsamlingen af data på tværs
- analysere indsamlede data og lave datadrevet kvalitetsudvikling på tværs af almen praksis, kommune og region. Deltagerne i møderne er praktikere og/eller datakyndige fra almen praksis og kommune. Regionen bliver inviteret ad hoc. Møderne holdes ca. kvartalsvis.

**Mødetype 5:** Der afholdes løbende opfølgings- og koordineringsmøder i forhold til konkrete opgaver/aktiviteter i projektet, fx mellem almen praksis, kommune og Type2dialog.

Projektlederen for projektet indgår i alle mødetyper for at sikre sammenhæng mellem aktiviteterne. Projektlederen er kommunalt ansat og er registreret i skemaet under kommune.

1.23. Beskriv kort andre gennemførte aktiviteter i projektet med henblik på at styrke samarbejde og kvalitet på tværs af sektorer for mennesker med diabetes. Det kan fx være screeninger med henblik på at opspore diabetes og brugerinvolvering, som ikke er beskrevet under pkt. 2.1 om møder.

**Møder, der ikke indgår i tabellen:**

- Ugentlige projektledermøder
- Interne koordinerings- og opfølgingsmøder vedrørende aktiviteter, fx opstartsmøder med botilbud og væresteder
- Interviews med borgere for at teste aktivitetsideer og evaluere redskaber/aktiviteter til borgere.

**Aktiviteter, der ikke indgår i tabellen:**

- Målgruppens deltagelse i samtaler med samarbejdspartnere, diabeteskursus, rygestopkursus, diætistforløb, sociale værestedstilbud osv.
- Screeninger blandt beboere på botilbud og undervisning af personalet på botilbud
- Løbende mundtlig/skriftlig kommunikation mellem samarbejdspartnere.

**Kommende aktiviteter, som skal tilføjes skemaet efter 3. kvartal 2021**

- Netværksmøder mellem projektborgere, almen praksis, Sundhedssamarbejde og Forebyggelse og lokalpsykiatrien. Som noget nyt afprøves fra august 2021 at afholde korte koordineringsnetværksmøder for udvalgte projektborgere. Formålet er at vurdere, hvad det kan betyde for borgerens samlede forløb samt kommunikationen og koordineringen på tværs af fagpersoner og fagområder.
- Inspirations- og Innovationsværksted den 31. august 2021, hvor der er fokus på at få inspiration fra andre, lignende projekter som afsæt til at vende eventuelle behov for tilpasninger af projektaktiviteter og drøfte udbredelses- og forankringsmuligheder af projektet. Til workshoppen deltager styregruppen for implementering og læger fra det kommunalt lægelige udvalg i Haderslev Kommune og relevante medarbejdere fra sundhedsområdet, social- og lokalpsykiatri.

#### 1.24. Andre kommentarer

Et opmærksomhedspunkt i projektet er sygehusets rolle. Tidligt i processen erfarede vi, at sygehuset spiller en mindre rolle i projektet, da størstedelen af borgere med type 2-diabetes i dag varetages i almen praksis grundet ændret overenskomst fra 2018. Diabetesambulatoriet på Sygehus Sønderjylland er derfor kun i kontakt med de allermest komplekse borgere med type 2-diabetes. Det er derfor besluttet i styregruppen, at sygehuset indgår i færre mødetyper i projektet og efter behov. Sygehuset er fortsat repræsenteret i organiseringen af projektet og bliver løbende tænkt ind i relevante aktiviteter.

## Bilag 4 Eksempel på indsendte oplysninger fra Midtklyngeprojektet

Dataindsamlingskema til evaluering af udvikling og afprøvning af samarbejdsmodeller for styrket samarbejde og kvalitet på tværs af sektorer for mennesker med diabetes

Endeligt udkast af 23. januar 2020

*Dataindsamlingskemaet forventes udfyldt forud for midtvejsmødet og ved afslutningen af projektet. VIVE sender mail med nærmere information, når dataindsamlingskemaet skal udfyldes.*

### Del 1: Populationsoverblik

1.25. Beskriv kort den lokale population med diabetes, som er omfattet af projektet (inklusions- og eksklusionskriterier samt ca. antal).

Populationen i Midtklyngeprojektet består potentielt af alle borgere med type 2-diabetes i Midtklyngekommunerne (Silkeborg, Viborg og Skive) samt sundhedsprofessionelle og ledere på Hospitalsenheden Midt, Viborg, i Midtklyngekommunerne samt i almen praksis. Der er omkring 9.000 voksne borgere diagnosticeret med type 2-diabetes samt 150 praktiserende læger i Midtklyngekommunerne. I hver kommune er der et sundhedscenter, hvoraf flere har tilknyttet sundhedssatellitter rundt i kommunen. I projektet indgår endvidere dele af hospitalsenheden Midt beliggende i Viborg.

1.26. Beskriv, hvilke data der p.t. er indsamlet om personer i den lokale population med diabetes, inkl. eventuelle PRO-data?

Der arbejdes i projektet med processer og aktiviteter, der tilsammen vil danne grund for at udarbejde en samarbejdsmodel for tværsektorielt samarbejde, som er det overordnede formål for Midtklyngeprojektet. Der arbejdes ikke med enkeltvariable, hvilket gør, at nedenstående skema ikke kan udfyldes. I stedet vil processer og aktiviteter blive beskrevet mere dybdegående under punkt 1.10 og punkt 1.11.

Variabelnr.	Variabelnavn	Beskriv indhold af variabel, herunder evt. hvilke værdier den kan antage	Angiv kilde (hvor kommer data fra?)	Angiv antal borgere i den lokale population med diabetes, der p.t. er indsamlet data for
Variabel 1	[tekst]	[tekst]	[tekst]	[antal]
Variabel 2	[tekst]	[tekst]	[tekst]	[antal]
Variabel 3	[tekst]	[tekst]	[tekst]	[antal]
Osv.				



1.27. Hvilke aktører i kommune, på sygehus og i almen praksis har adgang til de indsamlede data under punkt 1.2 på individniveau (eventuelt anonymiseret)?

Som beskrevet under pkt. 1.2 så indsamles der ikke enkeltvariable i projektet. Men den viden, som er blevet og vil blive indsamlet via processer og aktiviteter (beskrives under pkt. 1.10 og 1.11), vil være tilgængelige for alle samarbejdspartnere i kommunerne, på sygehuset og i almen praksis. Intet af denne viden er på individniveau, og alle citater er anonymiserede.

1.28. Er der opstillet kvalitetsstandarder for de indsamlede data under punkt 1.2?  
I givet fald hvilke?

Nej, jf. pkt. 1.2.

1.29. Udarbejdes der systematiske opgørelser på baggrund af de indsamlede data under punkt 1.2? Hvis ja, hvilke aktører modtager disse opgørelser, og hvordan anvendes de i arbejdet med kvalitetsudvikling? Eventuelle eksempler på opgørelser vedlægges.

Der er og vil blive udarbejdet rapporter, som sammenfatter den viden, der er blevet indsamlet og vil blive indsamlet i projektet. Rapporterne vil blive anvendt som afsæt for de prøvehandlinger, der skal køre i efteråret 2021. Som udgangspunkt vil personer fra de tre sektorer, som har indgået i arbejdsgrupper, modtage disse rapporter, men alle, som kan have interesse i den viden, som er sammenfattet deri, vil have mulighed for at tilgå rapporterne. Rapporterne vil endvidere blive vedhæftet som bilag til slutrapporten til Sundhedsstyrelsen.

På baggrund af de tre prøvehandlinger, der pågik i efteråret 2021, er der blevet udarbejdet et afsluttende, evaluerende notat for hver prøvehandling. Derudover er der igangsat et arbejde med forslag til den endelige samarbejdsmodel, som vil løbe frem til projektafslutning. Disse notater samt samarbejdsmodellen vil ligesom ovenstående rapporter være tilgængelige og blive vedhæftet som bilag til slutrapporten.

1.30. Hvordan bruges de indsamlede data under punkt 1.2 i øvrigt i arbejdet med kvalitetsudvikling?

Som nævnt under pkt. 1.5 er de indsamlede data baggrunden for de prøvehandlinger, som igangsættes i efteråret 2021, og som skal munde ud i den tværsektorielle samarbejdsmodel, der er projektets overordnede formål at udarbejde.

De indsamlede data fra prøvehandlingerne vil ligeledes blive anvendt i udformningen af den tværsektorielle samarbejdsmodel.

1.31. Beskriv eventuelle yderligere data om personer i den lokale population med diabetes, som endnu ikke er indsamlet, men forventes indsamlet i projektperioden, og hvordan de skal indgå i arbejdet med kvalitetsudvikling. [NB: Dette spørgsmål er kun aktuelt ved udfyldelse af dataindsamlingskemaet forud for midtvejsmødet]

Der vil i forbindelse med arbejdet med prøvehandlingerne i efteråret 2021 blive indsamlet yderligere data, som ligeledes vil bidrage til den tværsektorielle samarbejdsmodel, der er projektets overordnede formål at udarbejde.

Disse data er blevet indsamlet og vil indgå som beskrevet ovenfor.

1.32. Hvordan har udvalgte gængse kvalitetsindikatorer udviklet sig over projektperioden (forudsætter at data er tilgængelige)?

Der arbejdes i projektet ikke med at monitorere på eller opgøre nogen af de fire indikatorer fra 2018-2021.

Kvalitetsindikatorer		2018	2019	2020	2021
Indikator 1	Andel af lokal population med diabetes, som har været til årskontrol hos egen læge	[angiv %]	[angiv %]	[angiv %]	[angiv %]
Indikator 2	Andel af lokal population med diabetes, som har modtaget kommunalt rehabiliteringstilbud	[angiv %]	[angiv %]	[angiv %]	[angiv %]
Indikator 3	Andel af lokal population med diabetes, som inden for de seneste to år har fået foretaget fodundersøgelse	[angiv %]	[angiv %]	[angiv %]	[angiv %]
Indikator 4	Andel af lokal population med diabetes, som inden for de seneste to år har fået foretaget øjenundersøgelse	[angiv %]	[angiv %]	[angiv %]	[angiv %]

1.33. Andre kommentarer

[tekst]

## Del 2: Andre aktiviteter

1.34. Beskriv tværsektorielle møder, der p.t. er afholdt som led i projektet. Tværsektorielle møder forstås bredt som alle typer af møder, inkl. konferencer, hvor der er deltagere fra mindst to sektorer (kommune, sygehus, almen praksis).

Type af møde		Antal møder afholdt p.t. med dato for seneste møde	Gennemsnitlig varighed af møde	Fysisk eller virtuelt møde?	Gennemsnitligt antal deltagere			
Nr.	Overskrift				Fra kommune	Fra sygehus	Fra almen praksis	Andre deltagere
Mødetype 1	Introforløb til sektorer samt opstartsmøder med samarbejdspartnere. Gennemført af projektleder	20 Forår 2020	Alt fra 1 time til 1 dag	Fysisk	2	2	1	2 fra DE-FACTUM Region Midt. 4 fra Steno Diabetes Center Aarhus.
Mødetype 2	Styregruppemøder	18 17/6-21 22 16/12-21	1 ½ time	Fysisk indtil marts 2020 derefter virtuelt.	1	1	1	1 fra Steno Diabetes Center Aarhus.
Mødetype 3	Referencegruppemøde	1 1/9-20 2 14/12-21	3 timer	Virtuelt	13	4	8	2 fra DE-FACTUM 4 fra Steno Diabetes Center Aarhus.

Type af møde		Antal møder afholdt p.t. med dato for seneste møde	Gennemsnitlig varighed af møde	Fysisk eller virtuelt møde?	Gennemsnitligt antal deltagere			
Nr.	Overskrift				Fra kommune	Fra sygehus	Fra almen praksis	Andre deltagere
Mødetype 4	Arbejds- og analysegruppemøder inkl. dialogmøde	5 20/5-21	2 timer	Virtuelt	11	3	6	1 fra DEFAC-TUM
Mødetype 5	Konsulentmøder med DEFAC-TUM og Steno Diabetes Center Aarhus	7 Maj 2021 12 Nov. 2021	1 time	Primært virtuelt				2 fra DEFAC-TUM 2 fra Steno Diabetes Center Aarhus
Mødetype 6	Webinar-række med almen praksis	5 16/6-21 9 9/12-21	2 timer	Virtuelt		1	6	1 fra Steno Diabetes Center Aarhus
Mødetype 7	Konferencer mellem almen praksis og endokrinolog	8 Maj 2021 12 Dec. 2021	½ time	Virtuelt		1	1	
Mødetype 8	Brugerdialog og tværfaglig opsamling på prøvehandling 3	3 1/12-21	2 ½ time	Face to face	10			2 konsulenter fra DEFAC-TUM, borgere og pårørende
Mødetype 9	Evalueringssmøde vedr. prøvehandling 1	1 6/12-21	1 time	Virtuelt/ face to face	2		1	1 konsulent fra Steno Diabetes Center

Kort beskrivelse af de forskellige typer af møder, herunder formål:

**Mødetype 1:** Introforløb til sektorer samt opstartsmøder med samarbejdspartnere. Gennemført af projektleder. Formålet var for projektlederen at blive introduceret til sektorer og nøglepersoner, der indgår i projektet. Endvidere var formålet, at projektlederen indsamle data og observationer til at udarbejde et idékatalog, som sidenhen skulle blive til indsatser og prøvehandling.

**Mødetype 2:** Styregruppemøder afholdt regelmæssigt gennem hele projektperioden. Formålet var og er at sørge for kontinuerlig progression i projektet.

**Mødetype 3:** Møde med projektets referencenetværk som består af personer fra alle tre sektorer. På mødet blev det besluttet, hvilke indsatser der skulle arbejdes videre med i projektet.

**Mødetype 4:** Arbejde med udvalgte indsatser i underarbejdsgrupper til referencenetværket. Arbejdet mundede ud i et dialogmøde.

**Mødetype 5:** Møder med konsulenter i forhold til arbejdet med idékatalog og indsatser.

**Mødetype 6:** Indsats omhandlende webinarække udarbejdet til almen praksis.

**Mødetype 7:** Konferencer mellem almen praksis og endokrinolog som del af indsatsen under mødetype 6.

**Mødetype 8:** Brugerdialog på Viborg og Skive Kommunes sundhedscenter med deltagelse af borgere, pårørende, medarbejdere på sundhedscenteret og to konsulenter fra DEFACTUM. Efterfølgende opsamlingsmøde med begge kommuner med deltagelse af medarbejdere på sundhedscentrene samt to konsulenter fra DEFACTUM.

**Mødetype 9:** Efter afslutning af prøvehandling 1 blev fordele, ulemper og fremtidige perspektiver drøftet mellem medarbejdere fra Skive Sundhedscenter og en praktiserende læge. Endvidere deltog en konsulent fra Steno Diabetes Center Aarhus.

1.35. Beskriv kort andre gennemførte aktiviteter i projektet med henblik på at styrke samarbejde og kvalitet på tværs af sektorer for mennesker med diabetes. Det kan fx være screeninger med henblik på at opspore diabetes og brugerinvolvering, som ikke er beskrevet under pkt. 2.1 om møder.

- Udarbejdelse af idékatalog baseret på de udfordringer, som sundhedsprofessionelle og ledere arbejder med om type 2-diabetes, og som borgere med type 2-diabetes oplever.
- Udvælgelse af fire indsats på baggrund af idékataloget, som yderligere er beskrevet og arbejdet med af referencenetværk og underarbejdsgrupper samt styregruppen, projektleder og konsulenter.
- Indsats 1: Udarbejdelse og afholdelse af webinarække til almen praksis. Formålet har været dels at undervise i brug af forløbsplaner samt at give mulighed for, at almen praksis har kunnet sparre med en endokrinolog, dels på et fælles webinar med fremlæggelse af cases, dels med opfølgende individuelle konferencer. Der er p.t. afholdt to runder af webinarækken, hvor fem almen praksis har deltaget i hver runde. Der afholdes en runde mere i efteråret 2021.
- Indsats 2 + 4: Afdækkende undersøgelse af borgere med type 2-diabetes' barrierer for deltagelse i kommunale sundhedstilbud samt deres holdninger til de tilbud, de har mødt i kommunerne. Udført som individuelle interviews. Derudover en kortlægning af borgere, der deltog i kommunale sundhedstilbud i en periode på otte uger i de tre kommunale sundhedscentre. Endvidere et fokusgruppeinterview med sundhedsprofessionelle i de tre sektorer på tværs af de tre kommuner omhandlende barrierer for henvisning til samt muligheder for kvalitetsudvikling af kommunale sundhedstilbud. Undersøgelsen blev afsluttet med et dialogmøde den 20/5-21, og den afsluttende rapport er modtaget den 10/6-21.
- Indsats 2 + 4: Prøvehandling baseret på den afdækkende undersøgelse beskrevet ovenfor. Prøvehandlingerne udføres i efteråret 2021.
- Indsats 3: Afdækkende undersøgelse af borgerperspektiver på at navigere mellem sektorovergange. Indsatsen er udformet som borgerrejser og er baseret på individuelle interviews med borgere med type 2-diabetes. Indsatsen pågår p.t. og afsluttes med dialogmøde den 28/6-21 og afsluttende rapport i juli 2021.
- De tre prøvehandling, som blev defineret ud fra indsats 2 + 4, blev udført i efteråret 2021. Der er blevet udarbejdet afsluttende notater for hver prøvehandling.
- Arbejdet med den tværsektorielle samarbejdsmodel blev igangsat i efteråret 2021 på baggrund af de fire indsats og tre prøvehandling. Samarbejdsmodellen er blevet kvalificeret af projektets referencenetværk i december 2021. Derudover er den blevet kvalificeret via et fokusgruppeinterview med styregruppen i januar 2022 samt individuelle interviews med styregruppen, projektlederen, centrale personer i Steno Diabetes Center samt de formelle projektejere i januar 2022. Det har ligeledes været muligt at lave individuelt interview med et tidligere styregruppemedlem, som var med fra projektstart og indtil sommeren 2021, men som gik ud af styregruppen som følge af jobskifte. Samarbejdsmodellen vil i februar blive sendt til høring ved 'Voksentemagruppen' i Midtklyngen og ved læger og sygeplejersker på Diabetesambulatoriet på Hospitalsenheden Midt, Viborg. I marts 2022 vil samarbejdsmodellen blive præsenteret for Midtklyngestyregruppen, som er de formelle projektejere, og som i sidste ende er dem, der kan beslutte, hvorvidt samarbejdsmodellen skal implementeres eller ej.

**VIVÉ**

DET NATIONALE FORSKNINGS-  
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD