

DECEMBER 2021
SUNDHEDSSTYRELSEN

EVALUERING AF INDSATSER TIL INKLUSION OG FASTHOLDELSE AF SÆRLIGT SÅRBARE PATIENTER MED DIABETES I BEHANDLINGS- OG REHABILITERINGSFORLØB



COWI

DECEMBER 2021
SUNDHEDSSTYRELSEN

EVALUERING AF INDSATSER TIL INKLUSION OG FASTHOLDELSE AF SÆRLIGT SÅRBARE PATIENTER MED DIABETES I BEHANDLINGS- OG REHABILITERINGSFORLØB

INDHOLD

1	INDLEDNING	4
2	BAGGRUND OG FORMÅL	6
3	EVALUERINGSDESIGN OG METODE	8
4	PROJEKTERNE I PULJEN	9
5	TVÆRGÅENDE ANALYSE	12
5.1	Identifikation af målgruppen	12
5.2	Rekruttering af målgruppen	16
5.3	Behandlings- og rehabiliteringsindsatser	19
5.4	Samarbejde og fremadrettet forankring	22
6	VIRKSOMME INDSATSOMRÅDER	26
BILAG A	CASEBESKRIVELSER	29
BILAG B	MONITORERINGSSKEMA	39

PROJEKTNR.
A120670

DOKUMENTNR.
1

VERSION
1.0

UDGIVELSESDATO
17.12.2021

UDARBEJDET
ALDO, SORP, MEMK, LAKV

KONTROLLERET
LAKV

GODKENDT
MEMK



1 INDLEDNING

COWI har på vegne af Sundhedsstyrelsen stået for evaluering af satspuljen "Indsatser til inklusion og fastholdelse af særligt sårbare patienter med diabetes i behandlings- og rehabiliteringsforløb". Evalueringen tilvejebringer viden om erfaringerne med at afprøve forskellige indsatser til inklusion og fastholdelse af særligt sårbare patienter med diabetes i behandlings- og rehabiliteringsforløb, herunder udfordringer og gode løsninger, f.eks. virkningsfulde indsatser og værdifulde samarbejdsmodeller.

At få en diabetesdiagnose betyder en stor forandring af hverdagen. Sygdommen kræver en høj grad af egenomsorg – monitorering, behandling og sund livsstil – som kræver viden om diabetes og fortsat opmærksomhed¹. Når patienter diagnosticeres med diabetes, medfører det som udgangspunkt en livslang opfølgning hos almen praksis eller sygehus, ligesom de fleste vil have behov for kommunal rehabilitering én eller flere gange med henblik på at kunne leve et godt liv med diabetes. I Danmark ses en stigende forekomst af diabetes, der rammer socialt skævt. Sårbare mennesker får generelt diabetes tidligere i livet, får flere komplikationer og dør tidligere². Patienter med diabetes har ofte brug for en bredspektret indsats på tværs af flere sektorer og sygehusspecialer. Den nuværende organisering stiller således store krav til patienter med diabetes om at navigere i sundhedsvæsenet. Både på sygehus, i almen praksis og i kommunen

¹ Sårbare patienter og diabetes – En litteraturgennemgang. VIVE. 2020.

² Sårbare patienter og diabetes – En litteraturgennemgang. VIVE. 2020.

er der risiko for, at særligt sårbare grupper ikke deltager i de behandlings- eller rehabiliteringsindsatser, som de har behov for. Derfor er der afsat puljemidler til, at kommuner, regioner og almen praksis igangsætter projekter, der skal styrke inklusion og fastholdelse af særligt sårbare patienter med diabetes i behandlings- og/eller rehabiliteringsforløb. Indsatserne kan blandt andet omfatte rekrutteringsindsatser i arenaer med høj forekomst af sårbare patienter med diabetes, afprøvning af partnerskaber med apoteker og civilsamfund eller afprøvning af samarbejdsmodeller på tværs af sektorer samt målrettede rehabiliteringstilbud til sårbare patienter med henblik på fastholdelse, f.eks. teknologiske løsninger.

Evalueringens design har både haft til formål at evaluere på det enkelte projekt og løbende sikre erfaringsudveksling og læring på tværs af projekterne. Resultatet af evalueringen er konkret inspiration til tilgange og indsatser, som kan bidrage til fremtidige indsatser til sårbare patienter på tværs af kommuner, regioner og almen praksis. Resultaterne vil derudover også kunne give inspiration til indsatser rettet mod sårbare patienter med andre typer kroniske lidelser.

VIVE har sideløbende med denne evaluering udarbejdet en litteraturgennemgang om sårbarhed og diabetes. Litteraturgennemgangen trækker flere paralleller til fundene i denne evaluering, og de to undersøgelser kan således supplere hinanden, idet denne evaluering bidrager med empiriske data vedrørende sårbare diabetespatienter. VIVE identificerer bl.a. også forskellige sårbare grupper (personer med etnisk minoritetsbaggrund, psykisk sygdom eller multisygdom, socialt udsatte, unge med type 1-diabetes i overgangen fra ung til voksen og personer med handicap). VIVE beskriver, at de forskellige vanskeligheder, der kan knytte sig til f.eks. multisygdom, psykisk sygdom eller etnisk minoritetsbaggrund, kan udgøre en barriere for god egenomsorg og forstærke den sårbarhed, som disse grupper allerede lever med. Sundhedskompetence og socialt netværk kan udgøre to mediatorer for sårbarhed, som går på tværs af de forskellige sårbarhedsgrupper. Det vil sige, at graden af sundhedskompetence og socialt netværk hos den enkelte diabetiker enten kan forstærke eller afbøde sårbarheden i forhold til diabetes. I tråd med fundene i denne evaluering peger VIVE på, at sårbare personer kan have brug for hjælp til at løse andre problemer, før de kan fokusere på deres diabetes. Ligeledes peger de på, at sårbare personer med diabetes kan have gavn af

³ Sårbare patienter og diabetes – En litteraturgennemgang. VIVE. 2020.

et skræddersyet behandlingsforløb, som i højere grad er tilpasset deres særlige behov og livsvilkår³.

Resultaterne af evalueringen er konkrete redskaber og metoder, som projekterne har afprøvet til hhv. identifikation og rekruttering af målgruppen, udvikling og implementering af indsatser og samarbejdsmodeller på tværs af sektorer. Disse redskaber og metoder kan også bruges generisk til at iværksætte initiativer, som skaber inklusion og fastholdelse af sårbare diabetespatienter i mestring af deres sygdom. Erfaringerne fra denne evaluering omhandler udelukkende diabetespatienter, men vil med fordel også kunne bruges til mestring af andre kroniske sygdomme for samme målgruppe.

Halvdelen af projektperioden foregik under COVID-19 pandemien, hvilket har påvirket projekternes resultater. Flere projekter var nødt til at udskyde eller aflyse allerede planlagte forløb. Samtidig er det fælles for flere projekter, at de tilpassede sig den nye situation ved f.eks. at øge antallet af individuelle og/eller digitale forløb.



2 BAGGRUND OG FORMÅL

Med satspuljeaftalen for 2017-2020 blev regeringen og satspuljepartierne enige om at afsætte en ramme på 65 mio. kr. til en national diabetesbehandlingsplan. Diabetesbehandlingsplanen indeholder 12 initiativer til styrkelse af diabetesindsatsen i Danmark for perioden 2017-2020. Initiativerne er inddelt i fire kategorier, der omhandler 1) Forebyggelse og opsporing, 2) Indsatser til børn og unge, 3) Forløb tilpasset den enkelte diabetiker og 4) Adgang til behandlingstilbud af høj kvalitet. Af initiativ 9, der går ind under den tredje kategori, er der afsat i alt 14 mio. kr. til at understøtte, at sårbare patienter får et optimalt forløb ud fra den enkeltes situation⁴. Midlerne har til formål, at kommuner, regioner og almen praksis igangsætter projekter, der skal styrke inklusion og fastholdelse af særligt sårbare patienter med diabetes i behandlings- og rehabiliteringsforløb. Projekterne skal i perioden afprøve forskellige modeller for tilrettelæggelse af undersøgelse og/eller opfølgning, der understøtter, at særlige målgrupper inkluderes og fastholdes i deres diabetesbehandling eller -rehabilitering. Puljen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området⁵ og projekterne skal omfatte en eller flere af følgende indsatser:

⁴ Den Nationale Diabetesbehandlingsplan. Sundheds- og Ældreministeriet. 2017.

⁵ Sundhedsstyrelsen udgav i 2015 *Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes* og i 2016 *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom*. Begge anbefalinger er udgangspunktet for projekterne i puljen.

- › Rekrutteringsindsatser i arenaer med høj forekomst af sårbare patienter med diabetes
- › Afprøvning af partnerskaber med apoteker med henblik på inklusion i rehabiliteringstilbud
- › Afprøvning af partnerskaber med civilsamfund med henblik på f.eks. fastholdelse efter endt rehabiliteringsforløb i kommunen
- › Målrettede rehabiliteringstilbud til sårbare patienter med henblik på fastholdelse, f.eks. teknologiske løsninger
- › Afprøvning af samarbejdsmodeller mellem sektorer eller sygehusafdelinger med henblik på at få patienter til de relevante undersøgelser og/eller opfølgning

I alt har syv projekter fået tildelt midler. Midlerne er givet til fem kommuner, en hospitalsafdeling og en forskningsenhed. De syv projekter har forskelligt fokus, og målgruppen adskiller sig også med hensyn til, hvilke sårbare patienter projekterne primært henvender sig til. Mere viden om puljen og projekterne findes her: <https://www.sst.dk/da/puljer/inklusion-og-fastholdelse-af-saerligt-saarbare-diabetespatienter>.

Evalueringen af projekternes erfaringer bidrager til den store efterspørgsel efter viden og konkrete erfaringer med, hvordan sårbare diabetespatienter bedst identificeres og rekrutteres, hvilke indsatser de har brug for og hvordan man både internt i kommunerne og tværsektorielt samarbejder bedst om de sårbare patienter. Med denne evaluering ser COWI en unik mulighed for at få samlet erfaringer og struktureret resultaterne fra innovative projekter og få dem bredt ud til andre relevante parter, som kan blive inspireret til at gennemføre indsatser til målgruppen af sårbare patienter.

FORMÅL

Formålet med evalueringen er at få viden om erfaringerne med afprøvning af indsatser til inklusion og fastholdelse af særligt sårbare patienter med diabetes i behandlings- og rehabiliteringsforløb, herunder udfordringer og gode løsninger, f.eks. virkningsfulde indsatser og værdifulde samarbejdsmodeller.

OPGAVEFORSTÅELSE OG EVALUERINGSSPØRGSMÅL

På baggrund af evalueringens formål vil vi igennem hele evalueringen have fokus på fire temaer, som vi ønsker at få viden om, og som danner baggrund for vores evalueringsspørgsmål.

TEMA 1: IDENTIFIKATION AF MÅLGRUPPEN

Hvem og hvor er de sårbare diabetespatienter? Hvad er deres behov og udfordringer?

TEMA 2: REKRUTTERING AF MÅLGRUPPEN

Hvordan, hvor og hvornår rekrutteres målgruppen? Herunder hvem skal stå for rekruttering (betydningen af sociale relationer), og i hvilke arenaer/gennem hvilke kanaler kan målgruppen rekrutteres?

TEMA 3: BEHANDLINGS- OG REHABILITERINGSINDSATSER TIL MÅLGRUPPEN

Hvilken form for indsats har målgruppen behov for, hvor og hvordan skal det foregå, og hvem skal stå for det? Hvad skal der til for at skabe inklusion og fastholdelse af målgruppen, når man udformer indsatser?

TEMA 4: SAMARBEJDE OM MÅLGRUPPEN OG FREMADRETTET FORANKRING

Hvilke samarbejdsmodeller er mest optimale i forhold til at målgruppen inkluderes og fastholdes bedst muligt i behandlings- og rehabiliteringsforløb?

3 EVALUERINGSDESIGN OG METODE

Evalueringens design bygger overordnet på en virkningsevaluering. Et centralt element i virkningsevaluering er brugen af indsats teorier. En indsats teori kan ses som projektets rationale for forandring, det vil sige, hvad man på forhånd antager, virker for *hvem*, *hvordan* og under *hvilke omstændigheder*. Ved virkningsevaluering er der fokus på, hvordan en intervention har fungeret og der sættes derfor fokus på at undersøge konteksten af interventionen for at kunne forstå, hvad der virker for hvem, og under hvilke omstændigheder. Opmærksomheden på kontekst bunder i en forståelse af, at den samme indsats kan virke forskelligt i forskellige kontekster. Virkningsevaluering beskæftiger sig endvidere med de virksomme mekanismer i en indsats, og der er i virkningsevaluering derfor en særlig opmærksomhed på, hvad det er, der får indsatsen til at virke. Selvom projekterne udspringer af forskellige kontekster, opstillede vi en overordnet indsats teori for puljen med hovedtemaer, som gik på tværs af projekterne. Indsats teorien illustreret herunder har været gennemgående i hele evalueringen.



FIGUR 1: Foreløbig indsats teori for puljen

Første trin i evalueringen bestod i at kortlægge en indsats teori, der går på tværs af de syv projekter, ved hjælp af projektbeskrivelserne og diskussion med de syv projekter til en workshop.

Størstedelen af evalueringen er bygget op om en selvevalueringsramme, casebesøg med fokusgruppeinterviews, læringsmøder og afsluttende telefoninterviews med projektlederne:

- › **Selvevalueringsramme:** Viden om de enkelte projekter er opnået ved hjælp af en selvevalueringsramme, der består af et monitoreringsværktøj og et afrapporteringskema, som projektlederne har udfyldt fire gange i løbet af evalueringsperioden. Deltagere fra de syv projekter har selv været med til at formulere de indikatorer, der indgår i monitoreringsværktøjet.
- › **Casebesøg:** Gennemført i midten af evalueringsperioden. Ved casebesøg gennemførte vi fokusgruppeinterviews med hele projektgruppen, og hvis muligt gennemførte vi deltagerobservationer af indsatserne.

- › **Læringsmøder:** Der er sikret løbende erfaringsopsamling fra de syv projekter gennem fysiske eller virtuelle læringsmøder. Til hvert læringsmøde blev et af evalueringens temaer gennemgået (hhv. identifikation, rekruttering, indsatserne og samarbejde).
- › **Telefoninterviews:** Gennemført med projektleder og evt. en deltagende projektmedarbejder i slutningen af evalueringsperioden som en opfølgning på casebesøgene.

Analyserne blev gennemført i det kvalitative databehandlingsprogram Nvivo⁶, som er særligt anvendeligt til at systematisere og analysere store mængder kvalitative data. Analyserne byggede på en tematisk tekstanalyse⁷. Første trin af analysen bestod i gennemlæsning af interviewreferater for hvert projekt med henblik på at identificere umiddelbare virksomme rekrutteringsstrategier, indsats og samarbejdsmodeller samt kontekstuelle faktorer. Det andet trin indebar at se tværgående sammenhænge projekterne imellem. Det tredje trin at udvikle mere generiske virkningsmekanismer med udgangspunkt i indsats teorien.

⁶ Nvivo er et dataprogram til analyse af kvalitative data.

⁷ Grodal TK. Tematisk tekstanalyse: Forlaget Medusa; 2010.

4 PROJEKTERNE I PULJEN

De syv projekter har både ligheder og forskelle i form og indhold. I forhold til puljeopslaget har projekterne valgt at lægge fokus forskelligt og omfatte en eller flere af de identificerede indsats og samarbejdsformer. I det følgende vil vi kort skitsere de forskelle og ligheder, der er på tværs af projekterne med det formål at vise, hvilke virksomme indsats og værdifulde samarbejdsmodeller, der fremadrettet kan indtænkes i nye indsats til denne målgruppe. Evalueringen viser, at der på tværs af projekter i forskellige kontekster er nogle konkrete redskaber og metoder indenfor de 4 temaer. Disse kan også bruges generisk til at iværksætte initiativer, som skaber inklusion og fastholdelse af sårbare diabetes patienter i mestring af deres sygdom.

Projekterne har organiseret sig forskelligt. I de kommunale projekter er projektlederen forankret i kommunens sundhedscenter, forebyggelsesenhed eller lignende, hvor den ordinære diabetesrehabilitering også foregår. I projektet i Region Sjælland er projektlederen forankret på et sygehus og i Region Syddanmark er projektlederen forankret i Syddansk Sundhedsinnovation.

Nogle projekter har mange forskellige samarbejdspartnere, mens andre kun har få. Fire af projekterne har samarbejdet med det regionale Steno Diabetes Center, to med almen praksis og tre projekter med diabetesambulatorier i regionen. Derudover er der forskellige andre samarbejdspartnere, afhængig af den specifikke målgruppe, projektet har fokuseret på, herunder misbrugsafdeling og lokalpsykiatri. Region Sjælland har meget specifikt afprøvet samarbejdsmodeller mellem sygehusafdelinger med henblik på at få patienter til de relevante undersøgelser og/eller opfølgning. Kun Vesthimmerlands Kommune har afprøvet partnerskaber med apoteker med henblik på inklusion i rehabiliteringstilbud. Både Hvidovre, Gladsaxe og Odense Kommune har afprøvet partnerskaber med civilsamfundet med henblik på f.eks. fastholdelse efter endt rehabiliteringsforløb i kommunen.

Målgrupperne har for tre af projekterne være en bred målgruppe af sårbare borgere med type-2-diabetes, og for to af projekterne en lidt mere snæver målgruppe af borgere med sindslidelses eller psykisk sårbare borgere med type-2-diabetes. For projektet i Region Sjælland var det en meget snæver målgruppe af diabetespatienter i hæmodialyse.

Indsatsens fokusområde har for alle projekter været at udvikle målrettede rehabiliteringstilbud til sårbare patienter med henblik på inklusion og fastholdelse. Herunder udvikling af patientuddannelsesforløb målrettet målgruppen. Projekterne i Hvidovre, Odense, Vesthimmerlands og Gladsaxe Kommune faciliterede gruppeforløb, som bestod af både kost, sygdomsspecifikke temaer og bevægelse. I Hvidovre, Gladsaxe og Vesthimmerlands Kommune var fællesspisning eller forplejning også en del af undervisningen og i Hvidovre Kommune indkøbstur i et supermarked. Nyborg Kommune og Region Sjælland havde primært individuelle forløb. Region Syddanmark udviklede digitale forløb til sårbare diabetes patienter via en app.

Projekterne har på forskellige måder tilbudt bevægelsestilbud. I Odense Kommune var motionshold faciliteret af en fysioterapeut en del af deres indsats, ligesom borgerne blev hjulpet over i lokale etablerede idrætstilbud. I Hvidovre Kommune foregik motion også gennem lokale idrætsforeninger. I Vesthimmerlands Kommune stod projektholdet selv for træningen og brugte bl.a. naturen som arena, i Region Sjælland stod de også selv for træningen, som foregik med sengecykler under dialyse. I Nyborg Kommune indgik bevægelse i alle forløb på individuelt niveau. Syddansk sundhedsinnovation har udviklet en teknologisk løsning, og Vesthimmerlands og Nyborg Kommune benyttede sundhedsteknologi i form af app'en fra Liva Healthcare til at holde borgerne i bevægelse.

I tabellen herunder er der en oversigt over de syv projekter, og derudover er der i Bilag A casebeskrivelser for hvert projekt.

TABEL A1: Oversigt over de syv projekter

PROJEKTEJER	ODENSE KOMMUNE	VESTHIMMERLANDS KOMMUNE	GLADSAXE KOMMUNE	HVIDOVRE KOMMUNE	NYBORG KOMMUNE	DIALYSEAFSNITTET NYKØBING FALSTER SYGEHUS	SYDDANSK SUNDHEDSINNOVATION
PROJEKTLEDETS FORANKRING	Sygeplejerske, Center for Sundhed og Forebyggelse Senere overgået til ny projektleder med kandidat i idræt og sundhed	Sygeplejerske, Sundhedscenteret i Vesthimmerlands Kommune	Diabeteskonsulent og sygeplejerske, Forebyggelsescenteret	Sygeplejerske, Sundhedscenteret	Forløbskoordinator, sygeplejerske, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen	Klinisk sygeplejespecialist og diætist, dialyseafsnittet, Medicinsk afdeling	Projektleder for Det Digitale Sundhedscenter, PhD med kandidat i Idræt og Sundhed og programleder med kandidat i kultur og formidling, Syddansk Sundhedsinnovation ⁸ (SDSI)
PRIMÆRE SAMARBEJDSPARTNER(E)	Steno Diabetes Center Odense (SDCO) Lokalpsykiatrien Dansk Arbejder Idrætsforbund (DAI) Bolbro idrætsforening (Bolbro GIF) Forløb sindslidende (Odense kommune)	Diabetesambulatoriet (Farsø sygehus) Apoteker Socialsygeplejen Misbrugs-afdelingen Den kommunale diabetessygeplejerske	Den boligsociale helhedsplan i Høje Gladsaxe Høje Gladsaxe Seniorklub, Skur 2 (lokalt værested)	Hvidovre Hospital, Endokrinologisk afdeling og Diabetes-ambulatoriet Almen praksis Kys Livet Jobcenteret Handicap og psykiatri Steno Diabetes Center Kommunale sundhedsformidlere Lokale klubber	Socialafdelingen Almen praksis Frivilligt Instruktør Team (FIT)	Diabetesambulatoriet Steno Diabetes Center Fysioterapeut konsulent	Diabetesforeningen Steno Diabetes Center Assens Kommune, Faaborg-Midtfyn Kommune, Svendborg Kommune, Ærø Kommune Partnerskabet om Det Digitale Sundhedscenter Region Syddanmark ⁹
MÅLGRUPPE	Borgere med sindslidelse og type 2-diabetes	Særligt sårbare diabetikere ¹⁰ Sekundær målgruppe er borgere med diabetes uden for arbejdsmarkedet	Voksne udsatte borgere i Høje Gladsaxe med type 2 diabetes	Borgere med type-2 diabetes, som ikke er i insulinbehandling. Primært borgere med anden etnisk baggrund end dansk, sekundært borgere med psykisk sygdom	Sårbare borgere med type 2-diabetes ¹¹	Diabetespatienter i hæmodialyse i dialyseafsnittet på Nykøbing Falster Sygehus	Særlige sårbare borgere ¹² med type 2-diabetes eller i risiko for at udvikle type 2-diabetes Fagprofessionelle
INDSATSENS FOKUSOMRÅDE	<ul style="list-style-type: none"> › Udvikling af patientuddannelsesforløb målrettet målgruppen › Bevægelsestilbud i lokale idrætsforeninger 	<ul style="list-style-type: none"> › Individuelt tilrettelagt sundhedsfaglig indsats › Holdindsats, bl.a. i naturen og med tilbud om akupunktur › Digitalt tilbud vha. app'en LIVA Healthcare › Fremskudt sundhedsfremmeindsats i lokalpsykiatrien, bl.a. rygestopforløb 	<ul style="list-style-type: none"> › Indsats i boligområde › Ny diabetes-rehabiliteringsmetode ift. borgernes behov (ABCD-metoden) › Samarbejde med lokale aktører til rekruttering › Netværksdannelse 	<ul style="list-style-type: none"> › Skræddersyede rehabiliteringstilbud, herunder undervisningsforløb, træningshold og individuelle forløb › Samarbejde med almen praksis og hospital 	<ul style="list-style-type: none"> › Dialogbaseret diabetesbehandling, herunder forløb i eget hjem og brug af digitale platforme (LIVA Healthcare) › Fokus på øget sygdomsmonitoring og egenomsorg › Fællesmadlavning 	<ul style="list-style-type: none"> › Relationsdannelse og individuel undervisning under dialysebehandling › Digitalt værktøj til sygdomsmonitoring og egenomsorg › Samarbejde med diabetesambulatorie 	<ul style="list-style-type: none"> › Udvikling og afprøvning af digital løsning til håndtering af type 2-diabetes og fremme af hensigtsmæssig livsstil

⁸ Region Syddanmarks stabsenhed for sundheds- og velfærdsinnovation

⁹ <https://detdigitalesundhedscenter.dk/>
¹⁰ Særligt sårbare diabetikere med enten sociale- eller misbrugsproblemer, psykisk sygdom og mindst en anden livsstilssygdom

¹¹ Psykisk sårbare borgere med diabetes 2, herunder borgere med misbrug, udviklingshæmning, psykisk sygdom som stress, depression og/eller angst, anden kronisk sygdom f.eks. KOL eller hjertesygdom

¹² Særlig sårbare borgere, der 1) modtager kommunal socialpsykiatrisk støtte i eget hjem under servicelovens §85 eller 2) tilbydes aktivitets og samværstilbud under servicelovens §104.



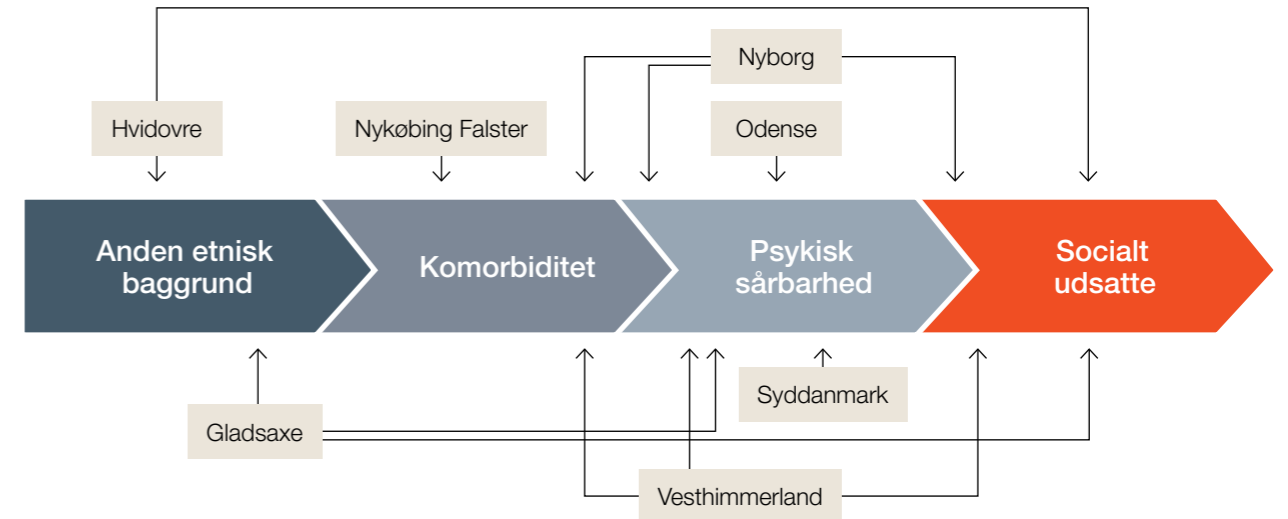
5 TVÆRGÅENDE ANALYSE

På baggrund af formålet med evalueringen har vi analyseret projekterne med fokus på de fire temaer, som vi ønsker at få viden om, og som danner baggrund for vores evalueringsspørgsmål: 1) Identifikation af målgruppen, 2) Rekruttering af målgruppen, 3) Behandlings- og rehabiliteringsindsatser til målgruppen og 4) Samarbejde om målgruppen og fremadrettet forankring.

5.1 IDENTIFIKATION AF MÅLGRUPPEN

I dette afsnit beskrives projekternes erfaringer og de virksomme tilgange, de har fundet til identifikation af målgruppen. Herunder hvem og hvor er de sårbare diabetespatienter er, og hvad deres behov og udfordringer er.

Analysen af projekternes identifikation af borgere viser, at der kan være forskellige former for sårbare grupper. Sårbare diabetespatienter har i dette projekt vist sig som en bred målgruppe, der kan være udfordrende at identificere. Fælles for patienterne ses der dog nogle konkurrerende problematikker, der udfordrer og ofte



FIGUR 2: De forskellige sårbare grupper, der indgår i projekternes målgruppe.

overskygger mestringen af deres diabetes sygdom. Det kan bl.a. omhandle kulturelle og sproglige udfordringer, sociale og psykiske problemstillinger eller andre behandlingskrævende sygdomme. Disse konkurrerende problematikker udfordrer patienternes muligheder for at indgå i et ordinært diabetesrehabiliteringsforløb og derfor kræves der andre typer tilbud og indsatser til disse borgere.

I ovenstående figur er det visualiseret hvilke grupper af borgere, de syv projekter har arbejdet med. Figuren rummer fire forskellige sårbarhedsgrupper, der dog alle har type 2-diabetes til fælles. Figuren har til formål at overskueliggøre de forskellige former for målgrupper på tværs af projekterne.

En af de sårbare grupper er borgere med anden etnisk baggrund. Deres sårbarhed bunder i udfordringer pga. sproglige og kulturelle forskelle, der gør det svært at følge med på et almindeligt forløbsprogram. Denne gruppe har derfor et behov for at få en indsats, der sprogligt og kulturelt er tilpasset målgruppens baggrund bl.a. ved brug af sundhedspædagogiske redskaber, som visualisering og learning-by-doing.

Borgerne er generelt afhængige af sundheds- og/eller sociale ydelser, præget af sproglige eller kulturelle vanskeligheder, ingen eller kort uddannelse og er ikke i stand til at mestre en hensigtsmæssig adfærd og egenomsorg over for deres diabetes.

Projektleder, Hvidovre Kommune

En anden sårbar gruppe er de borgere, der lider af minimum én anden kronisk sygdom udover diabetes og derfor går under kategorien komorbide borgere. Generelt

har denne gruppe svært ved at finde overskud til at håndtere deres diabetes sygdom. Der ses derfor en tendens til, at diabetesrehabiliteringen bliver nedprioriteret til fordel for behandling af de andre sygdomme. Udfordringen med denne målgruppe er derfor at sikre, at borgerne prioriterer diabetesbehandlingen.

” Vi oplever nogle, som ikke har overskuddet (...) Der er måske rigtig mange ting, ofte andre sygdomme og sociale udfordringer, der gør, at de ikke prioriterer deres sygdom, og der bliver man nødt til at stå ude foran døren og ringe på.

Projektmedarbejder og diabetes sygeplejerske, Vesthimmerlands Kommune

En tredje sårbar gruppe er borgere med psykiske udfordringer. Borgere i denne gruppe kan ofte have den samme type behov og udfordringer som de komorbide borgere, ved at have en konkurrerende psykisk sygdom, de skal tage sig af.

I projektet i Syddansk Sundhedsinnovation havde de særlig sårbare som deres målgruppe. For at få viden om borgernes behov gennemførte de som en del af projektet en behovsafdækning. Her kom de frem til, at der er behov for en mere helhedsorienteret løsning, der rummer flere facetter. Desuden blev der gennemført en gevinstrealiseringsworkshop for at tage højde for de forskellige parters udfordringer, og at de hver især skal kunne se værdien i at være med i projektet. Her var et generelt mål i projektet at skabe sammenhæng på tværs af de to områder (sundhed/social) og øge bevidsthed blandt alle de involverede om sammenhængen mellem det somatiske og psykiske område.

”

Udfordringerne er, at borgerne godt er klar over, at de har diabetes, men mangler overskud til sygdomsmestring. Bostøtterne synes det er svært at snakke om et sundhedsrelateret emne, og tænker, at borgerne har mange andre problematikker, der er vigtige. De sundhedsfaglige mangler redskaber til at håndtere de sårbare.

*Projektmedarbejder,
Syddansk Sundhedsinnovation*

En fjerde sårbar gruppe er socialt udsatte. Borgere i denne gruppe vil ofte have en kombination af alle ovenstående behov og udfordringer. Denne gruppe vil især ofte have store udfordringer med social interaktion, manglende prioritering af sygdomsmestring samt udfordringer med at fastholde livsstilændringer.

”

Misbrugerne er de sværeste at komme ind til. De er vant til at folk prøver at ændre deres alkoholvaner, og det er jo ikke det, der er vores formål. Vi bliver bare nødt til at have dem ædru, når de er i behandling.

Projektmedarbejder, Nyborg Kommune

På tværs er den største udfordring for målgrupperne dog deres sociale udfordringer, herunder manglende netværk, og udfordringer med at indgå i forløb sammen med andre borgere. Desuden kan det være skamfuldt for borgerne at indgå i forløb med borgere, der har flere ressourcer end dem selv.

”

Hvis man vil nå dem, skal man møde dem det sted, hvor de er. Hvis de sidder med nogle med mange flere ressourcer, så får de det dårligt med sig selv. Det er skamfuldt at være udsat.

*Projektmedarbejder og sygeplejerske,
Vesthimmerlands Kommune*

Når sundhedsprofessionelle ønsker at komme i kontakt med sårbare diabetespatienter, viser evalueringen, at det er vigtigt at vide, hvor de sårbare diabetespatienter er. De fire forskellige sårbarhedsgrupper identificeres forskellige steder, men på tværs af grupperne er der dog fire overordnede måder at identificere diabetespatienter på. Det er hhv. via projektgruppens kendskab til borgere i kommunalt eller regionalt regi eller samarbejdspartneres kendskab til borgere i kommunalt eller regionalt regi eller via lokalområdet.

1. PROJEKTGRUPPENS KENDSKAB TIL BORGERE I KOMMUNALT ELLER REGIONALT REGI

Identifikation af borgere kan foregå gennem eksisterende kendskab til borgere, der allerede indgår i en kommunal indsats. Denne type identifikation kan for eksempel ske gennem de ordinære diabetesforløb, hvor ansatte i sundhedscenteret opsporer de borgere, der enten udebliver fra undervisning eller træning, eller vurderes at have et lavt læringsudbytte af indsatsen. Denne måde at identificere borgerne på, har været den mest udbredte metode blandt alle projekterne, samt den metode projekterne har haft størst succes med. Metoden har særligt været anvendt i både Region Sjælland, Hvidovre, Nyborg og Vesthimmerlands Kommune, men på forskellige måder. I Nyborg Kommune har den visiteringsansvarlige for alle nye diabetesforløb i kommunen været en del af projektgruppen. Dette har medført, at det er blevet undersøgt, hvorvidt alle nye borgere var egnede til en særlig indsats. I Odense Kommune har man gjort det på samme måde. Fordelen ved denne organisering er, at projektgruppernes arbejde er blevet integreret med den ordinære diabetesbehandling i kommunen, hvilket bidrager til en målrettet identificering. I Vesthimmerlands Kommune har de ligeledes taget udgangspunkt i kendte borgere, bl.a. fordi de har en socialsygeplejerske i teamet, som kender en del borgere på forhånd. Også projektgruppens diabetes-sygeplejerske kendte mange fra målgruppen, som han fik henvist fra diabetesambulatoriet, ligesom projektlederen fra Vesthimmerlands Kommune også på forhånd havde et godt netværk i målgruppen, fordi hun tidligere har arbejdet med borgere med misbrug.

Identificeringen af borgere har derfor været simpel, fordi projektgruppen i Vesthimmerlands Kommune allerede ved projektets start stod med en gruppe borgere, som de manglede et tilbud til. På samme måde har de i Hvidovre Kommune identificeret borgere på de ordinære forløb og i jobcenteret og derved tilbudt dem at deltage i projektet. Region Sjælland adskiller sig fra de øvrige projekter ved at være et ambulatorie i stedet for en kommunal afdeling. Her har de identificeret patienterne ved at søge på ordet "diabetes" i deres patientregister, og efterfølgende rekrutteret dem ved at kontakte de relevante patienter, når de møder op til dialysebehandling.

2. SAMARBEJDSPARTNERES KENDSKAB TIL BORGERE I KOMMUNALT REGI

Identifikation af borgere kan foregå gennem samarbejde med andre kommunale medarbejdere, herunder hjemmepleje, socialsygeplejerske, jobcenter, misbrugscenter/afdeling, bostøtter og bosteder. Denne metode kræver en større oplysningsindsats i kommunen, hvor de øvrige kommunale medarbejdere bliver informeret om tilbuddet. Denne udfordring har projekterne grebet an på forskellige måder, og i Gladsaxe, Nyborg, Odense og Vesthimmerlands Kommune har de gjort sig gode erfaringer. I projektet i Gladsaxe Kommune har den tilknyttede

medarbejder fra den kommunale sundhedsafdeling haft en fast kontorplads sammen med medarbejderne i den boligsociale helhedsplan i Høje Gladsaxe. På denne måde er der blevet skabt et godt tværkommunalt samarbejde mellem sundheds- og socialafdelingen, så projektmedarbejderen nemt har fået viden og adgang til at identificere mulige deltagere. Projektet i Gladsaxe Kommune har i alt involveret 130 medarbejdere i møder med information om projektet (bilag B Monitoreringsskemaer). Vesthimmerlands Kommune har ligeledes haft et godt samarbejde med misbrugsafdelingen i kommunen, primært fordi projektlederen tidligere har været ansat der. Hun har fået engageret medarbejderne her til at identificere potentielle borgere til projektet. I projektet i Odense Kommune har man igennem hele forløbet haft et tæt samarbejde mellem medarbejderne i projektet og bostøtterne i kommunes psykiatri (Forløb Sindslidelse). Projektet i Vesthimmerlands Kommune har i alt involveret 83 medarbejdere i møder med information om projektet (bilag B Monitoreringsskemaer). I projektet i Nyborg Kommune har de også arbejdet tværkommunalt. Her er der blevet afholdt en række oplæg i tværkommunale enheder som misbrugscenter, socialafdeling, bosteder mm. Samarbejdspartnere, som ikke nødvendigvis har sundhedsfagligt kendskab til diabetes for at give dem viden om både symptomer på og opsporing af diabetes, samt om projektets metoder og indhold. Formålet med disse oplæg var at klæde medarbejdere på til fremadrettet at kunne opspore diabetes, så de på sigt kan identificere de borgere, der kan nyde gavn af tilbuddet. Udover disse oplæg, har der været et tæt samarbejde mellem projektgruppen og plejepersonalet ude hos borgerne. Den tætte relation med plejepersonalet har bidraget til mere opmærksomhed på, hvilke gavnlige effekter projektet har, og medført flere henviste borgere direkte fra plejepersonalet. Projektet i Nyborg Kommune har i alt involveret omkring 25 medarbejdere i møder med information om projektet (bilag B Monitoreringsskemaer). Projektet i Vesthimmerlands Kommune har også gode erfaringer med tværsektorielt samarbejde, hvor en del af projektets behandlere kendte en del af borgerne på forhånd.

”

Der er generelt et godt tværsektorielt samarbejde på forløbet, hvor vi udnytter hinandens kompetencer, og arbejder sammen om borgerne.

*Projektmedarbejder og diabetes-sygeplejerske,
Vesthimmerlands Kommune*

Uanset om der ønskes samarbejde ved fysisk at sidde sammen eller tage ud og holde oplæg, så understreger projekterne, at det kræver tid og ressourcer at få det optimale udbytte ud af disse samarbejder. Samtidig beskriver de, at det på sigt har vist sig at være en god investering. Da målgruppen er svær at identificere, er

man derfor nødt til at have mange forskellige aktører til at bidrage til identificeringen. På trods af, at det har krævet en del ressourcer at få opstartet disse identifikationssamarbejder, har projekterne, der har arbejdet med denne metode, dog oplevet en stigning i antallet af henvisninger fra de øvrige kommunale afdelinger. Gennemgående ses det, at relationen til samarbejdspartneren er vigtigt, da det ellers ikke vil blive prioriteret hos samarbejdspartneren. Af bilag B Monitoreringsskemaer fremgår det, hvor mange medarbejdere, de forskellige projekter har involveret i møder med information om projektet.

3. SAMARBEJDSPARTNERES KENDSKAB TIL BORGERE I REGIONALT REGI

Udover at samarbejde med andre kommunale afdelinger, kan det også være fordelagtigt at samarbejde med de regionale instanser, der har kontakt til borgere med diabetes, herunder diabetesambulatoriet og psykiatri. Projekterne i Region Sjælland, Vesthimmerlands og Nyborg Kommune har alle gode erfaringer med at samarbejde med diabetesambulatoriet, enten ved at have en repræsentant herfra med i projektgruppen, eller ved løbende at inddrage dem med henblik på at identificere de borgere, der vil have gavn af en særlig tilrettelagt indsats. I projektet i Vesthimmerlands Kommune har de både haft en repræsentant fra diabetesambulatoriet og misbrugscenteret med i projektgruppen. Diabetesambulatoriet har indgående viden om de borgere, der oplever udfordringer med sygdomsmestring og endnu ikke modtager noget kommunalt tilbud. Diabetesambulatoriet er derfor en værdifuld samarbejdspartner til at identificere nye borgere. Psykiatrien kan ligeledes være en god samarbejdspartner, hvilket de har erfaringer med i Odense og Nyborg Kommune. Der kan dog også være udfordringer med dette samarbejde, fordi personalet i psykiatrien ikke altid er opmærksomme på somatiske sygdomme, da de andre udfordringer, patienterne har, dominerer.

Bl.a. er lokalpsykiatrien i projektet i Odense Kommune blevet tilbudt kompetenceudvikling for at få større fokus på somatisk sygdom med håb om at få flere henvisninger fra psykiatrien.

”

De har selv et ønske om at have fokus på somatisk sygdom. Vi har holdt kompetenceudvikling i deres lokaler, og ved at vi nu øger kendskabet til hinanden, håber vi også, at der kommer flere henvisninger derfra.

Projektleder, Odense Kommune

4. SAMARBEJDSPARTNERES KENDSKAB TIL BORGERE I LOKALOMRÅDET

Gennem identifikation ude i lokalområderne er det muligt at opspore de borgere, der endnu ikke modtager nogle indsatser, og som derfor i særlig grad kan være i risiko for senkomplikationer. Dette kan bl.a. være på apotekerne, når borgerne henter deres diabetesmedicin eller i byrummet i lokalområderne. Flere af projekterne har forsøgt sig med denne metode og især i Gladsaxe har de oplevet metoden som virksomhedsfuld, fordi de har haft et godt samarbejde med den boligsociale helhedsplan for Høje Gladsaxe¹³. Dette skyldes blandt andet, at relationen er vigtig for denne målgruppe, og at Helhedsplanens medarbejdere allerede har opbygget relationer med borgerne. I Vesthimmerlands Kommune har de også forsøgt at samarbejde med apoteker, men da der netop med denne målgruppe er behov for at opbygge relationer, har det været svært, fordi kontakten med borgeren er mindre og kortere, når det sker på et apotek. Derudover er det en udfordring, at borgerne selv skal kontakte projekterne, efter de er blevet gjort opmærksomme på tilbuddet på apoteket eller af en sundhedsmedarbejder ude i byrummet. Apotekerne må på grund af GDPR-regler ikke videregive informationer om borgere til projekterne.

Generelt ses det for alle sårbare grupper, at det er en stor udfordring at identificere projektets målgruppe. Det er derfor essentielt, at medarbejdere i hele kontaktflden til sårbare grupper kender til de overordnede symptomer på diabetes, og ved hvem de skal kontakte, hvis de har en borger, der kunne få gavn af en særligt tilrettelagt indsats. Generelt ses det, at når flere aktører bliver opmærksomme på diabetessymptomer, identificeres flere borgere. Dette gælder for alle faggrupper, der er i kontakt med borgere med diabetes. Flere af projekterne har haft stor gavn af at have medarbejdere fra andre dele af kommunen eller andre aktører til at indgå i enten projektgruppe eller en styregruppe, så information om projektet udbredes mest muligt.

5.2 REKRUTTERING AF MÅLGRUPPEN

I dette afsnit beskrives projekternes erfaringer og de virksomme tilgange, de har fundet til rekruttering af målgruppen. Herunder hvordan, hvor og hvornår målgruppen kan rekrutteres samt hvem der skal stå for rekrutteringen.

For at rekruttere borgere skal der skabes motivation hos målgruppen. Her handler det om at gøre det meningsfuldt for borgeren at indgå i en særlig tilrettelagt indsats. Borgernes motivation kan dog være udfordret af begrænset sundhedskompetence¹⁴, som bl.a. kommer til udtryk ved manglende sygdomserkendelse og -forståelse. Flere studier peger på, at personer med manglende sundhedskompetence, som lider af kronisk sygdom, oplever det som en udfordring at indgå i behandlingsindsatser samt at forstå og efterleve behandling¹⁵.

HVORDAN OG HVORNÅR REKRUTTERES MÅLGRUPPEN?

Ligesom ved identifikation, er det ved rekruttering af målgruppen væsentligt at opnå synlighed i borgernes kontaktfld for at sørge for, at borgerne kan få information om projektet. Dette gælder både fysisk, som i projektet i Gladsaxe Kommune, hvor de har rekrutteret borgere ved at være i lokalområdet og deltage i arrangementer og mødt fysisk op bl.a. på et værested. I Gladsaxe Kommune har de ligeledes arbejdet målrettet med at anvende såkaldte "connecters" i lokalområderne, som er kompetencepersoner med brede borgernetværk. Fordelen ved at anvende disse connecters er, at projektet har fået fangarme ud i store dele af lokalområdet, som kan være med til at opstarte og drifte forløb. Connecters er med til at skabe en genkendelighed og troværdighed, der er essentiel for rekrutteringen af nye borgere. Synlighed kan også være at projektgruppen kommer dér, hvor borgernes behandlere eller kontaktpersoner er, f.eks. gennem ugentlige møder på diabetesambulatoriet, som de havde gode erfaringer med i Region Sjælland. De forskellige projekter har ifølge monitoreringsskemaet i bilag B rekrutteret følgende antal borgere, der har sagt ja til at deltage: 48 i Gladsaxe, 58 i Hvidovre, 44 i Odense, 37 i Nyborg, 23 i Region Sjælland og 97 i Vesthimmerlands Kommune. Syddansk Sundhedsinnovation har haft en proces med udvikling af teknologisk løsning og ikke rekrutteret borgere på samme måde som de andre projekter.

I nogle af projekterne har man samarbejdet på tværs af de kommunale afdelinger for at styrke rekrutteringsarbejdet. Projektet i Odense Kommune tilbød kompetenceudvikling til medarbejderne i Forløb Sindslidelse (bostøtter mfl.) og lokalpsykiatrien. På kurset blev deltagerne klædt på til at tale med borgerne om netværk, motivation og målsætninger i forhold til diabetes. Denne viden har medarbejderne efterfølgende kunnet drage nytte af til at motivere borgerne til at lade sig rekruttere til projektets indsats. På samme måde har de i Nyborg Kommune

haft kompetenceudvikling i kendskab til diabetes, som har været tilbudt via regionen til såvel plejepersonale som socialafdelingens pædagogiske personale for at klæde dem på til at kunne tale med borgerne om deres diabetes. En af fordelene ved at samarbejde med de øvrige kommunale afdelinger og medarbejdere om rekruttering er, at det er muligt at udnytte de eksisterende relationer, der er mellem fagpersoner og borgere. I projekterne i både Vesthimmerlands og Nyborg Kommune har de oplevet det særligt succesfuldt at samarbejde med en kommunal socialrådgiver eller socialsygeplejersker. De socialfaglige medarbejdere er en central del af projektgrupperne, og bidrager med en anden forståelse for kompleksiteten i borgerens liv, og kan derfor være med til at belyse og løse økonomiske og sociale problematikker, der står i vejen for sygdomsmestringen. På denne måde er det lykkedes projekterne i Nyborg og Vesthimmerlands Kommune at skabe holistiske indsatser, der tager højde for alle aspekter i borgernes liv.

Timing er også vigtig i rekrutteringen af borgerne og ofte skal projektgruppen være tålmodig og opsøgende, for at borgeren bliver klar og motiveret for at deltage i et forløb.

En af de største udfordringer i projektet er borgernes uvillighed til at deltage. Borgerne har generelt svært ved at overskue forløb, så de skal holdes meget i hånden, før de indvilliger i at starte i forløb. [...] En stor del af de sårbare borgere [kræver] meget opsøgende arbejde. Nogle borgere kræver 3 måneders opvarmning og opsøgende arbejde før de vil starte i forløb.

*Projektgruppen,
Vesthimmerlands Kommune*

I Gladsaxe Kommune har de også fået rekrutteret borgere gennem forebyggende hjemmebesøg, fordi projektet var kendt i hele forebyggelsescenteret. Her har projektmedarbejderens tilstedeværelse i lokalområdet været en vigtig faktor for rekruttering. Derudover erfarer de en af projektmedarbejderne, at det der virkede og gjorde, at borgerne havde lyst til at komme, var, at hun fokuserede på at tale om kost og motion – og mindre på diabetes.

”De vil gerne ændre på noget med motion eller mad. Det er primært den del, der har taget fat i folk. Det var ikke diabetesdelen [...] Det er en kombination af, at du er kendt ude i området – så siger folk nåh ja det er [projektmedarbejderen], det vil jeg gerne. [...] Og det handler også om at kunne mærke, hvor borgerne er. Jeg har nogle i mit hoved, hvor jeg ved, at de har diabetes, men de er ikke klar til det og har ikke lyst til at snakke med mig. Så jeg skal hele tiden vurdere, hvornår de er klar til at snakke med mig og hvornår skal jeg prikke til dem. Det skal man hele tiden forholde sig til i denne rekruttering

Projektmedarbejder, Gladsaxe Kommune

Udfordringen med rekrutteringen af målgruppen er derfor også, at det kræver tid og stor fleksibilitet fra projektgruppens side. Derudover er det nødvendigt at se rekrutteringen som en proces, som ikke er lineær, men som kræver opbygning af tillid og relation samt den rette tilgang og timing. Derfor er det heller ikke alle, som kan arbejde med denne målgruppe, da det kræver stor personlig rummelighed, særlig social intelligens og solide sundhedspædagogiske kompetencer.

HVEM SKAL STÅ FOR REKRUTTERINGEN AF MÅLGRUPPEN?

Relationer har en afgørende betydning for succesfuld rekruttering. Her gælder det både relationen mellem borgere og behandler, mellem borgere og mellem behandlere. Når først de gode historier om indsatsen spredes mellem både borgere og behandlere lettes rekrutteringen. Det afgørende er, at de sårbare borgere hører om tilbuddet fra en person, de har tillid til. Det har de blandt andet oplevet i projektet i Hvidovre Kommune.

”Det er godt, når rekruttering foregår mund til mund gennem borgere og mund til mund gennem (sags)behandlere – når én kender til tilbuddet, er det lettere at fortælle andre om det.

Projektleder, Hvidovre Kommune

¹³ Den boligsociale helhedsplan i Høje Gladsaxe er et projekt, der finansieres af kommunen, landsbygge-fonden og boligforeningerne. Fokus er på at etablere sundhedsindsatser og forebyggende indsatser mod kriminalitet, og handler i høj grad om at skabe mere trivsel. Projektet i Høje Gladsaxe har sin daglige drift i helhedsplanen og sidder fysisk i samme lokaler som helhedsplanen, hvis medarbejdere har viden om lokalområdet, eksisterende og tidligere projekter, og har et bredt netværk. Medarbejderne i helhedsplanen har derfor kunnet udpege steder og personer, projektmedarbejderen kunne kontakte.

¹⁴ Sundhedskompetence (health literacy) dækker over sociale og kognitive færdigheder, der er med-bestemmende for motivation og evne til at få adgang til, forstå og bruge sundhedsinformation til at forbedre egen sundhed (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/behavioural-and-cultural-insights-for-health/health-literacy/>).

¹⁵ Health Literacy - Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner. Dansk Sundhedsinstitut og Sundhedsstyrelsen. 2009.

Det samme har de oplevet i projektet i Odense Kommune, hvor borgerne har delt deres positive oplevelser i projektet med deres bostøtter. Efterfølgende har bostøtterne kunnet dele disse positive oplevelser med andre bostøtter og relevante borgere, og på denne måde bidraget til rekrutteringen.



De bostøtter der har set, at deres borgere godt kunne lide det, de går ud og fortæller videre om det.

Projektleder, Odense Kommune

Derudover er relationen mellem borgeren og projektarbejderen også afgørende. Her er det væsentligt at borgeren får en oplevelse af at være oplyst om projektets omfang og indhold, og føler sig trygge ved at indgå i projektet. Det har været særligt afgørende i projektet i Region Sjælland, hvor de har rekrutteret patienter, der er i dialysebehandling. De har haft en helt speciel adgang til borgerne, fordi de kendte dem i forvejen gennem lang tid i dialysebehandling. Hvis der ikke arbejdes relationelt og oplysende, er der risiko for, at borgerne afviser et projekt som dette grundet manglende overskud. Her er det også afgørende, at borgerne tilgås på den rigtige måde og det ved man først, når man har dannet en relation. I Region Sjælland havde de som led i relationsdannelsen f.eks. opmærksomhed på borgernes individuelle behov og kunne på den måde have blik for, at nogle borgere var mest interesserede i motion med en sengecykel, mens andre havde brug for at tale om deres kost. Her var projektmedarbejderne meget opmærksomme på, hvordan den enkelte borger skulle tilgås, for at de kunne blive rekrutteret til projektet.

I HVILKE ARENAER OG GENNEM HVILKE KANALER KAN MÅLGRUPPEN REKRUTTERES?

Rekrutteringen kan ske i flere forskellige arenaer. Som tidligere beskrevet har projekterne haft størst succes ved at rekruttere igennem de ordinære forløbsprogrammer. Udover dette har projekterne forsøgt at rekruttere på beskæftigelsesområdet, psykiatri- og handicapområdet, i almen praksis og civilsamfund. Det varierer dog meget, hvor virksomt disse kanaler har været og det har været meget afhængig af, om projektgruppen har haft gode kontakter og samarbejder i disse sektorer. Herunder er eksempler på projekter, som fik etableret et samarbejde, som gjorde det muligt at rekruttere borgere til projektet.

BESKÆFTIGELSESMÅL

I projektet i Hvidovre Kommune har de forsøgt at rekruttere gennem jobcenteret. Det har de gjort ved at have en medarbejder fra jobcenteret med i projektgruppen, der ikke indgår i den daglige drift af projektet, men

som prøver at udbrede viden om projektet til de andre sagsbehandlere i jobcenteret. Oplevelsen af denne rekrutteringskanal er dog, at det kan være en udfordring at få sagsbehandlere til at prioritere rekruttering af diabetespatienter i rækken af opgaver de i forvejen har, når de sidder overfor borgeren. Det er derfor afgørende, hvis jobcentre skal deltage i rekruttering af borgere, at de har ledelsesmæssig opbakning, ressourcerne og kompetencerne til det.

PSYKIATRI OG HANDICAP

I projektet i Odense Kommune har de haft gode erfaringer med at rekruttere borgere gennem "Forløb Sindslidelse" i ældre- og handicapforvaltningen i kommunen. Forløb Sindslidelse ønskede at være en del af projektet fordi de har fokus på somatisk sygdom og sundhed. Rekrutteringen gennem Forløb Sindslidelse lykkedes bl.a. også fordi timingen for begge parter var god, og projektet kunne tilbyde noget, der var stor efterspørgsel efter hos Forløb Sindslidelse.

ALMEN PRAKSIS

Størstedelen af projekterne har forsøgt at rekruttere gennem almen praksis. Almen praksis er jævnligt i kontakt med målgruppen og har kendskab til de borgere, der ikke lykkedes med sygdomsmestringen. Dog oplever flere af projekterne, at samarbejdet med almen praksis er udfordrende. En årsag kan være, at de praktiserende læger med denne målgruppe ikke har tiden eller nedprioriterer diabetes til fordel for andre forhold eller sygdomme, f.eks. en psykisk sygdom eller hjertekarsygdom.

I projektet i Nyborg Kommune oplevede de store forskelle i henvisningsraten fra almen praksis. Her fremhæves det som fremmende for antallet af henvisninger, når der er en god relation mellem projektmedarbejdere og almen praksis. De forsøgte sig derfor med at ledsage borgerne til besøg hos almen praksis for at gøre opmærksomme på projektets eksistens og fordele, hvilket havde en god virkning. I Vesthimmerlands Kommune har man også brugt de praktiserende læger i rekrutteringen, og har oplevet, at lægerne har været gode til at henvise til projektets tilbud.

CIVILSAMFUND (F.EKS. IDRÆTSFORENINGER, FRIVILLIGE FORENINGER, KIRKEN)

I Odense Kommune har man med succes arbejdet med at bygge bro til civilsamfundet, specielt i samarbejdet om Bolbro IFS, som projektet var med til at etablere. Her har en ordinær idrætsforening taget målgruppen psykisk sårbare til sig, hvormed projektets målgruppe kunne deltage i tilpasset idræt før, under og efter deltagelse i projektets patientuddannelsesforløb. Ved at involvere civilsamfundet og hjælpe motionstilbuddet i gang, sikredes det, at der også efter projektets afslutning eksisterer et motionstilbud for målgruppen, som Odense Kommune kunne bygge bro til.

5.3 BEHANDLINGS- OG REHABILITERINGS- INDSATSER

I dette afsnit beskrives projekternes erfaringer og de virksomme tilgange, de har fundet til udvikling og implementering af behandlings- og rehabiliteringsindsatser til målgruppen. Herunder hvilken form for indsats, målgruppen har behov for, hvor og hvordan skal det foregå og hvem skal stå for det? Derudover hvad der skal til for at skabe inklusion og fastholdelse af målgruppen, når man udformer indsatser?

Som tidligere beskrevet har målgruppen vist sig at indeholde flere forskellige sårbarhedsgrupper, der har forskellige udfordringer og behov. På tværs af de syv projekter kan man skelne mellem sårbarhed ved enten at være mindre sårbar, middel sårbar eller meget sårbar, som nedenstående figur illustrerer.

Pilene imellem de tre sårbarhedsgrupper symboliserer, hvordan borgerne kan rykke rundt mellem de forskellige sårbarhedsgrupper alt efter de omkringliggende omstændigheder i borgernes liv. Trekanten i miden af figuren viser de elementer og forhold, der går på tværs af indsats til alle tre sårbarhedsgrupper. På tværs af alle tre sårbarhedsgrader ses der et behov for at borgerne får viden og praktisk erfaring med redskaber, der kan bidrage til øget sygdomsmestring. Vejen til at opnå det, kræver forskellige former for indsats med forskelligt indhold.

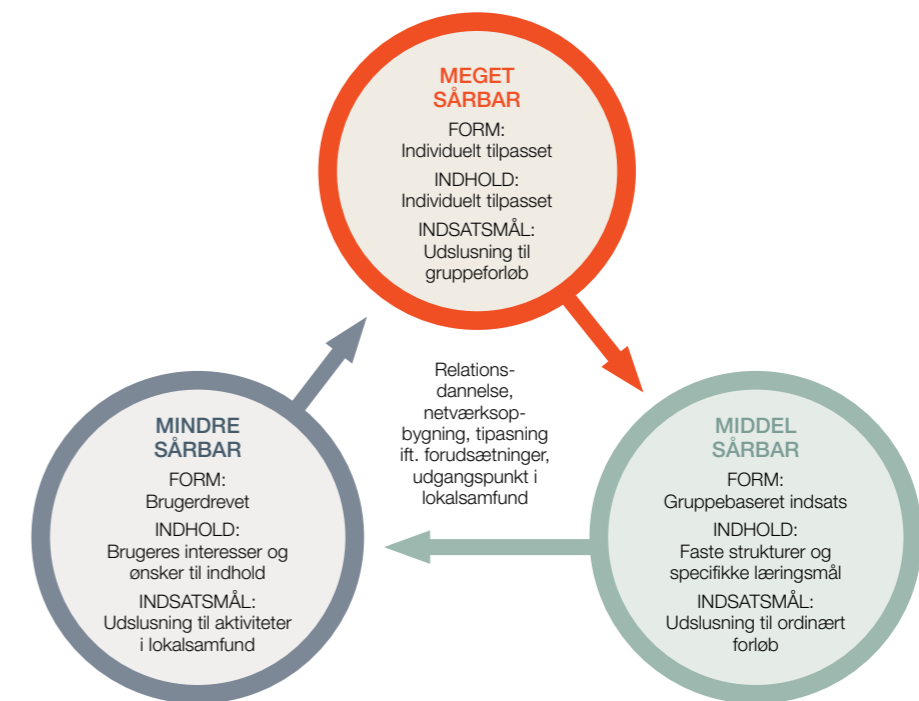
› For de mindre sårbare vil indsatsen med fordel være helt eller delvist brugerdrevet, og indholdet afstemt efter gruppens ønsker og behov. Der vil være behov for en

facilitator, men evt. kun til at starte et gruppeforløb. For denne gruppe får de meget ud af at være sammen med ligesindede med de samme udfordringer og behov. Det kan f.eks. være sproglige eller kulturelle forhold i forhold til sygdomsmestring.

› For de middelsårbare vil der være behov for lidt mere faste strukturer. Formen kan med fordel være gruppebaseret og indholdet vil være det samme som ved de ordinære diabetesindsatser, blot formidlet på en måde, der er tilpasset målgruppen. Denne tilpasning kan enten indebære flere pauser, anderledes strukturer, mere borgerinddragelse eller andre didaktiske tiltag, der gør indlæring lettere for denne målgruppe, f.eks. plakater/illustrationer, indkøbture og fællesspisning.

› For den meget sårbare gruppe vil det i de fleste tilfælde ikke være muligt at lave gruppebaserede indsats, og der er derfor behov for en individuelt tilpasset indsats. Her vil læringsindholdet være individuelt tilrettelagt, og tilpasset den enkelte borger. I nogle tilfælde vil det også være nødvendigt at inddrage eller tage hånd om de øvrige konkurrerende problemstillinger for at kunne arbejde med sygdomsmestring af borgerens diabetes.

Afhængigt af sårbarhedsgraden er der i projekterne opnået gode erfaringer med både individuelle og gruppebaserede indsats. Gladsaxe, Hvidovre og Vesthimmerlands Kommune har haft ca. lige mange borgere i individuelle og gruppebaserede indsats (hhv. 22 og 21 borgere for Gladsaxe, 32 og 34 for Hvidovre og 53 og 63 for Vesthimmerland). Odense Kommune har kun haft borgere i gruppebaserede forløb (44), mens Nyborg Kommune og Region Sjælland kun har haft borgere i individuelt tilpassede forløb (hhv. 38 og 23).



FIGUR 3: Sårbarhedsskala

GRUPPEBASEREDE INDSATSER

De gruppebaserede indsatser er særligt egnede til de mindre og middel sårbare borgere. På tværs af projekterne er der primært opnået erfaringer med at sammensætte hold ud fra borgernes ligheder. Disse ligheder kan være i form af diagnose, køn eller etnicitet. For at deltage i en gruppebaseret indsats kræver det nogle sociale færdigheder. Det gælder blandt andet, at borgeren kan indgå i en indsats sammen med andre borgere og at borgeren har en struktur på hverdagen, der giver overskud til at møde op på faste tidspunkter og et fast sted.

I projekterne i både Gladsaxe og Hvidovre Kommune har de lavet kønsopdelt undervisning for etniske grupper. I projektet har der været særligt fokus på at tilpasse undervisningsmaterialet til de kulturelle forskelligheder, der er repræsenteret på holdet. Dette kan blandt andet være i forhold til at fremhæve kosteksempler fra det etniske køkken i stedet for fra det danske køkken. Derudover er der en sundhedsformidler til stede under alle undervisningsgange, der både kan fungere som sproglig og kulturel tolk. I Gladsaxe Kommune har de bl.a. et kvindehold for etniske kvinder. Her tager undervisningsmaterialet udgangspunkt i denne specifikke målgruppe. Motionen på holdet består bl.a. af dans til arabisk musik, ført an af kvinderne selv.

I Gladsaxe Kommune har de valgt at tage udgangspunkt i de eksisterende grupper og fællesskaber, der er i lokalområderne, hvor de ved at afdække eksisterende ressourcer i gruppen tilrettelægger en indsats, der passer til gruppens behov og interesser. Indsatsen rummer motion, undervisning i sygdomsmestring og fællesspisning. På den måde minder denne indsats meget om de ordinære diabetestilbud. Forskellen er blot, at det her forventes, at holdet fortsætter på egen hånd, når det vurderes, at der er mobiliseret tilstrækkelige ressourcer. Det samme var tilfældet i Odense Kommune, hvor de lavede et gruppeforløb for sindslidende borgere, som ligner det ordinære, men hvor der tages hensyn til målgruppens behov for en fast struktur. De opbyggede undervisningen så den passede til denne specifikke målgruppe. Her har de blandt et af tiltagene opdelt undervisningen i fem kvarter, hvor deltagerne fik undervisning i 4 forskellige emner. Det har de gjort, da det skaber bedre indlæring for målgruppen. Derudover blev deltagerne hjulpet imellem kursusgangene med bl.a. påmindelser.

INDIVIDUELLE INDSATSER

De individuelle indsatser er særligt egnede til de borgere, der har brug for stor fleksibilitet og ikke har socialt overskud til at omgås større grupper af mennesker eller har de nødvendige ressourcer og struktur i hverdagen til at indgå i et gruppeforløb. Ved de individuelle indsatser er der mulighed for at omfavne hele borgerens livsverden, og fokusere på det, der fylder mest.

I projekterne i Vesthimmerlands og Nyborg Kommune har de opnået gode resultater med at lave individuelle indsatser i borgernes eget hjem. Her har målgruppen været kendetegnet ved at være psykisk sårbare, udviklingshæmmede, misbrugere eller have andre sociale udfordringer. Som en del af projektet har borgerne i Nyborg Kommune fået mellem et og tre besøg om ugen af enten en diabetessygeplejerske, en fysioterapeut eller en socialrådgiver. Det er lykkedes at skabe en indsats, der giver borgerne stor værdi og øget sygdomsmestring, fordi der bliver taget hånd om hele borgerens liv, og arbejdet med sundhedspædagogik foregår på borgerens præmisser. Dette er sikret ved at holde ugentlige møder i projektgruppen om de aktuelle borgere i projektet. På den måde opnår de en kontinuitet og løbende opfølgning f.eks. om udfordringer og løsninger, som opstår med borgerne.

I Region Sjælland har de også arbejdet med individuelle forløb under patienternes dialysebehandling. I dette projekt har der været særligt fokus på at udnytte den tid patienterne i forvejen bruger på hospitalet, og på den måde spare patienterne for at skulle en ekstra dag ind på hospitalet.

DIGITALE INDSATSER

Ved anvendelse af digitale indsatser til målgruppen er det vigtigt, at indsatserne så vidt muligt er visuelle og lette at forstå. De meget sårbare borgere har ikke alle de nødvendige kognitive kompetencer til at anvende digitale løsninger, der normalt anvendes til borgere med diabetes, f.eks. appen Liva Healthcare.

I projektet i Syddansk Sundhedsinnovation har de arbejdet med en digital løsning til særlig sårbare diabetespatienter. Her har de gennem en behovsanalyse fundet ud af, at der er behov for en løsning bestående af 3 dele: 1) en del, som sikrer fælles kompetenceudvikling til fagprofessionelle (social- og sundhedsfaglige), 2) en del, som understøtter dialog mellem bostøtte og borger og 3) en del, som støtte for borgere (livsstil, patientuddannelse samt støtte til at håndtere diabetes i hverdagen).

” Løsningen skal fokusere på adfærd hos borgerne og ikke udvikles som en vidensbank. Der skal være digitale redskaber til at hjælpe borgerne med at ændre adfærd. Disse redskaber skal kunne bruges i fællesindsatsen mellem borger og bostøtte, idet bostøtten har en afgørende rolle.

Projektleder, Syddansk Sundhedsinnovation

Under hele projektet i Syddansk Sundhedsinnovation har de haft til formål at udvikle en prototype til en app (den digitale løsning). Appen ”Mit liv – min sundhed” består af meget lidt tekst, og er i stedet i høj grad visuel og adfærdsbaseret. Appen hjælper f.eks. borgeren med helt banale ting som at spise i form af forslag til morgen- og aftensmad i billedformat. Et centralt aspekt i appen er, at fokus ikke er på løftede pegefingre og borgerens risiko for sygdom. I Nyborg og Vesthimmerlands Kommune har de også afprøvet digitale løsninger som led i indsatsen. I Nyborg Kommune har projektet samarbejdet med nogle forskellige aktører, der udbyder digitale tilbud. Enkelte borgere er blevet koblet på disse forløb, men den generelle oplevelse var, at de inkluderede borgere ikke havde tilstrækkelig kognitiv funktion til at få glæde af disse ydelser. I Vesthimmerlands Kommune bliver alle tilbudt adgang til sundhedsappen Liva Healthcare, hvor borgeren får tildelt en sundhedsfaglig medarbejder fra Liva Healthcare, som kan vejlede dem i forhold til deres diabetes. Tilbuddet hjælper borgeren med at skabe nye vaner og bidrager dermed til at øge deres sundhed. Men det er under halvdelen, der tager imod tilbuddet og under halvdelen af dem, der takker ja, som bruger det.

” Vi bruger meget tid på at hjælpe borgerne i gang med at bruge Liva appen, herunder individuel diætvejledning vejledning og hjælp til at opsætte mål, og hjælpe borgerne til at blive fortlørlige med appen. De fleste borgere ser videoer/beskederne, som Liva-vejlederen uploader, men vi oplever også, at de ikke stiller særlig mange spørgsmål til vejlederen.

Projektleder, Vesthimmerlands Kommune

Vesthimmerlands Kommune erfarede, at Liva Healthcares app fungerer bedst hos de borgere, som er gode til at registrere deres mål. Erfaringen er, at den helt sårbare målgruppe ikke har de kognitive evner, som brugen af Liva-appen kræver, fordi mange bl.a. har svært ved at læse og stave. De borgere, som takker nej til at bruge appen, har enten ikke det nødvendige elektroniske udstyr, har kognitive skader/er udviklingshæmmede eller takker nej af andre årsager.

I anvendelsen af digitale indsatser til målgruppen er det væsentligt at sikre, at personalet, der skal promovere den digitale løsning overfor målgruppen, bliver klædt på til at anvende den digitale indsats. Syddansk Sundhedsinnovation har oplevet det som en udfordring, at mange i branchen ikke selv er digitalt stærke og derfor kan opleve usikkerhed i promoveringen af den digitale løsning. Projektet har derfor haft fokus på at udvikle de digitale kompetencer blandt kommunale medarbejdere.

VIKRSOMME TILGANGE TIL INKLUSION OG FASTHOLDELSE AF MÅLGRUPPEN I INDSATSERS FORM OG INDHOLD

En af de store udfordringer ved de ordinære forløb er, at de sårbare borgere ikke føler sig inkluderet i disse forløb, og derfor udebliver. I de syv projekter er der blevet taget forskellige midler i brug for at inkludere og fastholde målgruppen, og der viser sig nogle succesfulde virkemidler på tværs af flere projekter.

De fleste af projekterne har fokuseret på at skabe små trygge hold, hvor deltagerne møder ligesindede borgere. Dette er en fordel, fordi der bliver skabt et rum, hvor borgerne kan spejle deres udfordringer og problematikker i hinanden. Det giver borgerne en oplevelse af fællesskab med ligesindede, oplevelse af forståelse og anerkendelse.

” De har nogle ekstra behov så der kan ikke være så mange i undervisningen ad gangen. Der skal tages nogle hensyn til dem alle hver især.

Projektleder, Odense Kommune

Indsatsernes didaktik er et vigtigt element i forhold til at skabe inklusion. Det kan være didaktisk tilpasset undervisning, hvor der er fokus på at bruge billeder, illustrationer eller artefakter, handlingsorienterede tilgange f.eks. indkøbsture, leg og bevægelsesaktiviteter. At deltagerne får praktiske erfaringer, virker positivt, f.eks. at borgerne tages med i et supermarked for at gennemgå varedeklarerationer på de varer, borgerne typisk køber, som man har erfaret i projektet i Hvidovre Kommune. Andre eksempler på tilpasset didaktik var, at diætisten i projektet i Vesthimmerlands Kommune havde medbragt emballager fra madvarer, og gav deltagerne til opgave at inddele disse madvarer efter, hvor hurtigt de påvirker blodsukkeret. På denne måde bliver det mere håndgribeligt for borgerne at forstå, hvordan de kan skabe sundere vaner.

Et andet element, der bidrager til inklusion og fastholdelse af målgruppen, er tilgængeligheden af indsatserne. Tilgængeligheden kan både være i forhold til afstand fra hjemmet og transport til og fra indsatserne. Her kan det være virksomhedsfuldt at tilbyde borgerne transport til og fra indsatsen, som man bl.a. har gjort i Vesthimmerlands Kommune eller at lægge indsatsen ude i det lokalområde, hvor borgerne bor, som i bl.a. Hvidovre, Odense og Gladsaxe Kommune.

” Over 80 % havde ikke kunnet deltage, hvis vi ikke havde hjulpet dem med transport. Det er svært at overskue for en sårbar patient.

Projektleder, Vesthimmerlands Kommune

Ligeledes kan det være virkningsfuldt at møde borgeren, der hvor det passer dem, som i Nyborg Kommune og i Region Sjælland. Her er oplevelsen, at denne service er et afgørende element i at få borgerne til at fremmøde. Herudover bidrager det positivt til inklusion og fastholdelse af borgerne, at de tilbydes sms-påmindelser dagen før og på dagen for indsatsen.

Generelt er et fokus på service og omsorg for borgerne med til at inkludere og fastholde dem i indsatsene. Det handler om, at borgeren skal føle sig set og anerkendt og at der tages højde for den enkeltes forudsætninger. Det medvirker til, at borgerne oplever det som meningsfuldt at deltage i indsatsen. Projekterne har gjort det på forskellige måder, men forplejning, godt humør og god stemning er nogle vigtige elementer. I Vesthimmerlands Kommune har de oplevet, at forplejning har haft en særlig indflydelse på fastholdelsen.

”

Som en del af gruppeforløbet tilbyder vi forplejning ved alle mødegangene. Dette har en positiv effekt for gruppedynamikken og fastholdelse af borgerne. Der bliver taget udgangspunkt i det vi spiser, som en del af diætistens undervisning.

Projektleder, Vesthimmerlands Kommune

Udover at forplejningen bidrager til bedre fastholdelse og skaber en god gruppedynamik, fortæller projektgruppen i Vesthimmerlands Kommune, at borgerne ofte møder op med meget lavt blodsukker, fordi de ikke har spist hjemmefra. Forplejningen bidrager derfor også til bedre indlæring. Måltider har også været en del af undervisningen i bl.a. Hvidovre og Gladsaxe Kommune. Her skulle borgerne lave mad og spise sammen ud fra det, de havde lært på kurset.

Et andet virkningsfuldt element i forhold til fastholdelsen, der er set på tværs af de syv projekter, er løbende opfølgning. Det der har vist sig at være velfungerende omkring opfølgningen er, når borgerne bliver taget i hånden, og hjulpet til at implementere og fastholde de initiativer, indsatserne introducerer. Dette ses blandt andet i projektet i Nyborg Kommune, hvor borgerne enten får besøg eller bliver ringet op, som opfølgning på de aftaler, der bliver lavet og i Odense Kommune, hvor de efter afslutning af forløbet lavede opfølgning efter tre, seks og 12 måneder efter. På denne måde bliver borgerne motiveret til at holde fast i de nye vaner. Her kan det være en fordel, særligt for de meget sårbare borgere, at de får en kontaktperson fra projektet. Vesthimmerlands Kommune har oplevet det som særligt virkningsfuldt for fastholdelsen af borgerne, at projektlederen har haft en koordinerende tovholder- og kontaktpersonfunktion i forhold til borgerne. Projektlederen har forud for en mødegang f.eks. opsøgt borgerne telefonisk eller i hjemmet for at understøtte

deres deltagelse, ligesom hun har hjulpet borgerne til at få mere overblik over deres hverdag, f.eks. hjulpet med at søge økonomisk støtte, så de har haft mere overskud til at fokusere på deres helbred. Det socialfaglige fokus spiller altså en vigtig del af den helhedsorienterede indsats overfor borgerne, og uden tovholderfunktionen overfor de særligt sårbare borgere risikerer borgerne at "cykle rundt mellem tilbud" uden en retning, så tilbuddene kommer til at fungere som parallelsystemer.

I Gladsaxe Kommune har de arbejdet med fastholdelse igennem empowerment af deltagerne helt fra starten, når indsatsernes igangsættes. Dette har de gjort ved at arbejde ud fra ABCD-metoden, som tager udgangspunkt i at bruge de lokale ressourcer, der er i området og bruge det som afsæt for at bygge ovenpå det eksisterende og få mere sundhed ind i det.

”

Det handler meget om, at vi prøver at få øje på de ressourcer, der er. Ikke at få øje på problemerne, men hvor der er ressourcer, vi kan arbejde videre med og skabe noget ud fra det.

Projektleder, Gladsaxe Kommune

I Gladsaxe Kommune arbejder de f.eks. med nøglebærere, der er ansvarlige for at låse undervisningslokale op, og lave kaffe og the forud for hver undervisningsgang. Derudover er det også deltagerne selv, der står for at planlægge bevægelsesaktiviteter i starten af hver undervisningsgang. På denne måde sikrer de, at der på alle hold er ressourcer, der gør, at når projektet formelt set stopper, vil møderne stadig fortsætte for borgerne.

5.4 SAMARBEJDE OG FREMADRETTET FORANKRING

I dette afsnit beskrives projekternes erfaringer og de virksomme tilgange, de har fundet til samarbejde om målgruppen og sikre fremadrettet forankring. Herunder, hvilke samarbejdsmodeller, der er mest optimale i forhold til, at målgruppen inkluderes og fastholdes bedst muligt i behandlings- og rehabiliteringsforløb.

På tværs af projekterne er der blevet afprøvet en række forskellige samarbejder med forskelligt fokus i forhold til inklusion og fastholdelse af borgerne. Samarbejdet med andre aktører har for flere af projekterne også bidraget til at nedbryde siloer på tværs af sektorer, og skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb.

På tværs af projekterne har vi identificeret tre forskellige virksomme mekanismer, der kan bidrage til effektive samarbejdsrelationer og projekter: "timing og fokus",



FIGUR 4: Virksomme mekanismer for samarbejde om målgruppen

"målgruppeinteresse" samt "relationer og organisering". Timing og fokus handler om det indledende og vejene ind til samarbejdet, herunder om samarbejdet passer ind i en politisk dagsorden, om der er interesse for og velvilje til at indlede et nyt samarbejde, og om man kan etablere en fælles agenda og mål. Målgruppeinteresse handler om samarbejdet om borgerne, herunder om parternes viden og interesse i borgerne kan supplere hinanden for at samarbejde om denne specifikke målgruppe. Relationer og organisering handler om relationer internt mellem projektgruppen og samarbejdspartnere, herunder om der er de nødvendige ressourcer til at etablere og drive samarbejdet.

Ovenstående figur belyser disse tre virksomme mekanismer, der kan fremme samarbejdet om målgruppen mellem flere aktører. De tre virksomme mekanismer uddybes i de efterfølgende afsnit.

TIMING OG FOKUS

Opmærksomhedspunkt til praksis

- › Etabler om muligt samarbejde med aktører, der har samme politiske fokus som projektet, i dette tilfælde f.eks. fokus på at udvikle tilbud til psykisk sårbare borgere.

Først og fremmest er det afgørende, at timingen for samarbejdet er den rette. Timingen handler om tidspunktet for at opstarte et samarbejde, og det er fordelagtigt, hvis samarbejdet passer ind i samarbejdspartnerens politiske eller ledelsesmæssige dagsorden. På denne måde vil incitamentet for at investere tid og ressourcer i samarbejdet være større. Et eksempel på betydningen af timing ses i projektet i Odense Kommune, hvor man har placeret en del af indsatsen, hvor der var en mulig aftager. De har samarbejdet med en underafdeling i en lokal idrætsforening, hvor brobygningstilbuddet kunne varetages og på sigt forankres. Det der har fået samarbejdet til at blomstre, er hovedsageligt, at der har været ledelsesmæssig opbakning samtidig med, at der har været god timing i forhold til den politiske og organisatoriske dagsorden. Der har været en god relation mellem partnerne og i den forbindelse blev der også udarbejdet en samarbejdsaftale, som har sikret en fælles forståelse

for, hvor samarbejdet skulle hen. Dette har været en af de bærende faktorer for, hvorfor Bolbro IFS også efter projektperioden eksisterer.

MÅLGRUPPEINTERESSE

Opmærksomhedspunkter til praksis

- › Byg om muligt videre på eksisterende relationer mellem samarbejdspartnere (f.eks. bostøtter eller socialmedarbejdere) og borgere, idet samarbejdspartnere kan spille en vigtig rolle i blåstempling af projektet overfor borgerne.
- › Etabler indsatser i trygge og genkendelige rammer, f.eks. i den lokale petanqueforening eller lignende steder, der virker inkluderende for målgruppen.

Sårbare diabetespatienter kan være en målgruppe, der er svære at motivere og skabe resultater hos. Derfor er det vigtigt, at der hos samarbejdspartneren er viden og indsigt i, hvad der skal til for at opfylde borgernes behov. Det kan bl.a. bidrage til en blåstempling af projektet overfor borgerne. Det vil sige, at samarbejdspartnerens eksisterende tillidsrelation til borgeren skaber grobund for, at borgeren motiveres til at indgå i projektet. Det har de arbejdet med i projekterne i Nyborg, Vesthimmerlands og Gladsaxe Kommune. Her har et afgørende element været den eksisterende relation, der allerede var opbygget forud for projektet mellem socialmedarbejdere eller bostøtter og borgere. Her har socialmedarbejderne ageret bindeled og været med til at blåstemple projektets medarbejdere og indsatser, og bidraget til at gøre det mere trygt for borgerne at blive inkluderet i projekterne. Ligeledes har de i Hvidovre Kommune skabt et samarbejde med fokus på at skabe trygge og genkendelige rammer. Her er der etableret samarbejde med en lokal petanqueforening, hvor en fast gruppe frivillige tager imod mandeholdet en gang ugentligt. Holdet har vist sig at være en stor succes, særligt fordi der er kulturel genkendelighed i aktiviteten, og fordi de frivillige har vist stort engagement og interesse for målgruppen.

”

Det [petanque] er inkluderende, fordi alle kan være med uanset fysisk tilstand. Nogle sidder på en stol og kaster, og nogle har en bestemt magnet til at samle boldene op igen. Vi har desuden fundet ud af, at det minder rigtig meget om et spil, hvor man kaster med nødder, som de spiller i de arabiske lande (...). Så kan det godt være, at det ikke er den motionsform, hvor de [borgerne] bevæger sig mest, men til gengæld så kommer vi udenom sektorovergangene.

Projektleder, Hvidovre Kommune

Her er det derfor lykkedes at indgå et samarbejde med en partner som i høj grad kommer til gavn for borgerne, fordi udbyttet er relevant og attraktivt. Derudover har projektet fokus på at hjælpe borgerne i gang med træning i foreningsregi, hvilket kan være en svær proces at igangsætte efter et afsluttet forløb.

Det er generelt en fremmede faktor for inklusion og fastholdelse af målgruppen, at samarbejdspartnerne har en stor interesse i projektet og selve målgruppen, og kan se meningen med både samarbejde og projekt.

”

Det skal være nogle, der brænder for at arbejde med den her målgruppe. Det er alfa og omega for at kunne hjælpe målgruppen (...) Vi har kunnet se de samme udfordringer, og haft fælles forståelse for målgruppen, og haft et fælles ønske om at skabe tilbud til målgruppen.

Projektleder, Vesthimmerlands Kommune

Derudover er det væsentligt, at samarbejdspartneres fagligheder og kompetencer kan supplere hinanden, så summen af viden om borgerne bliver forøget gennem samarbejdet, også så samarbejdspartnerne kan udveksle erfaringer. På den måde kan samarbejdet bidrage til at nedbryde faglige siloer og sikre, at projektgruppen som følge af de forskellige fagligheder bliver opmærksomme på problemstillinger, de ellers ikke ville have været opmærksomme på. Projektet i Syddansk Sundhedsinnovation har oplevet, hvordan Diabetesforeningen har givet faglig ballast, fordi de allerede kender målgruppen godt og har udviklet en masse materiale med relevans for målgruppen.

RELATIONER OG ORGANISERING

Opmærksomhedspunkter til praksis

- › Sørg for at opbygge tillidsbaserede relationer til samarbejdspartnere, f.eks. gennem uformelle kaffemøder eller deltagelse på deres personalemøder.
- › Etabler gerne en fast struktur for samarbejdet med samarbejdspartneren. Afhold f.eks. gerne ugentlige møder med samarbejdspartneren, hvis det vurderes som meningsfuldt.
- › Hvis muligt, bør fysisk let tilgængelighed til samarbejdspartneren sikres, f.eks. ved at sidde placeret fysisk tæt på samarbejdspartneren.



Udover timing og målgruppeinteresse er det væsentligt, at projektorganiseringen hos samarbejdspartneren er struktureret således, at de relevante og efterspurgte kompetencer og ressourcer kan blive frigivet og sat i spil. Her kan det være relevant at have faste strukturer for samarbejdet. Her nævner nogle af projekterne, at ugentlige møder kan være gavnlige, f.eks. med diabetes-ambulatoriet, for løbende at sparre med hinanden om patienter, der kunne være relevante i projektet.

Erfaringen fra projekterne er, at et nødvendigt vilkår for at dette kan ske er, at der er tillid og relationer på tværs af samarbejdspartnere. Tillidsbaserede relationer kan opbygges gennem kaffemøder, deltagelse på personalemøder eller ved jævnlige besøg hos samarbejdspartnerne. Den mest effektive strategi er at sidde placeret fysisk tæt på de aktører, man vil samarbejde med, da der herigennem skabes større tilgængelighed. Det har de bl.a. gjort i Gladsaxe Kommune ved at sørge for, at projektmedarbejderen har fået en fast kontorplads hos helhedsplanen i Høje Gladsaxe. På den måde er projektmedarbejderen socialt blevet en del af personalegruppen, og projektet bliver herigennem tænkt ind i resten af helhedsplanens indsatser. En anden måde at opnå større tilgængelighed på, er ved gøre som i Nyborg Kommune. Her har de haft en socialvejleder, som er uddannet socialrådgiver og ansat i socialafdelingen fast med i projektet og som har deltaget i de ugentlige møder, hvor de inkluderede borgers situation og behov blev drøftet. Ved denne organisering blev socialvejlederen en fast del af projektgruppen, og der blev på denne måde opbygget et tillidsbånd mellem samarbejdspartnerne. Fælles for disse samarbejdspartnere er en stor interesse for målgruppen, og en vilje til at gøre noget ekstra for dem.

Samarbejdet kan i øvrigt bruges til at skabe fastholdelse af målgruppen. Det har vist sig særligt fordelagtigt, når samarbejdets form tillader det, at projektet på sigt trækker sig fra samarbejdet og overlader kontakten med borgerne til samarbejdspartneren. På denne måde er det nemlig muligt at skabe fastholdelse, der rækker ud over projektperioden. I Syddansk Sundhedsinnovation samarbejder de med Diabetesforeningen, fordi de netop kan bidrage også til fastholdelsen. Derudover har de også et godt samarbejde med Steno Diabetes Center.

”

Diabetesforeningen ser vi som borgernes stemme og ambassadør, derfor har de en vigtig rolle i fastholdelsen, fordi de også kan bidrage med netværk til fastholdelse. Steno Diabetes Center sidder jo med nogle sundhedsmæssige kompetencer og er en sparrings- og kompetencepartner.

Projektleder, Syddansk Sundhedsinnovation

På tværs af alle de afprøvede samarbejder, kan der ses en tendens til, at det er ressourcekrævende og tager tid at få etableret gode og effektive samarbejder, men at de på sigt bærer frugt, både hvad angår inklusion og fastholdelse. Ved identifikation af samarbejdspartneren er det derfor en fordel at sikre, at projektets og samarbejdspartnerens fokus, interesse og organisering tillader et samarbejde.

6 VIRKSOMME INDSATSOMRÅDER

I evalueringen af afprøvning af indsatser til inklusion og fastholdelse af særligt sårbare patienter med diabetes i behandlings- og rehabiliteringsforløb blev der identificeret en række områder, hvor der er mulighed for at arbejde med indsatserne. Indsatserne omfattede rekrutteringsindsatser i arenaer med høj forekomst af sårbare patienter med diabetes, hvor erfaringen var, at det er vigtigt at alliere sig med nogle samarbejdspartnere, som har kendskab til og kontakt med borgere i målgruppen. Kun få projekter afprøvede partnerskaber med apoteker og civilsamfund og her var erfaringen, at apoteker ikke er optimale til denne målgruppe, da der er behov for tillidsbaserede relationer, som ofte ikke opnås på et apotek. Civilsamfundsaktører er der flere projekter, som har haft partnerskaber med. Her er erfaringen, at lokale foreninger, som allerede har kontakt til målgruppen, kan være en værdifuld indgang. Alle projekter afprøvede samarbejdsmodeller på tværs af sektorer i større eller mindre omfang. Her var erfaringerne bedst, når begge parter havde samme mål og prioriterede ressourcer til at indgå i projektet. Alle projekter udviklede målrettede rehabiliteringstilbud til sårbare patienter med henblik på fastholdelse, f.eks. teknologiske løsninger. Det er vigtigt, at tilbud og indsatser til målgruppen imødekommer de behov og udfordringer, de har, herunder behovet for at erkende og overskue egen sygdom og kende til mestringsstrategier til håndtering af hverdagen.

Overordnede erfaringer er, at når man skal skabe virkningsfulde indsatser og værdifulde samarbejdsmodeller så er det vigtigt at skabe motivation både for borgerne og samarbejdspartnere. Det sker bl.a. gennem opbygning af tillidsfulde relationer. Derudover er det nødvendigt at tage hensyn til, at der for denne målgruppe ofte er mange konkurrerende problematikker, som andre former for sygdom eller manglende overskud. Her er det vigtigt, at projektgruppen er tålmodige og vedholdende. Derudover er det afgørende, at projektgruppen accepterer og forstår, hvad den enkelte borger har behov for og er motiveret for, og derudfra tilrettelægger indsatsen. Det betyder, at det ofte vil være en fordel, at projektet indeholder forskellige former for indsatser. Det kan både være indsatser, som er skræddersyet til den enkelte eller som er tilpasset til målgruppens behov og udfordringer. Nogle borgere kan indgå i et gruppeforløb, mens andre skal have et individuelt tilpasset forløb. Dette behov kan ændre sig undervejs, i takt med at borgeren får flere

ressourcer og overskud gennem det individuelt tilpassede forløb og dermed får mod på at indgå i et gruppeforløb. Timing er også vigtig, når det handler om samarbejdsmodeller. Det er afgørende, at samarbejdspartneren har mulighed for at indgå i samarbejdet, både ressource- og prioriteringsmæssigt.

IDENTIFIKATION AF MÅLGRUPPEN

De sårbare diabetespatienter kan identificeres mange forskellige steder. Den bedste indgang til nogle af borgerne i målgruppen er gennem sundhedscenterets øvrige ansatte, f.eks. via de ordinære diabetesforløb. Men der er også borgere, som slet ikke kommer dertil, og hvor det derfor kræver en anden og mere opsøgende tilgang. Herunder er en liste over nogle af de væsentligste tilgange til identificering af borgere:

- Kompetenceudvikling af kommunale medarbejdere eller kompetencepersoner, der er i målgruppens kontaktflade, med fokus på at gøre dem bekendt med risikofaktorer og symptomer på sygdom. På den måde er de i stand til at opspore og identificere sårbare borgere med diabetes. Kompetenceudvikling kan f.eks. foregå ved hjælp af Steno Diabetes Center eller projektgruppen kan selv stå for det. Det er vigtigt, at medarbejderne kun skal identificere borgerne, så de kan komme til en afklarende samtale.
- Gør opmærksom på projektet og muligheden for afklarende samtale for borgerne og skab et godt samarbejde med kommunale aktører, der er i målgruppens kontaktflade, f.eks. bostøtter, jobcentre, misbrugscentre eller sociale aktører som helhedsplanen eller væresteder. For flere af disse medarbejdere er diabetes og/eller somatisk sygdom ikke noget, de til daglig beskæftiger sig med, og derfor kan det være nødvendigt enten at holde løbende møder, for at høre om mulige borgere, der kan have behov for en indsats.

REKRUTTERING AF MÅLGRUPPEN

Sårbarhed kan have forskellige afskygninger og det kan være svært at favne alle former for sårbare grupper. Fælles for grupperne er, at den bedste måde at rekruttere dem på, er ved enten at bruge borgernes eksisterende tillidsbaserede relationer eller at gøre en indsats for at få etableret et tillidsbaseret forhold.

- Tilstedeværelse og tilgængelighed er en vigtig indgangsvinkel til at rekruttere borgerne. Herunder at være fysisk tæt på borgerne eller dem, som kender borgerne.
- Fokuser på en smal målgruppe til at starte med, for at teste indsatsen eller dele af den, og senere udbrede den til andre grupper.
- Rekrutter borgerne baseret på den enkeltes behov. Hvis indsatsen består af gruppeforløb, er det for at rekruttere borgerne vigtigt, at de kan indgå i gruppeforløb med ligesindede. For de meget sårbare, f.eks. misbrugere eller komorbide, er det ofte nødvendigt at rekruttere dem til individuelle forløb.

BEHANDLINGS- OG REHABILITERINGSINDSATSER TIL MÅLGRUPPEN

For at inkludere og fastholde målgruppen skal de tilbydes specifikke indsatser, som er målrettet den enkelte borgers behov, gerne både individuelle og gruppetilbud.

- Det er fordelagtigt at have flere forskellige typer af indsatser til sårbare grupper. Sårbarhed er flydende og vil være afhængigt af den enkeltes livssituation og øvrige konkurrerende problematikker.
- For at skabe større fremmøde er der konkrete tilgange, der kan være med til at inkludere og fastholde borgerne. Det kan både være i forhold til form og indhold:
 - Tilbyd forplejning/service som en del af indsatsen (sms-reminder, transport, mad/drikke)
 - Overvej didaktiske valg i undervisningen (brug af billeder, illustrationer eller artefakter)
 - Inddrag handlingsorienterede tilgange (f.eks. indkøbs-ture, leg og bevægelsesaktiviteter)
 - Vær opmærksom på lokationen (at det er nemt at deltage, foregår i lokalområdet eller hvor borgerne i øvrigt færdes, og at projektgruppen er tilgængelig)
 - Vær opmærksomhed på kulturelle og sociale faktorer (fællesskab med ligesindede, oplevelse af forståelse og anerkendelse)

SAMARBEJDE OM MÅLGRUPPEN OG FREMADRETTET FORANKRING

For at kunne inkludere og fastholde særligt sårbare diabetespatienter er det afgørende, at inddrage relevante samarbejdspartnere, som kender målgruppen i forvejen. Gennem samarbejdspartnerens eksisterende kendskab til borgerne kan både den rette rekrutteringsstrategi og indsatstype igangsættes. Herunder er de væsentligste elementer for at skabe et godt samarbejde om målgruppen:

- Byg videre på eksisterende indsatser og relationer. Det er vigtigt, at borgerne har en tillidsfuld relation til projektmedarbejderne og det kan tage lang tid at

opbygge. Derfor kan det være bedre at involvere samarbejdspartnere, som borgerne er trygge ved og som ved, hvad borgerne har behov for, hvis de skal rekrutteres og fastholdes i en indsats.

- Vær sikker på, at der er et fælles mål. De bedste samarbejdsmodeller er, hvor timing og fokus stemmer overens, herunder at samarbejdspartneren også har projektets formål som en del af deres dagsorden, at der er interesse for og velvilje til at indlede et nyt samarbejde og at man kan etablere en fælles agenda og mål. Herunder om der er de nødvendige ressourcer til at etablere og drive samarbejdet.
- Brug hinandens viden om målgruppen og/eller sundhedsproblemet (diabetes). Der skal være en fælles forståelse og ønske om at bruge hinandens viden om borgerne. Det gør, at partnerne kan supplere hinanden i samarbejdet om denne specifikke målgruppe. Nogle samarbejdspartnere er mere oplagte end andre.

Resultaterne fra denne evaluering er ikke kun brugbare til håndtering af diabetes, men kan overføres til mange andre kroniske sygdomme eller sundhedsmæssige problemstillinger. Målgruppen sårbare borgere vil i mange tilfælde have de samme behov uanset sygdommen eller sundhedsproblemet. Ifølge VIVE's litteraturgennemgang efterspørger diabetikere med psykisk sygdom, multisygdom og social udsathed generelt en mere helhedsorienteret tilgang, som kan håndtere flere samtidige sygdomme, og som tager hensyn til særlige udfordringer med at varetage behandling og egenomsorg.¹⁶ Da målgruppen bedst identificeres og rekrutteres til indsatser gennem tillidsbaserede relationer er det derfor en anbefaling, at opkvalificere og engagere de professionelle og andre netværk, som borgerne indgår i, for at nå målgruppen bedst muligt. Alene identifikation af borgerne kan være en stor udfordring og derfor vil det være en fordel, hvis der i den indledende udredningssamtale afdækkes ikke kun diabetes, men et bredere sundhedsperspektiv. Dette vil kunne afhjælpe ulighed i sundhed og styrke forebyggende aktiviteter.

¹⁶ Sårbarhed og diabetes – En litteraturgennemgang. VIVE. 2020.

BILAG A

CASEBESKRIVELSER

For hver af de syv projekter er der i det følgende en beskrivelse af organiseringen af projektgrupperne dvs. uddannelsesmæssige baggrunde, ansættelsesforhold, og arbejdsopgaver. Derudover er der en beskrivelse af indsatserne og samarbejdet med eksterne aktører samt en beskrivelse af, hvordan projekterne har håndteret COVID-19.

A.1 ODENSE KOMMUNE

ORGANISERING AF PROJEKTGRUPPEN

Projektgruppen har gennem hele projektet bestået af en projektleder (sygeplejerske cand.cur. efterfulgt af cand. scient. i idræt og sundhed) samt tre projektmedarbejdere (fysioterapeut, ernæringsfaglig og en sygeplejerske (udskiftet undervejs)). Alle i projektgruppen er ansat i Center for Sundhed og Forebyggelse, hvor projektet også er forankret.

At projektet er forankret i Center for Sundhed og Forebyggelse har den fordel, at medarbejderne i forvejen arbejder med borgere med diabetes og derfor kan rekruttere borgere med behov til projektet. Desuden har denne placering af medarbejderne samt deres delte stillinger bevirket, at forankringen af det målrettede patientuddannelsesforløb kunne forankres i det eksisterende set-up efter projektets afslutning.

MÅLGRUPPEIDENTIFIKATION

Målgruppen, som projektet henvender sig til, er borgere, der udover diabetes har en sindslidelse. Målgruppen identificeres via medarbejdere i psykiatrien, praktiserende læger, lokalpsykiatrien, på bosteder, frivillige foreninger eller væresteder for sindslidende samt Forløb Sindslidende (kommunal enhed).

REKRUTTERINGSSTRATEGI

I projektets rekrutteringsstrategi, har der været fokus på at skabe samarbejder på tværs af forvaltninger i kommunen og eksterne aktører. Derfor blev der fra start af etableret en projektorganisation (styregruppe, referencegruppe og arbejdsgruppe), hvor centrale medspillere kunne inddrages og aktiveres. Dertil kommer en oplysnings- og informationsindsats, hvor projektet blandt andet har opsøgt borgere i nærmiljøet (bosteder, væresteder mm.) samt afholdt informationsmøder for mere end 200 medarbejdere med kontakt til målgruppen.

INDSATSBESKRIVELSE

Projektets formål er, at borgere med sindslidelse og type-2-diabetes lærer at mestre deres diabetes samt fastholder livsstilsændringer efter endt patientuddannelsesforløb for på den måde at undgå følgesygdomme, funktionsnedsættelse og for tidlig død.

I projektets indsats indgår tre elementer, hhv. et undervisningsforløb, et bevægelsestilbud og kompetenceudvikling:

1. **Udvikling og afholdelse af patientuddannelsesforløb:** Patientuddannelsen bestod af et 12-ugers forløb med undervisning 1,5 time om ugen samt 1 times motion. Forløbet blev startet og afsluttet med en afklarende/afsluttende samtale, med opfølgning efter 3, 6 og 12 måneder. Projektets forløb er udviklet ud fra Odense Kommunes nuværende forebyggelses- og rehabiliteringsforløb for borgere med type-2 diabetes med specifikke tilpasninger for at kunne inkludere denne sårbare målgruppe. For at tilgodese borgernes behov for lokale tilbud, blev forløbene afholdt forskellige steder i Odense. Undervisningen omhandlede mad, medicin, praktisk og teoretisk motion samt mestring af sygdom. Projektgruppens sygeplejerske, fysioterapeut og ernæringsfaglige varetog undervisningen, og underviste i hvert deres fagområde. Undervisningen fulgte en fast struktur, og blev delt op i små moduler med forskellige emner af 15 minutters varighed. Den praktiske del af motionen i undervisningen, blev bestemt af, hvilke muligheder, der var det enkelte sted, men også i høj grad besluttet i samråd med borgerne. Motionen bestod f.eks. af træning med elastikker eller vandflasker, cirkeltræning uden redskaber, bordtennis eller intervalgang/gåture. Motionen uden for undervisningen bestod af 1 times superviseret træning. Til hver undervisning blev der serveret snackgrøntsager som et led i, at borgerne skulle få et bedre forhold til grøntsager.



- Udover patientuddannelsen er der arbejdet på at etablere motionstilbud drejet af frivillige og forankret i foreningsidrætten. Målet var at etablere lokale motionstilbud rundt i byen, som tilgodeså vigtigheden af tilgængeligheden, så transport ikke ville udgøre en barriere for borgernes deltagelse i motionstilbudene og fastholdelsen af nye vaner. Der er etableret et sådan motionstilbud, Bolbro Idræt For Sindet (IFS). Projektet benyttede dette motionstilbud som et ind- og udslusningstilbud som borgerne kunne hjælpe over i før, under og efter endt patientuddannelsesforløb. I foreningstilbuddet kan borgerne deltage i forskellige tilpassede aktiviteter med ligesindede f.eks. badminton, gåture, fodbold og sociale arrangementer.
- Kompetenceudvikling af bostøtter. Projektet har arbejdet med at etablere et samarbejde med Forløb Sindslidelse i Odense kommune, for at sætte fokus på somatiske sygdom(diabetes) hos de kommunale medarbejdere der til dagligt er i kontakt med sindslidende med type-2 diabetes. Som en del af samarbejdet har projektet tilbud kompetenceudvikling af bostøtter for at sikre viden om diabetes samt støtte bostøtterne til at kunne hjælpe borgerne med sygdomsmestring.

SAMARBEJDET MELLEML PROJEKTGRUPPEN OG EKSTERNE AKTØRER

Projektet har en række forskellige samarbejdspartnere, der i større eller mindre grad bidrager til projektet, enten i forhold til identifikation, rekruttering, fastholdelse af målgruppen eller som en del af faglig sparring og netværk. Samarbejdspartnere er bl.a. Steno Diabetes Center Odense (SDCO), lokalpsykiatrien i Odense, Dansk Arbejder Idrætsforbund (DAI), Bolbro Gymnastik- og Idrætsforening og Forløb Sindslidende i Odense Kommune. For at sikre stort engagement og inddragelse af samarbejdspartnere har de mest centrale aktører deltaget i henholdsvis projektets styregruppen, referencegruppen og arbejdsgruppen.

SDCO sad med i både projektets styregruppe og referencegruppe. Samarbejdet med SDCO har betydet, at projektet stoppede med at tilbyde kompetenceudvikling af bostøtterne, da SDCO fra foråret 2020 overtog denne indsats. SDCO har desuden bidraget med at informere om relevante konferencer og kurser, samt hjulpet med at opbygning af netværk med lignende projekter

Den regionale psykiatri herunder lokalpsykiatrien er repræsenteret i projektets referencegruppe. Lokalpsykiatrien er i kontakt med mange borgere i projektets målgruppe, og igennem samarbejdet har lokalpsykiatrien været en aktiv spiller i rekrutteringen af borgere til patientuddannelsen samt stillet lokaler til rådighed, som et led i, at projektet tilbød undervisning lokalt, hvor borgerne i forvejen kom. Derudover har projektet afholdt kompetenceudvikling (om type-2 diabetes) for medarbejderne i lokalpsykiatrien.

Som led i projektets brobygningsarbejde blev der i et samarbejde mellem Bolbro GIF, DAI og projektet etableret et motionstilbud, Bolbro IFS drevet af frivillige og forankret i civilsamfundet som en underafdelingen af idrætsforeningen Bolbro GIF.

Forløb Sindslidelse var repræsenteret i både projektets styregruppe, referencegruppe og arbejdsgruppe. Samarbejdet har blandt andet bygget på erfaringsudveksling mellem den kommunale psykiatri og projektet. Projektet har gennem samarbejdet fået viden om sindslidelser, mens personalet i forløb sindslidelse gennem kompetenceudvikling har fået viden om diabetes. De har desuden været en del af rekrutteringen af borgere til patientuddannelsen samtidig med, at patientuddannelsen også er foregået i Forløb Sindslidelses socialpsykiatri.

PROJEKTETS HÅNDTERING AF COVID-19

Projektet har tilpasset sin indsats til COVID-19 pandemien ved at udvikle digitale undervisningsforløb og afholde individuelle samtaler med borgere, der egentlig var tilmeldt gruppeforløb samt ved at etablere et digitalt træningstilbud, herunder en YouTube-kanal, som de har haft succes med. Det digitale patientuddannelsesstilbud har muliggjort, at borgerne kunne tilgå videoer i hjemmet. Projektet har erfaret, at etableringen af digitale forløb er fordelagtige, hvis alternativet er, at borgerne melder afbud. Dog går fællesskaberne og gruppedynamikkerne, som er vigtige dele af projektets forløb, tabt i de digitale forløb. Det har desuden været muligt for borgerne at deltage i udendørs motion i Bolbro IFS i den periode, hvor foreningsidrætten var åben mens kommunale tilbud var lukket.

A.2 VESTHIMMERLANDS KOMMUNE

ORGANISERING AF PROJEKTGRUPPEN

Projektgruppen består af en projektleder, som har en baggrund som sygeplejerske og derudover 2 andre medarbejdere med uddannelsesbaggrunde som diætist og fysioterapeut. Alle tre er ansat i sundhedscenteret i Vesthimmerlands Kommune og arbejder fuldtid på projektet. Projektgruppen består derudover af en kommunal socialsygeplejerske (tilknyttet Misbrugscenteret), en kommunal diabetessygeplejerske, der har en udkørende funktion i kommunen og en repræsentant fra diabetesambulatoriet. Projektgruppen er forankret i sundhedscenteret, men har flere snitflader til de øvrige afdelinger i kommunen, hvilket gør det lettere at få kontakt til de særligt udsatte borgere.

Projektlederen har mange års erfaring med at arbejde som sygeplejerske for misbrugere og socialt udsatte, hvilket kommer projektet til gode i arbejdet med at rekruttere de særligt sårbare borgere. Fysioterapeuten, der er tilknyttet sundhedscenteret, har særlige kompetencer i at inddrage naturen i sundhedsfremmeindsatser, og hun koordinerer motions- og træningsdelen af indsatsen. Socialsygeplejersken er udover sin tilknytning til projektet også ansat i misbrugsafdelingen. Hun har derfor et bredt netværk af særligt udsatte borgere, og bidrager derfor til at udbrede kendskabet om forløbet til borgere, og rekruttere nye borgere. Hun deltager desuden på undervisningsforløbet hvor hun kan hjælpe borgerne med spørgsmål omkring sociale og økonomiske forhold. Den opsøgende diabetessygeplejerske har en rekrutterende rolle i projektet, hvor han udbreder kendskabet til projektet.

MÅLGRUPPEIDENTIFIKATION

Projektets primære målgruppe er borgere med diabetes og psykisk sygdom, sociale eller misbrugsproblemer og minimum én anden kronisk sygdom. De inkluderede borgere karakteriseres ved at have en lav grad af egenomsorg, der udfordrer evnen til at have en velfungerende hverdag. Der er fokus på at inkludere de borgere, der ikke er i stand til at varetage deres sygdom og/eller har en dysreguleret diabetes, grundet andre omstændigheder.

Projektets sekundære målgruppe er borgere med diabetes uden for arbejdsmarkedet.

Målgrupperne identificeres gennem projektgruppens netværk. Det kan både være borgere, socialsygeplejersken er i kontakt med, eller borgere der kommer i diabetesambulatoriet, og som udviser lav grad af sygdomsmestring. Den sekundære målgruppe identificeres gennem de ordinære forløbsprogrammer, og får mulighed for udvidet sparring gennem det digitale redskab Liva Healthcare.

REKRUTTERINGSSTRATEGI

Projektets rekrutteringsstrategi er at bruge de projektmedarbejdere, der allerede har opbygget en relation til borgerne. Derudover er der et særligt fokus på, at hver borger kan deltage på egne præmisser, og at undgå at opsætte rammer, som borgerne kan tolke som forventninger. Opbygning af relationer, løbende opfølgning og frie rammer er de elementer, der ifølge Vesthimmerlands Kommune skaber de bedste vilkår for rekrutteringen.

INDSATSBEKRIVELSE

Indsatsen består af tre dele, hhv. et individuelt forløb, en holdindsats og tilbud vha. app'en Liva Healthcare.

- Til projektets primære målgrupper er der mulighed for individuelle forløb på borgerens præmisser. Dette inkluderer hjemmebesøg og individuelle samtaler.
- Derudover er der til denne målgruppe også en særlig holdindsats til de borgere, der kan indgå på et særligt tilrettelagt undervisningsforløb. Undervisningsforløbet var oprindeligt planlagt til at foregå over 14 gange á 2 timer. Som det beskrives i det senere afsnit om projektets håndtering af COVID-19 blev forløbet forkortet til at foregå over fire gange. Forløbet foregår i socialpsykiatriens lokaler. Ifølge den oprindelige plan skulle undervisningen i 6 ud af de i alt 14 gange flyttes ud i naturen, hvor fysioterapeuten faciliterer bevægelse. På undervisningsholdet undervises der i emnerne; sygdomsforståelse, kostens betydning, mental sundhed, netværk, rettigheder, søvn og mindfulness samt vaner og motivation. De borgere, der bor for langt væk fra socialpsykiatriens lokaler til selv at kunne transportere sig, bliver tilbudt transport finansieret af projektet. Til hver undervisningsgang bliver der serveret en let frokost, og borgeren får et tilbud om at få enten massage eller nada. Nada er en særlig type akupunktur i øret, der kan virke afstressende, og kan være et behandlingssupplement til borgere med et misbrug, psykiatriske problemer samt stress og depression¹⁷.
- Derudover er der et digitalt tilbud, hvor kommunikationen foregår over appen Liva Healthcare. Her kan borgerne få vejledning og feedback på deres daglige aktivitetsniveau, kostindtag og søvn. Dette tilbud retter sig særligt mod projektets sekundære målgruppe, der er for selvkørende til at deltage på holdindsats.

SAMARBEJDET MELLEML PROJEKTGRUPPEN OG EKSTERNE AKTØRER

I projektet i Vesthimmerlands Kommune har de tre samarbejdspartnere, der alle byder ind til projektet inden for hver deres felt. Projektet har først og fremmest et godt samarbejde med diabetesambulatoriet på Farsø sygehus, der bidrager til rekrutteringen ved at identificere mulige

¹⁷ <https://vesthimmerland.dk/borger/sundhed-og-sygdom/alkohol-og-stofmisbrug/faa-behandling-for-alkohol-eller-stofmisbrug>

deltagere til projektet. Dette samarbejde er særligt værdifuldt, da sygeplejerskerne på diabetesambulatoriet har en stor berøringsflade med kommunens diabetes-projekter.

Apotekernes rolle er ligesom diabetesambulatoriets at bidrage til rekrutteringen, ved at informere om projektet og indhente samtykke til, at projektleder må kontakte borgerne, når borgere henter deres diabetesmedicin på apoteket.

Samarbejdet med misbrugscenteret foregår via socialsygeplejersken, som er opsøgende i borgernes eget hjem og bidrager til rekrutteringen og opsporing af borgere med behov. Derudover deltager hun på alle undervisningsgange, og er derfor i løbende dialog med projektets deltagere.

Hele projektgruppen har en særlig interesse for denne specifikke målgruppe, og er villige til at investere den tid og de ressourcer, der er nødvendige for, at borgerne får succes med forløbet.

PROJEKTETS HÅNDTERING AF COVID-19

Projektet måtte afbryde deres opsøgende funktion (hjemmebesøg), kostvejledende samtaler og gruppeforløb i foråret 2020 (fra marts til udgangen af maj) som følge af COVID-19, og har i perioden i stedet haft telefonisk kontakt med målgruppen. Projektlederen har i samtalerne med borgerne haft meget fokus på Sundhedsstyrelsens gode råd om mental sundhed under COVID-19. Oplevelsen er, at telefonsamtalen har været gavnlige for flere af borgerne i projektet. Projektet har lavet gruppeforløbene kortere, fordi de ikke kunne rekruttere nok borgere til forløbene, som følge af COVID-19 og jobskifte i projektgruppen. De første gruppeforløb bestod af 16 mødegange, men er efterfølgende lavet om til fire mødegange. Det har dog givet mening for projektet, fordi de har haft individuelle forløb ved siden af. Projektet har kunnet fortsætte med appen Liva Healthcare under COVID-19. Oplevelsen er dog, at Liva henvender sig til borgere med lidt flere ressourcer, og at deres målgruppe derfor har haft svært ved at få udbytte af Liva.

A.3 GLADSAXE KOMMUNE

ORGANISERING AF PROJEKTGRUPPEN

Projektgruppen består af en projektleder med en baggrund som sygeplejerske, og en projektmedarbejder, der er diætist og har en kandidat i Lærings- og Forandringsprocesser. Projektlederen arbejder 10 timer om ugen på projektet og projektmedarbejderen arbejder 30 timer om ugen på projektet.

Projektet er forankret i forebyggelsescenteret, men har sin daglige drift i Helhedsplanen i Høje Gladsaxe, hvor projektmedarbejderen sidder. Fordelen ved at projektmedarbejderen sidder som en fast del af Helhedsplanen er, at der er en god vidensdeling mellem projektet og helhedsplanen. Det gør det lettere at knytte projektets aktiviteter op på de eksisterende aktiviteter i helhedsplanen.

MÅLGRUPPEIDENTIFIKATION

Projektets målgruppe er bred, og bygger på de eksisterende tilbud, der er i Høje Gladsaxe. Indtil videre har projektet omfattet enlige mænd, borgere med anden etnisk baggrund, borgere uden for arbejdsmarkedet, borgere med psykisk sygdom, og borgere med misbrug. Målgruppens behov er at få viden om og erfaring med diabetes. Dette gøres gennem relationer, og en af grundstenene i projektet er derfor at komme i lokalmiljøerne, for at møde borgerne i de eksisterende netværk.

Målgruppen identificeres igennem projektmedarbejderens netværk i helhedsplanen. Herefter videregives viden om målgrupper til projektmedarbejderen, der følger op og tager kontakt, hvis det vurderes relevant.

REKRUTTERINGSSTRATEGI

Projektets rekrutteringsstrategi består af jævnlige møder til stede ude i lokalområderne, for at skabe relationer til borgere og netværk. Dette kan både ske gennem 'connectors'¹⁸. Desuden bliver en del borgere rekrutteret fra eksisterende tilbud og af personalet i Helhedsplanen.

Som en del af rekrutteringsstrategien forsøger projektet at koble sig på eksisterende tilbud eller personer, der er velkendte i lokalområderne. Denne strategi har vist sig at være tidskrævende at få opstartet, men har på længere sigt vist sig at være effektiv.

INDSATSBEKRIVELSE

Projektet tager udgangspunkt i fællesskaber, tilbud, grupper og hold, der allerede er etableret i Høje Gladsaxe. Der er p.t. 3 faste grupper som mødes ugentligt, hhv. en mandegruppe (Mad og Mænd), en kvindegruppe og en gruppe i et værested. Grupperne er faciliteret af projektmedarbejderen, og i kvindegruppen deltager

også kommunens sundhedsformidler, som har kulturel forståelse og taler arabisk.

Der afholdes løbende forløb tilpasset borgernes, gruppernes eller holdenes behov og udgangspunkt. Indholdet på disse forløb relaterer sig til kost, bevægelse, sygdomsmestring og netværksdannelse. Der inddrages forskellige virkemidler, der kan understøtte læring og forankre den viden i fællesskabet. Disse virkemidler bliver tilpasset målgruppens behov, men har vist sig som mapper med læringsmateriale, fællesspisningsarrangementer, med udgangspunkt i diabetesvenlig mad, og alternative bevægelsesformer, for eksempel dans, der kan nuancere bevægelsesbegrebet for deltagerne. Forløbene har ikke nogen fast længde eller form, da dette bliver vurderet undervejs ud fra, hvornår det vurderes, at holdet vil kunne fortsætte på egen hånd.¹⁹ Der er derfor et særligt fokus på, at der helt fra opstartsperioden skal identificeres ressourcer og uddeles ansvar til deltagerne. Dette ansvar kan være alt fra, at en person er nøgleansvarlig, til at deltagerne selv skal sørge for at gøre klar med kaffe/the og opsætning af borde/stole til undervisning.

Formen tager udgangspunkt i ABCD-metoden. Der er fokus på at identificere og gøre gavn af borgernes eksisterende ressourcer og interesser, for at sikre bæredygtigheden af tiltagene. Metoden handler om at bevæge sig væk fra problemstillingen og i stedet fokusere på borgernes ressourcer, dvs. deres interesse for at sætte noget i gang, f.eks. vægttab, viden om sundhed og lyst til motion. Det kan også være en ressource, hvis borgeren har et netværk, nogle sociale kompetencer eller har andre former for erfaring eller viden, som kan sættes i spil.

Ved at tage udgangspunkt i en særlig interesse eller et ønske hos borgerne, bygges der videre på en eksisterende motivation, og der vil dermed være større drivkraft for, at deltagerne på sigt selv kan drive tiltagene.

SAMARBEJDET MELLE M PROJEKTGRUPPEN OG EKSTERNE AKTØRER

Projektgruppen har etableret et samarbejde med en række forskellige samarbejdspartnere, der bidrager i større eller mindre grad til identifikation, rekruttering, afholdelse af projektets indsatser samt fastholdelse.

Helhedsplanen er en stor samarbejdspartner fordi de har viden om lokalområde, eksisterende og tidligere projekter, og har et bredt netværk. De bidrager derfor til identifikation og rekruttering af borgere. Projektmedarbejderen sidder fysisk på kontor med Helhedsplanen og har derigennem netværk og relationer samt viden om og erfaring med målgruppen, som bruges i projektet. Det særlige ved dette samarbejde er, at det kan bidrage til fastholdelsen.

Seniorklubben, Skur 2 (et lokalt værested), Hjerteforeningen og den lokale kirke agerer samarbejdspartner i den forstand, at de hjælper med at rekruttere borgere og afholde lokale forløb. For eksempel er der blevet oprettet et særligt hold for brugere af skur 2.

Projekter efterstræber at opstarte samarbejder med projekter og aktiviteter, der har interesse for projektet og lyst til at indgå som en ressource i projektet. Det opleves, at de mest succesfulde samarbejdspartnere er dem, der udtrykker interesse for projektets formål.

PROJEKTETS HÅNDTERING AF COVID-19

Projektet måtte i en periode under COVID-19 sætte madlavningsholdet i bero, men har holdt kontakt med de fleste af borgerne via telefon eller hjemmebesøg under pandemien. Projektet har i forbindelse med nedlukningen under COVID-19 fortsat strategien med, at de prøver at være til stede, hvor de kan møde borgere. Under COVID-19 deltog projektmedarbejderen f.eks. i et udendørs arrangement med fællessang i Høje Gladsaxe. Deltagelsen bidrog ikke til rekruttering af nye borgere, men gjorde det muligt at fortsætte projektets fokus på dannelse af relationer til borgere, der allerede var i projektet. Projektet har brugt lokale Facebook-grupper meget under COVID-19. Her har projektmedarbejderen inviteret til en gåtur og snak om det, der fylder, eller til fælles indkøb i en dagligvareforretning indenfor retningslinjerne i forhold til COVID-19, og på den måde rekrutteret borgere til projektet. Projektet havde hen over sommeren succes med at afholde gruppeforløb med bevægelse og samtaler udendørs.

¹⁸ Connectors er formelle og uformelle nøglepersoner i lokalsamfund, der kan der kan bidrage til at integrere og forankre projekter i sociale boligområder. Disse connectors bliver identificeret ud fra at have ressourcer i form af netværk, mentalt overskud eller andre kompetencer, der bidrager til, at de *connecter* med lokalsamfundet.

¹⁹ ABCD står for Asset Based Community Development. Grundtanken bag metoden er at bruge de lokale ressourcer i området til at skabe lokale forbedringer, ved at støtte og anerkende de eksisterende fællesskaber.

A.4 HVIDOVRE KOMMUNE

ORGANISERING AF PROJEKTGRUPPEN

Projektgruppen består af en projektleder, en projektmedarbejder og en gruppe af aktører der repræsenterer øvrige relevante kommunale afdelinger. Projektlederen har en baggrund som sygeplejerske, og arbejder mellem 10-30 timer om ugen. Projektmedarbejderen har en kandidat i klinisk ernæring og arbejder også 10-30 timer om ugen på projektet, men ofte mere. Desuden har projektmedarbejderen en klar sproglig og kulturel fordel, da hun taler tyrkisk, og har en generel forståelse for etniske kulturer.

Projektet er forankret i sundhedscenteret, men projektgruppen har repræsentanter fra jobcenteret og sundhedscenterets øvrige afdelinger.

MÅLGRUPPEIDENTIFIKATION

Projektets målgruppe er borgere over 18 år med diabetes, men som ikke er i insulinbehandling. De borgere, der har været rekrutteret til projektet, har primært været borgere med anden etnisk baggrund end dansk.

Målgruppens behov er at få en bedre sygdomsforståelse, formidlet på en måde, der passer til deres kultur, og i et tempo der er lavere grundet de sproglige udfordringer. Målgruppen identificeres på baggrund af, at de har yderligere behov end hvad der kan tilbydes på de ordinære forløb.

REKRUTTERINGSSTRATEGI

Projektet har god erfaring med at rekruttere gennem både borgeres og medarbejders netværk, og ved at være til stede i lokalområdet. En projektmedarbejder har stået ude i lokalmiljøet og foretaget risikotest, og det er gennem denne rekrutteringsform, at der er blevet rekrutteret flest borgere til projektet. Derudover bliver der rekrutteret borgere gennem praktiserende læge, jobcenter, socialforvaltningen, Hvidovre Hospital og handicapområdet. Det er dog en udfordring at få disse eksterne aktører til at henvise borgerne. For at håndtere denne udfordring har projektlederen været ude på personalemøder, for at sprede viden om projektet.

INDSATSBEKRIVELSE

I projektets indsats indgår tre elementer, hhv. undervisningsforløb, træningshold samt individuelle forløb:

1. Der er et kønsopdelt undervisningsforløb for etniske grupper som løber over 2-3 mdr. For mændene foregår undervisningen i sundhedscenteret, og for kvinderne foregår undervisningen i det lokale kvindekulturhus Buquetten. Undervisningen bliver varetaget af dels projektmedarbejderen, som er uddannet i ernæring og har kulturel forståelse, og derudover en af kommunens sundhedsformidlere, som fungerer som tolk med en sundhedsfaglig forståelse.

2. Derudover er der også et tilbud om kønsopdelt træning. For mændene foregår træningen enten på de ordinære forløbsprogrammer med sundhedscenteret øvrige borgere, eller i en lokal petanqueklub, hvor en frivillig faciliterer træningen. For kvinder foregår træningen i kvindekulturhuset. Ovenstående to indsats henvender sig til de etniske borgere.
3. Ydermere er der enkelte individuelle forløb for psykisk eller socialt sårbare borgere, der ikke kan indgå på ordinære forløb.

SAMARBEJDET MELLE M PROJEKTGRUPPEN OG EKSTERNE AKTØRER

Projektet har en række samarbejdspartnere inden for identificering og rekruttering samt afholdelse af indsats. Hvidovre Hospital, almen praksis, Kys Livet, jobcenteret, handicap og psykiatri, Steno Diabetes Center og kommunale sundhedsformidlere er alle samarbejdspartnere i forhold til rekrutteringen af borgere. Projektet har en stor gruppe af samarbejdspartnere inden for rekruttering af borgere, men på trods af dette er erfaringen, at projektmedarbejderne selv er ansvarlige for størstedelen af de rekrutterede borgere.

Derudover samarbejder projektet med det lokale kvindekulturhus, Buquetten og en lokal petanqueklub om afholdelse af bevægelsesaktiviteter. Begge har været en stor succes. Petanqueklubbens frivillige har bidraget til dette ved at være pålidelige og imødekommende gennem hele projektet. Da petanqueklubben ikke er kommunalt forankret, er det desuden muligt for deltagerne at forsætte med at være med i petanqueklubben efter endt forløb, hvilket bidrager til fastholdelsen af fysisk aktivitet i hverdagen for deltagerne.

PROJEKTETS HÅNDTERING AF COVID-19

Projektet har i en periode været helt i bero, fordi projektlederen var udstationeret til nødberedskab i forbindelse med COVID-19 i halvanden måned i foråret 2020. I denne periode har det derfor ikke været muligt at gennemføre holdundervisning, rekruttering, dataindsamling og evaluering som planlagt. Projektet har fortsat med individuelle, telefoniske forløb samt bekymringsopkald til udvalgte borgere i forhold til COVID-19. Da nogle af tilbuddene åbnede igen, f.eks. kvindekulturhuset Buquetten, oplevede projektet, at nogle borgere var utrygge ved at møde op.

A.5 NYBORG KOMMUNE

ORGANISERING AF PROJEKTGRUPPEN

Projektgruppen består af en projektleder, som oprindeligt er udannet sygeplejerske og er tilknyttet projektet i 10 timer om ugen. Derudover er der fire projektmedarbejdere; en fysioterapeut, der er fuld tid på projektet, en diætist, der er 25 timer om ugen på projektet, en sygeplejerske, der er 15 timer om ugen på projektet og en socialrådgiver, der er 5 timer om ugen på projektet. Alle i projektgruppen er ansat i Sundhed og Omsorg, undtagen den tilknyttede socialrådgiver, der er ansat i socialforvaltningen. Alle projektmedarbejdere bidrager til indsatsen ved at tage ud til borgerne, og have samtaler inden for hver deres fagområde. Desuden har projektet et projektkontor i Sundhedshuset, hvor de holder ugentlige møder om borgerne.

Projektet er forankret i Sundhed og Omsorg, hvilket har den fordel, at projektet arbejder tæt sammen med medarbejderne på det ordinære forløbsprogram, og det er derfor muligt at sikre, at alle borgere, der passer ind i projektets målgruppe, kan få tilbuddet om at være en del af projektet.

MÅLGRUPPEIDENTIFIKATION

Projektets primære målgruppe kan inddeles i fire kategorier:

- › Borgere med type 2-diabetes og et misbrug
- › Borgere med type 2-diabetes og udviklingshæmning
- › Borgere med type 2-diabetes og psykisk sygdom
- › Borgere med diabetes og anden kronisk sygdom

De inkluderede borgere karakteriseres ved at have en lav grad af egenomsorg, der udfordrer evnen til at have en velfungerende hverdag. Der er fokus på at inkludere de borgere, der ikke er i stand til at varetage deres sygdom og/eller har en dysreguleret diabetes, grundet andre omstændigheder.

Målgruppen identificeres af praktiserende læge, gennem hjemmepleje og rusmiddelcenter. Derudover identificeres borgene også gennem visiteringen til almindelige forløbsprogrammer.

REKRUTTERINGSSTRATEGI

Projektets rekrutteringsstrategi var indledningsvist at være opsøgende hos hjemmeplejen og hos egen læge, ved at ledsage borgere, der skal til lægen. Derudover møder projektmedarbejderne jævnligt hjemmeplejen, når de er på besøg hos borgerne, og på denne måde kan de informere hjemmeplejepersonalet om projektet.

Efter det første år begyndte de øvrige forvaltninger i kommunen at kunne se potentialet i projektet, og der kommer p.t. så mange henvisninger til projektet, at nogle borgere bliver afvist i at deltage, da de enten er for selvkørende i forhold til deres sygdomsmestring eller er for velregulerede.

INDSATSBEKRIVELSE

Indsatsen i Nyborg Kommune består af en holistisk indsats med ugentlige besøg enten i hjemmet, på arbejdet eller et offentligt sted, med fokus på øget sygdomsmestring og egenomsorg. Besøgene foretages af enten en sygeplejerske, diætist, socialrådgiver eller fysioterapeut, alt efter borgerens behov. Besøgene varer mellem 30-60 minutter, og har fokus på at hjælpe borgeren, der hvor han/hun er. Det er derfor ofte praktiske problemer, der bliver håndteret, før personalet kan arbejde med de diabetesrelaterede problematikker. Fordelen ved dette er, at borgerne får tillid til medarbejderne i projektet, og de bliver dermed mere modtagelige for at få hjælp til at mestre deres sygdom.

Udover besøgene, har diætisten arrangeret fællesmadlavning 1-2 gange om måneden, hvor forskellige nemme og billige diabetesvenlige retter bliver introduceret og afprøvet. Holdet er sammensat af alle interesserede, på tværs af de fire målgrupper. Fællesmadlavningen er meget populær blandt borgerne, der efterspørger hyppigere madlavningsgange.

SAMARBEJDET MELLE M PROJEKTGRUPPEN OG EKSTERNE AKTØRER

Projektet har overordnet 3 typer af samarbejdspartnere, der alle byder ind til projektet på hver deres måde.

Først og fremmest er der et Frivilligt Instruktør Team (FIT), der udbyder træning for borgere, der er medlem af en patientforening. Det kan for eksempel være Hjerteforeningen eller Diabetesforeningen. Projektmedarbejderne følger borgere, der er egnede til dette træningstilbud hen til tilbuddet de første par gange, hvorefter det frivillige instruktørteam overtager, og sørger for, at borgerne bliver taget godt imod.

Derudover er der et samarbejde med de praktiserende læger, som skal henvise egnede borgere til projektet. Samarbejdet med de praktiserende læger er af varierende karakter. Nogle læger er gode til at henvise borgere til tilbuddet, mens andre lægepraksisser endnu ikke har henvist nogle borgere.

Udover disse to samarbejder er der også et samarbejde med Det digitale sundhedscenter, Liva Healthcare og VIVA, der alle udbyder digitale tilbud. Enkelte borgere er blevet koblet på disse forløb, men den generelle oplevelse er, at de inkluderede borgere ikke har tilstrækkelig kognitiv funktion til at få glæde af disse ydelser.

Samarbejdet med kommunens øvrige kommunale afdelinger er båret af god oplysning om projektet. Desuden er der tæt dialog mellem plejepersonale og projektmedarbejdere, hvilket bidrager til rekrutteringen.

PROJEKTETS HÅNDTERING AF COVID-19

Flere af projektets indsats blev sat i bero i foråret 2020. Som alternativ fik nogle borgere hjælp til at

installere 'Nexus Video', der er en sikker forbindelse i deres journalsystem. Ligeledes blev der etableret digital opfølgning på indsatser med borgerne. Projektet har erfaret, at undervisning ikke virker lige så forpligtende for borgerne, når det foregår over telefonen. En stor del af borgerne blev introduceret til Liva Healthcare, men erfaringen her er, at brug af Liva kræver en særlig grad af IT-færdigheder, og derfor er særligt anvendeligt for de lidt mindre sårbare borgere. Projektet har så vidt muligt arrangeret udendørs møder med borgerne og telefonisk opfølgning.

A.6 DIALYSEAFSNITTET, NYKØBING FALSTER SYGEHUS

ORGANISERING AF PROJEKTGRUPPEN

Projektgruppen består af en projektleder med en baggrund som diætist og en projektmedarbejder med en baggrund som dialysesygeplejerske. Begge medarbejdere har også andre opgaver og er kun ca. 15 timer på projektet om ugen. Derudover er der knyttet yderligere 5 dialysesygeplejersker til projektet. Det er projektlederen og projektmedarbejderen, der udvikler og styrer projektets aktiviteter, hvor de tilknyttede medarbejdere fra dialyseambulatoriet bidrager til selve implementeringen af projektets indsatser.

Projektet er forankret i dialyseafsnittet på Nykøbing Falster sygehus, hvilket er en fordel i forhold til at få engageret dialysesygeplejerskerne i afdelingen. Derudover har projektgruppen adgang til at holde ugentlige oplæg på afdelingens personalemøder. Desuden er det fordelagtigt for projektet at være forankret i sygehuset, da det gør samarbejdet med de øvrige afsnit på sygehuset lettere. Ulempen ved at være forankret på et sygehus er, at projektet først får borgerne tilknyttet, når de har udviklet senkomplikationer, og derfor er meget ilde tilredt. Det medfører desværre, at flere af projektets tilknyttede borgere er afgået ved døden under projektperioden.

MÅLGRUPPEIDENTIFIKATION

Projektets primære målgruppe er dialysepatienter med diabetes. Mange patienter med diabetes ender i dialysebehandling netop fordi, de har udviklet senkomplikationer som følge af deres diabetes. Generelt er målgruppen derfor meget hospitaliseret, de lider af kronisk træthed som følge af dialysebehandlingen, og er kognitivt udfordrede. Derudover er mange af dem multisyge og træningsuvante.

Patienterne har kun den tid til rådighed, hvor de samtidig er i dialysebehandling. Træning, undervisning og øvrige indsatser skal derfor ske ved sengen under dialysebehandlingen. Motivationen for indsatsen opleves som varierende, nogle patienter er motiverede for at blive mere velregulerede, og oplever en særlig motivation ved, at de rent faktisk kan gøre en forskel for deres diabetes ved at efterleve behandlingen. Andre er allerede meget syge, og har svært ved at finde overskud til projektets indsatser. Mange patienter giver desuden udtryk for, at de lige så godt kan bruge tiden på noget, når de nu alligevel er i dialyse.

Målgruppen identificeres via sygeplejerskerne på dialyseafsnittet, der laver en søgning på 'diabetes' i deres patientregister, for at identificere dem.

REKRUTTERINGSSTRATEGI

Rekrutteringen er afhængig af måden og tiden, der bliver afsat til at informere patienterne om fordelene ved at være

en del af projektet. For nogle patienter kan det være svært at skulle samtykke til at være en del af projektet, om end der ikke er nogle forventninger til deres deltagelse.

INDSATSBEKRIVELSE

Indsatsen består af individuel undervisning under dialysebehandlingen. Derudover er der mulighed for at få en automatisk blodsukkermåler, samt tilbud om træning. Projektgruppen har indspillet små film, der viser øvelser med elastikker, patienterne kan lave, mens de ligger i dialysebehandling. Disse øvelser kan enten udføres stående ved sengekanten eller liggende i sengen. Derudover er der til projektet indkøbt sengecykler, som er forbeholdt projektets deltagere. Både træning og undervisning er tilpasset til borgernes dagsform, og er ikke hverken tidsmæssigt eller fagligt skemalagt. For at sikre, at borgerne fortsat finder undervisningen interessant, er det særligt vigtigt for motivationen, at der bliver opbygget relationer til projektmedarbejderne, og at informationer bliver gentaget.

Patienterne på dialyseafsnittet er i dialysebehandling fire timer tre gange ugentligt. Af denne årsag handler fastholdelsen i dette projekt om, hvorvidt patienterne tilvælger at træne og få undervisning, mens de er i dialysebehandling.

Sygeplejersken med ansvaret for træningen forsøger at sætte patienterne sammen i små træningshold, så de kan sætte fælles mål, og motivere hinanden til øget fysiskaktivitet. Et eksempel på et sådan mål kan være at cykle 100 km på en uge, eller at hele stuen skal se hvor lang tid, de er om at cykle det antal km, der er fra sygehuset til Eiffeltårnet. Det er også muligt for patienterne at sætte mål for sig selv/konkurrere mod sig selv (f.eks. cykle 5 minutter en dag og næste dag 6-7 minutter). Der kan blandt nogle sygeplejersker være en tendens til, at de ikke ønsker at belemre patienterne med for meget motion/spørge dem for mange gange, om de ønsker at prøve det. Samtidig kan nogle patienter føle, at de ikke vil belemre sygeplejerskerne for meget med at sætte dem i gang med at lave motion. Der er fra slutningen af februar 2020 afsat timer til, at en sygeplejerske bruger tid på at få patienterne til at dyrke mere motion.

SAMARBEJDET MELLEML PROJEKTGRUPPEN OG EKSTERNE AKTØRER

Projektet har tre samarbejdspartnere, der alle byder ind til projektet inden for hver deres felt. Projektet samarbejder først om fremmest med Diabetesambulatoriet, som bidrager til indsatsen, ved at sygeplejerskerne fra diabetesambulatoriet, har konsultationer med diabetespatienterne, under dialysebehandlingen. Dette er en stor fordel for borgerne, da tiden bliver udnyttet bedre. Flere patienter er blevet tilknyttet diabetesambulatoriet, og der er færre, der udebliver fra deres aftaler, fordi de foretages, mens de er i dialyse. Desuden er flere af patienterne blevet reduceret i medicin, fordi de er blevet mere velregulerede med hyppig kontrol.

Desuden giver muligheden for blodsukkerapparater diabetessygeplejerskerne et bedre grundlag for samtalerne, da de kan se hvilke udsving, der har været i blodsukkerniveauerne over den sidste uge.

Udover diabetesambulatoriet samarbejder projektet også med Steno Diabetes Center. Steno Diabetes Center har stillet en projektstøtte til rådighed, der kan hjælpe projektledelsen løbende. Samarbejdet med Steno Diabetes Center er velfungerende, særligt fordi Steno Diabetes Center også har givet udtryk for, at de kan se meningen med projektet.

Afslutningsvist har projektet også samarbejdet med fysioterapeut, Stig Mølsted. Stig har hjulpet med at udarbejde indholdet til træningsvideoerne, der bruges af patienterne. Stig fungerer desuden som samarbejdspartner, når der opstår spørgsmål til træningsindsatsen.

Der er god kommunikation mellem de forskellige samarbejdspartnere, og der er klarhed over deres respektive roller. Det betyder, at projektmedarbejderne kan udnytte samarbejdspartnere på den bedst mulige måde.

PROJEKTETS HÅNDTERING AF COVID-19

Dele af projektet har været sat på pause under COVID-19 pandemien, herunder diætistsamtaler, intern vidensdeling og tavlemøder samt diabetessygeplejerskernes fremmøde i diabetesambulatoriet. Projektet har kunnet fortsætte med skriftligt og telefonisk samarbejde med diabetesambulatoriet. Projektet adskiller sig fra de andre projekter ved, at mange af projektdeltagerne er patienter, der ikke har kunnet undvære at komme, fordi de går i dialysebehandling.

A.7 SYDDANSK SUNDHEDSINNOVATION

ORGANISERING AF PROJEKTGRUPPEN

Projektgruppen består af en projektleder, en programleder og en projektmedarbejder. Projektlederen har en kandidat i Idræt og sundhed, og en Ph.d. i ortopædkirurgi, programlederen har en kandidat i kultur og formidling og projektmedarbejderen er antropolog.

Projektet er forankret i Syddansk Sundhedsinnovation (SDSI), som er Region Syddanmarks stabsenhed for sundheds- og velfærdssundhedsinnovation. SDSI har udviklet en lang række velfærdsteknologiske løsninger, herunder Det digitale sundhedscenter (www.detdigitalesundhedscenter.dk), som er en ny måde at tænke sundhedstilbud til borgerne. Fordele ved at være forankret i SDSI er, at det giver mulighed for at trække på de erfaringer, SDSI har fra tidligere lignende projekter. Ulempen er, at de som organisation ikke har direkte adgang til målgruppen, og det kræver derfor ekstra ressourcer at afprøve indsatsen.

MÅLGRUPPEIDENTIFIKATION

Projektets målgruppe er særlig sårbare borgere, der 1) Modtager kommunal socialpsykiatrisk støtte i eget hjem under Servicelovens § 85 eller 2) Tilbydes aktivitets- og samværstilbud under Servicelovens § 104. Projektets målgruppe er desuden det socialpædagogiske- og sundhedsfaglige personale, der varetager støtte til borgerne.

REKRUTTERINGSSTRATEGI

Projektet er et innovationsprojekt, og formålet er derfor ikke, at det skal i drift inden projektets afslutning. Det forventes dog, at projektet er afprøvet på ca. 50 borgere fra målgruppen. Disse borgere identificeres og rekrutteres fra projektets fire samarbejdskommuner Assens, Faaborg-Midtfyn, Ærø og Svendborg. Projektet har rekrutteret 10 borgere til interviews og afprøvning af prototypen på projektets app, "Mit liv – min sundhed". Rekrutteringen er foregået gennem bostøtter, hvilket ifølge projektlederen er en forudsætning for at komme i kontakt med målgruppen.

INDSATS BESKRIVELSE

Formålet med projektet er at styrke sygdomsmestring og compliance i behandlings- og rehabiliteringsforløb for borgere i målgruppen med type 2-diabetes, herunder at styrke sårbare egenomsorg, deres handlekompetencer og understøtte dem i at ændre adfærd, samt styrke de fagprofessionelles interaktion med sårbare.

Projektet består af fire dele: behovsafdækning, udvikling, kompetenceudvikling og afprøvning. Behovsafdækningen foregår gennem interviews og fokusgruppeinterviews med målgruppen. Samt en desk research, som skal afdække eksisterende løsninger,

samt en arbejdsgangsanalyse for pædagogisk og sundhedsfagligt personale, der er i berøring med målgruppen. Afdækningen viser, at der er behov for en løsning bestående af tre dele: 1) en del, som sikrer fælles kompetenceudvikling til fagprofessionelle (social- og sundhedsfaglige), 2) en del, som understøtter dialog mellem bostøtte og borger og 3) en del, som støtte for borgere (livsstil, patientuddannelse samt støtte til at håndtere diabetes i hverdagen).

Udviklingen består i at udarbejde en digital løsning, der kan bidrage til patientuddannelse. I denne del af projektet vil der blive afholdt workshops med målgruppen, der løbende skal bidrage til at kvalificere indhold og form i appen. Udover udviklingen af selve app-løsningen vil projektet inkludere et kompetenceudviklingstilbud, så det socialpædagogiske og sundhedsfaglige personale klædes på til at kunne opspore og understøtte borgere med diabetes.

Projektet forventer at udbyde appen, når den er færdig-udviklet via det digitale sundhedscenter som omfatter 22 kommuner.

SAMARBEJDET MELLEM PROJEKTGRUPPEN OG EKSTERNE AKTØRER

Projektet samarbejder med Diabetesforeningen, som repræsenterer borgerne i den tidlige del af udviklingen af projektet. Diabetesforeningen spiller derfor en central rolle i fastholdelsen af borgerne. Blandt andet fordi de også kan facilitere netværksdannelse til civilsamfundet. Steno Diabetes Center bidrager desuden med sundhedsfaglige kompetencer, og er en sparringspartner for projektledelsen. Derudover har de i projektet de fire samarbejdskommuner, Assens, Faaborg-Midtfyn, Ærø og Svendborg, som står for at identificere og rekruttere borgere og fagpersoner til projektet.

PROJEKTETS HÅNDTERING AF COVID-19

Projektet har på grund af COVID-19 måttet aflyse workshops og andre aftaler med sårbare diabetespatienter. Projektet har derfor forsøgt at rekruttere sårbare borgere til udendørs samtaler vha. bostøtter, men bostøtterne er ikke lykkedes hermed. Projektet er derfor blevet forsinket på den del af projektet, som omfatter de sårbare borgere. Projektet planlagde derfor at inddrage fagprofessionelle i test af den digitale løsning i højere grad end oprindeligt planlagt. Projektet har afholdt en række online møder med projektgruppen og har oplevet fint fremmøde og udbytte af møderne. Projektet oplevede en mindre forsinkelse på 4-6 uger med at finde leverandør til udvikling af projektets digitale løsning som følge af COVID-19.

BILAG B MONITORERINGSSKEMA

	Odense	Vesthimmerland	Gladsaxe	Hvidovre	Nyborg	Region Sjælland	Syddansk Sundhedsinnovation
Kompetenceudvikling/information eller lignende							
Antal medarbejdere der har været på kompetenceudvikling	26	7	31	45	1	38	35
Antal medarbejdere der har været til møder med afsat tid til information om projektet	206	83	130	95	25	38	50
Rekruttering							
Antal identificerede borgere/patienter (som har fået tilbudt et behandlings- og/eller rehabiliteringsforløb)	52	107	53	67	40	34	40+
Antal rekrutterede borgere/patienter (som har takket ja til et behandlings- og/eller rehabiliteringsforløb) - både individuelle og gruppebaserede forløb	44	97	48	58	37	23	38+
Antal borgere, som har takket nej til et behandlings- og/eller rehabiliteringsforløb	8	9	10	9	2	11	Ukendt
Behandlings- og/eller rehabiliteringsforløb							
Antal borgere/patienter der har påbegyndt et forløb	44	90	48	58	38	23	29
→ Antal borgere/patienter i et individuelt tilpasset forløb	-	53	22	32	38	23	
→ Antal borgere/patienter i et gruppebaseret forløb	44	63	21	34	0	0	
→ Antal borgere/patienter med fast tilknyttet kontaktperson	Ikke relevant	104	48	58	38	23	
Antal borgere/patienter der har afbrudt et forløb (frafald – borgere/patienter der påtænker at opstarte igen, skal ikke fremgå her)	12***	15	10	10	1	12*	Ukendt
Antal borgere/patienter der har afsluttet et forløb (planlagt afslutning)	20	39	11	29	3	0**	
Antal borgere/patienter der er henvist til andet tilbud	0			5		0	
Opfølgning efter afsluttet forløb							
Antal borgere/patienter der er planlagt opfølgning for	20	59		44	34	11	
Antal borgere/patienter der er blevet fulgt op på efter afsluttet forløb	15	14		20		0	
Antal borgere/patienter, der på baggrund af opfølgningen giver udtryk for, at de har fulgt den plan, der er blevet stillet op for dem	-			12		0	

* Overgået til anden behandling, blevet transplanteret eller er død.

** Ingen er blevet afsluttet, men fortsætter med de planlagte interventioner.

*** Det fjerde undervisningsforløb blev afbrudt for tid på grund af COVID-19. Borgerne fra dette forløb er dermed ekskluderet fra dette spørgsmål.



ADRESSE COWI A/S
Parallelvej 2
DK-2800
Kongens Lyngby
Danmark
TLF 56 40 00 00
FAX 56 40 99 99
E-MAIL cowi@cowi.dk
WWW cowi.dk