



Steno Diabetes Center
Copenhagen



Steno Diabetes Center
Copenhagen

Tværasektorielt behandlingstilbud til personer med multisygdom og type 2-diabetes

Resumé af centrale projektforhold:

Formål: Formålet med projektet er optimere behandlingen for ældre, multisyge personer med T2D ved at afprøve en virtuel, tværasektoriel samarbejdsform mellem SDCC og praktiserende læger og kommuner i midtklyngen.

Målgruppe: 30-50 personer med T2D, der a) har flere kroniske sygdomme, b) er bosiddende i Rudersdal, Herlev eller Gladsaxe Kommune, c) i hverdagen er afhængig af hjælp fra primærsektoren (plejehjem eller hjemmepleje) i håndtering af diabetesbehandlingen, d) har vanskeligt ved fremmøde i hospitalsregi og skønnes at have lille udbytte af et specialiseret tilbud.

Skaleringspotentiale: 5 % af pers. med diabetes, tilknyttet hospitalernes diabetesambulatorie.

Samarbejdspartnere: Praktiserende læger og kommuner (Plejehjem og kommunal hjemmepleje)

Projektperiode: Q3 2022 – Q2 2025.

Samlet budget: 2,9 mio. kr.

Indhold

1	OM SBI-PROJEKTET	4
1.1	FORMÅL	4
1.2	BAGGRUND	4
1.3	MÅLGRUPPE	6
2	DESIGN OG METODE	7
2.1.1	<i>Det tværsektorielle behandlingstilbud</i>	<i>7</i>
2.1.2	<i>Modningsfasen</i>	<i>9</i>
2.1.3	<i>Afprøvning</i>	<i>11</i>
3	MÅL FOR EFFEKT, BRUGERTILFREDSHED OG BÆREDYGTIGHED	12
4	SAMARBEJDSPARTNERE OG BERØRTE SEKTORER.....	13
4.1	BRUGERINVOLVERING	13
5	TIDSPLAN FOR PROJEKTET.....	14
6	IMPLEMENTERING, SKALERING OG DRIFT	15
7	ORGANISERING, ØKONOMI OG RESSOURCER	16
7.1	ORGANISERING	16
7.2	FORUDSÆTNINGER	16
7.3	BUDGET	17
BILAG 1:	CASE-EKSEMPLER	18

Følgende har bidraget til initiativbeskrivelsen:

- Dorte Lindqvist Hansen, Overlæge ph.d. teamleder type 2 team SDCC
- Helle Middelfart Speciallæge almen medicin, praksiskonsulent

Sekretariatsstøtte: Helle Max Martin (SBI-makker)

Ændringer til initiativbeskrivelsen	
27/9	<ul style="list-style-type: none"> • Ændringer indført tidligere er godkendt. Der skal tages stilling til kommentarerne. Titel ændret fra 'Tværsektorielt behandlingstilbud til multisyge med T2DM' til 'Tværsektorielt behandlingstilbud til personer med multisygdom og type 2-diabetes'
10/10	Ny tidsplan indsat med udskydelse af afprøvning til Q2 2023
11-15/11	Hele teksten gennemskrevet med input fra Helle Middelfart og Dorte Lindqvist: <ul style="list-style-type: none"> • Formål er præciseret • Inklusionskriterier for borgere udvidet • Design og metode er uddybet og beskrevet. • Tidsplan er opdateret • Forslag til projektorganisation
6/12	Formål og målgruppe rettet til efter statusmøde 18/11 Bosteder er taget ud for at reducere kompleksiteten i projektet.
14/12	Revideret med input fra Dorte Lindqvist og Helle Middelfart

Indledning

Forslaget er godkendt til igangsættelse af SDCC's ledelse og bestyrelsen i efteråret 2021.

1 Om SBI-projektet

1.1 Formål

Formålet med projektet er optimere behandlingen for ældre, multisyge personer med type 2-diabetes (T2D), som er afhængige af hjælp fra sundhedsfagligt personale til monitorering og behandling af deres diabetes i hverdagen, som har vanskeligt ved fysisk fremmøde i hospitalsregi, og hvor det skønnes at personen har lille udbytte af et specialiseret tilbud.

I projektet afprøves en virtuel, tværsektoriel samarbejdsform mellem SDCC og praktiserende læger og kommuner i midtklyngen. Ved at inddrage sundhedsfaglig viden og erfaringer med den enkelte borger på tværs af sektorer, kan der udvikles et helhedsorienteret behandlingstilbud, der tager hensyn til borgerens samlede sygdomsbillede og livssituation i diabetesbehandlingen, og, som samtidig støtter kommunale sundhedspersoner i den daglige håndtering af borgerens T2D.

1.2 Baggrund

Projektet er i tråd med udviklingen af det nære sundhedsvæsen, som Danske regioner i disse år har fokus på. Det nære sundhedsvæsen har blandt andet til formål at sikre personer med kroniske sygdomme god behandling af høj kvalitet tæt på personens hverdag under samtidig hensyntagen til sammenhængende forløb på tværs af region, kommuner og praksissektor. Samarbejdet mellem almen praksis, kommuner og hospitaler, og den praktiserende læges rolle som tovholder er af afgørende betydning for et velfungerende nært sundhedsvæsen. I forlængelse heraf beskrives der i overenskomsten for 2022 mellem PLO og Danske Regioner et udviklingsspor vedrørende praktiserende læges rolle i relation til borgere med multisygdom. Dette udviklingsspor skal belyse effekten af, at almen praksis, kommune og sygehus tilbyder patienter med kompleks multisygdom og stor sygdoms- og behandlingsbyrde et mere fokuseret og tværfagligt tilbud¹.

Andelen af ældre personer med T2D, som følges på SDCC har gennem de sidste år været stigende, og aktuelt udgør de +70-årige over 45 % af den samlede population. Dette tal må forventes at stige i takt med, at der bliver flere og flere ældre over de kommende år. For mange udgør T2D kun én ud af flere kroniske sygdomme og dermed øges behovet for multifarmaci, ligesom behandlingen af borgerens sygdomme bliver mere kompleks, ofte med behov for specialviden. En andel af denne gruppe kan have svært ved selv at bevare overblikket over egen sundhedstilstand, herunder medicinstatus og blodglukoseværdier og har behov for hjælp til monitorering og behandling af T2D, fx blodglukosemåling og medicinadministration, fra den kommunale hjemmepleje eller personale tilknyttet plejehjem.

¹ Aftale om almen praksis, 5. juni 2021, Regionernes Lønnings- og Takstnævn, s. 32 – 35; 80-84

Når disse personer er henvist med T2D til SDCC, viser erfaringer fra diabetesambulatoriet, at de ofte har begrænset udbytte af de ambulante kontroller. Personerne er typisk fremmødt alene og har ikke indsigt i, hvor der er udfordringer omkring monitorering og behandling af deres type 2 diabetes. Det kan være vanskeligt for personalet i diabetesambulatoriet at danne sig et samlet overblik over personens ofte komplekse medicinske problemstillinger og livssituation. Dermed kan det være vanskeligt at planlægge den optimale behandling. Hertil kommer, at et fremmøde i diabetesambulatoriet ofte er forbundet med lange og strabadserende besøgsdage for den enkelte person. Der skal ofte først ventes på kørsel, derefter lang køretid med opsamling af andre personer rundt om i optageområdet samt ventetid på blodprøver og analyser, hvis blodprøver tages samme dag. For at øge kvaliteten i konsultationen arrangeres nogle gange ressourcerævende følge fra enten personale eller pårørende.

Ved SDCC tilbydes som et supplement til de ambulante besøg telefonisk diabetesfaglig rådgivning målrettet personer med diabetes og personale i primærsektoren. Erfaringer viser, at en stor andel af henvendelserne til telefonrådgivningen drejer sig om disse sårbare personer. Dette medfører i nogle situationer alt for komplekse løsninger på den givne problemstilling set i forhold til personens livssituation og ønsker. I telefonrådgivningen taler personen eller personalet med vagthavende sygeplejerske, men ikke med den faste behandler. Dette kan i nogle tilfælde resultere i råd om hyppige blodglukosemålinger og ordination af komplekse insulinregimer, og hvor indsigten i den enkelte persons medicinske situation ikke altid imødeses med deraf følgende risiko for reduceret livskvalitet. En relativ stor andel af de telefoniske henvendelser til rådgivningen ved SDCC kommer fra sundhedspersonale ansat i primærsektoren og ofte udenfor ambulatoriets normale åbningstid². Dette er et udtryk for et behov for faglig sparring og anvendelige handleplaner for borgerens T2D, som skal imødekommes.

For disse personer har den alment praktiserende læge ofte en nøglerolle i behandlingen af deres komplekse sygdomsbillede. Personerne vil ofte blive fulgt i eget hjem eller på plejehjem af almen praksis for deres øvrige sygdomme, dermed vil den praktiserende læge ofte have et tæt kendskab og indsigt i patientens samlede helbreds-situation, livsvilkår, ønsker og behov.

Dette projekt vil forbedre diabetesbehandlingen for denne sårbare gruppe ved at bringe de centrale aktører – dvs. speciallæger fra SDCC, praktiserende læge, repræsentanter fra den kommunale hjemmepleje og plejehjem – sammen på tværs af sektorer for at udarbejde en fælles behandlingsplan med udgangspunkt i personens samlede sygdomsbillede og livssituation. Behandlingsplanen skal implementeres af det personale, der er tæt på borgeren i dagligdagen. Dette skal give et sammenhængende behandlingsforløb, som er afstemt med borgerens behov og livssituation. Samtidig kan det være en del af tilbuddet, at personen overgår fra SDCC til almen praksis mhp. at fastholde en helhedsorienteret tilgang til personens sygdomme og behandling, inklusiv T2D (hvis relevant med fortsat kontrol af fødder og øjne på SDCC)

Projektet bidrager til SDCC's strategiske retning " Sammen om diabetesbehandling og forebyggelse i verdensklasse" ved at tage udgangspunkt i en mere helhedsorienteret forståelse af det enkelte menneskes samlede sygdomsbillede og livssituation, således at den enkeltes mulighed for at mestre livet med diabetes styrkes. Ved

2 Mette Due-Christensen et al.: Out-of-office hours nurse-driven acute telephone counselling service in a large diabetes outpatient clinic: A mixed methods evaluation. Patient Education and Counselling. 2015 Jul;98(7):890-4.

at styrke det tværfaglige samarbejde sikres, at viden bliver omsat til kompetencer i hverdagen blandt vores samarbejdspartnere i det øvrige sundhedsvæsen.

Initiativet er i første omgang tænkt gennemført som et pilotprojekt i tre samarbejdskommuner i midtklyngen, hvor der i forvejen er etableret et samarbejde i forbindelse med SBI-projektet "Sammedagsscreening".

1.3 Målgruppe

Projektets målgruppe er personer, der opfylder følgende kriterier:

1. T2D og flere kroniske sygdomme
2. Bosiddende i Rudersdal, Herlev eller Gladsaxe kommune
3. Er afhængig af hjælp fra kommunale sundhedspersoner på plejehjem eller hjemmeplejen til daglig håndtering af diabetesbehandlingen.
4. Har vanskeligt ved fremmøde i hospitalsregi
5. Skønnes at have lille udbytte af et specialiseret tilbud

Det er ikke muligt at opgøre præcist, hvor mange borgere, der falder inden for målgruppen i de tre kommuner, da det vigtige inklusionskriterie 4 vil bero på et fagligt skøn foretaget af sundhedspersoner med indsigt borgernes samlede sygdomsbillede og livssituation.

Borgere i alle aldersgrupper kan være afhængige af hjælp til diabeteshåndtering fra kommunale sundhedspersoner, men det er forventningen at dette vil forekomme hyppigere med stigende alder. Ligeledes er multisygdom stærkt forbundet med alder, hvor forekomsten typisk stiger med stigende alder³. Dermed er det forventningen, at borgere, der vil have gavn af det helhedsorienterede, tværfaglige tilbud vil komme fra den ældre del af udsnittet i tabellen nedenfor (se også bilag 2 med eksempler på cases). Tabellen viser antallet af borgere fra de tre kommuner, som aktuelt er tilknyttet SDCC med TD2, fordelt på alder.

Kommune	Alder				Total
	50-59 år	60-69 år	70-79 år	80+ år	
Gladsaxe	94	142	142	67	445
Herlev	40	89	67	22	218
Rudersdal	38	76	87	62	261
Total	170	307	296	151	924

Tilknytning til SDCC er ikke en del af inklusionskriterierne, men indikerer her at borgeren har en diabetes, der kan være svær at håndtere i primærsektoren⁴ og kan dermed give en pejling på størrelsen af den gruppe borgere, hvori deltagerne formentlig skal findes.

³ Møller et al.: Multisygdom i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2019.

⁴ Forløbsprogram for Type 2 Diabetes. Region Hovedstaden. 2016.

I projektperioden vil det tværsektorielle tilbud blive givet til 30-50 personer med T2D. På længere sigt forventes ca. 5 % af personer med diabetes, tilknyttet hospitalernes diabetesambulatorier at være i målgruppen for et sådant tættere samarbejde.

2 Design og metode

Projektet består af to faser: 1) en modningsfase, hvor det tværsektorielle samarbejde og behandlingstilbuddet konkretiseres og videreudvikles fra skitse til en færdig indsats og 2) en afprøvningsfase, hvor indsatsen afprøves i praksis og evalueres mhp. at vurdere, om der er grundlag for at den videreføres i drift. Fremgangsmåden i de to faser er beskrevet nedenfor.

I afsnit 1.4.1 beskrives først en skitse til behandlingstilbuddet. Behandlingstilbuddet – de praktiske forhold, ansvars- og rollefordeling mv. - vil blive konkretiseret yderligere i samarbejde med projektgruppe og styregruppe i løbet af modningsfasen, samt justeret med erfaringerne fra de prøvehandlinger, der ligger tidligt i afprøvningen. I projektgruppe og styregruppe er alle parter repræsenteret, således at tilbuddet tilrettelægges i overensstemmelse med de konkrete vilkår, som parterne opererer i.

Modningsfasen og afprøvningen er beskrevet i afsnit 1.4.2 og 1.4.3.

2.1.1 Det tværsektorielle behandlingstilbud

Deltagere i behandlingstilbuddet:

- 20-30 speciallæger i almen medicin tilknyttet Rudersdal-, Herlev- og Gladsaxe Kommune, som har patienter, der falder inden for målgruppen.
- 30-50 personer med T2D og multisygdom, som er i målgruppen (jf. 1.3)
- Sundhedspersonale tilknyttet de tre kommuner, dvs. sundhedsperson i tværgående funktion eller personale ansat på de involverede plejehjem eller kommunale hjemmepleje.
- Speciallæger og diabetessygeplejersker tilknyttet type 2-klinikken på SDCC.
- Fod-og øjenklinikken på SDCC.

Forløb i behandlingstilbuddet:

Rekruttering:

- Personer med T2D og multisygdom, som er i målgruppen, identificeres af SDCC, praktiserende læge eller kommunalt sundhedspersonale.
- Ansvarlige behandler sørger for at indhente mundtligt samtykke fra personen, evt. i samråd med pårørende.

Udarbejdelse af behandlingsplan på tværsektoriel konference:

- Der arrangeres en tværsektoriel konference med deltagelse af borgers praktiserende læge, personale fra bopælskommunen, fx tværgående sundhedsperson eller personale fra kommunale hjemmepleje eller plejehjem, som er i tæt kontakt med borgeren, samt personale fra SDCC (speciallæge og evt. diabetessygeplejerske afhængig af problemstilling).
- Behandlingsplanen giver konkrete anvisninger til daglig håndtering af T2DM og indeholder veldefinerede mål og grænseværdier for handling, herunder HbA1c, hyppighed for blodglukosemåling, pn. insulinbehandling, hypertension og behandling heraf, kolesterolniveauer og behandling heraf, screening og evt. behandling for senkomplikationer.
- Konferencen vil forventeligt tage omkring 30 min. (evt. længere ved behov) samt forberedelse.

Afprøvning af behandlingsplan:

- Planen afprøves efterfølgende i en 3 måneders periode. I perioden dokumenteres blodglukoseværdier, behov for blodglukose-måling og medicinsk behandling for T2DM.
- Der vil i afprøvningsperioden være mulighed for faglig sparring med personale tilknyttet SDCC:

Opfølgende tværsektoriel konference:

- Efter afprøvningsperioden afholdes en ny tværsektoriel konference, hvor den aftalte behandlingsplan eventuelt justeres og der tages efterfølgende stilling til om der er:
 - 1) behov for yderligere afprøvningsperiode.
 - 2) om personen forsat skal være tilknytning SDCC.
 - 3) om personen afsluttes fra SDCC og følges til videre kontrol og behandling ved egen læge.

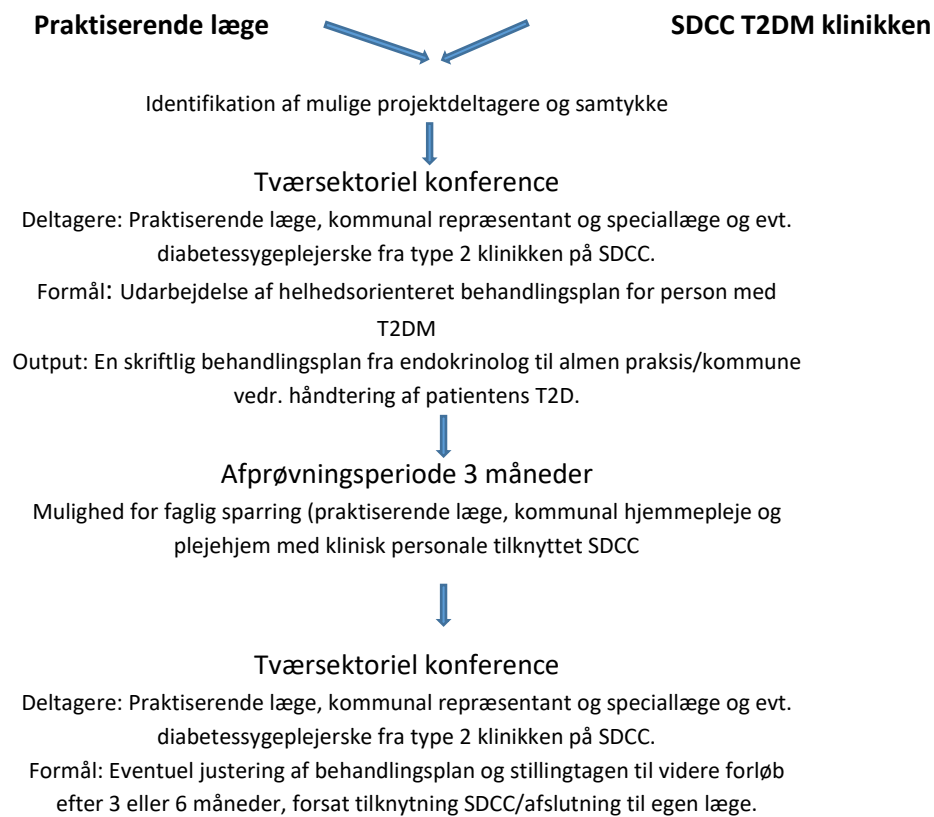
Forløbet vil følge guidelines fra Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)⁵.

Følgende elementer kan indgå i samarbejdet i forbindelse med de tværsektorielle konferencer eller afprøvningsperioden:

- *Diabetesfaglig sparring (fysisk/virtuelt) - kompetencedeling*
 - Besøg ved udgående diabetessygeplejerske med det formål at styrke viden og kompetencer på diabetesområdet på plejehjem, hjemmepleje m.fl.
- *Blodprøvetagning*
 - Blodprøvetagning i personens eget hjem/plejehjem/bosted via Region Hovedstadens mobilapp, som bestilles af afdeling med behandlingsansvar.
- *Fodterapeut og øjenklinik på SDCC*
 - Mulighed for subakut tilsyn i fodklinikken ved SDCC ved akut opståede problemstillinger som kræver specialist behandling.
 - Mulighed for subakut tilsyn i øjenklinikken SDCC ved kendte eller nyopståede øjenkomplikationer.

⁵ DSAM: Klinisk vejledning for almen praksis. Type 2-diabetes – opfølgning og behandling. 2019.

Nedenstående figur giver et overblik over forløbet i behandlingstilbuddet:



2.1.2 Modningsfasen

I det følgende er der fokus på udviklingen af selve behandlingstilbuddet, herunder design, og planer for evaluering og afprøvning. I afsnit 1.4.3 beskrives selve afprøvningen, som dog skal udfoldes yderligere af projektgruppen.

1. Litteraturgennemgang

Formål: at identificere udfordringer og anbefalinger til det tværfaglige samarbejde, der direkte kan føde ind i projektet og kvalificere design og implementeringsstrategi.

Metode: Der søges på videnskabelige publikationer og grå litteratur via Google Scholar samt på relevante hjemmesider. Litteraturen udvælges efter følgende kriterier:

- Omhandler tværsektorielt samarbejde, primært i det danske sundhedsvæsen
- Identificerer udfordringer i det tværsektorielle samarbejde og anbefaler løsninger
- Præsenterer forslag til konkrete fremgangsmåder til tværsektorielt samarbejde

Inkluderede hjemmesider, fx:

- VIVE (<https://www.vive.dk/da/>)
- Defactum (<https://www.defactum.dk/>)
- Rehpa (<https://www.rehpa.dk/>)
- Center for patientinddragelse (<https://www.regionh.dk/patientinddragelse/Sider/default.aspx>)
- Forskningsenhederne for Almen Praksis (<http://almenpraksis.dk/da-dk/>)

Litteraturen indhentes og syntetiseres af projektleder. Litteraturgennemgangen indgår i den fælles udviklingsproces.

2. Interviewundersøgelse med borgere

Formål: at belyse målgruppens erfaringer med diabetesbehandling, herunder besøg på SDCC, samt perspektiv på skræddersyet behandlingstilbud.

Metode: Der afholdes 8 individuelle, semistrukturerede interviews med repræsentanter fra målgruppen (borger eller borgers pårørende) af 20-30 minutter varighed. Interviewene foretages på borgerens bopæl, eller over telefon hvis der er tale om pårørende. Interviewene lydoptages. Der skrives et kort referat af hvert interview med afsæt i interviewnoter og lydoptagelse. Materialet skrives sammen og indgår som del af vidensgrundlaget for udviklingsprocessen.

3. Fælles udvikling af indsats og plan for afprøvning

Formål: at udvikle en indsats, som er gennemførlig og giver mening for alle projektets samarbejdspartnere, samt skabe ejerskab til implementering og evaluering af indsatsen.

Metode: Der afholdes en serie af i alt fire workshops med projektgruppen i modningsfasen. De har fokus på at drøfte specifikke emner af betydning for udvikling og afprøvning af indsatsen. Der udvikles en detaljeret drejebog forud for hver workshop, der understøtter mødeledelse og systematisk inddragelse af alle perspektiver på emnet mhp. at skabe det bedst mulige produkt.

Konkrete opgaver (vedr. faglige, administrative eller tekniske forhold) knyttet til indsatsen i henholdsvis kommunerne, almen praksis og på SDCC vil blive fordelt i fællesskab og udført mellem workshops.

Beskrivelse af indsats og plan for afprøvning inkluderes i initiativbeskrivelsen (evt. som bilag), der forelægges styregruppen til godkendelse.

4. Evalueringsplan

Formål: De Supplerende Behandlingsinitiativer (SBI) evalueres for at:

- sikre dokumentation af projektets effekter og tilfredshed med gennemførelse af projektet.
- skabe læring til brug for eventuel idriftsættelse af projektet og til udvikling af fremtidige SBI.
- sikre et solidt grundlag for vurdering og beslutning om projektets overgang til drift og evt. udbredelse i Region Hovedstaden.

Metode: Projektets mål kvalificeres i projektgruppen og drøftes med evalueringsfaglig SBI-medarbejder og medarbejder fra Data og Kvalitet. I arbejdet med evalueringsplanen sikres indhentning eller opdatering af relevante baselinedata. Evalueringsplanen beskriver fremdriftsindikatorer, midtvejsevaluering og slutevaluering. Planen udarbejdes som særskilt dokument, der godkendes i styregruppen.

2.1.3 Afprøvning

5. Rekruttering af borgere til afprøvningsfasen

Ved opstart af afprøvningsfasen indhentes mailadresser på speciallæger i almen medicin i de tre kommuner, og der udsendes en kort beskrivelse af projektet samt link til yderligere information. Lægerne gøres opmærksom på, at de kan modtage en henvendelse vedr. en af deres patienter og inviteres til at henvende sig, hvis de har en patient inden for målgruppen.

Speciallæger i type 2-klinikken på SDCC udpeger relevante patienter og sender henvendelse til kommune og almen praksis.

Personale i den kommunale ældrepleje kan henvende sig til projektets koordinator i kommunen med ønske om tværsektoriel konference om udvalgte borgere.

6. Prøvehandlinger

Formål: Prøvehandlinger i første del af afprøvningen skal skabe viden om det tværsektorielle samarbejde, som kan kvalificere indsats og plan for afprøvning i større skala.

Metode: Der afholdes 4-6 prøvehandlinger med afsæt i PDSA-tilgangen. Prøvehandlingerne skal bidrage med input til rollefordeling mellem parterne, drejebog for konferencen, nødvendige materialer, udarbejdelse og udmøntning af behandlingsplan. Planlægning af prøvehandling indgår i workshops med projektgruppen.

7. Tværsektorielle konferencer

Fremgangsmåde udfyldes efter modningsfasen

8. Evaluering

Evalueringsplan udvikles som del af modningsfasen

3 Mål for effekt, brugertilfredshed og bæredygtighed

Formålet med projektet er optimere behandlingen for ældre, multisyge personer med T2D ved at afprøve en virtuel, tværsektoriel samarbejdsform mellem SDCC og praktiserende læger og kommuner i midtklyngen. (jf. afsnit 1.1)

Figur 1 Sammenhæng mellem SDCC's vision, strategi og mål



De foreløbige mål er:

1. > 90 % af personerne med diabetes, der indgår i projektet, skal senest 3 måneder efter inklusion have udarbejdet en skriftlig behandlingsplan
2. > 90 % af personerne med multisygdom og T2D, der indgår i projektet, er behandlingsplanen kommunikeret til relevante sundhedsprofessionelle.
3. > 80 % af de involverede sundhedsprofessionelle i primærsektoren oplever, at behandlingsplanerne er nemme at tilgå, forstå og efterleve.
4. > 80 % af de sundhedsprofessionelle oplever, at behandlingsplanerne indsatsen har givet et kvalitetsløft af borgerens diabetesbehandling.
5. > 90% af de adspurgte borgere og pårørende i projektet er tilfredse med behandlingstilbuddet

Ovenstående mål er valgt som proxy for et godt behandlingsforløb med udgangspunkt i personens livssituation. Målene vil blive justeret i modningsprocessen og i forbindelse med udarbejdelse af evalueringsplan.

Evalueringen forventes at pege på, hvordan en tværsektoriel og virtuel samarbejdsform mellem primær-, sekundærsektor, kommune og patient kan fungere i praksis. Erfaringer herfra vil kunne indgå i det videre arbejde med at tilrettelægge et relevant behandlingsforløb for sårbare ældre med multisygdom, T2D og evt. andre kroniske sygdomme.

Boks 1 *Evalueringskrav der skal udarbejdes, når SBI-projektet er vedtaget af bestyrelsen*

- Der udarbejdes en evalueringsplan med supplerende målinger og fremdriftsindikatorer.
- Der udarbejdes et udkast til mini-MTV, som færdiggøres ved slutevalueringen.
Mini-MTV indgår i drøftelser med fx kommuner og partnerhospitalet om overgang til drift.
- Der skal i forbindelse med udarbejdelse af budget for projektet afsættes ressourcer til slutevaluering.
- Afklar om der er behov for en databehandleraftale, samtykkeerklæring eller andet indenfor GDPR m.m.

4 Samarbejdspartnere og berørte sektorer

I Tabel 1 beskrives eksterne og interne deltagere i projektet og deres roller.

Tabel 1 *Beskrivelse af eksterne og interne deltagere samt deres rolle*

Eksterne deltagere	Rolle
Speciallæger i almen medicin tilknyttet Rudersdal, Herlev og Gladsaxe kommuner som har accepteret deltagelse i projektet og har udpeget patienter, der opfylder inklusionskriterierne.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificere mulige personer med T2D som kan indgå i projektet. • Indhente samtykke fra personen til deltagelse i projekt. • Deltagelse i det tværfaglige samarbejde. • Deltagelse i evaluering af projektet, herunder evt. registrering af kliniske data og besvarelse af et spørgeskema ved slutevaluering.
Plejhjem og kommunale hjemmepleje i Rudersdal, Gladsaxe og Herlev Kommune og tilknyttet sundhedspersonale	<ul style="list-style-type: none"> • Deltagelse i det tværfaglige samarbejde. • Medvirke til at udvikle og afprøve den "gode" handleplan. • Opkvalificering af viden og kompetencer på diabetesområdet på plejehjem, hjemmepleje m.fl. • Deltagelse i evaluering af projektet, herunder evt. registrering af kliniske data og besvarelse af et spørgeskema ved slutevaluering.
Interne deltagere	Rolle
Speciallæger og diabetessygeplejersker tilknyttet type 2 klinikken ved SDCC	<ul style="list-style-type: none"> • Identificere mulige personer med T2D som kan indgå i projektet. • Indhente samtykke fra personen til deltagelse i projekt. • Deltagelse i det tværfaglige samarbejde. • Medvirke til at styrke viden og kompetencer på plejehjem, hjemmepleje m.fl. • Deltagelse i evaluering af projektet, herunder evt. registrering af kliniske data og besvarelse af et spørgeskema ved slutevaluering.
Fod-og øjenklinikken SDCC	<ul style="list-style-type: none"> • Øjenscreening og fod behandling

Der betales honorar til almen praksis og kommuner, der deltager i projektet.

4.1 Brugerinvolvering

I nærværende projekt tænkes brugerinvolvering ind på følgende måder:

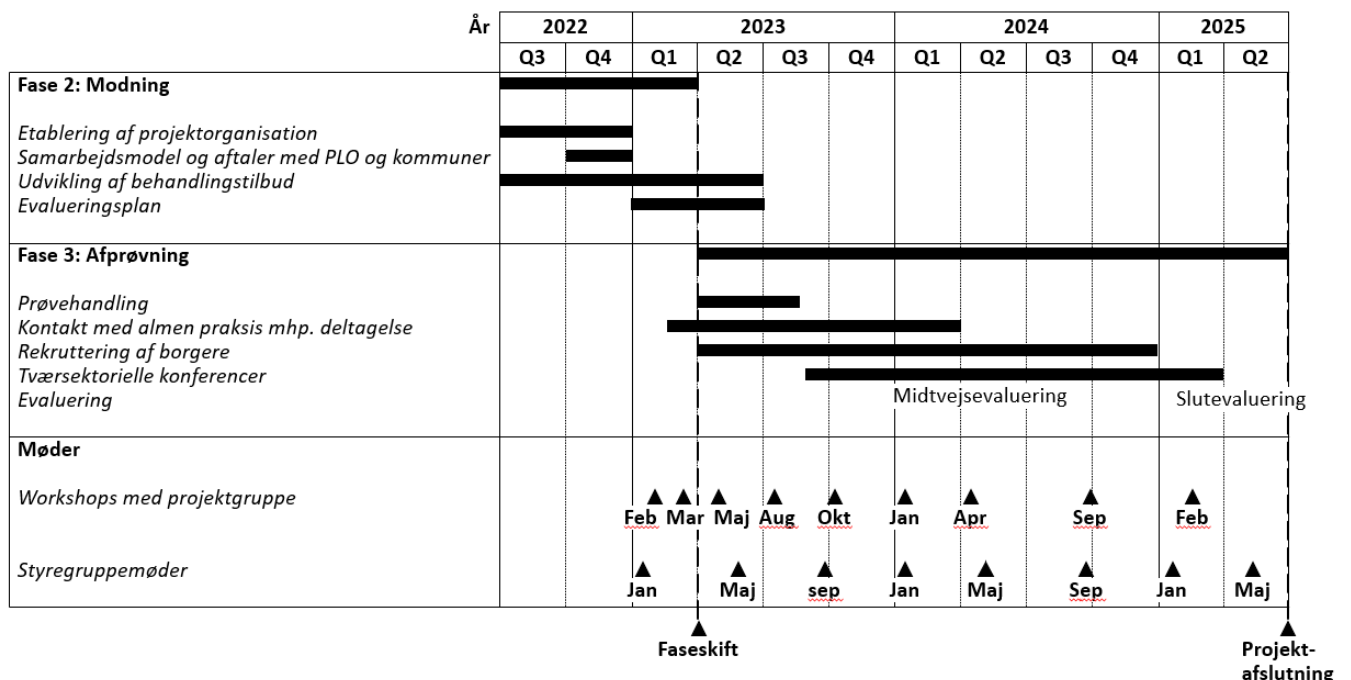
1. 1-2repræsentanter fra Ældre Sagen sidder i styregruppen. I forhold til sundhedsperspektivet har Ældre Sagen indgående viden om multisygdom og sammenhængende forløb på tværs af forskellige diagnoser, behandlinger og aktører.
2. Prøvehandlingstilgangen giver mulighed for involvering af brugere i udformningen af tiltaget.

- Brugerperspektivet inkluderes i evalueringen i mål 5 om brugertilfredshed/-oplevelser.

5 Tidsplan for projektet

Projektet er et pilotprojekt, som i alt varer i tre år. Projektets løbetid er 1. juli 2022 til 1. juli 2025. Ved hvert faseskift – og i forbindelse med midtvejsevalueringen – træffer styregruppen beslutning om, hvorvidt projektet er kvalificeret til at rykke videre til næste fase. Beslutningen om, hvorvidt projektet er kvalificeret til at rykke videre til næste fase, baseres på kriterier, som vil blive udarbejdet ifm. evalueringsplanen, hvor fremdriftsindikatorer aftales.

Figur 2 Tidsplan for projektet



6 Implementering, skalering og drift

Hvis delinitiativet kan opfylde målene beskrevet i afsnit 1.5, vil det have følgende betydning for overgang til drift/standardbehandling, jf. *Tabel 2*.

Tabel 2 Perspektiv for overgang til drift

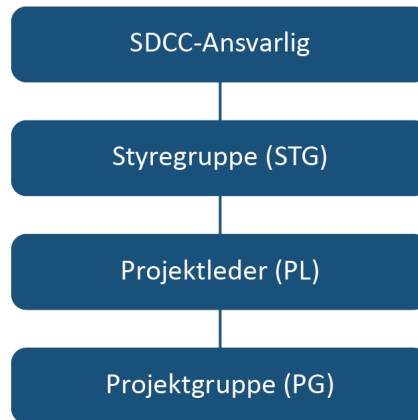
Spørgsmål	Svar:
Hvor kan indsatsen være relevant at implementere?	Indsatsen eller dele af indsatsen kan være relevant at implementere regionalt og nationalt for multisyge personer med andre kroniske sygdomme end T2D. Dette vil dog indebære nye opgaver til almen praksis, som vil kræve, kapacitet og ændrede overenskomstmæssige vilkår.
Er der ydelser/behandlinger som erstattes eller udgår, hvis indsatsen implementeres?	Hvis indsatsen implementeres, vil det virtuelle, tværsektorielle tilbud erstatte ambulante fremmøder på regionens sygehuse, kørsel og forbrug af medfølgende personale.
Hvordan vil projektet forberede og skabe mulighed for skalering af indsatsen til resten af Region Hovedstaden?	Ved at afprøve og skabe viden og erfaring med, hvad et virtuelt, tværsektorielt samarbejde kræver i tid, opgavefordeling, koordinering og kapacitet.
Hvilke (interne/eksterne) forudsætninger er vigtige for den efterfølgende drift af indsatsen?	<ul style="list-style-type: none"> • At alle parter får fagligt og/eller ressourcemæssigt udbytte af at indstille relevante borgere til at modtage det tværsektorielle tilbud. • At der afsættes tid til læger og sygeplejersker i T2D-klinikken til at deltage i to tværsektorielle konferencer pr. borger. • At relevant personale i kommunen og læger i almen praksis har mulighed for at sætte tid af til at deltage i to tværsektorielle konferencer pr. borger (eksterne forudsætninger). • At der er mulighed for mobil blodprøvetagning, og at der er tilgængelige tider i fod-og øjenklinik til subakut tilsyn.
Hvordan vil projektet forberede og understøtte overgang til drift, og dermed understøtte bæredygtigheden ift. organisatorisk og økonomisk bæredygtighed?	Projektet er i første omgang tænkt som et pilotprojekt, hvor en virtuel, tværsektoriel samarbejdsform mellem almen praksis, kommuner og hospitaler afprøves og evalueres. En overgang til drift vil derfor forudsætte, at tilbuddet er gennemførbart og skaber værdi fagligt og organisatorisk og for patienterne.
Hvilke driftsomkostninger må forventes pr. år, når der ses bort fra opstarts- og udviklingsomkostninger?	Det skal afdækkes gennem afprøvningen, herunder hvilke besparelser eller udgifter indsatsen kan føre til.

7 Organisering, økonomi og ressourcer

7.1 Organisering

Initiativets organisering er som vist i figuren nedenfor.

Figur 3 Initiativets organisering



Følgende personer deltager i indsatsen:

- SDCC-Ansvarlig er Anne Mette Rosenfalck, klinikchef, SDCC
- Projektleder er Helle Max Martin, SBI, SDCC

Styregruppen udgøres af Anne Mette Rosenfalck, klinikchef, SDCC; Dorte Lindqvist Hansen, overlæge og teamleder Type 2-klinikken, SDCC; repræsentant fra Ældresagen; repræsentant for almen praksis; Finn Rørbye, læge ved Kildegården midlertidige pladser, Gladsaxe Kommune.

Projektgruppen består af Helle Middelfart, praktiserende læge og kommunal repræsentant fra midtklyngen Type 2-klinikken, SDCC; Rikke Molin Grue, afdelingssygeplejerske, Type 2-klinikken, SDCC, Maria Bøgelund, patientkoordinator, SDCC samt repræsentanter for de tre kommuner.

7.2 Forudsætninger

Der er følgende forudsætninger for projektets gennemførelse:

- At der kan indgås en honoreringsaftale med almen praksis. Aftalen skal således være indgået forud for faseskift mellem beskrivelse af samarbejdsmodel og afprøvning.
- At der er praktiserende læger, der ønsker at indgå i projektet.

7.3 Budget

Den overordnede faglige og økonomiske ramme er godkendt af bestyrelsen. SDCC-Ansvarelig har en årlig budgetramme med ansvar for, at midlerne anvendes i overensstemmelse med den faglige ramme.

Tabel 3 Budget

Budget 2021 niveau, kr.	2022	2023	2025	2024	i alt
Løn					
Klinisk personale SDCC	117.667	358.000	348.000	169.000	992.667
Øvrig personalegruppe SDCC	85.733	195.200	195.200	98.600	574.733
Praktiserende læger	103.700	417.850	163.650	9.700	694.900
Kommuner	155.000	160.000	160.000	5.000	480.000
Løn i alt	462.100	1.131.050	866.850	282.300	2.742.300
Øvrig drift					
Øvrig drift	8.000	30.000	25.000	5.000	68.000
Øvrig drift i alt	8.000	30.000	25.000	5.000	68.000
Budgetbesparelse	-	-	-	-	-
Udgifter i alt	499.770	1.026.945	789.165	285.300	2.601.180

Der er en usikkerhed om det eksakte beløb ift. aftale om honorering af almen praksis. Ydelserne er beregnet med inspiration fra "Sammedagsscreening". Ligeledes er der ikke forhandlet en aftale med kommunerne. Initiativet vil kunne gennemføres inden for det samlede budget, men der kan være behov for justeringer på tværs af budgetposter.

BILAG 1: Case-eksempler

TERMINAL PATIENT

Frederik

- 81 år
- Type 2 diabetes siden 1997 (Metformin, Forxiga, Ozempic (Glucalid))
- Atrieflimren
- Blærekræft med metastaser 2020
- Bor i eget hjem

- Frederik følges af almen praksis
- Langvarig indlæggelse januar 2021 Dysreguleret diabetes, ideligediaréer, hæmaturi, vægttab, septisk og smerter
- Tumor vokser – formentlig indvækst i rectum. Ej effekt af immunterapi der seponeres. Patientens almentilstand er for dårlig til kemoterapi.
- Terminal erklæres og udskrives til eget hjem efter ønske.
- Under indlæggelse har patienten haft skiftevis hypo- og hyperglycæmi med blodsukre svingende ml 3-30. hyperglycæmien tilskrives immunterapi. Patienten har ikke fået insulin forud for indlæggelsen.
- I epikrisen er anført at egen læge kan henvise patienten til SDCC hvis ønskes.
- Problemstillinger udover blodsukre: Sværediaréer – med behov for toiletbesøg ca x 1 pr. time. Svimmelhed og balancebesvær. Hæmaturi – kateter klotter til. Svær at palliere – glider ud og ind af bevidsthed.

PERSON MED DIABETES MED MULTIPLE KOMPLIKATIONER

Inge

- 89 år
- Type 2-diabetes siden 1983 med multiple komplikationer
 - Iskæmisk hjertesygdom
 - Femur-amputation
 - kørestolsbruger
- Bor i eget hjem med hjemmepleje
- Behandlingsmål HbA1c 58 -75 mmol/mol (symptomfrihed)
- Novomix 30 x 2 og pn NR

- Har brug for kørsel til SDCC
- Møder ofte alene og er ikke orienteret i blodsukker værdier eller insulindosis.
- Personale fra hjemmepleje administrerer medicin
- HbA1c 65 mmol/mol, acceptabel i forhold til behandlingsmål
- Telefonkonsultationer med hjemmeplejen ca. 1 x ugentligt pga. forhøjet blodsukker værdier, ofte fordi borger har spist søde sager. Hver gang laves lidt om i behandlingen (+/- 2 IE NR). Hjemmeplejen efterspørger plan for bs måling og NR dosering
- Hjemmeplejen skriver via Ekstern post:
 - *Hvor mange gange dagligt skal Inge måle sit bs?*
 - *Inge samtykker til at vi hjælper hende dagligt med at huske på bs måling samt insulin. Kan se på fmk at Inge skal have 2 ie novorapid ved bs over 18mmol. Er dette planen vi skal følge, og hvad skal bs være før vi kontakter jer?*
- Blodsukkerværdier fortsat svingende (risiko for overbehandling).

PERSON MED DIABETES MED MULTIPLE KOMPLIKATIONER OG UDVIKLINGSHÆMMET

Peter

- 71 år
 - **Type 2-diabetes med multiple komplikationer**
 - Nerologiske komplikationer
 - Fodsår
 - Retinopati
 - Bilateral femuramputeret
 - Kørestolsbruger
 - Udviklingshæmmet
 - Hørehæmmet
 - Bor på plejecenter
- Peter følges på SDCC, men er gentagne gange udeblevet og er dermed ikke set i ambulatoriet i et år. Pædagogisk konsulent og plejehjem kontaktes mhp. vigtigheden af fremmøde.
 - Ingen ledsager med til konsultationerne i ambulatoriet.
 - Peter ingen sygdomsindsigt. Plejepersonalet administrerer hans medicin.
 - Dysreguleret.
 - Mange telefonkonsultationer med plejehjemmet, som ringer ca. 2x ugentligt til speciallægerådgivningen pga. forhøjede blodsukkerværdier. Hver gang laves lidt om i behandlingen. Blodsukkerværdier fortsat svingende. Der er risiko for overbehandling.
 - Peter har et stort indtag af slik
 - Peter skal med liggende transport, når han fremmøder i ambulatoriet
 - Peter har god kontakt til sin praktiserende læge.