

Kvalitetsudvikling i det nære sundhedsvæsen: Steno TVÆRS

- En model for differentieret sundhedsindsats for borgere med diabetes og anden kronisk sygdom med afsæt i Halsnæs Kommune

Afsæt for projektet - projektbeskrivelse 2025

Executive Summary

Med Sundhedsreformen omstilles en større del af sundhedsvæsenets aktivitet til det nære sundhedsvæsen. Samtidig stiller Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandards fra 2024 som noget nyt krav til kvaliteten af forebyggelsestilbud¹ til borgere med kronisk sygdom. Kvalitetsstandarderne er i dag målrettet kommunerne, som også forventes at involvere samarbejdspartnere i det nære sundhedsvæsen i realiseringen af standarderne.

Med sundhedsreformen bliver kvalitetsstandarderne igen aktualiseret, men myndighedsansvaret og hermed ansvaret for at leve op til kvalitetsstandarderne bliver fra 2027 regionalt, da regionerne som følge af sundhedsreformen overtager myndigheds- og finansieringsansvaret for den patientrettede forebyggelse. Der er planlagt en proces frem mod implementering af sundhedsreformen, hvor det aftales hvilke opgaver kommunerne fortsat skal drive.

Uanset myndighedsansvar skal opgaverne løftes nu og fremover. Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandards angiver dog ikke en velafprøvet vej til implementering. Med dette projekt stiller Steno Diabetes Center Copenhagen som forsknings- og udviklingshospital den nødvendige implementeringskraft til rådighed ved at udvikle en model for bæredygtig kvalitetsudvikling af det nære sundhedsvæsen med afsæt i Halsnæs Kommune og samarbejdspartnere.

Med udgangspunkt i krav fra kvalitetsstandarderne udvikles en model for robuste arbejdsgange ift. at kunne tilrettelægge personcentreret indsats af *sundhedspædagogisk, digital og fremskudt karakter*. Modellen afprøves, tilpasses og evalueres på organisatorisk niveau og individniveau, og det er ambitionen, at modellen kan udbredes i /Sundhedsråd Nordsjælland og tilpasses lokale forhold. Partnerskabsprojektet vil derfor indlede en dialog med de forberedende sundhedsråd, som nedsættes 1. januar 2026.

Tesen er, at vellykket implementering af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandards vil bidrage til forbedret helbred og reduceret social ulighed i sundhed for borgere med kronisk sygdom.

Indhold

INDLEDNING	3
ET PARTNERSKABSPROJEKT MED RELEVANS FOR DEN IGANGVÆRENDE OMSTILLING TIL DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN	3
DATADREVET LEDELSE AF DET FÆLLES POPULATIONSANSVAR	3
PERSONCENTRERET TILGANG MED SÆRLIG VÆGT PÅ SÅRBARE	4
FLERE FAGPARADIGMER I ET UDVIDET TVÆRSEKTORIET SAMARBEJDE	4
FORMÅL	4
MÅLGRUPPER	5
HALSNÆS SOM MODELKOMMUNE OG UDBREDELSE I SUNDHEDSKLYNGE NORD/ SUNDHEDSRÅD NORDSJÆLLAND	5
HALSNÆS KOMMUNE SOM SETTING	6
EKSISTERENDE SUNDHEDSTILBUD I HALSNÆS KOMMUNE	6
MANGELFULD REKRUTTERING TIL OG FASTHOLDELSE I SUNDHEDSTILBUDDENE	6
REKRUTTERING AF BORGERE	7
TRE METODER TIL EN DIFFERENTIERET SUNDHEDSINDSATS	8
SUNDHEDSPÆDAGOGISKE VÆRKTØJER	8
DIGITALE LØSNINGER	9
MOBILISERING AF LOKALE RESSOURCER I ET ALMENT BOLIGOMRÅDE	10
STUDIEDESIGN	11
OPSTARTSFASE: ETABLERING OG ORGANISERING AF UDVIDET TVÆRSEKTORIET SAMARBEJDE	13
FASE 1. AFKLARINGSFASE: BEHOVS- OG RESSOURCEAFDÆKNING	14
FASE 2: STRUKTURFASE: IMPLEMENTERINGSPLAN	14
FASE 3. AKTIV IMPLEMENTERINGSFASE: AFPRØVNING OG TILPASNING	15
FASE 4. FORBEDRINGSFASE:	16
EVALUERING	17
LANGSIGTEDE EFFEKTMÅL	17
SUNDHEDSØKONOMISK VURDERING	17
TIDSPLAN	17
PROJEKTORGANISERING	17
REFERENCELISTE	20

Indledning

I takt med at antallet af borgere med kroniske sygdomme stiger, står vi overfor en voksende udfordring: At sikre sundhedstilbud, der er både bæredygtige, nært tilgængelige, af høj kvalitet og tilpasset borgernes individuelle og reelle behov. Borgerne i Halsnæs Kommune har markant dårligere sundhedstilstand end i resten af Region Hovedstaden, og mange lever med kroniske sygdomme, der påvirker deres dagligdag. De nuværende samarbejder, arbejdsgange og løsninger er ikke tilstrækkelige til at bryde den negative sundhedsspiral og modvirke den sociale ulighed i sundhed.

Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandards for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom fra januar 2024 (se tekstboks nedenfor) markerer, uagtet sundhedsreformen, en afgørende mærkepæl: At kvaliteten i det nære sundhedsvæsen betragtes med lige så stor vigtighed som kvaliteten på hospitalerne, og der stilles som noget nyt krav til datadrevet ledelse af det fælles populationsansvar og en personcentreret tilgang. Foreløbig fungerer kvalitetsstandards alene som et retningsangivende dokument for kommunerne, uden at angive en velafprøvet vej til implementering af standarderne. Styrket og ensartet kvalitet i de nære sundhedstilbud vil fortsat - og især i lyset af reformen – være særlig relevante for at imødekomme nogle af udfordringerne i fremtiden sundhedsvæsen.

Steno Diabetes Center Copenhagen (SDCC) har som forsknings- og udviklingshospital en forpligtelse til at bidrage til, at kvaliteten løftes på tværs af sektorer. I dette kvalitetsudviklingsprojekt byder SDCC ind med den nødvendige implementeringskraft til at sikre en model for bæredygtig kvalitetsudvikling af de nære sundhedstilbud med afsæt i Halsnæs Kommune, og som kan udbredes både i den kommende østregion og nationalt.

Et partnerskabsprojekt med relevans for den igangværende omstilling til det nære sundhedsvæsen

Steno Tværs partnerskabsprojektet føder ind i den igangværende omstilling af sundhedsvæsenets aktivitet til det nære sundhedsvæsen. Som led i reformarbejdet placeres en stor del af ansvaret for det nære sundhedsvæsen i de kommende såkaldte sundhedsråd. De kommende sundhedsråd bliver bl.a. ansvarlige for at planlægge og implementere nær sundhed med afsæt i et fælles populationsansvar mellem regioner og kommuner, herunder den patientrettede forebyggelse og en differentieret sundhedsindsats for borgere med kronisk sygdom. Sundhedsråd Nordsjælland består af de samme aktører som i Sundhedsklynge Nord.

Etableringen af sundhedsrådene påbegyndes 1. januar 2026, hvor de *forberedende* sundhedsråd nedsættes. I 2026 bidrager de forberedende sundhedsråd til forberedelse og beslutning om, hvordan driftsopgaven fremadrettet skal løses – herunder hvilke kommunale indsatser, som bør drives videre i kommunalt regi. Den 1. april 2026 skal regionerne have indgået aftale med relevante kommuner om de sundhedsopgaver, som kommunen skal varetage driften af fra 1. januar 2027, hvorfra de nye sundhedsråd virker. Kommunernes rolle i forhold til den patientrettede forebyggelse er således fortsat uafklaret, men forventes afklaret i projektet parallelt med afviklingen af projektets indledende faser.

Datadrevet ledelse af det fælles populationsansvar

Det er med kvalitetsstandards et krav, at kommunerne anvender tilgængelige data over deres population: Datadrevet ledelse er en forudsætning for samarbejdet om det fælles populationsansvar

mellem fx hospital, almen praksis og kommune, og består i at sikre systematiske arbejdsgange for anvendelse og monitorering af populationsdata. Det kan bl.a. skabe overblik over hvilke borgere der henvises/ikke henvises, hvilke sundhedsindsatser der iværksættes, frafaldsårsager samt borgernes forløb på tværs af sektorer.

Personcentreret tilgang med særlig vægt på sårbare

Det er et nyt krav, at tilrettelæggelsen af kommunens tilbud differentieres med udgangspunkt i den enkeltes behov, præferencer og tilgængelige data. Denne differentiering skal bidrage til, at flere borgere oplever, at sundhedsindsatsen er tilpasset deres behov og ressourcer. Det kan bl.a. ske ved at sårbare borgere tilbydes den rette og nære hjælp til at navigere i et komplekst opbygget sundhedsvæsen. Den differentierede tilgang til borgere med kroniske sygdomme forventes - uagtet opgaveudførelse af de patientrettede forebyggelsestilbud - at være et bærende princip for den igangværende omstilling af sundhedsvæsenet.

Flere fagparadigmer i et udvidet tværsektorielt samarbejde

I tråd med SDCCs strategi integrerer dette projekt forskellige faglige paradigmer og aktører i et *udvidet* tværsektorielt samarbejde. Det betyder, at der i overensstemmelse med et kommunalt og socialmedicinsk perspektiv lægges særlig vægt på bedring af funktionsevne, mestring og livskvalitet. Samtidig er der i overensstemmelse med et biomedicinsk perspektiv inkluderet en diabeteskohorte, hvor bl.a. fremmøde til forløbende kontroller i almen praksis og adherence til medicinindtag følges over tid. Udover de traditionelle aktører i sundhedsvæsenet involveres desuden civilsamfundsorganisationer og boligforeninger.

Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder – forpligtelser og behov for bæredygtig implementering

Med Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom fra januar 2024, stilles der som noget nyt krav til at øge kvaliteten af den differentierede sundhedsindsats i det nære sundhedsvæsen. Kvalitetsstandarderne har til formål at understøtte ensartet tilgængelighed og kvalitet i hele landet samt bidrage til bedre sundhed for den enkelte og dermed udskyde/mindske brugen af sundhedsydelser senere i livet. Standarderne er baseret på bedst mulig viden om virksomme indsatser, og supplerer styrelsens forløbsprogrammer og tværsektorielle anbefalinger. Den differentierede sundhedsindsats med afsæt i den enkelte borger er et bærende element i standarderne. Sundhedsstyrelsens overblik over organiseringen af en differentieret sundhedsindsats fremgår af figur 1.

Kommunerne Landsforening (KL) peger på, at kommunerne - trods de nye standarder - mangler viden om, hvordan *den differentierede sundhedsindsats* bedst implementeres i kommunen og med samarbejdende aktører, så den får effekt for flest mulige borgere. Kommunerne mangler bl.a. viden om arbejdsgange ved effektiv rekruttering af specifikke målgrupper, om pædagogiske metoder til at matche borgere med sundhedsindsats, om effektiv brug af den digitale komponent som en integreret del af sundhedsindsatsen, og om effektiv brobygning mellem sundhedsindsatser og lokale samarbejdspartnere.

(Kilder: Sundhedsstyrelsens Kvalitetsstandarder 2024; KL 2024)

Formål

Formålet er at udvikle og udbrede en model for implementering af kvalitetsstandarderne i det nære sundhedsvæsen for at løfte kvaliteten af sundhedsindsatser for borgere med diabetes og anden kronisk sygdom - med særlig vægt på sårbare borgere.

Med udgangspunkt i krav fra kvalitetsstandarderne udvikles en model for robuste arbejdsgange ift. at kunne tilrettelægge en personcentreret indsats af sundhedspædagogisk, digital og fremskudt karakter. Modellen afprøves, tilpasses og evalueres på organisatorisk niveau og individniveau, og udbredes efterfølgende i Sundhedsklynge Nord/Sundhedsråd Nordsjælland.

Tesen er, at vellykket implementering af Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder vil bidrage til forbedret helbred og reduceret social ulighed i sundhed.

Målgrupper

I tråd med kvalitetsstandarderne tilbydes alle lokale borgere diagnosticeret med kroniske sygdomme som type 2-diabetes, KOL og hjertesygdom et kommunalt sundhedstilbud (Sundhedsstyrelsen 2024). Der er således ikke tale om nøje udspecificerede inklusions- og eksklusionskriterier for deltagelse, som det typisk kendes fra kliniske forskningsprojekter på hospitalerne. Det betyder, at alle henviste borgere i projektets første to år, indgår i projektets målgruppe. Indsatsen skal tilpasses den enkeltes behov, så derfor er der heller ikke tale om krav til hverken sprogkundskaber eller mulighed for fremmøde for at kunne deltage. Indsatsen skal tilpasses den enkeltes behov, så derfor er der heller ikke tale om krav til hverken sprogkundskaber eller mulighed for fremmøde for at kunne deltage. Deltagere som ikke kan besvare spørgeskemaer på dansk, indgår i øvrige projektelementer, og deltagere der ikke ønsker at få målt fx langtidsblodsukker (HbA1c) eller blodtryk, bliver ikke fortolket som drop-outs, men indgår i det omfang, de ønsker og kan.

Projektet har særligt fokus på to undergrupper af borgere, med ekstra behov for en styrket og mere håndholdt sundhedsindsats:

- **"Diabetes-kohorten"**, dvs. borgere med type 2-diabetes
- **Sårbare borgere** med et eller flere af følgende karakteristika:
 - a. Står uden for uddannelses- og arbejdsmarkedet
 - b. Har sociale og/eller sproglige udfordringer
 - c. Har et begrænset netværk
 - d. Har en lavere indkomst end gennemsnittet
 - e. Har ikke hidtil taget imod eller er hurtigt faldet fra et eksisterende sundhedstilbud

Halsnæs som modelkommune og udbredelse i Sundhedsklynge Nord/ Sundhedsråd Nordsjælland

SDCC og Halsnæs Kommune har indgået et såkaldt modelkommune samarbejde hvori det aktuelle projekt indgår som en af flere konkrete indsatser. I modelkommunesamarbejdet evalueres arbejdsgange og indsatser, og der skabes viden om, hvad der virker for hvem og under hvilke omstændigheder.

Som led i udbredelsen af modellen vil Sundhedsklynge Nord/ Sundhedsråd Nordsjælland følge projektet i år 1 og 2, og i projektets tredje år tilbydes øvrige kommuner i Sundhedsrådet støtte til at implementere modellen. Kommunerne i Sundhedsklynge Nord er: Frederikssund, Halsnæs, Gribskov, Hillerød, Allerød, Fredensborg, Helsingør og Hørsholm. De samme otte kommuner, bliver del af Sundhedsråd Nord sammen med Nordsjællands Hospital (NOH), og udbredelsen sker i samarbejde med NOH. Modellen vil undervejs i udførelsen blive tilpasset og robustgjord i forhold til igangværende ændringer i strukturer, ansvar og udførelsen af den patientrettede forebyggelse. Modellen, der udbredes, vil tage form som en drejebog for bæredygtig kvalitetsudvikling af de nære sundhedstilbud.

Halsnæs Kommune som setting

Borgersammensætningen i Halsnæs er karakteriseret ved flere folkesundhedsmæssige udfordringer sammenlignet med resten af Region Hovedstaden, herunder mange ældre, høj forekomst af kroniske sygdomme og tilhørende stort behov for sundhedsydelser, stor andel borgere med etnisk minoritetsbaggrund med sprogbarrierer, begrænsende sundhedskompetencer samt høj kompleksitet i sygdomsbilledet. I 2031 forventes næsten 1/3 af alle borgere i kommunen at være over 65 år, hvilket vil medføre større behandlings- og plejebest. Dertil kommer at borgerne har afstandsmæssigt længere til udredning og behandling på et hospital, end i de fleste andre kommuner i regionen. Dette udfordringsbillede peger på et betydeligt behov for at udvikle de nære sundhedstilbud.

- Kommunen har en befolkning på 31.000 borgere.
- Over halvdelen af borgerne er enten svært (24 %) eller moderat overvægtige (37 %).
- 2.100 borgere lever med type 2 diabetes (8 %), 1.900 borgere lever med KOL (7 %) og 1.500 borgere lever med hjertekarsygdomme (6 %).
- Samlet set er der en højere forekomst af både risikofaktorer, kroniske sygdomme, dårlig mental sundhed og lavt selv vurderet helbred, sammenlignet med øvrige kommuner.
- Hver 4. borger er på overførselsindkomst - til sammenligning er det hver 6. i Hørsholm Kommune.
- Dertil lever borgere i Halsnæs kommune i gennemsnit 3-4 år kortere end borgere i fx Hørsholm Kommune.

(Kilder: Region Hovedstadens Sundhedsprofil 2021; Danmarks Statistik)

Eksisterende sundhedstilbud i Halsnæs Kommune

Halsnæs Kommune tilbyder bl.a. særligt målrettede og individuelt tilrettelagte sundhedsforløb for borgere med hhv. type 2-diabetes, KOL og hjertesygdom samt livsstils- og ernæringsindsatser. Indsatserne kan tilrettelægges som hold eller individuelt. Undervisningen varetages af diætist, fysioterapeuter, læge og sygeplejersker. Træningen foregår på tre niveauer afhængig af borgers funktionsniveau. Den enkelte deltager bliver ved forløbets start og slut testet med fysiske tests (fx 30 sekunders rejse-sætte-sig-testen). Der fokuseres på fastholdelse af gode vaner efter endt forløb.

For borgere med diabetes foregår indsatsen på hold og består af fem teori-sessioner og op til 24 ugers træning. Deltagerne undervises i diabetesvenlig kost og bliver tilbudt individuelle diætistsamtaler. Der undervises i sygdomslære, inkl. måling og regulering af blodsukker, sårpleje og senfølger. Derudover undervises der i at leve med en kronisk sygdom (mestring). I træningsdelen undervises der i konditionstræning, styrke- og udholdenhedstræning, samt vigtigheden i at dyrke motion. Kommunen tilbyder desuden brug af app'en *'Mit liv – min sundhed'* som supplerende digitalt tilbud (Halsnæs Kommune 2024).

Mangelfuld rekruttering til og fastholdelse i sundhedstilbuddene

I dag oplever medarbejderne i Halsnæs Kommune, at langt fra alle borgere med behov for et nært sundhedstilbud henvises til eller gennemfører et forløb i kommunal regi. Ca. 2.100 borgere i Halsnæs lever med diabetes og 1.900 borgere lever med KOL (Region Hovedstaden, CKFF 2022). I følge Diabetesforeningens opgørelser fra 2023 vil der årlig udregnet fra landsgennemsnittet være ca. 135 nye

tilfælde af diabetes i Halsnæs. Både nylig diagnosticerede og borgere med længere sygdomsvarighed kan henvises til de kommunale tilbud. I gennemsnit er der årligt kun 50 deltagere med diabetes og 35 deltagere med KOL i kommunens sundhedsforløb (ikke-publicerede data fra Halsnæs Kommune). Det er derfor rimeligt at antage, at mange flere kunne have gavn af en sundhedsindsats (ifølge drøftelser med kommunens lægekonsulent). De lave tal peger på, at sundhedsvæsenet som samarbejdende organ, ikke lykkes fuldt ud med rekrutteringen.

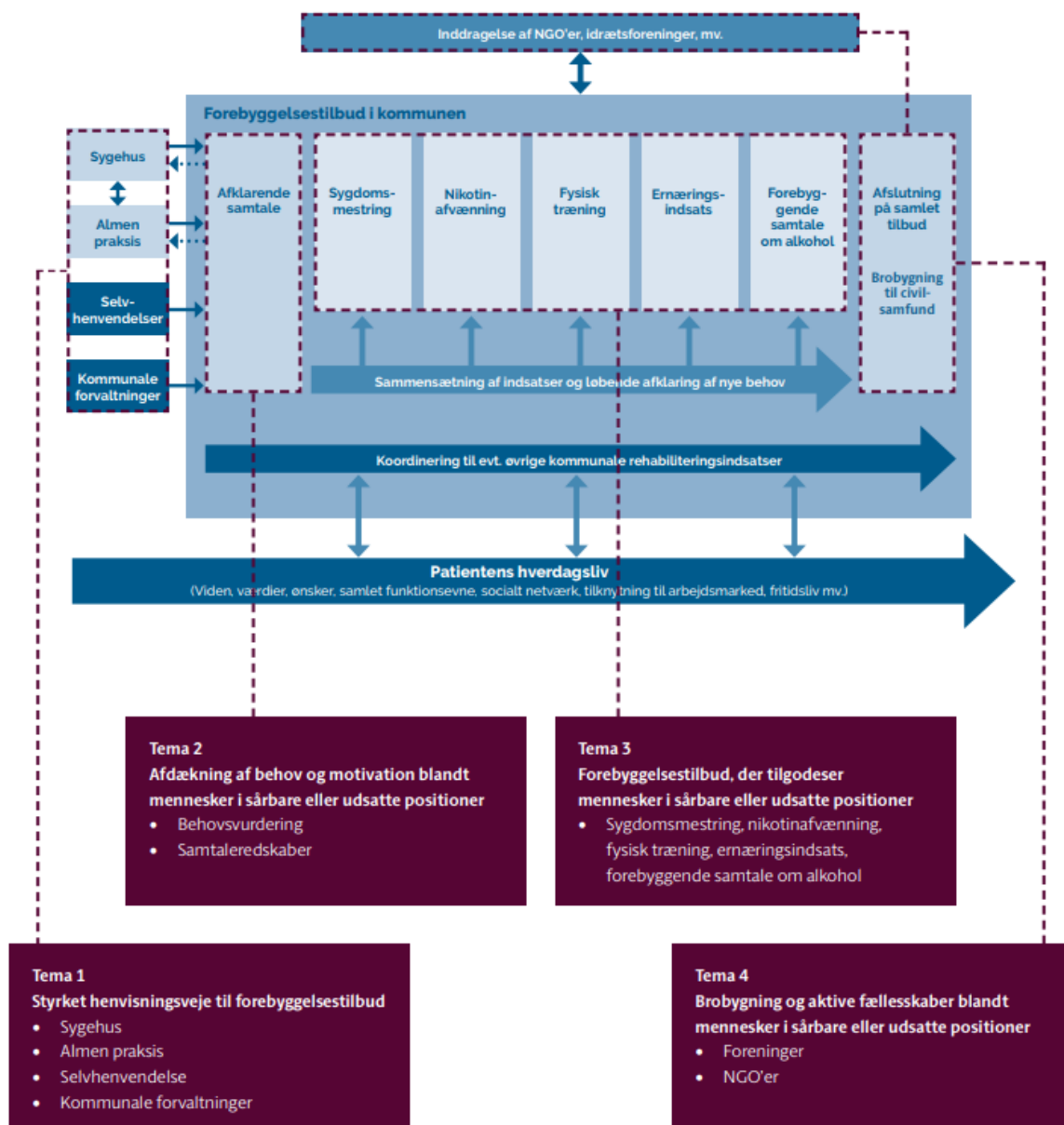
Der er desuden en væsentlig udfordring med at fastholde borgere i en tildelt sundhedsindsats. Frafaldsprocenten og årsager til frafald registreres ikke systematisk, men indtrykket er, at frafaldet er 10-20 % og størst på træningshold. I Halsnæs Kommune er der, som i flere af landets kommuner, betydelig individuel variation i behov, afstanden til sundhedstilbuddene, præferencer og ressourcer blandt borgere med kronisk sygdom, som gør rekrutteringen og fastholdelsen særlig udfordret.

Rekruttering af borgere

Sundhedsindsatsen i kommunen indledes efter henvisning fra hospital, egen læge, kommunens øvrige fagområder eller ved at borgeren selv henvender sig (jf. figur 1 nedenfor). I kvalitetsstandarderne er rekruttering via *den afklarende samtale* et kardinalpunkt i kravet om mere individuelt tilrettelagte og helhedsorienterede indsatser. Den afklarende samtale afholdes af en sundhedsfaglig medarbejder som sammen med borgeren afdækker borgerens situation, ressourcer og udfordringer samt ønsker og behov for hjælp. Borgeren informeres om mulige tilbud afhængig af hvilken/hvilke kroniske lidelser, det omhandler. Ved brug af den afklarende samtale er der således bedre mulighed for en personcentreret tilgang og en mere differentieret tilrettelagt sundhedsindsats sammenlignet med direkte henvisning til et sygdomsspecifikt forløb.

I dag foregår opstart af en sundhedsindsats i Halsnæs Kommune enten via den afklarende samtale eller oftest ved en kortere og mere afgrænset indledende samtale ift. et sygdomsspecifikt forløb. Kendskabet til arbejdsgangen omkring den afklarende samtale er ifølge kommunens lægekonsulent ikke fyldestgørende blandt de almen medicinske læger, hvilket også afspejles i lav volumen i kommunens data (ikke-publicerede data fra Halsnæs Kommune). Det samme formodes også at gælde øvrige henvisende aktører. Kommunen oplever også stor variation i henvisningsvolumen mellem de enkelte almen medicinske klinikker.

Som led i rekrutteringen af borgere, og som del af det udvidede tværsektorielle samarbejde, vil der være særlig fokus på en oplysningsindsats med formålet at øge andelen af henvisninger via den afklarende samtale.



Figur 1: Illustration af de kommunale indsatser, samarbejdspartnere og væsentlige sammenhænge jf. kvalitetsstandarderne. Dette projekt adresserer tema 1, 2 og 3. (Tema 4 indgår i en større forskningsansøgning mellem Center for Aktiv Sundhed, Halsnæs Kommune, SDCC m.fl. til TrygFonden med svar i efteråret 2025).
Kilde: SST 2024; KL 2024

Tre metoder til en differentieret sundhedsindsats

I projektet er udvalgt tre metoder til en differentieret og personcentreret sundhedsindsats med afsæt i krav og anbefalinger fra kvalitetsstandarderne og i dialog med Halsnæs Kommune om udviklingspotentiale ift. kvalitetsstandarderne. De tre metoder gennemgås nedenfor og præciseres i den videre udvikling.

Sundhedspædagogiske værktøjer

Sundhedspædagogiske værktøjer kan både støtte arbejdet med at afklare den enkeltes behov for en sundhedsindsats og indgå i sundhedsindsatserne. Halsnæs Kommune og NOH arbejder begge på at

implementere dialogværktøjet CHAT (Conversational Health Literacy Assessment Tool) til vurdering af den enkeltes sundhedskompetence, som afsæt for at vurdere den enkeltes behov og videre forløb (AAU 2019). Afdeling for Forebyggelse, Sundhedsfremme og Samfundet har dertil velafprøvede sundhedspædagogiske værktøjer, som kommune og samarbejdspartnere kan bringe i spil med mål om at differentiere indsatsen til specifikke målgrupper af borgere (SDCC 2021):

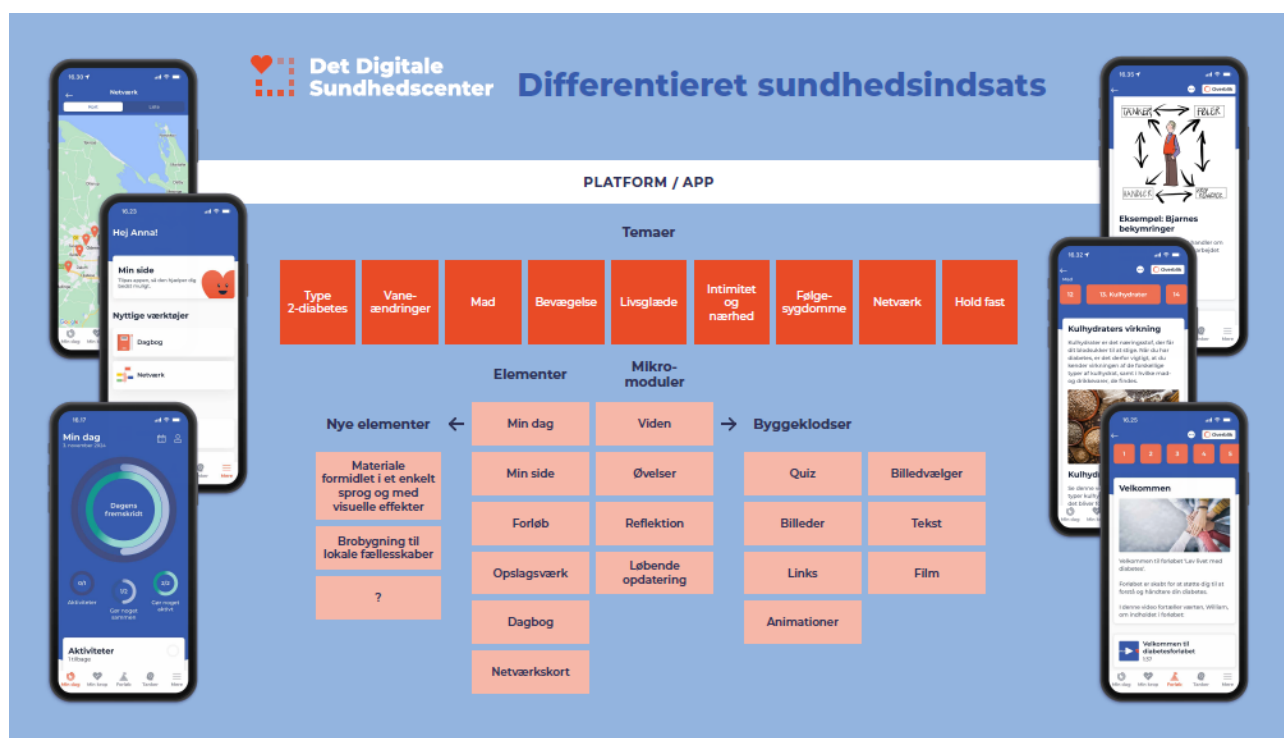
- *COSTUM*-konceptet (CULTurally Sensitive TOols and Methods) målrettet borgere med etnisk minoritetsbaggrund og type 2-diabetes.
- *EMMA*-konceptet (Empowerment, Motivation & Medical Adherence) som har fokus på at optimere den medicinske behandling hos den enkelte borgere med det formål at opnå medical adherence og forbedre blodsukkerkontrol hos personer med diabetes.
- Sundhedspædagogiske værktøjer til gruppebaseret patientuddannelse (NEED; NExt Education) på tværs af type 2-diabetes, hjertesygdom og KOL, der understøtter den enkeltes sundheds- og handlekompetence.

Valget af de sundhedspædagogiske værktøjer vil tage afsæt i både en lokal populationsanalyse og behovsafdækning ift. målgrupper (jf. studiedesign).

Digitale løsninger

Nogle borgere vil finde det bekvemt og relevant at modtage et sundhedstilbud digitalt fremfor analogt, mens andre fortsat vil have behov for fysisk fremmøde, evt. i kombination med det digitale. Digitale sundhedstilbud kan dertil appellere til målgrupper, der normalt ikke benytter sig af de kommunale tilbud og give flere mennesker mulighed for at deltage i sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter – enten selvstændigt eller med støtte fra kommunale fagpersoner.

I Halsnæs Kommune anvendes allerede den offentligt udviklede app-løsning '*Mit liv – min sundhed*' som et supplerende digitalt sundhedscenter med både individuelle og gruppebaserede indsatser (se figur nedenfor). Halsnæs Kommune er en af 28 kommuner, som indtil videre har gjort sig erfaringer med denne digitale løsning. Løsningen er velafprøvet med over 1.800 forløb, og app'en er udviklet i et partnerskab mellem region, kommuner og patientforeninger i Region Syddanmark og er fagligt kvalificeret af bl.a. diabeteseksperter. Flere kommuner i Region Hovedstaden begynder at tilkøbe og anvende app'en nu, og der er i dag flere kommuner i Sundhedsklynge Nord, der er begyndt at bruge app'en. Løsningen kan med sin udviklingshistorik og udbredelse betragtes som mere moden i en kommunal kontekst end de fleste andre digitale løsninger. Samtidig er løsningen fleksibel, skalerbar og med mulighed for at præge udviklingen af delelementer ift. specifikke målgrupper.



Figur 2: Visualisering af komponenter i det Det Digitale Sundhedscenter.

App'en introduceres fx ved den afklarende samtale og anvendes gennem forløbet, hvis det vurderes relevant. Appen fungerer primært som borgerens egen indgang til støtte og viden, hvor borgere og pårørende kan hente inspiration og vejledning, når det passer dem. Der er et særskilt forløb for borgere med diabetes, som kan kombineres med andre forløb. App'en er kendetegnet ved, at

- Borgerne kan få individuelt tilpasset indhold, der matcher deres sundhedskompetencer.
- Læring foregår i borgerens eget tempo og i eget hjem.
- Der er en feature, der understøtter at brugerne bedre husker at tage deres medicin.
- Det er muligt at sammenkoble pårørende og støttemedarbejdere til sårbare borgere.

Mobilisering af lokale ressourcer i et alment boligområde

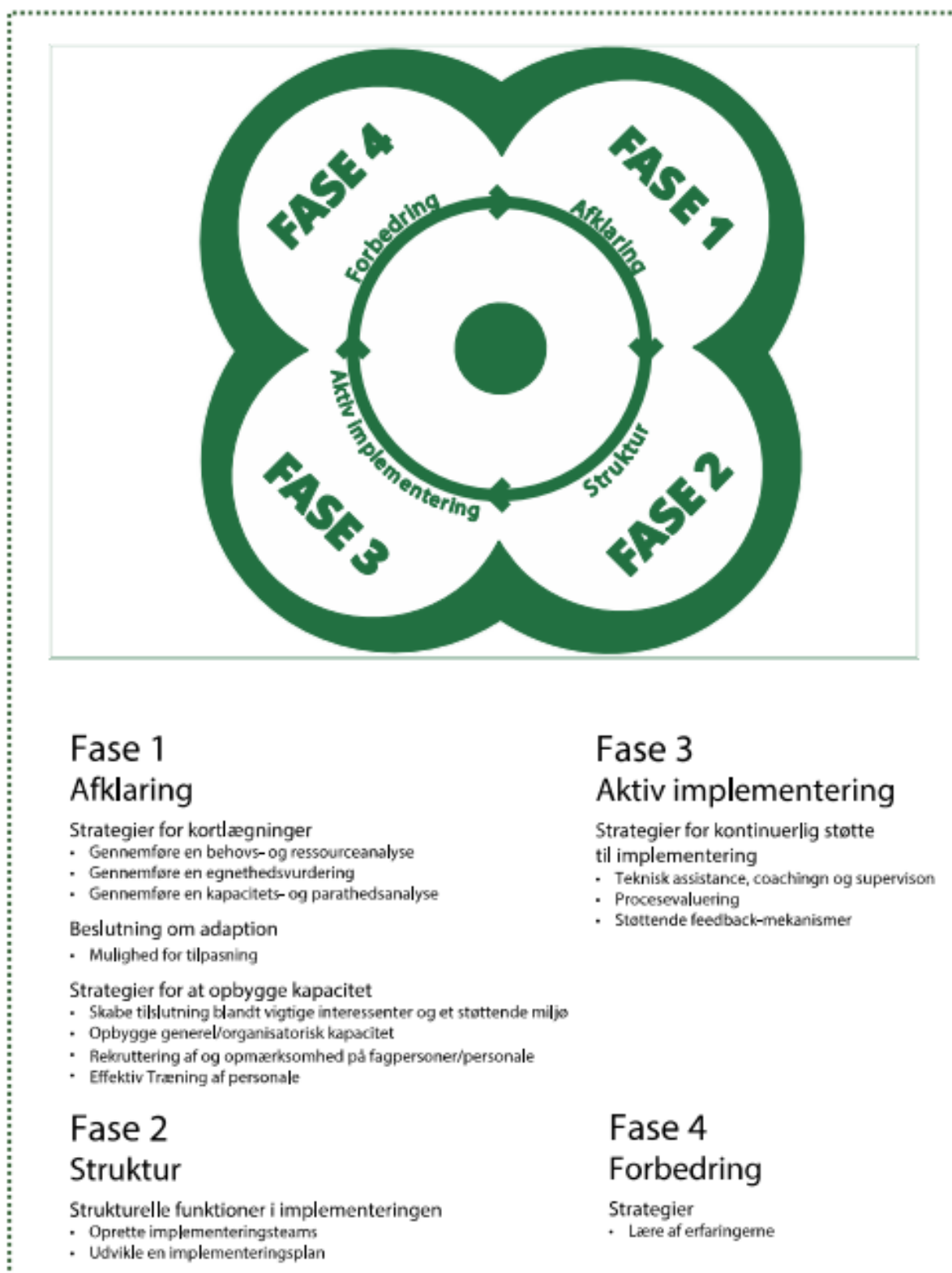
I Halsnæs Kommune udgør det almene boligområde Maglehøj et særligt potentiale, idet en stor del af kommunens borgere med kronisk sygdom, der kunne have gavn af den kommunale sundhedsindsats, bor i området. Derfor vil boligforeningen Maglehøj samt lokale civilsamfundsorganisationer indgå i et udvidet tværsektorielt samarbejde med henblik på at aktivere og mobilisere lokale ressourcer i boligområdet.

Forskere fra Afdeling for Forebyggelse, Sundhedsfremme og Samfundet på SDCC har velafprøvede metoder og viden om, hvordan netop de almene boligforeninger og civilsamfundet, i tæt samarbejde med almen praksis, kommune og hospital, kan involveres i styrkelse af det nære sundhedsvæsen, som dette projekt vil læne sig op ad (SDCC 2024). Det overførbare fra andre nærliggende projekter udgået fra SDCC består i metoder til at integrere ressourcerne i borgernes nærmiljø og borgerne selv. Med afsættet i kvalitetsstandarderne er udgangspunktet at tilpasse og evt. supplere de eksisterende kommunale tilbud, så de bedre imødekommer behovene hos borgerne med kroniske sygdomme, som bor i de almene boligområder. Således inddrages de lokale ressourcer i samarbejdet om en differentieret sundhedsindsats sammen med projektets øvrige parter.

En udvidelse af det traditionelle sundhedsvæsen til også at omfatte boligområdet giver mulighed for at nå ud til målgrupper, som ikke før har fået gavn af en kommunal sundhedsindsats. Det kan fx handle om at skaffe adgang til sociale fællesskaber i boligområdet samt netværk og videndeling om, hvordan man kan leve sundt og godt med diabetes og anden kronisk sygdom. Det kan også handle om at etablere fremskudte sundhedstilbud i boligområdet og bygge bro til øvrige sundhedsindsatser. Der er også muligt, at sårbare borgere kan få gavn af de lokale ressourcer og netværk som en håndholdt støtte til at gennemføre et kommunalt sundhedsforløb, til øget fremmøde i almen praksis og understøttet medicinindtag.

Studiedesign

Projektet indledes med en opstartsfase, og vil herefter blive afviklet i fire faser med inspiration fra *Quality Implementation Framework* (QIF) som vist nedenfor, og afsluttes med en evalueringsfase.



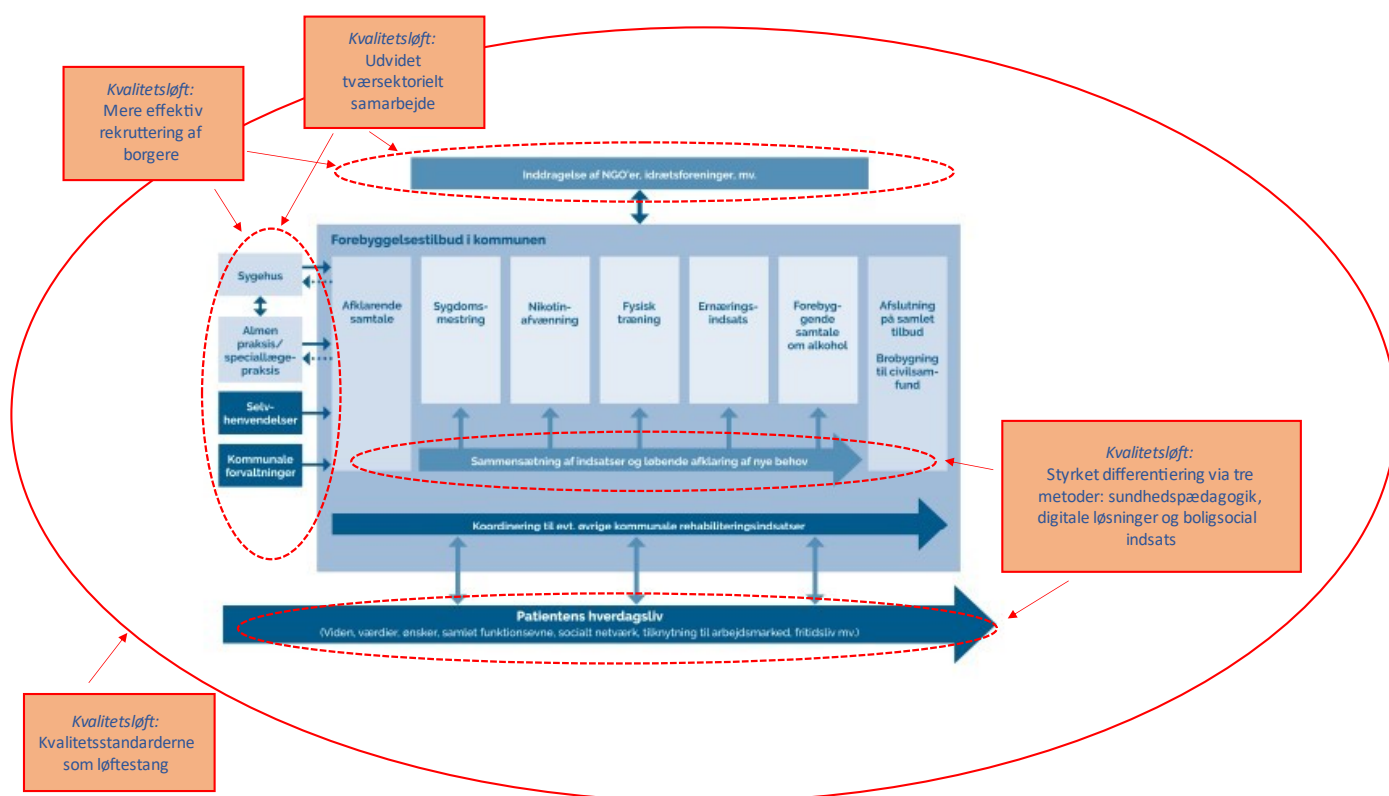
Figur 3: Illustration af projektets fire implementeringsfaser. Quality Implementation Framework. Metodecentret 2017.

En logisk model² for projektet, herunder faser, forventede mekanismer, output, og outcome udarbejdes.

De tre metoder til en differentieret sundhedsindsats (sundhedspædagogiske metoder, den digitale komponent samt mobilisering af lokale ressourcer) vil være gennemgående i projektets faser.

Opstartsfase: Etablering og organisering af *udvidet* tværsektorielt samarbejde

I opstartsfasen etableres det bærende samarbejde mellem Halsnæs Kommune, boligområdet Maglehøj, almen praksis, Nordsjællands Hospital og SDCC. Bæredygtig implementering af kvalitetsstandarderne forudsætter nye arbejdsgange og kompetenceudvikling blandt både medarbejdere og ledere i det udvidede tværsektorielle samarbejde. Organiseringen af den differentierede indsats i projektet er illustreret nedenfor.



Figur 4: Figuren viser, hvordan vi projektet og med kvalitetsstandarderne som faglig løftestang udvikler nye arbejdsgange, der samlet set løfter kvaliteten af de nære sundhedstilbud.

² En logisk model fremstiller projektets vej fra aktiviteter til resultater på en enkelt side, og giver dermed et hurtigt overblik.

Almen praksis har en særlig rolle

Der er særlig opmærksomhed på at inddrage almen praksis, så flere borgere i sidste ende henvises til kommunens sundhedsindsats. Derfor er projektgruppen i tæt dialog med kommunens lægekonsulent om lokale almen medicinske udfordringer både i populationen og i opbygningen og organiseringen af det lokale nære sundhedsvæsen. Lægekonsulenten peger bl.a. på kapacitetsudfordringer og manglende behandlerkontinuitet pga. vikarierende sundhedsprofessionelle, og at der er særlig behov for at imødekomme ikke-dansktalende personer med bopæl i udsatte områder. Udover kommunens lægekonsulent tilstræbes også involvering af det kommunallægelige udvalg i kommunen, så alle almen medicinske klinikker i kommunen inddrages i arbejdet. Dertil vil projektet fortløbende blive drøftet i det etablerede samarbejdsforum DiaTværs mellem SDCC og Region Hovedstadens kvalitetsenhed for almen praksis (Kap-H)³. Medlemmerne af DiaTværs forventes at kunne bidrage til sikring af relevans for almen praksis især mhp. den videre udbredelse.

Fase 1. Afklaringsfase: Behovs- og ressourceafdækning

I afklaringsfasen afdækkes behov og muligheder for kvalitetsudvikling af de nære sundhedstilbud i Halsnæs Kommune med flere forskellige metoder, som samlet set etablerer en fælles forståelse af udfordringsbilledet og af de tilgængelige ressourcer:

Metode/aktivitet	Forventet udkomme og værdi
Populationsanalyse med sociodemografiske og helbredsmæssige data fx ved datatræk fra "Sundhedsdata på tværs" (Sundhedsdatastyrelsen).	Overblik over populationen og de vigtigste udfordringer. Analysen fungerer som baseline (og gentages ved projektets afslutning) og afsæt for prioritering af indsatser.
Strukturerede interview med nøglepersoner.	Kortlægger aktuel praksis i kommunen m.fl. ift. anbefalinger og krav i kvalitetsstandarderne, og giver indsigt i arbejdsgange og peger på behov for kompetenceudvikling.
Tværasektoriel kortlægning af repræsentative borgerforløb. Her inddrages almen praksis, hospital og kommune.	Giver en fælles dybdeforståelse af typiske faldgruber i borgernes forløb, herunder henvisningspraksis, forsinket rekruttering, utilstrækkeligt udbytte af eller afbrudt deltagelse i forløb mv.
Brugerundersøgelse med individuelle interviews med i alt 12 borgere (og evt. deres pårørende) fra de forskellige borgermålgropper.	Bidraget med indsigt i borgernes perspektiver på de eksisterende sundhedsindsatser, og hvordan de passer – eller ikke passer – ind i borgernes hverdagsliv.
Ved samskabende metode kortlægges ressourcer, der findes i udvalgte boligområder og civilsamfund, som kan understøtte arbejdet med kvalitetsstandarderne bl.a. ved anvendelse af analyseværktøjet <i>local tool</i> udviklet i Afdeling for Forebyggelse, Sundhedsfremme og Samfundet, SDCC	Bidraget til at afdække organisatorisk kapacitet og mobilisere lokale ressourcer i boligområdet Maglehøj og i civilsamfundet.

Fase 2: Strukturfase: Implementeringsplan

I strukturfasen arbejdes der med at få skabt overblik og struktur omkring implementeringsopgaven (tidsplaner, fordeling af roller, ansvar og opgaver).

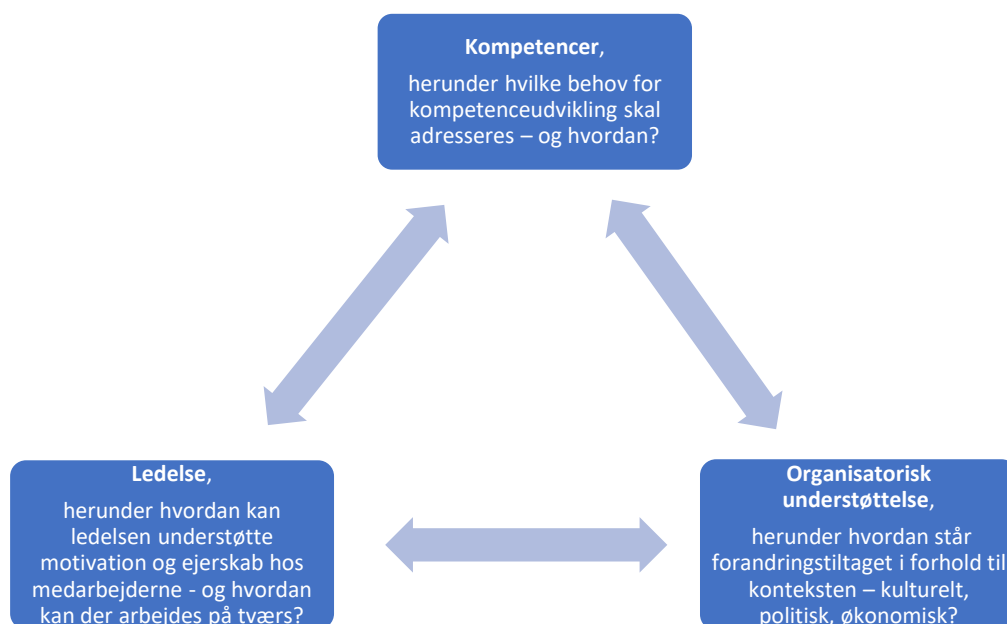
Implementeringsopgaven afhænger af behovs- og ressourceafdækningen, og kunne fx være:

- Understøttelse af den almen medicinske og farmakologiske indsats fx ved en fremskudt funktion blandt sårbare borgere i Maglehøj boligområde.

³ <https://www.sdcc.dk/supplerende-behandling/programmer-og-projekter/igangvaerende-programmer-og-projekter/projekter/Sider/Bedre-databrug-og-samarbejde---om-behandling-af-personer-med-type-2-diabetes-i-almen-praksis.aspx>

- Mobilisering af civilsamfundsorganisationer som guider borgerne til en afklarende samtale i kommunen og bistår i forhold til fremmøde hos egen læge.
- Tilpasning af app'en i det Digitale Sundhedscenter til de identificerede behov og målgrupper.
- Plan for kompetenceudvikling af fagpersoner og frivillige.
- Plan for nye arbejdsgange for samarbejdet mellem kommune, region og almen praksis og frivillige.
- Aktiviteter, hvor læger og personale fra de lokale almen medicinske klinikker bliver informeret om kommunens forskellige sundhedstilbud, og hvordan de sundhedsprofessionelle evt. kan optimere deres henvisningspraksis til de kommunale sundhedstilbud.
- Understøttelse til at almen praksis gennemfører organisationsanalyse med kortlægning af deres patienter med kronisk sygdom i tæt koordinering med den videre udvikling af DataSam-projektet, ved Afdeling for Kompetenceudvikling og Vidensformidling på SDCC og KAP-H.

Som et minimum skal der etableres et implementeringsteam, og udarbejdes en implementeringsplan med udgangspunkt i implementeringstrekantens tre elementer som vist i figur 2 nedenfor:



Figur 5: Implementeringstrekanten (D. Fixen et al. 2005).

Implementeringsteamet består af de udførende medarbejdere, og der udpeges en tovholder. Implementeringsplanen forholder sig til drivkræfter og barrierer for implementeringen dels i en forberedelsesfase og dels i en driftsfase, og den understøtter arbejdet med at udvikle og implementere en differentieret sundhedsindsats i et udvidet tværsektorielt samarbejde.

Fase 3. Aktiv implementeringsfase: Afprøvning og tilpasning

Den aktive implementeringsfase er kendetegnet ved løbende at monitorere og understøtte implementeringsprocessen. Der er fokus på at skabe læring, tilpasse og forbedre. Implementeringsteamet har en central rolle.

Den indledende analyse af populationsdata sammenholdt med data på borgere som modtager sundhedstilbud gentages i denne fase for at tilpasse initiativet undervejs og for at vurdere en evt. effekt af implementeringen. Tilpasninger kunne fx være at understøtte øget bevidsthed i befolkningen og blandt de sundhedsfaglige omkring eksisterende sundhedstilbud, understøtte internt henvisningsmønster i almen praksis og i kommunen samt henvisningsmønstreret fra NOH, sproglig eller kulturel tilpasning af tilbud mv.

Fase 4. Forbedringsfase: modellering og udbredelse

Forbedringsfasens primære formål er at bygge videre på den samlede læring fra Halsnæs og udvikle en model for bæredygtig kvalitetsudvikling, som bidrager til at accelerere omstillingen til det nære sundhedsvæsen. I forbedringsfasen samles læring og resultater fra arbejdet i projektet i en model, der hedder '*Kvalitetsudvikling i kommuner: Steno TVÆRS*'.

Udbredelse af bæredygtig model til Sundhedsråd Nordsjælland

Modellen afprøves og udbredes i første omgang i det kommende Sundhedsråd Nordsjællands syv øvrige kommuner, som har fungeret som et rådgivende netværk i projektets første faser. Det forventes, at Sundhedsråd Nordsjælland vil drøfte, hvordan sundhedsrådet tilrettelægger en differentieret sundhedsindsats af høj kvalitet, og at drejebogen kan blive central i dette arbejde.

Modellen: '*Kvalitetsudvikling i kommuner: Steno TVÆRS*'

I tråd med implementeringstrekantens tre elementer, består modellen af en digital drejebog for bæredygtig kvalitetsudvikling af en differentieret sundhedsindsats, der adresserer kompetencer, ledelse og organisatorisk understøttelse.

Drejebogen indeholder bl.a. følgende elementer, som skal tilpasses lokalt:

- Et samlet **road map med de centrale faser og aktiviteter** i henhold til Quality Improvement Framework inklusiv en skabelon for udarbejdelse af en implementeringsplan.
- **Guide til et udvidet tværsektorielt samarbejde** med fælles populationsansvar, herunder beskrivelse af roller, funktioner og etablering af netværk.
- En **materialesamling** med alle relevante styringsdokumenter, rapporter, guidelines og materialer, inklusive sundhedspædagogiske metoder, digitale sundhedsindsatser og anbefalinger for mobilisering af lokale ressourcer.
- **Guide til datadrevet ledelse** i kommunen med beskrivelse af arbejdsgange.
- **Skabeloner til centrale metoder**, fx auditmetoden og metoder til at opnå effektive kommunikations- og henvisningsveje til den afklarende samtale.
- **Cases på fremskudt sundhed** for borgere i sårbare positioner og en vellykket sundhedsindsats.
- **Adgang til konsulentfunktioner** der kan understøtte almen praksis' populationsoverblik, herunder KAP-H's organisationskonsulenter, videreudviklingen af SDCC og KAP-H's DataSam-projekt, samt KiAPs datapakker til almen praksis (*efter aftale*).

Som **implementeringsstøtte** vil SDCC i samarbejde med projektets parter og i projektets 3. år tilbyde præsentation og gennemgang af drejebogen samt støtte til opstart efter aftale med kommuner i Sundhedsklynge Nord indenfor projektets midler (projektledelse år 3, midler til formidling mm).

Lancering af modellen ved event på SDCC

Ved projektets afslutning lanceres modellen *'Kvalitetsudvikling i kommuner: Steno TVÆRS'* ved en event på SDCC med deltagelse af alle projektets samarbejdspartnere og centrale nationale aktører fra bl.a. KL, Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen. Ved eventen vil resultaterne fra Halsnæs Kommune blive præsenteret og modellen vil blive lanceret digitalt og udleveret i pixi-version.

Evaluerings

I tråd med projektets formål skelnes mellem succeskriterier på henholdsvis organisatorisk niveau og individniveau. De organisatoriske indikatorer for vellykket implementering af kvalitetsstandarderne ansues som en forudsætning for en afledt sundhedseffekt på individniveau på både kortere og længere sigt.

Evalueringsdesign og udførlig oversigt over samtlige succeskriterier og indikatorer, målemetoder og -tidspunkter er under udvikling.

Langsigtede effektmål

Projektperioden for udvikling af modellen for bæredygtig kvalitetsudvikling af de nære sundhedstilbud i sundhedsklynge Nord er 3-årig. Styregruppen for projektet vil have dialog om, hvordan udviklingen skal følges over en længere periode, fx borgeres deltagelse i den differentierede sundhedsindsats på udvalgte effektmål – fx forbrug af sundhedsvæsenets kommunale og regionale ydelser - over en 10-årig periode, som skal drøftes nærmere og operationaliseres i partnerskabets styregruppe.

Sundhedsøkonomisk vurdering

Vi forventer, at projektet medfører, at flere personer deltager i et relevant sundhedstilbud tilpasset den enkelte borgers niveau, behov og præferencer. Det er derfor ikke realistisk, at projektet i de første to år vil være ressourcebesparende. På længere sigt forventes indsatsen at kunne sikre selvhjulpenhed, optimere funktionsevnen, udskyde/mindske brugen af andre sociale og sundhedsfaglige ydelser, nedbringe sygefravær og derved fastholde personer med kroniske lidelser på arbejdsmarkedet mv. De direkte driftsomkostninger for indsatsen vil blive opgjort, som en del af evalueringen.

Tidsplan

2-årigt projekt i Halsnæs Kommune og 1-årig implementeringsunderstøttelse i Sundhedsklynge Nord. Projektet vil efter 2 år understøtte accelereret kvalitetsudvikling af de nære sundhedstilbud i sundhedsklynge Nord ved at formidle resultater fra Halsnæs Kommune og understøtte opstart af implementeringsindsatsen i Sundhedsklynge Nord. En nærmere tidsplan er under udarbejdelse i projektgruppen.

Projektorganisering

Alle samarbejdspartnere har bekræftet, at projektet er organisatorisk muligt at gennemføre.

Projektpartnerskab

- SDCC: Projektejer og tovholder.
- Halsnæs Kommune: Projektmedejer og setting for projektet.
- Maglehøj boligselskab: Boligsocial partner.
- Lægekonsulent i Halsnæs Kommune samt almen medicinske klinikker: Lokale lægefaglige partnere.
- Nordsjællands Hospital: Hospitalspartner i et udvidet tværsektorielt samarbejde.
- Sundhedsklynge Nord⁴: Følgegruppe for projektet og skaleringskanal. I Faglig sundhedsklynge Nord indgår Nordsjællands Hospital, Region Hovedstadens Psykiatri, Akutberedskabet, Frederikssund Kommune, Halsnæs Kommune, Gribskov Kommune, Hillerød Kommune, Allerød Kommune, Fredensborg Kommune, Helsingør Kommune, Hørsholm Kommune, almen praksis samt brugerrepræsentanter. Hillerød Kommune i Klynge Nord har også vist interesse for at implementere kvalitetsstandarderne, og kan evt. tænkes ind i projektet.
- Det Digitale Sundhedscenter: Offentlig digital rådgiver og leverandør. DDS er udviklet og ledet af Syddansk Sundhedsinnovation i Region Syddanmark, er et partnerskab på tværs af mere end 30 kommuner, region og patientforeninger, der fokuserer på udvikling og drift af digitale sundhedsløsninger gennem brugercentreret innovation. Med appen Mit liv – min sundhed tilbyder Det Digitale Sundhedscenter digitale værktøjer, der støtter borgernes aktive rolle i deres sundhedsforløb og skaber et solidt grundlag for videreudvikling af digitale sundhedstilbud.

Projektgruppe

Der nedsættes en projektgruppe på operativt niveau med relevante medarbejdere fra SDCC, Halsnæs Kommune, Nordsjællands Hospital og Det Digitale Sundhedscenter. Herudover vil TrygFondens Center for Aktiv Sundhed (CFAS) blive inviteret til at indgå i arbejdet omkring brobygning fra kommunale indsatser til civilsamfund, da Halsnæs Kommune, CFAS og SDCC specifikt samarbejder om netop denne del af forløbet i andet regi⁵.

Styregruppe

Der nedsættes en styregruppe med ledelsesrepræsentanter fra Halsnæs Kommune, Nordsjællands Hospital, almen praksis og SDCC (Afdeling for Forebyggelse, Sundhedsfremme og Samfundet, Afdeling for Kompetenceudvikling og Vidensformidling, Afdeling for Diabetesbehandling). Vi rekrutterer desuden en brugerrepræsentant fra Halsnæs Kommune til at sidde i styregruppen. SDCC er formand for og sekretariatsbetjener styregruppen.

Følgegruppe

⁵ Vi afventer pt. svar på en stor fælles fondsansøgning med Halsnæs Kommune og Center for Aktiv Sundhed, som har strategisk sammenhæng til dette partnerskabsprojekt, men som er afgrænset til brobygning *efter* endt kommunal sundhedsindsats.

Den faglige Sundhedsklynge Nord/det kommende Sundhedsråd Nordsjælland vil løbende blive orienteret med henblik på, at de øvrige kommuner i klyngen/rådet kan høste erfaringer fra Halsnæs Kommune.

Referenceliste

Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder for kommunale forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom, 2024, https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2024/Kvalitetsstandarder/Kvalitetsstandarder---forebyggelsestilbud-til-borgere-med-kronisk-sygdom.ashx?sc_lang=da&hash=5F9CE3DFB8B22AEB313DAB220164F0E6

Center for forebyggelse i praksis, referat fra styregruppemøde marts 2024, KL

Sundhedsprofilen – Kronisk Sygdom (2021). Region Hovedstaden

Sundhedsprofilen – Sundhedsadfærd og Risikofaktorer (2021). Region Hovedstaden

Faktaark om Halsnæs Kommune, sundhedsprofilen 2021 <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Resultater/Documents/Faktaark%202021/faktaark%202021%20Halsn%c3%a6s%20Kommune.pdf>

Social ulighed i forebyggelsestilbud til mennesker med kronisk sygdom – hvad kan kommunen gøre? (2024) KL

Jensen NH, Aaby A, Maindal HT. CHAT – et redskab til dialog om sundhedskompetence (2019). Aarhus Universitet – Institut for Folkesundhed

Steno Diabetes Center Copenhagen (2021). Når dialogen er på spil. Forskningsbaserede metoder og værktøjer til at skabe dialog og involvering i samarbejdet mellem brugere og sundhedsprofessionelle.

https://www.sdcc.dk/fagfolk/materialer/dialogvaerktoejer/Documents/Na%CC%8Ar%20dialogen%20er%20pa%CC%8A%20spil_digital%20til%20web_lowres.pdf

Sundhedsstyrelsen (2024). Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom – Kvalitetsstandarder

Metodecentret (2017). QIF – Quality Implementation Framework. Implementering med kvalitet baseret på international implementeringsforskning https://metodecentret.dk/wp-content/uploads/2018/07/QIF_arbejdspapir_MC_april_2017.pdf

Halsnæs Kommune (2021). Sundhed for Alle: Sundhedsstrategi 2021 – 2030.

Halsnæs Kommune (2024). § 119 Sundhedstilbud. Dokumentsamling. September 2024.

Steno Diabetes Center Copenhagen (2024). Integreret Diabetesintervention i Tingbjerg (IDIT). En del af SBI-programmet: Styrket diabetesbehandling og forebyggelse i en kommunal kontekst Midtvejsevaluering.

https://www.tingbjergchangingdiabetes.dk/files/ugd/7b2638_e19cdd86a2414dd089beb812c2ea0be0.pdf

Region Hovedstaden, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse (2022) 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Kronisk sygdom

https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Udgivelser/Documents/Sundhedsprofil_Del%202021_web.pdf

Region Hovedstaden, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse (2022) 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer

https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Resultater/Documents/Rapporter/Sundhedsprofil_2021_web.pdf

Link til sundhedspædagogiske koncepter udviklet af Afdeling for Forebyggelse, Sundhedsfremme og Samfundet:

<https://www.sdcc.dk/fagfolk/materialer/dialogvaerktoejer/Sider/CUSTOM-konceptet.aspx>

[https://www.sdcc.dk/fagfolk/materialer/dialogvaerktoejer/EMMA/Sider/Dialogv%C3%A6rkt%C3%B8jer-til-diabeteskonsultationer-\(EMMA\).aspx](https://www.sdcc.dk/fagfolk/materialer/dialogvaerktoejer/EMMA/Sider/Dialogv%C3%A6rkt%C3%B8jer-til-diabeteskonsultationer-(EMMA).aspx)