



Slutevaluering

Sammedagsscreening (Delinitiativ 3B)
– målrettet sårbare indlagte personer
med diabetes

Dato: 20.12.2021

Udarbejdet af:

Programleder Gry Falkenberg Lending og chefkonsulent Lars Skytte Petersen.

Godkendt af:

Styregruppen for Sammedagsscreening

Indholdsfortegnelse

1	Resumé	3
2	Indledning	5
	2.1 Baggrund	5
	2.2 Formål med evalueringen.....	5
3	Metode	6
4	Gennemførte projektaktiviteter	7
5	Vurdering af relevans, målopfyldelse og effekt	9
6	Tilfredshed med projektets gennemførelse	11
	Bilag 1 – Sammedagsscreening af sårbare personer med type 2 diabetes i hospitalsregi	12

1 Resumé

Dette er en slutevaluering af SBI-projektet "Sammedagsscreening (Delinitiativ 3B) – målrettet sårbare indlagte personer med diabetes". Projektet er afsluttet før projektudløb, bl.a. fordi det har vist sig, at den gruppe af personer med diabetes, som initiativet var rettet mod, i væsentlig mindre grad end antaget findes på hospitalerne. På denne baggrund er gennemført en mindre evaluering af projektet end for andre SBI-projekter. Evalueringen er således gennemført ved afholdelsen af et evalueringsmøde med de projektansvarlige og -involverede.

Der er afviklet en række aktiviteter i projektet. Indsatsen overfor sårbare indlagte er implementeret på Rigshospitalet og Bornholms Hospital, men er afsluttet før planlagt, fordi det var vanskeligt at inkludere tilstrækkeligt med personer med diabetes, og fordi projektet løb ind i en række andre implementeringsvanskeligheder bl.a. som følge af Covid-19. I det følgende fremhæves den primære læring, der ifølge de projektansvarlige og -involverede kan udledes af projektafviklingen:

- Målgruppen af sårbare indlagte med diabetes er en meget vanskelig målgruppe at inkludere og hovedparten er så syge – og nogle terminale – at screening for diabeteskomplikationer ikke er relevant. Desuden har Covid-19-pandemien gjort, at rekrutteringen blev endnu vanskeligere, da hovedparten af de involverede afdelinger var lukket ned for forsknings- og projektaktivitet i lange perioder under pandemien. Projektansvarlige og -involverede peger på, at målgruppen af relevante sårbare med diabetes i højere grad kan være til stede blandt personer i ambulant regi og ikke som antaget blandt indlagte på somatiske afdelinger, og særligt ikke fra det onkologiske og hæmatologiske område.
- Der efterlyses en mere effektiv og gerne automatiseret "identifikationsproces" af indlagte sårbare personer med diabetes, da identifikationen af sårbare indlagte med diabetes måtte gennemføres manuelt og var en proces, der medførte et stort træk på personalemæssige ressourcer.
- Det var en udfordring, at måltallet for antal inkluderede personer blev opjusteret umiddelbart før projektopstarten – og uden tilstrækkelig inddragelse af de projektansvarlige klinikere.
- Forundersøgelsen kunne måske være gjort (endnu) grundigere, så den kunne have dannet basis for en tidligere "stop/go"-beslutning. Måltallet for antal inkluderede personer kunne også med fordel være baseret på en grundigere litteraturgennemgang i foranalysen.

Baggrundsplysninger om projektet: Sammedagsscreening (Delinitiativ 3B) – målrettet sårbare indlagte personer med diabetes

- **Formål:** 1) At øge deltagelsen i screeningsundersøgelser, 2) at sikre opsporing af komplikationer og igangsættelse af nødvendig forebyggelse og behandling, 3) at sikre kvalitet, koordination, motivation og tryghed i forløb.
Særligt for indsatsen målrettet sårbare indlagte med diabetes gælder, at personernes motivation og egenomsorg kan være nedsat grundet langvarig eller periodevis sårbarhed. Hos indlagte personer med diabetes vil der være stor sandsynlighed for, at indlæggelsen skyldes anden alvorlig sygdom.
- **Organisatorisk forankring:** Rigshospitalet (onkologiske og hæmatologiske afdelinger) og Born-holms Hospital (alle indlagte) som projektudførende. Delinitiativet har refereret til styregruppen for Sammedagsscreening.
- **Projektperiode:** 2019-2022 (afsluttet før projektudløb medio 2021).
- **Økonomi:** 6,9 mio. kr. (budget), ca. 4 mio. kr. er forbrugt (regnskabstal).

2 Indledning

2.1 Baggrund

Dette er en slutevaluering af SBI-projektet "Sammedagsscreening (Delinitiativ 3B) – målrettet sårbare indlagte personer med diabetes". Slutevalueringen har fokus på følgende fire hovedpunkter:

1. Om de planlagte projektaktiviteter er blevet afviklet
2. En diskussion af relevans, målopfyldelse og effekt af initiativet
3. Tilfredshed med projektets gennemførelse
4. Hvilken læring der kan udtrages fra projektet til brug for f.eks. fremtidige SBI-projekter.

2.2 Formål med evalueringen

Formålet med evaluering af Supplerende Behandlingsinitiativer er 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.

Da projekt "Sammedagsscreening (Delinitiativ 3B) - målrettet sårbare indlagte personer med diabetes" har haft store vanskeligheder med inkludering af sårbare personer med diabetes, er det besluttet, at der i evalueringen skal være særligt fokus på hvilken læring til brug for fremtidige projekter, der kan udtrages fra projektgennemførelsen.

3 Metode

Projektet er evalueret ved afholdelse af et møde, hvor en struktureret spørgeguide er anvendt. En evalueringskonsulent fra SBI-teamet (Lars Skytte Petersen) faciliterede afholdelsen af mødet. Desuden deltog programleder for Sammedagsscreening (Gry Falkenberg Lending) fra SBI-teamet og en studentermedhjælp (Andrea Aaen Petersen), der tog referat.

Følgende fagpersoner deltog i evalueringsmødet:

- Ledende oversygeplejerske Helene Rosenørn-Dohn, Rigshospitalet
- Overlæge Thomas Peter Almdal, Rigshospitalet
- Ledende overlæge Åse Krogh Rasmussen, Rigshospitalet
- Anne Sophie Mathiesen, projektleder, Rigshospitalet
- Sygeplejerske og projektdeltager Mari-Ann Nexø, Bornholms Hospital

Evalueringen, der er gennemført på basis af mødet, er sendt i udkast til mødedeltagerne, der har haft lejlighed til at kommentere indholdet af rapporten. Desuden er hovedkonklusioner forelagt styregruppen for Sammedagsscreening, der efterfølgende har godkendt evalueringsrapporten.

4 Gennemførte projektaktiviteter

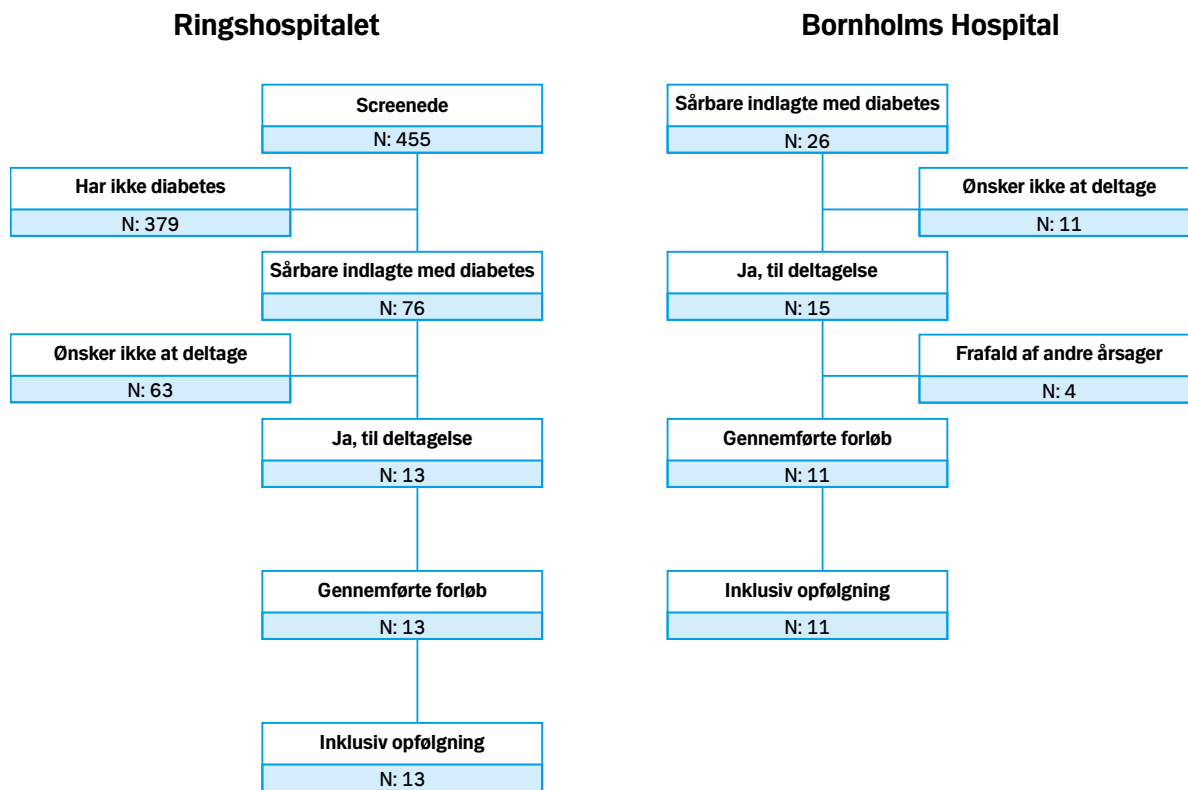
I dette afsnit vurderes det, hvorvidt projektet har gennemført de planlagte initiativer. Vurderingen heraf fremgår af tabellen nedenfor:

Tabel 1 – Vurdering af om projektaktiviteter er gennemført

Indsatsområde/aktivitet, jf. Initiativbeskrivelsen	Vurdering af gennemførelsesgrad
<p>Foranalyse (afsnit 4.1.1)</p> <p>I planlægningsfasen udarbejdes en foranalyse. Analysen indeholder bl.a. feltarbejde ved de afdelinger, der skal rekrutteres personer med diabetes fra samt brugerinddragelse i form af bl.a. interviews/fokusgruppeinterviews.</p>	<p>Den planlagte foranalyse og feltarbejdet er gennemført og afrapporteret (vedlagt som <i>Bilag 1</i>).</p> <p>Udgangspunktet for projektet var de særligt sårbare indlagte personer med diabetes, hvilket var en udfordring i forhold til den opskalering af målet om inklusion af personer med diabetes, der skete i den sidste fase af arbejdet med initiativbeskrivelse og evalueringsplan.</p>
<p>Identifikation og rekruttering af personale (afsnit 4.2)</p> <p>I opstartsfasen kan den udgående sygeplejerske og projektleder undervise og løbende vejlede personalet omkring projektet.</p>	<p>Der er holdt oplæg på de afdelinger, der skulle deltage. På møderne fortalte de projektansvarlige sygeplejersker om baggrunden for og formålet med projektet. Der har løbende været tæt kontakt med personalet på afdelingerne. De identificerede personer med diabetes på afdelingerne, der potentielt kunne inkluderes i projektet, har været i dialog med personalet på afdelingerne. Dialogen har bl.a. handlet om, hvorvidt de var for syge til at deltage samt om koordinering med andre undersøgelser og øvrige livsomstændigheder for patienterne.</p>
<p>Komplikationsscreening af personer med diabetes (afsnit 4.3)</p> <p>Komplikationsscreening skal gennemføres som led i projektet.</p>	<p>Screeninger er gennemført for det begrænsede antal sårbare personer, det lykkedes at inkludere i projektet, helholdsvis 13 ved Rigshospitalet og 11 ved Bornholms Hospital.</p>
<p>Udskrivelse og opfølgning (afsnit 4.4)</p> <p>Særlig opfølgningsindsats bør gennemføres, da der er tale om en sårbar gruppe.</p>	<p>Projektlederen fra Rigshospitalet fortæller, at der er fulgt op på de inkluderede personer med diabetes, hvis der skulle igangsættes initiativer efter indlæggelsen. Det er bl.a. sket ved at ringe til patienterne og/eller sende henvisninger til de relevante myndigheder eller sundhedstilbud. Det har ikke være muligt med opfølgning over en længere periode efter udskrivelsen fra hospital.</p> <p>På Bornholms Hospital er der også fulgt op på de indlagte personer med diabetes, der har deltaget i projektet. Opfølgningen har ifølge projektsygeplejersken været nemmere end på Rigshospitalet, bl.a. fordi alle kliniske prøver mv. tages på Bornholm Hospital.</p>
<p>Økonomi/budget (afsnit 7.2)</p> <p>Der er afsat 6,2 mio. kr. til projektet.</p>	<p>I den periode som projektet har kørt, har man overholdt budgettet.</p> <p>Budgettet er blevet justeret ifm. justering af projektperioden. Der er i alt forbrugt ca. 4 mio. kr., dvs. at der har været et mindreforbrug i forhold til budgettet på ca. 2,2 mio. kr.</p>

Flowdiagrammet nedenfor illustrerer, screening, inklusion, frafald mv. i forbindelse på de to deltagende hospitaler, helholdvis Rigshospitalet og Bornholms Hospital.

Figur 1 – Flowdiagram for Sammedagsscreening 3B



5 Vurdering af relevans, målopfyldelse og effekt

I dette afsnit belyses det, hvad der ved evalueringsmødet blev fremhævet om, hvorvidt projektet havde været relevant, levet op til målene i Initiativbeskrivelsen og havde haft en effekt.

Det blev fremhævet, at en foranalyse er gennemført, og en række indlagte personer med diabetes er rekrutteret ved de to hospitaler. Der har imidlertid også været en række større udfordringer i projektafviklingen i forhold til **relevans og målopfyldelse**:

- Covid-19-pandemien har været vanskelig i relation til indlagte sårbare med diabetes og anden svær sygdom. I relation til Covid-19-bølgen, december 2020 – marts 2021, har Endokrinologisk Afdeling på Rigshospitalet været pålagt at udlåne en betydelig del af afdelingens sygeplejepersonale, herunder også projektleder for dette projekt til behandling af Covid-19-patienter. Desuden betød sygeplejestrejken (10 uger), hvor både sygeplejersker på Bornholms Hospital og Rigshospitalet var udtaget til strejken, igen et afbrudt projektforsøg. På denne baggrund vurderes den reelle "effektive projekttid" af de projektansvarlige til kun ca. 2 måneder. Den effektive projekttid på Bornholms Hospital var dog lidt længere end på Rigshospitalet, da man på Bornholms Hospital kunne gennemføre projektaktiviteter under første Covid-19-bølge.
- Som følge af flytning af Psykiatrien fra Rigshospitalets matrikel, indgik det psykiatriske område ikke som ellers planlagt i projektet. Derved mistede projektet en stor del af grundlaget for at rekruttere indlagte personer til screeningsundersøgelserne.
- Rekruttering af personer med diabetes har været en udfordring, og der er blevet brugt mange timer på dette.
- Erfaringen fra projektet er, at målgruppen er meget lille, dvs. sårbare indlagte med diabetes på hospitalernes somatiske afdelinger, der ikke allerede er screenet og i behandling for deres diabetes. De involverede i projektet peger på, at det nok ville være mere relevant at rekruttere personer til screening, der behandles ambulante.
- Det var særlig vanskeligt at rekruttere indlagte personer med diabetes fra de onkologiske og hæmatologiske afdelinger (Rigshospitalet). Personer, som er indlagt på onkologisk og hæmatologisk afdeling, er meget syge (flere i terminal fase), og screeninger for diabetesrelaterede komplikationer er derfor ikke "top-of-mind". Personalet på afdelingerne var tilbøjelige til at fravælge screeningerne af hensyn til ikke at belaste de indlagte personer yderligere. Det blev undervejs i projektperioden forsøgt at rekruttere andre afdelinger på Rigshospitalet, f.eks. ortopædkirurgisk med en høj andel af personer med diabetes, men flere afdelinger afviste deltagelse bl.a. med begrundelse i, at de allerede deltog i mange projekter.
- Da projektet er blevet forankret bredt på alle afdelinger på Bornholms Hospital, og da man også i en kortere periode på Rigshospitalet inddrog andre afdelinger, er det dog vurderingen fra projektgruppen, at det ikke ville ændre billedet markant, hvis man fra start havde valgt nogle helt andre områder end det onkologiske og hæmatologiske. Dette gælder dog ikke psykiatrien, som projektgruppen fortsat vurderer som et oplagt område for denne type initiativ.
- Målet om antal sårbare personer med diabetes, der skulle rekrutteres som led i projektet blev mere end fordoblet (fra 70 til 200 personer/årligt) umiddelbart inden projektstart, og uden at der blev justeret i projektets design, bemanning, ressourcer mv. Dette var ikke hensigtsmæssigt, og det har ifølge de projektansvarlige medført et urealistisk højt mål for antal inkluderede personer med diabetes.

Der er ikke gennemført en analyse af **effekterne** af projektet for de i alt 13 (Bornholms Hospital) og 11 (Rigshospitalet) indlagte personer med diabetes, der gennemførte komplikationsscreeningerne, da datagrundlaget er vurderet for småt til en detaljeret analyse af data.

I forhold til evalueringsmålene fra SDCC's evalueringskoncept om *behandling af høj kvalitet og lighed i sundhed*, er der blandt de projektansvarlige og -involverede enighed om, projektet havde potentiale til at gøre en forskel for de indlagte sårbare personer med diabetes, da kun få alvorlige komplikationer skal opdages for, at projektet kan "tjene sig hjem".

6 Tilfredshed med projektets gennemførelse

I dette afsnit har de projektansvarlige og -involverede evalueret i forhold til tilfredsheden med projektets gennemførelse ud fra fem SBI-projektmaal, jf. tabellen nedenfor.

Tablet 2 – Vurdering af tilfredshed med udgangspunkt i fem SBI-projektmaal

Projektmaal	Vurdering / tilfredshed
1. Klare maal og milepaele er formuleret og overholdt	Det har vaeret tydeligt, hvad der skulle gennemfoeres, dog var antallet af indlagte personer med diabetes som skulle inkluderes ikke realistisk.
2. Rettidig kommunikation og tilfredshed med involveringsform	<p>Ifolge projektsygeplejersken fra Bornholms Hospital har der vaeret en god kommunikation mellem de projektansvarlige klinikere, mens projektgruppen ikke har oplevet, at der har vaeret ret meget kommunikation med styregruppen for Sammedagsscreening. Kommunikation med styregruppen har primært foregaaet med projektejere og ikke direkte med projektdeltagerne, som derfor ikke altid har følt sig tilstrækkeligt informerede. Dette viser, at der i denne type projekter, er behov for tydelige aftaler om kommunikationsveje og -ansvar.</p> <p>Evalueringen er blevet planlagt sent i processen, og de lange statusrapporter var i starten for omstændige for klinikerne, der skal sætte tid af til dette i en travl hverdag. SCDD/SBI bør også være opmærksomme på, at man ikke formulerer sig for akademisk. Der peges også på, at statusrapporterne er blevet bedre, og at det seneste format med 1 planche er overkommeligt.</p> <p>Nogle af de projektansvarlige oplever, at dialogen med styregruppen for Sammedagsscreening i perioder har vaeret vanskelig, bl.a. på grund de omfattende konsekvenser for projektafviklingen, som Covid-19-pandemien havde for Rigshospitalet og Bornholms Hospital. Nogle projektansvarlige savnede en anerkendelse fra styregruppen af den vanskelige situation, som de befandt sig i, mens andre fortæller, at dialogen med styregruppen har vaeret god, og at der er blevet vist forståelse for de vanskelige arbejdsvilkår for projektet.</p>
3. Tilfredshed med data (tilgængelighed og brug af data)	<p>Data er håndteret i REDCap, men der er ikke udtrukket data endnu og gennemført analyser heraf.</p> <p>Der peges på, at det havde være en stor fordel, hvis de projektansvarlige kunne have fået en liste over indlagte personer med diabetes fra Sundhedsplatformen. Det ville havde sparet meget tid.</p>
4. God ressourcestyring og organisering	Som tidligere nævnt var der udfordringer i forhold til ønsker fra Rigshospitalet om involvering af Psykiatrien. Desuden er der utilfredshed med den ændring i antal personer, der skulle inkluderes i projektet, der fandt sted umiddelbart før projektopstartsfasen.
5. Fremgangsmåde har skabt grundlag for beslutning om overgang til drift	Der har vaeret en løbende dialog med programstyregruppe og programejer om, hvorvidt projektet skulle fortsætte, fordi inkluderingen af personer med diabetes var så vanskelig. Det var fornuftigt, at projektet blev lukket ned før projektløb, men måske kunne det være lukket endnu tidligere.

Bilag

Bilag 1 – Sammedagsscreening af sårbare personer med type 2 diabetes i hospitalsregi

Foranalyse
Projekt Sammedagsscreening af sårbare personer med diabetes i hospitalsregi – Bornholm og RH

Sammedagsscreening af sårbare personer med type 2 diabetes i hospitalsregi – Foranalyse Bornholm og Rigshospitalet

Foranalyse
 Projekt Sammedagsscreening af sårbare personer med diabetes i hospitalsregi – Bornholm og RH

Indhold

Baggrund	3
Evidensen for screeningundersøgelser	5
Øjenscreening.....	5
Fodscreening	6
HbA1c, Blodtryk og lipidscreening.....	6
Karakteristika ved dem, der ikke deltager i screening.....	6
Psykosociale faktorer af betydning for screeningsdeltagelsen	7
Etniske minoriteter	7
Psykisk sygdom og diabetes	7
Sygdomsbyrden og behandlingsbyrden	8
Hvordan kan man øge deltagelsen i screeningsprogrammer?	8
Formål	8
Metode.....	9
Proces-evalueringskriterier	9
1. Målgruppen	10
2. Setting: Somatiske og psykiatriske hospitalsafdelinger.....	11
3. Identifikation, rekruttering og screening af patienter.....	12
4. Accept af deltagelse	13
5. Fokus på overgange.....	13
6. Patientinddragelse	14
Feltarbejde	14
Patientinterviews	14
7. Integration.....	14
8. Dataindsamling.....	15
9. Ressourcer.....	15
10. Evaluering	15
Projektlederfunktion	15
Risici og forudsætninger for gennemførelse	16
Økonomi	17
Flowchart: Setting B: Somatiske hospitalsafdelinger	18
Tidsplan	19
Referencer.....	20

Foranalyse

Projekt Sammedagsscreening af sårbare personer med diabetes i hospitalsregi – Bornholm og RH

Baggrund

Der ses en forøget risiko for at udvikle komplikationer til diabetes, hvis personer med diabetes ikke bliver screenet regelmæssigt for tidlige tegn på komplikationer. I deltagelse i screening for komplikationer til diabetes findes en social gradient, således at personer med diabetes og flere samtidige risikofaktorer i højere grad ikke bliver screenet/tager imod tilbuddet, ej heller modtager den rette opfølgning på baggrund af resultaterne fra screeningen. Manglende sammenhæng i behandlingen og koordination på tværs af sektorer kan forstærke risikoen for at screeningen ikke foretages og der ikke følges tilstrækkeligt op på resultater af screeningen.

Den nationale diabetes plan fra 2017 anbefaler, at regioner, kommuner, og almen praksis udvikler og afprøver modeller for Sammedagsscreening, så personer med diabetes tilbydes lettere, mere fleksibelt og ukompliceret Sammedagsscreening og relevant opfølgning. Dette er baggrunden for at Sammedagsscreening er et centralt Supplerende behandlingsinitiativ i Steno Diabetes Center Copenhagen (SDCC)- satsningen. Det supplerende behandlingsinitiativ for sammendags-screening består af 4 delinitiativer (Oversigt: De 4 persona grupper), hvoraf delinitiativ 3: Samme-dags-screenings-projektet hos sårbare mennesker med type 2 diabetes i hospitalsregi (3B), er beskrevet i denne analyse.

Delinitiativ 3B er overordnet målrettet sårbare personer med diabetes, der ofte udebliver fra behandling og kontrol hos egen læge og derved ikke får foretaget de rutinemæssige screeningsundersøgelser. Formålet med Sammedagsscreening i hospitals-setting er at bidrage til, at flere personer med diabetes får foretaget de rutinemæssige screeningsundersøgelser, med det formål at tidlig opsporing af komplikationer sikres og behandling hurtigt kan iværksættes. Data fra Dansk Voksen Diabetes Database (DVDD) viser, at omkring 20-30 % af personer med type 2-diabetes, der følges i almen praksis, ikke får foretaget de rekommanderede screeningsundersøgelser. Et tilbud om samling af screeningsundersøgelserne på samme sted og samme dag forventes at øge deltagelsen. KOPA har i 2018 gennemført en kvalitativ undersøgelse af 28 mennesker med T2DM. Undersøgelsen er udført som en del af det forberedende arbejde med Sammedagsscreening. Formålet var at afdække patienternes viden om screeningsundersøgelserne samt deres vurdering af værdien af at få samlet undersøgelsen på samme tid og sted. Undersøgelsen konkluderede overordnet at:

- 1) Personer med type 2-diabetes mærker sjældent deres sygdom til daglig, og derfor kan det nemt overskygges af andre diagnoser eller udfordringer.
- 2) Når personer med type 2-diabetes får en dårlig opstart på deres forløb, er det sværere at komme i gang med de rutinemæssige screeningsundersøgelser.
- 3) Personer med type 2-diabetes er motiverede til at komme til screeningsundersøgelserne, hvis relevansen forklares tydeligt, hvis de præsenteres som en integreret del af behandlingen, og hvis der lægges en klar plan for opfølgning.

Undersøgelsen mundene ud i 4 persona-grupper: de selvkørende, de afventende, de fastlåste og de uinformede. Se nedenstående oversigt.

Foranalyse

Projekt Sammedagsscreening af sårbare personer med diabetes i hospitalsregi – Bornholm og RH

Øversigt: Brugerundersøgelsens opdeling af personer med diabetes i fire persona-grupper

De selvkerende	De afventende	De fastlåste	De uinformede
<p>"Sammedagsscreening gør ingen forskel – jeg ville gå til undersøgelserne alligevel"</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har typisk ikke andre diagnoser end diabetes • God opstart – der er blevet handlet hurtigt • Går fast til de forebyggende undersøgelser og har gjort det siden de blev diagnosticeret • Høj grad af sygdomsaccept • Høj grad af ansvar for egen sygdom • Tæt relation til egen læge, som fungerer som lovholder 	<p>"Sammedagsscreening samler undersøgelserne og gør dem overskuelige for mig"</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har ofte flere diagnoser end diabetes • Dårlig opstart i diabetesforløb • Har lange perioder, hvor de ikke går til de forebyggende undersøgelser • Lav grad af sygdomsaccept • Andre udfordringer konkurrerer med diabetes • Har perioder, hvor sygdommen er sat på hold 	<p>"Sammedagsscreening virker uoverskueligt, fordi jeg skal afsted en hel dag"</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har flere diagnoser end diabetes – både psykiske og somatiske • Dårlig opstart i diabetesforløb • Udebliver ofte fra kontroller hos egen læge • Er aldrig kommet i gang med at gå til de forebyggende uns. • Lav grad af sygdomsaccept – diabetes er ikke på dagsordenen • Har svært ved at forholde sig til nye behandlere • Transport og økonomi kan være barrierer for behandling 	<p>"Jeg ved ikke, om Sammedagsscreening er relevant for mig – jeg har aldrig hørt om forebyggende undersøgelser"</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingen yderligere karakteristika fra KOPA-rapport

Med udgangspunkt i KOPA-undersøgelsen er Delinitiativ 3 målrettet personer med type 2 diabetes, der deler karakteristika med gruppen "de fastlåste" og "de uinformede". Det gælder mennesker, der har andre væsentlige udfordringer end deres diabetes, herunder ofte både somatisk og psykisk sygdom samt evt. sociale og økonomiske udfordringer.

I alt er der afsat 168 mio. til de 4 initiativer. Nedenfor er vist de 4 delinitiativer. Delinitiativ 3B, der beskrives i denne foranalyse er fremhævet med rødt. Hvoraf 6,9 mio. er afsat til pilotafprøvning ved 2 forskellige afdelinger i hospitalsregi i Region Hovedstaden. Foranalysen vil i hovedpunkter fokusere på a) Definition af problem/udfordring og årsagerne hertil, b) Afklaring af faktorer, hvor der er størst mulighed for forandring/forbedring, c) Redskaber til at opnå disse forandringer/forbedringer.

Foranalyse

Projekt Sammedagsscreening af sårbare personer med diabetes i hospitalsregi – Bornholm og RH

Oversigt: De 4 del-initiativer

Delinitiativ	Titel	Målgruppe	Indhold
1	Sammedagsscreening på hospital for personer med type 2-diabetes, der følges i almen praksis	Personer med type 2-diabetes, der ikke deltager i screeningsundersøgelser (men som kommer til kontrol hos egen læge)	Tilbud om sammedagsscreening på hospital samt evt. lægefaglig rådgivning til almen praksis.
2	God start på forløb for personer med type 2-diabetes, der følges i almen praksis	Patienter i almen praksis, der har behov for en fokuseret start eller genstart på deres diabetesforløb (behandling og rehabilitering)	Intensiveret, fokuseret forløb på ca. 3 måneder på hospital (behandling) og kommune (rehabilitering)
3	Sammedagsscreening målrettet særlige sårbare grupper med diabetes	Sårbare personer med diabetes, som hverken deltager i screeningsundersøgelser eller kontrolbesøg hos almen praksis.	De sårbare grupper identificeres og tilbydes sammedagsscreening i 4 forskellige settings: A) Almen praksis, B) somatiske afdelinger, C) Kommunale bosteder, herunder psykiatriske, D) Socialt udsatte boligområder fx Tingbjerg.
4	Sammedagsscreening for personer med type 1- eller type 2-diabetes, der følges på hospital.	Personer med type 1 og 2 diabetes, der behandles på hospital.	Tilbud om sammedagsscreening samt forbedret årskontrol.

Evidensen for screeningundersøgelser

De nationale anbefaler øjenscreening hvert andet år, fodundersøgelse, HbA1c, blodtryk (BT) og kolesterol (totalcholesterol, triglycerid, HDL og LDL) screening hvert år ¹.

Øjenscreening

I følge de nationale guidelines bør diabetes patienter have foretaget en øjenscreening minimum én gang hver andet år, for at opspore og behandle komplikationer så tidligt som muligt. Personer bosiddende i region Hovedstaden og migranter er i højere risiko for at have alvorlig retinopati ¹. I Danmark fik ca. 33% af personer med diabetes foretaget øjenscreening mellem 2015-2016 ². En anden undersøgelse baseret på både registerdata og selvrapporeret data, viser at ca. 84% af personer med type 2 diabetes i København, får foretaget øjenscreening hvert andet år ¹.

Studier, der har undersøgt barrierer og drivere for at deltage i øjenscreeningsprogrammer viser at tid, afstand og transport kan fungere som barrierer, således at jo større afstand der er til behandlingsstedet, desto større risiko for, at man ikke deltager i screeningsprogrammet^{3,4}. I forlængelse af barriererne transport og tid, anses det at skulle møde op på forskellige klinikker samt problemer med at booke tider også som barrierer. Dette stemmer godt overens med, at mulighed for flere tider samme dag og selv at kunne booke disse anses som værende en fordel.

Flere studier viser også, at manglende viden om vigtigheden og formålet med screeningen, samt ubehag ved screeningen er en væsentlig barriere³. Yderligere er der mange patienter, der ikke oplever

Foranalyse

Projekt Sammedagsscreening af sårbare personer med diabetes i hospitalsregi – Bornholm og RH

øjensproblemer, og på den baggrund antager, at de ikke har nogle øjensygdom eller -komplikationer og derfor ikke prioriterer øjenscreening⁵ (Lu et al., 2016; Sheppler et al., 2014).

Fodscreening

Udover øjenscreeninger bør personer med diabetes, ifølge de nationale guidelines, have foretaget fodscreening årligt. KOPA har i 2016 lavet en registerundersøgelse, hvor de finder frem til, at kun 27% personer med diabetes har fået foretaget forebyggende fodundersøgelser i 2012. Undersøgelsen viser også, at kvinder samt gifte og samlevende har en smule mere tilbøjelige til, at få foretaget forebyggende fodundersøgelser (Skovgaard & Ladenburg, 2016). En anden undersøgelse finder, at ca 86% af personer med diabetes i København får foretaget fodundersøgelser hvert år, men at mænd og migranter og yngre personer < 44 år er mindre tilbøjelige til at få foretaget fodundersøgelser (s.23, tabel 14)¹. Migranter fra Afrika og mellemøsten er i størst risiko for ikke at få foretaget fodscreening - henholdsvis 56 % og 36 % højere risiko sammenlignet med en person med dansk baggrund. Personer i Region Hovedstaden har en forøget risiko for ikke at få foretaget fodundersøgelse på 23 % sammenlignet med resten af Danmark. Dog skal man være opmærksom på, at disse resultater primært er lavet på baggrund af register data fra DVDD og selvrapporteret data og at de der udebliver fra konsultationer ikke er registreret i DVDD¹.

HbA1c, Blodtryk og lipidscreening

Ifølge Holm et al.'s rapport fra 2015, er personer bosat i Region hovedstaden, mænd og migranter er i større risiko for ikke at få foretaget den årlige HbA1c screening. Angående den årlige blodtrykscreening har personer med diabetes i bosiddende i Region hovedstaden en 28% større risiko for ikke at få foretaget screeningen. Migranter og personer bosiddende i Region hovedstaden er mindre tilbøjelige til at få foretaget lipidscreening. Mænd er mere tilbøjelige end kvinder til at opfylde behandlingsmålene for LDL-kolesterol, både i Region Hovedstaden og i resten af landet. Mens der er større sandsynlighed for at kvinder opfylder behandlingsmålet for BT og for HbA1c <53 mmol/mol både i Region Hovedstaden og i resten af landet. Der ses kun en mindre tilbøjelighed til en socioøkonomisk gradient indenfor (selvrapporteret) diabetes og HbA1c indenfor behandlingsmålet. Dette skal dog også ses i lyset af at de socialt dårligst stillede personer muligvis slet ikke er med i undersøgelsen, da de i høj grad udebliver fra besøg og derved ikke registreres i DVDD registeret. Risikoen for makrovaskulære komplikationer til diabetes øges ved stigende alder, arbejdsløshed, kort uddannelsesniveau og hos mænd. Mænd og ældre er i forhøjet risiko for at udvikle nefropati og neuropati, sammenlignet med kvinder¹

Karakteristika ved dem, der ikke deltager i screening

I København screenes mellem 85-95% af personer med diabetes for komplikationer⁶. Karakteristisk for personer der ikke deltager i screeningsprogrammer er, lav socioøkonomisk status⁷, at bo i udsatte områder og at være under 40 år gammel⁴. Lavere HbA1c er associeret med højere screeningsdeltagelse (Sheppler et al., 2014). Hvordan varigheden af diabetes påvirker screeningsdeltagelsen, er studierne ikke entydige omkring. Lawrenson et al. (2018) finder, at screeningsdeltagelsen er lav for personer med længere varighed af diabetes⁴, mens Sheppler et al. finder, at længere varighed af diabetes er associeret med højere screeningsdeltagelse (Sheppler et al., 2014). I Tværsam-projektet undersøger man bl.a. årsager til manglende komplikationsscreening blandt personer med type 2-diabetes. Her finder man, at 20-30% af personer med

Foranalyse

Projekt Sammedagsscreening af sårbare personer med diabetes i hospitalsregi – Bornholm og RH

type 2-diabetes, der behandles i almen praksis, ikke har været til fodterapeut og/eller øjenlæge inden for det seneste år. Patienternes typiske forklaringer på dette er, at deres læge ikke har informeret dem, eller at de ikke vidste, at det var vigtigt. Samtidig viser resultaterne, at de mest fysisk syge kommer oftest til kontrol, på trods af deres reducerede fysiske formåen. Disse understøttes delvist af Lawrenson et al. (2018), som viser at manglende viden om diabetes og årsager til screeningen er en af hovedårsagerne til manglende screening, mens comorbiditet reducerer chancerne for at møde op til komplikationsscreening⁴.

Psykosociale faktorer af betydning for screeningsdeltagelsen

Psykosociale faktorer kan have en betydning for om mennesker med diabetes deltager i screeningsundersøgelser. Personer med diabetes stress har dårligere farmakologisk adhærens, højere HbA1c, diastolisk blodtryk og kolesteroltal (LDL), end dem der ikke har diabetes stress⁸. Diabetes stress kan medføre yderligere disintegration af diabetes, som kan forværres af en høj prævalens af comorbiditet. Ydermere har personer med lav socioøkonomisk status generelt højere HbA1c, hvilket øger risikoen for komplikationer. Dette skyldes blandt andet, at sygdomsopfattelsen er påvirket af socioøkonomisk status⁷. Et studie viser også, at ubalance mellem arbejdsbyrden forbundet med diabetes og patientens kapacitet (fysiske - og psykiske formåen og psykosocial støtte), altså evnen til at leve op til arbejdsbyrden, fører til nedsat egenomsorg og dermed ringere outcomes. Hvis arbejdsbyrden øges, kan kapaciteten overskrides, hvilket kan inducere en ond cirkel, der forstærkes og medfører at patienten i stigende grad håndterer sin sygdom dårligere, kommer til konsultationer, undersøgelser etc⁹.

Etniske minoriteter

Både prævalensen og incidensen af diabetes er højere blandt etniske grupper med minoritetsbaggrund end blandt etniske danskere (Andersen et al., 2016). Dog peger foreliggende viden om forskelle i behandlingskvalitet og screeningsdeltagelse i Danmark ikke i nogen entydig retning. Når det gælder diabetes, finder Holm et al. og Oya et al. ingen stor forskel på deltagelse i screeninger mellem forskellige etniske grupper (Holm et al., 2018; Oya et al., 2018), mens Kristensen et al.'s studie peger på, at etniske minoritetsgrupper deltager mindre i øjenscreeningsprogrammer (Kristensen et al., 2007). Tværsamprojektets resultater viser heller ingen forskel i screeningsdeltagelse mellem personer med anden etnisk baggrund og etniske danskere. Derimod kan opfølgningen på screeningen og konsekvenserne som f.eks. øgning i behandlingen skabe en ulighed, da mennesker med anden etnisk baggrund kan have sproglige og sundhedskompetence barrierer, der kan skabe ulighed i behandlingen og diabetes outcomes¹⁰

Når det gælder brugen af sundhedsvæsenet generelt, viser et studie fra Danmark, at der ikke er nogen forskel mellem etniske minoritetsgrupper og etniske danskere (Nielsen et al., 2012).

Psykisk sygdom og diabetes

Der er højere prævalens af diabetes blandt personer med alvorlig psykisk sygdom, særligt kvinder og hos de der tager antipsykotisk medicin, sammenlignet med baggrundsbefolkningen¹¹. Evidensen for hvorvidt der er forskel i behandlingen af personer både med psykisk sygdom og diabetes og personer der kun har diabetes, viser en overvejende tendens til ulighed i kvaliteten af og udbytte af behandlingen¹². Dette understøttes af

Foranalyse

Projekt Sammedagsscreening af sårbare personer med diabetes i hospitalsregi – Bornholm og RH

et dansk studie, der viser, at der er mindre sandsynlighed for, at personer der både har skizofreni og diabetes sammenlignet med personer, der kun har diabetes, får foretaget urin albumin screening, øjen- og fodundersøgelser og at der iværksættes relevante behandlingstiltag, herunder farmakologiske, på baggrund af screeningsresultaterne¹³. Dog finder sidstnævnte, nyere studie, at den absolutte forskel i behandlingen er beskedent¹³. Et studie fra Australien viser generelt lavere kvalitet af behandlingen af personer både med psykisk sygdom og diabetes¹². Modsat viser et nyere tysk studie ingen forskel i kvaliteten af behandlingen, uafhængigt om der er psykisk sygdom til stede eller ej hos personer med type 2 diabetes i almen praksis¹⁴. Ej heller et stort engelsk studie fandt en ringere behandling af diabetes hos personer med samtidig alvorlig psykisk sygdom (skizofreni og bipolar affektive lidelse)¹⁵

Sygdomsbyrden og behandlingsbyrden

Alvorlig sygdom kan medføre en nedprioritering af andre sygdomme. Dette kan i særdeleshed gøre sig gældende for diabetes, som ofte har umærkbare symptomer, selv på et fremskredent stadie. Anden alvorlig sygdom, som vil være tilstede, såfremt patienten er indlagt, kan yderligere reducere prioritering af og mulighederne for at patienten screenes for komplikationer til diabetes. For de patienter, der oplever diabetes som en krævende sygdom og/eller har andre kroniske sygdomme, kan f.eks. øjenscreening nedprioriteres pga. sygdomsbyrden fra disse⁵. Særligt hos sårbare grupper kan kombinationen af ikke-mærkbare symptomer kombineret med manglende viden og sygdomsstress være en væsentlig barriere¹⁶. Nedsat adhærens til farmakologisk behandling, stress generelt og sygdomsstress specifikt kan medføre en ringere diabetes egenomsorg og at personen ikke får foretaget screeninger efter anbefalingerne, særligt hos personer med lav socioøkonomisk status^{7,10}. Akut og kronisk sygdomsstress kan medføre en forøget risiko for depression, hvilket kan øge risikoen for at patienten heller ikke får genoptaget diabetes egenomsorgen efter et alvorligt sygdomsforløb.

Hvordan kan man øge deltagelsen i screeningsprogrammer?

En Health Technology Assessment fra NHS, UK har undersøgt, hvordan man kan øge screeningsdeltagelsen i forhold til øjenscreening. Studiet viser, at man kan øge deltagelsen med 12%, ved at give mere og bedre information om konsekvenserne ved at deltage og ikke-deltage i screeningen, støtte til den enkelte i at deltage, give information om sundhedsmæssige konsekvenser, samt at benytte et remindersystem, der kan sende påmindelser til patienten⁴. Den sundhedsøkonomiske evaluering indlejret i rapporten viste at tiltag for at øge deltagelsen i øjenscreeningen var en god investering ifht. At reducere fremtidige udgifter til behandling etc.

Formål

1. At sikre opsporing af komplikationer og igangsættelse af nødvendig forebyggelse og behandling.
2. At øge deltagelsen i screeningsundersøgelser.
3. Bedre koordination og tryghed i forløb.

I henhold til Initiativbeskrivelsen for delinitiativ 3B, har hospitaler/pilotafdelingerne følgende opgaver i indsatsen (se flowchart s...):

Foranalyse

Projekt Sammedagsscreening af sårbare personer med diabetes i hospitalsregi – Bornholm og RH

- Målgruppen er sårbare mennesker med diabetes indlagt af anden årsag, som opspores gennem fx udgående diabetesteams eller tilsyn.
- Såfremt det vurderes relevant, tilbydes patienten screening for senkomplikationer på hospital under indlæggelse.
- Ved udskrivelsen informeres almen praksis om prøvesvar, alternativt bedes patienten henvist til ambulante kontroller i hospitalsregi.

Metode

I forarbejdet, har medlemmer af arbejdsgruppen henvist til og indhentet artikler på studier, der dokumenterer effekten af regelmæssige screeninger samt identificerer de grupper, der er i risiko for ikke at få foretaget screeningerne regelmæssigt. Derudover er foretaget ikke-systematiske søgninger på tværs af databaser (PubMed/Medline, EMBASE, Cinahl, PsycInfo). Opsummering af undersøgelsesresultaterne er præsenteret i baggrunden.

Med udgangspunkt i litteraturgennemgangen, defineres og præciseres målgruppen og settings nedenfor. I selve pilotfasen anvendes procesevalueringskriterier, som foreslået nedenfor. Nærværende foranalyse vil informere en kort drejebog, der i praksis vil fungere som arbejdsredskab for projektsygeplejerskerne og som en mini protokol, der har til formål at være let anvendelig i klinisk praksis under projekt- og opstartsfasen.

Proces-evalueringskriterier

1. **Målgruppen.**
2. **Settings.**
3. **Praktiske aspekter** ex. hvorfra og hvordan identificeres og rekrutteres patienterne, hvordan screenes patienten, er der rum at være i, kan vi anvende eksisterende arbejdsgange etc.
4. **Accept af deltagelse** hos både patienter, personale og somatiske afdelinger.
5. **Adhærens - Fokus på overgange** herunder identificere overgange, hvor patienten potentielt kan ryge ud af forløbet.
6. **Patient inddragelse** i form af feltarbejde i opstartsfasen og interview af patienter, der har modtaget tilbuddet.
7. **Integration** i nuværende organisering og på tværs af faggrupper: udegående spl., øjensygeplejerske, læge, fodterapeut.
8. **Dokumentere** forløb, arbejdsgang og overgange – herunder særlig opmærksomhed på, hvordan der følges op på resultater fra screeningsundersøgelserne.
9. **Ressourcer** målt som timer anvendt af alle faggrupper på opgaver relateret til projektet.
10. **Evaluering:** Foretages løbende, hver 14. dag i opstartsfasen, i koordinerende samarbejde med Bornholms hospital, så modellen der udvikles kan appliceres til andre hospitaler. For at sikre relevant inddragelse af patienternes behov, indlejres i pilotafprøvningen, 2 kvalitative undersøgelser. Interviewene foretages individuelt/ i fokusgruppe regi med 5-7 patienter/år. Resultaterne informerer proces-evalueringen, så screeningstilbuddet derefter tilpasses patienternes behov.

Foranalyse

Projekt Sammedagsscreening af sårbare personer med diabetes i hospitalsregi – Bornholm og RH

1. Målgruppen

Definitionen af sårbarhed skal som udgangspunkt forstås meget bredt. En teoretisk definition af sårbarhed kan f.eks. være PROGRESS PLUS¹⁷. Definition af sårbarhed vil i høj grad bero på en klinisk vurdering af den enkelte patient der inkluderes i projektet. En teoretisk beskrivelse af sårbarhed er f.eks. PROGRESS PLUS. PROGRESS PLUS anvendes ved implementering af interventioner, der arbejder med at mindske social ulighed i sundhed og sygdom. PROGRESS PLUS anvendes bla. af The Cochrane Collaboration til systematisk identifikation af psykosociale, fysiske, miljømæssige og tidsafhængige risikofaktorer. Akronymerne er præsenteret nedenfor. PROGRESS PLUS kan derfor være velegnet, når patientgruppen skal defineres og identificeres og Sammedagsscreening potentielt implementeres. PROGRESS PLUS inkluderer altså derved både de sociale determinanter: uddannelsesniveaue, beskæftigelse, etnicitet, men også periodevis sårbarhed som eksempelvis anden alvorlig sygdom kan medføre.

PROGRESS - Determinanter for social ulighed i sundhed (O'Neill et al., 2014)



I praksis vil definitionen af sårbarhed være en individuel vurdering guidet af ovenstående kriterier og litteraturgennemgangen i baggrundsafsnittet, men vil først og fremmest tage udgangspunkt i: **Er patienten på nuværende tidspunkt og indenfor den nærmeste fremtid i stand til at initiere, møde op til, deltage i og respondere på en eventuel behandling iværksat på baggrund af komplikationsscreeningen?** Det vil ligeledes indgå i vurderingen om patienten vil kunne tage vare på den daglige diabetes behandling. Hvilke sårbarhedskriterier patienten inkluderes på ihht. PROGRESS PLUS vil blive dokumenteret eksempelvis i et skema (Bilag 4), eksemplificeret i nedenstående. Retrospektivt kan manglende screening det seneste år, udløse at patienten kan være kandidat til at indgå i projektet.

Foranalyse

Projekt Sammedagsscreening af sårbare personer med diabetes i hospitalsregi – Bornholm og RH

Skema til identifikation af person med diabetes, der har behov for Sammedagsscreening under indlæggelse

Navn + Cpr: Afdeling:	Sæt Kryds	Bemærkninger
Person-centreret indledning: Tid og ro til at høre patientens historie og tage en snak om diabetes. Der er opbygget tillid til at fortælle om projektet		
Identificeret af (stam afd./afd. PE)		
Årsager til Sammedagsscreening (sæt evt. flere krydser)		
Ikke i screeningsforløb hos egen læge – årsag?		
Seneste øjen- og fodscreening		
Anden alvorlig sygdom		
Psykisk sygdom		
Alkohol- stofafhængighedsdiagnose		
Personlige faktorer		
Udenfor arbejdsmarkedet		
Uden bolig		
Behov for transport/hjemmehjælp		
Sproglige/kulturelle barrierer		
Socialt netværk og mulighed for støtte		
Få støttende relationer i hverdagen		
Enlig forsørger med hjemmeboende børn		
Lever med syg eller på anden måde sårbar ægtefælle		
Sammedagsscreeneret, dato:		
Øjenscreening		
Fodscreening		
Biokemi		
Andet?		
Plan for opfølgning		
Patient følges hos egen læge efter udskrivelsen – dato?		
Patient skal henvises i afd. PE til ambulant kontrol - dato?		
Telefonopfølgning med patient – dato?		
Opfølgning på resultater af screening er sikret – hvordan?		
Andet?		

Nuværende organisering. I et stort systematisk review, er det identificeret, at interventioner rettet mod sårbare etniske grupper i 81 % af studierne forsøger at tilpasse patienten ind i de eksisterende rammer for sundhedsvæsenet¹⁸. I kun 19% af studierne blev procedure/arbejdsgange modificeret så de eksisterende rammer blev tilpasset patientens behov. Dette kan skyldes, at den høje grad af fleksibilitet og kontinuitet, som især gør sig gældende for sårbare grupper, kan være vanskelige at honorere. Men det er en kritik, der vil forsøges at indtænkes i dette projekt. Hvordan patienter i målgruppen identificeres, er nærmere beskrevet under pkt. 3.

2. Setting: Somatiske og psykiatriske hospitalsafdelinger

Arbejdsgruppen har udvalgt somatiske hospitalsafdelinger som en setting, hvor sårbare mennesker med type 2-diabetes indlagt af anden årsag kan identificeres og opsøges. Her er Rigshospitalet sammen med Bornholm udvalgt til pilotafdelinger, hvorfra initiativet udgår. Pilotprojektet udarbejdes over foreløbig 3 år

Foranalyse

Projekt Sammedagsscreening af sårbare personer med diabetes i hospitalsregi – Bornholm og RH

(se tidsplan s.19: ½ år til foranalyse, 2 år til udvikling og pilotafprøvning og ½ år til evaluering. Modellen for sammendagsscreening i hospitalsregi udvikles med henblik på potentiel opskalering regionalt og nationalt.

En tværsnitsundersøgelse fra 2019 ved alle Rigshospitalets somatiske afdelinger (minus psykiatri og ortopædkirurgi) har fundet en prævalens af indlagte med diabetes (både type 1 og 2) på 10-20% (median 17%). Heraf er 14% af de 17% registreret med en diabetes diagnose. Af disse er > 90% i glukosesænkende behandling, heraf 30% i insulinbehandling.

På Bornholm rummer hele hospitalet 84 sengepladser fordelt på medicinsk og kirurgiske specialer. Der er ikke en tværsnitsundersøgelse af hvor mange indlagte patienter der har diabetes, men der er en prævalens af personer med diabetes på 8 % på hele øen. Bornholm vil udarbejde en mindre tværsnitsundersøgelse af indlagte med diabetes. Grundet Bornholm hospitals størrelse vil der derfor blive rekrutteret indlagte personer med diabetes fra hele hospitalet.

Afdelinger, der kan rekrutteres sårbare patienter fra på RH, kan med fordel afgrænses til 3-4 afdelinger, som har en høj incidens af indlagte med T2DM. Dette kan f.eks. psykiatriske sengeafdelinger, og onkologisk afdeling. Det skal tages op med programledelsen (Kristine Bossen) om der kan inkluderes patienter fra onkologiske/hæmatologiske afdelinger i langvarige ambulante forløb eller om dette kan skabe overlap ifht. de andre del-initiativer. Det er vurderet relevant at undersøge om psykiatriske sengeafsnit kan inkluderes på RH og også potentielt på Bornholm, da disse patienter vil have forøget risiko for ikke at være screenet for komplikationer/kunne følge op på resultaterne af screeningen. Såfremt vi ikke kan rekruttere tilstrækkeligt med patienter fra onkologisk og hæmatologisk afdeling, kan det iværksættes, at der kan inkluderes fra psykiatrisk afdeling, som organisatorisk hører under Psykiatri Virksomheden, og ikke under RH og Bornholms hospital, men som ligger på RH's og Bornholm hospitals matrikel. Ortopædkirurgiske afdelinger kunne også være relevant, men disse har på nuværende tidspunkt frasagt sig yderligere projekter. (Info fra klinisk spl. Spec. Charlotte Schøitz)

I opstartsfasen kan den udegående sygeplejerske og projektleder fra dette sammedagsscreenings-projektet undervise og løbende vejlede personalet omkring projektet og hvilke patienter, vi ønsker at rekruttere. Disse tiltag har til hensigt at skabe medejerskab i de afdelinger, der rekrutteres fra og bevirke at udegående sygeplejerske vil være et kendt ansigt i afdelingerne mhp. at lette rekrutteringen. På Bornholm vil denne opfølgende rekruttering foregå via den ansatte projektsygeplejerske. Projektsygeplejersken ansat på Bornholm skal udbrede kendskab til delinitiativ 3B ved bla. at deltage i tavlemøder og holde en løbende dialog med forskellige faggrupper, fodterapeut, yngre læger og sygeplejerske om projektet. Skulle rekrutteringen ikke gå som forventet, kan undervisningen gentages og/eller flere afdelinger inkluderes.

3. Identifikation, rekruttering og screening af patienter

Identifikation af patienten kan foregå via tilsynslistor, via diabetes udegående funktion (diabetes på tværs spl. På RH), via socialsygeplejersker og forløbskoordinator for multisyge (på Bornholm). Det skal undersøges, om vi kan trække diagnoselister fra SP fra samarbejdende afdelinger. For at få indblik i om/hvornår patienten sidst er screenet for komplikationer, kan patienten spørges ind til øjne og fødder. Dette kan evt. suppleres med data fra pt's egen læge (Obs. samtykke).

Selve screeningen vil alt efter hvilken tilstand patienten er i (grundet sygdom, der er årsag til indlæggelsen) foregå på den afdeling, hvor patienten er indlagt. Fodstatus kan udføres ved at medbringe biotesiometri apparatur. Biokemi (forslag til blodprøvepakke udarbejdes af overlæge Thomas Almdahl, RH) og U-Crea kan tages og opsamles på afdelingen. Ang. øjenscreening skal det afklares om patienten vil kunne mobiliseres til

Foranalyse

Projekt Sammedagsscreening af sårbare personer med diabetes i hospitalsregi – Bornholm og RH

PE øjenfoto apparatur i kælderens på Tagensvej, alternativt skal anden form for øjenfoto tages. Evt. med en app til smartphone, hvilket er ved at blive undersøgt i styregruppen. På Bornholm vurderes det, at øjenscreening kan foregå ved brug af apparatur opsat i kælderens (her er der kort transportvej for patienten).

Det er målet at inkludere 30 patienter pr site det første år i projektperioden. År 2 er det målet at inkludere 50 patienter pr site. Se timeline s..

Der skal også registreres hvilke patienter der forsøges allokeret til projektet, men som afslår.

4. Accept af deltagelse

Accept af deltagelse kan inddeles i accept hos patienter, personale og samarbejdende afdelinger.

Patienternes accept af deltagelse kan afhænge af deres parathed, herunder fysiske og psykiske overskud, viden og motivation i forhold til diabetes og følgesygdomme.

Personalets parathed og motivation for deltagelse kan handle om tid og redskaber til at løse de opgaver, der ligger i projektet. Der skal være et ledigt rum at være i, arbejdsgangene skal være kendte for sygeplejersken og der skal være etableret et samarbejde med de afdelinger, der skal rekrutteres fra, så der er nem "adgang" til patienterne. En barriere for sygeplejersken kan være at henvende sig til den sårbare patient og spørge ind til screeningsanamnese. Forskning viser, at det opfattes som lettere at henvende sig til mennesker, der proaktivt ønsker en ændring og at sårbare kan være svære at nå, grundet en kombination af faktorer gennemgået i baggrundsafsnittet.

Det er essentielt, at sygeplejersken, der henvender sig til patienten, har de rette redskaber og mestrer personcentreret kommunikation med stor fokus på positivt, ikke-stigmatiserende sprogbrug. At identificere patientens barrierer ifht. Screening og diabetes-egenomsorgen generelt er essentielt.

5. Fokus på overgange

Hvordan patienten sikres opfølgning fra screeningsundersøgelsen under indlæggelse til udskrivelse (epikrise) ved egen læge kan evt. mobiliseres ved en samtale efter udskrivelsen med den projektsygeplejerske, der har foretaget screening på hospitalet, efter udskrivelsen, gerne i eget hjem, alternativt telefonisk. At sikre kontinuitet, i form af, at det er den samme sygeplejerske personen har mødt på hospitalet, som følger op, er af særlig vigtighed for sårbare personer med type 2 diabetes^{16,19}. Såfremt der er lægefaglige problemstillinger ifbm. Screeningen og/eller diabetesbehandlingen specifikt kan diabetolog kontaktes ihht. Gældende instruks på området.

Patienten kan pga. RH's særlige status med landsdelsfunktion, have bopæl i Region H eller i anden Region. Såfremt patienten opfylder kriterierne for projektet, vil opfølgning af patienten foregå over telefon, hvis patienten bor udenfor Region H. Patientens egen læge vil blive informeret om resultaterne uanset om patienten bor i region H eller anden region. Såfremt patienten ønsker det og opfylder gældende regler jf. overenskomsttale med PLO, kan patienten evt. henvises til DM amb. på RH efter udskrivelse.

På Bornholm kan opfølgning efter Sammedagsscreening muligvis med fordel koordineres ved brug af socialsygeplejerske funktionen, som fungerer som bindeled mellem hospital og primær sektor. Socialsygeplejersken/koordinator for multisygge har allerede opbygget den fornødne tillid i patient-spl.

Foranalyse

Projekt Sammedagsscreening af sårbare personer med diabetes i hospitalsregi – Bornholm og RH

relationen og vil kunne følge om en evt. intervention iværksat på baggrund af Sammedagsscreeningen, vil blive fulgt op.

6. Patientinddragelse

Som beskrevet mundede KOPA's undersøgelse ud i inddelingen af 4 persona grupper i forhold til opfattelsen af Sammedagsscreeningstilbuddet. I nærværende projekt forsøger vi at inkludere "de fastlåste" og "de uinformede", som anser sammedagsscreening som uoverskueligt at komme, har komorbiditet, lav grad af viden om diabetes og sygdomsaccept, ofte udebliver fra konsultationer og har svært ved at forholde sig til skiftende personale samt har økonomiske og logistiske barrierer ifht. fremmøde. Grundet graden af comorbiditet, som må antages at være alvorlig, eftersom patienten er indlagt, kan diabetes være nedprioriteret i endnu højere grad end hos de interviewede patienter i KOPA's undersøgelse²⁰. Som beskrevet i baggrundsafsnittet, kan anden alvorlig sygdom også betyde, at patienten ikke kan overskue flere undersøgelser og potentielle konsekvenser af disse, hvilket kan være en yderligere barriere i forhold til deltagelse.

Feltarbejde

På RH vurderes det derfor relevant at udføre feltarbejde ved de afdelinger, der skal rekrutteres patienter fra. Under feltarbejdet, som vil foregå over 1-2 dag pr afdeling, vil projektlederen/projektsygeplejersken observere patientforløb og spørge ind til den oplevede relevans af tilbuddet om Sammedagsscreening hos patienter i målgruppen. Dette vil dels afdække om patienter finder tilbuddet relevant at deltage i og på hvilke afdelinger patienterne kan opleve tilbuddet som mere eller mindre vigtigt at prioritere. Projektlederen vil også under feltarbejdet tale med personale på afdelingerne og identificere særlige forhold relevant for rekruttering. F.eks. om det er muligt at afdelingen kan identificere patienter til projektet, hvilke dage det vil passe at udegående projektsygeplejerske kommer på afdelingen osv. Tilladelse til disse observationer vil blive indhentet fra Centerdirektionen. På Bornholm vil der under foranalysen udføres en mindre tværnsnitsundersøgelse af antal sårbare indlagte med diabetes, der kunne være relevante at inkludere i projektet.

Patientinterviews

Under selve projektfasen 1/3-2020 til 1/3-2022 vil vi inddrage patienters ønsker og behov ifht. At facilitere screeningen og opfølgning på denne, ved at interviewe patienter, som har modtaget tilbuddet. Interviewene vil, såfremt det er muligt udføres af studerende på bachelor (evt. sygepleje) el. kandidatniveau (cand. Scient san el lign.) Interviewene vil udføres i patientens hjem, over telefon eller på hospitalet. Interviewguide vil tage udgangspunkt i identificerede barriere i løbet af 1. års projektperiode med stor vægt på, hvordan tilbuddet yderligere kan tilpasses patientens behov. Første gang under 1. projekt år og derefter under 2. projekt år. Herefter vil tilbuddet blive tilrettet i forhold til fundene af de kvalitative undersøgelser.

7. Integration

Dette punkt omhandler, hvordan den nuværende organisering kan tilrettes/udbygges, så den kan rumme dette projekt. Den nuværende organisering med en udegående sygeplejerske 17t/uge vil være oplagt at udbygge. Selvom det vil være oplagt og gøre funktionen mindre sårbar, hvis det er flere sygeplejersker i diabetesteamet, som kan foretage opgaven, vil dette være imod den foreliggende evidens på området, inkl. KOPA's forundersøgelse, om at sårbare patienter i høj grad efterspørger kontinuitet, da de har svært ved at

Foranalyse

Projekt Sammedagsscreening af sårbare personer med diabetes i hospitalsregi – Bornholm og RH

forholde sig til mange skiftende kontakter i sundhedsvæsenet. Det vurderes derfor, at en projektsygeplejerske skal varetage funktionen til de sårbare personer, der indgår i projektet. Projektsygeplejersker (på RH og Bornholm) skal besidde en stor grad af selvstændighed og ihht. gældende vejledninger på området, kunne vurdere hvornår det vil være relevant at inddrage tilsynslæge. Derudover må projektsygeplejersken gerne have et indblik i projektrelateret arbejde. På RH kan en erfaren sygeplejespecialist varetage funktionen. Derfor er Charlotte Schøitz ansat i stillingen pr 1. marts 2020. På Bornholm vil der blive ansat en projektsygeplejerske til projektet, som i tæt samarbejde med de 2 diabetes sygeplejersker i diabetes-ambulatoriet, 2 socialsygeplejersker og koordinator for multisyge vil rekruttere, gennemføre og følge op på resultaterne fra Sammedagsscreeningen. Ansættelsessamtaler afholdes i uge 5, 2020.

8. Dataindsamling

Data skal indsamles i forbindelse med identifikation af patienterne, diagnosekoder og sårbarhedskriterier ihht. screeningskema. Der skal udarbejdes smartphrases i sundhedsplatformen, som registreres på patienter der forsøges rekrutteres, bliver rekrutteret og indgår, og et opfølgingsnotat. Det er vigtigt, at der opsamles data på patienter, der afslår deltagelse og årsagen til afslag, da der kan være en risiko for at de mest sårbare afslår deltagelse og det er vigtigt at få identificeret denne gruppe. Data, der indsamles, skal først og fremmest indføre evaluering af projektet, men også en potentiel opskalering af projektet. Data kan potentielt opsamles i RedCap og overordnet projektleder (ASM) skal opsætte RedCap tilpasset dataindsamlingen i projektet. Da det vurderes, at del-initiativ kan kategoriseres som en kvalitetsudviklingsprojekt, skal vi ikke registrere dataindsamling hos datatilsynet, men projektet skal registreres hos centerledelse på RH og hospitalsledelsen på Bornholm. Opbevares data fra patienter og skal der udføres statistik på oplysningerne skal det undersøges, om projektet skal registreres hos Datatilsynet. Dette vil md fordel kunne gøres centralt fra projektledelsen, hvilket vurderes vil spare personale ressourcer ved alle sites.

9. Ressourcer

Time antal anvendt til rekruttering, udtræk af lister, andre faggrupper indover patienten, screeningen, opfølgning på resultater, koordinering med primærsektor, afledte effekter (funktion kendt på andre afdelinger – samtale med klinikchef ÅKR). På Bornholm vurderes det, at det tætte samarbejde grundet den relative lille organisering kan betyde ikke ubetydelige brug af ressourcer hos f.eks. socialsygeplejersker og koordinator for multisyge, hvilket vi skal registrere ifa. Antal timer brugt på projektrelateret arbejde.

10. Evaluering

Der er afsat 6 måneder til evaluering. Data indsamlet beskrevet under dataindsamling og ressourcer samt data fra de resterende proces-evalueringskriterier inkluderes i evalueringen. SDCC bistår med slutevaluering. Dette skal nærmere defineres.

Projektlederfunktion

Der etableres en samlet projektlederfunktion for de hospitalsbaserede indsatser (RH og Bornholm), som foreløbig varetages af Klinisk spl. Spec. Anne Sophie Mathiesen, RH og som har følgende opgaver:

Foranalyse

Projekt Sammedagsscreening af sårbare personer med diabetes i hospitalsregi – Bornholm og RH

- Udarbejdelse af foranalyse, initiativbeskrivelse og drejebog med proces evalueringskriterier (under udarbejdelse).
- Projektlederne faciliterer i udviklings- og opstartsfasen arbejds- og videndelingsmøder hver 14. dag med tovholderne i de respektive geografier for at sikre ensartethed og fremdrift på tværs.
- Besøg på Bornholm d. 16/12 med overlæge Thomas Almdal, projektleder Anne Sophie Mathiesen. Fra Bornholm deltog ledelseskonsulent Pia Sonne, Afdelingssygeplejerske Dorthe Hansen og Overspl. Peder Juul Jensen
- Deltagelse i styregruppemøder 4 gange årligt.
- Kommunikationsmateriale.
- Evalueringsdesign + oprettelse af redcap
- Sikring af konsistens i pilotafprøvninger på i de forskellige planområder og hospitaler.

Risici og forudsætninger for gennemførelse

Det er en forudsætning, at personale involveret og afdelinger, der rekrutteres fra, har en grad af medejerskab og dermed ser værdien for patienten i projektet. For at kunne rekruttere patienter, er det ligeledes essentielt, at patienter ønsker at deltage og ser dette som et relevant og godt tilbud og ikke som en belastende ekstra behandling. Disse kriterier skal opfyldes ved begge de deltagende pilothospitaler – både hos personale og hos patienter. En personcentreret og pro-aktiv tilgang hos de(n) sygeplejerske(r), der ansættes i projektet til at varetage den udegående funktion, vil være essentiel ifht. At rekruttere, vedligeholde og opfølge kontakt. Hun vil derfor have stor betydning for projektets gennemførlighed. Den ledelsesmæssige forankring og opbakning vil ligeledes være essentiel for at kunne gennemføre projektet og overholde den estimerede tidsplan og økonomi i projektet.

Foranalyse

Projekt Sammedagsscreening af sårbare personer med diabetes i hospitalsregi – Bornholm og RH

Økonomi

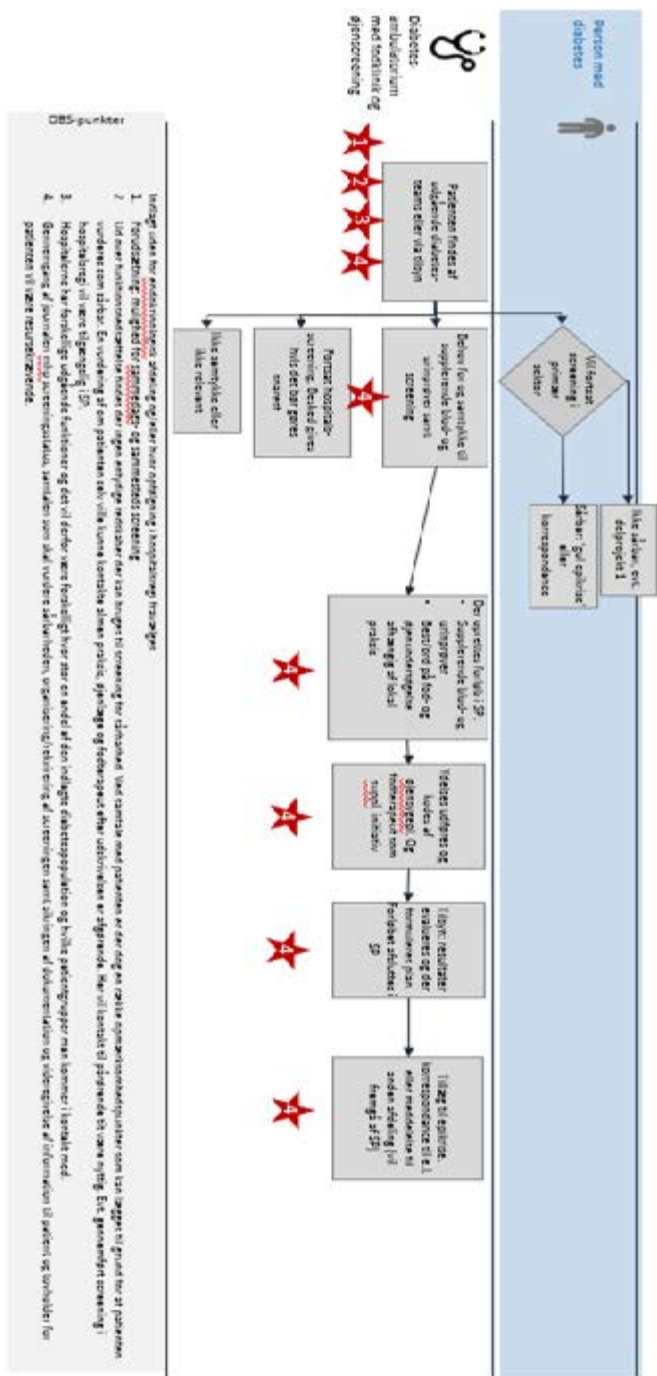
Det er estimeret, at der bliver tilført afdelingen nedenstående ressourcer til projektet (FTE = full time equivalent). Da projektleder skal lønnes af RH giver det ca. 4,3 mio. fordelt over 3 år.

- 1,0 FTE sygeplejerske
- 0,2 FTE læge
- 0,1 FTE sygeplejerske til foto
- 0,2 FTE fodterapeut
- 0,2 FTE sekretær/patientkoordinator
- 0,1 FTE bioanalytiker
- 0,5 FTE projekt leder (Allokeres til RH, som både varetager projektet lokalt og sørger for koordinering med Bornholm)

Foranalyse

Projekt Sammedagscreening af sårbare personer med diabetes i hospitalsregi – Bornholm og RH

Flowchart: Setting B: Somatiske hospitalsafdelinger



Foranalyse

Projekt Sammedagsscreening af sårbare personer med diabetes i hospitalsregi – Bornholm og RH

Tidsplan

Sammedags-screening for sårbare grupper med type 2 diabetes i hospitalsregi.
Opstart af for-analyse 1. November. Projektstart med inklusion af patienter 1. marts 2020



- For-analyse: Beskrive process-evalueringkriterier samt definition af problem, population og arbejdsgange
- 1. år: Inklusion af ca. 30 på udvalgte afdelinger
- 2. år: Inklusion af 40-50 patienter på udvalgte afdelinger
- Drejebog: Udarbejdelse af drejebog, ansættelse af sygeplejerske/projektleder
- Evaluering: Løbende tilpasning og koordinering med Bornholm. Endelig evaluering af processerne i projektet og patienttilfredshed
- Milestone: Kvalitativ evaluering af patienternes oplevelser af forløbet informerer proces-evalueringen 1. og 2. år (5-7 patienter).

Foranalyse

Projekt Sammedagsscreening af sårbare personer med diabetes i hospitalsregi – Bornholm og RH

Referencer

1. Holm AL, Andersen, G. S., Jørgensen, M. E., & Diderichsen, F. *Cities changing diabetes - Rules of Halves Analysis for Copenhagen*. Department of Public Health and Steno diabetes center Copenhagen;2015.
2. Grauslund J. [Photoscreening of diabetic retinopathy]. *Ugeskr Laeger*. 2017;179(28).
3. Hipwell AE, Sturt J, Lindenmeyer A, et al. Attitudes, access and anguish: a qualitative interview study of staff and patients' experiences of diabetic retinopathy screening. *BMJ open*. 2014;4(12):e005498.
4. Lawrenson JG, Graham-Rowe E, Lorencatto F, et al. What works to increase attendance for diabetic retinopathy screening? An evidence synthesis and economic analysis. *Health Technol Assess*. 2018;22(29):1-160.
5. Liu Y, Swearingen R. Diabetic Eye Screening: Knowledge and Perspectives from Providers and Patients. *Curr Diab Rep*. 2017;17(10):94.
6. Holm AL, Andersen GS, Jorgensen ME, Diderichsen F. Is the Rule of Halves framework relevant for diabetes care in Copenhagen today? A register-based cross-sectional study. *BMJ open*. 2018;8(11):e023211.
7. Houle J, Lauzier-Jobin F, Beaulieu MD, et al. Socioeconomic status and glycemic control in adult patients with type 2 diabetes: a mediation analysis. *BMJ open diabetes research & care*. 2016;4(1):e000184.
8. Pandit AU, Bailey SC, Curtis LM, et al. Disease-related distress, self-care and clinical outcomes among low-income patients with diabetes. *J Epidemiol Community Health*. 2014;68(6):557-564.
9. Shippee ND, Shah ND, May CR, Mair FS, Montori VM. Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *J Clin Epidemiol*. 2012;65(10):1041-1051.
10. Osborn CY, Mayberry LS, Kim JM. Medication adherence may be more important than other behaviours for optimizing glycaemic control among low-income adults. *J Clin Pharm Ther*. 2016;41(3):256-259.
11. Vancampfort D, Correll CU, Galling B, et al. Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and large scale meta-analysis. *World Psychiatry*. 2016;15(2):166-174.
12. Mai Q, Holman CD, Sanfilippo FM, Emery JD, Preen DB. Mental illness related disparities in diabetes prevalence, quality of care and outcomes: a population-based longitudinal study. *BMC Med*. 2011;9:118.
13. Jørgensen Mea. Quality and Predictors of Diabetes care Among patients with schizophrenia: A Danish nationwide Study. *Psychiatric Services*. 2018;69:2:179-185.
14. Rathmann W, Pscherer S, Konrad M, Kostev K. Diabetes treatment in people with type 2 diabetes and schizophrenia: Retrospective primary care database analyses. *Prim Care Diabetes*. 2016;10(1):36-40.
15. Whyte S, Penny C, Phelan M, Hippisley-Cox J, Majeed A. Quality of diabetes care in patients with schizophrenia and bipolar disorder: cross-sectional study. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*. 2007;24(12):1442-1448.
16. Mathiesen AS, Thomsen T, Jensen T, Schiøtz C, Langberg H, Egerod I. The influence of diabetes distress on digital interventions for diabetes management in vulnerable people with type 2 diabetes: A qualitative study of patient perspectives. *J Clin Transl Endocrinol*. 2017;9:41-47.
17. O'Neill J, Tabish H, Welch V, et al. Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. *J Clin Epidemiol*. 2014;67(1):56-64.
18. Clarke AR, Goddu AP, Nocon RS, et al. Thirty years of disparities intervention research: what are we doing to close racial and ethnic gaps in health care? *Med Care*. 2013;51(11):1020-1026.

Foranalyse

Projekt Sammedagsscreening af sårbare personer med diabetes i hospitalsregi – Bornholm og RH

19. Torenholt R, Varming A, Engelund G, et al. Simplicity, flexibility, and respect: preferences related to patient education in hardly reached people with type 2 diabetes. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:1581-1586.
20. Kasteleyn MJ, Vos RC, Rijken M, Schellevis FG, Rutten GE. Effectiveness of tailored support for people with Type 2 diabetes after a first acute coronary event: a multicentre randomized controlled trial (the Diacourse-ACE study). *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*. 2016;33(1):125-133.