



Integreret Diabetesintervention i Tingbjerg (IDIT)

En del af SBI-programmet: Styrket diabetesbehandling og forebyggelse i en kommunal kontekst

Midtvejsevaluering

D. 6. februar 2024

Udarbejdet af:

Projektkoordinator Mathilde Christine Boye, evalueringskoordinator Sofia Valeur Baumgarten og projektleder Paul Bloch.

Afdeling for Forebyggelse, Sundhedsfremme og Samfundet, Steno Diabetes Center Copenhagen.



Steno Diabetes Center
Copenhagen



Center for Diabetes
og Hjertesygdomme



Indhold

1.	IDIT's baggrund og formål	4
1.1	Baggrund.....	4
1.2	Formål.....	4
2.	IDIT's teoretiske ramme	5
3.	IDIT's Partnerskab og udviklingen heraf.....	6
3.1	Organisation	6
3.2	Kommunikation	8
4.	IDIT's forebyggende og sundhedsfremmende indsatser	9
5.	Overblik over antal borgere og deres vej i IDIT –foreløbige resultater	11
5.1	Opnåelse af IDIT's fremdriftsindikatorer	11
5.2	Borgerens vej gennem IDIT's opsporing, behandling og rehabilitering af diabetes	12
6.	IDIT's støttestruktur for sårbare borgere	13
7.	IDIT's aktiviteter og opgaver frem mod projektets afslutning	14
7.1	Intervention frem til projektets afslutning.....	14
7.2	Evaluering frem til projektets afslutning	14
7.3	Model for udbredelse af IDIT til andre boligområder	15
7.4	Økonomisk bæredygtighed	17

Sammenfatning

IDIT (Integreret Diabetesintervention i Tingbjerg) udfører sundhedsfremmende aktiviteter i lokalsamfundet, tilbyder målrettet opsporing af diabetes, henvisning til behandling og rehabilitering samt opfølgning i lokale fællesskaber. Interventionen er blevet udviklet og justeret gennem første halvdel af projektperioden.

Gennem samskabelse i partnerskabet er der udviklet en støttestruktur for sårbare borgere, der er den ramme der gør, at aktiviteterne bliver leveret på en god og vedkommende måde for borgerne i Tingbjerg. Støttestrukturen består af et aktivt borgerpanel, et stærkt diabetesnetværk, et aktivt samarbejde med foreningslivet og et professionelt støttesystem.

Erfaringerne ind til nu viser, at projektet lykkes med at nå ud til borgere, som vi partnerorganisationerne ikke ville have nået uden indsatsen. IDIT lykkes ind til videre med at fastholde borgerne i overgangene mellem de forskellige aktiviteter og tilbud. Dette skyldes blandt andet justeringer i indsatsen, da der undervejs i det første år blev identificeret nogle udfordringer med at rekruttere de rigtige borgere til vores indsatser og at kunne udnytte lokalsamfundets ressourcer til fulde for at give borgerne den støtte, de har brug for. Derfor har indsatsens partnere udviklet IDIT's støttestruktur, der omfatter et borgerpanel, et diabetesnetværk, et professionelt støttesystem og et tæt samarbejde med foreningslivet. Støttestrukturen er udviklet på baggrund af løbende erfaringsopsamlinger og -drøftelser i projektets koordinations- og projektpartnergruppe og herudover projektets evalueringsaktiviteter, som ligeledes bidrager til justeringer undervejs.

Frem mod projektets afslutning intensiveres indsatsens aktiviteter og evalueringen af projektet, der fortsat både skal bidrage til justeringen af indsatsen og afrapportere på opsatte evalueringsmål.

Slutteligt udvikles der en model for, hvordan indsatsen kan udbredes til andre boligområder i landet.

Denne rapport beskriver status i projektet og de foreløbige erfaringer og resultater, vi har opnået.

1. IDIT's baggrund og formål

1.1 Baggrund

I 2020 gennemførte Forebyggelsesgruppen på SDCC Sundhedsfremmeforskning en forundersøgelse til belysning af potentialer og udfordringer for etablering af tilbud om screening for diabeteskomplikationer blandt sårbare borgere i udsatte boligområder¹. Rationalet var, at lav socioøkonomisk position er associeret med lavere deltagelse i screeningsprogrammer samt ringere compliance ved behandling^{2,3}. Forundersøgelsen viste da også, at det er nødvendigt at organisere og koordinere diabetesindsatsen i udsatte boligområder omkring et formelt samarbejde på tværs af sektorer med vægt på at bygge bro mellem sociale og sundhedsrelaterede indsatser i boligområdet og med en helhedsorienteret tilgang til forebyggelse og behandling af diabetes. Herigennem styrkes borgernes motivation til og tilfredshed med at deltage i aktiviteterne, og samtidig styrkes rekrutteringsgrundlaget. Forundersøgelsen understregede, at det er afgørende at sikre tilstedeværelsen af trygge og tillidsvækkende arenaer og mødesteder i boligområdet, og at involvere borgerne i at finde løsninger på de udfordringer, der vanskeliggør sygdomsmestring. Endelig påpegede undersøgelsen, at udsatte borgere, af mange forskellige grunde, kan have svært ved at navigere i sundhedssystemet og derfor har brug for personlig støtte til at påbegynde og fastholde deres deltagelse i diabetesrelaterede screenings- og behandlingsforløb. På baggrund af forundersøgelsens resultater planlagde projektgruppen en række pilotaktiviteter (prøvekørsler) med henblik på at konsolidere samarbejdet mellem aktørerne, afprøve innovative tværfaglige aktiviteter, samt teste deres implementering i udvalgte arenaer som forberedelse til at udføre Integreret Diabetesintervention i Tingbjerg.

1.2 Formål

Formålet med Integreret Diabetes Intervention i Tingbjerg (IDIT) er at udvikle og afprøve en model for, hvordan man kan forbedre og integrere en diabetesrelateret indsats i udsatte boligområder i Danmark. Indsatsen indbefatter diabetesrelateret forebyggelse og sundhedsfremme, tidlig opsporing af diabetes og prædiabetes, samt behandling og rehabilitering af diabetes. Initiativet bygger på et partnerskab mellem centrale aktører i boligområdet, kommunen og regionen, herunder SDCC Afdeling for Forebyggelse, Sundhedsfremme og Samfundet under Region Hovedstaden, Center for Diabetes og Hjertesygdomme (CFDH) under Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning, samt Den Boligsociale Helhedsplan i Tingbjerg og Utterslevhuse under boligorganisationen FSB.

IDIT udføres i perioden 1.4.2022-31.12.2024. Fra projektstart til juni 2022 konsoliderede vi partnerskabet, og fra juni 2022-juni 2024 udvikles og implementeres aktiviteter, samtidigt med at evalueringsaktiviteter udføres. Det sidste halve år, fra juli-december 2024, færdiggøres evalueringen, og der udvikles en model for integreret diabetesintervention, som kan udbredes til og implementeres i andre udsatte boligområder (se figur 1).

¹ Videnskabelig rapport: Integreret Diabetesintervention i Tingbjerg: www.tingbjergchangingdiabetes.dk/videnskab

² Kompetencecenter for Patientoplevelser, KOPA, 2018. Livet med diabetes – sårbare diabetespatienters fortællinger: www.regionh.dk/patientinddragelse/udgivelser/udgivelser/Documents/Livet%20med%20diabetes.%20S%C3%A5rbar%20diabetespatienters%20fort%C3%A6llinger.pdf

³ Houle J. et al., 2016. Socioeconomic status and glycemic control in adult patients with type 2 diabetes: a mediation analysis. *BMJ Open Diabetes Research and Care*. 4:e000184. doi:10.1136/bmjdr-2015-000184

Figur 1: Tidsplan for IDIT

2022					2023					2024										
apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec
Etablering					Interventionsår 1					Interventionsår 2					Afrapportering					
					Evaluering										Evaluering og modeludvikling					

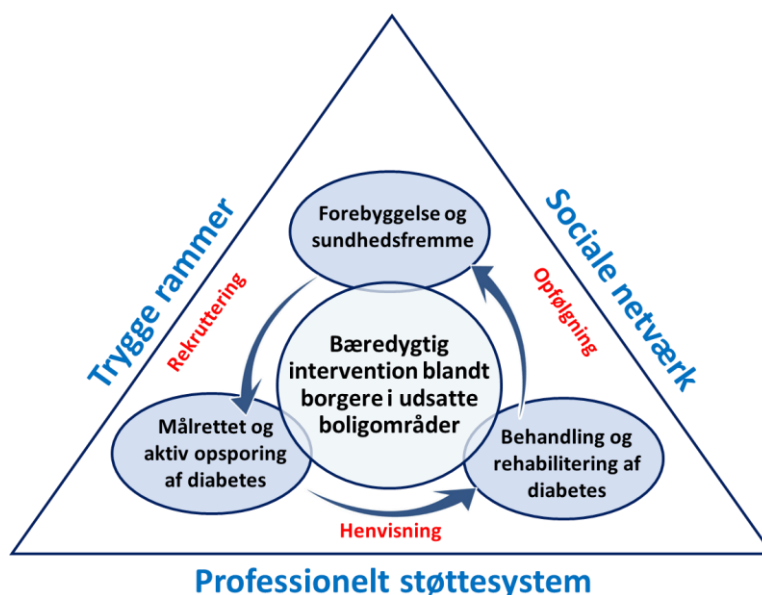
IDIT testes og udvikles gennem hele projektperioden, blandt andet på baggrund af projektets evaluering, der har det centrale formål at bidrage til forbedringer og justeringer undervejs.

2. IDIT's teoretiske ramme

IDIT's teoretiske ramme blev udviklet med afsæt i den forundersøgelse, der blev udført i 2020, og er derefter blevet løbende justeret gennem projektperioden.

IDIT består af tre interventionskomponenter: 1) *Forebyggelse og sundhedsfremme*, 2) *Måltrettet og aktiv opsporing af diabetes* og 3) *Behandling og rehabilitering af diabetes*. Disse komponenter er gensidigt forbundne gennem rekruttering, henvisning og opfølgning, og forankret i trygge rammer, et professionelt støttesystem og sociale netværk (se Figur 2). IDIT bindes sammen af professionelle medarbejdere på hhv. social- og sundhedsområdet, der varetager den centrale opgave at sikre en koordineret og helhedsorienteret indsats på tværs af aktiviteter, arenaer, aktører og sektorer. De udgør desuden en del af det støttesystem, der støtter borgerne i at navigere i de lokale, kommunale og regionale sundhedstilbud.

Figur 2. Konceptfigur for Integreret Diabetesintervention i Tingbjerg



3. IDIT's Partnerskab og udviklingen heraf

Samskabelse mellem partnerskabets aktører er en helt central del af indsatsen. Derfor gennemføres som en del af den løbende evaluering og udvikling af partnerskabet en undersøgelse af, hvordan det går med partnerskabet.

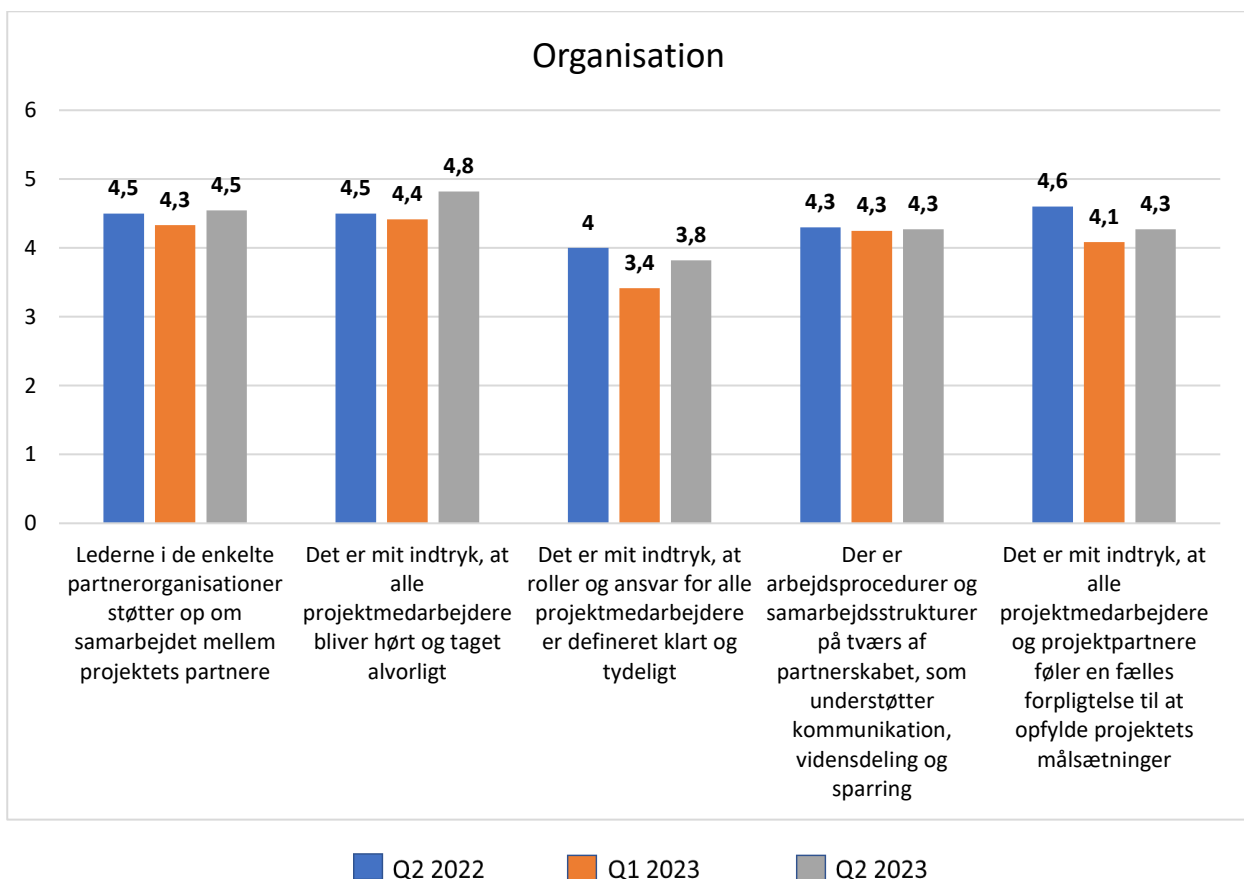
Partnerskabsundersøgelsen består af et spørgeskema, der besvares halvårligt af projektmedarbejderne, samt efterfølgende dialogmøder. Spørgeskemaet omhandler forbedringspotentialer i samarbejdet om IDIT, der drøftes på efterfølgende dialogmøder. Resultaterne fra dialogmøderne danner grundlag for løbende justering af partnerskabets organisering og arbejdsgange. I projektet er der indtil videre gennemført tre spørgeskemaundersøgelser (Q2 2022, Q1 2023 og Q2 2023) og to dialogmøder (Q1 2023 og Q2 2023). Den første undersøgelse omhandlede forventninger til partnerskabet, og de efterfølgende er baseret på egentlige erfaringer.

Undersøgelsen berører syv domæner: Erfaring med samarbejde, potentialer, organisation, kompetencer, borgerinddragelse, kommunikation og personligt udbytte. Hvert domæne indeholder mellem tre og fem spørgsmål, der besvares på en femtrinsskala fra meget uenig til meget enig. Fem er "meget enig", fire er "enig", tre er "hverken enig eller uenig", to er "uenig" og en er "meget uenig".

I det følgende beskrives et uddrag af undersøgelsens resultater, der berører domænerne organisation og kommunikation, da det erfaringsvist er disse to, der giver størst anledning til diskussioner og justeringer i partnerskabet.

3.1 Organisation

Figur 3: Gennemsnit af spørgeskemabesvarelser i Q2 2022, Q1 2023 og Q2 2023.



Hvad viste undersøgelsen vedrørende organisation?

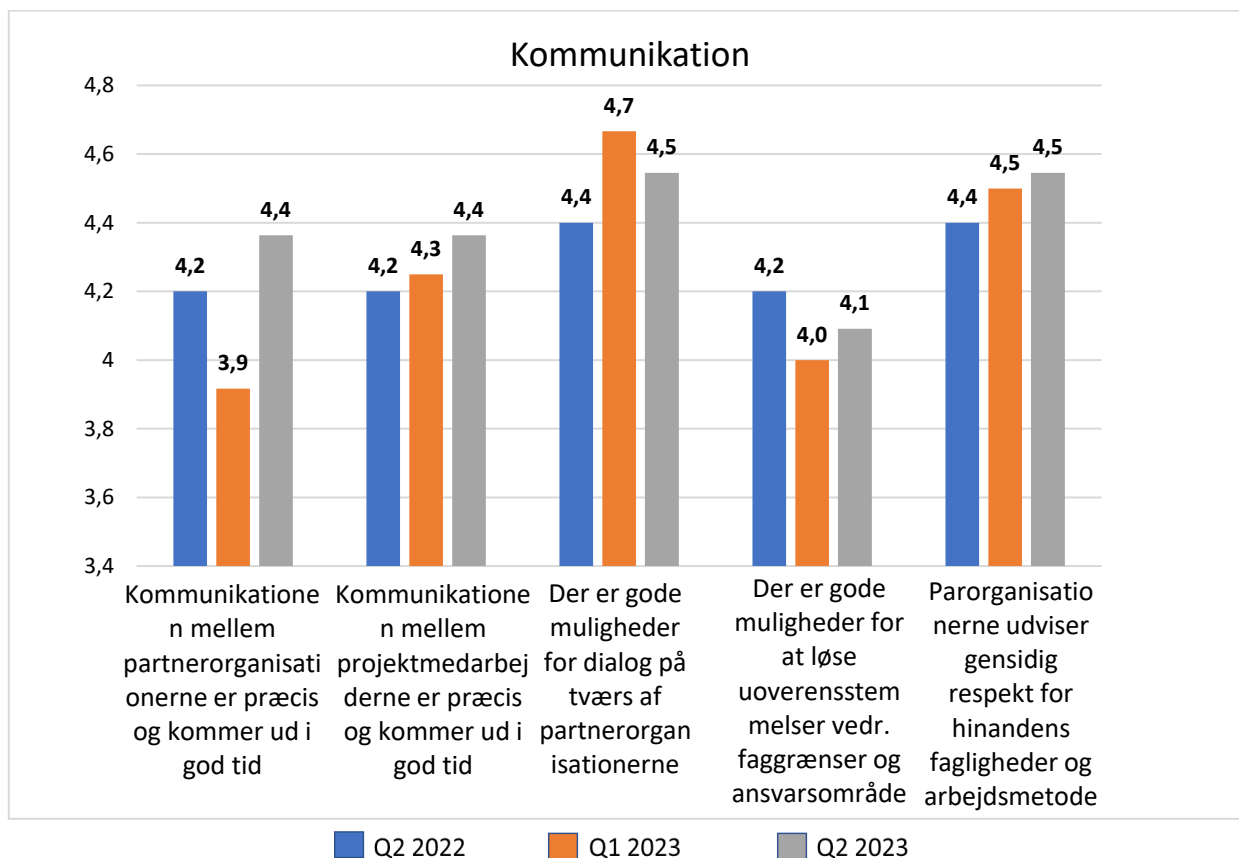
Der er en øget enighed over projektperioden i udsagn om, at *lederne støtter op om samarbejdet* samt at *alle projektmedarbejdere bliver hørt og taget alvorligt*. Der er også fremgang i enighed i udsagn om, at *roller og ansvar er defineret klart og tydeligt*, samt at *alle projektmedarbejdere og projektpartnere føler en fælles forpligtelse til at opfylde projektets målsætninger* mellem Q1 og Q2 i 2023, men nedgang siden den allerførste måling af forventningerne til partnerskabet. Der er uændret enighed i udsagnet, at *der er arbejdsprocedurer og samarbejdsstrukturer på tværs af partnerskabet som understøtter kommunikation, vidensdeling og sparring*.

Hvilke justeringer har undersøgelsen givet anledning til?

Med afsæt i disse resultater diskuteres på dialogmødet, hvordan arbejdsfordeling og –belastning for medarbejderne er i forhold til IDIT's arbejdsområder. Mere specifikt er det en udfordring, hvordan IDIT's professionelle medarbejdere i fællesskab kan løfte de sociale og sundhedsfaglige opgaver, der er omkring en udsat borger med diabetes. Det er besluttet, at IDIT vil fokusere på at udvikle og teste et professionelt støttesystem. Det bliver også tydeligt, at der er brug for at tilføre projektet yderligere kompetencer til at udføre håndholdt 1:1-støtte til de borgere, der har brug for hjælp til at komme til aftaler i sundhedsvæsenet. På baggrund af dette er der påbegyndt et samarbejde med NGO'en Social Sundhed, der har et frivilligkorps af studerende på sundhedsuddannelser til netop at udføre denne opgave.

3.2 Kommunikation

Figur 4: Gennemsnit af spørgeskemabesvarelser i Q2 2022, Q1 2023 og Q2 2023



Hvad viste undersøgelsen vedrørende kommunikation?

Under domænet Kommunikation er der over projektperioden øget enighed i tre udsagn: 1) *at kommunikationen mellem partnerorganisationer er præcis og kommer ud i god tid*, 2) *at kommunikationen mellem projektmedarbejdere er præcis og kommer ud i god tid* og 3) *partnerorganisationer udviser gensidig respekt for hinandens fagligheder og arbejdsmetoder*. Derimod er der en tilbagegang i enighed i udsagnet om, *at der er gode muligheder for dialog på tværs af partnerorganisationer* fra Q1 til Q2 i 2023, og et lille opsving i enighed i, *at der er gode muligheder for at løse uoverensstemmelser vedr. faggrænser og ansvarsområder* mellem Q1 og Q2 i 2023 – men nedgang siden den allerførste måling af forventninger til partnerskabet.

Hvilke justeringer gav undersøgelsen anledning til?

Med afsæt i disse resultater diskuteres det, at der skal være mulighed for at dele ansvaret for at udføre risikotest i lokalområdet mellem alle IDIT's projektmedarbejdere, undtagen diabetessygeplejersken der udelukkende står for de opsporende HbA1c-målinger, der følger risikotesten. Det besluttedes, at projektmedarbejdere fra den Boligsociale Helhedsplan og SDCC læres grundigt op i at udføre risikotesten af CFDH's projektmedarbejdere. Det er tydeligt fra deltagerregistreringer (se afsnit 5), at der er et rigtig godt optag af risikotesten, når den implementeres i foreningssamarbejdet, og det besluttes derfor at fokusere på primært at implementere den derigennem.

4. IDIT's forebyggende og sundhedsfremmende indsatser

IDIT's sundhedsfremmende aktiviteter er opsporende aktiviteter i projektet. Disse aktiviteter udføres i samarbejde med lokale foreninger eller aktører, og er forankret i netværk og aktiviteter i lokalsamfundet. De sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter er målrettet enten 1) borgere i risiko for at udvikle diabetes eller 2) borgere med prædiabetes, diabetes eller pårørende. IDIT gennemfører tre typer sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter, der er kort beskrevet herunder:

- Sundhedsfremme med foreninger:** Aktivitetssamarbejde med lokale foreninger for borgere i risiko for at udvikle diabetes, hvor der kan være dialog om det sunde liv, fælles madlavning eller bevægelse samt udførelse af risikotest til opsporing af diabetes.
- Lokalsamfundsarrangement:** IDIT deltager som aktør i et større bydelsdækkende arrangement med fokus på at oplyse om indsatsen og rekruttere deltagere til de forskellige aktiviteter og tilbud.
- Diabetesnetværk:** Et socialt fællesskab for personer med diabetes, prædiabetes og pårørende. Der er et fagligt indhold på netværksmøderne, og der sluttes af med fællesspisning.

I nedenstående tabel fremgår, hvilke aktiviteter vi har udført, temaet for aktiviteten, dato, den fysiske arena det afholdes i samt antal deltagere.

Table 1: Oversigt over afholdte aktiviteter i IDIT

Tema for arrangement	Dato	Arena	Deltagere
Sundhedsfremme med forening			
Dialog om det sunde liv med Kvinder i Bevægelse	07.11.22	Utterslevhuse	20
Dialog om det sunde liv med Tingbjerg/Husum-gåfællesskab	16.11.22	Rundt i Tingbjerg	4
Oplæg om det sunde liv for Mad til Alle i Tingbjerg Kirke	17.11.22	Tingbjerg kirke	30
Dialog om det sunde liv med kvindegruppen i Tingbjerg Pensionistcenter	17.11.22	Pensionistcentret	40
Dialog om det sunde liv og risikotest med Bydelsmødrene i Tingbjergs	26.01.23	Sundhedsfeltet	10
Dialog om det sunde liv og risikotest med Projekt Perspektiv under Københavns Kommune	30.01.23	Sundhedsfeltet	2
Dialog om det sunde liv og risikotest med seniorbofællesskabet i Utterslevhuse	02.02.23	Fælleshuset i Utterslevhuse	12
Dialog om det sunde liv og risikotest med Somalisk Sundhedsforening	19.02.23	Sundhedsfeltet	28
Suppe og sundhedssnak med Tingbjerg Nærgenbrugsstation	09.03.23	Tingbjerg Nærgenbrugsstation	26
Madlavning og risikotest med Kvinder i Bevægelse	13.03.23	Utterslevhuse	29
Dialog om det sunde liv og risikotest med Bydelsmødrene i Husum	16.03.23	Husum for Alle	20
Dialog om det sunde liv og risikotest med Bydelsmødrene i Tingbjerg	19.03.23	Sundhedsfeltet	16
Dialog om det sunde liv med Mødestedet for Kvinder	17.06.23	Fælleshaven	10
Risikotest med Tingbjerg Kulturförening	30.06.23	Tingbjerg moske	4
Dialog om det sunde liv og risikotest med Borgerpanelets foreninger	18.11.23	Fælleshaven	17
Dialog om det sunde liv og risikotest med Kvinder i Fokus	21.11.23	Videnshuset, Husum	12
Lokalsamfundsarrangement			
Åben dør i Sundhedsfeltet	22.11.22	Sundhedsfeltet	2
Risikotest i Tingbjerg Apotek	07.02.23	Tingbjerg Apotek	5
Bydelspicnic på Vestvolden	10.06.23	Broen over Voldene	24
Sankt Hans-fest på Tingbjerg Skole	14.06.23	Tingbjerg Skole	5
Utterslevhuse sommerfest	12.08.23	Utterslevhuse	20
Tingbjerg Challenge	26.08.23	Tingbjerg Idrætspark	17
Diabetesnetværk			
Dialog om "Hvad påvirker mit blodsukker?"	06.02.23	Fælleshaven	7

Fælles madlavning af diabetesvenligt måltid	06.03.23	Sundhedsfeltet	20
Gå-motion	03.04.23	Fælleshaven	4
Besøg af fodterapeut	01.05.23	Fælleshaven	8
Fælles madlavning af diabetesvenligt måltid.	12.06.23	Fælleshaven	17
Sund mad og stolegymnastik	07.08.23	Fælleshaven	11
Dialog om sund mad.	04.09.23	Fælleshaven	20
Besøg af fodterapeut.	02.10.23	Fælleshaven	13
Besøg af psykolog.	06.11.23	Fælleshaven	20
Dialog om "Hvordan tager jeg det sunde valg i supermarkedet?"	04.12.23	Fælleshaven	22

Aktiviteterne er primært blevet afholdt i Tingbjerg og nogle i Husum. På nedenstående kort (figur 3) er det illustreret hvilke arenaer, vi har dækket og med hvilke aktiviteter.

Figur 5: Kort over arenaer i Tingbjerg og Husum hvors IDIT har afholdt aktiviteter



5. Overblik over antal borgere og deres vej i IDIT –foreløbige resultater

I IDIT registreres systematisk borgeres deltagelse i projektets forskellige aktiviteter, antal opsporede tilfælde af prædiabetes og diabetes samt henvisninger til rehabilitering. Disse data anvendes til at afrapportere på projektets fremdriftsindikatorer samt at følge, hvor godt projektet lykkes med at fastholde borgere i overgangen mellem forskellige tilbud.

5.1 Opnåelse af IDIT's fremdriftsindikatorer

I tabel 2 nedenfor fremgår de aktuelle måltal for IDIT samt de opsatte måltal, der skal nås ved projektets interventionsafslutning d. 30. juni 2024. Ved afslutningen af IDIT's første interventionsår i august 2023 blev IDIT's fremdriftsindikatorer justeret på baggrund af de erfaringer, der blev opnået det første år. I det første år af interventionen havde vi lavet flere aktiviteter end planlagt (25), og dermed nået flere borgere (331), end vi havde målsat i fremdriftsindikatorerne ved projektstart (hhv. 6 og 150). Dog havde vi kun foretaget halvdelen af de forventede risikoprofileringstest (103 ud af 200), og deraf færre opsporende HbA1c-test (54 ud af 80). Der var henvist 10 borgere med prædiabetes eller diabetes til rehabilitering (målsat 40) og der var efter det første år 37 borgere, der modtog diabetesrelateret støtte via IDIT's støttesystem (målsat 60).

Da det fortrinsvist er gennem risikotest, at IDIT rekrutterer borgere, er de nøglen til at forstå, hvorfor nogle af de opsatte mål ikke blev nået. De foreninger, som IDIT samarbejder med om sundhedsfremmeaktiviteter og udførelse af risikotest, er udvalgt på baggrund af en målgruppeanalyse, hvor vi har sammenholdt risikofaktorer for type-2 diabetes med foreningens formål og medlemmer. Analyserne, opdyrkning af relationer til foreninger samt deling af opgaver på tværs af social- og sundhedsfaglige medarbejdere har taget tid, men resultatet er heldigvis godt. I det kommende år vil vi fokusere på at uddanne alle IDIT's projektmedarbejdere i at udføre risikotests i lokalsamfundet, samtidigt med at vi vil skalere samarbejdet med foreningerne for at nå ud til endnu flere borgere. Med denne praksis på plads forventer vi, at de nye måltal kan nås inden interventionsårets udløb i sommeren 2024.

Tabel 2: Måltal for projektets fremdriftsindikatorer

Aktiviteter og måltal for IDIT's to-årige interventionsperiode (1. juni 2022 – 30. juni 2024)	Status pr. 6/12/23 ¹	Nye mål pr. 30/6/24 ²	Gamle mål pr. 30/6/24 ³
1. Antal diabetesforebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter i Tingbjerg og Husum (parentes angiver "heraf aktiviteter i diabetesnetværket")	32 (10)	50 (16)	10
2. Antal beboere der har deltaget i IDIT's diabetesforebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter i Tingbjerg og Husum	495	600	400
3. Antal beboere der modtager diabetesrelateret støtte via IDIT's støttesystem: Diabetesnetværket, Sundhedsfeltet og/eller foreningslivet i Tingbjerg	49	100	100
4. Antal risikoprofileringstests for type-2 diabetes på udvalgte borgere	141	300	400
5. Antal borgere i "høj risiko" eller "meget høj risiko": 60% af 300	91	180	-
6. Antal opsporende HbA1C-tests foretaget på borgere i "høj risiko" eller "meget høj risiko": 80% af 180	70	144	160
7. Antal borgere opsporet med diabetes eller prædiabetes: 20% af 144	12	28	-
8. Antal beboere med diabetes eller prædiabetes der deltager i CFDH's kommunale rehabiliteringsforløb	10	25	80

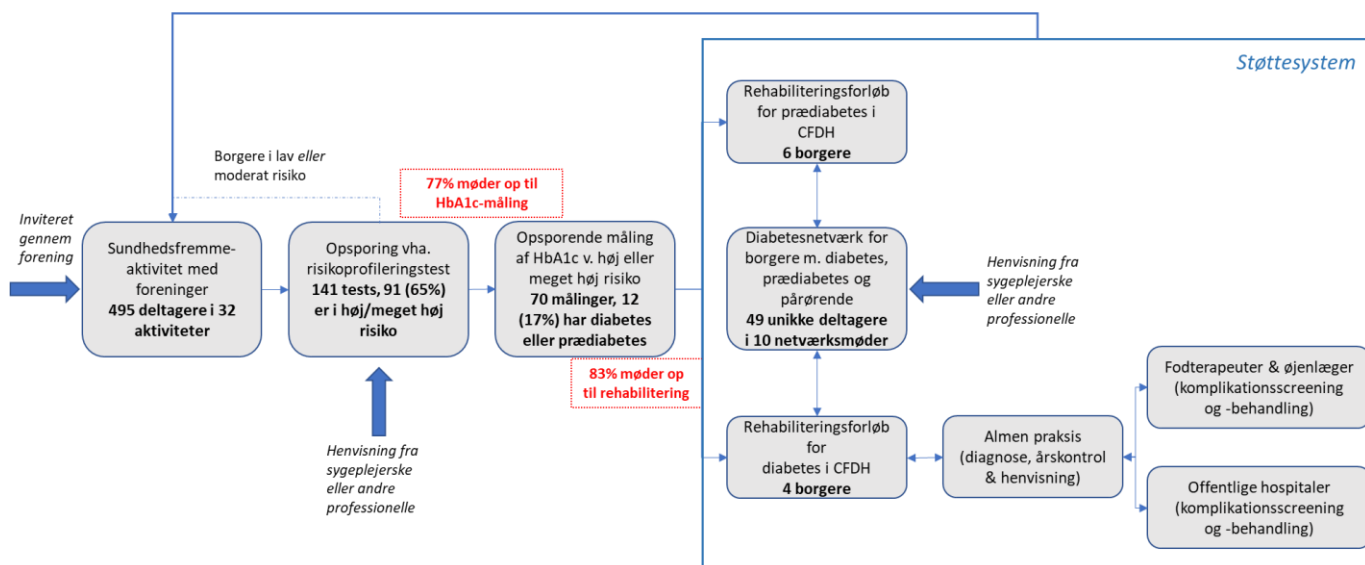
1. Aktuelle tal opnået af projektet pr. 6. december 2023
2. Akkumulerede måltal, altså måltal der gælder for projektets samlede to-årige interventionsperiode.
3. Oprindelige måltal for projektets første interventions-år fra 1. juli 2022 – 30. juni 2024

5.2 Borgerens vej gennem IDIT's opsporing, behandling og rehabilitering af diabetes

De sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter er den motor, hvormed IDIT får kontakt til borgerne i Tingbjerg, der kan have behov for at blive tilbudt opsporing af diabetes eller behandling af diabetes og prædiabetes. Som beskrevet, i det forrige afsnit, er opsporingen af diabetes og prædiabetes integreret i de sundhedsfremmende aktiviteter med foreninger. Disse aktiviteter er altså en platform for at rekruttere og henvise borgere, der har behov for det, til rehabilitering og behandling.

Af figur 6 fremgår det, at 65% af de borgere, der har taget imod tilbuddet om at blive risikotestet for diabetes, er i "høj" eller "meget høj" risiko, og at 77% af disse borgere møder op til en opsporende HbA1c-måling hos projektets diabetessygeplejerske. Af de borgere, der fået foretaget en sådan HbA1c-måling, har 17% fået konstateret prædiabetes eller diabetes. Samlet set har ca. 9% af de borgere, som projektet har risikotestet, fået konstateret prædiabetes eller diabetes (dette fremgår ikke af figuren). Af disse borgere er 83% mødt op til det tilbudte kommunale rehabiliteringsforløb. IDIT's støttesystem omfatter ikke bare udsatte borgere, som projektet har opsporet med prædiabetes eller diabetes, men også andre borgere i lokalområdet, der har fået stillet diagnosen uden for projektets rammer. I alt 49 borgere modtager således støtte af projektets støttesystem, primært gennem diabetesnetværket, rehabiliteringen og Social Sundhed.

Figur 6: Flowchart for borgerens vej i IDIT med data pr. 6/12/2023



6. IDIT's støttestruktur for sårbare borgere

For at understøtte IDIT's interventionskomponenter og for at sikre en bæredygtig intervention for udsatte borgere i udsatte boligområder, har IDIT's aktører udviklet – og udvikler stadig på - fire kernekomponenter, der udgør den støttestruktur, som interventionen tilbyder borgerne. Støttestrukturen er udviklet i partnerskabet for at sikre, at aktiviteterne når de borgere, vi gerne vil nå, med den relevante støtte. De fire kernekomponenter i støttestrukturen er følgende:

- 1) **Et aktivt borgerpanel** er etableret og medvirker til udviklingen og implementeringen af IDIT's aktiviteter, hvilket sikrer aktiviteternes relevans og gavnlighed for de borgere, der lever med diabetes i Tingbjerg, samt deres pårørende. Borgerpanelet har syv medlemmer, som bor i Tingbjerg og som alle har et stort socialt netværk, der repræsenterer lokalområdets forskellige kulturer og sprog. Flere medlemmer har selv diabetes og er aktive i lokale foreninger, der arbejder med at fremme borgernes sundhed og trivsel. Borgerpanelet blev etableret i februar 2023, og mødes en gang om måneden.
- 2) **Et stærkt diabetesnetværk** er etableret og giver borgere med diabetes og deres pårørende et socialt fællesskab i Tingbjerg. Her mødes man i trygge omgivelser, spiser et måltid mad og snakker sammen om alt det, der fylder i hverdagen. Diabetesnetværket er desuden en arena for faglig formidling, videndeling og læring på diabetesområdet. Professionelle vejledere på social- og sundhedsområdet står til rådighed for netværket, hvor de tilbyder råd, træning og professionel støtte. Specialister og praktikere inviteres ofte på besøg til arrangementer i netværket. Diabetesnetværket blev afholdt første gang i februar 2023, og fortsætter som månedlig aktivitet med gennemsnitligt 15 deltagere hver gang.
- 3) **Et tæt samarbejde med foreningslivet** er etableret og udvikles fortsat. Det tætte samarbejde med foreningslivet giver diabetesnetværkets brugere mulighed for at deltage i den brede vifte af aktiviteter, der foregår i de lokale foreninger. Det gælder fx fælles madlavning, gymnastik, gåture og socialt samvær. En sundhedsformidler sørger for, at borgerne får information om foreningernes forskellige arrangementer og tilbud i lokalsamfundet. Dertil kommer, at IDIT's tætte foreningssamarbejde styrker intensiteten af det opsporende arbejde, synligheden af diabetesnetværket og rekrutteringen til dets aktiviteter. IDIT's sundhedsfremmende aktiviteter skal skaleres i sidste del af projektet, og vil stadig udføres i samarbejde med foreningslivet. Vi arbejder fortsat på at styrke opfølgningen tilbage i foreningslivet, og diskuterer løbende med borgerpanelet, hvordan dette kan gøres.
- 4) **Et professionelt støttesystem** er etableret og bliver løbende udviklet og justeret frem mod interventionens afslutning. Støttesystemet giver borgere med diabetes og deres pårørende professionel håndholdt støtte til at navigere i sundhedssystemet. På kort sigt bidrager dette til at sikre, at borgernes udrednings-, screenings-, behandlings- og rehabiliteringsforløb overholdes. På længere sigt bidrager det til at opbygge borgernes kompetencer til selv at navigere i sundhedssystemet. Støttesystemets aktører udgør dels social- og sundhedsprofessionelle medarbejdere blandt IDIT's formelle samarbejdspartnere, dels et lokalt korps af studerende på danske sundhedsuddannelser organiseret i NGO'en Social Sundhed, som IDIT har indgået partnerskab med. Det professionelle støttesystem er således allerede godt funderet i partnerskabet, men der skal fortsat tages tiltag til at udbrede det til flere aktører i lokalsamfundet.

7. IDIT's aktiviteter og opgaver frem mod projektets afslutning

7.1 Intervention frem til projektets afslutning

Frem mod interventionens afslutning i juni 2024 vil IDIT's partnere intensivere de sundhedsfremmende aktiviteter og styrke indsatsens bæredygtighed i lokalsamfundet.

For at nå de justerede måltal for interventionens afslutning, vil de sundhedsfremmende aktiviteter med foreninger blive intensiveret, således at flere borgere bliver risikotestet og måltallene dermed bliver efterlevet. Dette gøres ved at indgå nye samarbejder med lokale foreninger, indsatser og organisationer i Tingbjerg og Husum. En ændret opgavedeling mellem social- og sundhedsfaglige gør, at flere i koordinationsgruppen kan løfte den sundhedsfremmende opgave, hvorved vi kan nå endnu bredere ud i lokalsamfundet.

IDIT vil desuden arbejde målrettet på at styrke indsatsens levedygtighed efter projektperiodens afslutning i lokalsamfundet. Vi vil undersøge, hvilke potentialer der er for at integrere Borgerpanelets ressourcer i Diabetesnetværket, og samtidig række ud til andre frivilligt drevne netværk for at udvide det lokale samarbejde og dermed styrke netværkets lokale forankring. Det professionelle støttesystem vil fortsat blive udviklet og forbedret med henblik på at skabe et robust, effektivt og lokalt forankret system, som borgerne kan nyde fordel af efter IDIT's interventionsperiode er afsluttet.

7.2 Evaluering frem til projektets afslutning

Evalueringen i IDIT har tre overordnede formål: 1) at bidrage til forbedringer og justeringer i projektet undervejs, 2) at afrapportere på projektets opsatte mål undervejs og ved projektets afslutning og 3) på den baggrund udvikle en model for integreret diabetesintervention i udsatte boligområder, hvorved IDIT kan skaleres og udbredes til andre udsatte boligområder i landet. For nuværende er denne model navngivet Integreret Diabetesintervention i Udsatte Boligområder (IDUB).

I den sidste del af projektperioden intensiveres projektets evalueringsaktiviteter samt udvikling af IDUB-modellen. Ved projektets afslutning vil der blive afrapporteret på nedenstående evalueringsmål:

1. Effektiviteten og styrken af aktørsamarbejdet kulminerer ved projektets afslutning, målt ved en 20% forbedret score i aktørernes besvarelser af spørgsmål i en partnerskabsundersøgelse fra Q2 i 2023 til Q4 i 2024.
2. 50% af de borgere der er i høj eller meget høj risiko for diabetes baseret på en risikoprofileringstest, får foretaget et **opsporende HbA1c-test** hos CFDH.
3. 50% af de borgere der har HbA1c over 42 mmol/mol kommer videre i et kommunalt **rehabiliteringsforløb**.
4. 80% af de patienter der påbegynder et rehabiliteringsforløb, samt takker ja til at blive fulgt med **HbA1c-målinger**, opretholder eller forbedrer deres HbA1c baseret på fire målinger i løbet af ét år.
5. 50% af de borgere der gennemfører et rehabiliteringsforløb, samt takker ja til at blive fulgt med HbA1c-målinger, bliver **aktive deltagere** i den sundhedsfremmende indsats og/eller diabetesnetværket.
6. Deltagerne i rehabiliteringsforløbet vurderer deres **tilfredshed** med diabetesrelaterede aktiviteter 20% bedre fra første til andet interventions-år.
7. En **model** for indsatsen er udarbejdet, og dialog med andre kommuner i regionen er påbegyndt.

Følgende evalueringsaktiviteter er allerede igangsat og vil udføres frem til interventionens afslutning ved udgangen af juni 2024, og vil derfor bidrage til justering af indsatsen det næste halve år:

- Logbøger over projektets ressourceforbrug, herunder personaletimer og økonomi, udvikling og projektbeslutninger.
- Systematisk registrering af antal borgere, som deltager i aktiviteterne, opspores med diabetes, og henvises til rehabilitering.
- Monitorering og evaluering af rehabiliteringsindsatsen.
- Partnerskabsundersøgelse.
- Sundhedsøkonomisk vurdering af omkostninger forbundet med IDUB-modellen.

Evalueringsaktiviteterne Monitorering og evaluering af rehabilitering, Partnerskabsundersøgelse samt Sundhedsøkonomisk vurdering vil yderligere fortsætte frem til projektets afslutning ved udgangen af 2024.

Evalueringens resterende aktiviteter er planlagte og påbegyndes januar 2024, herunder interviewbaserede undersøgelser af 1) indsatsens støttesystem, 2) aktørperspektiver på indsatsen og 3) indsatsens aktiviteter og netværk.

Størstedelen af evalueringsaktiviteterne gennemføres af SDCC, men afrapporteres og drøftes løbende med projektsamarbejdspartnere. Til forskel herfra bygger evalueringsaktiviteten Monitorering og evaluering af rehabilitering på et datasamarbejde, som SDCC har indgået med Center for Diabetes og Hjertesygdomme (CFDH).

I det sidste halvår af projektperioden, fra juli 2024 til december 2024, vil evalueringen kulminere i afsluttende analyser og afrapportering på de opstillede evalueringsmål, og IDUB-modellen vil blive færdigudviklet og formidlet til udvalgte interessenter.

7.3 Model for udbredelse af IDIT til andre boligområder

Der udarbejdes en model for, hvordan interventionen kan udbredes og implementeres i andre lignende boligområder i landet, kaldet Integreret Diabetesintervention i Udsatte Boligområder (IDUB-model). IDUB-modellen vil blive beskrevet og formidlet til udvalgte mulige aftagere ved at præsentere og diskutere modellens indhold og potentialer med relevante kommunale, boligsociale eller sundhedsfaglige aktører.

IDUB-modellen udvikles blandt andet på baggrund af IDIT's evaluering og heraf erfaringer med og viden om, hvad en vellykket integreret diabetesintervention i et udsat boligområde indeholder, og hvordan den kan implementeres og forankres lokalt. Herudover udvikles og kvalificeres IDUB-modellen på workshops i projektets partnerskab.

Evalueringens resultater vil blive anvendt til udvikling af IDUB-modellen i løbet af efteråret 2024, hvor flere resultater ligger klar. I dette afsnit præsenteres derfor den aktuelle viden om IDUB-modellen, som er genereret på baggrund af forberedelse til og afholdelse af en workshop i partnerskabet i november 2023.

Ramme for IDUB-model

Der er blevet udarbejdet en indledende ramme for IDUB-modellen, som er blevet forhandlet og justeret i partnerskabet (se figur 5):

Figur 5: Foreløbig ramme for IDUB-model

Koncept og forudsætninger	<ul style="list-style-type: none">• Koncept, målgruppe og potentialer ved IDUB• Forudsætninger for bæredygtig implementering
Step-by-step guides:	
Partnerskab og organisering	<ul style="list-style-type: none">• Roller og ansvar• Organisering af partnerskabet• Kortlægning af aktører og arenaer i lokalsamfundet
Udvikling og implementering	<ul style="list-style-type: none">• Sundhedsfremmende aktiviteter• Aktiv opsporing og rekruttering• Professionelt støttesystem og rehabilitering• Borgerpanel
Monitorering og dokumentation	<ul style="list-style-type: none">• Registrering af deltagelse i aktiviteter• Monitorering af implementering• Justering af indsatsen

Som det fremgår af figuren, indeholder modellen indledningsvist beskrivelser af konceptet bag modellen samt forudsætninger for en vellykket intervention. Herudover er der opnået enighed om, at modellen består af følgende tre komponenter: 1) Partnerskab, 2) Udvikling og implementering af indsatsen og 3) Monitorering og dokumentation af indsatsen. Disse tre komponenter vil blive uddybet med underkategorier, og der vil foreligge step-by-step guides til, hvordan komponenterne kan implementeres, udføres og løbende justeres.

Forudsætninger for bæredygtig implementering af IDUB

Under workshoppen i partnerskabet blev der udarbejdet og skabt enighed om afgørende forudsætninger for en vellykket implementering og udførelse af IDUB. Dette omfattede identificering af faktorer og elementer, der skal være til stede for at sikre, at interventionen lykkes og opnår de ønskede effekter. Forudsætningerne er for nuværende beskrevet i forhold til partnerorganisationerne, partnerskabet og lokalsamfundet. I næste fase af arbejdsprocessen vil forudsætningerne blive uddybet og integreret i relevante afsnit af modelrammen (figur 5). Forudsætningerne er listet nedenfor.

Forudsætninger i partnerorganisationerne:

Center for Diabetes og Hjertesygdomme

- Det er centralt, at der indgår sundhedsfaglige medarbejdere, som har kompetencer til at arbejde bredt og helhedsorienteret med sundhed.
- Der er behov for fysisk tilstedeværelse af de sundhedsfaglige medarbejdere i lokalområdet.
- Det er vigtigt, at der er kontinuitet i, hvor de sundhedsfaglige medarbejdere arbejder.
- Det er vigtigt at have fokus på at kunne tilbyde gratis tolkning for borgerne under konsultationerne.

Den boligsociale helhedsplan i Tingbjerg og Utterslevhuse

- Det er essentielt, at der indgår socialfaglige medarbejdere, som er ansat i en organisation, der er forankret i det pågældende boligområde, fx en helhedsplan, en civilsamfundsorganisation etc.
- Det er vigtigt, at de socialfaglige medarbejdere har kompetencer til at skabe tillidsfulde relationer til både lokalområdets beboere og foreninger.

Steno Diabetes Center Copenhagen (SDCC)

SDCC skal ikke nødvendigvis spille en større rolle i at implementere IDUB-modellen i andre boligområder, men det skal overvejes, om SDCC bør have en rådgivende funktion ift. at:

- Undersøge og formidle udfordringer i lokalområder, hvor implementering af IDUB-modellen påtænkes.
- Formidle og herigennem udbrede IDUB-modellen til andre kommuner og udsatte boligområder.
- etablere synergier i partnerskabet under implementering af IDUB-modellen.

Forudsætninger i partnerskabet:

- Det er vigtigt, at der er organisatorisk opbakning til at implementere IDUB-modellen – på alle niveauer.
- Det er nødvendigt at etablere et velfungerende og tillidsbaseret partnerskab, hvor der er villighed til at arbejde på tværs af egne faggrænser (sociale- og sundhedsfaglige).
- Der er behov for en tovholder-/projektlederfunktion, som med fordel kan varetages af en boligsocial medarbejder.
- Det er væsentligt, at der etableres samarbejde med almen praksis.
- Det er nødvendigt, at der foreligger økonomiske beregninger af indsatsomkostninger samt eksempler på finansieringsmuligheder.
- Der er behov for evalueringsmetoder til at dokumentere og monitorere indsatsen.

Forudsætninger i lokalsamfundet:

- Det er nødvendigt, at der på forhånd eksisterer lokale foreninger eller netværk i lokalsamfundet.
- Det er vigtigt, at modellen indeholder et analyseværktøj til at kortlægge samarbejds muligheder med aktører og arenaer i lokalsamfundet.
- Der er behov for eksisterende infrastruktur, dvs. lokaler og mødesteder, som beboerne allerede har en vis grad af kendskab til.

7.4 Økonomisk bæredygtighed

Der vil som et led i evalueringen blive lavet en vurdering af økonomien forbundet med implementering af IDUB-modellen samt overvejelser om afledte økonomiske konsekvenser af de forventede effekter.

Der er i projektets indledende fase ifm. udarbejdelse af en mini-MTV (i 2022) lavet en overordnet beregning af de driftsmæssige merudgifter forbundet for følgende tre typer af standardforløb:

- 1) Borgere uden foretaget risikotest, eller borgere med lav eller moderat risiko for diabetes
- 2) Borgere i høj eller meget høj risiko for diabetes
- 3) Borgere med kendt diabetes.

Der er i denne opdeling tale om en simplificering, da der reelt er en række forskellige typer af forløb under hvert af de tre "standardforløb". Projektet er karakteriseret ved, at selve udviklingen og konkretisering af, hvordan de enkelte delindsatser skal gennemføres – kan betragtes som en del af indsatsen. Derfor indgår der også en gennemsnitlig udviklingsomkostning i borgerens forløb. Omkostninger til overhead, sundhedsfremmende aktiviteter og udvikling er beregnet som en gennemsnitlig omkostning pr. borger pr. år. Professionel støtte forventes kun at være relevant for borgere med enten høj påvist høj/meget høj risiko eller med kendt diabetes. Derfor er der for disse borgere beregnet en gennemsnitlig omkostning for professionel støtte pr. år. De driftsmæssige udgifter er angivet pr. forløb pr. borger, hvor hvert forløb dog forventes at vare mindre end et år. Se tabel 3.

Tabel 3: Gns. omkostning pr. borger i tre typer af forløb, kr./år.

Merudgifter pr. borger i IDIT, dvs. ekskl. omkostninger til standardbehandling	Overhead Kr.	Sundhedsfremmende aktiviteter Kr.	Udviklingsomkostninger Kr.	Professionel støtte til rehabilitering og behandling Kr.	I alt Kr.
Borgere med lav eller moderat risiko for diabetes (Forventede antal borgere pr. år 240)	83 kr.	864 kr.	969 kr.	0 kr.	1.916 kr.
Borgere med påvist høj eller meget høj risiko for diabetes (Forventede antal borgere 60)	83 kr.	864 kr.	969 kr.	3.391 kr.	5.307 kr.
Borgere med kendt diabetes (forventede antal borgere 60)	83 kr.	864 kr.	969 kr.	3.391 kr.	5.307 kr.

Som det fremgår af tabel 3, så er der tale om relativt billige forløb på ca. 5.300 kr. for borgere med kendt diabetes eller borgere med høj risiko for diabetes. Såfremt det lykkedes at få disse borgere til at indgå i eller i højere grad at følge den relevante behandling og rehabilitering og få effekt på f.eks. blodsukkeret, så vil der være økonomiske gevinster at hente på sigt i form af udvikling af færre senkomplikationer.

Evalueringen vil vise, hvorvidt det lykkes at opnå effekt på blodsukkeret samt hvor mange borgere det lykkes at få ind i behandlings- og rehabiliteringsforløb. I evalueringen regnes der også på, hvad det koster at finde en borger med diabetes, herunder hvor mange skal testes for, at der findes en borger med diabetes. De første erfaringer i projektet viser, at der opspores en hel del borgere med høj risiko for diabetes eller prædiabetes – og herunder 17% som viser sig at have diabetes. Der er dog endnu tale et relativt lille datagrundlag, så resultaterne skal tages med et vist forbehold.