



Integreret Diabetesintervention i Tingbjerg (IDIT)

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

Evalueringsrapport

Dato: 23. januar 2025

Udarbejdet af: Projektkoordinator Sofie Hemmingsen og projektleder Paul Bloch.
Afdeling for Forebyggelse, Sundhedsfremme og Samfundet, Steno Diabetes Center Copenhagen.

Godkendt af: (fx styregruppen, projektejer etc).



Steno Diabetes Center
Copenhagen



Center for Diabetes
og Hjertesygdomme



Social
Sundhed 

INDHOLDSFORTEGNELSE

1	Resumé	4
2	Indledning	5
2.1	Baggrund.....	5
2.2	Formål med evaluering.....	5
2.3	Projektformål.....	6
2.4	Den konceptuelle ramme og infrastruktur for IDIT.....	7
3	Metode og metodiske overvejelser	9
3.1	IDIT's projektmål og SBI-porteføljemål	9
3.2	Projektmål og tilhørende databeskrivelser	10
3.2.1	Definition af projektmål 1.....	10
3.2.2	Definition af projektmål 2.....	11
3.2.3	Definition af projektmål 3.....	12
3.2.4	Definition af projektmål 4.....	12
3.2.5	Definition af projektmål 5.....	13
3.2.6	Generelt om dataindsamling og datakvalitet	13
3.2.7	Evaluering af projektets gennemførelse	14
3.2.8	Styrker og svagheder ved evalueringsdesignet.....	14
4	Evaluering af projektets målopfyldelse	15
4.1	Evaluering af projektmål 1.....	15
4.1.1	IDIT's måltal og resultater	15
4.1.2	Borgerens vej gennem IDIT's opsporing, behandling og rehabilitering af diabetes	17
4.1.3	IDIT's støttestruktur for sårbare borgere	18
4.2	Evaluering af projektmål 2.....	18
4.2.1	Udvikling i HbA1c-niveau hos borgere i rehabilitering.....	19
4.2.2	Fysisk og mentalt helbred hos borgere i rehabilitering.....	20
4.2.3	Borgerinterviews	22
4.2.4	Aktørinterviews	22
4.3	Evaluering af projektmål 3.....	22
4.3.1	IDIT's forebyggende og sundhedsfremmende indsats.....	22
4.3.2	Tilfredshed med rehabiliteringsforløb.....	23
4.3.3	Borgernes deltagelse i aktiviteter under rehabilitering	24
4.4	Evaluering af projektmål 4.....	26
4.4.1	Aktører i IDIT.....	26
4.4.2	IDIT's partnerskab.....	27
4.5	Evaluering af projektmål 5.....	29
4.5.1	Model for IDAB	29
4.5.2	Sundhedsøkonomisk analyse	30
4.5.3	STENO IDAB-projektets formål og målsætninger	32
4.5.4	STENO IDAB-projektets partnere	36
4.5.5	STENO IDAB-projektets implementering.....	36
5	Evaluering af projektets gennemførelse og læring	38
5.1	Resultat af måling om projektgennemførelse.....	38

5.2 Læringspunkter.....	39
6 Overgang til drift og evt. udbredelse i Region H.	40
Bilag 1-4.....	42

1 Resumé

Projektet Integreret Diabetesintervention i Tingbjerg (IDIT) udfører sundhedsfremmende aktiviteter i lokalsamfundet, tilbyder målrettet opsporing af diabetes, henvisning til rehabilitering samt opfølgning i lokale fællesskaber. Gennem samskabelse i partnerskabet er der udviklet en støttestruktur for sårbare borgere, der danner rammen for, at aktiviteterne leveres på en god og vedkommende måde for beboerne i Tingbjerg. Støttestrukturen består af fire centrale elementer: et aktivt borgerpanel, et stærkt diabetesnetværk, et tæt samarbejde med foreningslivet og et professionelt støttesystem, der tilbyder, håndholdt støtte til borgere med behov.

IDIT har til formål at forbedre diabetesforebyggelse, tidlig opsporing og sygdomsmestring i Tingbjerg - et udsat boligområde, hvor sociale og kulturelle barrierer ofte begrænser adgangen til sundhedstilbud. Samtidig sigter projektet mod at skabe erfaringer og læring, som kan understøtte udbredelse og overgang til drift.

Projektet har overgået flere af sine måltal: 941 borgere har deltaget i sundhedsfremmende aktiviteter (mål: 600), og 312 borgere er blevet risikotestet (mål: 300). Blandt de screenede borgere var 67% i høj eller meget høj risiko for at udvikle diabetes, og 17% fik diagnosticeret prædiabetes eller diabetes. Af disse borgere valgte 91% at deltage i et rehabiliteringsforløb. En del af de opsporede borgere var allerede diagnosticeret med diabetes, men manglede enten indsigt i deres sygdom eller overskud til at håndtere den. Projektet har således ikke blot opsporet disse borgere, men også grebet og støttet dem i at tage ansvar for deres sygdom.

Evalueringen viser en positiv effekt på beboernes sundhed og trivsel. Beboerne i rehabiliteringsforløbet har i gennemsnit opnået en reduktion i HbA1c-niveauet på 2,8 mmol/mol (4%) over 12 måneder. Spørgeskemaundersøgelser viser desuden forbedret fysisk og psykisk helbred samt høj tilfredshed med forløbet blandt deltagerne.

Borgerinterviews fremhæver projektets meningsfuldhed og støtte i forhold til både sygdomsmestring og skabelsen af trygge fællesskaber, som mindsker ensomhed og styrker deres mulighed for at tage ansvar for egen sundhed. Aktørinterviews peger på betydningen af tæt samarbejde, fysisk tilstedeværelse og håndholdt støtte for at skabe tillid og fastholde borgernes deltagelse. Diabetesnetværket spiller en central rolle ved at tilbyde et stabilt og trygt miljø, hvor vidensdeling og relationer styrker borgernes engagement.

De samlede omkostninger beløber sig til 6.985 kr. pr. borger for sundhedsfremme, opsporing/risikotest og rekruttering til rehabilitering, hvilket vurderes som en bæredygtig investering i forhold til de langsigtede sundhedsmæssige og økonomiske gevinster ved tidlig opsporing og intervention.

IDIT har vist, at en tværsektoriel og helhedsorienteret tilgang til diabetesintervention kan skabe målbare sundhedsforbedringer i et udsat boligområde som Tingbjerg. Projektets styrke ligger i den skræddersyede støttestruktur og samarbejdet mellem lokale aktører og borgere, som sikrer ejerskab og relevans. De sundhedsøkonomiske resultater understreger desuden potentialet for betydelige besparelser i sundhedsvæsenet gennem tidlig opsporing og målrettede indsatser. Projektet arbejder nu på at omsætte de mange erfaringer og resultater til en præskriptiv model for integreret diabetesintervention i almene boligområder i Danmark. Denne model, kaldet IDAB, efterspørges allerede af BL - Danmarks Almene Boliger og Landsbyggefonden (LBF), samt af flere kommuner og almene boligområder i Danmark.

2 Indledning

2.1 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 projekt Integreret Diabetesintervention i Tingbjerg (IDIT).

2.2 Formål med evaluering

Formål 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.

IDIT evalueres på proces-, virknings- og effektniveau med henblik på at sikre en solid dokumentation af indsatsens indhold, udvikling og effekt. Evalueringen omfatter tre niveauer: A) Evaluering af sundhedsfremme og rehabilitering, B) evaluering af projekt- og modeludvikling, og C) evaluering af organisatorisk og økonomisk bæredygtighed (**figur 1**). Evalueringen vil kvalitativt og kvantitativt registrere, analysere og dokumentere projektets aktiviteter og resultater gennem projektets to interventions-år (01.07.22-30.06.23 og 01.07.23-31.08.24). På baggrund af evalueringen vil indsatsen løbende blive justeret, og en model for Integreret Diabetesintervention i Almene Boligområder (IDAB) vil blive udarbejdet for dens videre udbredelse i andre almene boligområder i regionen og nationen.

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%A5rbare%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: Model over evalueringsplan af IDIT på tre niveauer: A) Evaluering af borgerforløb, B) evaluering af projekt- og modeludvikling, og C) evaluering af organisatorisk og økonomisk bæredygtighed



Særligt for IDIT har evalueringen til formål at:

- Dokumentere og undersøge interventionens udvikling, implementering og resultater samt at dokumentere og måle interventionens effekter. Evalueringen skal danne grundlag for videreudvikling og forankring af indsatsen samt udarbejdelse af en model for integreret diabetesintervention, som kan forankres i almene boligområder og udbredes til regionens kommuner.
- Evaluere på udvikling og implementering af IDIT's tre interventionskomponenter:
 - Forebyggelse og sundhedsfremme
 - Målrettet og aktiv opsporing af diabetes
 - Behandling og rehabilitering af diabetes
- Evaluere på partnerskabelse og økonomisk bæredygtighed, som begge er afgørende komponenter for at udvikle en organisatorisk og økonomisk bæredygtig model.

2.3 Projektformål

Formålet med IDIT er at udvikle og afprøve en model for, hvordan man kan forbedre og integrere en diabetesrelateret indsats i almene boligområder i Danmark. Indsatsen indbefatter diabetesrelateret forebyggelse og sundhedsfremme, målrettet og aktiv 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-projektet løber fra 1. april 2022 til 31. december 2024. Fra projektstart til juni 2022 blev partnerskabet konsolideret. I perioden fra juni 2022 til og med august 2024 blev aktiviteter udviklet og implementeret sideløbende med løbende evaluering. I de sidste fire måneder, september-december 2024, blev evalueringen afsluttet, og der blev udarbejdet en model for integreret diabetesintervention. Denne model er målrettet udbredelse og implementering i almene boligområder (**figur 2**).

Figur 2: Tidsplan for IDIT

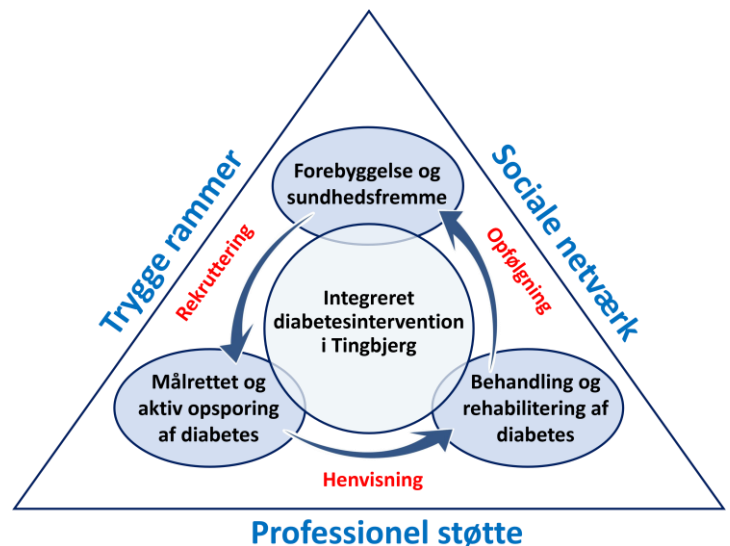
2022												2023												2024											
apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec	jan	feb	mar	apr	maj	jun	jul	aug	sep	okt	nov	dec			
Etablering			Interventionsår 1																		Interventionsår 2												Afrapportering		
Evaluering												Evaluering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

IDIT's indsatser er blevet udviklet, afprøvet og justeret gennem hele projektperioden, blandt andet på baggrund af projektets evaluering, der har det centrale formål at bidrage til forbedringer og justeringer undervejs.

2.4 Den konceptuelle ramme og infrastruktur for IDIT

IDIT's teoretiske ramme blev udviklet med afsæt i den forundersøgelse, der blev udført i 2020, og er derefter løbende blevet justeret gennem projektperioden. IDIT består af tre integrerede og koordinerede indsatsområder, som alle gennemføres lokalt i boligområdet (**figur 3**):

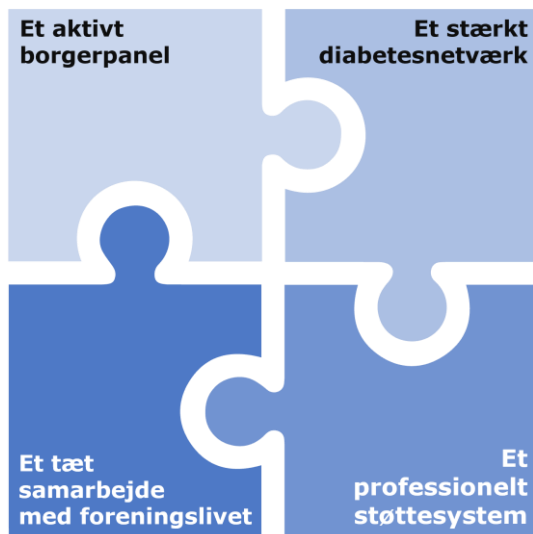
- **Diabetesforebyggelse og sundhedsfremme**, som tilbyder trygge mødesteder, sociale fællesskaber samt lærerige arrangementer og videndeling om hvordan man kan forebygge diabetes, samt leve sundt og godt med diabetes.
- **Måltrettet og aktiv opsporing af diabetes**, som tilbyder spørgeskemabaseret risikovurdering for diabetes, samt opsporende langtidsblodsukker (HbA1c) målinger blandt borgere i risiko.
- **Behandling og rehabilitering af diabetes**, som tilbyder professionel, håndholdt støtte til at opsoge og gennemføre udrednings-, behandlings- og rehabiliteringsforløb i den primære sundhedssektor for sårbare borgere med prædiabetes eller diabetes.



Figur 3: Konceptfigur for IDIT

Disse tre komponenter er gensidigt forbundne gennem rekruttering, henvisning og opfølgning, og forankret i trygge rammer, et professionelt støttesystem og sociale netværk. 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.

En lokal understøttende infrastruktur styrker relevansen af projektets aktiviteter og sikrer borgerne den bedst tænkelige støtte i hverdagslivet. Infrastrukturen består af følgende fire komponenter (**figur 4**):



- *Et aktivt borgerpanel* medvirker til udviklingen og implementeringen af initiativets aktiviteter. Dette sikrer aktiviteternes lokale relevans og gavnlighed. Det tilstræbes, at borgerpanelets medlemmer selv har diabetes og er aktive i det lokale foreningsliv. Det tilstræbes desuden, at borgerpanelets sammensætning repræsenterer lokalsamfundets forskellige kulturer og sprog.
- *Et stærkt diabetesnetværk* giver borgerne et socialt fællesskab i lokalsamfundet. 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.

Figur 4: IDIT's støttestruktur

- *Et tæt samarbejde med foreningslivet* giver diabetesnetværkets brugere adgang til lokalsamfundets øvrige foreninger. Det gælder fx fælles madlavning, gymnastik, gåture og socialt samvær. En sundhedsformidler eller boligsocial medarbejder sørger for, at borgerne får information om foreningernes forskellige arrangementer og tilbud i lokalsamfundet.
- *Et professionelt støttesystem* tilbyder de mest sårbare borgere professionel håndholdt støtte til at navigere i sundhedssystemet, herunder opsøge egen læge, sundhedscenter eller hospital, efter behov. Dette bidrager til, at borgernes udrednings-, screenings-, behandlings- og rehabiliteringsforløb påbegyndes og opretholdes. På længere sigt bidrager det også til at opbygge borgernes kompetencer til selv at navigere i sundhedssystemet.

Aktive borgere i borgerpanelet, diabetesnetværket og/eller foreningslivet tilbydes et træningsforløb som IDIT-ambassadører, hvilket giver dem kompetencer til at opspore borgere med prædiabetes eller diabetes, henvise til sundhedsprofessionelle aktører, samt rådgive om sund livsstil.

3 Metode og metodiske overvejelser

Der er opstillet følgende fælles porteføljemål for effekten af SBI-projekterne (**figur 5**):

- Mål for flere sunde leveår med fokus på behandling af høj kvalitet og lighed i sundhed
- Mål for brugeroplevelse med fokus på bedre sammenhængende forløb og øget brugerinddragelse
- Mål for organisatorisk og økonomisk bæredygtighed med fokus på et mere effektivt sundhedsvæsen

Figur 5: Mål for porteføljen



3.1 IDIT's projektmål og SBI-porteføljemål

IDITs projektmål og deres sammenhæng til SBI's porteføljemål fremgår af **tabel 1** og følgende afsnit. **Bilag 1** viser projektets målhierarki.

Tabel 1: Sammenhæng mellem SBI porteføljemål og projektmål

Mål	Succeskriterier
SBI-porteføljemål: Flere sunde leveår	
<p><u>Projektmål 1:</u> At styrke tidlig opsporing af diabetes blandt Tingbjergs beboere ved at øge antallet af risikoprofileringstest og HbA1c-test.</p>	<p><u>Succeskriterier:</u> 50% af dem der er i høj eller meget høj risiko baseret på en risikoprofileringstest, får foretaget en opsporende HbA1c-test hos CFDH. 300 gennemførte risikoprofileringstests og 144 HbA1c-tests i løbet af hele projektperioden.</p>
<p><u>Projektmål 2:</u> At styrke rehabilitering af diabetes blandt Tingbjergs beboere, herunder sikre at beboerne opretholder en god regulering af deres diabetes under rehabiliteringsforløbet samt deltager i sundhedsfremmende aktiviteter i lokalsamfundet.</p>	<p><u>Succeskriterier:</u> 50% af dem der får målt HbA1c på ≥ 42 mol/mmol, kommer videre i rehabiliteringsforløb i sundhedssystemet (herunder egen læge, sundhedscenter, sygehus, øjenlæge og/eller fodterapeut). 80% af dem der deltager i 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. 50% af dem, der deltager i et rehabiliteringsforløb samt takker ja til at blive fulgt med HbA1c-målinger, bliver samtidig aktive deltagere i en sundhedsfremmende indsats eller diabetesnetværk i lokalsamfundet. 100 beboere modtager diabetesrelateret støtte via IDIT's støttesystem i løbet af hele projektperioden. 25 beboere kommer i diabetesrehabiliteringsforløb hos CFDH i løbet af hele projektperioden.</p>

SBI-porteføljemål: Brugeroplevelse	
<p><u>Projekt mål 3:</u> At gennemføre diabetesrelaterede og sundhedsfremmende aktiviteter, som Tingbjergs beboere er med til at udvikle, deltager i og er tilfredse med.</p>	<p><u>Succeskriterier:</u> En 20% forbedret score i deltagernes besvarelser af tilfredshedsrelateret spørgsmål i forbindelse med en spørgeskemabaseret forløbsundersøgelse fra projektets første til andet interventions-år (År-1 til År-2). 50 gennemførte diabetesforebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter i løbet af hele projektperioden. Gennemsnitligt 25 deltagere pr. aktivitet i første mål-år og 40 antal deltagere pr. aktivitet i andet mål-år.</p>
SBI-porteføljemål: Organisatorisk og økonomisk bæredygtighed	
<p><u>Projekt mål 4:</u> At konsolidere samarbejdet mellem SDCC og CFDH om integreret diabetesintervention i udsatte boligområder.</p>	<p><u>Succeskriterier:</u> En 20% forbedret score i aktørernes besvarelser af spørgsmål i en partnerskabsundersøgelse fra Q2 i 2023 til Q4 i 2024.</p>
<p><u>Projekt mål 5:</u> At udvikle og kommunikere en organisatorisk og økonomisk bæredygtig model for integreret diabetesintervention, som kan forankres i almene boligområder og udbredes til regionens kommuner.</p>	<p><u>Succeskriterier:</u> Der er udviklet en sundhedsøkonomisk vurdering af modellen for Integreret Diabetesintervention i Almene Boligområder (IDAB). At der ved projektets afslutning (Q4 2024) er påbegyndt en dialog med to kommuner om optagelse af modellen for Integreret Diabetesintervention i Almene Boligområder (IDAB).</p>

3.2 Projekt mål og tilhørende databeskrivelser

3.2.1 Definition af projekt mål 1

Formulering: *At styrke tidlig opsporing af diabetes og prædiabetes blandt Tingbjergs beboere ved at øge antallet af risiko-profileringstest og HbA1C-test.*

I 2015 blev der gennemført en omfattende Rule of Halves-analyse af København⁴. Rule of Halves tilstræber, at halvdelen af personer med diabetes bliver diagnosticeret, halvdelen af dem modtager behandling, halvdelen af dem når deres behandlingsmål, og halvdelen af dem undgår komplikationer. Analysen viste, at København grundlæggende klarede sig bedre end målene for Rule of Halves, når det gælder diagnostik, behandling og behandlingsmål, men også at personer i sårbare positioner er i øget risiko for ikke at komme i behandling, nå behandlingsmål og undgå komplikationer. Eftersom IDIT foregår i et udsat boligområde, hvor udfordringerne med at opspore, rekruttere og fastholde beboere i et behandlingsforløb er særligt store, vurderes det rimeligt at bruge Rule of Halves som mål for IDIT, herunder at halvdelen af dem, der er i risiko for diabetes, får foretaget en HbA1c-måling.

Evalueringen er baseret på følgende indikatorer, som blev dokumenteret løbende gennem systematisk registrering af risikoprofileringstest og HbA1C-målinger:

⁴ Diderichsen F. Rule of Halves analysis for Copenhagen. University of Copenhagen 2015

- Antal risikoprofileringstest gennemført af projektet blandt Tingbjergs beboere. Mål: 300 risikoprofileringstest
- Antal HbA1c-målinger gennemført af projektet blandt beboere med høj eller meget høj risikoprofil. Mål: 144 HbA1c-målinger. 50% af dem der er i høj eller meget høj risiko baseret på en risikoprofileringstest, får foretaget en opsporende HbA1c-test hos CFDH.

Desuden er der blevet gennemført en procesevaluering med fokus på følgende spørgsmål:

- Hvor og hvordan gennemføres aktiv opsporing?
- I hvilken kontekst/ramme fungerer aktiv opsporing bedst muligt i sammenhæng med sundhedsfremmende aktiviteter?
- Hvilke aktører er involveret i opsporingen, og hvilke roller har de?
- Hvordan inddrages beboerne i aktiviteter og processer omkring aktiv opsporing?

Evalueringen blev gennemført løbende med data fra logbøger, brugertilfredshedsundersøgelse, samt semistrukturerede interviews og fokusgruppinterviews med relevante aktører.

3.2.2 Definition af projektmål 2

Formulering: At styrke rehabilitering af diabetes og prædiabetes blandt Tingbjergs beboere, herunder sikre at beboerne opretholder en god regulering af deres diabetes under rehabiliteringsforløbet samt deltager i sundhedsfremmende aktiviteter i lokalsamfundet.

Som beskrevet ovenfor bruges Rule of Halves som ramme for projektmålene, herunder projektmål 2: halvdelen af dem med forhøjet HbA1c kommer i behandling herfor, og halvdelen af dem opfølges i sociale netværk.

Evalueringen er baseret på følgende indikatorer, som blev dokumenteret løbende gennem systematisk registrering af borgere, der indgik i et kommunalt udbudt og lokalt gennemført rehabiliteringsforløb:

- Antal beboere, der deltager i og gennemfører et lokalt rehabiliteringsforløb. Mål: 50% af dem der får målt HbA1c på ≥ 42 mol/mmol, kommer videre i rehabiliteringsforløb i sundhedssystemet (herunder egen læge, sundhedscenter, sygehus, øjenlæge og/eller fodterapeut).
- Registrering af fire HbA1c-målinger foretaget i løbet af ét år per beboer med prædiabetes eller diabetes, som deltager i et lokalt rehabiliteringsforløb. Mål: 80% af dem der deltager i 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.
- Spørgeskemadata indsamlet i forbindelse med løbende HbA1c-målinger, hvor deltageren selv angiver deltagelse i sundhedsfremmende aktiviteter eller diabetesnetværk. Mål: 50% af dem, der deltager i et rehabiliteringsforløb samt takker ja til at blive fulgt med HbA1c-målinger, bliver samtidig aktive deltagere i en sundhedsfremmende indsats eller diabetesnetværk i lokalsamfundet.

Desuden blev der gennemført en procesevaluering med fokus på følgende spørgsmål:

- På hvilke måder henvises til og opfølges på rehabiliteringsforløb?
- Hvilke aktører er involveret og hvilke roller har de?
- Hvordan etableres og fastholdes samarbejdet med professionelle aktører i støttesystemet (socialrådgivere, praktiserende læger, hospital, behandlere og civilsamfund)
- Hvordan kan det professionelle støttesystem bedst understøtte, at beboerne deltager i rehabiliteringsforløb?

- Finder informanterne det meningsfuldt og gavnligt at deltage i projektet og modtage støtte i rehabiliteringen?

Ovenstående evaluering blev gennemført løbende med data fra logbøger, brugertilfredshedsundersøgelse, kvalitative interviews og fokusgrupper med relevante aktører.

3.2.3 Definition af projektmål 3

Formulering: *At gennemføre diabetesforebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter, som Tingbjergs beboere er med til at udvikle, deltager i og er tilfredse med.*

Denne evaluering blev baseret på løbende registrering af følgende indikator:

- Ændringer i besvarelserne af tilfredshedsrelaterede spørgsmål i evalueringens brugertilfredshedsundersøgelse fra projektets første interventions-år (År-1) til andet interventions-år (År-2). Mål: En 20% forbedret score i deltagernes besvarelser af tilfredshedsrelateret spørgsmål i en spørgeskemabaseret forløbsundersøgelse fra projektets første til andet interventions-år (År-1 til År-2).

Indikatoren blev undersøgt og dokumenteret ved en spørgeskemaundersøgelse, der blev gennemført i forbindelse med løbende HbA1c-målinger på borgere, der deltog i et lokalt rehabiliteringsforløb. Spørgeskemaet indeholder syv spørgsmål om rehabiliteringsforløbet, sociale tiltag, tilfredshed samt fysisk og mentalt velvære. Dette projektmåls indikator baserer sig på følgende tre af de syv spørgsmål:

1. På en skala fra 1-5, i hvilken grad er du tilfreds med det samlede forløb, du har været igennem på Center for Diabetes og Hjertesygdomme (Sundhedsfeltet)?
2. På en skala fra 1-5, i hvilken grad fik du hjælp til det, der var vigtigt for dig, under dit forløb i Center for Diabetes og Hjertesygdomme (Sundhedsfeltet)?
3. Har du i løbet af de sidste fire måneder, deltaget i aktiviteter i Tingbjerg, hvor der har været fokus på diabetes? (nej; 1-3 aktiviteter, 4-6 aktiviteter, 6+ aktiviteter)

3.2.4 Definition af projektmål 4

Formulering: *At konsolidere samarbejdet mellem SDCC og CFDH om integreret diabetesintervention i udsatte boligområder.*

Erfaringer fra tidligere projekter viser, at et styrket samarbejde og tæt koordinering mellem projektets samarbejdspartnere gavner borgernes patientforløb på flere måder. Et velfungerende samarbejde styrker koordinationen omkring tværfaglige indsatser, som igen understøtter integrerede sociale og sundhedsfaglige initiativer i lokalområdet. Det styrker også borgernes mulighed for at modtage håndholdt social- og sundhedsfaglig støtte gennem hele forløbet, både før, under og efter afsluttet forløb.

Med formålet om at dokumentere, analysere og styrke IDIT-partnerskabets udvikling og organisering, blev der regelmæssigt gennemført en spørgeskemabaseret undersøgelse blandt partnerskabets ledende og udøvende aktører. Undersøgelsen berører syv domæner: Erfaring med Samarbejde, Potentialer, Organisation, Kompetencer, Borgerinddragelse, Kommunikation og Personligt udbytte. I den seneste undersøgelse (Q3 2024) blev yderligere to domæner tilføjet: Mål og milepæl samt Proces og data. Hvert domæne indeholder tre til fem spørgsmål, der besvares på en femtrinsskala fra "meget uenig" (1) til "meget enig" (5).

Værktøjet er udviklet af projektgruppen på SDCC med inspiration fra det australske VicHealth Partnerships Analysis Tool⁵ samt teori om Relationel Koordinering⁶ og Organisatorisk Sundhedskompetence⁷.

Evalueringen er baseret på løbende registrering og analyse af følgende indikator:

- Scoring i besvarelserne af partnerskabsundersøgelsens spørgsmål fra Q2 i 2023 til Q4 i 2024. Mål: En 20% forbedret score i aktørernes besvarelser af spørgsmål i en partnerskabsundersøgelse fra Q2 i 2023 til Q4 i 2024.

3.2.5 Definition af projektmål 5

Formulering: *At udvikle og kommunikere en organisatorisk og økonomisk bæredygtig model for integreret diabetesintervention, som kan forankres i almene boligområder og udbredes til regionens kommuner.*

Den samlede evaluering af IDIT danner grundlag for udviklingen af en model for Integreret Diabetesintervention i Almene Boligområder (IDAB). Modellen er designet til at kunne implementeres i almene boligområder og udbredes til kommunerne i regionen og nationen. Formålet er at skabe mere koordinerede diabetesindsatser tæt på borgernes nærområde, især i boligområder med en høj koncentration af personer med øget risiko for diabetes eller udfordringer med at komme i behandling, nå behandlingsmål eller undgå komplikationer. Derudover kan IDAB styrke partnerskaber for integrerede diabetesindsatser i disse områder.

Denne evaluering vil blive baseret på følgende indikator:

- Påbegyndelse af dialog med kommuner i Region Hovedstaden om implementering af IDAB-modellen ved IDIT's afslutning i Q4 2024. Mål: Der er udviklet en sundhedsøkonomisk vurdering af modellen for Integreret Diabetesintervention i Almene Boligområder (IDAB).

3.2.6 Generelt om dataindsamling og datakvalitet

Evalueringsdata blev løbende indsamlet på følgende måder under IDIT-projektets gennemførelse:

1. Registrering af deltagelse i sundhedsfremmende aktiviteter
2. Registrering af opsporing og henvisning til behandling og rehabilitering
3. Registrering af deltagelse i lokalt rehabiliteringsforløb.
4. Registrering af HbA1c-målinger foretaget blandt borgere der deltager i lokalt rehabiliteringsforløb
5. Spørgeskemabaseret tilfredshedsundersøgelse blandt borgere der deltager i lokalt rehabiliteringsforløb
6. Kvalitativ, interviewbaseret forløbsundersøgelse blandt borgere der deltager i lokalt rehabiliteringsforløb
7. Semistrukturerede interviews og fokusgruppeinterviews med relevante udøvende aktører

I forbindelse med interviews indhentes samtykkeerklæringer fra informanter. Data behandles fortroligt og i henhold til GDPR-regler.

⁵ VicHealth Partnerships Analysis Tool: https://www.vichealth.vic.gov.au/-/media/ResourceCentre/PublicationsandResources/General/VH_Partnerships-Analysis-Tool_web.pdf?la=en&hash=695C103985C0FFA7C66C1C656014773AD6942347

⁶ Relationel Koordinering: <https://www.lederweb.dk/media/1559/relationel-koordinering.pdf>

⁷ OS – et værktøj til udvikling af organisatorisk sundhedskompetence: https://ph.au.dk/fileadmin/ph/Subsites/HealthLiteracy/Aaby_A_Maindal_HT.OS_Et_vaerktoej_til_udvikling_af_organisatorisk_sundhedskompetence_Guide_til_vaerktoejets_anvendelse_2020

Projektet er dataanmeldt i Pactius under journal nr. P-2022-917, og har Videnskabsetisk godkendelse til at gennemføre dataindsamlingen til ovenstående punkt 3 og 4 under projektnummer H-23019734.

3.2.7 Evaluering af projektets gennemførelse

Ved projektets afslutning rundersender SBI-teamet et spørgeskema til projektets ledende og udøvende aktører vedrørende deres tilfredshed med projektets gennemførelse.

3.2.8 Styrker og svagheder ved evalueringsdesignet

Styrker: Evalueringen af IDIT-projektet kombinerer både kvalitative og kvantitative metoder, hvilket er en væsentlig styrke, da de to metodologier supplerer hinanden og giver et mere nuanceret billede af projektets virkninger og effekter. De kvantitative data, herunder deltagerregistrering, HbA1c-målinger og spørgeskemadata, giver objektive målinger af projektets resultater, mens de kvalitative data, herunder interviews og fokusgrupper, giver dybere indsigt i borgernes og aktørernes oplevelser og behov. Denne kombination gør det muligt at belyse og dokumentere såvel konkrete resultater som mere subjektive aspekter af borgernes og aktørernes oplevelser af projektet.

Svagheder: Det kan ikke udelukkes, at målgruppen af mere eller mindre sårbare borgere i Tingbjerg kan have en tendens til at give udtryk for større tilfredshed med projektets aktiviteter og tilbud end hvad projektet fortjener. Dette kan muligvis forstærkes af bydelens (og dermed deltagerens) høje andel af borgere med anden etnisk baggrund end dansk og deraf afledte sproglige og kulturelle udfordringer relateret til at udtrykke sig nuanceret om deres oplevelser af projektet. For at minimere denne risiko arbejder projektet målrettet og vedvarende med at opbygge tillid mellem borgerne og projektets medarbejdere gennem tilstedeværelse, synlighed og respektfuld dialog.

4 Evaluering af projektets målopfyldelse

4.1 Evaluering af projektmål 1

Projektmål 1:

At styrke tidlig opsporing af diabetes og prædiabetes blandt Tingbjergs beboere ved at øge antallet af risiko-profileringstest og HbA1c-test.

4.1.1 IDIT's måltal og resultater

Der er løbende og systematisk udført registrering af borgernes deltagelse i projektets forskellige aktiviteter, antal opsporede tilfælde af prædiabetes og diabetes samt henvisninger til rehabilitering. Disse data blev anvendt til at afrapportere på projektets fremdriftsindikatorer samt følge, hvor godt projektet lykkedes med at fastholde borgere i overgangen mellem forskellige tilbud.

IDIT har defineret konkrete måltal for gennemførelsen af sundhedsfremmende aktiviteter, opsporing af diabetes og påbegyndt rehabilitering i Tingbjerg, hvoraf de fleste af disse måltal er opnået (**tabel 2**). Der har således været gennemført flere aktiviteter (66) med samlet set flere deltagere (941) end forventet (hhv. 50 og 600). Der har været gennemført flere risikotests (312) end forventet (300), men lidt færre opsporende (bekræftende) HbA1c-målinger lokalt i Tingbjerg (134) end forventet (144). Endelig er der flere borgere, der er påbegyndt rehabilitering (152) end forventet (100) og lidt færre borgere, der på baggrund af opsporing af diabetes eller prædiabetes er blevet henvist til rehabilitering (23) og som deltager i rehabilitering (21) end forventet (25).

Tabel 2: Måltal for projektets fremdriftsindikatorer

Indsatsområde	Indikator	Mål	Total
Forebyggelse og sundhedsfremme	Antal aktiviteter gennemført lokalt i Tingbjerg	50	66
	Antal deltagere i de gennemførte aktiviteter*	600	941
Opsporing (risikotest og HbA1c målinger)	Antal gennemførte risikotest ved brug af metoden "Test din Risiko"***	300	312
	Antal deltagere i "høj risiko" eller "meget høj risiko" ud fra risikotest	180	210
	Antal gennemførte opsporende HbA1c-målinger lokalt i Tingbjerg	144	134
	Antal borgere som projektet har opsporet med prædiabetes	14	8
	Antal borgere som projektet har opsporet med diabetes	14	15
Rehabilitering	Antal borgere der ikke er blevet opsporet af projektet, men som deltager i projektets lokale rehabiliteringsforløb***	100	131
	Antal borgere der er blevet opsporet af projektet og deltager i projektets lokale rehabiliteringsforløb	25	21

* Disse tal dækker samtlige deltagere i samtlige projektaktiviteter, og er dermed ikke et udtryk for unikke deltagere.

** "Test din Risiko" er et spørgeskema-baseret værktøj udarbejdet af Diabetesforeningen.

*** Dette er borgere med et HbA1c-niveau > 42 mmol/mol, som primært er henvist til projektet gennem egen læge. Borgerne får råd, vejledning og støtte af projektets diabetessygeplejerske lokalt i Tingbjerg.

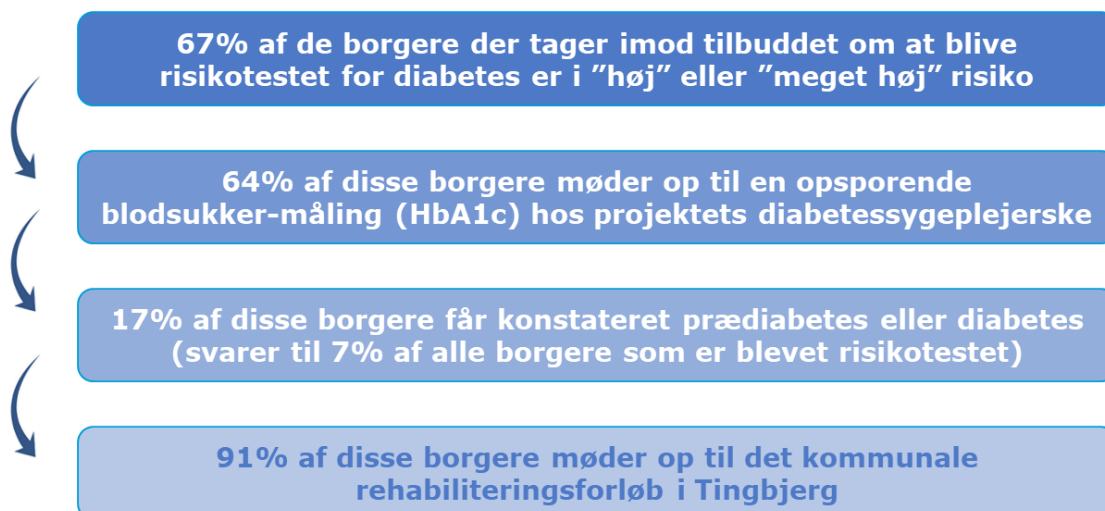
Det er væsentligt at fremhæve, at 11 ud af de 23 borgere, der er blevet opsporet med prædiabetes eller diabetes, var diagnosticeret med diabetes i forvejen. Disse borgere har enten manglet indsigt i deres sygdom eller overskud til at håndtere den. Projektet har således "genfundet" disse borgere og fået dem ind i et lokalt rehabiliteringsforløb. To ud af de 23 opsporede borgere fravalgte tilbuddet om at påbegynde et lokalt rehabiliteringsforløb.

Det er ligeledes vigtigt at fremhæve, at fire ud af de 21 borgere, der deltager i et lokalt rehabiliteringsforløb, ikke er rekrutteret gennem risikotests, som de øvrige borgere. De har derimod selv opsøgt projektets diabetessygeplejerske i lokalområdet for at få foretaget en opsporende HbA1c-måling. Deres fremmøde er primært opstået på baggrund af anbefalinger fra venner, bekendte eller familiemedlemmer, der allerede gennemgår (eller har gennemført) et lokalt rehabiliteringsforløb. Projektet opfatter dette som en systemisk styrke, da det viser, at IDIT's støttestruktur er fleksibelt og bredt kan favne borgere med forskellige motivationer og behov.

Resultaterne viser, at **67%** af de borgere der tog imod tilbuddet om at blive risikotestet var i "høj risiko" eller "meget høj risiko" for at udvikle diabetes. Blandt denne gruppe af borgere tog **64%** imod tilbuddet om at få målt deres HbA1c-niveau lokalt i sundhedsklinikken i Tingbjerg. Blandt denne gruppe af borgere havde **17%** et blodsukkerniveau på 42-47 mmol/mol, som er kriteriet for prædiabetes, eller over 47 mmol/mol, som er kriteriet for diabetes. Blandt denne gruppe af borgere tog **91%** imod tilbuddet om at følge et kommunalt rehabiliteringsforløb lokalt i Tingbjerg (**figur 6**).

Samlet set viser resultaterne, at IDIT har haft betydelig succes med at opnå eller overstige størstedelen af de opstillede måltal, mens enkelte områder har udvist mindre afvigelser fra forventningerne. Andelen af deltagere, der ud fra risikotesten vurderes til at være i "høj" eller "meget høj" risiko (67%), samt de 17%, der får konstateret prædiabetes eller diabetes, ligger uden for projektets direkte indflydelse. Projektet har derimod delvis indflydelse på, hvor mange der møder op til en HbA1c-måling – en andel på 64%. Dette er et område, hvor IDAB fremadrettet vil intensivere indsatsen.

Figur 6: IDIT's bedrifter



Det er væsentligt at fremhæve, at **succeskriteriet** om, at 50 % af de borgere, der vurderes at være i høj eller meget høj risiko baseret på risikoprofileringstesten, skal have foretaget en opsporende HbA1c-test hos CFDH, er blevet opnået. Faktisk er andelen endnu højere, idet 64 % af disse borgere har fået udført en sådan test. Dette resultat er tilfredsstillende og indikerer en stærk indsats på området. Samtidig viser det, at der fortsat er potentiale for forbedring. For at optimere indsatsen ønsker vi i IDAB at styrke vores fokus på at opfordre og hjælpe endnu flere borgere, der scorer højt i risikotesten, til at gennemføre en opsporende HbA1c-måling. Dette vil bidrage til en endnu mere effektiv opsporing og tidlig intervention.

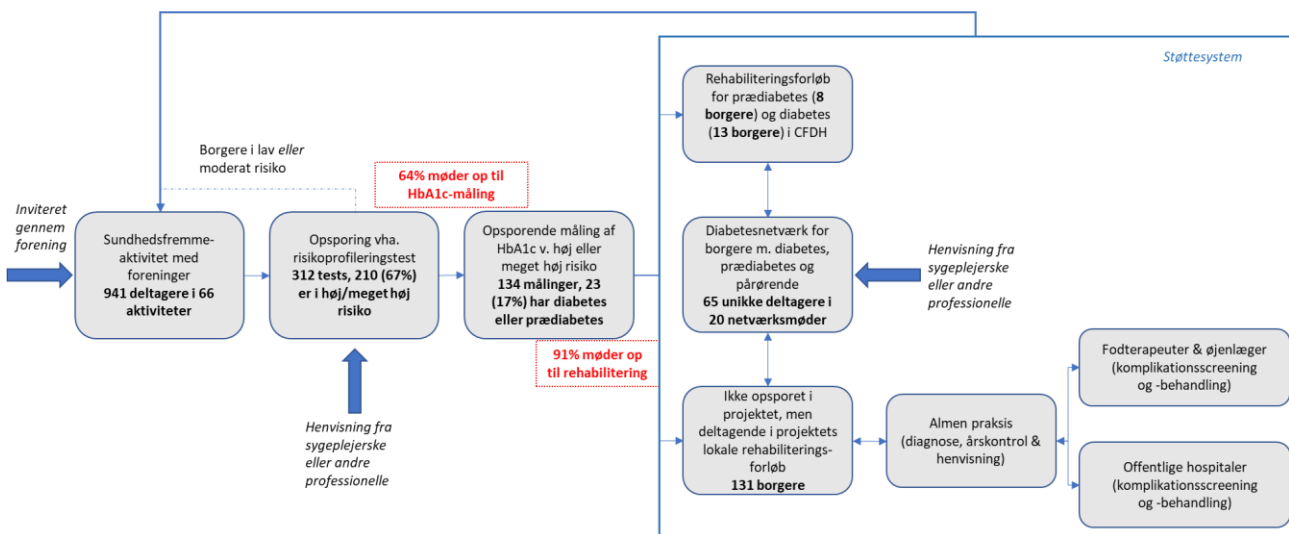
Det er også værd at fremhæve, at **succeskriteriet** om, at 50% af borgerne med en HbA1c-værdi på ≥ 42 mmol/mol henvises til rehabiliteringsforløb i sundhedssystemet, ikke blot er opnået, men markant overgået, idet 91% af denne målgruppe er blevet viderehenvist og har deltaget/deltager i rehabilitering.

4.1.2 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.

Figur 7 viser, at 67% af de borgere, der har taget imod tilbuddet om at blive risikotestet for diabetes, er i "høj" eller "meget høj" risiko, og at 64% 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. 7% af de borgere, som projektet har risikotestet, fået konstateret prædiabetes eller diabetes (dette fremgår ikke af figuren). Af disse borgere har 91% - svarende til 8 borgere med prædiabetes og 13 borgere med diabetes – deltaget i det kommunale rehabiliteringsforløb, som projektet tilbyder. IDIT's støttesystem omfatter dog ikke kun de borgere, der er blevet opsporet med prædiabetes eller diabetes via projektet, men også andre borgere i lokalområdet, som har fået diagnosen uden for projektets rammer, men deltager i de lokale rehabiliteringsforløb. Dette inkluderer 131 borgere, der typisk er blevet henvist af deres egen læge. Samlet set modtager 152 borgere støtte gennem projektets støttesystem, som primært omfatter diabetesnetværket, rehabiliteringen og Social Sundhed.

Figur 7: Flowchart for borgerens vej i IDIT



4.1.3 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 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 har medvirket til udviklingen og implementeringen af IDIT's aktiviteter, hvilket har været med til at sikre aktiviteternes relevans og gavnlighed for de borgere, der lever med diabetes i Tingbjerg, samt deres pårørende. Borgerpanelet har 10 medlemmer, som alle bor i Tingbjerg og 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 de 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. Det første møde i diabetesnetværket blev afholdt i februar 2023, og har siden været en månedlig aktivitet med gennemsnitligt 15 deltagere hver gang.
3. **Et tæt samarbejde med foreningslivet** er etableret gennem projektperioden. Dette giver diabetesnetværkets brugere mulighed for at deltage i den brede vifte af aktiviteter, der foregår i de lokale foreninger. Det gælder f.eks. fælles madlavning, gymnastik, gåture og socialt samvær. Projektets 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.
4. **Et professionelt støttesystem** er etableret og videreudviklet undervejs i projektperioden. Støttesystemet giver de mest sårbare 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.

4.2 Evaluering af projektmål 2

Projektmål 2:

at styrke rehabilitering af diabetes og prædiabetes blandt Tingbjergs borgere, herunder sikre at borgerne opretholder en god regulering af deres diabetes under rehabiliteringsforløbet samt deltager i sundhedsfremmende aktiviteter i lokalsamfundet.

4.2.1 Udvikling i HbA1c-niveau hos borgere i rehabilitering

Tabel 2 viser, at 25 beboere i Tingbjerg er blevet opsporet med prædiabetes eller diabetes igennem projektets aktiviteter og risikoprofileringstests. Heraf har 21 borgere takket ja til et lokalt rehabiliteringsforløb i Tingbjerg. Borgerne der opstarter rehabiliteringsforløb får målt deres HbA1c ved opstart, efter 4 måneder, efter yderligere 4 måneder og 1 år efter opstart. På tidspunktet for udarbejdelsen af denne rapport har ikke alle borgere nået at få foretaget alle fire målinger. Dog har 17 borgere gennemført minimum to målinger. **Tabel 3** viser udviklingen i HbA1c-målinger blandt de borgere der deltager i lokal rehabilitering.

De gennemsnitlige ændringer i HbA1c-niveaet (Diff.) er beregnet på baggrund af borgernes første måling ved opstart og deres sidste tilgængelige måling efter op til 12 måneders rehabilitering. I gennemsnit falder borgernes HbA1c-værdier med 2,8 mmol/mol, svarende til et fald på 4 % mellem deres første og sidste måling. Dog er der to borgere (Borger ID 8 og 9), hvis HbA1c-niveau er steget markant fra henholdsvis 59 til 73 mmol/mol og fra 80 til 120 mmol/mol. Denne stigning skyldes, at de midlertidigt stoppede med at tage deres medicin under ferie og ramadan. Dette fremhæver et vigtigt fokusområde for IDAB: at ferieperioder og religiøse højtider kan påvirke medicinhåndtering og HbA1c-niveauer.

Ud af de 18 borgere, der har fået foretaget minimum to HbA1c-målinger, oplever 9 borgere en forbedring i deres HbA1c-niveau mellem første og sidste måling, mens 8 borgere oplever en forværring. Dette svarer til, at 53 % af borgerne opnår en forbedring af deres HbA1c-niveau efter 12 måneder. **Succeskriteriet** om, at 80% af dem der deltager i et rehabiliteringsforløb samt takker ja til at blive fulgt med HbA1c-målinger, skal opretholde eller forbedre deres HbA1c baseret på fire målinger i løbet af ét år, er derfor ikke opnået.

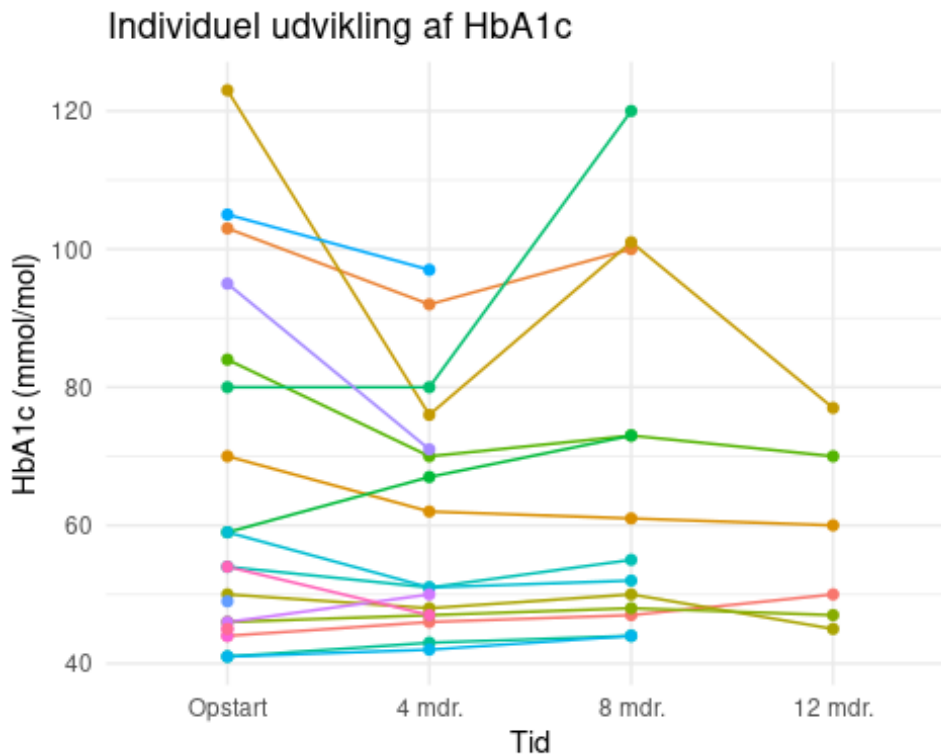
Tabel 3: Udvikling i HbA1c hos borgere i lokal rehabilitering

Borger ID	Opstart	4 mdr.	8 mdr.	12 mdr.	Diff.	Diff. (%)
1	44	46	47	50	6	14%
2	103	92	100		-3	-3%
3	70	62	61	60	-10	-14%
4	123	76	101	77	-46	-37%
5	50	48	50	45	-5	-10%
6	46	47	48	47	1	2%
7	84	70	73	70	-14	-17%
8	59	67	73	67	8	14%
9	80	80	120		40	50%
10	41	43	44		3	7%
11	54	51	55		1	2%
12	59	51	52		-7	-12%
13	41	42	44		3	7%
14	105	97			-8	-8%
15	49				0	0%
16	95	71			-24	-25%
17	46	50			4	9%
18	45				0	0%
19	44				0	0%
20	54	47			-7	-13%
21	45	45			0	0%
Gennemsnit	63,7	60,3	66,8	58,2	-2,8	-4%

Figur 8 illustrerer de individuelle ændringer i HbA1c for alle borgere i rehabiliteringsforløbet. Hver linje repræsenterer en enkelt borgers HbA1c-værdier ved opstart, efter 4 måneder, efter yderligere 4 måneder og efter 1 år.

Grafen fremhæver variationen i ændringer mellem deltagerne. De fleste borgere oplever markante forbedringer i deres HbA1c-værdier over tid, mens andre viser stigninger, herunder to borgere med væsentlige stigninger, der kan tilskrives midlertidigt ophør med medicinering.

Figur 8: *Individuel udvikling i HbA1c-niveauer over tid, målt ved opstart samt efter 4, 8 og 12 måneder*



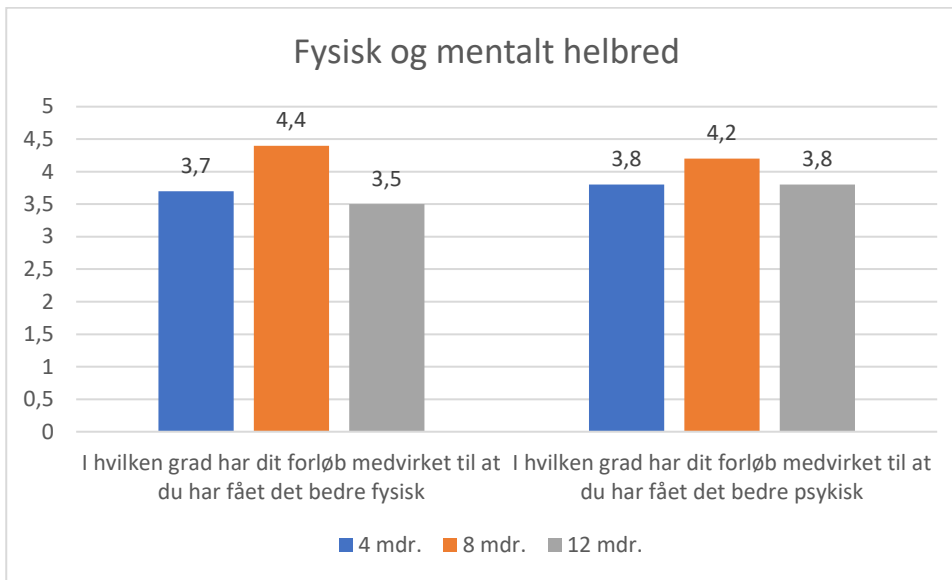
4.2.2 Fysisk og mentalt helbred hos borgere i rehabilitering

Rehabilitering udgør en væsentlig del af interventionskomponenterne i IDIT og er en kerneindsats i projektet. Samtidig med at borgerne får målt deres HbA1c, tilbydes de at udfylde et spørgeskema. På samme måde som for HbA1c-målingerne administreres spørgeskemaet ved fire tidspunkter: ved opstart, efter 4 måneder, efter yderligere 4 måneder og 1 år efter opstart. Det skal dog bemærkes, at ved tidspunktet for udarbejdelsen af denne rapport har ikke alle borgere nået at gennemføre alle fire målinger.

Spørgeskemaet består af syv spørgsmål, der omhandler brug af aktiviteter under rehabiliteringsforløbet, tilfredshed med rehabiliteringsforløbet samt fysisk og mentalt helbred. Spørgsmålene besvares på en femtrinsskala fra "meget uenig" (1) til "meget enig" (5).

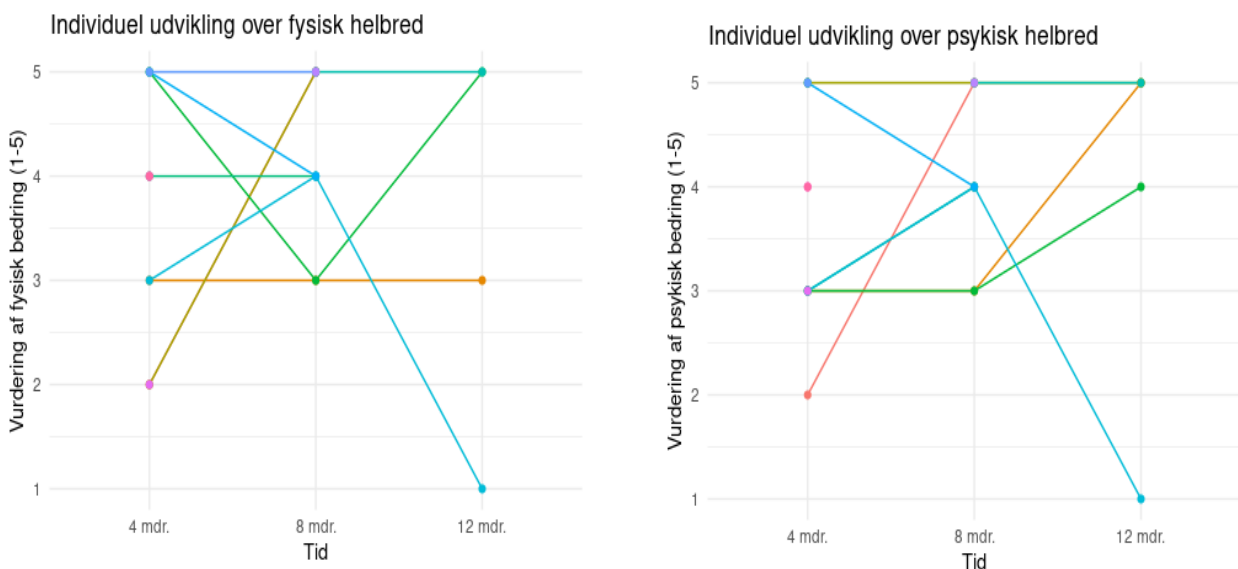
Figur 9 præsenterer et uddrag af resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen der omhandler ændringer i borgernes fysiske og psykiske helbred.

Figur 9: Gennemsnit af spørgeskemabesvarelser efter 4, 8 og 12 måneders forløb



Tallene repræsenterer gennemsnitssvar på en skala fra 1-5 (1 = I lav grad, 5 = I meget høj grad). I alt har 12 personer svaret efter 4 måneder, 11 personer efter 8 måneder og 4 personer efter 12 måneder. Figuren viser, at rehabiliteringsforløbet generelt har haft en positiv effekt på borgernes fysiske og psykiske helbred. Der ses begrænset variation mellem de tre måletidspunkter, dog en lille forbedring af fysisk og psykisk helbred mellem 1. og 2. måling samt et lille fald fra 2. til 3. måling. Det skal dog bemærkes, at antallet af svar varierer mellem måletidspunkterne, hvilket kan påvirke gennemsnittet. For at supplere denne analyse præsenteres spaghettiplot nedenfor (**Figur 10 og 11**), som viser de individuelle forløb mellem start- og slutmåling.

Figur 10 og 11: Individuel ændring i fysisk og psykisk helbred over tid: efter 4, 8 og 12 måneders forløb



Graferne viser, at alle deltagere, med undtagelse af én, oplever enten en forbedring eller en stabil udvikling i deres fysiske og psykiske helbred under forløbet. Den ene deltager, der oplever en forværring, har haft personlige udfordringer, som kan have påvirket forløbet negativt.

4.2.3 Borgerinterviews

Der er udført fem interviews med borgere som er eller har været i rehabiliteringsforløb i Tingbjerg. Alle informanter giver udtryk for, at de finder det meningsfuldt at deltage i projektet og modtage støtte i forbindelse med rehabilitering. De fremhæver, at projektet hjælper dem med at mestre deres egen sundhed og håndtere de udfordringer, der følger med diabetes. De oplever, at den støtte, de modtager, ikke blot retter sig mod sygdomshåndtering, men også mod at skabe en dybere forståelse af deres egen situation og muligheder. Informanterne oplever, at de bliver mødt med respekt og forståelse, som har skabt trygge og inkluderende rammer. Denne tilgang har været afgørende for, at de har haft modet til at deltage og engagere sig aktivt i rehabiliteringen. Projektets aktiviteter giver dem adgang til et fællesskab, hvor de kan udveksle erfaringer med andre i samme situationen. De beskriver, hvordan det at dele deres oplevelse med andre mindsker ensomhed og samtidig motiverer dem til at tage ansvar for deres egen sundhed. Samlet set beskriver alle informanterne projektet som en meningsfuld støtte, der ikke blot hjælper dem med deres sundhed, men også styrker deres tilknytning til fællesskabet og giver dem en tro på, at de kan klare de udfordringer, de står overfor.

4.2.4 Aktørinterviews

Der er gennemført syv aktørinterviews, herunder to fokusgruppeinterviews, som har bidraget med vigtig viden om *best practice* for interventionskomponenterne. Blandt de væsentligste indsigter er betydningen af et godt samarbejde mellem aktørerne for en succesfuld gennemførelse af sundhedsfremme, opsporing og rehabilitering.

Effektiv kommunikation og fysisk tilstedeværelse er afgørende for at etablere og fastholde samarbejde mellem aktørerne samt for at være tilgængelige for beboerne.

For at sikre beboernes deltagelse i rehabilitering er det essentielt, at aktørerne skaber trygge rammer og opbygger stærke relationer. Den håndholdte støtte og aktørernes kendskab til beboerne styrker tillid og fremmøde. Diabetesnetværket spiller en særlig rolle ved at tilbyde et lokalt og trygt miljø, hvor beboerne kan dele erfaringer og danne relationer. Dette bidrager væsentligt til deres fastholdelse i rehabiliteringsforløbet.

4.3 Evaluering af projektmål 3

Projektmål 3:

At gennemføre diabetesforebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter, som Tingbjergs borgere er med til at udvikle, deltager i og er tilfredse med.

4.3.1 IDIT's forebyggende og sundhedsfremmende indsats

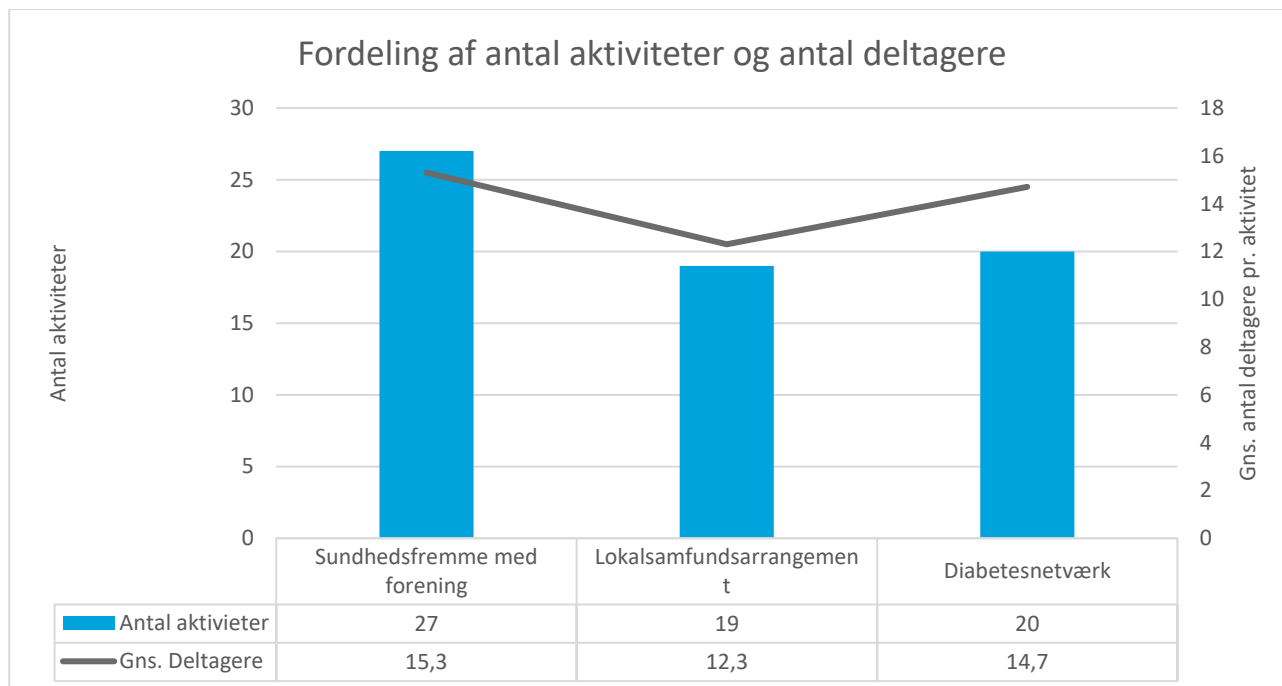
IDIT's sundhedsfremmende aktiviteter er opsporende aktiviteter i projektet. Disse aktiviteter udføres i samarbejde med lokale foreninger eller aktører, og er forankret i netværk og aktiviteter i lokalsamfundet. De sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter er målrettet enten 1) borgere i risiko for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

- a. **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.

- b. **Lokalsamfundsarrangementer:** IDIT deltager som aktør i større bydelsdækkende arrangementer med fokus på at oplyse om indsatsen og rekruttere deltagere til de forskellige aktiviteter og tilbud.
- c. **Diabetesnetværk:** Et socialt fællesskab for personer med diabetes, prædiabetes og pårørende. Der er et fagligt indhold på netværksmøderne, og der sluttet af med fællesspisning.

Figur 12 viser fordelingen af aktiviteterne i de tre kategorier samt det gennemsnitlige antal deltagere, der deltager i aktiviteterne. **Bilag 2** viser en tabel over hvilke aktiviteter vi har udført, temaet for aktiviteten, dato, den fysiske arena det afholdes i samt antal deltagere.

Figur 12: Fordeling af aktiviteterne i de tre kategorier samt det gennemsnitlige antal deltagere



Figuren viser, at der er gennemført flest aktiviteter i kategorien 'Sundhedsfremme med forening' (27), mens 'Lokalsamfundsarrangementet' har færrest aktiviteter (19). Desuden fremgår det, at den gennemsnitlige deltagelse pr. aktivitet er højest i "Sundhedsfremme med forening" og "Diabetesnetværk" med 15 deltagere i begge kategorier, efterfulgt af "Lokalsamfundsarrangementet" med gennemsnitligt 12 deltagere.

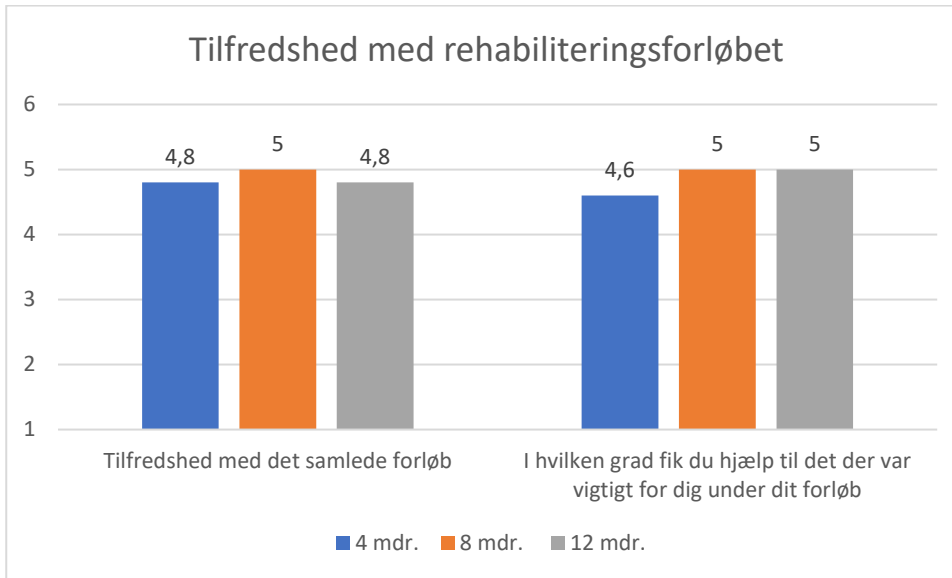
4.3.2 Tilfredshed med rehabiliteringsforløb

Som tidligere nævnt (under evalueringen af projektmål 2) får borgerne i rehabiliteringsforløbet mulighed for at besvare et spørgeskema på fire tidspunkter: ved opstart, efter 4 måneder, efter yderligere 4 måneder og 1 år efter opstart. Spørgeskemaet indeholder syv spørgsmål, der vedrører brug af aktiviteter i rehabiliteringsforløbet, tilfredshed med forløbet samt vurdering af fysisk og mentalt helbred. Svarene indsamles på en femtrinsskala fra "meget uenig" (1) til "meget enig" (5).

Det skal bemærkes, at ikke alle borgere på tidspunktet for udarbejdelsen af denne rapport har nået at gennemføre alle fire målinger.

Nedenfor præsenterer et uddrag af resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, der illustrerer ændringer i borgernes tilfredshed med deres rehabiliteringsforløb (**figur 13**) og deres deltagelse i aktiviteter (**figur 14**).

Figur 13: Gennemsnitlige værdier fra spørgeskemabesvarelser, der viser borgernes tilfredshed med rehabiliteringsforløbet ved 4, 8 og 12 måneders forløb



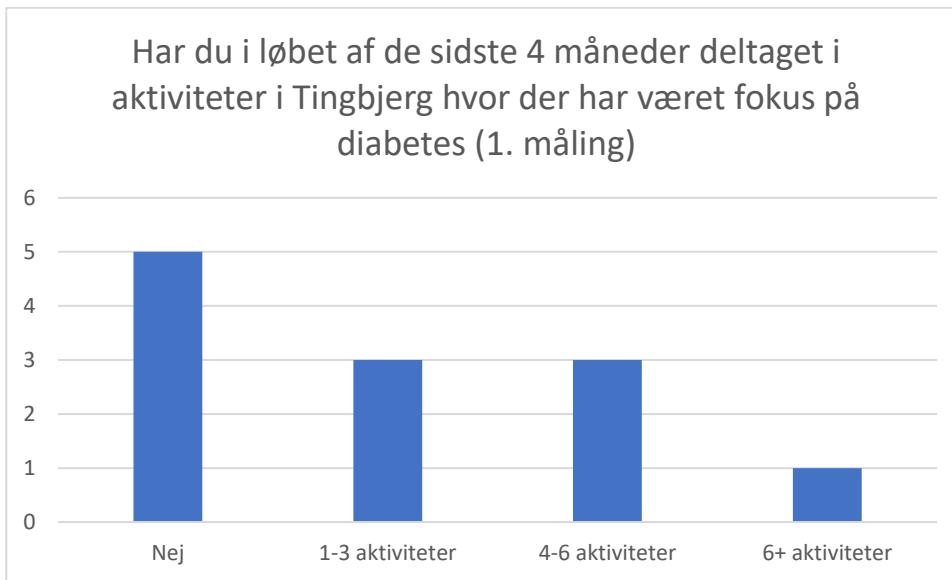
Tallene repræsenterer gennemsnitssvar på en skala fra 1-5 (1 = meget utilfreds, 5 = meget tilfreds). I alt har 12 personer svaret efter 4 måneder, 11 personer efter 8 måneder og 5 personer efter 12 måneder. Figuren viser, at den gennemsnitlige tilfredshed er høj ved alle tre måletidspunkter med begrænset variation over tid, hvilket indikerer en stabil og vedvarende tilfredshed. Det skal dog bemærkes, at antallet af svar varierer mellem måletidspunkterne, hvilket kan påvirke gennemsnittet.

Som tidligere nævnt, var **succeskriteriet** i projektmål 3, at opnå en 20% stigning i tilfredsheden på spørgsmålene i brugertilfredshedsundersøgelsen fra det første til det andet interventions-år. Dette mål har imidlertid ikke kunnet opfyldes, da deltagerne allerede fra starten udtrykte en meget høj grad af tilfredshed. Det kan dog alligevel konkluderes, at projektmålet er opfyldt, da tilfredsheden har været konsistent høj på alle tre måletidspunkter over et år.

4.3.3 Borgernes deltagelse i aktiviteter under rehabilitering

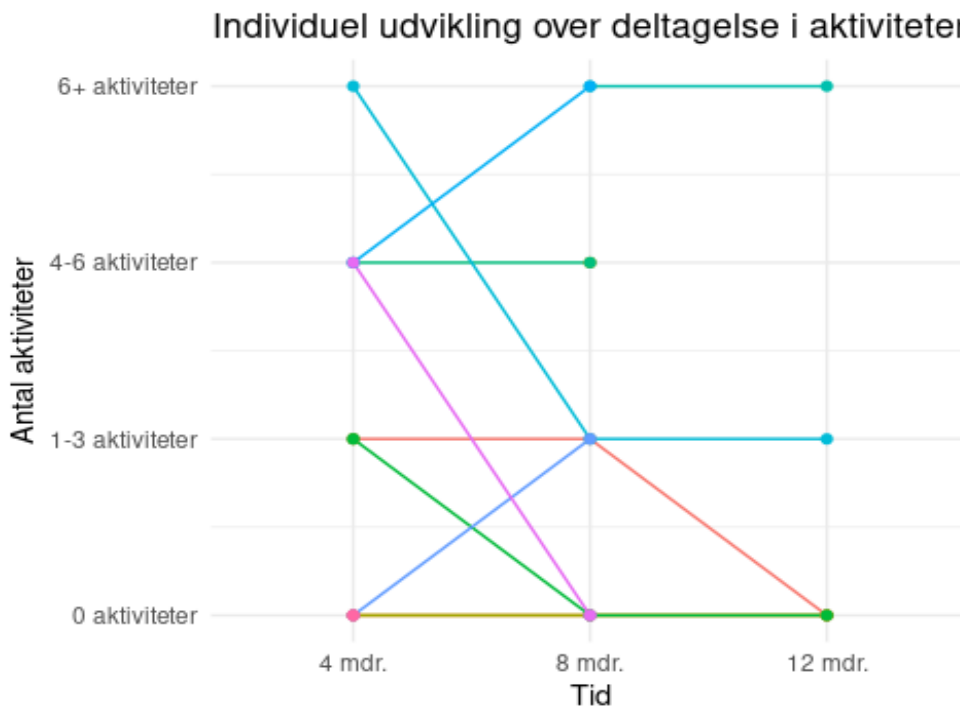
I det førnævnte spørgeskema, skal deltagerne ligeledes svare på om de i løbet af de sidste fire måneder har deltaget i aktiviteter i Tingbjerg, hvor der har været fokus på diabetes? **Figur 14** viser deres deltagelse efter fire måneders rehabiliteringsforløb, mens **figur 15** viser deres deltagelse i aktiviteter over tid, i rehabiliteringsforløbet.

Figur 14: Borgernes deltagelse i aktiviteter under deres rehabiliteringsforløb efter 4 måneders forløb



Tallene repræsenterer antallet af aktiviteter som borgerne har deltaget i efter 4 måneders forløb. I alt har 12 personer besvaret spørgsmålet. Figuren illustrerer, at størstedelen (7 ud af 12 personer) har deltaget i mindst én aktivitet i løbet af de seneste 4 måneder af deres forløb. De fleste har deltaget i 1-6 aktiviteter, mens 5 personer angiver, at de ikke har deltaget i nogen aktiviteter. For at supplere denne analyse præsenteres spaghettiplot nedenfor, som viser de individuelle ændringer i deltagelse i aktiviteter mellem start- og slutmåling.

Figur 15: Individuel udvikling over deltagelse i aktiviteter efter 4, 8 og 12 måneders forløb



Figuren viser individuelle ændringer i borgernes deltagelse i aktiviteter efter 4, 8 og 12 måneders rehabiliteringsforløb. Det fremgår, at nogle borgere øger deres deltagelse, mens andre reducerer antallet af aktiviteter, de deltager i. De fleste borgere fastholder et stabilt niveau af aktivitet gennem forløbet. Figuren

illustrerer dermed variationen i borgernes engagement i aktiviteter over tid og fremhæver, at rehabiliteringsforløbet påvirker deltagerne forskelligt.

4.4 Evaluering af projektmål 4

Projektmål 4:

At konsolidere samarbejdet mellem SDCC og CFDH om integreret diabetesintervention i almene boligområder (IDAB).

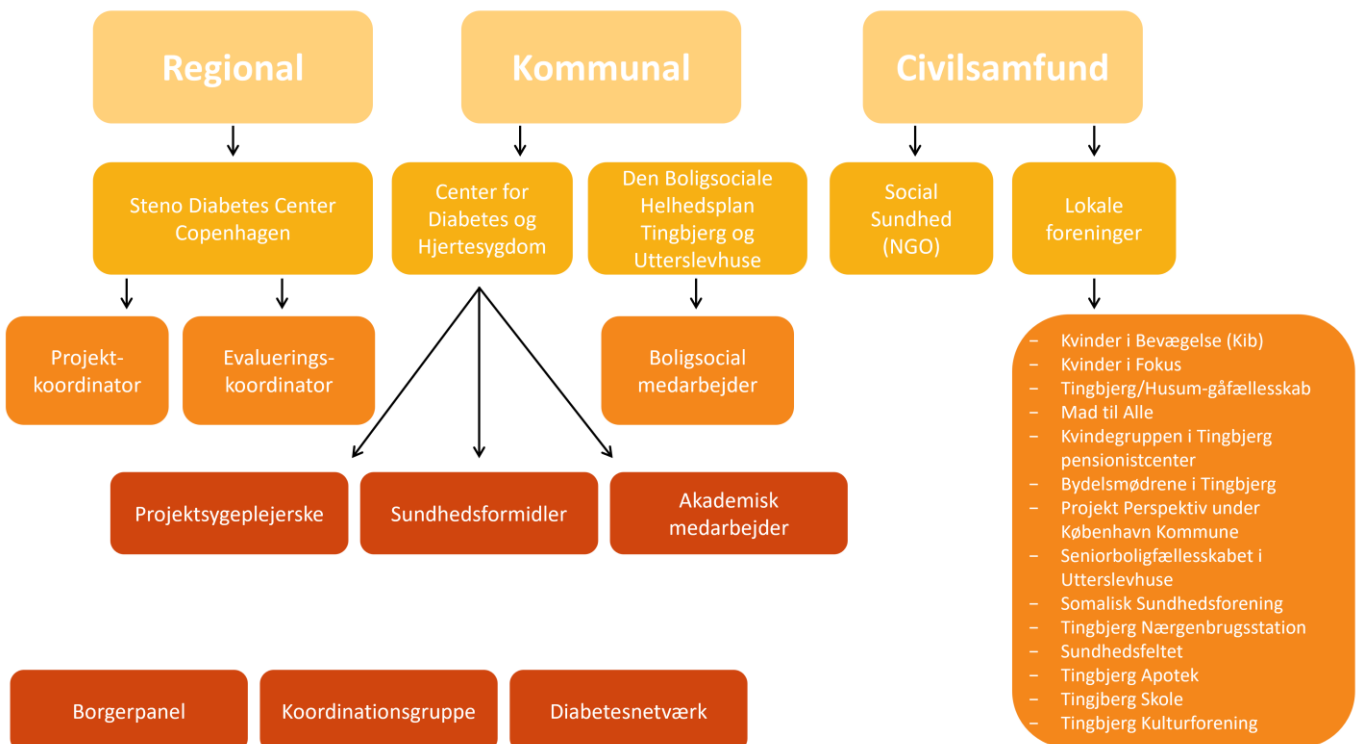
4.4.1 Aktører i IDIT

IDIT har både kommunale, regionale og civilsamfundsaktører. Alle aktører har haft en understøttende rolle for borgernes vej gennem støttesystemet – dette særligt gennem lokal tilstedeværelse samt håndholdt støtte. **Figur 16** giver et overblik over aktører i IDIT.

Regionale og kommunale aktører:

I IDIT er Steno Diabetes Center Copenhagen (SDCC) hovedaktør med en projektkoordinator, en evalueringsmedarbejder og en leder, der alle deltager i koordinations- og projektpartnergrupperne. De kommunale aktører omfatter Center for Diabetes og Hjertesygdomme (CFDH), som bidrager med sundhedsprofessionelle medarbejdere, og den boligsociale helhedsplan i Tingbjerg og Utterslevhuse, som stiller en boligsocial medarbejder til rådighed. Deres rolle er at understøtte de tre kerneområder i IDIT: 1) Sundhedsfremme og forebyggelse, 2) målrettet og aktiv opsporing af diabetes samt 3) behandling og rehabilitering af diabetes.

Figur 16: Overblik over aktører i IDIT



Civilsamfundsaktører:

Social Sundhed tilbyder håndholdt støtte til borgere fra lokalområdet i mødet med sundhedsvæsenet og er en vigtig del af IDIT's tværfaglige indsats i lokalområdet. Formålet med partnerskabet er at opbygge og understøtte et lokalt samarbejde på projektet, som gavner målgruppens møde og udbytte af sundhedsvæsenet. Yderligere er Social Sundhed en forankret del af IDITs helhedsorienterede og tværfaglige organisering gennem fysisk tilstedeværelse, vidensopsamling og deltagelse i diabetesrelaterede indsatser for beboere i nærområdet.

4.4.2 IDIT's partnerskab

Samskabelse mellem partnerskabets aktører er en helt central del af indsatsen. For at understøtte udviklingen og evalueringen af samarbejdet er der gennem projektperioden løbende gennemført spørgeskemaundersøgelser blandt alle aktører på kommunalt og regionalt niveau. Det skal bemærkes, at Social og Sundhed først blev en del af projektet sent og derfor ikke har deltaget i undersøgelsen.

Partnerskabsundersøgelsen består af et spørgeskema, der besvares halvårligt af projektmedarbejderne, efterfulgt af dialogmøder. Spørgeskemaet omhandler forbedringspotentialer i samarbejdet om IDIT, der drøftes på efterfølgende dialogmøder. Disse drøftelser danner grundlag for justeringer af partnerskabets organisering og arbejdsgange. I alt er der gennemført fem spørgeskemaundersøgelser (Q2 2022, Q1 2023, Q2 2023, Q1 2024 og Q3 2024) samt fire dialogmøder (Q1 2023, Q2 2023, Q1 2024 og Q3 2024). Den første undersøgelse fokuserede på forventninger til partnerskabet, mens de efterfølgende er baseret på egentlige erfaringer.

Undersøgelsen berører syv domæner: Erfaring med Samarbejde, Potentialer, Organisation, Kompetencer, Borgerinddragelse, Kommunikation og Personligt udbytte. I den seneste undersøgelse (Q3 2024) blev yderligere to domæner tilføjet: Mål og milepæl samt Proces og data. Hvert domæne indeholder tre til fem spørgsmål, der besvares på en femtrinsskala fra "meget uenig" (1) til "meget enig" (5).

Følgende afsnit præsenterer et uddrag af undersøgelsens resultater, der berører domænerne *Potentialer* og *Kommunikation* (**figur 17** og **18**). Disse to områder har vist sig at være særligt centrale for diskussioner og nødvendige justeringer i partnerskabet og anses som essentielle for et effektivt samarbejde. De resterende resultater fra partnerskabsundersøgelsen er vedlagt som **bilag 3**.

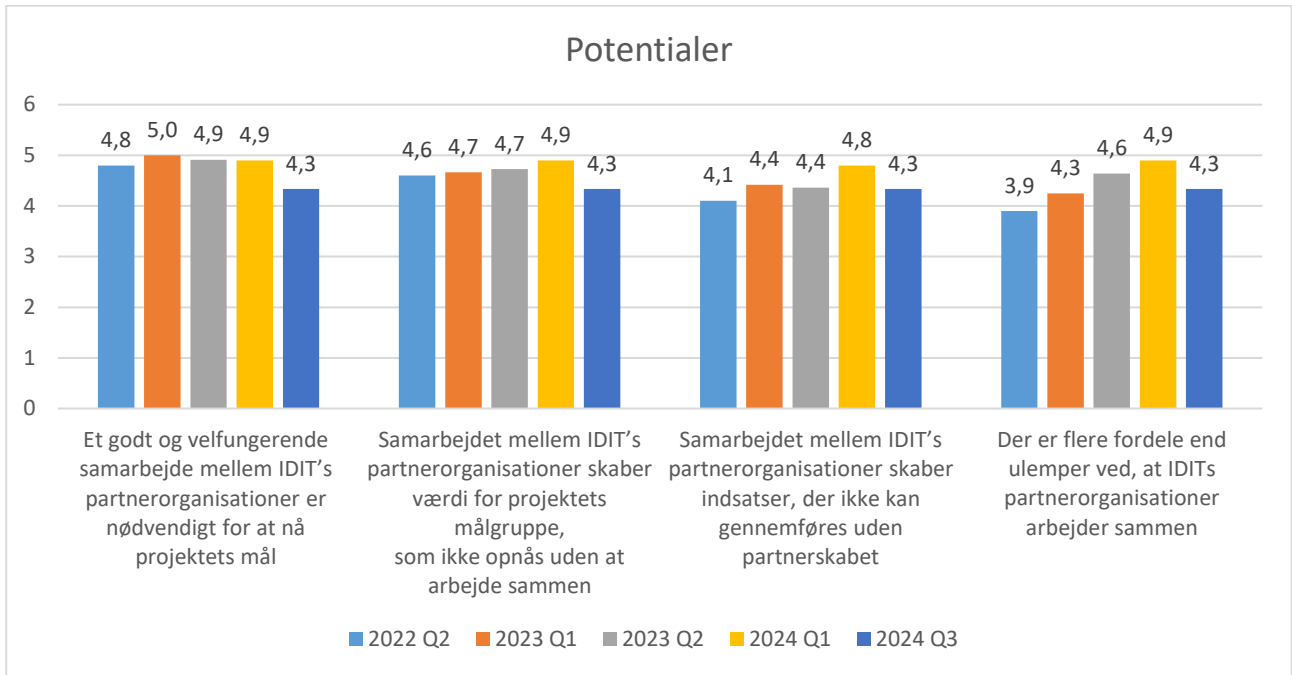
Potentialer i partnerskabet

Potentialerne for partnerskabet scorer generelt højt på alle spørgsmål gennem projektperioden. Fra starten ses en stigning frem til Q1 2024, hvor de højeste scorer opnås. Herefter sker der et fald i scoren ved Q3 2024 på tværs af alle fire spørgsmål.

Dette fald er overraskende, da vi har haft, og stadig har, en stærk formodning om, at samarbejdet med IDIT's partnerorganisationer er afgørende for at nå projektets mål. Partnerskabet forventes at bidrage til både projektets succes og til at skabe værdi for borgerne gennem et styrket samarbejde mellem aktørerne.

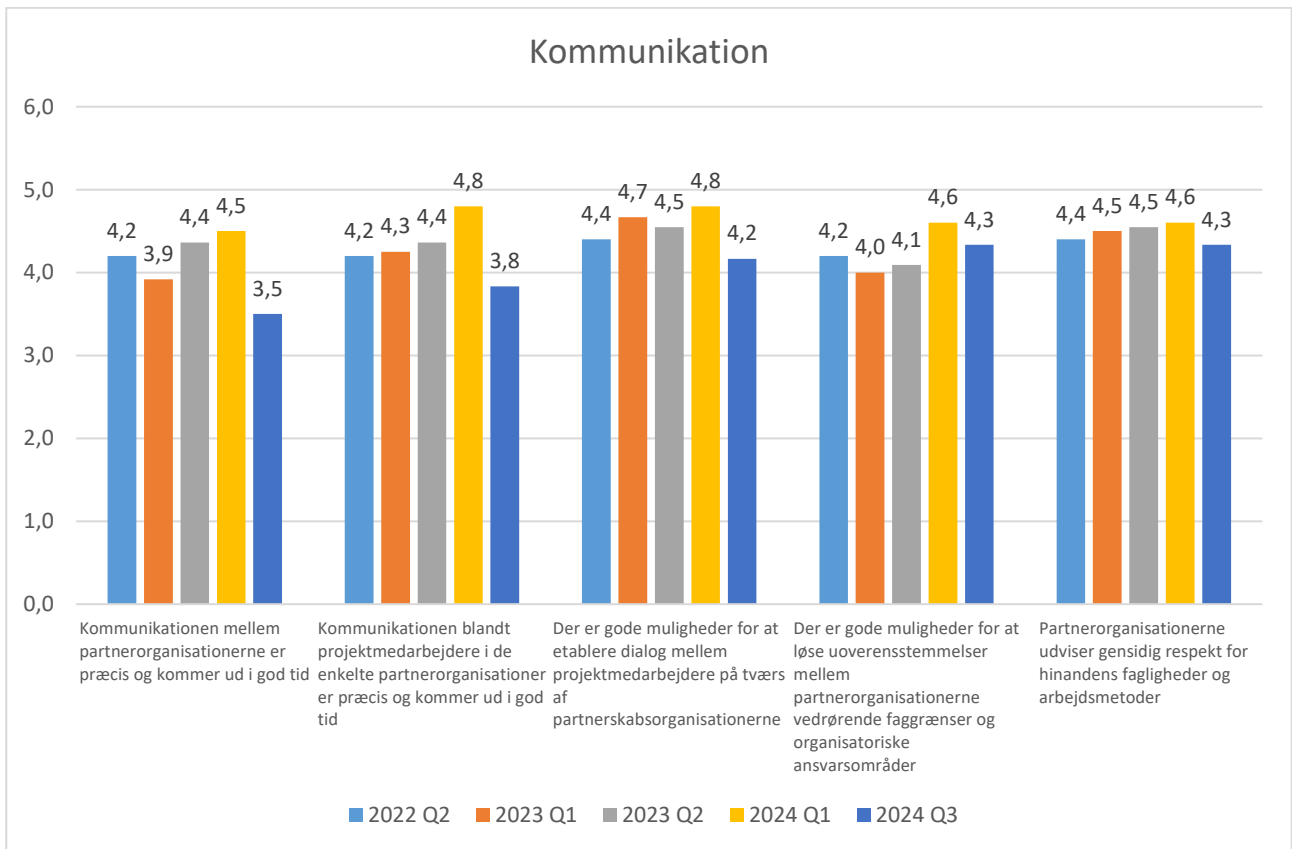
En mulig forklaring på faldet i scoren fra Q1 2024 til Q3 2024 er, at det er en periode i projektet hvor der har været en stor udskiftning i projektgruppen. Udskiftningen har medført nye samarbejdsrelationer og en periode, hvor nye aktører har skullet lære hinanden og projektet at kende. Dette blev også drøftet på det efterfølgende dialogmøde, hvor det blev fremhævet som en mulig årsag til variationen i scoren.

Figur 17: Gennemsnit af spørgeskemabesvarelser i Q2 2022, Q1 2023, Q2 2023, Q1 2024 og Q3 2024



Kommunikation i partnerskabet

Figur 18: Gennemsnit af spørgeskemabesvarelser i Q2 2022, Q1 2023, Q2 2023, Q1 2024 og Q3 2024



Kommunikation mellem partnerskabets aktører har generelt udviklet sig positivt gennem projektperioden og scorer højt på tværs af de fleste spørgsmål. Her ses ligeledes en stigning i score frem til Q1 2024, hvor de højeste scorer opnås. Herefter sker der et fald i scoren ved Q3 2024 på tværs af alle fem spørgsmål. På dialogmøder er det blevet fremhævet, at denne udvikling muligvis skyldes den store udskiftning i projektgruppen, og en kort periode med manglende personer på posterne. Dette har resulteret i at nogle beskeder ikke er nået frem til partnerne og at nogle aftaler ikke har kunnet gennemføres samt usikkerhed om hvordan projektet skulle drives videre i den afsluttende fase.

Succeskriteriet for projektmål 4, var en 20% forbedret score i aktørernes besvarelser af spørgsmål i en partnerskabsundersøgelse fra Q2 i 2023 til Q4 i 2024. Dette er ikke opnået.

Det er vigtigt at bemærke, at partnerskabsundersøgelsen kun besvares af 6-8 personer, hvilket gør resultaterne sårbare over for udsving. I Q3 2024 skyldes faldet i gennemsnittet, at én person generelt har afgivet med en lavere score.

4.5 Evaluering af projektmål 5

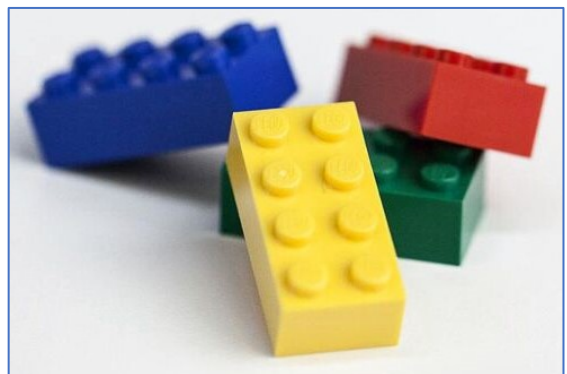
Projektmål 5:

At udvikle og kommunikere en organisatorisk og økonomisk bæredygtig model for integreret diabetesintervention, som kan forankres i udsatte boligområder og udbredes til regionens kommuner.

4.5.1 Model for IDAB

Modellen for Integreret Diabetesintervention i Almene Boligområder (IDAB-modellen) er baseret på erfaringerne og resultaterne fra IDIT-projektet. I god dialog med BL - Danmarks Almene Boliger og Landsbyggefonden er det målet at udvikle en bæredygtig model for etablering og forankring af en integreret diabetesindsats i almene boligområder i Danmark. Denne sektor omfatter cirka 1 million mennesker, og huser en stor del af landets mest udsatte borgere. For at leve op til behovet for at være nyttig i alle slags almene boligområder, rummer IDAB-modellen følgende tre komponenter:

1. En indledende beskrivelse og operationalisering af modellen samt dokumentation af hvilke **omkostninger og gavnlige effekter** (relateret til sundhed, samarbejde og økonomi) man kan opnå ved at etablere en integreret diabetesindsats. Beskrivelsen er baseret på IDIT-projektets evalueringer, beregninger og resultater.
2. En detaljeret anvisning til hvordan man **kortlægger den lokale kontekst** i et boligområde. Konteksten er inddelt i følgende fem ressourcer (vi kalder dem byggeklodser), der tilsammen danner resourcegrundlaget for et givent boligområde:



- Tilstedeværelse af kommunale sundhedstilbud og sundhedsfaciliteter i boligområdet.
- Tilstedeværelse af boligsociale ressourcer (herunder helhedsplaner) og tiltag i boligområdet.
- Tilstedeværelse af tværfaglige og tværsektorielle partnerskaber i boligområdet.
- Tilstedeværelse af sociale fællesskaber, netværk og foreninger i boligområdet.
- Tilstedeværelse af lokale traditioner, arrangementer og aktiviteter i boligområdet.

For hver af de fem ressourcer vil en række spørgsmål skulle besvares af centrale lokale partnere (herunder kommune og boligforening) for at afdække ressourcernes tilstedeværelse, omfang og

funktionalitet i boligområdet. Dette omsættes til en score for hver ressource, som bruges i komponent 3 til at præcisere anbefalingen af konkrete indsatser.

3. En detaljeret anvisning til hvordan man **omsætter ressourcegrundlaget til konkret handling**. Modellen rummer ni indsatspakker med beskrivelser af forskellige aktiviteter, der kræver forskellige ressourcer at gennemføre. Alle forslag til aktiviteter fremstår i tre varianter. For et givent boligområde vil modellen anbefale den indsatspakke, der vurderes at passe bedst til det pågældende boligområdes ressourcegrundlag. Det endelige valg af indsatspakke og aktiviteter foretages i dialog og forhandling mellem centrale lokale aktører. Udgangspunktet for de ni indsatspakker er angivet i nedenstående tabel, hvor et kryds (som bliver omsat til en score efter gennemført kortlægning af den lokale kontekst) angiver tilstedeværelsen af en given ressource i boligområdet. Et eksempel: Hvis et boligområde scorer lavt på kommunale sundhedstilbud, men højt på boligsociale ressourcer, vil modellen anbefale Indsatspakke 2 eller 7 (afhængig af scoringerne for boligområdets øvrige ressourcer) og fremsætte tre forslag til implementering af sundhedstiltag (fx oplysning om tilbud på kommunalt sundhedscenter, periodisk fysisk tilstedeværelse, og etablering af et lokalt sundhedshus) samt tre forslag til yderligere styrkelse af de boligsociale tiltag i boligområdet (fx involvering af lokale foreninger, træning af sundhedsambassadører, og etablering af et lokalt diabetesnetværk).

4.5.2 Sundhedsøkonomisk analyse

IDIT-projektet har foretaget en grundig registrering af den tid, som projektmedarbejdere og eksterne samarbejdspartnere – herunder medlemmer af IDIT's borgerpanel og lønnede medarbejdere fra NGO'en Social Sundhed – har anvendt på henholdsvis **projektudviklingsaktiviteter** (såsom møder og workshops) og **sundhedsfremmende aktiviteter** (f.eks. aktiviteter i diabetesnetværket og foreningslivet). Samlet set blev der registreret 5.112 arbejdstimer fordelt på forskellige stillingskategorier. IDIT har også indhentet timebaserede lønningsniveauer for alle involverede stillingskategorier blandt projektets samarbejdspartnere. På den baggrund er projektets samlede udgift til lønninger forbundet med udvikling og implementering (ikke projektledelse, rehabilitering og evaluering) beregnet til i alt 904.319 kr. i perioden 2022-2024 (3 år). Dertil skal lægges projektets samlede udgifter til materialer, madvarer, lokaler, opsporende HbA1c-målinger m.v. på i alt 133.725 kr. for at beregne IDIT-projektets samlede reelle udgifter på 1.038.045 kr.

De detaljerede sundhedsøkonomiske analyser fra IDIT-indsatsen kan overføres til IDAB-projektet, men kræver visse justeringer og antagelser. For IDAB har vi gjort følgende antagelser:

1. **Overførsel af læring fra IDIT til IDAB:** I IDAB reduceres projektudviklingsomkostningerne med 50%, da erfaringer fra IDIT kan genbruges, hvilket reducerer behovet for projekt- og koordineringsmøder.
2. **Forberedelsestid:** I IDAB tilføjes en ekstra tidsforbrugspost på 50% af de registrerede arbejdstimer som forberedelsestid for medarbejdere, hvilket afspejler en realistisk arbejdsbelastning.

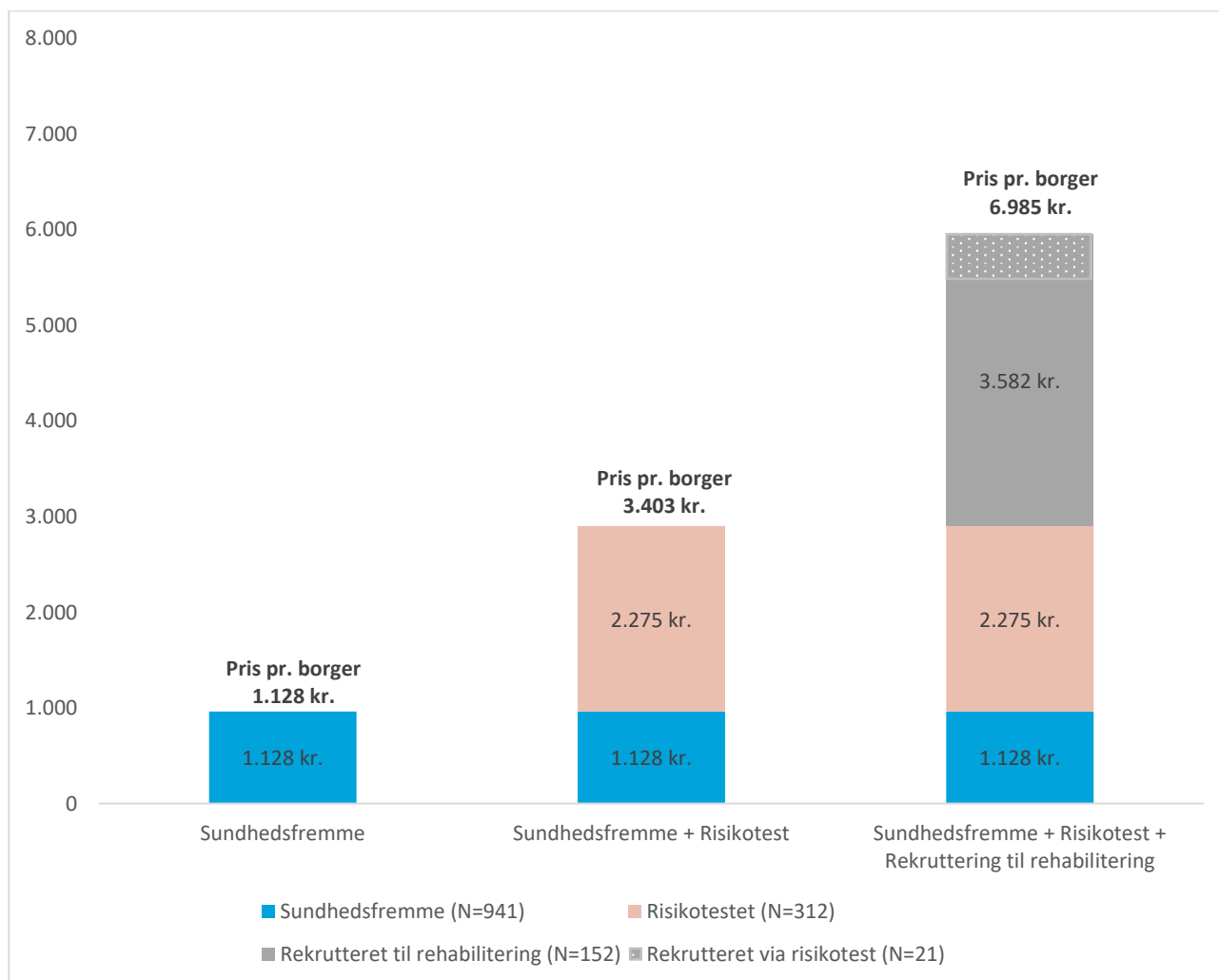
Tabel 4 viser de samlede omkostninger for henholdsvis IDIT og IDAB fordelt på lønudgifter og andre udgifter.

Tabel 4: Samlede udgifter for hhv. IDIT og IDAB

Udgifter i alt	IDIT	IDAB
Lønomkostninger til projektudvikling	265.684	195.920
Lønomkostninger til sundhedsfremme	638.635	732.075
Andre udgifter	133.725	133.725
Omkostninger i alt	1.038.045	1.061.721

De samlede omkostninger for IDIT og IDAB er således beregnet til henholdsvis 1.038.045 kr. og 1.061.721 kr. Fordelingen af omkostningerne pr. borger i IDAB fremgår af **figur 19**.

Figur 19: Omkostninger pr. borger for sundhedsfremme, risikotest og rekruttering til rehabilitering



Figur 19 illustrerer, hvordan omkostningerne i IDAB fordeles, og hvordan pris pr. borger stiger kumulativt, efterhånden som flere indsatser tilføjes.

Analysen identificerede sundhedsfremme som den mest omkostningseffektive indsats med en pris på 1.128 kr. pr. borger. Når risikotestning tilføjes ovenpå, stiger prisen til 3.403 kr. pr. borger. Ved yderligere at inkludere rekruttering til rehabilitering øges omkostningen til 6.985 kr. pr. borger, hvilket repræsenterer den samlede pris for at kombinere alle tre elementer i IDIT. Denne stigning skyldes det øgede

ressourceforbrug, der kræves for at intensivere indsatsen, især i forbindelse med målrettet rekruttering til rehabilitering.

Resultaterne understreger, at de kumulative omkostninger stiger i takt med indsatsens kompleksitet. Sundhedsfremme kan implementeres relativt billigt som en enkeltstående indsats, mens den samlede model med flere trin er mere ressourcekrævende og derfor dyrere pr. borger.

Succeskriteriet om, at der ved afslutningen af projektet er udviklet en sundhedsøkonomisk vurdering af IDAB-modellen er opnået.

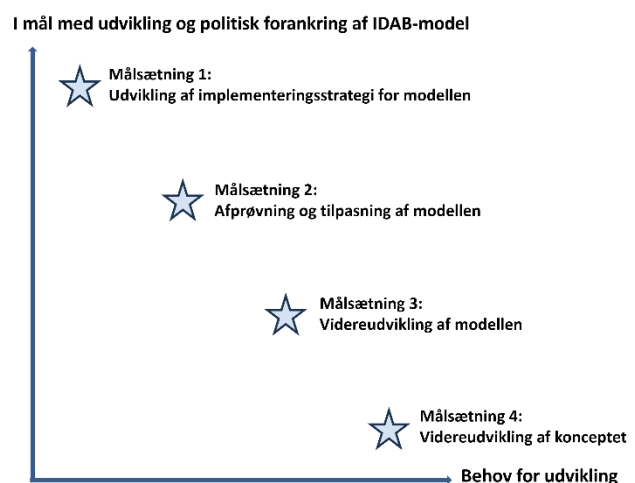
4.5.3 STENO IDAB-projektets formål og målsætninger

Det overordnede formål med projekt STENO Integreret Diabetesintervention i Almene Boligområder er at færdiggøre udviklingen af en model til styrkelse af den borgernære sundhedsvæsen i Danmark, som er politisk forankret, når projektet afsluttes. Ambitionen er at IDAB-modellen bliver et forbillede for integreret intervention i almene boligområder, og at modellen fremadrettet kan driftssættes og drives uden hjælp fra SDCC. Med udgangspunkt i diabetes og andre kroniske sygdomme vil projektet styrke det tværsektorielle samarbejde og sundhedsvæsenets sammenhængskraft, samt fremme borgernes muligheder for at navigere i sundhedssystemet og handle på egen sundhed. Formålet opnås gennem afprøvning, tilpasning, videreudvikling og politisk forankring af IDAB-modellen, som er en præskriptiv model for gennemførelse af integrerede diabetesindsatser i almene boligområder i Danmark. IDAB-modellen er baseret på vidensgrundlaget fra IDIT-projektet, som gennemføres indenfor rammerne af det langsigtede initiativ Tingbjerg Changing Diabetes.

Projektets specifikke målsætninger er følgende:

1. At udvikle og gennemføre en implementeringsstrategi som understøtter IDAB-modellens politiske forankring.
2. At afprøve og tilpasse IDAB-modellen til almene boligområder med forskellige forudsætninger og ressourcer.
3. At styrke det biomedicinske datagrundlag for IDIT-indsatsen samt videreudvikle indsatsen til at inkludere risikofaktorer for kroniske sygdomme på hjerte- og lungeområdet.
4. At styrke koblingen mellem Region Hovedstadens specialiserede behandlingstilbud og sårbare diabetespatienters hverdagsliv.

Figuren til højre viser placeringen af de fire målsætninger i relation til bestræbelserne på at få indflydelse på den sundhedspolitiske dagsorden i Danmark. Målsætning 1 skal realisere en politisk forankring af IDAB-modellen. Målsætning 2 er godt på vej, men kræver afprøvning og tilpasning af IDAB-modellen, inden den kan slippes fri til landsdækkende anvendelse. Målsætning 3 styrker og udvikler videre på IDAB-modellen med nye, men relaterede, risikofaktorer på hjerte- og lungeområdet. Målsætning 4 udvikler og eksperimenterer videre på *konceptet* for integrerede sundhedsindsatser ved at bringe de specialiserede sundhedstilbud (på diabetesområdet) nærmere borgernes hverdagsliv i boligområderne.



Målsætning 1: Udvikling og gennemførelse af en implementeringsstrategi som understøtter IDAB-modellens politiske forankring.

Denne målsætning handler om IDAB-modellens implementering, forankring og udbredelse i Danmark og bør opfattes som en overliggende til STENO IDAB-projektets øvrige målsætninger. Med forankring i projektets styregruppe vil der gennem hele projektperioden blive arbejdet med udviklingen af en strategi for IDAB-modellens politiske forankring og implementering i Danmark. Projektets centrale interessenter vil alle blive inddraget i denne proces. Implementeringsstrategien vil blive udviklet og gennemført parallelt med de øvrige målsætningers gennemførelse og vil løbende blive informeret og styrket af deres udvikling, erfaringer og resultater.

Forud for STENO IDAB-projektets udvikling er der etableret en løbende og god dialog med BL - Danmarks Almene Boliger og Landsbyggefonden om IDAB-modellens udvikling og afprøvning. Denne dialog fastholdes gennem STENO IDAB-projektet. Der vil desuden blive etableret en sundhedspolitisk følgegruppe bestående af vigtige nationale, regionale og kommunale interessenter, herunder Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Københavns Kommune, Praktiserende Lægers Organisation, Region Hovedstaden, Steno Diabetes Center Copenhagen, Sundhedsstyrelsen og de store danske patientforeninger. Denne følgegruppe holdes løbende orienteret om projektets udvikling og involveres i implementeringsstrategiens udvikling og gennemførelse for derigennem at styrke dens relevans og sikre dens udbredelse på landsplan.

Konkrete aktiviteter vil bestå af møder, workshops, konferencer, medie- og pressedækning, samt andre lobbyprægede aktiviteter. Der er ikke afsat et særskilt budget til denne målsætning, da aktiviteterne dækkes af budgettet for de øvrige målsætninger.

Målsætning 2. Afprøvning og tilpasning af IDAB-modellen.

Lokation: Udsatte og almene boligområder i Gladsaxe Kommune, Hillerød Kommune og Københavns Kommune

Beskrivelse af indsatsen:

- IDAB-modellen afprøves i både almene og udsatte boligområder i udvalgte kommuner i Region Hovedstaden. I Gladsaxe Kommune afprøves modellen i Høje Gladsaxe, i Hillerød Kommune afprøves den i Kongevænget og Fredskovhellet, og i Københavns Kommune afprøves den i de boligområder, der dækkes af den boligsociale helhedsplan Amagerplanen. Afprøvningen følger IDAB-modellens anvisninger (se afsnittet "IDAB-modellen").
- Konkrete aktiviteter defineres i samskabelse mellem centrale aktører i hver kommune, herunder (som minimum) repræsentanter fra boligsektoren og sundhedssektoren.
- Professionelle medarbejdere i boligsektoren har hovedansvaret for organiseringen og implementeringen af projektets sociale og sundhedsfremmende aktiviteter, mens professionelle medarbejdere i sundhedssektoren har hovedansvaret for organiseringen og implementeringen af projektets opsporende HbA1c-målinger, sundhedsformidling, rehabilitering og forebyggelse. Begge faggrupper deltager aktivt i gennemførelse af risikotest i boligområdet på baggrund af passende træning som anvist i IDAB-modellen.
- Udover de valgte aktiviteter tilbydes boligområderne et årligt besøg af Diabetesforeningens Sundhedsbus [6] med henblik på at foretage risikoscreeninger og måle HbA1c og LDL-kolesterol. Det skyldes, at der er gode erfaringer med brug af Sundhedsbussen til opsporing af prædiabetes og diabetes i almene og udsatte boligområder forskellige steder i Danmark. Sundhedsbussens besøg kobles tæt op på projektets støttestrukturer.

- På baggrund af erfaringsgrundlaget fra IDIT-projektet vil Københavns Kommune og den boligsociale helhedsplan i Husum-Tingbjerg støtte op med faglig sparring og rådgivning til projektets øvrige kommuner og boligområder.
- SDCC superviserer implementeringsprocesserne i de involverede kommuner, men deltager ikke i de lokale beslutningsprocesser om valg af indsatspakker og konkrete aktiviteter. SDCC deltager heller ikke i implementeringen af aktiviteterne. Det er således et gennemgående princip at modellen skal kunne driftssættes og drives uden hjælp fra SDCC.
- I projektets slutfase vil styregruppen have særligt fokus på at engagere den sundhedspolitiske følgegruppe i gennemførelsen af implementeringsstrategien og dermed sikre implementeringen, forankringen og udbredelsen af IDAB-modellen i danske kommuner og boligområder.

Evaluering af indsatsen:

- Projektet evaluerer anvendelsen af IDAB-modellen i boligområderne, herunder kontekstafdækningen, valget af indsatspakker og gennemførelsen af de valgte aktiviteter i boligområderne. Dette med henblik på at justere IDAB-modellen og styrke dens generelle anvendelighed. Evalueringsplaner udvikles af SDCC i samarbejde med projektets partnere.
- Evalueringen omfatter følgende indikatorer:
 - *Antallet af sociale og sundhedsfremmende aktiviteter der gennemføres i boligområderne, samt antallet af deltagere i aktiviteterne.* Hertil benyttes procedurer og formularer udviklet af IDIT-projektet og integreret i IDAB-modellen. Aktiviteter og deltagere registreres og analyseres af lokale partnere i boligsektoren under supervision af SDCC.
 - *Antallet af borgere der opspores med prædiabetes eller diabetes, og deltager i lokale rehabiliteringsforløb.* Hertil benyttes procedurer og formularer udviklet af IDIT-projektet og integreret i IDAB-modellen. Opsporing og rehabilitering registreres og analyseres af lokale partnere i sundhedssektoren under supervision af SDCC.
 - *Funktionaliteten af de tværfaglige og tværsektorielle samarbejdsrelationer, herunder det overordnede partnerskab på tværs af de involverede kommuner samt de forskellige organisatoriske grupperinger i hver af de involverede kommuner.* Hertil benyttes et spørgeskema- og dialogbaseret partnerskabsværktøj udviklet og anvendt af IDIT-projektet. Spørgeskemaet er digitalt og besvares af partnerskabets repræsentanter på alle niveauer hvert halve år. SDCC analyserer besvarelserne og præsenterer resultaterne for informanterne på lokale møder efterfulgt af dialog om behovet for at gennemføre organisatoriske justeringer.

Målsætning 3. Styrkelse af IDIT-tilgangens datagrundlag og videre udvikling.

Lokation: Udsatte boligområder i Københavns Kommune (Amager, Husum og Tingbjerg).

Beskrivelse af indsatsen:

- IDIT-projektets HbA1c-målinger foretaget gennem rehabiliteringsforløbene for aktivt opsporede patienter kom sent i gang og er derfor utilstrækkelige i varighed og volumen til at dokumentere om den integrerede diabetesindsats forbedrer patienternes blodsukkerregulering. Derfor vil STENO IDAB-projektet fortsætte med at gennemføre HbA1c-målinger under rehabiliteringsforløbene for igangværende og nyopsporede borgere med prædiabetes og diabetes i Tingbjerg, samt tilstødende boligområder i Husum. For at styrke datagrundlaget yderligere, udvides målingerne til også at dække udsatte boligområder på Amager, hvor endnu en (udover Tingbjerg) fremskudt sundhedsindsats på kronikerområdet vil blive etableret af Københavns Kommune i 2025.
- På baggrund af det store erfaringsgrundlag og de stærke samarbejdsrelationer der er blevet skabt gennem årene blandt de københavnske samarbejdspartnere (både før og under IDIT-projektet), er der velvilje og opbakning til at videreudvikle IDIT-tilgangen til at inkludere risikofaktorer for

lungesygdommen KOL og kardiovaskulære sygdomme CVD. Den aktive opsporing og efterfølgende udredning, behandling og rehabilitering vil fortsat tage afsæt i boligområdet og dets ressourcer, men nu med et bredere fokus på måling af fx lungefunktion blandt rygere (for KOL), blodtryk og kolesterol (for CVD) og HbA1c (for prædiabetes og diabetes). De øvrige indsatsområder og infrastrukturkomponenter i IDIT-tilgangen tilpasses de nye sygdomsområder, men ændres ikke yderligere. Det betyder, at der (på samme vis som i IDIT-projektet) indgår lokale sundhedsnetværk, borgerpaneler, foreningssamarbejder, ambassadørtræning og håndholdt støtte til de mest udsatte borgere, samt at der tilbydes forebyggende, sundhedsfremmende, opsporende, rehabiliterende og behandlingsrettede tilbud til boligområdernes borgere og patienter.

Evaluering af indsatsen:

- Evalueringen af de fortsatte HbA1c-målinger og udvidelsen til hjerte- og lungeområdet har særlig vægt på at belyse indsatsens barrierer og potentialer for at blive integreret i IDAB-modellen. Processerne evalueres kvalitativt og effekterne måles kvantitativt. Dette foregår i tæt samarbejde mellem involverede københavnske sundhedscentre og boligorganisationer, projektets patientforeninger, samt SDCC.
- Evalueringen omfatter følgende indikatorer:
 - *Diabetespatienternes langtidsblodsukker* målt regelmæssigt (hver tredje måned) gennem patienternes rehabiliteringsforløb ved analyser af kapillarrørsblodprøver for HbA1c. Prøverne tages lokalt af en sygeplejerske i den fremskudte indsats og sendes til SDCC for biomedicinsk og statistisk analyse.
 - *Antallet af borgere der risikotestes for og opspores med KOL eller CVD, og deltager i lokale rehabiliteringsforløb.* Eksisterende procedurer og formularer fra IDIT-projektet tilpasses de nye sygdomsområder. Registrering og analyse af antallet af risikotests, opsporinger og deltagelse i rehabiliteringsforløb foretages af lokale partnere under supervision af involverede sundhedscentre og patientforeninger.
 - *CVD-patienternes sundhedsindikatorer*, fx blodtryk målt regelmæssigt (hver tredje måned) gennem patienternes rehabiliteringsforløb. Måling og registrering af blodtryk foretages lokalt af en sygeplejerske i den fremskudte indsats.
 - *KOL-patienternes sundhedsindikatorer*, fx lungefunktion målt regelmæssigt (hver tredje måned) gennem deres rehabiliteringsforløb ved spirometri. Måling og registrering af lungefunktion foretages lokalt af en sygeplejerske i den fremskudte indsats.
 - *Borgernes, patienternes og aktørernes oplevelser ved at deltage i indsatsen.* Eksisterende procedurer og spørgeguides fra IDIT-projektet tilpasses de nye sygdomsområder. Data indsamles og analyseres af SDCC.

Målsætning 4. Styrkelse af den specialiserede diabetesbehandling for sårbare borgere.

Lokation: Husum og Tingbjerg.

Beskrivelse af indsatsen:

- SDCC har et ønske om i højere grad end nu at række ud til regionens diabetespatienter og tilbyde specialiseret støtte, som er skræddersyet til den enkeltes personlige ressourcer og behov. Dette kan enten gøres ved 1) at række ud til patienterne i deres eget hjem og boligområde eller ved 2) at gøre det lettere og mere attraktivt for patienterne at påbegynde og fastholde deres behandlingsforløb på SDCC eller Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (BFH).
- STENO IDAB-projektet vil bidrage til begge tilgange ved at udvikle og afprøve forskellige aktiviteter og indsatser, der kan styrke koblingen mellem Region Hovedstadens specialiserede undersøgelser og behandlingstilbud på den ene side, og sårbare diabetespatienters hverdagsliv på den anden. Konkrete

tiltag vil blive udviklet og implementeret i tæt samarbejde mellem projektpartnere involveret i Husum og Tingbjerg.

- Eksempler på konkrete tiltag: 1) etableringen af et socialt, fysisk og digitalt støttecenter i Tingbjerg, 2) opsætning af et specialstøttet "Diabetestelt" til større bydelsarrangementer (fx "Tingbjerg Challenge" og "Tingbjerg Spiser sammen") samt 3) tilbud til de mest sårbare borgere om personlig håndholdt støtte (fx gennem civilsamfundsorganisationen Social Sundhed) til at møde op på SDCC eller BFH og sidde med i konsultationerne.

Evaluering af indsatsen:

- Evalueringen har særlig vægt på at beskrive sårbare borgeres motivationer og barrierer for anvendelse af etablerede faciliteter og tilbudte ydelser. Disse forhold beskrives kvalitativt, mens omfanget af borgernes brug af faciliteterne og ydelserne beskrives kvantitativt.
- Evalueringen omfatter følgende indikatorer:
 - *Antallet af specialiserede tiltag og aktiviteter der gennemføres i Husum og Tingbjerg, samt antallet af deltagere.* Eksisterende procedurer og formularer fra IDIT-projektet tilpasses specialområdet. Data indsamles og analyseres af SDCC.
 - *Patienternes, aktørernes og specialisternes oplevelser ved at deltage i indsatsen.* Eksisterende procedurer og spørgeguides fra IDIT-projektet tilpasses specialområdet. Data indsamles og analyseres af SDCC.

4.5.4 STENO IDAB-projektets partnere

Projektet er drevet af et formelt partnerskab mellem kommunale sundhedscentre, lokale boligorganisationer, landsdækkende civilsamfundsorganisationer og regionale hospitaler (se tabel 5).

Kommunernes rolle i projektet er at medvirke til aktiv opsporing af prædiabetes og diabetes gennem risikotest og opsporende HbA1c-målinger, henviser til egen læge (og til andre aktører i sundhedsvæsenet efter behov), samt tilbyde og gennemføre rehabiliteringsforløb. **Boligorganisationernes rolle** er at sikre borgerne adgang til trygge arenaer, organisere sociale og sundhedsfremmende aktiviteter i boligområderne, samt medvirke til den aktive opsporing af borgere med (eller i risiko for) prædiabetes eller diabetes. **Civilsamfundsorganisationernes rolle** er at sikre borgernes og patienternes interesser, medvirke til aktiv opsporing af prædiabetes og diabetes, samt tilbyde sårbare borgere håndholdt støtte til at navigere i sundhedsvæsenet. **Region Hovedstadens rolle** er at tilbyde specialiserede sundhedsydelser og (for SDCC's vedkommende) at koordinere, supervisere og evaluere projektet, samt at facilitere afprøvningen og justeringen af IDAB-modellen.

Samarbejdspartnere i **Københavns Kommune** medvirker desuden til opsporing af hjerte- og lungesygdomme med dertil hørende henvisning til egen læge og gennemførelse af rehabiliteringsforløb. Samme partnere medvirker til regelmæssig måling af langtidsblodsukker blandt borgere der deltager i et rehabiliteringsforløb, samt afprøvning af tiltag til styrkelse af den specialiserede diabetesbehandling blandt sårbare borgere. Der har været konstruktiv dialog med alle partnere i projektet og de fleste har bekræftet deres deltagelse på skrift.

4.5.5 STENO IDAB-projektets implementering

STENO IDAB implementeres i Gladsaxe Kommune, Hillerød Kommune og Københavns Kommune. Målsætningerne opnås ved at gennemføre en bred vifte af sociale, sundhedsfremmende, forebyggende, opsporende, rehabiliterende og behandlingsrettede aktiviteter i en bred vifte af almene og udsatte boligområder sammen med en bred vifte af nationale, regionale, kommunale og lokale samarbejdspartnere fra sundhedssektoren, boligsektoren og civilsamfundet. Derigennem udvikles en model, som operationaliseres og professionaliseres, så den bliver bæredygtig og kan implementeres og forankres

politisk, og udbredes til andre almene boligområder i landet. Projektet forløber over en treårig periode fra april 2025 til marts 2028 med et samlet budget på 14.626.097 kr.

Table 5: STENO IDAB-projektets partnere

Samarbejdspartnere
Kommuner
<ul style="list-style-type: none">• Gladsaxe Kommune, Center for Politik, Styring og Udvikling.• Hillerød Kommune, Sundhedsforvaltningen.• Københavns Kommune, Sundhedsforvaltningen, Center for Diabetes og Hjertesygdomme.• Københavns Kommune, Sundhedsforvaltningen, Center for Lungesygdomme.
Boligorganisationer
<ul style="list-style-type: none">• Boligorganisationen 3B, København, herunder den boligsociale helhedsplan Amagerplanen.• Boligorganisationen fsb, København, herunder den boligsociale helhedsplan Fælles om Husum-Tingbjerg.• Boligorganisationerne i Høje Gladsaxe.• Hillerød Almennyttige Boligselskab (Kongevænget) og Frederiksborg Almene Boligforening (Fredskovhellet) i Hillerød.
Civilsamfundsorganisationer
<ul style="list-style-type: none">• Diabetesforeningen.• Hjerteforeningen.• Lungeforeningen.• Social Sundhed.
Region Hovedstaden
<ul style="list-style-type: none">• Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Endokrinologisk Afdeling.• Steno Diabetes Center Copenhagen, Afdeling for Forebyggelse, Sundhedsfremme og Samfundet.

5 Evaluering af projektets gennemførelse og læring

I dette kapitel gengives kortfattet nogle hovedresultater fra tilfredshedsmålingen af IDIT-projektets gennemførelse i forhold til fem opstillede projektmål, jf. afsnit 3.1. Desuden indeholder kapitlet nogle læringspunkter.

5.1 Resultat af måling om projektgennemførelse

Resultaterne fra tilfredshedsmålingen er baseret på besvarelser af et spørgeskema fra 11 personer, som har været projektdeltagere eller medlemmer af projektets styregruppe. Besvarelserne kommer fra både personer fra SDCC og Københavns Kommune. Spørgeskemaet var udsendt til i alt 14 personer, så det giver en svarprocent på 79 %.

De detaljerede resultater fra målingen kan findes i **bilag 4** i denne rapport. I dette kapitel gengives alene hovedresultaterne fra målingen af tilfredshed med IDIT-projektets gennemførelse.

Blandt de adspurgte ses generelt en høj grad af tilfredshed med gennemførelse af projektet på de fleste parametre. Hovedresultaterne fordelt på de fem projektmål er kortfattet listet i **tabel 6** nedenfor:

Tabel 6 - Opfyldelse af projektmål om tilfredshed med gennemførelse

Mål	Opfyldelse (vurdering)
Klare mål og milepæle er formuleret og overholdt	Mange er "i meget høj" eller "i høj grad" tilfredse med temaerne inden for klare mål og milepæle, dog færrest som var tilfredse med tydeligheden af, hvilke aktiviteter der skulle gennemføres.
Rettidig kommunikation og involveringsform	På tre af spørgsmålene inden for temaet om rettidig kommunikation og involveringsform er respondenterne overvejende "i meget høj" eller "i høj grad" tilfredse. Respondenterne er dog delte i deres svar på et spørgsmål om, hvorvidt de i tilstrækkelig grad er blevet inddraget i planlægning og gennemførelse af projektet. Den ene halvdel finder, at de i "meget høj grad" har været inddraget, mens den anden halvdel siger i "nogen grad".
Tilfredshed med data	Flest er i "meget høj" eller "i høj grad" tilfredse med spørgsmålene vedrørende data. Der er dog mindst tilfredshed med spørgsmålet om, hvorvidt data har kunne tilvejebringes på en smidig og hensigtsmæssig måde.
God ressourcestyring og organisering	Flest er "i meget høj grad" tilfredse med deres eget bidrag med ressourcer og faglige input til projektet. Lidt færre er tilfredse med om ressourcer har været anvendt effektivt i projektet.
Kvalitet i beslutningsoplæg	Mere end 60 % finder, at det "i meget høj grad" eller "i høj grad" har været klart, hvordan projektets resultater har kunnet påvirke deres arbejdsområde, og at projektet har skabt et grundlag for at beslutte, hvad der skal indgå som den fremtidige standardbehandling for diabetes

5.2 Læringspunkter

Besvarelsen af målingen af tilfredshed med IDIT-projektet peger på, at der er nogle læringspunkter fra projektgennemførelsen. Dette ses bl.a. af respondenternes kommentarer til projektmålene i besvarelsen af spørgeskemaet. Læringspunkter er:

- Formålet med dataindsamlingen samt afgrænsning og definitioner kunne have stået mere klart. I opstarten af fremtidige projekter er det vigtigt at være opmærksom herpå og sikre en klar ansvarsfordeling med hensyn til data.
- Vigtigt med opmærksomhed på, at alle partnere i projektet kan deltage med tilstrækkelig vægt og kan fremføre deres synspunkter med tilstrækkelig stor stemme.
- Repræsentanter fra SDCC skal have "hands-on" og være til stede lokalt, hvor indsatserne foregår, så de får en god forståelse af konteksten.
- Projektet kunne med fordel have adresseret bæredygtigheden af de forskellige indsatser mere tydeligt.

6 Overgang til drift og evt. udbredelse i Region H.

Tabel 2 opsummerer de vigtigste argumenter for og imod en overgang til drift og eventuel udbredelse af IDIT-projektet i Region Hovedstaden. På den positive side understøtter projektet sundhedsreformens mål om at styrke det nære sundhedsvæsen og dermed bringe behandlingen tættere på borgerne, samtidig med at evalueringen viser høj tilfredshed og gode resultater – både blandt borgere og aktører. Desuden er indsatsen omkostningseffektiv og kan på sigt bidrage til at reducere sundhedsudgifter ved at forebygge diabetes. Omvendt rejser erfaringerne spørgsmål om, hvorvidt modellen vil fungere lige så godt i andre boligområder med færre ressourcer eller anderledes forhold end i Tingbjerg. Se **tabel 7**.

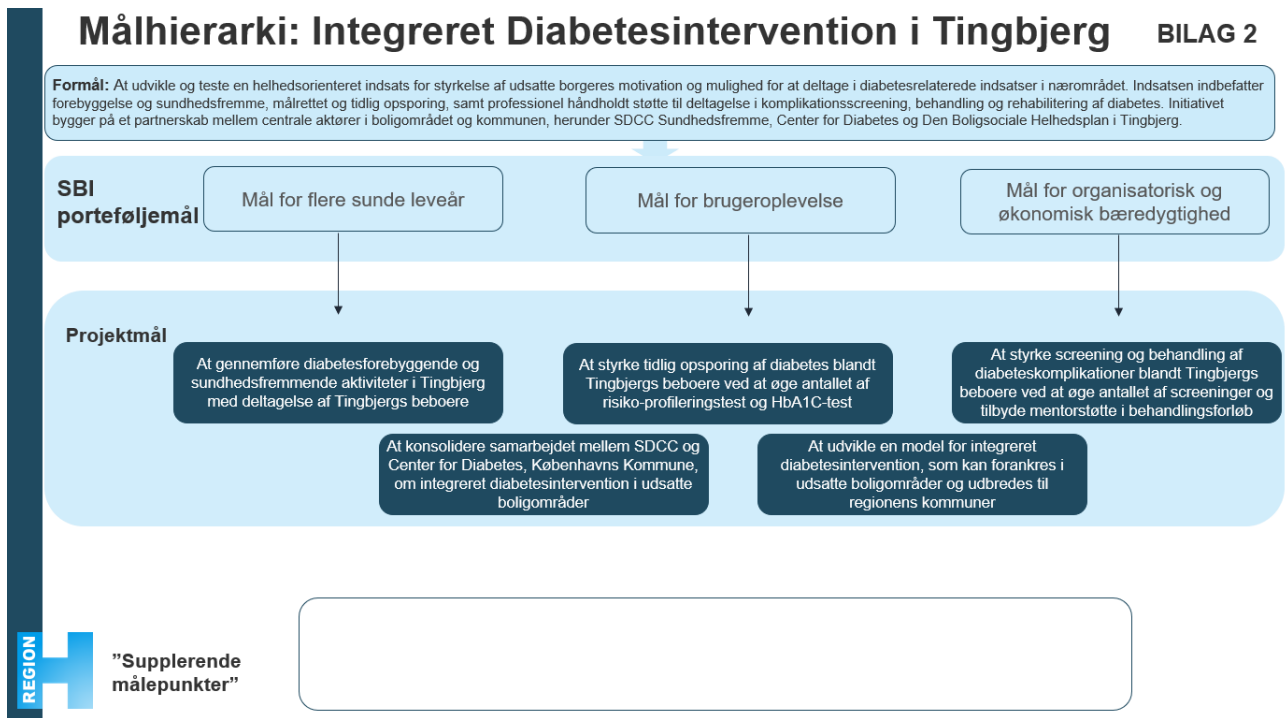
Tabel 7: Overgang til drift – hvad taler for og imod?

Dette taler for overgang til drift	Dette taler imod overgang til drift
<ul style="list-style-type: none"> • Den nye sundhedsreform: IDIT-projektet adresserer centrale mål i den nye sundhedsreform, der fokuserer på at styrke det nære sundhedsvæsen og sikre mere lighed og kvalitet i sundhedstilbuddene. Reformen fremhæver behovet for at bringe behandling tættere på borgerne og sikre ensartet kvalitet på tværs af landet – elementer, der er grundlæggende for IDIT's tilgang. • Positive resultater: Evalueringen af IDIT-projektet viser flotte resultater, herunder høj borgertilfredshed, stor tilfredshed blandt samarbejdspartnere og aktører samt spændende biomedicinske resultater. Disse resultater indikerer potentiale for forebyggelse og behandling af diabetes. • Potentiale for udbredelse: Projektets erfaringer fra et udsat boligområde kan tyde på, at der er endnu større potentiale i almene boligområder, hvor der ofte findes flere ressourcer. • Håndholdt støtte: IDIT har opbygget et værdifuldt <i>professionelt støttesystem</i> som tilbyder de mest sårbare borgere professionel håndholdt støtte til at navigere i sundhedssystemet. Dette bidrager til, at borgernes udrednings-, screenings-, behandlings- og rehabiliteringsforløb påbegyndes og opretholdes. På længere sigt bidrager det også til at opbygge borgernes kompetencer til selv at navigere i sundhedssystemet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Begrænset viden om udbredelse til andre almene boligområder: Erfaringerne fra IDIT stammer fra et udsat boligområde (Tingbjerg), og det er usikkert, hvordan indsatsen vil fungere i boligområder med langt færre ressourcer eller i meget forskellige kontekster.

- **Omkostningseffektiv indsats:** IDIT er en relativt billig indsats, der på sigt kan spare samfundet penge. F.eks. kan en udskydelse fra prædiabetes til diabetes reducere store udgifter til behandling. Indsatsen fremmer også øget sundhed generelt, fx via viden om sund kost, fysisk aktivitet og socialt samvær.
-

Bilag 1-4

Bilag 1: Målhierarki for IDIT



Bilag 2: Gennemførte aktiviteter, hhv. sundhedsfremme med foreninger, lokalsamfundsarrangementer og diabetesnetværk

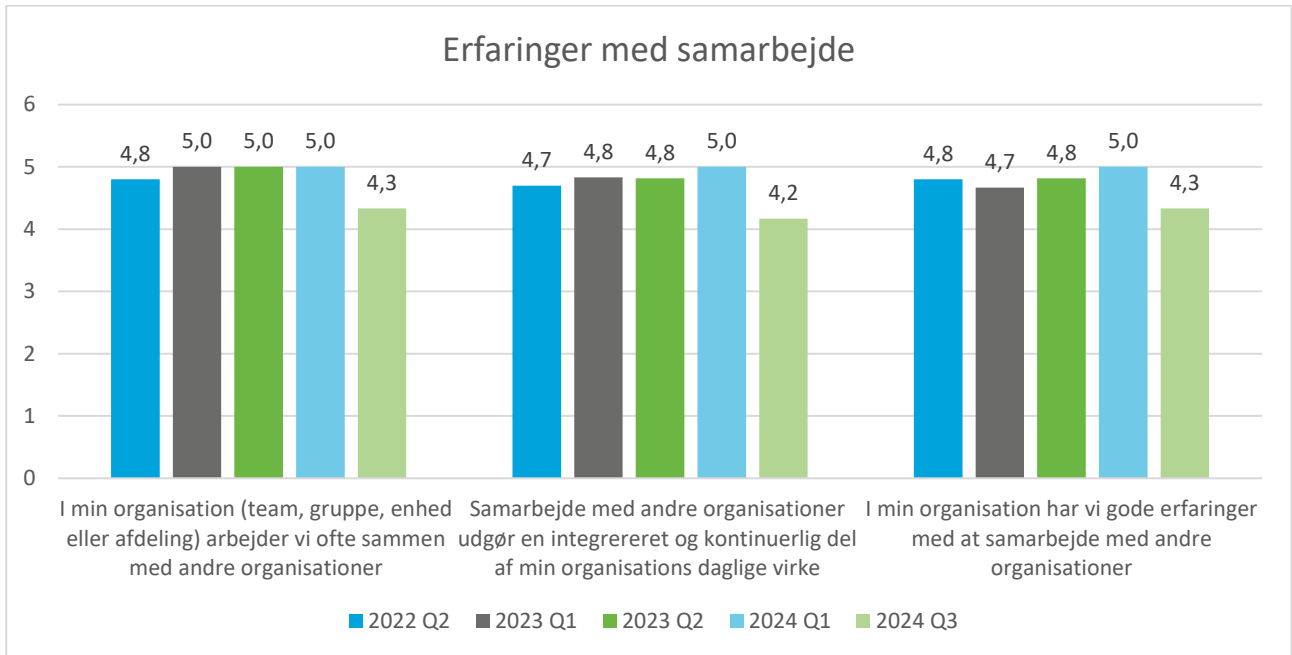
Tema for arrangement	Dato	Arena	Deltagere
Sundhedsfremme med forening			
Dialog om det sunde liv med Kvinder i Bevægelse	07.11.22	Utterslevhuse	20
Dialog om det sunde liv med Tingbjerg/Husum-gåfællesskab	16.11.22	Rundt i Tingbjerg	4
Oplæg om det sunde liv for Mad til Alle i Tingbjerg Kirke	17.11.22	Tingbjerg 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 Kulturforening	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
Dialog om det sunde liv og risiko for diabetes samt risikotest med Kvinder i bevægelse	18.12.23	Utterslevhuse	20
Dialog om diabetes og ramadan samt risikotest med Bydelsmødrene i Husum	1.2.24	Videnshuset, Husum	8
Risikotest og dialog om risikofaktorer for diabetes med borgere i Københavns Kommunes sundhed- og jobindsats FILT	6.6.24	Energicenter Voldparken	10
Dialog om sund kost og risikotest med Igne:øya	11.6.24	Fælleshaven	22
Risikotest og dialog om risikofaktorer for diabetes med borgere i Københavns Kommunes sundhed- og jobindsats FILT	22.7.24	Sundhedsfeltet	5
Dialog om det sunde liv og risikotest med netværk af albanske kvinder i Tingbjerg	21.08.24	Sundhedsfeltet	13
Lokalsamfundsarrangementer			
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
Café Majroes åbningsfest	02.05.24	Café Majroe	7
Brønshøj-Husum Walk	23.05.24	Utterslev Mose og ECV	8
Sankt Hans på Tingbjerg KKFO	19.6.24	Tingbjerg KKFO	10
Bålfest hos Tingbjerg Kirke	15.8.24	Tingbjerg Kirke	16
Tingbjerg Challenge	31.08.24	Tingbjerg Idrætspark	20
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
Fælles træning og videndeling om lokale foreninger med fokus på bevægelse.	08.1.24	Fælleshaven	18
Prøvetime hos Idrætsfælleskabet i EnergiCenter Voldparken.	05.02.24	EnergiCenter Voldparken	14
Oplæg om "Diabetes under ramadanen"	04.03.24	Sundhedsfeltet	18
Gå-motion	15.04.24	Sundhedsfeltet	12
Oplæg om "tips og tricks til at gå til lægen" samt om hvordan man får hjælp fra Social Sundhed.	06.05.24	Sundhedsfeltet	18
Besøg af Center for Demens, Københavns Kommune	03.06.24	Sundhedsfeltet	15
Gå-motion	01.07.24	Sundhedsfeltet	10
Dialog om det sunde valg i supermarkedet	05.08.24	Fælleshaven	15

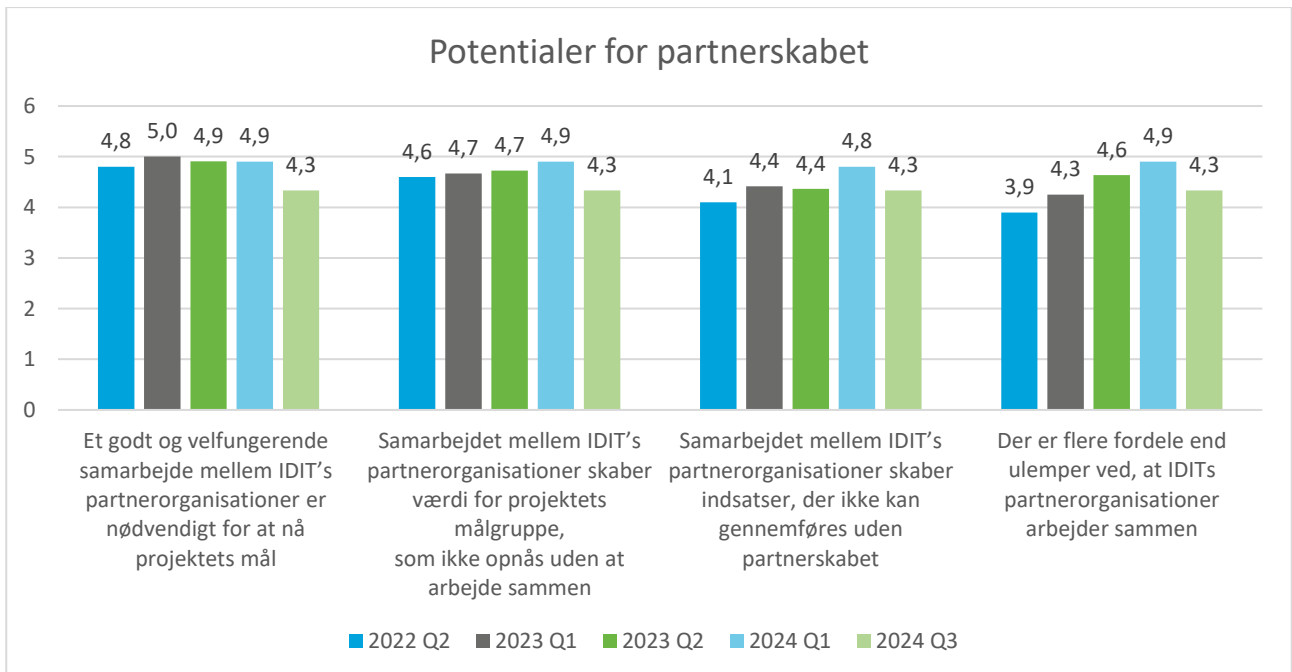
Besøg af Center for Hjertesygdomme og Center for Lungesygdomme, Københavns Kommune	02.09.24	Fælleshaven	18
Dialog om fysisk aktivitet	07.10.24	Fælleshaven	11
Dialog om at fastholde gode vaner i den mørke tid	04.11.24	Fælleshaven	17
Besøg af Center for Lungesygdomme, Københavns Kommune	02.12.24	Fælleshaven	27

Bilag 3: Resultater fra partnerskabsundersøgelsens ni domæner

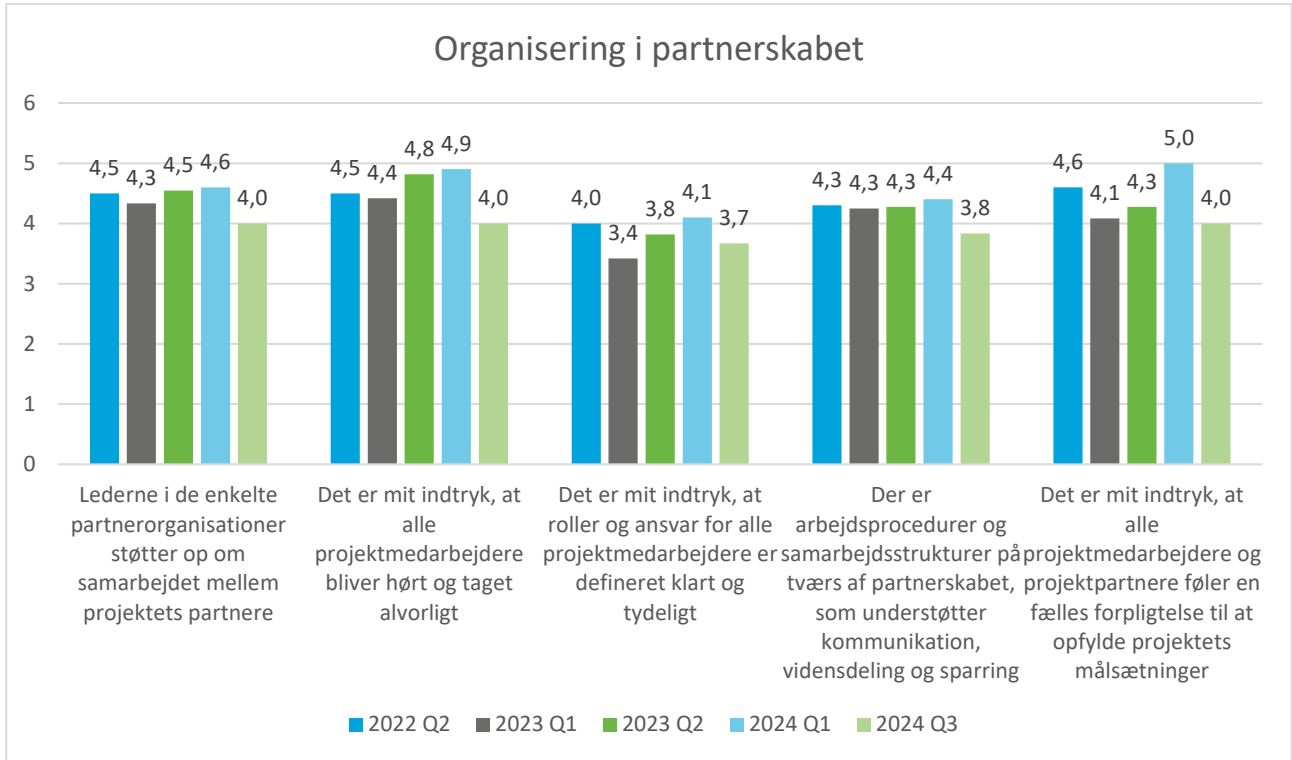
Erfaring med samarbejde i partnerskabet:



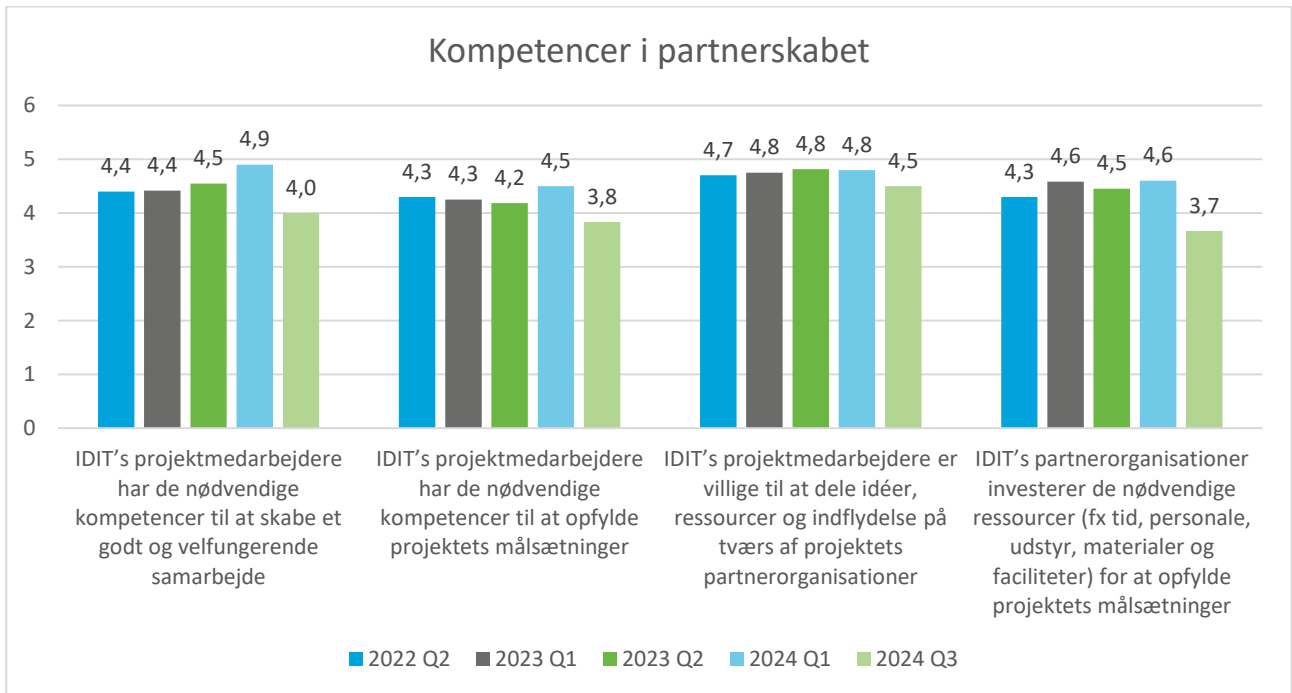
Potentialer for partnerskabet:



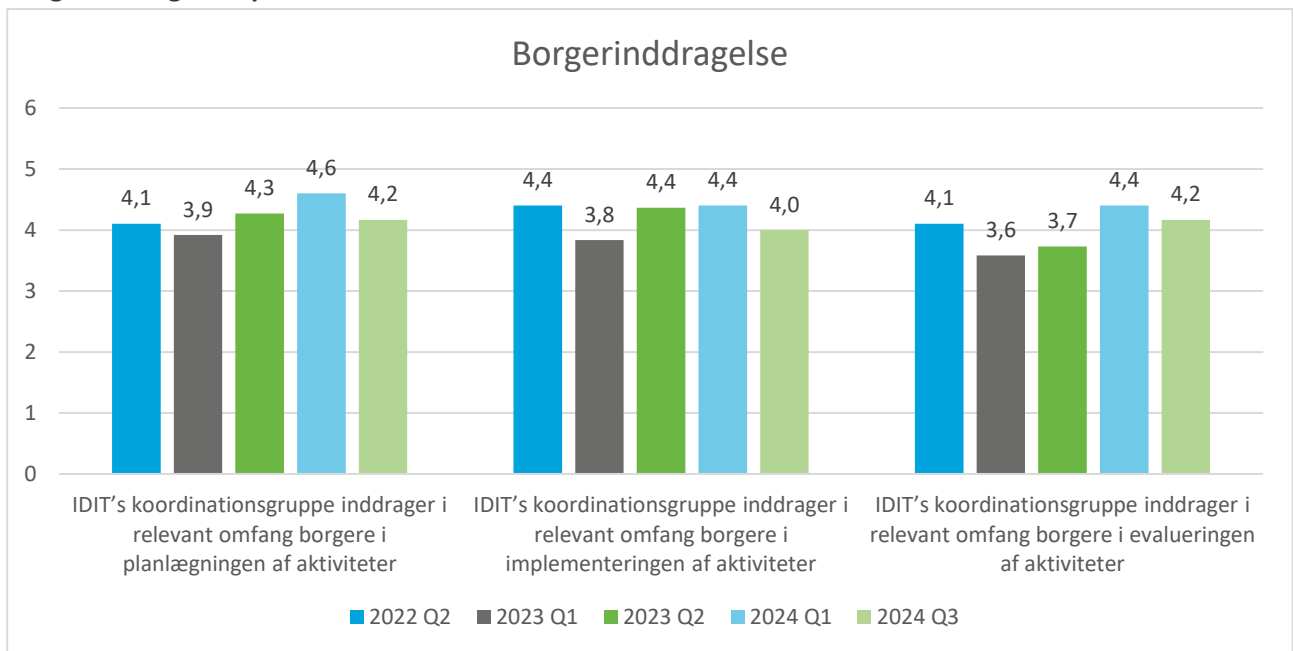
Organisering i partnerskabet:



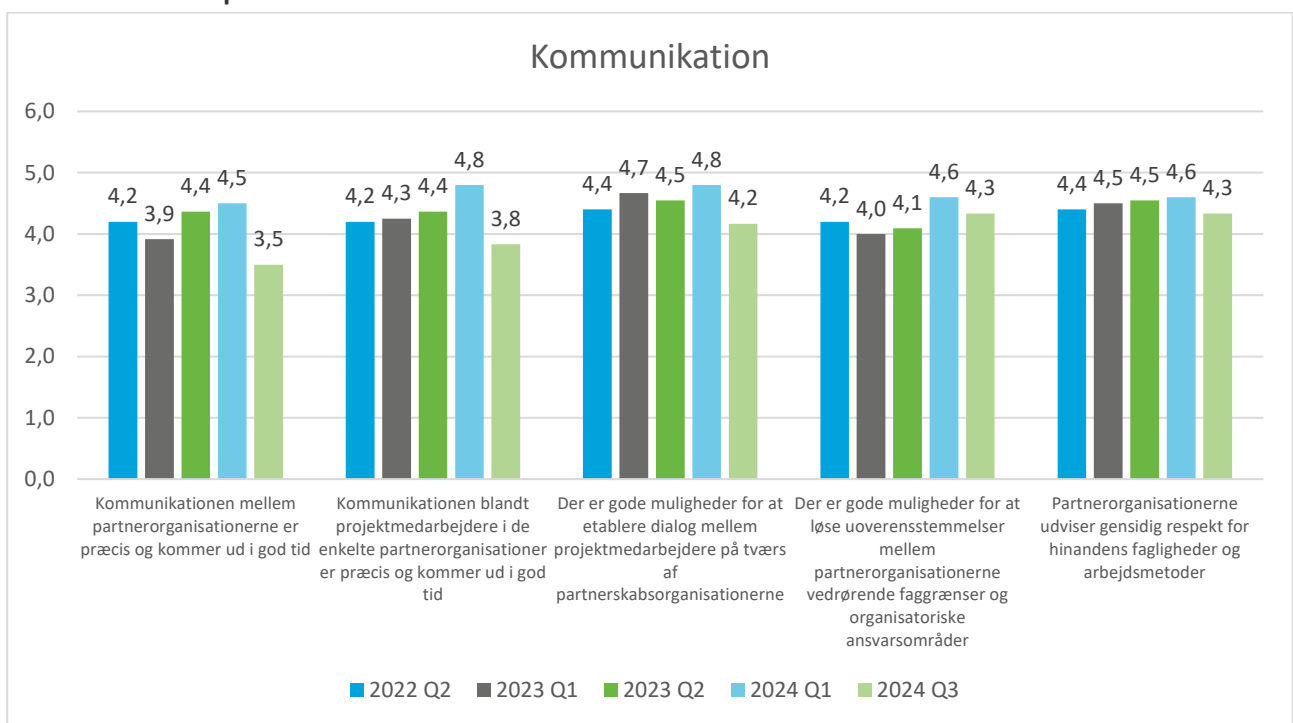
Kompetencer i partnerskabet:



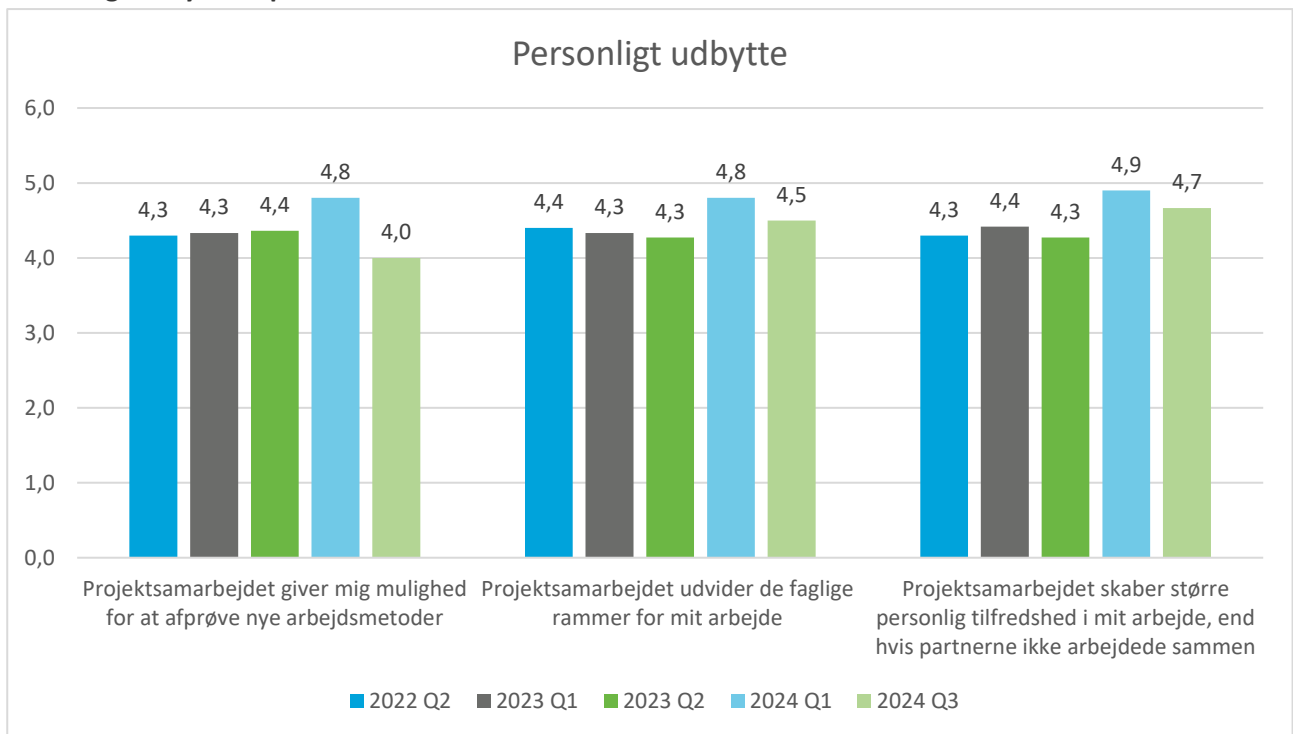
Borgerinddragelse i partnerskabet:



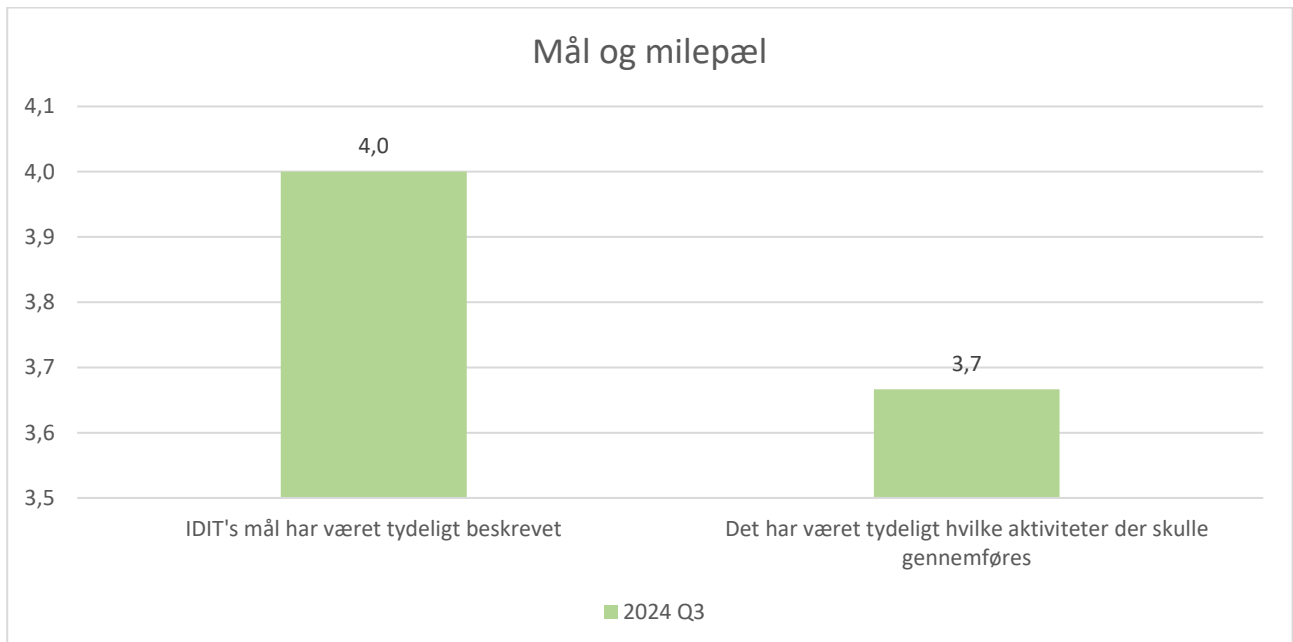
Kommunikation i partnerskabet:



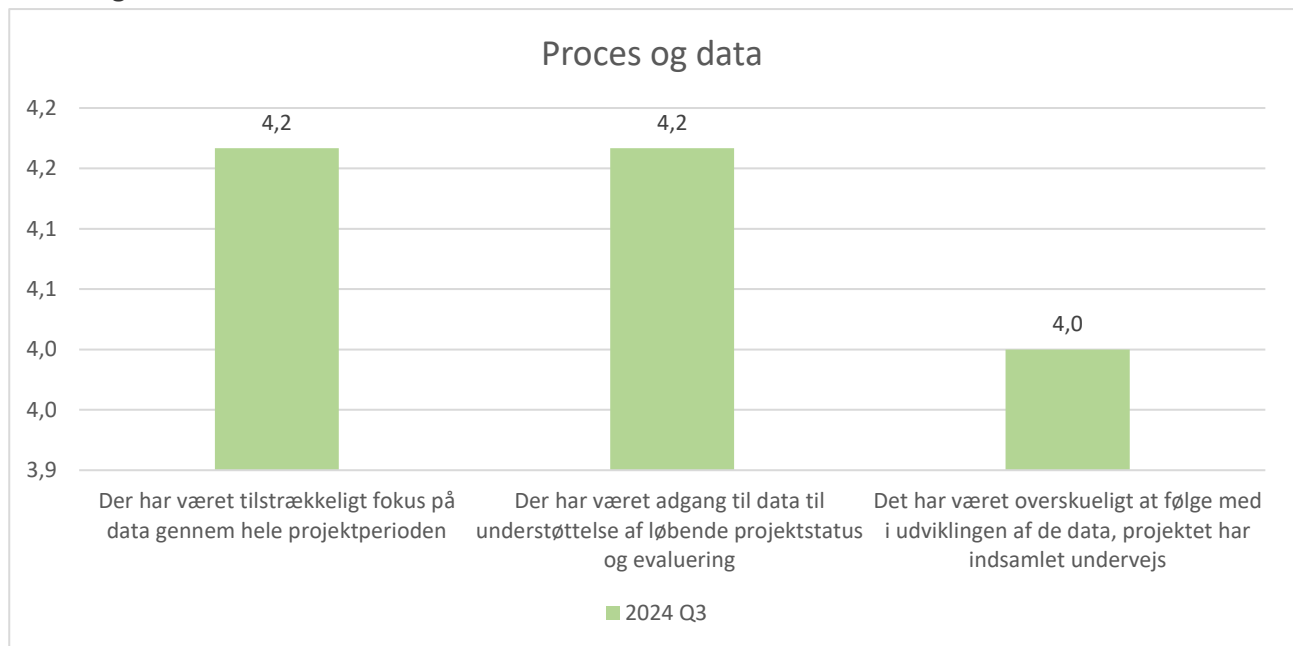
Personligt udbytte af partnerskabet:



Mål og milepæl:



Proces og data:



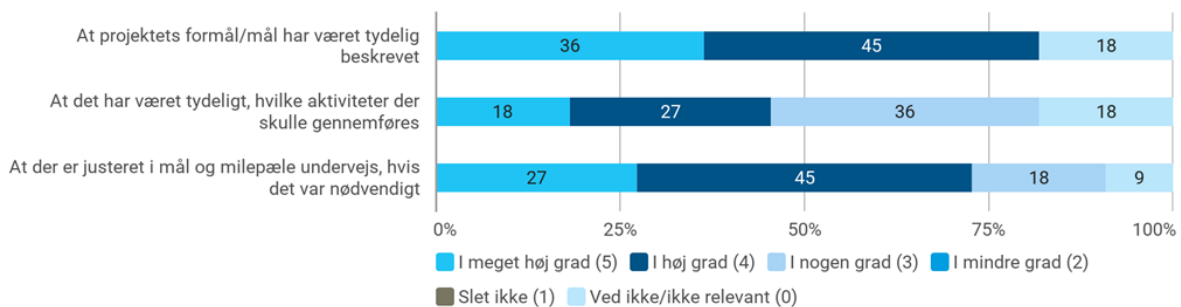
Bilag 4: Resultater fra projektets tilfredshedsundersøgelse

I det følgende gennemgås resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen om tilfredshed med projektets gennemførelse. Spørgeskemaet blev udsendt til 14 personer, hvoraf 11 har svaret. Svarprocenten var derfor 79 %.

Figur 1 viser, at cirka 75 % af respondenterne svarer, at de ”i høj meget grad” eller ”i høj grad” finder, at projektets formål/mål har været tydeligt beskrevet, og at der er justeret i milepæle undervejs, hvis det var nødvendigt. Der er lidt mindre tilfredshed med tydeligheden af, hvilke aktiviteter der skulle gennemføres som led i projektet.

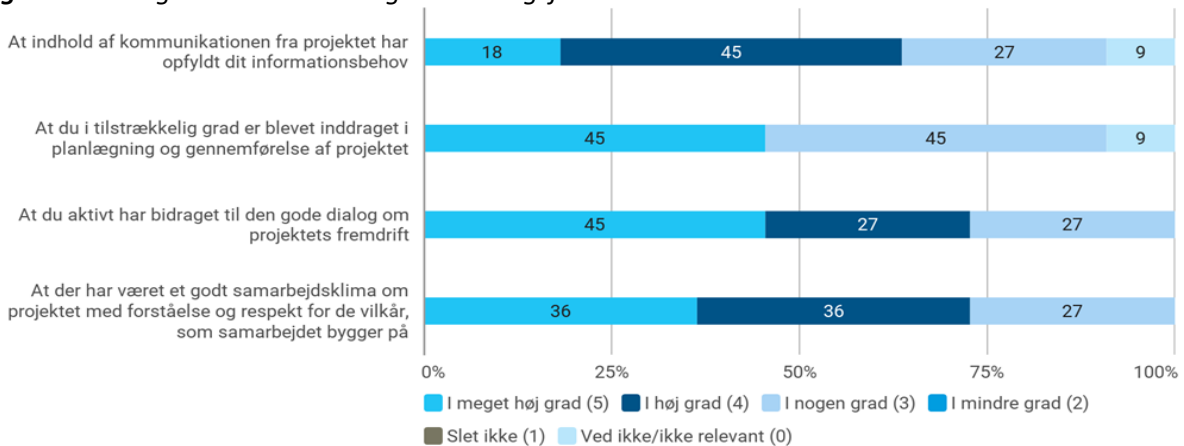
To respondenter har skrevet en kommentar til projektmålet om klare mål og milepæle. Den ene siger: *”Det har haft indflydelse på ændringer af koordinationsgruppens medlemmer, at vi har haft stor udskiftning til sidst i projektperioden.”* Den anden respondent bemærker: *”Aktiviteterne er også blevet udviklet undervejs og alt efter, hvad der gav mening.”*

Figur 1. Klare mål og milepæle



Figur 2 viser, at der generelt er høj tilfredshed med kommunikation og involveringsform. Størst tilfredshed er der med spørgsmålene om eget bidrag til den gode dialog om projektets fremdrift samt om samarbejds klimaet i projektet. Næsten 75 % af respondenter svarer, at de i meget høj grad eller i høj grad er tilfredse hermed. Respondenterne er delte i deres svar på, om de i tilstrækkelig grad er blevet inddraget i planlægning og gennemførelse af projektet. Den ene halvdel finder, at de i ”meget høj grad” har været inddraget, mens den anden halvdel siger i ”nogen grad”.

Figur 2. Rettidig kommunikation og involveringsform

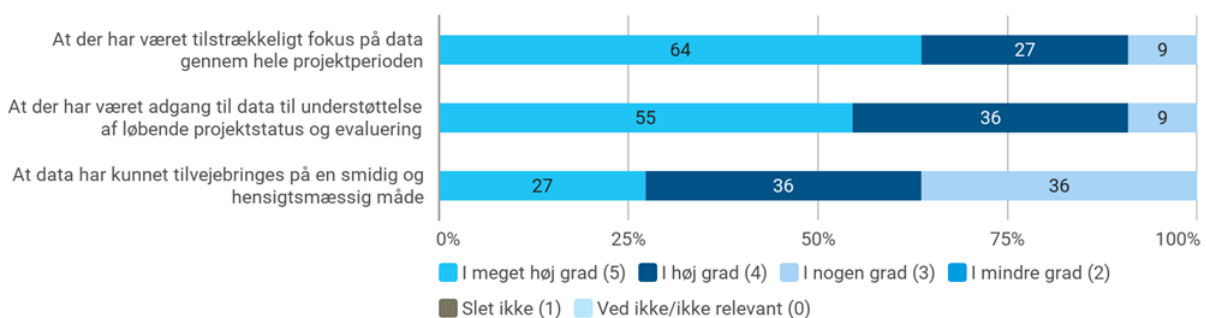


Figur 3 viser, at der er meget høj tilfredshed med fokus på data og adgang til data til løbende projektstatus og evaluering. Der er lidt mindre tilfredshed med, om data har kunne tilvejebringes på en smidig og hensigtsmæssig måde.

Tre respondenter har kommentarer til temaet om data. De tre respondenter siger:

- *"Jeg savner præcisering i forhold til hvilke afgrænsninger, der laves for projektet og dermed også data. Det er vigtigt at skarp på dette i opstart af et nyt projekt. Samt at indsamlingen af spørgeskemaer til evalueringen af rehabiliteringsforløb ikke må hvile på projektsygeplejersken."*
- *"Vi har ikke været afklaret om hvilke data skulle bruges fra begyndelsen, og systemet har ikke været klart, og det har ikke været klarlagt hvem [som var ansvarlig] og den juridiske godkendelse fra start."*
- *"Formålet med data som blev indsamlet synes ikke at have ét klart formål, men mere være empirisk. Nogle bias i dataindsamlingen, f.eks. med spørgeskemaer."*

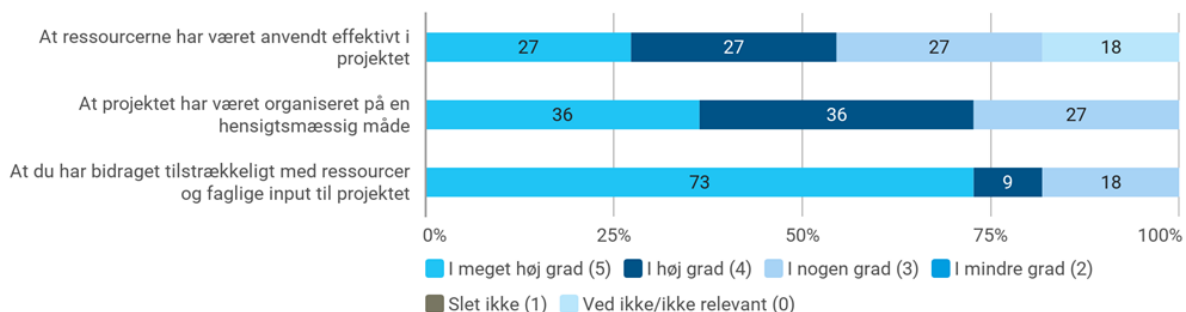
Figur 3. Tilfredshed med data



Figur 4 viser, mere end 70 procent er "i meget høj grad" tilfredse med deres eget bidrag med ressourcer og faglige input til projektet. Tilfredsheden med, om ressourcerne har været anvendt effektivt, og om projektet har været organiseret på en hensigtsmæssig måde, er også forholdsvis høj.

En enkelt respondent har følgende kommentar: *"Projektet har været organiseret hensigtsmæssigt, men sårbart. Der har været en uligevægt i antallet af medlemmer, der har deltaget fra de forskellige partnere. Har savnet mere indflydelse fra helhedsplan generelt. Vigtigt at Steno ansatte er til stede der hvor indsatserne foregår gennem hele forløbet, for at få forståelse for konteksten."*

Figur 4. Ressourcestyring og organisering



Figur 5 viser, at mere end 60 % finder, at det ”i meget høj grad” eller ”i høj grad” har været klart, hvordan projektets resultater har kunnet påvirke deres arbejdsområde. Også mange finder, at projektet har skabt et grundlag for at beslutte, hvad der skal indgå som den fremtidige standardbehandling for diabetes. En enkelt kommenterer dog: ”Jeg oplever ikke, at der gennem projektet er talt så meget om, hvordan indsatsen bliver bæredygtig - hvilken grad af sundhedsfremmende og opsporende arbejde kan parterne allokere midler til ved projektets afslutning? Hvilke initiativer prøvede vi af, men fungerede ikke godt?”

Som afslutning på spørgeskemaet kunne respondenterne komme med forslag til, hvad der kunne være gjort anderledes i projektet, som kan gavne fremtidige indsatser på området.” En enkelt respondent har besvaret dette spørgsmål som følger: ”Det kunne være en ide af have et tættere samarbejde med læge/ambulatorie. Jeg er usikker på hvordan. Men jeg oplever, at egen læge er fortravlet og ikke følger deres borgere med diabetes tæt nok.”

Figur 5. Grundlag for beslutning om overgang til drift

