



## Pilotprojekt - Forsknings- og samarbejdsprojektet: "Tidlig Opsporing og Forebyggelse".

<p><b>Baggrund</b></p>	<p>Danskerne bliver stadig ældre, og halvdelen af befolkningen har en mere eller mindre usund livsstil. Hvis der ikke sættes tidligt ind med sundhedsfremme, opsporing og forebyggelse, kan antallet af livsstilssygdomme forventes at stige de kommende år. Det vil give store udfordringer for sundhedsvæsenet og for samfundet i øvrigt, og fordrer derfor nytænkning, helhedsorienterede og proaktive løsninger.</p> <p>Projekt "Tidlig Opsporing og Forebyggelse" (TOF) har overordnet til formål at udvikle og afprøve et systematisk og helhedsorienteret forskningsbaseret koncept, der er velegnet til at fremme sunde vaner, samt opspore og forebygge livsstilssygdomme i den primære sundhedssektor i Danmark samt sikre sammenhæng i forebyggelsesforløb på tværs af aktører i det nære sammenhængende sundhedsvæsen. Konceptet målrettes almenbefolkningen, men afprøves i pilotprojektperioden på målgruppen 30-59 årige, som vurderes at besidde det største potentiale for forebyggelse af livsstilssygdomme.</p> <p>Projektet har i 3. kvartal 2016 gennemført et pilotprojekt, som i 1. kvartal 2017 er evalueret af FEA og SIF. Resultaterne fra pilotprojekt1 peger på, at interventionen skal justeres ift. den indledende rekruttering af borgere til projektet, udvælgelsen af de røde borgere i almen praksis skal skærpes ligesom flowet i almen praksis med fordel kan gøres mere fleksibelt. Der skal også være mere fokus på implementering af interventionen i almen praksis, herunder en mere tydelig kommunikation af, hvilke patienter lægen kan forvente at se ved deltagelse i projektet.</p> <p>I første kvartal 2017 har der været afholdt "datamøder" for både kommunale og lægefaglige repræsentanter. På datamøderne blev udvalgte kvantitative data fra pilotprojekt1 præsenteret, og projektets aktører kunne komme med deres input til fortolkning af disse. Alle input blev indarbejdet i den endelige evalueringsrapport, som styregruppen godkendte i 2. kvartal 2017.</p> <p>I 2. kvartal 2017 påbegyndte styregruppen en drøftelse af, hvorvidt projektet skulle gå fra pilot 1 frem mod det planlagte effektstudie, eller om der først skulle indhentes mere viden om og praktiske erfaring med de justeringer, som evalueringen af pilot1 pegede på. Projektsekretariatet præsenterede styregruppen for tre mulige scenarier for projektets videre forløb og blev efterfølgende bedt om at arbejde videre på at beskrive 1) et scenarie med overgang til effektstudie, 2) et scenarie med endnu et pilotprojekt.</p> <p>I 3. og 4. kvartal af 2017 har projektsekretariatet arbejdet med at få input</p>
------------------------	--

	<p>til udviklingen af interventionen i projektet. Der har været afholdt arbejdsgruppemøde med de kommunale repræsentanter, hvor der dels er arbejdet med at identificere de målgrupper, som der skal udvikles en særlig rekrutteringsindsats til ligesom kommunerne er kommet med deres bud på konkrete rekrutterings-tiltag, som kan varetages af de kommunale aktører. Kommissoriet for kommunearbejdsgruppen er godkendt af styregruppen.</p> <p>Der er også nedsat en lægearbejdsgruppe, der består af lægefaglige repræsentanter dels fra den arbejdsgruppe, der var med til at udvikle interventionen i pilot1 og dels læger, der har afprøvet interventionen i pilot1. Lægearbejdsgruppen har arbejdet med at identificere de målgrupper, som lægerne gerne vil se som "røde borgere" i projektet samt udvælgelsen af de røde borgere, som skal tilbydes et forløb i almen praksis. Arbejdsgruppen har også arbejdet med organiseringen af interventionen/flowet i almen praksis samt kommet med input til, hvordan projektet og interventionen bedst implementeres.</p> <p>Sideløbende med arbejdet i læge- og kommunearbejdsgruppen er der arbejdet intensivt med en videreudvikling af IT understøttelsen. Der har været afholdt workshops med borgere, kommunale medarbejder samt praksispersonale. Formålet har været at få konsolideret de erfaringer, som brugerne har gjort sig i pilot1 samt at få input til den videre udvikling af brugerfladerne, som afprøves i pilot2. Ligeledes arbejdes der via et eksternt kommunikationsbureau med fokusgruppeinterviews bestående af (lavtuddannede) mænd, som skal give mere viden om, hvordan mændene foretrækker at få viden om deres sundhed på deres brugerflade på sundhedsmappen.</p> <p>I 4. kvartal 2017 har styregruppen godkendt et oplæg til et pilot2projekt, med arbejdsgruppernes justeringer, herunder særligt fokus på målrettet rekruttering af mænd og beboere i sociale boligområder for at opnå en bredere rekruttering til deltagelse i projektet. Projektsekretariatet har siden da arbejdet på en pilot2projektbeskrivelse med tilhørende tidsplan.</p> <p>Pilot2projektet skal give vigtig viden om centrale elementer i projektet, som (primært) lægerne har peget på i evalueringen af pilot1projektet.</p> <p>Pr. oktober 2017 deltager 7 syddanske kommuner i projektet; Aabenraa, Sønderborg, Haderslev, Varde, Middelfart, Kerteminde og Nyborg. Tre kommuner har meldt sig som pilot2kommuner: Varde, Haderslev og Middelfart.</p> <p>På baggrund af resultaterne fra pilot2projekt, beslutter styregruppen i løbet af første halvår 2019 det videre forløb for projektet, herunder overgangen fra pilotprojektet til effektstudie.</p>
<b>Formål</b>	<p>Pilot2projektet har til formål at teste de elementer i TOF, der hver for sig er centrale og kritisk vigtige at få detaljeret viden om inden et effektstudie sættes i gang. De tillægselementer der afprøves i pilot2, er identificeret gennem drift og evaluering af pilot1 samt de efterfølgende drøftelser i arbejdsgrupper og workshops.</p>

<b>Succeskriterie</b>	Pilotprojektet2's succes måles på, om en projektbeskrivelse for et effektstudie kan godkendes i styregruppen ultimo 2019
<b>Forberedelse</b>	
<b>Beskrivelse</b>	<p><b>Forberedelsen består af 2 faser; igangværende og afventende</b></p> <p><b>Igangværende fase:</b></p> <p><u>Indhentning af tilladelser, indgåelse af aftaler om honorering mv:</u></p> <p>Forud for rekruttering af læger til projektet udarbejdes vilkår for lægernes deltagelse, herunder aftaler om honorering, og der ansøges om tilladelse til projektet fra Datatilsynet og Videnskabsetisk komite. Herudover anmeldes projektet til Multipraksisudvalget og Clin. Trials.gov, der udarbejdes projektaftaler til indgåelse mellem læger og FEA, samtykkeerklæring til borgerne og databehandleraftaler (mellem DAK-E og FEA og mellem FEA og systemhusene), og der tages indledende kontakt til systemhusene i de 3 pilotkommuner. Desuden påbegyndes ansøgningen til eksterne fonde om finansiering af den forskningsmæssige evaluering.</p> <p><u>Videreudvikling af it-understøttelsen:</u></p> <p>Sundhedsmappen udvikles fra prototype 1 til prototype 2 gennem en brugerdrevet designproces med det overordnede mål at sikre et robust design og en solid forankring af sundhedsmappen.</p> <p>Målet søges opnået gennem tre delmål.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konsolidere erfaringer fra arbejdet med prototype 1 og udvikle og prioritere forslag til næste version af sundhedsmappen</li> <li>2. Forankre designet i brugssituationen og hos den bredest mulige gruppe af brugere</li> <li>3. Skabe et solidt grundlag for at forankre sundhedsmappen i den eksisterende brugssituation</li> </ol> <p>Delmål 1 og 2 skal sikre et robust design, mens delmål 3 skal sikre en solid forankring af sundhedsmappen. Arbejdet pågår løbende helt frem til driftsperioden for pilot2. For yderligere beskrivelse af IT understøttelsen se bilag 4.</p> <p><b>Afventende fase:</b></p> <p><u>Rekruttering af læger:</u></p> <p>Den afventende forberedelsesfase starter med rekruttering af praktiserende læger til projektet. Det er frivilligt for den enkelte læge, om man vil deltage i projektet. Det er den kommunale projektleder/tovholder, der i samarbejde med projektsekretariatet rekrutterer læger til deltagelse. Rekrutteringsprocessen kan variere fra kommune til kommune, blandt andet fordi to af kommunerne har deltaget i pilot1 og vidensniveauet om projektet blandt lægerne i de kommuner generelt er højere. Hvis relevant og muligt tages under rekrutteringen af lægerne</p>

hensyn til de planlagte tiltag til målrettet rekruttering af specifikke borgergrupper, som kommunerne er ansvarlige for (se de kommunale initiativer nedenfor samt bilag 1-3). Ved tilmelding til projektet underskriver lægen en projektaftale, der vedrører deltagelse i projektet og videregivelse af patientjournaldata, samt en aftale om vilkår for deltagelse, herunder honorering.

Rekruttering af borgere:

Målgruppen for pilot2projektet er borgere født i perioden 1959-1988. Efter lægernes tilmelding til projektet rekvireres udtræk fra Praksys på et tilfældigt udtræk af 9000 borgere i målgruppen tilmeldt de deltagende læger. Ved udtrækket tages hensyn til bopæl, så samlevende borgere inviteres samtidig. Borgerne får tilsendt en invitation til deltagelse i projektet og en samtykkeerklæring, der vedrører deltagelse i projektet og videregivelse af patientjournaldata til brug i projektet og til forskning. Der er deadline for tilmelding til projektet ca 5 uger efter modtagelse af invitationen. Der udsendes 2 elektroniske påmindelser med kort tidsinterval.

Invitationen til deltagelse i projektet sendes fra projektet til borgerens digitale postkasse. Yderligere information om projektet og samtykkeerklæringen tilgås direkte fra invitationen via link til Sundhedsmappe.dk, hvor der logges ind med NemID. Samtykke afgives på Sundhedsmappe.dk, hvor borgeren samtidig bliver bedt om at angive mail-adresse, som projektet kan bruge til at fortælle borgeren om blandt andet fremskridt i projektet, hvornår projektet slutter, hvordan borgeren bør forholde sig ved projektets afslutning og om resultatet af projektet. Herudover kan mail-adressen bruges til at kontakte borgeren i forbindelse med den forskningsmæssige evaluering af projektet.

Ifølge individuel aftale med de tre pilotkommuner understøtter de hver især den målrettede rekruttering af borgere til projektet; i først omgang den indledende samtykkeerklæring og senere evt. selve udfyldelsen af spørgeskemaet om borgerens livsstil (bilag 1-3).

Varde planlægger at understøtte den målrettede rekruttering af borgere via trykt informationsmateriale i udvalgte sociale boligområder og samarbejde med eks. jobcenter. Rekruttering af læger til deltagelse starter i 4 udvalgte lægehuse, hvor der efter et evt. positivt tilsagn om deltagelse i projektet indledes samarbejde med praksispersonalet om det videre forløb (bilag1).

Haderslev vil bla. indgå samarbejde med boligsociale medarbejdere ansat i boligforeninger i to større boligområder i kommunen om at informere om projektet. I rekrutteringen af læger til deltagelse vil man forsøge at identificere og tage kontakt til læger, med en stor andel af deres patientpopulation i de to boligområder (bilag 2).

Middelfart vil gå efter en bred rekruttering af læger til deltagelse. Der lægges op til en drøftelse i KLU forud for rekruttering af læger samt dialog om, hvordan lægerne ønsker at samarbejde med kommunen skal

	<p>foregå. Desuden tiltænkes sundhedspilot-ordningen en rolle ift. opfølgende besøg i de deltagende lægehuse. Med flere deltagende lægehuse kan den målrettede rekruttering finde sted flere steder, blandt andet i samarbejde med det forebyggende team, jobcenter og evt. frivilligforening (bilag 3).</p> <p><u>Videregivelse af patientjournaldata:</u></p> <p>Systemhusene i de tre pilotkommuner står for videregivelse af de relevante patientjournaloplysninger fra den praktiserende læges patientjournal til projektets forskningsdatabase. Lægehuse i Haderslev, Varde og Middelfart kommune gør brug af systemhusene XMO, EG Clinea, NOVAX og ClinicCare Læge. Forud for projektstart underskrives en samarbejdskontrakt mellem projektet og det enkelte systemhus, og der indgås en databehandlersaftale mellem FEA og det enkelte systemhus. Der indgås desuden en databehandlersaftale mellem FEA og DAK-E, idet DAK-E administrerer TOF forskningsdatabase. FEA er dataansvarlig og systemhusene og DAK-E er databehandlere. Systemhusene indgår desuden aftale om honorering med projektet.</p> <p>Når tidsfristen for borgernes tilmelding til projektet er udløbet, sendes en samlet liste med cpr. numre på de borgere, der elektronisk har underskrevet samtykkeerklæringen til de relevante systemhuse. Systemhusene laver herefter udtræk på de specifikke data, som borgeren har givet samtykke til. Udtrækkene overføres til TOF forskningsdatabase.</p> <p><u>Implementeringsaktiviteter:</u></p> <p>Efter aftale med Middelfart kommune og evt. kommunalt PLO kan der afholdes projektintroduktion for de tilmeldte læger og de kommunale medarbejdere lokalt i Middelfart umiddelbart forud for udsendelse af TOF spørgeskemaer til borgerne. Projektintroduktionen vil om muligt blive afholdt i kommunens lokaler med henblik på en samtidig og konkret information til lægerne om de forebyggelsestilbud, som kommunen udbyder. Der udvikles desuden mere lokale projektintroduktionstiltag i samarbejde med lægearbejdsgruppen. Eksempelvis anbefaler lægearbejdsgruppen, at en evt. fælles projektintroduktion suppleres med/erstattes af besøg i den enkelte praksis (1-2 timers møder), hvor <u>hele</u> lægehusets personale introduceres til projektet, og hvor lægehuset planlægger den lokale organisering/fordeling af opgaverne, introduceres til sundhedsmappen og gennemgår e-læringsmodulet.</p> <p><u>Forberedelse af den forskningsmæssige evaluering:</u></p> <p>I samarbejde med de deltagende forskere, Forskningsstyregruppen, lægearbejdsgruppen, kommunearbejdsgruppen og projektets øvrige aktører planlægges og koordineres den kvalitative og kvantitative evaluering.</p>
<b>Leverancer</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Projektmateriale er videreudviklet og testet</li> <li>2. Nødvendige tilladelser og aftaler er indhentet/godkendt</li> <li>3. IT understøttelse og forskningsdatabase er videreudviklet og</li> </ol>

	<p>testet</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Minimum 15 læger har tilmeldt sig projektet</li> <li>5. Målgruppen er identificeret</li> <li>6. 3600 borgere har givet samtykke til deltagelse i projektet</li> <li>7. Patientjournaldata er kvalitetstjekket og overført til forskningsdatabasen</li> <li>8. Uddannelsesaktiviteter for læger, praksispersonale og kommunalt sundhedspersonale er udviklet og gennemført</li> <li>9. Projekthjemmeside er videreudviklet og testet</li> <li>10. Spørgeskemaer og interviewguides er udviklet og evalueringen planlagt og koordineret</li> <li>11. Aftale om vilkår for deltagelse, herunder honorering af lægerne er beskrevet og drøftet</li> </ol>
<b>Aktører</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Region Syddanmark, kommunearbejdsgruppen, lægearbejdsgruppen, FEA</li> <li>2. FEA, Datatilsynet, multipraksisudvalget, Clin. Trial Gov, Videnskabsetisk komite, SDU Research &amp; Innovation Organisation,</li> <li>3. Region Syddanmark, DAK-E, FEA, kommunearbejdsgruppe, lægearbejdsgruppe, gruppe af praksispersonale, borgergrupper</li> <li>4. Praktiserende læger i de tre pilotkommuner</li> <li>5. FEA, DAK-E</li> <li>6. Borgere i målgruppen i de tre pilotkommuner</li> <li>7. Systemhusene, FEA, DAK-E</li> <li>8. Region Syddanmark, SydPol, Praktiserende læger og praksispersonale i de tre pilotkommuner, kommunale medarbejdere i de tre pilotkommuner, kommunearbejdsgruppen, lægearbejdsgruppen</li> <li>9. Region Syddanmark</li> <li>10. FEA, DAK-E, Artroseforskningsgruppen, SIF, Oslo Universitet, kommunearbejdsgruppen, lægearbejdsgruppen, Region Syddanmark</li> <li>11. PLO Syddanmark og Region Syddanmark</li> </ol>
<b>Drift</b>	
<b>Beskrivelse</b>	<p><b>Driftsfasen starter med udsendelse af spørgeskemaerne.</b></p> <p>Når patientjournaloplysningerne er overført til forskningsdatabasen sendes besked til de tilmeldte borgere om, at der er et spørgeskema tilgængeligt på sundhedsmappe.dk. Beskeden sendes som digital post (e-boks) med link til sundhedsmappe.dk. På tilsvarende vis udsendes påmindelse efter 1 uge og igen efter 14 dage. Yderligere påmindelser</p>

kan efter aftale med styregruppen udsendes afhængig af svarprocent.

Når borgeren har udfyldt TOF spørgeskemaet gennemføres stratificeringen som beskrevet i vilkår for deltagelse, som lægerne har fået sammen med samarbejdsaftalen fra FEA. Umiddelbart efter besvarelsen af TOF spørgeskemaet får borgeren en individuel tilbagemelding (sundhedsprofil) på sundhedsmappe.dk. Borgeren får tilsendt en mail, når sundhedsprofilen er tilgængelig.

### **Interventionen i almen praksis**

Såfremt klinikken har tilmeldt sig denne ordning kan røde borgere på sundhedsmappe.dk angive, at de ønsker at blive ringet op af lægen/praksispersonale mhp. aftale om tidspunkt for helbredsundersøgelsen. I almen praksis tilbydes de røde borgere i udgangspunkt en indledende fokuseret helbredsundersøgelse og en efterfølgende helbredssamtale. Indholdet i disse er som beskrevet i det godkendte HUS koncept.

Lægen får tilsendt spørgeskemaoplysningerne om borgerens livsstil som edifact-meddelelser sendt som både epikrise og labsvar.

### **Helbredsundersøgelse.**

I forbindelse med helbredundersøgelsen logger læge/praksispersonale på praksissundhedsmappen ved hjælp af NemID. Borgeren identificeres fra en drop-down liste over alle de røde borgere eller ved indtastning af borgerens cpr-nr, og de umiddelbare resultater fra helbredsundersøgelsen (højde, vægt, blodtryk samt evt. spirometri og EKG) tastes ind. Informationerne sendes efterfølgende til lægens eget journalsystem som edifact meddelelse, og lægges derved ind i journalens laboratorieskema. Lægen/praksispersonalet kontakter borgeren med besked om resultatet af undersøgelsen og anbefaling for det videre forløb. Hvis alle parametre er normale kan borgeren evt. afsluttes i almen praksis uden at komme til en helbredssamtale. Såfremt borgeren tilbydes en helbredssamtale udløser lægens registreringer på praksissundhedsmappen en mail til borgeren med link til borgerens forberedelse til helbredssamtalen. Borgeren tilgår forberedelseskemaet på sundhedsmappe.dk ved hjælp af NemID.

### **Helbredssamtale.**

I forbindelse med helbredssamtalen logger lægen/praksispersonale atter på praksissundhedsmappen ved hjælp af NemID, og borgeren identificeres som ovenfor beskrevet. På praksissundhedsmappen har lægen adgang til informationer om borgerens livsstil og resultater af borgerens forberedelse til helbredssamtalen, herunder information om motivation, ressourcer, balanceskema med videre (hvis borgerne har valgt at udfylde forberedelseskemaet). Lægen/praksispersonalet indtaster laboratorieresultater fra helbredsundersøgelsen (lipid og HbA1c) samt den med borgeren aftalte plan, eventuel(le) henvisning(er) til kommunale tilbud mv. på praksissundhedsmappen. Informationerne sendes efterfølgende til lægens eget journalsystem som edifact meddelelse og lægges ind som journalnotat. Den aftalte plan sendes

	<p>desuden til borgerens side på sundhedsmappe.dk.</p> <p><b>Interventionen i kommunen</b></p> <p>I forbindelse med tilbagemeldingen på sundhedsmappen kan den gule borger markere, at ville kontaktes af en kommunal medarbejder til en snak om sundhedsprofilen og evt. muligheder for et kommunalt livsstilsforløb. Borgeren skal anføre telefonnummer samt tidsinterval for kontakten. Den kommunale medarbejder ringer i det aftalte tidsrum, og hvis borgeren ikke svarer, kan der ligges besked på telefonsvareren om, at borgeren skal henvende sig på et specifikt telefonnummer.</p> <p><b>Indledende telefonsamtale</b></p> <p>Forud for telefonsamtalen finder den kommunale medarbejder borgerens sundhedsprofil-oplysninger frem på brugerfladen til brug ved telefonsamtalen. I telefonsamtalen afklares det, om borgeren er motiveret for at arbejde med sin livsstil, og om borgeren ønsker at gøre det på egen hånd (=&gt;borgeren afsluttes i systemet), eller om borgeren ønsker at gøre brug af et kommunalt tilbud (=&gt;borgeren kan visiteres direkte til et kommunalt tilbud). I telefonsamtalen kan det desuden afklares, om borgeren kunne have gavn af en sundhedssamtale i kommunen, og der kan aftales en tid til sundhedssamtalen.</p> <p><b>Sundhedssamtale</b></p> <p>Forud for sundhedssamtalen finder den kommunale medarbejder borgerens sundhedsprofil-oplysninger og borgerens forberedelse frem på brugerfladen (såfremt borgeren har forberedt sig). I sundhedssamtalen afklares det, hvad borgerens mål for arbejdet med livsstil er, og hvilke ønsker og ressourcer borgeren har til at arbejde med livsstil. Når sundhedssamtalen afsluttes, noteres eventuelle aftaler på sundhedsmappen, så borger og kommunal medarbejder efterfølgende kan se, hvad der er aftalt.</p>
<b>Leverancer</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2700 borgere har udfyldt TOF spørgeskemaet</li> <li>2. De klinikker, der har tilmeldt sig ordningen har ringet til de borgere, der på sundhedsmappe.dk har angivet, at de ønsker at blive kontaktet</li> <li>3. Den praktiserende læge og/eller praksispersonale har gennemført helbredsundersøgelse og evt. helbredssamtale på de røde borgere, der henvender sig til almen praksis</li> <li>4. De kommunale medarbejdere har gennemført indledende telefonsamtale og evt. sundhedssamtale med de gule borgere, der ønsker at bliver kontaktet af kommunen</li> <li>5. Der er etableret en supportfunktion for projektets driftsfase</li> <li>6. Kommunikation om pilotprojektet er gennemført (eks. taleark til politikere, pressemeddelelser, nyhedsbreve)</li> </ol>
<b>Aktører</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Borgerne i målgruppen i de tre pilotkommuner</li> <li>2. De tilmeldte praktiserende læger og praksispersonale i</li> </ol>



	<p>Haderslev, Middelfart og Varde kommune</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. De tilmeldte praktiserende læger og praksispersonale i Haderslev, Middelfart og Varde kommune</li> <li>4. De kommunale medarbejdere i Haderslev, Middelfart og Varde kommune</li> <li>5. Region Syddanmark, DAK-E</li> <li>6. Region Syddanmark</li> </ol>
<b>Evaluering</b>	
<b>Beskrivelse</b>	<p>Pilot2 skal give konkret viden om:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Dimensionering.</b> Vi ønsker at undersøge, hvor mange og hvilke borgere, der giver samtykke til deltagelse og efterfølgende tager imod tilbuddet om en sundhedsprofil. Vi ønsker desuden at undersøge hvor mange, der tager imod tilbuddet i almen praksis, hvor mange af disse, der henvises videre til kommunale tilbud, og hvor mange "gule" borgere der tager imod tilbuddet i kommunen.</li> <li>2. <b>Interventionen i almen praksis:</b> Vi ønsker at indhente viden om, hvordan læger og praksispersonale oplever og vurderer relevansen af de borgere, der tager kontakt til almen praksis og hvordan læger, praksispersonale og borgere samlet set oplever og vurderer den justerede intervention. Desuden indhentes viden om, hvor stort tidsforbruget er til interventionens enkelte dele.</li> <li>3. <b>Interventionen i kommunen:</b> Vi ønsker at indhente viden om, hvordan kommunale sundhedsprofessionelle og borgere oplever og vurderer den kommunale intervention. Vi ønsker ligeledes at indhente viden om, hvor stort tidsforbruget er til interventionens enkelte dele.</li> <li>4. <b>Den indledende målrettede rekruttering:</b> Vi ønsker at indhente viden om borgerens og kommunens oplevelse og vurdering af de anvendte metoder til målrettet indledende rekruttering.</li> <li>5. <b>It-understøttelsen (sundhedsmappen).</b> Vi ønsker at undersøge borgernes, lægernes, praksispersonalets og de kommunale sundhedsprofessionelles oplevelse og brug af den justerede it-understøttelse</li> <li>6. <b>Projektintroduktionsaktiviteter.</b> Vi ønsker at afprøve de samlede projektintroduktionsaktiviteter herunder evt. fælles projektintroduktion i Middelfart kommune, projektintroduktion lokalt i den enkelte klinik og supplerende efteruddannelsestilbud.</li> <li>7. <b>Betydning af inklusion af artrose-delen i sundhedsmappen.</b> Vi ønsker at undersøge, hvor mange og hvilke TOF borgere, der angiver, at have vedvarende smerter i knæ/hofte, hvor mange af disse, der anbefales at kontakte en fysioterapeut med henblik på målrettet træning, og hvor mange der efterfølgende vælger at</li> </ol>

	<p>kontakte en fysioterapeut.</p>
Leverancer	<p><b>1. Dimensionering</b></p> <p>1.1 Der er svar på hvor mange borgere, der giver samtykke, og hvor mange der får en sundhedsprofil</p> <p>1.2 Der er svar på, hvem der giver samtykke, hvem der får en sundhedsprofil og hvem der ikke gør (køn, alder, socioøkonomi)</p> <p>1.3 Der er svar på hvor mange borgere, der er i henholdsvis den "lilla", "røde", "gule" og "grønne" risikogruppe.</p> <p>1.4 Der er svar på hvor mange og hvilke "røde" borgere, der får en helbredsundersøgelse og -samtale i almen praksis.</p> <p>1.5 Der er svar på hvor mange "røde" borgere, der samlet set henvises til kommunen fra almen praksis.</p> <p>1.6 Der er svar på hvor mange og hvilke "gule" borgere, der får en telefonsamtale og hvor mange, der efterfølgende får en sundhedssamtale.</p> <p>Datagrundlag: Strukturerede data indsamlet som led i driften af pilotprojektet, audit efter helbredsundersøgelse og – samtale, audit efter telefon- og sundhedssamtale, registeroplysninger</p> <p><b>2. Interventionen i almen praksis.</b></p> <p>2.1 Der er svar på, hvor mange af de "røde" borgere, der tager imod tilbuddet i almen praksis, der vurderes som relevante af egen læge/praksispersonale</p> <p>2.2 Der er svar på, hvordan lægen og praksispersonalet samlet set oplever og vurderer den justerede intervention i almen praksis</p> <p>2.3 Der er svar på, hvad tidsforbruget til forberedelse, helbredsundersøgelse og helbredssamtale er</p> <p>2.4 Der er svar på, hvordan lægens/praksispersonalets indsats evalueres af de "røde" borgere</p> <p>2.5 Der er svar på, hvordan de "røde" borgere samlet set oplever og vurderer interventionen</p> <p>2.6 Der er lavet en samlet evaluering af interventionen i almen praksis, der kan danne grundlag for en evt. justering af interventionen forud for storskalaprojektet og en evt. justering af lokalaftalen.</p> <p>Datagrundlag: Spørgeskema, audit, etnografiske observationer, kvalitative interview</p> <p><b>3. Den kommunale intervention</b></p> <p>3.1 Der er svar på, hvor mange af de "gule" borgere, der tager imod tilbuddet i kommunen, der vurderes som relevante af den</p>

	<p>kommunale sundhedsprofessionelle</p> <p>3.2 Der er svar på, hvordan de kommunale sundhedsprofessionelle samlet set oplever og vurderer interventionen i kommunen</p> <p>3.3 Der er svar på, hvad tidsforbruget til forberedelse, telefon- og sundhedssamtale er</p> <p>3.4 Der er svar på, hvordan kommunens indsats opleves og vurderes af de "gule" borgere</p> <p>3.5 Der er svar på, hvordan de "gule" borgere samlet set oplever og vurderer interventionen</p> <p>3.6 Der er lavet en samlet evaluering af interventionen i kommunen, der kan danne grundlag for en evt. justering af interventionen forud for storskalaprojektet</p> <p>Datagrundlag: Spørgeskema, audit, etnografiske observationer, kvalitative interview</p> <p><b>4. Den indledende målrettede rekruttering:</b></p> <p>4.1 Der er svar på, hvilke tiltag kommunerne har implementeret med henblik på en målrettet indledende rekruttering</p> <p>4.2 Der er svar på, hvordan borgerne oplever de målrettede rekrutteringstiltag</p> <p>4.3 Der er svar på, hvordan kommunen vurderer arbejdet med den indledende målrettede rekruttering</p> <p>Datagrundlag: Data indsamlet som led i driften af projektet, spørgeskema, etnografiske observationer, kvalitative interview</p> <p><b>5. It-understøttelsen</b></p> <p>5.1 Der er svar på, hvordan it-understøttelsen anvendes af borgerne</p> <p>5.2 Der er svar på, hvordan borgeren oplever og vurderer sundhedsprofilen</p> <p>Datagrundlag: Data indsamlet som led i driften af projektet, user analytics data, spørgeskema, kvalitative interview</p> <p><b>6. Implementeringsaktiviteter</b></p> <p>6.1 Der er svar på, hvor mange læger og praksispersonaler, der gør brug af/deltager i de udviklede metoder til implementering af interventionen i almen praksis</p> <p>6.2 Der er svar på, hvordan læger, praksispersonale og kommunale medarbejdere oplever og vurderer de udviklede metoder til implementering herunder den fælles projektintroduktionsdag, projektintroduktion lokalt i den enkelte klinik og tilbud om</p>
--	--

	<p>efteruddannelsesaktiviteter</p> <p>Datagrundlag: Data indsamlet som led i driften af projektet, spørgeskema, etnografiske observationer, kvalitative interview</p> <p><b>7. Betydning af inklusion af artrose-delen i sundhedsmappen.</b></p> <p>7.1 Der er svar på, hvor mange og hvilke borgere, der har angivet at have vedvarende smerter i knæ/hofte</p> <p>7.2 Der er svar på, hvor mange af disse, der anbefales at tage kontakt til en fysioterapeut mhp målrettet træningsforløb</p> <p>7.3 Der er svar på, hvor mange, der starter op på et forløb hos en GLA:D fysioterapeut</p> <p>Datagrundlag: Data indsamlet som led i driften af projektet, spørgeskema, GLA:D databasen</p>
<b>Aktører</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. FEA, DAK-E</li> <li>2. FEA, Statens Institut for Folkesundhed (SIF), lægearbejdsgruppen,</li> <li>3. FEA, SIF, kommunearbejdsgruppen</li> <li>4. SIF, FEA, Region Syddanmark</li> <li>5. FEA, SIF, Oslo Universitet, DAK-E</li> <li>6. SIF, Region Syddanmark, DAK-E, kvalitets- og efteruddannelseskonsulent</li> <li>7. FEA, Institut for idræt og biomekanik, DAK-E</li> </ol>
<b>Budget</b>	<p><b>Forudsætninger:</b></p> <p><b>Antal røde borgere i de tre pilotkommuner:</b></p> <p>9000 borgere inviteres til deltagelse i projektet</p> <p>40 % samtykker til deltagelse (= 3600 borgere)</p> <p>75 % besvarer TOF spørgeskemaet (= 2700 borgere)</p> <p>22 % er "røde" borgere (= 594 borgere)</p> <p>19 % tager imod tilbud om helbredsundersøgelse og evt. helbredssamtale (= 112 borgere/)</p> <p><b>Budget pilotprojekt:</b></p> <p><b><u>Det samlede budget for pilotprojektet: 1.880.000 kr.*</u></b></p> <p><b>*Bemærk: Budgettet er ikke endeligt udarbejdet, da vi mangler takster for de to nye ydelseskoder, som skal oprettes i forbindelse med den justerede intervention i almen praksis (budgetpost nr.2). Budgettet er eksklusiv lønudgifter til sekretariatet.</b></p> <p><b>1. Drift: 250.000 kr.</b></p>

	<p>TOF forskningsdatabase, elektronisk udsendelse af Spørgeskema, post/elektronisk udsendelse af påmindelse Finansieres af projektmidler</p> <p><b>2. Honorering af almen praksis for interventionen (røde pt): ? kr.</b> Røde patienter x ???kr.) Finansieres af projektmidler</p> <p><b>3. Honorering af almen praksis for deltagelse i TOF uddannelsesaktiviteter: ~30.000 kr.</b> ( ~15 læger x 1 time á ca. 878,61 kr., ~15 praksispersonale x 1 time á ca. 300 kr., evt. lokale, forplejning m.m. ) Finansieres af projektmidler</p> <p><b>4. Honorering af systemhusene: 150.000 kr.</b> Videregivelse af patientjournaldata fra læge til forskningsdatabase Finansieres af projektmidler</p> <p><b>5. Den forskningsmæssige evaluering: 1.450.000 kr.</b></p> <p><u>Kvalitative undersøgelser</u> 750.000 kr.</p> <p>Herunder etnografiske observationer og kvalitative interview, samt udarbejdelse af evalueringsrapport Statens institut for Folkesundhed og Oslo Universitet er ansvarlige for den kvalitative evaluering</p> <p><u>Kvantitative undersøgelser:</u> 700.000 kr. Herunder spørgeskemaundersøgelser, audits og analyser på registerdata (Danmarks Statistik) og patientjournaldata, samt udarbejdelse af evalueringsrapport.</p> <p>Forskningsenheden for Almen Praksis er ansvarlige for den kvantitative evaluering Finansieres af eksterne midler.</p>
<p><b>Væsentlige forudsætninger</b></p>	<p>Pilotprojektets opstart er kritisk afhængig af:</p> <p>Projektet skal godkendes af Datatilsynet og/eller Videnskabsetisk Komite og Multipraksisudvalget</p> <p>9000 borgere skal inviteres til deltagelse i projektet (svarende til minimum 15 læger med fuld patientpopulation i aldersgruppen)</p> <p>Lægerne skal indgå projektaftale med Forskningsenheden for Almen Praksis inkl. aftale om videregivelse af patientjournaloplysninger samt vilkår for deltagelse – herunder honorering</p> <p>SSI/Praksys skal levere dataudtræk (fra CPR + yderregister) til identificering af målgruppen</p> <p>Der skal indhentes elektronisk samtykke fra borgerne forud for videregivelse af patientjournaloplysninger</p>

	<p>Systemhusene skal kunne levere de ønskede udtræk af patientjournaldata til TOF forskningsdatabasen</p> <p>Systemhusene skal underskrive samarbejdskontrakt og indgå databehandleraftale med Forskningsenheden for Almen Praksis</p> <p>Systemhusene skal indgå aftale om honorering med projektet</p> <p>Finansiering af den forskningsmæssige evaluering skal være på plads</p>
<b>Tidsplan</b>	<p>Tidsplanen består af 2 faser og er opgjort i "arbejdsuger" (= netto 5 arbejdsdage). I tidsplanen skal der tages højde for ferie og andre aktiviteter, der vanskeliggør kommunikation og mødeaktivitet med projektets aktører. Den igangværende og afventende planlægningsfase estimeres til at vare i alt netto 41 arbejdsuger fra styregruppegodkendt pilotbeskrivelse.</p> <p><u>1. Igangværende planlægningsfase: netto 8 uger</u></p> <p>Fasen indeholder projektaktiviteter der enten skal være afsluttet inden eller hvor der er en klar forventning om, at de kan afsluttes sideløbende med at den afventende planlægningsfase kan indledes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Udarbejdelse af anmeldelser til datatilsynet, Videnskabsetisk Komite og Multipraksisudvalget</li> <li>- Udarbejdelse og revidering af projektdokumenter herunder pilotprojektbeskrivelse, databehandleraftaler, projektaftaler, samtykkeerklæringer, aftale om honorering mv.</li> <li>- Udvikling og test af IT understøttelse og forskningsdatabase</li> <li>- Anmeldelse af projektet til Clinical Trial Gov.</li> <li>- Mødeaktivitet i arbejdsgrupperne</li> <li>- Udarbejdelse af evalueringsværktøjer og planlægning af evalueringen af pilotprojektet</li> <li>- Fondsansøgninger til finansiering af forskningsdelen</li> </ul> <p><u>2. Afventende planlægningsfase: netto 33 uger</u></p> <p>Den afventende planlægningsfase er kritisk afhængig af godkendelse fra Datatilsynet og/eller Videnskabsetisk Komite samt opbakning til de aftaler der gælder for lægernes deltagelse i projektet (vilkår for deltagelse, herunder honorering). Projektaktiviteterne i den afventende planlægningsfase er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rekruttering af læger til deltagelse i pilotprojektet i de tre pilotprojektkommuner (kontakt til læger, invitation, informationsbesøg/ -møder i de tre pilotkommuner).</li> <li>- Afholdelse af TOF uddannelsesaktiviteter og opfølgende besøg i de klinikker der deltager</li> <li>- Udvikling og planlægning af TOF uddannelsesaktiviteter,</li> </ul>

	<p>herunder udvikling af digitalt læringsmateriale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Udarbejdelse og test af invitation, spørgeskema og informationsmateriale</li> <li>- Identifikation af målgruppen via CPR register (praksys/DAK-E)</li> <li>- Udtræk og kvalitetssikring af patientjournaldata</li> <li>- Udvikling af projekthjemmeside samt kommunikationsmateriale</li> <li>- Udsendelse af invitation til projektet mhp. borgernes informerede samtykke</li> </ul> <p><u>3. Drift: netto 16 uger</u></p> <p>Driftsfasen starter ved udsendelse af spørgeskemaer til de borgere, som har samtykket til deltagelse. Driftsfasen indeholder desuden udsendelse af påmindelse om besvarelse af spørgeskemaet, individuelle tilbagemeldinger til borgeren samt afholdelse af fokuseret helbredsundersøgelse og helbredssamtale i almen praksis og/eller indledende telefonsamtale og evt. sundhedssamtale i kommunalt regi. Driftsfasen estimeres til netto 20 arbejdsuger og forudsætter, at alle spørgeskemaer udsendes på samme tid, og at første påmindelse om besvarelse af spørgeskemaet udgår ca. en uge efter den fastsatte svarfrist i invitationen.</p> <p><u>4. Evaluering: netto 20 uger</u></p> <p>Evalueringsfasen vil have ca. 4 ugers overlap med driftsfasen og estimeres til at vare i alt netto 20 arbejdsuger</p> <p>Se desudentidsplan for forberedelse og drift af pilot2</p>
<b>Organisering</b>	<p><b>Styregruppen:</b> Styregruppen har det overordnede ansvar for projektets gennemførelse. Dispositioner, der efter projektets forhold er af usædvanlig art eller har stor betydning for projektet, kan kun foretages efter særlig bemyndigelse fra styregruppen. Styregruppen skal konsulteres løbende på fastlagte styregruppemøder. Styregruppen betjenes af projektchefen. Styregruppen har godkendt kommissorium for styregruppen</p> <p><b>Forskningsstyregruppen:</b> Forskningsstyregruppen har det overordnede ansvar for, at der gennemføres en forskningsmæssig evaluering af projektet. Forskningsstyregruppen refererer til styregruppen. Forskningsstyregruppen betjenes af forskningskoordinatoren. Styregruppen har godkendt kommissorium for forskningsstyregruppen</p> <p><b>Forskningsledergruppen:</b> Forskningsledergruppen har i samarbejde med projektsekretariatet ansvaret for at udarbejde den overordnede forskningsprotokol for projektet</p>

	<p>Forskningsledergruppen refererer til forskningsstyregruppen. Styregruppen har godkendt kommissorium for forskningsledergruppen.</p> <p><b>Projektsekretariatet:</b> Fungerer som bindeled mellem styregruppen og de underliggende arbejdsgrupper og arbejder tæt sammen om at sikre projektets udvikling og fremdrift. Projektsekretariatet afholder ugentlige sekretariatsmøder, hvor projektets samlede fremdrift og opgaveportefølje drøftes og koordineres. Projektsekretariatet består af repræsentanter fra Region Syddanmark og FEA (SDU)</p> <p><b>Lægearbejdsgruppe:</b> Har som opgave, at komme med lægefaglige input til den videre udvikling af den samlede TOF intervention. Gruppen er sammensat af læger fra den oprindelige HUS arbejdsgruppe samt læger fra pilot1-kommunerne. Lægearbejdsgruppen arbejder med udgangspunkt i et styregruppegodkendt kommissorium og refererer til styregruppen. Lægearbejdsgruppen betjenes af TOF projektsekretariatet.</p> <p><b>Kommunearbejdsgruppe:</b> Har som opgave, at komme med input til den videre udvikling af TOF interventionen i kommunerne. Gruppen er sammensat af kommunale repræsentanter fra de 7 deltagerkommuner. Kommunearbejdsgruppen arbejder med udgangspunkt i et styregruppegodkendt kommissorium og refererer til styregruppen. Lægearbejdsgruppen betjenes af en medarbejder fra Region Syddanmark i samarbejde med TOF projektsekretariatet.</p> <p><b>FEA:</b> Skal udarbejde evalueringsdesign samt skaffe finansiering til den forskningsmæssige evaluering.</p> <p><b>DAK-E:</b> Skal levere logistik ift. TOF forskningsdatabase, algoritmer, udsendelse af invitation/spørgeskema og tilbagemelding til borgerne. Der er indgået samarbejdsaftale for pilot2 ml. DAK-E og projektejer RSYD. Samarbejdet med DAK-E varetages af IT projektlederen (FEA).</p>
<p><b>Risici</b></p>	<p>Der er en række kritiske risici for at pilotprojektet ikke kan gennemføres som planlagt. Projektsekretariatet følger disse risici nøje med henblik på at forebygge at de udvikler sig og for evt. at iværksætte alternativer/plan B. De forskellige risici har primært tidsmæssig og/eller økonomisk karakter.</p> <p><b>1. Manglende godkendelse fra Datatilsyn og/eller Videnskabetisk Komité (Lav sandsynlighed/stor konsekvens)</b></p> <p>Mulige årsager:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Den ny persondataforordning, der træder i kraft i maj 2018, kan få betydning for adgang til persondata, herunder krav om samtykke.</li> </ul> <p>Hvis projektet, som det er beskrevet i ansøgningerne ikke godkendes, så kan det ikke umiddelbart gennemføres.</p> <p>Sekretariatet vil håndtere risikoen ved at være i dialog med Datatilsyn og</p>



<p>Videnskabsetisk Komité.</p> <p><b>2. Manglende opbakning til lægernes vilkår for deltagelse i projektet, herunder honorering (lav sandsynlighed/moderat konsekvens)</b></p> <p>Mulige årsager:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Der kan være uenighed om vilkårenes indhold og/eller honorarets størrelse.</li></ul> <p>Konsekvensen vil være, at pilotprojektets opstart udskydes .</p> <p>Projektsekretariatet vil håndtere risikoen ved at fortsætte dialogen med PLO Syd om deres aktive opbakning til projektet og input til vilkår for lægernes deltagelse i projektet, herunder honorering.</p> <p><b>3. Konkurrence fra samtidige projektet/aktiviteter i almen praksis (moderat sandsynlighed/moderat konsekvens)</b></p> <p>Mulige årsager:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pilot2projektet gennemføres samtidig med at overenskomsten ml. DR og PLO skal implementeres i almen praksis</li><li>- Klinikkerne er optaget af at arbejde med eks. klyngedannelse.</li></ul> <p>Sekretariatet vil håndtere risikoen ved at være i tæt dialog med læger og kommuner om omfanget af forventede projektaktiviteter.</p> <p><b>4. Ny ansættelse af IT projektleder på 50 % kan medføre øget pres på løsning af (nye) opgaver og derved medføre en tidsmæssig forsinkelse (høj sandsynlighed/moderat konsekvens)</b></p> <p>Mulige årsager:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Der skal introduceres til projektet generelt og til IT opgaverne specifikt, herunder</li><li>- Samarbejdet med DAK-E som eksterne leverandør af IT løsningen skal etableres.</li></ul> <p>Sekretariatet vil håndtere risikoen ved i videst muligt omfang at bidrage til introduktion og overlevering af opgaver til ny It projektleder.</p> <p><b>5. Samarbejdet med systemhusene om levering af data til stratificeringen går ikke som aftalt/planlagt (moderat sandsynlighed/høj konsekvens)</b></p> <p>Mulige årsager kan være:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Systemhusene løser ikke opgaverne iht. samarbejdsaftalen</li><li>- Systemhusene leverer data af lav kvalitet</li></ul> <p>Konsekvensen kan være, at data fra systemhusene skal kvalitetstjekkes</p>
--

	<p>ad flere omgange, hvilket kan medføre en tidsmæssig konsekvens.</p> <p>Sekretariatet vil håndtere risikoen ved at udarbejde samarbejdsaftale samt være i tæt dialog med systemhusene om løsning af opgaven.</p> <p><b>6. Pilotprojektets IT samarbejdspartner, DAK-E, kan ikke levere de aftalte leverancer om udvikling og support af IT understøttelsen (lav sandsynlighed/stor konsekvens)</b></p> <p>Mulige årsager kan være:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Bemandingssituationen hos IT leverandøren</li></ul> <p>Konsekvensen kan være, at projektet skal finde en ny It leverandør, som der skal indgås samarbejdsaftale med.</p> <p>Sekretariatet vil håndtere risikoen ved at afholde ugentlig møder med IT samarbejdspartneren samt ved tæt samarbejde mellem IT projektleder og IT leverandør.</p> <p><b>7. Samarbejdet med projektets eksterne evalueringspartner, SIF, ophører (lav sandsynlighed/moderat konsekvens)</b></p> <p>Mulige årsager kan være:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ændret bemanning-situation hos SIF</li><li>- Manglende finansiering af den kvalitative evaluering</li></ul> <p>Sekretariatet vil håndtere risikoen ved at supportere fondsansøgningen til finansiering af den forskningsmæssige evaluering.</p> <p><b>8. Tilslutningen fra almen praksis er for smal (Lav risiko, moderat/stor konsekvens)</b></p> <p>Mulige årsager kan være:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Usikkerhed/forbehold blandt de praktiserende læger over at skulle indgå aftale med projektet om videregivelse af patientjournaldata til forskningsdatabase.</li><li>- Usikkerhed/forbehold blandt de praktiserende læger over det mer-arbejde der vil være for den enkelte læge i forbindelse med deltagelse i projektet</li><li>- Erfaringerne fra deltagelse i pilot1 mindsker lægernes interesse i deltagelse i pilot2</li></ul> <p>Konsekvensen vil være, at for få borgere inkluderes i projektet, med risiko for, at det statistiske grundlag for de videre analyser i forbindelse med evalueringen bliver utilstrækkeligt.</p> <p>Projektsekretariatet vil håndtere risikoen ved at være i dialog med kommuner og læger om projektet, samt understøtte kommunernes rekruttering af læger til deltagelse.</p>
--	--

	<p><b>9. Tilslutningen fra de inviterede borgere er for lav (moderat risiko, moderat konsekvens).</b></p> <p>Mulige årsager:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Udsendelse af invitation via digital post samt udfyldelse af digitalt spørgeskema, kan medføre en selektion ift. deltagelse.</li><li>- Borgernes forbehold overfor at skulle afgive informeret samtykke om videregivelse af patientjournaldata til forskningsbrug</li><li>- Da pilotprojektet gennemføres uden datafangstprogram, vil der være 5 mdrs. ventetid fra borgeren har givet tilsagn om deltagelse i projektet til borgerne modtager spørgeskemaet. Dette kan påvirke svarprocenten negativt.</li></ul> <p>Konsekvensen vil være få/for få borgere inkluderes i projektet og derved forringes erfaringsgrundlaget i almen praksis og kommune med deraf følgende konsekvenser for den forskningsmæssige evaluering.</p> <p>Projektsekretariatet vil håndtere risikoen ved</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- At tage højde for frafald i beregningen af antal røde borgere pr. deltagende læge, og beregne antal borgere pr. deltagende læge her ud fra</li><li>- At samarbejde med kommunerne om deres målrettede rekruttering af borgere til deltagelse i projektet</li></ul> <p><b>10. Manglende eller delvis manglende finansiering af den forskningsmæssige evaluering (moderat risiko, moderat konsekvens)</b></p> <p>Mulige årsager:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Evalueringen er tilrettelagt for at anskaffe den nødvendige viden mhp evt. justering af interventionen forud for et effektstudie. Den forskningsmæssige tyngde er derfor begrænset, hvilket kan påvirke muligheden for ekstern finansiering i negativ retning.</li></ul> <p>Hvis evalueringen ikke kan finansieres (fuldt ud), så bliver det en mangelfuld eller delvis mangelfuld evaluering af pilotprojektet.</p> <p>Projektsekretariatet vil håndtere risikoen ved at ansøge KEU om bevilling af midler til finansiering af evalueringen af den justerede intervention i almen praksis. Der vil desuden indsendes fondsansøgninger til andre relevante fonde, eksempelvis Trygfonden ligesom der er taget kontakt til Diabetesforeningen om et eventuelt samarbejde.</p>
--	---

Udarbejdet af projektsekretariatet december 2017

## Bilag 1: Varde kommune

Tiltag til målrettet rekruttering af borgere til TOF projektet (pilot2)Baggrund:

Resultaterne af pilot1 viste, at 30% af de borgere, der blev inviteret til deltagelse tog imod tilbuddet om en sundhedsprofil. Deltagende borgere havde generelt højere uddannelse, højere indkomst og var oftere i beskæftigelse end borgere, der valgte ikke at deltage. Der var desuden en overvægt af kvinder. Så man på fordelingen af livsstilsrisikofaktorer var forekomsten højere blandt mænd end kvinder, og højere blandt personer med kortere uddannelse. Resultaterne fra pilot1 blev drøftet på kommunearbejdsgruppemøde d. 12. september 2017, og der var enighed om, at der er behov for at øge rekrutteringen særligt blandt mænd og i sociale boligområder.

Målrettet rekruttering i pilot2:

Som forberedelse frem mod pilot2 vil vi bede jer overveje, hvilke målrettede rekrutteringstiltag I kan gøre brug af i jeres kommune. Ved valg af tiltag bedes I være opmærksomme på følgende:

- Kun borgere, hvis læge deltager i projektet, kan rekrutteres til deltagelse
- Kun borgere, der bor indenfor kommunen, kan rekrutteres til deltagelse

I bedes derfor også overveje, hvilke metoder, der kan tages i anvendelse for at rekruttere de relevante læger.

	Beskrivelse
Tiltag til målrettet rekruttering af borgere i pilot2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Udarbejd plakat/materiale der opmuntrer borgere til at give samtykke til at få tilsendt spørgeskema/sundhedsprofil. <ul style="list-style-type: none"> <li>o Det skal fremgå, at borgeren skal bo indenfor kommunen og hvilke læger der deltager i projektet.</li> <li>o Nævn at spørgeskemaet/sundhedsprofilen først modtages efter sommerferien 2018</li> <li>o Skal der laves en fælles plakat/materiale for Haderslev og Varde?</li> </ul> </li> <li>- Plakaten hænges op relevante steder fx Jobcenteret, det sociale boligområde Boulevardbebyggelserne, virksomheder</li> <li>- I starten af 2018 kontaktes Jobcenteret vedr. rekrutteringsmuligheder. <ul style="list-style-type: none"> <li>o Er det muligt for rådgiverne at spørge om borgere i projektets målgruppe har modtaget en invitation med samtykke til deltagelse fra deres praktiserende læge og opmuntre dem til at godkende samtykkeerklæringen?</li> <li>o Udlevering af informationsmateriale?</li> </ul> </li> </ul>
Tiltag til rekruttering af de relevante læger	<ul style="list-style-type: none"> <li>- I januar + februar 2018 kontaktes de praktiserende læger som er positive overfor samarbejde/projekt TOF fx Jacobi Lægerne, Ansager, Oksbøl og Nr. Nebel</li> <li>- Ved interesse fra de praktiserende læger indgår Center for Sundhedsfremme dialog med praksispersonale omkring indhold og metode <ul style="list-style-type: none"> <li>o Er det muligt at spørge om borgere i projektets målgruppe har modtaget en invitation med samtykke til deltagelse fra deres praktiserende læge og opmuntre dem til at godkende samtykkeerklæringen?</li> <li>o Udlevering af informationsmateriale?</li> <li>o Hvilke virksomheder, med en overrepræsentation af mænd, ligger i nærheden af den praktiserende læge? Giver det mening at sætte</li> </ul> </li> </ul>

	særligt fokus på disse virksomheder? - Aftal med Signe hvilke materialer der er nødvendige for at understøtte processen
--	--

I forbindelse med det videre arbejde på TOF projektet vil vi bede jer skrive kontaktoplysninger på TOF projektlederen i kommunen:

Navn: Heidi Mattle

Telefonnummer: 25373330

E-mail: hmat@varde.dk

Skulle i have spørgsmål til ovenstående er i naturligvis meget velkomne til at kontakte os.

På forhånd tak for hjælpen

Venlig hilsen

Signe Skaarup Andreassen

Projektchef

Tlf. 29201348

E-mail: [Signe.Skaarup.Andreassen@rsyd.dk](mailto:Signe.Skaarup.Andreassen@rsyd.dk)

og Trine Thilsing

Forskningskoordinator

Tlf. 20585133

E-mail: [tthilsing@health.sdu.dk](mailto:tthilsing@health.sdu.dk)

Bilag 2: Haderslev kommuneTiltag til målrettet rekruttering af borgere til TOF projektet (pilot2)Baggrund:

Resultaterne af pilot1 viste, at 30% af de borgere, der blev inviteret til deltagelse tog imod tilbuddet om en sundhedsprofil. Deltagende borgere havde generelt højere uddannelse, højere indkomst og var oftere i beskæftigelse end borgere, der valgte ikke at deltage. Der var desuden en overvægt af kvinder. Så man på fordelingen af livsstilsrisikofaktorer var forekomsten højere blandt mænd end kvinder, og højere blandt personer med kortere uddannelse. Resultaterne fra pilot1 blev drøftet på kommunearbejdsgruppemøde d. 12. september 2017, og der var enighed om, at der er behov for at øge rekrutteringen særligt blandt mænd og i sociale boligområder.

Målrettet rekruttering i pilot2:

Som forberedelse frem mod pilot2 vil vi bede jer overveje, hvilke målrettede rekrutteringstiltag I kan gøre brug af i jeres kommune. Ved valg af tiltag bedes I være opmærksomme på følgende:

- Kun borgere, hvis læge deltager i projektet, kan rekrutteres til deltagelse
- Kun borgere, der bor indenfor kommunen, kan rekrutteres til deltagelse

I bedes derfor også overveje, hvilke metoder, der kan tages i anvendelse for at rekruttere de relevante læger.

	Beskrivelse
Tiltag til målrettet rekruttering af borgere i pilot2	Vi vil indgå samarbejde med boligsociale medarbejdere ansat i boligforeninger i to større boligområder i vores kommune ift. at de tilbyder borgerne hjælp til at få udfyldt sundhedsprofilen (i enten digital form eller i papirudgave). Vi ved, at populationen i disse boligområder i stor udstrækning udgør borgere, der er i risikogruppe for udvikling af livsstilssygdomme (ulighed i sundhed)
Tiltag til rekruttering af de relevante læger	Det foreslås at man forsøger at rekruttere ét lægehus i kommunen til at indgå i pilot 2 med hele deres population tilknyttet denne lægepraksis. Herved sikres, at de deltagende læger i lægehuset opnår en vis rutine i at afprøve koncept for helbredsundersøgelse, hvilket må kunne kvalificere evalueringsdelen af pilot 2. Samtidig undgår vi at ”forstyrre” alle lægehuse i pilot 2.

I forbindelse med det videre arbejde på TOF projektet vil vi bede jer skrive kontaktoplysninger på TOF projektlederen i kommunen:

Navn:

Version 07.12.17

Telefonnummer:

E-mail:

Skulle i have spørgsmål til ovenstående er i naturligvis meget velkomne til at kontakte os.

På forhånd tak for hjælpen

Venlig hilsen

Signe Skaarup Andreassen

Projektchef

Tlf. 29201348

E-mail: [Signe.Skaarup.Andreassen@rsyd.dk](mailto:Signe.Skaarup.Andreassen@rsyd.dk)

og

Trine Thilsing

Forskningskoordinator

Tlf. 20585133

E-mail: [tthilsing@health.sdu.dk](mailto:tthilsing@health.sdu.dk)

## Bilag 3: Middelfart kommune

Tiltag til målrettet rekruttering af borgere til TOF projektet (pilot2)Baggrund:

Resultaterne af pilot1 viste, at 30% af de borgere, der blev inviteret til deltagelse tog imod tilbuddet om en sundhedsprofil. Deltagende borgere havde generelt højere uddannelse, højere indkomst og var oftere i beskæftigelse end borgere, der valgte ikke at deltage. Der var desuden en overvægt af kvinder. Så man på fordelingen af livsstilsrisikofaktorer var forekomsten højere blandt mænd end kvinder, og højere blandt personer med kortere uddannelse. Resultaterne fra pilot1 blev drøftet på kommunearbejdsgruppemøde d. 12. september 2017, og der var enighed om, at der er behov for at øge rekrutteringen særligt blandt mænd og i sociale boligområder.

Målrettet rekruttering i pilot2:

Som forberedelse frem mod pilot2 vil vi bede jer overveje, hvilke målrettede rekrutteringstiltag I kan gøre brug af i jeres kommune. Ved valg af tiltag bedes I være opmærksomme på følgende:

- Kun borgere, hvis læge deltager i projektet, kan rekrutteres til deltagelse
- Kun borgere, der bor indenfor kommunen, kan rekrutteres til deltagelse

I bedes derfor også overveje, hvilke metoder, der kan tages i anvendelse for at rekruttere de relevante læger.

	Beskrivelse
Tiltag til målrettet rekruttering af borgere i pilot2	<p>I den afklarende samtale ved en opstart i det forebyggende team spørges der ind hvilken læge de har, derefter fokus på TOF og motivation skabes, samt hjælp tilbydes til at finde skemaet osv. Bede kollegaer i sygeplejeklinikkerne og genoptræningsområdet til at hjælpe med rekruttering af borgerne.</p> <p>Samarbejde med jobcentret, hvis de vil?(presset af opgaver/reformer)kræver en afklarende dialog med jobcenterchefen. Måske i ressourceforløb og Jobafklaringsforløbene.</p> <p>Samarbejde med Frivillige centret og selvhjælp m.m. 40 foreninger, men vælg dem ud som arbejder med mandegrupper f.eks. spise med gutterne og lign. Sundhedsafdelingen er tovholder på samarbejdet.</p> <p><i>(PR i lokalaviser og internettet samt udarbejde pr-materiale til borgerne samt samarbejdspartnere. Vil lægerne det? Afklaring mangler inden vi kan sætte det i værk. )</i></p>
Tiltag til rekruttering af de relevante læger	<p>Lægemøde, sundhedschef tager opgaven med KLU, afklaring hvem af lægehusene der deltager, nødvendigt at vide før vi begynder rekruttering.</p> <p>Afklarer hvorledes lægerne vil samarbejde med os? PR osv. Skal afklares med sundhedschefen.</p>



	Sundhedspilot som er sygeplejerske besøger de lægepraksisser der er med for PR arbejde i deres venteværelse og lign. Endvidere kontaktperson til lægerne/praksis personalet. Vi har i forvejen et samarbejde omkring materiale ud til de fleste af lægerne i kommunen.
--	--

I forbindelse med det videre arbejde på TOF projektet vil vi bede jer skrive kontaktoplysninger på TOF projektlederen i kommunen:

Navn:

Telefonnummer:

E-mail:

Skulle i have spørgsmål til ovenstående er i naturligvis meget velkomne til at kontakte os.

På forhånd tak for hjælpen

Venlig hilsen

Signe Skaarup Andreassen

Projektchef

Tlf. 29201348

E-mail: [Signe.Skaarup.Andreassen@rsyd.dk](mailto:Signe.Skaarup.Andreassen@rsyd.dk)

og

Trine Thilsing

Forskningskoordinator

Tlf. 20585133

E-mail: [tthilsing@health.sdu.dk](mailto:tthilsing@health.sdu.dk)

## Bilag 4: Notat om IT understøttelsen

### **IT understøttelsen af sundhedsmappe fra prototype 1 til prototype 2.**

Sundhedsmappen udvikles fra prototype 1 til prototype 2 gennem en brugerdrevet designproces med det overordnede mål at sikre et robust design og en solid forankring af sundhedsmappen. Målet søges opnået gennem tre delmål.

1. Konsolidere erfaringer fra arbejdet med prototype 1 og udvikle og prioritere forslag til næste version af sundhedsmappen
2. Forankre designet i brugssituationen og hos den bredest mulige gruppe af brugere
3. Skabe et solidt grundlag for at forankre sundhedsmappen i den eksisterende brugssituation

Delmål 1 og 2 skal sikre et robust design, mens delmål 3 skal sikre en solid forankring af sundhedsmappen.

### **Baggrund**

Sundhedsmappen er en digital platform til håndtering af forebyggelse af livsstilsrelaterede sygdomme i primærsektoren. Systemet adresserer tre distinkte brugere; borgeren, personale i almen praksis og personale i kommunen, samt tre distinkte arenaer; i hjemmet, i almen praksis og i det kommunale sundhedscenter. Systemet skal ikke blot understøtte brugssituationen i den givne brugers primære arena, eksempelvis borgeren og borgerens hjem, men også mødet mellem to brugergrupper i den ene brugers arena, eksempelvis helbredsundersøgelsen af borgeren hos lægen, og ikke mindst i sammenhængen mellem to brugergrupper og deres respektive arenaer, eksempelvis henvisningen af en borger fra egen læge til kommunen eller fra kommunens sundhedscenter og til egenomsorg.

Prototype 1 af Sundhedsmappen er blevet afprøvet og evalueret kvalitativt som kvantitativt i et pilotprojekt i en periode på tre måneder mellem september 2016 og december 2016.

Sundhedsmappen blev evalueret specifikt blandt borgerne og i almen praksis (Universitet i Oslo) samt evalueret som led i implementeringen af den samlede intervention i både almen praksis og i kommunerne (Statens Institut for Folkesundhed). Evalueringen af prototypen gav anledning til to hovedresultater og en række indsigter. Hovedresultaterne var, at IT-understøttelsen danner en relevant infrastruktur for borgere med moderate helbredsudfordringer, eksisterende motivation for livsstilsforandringer og god sundhedskompetence og at IT-understøttelsen i overvejende grad repræsenterer en lægefaglig logik for forebyggelse, og i mindre grad en borger-centreret, holistisk forståelse af sygdom og sundhed. Indsigterne var, at

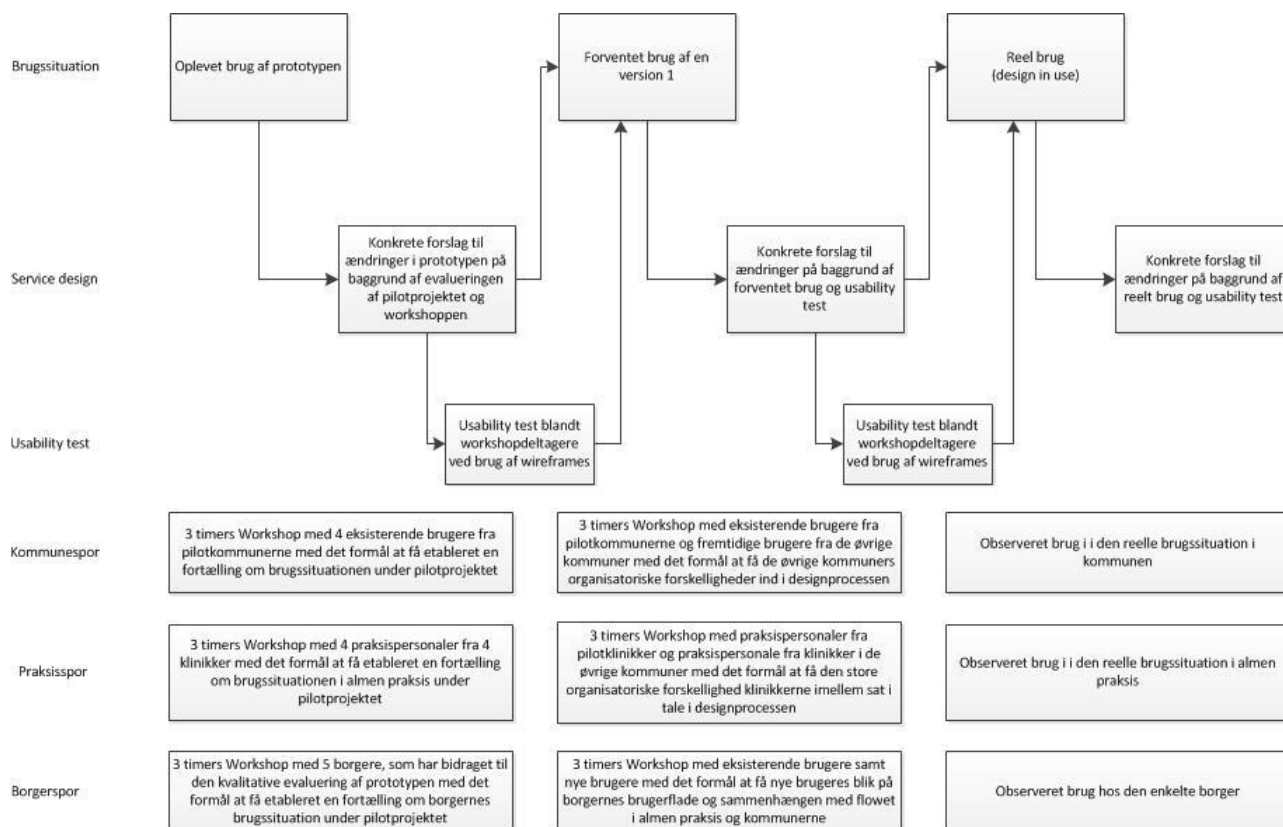
1. En væsentlig minoritet af borgerne var forud for helbredssamtalen opmærksomme på konkrete helbredsproblematikker.
2. Hovedparten af borgerne var bevidste om moderate, helbredsmæssige udfordringer, forud for deres helbredssamtale.
3. Hovedparten af borgerne havde tidligere, i moderat omfang, forsøgt sig med livsstilsforandringer (typisk kostomlægning), enkelte havde gennemgående længerevarende forløb med supervision.
4. Varige livsstilsforandringer var typisk opstået gennem flere forsøg og længerevarende læringsforløb.

5. En væsentlig andel af helbredssamtalerne adresserede helbredsproblematikker som borgerne ikke på forhånd havde kendskab til eller prioriterede.
6. TOF er i høj grad godt tilpasset lægefaglig praksis, men stemmer i mindre grad overens med den organisering af den forebyggende indsats, som lægerne oplever som hensigtsmæssig.
7. De fleste borgere oplevede TOF som et meget sundhedsfagligt forløb. For nogle var dette dette associeret med seriøsitet og troværdighed, for andre med en opdragende autoritet.
8. For mange borgere repræsenterer TOF en meget sundhedsfaglig logik (disease vs. illness). Giver sig bl.a. til udtryk ved manglende mulighed for at involvere egen (holistiske) oplevelse af helbred (patient narrative).
9. Både læger og borgere oplever TOF og IT-støtten som relevant for en afgrænset målgruppe, men at almen praksis ikke nødvendigvis er den rette 'arena'.

Evalueringen af den samlede intervention viste, at borgerne generelt oplever det som positivt, at tilbagemeldingens illustrationer ikke kun peger på det negative, men også giver "ros" for dét, borgeren allerede gør godt. De sundhedsfaglige medarbejdere vurderer generelt, at sundhedsmappen er et godt og brugbart værktøj. Men de fremhæver også, at sundhedsmappen ikke er gearret til de praktiske udfordringer, som de oplever i forbindelse interventionen og ser sig nødsaget til at lave work-arounds i form af håndskrevne notater. Læger og borgere synes ikke at gøre brug af og kende til alle mulighederne i sundhedsmappen. Lægerne benytter sædvane ved ellers lettere tilgængelige funktionaliteter i sundhedsmappen, som eksempelvis oversigten over kommunale forebyggelsestilbud.

## Designprocessen

Som det fremgår af indsigterne fra evalueringen af prototype 1 er sammenhængen mellem brugssituationen og designet af brugerflader helt væsentlig for at designe et system, der er meningsfuld for brugeren i den givne brugssituation. Designprocessen vil være iterativ og forløbe fra den oplevede brug blandt eksisterende brugere over det forventede brug blandt fremtidige brugere til den reelle brug blandt eksisterende og fremtidige brugere. Processen vil bestå af workshops og observeret brug kombineret med mindre ressourcekrævende usability tests, som til at starte med vil foregå via wireframes og slutte med usability tests på et testsystem. Workshopsene vil have deltagelse fra en afgrænset gruppe af brugere med henblik på at få erfaringsudveksling mellem brugere fra kommunerne og almen praksis for på den måde at udforske, hvordan systemet kan virke sammen med forskellige organisatoriske logikker, ressourcer og kompetencer, og hvordan det tages imod af borgere med forskellige oplevelser af systemet, sygdomsforebyggelse og sundhedsvæsenet. Den observerede brug vil ske ved at følge systemet i brugssituationen, det vil sige i borgerens hjem, i almen praksis og i kommunen. Usability tests foregår ved at sende wireframes eller testsystemer ud til kommentering blandt brugerne.



## Den oplevede brug

Undersøgelsen af den oplevede brug sker i samarbejde med personer, som har arbejdet på systemet i pilotprojektet. Undersøgelsen foregår som en 3 timers workshop med et begrænset antal brugere (4 til 8 brugere) samt en efterfølgende iterativ designproces hvor vellignende wireframes udvikles og afprøves i praksis. Forud for workshoppen har deltagerne beskrevet deres erfaringer med brugen af sundhedsmappen og ønsker til ændringer i brugen i form af scenarier. Scenarier og tematikker fra evalueringen af pilotprojektet bearbejdes af TOF-sekretariatet og fremsendes til deltagerne umiddelbart forud for workshoppen. På selve workshoppen præsenteres sekretariatets bearbejdelse af scenarier og evalueringer for deltagerne og scenarierne afspilles med henblik på, at bearbejde tematikkerne i dybden og eventuelt udtrække yderligere tematikker. Der konkluderes på viften af tematikker og tematikkerne prioriteres ud fra deres kompleksitet og betydning for anvendelsen af sundhedsmappen. Prioriteringen sker ud fra den tænkning, at mere komplekse og betydende temaer kræver en mere omfattende designproces. De prioriterede temaer drøftes i grupper, hvor grupperne på skift arbejder med de udvalgte temaer, således at alle grupper kommer til at arbejde med alle prioriterede temaer. Slutteligt konkluderes der på kvalificeringen af temaer og der afstemmes forventninger til den videre proces. Udgangspunktet for den videre proces er, at deltagerne får tilsendt wireframes af de videreudviklinger til sundhedsmappen, som var udkommet af workshoppen. I første omgang ønskes der en tilbagemelding på mail på, om vi er på rette spor designmæssigt. Derefter ønskes en mundtlig tilbagemelding, enten face-to-face eller over telefonen, med overordnede bemærkninger og med svar på mere præcise spørgsmål, som enten stilles af designmæssige grunde eller som følge af behov for teknisk afklaring med henblik på specificering af krav til it-arkitekturen. Endeligt udsendes en wireframe til endelig godkendelse og afslutning på den oplevede brug.

## Den forventede brug

Undersøgelsen af den forventede brug og den observerede brug sker i samarbejde med både eksisterende brugere og fremtidige brugere. Brugere samples, så vi så vidt muligt får så bred en repræsentation som muligt. Undersøgelsen foregår som en 3 timers workshop med en blanding af eksisterende brugere og nye brugere. Antallet af deltagere udvides for at kunne indeholde fremtidige brugere (8-10 deltagere). Forud for workshoppen modtager alle deltagere de scenarier og tematikker, som blev udarbejdet i workshoppen om den forventede brug. Scenarierne er lavet om til en user-journey i et stilistisk format i form af en tegnefilm. Deltagerne får desuden mulighed for at afprøve prototypen, og alle nye deltagere i workshoppen får tilbudt et formøde i form af et telefoninterview med en facilitator/forsker. Formålet med formødet er både at indhente empiri og forberede deltagere til workshoppen. På selve workshoppen præsenterer de deltagere, som går igen fra den første workshop, scenarier og tematikker. Deltagerne spørger ind til scenarier og kommer med forslag til nye tematikker. Tematikker konsolideres af to omgange for at sikre, at alle tematikker er med, at de er velbeskrevne og at de er forstået af deltagere. Deltagerne får derefter præsenteret en usability-test på en interaktiv wireframe og kommer med bud på forbedringer i en trinvis proces, der skal sikre, at alle kommer til orde, og at vi har alle synspunkter repræsenteret. Slutteligt søges der konsensus om vejen frem og der afstemmes forventninger til den videre proces. Udgangspunktet for den videre proces er, at deltagere får tilsendt wireframes. I første omgang ønskes der en tilbagemelding på mail på, om vi er på rette spor designmæssigt. Derefter ønskes en mundtlig tilbagemelding, enten face-to-face eller over telefonen, med overordnede bemærkninger og med svar på mere præcise spørgsmål, som enten stilles af designmæssige grunde eller som følge af behov for teknisk afklaring med henblik på specificering af krav til it-arkitekturen. Endeligt udsendes en wireframe til endelig godkendelse og afslutning på den forventede brug.

## Den reelle brug

Undersøgelsen af den reelle brug har som mål at foretage den endelige adaptering af det nu næsten færdige design til brugssituationen. Det vil ske ved at observere brugssituationen gennem hele borgerens forløb. Det være sig hjemme hos borgeren, i almen praksis og i kommunen. Der vil blive tale om 4-5 borgerforløb, hvor borgeren inviteres af egen læge til at indgå i undersøgelsen. Borgerne inviteres over 1 uge i en klinik, som deltager i projektet, og hvor personalet er uddannet til at bruge sundhedsmappen. Ønsker borgeren at medvirke, så kontaktes borgeren efterfølgende af TOF-sekretariatet, som informerer borgeren om undersøgelsen og får borgerens samtykke til at indhente patientjournaloplysninger til brug ved stratificeringen. I det efterfølgende forløb aftaler borgeren og TOF-sekretariatet tidspunkter for, hvornår designeren kan være med i borgerens forløb fra og med, at sundhedsprofilen udfyldes i eget hjem til borgeren har fået oprettet en plan i sundhedsmappen.

## Tre designspor

Der vil være tre parallelle spor; et borgerspor, et praksisspor, og et kommunespor. De tre spor forløber parallelt, men tænkes sammen gennem hele processen for på den måde at indtænke snitfladerne mellem de tre brugergrupper og arenaer.

## Praksissporet

I praksissporet søgtes der mod at engagere praksispersonale, særligt det personale, som har arbejdet med systemet og som forventes at være fremtidige kernebrugere i almen praksis. Grunden til at vi retter blikket mod praksispersonalet skyldes erfaringerne fra pilotprojektet om forankringen i almen praksis samt signaler fra PLO om udvidet brug af praksispersonale i almen praksis. Praksissporet tænkes sammen med arbejdet i lægearbejdsgruppen, der har til formål at definere den intervention, som systemet skal understøtte. Lægearbejdsgruppen blev orienteret om arbejdet i praksissporet og

vil bidrage til at legitimere praksissporet og til at forankre systemet i den enkelte klinik gennem eksempelvis bidrag til forankring af systemet i almen praksis og efter/videreuddannelsestilbud til brugerne i almen praksis.

Undersøgelsen af den oplevede brug blev gennemført praksispersonale fra klinikker, der har dels havde været med i pilotprojektet og nye. Undersøgelsen af den forventede brug tænkes udført som en udvidet gruppe, der udover eksisterende brugere indeholder fremtidige brugere. Usability tests sker ved at sende wireframes og testsystemer ud til deltagerne på mail. Det reelle brug undersøges i klinikker, som ikke har deltaget i workshopsene og som ikke har bidraget til usability tests.

Forankring og udbredelse af systemet i almen praksis er en stor udfordring for praksissporet. Umiddelbart er tanken, at deltagerne fra workshoppen om den oplevede brug kan uddannes til superbrugere i de enkelte kommuner og her bidrage til uddannelsen af personale fra kommunens øvrige klinikker.

Økonomisk skal deltagerne i workshops honoreres ud fra aftalen med almen praksis ligesom tidsforbrug til usability tests skal honoreres. Der skal også afsættes midler til lokaler og forplejning. Hvis superbrugermodellen til udbredelse af systemet i almen praksis benyttes skal superbrugerne honoreres for deres arbejde. Det kan komme på tale at honorere den enkelte klinik for tid brugt på uddannelse.

### **Kommunesporet**

Undersøgelsen af den oplevede brug blev udført sammen med 2 konsulenter fra pilotkommunerne. Undersøgelsen af den forventede brug tænkes udført som en udvidet gruppe, der udover eksisterende brugere indeholder fremtidige brugere fra de øvrige 8 kommuner. Usability tests sker ved at sende wireframes og testsystemer ud til deltagerne på mail. Det reelle brug undersøges blandt fremtidige brugere, som ikke har deltaget i workshopsene og som ikke har bidraget til usability tests.

Forankring og udbredelse af systemet i kommuner tænkes at foregå gennem uddannelse af en superbruger fra hver kommune. Superbrugeren kan med fordel være den samme person, som deltager i workshops og usability tests.

Økonomisk skal der bruges midler til forplejning og eventuelt lokaler, hvis det ikke kan gå på skift mellem kommunerne.

### **Borgersporet**

Undersøgelsen af den oplevede brug tænkes udført med 5 borgere, som allerede har deltaget i de kvalitative interviews. Undersøgelsen af den forventede brug tænkes udført med samme 5 borgere suppleret med 5 særligt udvalgte borgere, der ikke har erfaringer med systemet. Borgere kan eksempelvis udvælges gennem de kommunale sundhedscentre. Borgerne udvælges for at få så bred repræsentation som muligt, og kan eventuelt udvælges på baggrund af arbejdsmarkedstilknytning, uddannelse, bopæl og oprindelsesland. Usability tests sker ved at sende wireframes og testsystemer ud til deltagerne på mail. Det reelle brug undersøges blandt fremtidige brugere, som ikke har deltaget i workshopsene og som ikke har bidraget til usability tests.

Økonomisk skal deltagerne i workshops honoreres, enten ved gavekort eller ved aflønning. Der skal desuden bruges midler til forplejning og lokaler. Observationer i hjemmet skal også honoreres.

## Facilitering

Processen faciliteres i et samarbejde mellem Troels Mønsted fra Universitet i Oslo, Lars Bruun Larsen og IT projektleder Torben R. Uhrenholt fra sekretariatet og Forskningsenheden for almen praksis.

Processen skal tage højde for den samtidige tekniske udvikling af systemet og lægearbejdsgruppe, kommunearbejdsgruppe og styregruppe er blevet orienteret på deres respektive møder.

Undersøgelsen af den oplevede brug samt den forventede brug afsluttes 1.2.2018. Herefter konsolideres sundhedsmappen teknisk og der sendes kravspecifikation til godkendelse i styregruppen.