Forskningssession I: Tværsektorielle indsatser

Helena Dominguez
Ulla Riis Madsen
Anders Pitzner-Fabricius

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

DSKS ÅRSMØDE 2027

FRA SILO TIL SAMMENHÆNG

HVAD KAN DU GLÆDE DIG TIL?

- Oplæg fra førende danske og internationale eksperter
- Masterclasses med fordybelse, ekspertise og netværk
- Cases om bl.a. AI, patientdata, forandringsledelse og tværgående kvalitet

14.–15. JANUAR 2027

HOTEL NYBORG STRAND

Se programmet og tilmeld dig

Tværsektorielle indsatser

- *Fra sektorovergange til sammenhængende patientforløb: Cardiostafet – en tværsektoriel kvalitetsmodel for håndtering af udsatte patienter med hjertesvigt og multiple sygdom* v **Helena Dominguez** | Overlæge | Bispebjerg-Frederiksberg Hospital
- *Bridging Sectors After Lower-Limb Amputation: Evaluation of an Amputation Counsellor and Professional Network Model* v **Ulla Riis Madsen** | Forskningslektor | Sjællands Universitetshospital
- *Tværsektoriel vurdering og behandling af akutte KOL-forværringer i patientens eget hjem* v **Anders Pitzner-Fabricius** | Læge | Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

- **Chair:** Dorte Gilså Hansen | **Co-chair** Maria Tølbøll Glavind

KVALITETSKONFERENCEN 2026

Cardiostafet

Tværsektoriel model til understøttelse af udsatte patienter med hjertesvigt

Helena Dominguez, Kardiolog, Lektor SUND.KU

CATCH-projektet

København · 2026

Finansiering og samarbejde i CATCH

Finansiering

Innovationsfonden

Grand Solutions

Projektansvar og partnere

PROJEKTANSVARLIG

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

SAMARBEJDSPARTNERE

Region Sjælland – Slagelse Sygehus – vi er til for dig

Københavns Universitet

DTU

Cortrium

Anne Frølich

Samarbejder under projektet

VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Helle Wentzer

Slagelse Kommune

Sorø Kommune

Københavns Kommune

Frederiksberg Kommune

Aktuelt



Plejehjem Blomstergården
- Slagelse -

UDFORDRING

Sektoropdelte forløb matcher ikke patienternes kompleksitet

PATIENT
Høj sygdomsbyrde og komplekse behov

FORLØB
Genindlæggelser og brud i kontinuiteten

SYSTEM
Mange aktører

DER MANGLER

INDIVIDUAL

TILPASNING AF

STANDARDFORLØB

HYPOTESE

Kommunalt understøttet hjemmemonitorering og fjernrådgivning fra specialister

forbedrer behandlingen og

forebygger genindlæggelser hos udsatte patienter

METODE

Tre vidensspor – *mixed methods*

01

ETNOGRAFI

Behov, samarbejde og friktion på tværs af sektorer

PROJEKTSTART

2023

02

PATIENTDATA

Demografi, komorbiditet, mortalitet og genindlæggelser

INDSAMLING OG ANALYSE

2023–2025

03

AFPRØVNINGER - Hjertelivet

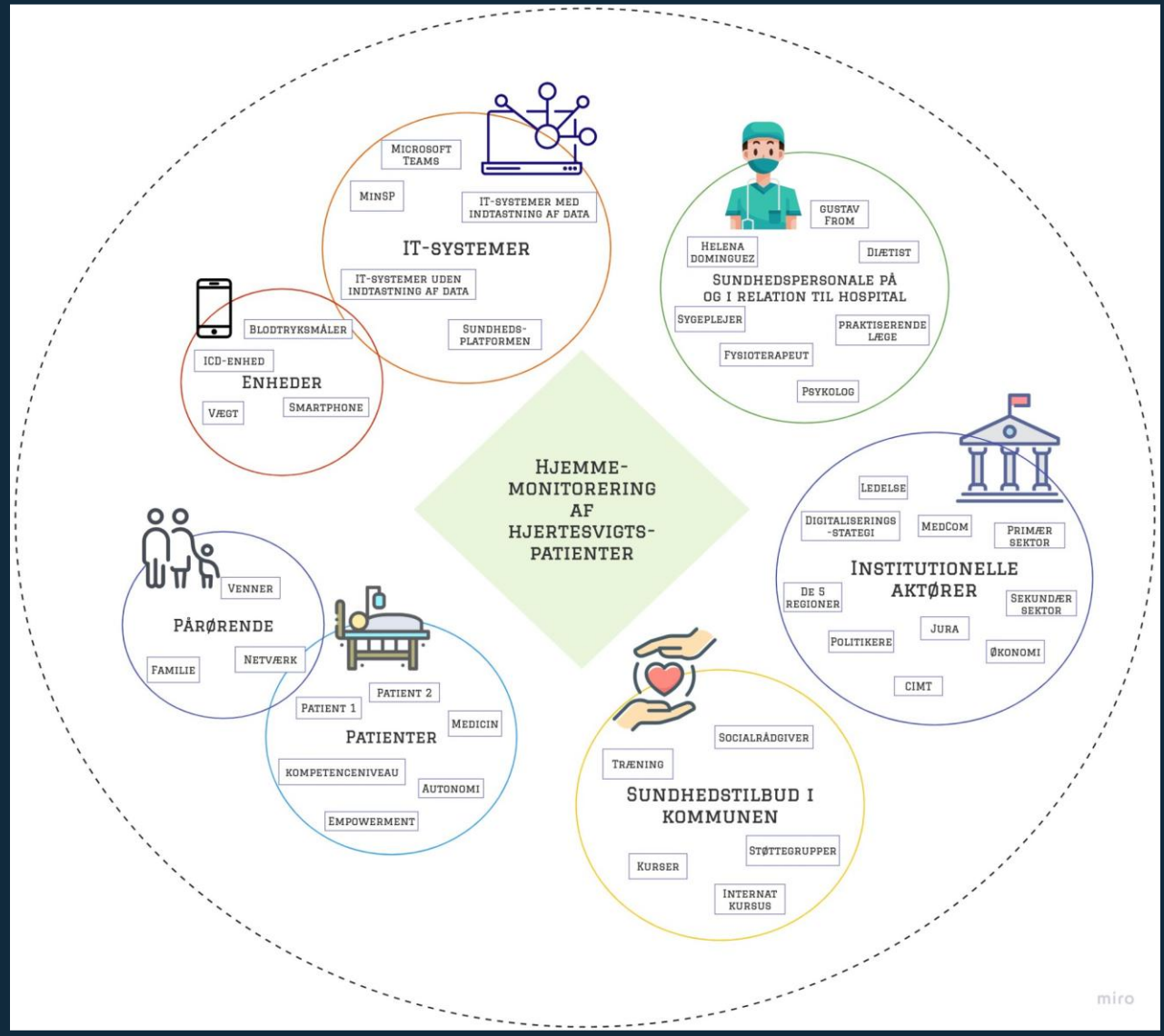
Hjerteafdelinger, hjemmesygepleje og almen praksis

AFPRØVNING I PRAKSIS

2025–2026

Resultater fra de første etnografiske studier





Resultater fra de første etnografiske studier

IT-SYSTEMER UDEN SAMSPIL

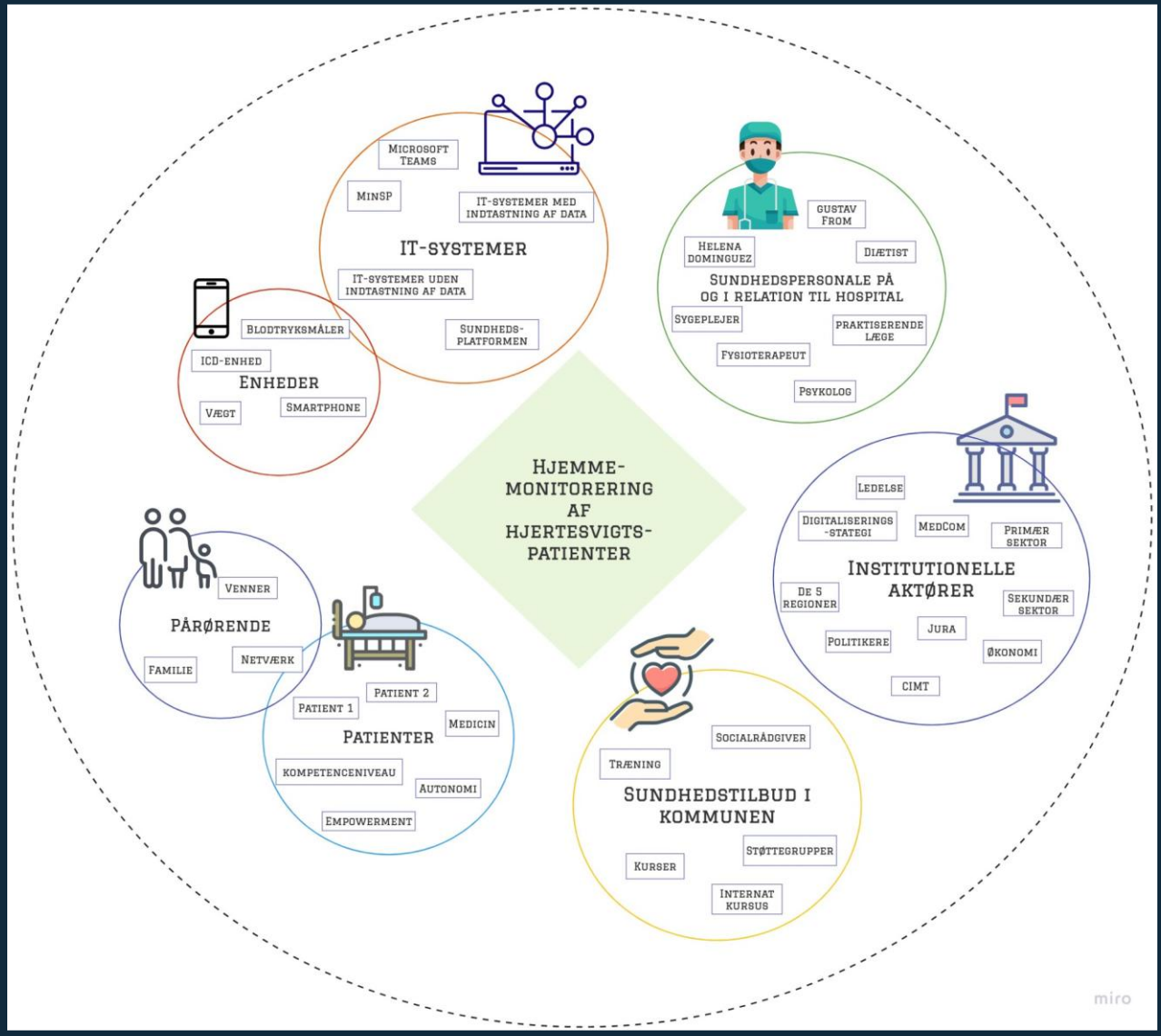
Manglende interoperabilitet

forhindrer datadeling

MANGLENDE SAMMENHÆNG MELLEM SEKTORER

Institutionelle og organisatoriske

barrierer hæmmer samarbejdet



POPULATION

Resultater om patientdata

DATAGRUNDLAG 2024–2025

N=155
Bispebjerg Hospital

N=83
Slagelse Sygehus

N=99
Detaljeret analyse (Bispebjerg)

Patienter med mindst to indlæggelser med hjertesvigt inden for et år

77
år i gennemsnit

52%
mænd

73%	atrieflimren
40%	nyresygdom
31%	diabetes
29%	KOL
47%	klassificeret som skrøbelige (Clinical Frailty Scale >4)

Kompleksitet rækker langt ud over hjertesvigt

Udsathed er mere end “skrøbelighed“: psykisk sygdom, misbrug, socialt…

KLINISKE UDFALD

Resultater om patientdata

Risikoen er høj !!

Seks måneder efter indlægelse

26%

mortalitet

65%

genindlagt mindst én gang

38%

flere genindlæggelser

MEDIAN TID TIL FØRSTE GENINDLÆGGELSE

29 dage

Resultater tyder på behov for

tidligere identifikation

og

koordineret opfølgning efter udskrivelse

UDVIKLING OG AFPRØVNING

Workshops dannede grundlag for afprøvninger



3 workshops

Sundhedspersonale fra hospital, kommune og almen praksis samt pårørende

SÆRLIGE ARBEJDSGRUPPER

Vi analyserede løbende afprøvningerne med PDSA-cirkler.



DET AFPRØVEDE VI 2025–2026

Klinisk korrespondance

Kommunikation på tværs af sektorer via kliniske korrespondancemeddelelser – asynkront!

Direkte kontakt fra Kommune til hjerte-teamet

Efter aftale med patientens egen læge

Kommunen som ”hænder og øjne”

Kommunen støttede borgeren med hjemmemålinger og kliniske observationer

HJERTESVIGT

TEGN PÅ UDSATHED ?

- Skrøbelighed - “frail”
- Kognitive udfordringer
- Sprog, socio-geografiske forhold
- Psykisk sygdom / misbrug
- Fremskreden sygdom*

* Fx cancer, KOL, nyresvigt …

IKKE UDSAT **Hjertepakke-forløb → Egen læge**

UDSAT

Sygdomsspecifikt behandlingspotentiale?

JA

Klap, Atrieflimmer, karsygdom

- Medicin
- Hjerteoperation
- Pacemaker

NEJ

Egen læge og støtte i hjemmet

Mest muligt hjemme

LÆRING

Vigtigste barrierer



KOORDINERING OG ANSVAR

Mangel på koordineret patientforløb og ansvar

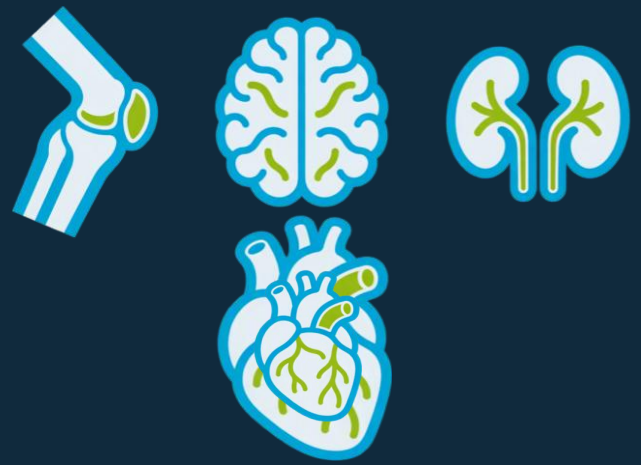
"Alle kender disse patienter men ingen tager ansvaret"

Praktiserende Læge



KOMMUNIKATION

For mange parallelle kommunikationskanaler... uden fælles digitale løsninger



BEHOV UD OVER HJERTET

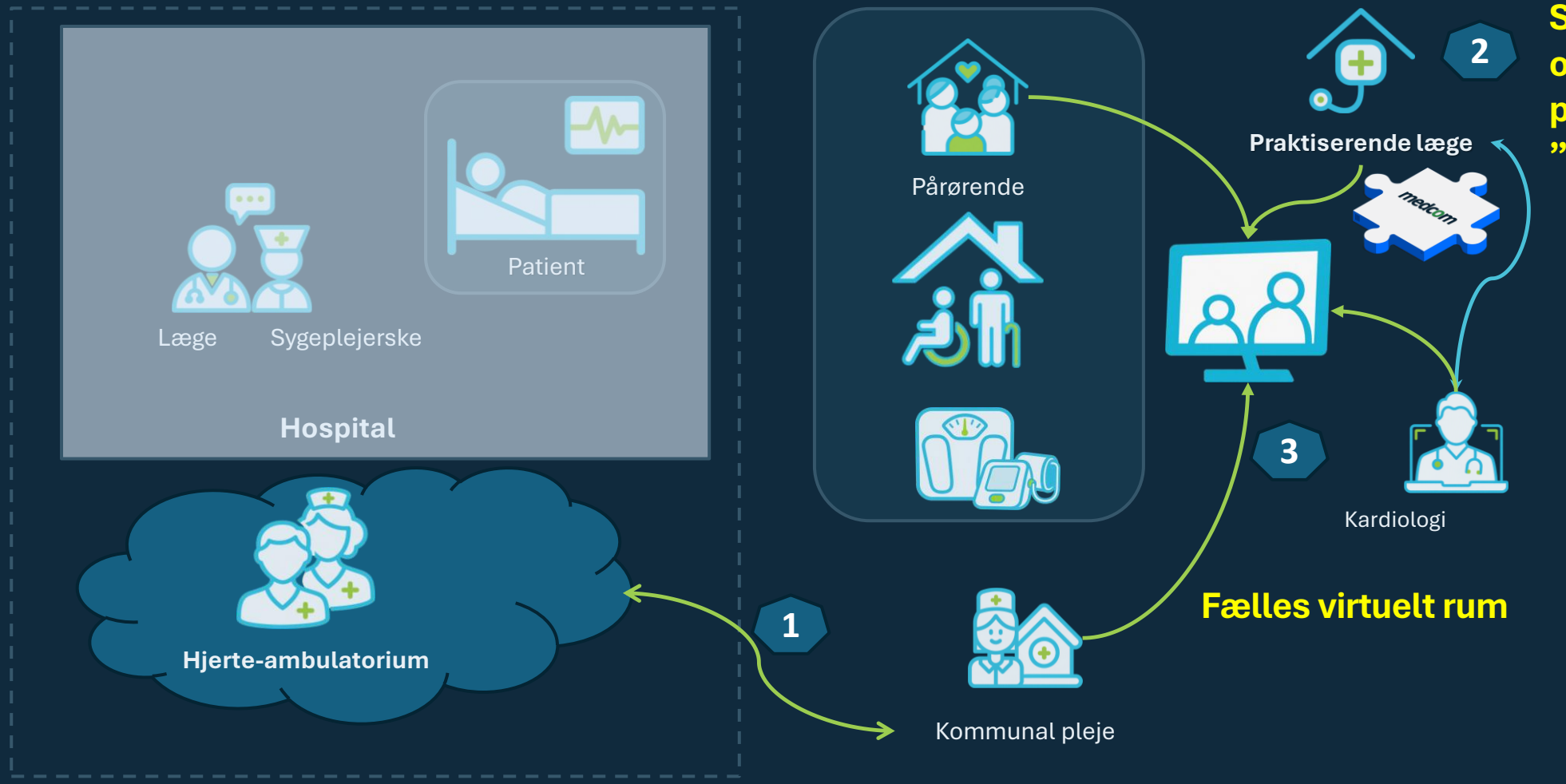
Patienter har meget andet end hjertesygdom

Implementeret …

Gennemførligt !!

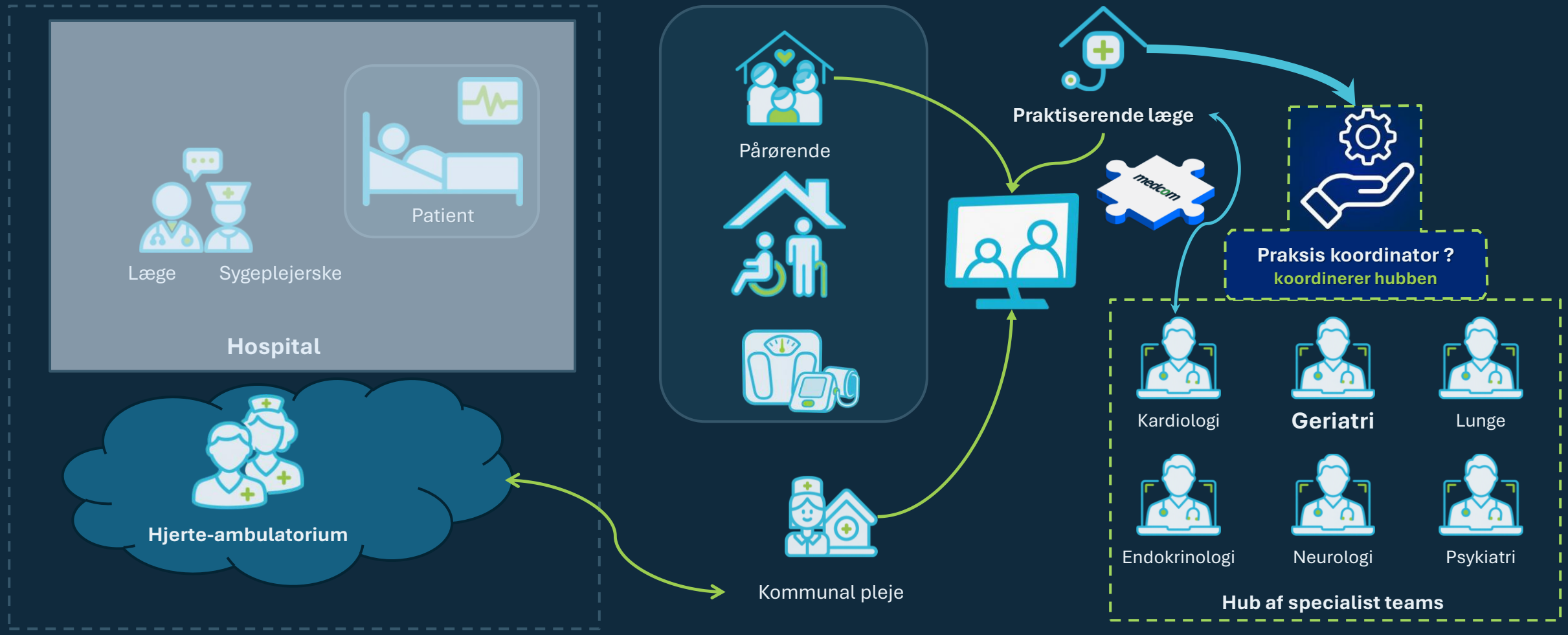
Nu bygger vi videre på erfaringerne

"HJERTELIVET"



VIDEREUDVIKLING

Én fælles indgang til specialist-teams



Specialister overtager opgaver og aflaster patientens egen læge

FEM FORUDSÆTNINGER FOR NÆSTE SKRIDT

Forankring og skalering i hele Danmark

01 Hub af specialistteams



02 Aftaler med almen praksis

Arbejdsgange og opgavefordeling

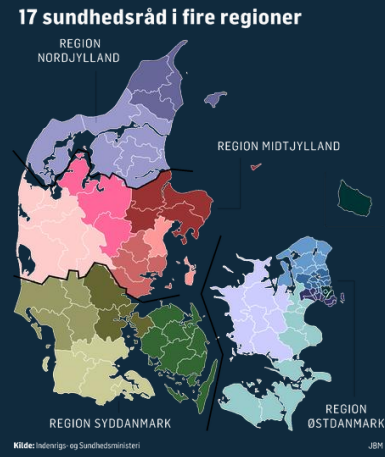


03 Kommunale aftaler

Arbejdsgange og opgavefordeling



04 Forankring i sundhedsrådene



Udsatte mennesker har brug for *andet end* evidensbaserede *pakkeforløb*

05 Fælles digital platform

Datadeling og kommunikation



Løbende monitorering

- Ibrugtagning
- Effekt for patienter og pårørende
- Ressourceforbrug

Har i gode forslag til næste skridt?

KVALITETSKONFERENCEN 2026

Supplerende slides

Cardiostafet

SUPPLERENDE

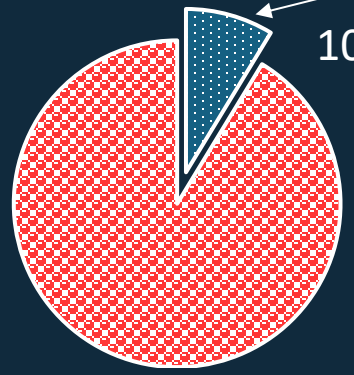
UDSAT

BBH

N 138

Ikke udsat

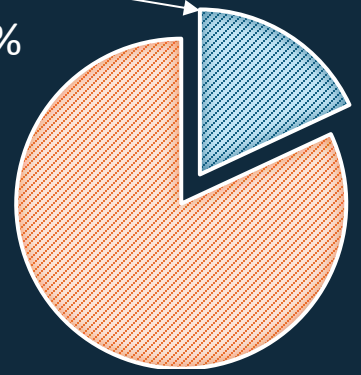
10%



SLA

N 83

15%



MULTISYG (2 SYGDOM ELLER FLERE)

94%

100%

DØD (6 MDR)

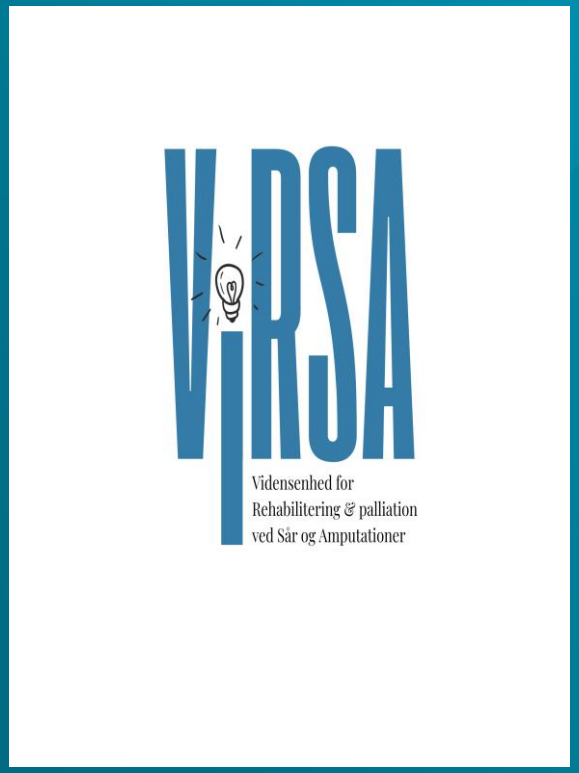
27%

25%

Tværsektorielle indsatser

- *Bridging Sectors After Lower-Limb Amputation: Evaluation of an Amputation Counsellor and Professional Network Model* v **Ulla Riis Madsen** | Forskningslektor | Sjællands Universitetshospital
- *Tværsektoriel vurdering og behandling af akutte KOL-forværringer i patientens eget hjem* v **Anders Pitzner-Fabricius** | Læge | Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

- **Chair:** Dorte Gilså Hansen | **Co-chair** Maria Tølbøll Glavind



Bridging Sectors After Lower-Limb Amputation:
Evaluation of an Amputation Counsellor and Professional Network Model

Ulla Riis Madsen, Lektor, PHD, MPH, Sygeplejerske

REHPA

STENO DIABETES CENTER SJÆLLAND

REGION SJÆLLAND
SJÆLLANDS UNIVERSITETSHOSPITAL
– vi er til for dig

Ulla Riis Madsen, ViRSA - Research Unit for Rehabilitation and Palliative Care in Wound and Amputation, Department of Vascular Surgery, Zealand University Hospital, Denmark, and REHPA, The Danish Knowledge Centre for Rehabilitation and Palliative Care, University of Southern Denmark

Lars Morsø, Research unit OPEN, Department of Clinical Research, University of Southern Denmark

Katrine Wind Nielsen, User Perspectives and Community-based Interventions, Department of Public Health, University of Southern Denmark & Research Unit OPEN, Department of Clinical Research, University of Southern Denmark.

Anne-Sophie Schwarz Emiliussen (Open Patient data Explorative Network, Odense University Hospital, Odense, Denmark)

Pernille Nymann Kirkegaard, ViRSA – Research Unit for Rehabilitation and Palliative Care in Wound and Amputation, Department of Vascular Surgery, Zealand University Hospital, Roskilde, Denmark.

Gitte Bunkenborg, Department of Cardiology, Zealand University Hospital and Department of Regional Health Research, University of Southern Denmark

Marie Krestense Lauridsen, MKL, ViRSA – Research Unit for Rehabilitation and Palliative Care in Wound and Amputation, Department of Vascular Surgery, and Department of Physio- and Occupational Therapy, Zealand University Hospital, Denmark.

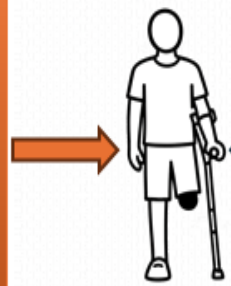
Anne Wettergren Karlsson, User Perspectives and Community-based Interventions, Department of Public Health, University of Southern Denmark

Amputationsrådgiverprojekt



Rådgiverdel

- Tidlig kontakt på hospitalet
- Hjemmebesøg
- Opfølgning *(op til 1 år efter operationen)*
- Behovsvurdering *(psykisk, fysisk, socialt)*
- Støtte til patient og pårørende



Netværksdel



- Regionale- og klyngemøder
- Fælles seminar *(årligt)*
- Afklaring af roller og ansvar på tværs af sektorer
- Implementering af evidens i praksis

Forbedring af koordinering, *Sammenhængende og patientcentreret behandling*



Katja Kupiec Scheegell
Ergoterapeut

Slagelse Sygehus og kommunerne; Ringsted, Slagelse, Sorø og Næstved.



Line Reffelt Jørgensen
Fysioterapeut

Holbæk Sygehus og kommunerne; Odsherred, Holbæk, Kalundborg og Lejre.



Cecilie Bagge Møller
Ergoterapeut

Nykøbing Falster Sygehus og kommunerne; Lolland, Guldborgsund og Vordingborg.



Trine Clausen
Fysioterapeut

SUH Køge og kommunerne; Greve, Køge, Roskilde, Solrød, Faxe og Stevns.

Evaluering 2023-2026



Interviews med borgere, pårørende, amputationsrådgivere og kommunale sundhedschefer.

Workshop og spørgeskema data, 56 sundhedsprofessionelle

Registreringer i databasen: omfang, intensitet og indhold af rådgiverfunktionen, samt beskrivelse af deltagerne.

Framework Analyse

Amputationsrådgivningen

84 % af borgerne med benamputation havde kontakt med en amputationsrådgiver (n=278/331)

4,3 kontakter havde borgerne i gennemsnit gennem deres rådgiverforløb.

52% tlf, **45%** fysisk møde, **3%** skriftligt

88 % af kontakterne blev taget på initiativ af amputationsrådgiveren.

Patienter og pårørende oplever amputationsrådgiveren som en gennemgående person i et komplekst forløb, der kan:

- Skabe overblik
- Hjælpe med at finde den rette aktør
- Følge op på problemstillinger
- Omsætte faglig viden til konkrete løsninger
- Støtte borgeren og familien gennem forandringerne efter amputationen

Behov ændrer sig over tid

Tidligt efter amputationen:
- tryghed og støtte
- relation og kontinuitet
- information
- hjælp til at forstå, hvad der skal ske
- støtte i overgangen fra sygehus til hjem.

Senere i forløbet:
- hjælpemidler og bolig
- genoptræning og proteseforsyning
- kontakt til kommune og andre aktører
- sociale og økonomiske spørgsmål
- deltagelse i hverdags- og familieliv
- psykiske og eksistentielle spørgsmål.

"Det har faktisk en stor betydning, at der kommer sådan et menneske, der er helt rolig og snakker stille og roligt om situationen."
(Borger B, Klynge 2)

"... Og når man lige bliver udskrevet, så skal du have styr på, hvordan er verden nu. Fordi, man bliver jo bogstaveligtalt efterladt på havet."
(Borger C, Klynge 3)

Hvad sagde de professionelle

"Et vigtigt bindeled mellem sygehus, kommune og borger."
(Workshopdeltager, Klynge 2)

"Holder patienten oven vande."
(Workshopdeltager, Klynge 4)

Hvad skaber værdi?

Evalueringen peger især på fire elementer:

Specialiseret viden Rådgiverne har særlig viden om amputation, rehabilitering, hjælpemidler, proteser og livet efter benamputation.

Kontinuitet Den samme person kan følge borgeren på tværs af sygehus og kommune og gennem forskellige faser af forløbet.

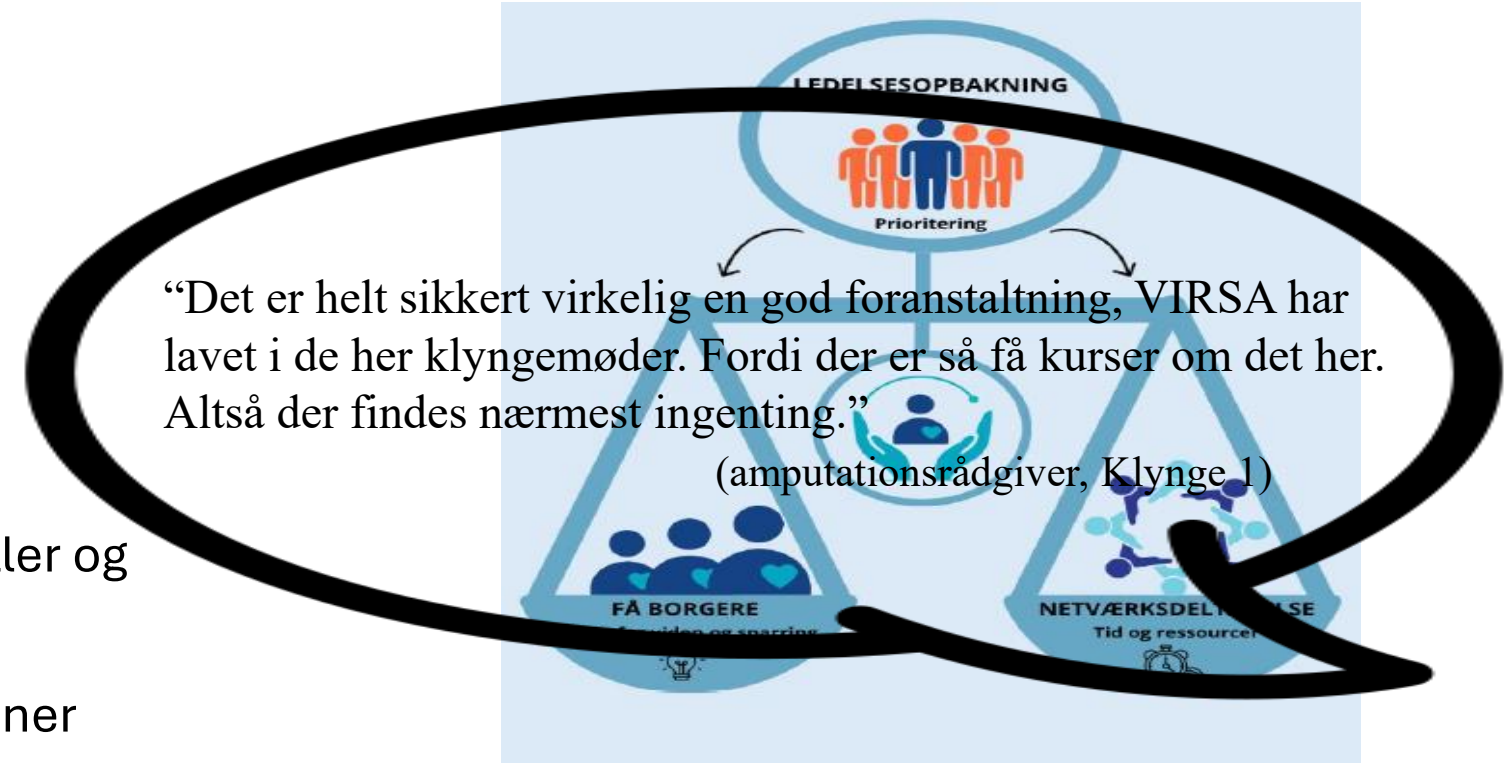
Relationel støtte Borgere og pårørende fremhæver betydningen af at blive mødt med nærvær, ro, forståelse og tid.

Uvildighed Rådgiverens position uden for de enkelte behandlings- og myndighedsfunktioner opleves af flere som en styrke.

Netværksindsatsen

- Ny faglig viden
- Faglig sparring
- Implementering af kliniske retningslinjer
- Erfaringsudveksling
- Kendskab til andre aktørers roller og tilbud
- Udvikling af samarbejdsrelationer

En særlig udfordring



"Det er helt sikkert virkelig en god foranstaltning, VIRSA har lavet i de her klyngemøder. Fordi der er så få kurser om det her. Altså der findes nærmest ingenting."

(amputationsrådgiver, Klynge 1)

Udfordringer

Flere roller

Ansættelsesformer

Afdække fejl / mangler

Når vi de svageste?

Fagligt krævende

Kendskab til funktionen

Organisering i ny sundhedsstruktur

Indsamling af valide kvantitative data

Ensomt


FREMTIDENS
AMPUTATIONSREHABILITERING
Patientens
behov og livskvalitet
Samarbejde
på tværs
Sammenhæng
i forløb
Nye muligheder
og løsninger
Indflydelse på
ny sundhedsstruktur
Hvordan kan
amputationsrehabiliteringen
se ud i fremtiden?
Hvordan får vi
indflydelse på den nye
organisering i
sundhedsstruktur?
www.regionsjaelland.dk/virsa
VIRSA
Videnscenter for
Rehabilitering & palliation
ved Sår og Amputationer

Tværsektorielle indsatser

- *Tværsektoriel vurdering og behandling af akutte KOL-forværringer i patientens eget hjem* v **Anders Pitzner-Fabricius** | Læge | Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

- **Chair:** Dorte Gilså Hansen | **Co-chair** Maria Tølbøll Glavind

Tværsektoriel vurdering og behandling af akutte KOL-forværringer i patientens eget hjem

Sundhedsvæsenets kvalitetskonference
28.-29. oktober 2026

Afdelingen for lunge- og infektionsmedicinske sygdomme
Bispebjerg-Frederiksberg Hospital
Akutteamet, Københavns Kommune

Hvorfor flytte den akutte vurdering hjem?





AI billede

Formål

At implementere et tværsektorielt samarbejde om vurdering og behandling af akut forværring af KOL i hjemmet

Primære outcome:
hospitalsindlæggelser inden for 30 dage



Udvikling og implementering



AI billede

Processen ved akut forværring



Hverdage 8-15*

Identifikation af borgere

Tilknyttet Lungemedicinsk Ambulatorium, BFH

Bo i København kommune.

≥2 indlæggelseskrævende forværringer



Behov for palliation i hospitalsregi



Behov for hjemmeilt



Behov for hjemme-NIV



Population, n=165

73 år

49,7%
Kvinder

24,5
BMI

45
Pakkeår

63,6%
Ex-rygere

Lungespecifik sygdomsbyrde

FEV_1 30%
Af forventet

CAT 22,8

MRC 4,0
Grad af åndenød

57%
Indlagt seneste 12 måneder

4 / 7
selvrapporteret

Median Q1–Q3: 3–5, n=83

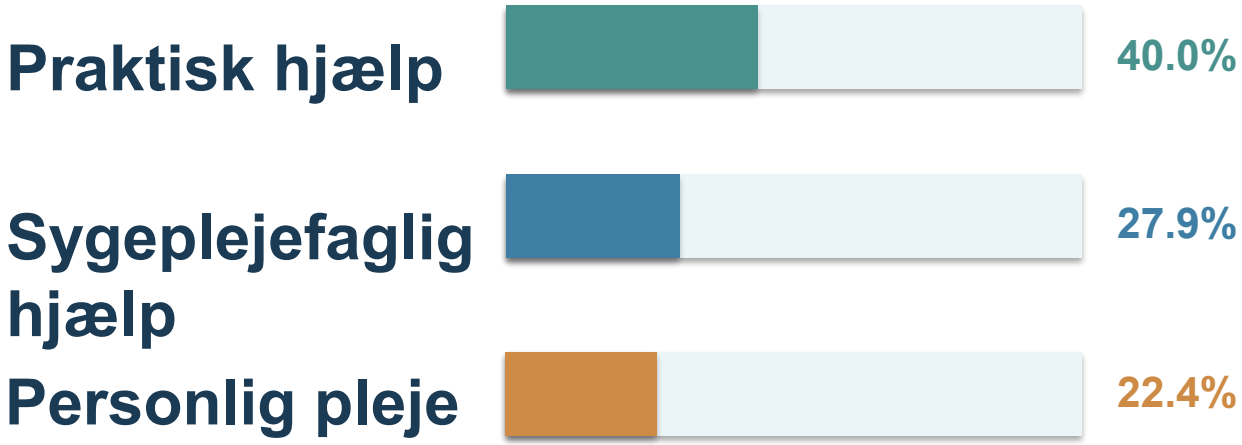
FEV_1 n=162 • CAT n=144 • mMRC n=160 • livskvalitet n=83

Hjemlige forhold og kommunal tilknytning

92,1%
bor i eget hjem

58,2%
bor alene

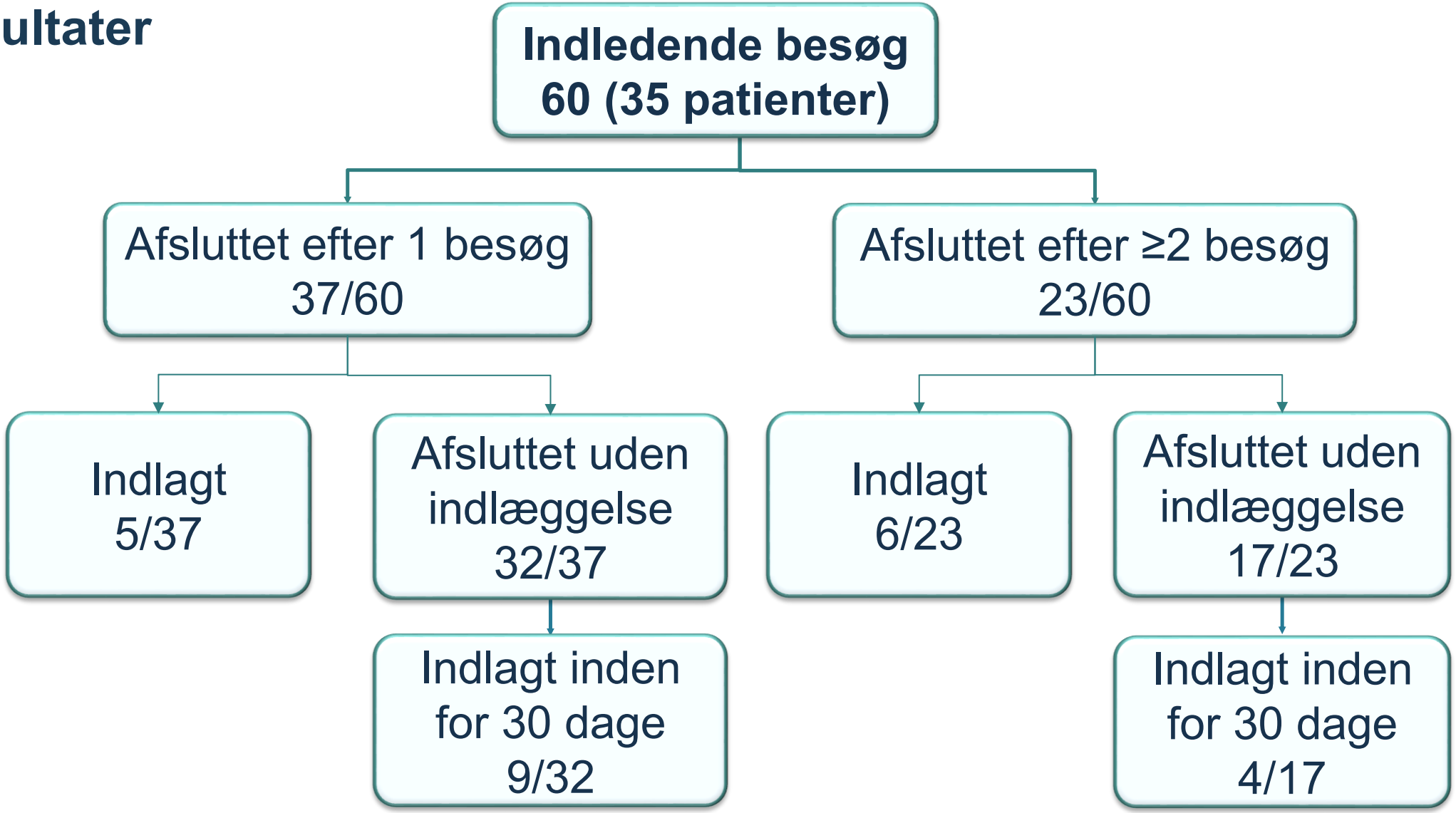
46,7%
modtager kommunal hjælp



Center for Lungesygdomme

13,9%

Resultater


Indledende besøg
60 (35 patienter)
Afsluttet efter 1 besøg
37/60
Afsluttet efter ≥2 besøg
23/60
Indlagt
5/37
Afsluttet uden indlæggelse
32/37
Indlagt
6/23
Afsluttet uden indlæggelse
17/23
Indlagt inden for 30 dage
9/32
Indlagt inden for 30 dage
4/17

Resultater

Akutteam
86 fysisk besøg
3 telefoniske opfølgninger

Udredning
CRP 39
Eksp d+r 14
Podning 6



Behandling
AB: 11
Prednisolon 14
Prednisolon + AB 7
Eksp d+r 14
Forstøvet inh. medicin 10

Konklusion

- Det tværsektorielle samarbejde muliggjorde hjemmevurderinger af mulig KOL i forværring.
- Flertallet blev afsluttet uden umiddelbart behov for indlæggelse, men betydelig andel med indlæggelse inden for 30 dage
- Behov for at identificere risikopatienter
- Supplement til vanlige akutte tilbud for udvalgte patienter med svær KOL



Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut