

Udkast til projektbeskrivelse

# ***SOCIALE HENVISNINGER***

**SOM SOCIAL EFFEKTINVESTERING**

**UDKAST JUNI 2025**

*Et samarbejde mellem Region Midtjylland, Norddjurs kommune,  
Den Sociale Investeringsfond, Lægefællesskabet Grenå og not a box*

**midt**  
regionmidtjylland



DEN **SOCIALE**  
INVESTERINGSFOND

not a box

 **norddjurs**

# Indholdsfortegnelse

<b>1. BAGGRUND .....</b>	<b>4</b>
<b>2. FORMÅL MED PILOTEN .....</b>	<b>5</b>
<i>Hvilken udfordring? .....</i>	<i>5</i>
<i>Hvad er: Social Henvisning? .....</i>	<i>6</i>
<i>Hvorfor en social investering? .....</i>	<i>7</i>
<b>3. INDSATSEN/PILOTEN .....</b>	<b>8</b>
<i>Modelskitse for social henvisning - vejen fra henvisning til deltagelse i lokale fællesskaber .....</i>	<i>8</i>
<i>Indsatsen i almen praksis .....</i>	<i>8</i>
<i>Social navigator .....</i>	<i>9</i>
<i>Civilsamfund .....</i>	<i>10</i>
<i>Kommunale tilbud .....</i>	<i>11</i>
<i>Følgeskab .....</i>	<i>11</i>
<i>Pilotprojektorganisation .....</i>	<i>11</i>
<i>Aktører og rollefordeling i pilotprojektet .....</i>	<i>12</i>
<i>Målgruppe .....</i>	<i>13</i>
<b>4. RESULTATER OG BETALING .....</b>	<b>14</b>
<i>Effekter og evaluering .....</i>	<i>14</i>
<i>Potentialeberegning .....</i>	<i>14</i>
<i>Antal deltagere .....</i>	<i>14</i>
<i>Betalingsmål .....</i>	<i>14</i>
<i>Data til betalingsmål .....</i>	<i>15</i>
<i>Samtykke .....</i>	<i>15</i>
<i>Trivselsmål .....</i>	<i>15</i>
<i>Trivselsdata .....</i>	<i>16</i>
<i>Samfundsmæssige gevinster .....</i>	<i>16</i>
<b>5. EVALUERING OG FØLGEFORSKNING .....</b>	<b>17</b>
<b>6. TIDSPLAN - OVERORDNET TIDSPLAN + PRIMÆRE AKTIVITETER .....</b>	<b>17</b>
<b>7. BUDGET OG FINANSIERING .....</b>	<b>18</b>
<b>8. SKALERING OG OPFØLGNING .....</b>	<b>18</b>
<b>9. LITTERATUR .....</b>	<b>19</b>

## Abstract

---

## **Formål**

Denne projektbeskrivelse har til formål at beskrive rammerne for et kommende pilotprojekt for sociale henvisninger, gennemført som social investering.

Pilotprojektet har til formål at bidrage til udvikling og afprøvning af en dansk model for social henvisning, hvor almen praksis fungerer som indgang til ikke-medicinske tilbud i lokalsamfundet.

Pilotprojektet adresserer den stigende ulighed i sundhed og det voksende behov for helhedsorienterede indsatser, der integrerer sociale, mentale og biomedicinske perspektiver med afsæt i menneskers behov for støtte i deres livssituation.

Derudover har pilotprojektet til formål at oparbejde erfaringer, der kan bidrage til udviklingen af en model, som kan skaleres regionalt og nationalt.

## **Baggrund og metode**

Pilotprojektets formål, målgruppe og metode er baseret på en forundersøgelse af internationale og nationale erfaringer med sociale henvisninger, herunder dokumenterede effekter fra England.

Med afsæt i disse erfaringer etableres et dansk pilotprojekt med forankring i Norddjurs Kommune i samarbejde med Region Midtjylland, Den Sociale Investeringsfond (DSI), Østifterne, almen praksis i kvalitetsklyngen i Norddjurs Kommune, not a box og lokale civilsamfundsaktører.

Indsatsen omfatter udvikling og afprøvning af en systematisk henvisningsmekanisme, motivation af mennesker i sårbare livssituationer til at indgå i fællesskaber lokalt, samt til en kortlægning og aktivering af relevante fællesskaber og foreninger.

Ambitionen er at 700 borgere i målgruppen henvises til en social navigator i løbet af pilotprojektperioden på 2 år.

Pilotprojektet iværksættes med henblik på tæt opfølgning, evaluering og videnopsamling, der kan bidrage til konceptualisering og såvel regional og national skalering af en model for sociale henvisninger i en dansk kontekst.

Pilotprojektet iværksættes som en social effektinvestering med henblik på at tilvejebringe dokumenterbar viden om, hvorledes metoden bidrager til social og økonomisk bæredygtig transformation med afsæt i styrkelse af menneskers trivsel og nedbringelse af træk på sundhedsvæsenet.

## **Forventede resultater**

Det forventes, at sociale henvisninger og en tæt integration af civilsamfunds- og lokalt baserede fællesskaber med almen praksis vil bidrage til flere samtidige effekter:

1. Øge menneskers trivsel og skabe bedre adgang til støtte og fællesskaber for målgrupper med fysiske, sociale og mentale problematikker inde på livet.
2. Fald i træk på sundhedsvæsenet regionalt (indlæggelser, træk på almen praksis, medicin udgifter, mv)
3. Positiv effekt i kommunale sammenhænge særligt i forhold til udgifter til sygepleje, pleje og praktisk hjælp.

Samtidig skal pilotprojektet generere erfaringer og data, der kan bruges til at vurdere effekter og forankre en bæredygtig betalingsmodel med mulighed for skalering.

Indsatserne i pilotprojektet finansieres via Den Sociale Investeringsfond med tilbagebetaling på resultater ved opnået effekt.

Derudover finansieres en del af projektet af Østifterne ift. opbygning af kapacitet i civilsamfundet.

Sekundært følges metodens effekt på sociale og beskæftigelsesrettede udgifter, hvilket indgår som en del af den planlagte følgeforskning. Der er endnu ikke fundet finansiering til denne del, og midler til gennemførelse af følgeforskningen skal fortsat afklares.

### **Betydning**

Pilotprojektet skal ses som et bidrag til en bredere systemomlægning i retning af et mere nært, sammenhængende og forebyggende sundhedsvæsen.

Der er tale om en ny tilgang til den borger- og patientnære forebyggelse, som i sammenhæng med den nyligt vedtagne sundhedsreform skal medvirke til at udvikle konkrete erfaringer til indsatser og modeller, som understøtter reformens intentioner.

Målet er at modne en nationalt anvendelig model, som styrker samarbejdet på tværs af sektorer med integration af civilsamfundet og lokalsamfund som central ingrediens.

Samtidig skal modellen understøtte, at der på lokalt og samfundsmæssigt plan skabes strukturelle løsninger, der nedbringer social og geografisk ulighed i sundhed.

## **1. BAGGRUND**

Pilotprojektet er startet i 2024 med en undersøgelse af potentialet ved modellen Social henvisning (eng. Social Prescribing). Der blev udarbejdet en forundersøgelse af internationale erfaringer med sociale henvisninger i regi af Den Sociale Investeringsfond (DSI) med faglig bistand fra Praksispiloterne i Grenå. Derudover blev der indsamlet erfaringer fra projekter i Danmark og England, der bruger sociale henvisninger som metode i større eller mindre struktureret omfang.

Konklusionen på forundersøgelsen var, at der er grundlag for at udarbejde en investeringscase til DSI, hvormed der søges midler til en investering i en dansk afprøvning af en model for Social henvisning koblet på almen praksis med en bred målgruppe for øje.

Anledningen til pilotprojektet er samtidig styrket af de politiske og strukturelle forandringer i sundhedsvæsenet. Sundhedsreformen og den nye forårssaftale for opgavefordeling mellem kommuner, regioner og almen praksis fra maj 2025 sætter en tydelig retning for fremtidens sundhedsvæsen, hvor behandling og støtte bringes tættere på borgerne. Som indenrigs- og sundhedsminister Sophie Løhde udtaler:

*"Vi står foran en af de største og vigtigste forandringer af sundhedsvæsenet i nyere tid, hvor mere behandling skal flyttes ud af sygehusene og tættere på borgerne. Den omstilling kræver, at vi arbejder tæt sammen og skaber fælles løsninger på tværs af regioner, kommuner, sygehuse og lægeklinikker. (Sophie Løhde, maj 2025 – Forårssaftale om implementering af sundhedsreformen)<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2025, 25. maj). Stor forårssaftale skyder arbejdet med sundhedsreformen i gang. <https://www.ism.dk/nyheder/2025/maj/foraarsaftale-om-sundhedsreformen->

I forlængelse heraf er Norddjurs Kommune og Region Midtjylland gået sammen med DSI, lægefællesskabet i Grenå, Østifterne og not a box om at udvikle og afprøve en dansk model for sociale henvisninger.

Den følgende projektbeskrivelse danner grundlag for udarbejdelsen af en investeringscase samt muligheden for igangsættelsen af et pilotprojekt.

## 2. FORMÅL MED PILOTEN

### Hvilken udfordring?

Med et stigende antal ældre, mennesker med kronisk sygdom og borgere, der oplever psykisk sygdom og dertil en mangel på arbejdskraft, er der brug for at styrke fokus på et langt mere forebyggende sigte, hvor det enkelte menneske støttes og motiveres til at leve sundere liv.

Ulighed i sundhed er en vedvarende udfordring i det danske sundhedsvæsen. Artiklen *Bridging Gaps in Health*<sup>2</sup> peger på, at mange borgere med komplekse sociale og helbredsmæssige problemer har svært ved at navigere i de eksisterende tilbud og derfor ikke får gavn af den hjælp, der ellers er til rådighed. Det skaber et misforhold mellem behov og adgang, som bidrager til øget ulighed.

Sociale henvisninger fremhæves i studiet som en effektiv metode til at forbinde borgere med relevante tilbud og til at bygge bro mellem system og borger. Relationelle indsatser, som fx linkworkere, skaber tillid og kontinuitet og styrker borgerens mulighed for at deltage aktivt i egen sundhed. Artiklen viser, at denne type indsats ikke blot øger tilgængeligheden af hjælp, men også bidrager til at modvirke strukturel ulighed og fremme en mere retfærdig sundhedspraksis.

Dette kræver, at der arbejdes med en mere helhedsorienteret tilgang til sundhed, hvor sundhed sættes i relation til andre aspekter af det at være et menneske.

Forskningen viser at vedholdende ængstelse, usikkerhed, lavt selvværd, social isolation og manglende kontrol over ens arbejde og hjemmeliv har en kraftig indvirkning på sundheden<sup>3</sup>. Der er derfor behov for nye måder at fremme trivsel og sundhed. Det kræver, at sundhed forstås og håndteres i en bredere og mere helhedsorienteret ramme, hvor det biomedicinske og det psykosociale perspektiv integreres i forhold til støtten til det enkelte menneske og i et perspektiv, der kan fungere på tværs af sektorer.

Udfordringen i dag er ikke mangel på tilbud, men mangel på sammenhæng. Der findes mange gode indsatser i både sundhedsvæsen, kommune og civilsamfund, men de hænger ofte dårligt sammen.

For mange borgere, særligt dem, der føler sig isolerede eller mangler overskud, er det sociale barrierer, ikke udbuddet af hjælp, der står i vejen. Det handler ikke kun om at skabe nye tilbud, men om at sikre, at de reelt er tilgængelige for dem, der har mest brug for dem.

Lægens opgave er at identificere patienter med behov som led i den almindelige praksiskontakt. Herefter kan der henvises videre til en linkworker (social navigatør), der fungerer som det relationelle bindeled til borgeren og civilsamfundets tilbud.

---

<sup>2</sup> <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/17482631.2023.2241235?needAccess=true>

<sup>3</sup> <https://sund-by-net.dk/wp-content/uploads/images/De%20h%C3%A5rde%20kendsgerninger.pdf>

**Sociale henvisninger** tilbyder en ny måde at forstå og understøtte sundhed på. Ved at koble sundhedsvæsenet tættere sammen med civilsamfundet og lokale fællesskaber, sigter indsatsen mod at hjælpe borgere med sociale og mentale belastninger, som ellers ofte bliver overset i det eksisterende sundhedssystem eller som vanskeligt profiterer alene af tilbud i sundhedsvæsenet.

Ambitionen med piloten er at udvikle og afprøve en ny velfærdsmodel, som både kan forbedre menneskers livskvalitet og trivsel, bidrage til at mindske presset på sundhedsvæsenet samt bidrage til øget lighed i sundhed.

### Hvad er: Social Henvisning?

Social henvisning (Social Prescribing) er en fælles betegnelse for, at en sundhedsprofessionel, eksempelvis en praktiserende læge, henviser borgere og patienter til ikke-medicinske tjenester i lokalsamfundet for at forbedre deres trivsel og sundhed.

Behovet for sociale henvisninger kan være mangefacetteret og altid defineret ud fra det enkelte menneskes livssituation. Social henvisning komplementerer ydelser hos almen praksis i en helhedsorienteret tilgang til, hvad mennesker har brug for i deres samlede livssituation.

Tilbuddene i civilsamfundet og kommunen tager netop afsæt i borgerens livsomstændigheder og er ikke betinget af en specifik diagnose. Derfor er det afgørende at inkludere en bred vifte af tilbud, fx fællesskaber, rådgivning, frivilligcenter, motionstilbud, kulturaktiviteter og netværksgrupper, for at sikre, at henvisningen kan tilpasses det enkelte menneskes behov. Metoden er udviklet i forskellige former rundt om i verden<sup>4</sup>, men England har arbejdet længst med modellen.

I det britiske sundhedsvæsen findes derfor velafprøvede modeller for en holistisk sundhedsforståelse, særligt kendt fra Bromley by Bow, hvor "social health" integreres i patientbehandlingen. Social henvisning anvendes til at koble borgere og patienter til fællesskaber og aktiviteter, der kan forbedre deres mentale og sociale velbefindende.

I England har man set positive effekter af social henvisning, særligt i forhold til psykisk velbefindende og social tilknytning. Studier viser, at ordninger kan reducere brugen af sundhedsvæsenet, herunder færre besøg hos praksislægen, skadestuer og indlæggelser.

Evalueringer fra Bradford<sup>5</sup> tyder også på øget livskvalitet og bedre sociale relationer. Dog peger nyere forskning<sup>6</sup> på, at evidensgrundlaget stadig er spinkelt, og at der er behov for mere systematiske studier for at bestemme, hvilke målgrupper der har størst gavn af indsatsen.

---

<sup>4</sup> [social-prescribing-around-the-world.pdf](#)

<sup>5</sup> [Evaluation of HALE Community Connectors Social ...Sheffield Hallam Universityhttps://www.shu.ac.uk › research › cresr › reports](#)

<sup>6</sup> [https://42b7de07-529d-4774-b3e1-225090d531bd.filesusr.com/ugd/14f499\\_5f193389d80c4503a4c800e026189713.pdf](#)

## Hvorfor en social investering?

Danmark står overfor nogle af de samme problemstillinger som i England, og der arbejdes i øjeblikket blandt andet på baggrund af forskellige reformer og lovgivninger<sup>7 8</sup> på at skabe nye velfærdsløsninger. Da de økonomiske forhold omkring skabelse af mere forebyggende og holistiske tiltag endnu ikke er til stede i offentlig driftsregi (regioner og kommuner), er der brug for alternativ risikovillig kapital, der kan være med til at afprøve og synliggøre muligheder for at skabe både økonomisk og sociale bæredygtige løsninger.

Social henvisning er et tiltag, der placerer sig udenfor kategorien "behandlingstilbud" selvom det tænkes indlejret i det nære sundhedsvæsen, og med det tværgående element over til civilsamfundet viser det en ny vej, hvormed man kan samarbejde på tværs af sektorer.

Lovmæssigt er det muligt at arbejde med social henvisning i Danmark med regionen som samarbejdsaktør og mulig resultatbetaler, så længe at det er et tilbud der medfører patientrettet forebyggelse jf. sundhedsreformen:

### *Patientrettet forebyggelse*

*Regionerne får ansvaret for den patientrettede forebyggelse. Det giver grundlag for faglig og økonomisk bæredygtighed i forebyggelsestilbuddene til mennesker med kronisk sygdom, og det sikrer bedre incitamenter til tidlige, forebyggende indsatser. Indsatserne kan forbedre egenomsorg og livskvalitet, forebygge forværring og reducere behovet for sygehusindsats for den store gruppe af borgere med kronisk sygdom. Patientrettet forebyggelse har samtidig tæt sammenhæng til sygehus- og praksissektoren. Samtidig spiller samarbejdet mellem sundhedsvæsen og civilsamfund en afgørende rolle for velfungerende patientrettet forebyggelse.*<sup>9</sup>

*"Regionerne har en vigtig rolle i forebyggelsesindsatsen. Vores rolle er blandt andet at forske, rådgive, stille data og analyser til rådighed for samarbejdspartnere, sikre en systematisk forebyggelsesindsats ved patientkontakter samt facilitere og indgå i partnerskaber."*<sup>10</sup>

Også kommunerne har mulighed for at indgå i og understøtte sociale henvisningsforløb med hjemmel i både sundhedsloven og serviceloven. Ifølge sundhedslovens § 119 har kommunerne ansvar for at skabe sunde rammer og fremme borgernes sundhed, herunder forebyggelse af sygdom<sup>11</sup>. Bestemmelsen giver kommunerne mulighed for at udvikle og støtte sundhedsfremmende og forebyggende indsatser rettet mod både generelle og særlige målgrupper.

Derudover giver servicelovens § 1 og § 81 mulighed for at yde en koordineret, helhedsorienteret og tidlig indsats over for borgere med sociale eller psykiske vanskeligheder, herunder støtte til at bevare eller forbedre funktionsevnen og deltage i samfundslivet<sup>12 13</sup>. Dette omfatter også samarbejde med civilsamfund og aktører uden for det traditionelle behandlingssystem, når det sker med henblik på at fremme borgerens trivsel og selvstændighed.

<sup>7</sup> [https://www.ism.dk/Media/638682281997250085/01-Aftale-om-sundhedsreform-2024\\_TILG.pdf](https://www.ism.dk/Media/638682281997250085/01-Aftale-om-sundhedsreform-2024_TILG.pdf)

<sup>8</sup> [https://www.folketingstidende.dk/samling/20241/lovforslag/L89/20241\\_L89\\_som\\_fremsat.pdf](https://www.folketingstidende.dk/samling/20241/lovforslag/L89/20241_L89_som_fremsat.pdf)

<sup>9</sup> [https://www.ism.dk/Media/638682281997250085/01-Aftale-om-sundhedsreform-2024\\_TILG.pdf](https://www.ism.dk/Media/638682281997250085/01-Aftale-om-sundhedsreform-2024_TILG.pdf)

<sup>10</sup> Citat fra Danske Regioner <https://www.regioner.dk/sundhed/liged-i-sundhed/forebyggelse/>

<sup>11</sup> <https://danskelove.dk/sundhedsloven/119>

<sup>12</sup> <https://danskelove.dk/serviceloven/1>

<sup>13</sup> <https://danskelove.dk/serviceloven/81>

Social henvisning skal overordnet bidrage til at:

- **Fremme lighed i sundhed (health equity)** – både socialt og geografisk – ved at sikre, at borgere med komplekse behov tidligt og systematisk tilbydes relevante ikke-medicinske indsatser.
- **Styrke forebyggelsen** gennem en helhedsorienteret indsats, der adresserer sociale determinanter for sundhed og forbinder sundhedsvæsenet med lokale fællesskaber og ressourcer.
- **Aflaste sundhedsvæsenet** ved at reducere unødvendig brug af sundhedsydelser og tilbyde alternative støttemuligheder i civilsamfundet.
- **Forbedre borgernes trivsel og egenmestring** ved at skabe adgang til netværk, aktiviteter og støtte, der rækker ud over det kliniske rum og understøtter det hele menneske.
- **Understøtte en systemisk transformation** af sundhedsvæsenets rolle, hvor samarbejdet med civilsamfundet og det forebyggende arbejde tænkes som en integreret og strukturel del af opgaveløsningen.

### 3. INDSATSEN/PILOTEN

Modelskitse for social henvisning - vejen fra henvisning til deltagelse i lokale fællesskaber



#### Indsatsen i almen praksis

Potentialet i at social henvisning integreres med almen praksis er, at det er en vigtig gatekeeper-funktion i sundhedsvæsenet. Dertil at hele 85 pct af danskerne besøgte en praksislæge i 2023 (Danmark Statistik). Dette matcher tankerne for social henvisning som værende et populations-baseret initiativ, der har relevans for personer i alle aldre.



Indsatsen er vigtig at kommunikere som et *tilbud* til borgeren af mere social karakter. Det bør være tydeligt, at der ikke er tale om et behandlingstilbud.

Det er de almene lægepraksisser i kvalitetsklyngen i Norddjurs, der får mulighed for at henvise til en social navigatør. Tilbuddet i pilotperioden vil, når fuldt implementeret, dermed dække 24 læger med en population på ca. 37.000 patienter.

I opstartsfasen skal der udarbejdes en henvisningsinstruks, og der skal ligeledes arbejdes med aktiviteter, der kan være med til at klæde praksis på til arbejdet med at integrere social henvisning. Dette vil udføres af den sundhedsfaglige projektleder.

Praksispersonalet henviser (elektronisk) i forbindelse med en almindelig konsultation til navigatøren, som fx. er placeret i Grenaa Sundhedshus. Henvisningerne kan komme fra personer, der arbejder i forskellige funktioner i praksis såsom praktiserende læger, sygeplejersker, jordemødre eller andet praksispersonale.

Det forventes, at henvisningsmetoden vil tage udgangspunkt i samme model som den, der er anvendt i Vesterbro/Sydhavn, hvilket vil blive uddybet senere i processen.

### **Social navigatør**

Der vil i første omgang blive ansat to sociale navigatører i pilotfasen, som indlejres hos Lægefællesskabet i Grenaa, men som vil dække alle praksisklinikker i Norddjurs Kommune.

Navigatøren udarbejder gennem en motiverende samtale en individuel plan sammen med den enkelte borger, og der bliver aftalt hvorvidt der fx er brug for en brobygger eller andet. Navigatøren vil følge op med borgeren efter behov, for at høre hvordan det går med at komme ud til diverse aktiviteter. Erfaringer fra England viser, at en navigatør i snit har 6-12 kontakter til en borger (dækker både telefonsamtaler, fysiske møder og evt. hjemmebesøg).<sup>14</sup>

Hvis der er indbefattet en "henvisning" til kommunale tilbud fx offentlige kurser etc. så er det op til navigatøren at få gjort klart, at der ikke er tale om tildeling af en offentlig ydelse.

Navigatøren kan være med til at assistere borgeren til at:

- Engagere sig i lokale grupper og aktiviteter
- Udvikle positive relationer
- Blive introduceret til fx sund kost og madlavning
- Blive mere aktiv
- Få støtte til at tage imod åbne kommunale tilbud

---

<sup>14</sup> <https://www.e-lfh.org.uk/wp-content/uploads/2020/10/Social-Prescribing-Link-Worker.pdf>

De sociale navigatører, der skal ansættes, anbefales at have følgende kompetencer inspireret af de engelske erfaringer (NASP, UK):

- fremragende lytte- og kommunikationsevner
- empati
- følelsesmæssig robusthed
- at være ikke-dømmende
- forståelse for social/sundhedsområdet
- Samarbejdsvillig og forståelse af fællesskaber
- IT- og journalføringskompetencer

I en dansk kontekst er der ikke forsket i hvilke kompetencer, der matcher bedst til rollen, og det må derfor forventes at der kan ske en justering af dette ift. en skalering af modellen.

### **Civilsamfund**

Civilsamfundet spiller en afgørende rolle i en Social Henvisningsmodel. Det er derfor vigtigt at have et klart billede af hvilke muligheder, der findes i Norddjurs Kommune.

Der findes ikke noget frivillighedscenter i Norddjurs Kommune, men der er forskellige sites der har et overblik over foreninger i kommunen<sup>15 16</sup>.

Gennem en afdækning og screening af relevante foreninger i samarbejde med Norddjurs Kommune, vil der i opstartsperioden blive udarbejdet en bruttoliste med aktører og foreninger.

Det vil være navigatørens ansvar, i tæt samarbejde med projektkoordinatoren, at tage kontakt til disse og føre en dialog med henblik på at indkredse de mest relevante. Erfaringer fra et lignende tiltag på Vesterbro/Sydhavnen peger samtidig på vigtigheden af at indgå tydelige aftaler med foreningerne om, hvordan de modtager borgere i sårbare livssituationer, for at sikre tryghed og en god start på deltagelsen.

Da målgruppen forventes at være forholdsvis bred, vil der være behov for at inddrage en række forskellige aktører og foreninger.

Det kan være svært på forhånd helt at udpege, hvilke aktører og foreninger, der vil modtage flest henvisninger. På baggrund af den kvalificerede liste, bør der arrangeres fælles informationsmøder, hvor der kan skabes synlighed om initiativet. For mange "henviste" borgere vil deltagelsen foregå på lige fod med øvrige medlemmer eller deltagere. I enkelte tilfælde kan det dog være nødvendigt med en mere støttende eller hensynsfuld tilgang for at sikre en god oplevelse og tryk integration.

I pilotbudgettet vil der sikres midler ved siden af DSI-investeringen, til at styrke visse frivilligheds-tilbud fx gennem undervisning eller andre kompetencegivende initiativer ift. at være modtager-organisation for borgere, der er henvist af en social navigatør.

---

<sup>15</sup> <https://frivillig.norddjurs.dk/find-forening>

<sup>16</sup> <https://aktiv.norddjurs.dk/side.asp?wkid=norddjurs&side=1>

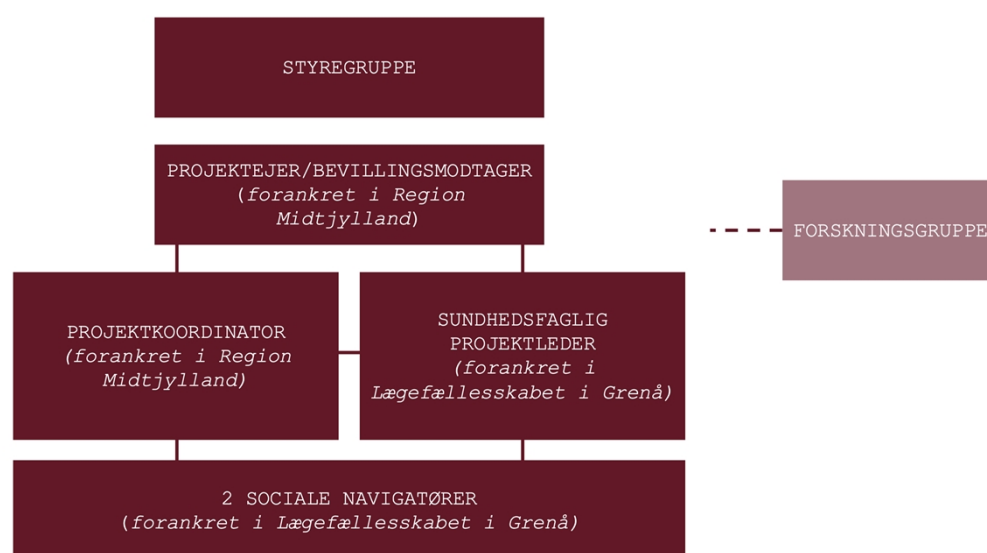
## Kommunale tilbud

I rækken af de tilbud, der kan indgå i en individuel plan, kan der også være kommunale tilbud. Det kan være aktivitetscentre, træningscentre, biblioteker etc.

## Følgeskab

For nogle borgere vil det være nødvendigt at have muligheden for følgeskab koblet på henvisningen. Det kan være en person, der henter borgeren i eget hjem eller er med de første par gange borgeren skal deltage i en aktivitet. Der skal laves en aftale med en leverandør af denne service – det kan enten være hos en stærk frivillig forening eller aftale med en ngo (fx Social sundhed, Røde Kors; KFUM). Disse aftaler vil udarbejdes i opstartsfasen inden selve afprøvningen går i gang.

## Pilotprojektorganisation



Pilotprojektet vil organiseres således at en tydelig ansvars- og rollefordeling sikres, og der følges op på pilotens fremdrift, og løbende opsamles læring og erfaringer, der efterfølgende handles på.

Der vil nedsættes en styregruppen bestående af medlemmer fra DSI, Region Midtjylland, Norddjurs Kommune og Medlemmer af Kvalitetsklyngen i Norddjurs (Lægefællesskabet Grenå) evt. andre. Styregruppen vil betjenes af projektkoordinatoren, og der vil være møde fire gange årligt.

Projektejeren vil være Region Midtjylland, som vil stå som modtager af investeringen fra DSI.

Dertil vil der være en sundhedsfaglig projektleder indlejret i Praksisfællesskabet Grenaa, der skal stå for det faglige element, herunder henvisningsinstruks, faglig sparring med de sociale navigatører, faglige elementer i forbindelse med Kvalitetsklyngen for praksislæger i Norddjurs samt til bistand som ambassadører for piloten m.m. De sociale navigatører vil ligeledes have ansættelse i Praksisfællesskabet.

I pilotperioden vil der tilkobles en projektkoordinator der kan være med til at sekretariatsbetjene styregruppen, sikre kommunikation mellem partnerne, løbende vidensopsamling, koordinere udarbejdelse af udviklingslementer med civilsamfundsaktører, kontaktperson fra medvirkende lægepraksisser m.m.

Der tilknyttes en forskningsgruppe til pilotprojektet, der kan være med til at samle viden og data og danne et vidensgrundlag, der kan benyttes i en skalering af modellen. Der er endnu ikke fundet finansiering til forskningsgruppen, og midlerne til denne del af piloten skal fortsat afklares.

### Aktører og rollefordeling i pilotprojektet

For at kunne gennemføre en afprøvning af Social henvisninger i Norddjurs, er det afgørende, at de centrale stakeholders er involveret og at der er et stærkt engagement.

Aktør	Rolle/aktiviteter
Den Sociale Investeringsfond (DSI)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investor</li> <li>• Del af styregruppen</li> <li>• Videndeling, sparring, erfaringsudveksling</li> </ul>
Region Midtjylland	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projektejer og bevillingsmodtager</li> <li>• Registerdata anvendes</li> <li>• Resultatbetaler sundhedsmål</li> <li>• Medlem af styregruppen</li> <li>• Projektkoordinator <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Koordinering af møder mellem partnere</li> <li>○ Kontakt til internationale partnere</li> <li>○ Opfølgning på tidsplan og aktiviteter</li> <li>○ Koordinering og forberedelse af møder, styregruppe</li> <li>○ Kontakt til forskergruppe</li> <li>○ Evaluering af piloten</li> </ul> </li> </ul>
Lægefællesskabet Grenaa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Udarbejdelse og indførsel af henvisning</li> <li>• Indlejring af social navigatør funktion i organisationen</li> <li>• Sundhedsfaglig projektleder</li> <li>• Ledelsesmæssig støtte til navigatør</li> <li>• Data til evaluering</li> <li>• Leverandør</li> </ul>
Norddjurs Kommune	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indsamling af data om offentlige og tilbud i frivillig sektor</li> <li>• Data til afdækning af offentlige tilbud</li> <li>• Resultatbetaler sundhedsmål</li> <li>• Registerdata til evaluering</li> <li>• Del af styregruppen</li> </ul>
Norddjurs Kvalitetsklynge	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klyngen vil indgå som deltagende part i afprøvning ved at henvise borgere til den sociale navigatør</li> <li>• Opsamling af data</li> <li>• Kvalitetsudvikling og faglig sparring</li> </ul>
Regionshospitalet Randers	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Videndeling, sparring, erfaringsudveksling</li> </ul>
Østifterne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afdækning af frivillige tilbud</li> <li>• Resultatbetaler på trivselsmål</li> </ul>
Not a Box	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulighed for projektbistand</li> <li>• Koordinering ift. forankring af national model</li> </ul>

## Målgruppe

Sociale henvisninger er, som tidligere nævnt, et populationstilbud, hvilket betyder, at indsatsen ikke målrettes en specifik diagnose eller problemstilling. Men vil basere sig på en henvisning fra en lægepraksis. Selve målingen af resultater i henhold til investeringen vil dog basere sig på en nærmere defineret målgruppe.

Idet der arbejdes med en bred målgruppe, vil der være nogle inklusionskriterier for at sikre, at tilbuddet når ud til dem, der kan have mest gavn af det. Disse er til dels formuleret på baggrund af engelske erfaringer, kendte erfaringer fra et pilotprojekt fra Vesterbro Sydhavnen med Sociale henvisninger for 60+ og gennem dialog med praksislæger.

Ca. 86,1 pct af befolkningen i Norddjurs Kommune går til praksislæge mindst én gang om året<sup>17</sup>. Dertil er der lavet en mindre forundersøgelse hos to lægepraksisser, der vurderer at gennemsnitligt 20 pct af deres patienter kunne være relevante at henvise til en social navigatør<sup>18</sup>. Dette giver et grundlag på ca. 6360 personer (jf. bilag 1).

Der arbejdes med følgende overordnede målgruppe:

- Voksne i almen praksis, som har komplekse sundheds- og sociale udfordringer.
- Voksne i almen praksis, der vurderes at være i risiko for at udvikle sådanne udfordringer.
- Voksne med et højt forbrug af både planlagte og akutte konsultationer i almen praksis – herunder kontakter, der primært er socialt betingede.

Inklusionskriterier:

- 18+ (18+ vil være gruppen, der indgår i dataopsamlingen, yngre kan godt få tilbuddet)
- Motiveret for deltagelse
- Behov for social støtte, som kan understøtte både sygdomsforebyggelse og behandling i almen praksis
- Bopæl eller læge i Norddjurs Kommune,
- Kontaktbar via telefon eller mail.

Ovenstående skal forholde sig til at social henvisning IKKE er et behandlingstilbud, hvor der specialuddannet personale tilknyttet. Det er et socialt tilbud, hvor det handler om at man som individ får støtte af andre borgere til at fx indgå i fællesskaber.

---

<sup>17</sup> <https://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/nyt/GetPdf.aspx?cid=51066>

<sup>18</sup> <https://www.socialprescribingnetwork.com/media/attachments/2022/02/22/review-of-evidence-assessing-impact-of-social-prescribing-1.pdf>.

## 4. RESULTATER OG BETALING

### Effekter og evaluering

Social henvisning som investeringscase skal understøttes af nogle klare betalingsmål, der kan danne grundlag for en økonomisk model, der kan være med til at metoden kan skaleres nationalt.

### Potentialeberegning

Der er foretaget en potentialeberegning for at vurdere det forventede afkast ved piloten i Norddjurs Kommune. Beregningen tager udgangspunkt i de identificerede målgrupper og relevante udgiftsområder og er gennemført med afsæt i BIS-modellen (Beregner for Investeringer i Sundhed), udviklet af VIVE.

BIS-modellen anvender forskningsbaserede og registerbaserede data til at estimere de økonomiske konsekvenser af sociale og sundhedsfaglige indsatser over tid. Den sammenligner et scenarie med indsats med et scenarie uden indsats og giver dermed et kvalificeret skøn over både kort- og langsigtede budgeteffekter for kommune og region.<sup>19</sup>

### Antal deltagere

Baseret på erfaringer i England, og en vurdering af målgruppens størrelse samt pilotprojektets varighed, er ambitionen at 700 borgere skal henvises til en social navigator i pilotperioden på 2 år. I henhold til erfaringer fra lignende indsatser er ambitionen at 50 pct. af de disse patienter efter 3 måneder er tilknyttet et relevant tilbud.

### Betalingsmål

- **Betalingsmål 1:** Fald i ressourcetræk i sundhedsydelser
- **Betalingsmål 2:** Forbedret selvmestring/trivsel

Der afsøges mulighed for at Region Midtjylland og Norddjurs kommune indgår i pilotafprøvningen som resultatbetalere af betalingsmål 1.

Der vil på baggrund af en potentialeberegning, ses på de akkumulerede sundhedsudgifter på voksne indenfor ti udvalgte diagnoser: Angst, depression, diabetes 1 og 2, fedme, iskæmisk hjertesygdom, KOL, leddegigt, osteoporose og ryg- nakkesmerter, alkoholrelateret sygdom.

Da der samtidig forventes afledte effekter i form af forbedret trivsel blandt borgere, der modtager en social henvisning, er der opnået tilsagn fra Østifterne om at fungere som resultatbetaler for trivselsrelaterede mål. Disse trivselsmål vil ligge ud over den resultatbetaling, Region Midtjylland og Norddjurs Kommune eventuelt skal afregne.

---

<sup>19</sup> <https://www.vive.dk/da/udgivelser/teknisk-dokumentation-bis-20-beregner-for-investeringer-i-sundhed-3x8230xo/>

### **Data til betalingsmål**

Ønsket er at foretage en resultatopfølgning på indsatsen ved hjælp af registerdata, der belyser borgernes kontakt med sundhedsvæsenet 1–2 år tilbage i tid samt 1–2 år frem efter en henvisning. De relevante oplysninger udvælges i samarbejde med Region Midtjylland og Norddjurs Kommune og kvalificeres af forskningsmæssig bistand.

Data kan bl.a. omfatte antal opkald til lægevagten, antal akutte kontakter og indlæggelser i sygehusregi, antal konsultationer hos praktiserende læge, træk på kommunale sundhedsydelser som fx genoptræning, sygepleje, pleje og praktisk hjælp.

Målingen kræver adgang til sundhedsregistre og vil blive foretaget på baggrund af dataudtræk fra henholdsvis regionen, kommunen og forskere med adgang til relevante registre.

### **Samtykke**

Der vil i den forbindelse med indhentning af data indhentes et samtykke fra patienten til at disse oplysninger må indhentes og videregives samt anvendes til brug for dette formål.

Idet indsatsen endnu ikke er iværksat, er det muligt at tilrettelægge resultatopfølgningen sådan, at der indhentes et patientsamtykke, når patienten er til konsultation hos sin praktiserende læge. Det vil være den sociale navigatør, der står for at informere patienten og indhente det skriftlige samtykke.

Patientens samtykke til at vedkommendes journaloplysninger må indhentes og videregives til brug for piloten, skal opfylde kravene i sundhedslovens § 42 d, stk. 1 og § 43, stk. 1. Dette indebærer, at patienten skal være tydeligt informeret om, hvad vedkommende giver samtykke til. Det skal derfor fremgå af samtykkeerklæringen, hvad formålet er, hvilke oplysninger der er tale om, og at samtykket kan trækkes tilbage indtil oplysningerne er indhentet hhv. videregivet. Samtykket skal være skriftligt og skal indføres i patientjournalen. Samtykket er gyldigt i et år, hvilket betyder, at oplysningerne kun kan indhentes i et år fra samtykkets afgivelse. Hvis der er behov for oplysninger længere frem i tid, skal der altså indhentes et nyt samtykke fra patienten.<sup>20 21</sup>

Den praktiserende læges tilbud om at benytte lægekliniikkens navigatør vil ikke være betinget af, at patienten samtykker til videregivelse af journaloplysninger til brug for opfølgningen. Dette skyldes, at et samtykke til videregivelse af journaloplysninger skal være frivilligt.

### **Trivselsmål**

Hypotesen bag social henvisning er, at borgere opnår større trivsel, hvilket kan være med til at give positive effekter fx i relation til at reducere brugen af sundhedsydelser.

---

<sup>20</sup> <https://danskelove.dk/sundhedsloven/42d>

<sup>21</sup> <https://danskelove.dk/sundhedsloven/42a#1>

### **Trivselsdata**

Der vil indsamles data omkring borgernes/patienternes trivsel to gange for hver deltager. Den første indsamling vil ske, lige når borgeren/patienten har modtaget en social henvisning, og har den første samtale med den sociale navigatør (baseline). Den anden indsamling vil ske efter 6-8 mdr. alt efter, hvornår de er blevet inkluderet i pilotprojektet. Der vil benyttes et valideret spørgeskema (Danmarks Statistik (se nedenfor) eller WHO5<sup>22</sup>).

For oplysninger fra patienten selv vedrørende patientens trivsel, gælder, at såfremt disse oplysninger udelukkende indsamles til brug for resultatopfølgningen og ikke til brug for patientbehandling, er der ikke tale om journaloplysninger.

Indsamlingen er derfor ikke omfattet af sundhedslovens regler, men databeskyttelseslovgivningen. For de pågældende oplysninger, skal foreligge et databeskyttelsesretligt samtykke efter art. 6, stk. 1, litra a (almindelige personoplysninger) og art. 9, stk. 2, litra a (følsomme personoplysninger), samt databeskyttelseslovens § 11 (cpr. nr.). Det er vigtigt, at det i teksten til samtykket fremgår, at der behandles både almindelige, fortrolige og følsomme personoplysninger.

Data til resultatopfølgningen deles udelukkende inden for samme dataansvarlige myndighed. Derfor vil der ikke skulle laves nogen aftaler om databeskyttelse.

Data skal opbevares sikkert, og der skal være en procedure for sletning efter endt pilot. Hvis der er tale om elektroniske data på et drev eller i en database, så skal der tages stilling til autorisation og adgangskontrol, f.eks. multifactor, logning, backup, kontrol med afviste adgangsforsøg. Hvis der er tale om fysiske data, så skal de opbevares i et aflåst lokale, hvor de kun kan tilgås af autoriserede personer.

### **Samfundsmæssige gevinster**

Metoden har vist, blandt andet i England, at have flere effekter, der kan have en samfundsmæssig og menneskelig værdi. Dette kan medføre at der på sigt falder besparelser hos andre myndigheder end Regionerne, hvilket bør medtages ift. en eventuel skalering af modellen på nationalt niveau.

- Beskæftigelse
- Mindre offentlig støtte fx bostøtte
- Øget kapacitetsopbygning i civilsamfundet
- Mindsket pres/øget trivsel blandt praktiserende læger i Kvalitetsklyngen

I forbindelse med et fokus på at skabe større trivsel, hvilket i forhold til hypotesen bag social henvisning er afgørende i forbindelse med at opnå de ønskede effekter, vil der arbejdes med en langsigtet model, der sigter mod at skabe systemforandringer. Disse forandringer skal bidrage til et mere bæredygtigt sundhedsvæsen, hvor forebyggelse, tværfagligt samarbejde og inddragelse af civilsamfundet spiller en central rolle.

---

<sup>22</sup> <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2017/Styrket-sundhedsindsats-for-socialt-udsatte-og-saarbare-grupper/Ans%C3%B8gningsmateriale/Guide-WHO-5.ashx?la=da&hash=570F8CAE8013977379E1BC24D663D8FDB186DB76>



På sigt forventes modellen at kunne reducere presset på sundhedsvæsenet gennem en bedre fordeling af opgaver og en tidligere indsats, som understøtter borgerens trivsel og deltagelse i samfundet. Eksempelvis kan flere borgere bringes tættere på arbejdsmarkedet, behovet for bostøtte og anden offentlig støtte reduceres, og det lokale civilsamfund styrkes til gavn for både borgerne og de professionelle aktører i sundheds- og socialektoren.

Endelig er der potentiale for at skabe større lighed i sundhed, da modellen giver mulighed for en mere helhedsorienteret og individtilpasset indsats, særligt for sårbare grupper, som ellers kan have svært ved at navigere i det eksisterende system.

## **5. EVALUERING OG FØLGEFORSKNING**

Der planlægges et sideløbende forskningsspor, som skal følge implementeringen af pilotprojektet og generere viden om, hvordan en model for social henvisning fungerer i praksis. Følgforskningen er central, da den kan dokumentere både erfaringer og effekter, der er afgørende for en videreudvikling og eventuel skalering af modellen. Forskningsprotokollen udarbejdes separat og der skal findes finansiering til at finansiere denne.

Såfremt følgforskningen realiseres, vil der ikke blive gennemført en særskilt kort evaluering. I stedet vil projektlederen udarbejde en kort, praksisnær vidensopsamling med fokus på læring og erfaringer, som kan formidles, når investeringen afsluttes.

## **6. TIDSPLAN - OVERORDNET TIDSPLAN + PRIMÆRE AKTIVITETER**

Pilotprojektets forventede forløb er opdelt i centrale faser, herunder opstart, henvisning, indsats og opfølgning, samt tilknyttede aktiviteter såsom udbetalinger, betalingsopgørelser og målingsrapporter. En oversigt over pilotens tidsplan og vigtige milepæle findes i det vedhæftede bilag 4.

### **Indledende fase**

- Investeringscase behandles af DSI Bestyrelse (juni 2025)
- Investeringscase forventes behandlet i Regionsrådet (september 2025)
- Projektbeskrivelse og investeringscase forventes behandlet i Kommunalbestyrelsen i Norddjurs (oktober 2025)

### **Opstartsfasen (december 2025 – april 2026)**

- Indarbejdelse af principper og arbejdsgangbeskrivelse
- Rekruttering og ansættelse af sociale navigatører
- Udarbejdelse af samtykkeerklæring
- Installering af navigatører i et organisatorisk setup
- Implementering af henvisningsmekanisme
- Dialog med fritidsaktiviteter og fællesskaber i lokalområdet
- Opsamling af viden om offentlige tilbud og ydelser

- Udvikling af "samarbejdspakker" mellem kommune, region og civilsamfundsaktører
- Færdiggørelse af evalueringssetup
- Etablering af Styregruppe – og afholdelse af første møde
- Etablering af samarbejde med frivillighedskoordinatorer, forebyggelsestilbud og andre relevante funktioner – herunder offentlige tilbud
- Relationsopbygning med centrale tilbud – foreninger etc.

#### **Afprøvningsfasen (maj 2026 – maj 2028)**

- Implementering af henvisningsmekanisme
- Dialoger og udarbejdelse af individuelle planer hos borgere
- Samtykkeerklæringer underskrives, og der opsamles journaldata
- Opsamling af trivselsdata via spørgeskema
- Opfølgning og fortsat dialog med borger om indfrielse af plan
- Løbende peer-support blandt de to navigatører og samtale med nærmeste leder
- Løbende dokumentation af erfaringer

#### **Afslutningsfasen (maj - juni 2028)**

- Evalueringsfase af piloten
- Slutevaluering og beskrivelse af anbefalede modeller for forankring og skalering
- Dataopsamling fra registre

### **7. BUDGET OG FINANSIERING**

Finansieringen af pilotprojektet baseres på en social effektinvesteringsmodel, hvor Den Sociale Investeringsfond (DSI) bidrager med risikovillig kapital til afprøvning af indsatsen med sociale henvisninger i Norddjurs Kommune og Region Midtjylland. Modellen indebærer, at DSI forudfinansierer indsatsen, og at tilbagebetaling kun sker, hvis indsatsen opnår de forventede resultater. Ved positiv effekt tilbagebetaler resultatbetalerne – Norddjurs Kommune, Region Midtjylland og Østifterne – investeringen med et aftalt risikotillæg. Hvis effekten udebliver helt eller delvist, reduceres eller bortfalder tilbagebetalingen tilsvarende.

Forslag til betalingsmodel udarbejdes i partnerskabet med henblik på politisk behandling i efteråret.

### **8. SKALERING OG OPFØLGNING**

I konceptudviklingen af en skalerbar og økonomisk bæredygtig model er der på baggrund af særligt erfaringerne fra England, valgt en dansk model med udgangspunkt i almen praksis, der som sundhedsvæsenets forreste "gatekeepers" møder størstedelen af borgere i Danmark, har en høj faglighed og nyder en stor tillid i samfundet.

Derudover er der en betalingsmodel bag praksis, der kan være med til at sikre en bæredygtighed i modellen, som vil være uafhængig af projektbaseret funding. Dertil er praksis landsdækkende, og har allerede et samarbejde med kommunale tilbud og regioner.

## 9. LITTERATUR

- 1: Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2025, 25. maj). *Stor forårsaftale skyder arbejdet med sundhedsreformen i gang*. <https://www.ism.dk/nyheder/2025/maj/foraarsaftale-om-sundhedsreformen->
- 2: Tjørnhøj-Thomsen, T., Kirkegaard, S. B., Egerod, I., & Reventlow, S. (2023). *Bridging gaps in health: A qualitative study about bridge-building and social inequity in Danish healthcare*. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 18(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2241235>
- 3: Sund By Netværket. (n.d.). *De hårde kendsgerninger*. <https://sund-by-net.dk/wp-content/uploads/images/De%20h%C3%A5rde%20kendsgerninger.pdf>
- 4: Social Prescribing Network. (n.d.). *Social prescribing around the world* [PDF]. [Kilde mangler fuld reference – indsæt evt. udgivelsesår og forfatter].
- 5: Sheffield Hallam University. (n.d.). *Evaluation of HALE Community Connectors Social Prescribing Project*. <https://www.shu.ac.uk/research/cresr/reports>
- 6: Ukendt forfatter. (n.d.). *[Rapport uden tydeligt forfatter/udgiver]*. [https://42b7de07-529d-4774-b3e1-225090d531bd.filesusr.com/ugd/14f499\\_5f193389d80c4503a4c800e026189713.pdf](https://42b7de07-529d-4774-b3e1-225090d531bd.filesusr.com/ugd/14f499_5f193389d80c4503a4c800e026189713.pdf)
- 7: Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2024). *Aftale om sundhedsreform 2024*. [https://www.ism.dk/Media/638682281997250085/01-Aftale-om-sundhedsreform-2024\\_TILG.pdf](https://www.ism.dk/Media/638682281997250085/01-Aftale-om-sundhedsreform-2024_TILG.pdf)
- 8: Folketinget. (2024). *Lovforslag L89: Forslag til sundhedsloven*. [https://www.folketingstidende.dk/samling/20241/lovforslag/L89/20241\\_L89\\_so\\_m\\_fremsat.pdf](https://www.folketingstidende.dk/samling/20241/lovforslag/L89/20241_L89_so_m_fremsat.pdf)
- 9: Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2024). *Aftale om sundhedsreform 2024*. [https://www.ism.dk/Media/638682281997250085/01-Aftale-om-sundhedsreform-2024\\_TILG.pdf](https://www.ism.dk/Media/638682281997250085/01-Aftale-om-sundhedsreform-2024_TILG.pdf)
- 10: Danske Regioner. (n.d.). *Lighed i sundhed og forebyggelse*. <https://www.regioner.dk/sundhed/lighed-i-sundhed/forebyggelse/>
- 11: Retsinformation. (n.d.). *Sundhedsloven §119*. <https://danskelove.dk/sundhedsloven/119>
- 12: Retsinformation. (n.d.). *Service-loven §1*. <https://danskelove.dk/service-loven/1>
- 13: Retsinformation. (n.d.). *Service-loven §81*. <https://danskelove.dk/service-loven/81>
- 14: NHS England. (2020). *Social prescribing link worker: Learning guide*. <https://www.e-lfh.org.uk/wp-content/uploads/2020/10/Social-Prescribing-Link-Worker.pdf>
- 15: Norddjurs Kommune. (n.d.). *Find en forening*. <https://frivillig.norddjurs.dk/find-forening>
- 16: Norddjurs Kommune. (n.d.). *Aktivitetsoversigt*. <https://aktiv.norddjurs.dk/side.asp?wkid=norddjurs&side=1>
- 17: Danmarks Statistik. (2024). *Statistik om befolkning og sundhed*. <https://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/nyt/GetPdf.aspx?cid=51066>
- 18: Social Prescribing Network. (2022). *Review of evidence assessing impact of social prescribing*. <https://www.socialprescribingnetwork.com/media/attachments/2022/02/22/review-of-evidence-assessing-impact-of-social-prescribing-1.pdf>
- 19: VIVE. (2022). *Teknisk dokumentation: BIS 2.0 – Beregner for investeringer i sundhed*. <https://www.vive.dk/da/udgivelser/teknisk-dokumentation-bis-20-beregner-for-investeringer-i-sundhed-3x8230xo/>
- 20: Retsinformation. (n.d.). *Sundhedsloven §42d*. <https://danskelove.dk/sundhedsloven/42d>

21: Retsinformation. (n.d.). *Sundhedsloven §42a, stk.*

1. <https://danskelove.dk/sundhedsloven/42a#1>

22: Sundhedsstyrelsen. (2017). *Styrket sundhedsindsats for socialt udsatte og sårbare grupper – Guide WHO-5*. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2017/Styrket-sundhedsindsats-for-socialt-udsatte-og-saarbare-grupper/Ans%C3%B8gningsmateriale/Guide-WHO-5.ashx>

UDKAST

### **Bilag 1: Udregning af antal henvisninger for det første år**

#### **Udregning af antal henvisninger for det første år**

36.978 borgere i Norddjurs Kommune

86,1 % af borgerne besøgte lægen:

- $36.978 * 0.861 = 31.8223$
- **Ca.** 31.822 borgere har været hos lægen i 2023

Samlet antal lægebesøg i Norddjurs i 2023: 309.053

- $309.053 / 31.822 = 9.7$
- Hver patient har i gennemsnit 9,7 lægebesøg pr. år

20 % af patienterne vurderes relevante for en social navigator ifølge en forundersøgelse:

- $31.822 * 0.20 = 6.364$
- 6.364 patienter er potentielt relevante for henvisning

Disse patienter står for:

- $6.364 * 9.7 = 61.731$
- 61.731 lægebesøg

Hvis hver relevant patient får én henvisning om året:

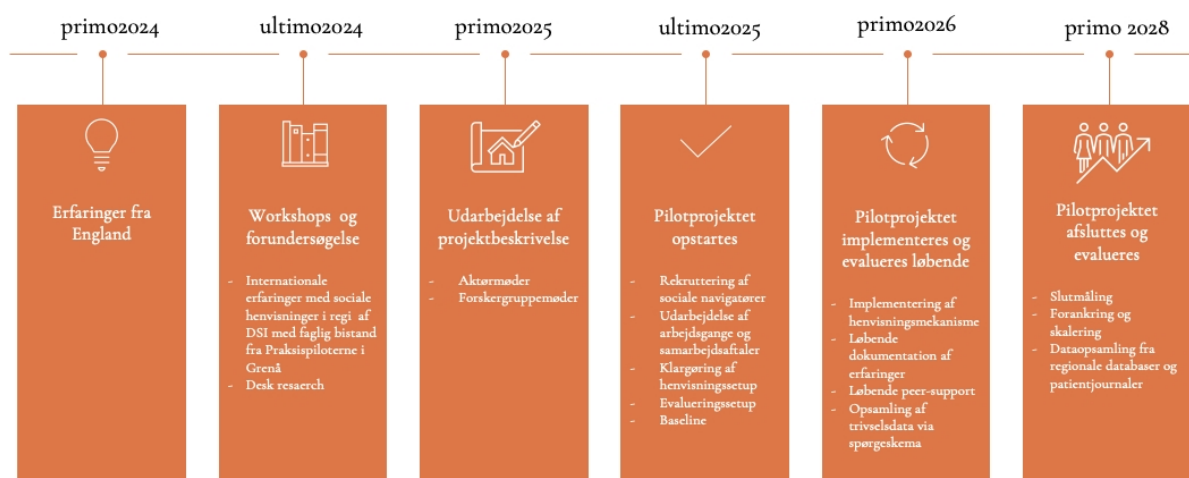
6.364 henvisninger per år

## Bilag 2: Programteori

Målgruppe	Aktiviteter	Mekanisme	Outputs kortsigtede effekter (6 måneder)	Outcomes mellemliggende effekter (12 måneder)	Impact Langsigtede effekter (24 måneder)
<p>Voksne (18+) – i almen praksis – med komplekse sundhedsmæssige og sociale udfordringer.</p> <p>Voksne (18+) – i almen praksis – med risiko for komplekse sundhedsmæssige og sociale udfordringer.</p> <p>Voksne (18+) med stort forbrug af både elektive og akutte kontakter til almen praksis, herunder socialt betingede henvendelser.</p> <p>Inklusionskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>18+ (18+ vil være gruppen, der indgår i dataopsamlingen, yngre kan godt få tilbuddet)</li> <li>Motiveret for deltagelse</li> <li>Behov for social støtte, som kan understøtte både sygdomsforebyggelse og behandling i almen praksis</li> <li>Bopæl i Norddjurs Kommune,</li> <li>Kontaktbar via telefon eller mail.</li> </ul> <p>Eksklusionskriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alvorlig psykisk sygdom, andet alvorligt handicap eller misbrug, der hindrer patienten i at kunne deltage i frivillige eller kommunale tilbud.</li> <li>Fravær af helt grundlæggende sprogkunderskaber på dansk eller engelsk</li> </ul>	<p>Almen praksis tilbyder social henvisning til udvalgte patienter eller borgere kan også selv søge social henvisning</p> <p>↓</p> <p>Social navigatør modtager henvisninger fra almen praksis (klynge) eller fra sygeplejersker, jordemødre eller anden praksispersonale</p> <p>↓</p> <p>Navigatøren udarbejder en individuel plan sammen med den enkelte borger, og der bliver aftalt hvorvidt der fx er brug for en brobygger eller andet.</p> <p>↓</p> <p>Navigatøren + ledsager/brobygger skaber overblik og forbindelser til lokale tilbud, som løbende udvikles</p> <p>↓</p> <p>Navigatøren vil følge op med borgeren ca. hver 3 mdr. eller efter behov, for at høre hvordan det går med at komme ud til diverse aktiviteter</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Styrket egen mestring</li> <li>Sociale relationer</li> <li>Fællesskaber</li> <li>Redskaber til håndtering af sundhed</li> <li>Engagere sig i lokale grupper og aktiviteter</li> <li>Udvikle positive relationer</li> <li>Blive introduceret til fx sund kost og madlavning</li> <li>Blive mere aktiv</li> <li>Få støtte til at tage imod åbne kommunale tilbud</li> <li>Oplevet social omsorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Styrket bro mellem frivillige/kommunale servicetilbud og almen praksis/hospitalssektoren i Norddjurs kommune</li> <li>Flere borgere og patienter tager søger og får ikke-medicinske tjenester i lokalsamfundet</li> <li>Mindsket frafald i ikke-medicinske tjenester/tilbud</li> <li>Fald i kontakter til lægevagten</li> <li>Fald i kontakter til, og udeblivelser fra, praksiskonversationer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mindsket ensomhed</li> <li>Bedre trivsel</li> <li>Sundere livsstil</li> <li>Bedre livskvalitet</li> <li>Reduktion i tilskudsmedicin</li> <li>Mindsket pres/øget trivsel blandt praktiserende læger i Kvalitetsklyngen</li> <li>Fald i specifikke sundhedsydelser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Flere mennesker i beskæftigelse</li> <li>Mindre offentlig støtte fx bostøtte</li> <li>Øget kapacitetsopbygning i civilsamfundet</li> <li>Reduceret pres på sundhedsvæsenet</li> <li>Større lighed i sundhed</li> </ul>
<p><b>Kontekst</b></p> <p>Social navigatør Civilsamfundet Sårbare patienter Lægefællesskabet Grenaa + navigatør Anden lægepraksis + navigatør Norddjurs kvalitetsklynge Region Midtjylland DSI Norddjurs kommune Regionshospitalet Randers Projekt koordinator Følgeforskningsgruppe</p>					

MARTS 2023

### Bilag 3: Tidslinje



#### Bilag 4: Tidsplan over pilotprosjektet

[illegible][illegible][illegible]

	Hold 1 (dem som starter 1. marts - 30. sept, 2026)
	Hold 2 (dem som starter 1. okt, 2026 - 30. april, 2027)
	Hold 3 (dem som starter den 1. maj - 31. dec, 2027)
	Hold 2:2 indikerer fx måling 2 (2-årsmåling) for hold 2
	Hold 2:2 indikerer fx tilbagebetaling 2 (baseret på 2-årsmåling) for hold 2