



**Region  
Hovedstaden**

**Center for Sundhed**

Enhed for tværsektoriel  
udvikling

Kongens Vænge 2  
3400 Hillerød

## **NOTAT**

**Til: Danske Regioner**

**Afsnit** 1. sal

**Telefon** 38 66 50 00  
**Web** www.regionh.dk

**Ref.:**

**Dato:** 23. april 2017

### **Notat til Danske Regioner vedr. den valgte model for Aktiv patientstøtte i Danmark**

Der er i udmøntningsaftalen mellem Danske Regioner og Sundheds- og Ældreministeriet, december 2015 beskrevet, at den danske model for Aktiv patientstøtte skal implementeres efter de svenske principper og i et fælles tværregionalt samarbejde, for derigennem at undersøge, om erfaringer og resultater fra Sverige kan overføres til Danmark.

Følgende principper anses for at være hovedprincipperne i det svenske patientstøtteprogram:

1. En fælles prædiktionsmodel, hvor det er patienter, som har høj risiko for at blive blandt de 1% dyreste og som forventes at kunne have effekt af denne indsats, som tilbydes Aktiv patientstøtte
2. At sygeplejersker uddannes i konceptet, herunder anvendelse af det it-værktøj som understøtter overblik og planlægning og de modtager løbende faglig supervision.
3. At patientstøtten er coachende og rådgivende og afgrænset til typisk seks til ni måneder
4. At der sker en løbende opfølgning /gennemføres performance management for at sikre fremdrift og effekt, herunder et tilstrækkeligt indtag af patienter samt indtag af de patienter, som forventes at kunne have effekt af Aktiv patientstøtte.
5. En forskningsprotokol, hvor der sker en inklusion og eksklusion efter bestemte principper og der gennemføres et randomiseret studie.

Det svenske program er organiseret som en "totalentreprise", hvor en samlet privat leverandør (Health Navigator) driver hele programmet og har ansat sygeplejerskerne.

## **Opstart af projektet**

Idet midlerne til Aktiv Patientstøtte var afsat indgik regionerne straks i dialog med staten og med Health Navigator med henblik på hurtigt og med bedst mulig kvalitet at komme i gang med programmet.

I denne fase udførte regionerne en række dialogmøder og forhandlinger for at afdække mere præcist, hvordan den svenske model bedst muligt kunne overføres til Danmark.

Samtidig var det vigtigt for regionerne at sikre muligheden for at kunne overtage indsatsen og allerede fra starten forberede en mulig fortsættelse af programmet efter endt projektperiode.

I denne indledende afdækning samt dialog med Region Sjælland, stod det også klart for regionerne, at det it-system, som Health Navigator anvender, kunne erstattes af systemer, der indeholder flere funktionaliteter og er billigere.

En fortsættelse efter endt projektperiode kræver indsigt og gennemsigtighed ift. metoder, kompetenceudvikling, prædiktionsmodel og et it-system, der kan anvendes efter endt projektperiode. Dette var også et ønske fra regionernes side under forhandlingerne med Health Navigator.

Dertil har det, Gennem etableringen af et fælles programkontor (i dag kaldet programsekretariat) har det fra starten været hensigten - også under forhandlingerne med Health Navigator – at et fælles programkontor skulle stå for flere af de opgaver, som Health Navigator varetog i implementeringen af deres koncept.

Alt dette for at skabe ejerskab, gennemsigtighed og det bedst mulige afsæt for videreførelsen af programmet.

## *Udbud*

I Danmark har det med de gældende udbudsregler været nødvendigt at gå i udbud. Regionerne gennemførte i august 2016 således en teknisk dialog med mulige leverandører (markedsundersøgelse) samt gennemførte en efterfølgende proces med at udarbejde kravsspecifikationer. Dette har sammen med erfaringerne fra Region Sjælland dels fra deres samarbejde med Health Navigator, dels i deres fortsættelse af indsatsen efter ophørt samarbejde med Health Navigator gjort, at regionerne har vurderet, at det ikke var afgørende med et samlet udbud (en totalentreprise).

Se yderligere uddybning sidst i notatet.

## **Notatets øvrige indhold**

I nedenstående samt i vedlagte tre bilag er der redegjort for:

- Hvordan den valgte danske model følger de svenske hovedprincipper for den nationale implementering
- Hvordan der er tænkt sammenhæng ind mellem de understøttende indsatser
- Hvordan der sikres en ensartethed i tilgangen og implementeringen af Aktiv patientstøtte
- Tilrettelæggelsen af forskningen (samt tidsplan, bilag 1)
- Tidsplan for den nationale udrolning (bilag 2)
- Plan for opskalering ift. antallet af sygeplejersker og indtag af patienter (bilag 3)

## **Udvælgelse af patienter**

### *Fælles prædiktionsmodel baseret på de svenske principper*

#### *Trin 1:*

Ligesom i Sverige sker der i trin 1 en registerbaseret udvælgelse af patienterne. Der implementeres en fælles national prædiktionsmodel i regionerne, hvor risikovurderingen som i Sverige baseres på høj risiko for indlæggelser (højt fremtidigt sundhedsforbrug). Modellen er baseret på regionspecifikke data (foranalyser). I denne registerbaseret udvælgelse sker der som i Sverige en eksklusion ift. en forskningsprotokol (fx patienter med demens eller skizofreni). Det er den samme forskningsprotokol og eksklusionskriterier, som blev anvendt i Region Sjælland i deres samarbejde med Health Navigator.

#### *Trin 2:*

Ligesom i Sverige sker der dernæst en individuel vurdering patienternes egnethed til at indgå i indsatsen. Dvs. der sker en kvalitativ vurdering med henblik på at aktivt identificere patienter, som er modtagelige for interventionen og er i højrisiko for et højt forbrug af sundhedsydelser. I Sverige gennemgås patienters journal dog inden opringning. Dette er grundet forskelle i lovgivning i Danmark og Sverige ikke muligt, og derfor gennemgås patienters journaler i den danske model først på et fysisk møde, hvor patienten har givet samtykke til det.

## **Indsatsen – coachende og rådgivende samtale**

Selve kerneindsatsen leveres af sygeplejersker uddannet med afsæt i de svenske principper og erfaringerne fra Region Sjælland (se længere nede). Samtalerne med patienterne tager udgangspunkt i de samme fire indsatsområder (vidensniveau, strategi, egenomsorg og involverende sundhedsaktører), som Health Navigator har anvendt i deres indsats. Tilsvarende sker der, ligesom

Health Navigator har vejledt Region Sjælland i, en løbende en risikoscorening af patienterne (grøn, gul og rød), som styrer frekvensen af telefonsamtaler med den enkelte patient.

Som i Sverige vil der i Danmark blive implementeret en indsats, hvor målet er, at den typisk løber over 6 til 9 måneder.

### **Performance management**

En væsentlig del af indsatsen er opfølgning på data og resultater med henblik på at sikre fremdrift og effekt. Health Navigator har selv fremført denne del af indsatsen som helt central i deres koncept. Det bør dog bemærkes, at i den aftale som man i sin tid forhandlede med Health Navigator var det regionerne selv, der skulle stå for denne del, da det ikke indgik i deres tilbud, men kunne tilkøbes som tillægsydelse.

Der tages i den valgte model afsæt i performance management som ledelsesmæssig ramme, der skal sikre et konsekvent fokus på opfølgning af resultater på såvel individ- som programniveau. Performance management udgør en væsentlig del af kompetenceudviklingen for især de ledende sygeplejersker, som ift. sygeplejerskerne vil være dem (eventuelt sammen med projektlederen), som står for afviklingen af denne. Programsekretariatet vil være ansvarlig for at gennemføre performance management på programniveau.

Der er fastlagt en række indikatorer ud fra tidligere drøftelser med Health Navigator og erfaringerne fra Region Sjælland. Derudover inddrages forskningsledelsen i eventuel udvidelse af indikatorer.

Viden og data fra forskningen vil også blive inddraget i den løbende opfølgning. Der er planlagt en aktionslignende tilgang ift. forskningen, dvs. der sker et tilbageflow af viden fra forskningen til implementeringen/driften undervejs, når det er muligt. Fx arbejdes der med en optimeringsfase forud for randomiseringsperioden, hvor forskningen særligt bidrager med input til at optimere indsatsen ved analyser af patientperspektiver og organisatoriske forhold. I samarbejde med forskningsledelsen vil der også ske en opfølgning på borgerens forbrug af sundhedsydelse, og under randomiseringen anvendes ligesom i Sverige og Region Sjælland SF36 som måleinstrument for livskvalitet. Det bliver således muligt at sammenligne resultater med de svenske resultater (og resultater fra Region Sjælland).

### **It-understøttelse af sygeplejerskernes arbejdsgange**

Som i Sverige vil patientstøtten i Danmark også blive understøttet af et it-system. Der er i det svenske koncept tale om et helt basalt it-system, der ikke leverer nogen form for indbygget beslutningsstøtte, men hvor der kan ske en registrering af data, og der kan laves udtræk af data i rapporter til brug i performance management og til at skabe overblik over sygeplejerskerens gruppe af patienter i planlægningen af produktionen.

It-systemet i den valgte model indeholder de samme funktionaliteter (samt nogle ekstra) og er udviklet med afsæt arbejdsgangene i Region Sjælland. Region Sjælland har på baggrund af deres erfaringer med Health Navigators it-system udviklet deres eget system, hvor ud fra de øvrige regioner har udarbejdet en kravsspecifikation. Den valgte løsning indeholder således de samme funktionaliteter samt nogle ekstra, som vil lette sygeplejerskernes arbejde yderligere.

Derudover er der tale om en løsning, som regionerne selv ejer, og kan fortsætte med at bruge efter endt projektperiode. Vurderingen er derfor, at den valgte it-løsning er en både kvalitativt og økonomisk bedre løsning.

### **Kompetenceudvikling**

De ansatte sygeplejersker får kompetenceudvikling og supervision, hvilket tilbydes af en leverandør efter et ensartet koncept. Hovedfokus i undervisningen og træningen er rådgivning og coaching over telefonen. Der tages afsæt i de samme indsatsområder (vidensniveau, strategi, egenomsorg og involverende sundhedsaktører), som Health Navigator har vejledt Region Sjælland i. På grund af Region Sjælland har været i gang siden 2014, og har opbygget kompetencer og erfaringer, står de selv for at kompetenceudvikle deres kommende sygeplejersker.

De ledende sygeplejersker skal herudover deltage i et særligt program, hvor der udover telefoncoaching, også er fokus på en anden central del i indsatsen i Sverige - performance management. Derudover modtager de ledende sygeplejersker undervisning i supervision og ledelse ud fra dette nye koncept samt kommer i praktik i Region Sjælland for, at de herved tilegner sig de "svenske / danske erfaringer", hvilket skal videregives til de øvrige patientstøttesygeplejersker.

I kompetenceudviklingen medtænkes således de svenske erfaringer. Det skal dog bemærkes, at der aldrig har foreligget en beskrivelse eller evaluering af Health Navigators kompetenceudvikling. Regionerne har i deres valg af leverandør lagt vægt på at sikre en dokumenteret, detaljeret og ensartet beskrivelse af indhold, proces og læringsprincipper. Det styrker muligheden for evaluering af kompetenceudviklingsdelen og minimerer risikoen for at der etableres forskellig praksis i løbet af projektperioden.

Kompetenceudviklingen er helt overordnet set opdelt i to dele. En indledende del, hvor der lægges vægt på at kunne bedrive Aktiv patientstøtte efter de svenske principper og en kontinuerlig del, hvor vægten lægges på videndeling og sikring af ensartethed.

### **Et fælles forsknings- og evalueringsset-up og datasikkerhed**

Med afsæt i beskrivelsen i "Udmøntning af forsøget Aktiv patientstøtte, december 2015" er det fælles forsknings- og evaluerings set-up tilrettelagt af følgende delstudier.

- En effektmåling /randomiseret forsøg, hvor der bl.a. måles på antal indlæggelser, antal indlæggelsesdage, livskvalitet og mestring.
- Et organisatorisk delstudie, som fokuserer på selve implementeringen. Det skal bl.a. medvirke til at sikre en ensartet tilgang blandt regionerne, da delstudiet bl.a. kontinuerligt skal føde ind med viden til programmet.
- Et patientrettet studie, som gennem et patientperspektiv undersøger, hvordan interventionen bidrager til øget mestring, livskvalitet og tryk hos borgeren. Denne del vil også blive anvendt til løbende at udvikle interventionen.
- Et økonomisk delstudie, som de samfundsøkonomiske omkostninger ved Aktiv Patientstøtte for herved at kunne aflede den reelle business case.

Det randomiserede studie er baseret på en fælles forskningsprotokol, hvis indhold matcher det svenske studie. Der er tale om den samme forskningsprotokol, som blev anvendt i Region Sjælland i deres samarbejde med Health Navigator – og derved den samme protokol, som ville være blevet anvendt, hvis samarbejdet var blevet fortsat med Health Navigator.

Den fælles forskningsprotokol understøtter, at alle regionerne leverer resultater, der dels er ensartede og samtidig sammenlignelige med de svenske. De danske forskningsresultater vil tillige blive holdt op imod de svenske forskningsresultater, som er tilgængelige i to publicerede artikler

Ansvar for forskningen, herunder indhentning af databehandlertaler mv, varetages af en tværregional forskningsledelse, hvor forskningslederen refererer til programejeren. Den fælles forskningsledelse medvirker til at sikre ejerskab og ensartethed i regionerne.

I vedlagte bilag 1 ses en faseopdeling og tidsplan for forskningen.

### **Sikring af sammenhæng mellem elementerne i programmet – og en ensartet implementering og opfølgning**

Sammenhængen mellem de forskellige elementer i udmøntningsaftalen sikres dels gennem et organisatorisk set-up, hvor der er etableret en fælles programledelse og et programsekretariat, som netop har sammenhæng mellem de understøttende delprojekter og værktøjer som sit fokus. Programsekretariatet har tillige til opgave at sikre opfølgning, fremdrift og overbliksbilleder af de data, som bl.a. it-systemet genererer, og som forskningen bidrager med.

Det er regionernes vurdering, at det næppe er sammenhængen mellem de værktøjer, som it-systemet og kompetenceudviklingen udgør, der er afgørende, eller det som binder indsatsen sammen. Det afgørende er den fælles ledelse både på programniveau og den fælles nationale projektledelse af de understøttende indsatser samt performance management tilgangen – dvs. den fælles anvendelse af

data til at opnå effekt, herunder understøtte læring og fremdrift på både individuelt og programniveau. Netop valget af statens model for programstyring vil sikre en struktur for sammenhæng mellem de understøttende indsatser indbyrdes og deres implementering i driften.

En ensartet tilgang på tværs af regionerne sikres på samme måde som ovenstående sammenhæng i elementerne. Dvs. en fælles ledelse og et programsekretariat er med til at styre og sikre en ensartet fremdrift, herunder konsekvent opfølgning på data. Derudover understøttes den ensartede tilgang gennem den systematiske kompetenceudvikling. Netop det at sikre en ensartet og metodisk stringent implementering er i stærk fokus i kompetenceudviklingen – og herunder udbuddet (se også afsnittet om kompetenceudviklingen). Alle erfaringer fra litteraturen peger netop på, at det er afgørende med et vedvarende fokus på at sikre ensartethed, når en indsats implementeres i forskellige områder (her regioner). Specifikt vil der være fokus på at sikre ensartethed i:

- Inklusion af patienter (fx fortolkningen af eksklusionskriterierne)
- Metodiske og teoretiske tilgang til den coachende samtale
- Indholdet (temaerne) i samtalerne med patienterne
- Risikoscorening af patienterne
- Afslutningen af patienterne (hvornår er patientens risiko tilstrækkelig reduceret til at kunne afsluttes)
- Opfølgningen og dokumentation på de samme data vedrørende både implementering, effekt og særligt udvalgte områder.

Der er med udgangspunkt i erfaringerne fra Region Sjælland og deres samarbejde med Health Navigator udarbejdet en række redskaber til at understøtte ensartet implementering, herunder fx vejledning til opstart af patientstøtteforløb, guide til telefonscreening, guide til introduktionsmøde etc.

### **Har to udbydere effekt for at kunne realisere resultaterne i udmøntningsaftalen?**

Se også ovenstående svar omkring af sammenhæng mellem indsatserne.

Regionerne mener ikke, at det, at der er to udbydere af henholdsvis it-systemet og kompetenceudviklingen, vil have betydning for resultaterne i udmøntningsaftalen. Programledelsen sikrer konkret, at både it-system og kompetenceudviklingen integreres, bl.a. gennem den løbende dialog med begge leverandører. It-systemet er primært et værktøj til planlægning og dokumentation, og kompetenceudviklingen handler bl.a. om at sikre at sygeplejerskerne forstår at anvende systemet i deres daglige arbejde. Det der derudover skal koordineres med kompetenceudviklingen og prædiktionen er primært anvendelsen af data fra systemet.

Der skal nævnes, at der i udbuddene er lagt særligt vægt på tre forhold:

- 1) At sikre sammenhængen mellem konceptets forskellige indsatser (værktøjer) – både dem, som regionerne selv står for og dem, som er omfattet af et udbud – gennem organiseringen med en fælles national ledelse, et nationalt programsekretariat samt fælles nationale projektledere på de understøttende indsatser (prædiktion, it og kompetenceudvikling) med udgangspunkt i statens model for programstyring.
- 2) At sikre videreførelse af erfaringerne fra Region Sjælland, som er baseret på det svenske koncept.
- 3) At der opbygges en indsats efter det svenske koncept, hvor regionerne undervejs og/eller efter endt projektperiode vil være i stand til at videreføre indsatsen uden eksterne leverandører.



# Tidsplan for forskningen i Aktiv Patientstøtte

*Udarbejdet af forskningsledelsen for Aktiv Patientstøtte, april 2017*

## Forskningens formål

Formålet med forskningen er at bidrage til indsigt i virkningen af Aktiv Patientstøtte, og forskningen omfatter effektmåling udført som et randomiseret forsøg samt en række andre delstudier. Delstudierne fokuserer på henholdsvis prædiktions, patientperspektivet, organisatoriske forholdes betydning samt samfundsøkonomiske omkostninger og gevinster ved Aktiv Patientstøtte.

Samlet set kan forskningen vise, hvorvidt Aktiv Patientstøtte har den ønskede effekt, og hvor stor effekten er. Desuden kan forskningen give indsigt i, hvorfor og hvordan eventuel effekt af indsatsen opstår, og hvordan indsatsen kan optimeres yderligere.

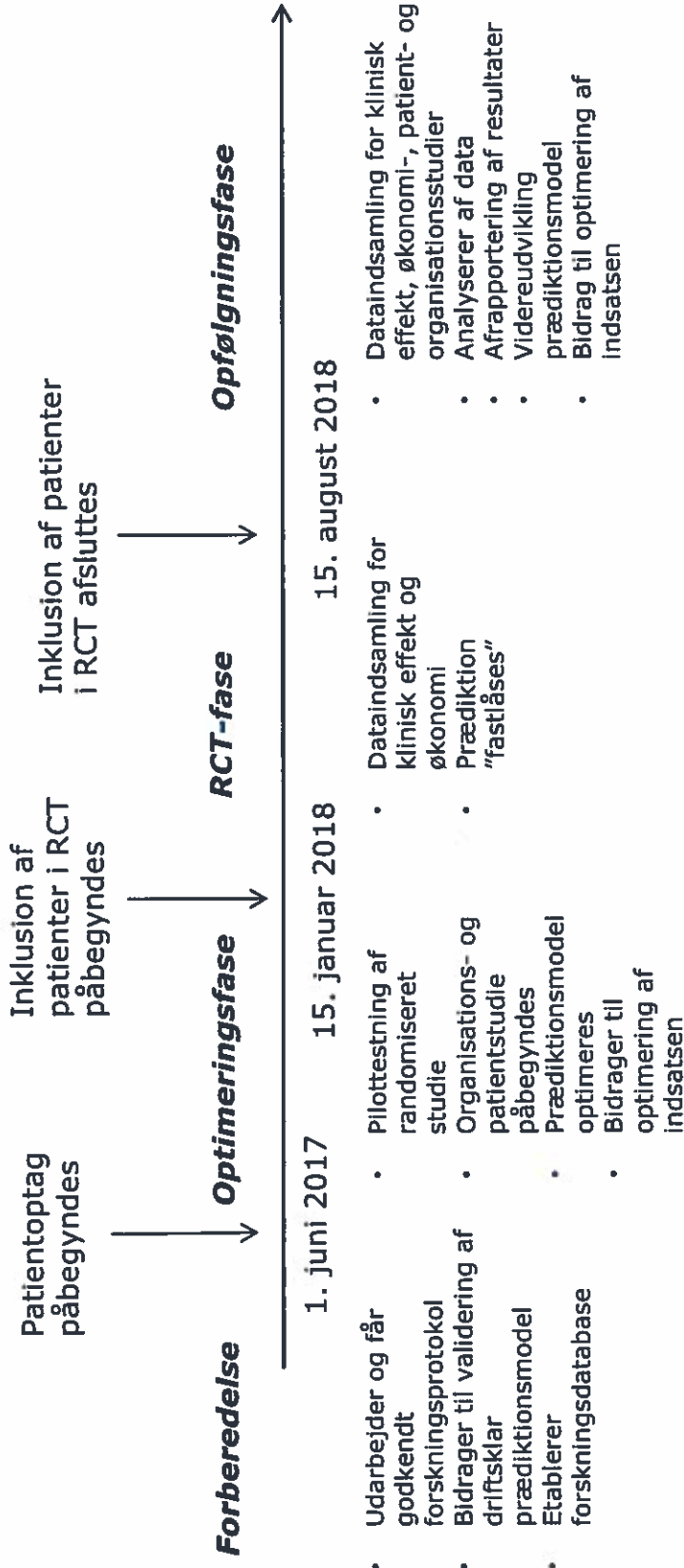
## Forskningens faser

Forskningen forløber i forskellige faser, der er tilpasset indsatsens overordnede forløb. Der vil være en forberedelsesfase frem mod inklusion af de første patienter, og derefter vil forskningen være opdelt i følgende faser:

- 1) Optimeringsfasen
- 2) Det randomiserede forsøg (RCT), og
- 3) Opfølgingsfasen

I optimerings- og opfølgingsfaserne bidrager forskningen særligt med input til at optimere indsatsen forud for RCT og forud for eventuel videre drift, og dette sker ved analyser af patientperspektiver og organisatoriske forhold. I fasen med det randomiserede forsøg er fokus på at måle effekt, og dette omfatter økonomiske analyser samt analyser af patienters livskvalitet. De valgte effektmål svarer til det svenske studie og muliggør en direkte sammenligning af effekterne i Sverige og Danmark.

Forskningens faseinddeling og tidsplan er skitseret i nedenstående figur. Dog er længden af fasen for det randomiserede forsøg afhængig af, hvor hurtigt patienter viser sig at kunne inkluderes.



### **Forskningens resultater**

En vigtig del af afrapportering af forskningens resultater vedrører tilbagemeldinger til praksis, der skal sikre en løbende optimering af indsatsen. Derudover vil undersøgelserne munde ud i en rapport, der beskriver effekten af indsatsen på økonomiske og patientrelaterede parametre. I tillæg hertil der udarbejdes en række videnskabelige artikler, som søges publiceret i internationale, videnskabelige tidsskrifter.

Foreløbige (upublicerede) resultater forventes at foreligge i rapportform i april 2019, mens de videnskabelige artikler forventes publiceret primo 2020.

### **Forskningsledelsen**

- Forskningsleder, lektor Camilla Palmhøj, DEFACTUM og Institut for Folkesundhed, AU
- Forskningskonsulent, Dr. Med. Knud Rasmussen, Region Sjælland
- Forskningsleder, lektor Kristian Kidholm, Odense Universitetshospital og Klinisk Institut og Institut for Virksomhedsledelse, SDU
- Sektionschef Ulla Toft, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden
- Lektor Mette Grønkjær, Klinisk Institut, Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, AAU



**Bilag 2: Tidsplan for national udrulning af Aktiv Patientstøtte**

Nedenstående skitserer centrale milepæle i Aktiv Patientstøtte. Det skal nævnes, at der for alle centrale leverancer løbende udarbejdes mere specificerede tidslinjer til brug for programstyring. Hvad angår forskningen er en overordnet tidsplan vedlagt i bilag 1. Som skitseres i ovenstående vil der ske en løbende afrapportering fra forskning med henblik på optimering af programmet.

Centrale Milepæle	Tid
<b>Implementering af prædiktionsmodel</b>	Ultimo april 2017
<b>Forskningsprotokol godkendt</b>	Maj 2017
<b>Ansættelse af ledende sygeplejersker</b>	Maj 2017
<b>Særskilt følgegruppe af interessenter er nedsat</b>	Maj 2017
<b>Kompetenceudvikling af ledende sygeplejersker</b>	Maj- juni 2017
<b>Pilot: Indtag af borgere / opstart af patientstøtteforløb og udvikling af opskaleringsplan i praksis</b>	Maj- juni 2017
<b>It- implementering og test</b>	Maj- juni 2017
<b>Ansættelse af sygeplejersker (Hold 1)</b>	August 2017
<b>Kompetenceudvikling og supervision (Hold 1)</b>	August og september 2017
<b>Basissygeplejersker opstarter patientstøtteforløb</b>	August 2017
<b>Ansættelse af sygeplejersker (Hold 2)</b>	Oktober 2017
<b>Kompetenceudvikling og supervision (Hold 2)</b>	Oktober- november
<b>Randomisering med udtag til kontrolgruppe</b>	Januar – august 2018
<b>Ansættelse af sygeplejersker (Hold 3)</b>	Februar 2018
<b>Kompetenceudvikling og supervision (Hold 3)</b>	Februar – marts 2018
<b>Ansættelse af sygeplejersker (Hold 4)</b>	Maj 2018
<b>Kompetenceudvikling og supervision (Hold 4)</b>	Maj-juni
<b>Ansættelse af sygeplejersker (Hold 5)</b>	August 2018
<b>Kompetenceudvikling og supervision (Hold 5)</b>	August- september 2018
<b>Fuld opskalering - 100 sygeplejersker ansat med 60 borgerforløb hver</b>	Ultimo oktober 2018
<b>Afrapportering fra forskning</b>	Forste kvartal 2019
<b>Politisk proces mhp evt. videreførsel af Aktiv Patientstøtte</b>	Forste og andet kvartal 2019
<b>Lukning af program med evt. videreførelse til drift</b>	Anden, tredje og fjerde kvartal 2019



## Samlet oversigt over planlagte ansættelser af sygeplejersker og forventet indtag af patienter

Region	Ansættelser	Fuld opskalering	Indtag af patienter*
Region Hovedstaden	1. august 2017: 5 1. oktober 2017: 6 1. februar 2018: 9 1. maj 2018: 7 1. august 2018: 8	30-35	2017: 400 2018: 2700 2019: 1600
Region Syd	1. august 2017: 4 1. oktober 2017: 5 1. februar 2018: 5 1. maj 2018: 6	19-20	2017: 300 2018: 1900 2019: 1000
Region Nord	1. august 2017: 4 1. oktober 2017: 5	9-10	2017: 300 2018: 1000 2019: 200
Region Midtjylland	1. august 2017: 4 1. oktober 2017: 5 1. februar 2018: 6 1. maj 2018: 5 1. august 2018: 2	20-22	2017: 300 2018: 1900 2019: 1000
Region Sjælland	1. oktober 2014: 1 1. august 2015: 1 1. september 2015: 1 1. marts 2017: 1 1. juni 2017: 3 1. august 2017: 3 1. december 2017: 3	13	2015: 416 2016: 69 2017: 625 2018: 700 2019: 300
I alt**			2016: 69 2017: 1825 2018: 8200 2019: 4100

Note: Antagelsen i udmøntningspapiret er, at det tager 14 uger for en sygeplejerske at nå op på fuldt indtag af patienter – dvs. 60 patienter.

\*Antallet af forventet indtag revideres i tak med, at der opnås erfaringer i løbet af 2017. Især tallene for 2019 er behæftet med stor usikkerhed, se nedenstående.

\*\*Antallet af inkluderede patienter i 2019 afhænger af, om indsatsen fortsætter. Dette forventes bl.a. at afhænge af resultaterne fra det randomiserede studie. Hvis det ikke fortsætter (vides formentlig foråret 2019), så vil indtaget af patienter formentlig stoppe pr. 1. juli 2019, da de ellers ikke kan nå at blive afsluttet inden 31. december 2019.

