

PATIENTCENTRERET DIABETESBEHANDLING I VERDENSKLASSE

DREJEBOG FOR ETABLERING AF STENO DIABETES CENTER COPENHAGEN

Version dateret 4. maj 2016



novonordiskfonden

INDHOLD

OVERBLIK

I.	RESUME	s. 5
II.	VISION	s. 7

CENTRETS AKTIVITETER

1.	BEHANDLING	s. 18
2.	KLINISK FORSKNING	s. 32
3.	SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE – FORSKNING & IMPLEMENTERING	s. 45
4.	UDDANNELSE	s. 55
5.	DRIFT & IT	s. 68

GOVERNANCE OG ORGANISATION

6.	GOVERNANCE	s. 74
7.	ORGANISATIONSSTRUKTUR	s. 86

ØKONOMISKE OG FYSISKE RAMMER

8.	FINANSIERING	s. 92
9.	FYSISKE RAMMER	s. 96
10.	OVERDRAGELSE & TRANSITION	s. 103

BILAG

A.	VISIONSOPLÆG DATERET 30. JULI 2015	s. 109
----	------------------------------------	--------

FORORD

Region Hovedstaden (Region H), Novo Nordisk Fonden (NNF) og Novo Nordisk A/S (NNAS) besluttede i foråret 2015 at samarbejde om at udvikle en vision om **patientcenteret diabetesbehandling i verdensklasse**. Det skete ud fra en fælles ambition om et samlet løft af diabetesindsatsen på tværs af aktørerne i hovedstadsregionen.

Over sommeren 2015 udarbejdede parterne et visionsoplæg, der blev godkendt af henholdsvis regionsrådet og NNF's bestyrelse. Da visionen blev offentliggjort i september 2015, begyndte arbejdet med at konkretisere og udmønte den i denne detaljerede drejebog for etableringen af Steno Diabetes Center Copenhagen (SDCC).

Drejebogen beskriver etableringen af centret, herunder dets vidtgående samarbejde med regionens hospitaler, universiteter, professionshøjskoler, kommuner, praktiserende læger m.fl. Den er blevet til i en omfattende proces, hvor en lang række fageksperter og nøgleaktører internt i Region H og i resten af hovedstadsregionen på meget kvalificeret og engageret vis har bidraget til at skabe indholdet i og retningslinjerne for det fremtidige samarbejde.

Etableringen af SDCC tager afsæt i de politisk fastsatte rammer i Region H, herunder især Hospitalsplan 2020 og Sundhedsaftalen 2015-2018. Drejebogen udgør det detaljerede grundlag for aftalen mellem NNF og Region H om det fremtidige SDCC og vil indgå i den endelige dokumentation for centret. Drejebogens indhold er således retningsgivende for centrets strategi, men vil yderligere skulle konkretiseres af den fremtidige bestyrelse og ledelse i SDCC i dialog med samarbejdspartnerne, medarbejderne, patienterne og deres pårørende.

TAK

Et stort tak til alle bidragsydere i arbejdet med SDCC, herunder repræsentanter fra alle Region H's hospitaler, repræsentanter fra kommunerne og de praktiserende læger, medarbejdere på Steno Diabetes Center A/S, Region H's koncerntre, Bain & Company samt alle øvrige bidragsydere, herunder:

Mogens Agerbak, Line Akiti, Thomas Almdal, Steen Andersen, Rosa Andersen, Johnny Andersen, Annette Andersen, Ole Anderson, Elsebeth Anthonisen, Allan Arp, Sine Barrett-Madsen, Linda Bang Jessen, Connie Barfod, Tine Bech, Thomas Birk, Ulla Bjerre Christensen, Kamilla Bolt, Kirsten Bork, Randi Brinckmann, Søren Brunak, Bjarne Bruun Jensen, Max Cantor, Torben Dalgaard, Peter Damm, Boris Van Dijk, Thomas Drivsholm, Marit Ejka Jørgensen, Michelle Ellefson, Mathias Esmann, Bettina Ewers, Ulla Falden, Gitte Fangel, Bo Feldt-Rasmussen, Iben Fibiger, Tine Filges, Rikke Fleron, Erik Brown Frandsen, Joan Fuglsang, Merete Glenner, Charlotte Glümer, Anders Gotfredsen, Anne Grynnerup Skouboe, Natasha Gøtzsche, Charlotte Haase, Torben Hansen, Lars Hansen, Mathias Hansen, Søren Hartz, Steen Haugaard, Baiba Hedegaard Hansen, Annemarie Hellebek, Søren Helsted, Charlotte Hinge, Hanne Holdflod Nørgaard, Jette Holtzmann, Anne Hvenegaard Thomsen, Mette Hvied Lauesen, Ingebjørg Hvidsten, Anders Lykke Iversen, Cecilie Jacobsen, Pia Jenfort, Andreas Bjørn Jensen, Jean Jensen, Søren Thor Jensen, Søren Jessen, Birgitte Jonsson, Malene Jørgensen, Torben Jørgensen, Lone Jørgensen, Peter Juul Jensen, Tine Kapper, Kasper Kallestrup, Katja Kayser, Henrik Keller, Caroline Kistorp, Michel Kjeldsen, Lotte Klim, Bjarne Kohl, Mads Krogsgaard, Tine Køhler, Flemming Konradsen, Pia Kopke, Filip Krag Knop, Thure Krarup, Liselotte Kreilgaard, Finn Kristensen, Karsten Kristiansen, Åse Krogh Rasmussen, Stine Kruse, Ole Lander Svendsen, Henning Langberg, Mikael Lerche, Jesper Lihn, Trine Lindhe, Allan Linneberg, Susanne Lisbjerg, Henrik Lund-Andersen, Anders Lundbergh, Klaus Lunding, Steffen Lüders, Stine Aaskov Lyng, Lene Lyngsø, Sten Madsbad, Anette Madsen, Jeanette Magne, Eva Maria Christiansen, Elisabeth Mathiesen, Solveig May-Britt Jansen, Ane Mette Zander Olsen, Helle Middelfart, Mikael Mikkelsen, Henrik Møller, Lillian Møller, Christian Møller, Marianne Morgen, Henrik Mortensen, Lone Munk Andersen, Henrik Nedergaard, Christine Nellemann, Niels Axel Nielsen, Flemming Steen Nielsen, Kirsten Nielsen, Alberte Nielsen, Niels Peder Nielsen, Ole Kiil Nielsen, John Nolan, Kirsten Nørgaard, Birthe Susanne Olsen, Matej Oresic, Rikke Ørtved, Doris Østergaard, Ulrik Pedersen-Bjergaard, Hans Perrild, Niels Peter Hansen, Anne Pinstrup, Flemming Pociot, Anne Sofie Poulsen, Anne Rasmussen, Åse Krogh Rasmussen, Martin Magelund Rasmussen, Susanne Reventlow, Martin Richelieu, Martin Ridderstråle, Julie Rindom, Charlotte Ringsted, Peter Ros-sing, Jørgen Rungby, Lars Rytter, Thomas Saxild, Lene Schack-Nielsen, Jørgen Schwensen, Linda Schumann Scheel, Vibeke Greby Schmidt, Thue Schwartz, Nermin Serifovski, Nanna Severinsen, Anne Sigsgaard, Mette Simonsen, Sisse Skjødt, Anne Skriver, Pernille Slebsager, Ole Snorgaard, Carina Sponholtz, Valdemar Svarrer, Kjeld Sørensen, Carolien Stuhr, Lise Tarnow, Claus Thomsen, Thomas Thorsen, Tanja Thybo, Karina Toftgård, Karen Toke, Henrik Ullits-Andersen, Malou Unna-Lindhard, Søren Urhammer, Allan Vaag, Marie Vedel Kessing, Tina Vilsbøll, Steen Werner Hansen, Vibeke Westh, Ulla Wewer, Ingrid Willaing, Ebbe Winther Jensen, Christian Worm, Søren Zachariassen

I. RESUMÉ

Region H har en unik mulighed for at positionere sig som internationalt ledende inden for diabetes for på den basis at gavne personer med diabetes i regionen og udvikle morgendagens behandlingsmetoder. Visionen er, at patienter og personer i hovedstadsregionen modtager den bedste diabetesbehandling og -forebyggelse for at forbedre deres livskvalitet.

For at opnå denne vision vil Region H og NNF indgå et vidtgående samarbejde om "at etablere Region Hovedstaden og Danmark som internationalt fyrtårn inden for diabetesbehandling samt klinisk forskning og uddannelse inden for diabetes".

Til dette formål skal SDCC etableres som et center i verdensklasse for behandling baseret på klinisk diabetesforskning, sundhedsfremmeforskning og uddannelse. Etableringen af SDCC er en integreret del af en styrket infrastruktur for behandling og klinisk forskning, samt et forbedret samarbejde om diabetesrelateret sundhedsfremme og uddannelsesstilbud mellem regionens hospitaler, kommuner og almen praksis, samt andre offentlige og private aktører.

SDCC etableres med fuldt ejerskab i Region H og opføres fysisk som en ny bygning ved Herlev Hospital. SDCC vil ikke være et hospital i traditionel forstand, men snarere en specialklinik placeret i tilknytning til Herlev Hospital, der skal arbejde tæt sammen med hospitaler og øvrige sundhedsaktører i regionen og fungere som et omdrejningspunkt og videnscenter for diabetesrelateret forskning, sundhedsfremme og uddannelse.

For at konkretisere ambitionen har mere end 100 af Region H's ledende klinikere, forskere og andre fageksperter været inddraget i tilblivelsen af denne drejebog i løbet af efteråret og vinteren 2015/16. Inddragelsen har været med til at sikre, at det faglige indhold i SDCC's fremtidige aktiviteter er konkret og ambitiøst, samt at centret bedst muligt kommer til at bygge på og integreres i eksisterende aktiviteter i Region H.

Ambitionen for SDCC omfatter tre målsætninger:

- A. Blive et af de bedste behandlingstilbud globalt for personer med diabetes i et sammenhængende sundhedssystem
- B. Blive et af verdens førende miljøer for klinisk diabetesforskning
- C. At Region Hovedstaden og Greater Copenhagen bliver et globalt fyrtårn i innovativ diabetesuddannelse.

De overordnede succeskriterier for SDCC og Region H er forbedrede patient outcomes, behandlingskvalitet og patientoplevelse for personer med diabetes gennem integrerede forsknings- og behandlingsaktiviteter, løft af folkesundheden i forhold til diabetes, samt forskning og uddannelse i verdensklasse.

Personcentrering for SDCC's virke indebærer, at personer med diabetes og deres pårørende skal være det naturlige omdrejningspunkt for centrets aktiviteter, organisering og fysiske rammer, samt at der tilsvarende sættes fokus på patientcentrering i samarbejdet med hospitaler, kommuner, almen praksis og øvrige aktører. Ambitionen er, at indsatserne ikke udelukkende gennemføres *for*, men så vidt muligt *i samarbejde med* den enkelte patient og deres pårørende. Det gælder både det enkelte behandlingsforløb, udformningen af centret samt de forsknings- og udviklingsaktiviteter, som centret danner rammen om.

Visionen er, at det nye center skal være drivkraften i et omfattende klinisk og tværsektorielt samarbejde med hospitaler, kommuner og almen praksis om behandling og forebyggelse af diabetes, der understøttes af stærke miljøer inden for klinisk diabetesforskning, sundhedsfremmeforskning samt uddannelse af patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle. Centret skal også være omdrejningspunktet for fremtidige forsknings-samarbejder på diabetesområdet mellem fx biomedicinske og teknologiske forskergrupper. For at støtte dette vil NNF etablere en særskilt pulje til at støtte samarbejdsprojek-

ter inden for klinisk diabetesforskning og forskning i sundhedsfremme og uddannelse i Danmark.

De fysiske rammer om SDCC bliver en ny bygning indrettet ud fra patienternes behov, der opføres på Herlev Hospitals matrikel. Centret vil lade sig inspirere af globalt førende diabetescentre og danne grundlag for tætte samarbejder bredt med forskningsmiljøer både internt i regionen, nationalt og internationalt. Den nye bygning skal indrettes, så den understøtter den tætte integration mellem behandlingen og forskningen, der skal kendetegne centrets virke.

For at sikre den bedste individuelle personcentrerede behandling og forebyggelse, etableres centret med tilbud om en bred vifte af aktiviteter i verdensklasse. Disse inkluderer:

- Personcentreret diabetesbehandling og komplikationsforebyggelse til 11-13.000 patienter med tætte samarbejder med hospitaler, kommuner og almen praksis, der skal bidrage til et samlet løft af behandlingsniveauet i hele Region H via udvalgte tilbud til alle diabetespatienter samt forskning og udbredelse af ny viden og nye behandlingsmetoder til patienter og sundhedspersonale.
- Klinisk og translational diabetesforskning, der ved at fokusere på en række strategiske forskningsområder og -projekter leverer et markant bidrag til en bedre behandling, diagnostik og forebyggelse.
- Sundhedsfremme- og forebyggelsesaktiviteter, der igennem forskning, udvikling og implementering af redskaber og metoder i samarbejde med især kommuner og almen praksis kan forebygge diabetes og gøre livet lettere for personer med diabetes. Herunder vil sundhedsfremmeforskningen kunne fokusere på særlige temaer og målgrupper, eksempelvis socialt udsatte eller overvægtige børn.
- Uddannelsesstilbud om diabetesrelevante emner til sundhedspersonale, patienter og pårørende, der, baseret på forskning og evidens, skal løfte niveauet for behandling, sundhedsfremme og forebyggelse for personer med diabetes.

For at kunne løfte niveauet for SDCC til højeste internationale niveau, samt for at bidrage til at løfte niveauet for diabetesbehandling i hele Region H, vil centret kontinuerligt måles på en række definerede succeskriterier, både igennem selvevalueringer og eksterne evalueringer. Øget livskvalitet og forlænget levetid blandt Region H's patienter vil være blandt de vigtige målepunkter. Alle kriterier sidestilles med internationale standarder for at sikre et niveau i verdensklasse.

Etableringen af et center i verdensklasse vil kræve et tæt samarbejde internt i SDCC samt mellem SDCC og en række af de eksisterende aktører inden for diabetesområdet i hovedstadsregionen. Dette gælder patientrettede partnere som hospitaler, almen praksis og kommuner, men ligeledes professionshøjskoler, universiteter og andre forsknings- og uddannelsesinstitutioner.

VIDERE PROCES

Ved tiltrædelse af en aftale mellem Region H, NNAS og NNF vil ejerskabet af SDC overgå til Region H per 1. januar 2017. Herefter vil bevillingsaftalen mellem Region H og NNF træde i kraft, og aktiviteterne på centret vil blive udrullet i forhold til ambitionerne i drejebogen. SDCC vil fysisk placeres på den nuværende matrikel i Gentofte, indtil den nye bygning står klar i slutningen af 2020.

Der er gennem arbejdet med drejebogen udviklet en række konkrete tiltag for det fremtidige SDCC samt for overdragelsen af det nuværende SDC A/S til Region H i form af overførselsplaner for medarbejdere, systemer og patienter. Region H, NNAS og NNF vil i resten af 2016 arbejde videre med etableringen af SDCC med det formål at have aktiviteter, systemer og medarbejdere fuldt overdraget den 1. januar 2017. Derudover vil en række af de nye aktiviteter på SDCC forberedes i resten af 2016 således, at de kan igangsættes umiddelbart efter overdragelsen samtidig med at der etableres planer og tidslinje for opstart af de resterende aktiviteter.

II: VISION

II.1 DIABETESBEHANDLING I VERDENSKLASSE

Takket være dedikerede aktører og visionære strategier har dansk diabetologi i dag en enestående international position på en række områder. Centralt i billedet står Steno Diabetes Center (SDC), der i 1989 blev dannet ved fusionen mellem to københavnske diabeteshospitaler, Niels Steensen og Hvidøre, og i dag er kendt verden over for styrkepositioner inden for forskning og undervisning samt for en innovativ tilgang til patientbehandling.

Det klarsyn, talent og samarbejde, som lå bag de nyskabende diabeteshospitaler, skal nu føres videre i et nyt samlet koncept. Et koncept, der er solidt funderet i SDC's grundlæggende værdier, men tilpasset en klinisk, forskningsstrategisk og politisk virkelighed, som på mange måder er anderledes end udgangspunktet for over 80 år siden, da de oprindelige diabeteshospitaler (Niels Steensen og Hvidøre) blev grundlagt. Konceptet skal integrere den markante udvikling, der sideløbende har fundet sted på regionens hospitaler og diabetesafdelinger, og bygge på den solide platform for et mere sammenhængende sundhedsvæsen og et samlet løft af diabetesindsatsen, der blev skabt med dannelsen af Region H.

For at sikre dette indgår Region H og NNF et samarbejde om at etablere SDCC. Visionen er dels at gøre hovedstadsregionen internationalt førende inden for diabetesbehandling, -forebyggelse og -forskning, dels at forske i og udvikle fremtidens personcentrerede behandlings- og forebyggelsesmetoder. I løbet af efteråret 2015 har parterne samarbejdet om at udvikle visionen, der nu er udmøntet i denne drejebog.

Visionen er, at det nye center skal være drivkraften i et omfattende klinisk samarbejde om behandling og forebyggelse af diabetes, der understøttes af stærke miljøer inden for klinisk diabetesforskning, sundhedsfremmeforskning samt uddannelse af patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle. Centret skal også være omdrejningspunktet for et fremtidigt nationalt forskningssamarbejde på diabetesområdet mellem fx biomedicinske, folkesundhedsmæssige og teknologiske forskergrupper. De fysiske rammer om SDCC bliver en ny bygning indrettet ud fra patienternes behov, der opføres på Herlev Hospitals matrikel.

Et center i verdensklasse forudsætter, at SDCC er en integreret del af sundhedsindsatsen i Region H og fungerer som en dynamo for et styrket samarbejde mellem de relevante parter på diabetesområdet. Det vil især sige regionens hospitaler, kommuner og almen praksis samt andre offentlige og private aktører inden for forskning og uddannelse. For at sikre ensartede forløb og en overordnet retning for centret skal det tætte samarbejde bygge på principperne i regionens Hospitalsplan 2020 og i Sundhedsaftalen 2015-2018. Etableringen af SDCC vil også understøtte ambitionerne i henholdsvis den Regionale Vækst- og Udviklingsstrategi (ReVUS) og det erhvervspolitiske partnerskab, Greater Copenhagen.

SDCC vil have fire kerneaktiviteter, der samlet skal være med til at løfte niveauet i behandling og forebyggelse af diabetes for diabetespatienter og borgere i Region H. De fire kerneaktiviteter er beskrevet i figur II.1 og foldes detaljeret ud i drejebogens kapitler 1-4.

Figur II.1: SDCC's fire kerneaktiviteter

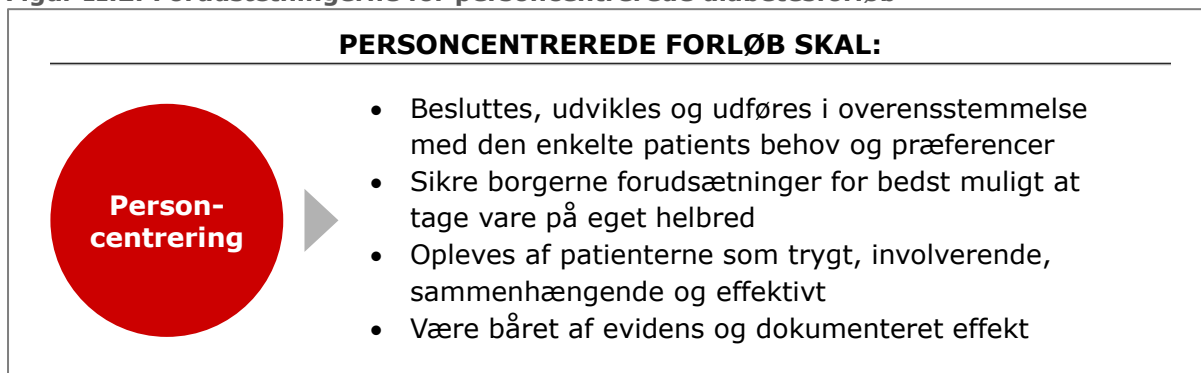


II.1.1 EN PERSONCENTRERET TILGANG

Visionen for SDCC er at skabe de bedst mulige behandlingsresultater og -forløb for hver enkelt diabetespatient i hovedstadsregionen.

Det betyder, at personer med diabetes og deres pårørende er det naturlige omdrejningspunkt for centrets aktiviteter, organisering og fysiske rammer. Ambitionen er, at indsatserne ikke udelukkende gennemføres *for*, men så vidt muligt *med* patienterne og deres pårørende. Det gælder både det enkelte behandlingsforløb, udformningen og driften af centret samt de forsknings-, udviklings- og uddannelsesaktiviteter, som centret er rammen om. Grundprincipperne i personcentrerede forløb er gengivet i figur II.2.

Figur II.2: Forudsætningerne for personcentrerede diabetesforløb



For at styrke patienternes ansvar for og aktive medvirken i egen behandling skal den enkelte patient og deres pårørende opleve at være relevant informeret om og inddraget i beslutninger om behandlingsforløbet. Patienten skal også sikres den nødvendige uddannelse og behovsorienterede støtte til at kunne tage bedst mulig vare på eget helbred. Derfor skal SDCC forske i og bruge avancerede metoder og moderne teknologier – fx

telemedicin, apps og værktøjer til monitorering – til at afdække patienternes behov og styrke deres kompetencer.

Der er også brug for dels at udvikle redskaber til beslutningsstøtte, dels at anvende patientrapporterede data systematisk for at sikre, at behandlingsforløbene er behovsafstemte og effektive på tværs af SDCC, de øvrige hospitaler, almen praksis og kommuner. SDCC skal favne bredt og understøtte behandlingen af alle patienter – herunder tænke i strategier og modeller for en særlig indsats over for de mere udsatte patientgrupper.

Hver enkelt patient får en fast kontaktperson i SDCC for yderligere at styrke sammenhængen i forløbene. Kontaktpersonerne indgår i et samarbejde med almen praksis og relevante aktører i kommunalt regi. Herudover nedsættes et patientråd, som skal rådgive centrets ledelse om udvikling af samarbejdet og de konkrete aktiviteter.

Nogle udsatte borgere har begrænset indsigt i deres egen sygdom. Der udvikles i samarbejde med kommunerne modeller til at vurdere og styrke disse borgeres sundhedskompetence og handlekraft. Dette understøttes af skræddersyede tilbud til de udsatte grupper; herunder tolkebistand til etniske grupper og forsøg med mobile teams til at opnå et bredere geografisk omfang af behandlingsaktiviteterne.

Personer med diabetes og deres pårørende inddrages tættere i udvikling af behandlingstilbud, i forskning og innovation samt i sundhedsfremme og uddannelse; det gælder både i SDCC og på tværs af hospitaler, almen praksis og kommuner i hovedstadsregionen. For at understøtte dette etableres der på SDCC et patient- og pårørenderåd.

Endelig skal de fysiske rammer på centret være trygge og komfortable for både patienter og pårørende – uanset alder, sprog og sygdomstilstand. Der skal fx være særlige rammer for børn, som foruden børneambulatoriet fx også inkluderer områder, der ansporer til læring, leg og trivsel. Derudover skal klinikken ligeledes indeholde aktiviteter og indretning målrettet internationale patienter. De fysiske rammer omfatter også udearealerne og adgangen til centret. SDCC indrettes med nem adgang til Herlev Hospital og places godt i forhold til privat og offentlig transport. Udearealerne udformes, så patienter og pårørende kan have glæde af smukke, fredfyldte omgivelser.

II.1.2 EN DYNAMO FOR HELE DIABETESOMRÅDET

SDCC får en vigtig rolle som en dynamo for hele diabetesområdet – også for aktiviteter uden for selve centret. SDCC vil skulle fungere som videnscenter, formidler af diabetesrelateret viden samt igangsætter af aktiviteter. Særligt afgørende er centrets samspil med hospitaler, kommuner og almen praksis i og uden for Region H samt med uddannelses- og forskningsinstitutioner og virksomheder i Danmark og internationalt.

Rollen som dynamo skal SDCC blandt andet påtage sig ved:

- At styrke samarbejdet med patienter og pårørende om at anvende deres viden og ressourcer bedst muligt.
- At etablere patientnære samarbejder med almen praksis, kommuner og andre hospitaler. Det kan fx ske i regi af et fremtidigt nationalt samarbejde mellem Steno-centre i hele landet, som de øvrige regioner og NNF sammen er på vej til at udvikle.
- At analysere og genere kvalitetsdata gennem en systematisk og tværfaglig tilgang, der er centralt for at opnå de bedste behandlingsresultater for patienter i Region H.
- At indgå strategiske samarbejder med andre aktører – herunder forskningsmiljøer på fx Københavns Universitet og Danmarks Tekniske Universitet.
- At samarbejde med virksomheder og vidensinstitutioner om at udvikle og afprøve nye, innovative løsninger og behandlingsmetoder.

II.1.3 DE RETTE RAMMER

Rammerne om SDCC's virke skal understøtte visionen om at udvikle personcentreret diabetesbehandling i verdensklasse. Der er opstillet følgende overordnede rammer for centrets drift, opgaver og økonomi. Rammerne beskrives i detaljer i kapitel 5, 6, 7 og 8.

FÆLLES FINANSIERING

Region H finansierer centrets standardbehandlingstilbud og centrets drift, mens NNF finansierer de supplerende behandlingsaktiviteter, klinisk forskning, sundhedsfremmeforskning samt uddannelsesaktiviteter på og uden for centret. Derudover vil NNF finansiere opførelsen af en ny bygning til formålet samt i regi af NNF etablere Steno Grants – en særskilt pulje til at støtte samarbejdsprojekter inden for klinisk diabetesforskning og sundhedsfremmeforskning i Danmark.

KLAR BESLUTNINGS- OG LEDELSESSTRUKTUR

SDCC bliver ejet af Region H og ledes af en selvstændig bestyrelse og en centerledelse. Bestyrelsen indstiller forslag til Region H's koncerndirektion. Centret vil operere under de politiske, strategiske, ledelsesmæssige og organisatoriske rammer, der gælder for Region H – herunder Hospitalsplan 2020 og Sundhedsaftalen 2015-2018. SDCC vil blive placeret ved Herlev Hospital og få tætte driftsmæssige bånd til Herlev og Gentofte Hospital.

Centrets bestyrelse og centerledelse understøttes af en række eksterne, rådgivende organer, der skal medvirke til udførelsen af centrets og regionens langsigtede strategier og succeskriterier på diabetesområdet.

TILSTRÆKKELIG PATIENTVOLUMEN

Der sigtes mod, at SDCC i løbet af dets første halve driftsår i de nye fysiske rammer, opnår et samlet patientgrundlag på 11-13.000 patienter. Det giver centret et tilstrækkeligt volumen til at kunne anvende de bedste behandlingsmetoder omkostningseffektivt samt et kritisk patientvolumen i forskningen. Samtidig skal regionens akuthospitaler og så fremover sikres et tilstrækkeligt patientgrundlag til at opretholde de nødvendige kompetencer inden for diabetes, når det gælder akutte og indlagte patienter – og dermed nærhedsprincippet i patientbehandlingen. At udvikle et ensartet højt behandlingsniveau med nye evidensbaserede behandlinger på tværs af regionen sikres via forpligtende samarbejdsaftaler mellem SDCC, akuthospitalerne, Rigshospitalet og Bornholms Hospital (se også afsnit II.1.4).

INTERNATIONALE STANDARDER OG BENCHMARKS

SDCC og Region H skal være anerkendt nationalt og internationalt for at udvikle innovative tilgange til diabetes, som bliver bredt implementeret i regionens sundhedsvæsen.

Derfor udmøntes visionen om diabetesbehandling i verdensklasse med afsæt i internationale benchmarks for at sikre, at indsatserne matcher globalt førende standarder. Centret vil aktivt indtænke, benytte og videreudvikle tiltag som telemedicin, integrerede datasystemer, nye samarbejdsmodeller og langsigtede forskningsstrategier.

II.1.4 RESULTATER Gennem SAMARBEJDE

SDCC's vision og ambitioner skal i høj grad indfris gennem stærke samarbejdsrelationer – både internt i centret og med en bred kreds af eksterne aktører. Da Region H ejer centret, kommer SDCC til at indgå i et integreret og sammenhængende sundhedsvæsen og vil understøtte regionens eksisterende institutioner og strategier på området.

Andre aktører i hovedstadsregionen vil være centrale samarbejdspartnere for SDCC. Det gælder ikke mindst kommunerne og almen praksis, der begge har en bred kontaktflade til personer med diabetes. Fælles for samarbejderne er, at de skal:

- have personer med diabetes og deres pårørende i centrum
- udnytte parternes respektive spidskompetencer for at skabe synergier og gensidig værdi
- fokusere på at forske, opbygge og udnytte evidens
- sigte mod tværprofessionel koordinering, så der ikke dannes faglige siloer, men tværtimod et frugtbart samspil mellem fag, professioner og aktiviteter.

På tværs af behandling, forebyggelse, forskning og uddannelse skal SDCC's primære fokus være diabetes og diabetesrelaterede temaer. Dog er mange diabetespatienter multisyge med andre sygdomme, hvorfor diabetesforebyggelsens effekter kan smitte af på andre livsstilsrelaterede og/eller kroniske sygdomme. SDCC vil derfor være åben for tværfaglige samarbejder om andre sygdomme og forebyggelsesmetoder, fordi et sådant bredere perspektiv i nogle tilfælde vil kunne give en bedre behandlingseffekt.

For at styrke samarbejdsstrukturene oprettes 'Steno Partners', som omfatter SDCC's tætteste kliniske partnere, der har gensidigt forpligtende relationer til SDCC. Det vil sige regionens fire akuthospitaler samt Rigshospitalet og Bornholms Hospital. Disse partnere modtager en årlig bevilling fra SDCC til at understøtte samarbejdet især om patientbehandling og klinisk forskning.

Forventningerne til samarbejdet med 'Steno Partners' er blandt andet, at SDCC og partneren:

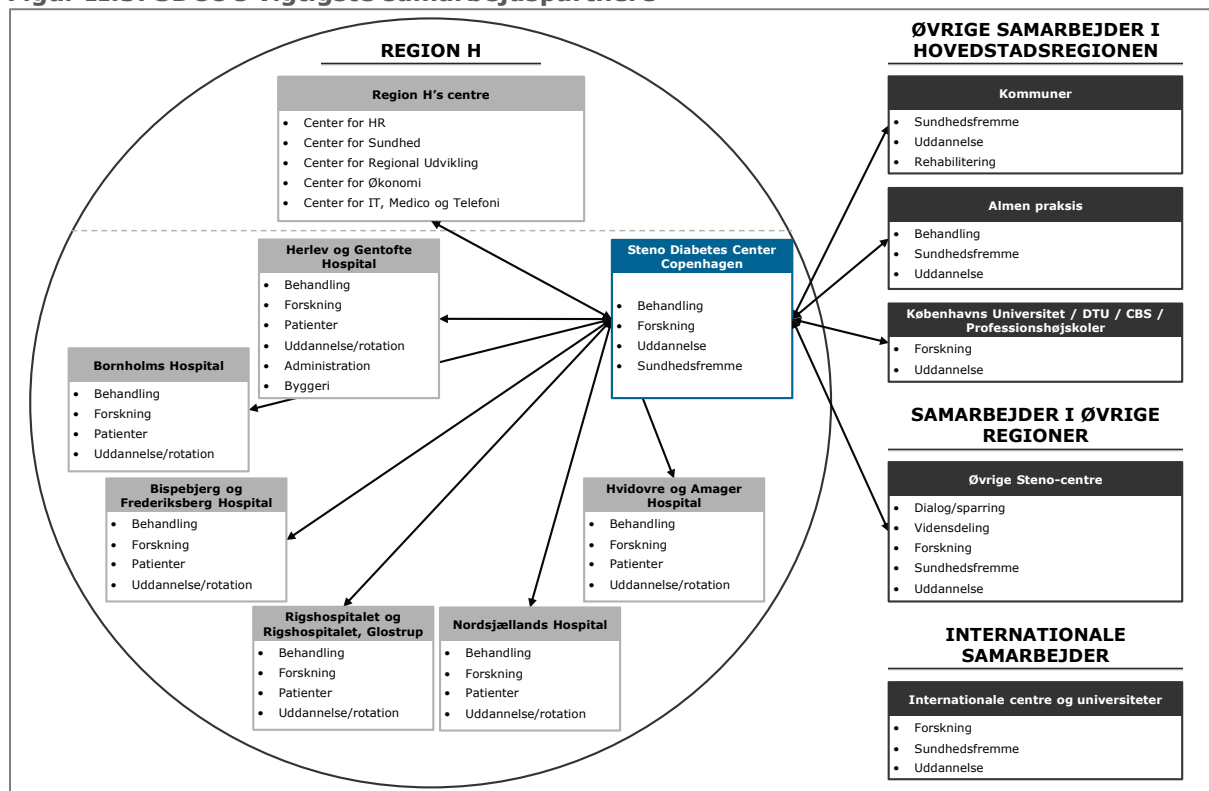
- sammen identificerer mulige samarbejdsflader og -projekter
- udvikler, udfører og løfter patientbehandlingen i regionen
- indgår i gensidigt forpligtende samarbejder om diabetesindsatsen
- udveksler personale ad hoc eller formaliseret (delestillinger)
- udarbejder fælles forskningsansøgninger til Steno Grants puljen (DKK 50M årligt).

SDCC understøtter partnerskabet gennem en række initiativer, der kan variere med partnerskabets karakter. Som en del af NNF's bevilling afsættes der en økonomisk ramme til hver partner¹. Desuden allokeres der til partnerne pladser til delestillinger, stilles fysiske og forskningsmæssige faciliteter og støtte til rådighed samt dedikeres ressourcer til at understøtte et integreret samarbejde. Steno-partnere kan desuden søge om midler i puljen Steno Grants.

Associerede partnere er institutioner og grupper, som er løsere tilknyttet SDCC – typisk med fokus på fælles forskningsaktiviteter. De associerede parter har adgang til faciliteter og patientkohorder på SDCC, men SDCC har ingen økonomiske bevillinger afsat til dette samarbejde, som forventes håndteret af de eksisterende bevillinger inden for aktivitetsområderne.

¹ For Steno Partners omfatter dette op til en halv overlægestilling, udgift til et ph.d.-stipendium, en halv sekretærstilling samt driftsmidler.

Figur II.3: SDCC's vigtigste samarbejdspartnere



INTERNE SAMARBEJDER PÅ SDCC

Et optimalt tværfagligt samspil mellem de fire kerneaktiviteter i SDCC er helt centralt, herunder om inddragelse og samarbejde med patienterne; dels for at kunne udnytte, udføre og afprøve forskningsprojekter i patientnære omstændigheder, dels for at udbrede og formidle viden via uddannelse til en bred vifte af målgrupper. Eksempelvis vil resultater fra klinisk forskning naturligt kunne afprøves via de interventioner og redskaber, der bliver udviklet inden for sundhedsfremmeforskning og forebyggelse. De vil så kunne implementeres i behandlingen på SDCC samt udbredes til eksterne parter eksempelvis gennem forskellige former for uddannelses- og sundhedsfremmende aktiviteter. På den måde vil der kunne dannes en stærk sammenhængende kæde mellem udvikling, evidens, formidling og implementering. Også delestillinger vil skabe synergier mellem afdelingerne, når medarbejderne deler viden indbyrdes, ligesom fælles projekter vil styrke den tværgående koordinering. Ledelsen i SDCC vil kontinuerligt udvikle, koordinere og følge op på samarbejdet og de tværfaglige aktiviteter mellem afdelingerne internt i SDCC.

SAMARBEJDER I REGION H

Der er brug for et tæt og integreret samarbejde mellem de institutioner i Region H, der behandler diabetes. Det skal drevet af Steno Partners sikre, at alle personer i regionen, der har diabetes, får glæde af et samlet behandlingsløb og en styrket forebyggelsesindsats. Dette samarbejde vil blandt andet omfatte:

- samarbejde om at udvikle standardbehandlingen på tværs af hospitaler
- klinisk forskning og sundhedsfremmeforskning – med styrket evidens
- delestillinger for sundhedsfagligt og forskningspersonale
- udvikling af sammenhængende patientforløb og -tilbud
- implementering af nye behandlingsmetoder på andre af regionens hospitaler.

SDCC vil også samarbejde med Region H's koncerncentre om både interne og eksterne projekter. SDCC skal fx kunne benytte og videreudvikle de pædagogiske redskaber, der udvikles i Center for HR og vice versa, og der skal indgås forskningssamarbejder med relevante Region H-forskningscentre. Også et nyoprettet samarbejdspanel i Region H kan være med til at sikre sammenhæng og samarbejde mellem interne Region H-aktører.

ØVRIGE SAMARBEJDER I HOVEDSTADSREGIONEN

SDCC vil indgå samarbejdsaftaler med hovedstadsregionens aktører inden for klinisk forskning, sundhedsfremmeforskning, forebyggelse samt uddannelse; det gælder især udførende aktører som fx almen praksis og kommunerne. Disse samarbejdsaftaler understøttes af en række eksisterende og nye udvalg, der har til formål at initiere og koordinere fælles udvikling og projekter samt fremme vidensdeling. Eksempelvis vil Region H's Administrative Styregruppe (DAS) og Praksisplanudvalgets Administrative Styregruppe (PAS) varetage koordinering på tværs af de enkelte kerneaktiviteter, med fokus på lokale behov fra almen praksis og kommuner. Endelig vil særlige fagspecifikke paneler rådgive aktivitetsområderne i startfasen – fx om aktiviteter inden for sundhedsfremme og uddannelse i samarbejde med kommunerne og almen praksis.

Ud over disse samarbejder, vil SDCC ligeledes skulle arbejde tæt sammen med universiteter og professionshøjskoler om forskning og uddannelsesaktiviteter, samt teknologi og innovation.

SAMARBEJDER I ØVRIGE REGIONER (ANDRE STENO-CENTRE)

SDCC skal indgå samarbejdsaftaler med de Steno-centre i andre regioner, som NNF har planer om at etablere. Ambitionen med SDCC og andre tilsvarende regionale Steno-centre er at skabe et nationalt netværk af internationalt førende centre inden for diabetes. Oprettelsen af flere regionale diabetescentre skal også være med til at løfte det generelle niveau for diabetesbehandling, -forebyggelse og -uddannelse i Danmark og øge mulighederne for klinisk forskning på nationalt plan – herunder at udvikle nye evidensbaserede behandlinger og kliniske afprøvninger. Koordinering af fælles behandlingsprincipper og -protokoller samt samarbejder om tilgang til fælles nationale Steno-data vil åbne for helt nye muligheder for forskningen.

INTERNATIONALE SAMARBEJDER

Et internationalt udsyn og vidensdeling med andre førende globale institutioner er en nødvendig forudsætning for at udvikle diabetesbehandling og -forskning i verdensklasse. Derfor vil SDCC lægge vægt på at samarbejde med andre førende klinikker og forskningsinstitutioner; blandt andre Joslin Clinic, Harvard Medical School samt universitetshospitalernes klinikker i Oxford og Cambridge.

II.2 SUCCESKRITERIER FOR SDCC

Visionsoplægget sætter et ambitiøst mål om at positionere hele hovedstadsregionen som internationalt førende inden for diabetes. For at indfri dette mål er der behov for at opstille succeskriterier, som SDCC's bestyrelse og centerledelse, såvel som regionens ledelse kan styre efter, og som kan være grundlag for Region H's og NNF's evaluering af centrets overordnede resultater.

Succeskriterierne tager afsæt i de overordnede, aftalte rammer for SDCC samt de politiske målsætninger for udviklingen af sundhedsvæsenet både internt i Region H og i hovedstadsregionen som helhed, der er udstukket af Hospitalsplan 2020, Sundhedsaftalen

2015-18 samt visionsoplægget bag SDCC². Succeskriterierne opdeles i overordnede og operationelle kriterier.

II.2.1 OVERORDNEDE SUCCESKRITERIER

De overordnede succeskriterier går på tværs af de enkelte aktivitetsområder internt i SDCC og udmøntes på følgende tre niveauer:

- *Strategiske temaer* – er en række overordnede strategiske ambitioner, der er underlagt de politiske målsætninger i Region H og ambitionen for SDCC.
- *Strategiske mål*: For hvert strategisk tema opstilles strategiske mål, der er konkrete strategiske indsatsområder og handlinger, som er nødvendige for at realisere de strategiske temaer.
- *KPI'er (Key Performance Indicators)*: Hvert strategisk mål understøttes af 1-2 KPI'er, dvs. indsats- og resultatmål, som angiver, hvor vidt og hvor hurtigt de strategiske mål opfyldes. KPI'erne skal være kvantificerbare, kunne måles løbende og helst også benchmarkes internationalt.

At indfri de overordnede succeskriterier kræver et tæt samarbejde mellem SDCC og andre relevante aktører, herunder den øvrige hospitalssektor, almen praksis, kommunerne samt uddannelses- og forskningsinstitutioner. Figur II.4 viser SDCC's overordnede succeskriterier.

Figur II.4: Overordnede succeskriterier for SDCC

Vision	<i>At positionere Region H som internationalt førende inden for diabetesbehandling og -forskning samt udvikle morgendagens personcentrerede behandlingsmetoder – til gavn for alle med diabetes</i>				
Strategiske temaer	Forbedret behandlingskvalitet og patientoplevelse for personer med diabetes		Løft af folkesundhed ift. diabetes	Verdensklasse forskning og samarbejde	Optimal prioritering af ressourcer
Strategiske mål	Personer med diabetes, tilknyttet SDCC <ul style="list-style-type: none"> • Optimale behandlingsresultater • Personcentreret og evidensbaseret tilgang • Udvikle morgendagens behandlingsmetoder til bred implementering i sundhedsvæsenet • Udgangspunkt i personens ressourcer og behov for at sikre opfyldelse af personlige mål • Systematiseret datatilgang 	Øvrige personer med diabetes i Region H <ul style="list-style-type: none"> • Tæt, integreret samspil i Region H's sundhedsvæsen, der sikrer sammenhængende patientforløb • Øget patientrettet forskning og rehabilitering på kommunalt niveau • Løfte generelt behandlingsniveau for personer med diabetes • Tætte relationer mellem SDCC-personale og øvrigt diabetespersonale i Region H 	<ul style="list-style-type: none"> • Øget kvalitet og koordineret indsats i forebyggelse af diabetes og komplikationer • Flere sårbare personer sikres en tidlig, forebyggende indsats målrettet deres behov og ressourcer • Forebyggelsesindsats på forkant med nyeste udvikling • Personer med diabetes og pårørende er aktiv samarbejdspart i eget forløb i det omfang, de ønsker det 	<ul style="list-style-type: none"> • Styrket behandling og klinisk forskning gennem forbedret samarbejde mellem regionens hospitaller, universiteter og andre eksterne aktører • Understøtte et sammenhængende sundhedssystem • Udføre og understøtte forskning og samarbejde med førende forskningsmiljøer og aktører i Danmark og internationalt • Bidrage til vækst i regionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Optimal prioritering af begrænsede ressourcer, der indebærer størst mulig effekt • Investering i behandlings- og forebyggelsesmetoder, der sikrer de lavest mulige direkte og indirekte sundhedsomkostninger per patient samlet set
KPI'er	<i>Se næste afsnit</i>				

For hvert af de strategiske mål er defineret en række KPI'er, der skal videreudvikles af SDCC's bestyrelse og centerledelse. Figur II.5 giver en række eksempler på disse KPI'er.

² Kilde: Patientcentreret diabetesbehandling i verdensklasse – Oplæg til etablering af Steno Diabetes Center Copenhagen.

Figur II.5: KPI'er for overordnede succeskriterier for SDCC (eksempler)

Vision	<i>At positionere Region H som internationalt førende inden for diabetesbehandling og - forskning samt udvikle morgendagens personcentrerede behandlingsmetoder – til gavn for alle med diabetes</i>				
Strategiske temaer	Forbedret behandlingskvalitet og patientoplevelse for personer med diabetes		Løft af folkesundhed ift. diabetes	Verdensklasse forskning og samarbejde	Optimal prioritering af ressourcer
KPI'er (eksempler)	Personer med diabetes, tilknyttet SDCC	Øvrige personer med diabetes i Region H			
	<ul style="list-style-type: none"> • Levetidslængelse (øgning i gennemsnitslevetid hos målgruppen, # år) • Komplikationer: <ul style="list-style-type: none"> - Hyppighed (mindskning af hyppigheden for komplikationer, # per patient) - Severitet (omfang af komplikationen) - Forekomst (forøgelse af periode fra debut til første forekomst af komplikation, # år) • Arbejdsmarkedstilknytning (øgning i længden af arbejdsliv hos målgruppen, # år) • Patienttilfredshed (øgning i score per patient) • Forbedring af personlige outcomes <ul style="list-style-type: none"> - Forbedring i objektive mål hos patienten (fx HbA1C) - Øget livskvalitet 		<ul style="list-style-type: none"> • Incidens for diabetes (mindskning i nye tilfælde per type, #) • Sundhedseffekt ift. udvalgte målgrupper, fx <ul style="list-style-type: none"> - Etniske grupper - Sårbare grupper • Rehabiliteringstilbud <ul style="list-style-type: none"> - Fastholdelse - Patienttilfredshed • Forbedring af personlige outcomes <ul style="list-style-type: none"> - Forbedring i objektive mål hos patienten (fx HbA1C) - Øget livskvalitet 	<ul style="list-style-type: none"> • Antal publikationer udgivet af SDCC • Forskningskvalitet (artikler publiceret i anerkendte tidsskrifter) • Implementering af forskningsresultater i behandlingen • Symposier • # Steno Partners samarbejder 	<ul style="list-style-type: none"> • Totale omkostninger per patient på SDCC, DKK • Dataeffektivitet og tracking • Effekt af investeringer i samarbejder, fx: <ul style="list-style-type: none"> - # sygeplejerske-studerende undervist af SDCC Uddannelse - # folkeskoleklasser inkluderet i SDCC Sundhedsfremmeprojekter

II.2.2 OPERATIONELLE SUCCESKRITERIER

Med de operationelle succeskriterier opstilles en række konkrete mål, der skal sikre ledelsen et værktøj til at styre den daglige drift, så de overordnede succeskriterier opfyldes. Til hvert af de operationelle succeskriterier knyttes nogle få relevante KPI'er.

Disse succeskriterier opstilles for hvert af de enkelte aktivitetsområder af den nye ledelse i SDCC i tæt samarbejde med bestyrelsen, og skal i videst muligt omfang tage afsæt i internationale benchmarks. Udvikling og implementering af succeskriterierne skal ses i tæt sammenhæng med dels Region H's ambitioner om driftsmålstyring dels det igangværende nationale arbejde med en ny kvalitetsmodel. Nationale succeskriterier defineres desuden via Steno Danmark samarbejder.

II.3 HVOR HØRER PATIENTERNE TIL?

II.3.1 BEHOV FOR KONSOLIDERING

Den hospitalsbaserede diabetesbehandling i Region H varetages i dag på 11 matrikler med varierende patientvolumen og behandlingstilbud. I tråd med specialeplanlægningen og Hospitalsplanen 2020 sker der en løbende konsolidering af indsatsen. Etableringen af SDCC vil således kunne understøtte de politiske ambitioner for udviklingen af sundhedsvæsenet, fordi centret er tænkt som en drivkraft i at anvende, udvikle og implementere ny viden, nye metoder og nye kompetencer på tværs af sygdomstyper og sektorer.

Internationalt er tendensen på diabetesområdet at koncentrere indsatsen omkring færre centre, der har et væsentligt større patientvolumen, samler faglige kompetencer og spænder bredere i både behandling og forskning. Fordelene ved dette er primært:

- Udvikling og fremme af ensartede behandlingsforløb på tværs af optageområder og mulighed for subspecialisering inden for diabetesområdet.
- Bedre sammenhæng – dels i livsovergange for børn, unge og voksne med diabetes, dels for diabetespatienter, der udvikler komplikationer i sygdomsforløbet.
- Kritisk masse i behandlingsaktiviteter og forskning, der sikrer en høj kvalitet og muliggør innovation og hurtig implementering af forskningsresultater i behandlingen.

- Interne synergier som fx, at uddannelsespersonale får erfaring med en bred vifte af diabetespatienter, og at sundhedspersonale med forskelligt arbejdsfokus får bedre mulighed for at udveksle viden indbyrdes.
- Kapacitet til at udvikle og koordinere tværgående samarbejde med andre institutioner og sektorer.

II.3.2 PATIENTTILHØRSFORHOLD I REGION H

I Danmark er der på nuværende tidspunkt ca. 380.000 personer med diabetes, hvilket forventes at vokse til 650.000 patienter i 2025³. Omkring 80 pct. af patienterne behandles i almen praksis, den resterende femtedel modtager deres diabetesbehandling i hospitalssektoren – det gælder især patienter med type 2-diabetes, der har sværere komplikationer, og langt hovedparten af patienter med type 1-diabetes.

I hospitalssektoren behandles i dag ca. 19.000 patienter i Region H fordelt på 11 ambulatorier.⁴ Af disse er:

- 7.500 patienter med type 1-diabetes
- 11.000 patienter med type 2-diabetes med komplikationer
- 800 børn og unge
- 500 patienter med behov for et højtspecialiseret behandlingstilbud.

Intet ambulatorium behandler i dag samtlige patienttyper, og patientvolumen spænder fra ca. 300 på Rigshospitalet, Glostrup til ca. 5.800 på SDCC. Figur II.6 viser hvordan regionens hospitaler og personer med diabetes foreslås tilknyttet fra ibrugtagning af bygningen den 1. oktober 2020.

Figur II.6 Hvor skal personer med diabetes behandles i fremtiden?

		Optageområder for diabetes				
		Region H (Midt)		Region H (Byen, Syd og Nord)		
		SDCC	Bispebjerg Hospital og Rigshospitalet	Hvidovre Hospital	Nordsjællands Hospital	Bornholms Hospital
Patienter i Region Hovedstaden 2020	Type 2 u. kompl. (~85.000)	Rutinekontakt og kontrol hos egen læge				
	Type 2 m. kompl. (~12.000) hovedfunktion	SDCC	Lokal ambulant kontrol og behandling			
	Gestationel diabetes (~300) regionsfunktion		Lokal obstetrisk afdeling			
	Type 1 u. pumpe (~6.000) hovedfunktion		Lokal ambulant kontrol og behandling*			
	Type 1 m. pumpe (~1.000) hovedfunktion		SDCC			
	Børn (~800) hovedfunktion	Placeres på Rigshospitalet med samarbejdsaftale med SDCC				
	Prægestationel diabetes (~200) højt specialiseret funktion	SDCC (samarbejdsaftale med andre hospitaler i Region H)				
	Andre, fx insulinresistens (~600) højt specialiseret funktion	SDCC (samarbejdsaftale med andre hospitaler i Region H)				

SDCC
Hospitaler i Region H
Praktiserende læge

*) Nyopdagede tilknyttes SDCC
 Kilde: Dansk Voksen Diabetes Database; hospitalernes patientdata

I henhold til visionsoplægget, som er tiltrådt af regionsrådet den 18. august 2015 og NNF i september 2015, er det målet, at SDCC vil varetage behandling af 11-13.000 per-

³ Diabetesforeningen

⁴ Patientantallet er baseret på indberetninger fra hospitalerne og tal fra Dansk Voksen Diabetes Database.

soner med diabetes i løbet af det første halvår af driften i de nye fysiske rammer. Derudover vil Region H i forbindelse med kommende hospitalsplanrevisioner overveje muligheden for at udvide SDCC's patientgrundlag yderligere, hvor der er fagligt og økonomisk grundlag for det og under hensynstagen til geografisk nærhed for patienten. Optageområdet i 2020 for det kommende SDCC (beskrevet i figur II.6) består af to "lag", der referer til Region H's fire plan- eller optageområder (Midt, Byen, Syd og Nord):

1. **Kernen i Midt:** SDCC behandler alle ambulante patienter fra planområde Midt med type 1-diabetes eller type 2-diabetes med komplikationer – inklusive nuværende patienter på SDC. Denne kerne vil omfatte ca. 9.000 personer med diabetes, som i 2020 behandles på SDCC.
2. **Resten af Region H:** Centret vil desuden varetage behandlingen af *en del af* de personer med diabetes, der i øjeblikket hører til planområderne Byen, Syd og Nord:
 - **Patienter med type 2-diabetes med komplikationer** vil fortsat blive behandlet på alle diabetesambulatorier – både for at sikre geografisk nærhed og for at bevare den lægefaglige kompetence til at behandle patienter med diabetes i hvert planområde. Samtidig skal behandlingstilbuddet på SDCC aktivt promoveres, så patienter med type 2-diabetes og komplikationer er opmærksomme på især de supplerende behandlingstilbud på SDCC.
 - **Gravide med gestational diabetes⁵**, der har behov for insulinbehandling, skal afhængig af deres behandlingssted enten tilgå SDCC eller Rigshospitalet under graviditeten. Efter endt graviditet skal SDCC være en regional drivkraft i opfølgningen på de enkelte patienter for at forebygge, at de udvikler permanent diabetes.
 - **Patienter med type 1-diabetes (uden pumpe):** Nuværende patienter af denne type vil som udgangspunkt gå til ambulant kontrol og behandling på deres lokale diabetesambulatorium. Behandlingstilbuddet på SDCC vil aktivt blive promoveret, så patienterne er opmærksomme på, at de kan tilvælge behandling her.
 - **Patienter med type 1-diabetes (med pumpe)** vil alle blive behandlet på SDCC for at sikre en tilstrækkelig volumen, samle ekspertisen ét sted og dermed muliggøre højt kvalificeret behandling. Patienterne flyttes successivt til SDCC frem mod 2020; målet er at samlingen er gennemført, når byggeriet står klar.
 - **Patienter med nydiagnosticeret type 1-diabetes** vil fra 2017 alle blive visiteret til SDCC.
 - **Børn med diabetes:** SDCC vil varetage behandlingen af alle børn med diabetes i Region H senest fra 2020, når centret åbner.
 - **Gravide med præ-gestational diabetes⁶:** Der etableres for disse patienter et samarbejde mellem SDCC og Rigshospitalet, Blegdamsvej. Deres patientforløb skal foregå på SDCC, men kontrollerne under graviditeten foretages udelukkende på Rigshospitalet, Blegdamsvej – i samarbejde med SDCC.

SDCC vil desuden uændret og som i dag kunne tilbyde behandling af patienter på højt specialiseret niveau, herunder patienter med andre diabetestyper. Herudover har alle læger i og uden for Region H og Region Sjælland mulighed for at henvise patienter til centret. Der udestår en detaljeret drøftelse med Region Sjælland om den konkrete udmøntning af det fremtidige tilhørsforhold for personer med diabetes, bosat i Region Sjælland. I forbindelse med akut indlæggelseskrævende sygdom indlægges patienten som udgangspunkt altid på akuthospitalet i sit planområde.

Ovenstående ændringer træder i kraft når den nye bygning ved Herlev Hospital bliver taget i brug den 1. oktober 2020 (med mindre andet er specificeret i ovenstående, fx personer med nydiagnosticeret type 1-diabetes, der behandles i SDCC-regi allerede fra 2017). Der nedsættes arbejdsgrupper til at afklare flytning og betingelser herfor for de relevante patientgrupper samt til at sikre den nødvendige tilretning af regionens visitationsregler på området.

⁵ Diabetes opstået under svangerskab.

⁶ Diabetes hos gravide, der er diagnosticeret inden svangerskabet.

1. BEHANDLING

Behandling dækker både farmakologisk og non-farmakologisk behandling af diabetes samt forebyggelse og rehabilitering. For patienter, tilknyttet SDCC, indledes behandlingen typisk med et forløb i ambulatoriet ved sygdomsdebut efterfulgt af jævnlige kontrolbesøg og et årligt statusbesøg med sideløbende rådgivning og rehabilitering. SDCC samarbejder også med regionens øvrige hospitaler og andre institutioner om at udvikle gode standardbehandlinger og om at forske i og udvikle supplerende behandlingstilbud til deres patienter.

Kapitlet beskriver:

- *Ambition og grundprincipper for behandling*
- *Standardbehandlingen*
- *Den supplerende behandling*
- *Samarbejdet om behandling i Region H.*

1.1 AMBITION OG GRUNDRINCIPPER FOR BEHANDLING

1.1.1 AMBITION

Region H's og SDCC's fælles ambition for diabetesbehandlingen er, at hver enkelt person med diabetes, der behandles på centret, på regionens hospitaler og i primærsektoren, modtager diabetesbehandling på højeste internationale niveau samt fagprofessionel rådgivning om at opfylde sine personlige mål med behandlingen. Det vil sige, at de enkelte patientforløb skal planlægges sådan, at de i videst mulig udstrækning tager hensyn til den enkelte persons behov og mål. Dette skal udmønte sig i behandlingsresultater og en patienttilfredshed, der er på højde med eller bedre end på de bedste diabetesbehandlingscentre i verden. Derfor er det også afgørende, at SDCC i tæt samarbejde med hospitaler og øvrige aktører bidrager til at koordinere og løfte det generelle behandlingsniveau i hovedstadsregionen.

SDCC skal indfri ambitionen ved at spille følgende fem roller på behandlingsområdet:

1. Tilbyde og løbende udvikle standardbehandlingen sammen med andre diabetesambulatorier og hospitaler i Region H og i resten af Danmark⁷. Standardbehandlingen tager udgangspunkt i det nuværende behandlingstilbud i Region H, der omfatter ambulant diabetesbehandling, undervisning, rehabilitering, screening for og status på sen-diabetiske komplikationer. Behandlingen inkluderer både hovedfunktioner, regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner som fx behandling af præ-gestationel diabetes og svær insulinresistens. Standardbehandlingen følger de til enhver tid gældende nationale retningslinjer i forløbsprogrammerne for kroniske syge og type 2 diabetespatienter, samt politiske beslutninger på området.
2. Tilbyde og udvikle et supplerende og udviklingsorienteret behandlingstilbud, der løfter behandlingen både for patienter tilknyttet SDCC og andre patienter i Region H. Supplerende behandling er særlige tilbud, der kan udbydes som en integreret del af et ambulant patientforløb, fx screening for autonom neuropati.
3. Afprøve modeller til at sikre behovsstyrede og effektive kontroller, herunder anvende principper for fælles beslutningstagen med patienten samt IT-støttede personlige forløbsplaner mv.
4. Fungere som vidensbank, styrke videreuddannelsen på diabetesområdet for patienter og sundhedsfagligt personale samt være drivkraften i koordinering og vidensformidling på tværs af hospitaler og sektorer i hele regionen.
5. Udvikle og tilbyde et moderne kvalitetsudviklingsprogram for diabetesambulatorier og -afdelinger i tæt samspil med den nationale og regionale kvalitetsorganisation, herunder relevante kliniske kvalitetsdatabaser.

⁷ De nationale behandlingsvejledninger udarbejdes af Dansk Endokrinologisk Selskab (DES) i samarbejde med Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM).

SDCC's behandlingsindsats skal kobles tæt til centrets aktiviteter og samarbejder inden for forskning, uddannelse, sundhedsfremme og forebyggelse. Det skal sikre, at erfaring fra klinikken på den ene side hurtigt indgår i forskning og uddannelse, ligesom forskning og løbende uddannelse på den anden side skal bidrage til at udvikle og implementere nye og bedre evidensbaserede behandlinger, der også er med til at forebygge sendiabetiske komplikationer. Det er således hensigten, at indholdet i standardbehandlingen skal udvides i takt med, at effekten af den supplerende behandling dokumenteres på SDCC og udbredes til andre diabetesambulatorier via de nationale retningslinjer. Også patienterne skal kontinuerligt inddrages i arbejdet med at udvikle behandlingstilbuddene.

1.1.2 GRUNDPRINCIPPER

Følgende seks grundprincipper skal være med til at sikre, at de høje ambitioner indfries:

1. Behandlingen skal sikre bedst mulige resultater for alle patienter. Det betyder både, at behandlingen på SDCC skal være den bedste i verden, og at SDCC skal medvirke til at løfte behandlingsniveauet i hele hovedstadsregionen.
2. Behandlingen skal være personcentreret, i tråd med afsnit II.1.1. Det indebærer, at patientens situation betragtes ud fra et helhedsperspektiv og ikke ud fra et rent sygdomsperspektiv. Behandlingen skal således tage afsæt i patientens aktuelle livsfase, inddrage personens eget perspektiv på behandlingen, afdække personens behov og mål ordentligt samt være kendetegnet ved god kommunikation, stabilitet og tryghed. For patienter på SDCC kræver det et bredt udbud af kliniske faciliteter og behandlingstilbud. At styrke behandlingen af alle personer med diabetes i hovedstadsregionen kræver desuden en tæt koordinering med andre behandlingsområder og med primærsektoren om sammenhængende patientforløb.
3. Behandlingen skal bygge på tværfagligt samarbejde på tværs af behandlingsområder (diabetesteam), behandling i andre sektorer, klinisk forskning og sundhedsfremme. Det indebærer, at en del af behandlernes tid på SDCC dedikeres til at deltage i og bidrage til forskning, uddannelse og tværfagligt og koordinerende arbejde, herunder styrke relationerne til det øvrige diabetespersonale i Region H.
4. Nye behandlingsmetoder skal implementeres hurtigt. SDCC er i samarbejde med de øvrige hospitaler ansvarlig for hurtigt at udvikle og implementere gode forskningsresultater, så alle diabetespatienter i Region H får glæde af dem. Det kræver et tæt indbyrdes samspil mellem SDCC's egne aktiviteter inden for behandling, forskning, uddannelse og sundhedsfremme samt et godt samarbejde med andre relevante aktører i hovedstadsregionen og nationalt. SDCC anvender moderne metoder til løbende implementering af forbedringer, herunder at forske i og dokumentere effekter, så virkningsfulde metoder hurtigt kan udbredes til andre diabetesambulatorier i Region H.
5. Kvalitetsudvikling skal drives af bedre patientdata. Som et led i behandlingen og igennem forskningsprojekter på SDCC indsamles patientdata i elektroniske patientjournaler (Sundhedsplatformen). Der arbejdes frem mod, at patienternes oplysninger om eget helbred⁸ indarbejdes, og at journalen⁹ udvikles til at blive et fælles værktøj for sundhedsprofessionelle og patienter. Dermed kan man løbende evaluere både processer, fx ventetider, og behandlingsresultater, fx fald i nyrefunktion, udvikling af neuropati, sårhelingstid, påvirkning af syn mv. Samtidig kvalitetssikres behandlingsvejledninger og medarbejdertræning kontinuerligt på elektroniske platforme, så ny viden kan formidles til andre behandlere med henblik på løbende videreuddannelse.
6. Alle patienter i regionen skal stilles lige i forhold til behandlingstilbud. SDCC skal i samspil med hospitaler og almen praksis være med til at sikre, at der udvikles et behandlingstilbud af ensartet høj kvalitet til alle patienter i hovedstadsregionen, uanset hvor i regionen behandlingen tilbydes. Patienter i hovedstadsregionen vil i udgangspunktet frit kunne vælge at blive behandlet på enten SDCC eller et lokalt hospi-

⁸ Patient Reported Outcome Measures (PROM).

⁹ 'My Chart' i Sundhedsplatformen.

tal, med forbehold for fagligt betingede eller særlige forhold, der er specificeret i regionens specialeplan.

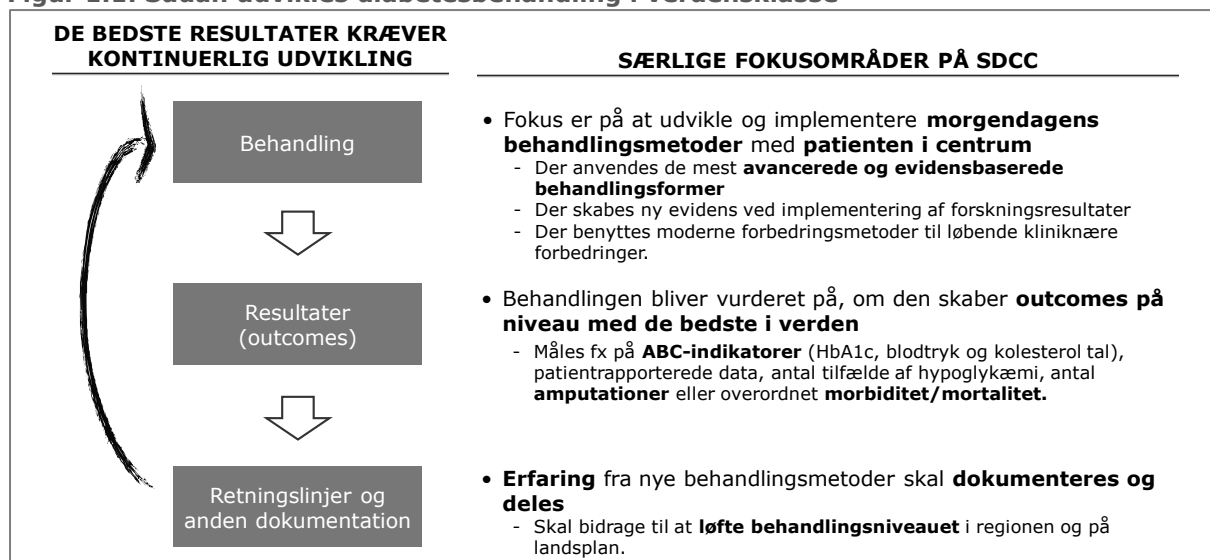
På kort sigt skal behandlingens effekt måles på en række forskellige biomedicinske parametre, fx HbA1C (langtidsblodsukker), blodtryk og kolesteroltal, samt epidemiologiske parametre såsom antal tilfælde af hypoglykæmi (lavt blodsukker) eller begyndende komplikationer (fx i øjnene). Disse parametre skal i videst muligt omfang kunne sammenlignes med internationale benchmarks. Så snart det er muligt, inkluderes mere subjektive data som fx Patient Reported Outcome Measures og 'My Chart'. Patienternes oplevelse af den indsats, som SDCC yder, skal løbende belyses. Dette arbejde skal ses i sammenhæng med kvalitetsarbejdet i Region H og den internationale udvikling på området.

Et supplerende sæt parametre anvendes til at vurdere resultater på områder, hvor effekten af behandlingen først kan ses efter flere år. Disse parametre kan fx være antal amputationer, øjenstatus eller mortalitet.

Målet er, at de samme parametre skal følges og anvendes på tværs af hospitalerne i Region H (og nationalt). På den måde skabes et troværdigt sammenligningsgrundlag og dermed et godt fundament for et ensartet højt niveau i behandlingen. Dette skal udvikles i et tæt samarbejde mellem SDCC og de øvrige hospitaler og med inddragelse af Sundhedsfaglige Råd (SFR) for Endokrinologi og Diabetesudvalget.

SDCC skal via en række projekter være med til at udvikle og afprøve effekten af nye behandlingsmetoder. Når sådanne afprøvninger har tilvejebragt evidens for positive effekter, kan det besluttes at implementere den på SDCC eller bredt i Region H. Udviklingen af nye behandlinger skal også indgå som en del af det formelle samarbejde med hospitalerne i Region H. Figur 1.1 illustrerer den positive cyklus, der løfter behandlingsniveauet på SDCC og i hele Region H.

Figur 1.1: Sådan udvikles diabetesbehandling i verdensklasse



1.2 STANDARDBEHANDLINGEN

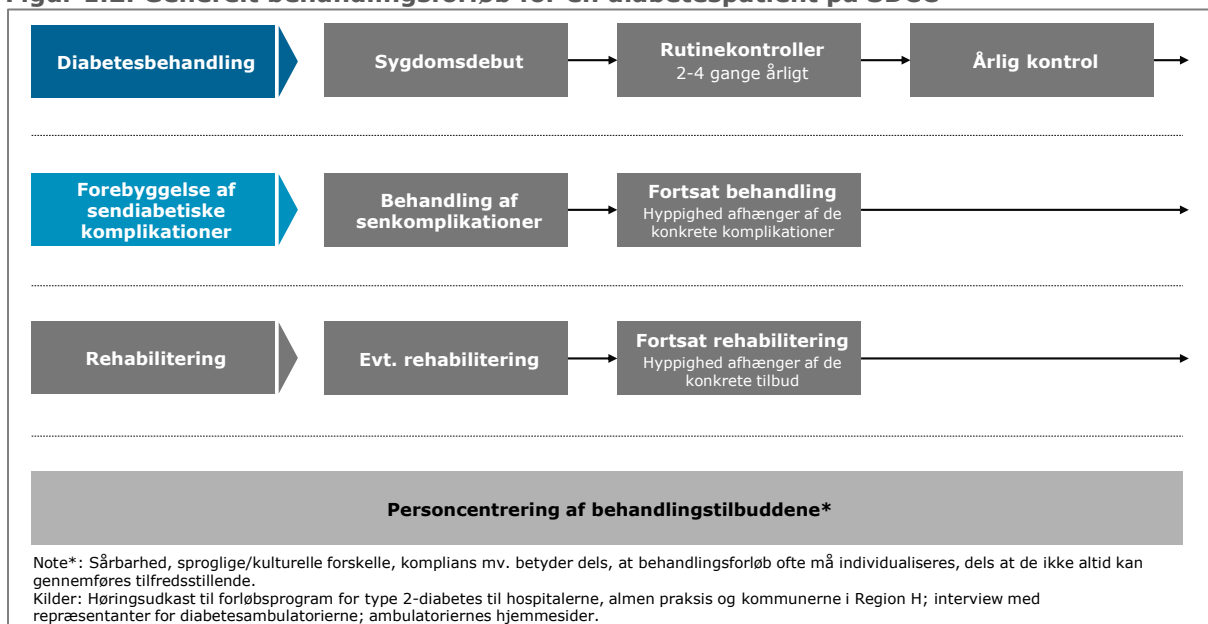
Beskrivelsen af den fremtidige standardbehandling på SDCC kan opdeles i tre kategorier, der samlet dækker hele behandlingstilbuddet:

- diabetesbehandling, der varierer efter patienttype
- forebyggelse af sendiabetiske komplikationer

- rehabilitering.

I alle tre kategorier tilpasses behandlingen til den individuelle patients behov.

Figur 1.2: Generelt behandlingsforløb for en diabetespatient på SDCC



Standardbehandlingen skal, ligesom den supplerende behandling, løbende udvikles og tilpasses i forhold til den enkelte patient for at sikre et personcentreret behandlingsforløb. Både den farmakologiske og den øvrige behandling og forebyggelsesindsats tilpasses, så patienten på en hensigtsmæssig måde tager et aktivt ansvar. Formålet er at opnå det bedst mulige behandlingsresultat – også set med patientens øjne.

1.2.1 DIABETESBEHANDLING

Standardbehandlingen for diabetes på SDCC følger de til enhver tid gældende nationale retningslinjer. På SDCC omfatter behandlingen senest fra slutningen af 2020 alle diabetespatienter i planområde Midt samt børn, personer med type 1-diabetes med pumper samt højt specialiserede patienter i Region H (se også afsnit II.3.2). Personer med type 2-diabetes i planområde Midt får fortsat varetaget deres behandling i primærsektoren, frem til der eventuelt opstår senkomplikationer, hvorefter de flyttes over på SDCC. Dette foregår sideløbende med et eventuelt rehabiliteringstilbud.

For at sikre alle patienter på SDCC et behandlingsforløb med stor kontinuitet tilstræbes det, at et dedikeret tværfagligt behandlingsteam følger dem hele vejen fra sygdomsdebut til videre behandling.

Ved *sygdomsdebut* for personer med henholdsvis type 1- og type 2-diabetes indledes forløbet med:

- vurdering af nøgleindikatorer: HbA1C, blodtryk, kropsvægt, kolesteroltal
- screeninger for senkomplikationer: øjne, fødder, nyrer, neurologi og det kardiovaskulære system
- stratificering og behandlingsplan af sygdomsstatus for at planlægge den rigtige behandling
- screening af tænder, mundhule og hjerte vil introduceres på projektbasis

Ved *rutinekontrollerne* for begge diabetestyper følges nøgleindikatorerne, og eventuelle hjemmemålinger gennemgås sammen med patienten. Efter en samtale med patienten om sygdomsforløbet og eventuel benyttelse af rehabiliteringstilbud kan behandlingen og

behandlingsmålene justeres. I denne fase er det vigtigt med en kontinuerlig tilbagemelding fra patienten, så diabetessygeplejersken eller -lægen altid har et opdateret billede af vedkommendes situation. Det er målsætningen, at patienten selv skal kunne tilgå sine egne data.

Ved den årlige kontrol udvides rutinekontrollen med de samme screeninger, der blev gennemført ved sygdomsdebut. Her bestemmes det videre forløb, fx om patienten fortsat skal til kontrol på et ambulatorium, og der fastlægges individuelle behandlingsmål.

DIABETESBEHANDLING AF PATIENTGRUPPER MED SÆRLIGE BEHOV

Visse patientgrupper kræver helt særlige opmærksomhedspunkter i diabetesbehandlingen.

Patienter med insulinpumpe: Samlingen af alle patienter i Region H med type 1-diabetes insulinpumper på SDCC gør det muligt at harmonisere behandlingen og samle ekspertisen på et område med hurtig teknologisk udvikling, som det kræver specielle kompetencer at varetage på højeste niveau. Også patienter med type 1-diabetes i pen-behandling anvender i stigende grad Region H's beslutningsstøttesystemer til at fastsætte den insulinindosis, de skal tage til og uden for måltiderne; det kræver særlig ekspertise at uddanne patienterne i at anvende og justere disse apparater. Den tætte kobling til udviklingen af sundhedsteknologi skal sikres ved at etablere en teknologisk enhed for forskning og udvikling med udgangspunkt i klinikken (se også afsnit 2.4.4). SDCC's pumpeteam skal udover behandlingen af patienter på SDCC varetage en forsknings- og udviklingsfunktion. Desuden skal SDCC understøtte akutindlæggelser på akuthospitalerne og Rigshospitalet ved at stille en døgnbemandet telefonrådgivning til rådighed for disse hospitaler.

Børn og unge: Målet for behandlingen af børn og unge med diabetes er, at de opnår et så normalt liv som muligt med normal vækst, udvikling og livskvalitet. På SDCC varetages behandlingen af børn og unge i en særlig del af klinikken, hvor de fysiske rammer tager særlig højde for børns og unges behov.

Gruppen af børn og unge har et stort alders- og modenhedsspænd; derfor vil de individuelle behandlingsforløb også variere betydeligt. Mange børn debuterer med sygdommen i en tidlig alder og er derfor også afhængige af, at forældre og andre ressourcepersoner spiller med og inddrages i deres behandling i bredeste forstand. Det gælder fx også et socialpædiatrisk team med skoletilbud.

På SDCC skal familien hurtigt introduceres til barnets kommende kontaktpersoner (læge og sygeplejerske). Det er så vidt muligt dem, der skal kortlægge og forklare familien behandlingens forløb, herunder såvel indlæggelser som ambulant opfølgning. Samme kontaktpersoner skal så vidt muligt følge familien under akutindlæggelser (fx ved ketoacidose¹⁰ og hypoglykæmi) samt under elektive indlæggelser ved fx komplianceproblemer. SDCC vil herudover have et tæt samarbejde med akuthospitalerne, som sikrer, at akuthospitalerne har nødvendig viden og kompetencer til at varetage den akutte behandling af børnene.

Børn og unge med diabetes (både type 1-diabetes og type 2-diabetes) skal behandles af et multidisciplinært børneteam på SDCC¹¹. Psykologer og socialrådgivere skal også deltage i det daglige arbejde med patienterne og identificere særlige forhold hos barnet og i familien, der kan have indflydelse på den videre behandling, samt bistå med at afhjælpe disse. Ved komplicerede sociale sager, complianceproblemer, spiseforstyrrelser, depression mv. er det afgørende, at SDCC også samarbejder dels med Børne- og Ungeafdelingens socialpædiatriske team på Herlev og Gentofte Hospital, dels med den kommune, familien bor i.

¹⁰ Ketoacidose er en alvorlig, livstruende komplikation til diabetes og omfatter hyperglykæmi (for højt blodsukker), ketose og acidose.

¹¹ Teamet, der er uddannet til at varetage behandling for og kommunikere med børn, består af en diabetessygeplejerske, kontaktlæge, diætist, bioanalytiker, psykolog, socialrådgiver samt en patientkoordinator.

Der skal herudover etableres en ungdomsklinik, der håndterer og støtter de unge med diabetes i overgangsfasen fra barn til voksen. For at skabe større tryghed hos disse patienter er der behov for en langsom indfasning til det diabetesambulatorium, der skal varetage deres fremtidige behandling (se også afsnit 1.3.1).

Gravide med præ-gestational diabetes: Præ-gestational diabetes kan inddeles i tre faser: før graviditeten, under graviditeten og efter graviditeten.

- *Før graviditeten* skal planlægning og patientrådgivning i vid udstrækning foregå på SDCC. For personer med type 1-diabetes er den nuværende rådgivning så veludviklet, at den i høj grad kan foretages lokalt. Personer med type 2-diabetes vil med fordel kunne bruge SDCC's rådgivningstilbud – det kan eventuelt også gælde de patienter, der behandles i primærsektoren.
- *Under graviditeten* skal alle diabeteskontroller som hidtil foregå på Rigshospitalet, hvor de særlige obstetriske kompetencer er til stede – i tæt samarbejde med SDCC. Det vil sikre større kontinuitet for de gravide og dermed potentielt en højere tilfredshed med det samlede forløb. Særligt erfarne læger på SDCC kan efter behov assistere Rigshospitalets medarbejdere i disse konsultationer.
- *Efter endt graviditet* skal patienter med præ-gestational type 1-diabetes igen følges i deres oprindelige ambulatorium. Her skal behandleren i særlig grad være opmærksom på diabetesregulering i forbindelse med amning samt følge op på diabetiske øjenkomplikationer og thyroideafunktion¹².

Gravide med gestational diabetes: Når diabetes opstår under graviditeten, skal der især være fokus på den gravides eventuelle insulinbehov samt på opfølgningen efter graviditeten. Det er også vigtigt at koble behandlingen af disse patienter til forskningen på området.

Behandlingen af gravide patienter *uden* insulinbehov varetages på patientens lokale obstetriske afdeling, mens muligheden for at centralisere behandlingen af patienter med insulinbehov på Rigshospitalet bør diskuteres fremadrettet. Efter endt graviditet med gestational diabetes er der stor risiko for at udvikle permanent diabetes. Derfor bør SDCC foretage en klinisk opfølgning og udvikle et kontrol- og interventionssystem, der også omfatter særlige uddannelses tilbud til de nybagte mødre.

Den viden, der akkumuleres i kontakten med de gravide patienter, skal overføres til forskningen for at sikre en løbende faglig udvikling på området. Mange af børnene bliver efterfølgende overvægtige, og børn født af mødre med diabetes (både præ-gestational og gestational diabetes) er mere disponeret for overvægt og type 2-diabetes.

Der udestår en nærmere afklaring af opgavefordelingen imellem de enkelte diabetesambulatorier i Region H og videnscenterfunktionen på SDCC.

1.2.2 FOREBYGGELSE AF SENDIABETISKE KOMPLIKATIONER

Det eksisterende screeningsprogram for senkomplikationer omfatter nyre-, nerve- og øjenscreeninger samt et samarbejde med kardiologi om screening og behandling. Desuden koordineres forløbene nøje med andre behandlings- og komplikationsområder (fx kardiologi og neurologi) og eventuelt med primærsektoren som delte forløb. På den måde kan patientens behov for få og velplanlagte besøg tilgodeses.

SCREENING FOR KOMPLIKATIONER

SDCC's standard-screeningsprogram for komplikationer skal følge de eksisterende protokoller i Region H for screeninger. Nyrescreening foretages gennem rutinekontrol af urin- og blodprøver ved årskontrol. Det samme gælder nervescreeninger, der også aktuelt foretages på årsbasis afhængig af den enkelte patients situation. Endeligt indgår scree-

¹² Skjoldbruskkirtlens funktion.

ningen for diabetiske øjensygdomme ved den årlige status på SDCC. Ud over egne patienter varetager SDCC også graderingen af fundusfotos¹³ for alle diabetespatienter i Region H.

BEHANDLING FOR KOMPLIKATIONER

For patienter med svær nyrefunktionsnedsættelse vil dialysebehandling og andre nefrologiske behandlinger fortsat foregå på de tre nefrologiske afdelinger i Region H: Herlev og Gentofte Hospital, Nordsjællands Hospital samt Rigshospitalet. Dette imødekommer princippet om patientnærhed¹⁴. Den højt specialiserede behandling for komplekse nyrebehandlinger, fx transplantationer, vil fortsat blive varetaget på Rigshospitalet, Blegdamsvej, i tæt samarbejde med Endokrinologisk klinik.

Diabetespatienter med samtidig svigt af nyrefunktion har ofte svært ved at følge diabetesbehandlingen i diabetesambulatoriet sideløbende med deres behandling af nyresygdommen i et nefrologisk ambulatorium/dialyseafsnit på Herlev og Gentofte Hospital. Dette skal løses ved at opretholde en udgående diabetesfunktion fra SDCC. På Rigshospitalet og på Nordsjællands Hospital etableres fælles ambulatorier med deltagelse af nefrologiske og endokrinologiske speciallæger. Dette skal suppleres med en årlig statuskontrol, hvor patienten bliver tilset på diabetesambulatoriet med adgang til det nødvendige apparatur, fx i forbindelse med øjencreening og fodstatus.

Fremover skal fotokoagulationsbehandling af proliferativ diabetisk retinopati¹⁵ og diabetisk maculaødem¹⁶ samt intravitreal¹⁷ behandling samles på SDCC og udføres af tilknyttet personale fra Rigshospitalet, Glostrup. Derimod skal vitrektomi¹⁸ og anden øjenkirurgi fortsat varetages på Øjenafdelingen på Rigshospitalet, Glostrup. Derudover centraliseres kompetencer til at behandle svær autonom neuropati¹⁹, som fx gastroparese²⁰, med en samarbejdsfunktion med SDCC (placeringen af specialekompetencer afventer afgørelse fra Sundhedsstyrelsen).

1.2.3 REHABILITERING

Standardbehandlingens rehabiliteringstilbud på SDCC vil bygge på de nationale kliniske retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen (SST). Til patienter med type 2-diabetes finder SST evidens for og anbefaler en sammenhængende og struktureret livsstilsintervention, der omfatter fire rehabiliteringstilbud: sygdomsspecifik patientuddannelse, diætbehandling, øgning af den fysiske aktivitet samt rygeafvænnning²¹.

For patienter med type 1-diabetes har SST i samarbejde med bl.a. Dansk Endokrinologisk Selskab (DES) udarbejdet nationale kliniske retningslinjer for behandlingen af voksne²². Rehabiliteringstilbuddet omfatter behandlingskomponenterne insulin, kost, fysisk aktivitet, patientuddannelse og psykosocial omsorg.

Patientuddannelsen bør på SDCC tilbydes individuelt eller i grupper med skræddersyet og kulturelt tilpasset selvforvaltning. Det skal sikre fokus på patientens handlekraft og opstilling af egne mål. Kostbehandling baseres på de nyeste nationale og internationale retningslinjer og bør tilbydes individuelt eller i form af gruppevejledning varetaget af

¹³ Fotos af øjenbaggrunden.

¹⁴ De nævnte nefrologiske afdelinger har også satellitfunktioner på blandt andet Amager og Hvidovre Hospital, Hvidovre samt på Bispebjerg og Frederiksbergs Hospital, Frederiksberg.

¹⁵ Nye blodkar på nethinden.

¹⁶ Fortykkelse af nethindens gule plet.

¹⁷ Behandling af diabetisk makulaødem.

¹⁸ Glaslegemeoperation.

¹⁹ Beskadigelse af det autonome nervesystem.

²⁰ Mavesæksslammelse.

²¹ Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2-diabetes (2015).

²² Sundhedsstyrelsen 2010.

kliniske diætister. Denne behandling tager udgangspunkt i den enkelte patients behandlingsmål, aktuelle kost, livssituation og motivation for at spise sundere. Der findes også eksempler på telemedicinske løsninger, men den gavnlige effekt er endnu ikke tilstrækkeligt dokumenteret.

1.2.4 PERSONCENTRERING

Behandlingen på SDCC skal være individualiseret, fleksibel og tage udgangspunkt i patientens aktuelle livsfase – i overensstemmelse med det fastlagte grundprincip om personcentreret behandling. Det indebærer, at patientens situation betragtes ud fra et helhedsperspektiv og ikke ud fra et rent sygdomsperspektiv. Patientens værdier, præferencer og ressourcer skal søges afdækket og respekteret. Endvidere indebærer det, at patienten skal være velorienteret om mulige behandlinger og om det videre forløb forud for beslutninger herom. God kommunikation, psykosocial støtte og patientuddannelse er vigtige forhold at tage i betragtning i standardbehandlingen. Det samme er en ordentlig involvering af de pårørende.

1.3 DEN SUPPLERENDE BEHANDLING

Supplerende behandlingstilbud er et tillæg til den eksisterende standardbehandling og har til formål at forske i nye og forbedrede behandlingsmetoder, til gavn for diabetespatienterne. De supplerende behandlingstilbud på SDCC skal gennem forskningen, sætte en ny standard for det behandlingsresultat, diabetesbehandling kan opnå, og samtidig løfte og koordinere det generelle behandlingsniveau for alle diabetespatienter i Region H.

Også de supplerende tilbud kan deles op i tilbud inden for behandling, forebyggelse af sendiabetiske komplikationer samt rehabilitering. Der er tale om en række veldokumenterede tilbud, der etableres, når de nødvendige fysiske rammer er til stede. Tilbuddene er nøje udvalgt i en omfattende inddragelsesproces, med bidrag fra en lang række fageksperter i Region H. Inden for hver type af tilbud foreslås det, at der desuden etableres projekter, som afprøver, udvikler og skaber evidens for effekten af nye behandlingstilbud og dermed afklarer, om de fremover skal indgå i behandlingsspakken. De projekter, der nævnes, er en foreløbig bruttoliste, der løbende kan udvides med nye forslag, ligesom udformningen af de enkelte projekter skal konkretiseres.

Opdelingen af supplerende behandlingstilbud er vist i figur 1.3.

Figur 1.3: Supplerende behandlingstilbud på SDCC og i Region H

	Diabetesbehandling	Forebyggelse af sendiabetiske komplikationer	Rehabilitering
EVIDENSBASEREDE	<ul style="list-style-type: none"> Intensive forløb Hjemmeblodtryksmonitorering 24/7-telefon til akut rådgivning (af patienter og sundhedspersonale) Udvidet åbningstid Akuttider Afdeling til kvalitetsarbejde 	<ul style="list-style-type: none"> Screeningstilbud på SDCC: <ul style="list-style-type: none"> Hjertets autonome innervation Udvidelse af screeningstilbud i Region H: <ul style="list-style-type: none"> Måling af vibrationssans med Bio-Thesiometer (alle patienter) Udvidelse af forebyggende behandling i fodklinikker Screeningstilbud til patienter i primærsektoren: <ul style="list-style-type: none"> Måling af vibrationssans med Bio-Thesiometer, forebyggende behandling i fodklinik, øjenundersøgelse (hvert 2. år) og nyrestatus 	<ul style="list-style-type: none"> Kostbehandlingskurser Motionstilbud
PROJEKTER	<ul style="list-style-type: none"> Ungdomsklinik Støtte til sårbare grupper Drop-in-konsultationer Mobile teams 	<ul style="list-style-type: none"> Odontologisk screening (af nydebuterede og risikogrupper) Screening for hjertesygdomme Behandling af nyresygdomme Screening for søvnapnø 	<ul style="list-style-type: none"> Screening for psykisk sygdom Behandling af rygere

1.3.1 DIABETESBEHANDLING

Hensigten med den supplerende diabetesbehandling er at understøtte, forske i og med tiden udvikle standardbehandlingen gennem særlige initiativer, der tager hånd om patienternes individuelle sygdomsforløb og styrker deres aktive involvering i det.

EVIDENSBASEREDE TILBUD

Intensive forløb: Initiativet indebærer, at diabetespatienter kan henvises fra andre hospitaler og primærsektoren til intensive forløb på SDCC. De intensive forløb, som i dag er etablerede på SDC i Gentofte, vil derved blive tilgængelige for patienter fra hele hovedstadsregionen. Disse forløb omfatter blandt andet følgende eksisterende kurser på SDC:

- 1-års program for nyopdagede patienter med type 1-diabetes
- Kortere sensorforløb for dysregulerede patienter på dagshospital
- Forløbsprogram for hypoglykæmi
- Et "brush up"-kursus for personer med type 1-diabetes.

Forløbene suppleres af et udvidet udbud af kurser, som andre diabetesambulatorier også kan henvise til. At samle patienter på tværs af hele hovedstadsregionen sikrer også en tilpas stor volumen til at tilbyde specialiserede gruppeforløb, der er målrettet forskellige patientgrupper og behandlingstyper. Flere patientgrupper vil desuden få mulighed for, at deres pårørende kan deltage på kurserne.

Hjemmeblodtryksmonitorering: Dette tilbud gives til alle patienter i henhold til Dansk Kardiologisk Selskabs anbefaling. Initiativet indebærer, at man i større omfang benytter sig af døgnblodtryks- og hjemmeblodtryksmålinger. Tilbuddet vil især være relevant for nyhenviste patienter, patienter mistænkt for forhøjet blodtryk inden behandlingsstart samt for patienter med påvist lavere eller højere blodtryk hjemme end i klinikken. Tilbuddet vil kræve en moderat forøgelse af apparaturparken, der dog kan begrænses af, at flere patienter selv investerer i det anbefalede apparatur.

24/7-telefon til akut rådgivning: Telefonisk rådgivning udbydes til både patienter og sundhedsfagligt personale på andre hospitaler og i primærsektoren. Patienterne vil primært blive rådgivet af en sygeplejerske med en speciallæge som bagvagt. Den telefoniske rådgivning vil omfatte særskilte linjer til henholdsvis børn, voksne og sundhedsfagligt personale i både primær- og sekundærsektoren. Sidstnævnte gruppe kan fx modtage rådgivning om specialiseret behandling af pumpepatienter, fodsår mv.

Udvidet åbningstid: Tilbuddet skal foreløbig etableres én hverdag om ugen for alle patienttyper, som her vil kunne modtage samme behandlings- og screeningstilbud som i den normale åbningstid. Undersøgelser på SDC viser, at 10 pct. af patienterne vil foretrække en konsultation uden for den normale åbningstid. Det tilsigtes, at åbningstiden efterhånden udvides i flere af ugedagene, samt at børn og unge får mulighed for behandling i weekenderne, så den påvirker fx deres skoledag mindst muligt.

Akuttider: Særlige akuttider til patienter på SDCC skal sikre et let tilgængeligt behandlingstilbud uden lang ventetid. De akutte tider bemannes af en sygeplejerske, der fungerer som 'flyver' i ambulatoriet. Akuttiderne kan også være med til at dække eventuelle overbookninger og på den måde modvirke forsinkelser i ambulatoriet.

Afdeling til kvalitetsarbejde: SDC har i dag medarbejdere med grundig indsigt i de kliniske databaser, der anvendes i behandlingen (EPJ, LABKA m.fl.). Disse funktioner skal videreføres til SDCC og bistå personalet på alle regionens behandlingssteder med at udtrække patientdata, udføre dataanalyser og -rapportering, vedligeholde og udvikle behandlingsprocedurer samt rapportere til centrale kliniske databaser.

PROJEKTER

Ungdomsklinik: Klinikken skal forske i en forbedret overgang fra barn til ung og fra ung til voksen. Som udgangspunkt vil aldersgrænsen fra barn til ung være 16 år og fra ung til voksen 24 år. Klinikken varetager dermed behandling af patienter i alderen 16-24 år, der ofte kræver særlig støtte og opmærksomhed. Derfor skal samarbejdet også udbygges mellem sundhedsfagligt personale for børn og for voksne med speciel interesse for unge – eventuelt suppleret med tværfaglig uddannelse på området. I overgangsfaserne skal diabetessygeplejersken og kontaktlægen, der overdrager patienten fra børne- til ungdomsklinikken og fra ungdoms- til voksenklinikken, have en fælles kontakt med både patienten og den modtagende afdeling, så patienten føler sig tryk i overgangsfasen, der vil kunne strække sig over en længere periode.

Støtte til sårbare grupper: Sårbare patienter dækker over mennesker med mange og forskellige behov. Særlige grupper er de psykisk syge, fodsårpatienter, misbrugere, multisyge samt personer med anden etnisk baggrund og dårlig egenomsorg. Indsatsen over for disse sårbare patienter skal styrkes via et samarbejde med og en opkvalificering af medarbejdere ansat i psykiatrien og almen praksis samt socialrådgivere og andre medarbejdere i kommunerne. Forskningen på dette område foretages af SDCC Sundhedsfremme i samarbejde med klinikken.

Drop-in-konsultationer: Denne type af konsultationer er især rettet mod de komplicerede patienter, og behovet for dem må vurderes løbende – både i forhold til patienternes efterspørgsel og klinikens arbejdsgange. I første omgang åbner Sundhedsplatformen muligheden for, at patienten selv kan booke tid til en konsultation; dét vil ikke være direkte drop-in, men dog ofte give patienten mulighed for at komme hurtigt til. Ved akutte situationer vil der altid være en sygeplejerske eller læge, der kan varetage situationen på SDCC.

Mobile teams: Mobile teams med SDCC-medarbejdere etableres til at behandle blandt andre sårbare patienter i nærmiljøet, fx i botilbud. Desuden skal der ske en opkvalificering af hjemmesygeplejerskerne, som også i dag besøger patienterne i diabetesbehandlingen på SDC. Brugen af telemedicin og telefonrådgivning spiller også en vigtig rolle i forhold til at støtte op omkring de mobile teams' besøg. Implementeringen af Sundhedsplatformen på Region H's hospitaler vil generelt hæve kommunikationsniveauet med patienterne, men dette skal udnyttes og udvikles yderligere gennem en række projekter.

1.3.2 FOREBYGGELSE AF SENDIABETISKE KOMPLIKATIONER

Den altoverskyggende del af sygdomsbyrden ved diabetes skyldes senkomplikationer, som i alt væsentligt udgøres af skader i de store og de små kar. I de seneste årtier er der sket store fremskridt i behandlingsmulighederne for disse tilstande, hvis de identificeres i de tidlige stadier. Globalt er der derfor fokus på screeningsprogrammer for diabetisk retinopati, nefropati og neuropati, og sådanne programmer har også været etableret på SDC og i de øvrige diabetesklinikker i Region H – med nogle forskelle klinikkerne imellem.

EVIDENSBASEREDE TILBUD

Screeningstilbud på SDCC: SDCC viderefører SDC's tilbud om forebyggende behandling på fodklinikken, hvor tilknyttede fodterapeuter rådgiver i fodpleje, og hvor der er et værksted til at fremstille fodindlæg. Derudover skal det årlige screeningstilbud på fodklinikken omfatte måling af vibrationssans (med Bio-Thesiometer), fodpuls mv. For at sikre en tidlig opsporing af kardiologiske komplikationer vil alle patienter også få tilbudt en konkret vurdering af hjertets autonome innervation.

Udvidelse af screeningstilbud i Region H: Det er besluttet i Region H at etablere avancerede fodklinikker med multidisciplinære teams på alle akuthospitalerne og Rigshospitalet,

hvorfra alle patienter regelmæssigt screenes mindst én gang årligt og får målt vibrationssans med Bio-Thesiometer samt får hurtig behandling for mindre fodsår. Behandlingen af mere kroniske og komplicerede fodsår og Charcotfod henvises til sårcentret på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Bispebjerg og andre relevante ortopædkirurgiske afdelinger i meget svære tilfælde.

- Måling af vibrationssans med Bio-Thesiometer foretages systematisk som den normale del af alle patienters årskontrol; der skal være en klar definition af de opgaver, som udføres, herunder kriterier for, hvornår værdierne er høje nok til at sende patienten videre til fodklinikken.
- Den forebyggende behandling på akuthospitalernes ambulatorier i Region H skal udvides. Standardniveauet for regionens fodklinikker er beskrevet i SFR Endokrinologis anbefalinger, der bygger på en stratificering af patienterne. Sværhedsgraden af sår afgør, om patienten behandles i hovedfunktion (basal behandling), i Multi-Disciplinært Team (endokrinologisk vurdering), under en specialiseret funktion (svære tilfælde) eller i karkirurgisk regi (kirurgisk indgreb). Der mangler dog stadig en konsekvent implementering af retningslinjerne på samtlige klinikker²³ – et arbejde, SDCC vil bistå med efter aftale med en arbejdsgruppe der afdækker det præcise behov. Fodklinikkerne skal omfatte de behandlingstilbud, der i dag eksisterer på SDC, og fodterapeuterne skal organisatorisk være knyttet til SDCC for at sikre en ensartet behandling på tværs af Region H. Den enkelte patient skal have mulighed for fodscrening mindst én gang om året, og der skal derudover være mulighed for akutmodtagelse i de enkelte klinikker.

Screeningstilbud til patienter i primærsektoren: Cirka 80 pct. af alle personer med diabetes i Region H modtager deres behandling i primærsektoren. Som et supplement til det eksisterende tilbud i primærsektoren skal diabetespatientens praktiserende læge kunne henvise til en årlig pakke af sammedagsscreeninger. Såfremt det tilvælges af patienten vil screeningen foregå på et diabetesambulatorium og kan omfatte fødder, neuropati og øjne (hvert andet år). Alle screeninger foretages samlet samme dag, så det bliver lettest muligt for patienten. Undersøgelsesresultaterne sendes direkte til patientens egen læge, der varetager den fornødne dataopsamling.

PROJEKTER

Odontologisk screening: Diabetespatienter har en veldokumenteret hyppighed af infektioner og vævsnedbrydning i mundhulen, hvilket indebærer en betydelig sygdomsbyrde for organismen. Der er behov for at udvide og systematisere odontologiske screeninger, der kan diagnosticere diabetespatienter og forebygge odontologiske følgetilstande (specielt paradentose). Der er generelt meget lidt fokus på området i Region H i dag, både inden for behandling og forskning. Odontologisk screening etableres derfor som et projekt på SDCC for dysregulerede patienter (udvalgte patientgrupper) med henblik på at skabe evidens for en positiv effekt af screening. Derudover kan patienter ved sygdomsdebut få en screening foretaget af en tandplejeassistent. For behandling af odontologiske sygdomme henvises til tandlæger.

Screening for hjertesygdomme: Skjult hjertesygdom er et betydeligt problem hos diabetespatienter, især i forhold til iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og atrieflimren. Der skal etableres et tættere samarbejde med kardiologi med henblik på at udvikle et optimeret screeningsprogram for diabetespatienter med hjertekarsygdom, herunder en anbefaling af screeningsmetode (fx MR-scanning af hjertet). Derudover bør der tages elektrokardiogram (EKG) på alle patienter, når de henvises til SDCC, fulgt op af en lægevurdering. Ved mindste mistanke om kardielliskæmi og/eller hjertesvigt skal der kunne henvises akut til relevant kardiologisk udredning. Behandlingen bør foregå i tæt samarbejde med henholdsvis klinisk fysiologisk og billeddiagnostisk afdeling på Herlev og Gentofte Hospital, Herlev.

²³ En evaluering af den nuværende implementeringsgrad er i gang.

Behandling af nyresygdomme: Den nuværende samarbejdsmodel mellem diabetesklinikkerne og de nefrologiske afdelinger skal optimeres med udgangspunkt i aftalen "Det gode patientforløb" fra 2005. Som en del af dette optimeres og stratificeres overgangen fra diabetologien til nefrologien med klare ansvarsfordelinger, fælleskonsultationer samt deling af kompetencer mellem specialerne. Nøgleordet for en forbedret behandling af patienter med fremskredne nyrekomplikationer (prætransplantationskandidater) er fællesambulatorier med både nefrologer og diabetologer. De to sundhedsfaglige gruppers samlede viden vil kunne kvalificere behandlingen af komplekse patienttilfælde, hvor begges specialviden er afgørende, og gøre den til et mere sammenhængende forløb for patienten.

Screening for søvnapnø: Skønsmæssigt lider 20-30 pct. af diabetespatienter af søvnapnø, og gruppen af patienter med søvnapnø har både en højere dødelighed og en lavere generel livskvalitet. Før en sådan screening indføres på SDCC, kræver det dog en evidensundersøgelse af selve behandlingen. Hvis screeningen indføres baseret på evidens, vil det blive en fast del af konsultationerne at spørge patienterne om problemer med dårlig søvn eller snorken. De deltagende diabetespatienter vil blive screenet ved hjælp af måleredskaber, som bæres under søvn i to-tre nætter. På SDCC bliver målingerne gennemgået sammen med patienten, og er de positive, henvises patienten til behandling på specialklinik.

1.3.3 REHABILITERING

Rehabiliteringstilbud er afgørende for at løfte den samlede behandling og forebyggelse af diabetes – og er et nødvendigt element i en personcentreret tilgang.

EVIDENSBASEREDE TILBUD

Kostbehandlingskurser: Der skal tilbydes kost- og diætkurser på SDCC til centrets patienter – i lighed med det tilbud, der aktuelt tilbydes på SDC af kliniske diætister. Dette inkluderer basale og udvidede kurser i kulhydrattælling samt vægttabskurser for alle diabetestyper med mulighed for implementering af nye evidensbaserede kostbehandlingsprogrammer. Der skal være særlig fokus på at udvikle patientens færdigheder på kostområdet, så patienten lettere integrerer en sundere livsstil i sin hverdag. SDCC's fysiske rammer til at undervise i, udvikle og træne disse færdigheder er af stor betydning, herunder et integreret undervisning- og produktionskøkken

Motionstilbud: I Region H er det standardbehandling for patienter med type 2-diabetes at give motionstilbud i mindst 12-ugers forløb. Det supplerende behandlingstilbud på SDCC til centrets patienter vil desuden give patienter med type 1-diabetes mulighed for at teste motionsdyrkning i sikre rammer. Motionsforløbet tilbydes SDCC's patienter samt patienter, der er henvist fra andre hospitaler. For alle patienttyper vil der blive lavet individuelle motionsprogrammer, der tager højde for sygdomssituationen, og der vil blive foretaget kontinuerlige tests til forskningsbrug. Det er derfor vigtigt, at centret har det nødvendige udstyr til både træning og tests, kan rumme alle slags patienter, har både fysioterapeuter og idrætsfysiologer tilknyttet samt får udviklet attraktive tilbud til patientgrupper, der ofte takker nej til motion. Som en del af tilbuddet skal patienterne sluses kontrolleret ud til deres egne træningsmiljøer – med efterfølgende tests på SDCC. Lokaler til motionstilbud og kostbehandlingskurser bør placeres tæt på hinanden, for at skabe mulighed for kombinerede forløb.

PROJEKTER

Screening for psykisk sygdom: For at øge opsporingen af psykiske lidelser hos diabetespatienter samt sikre et mere relevant tilbud til patienter med en diagnosticeret psykisk sygdom etableres der et samarbejdsprojekt med Psykiatrisk Center. Projektet fokuserer

dels på screening for psykiske lidelser, dels på særlige behandlingstilbud til psykiatriske patienter med diabetes.

Behandling af rygere: Behandlingen vil foregå som en integreret del af de generelle livsstilskurser, som introduceres i en ny udvidet kursuspakke i det intensive forløb (se også afsnit 1.3.1). Behandlingen foregår i et tæt samarbejde med kommunerne, der i dag er ansvarlige for tilbud om rygeafvænnning.

1.4 SAMARBEJDET OM BEHANDLING I REGION H

I det følgende beskrives rammerne for det fremtidige samarbejde om at udvikle diabetesbehandlingen i hovedstadsregionen, herunder hvordan samarbejdet kan være med til at sikre et højt kompetenceniveau på tværs af sektorer. SDCC skal samarbejde med aktørerne inden for diabetesbehandling og rehabilitering i både den primære og sekundære sektor, da formålet er at sikre et personcentreret behandlingstilbud i verdensklasse for alle diabetespatienter.

For at understøtte samarbejdet afsættes der to puljer i SDCC-regi:

- En pulje til Steno Partners, der skal sikre etableringen og udviklingen af samarbejdsrelationerne mellem akuthospitalerne (se også afsnit II.1.4)
- En pulje, der skal understøtte initiativer i primærsektoren samt hjælpe med tidlig opsporing af personer med diabetes.

1.4.1 RAMMERNE OM SAMARBEJDET

Samarbejdet om at udvikle diabetesbehandlingen i hovedstadsregionen tager udgangspunkt i de eksisterende samarbejdsfora: SFR Endokrinologi og Diabetesudvalget. Etableringen af SDCC vil således ikke ændre den nuværende struktur afgørende, og SDCC vil blive repræsenteret i begge disse fora.

Diabetesudvalget og SFR Endokrinologi: Diabetesudvalget skal på et overordnet plan være med til at understøtte ambitionerne for SDCC og udviklingen af samarbejdet med hospitalerne. Det vil blandt andet ske via faglig rådgivning samt anbefalinger og indstillinger til ledelsen på SDCC og hospitalerne. Derudover anbefales det, at Diabetesudvalget skal være med til at understøtte en kontinuerlig udvikling af den nuværende samarbejdsmodel i og mellem forskellige diabetesteams på tværs af SDCC og regionens hospitaler. Endelig spiller Diabetesudvalget en rolle i forbindelse med den løbende revision af den nationale behandlingsvejledning, der blandt andet kan følge af den evidens for supplerende behandlingstilbud, SDCC leverer. I Region H vil reviderede behandlingsvejledninger typisk blive diskuteret i SFR Endokrinologi, hvorefter de specialeansvarlige læger på regionens hospitaler vil blive fagligt opdateret og bedt om at sikre implementeringen på hospitalerne. Såfremt ændringen har ressourcemæssige implikationer, skal den tillige drøftes og besluttet i ledelsessystemet.

SDCC-afdeling til kvalitetsarbejde: Det anbefales, at klinikken på SDCC skal have en koordinerende kvalitetsenhed, som kan understøtte udviklingen af diabetesbehandlingen i Region H. Hensigten er, at SDC's nuværende kvalitetsmodel med 'real time'-patientdata skal udbredes til resten af hospitalerne i Region H. SDCC's kvalitetsenhed skal arbejde sammen med en ansvarlig kontaktperson på hvert hospital for at sikre analytisk bistand til at udtrække rapporter samt indrapportere lokale kvalitetsdata, der understøttes af Sundhedsplatformen. På baggrund af disse data skal SDCC indgå i arbejdet med at evaluere det aktuelle kvalitetsniveau i Region H og i samarbejde med de enkelte hospitaler identificere områder, hvor kvaliteten kan forbedres.

1.4.2 ET HØJT FÆLLES KOMPETENCENIVEAU

SDCC skal med kompetencestøtte og tilbud om målrettet kompetenceudvikling især bistå andre hospitaler i Region H med at sikre et højt kompetenceniveau hos de sundhedspro-

fessionelle. Det gælder både i patientbehandlingen og i rådgivningen af patienter og pårørende.

KOMPETENCESTØTTE

Kompetencestøtte i behandlingen af diabetespatienter på SDCC kan være særlig relevant i følgende scenarier:

- *Akutindlæggelse af patienter med type 1-diabetes og insulinpumpe*: Behandlingen varetages på akuthospital/Rigshospitalet, men understøttes af SDCC's vejledninger om pumpebehandling samt en døgnåben hotline på SDCC.
- *Diabetespatienter indlagt med andre sygdomme*: Diabetesbehandlingen varetages decentralt med en tilsynsfunktion fra det endokrinologiske speciale på det pågældende hospital. I dag varetager regionens hospitaler denne funktion på mange forskellige måder. Det kunne med fordel koordineres, så det var muligt at undersøge, hvilken model der har den bedste effekt på behandlingen af disse patienter.
- *Diabetespatienter med andre endokrinologiske sygdomme fra planområde Midt*: Behandling for andre endokrinologiske sygdomme varetages på det endokrinologiske ambulatorium på Herlev og Gentofte Hospital og understøttes i det nødvendige omfang af SDCC's personale, der varetager diabetesbehandlingen via samarbejdsaftaler.

KOMPETENCEUDVIKLING

Samarbejdet om kompetenceudvikling på tværs af Region H spænder vidt – fra fælles retningslinjer og dialog til gensidige, fokuserede ophold og delestillinger. Der bør på SDCC og de andre hospitaler være et mindre antal stillinger i klinikkerne, der er øremærket til fokuserede ophold, hvor medarbejdere fra både SDCC og de andre hospitaler kan knyttes til en anden arbejdsplads i tre til seks måneder. En sådan ordning vil fremme vidensudveksling på tværs af de forskellige diabetesambulatorier og som sidegevinst understøtte samarbejdet om uddannelse, sundhedsfremme og forskning. Det forventes, at hvert hospital fastsætter et vist antal delestillinger for sundhedspersonalet.

For sundhedsfagligt personale på SDCC og de øvrige hospitaler skal kompetenceudvikling inden for diabetesbehandling foregå via et fælles postgraduat uddannelsesstilbud, der drives af SDCC. Ambitionen er, at efter- og videreuddannelsen af læger, sygeplejersker, fodterapeuter, diætister osv. løftes til samme høje niveau på tværs af hovedstadsregionen og i højere grad end i dag formaliseres i veldefinerede forløb. Det gælder fx også kurser på diabetesteknologiske områder, hvor det er vigtigt at have samme kompetenceniveau på tværs af regionens hospitaler, almen praksis og kommuner (se også kapitel 4).

2. KLINISK FORSKNING

Klinisk forskning dækker over den patientnære forskning i diabetesrelaterede emner. Den kan både føre til bedre forebyggelse i form af tidlig opsporing af personer med særlig høj risiko samt til udvikling af nye evidensbaserede behandlingsmetoder. Målet med den kliniske forskning er direkte eller indirekte at skabe 'effekt' og 'værdi' for den enkelte patient. Dette kapitel beskriver dels den patientnære forskning, der skal foregå på SDCC, og som omfatter klinisk epidemiologi, patofysiologi og systemmedicin, kliniske studier, sundhedsteknologi og tværfaglig klinisk forskning, dels samarbejdet med andre relevante forskningsmiljøer på hospitaler, universiteter og professionshøjskoler.

Kapitlet beskriver:

- Ambition og grundprincipper for klinisk forskning
- Diabetesforskning i hovedstadsregionen
- SDCC's rolle og samarbejdsmodel inden for forskning
- Den fremtidige forskning i hovedstadsregionen
- Forskningens infrastruktur
- Interne og eksterne forskningsmidler

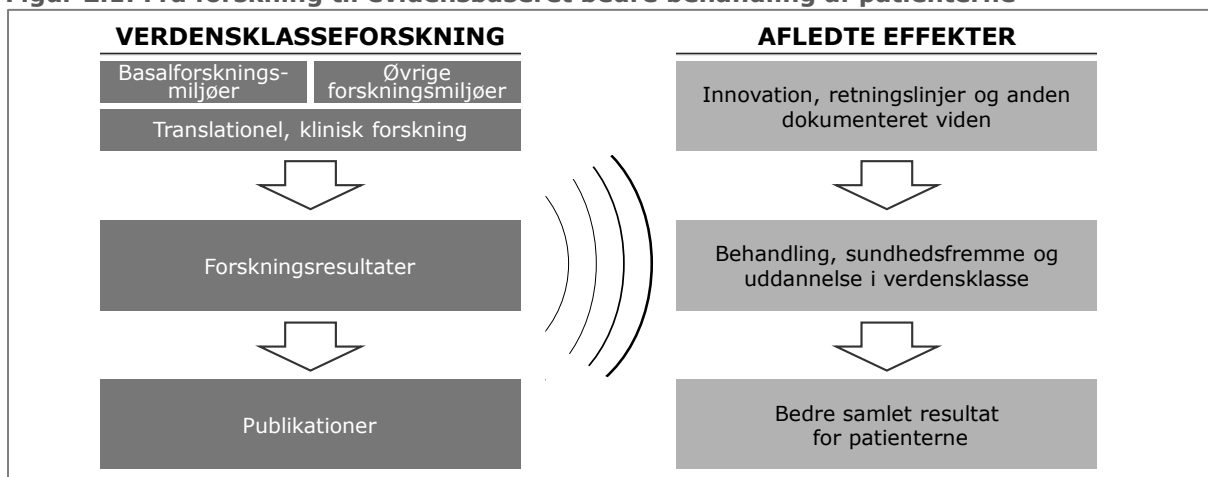
2.1 AMBITION OG GRUNDPRINCIPPER FOR KLINISK FORSKNING

2.1.1 AMBITION

Hovedstadsregionen er et af verdens førende miljøer inden for patientnær, klinisk diabetesforskning, men potentialet er endnu større. SDCC skal være med til at skabe et markant samlet løft og en stærkere sammenhæng i forskningsindsatsen på tværs af kliniske og basale forskningsmiljøer på hospitaler, universiteter og professionshøjskoler i regionen. Etableringen af SDCC er båret af en helhedstænkning om en samlet styrkelse af infrastrukturen for behandling, forskning, forebyggelse og uddannelse via et endnu tættere samarbejde mellem regionens hospitaler og øvrige vidensinstitutioner.

Med en stor patientpopulation, en topmoderne infrastruktur og et højt vidensniveau vil det være muligt at realisere nye videnskabelige samarbejder på højeste internationale niveau. Ambitionen er at skabe et samlet økosystem for diabetesrelevant forskning i verdensklasse i hovedstadsregionen – med det formål at forbedre forebyggelsen og udvikle morgendagens personcentrerede behandlingsmetoder. På den måde understøtter etableringen af SDCC også Region H's vision om et sammenhængende sundhedsvæsen med patientbehandling på internationalt topniveau. SDCC vil således ikke alene understøtte de politiske målsætninger i både Hospitalsplan 2020 og i Sundhedsaftalen 2015-2018, men også flere af målsætningerne i ReVUS.

Figur 2.1: Fra forskning til evidensbaseret bedre behandling af patienterne



2.1.2 GRUNDPRINCIPPER

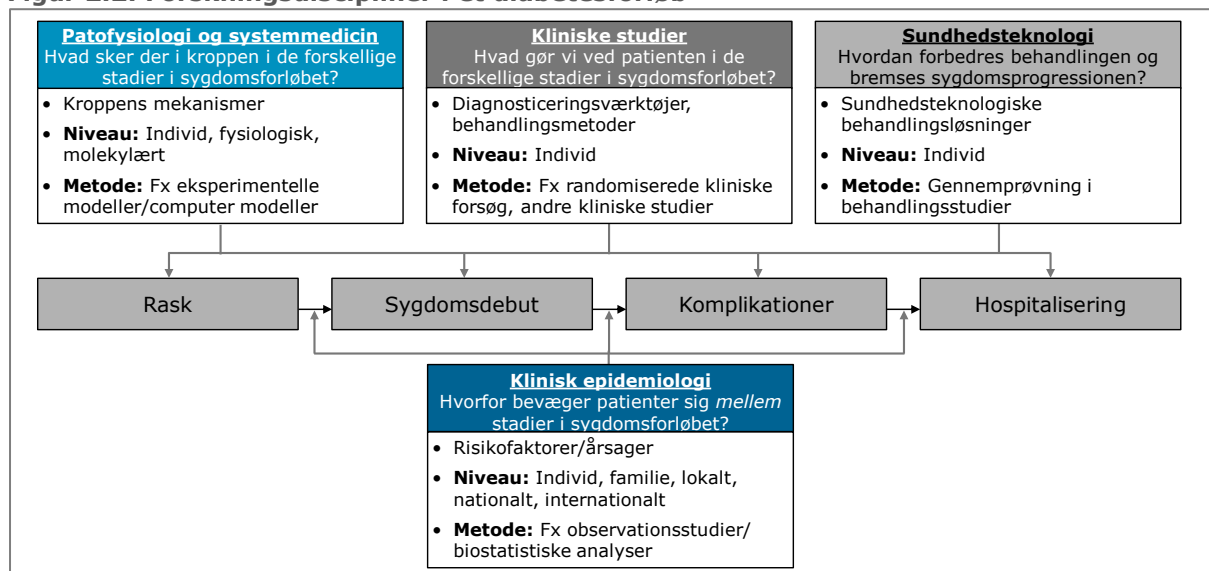
SDCC skal følge en række grundprincipper for sit eget virke og for udviklingen af samarbejdet med andre forskningsmiljøer på hospitaler, universiteter og professionshøjskoler samt med virksomheder i hovedstadsregionen:

1. Personer med eller i risiko for at udvikle diabetes skal være i centrum i den kliniske forskning. Derudover skal forskningen være "high reward", innovativ, translational, i udvalgte områder tværfaglig – og altid tage afsæt i en stor patientvolumen, der er fundamentet for en høj forskningskvalitet.
2. Resultater fra den kliniske forskning skal implementeres hurtigt i behandling. Det er afgørende, at basalforskning omsættes til klinisk forskning, og at klinisk forskning bliver implementeret i behandlingen. Målsætningen er, at forskningen på kort sigt fører til bedre retningslinjer i behandlingen og på lang sigt bedre resultater for patienterne.
3. Strategien for den kliniske forskning skal være integrerende og dynamisk. Strategien skal omfatte både SDCC og Steno Partners, og forskningen skal foregå i tæt samarbejde mellem SDCC's tilknyttede forskere, associerede forskningsmiljøer samt industrien og andre samarbejdspartnere både regionalt, nationalt og internationalt.
4. Den kliniske forskning skal bidrage med forskningspublikationer af høj kvalitet og med høje bibliometriske scorere. Det skal sikres via samarbejder med nationale og internationale aktører, herunder industrien.
5. En topmoderne infrastruktur skal understøtte den kliniske forskning. Det gælder blandt andet de fysiske rammer og dataplatformen og skal sikres gennem et tæt samarbejde med universiteter og hospitaler om at udnytte faciliteter.
6. Grundbevillingen skal sikre kontinuitet og kvalitet i SDCC's forskning, og ambitionen er at tiltrække eksterne bevillinger, der i omfang matcher grundbevillingens størrelse

2.2 DIABETESFORSKNING I HOVEDSTADSREGIONEN

Diabetesforskning er typisk en kombination af etablerede forskningsdiscipliner og forskning i specifikke emner. Inden for hvert af forskningsdisciplinerne vist i figur 2.2 findes en række diabetesrelaterede emner, hvor hovedstadsregionen allerede har et højt forskningsniveau i international sammenligning. Det er vigtigt at udnytte og tage afsæt i disse styrkeområder, samtidig med at forskningen på udvalgte områder skal generere nye, førende forskningsfelter. SDCC skal prioritere en forskningsindsats, der ligger i krydsfeltet mellem på den ene side Region H's nuværende kompetencer og på den anden side de mere "risikable" forskningsfelter, der ventes at blive afgørende for at forbedre behandlingstilbuddet.

Figur 2.2: Forskningsdiscipliner i et diabetesforløb



Hovedstadsregionen er hjemsted for en række forskningsmiljøer på institutioner, universiteter, hospitaler og i virksomheder, der tilsammen udgør en stærk forskningsakse inden for en lang række diabetesrelaterede emner. SDC fokuserer bredt på forskning med fokus på at forstå, forebygge og behandle diabetes og sygdommens afledte komplikationer. Andre hospitaler og institutter har et mere snævert fokus. Traditionelt har de mere teoretiske forskningsinstitutioner som Københavns Universitet (KU) og Danmarks Tekniske Universitet (DTU) været stærke inden for basalforskning, herunder patofysiologi og systemmedicin, mens den kliniske forskning især har fundet sted på regionens hospitaler og SDC, der kan trække på et stort og bredt patientgrundlag.

Blandt de specifikke emner inden for diabetesforskningen, hvor hovedstadsregionen har høje kompetencer på tværs af forskningsdisciplinerne, kan nævnes: årsagssøgende epidemiologi, tarmsystemet, genetik, celleøer, muskelfysiologi samt nyre-, kardiovaskulære og øjenkomplikationer.

Diabetesforskningen i hovedstadsregionen står med en række udfordringer og uudnyttede muligheder som fx:

- Et fragmenteret forsknings-økosystem med mange små forskningsmiljøer
- Utilstrækkeligt fokus på translational forskning
- Begrænset international synlighed
- Manglende udnyttelse af det fulde patientgrundlag og -data
- Utilstrækkelig brug og deling af infrastruktur.

Der er dog samtidig – og særlig i kraft af etableringen af SDCC – gode muligheder for at realisere større synergier mellem de forskellige forskningsenheder. Derfor bør SDCC etableres som et koordinerende kraftcenter inden for en række udvalgte områder med højt udviklingspotentiale. På den måde kan de relevante forskningsmiljøer på hospitaler og universiteter samles i et forpligtende, frugtbart samarbejde, der også er med til at positionere Region H internationalt – og dermed tiltrække yderligere bevillinger og talent til diabetesområdet.

2.3 EN SAMARBEJDSMODEL FOR FORSKNINGEN

Hovedstadsregionen har med forskningsmiljøerne på hospitaler og universiteter en stærk position inden for basal og klinisk diabetesforskning. Som nævnt er forskningsgrupperne dog ofte relativt små, og der er potentiale for at øge koordineringen og styrke samarbejdet mellem især:

- basalforskere og kliniske forskere

- diabetologiske forskningsområder og klinikken
- klinisk forskning, primærsektoren og den hospitalsbaserede diabetologi

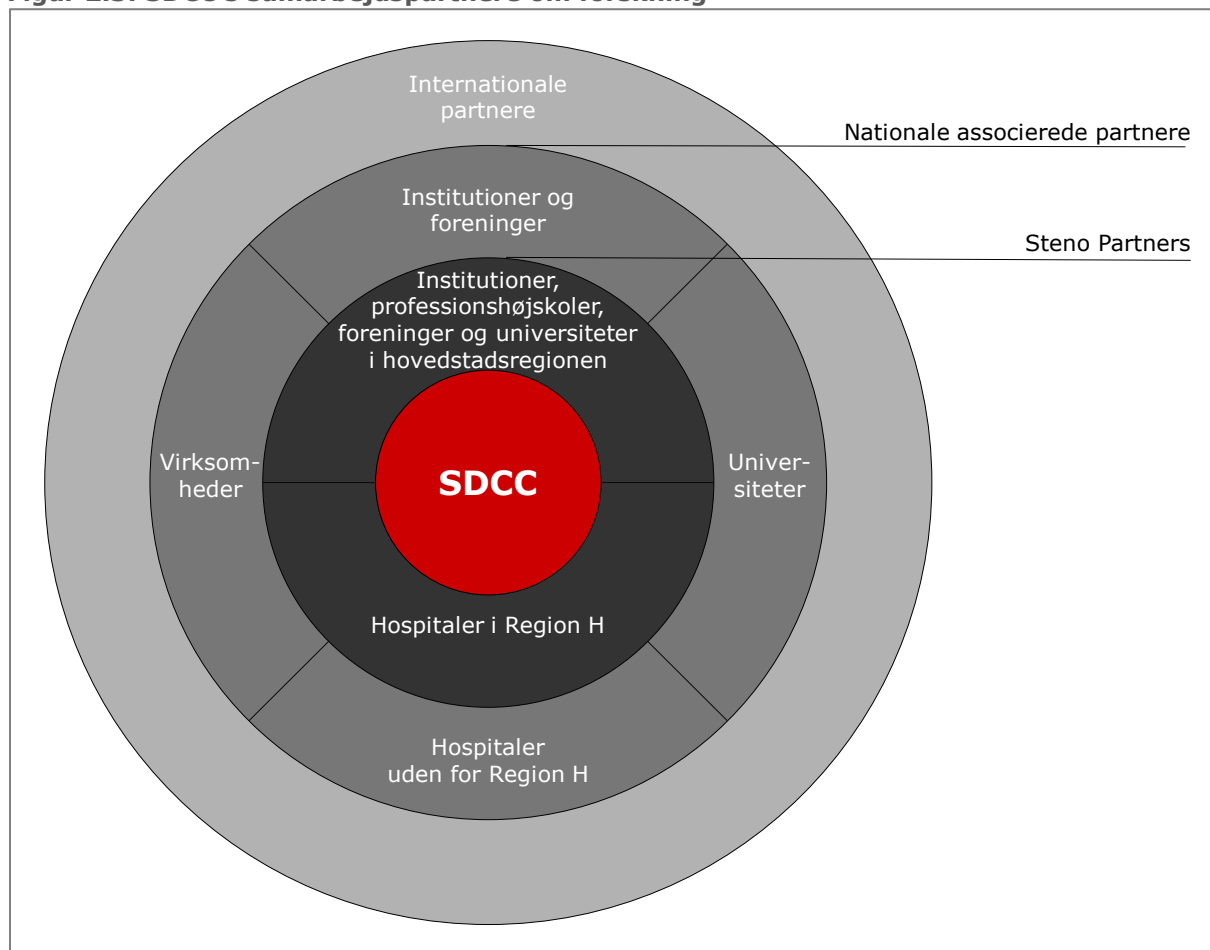
SDCC bliver en ny platform for sådanne samarbejder og en mere intensiv interaktion i hele diabetesforskningens økosystem. Centret skal udnytte, styrke og udvikle de kompetencer, der allerede eksisterer, og skal derfor være åben over for forskningssamarbejder, hvor centrets patientpopulation, infrastruktur, ressourcer og kompetencer kan aktiveres. SDCC skal også tilgodese andre regionale forskningsmiljøers behov for at tilgå en større patientpopulation med de unikke muligheder, det giver forskningen.

Det er afgørende at SDCC bidrager til en inddragende videnskabelig dialog på tværs af partnerinstitutionerne samt sikrer at de samlede ressourcer, som tilføres området, anvendes optimalt. Principperne for SDCC's samarbejder med andre aktører kan sammenfattes i følgende punkter:

- Tag udgangspunkt i allerede etablerede diabetesforskningsgrupper i Region H
- Undersøg forskningspotentialet i grænseområder mellem fx basalforskning/klinisk forskning, pædiatri/voksenområdet mv.
- Opbyg formaliserede samarbejder med andre store forsknings- og uddannelsesinstitutioner som fx KU, DTU og professionshøjskolerne
- Udnyt mulighederne for at optimere samarbejdet med biotek- og lægemiddelindustrien samt andre industripartnere
- Hav nationalt udsyn igennem samarbejder med Steno-centrene
- Hav internationalt udsyn; tag eventuelt afsæt i det nordiske netværk, men udvid siden horisonten
- Skab klare karriereveje for kliniske forskere; læg vægt på at udvikle og tiltrække forskningstalenter
- Gør forskningen internationalt synlig med henblik på at tiltrække investeringer, viden og talent.

SDCC's samarbejdspartnere kan deles op i to lag: inderkredsen, der udgør Steno Partners, samt en kreds af associerede nationale og internationale partnere (*se figur 2.3*).

Figur 2.3: SDCC's samarbejdspartnere om forskning



2.3.1 STENO PARTNERS

SDCC's ambition om at skabe et forskningsmæssigt kraftcenter gennem samarbejder fordrer, at SDCC og disse forskningsmiljøer udvikler fælles målsætninger og arbejder med fælles retningslinjer over en lang tidshorizont. Dette skal realiseres via modellen Steno Partners, hvilket i første omgang vil være akuthospitalerne, Rigshospitalet og Bornholms Hospital. Modellen er fundamentet under en formaliseret, forpligtende struktur, der samtidig sikrer stor frihed inden for de enkelte forskningsprojekter.

En Steno-partner er en nær samarbejdsinstitution, der har viden og kompetencer til at samarbejde om basalforskning og klinisk forskning med stort potentielt udbytte ("high reward"). Steno-partnerne skal have en samlet ambition og et fælles mål om at løfte niveauet for diabetesforskningen i hovedstadsregionen. Som partner har man samtidig mulighed for at søge Steno Grants-puljen i NNF, der er øremærket til samarbejdsprojekter på diabetesområdet.

For at facilitere forskingssamarbejderne mellem Steno-partnerne skal der oprettes et forsknings- og udviklingsorienteret Steno Faculty, der er forankret hos SDCC. Fakultetet skal have særlig fokus på tværfaglig klinisk forskning og være en katalysator for forskningsaktiviteter på alle niveauer. Der skal fx oprettes et Steno Faculty for veletablerede forskere samt et netværk for yngre talenter – med fokus på de udfordringer og udviklingsområder, der er relevante for de respektive grupper. Som udgangspunkt skal der afholdes mindst ét større Steno Faculty-møde årligt på tværs af alle Steno-centre og med NNF som vært – foruden faglige seminarer og lignende. NNF skal være en aktiv del af samarbejdet på tværs af forskningsaktører og faciliterer i tæt samarbejde med SDCC afholdelsen af møder og symposier i regi af Steno Faculty Danmark.

2.3.2 ASSOCIEREDE PARTNERE

De associerede partnere skal samarbejde med SDCC om specifikke projekter, og det er således ikke nødvendigt at samordne aktiviteterne i en rammeaftale. Dette yderste lag udgøres primært af nationale og internationale forskningsinstitutioner.

Nationalt: Samarbejdet med andre danske hospitaler, virksomheder og forskningsinstitutioner vil blandt andet handle om at iværksætte større kliniske studier. Et nationalt netværk af diabetescentre vil fx lette vejen for virksomheder, der vil gennemføre kliniske studier. Ved at kombinere de forskellige forskningsmiljøers patientkohorter vil man formentlig også kunne gennemføre studier med større volumen og tyngde end i dag. Dette netværk af forskningsmiljøer vil blive yderligere styrket, i takt med at der oprettes Steeno-centre i de andre regioner.

Internationalt: SDCC skal udvikle sig til et internationalt fyrtårn inden for behandling, forskning, sundhedsfremme og uddannelse. Derfor er det afgørende, at SDCC er et bindeled til førende internationale miljøer og deltager aktivt i internationale projekter. Det kan fx være i samarbejde med:

- Diabetescentre og hospitaler i udlandet
- Udenlandske eller overnationale politiske organisationer som NIH²⁴ og EU
- Foreninger som JDRF²⁵
- Virksomheder som Sanofi, Merck, Eli Lilly og Novo Nordisk.

SDCC har som målsætning at være primus motor i tværregionale forskningsprojekter med internationale partnere samt 1-3 gange årligt at afholde forskningsdage for både danske og udenlandske forskere.

2.4 DEN FREMTIDIGE FORSKNING I HOVEDSTADSREGIONEN

SDCC's forskningsfokus skal være patientnær, translational klinisk forskning, der bygger bro mellem klinisk epidemiologi, patofysiologi, systemmedicin, kliniske studier, sundhedsteknologi og tværfaglig klinisk forskning – alt sammen med henblik på at føre resultaterne ind i behandling og forebyggelse.

Den vigtigste opgave for SDCC bliver at aktivere den viden, der bliver genereret inden for de forskellige forskningsdiscipliner både internt i SDCC, på hospitalerne og i hovedstadsregionen som helhed. Centret skal via tætte samarbejder trække på Region H's samlede forskningsressourcer og sætte ny viden i spil i kliniske studier.

SDCC har i udgangspunktet ikke fokus på basalforskning, men på at omsætte den basale forskning, der fx udføres på universiteterne, til nye behandlingsmetoder – blandt andet ved at udnytte sit brede patientgrundlag.

En stærk tværdisciplinær forskningsakse i Region H vil blandt andet kunne levere en dybere og mere samlet forståelse af spørgsmål som:

- hvorfor forskellige typer af diabetes opstår
- hvad der sker, når sygdommen indtræder
- hvilken behandling der er mest effektiv i sygdommens forskellige faser
- hvordan man bedst sikrer kvaliteten i det samlede patientforløb.

Sammen vil SDCC og de andre forskningsmiljøer i Region H væsentligt kunne forbedre både forebyggelse og behandling. SDCC skal gå forrest i inddragelse af og samarbejde med patienter og andre interessenter som kommunale institutioner om forskning; både

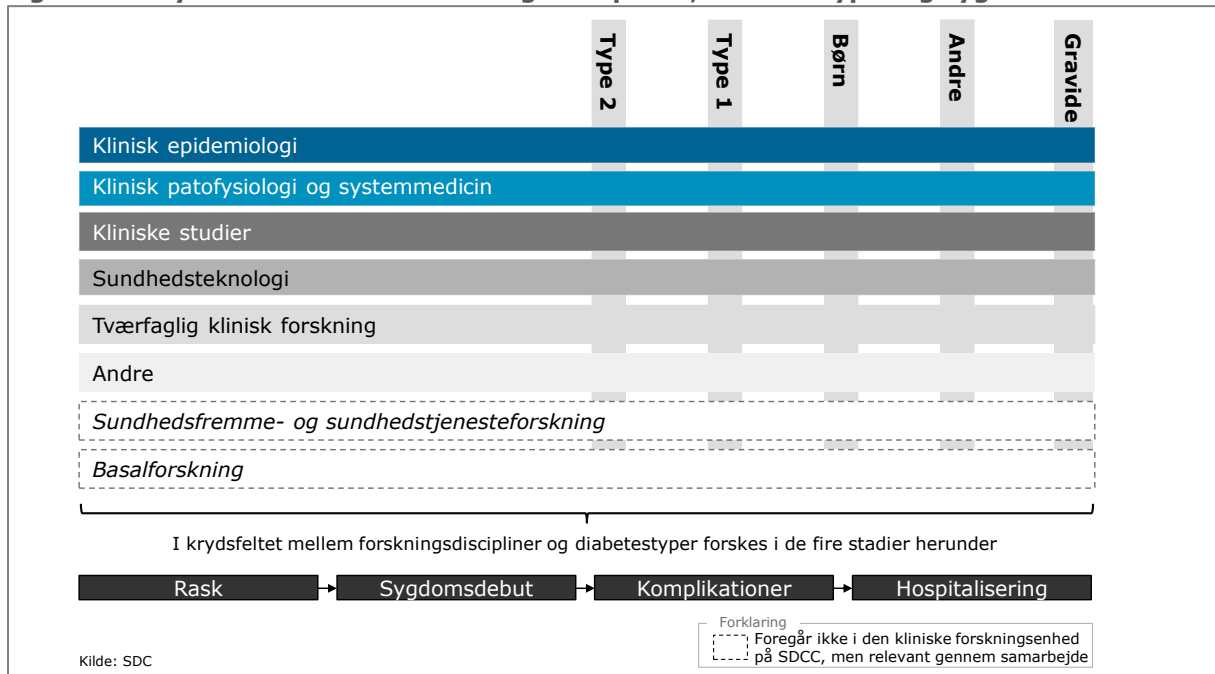
²⁴ Det amerikanske National Institutes of Health

²⁵ Non-profit organisation, hvis formål er at støtte medicinsk forskning i bedre behandlingsmetoder og helbredelse af primært type 1-diabetes.

formulering af forskningsprojekter og i gennemførelsen af projekterne. Herunder skal aktiv kommunikation til patienterne om projekter og resultater være en målsætning.

Figur 2.4 viser, at forskningsdisciplinerne kan anvendes inden for hver diabetestype og på tværs af forskellige stadier i sygdomsforløbet. Fremtidens diabetesforskning vil i høj grad foregå multidisciplinært – i krydsfelterne mellem forskningsdiscipliner, diabetestyper og sygdomsstadier.

Figur 2.4: Krydsfelter mellem forskningsdiscipliner, diabetestyper og sygdomsstadier



Det overordnede princip for forskningen på SDCC og i de samarbejdende forskningsmiljøer i Region H er "high reward". Det vil sige at vælge forskningens hovedområder ud fra, hvor forskningen ligger bedst grundlag for evidensbaseret behandling.

Blandt de "high reward"-hovedområder, hvor Region H i dag har stærke forskningskompetencer, kan nævnes: årsagssøgende epidemiologi, nyre-, kardiovaskulære og øjenkomplikationer samt kliniske interventionsstudier. Forskningen i disse emner skal videreføres til SDCC, men suppleres med nye "high reward"-områder, hvor forskningen i Region H skal være i verdensklasse om 5-10 år.

Figur 2.5 giver et overblik over en række af de forskningsmæssige hovedområder, SDCC's kommende forskningsstrategi kan tage afsæt i.

Figur 2.5: Udvalgte hovedområder i den kliniske forskning

		FORTSATTE HOVEDOMRÅDER	NYE HOVEDOMRÅDER
Klinisk epidemiologi	Registre og kliniske databaser	<ul style="list-style-type: none"> Klinisk epidemiologi og big data Gravide før, under og efter graviditet Yderligere opbygning af registre og kliniske databaser 	<ul style="list-style-type: none"> Big data Børn efter fødsel
Patofysiologi og systemmedicin	Tidlig sygdomsbiologi og integrativ patofysiologi	<ul style="list-style-type: none"> Tarmsystemet; fx GLP-1, GIP Muskler Genetik "Computational" medicin; fænotypering 	<ul style="list-style-type: none"> Metabolisme; fx molekulære mekanismer Patogenese (type 1-diabetes)
	Sen-komplikationer	<ul style="list-style-type: none"> Nyre-, kardiovaskulære og øjenkomplikationer 	<ul style="list-style-type: none"> Komplikationer i hjerne, nerver, fødder og øjne (udvidet forskning) Transplantationsområdet
Kliniske studier	Interventionsstudier	<ul style="list-style-type: none"> Effekt af behandling og interventioner på alle stadier af sygdommen 	<ul style="list-style-type: none"> Yderligere professionalisering af kliniske afprøvninger
Sundhedsteknologi	Diabetesteknologi	<ul style="list-style-type: none"> Insulinpumper og glukosesensorer "Closed loop"; automatiseret beregning af insulinbehov 	<ul style="list-style-type: none"> Billeddiagnostik Telemedicin og patientapps; reducere sundhedsudgifter og imødekomme sårbare grupper
Tværfaglig klinisk forskning	Klinisk diabetologi	<ul style="list-style-type: none"> Klinisk udvikling; primært test af nye behandlingsstrategier Glykæmi (hypo/hyper) 	

Note: Nogle fokusområder vil naturligt føre over i andre forskningsfelter, der ikke er nævnt selvstændigt i oversigten.
 Kilde: SDC; diabetesambulatorierne i Region H; forskningsinstitutionerne i Region H

De hovedområder, hvor Region H allerede har kompetencerne, er ofte "high reward – low risk", hvorimod nye hovedområder typisk er "high reward – high risk". Forskning i verdensklasse forudsætter en vis risikovillighed, og derfor bør der inden for alle hovedområder også findes potentielle "high risk"-projekter. På baggrund af de fem hovedområder er der udarbejdet en mere specifik forskningsstrategi, der skal være vejledende for forskningsindsatsen på SDCC og forskningssamarbejdet med Steno-partnerne. I de følgende afsnit præsenteres nogle af hovedtrækkene i strategien i kort form.

2.4.1 KLINISK EPIDEMIOLOGI

Registre og kliniske databaser: De nordiske lande er verdensførende inden for kliniske registre og dokumentation af sundhed. Danmark har især styrker i befolknings- og sygdomsregistre samt tilhørende færdigheder i registerstatistisk analyse og epidemiologi. Mange års erfaring viser, at hvis denne ekspertise integreres tæt med udviklingen af klinisk forskning og pleje, rummer det et stort potentiale til at kunne levere translational forskning på tværs af livsstadier – med det slutmål at forbedre den fremtidige behandling. Etableringen af SDCC er en unik mulighed for at konsolidere klinisk epidemiologi og "big data" som forskningsområde og placere Danmark i en international førerposition på området. Målet er, at SDCC skal bistå ved opbygningen og driften af nationale registre, kliniske databaser og biobanker, hvor der akkumuleres væsentlige mængder vævs- og celleprøver. SDCC skal også være en vigtig formidler af viden om klinisk epidemiologi, registerforskning og farmakoepidemiologi til brug i forskning og sundhedsfremme på tværs af Region H og nationalt.

2.4.2 PATOFYSIOLOGI OG SYSTEMMEDICIN

Tidlig sygdomsbiologi: Region H har flere førende grupper inden for tidlig sygdomsbiologi og patogenese. Dette er et oplagt område for et forskningssamarbejde mellem klinisk forskning og basalforskning, der også omfatter alle grupper med særlig interesse i "omics". Især de nye "metabolomics", "lipidomics" samt de systemmedicinske teams på SDC udgør en ny laboratorieplatform med databehandling til at understøtte forskningen i alle aspekter af type 1- og type 2-patogenese og diagnostik. KU ønsker at etablere en ny

“proteomics”-facilitet, knyttet til proteincentret og Max Planch i München. Ambitionen er i samarbejde med kliniske forskere at undersøge proteomics af tidlig diabetesudvikling samt sendiabetiske komplikationer. Genomforskning og “epigenomics” er allerede vel-etableret i Center for Basal Metabolic Research (CBMR) på KU og bredt anvendt inden for forskningen i metabolisme. SDCC's samarbejde med disse miljøer åbner tillige mulighed for en helt ny viden inden for klinisk genetik, der skal udvikles i overensstemmelse med strategien for en bedre diabetesbehandling. Det samme gælder samarbejdet inden for feltet tarmens mikrobiom, ledet af forskere ved CBMR i samarbejde med en række kliniske forskere, som vil få base på SDCC. Hensigten er, at SDCC i vid udstrækning udkrystalliserer de problemstillinger, man ønsker at samarbejde om med basalforskningsmiljøerne, samt stiller infrastrukturen til at løse problemstillingen til rådighed. Centret skal således være katalysator for et tæt samarbejde ved hyppigt og systematisk at afholde tværfaglige møder og arrangementer mellem de to forskningsmiljøer. Samarbejdet vil også blive understøttet af de nye laboratoriefaciliteter og andre fysiske rammer på SDCC, der imødekommer basalforskeres behov. Endelig gør integrationen af pædiatri og voksen diabetesbehandling det muligt at udnytte eksisterende viden og samarbejder til at udvikle et helt nyt område med fokus på forebyggelse og tidlig intervention i type 1-diabetes.

Integrativ patofysiologi: Flere grupper udfører fremragende forskning i human patofysiologi, men i adskilte siloer. Styrkeområder omfatter diabetisk nyresygdom, den tarmendokrine akse, inkretinfysiologi, motionsfysiologi, muskelmetabolisme og forskning i hypoglykæmi. Diabetesforskning har historisk set koncentreret sig om bugspytkirtlen, men en mere holistisk forståelse af sygdommens patofysiologi kan lede til mere målrettet behandling og forebyggelse. Formålet er at diagnosticere ud fra, hvad der er årsagen til, frem for konsekvensen af diabetes. Etableringen af SDCC gør det muligt at skabe verdensklassefaciliteter til kliniske eksperimenter og fænotype karakteriseringer af mennesker, herunder muligheden for 24-timers observation og langsigtede studier. Sådant en klinisk forskningsenhed vil skabe mulighed for:

- Helkropsstudier af energiomsætning med stabile isotoper
- Clamp-undersøgelser, herunder kalorimetri
- Biopsistudier
- Faciliteter for sjældne fænotype vurderinger (sjældne sygdomme)
- Funktionelle genetikstudier.

Der er gode modeller for lignende enheder internationalt, hvorfra man kan hente inspiration til både organisationens fysiske design og integrationen med det kliniske forskningsmiljø.

Senkomplikationer: Senkomplikationer er de ultimative manifestationer i sygdomsforløbet. Foruden diabetisk nyresygdom er det vigtigt at drage nytte af nuværende kompetencer inden for og forske videre i den diabetiske fod, kardiovaskulære sygdomme samt øjenkomplikationer. Ud over disse traditionelle senkomplikationer er der i dag et tiltagende fokus på en række andre konsekvenser af diabetes, såsom lungeinfektioner og cancer; det er vigtigt med tiden at få evalueret, hvad dette betyder, når sammenhænge bliver bedre beskrevet. Forskning i senkomplikationer skal primært foregå på SDCC, givet patientgrundlaget og den brede palette af komplikationsbehandlinger. Forskningen skal dog bygge på et tæt samarbejde med de forskningsmiljøer, der har høje kompetencer inden for det pågældende komplikationsområde.

2.4.3 KLINISKE STUDIER

Professionalisering af kliniske afprøvninger: SDCC og det kommende nationale netværk af Steno-centre er den ideelle platform for en nyt professionelt diabetessamarbejde – i første omgang i hovedstadsregionen og senere landsdækkende. Et sådant netværk vil gøre det væsentligt lettere at tiltrække, gennemføre og administrere kliniske afprøvninger og interventionsstudier inden for diabetesområdet. Målet er ved at udnytte den kriti-

ske masse i et tværregionalt samarbejde at etablere en state-of-the-art-facilitet, der kan tiltrække og koordinere forsøg på alle stadier fra fase 1 til fase 4. I den forbindelse er det også vigtigt at drage fordel af nærheden til klyngen af danske og internationale life science-virksomheder i Region H, der allerede har veletablerede videnskabelige relationer til mange danske diabetologer. Initiativet kan med fordel bygge videre på det NEXT-samarbejde om infektionsmedicin, lungemedicin, dermatologi og cancer, der er etableret mellem Region H, de øvrige regioner, universitetshospitaler og universiteter samt industrien.

2.4.4 SUNDHEDSTEKNOLOGI

Diabetesrelateret teknologi omfatter især insulinpumpebehandling, kontinuerlig glukosemåling, andre typer af beslutningsstøtte til behandlingen, "closed loop"-terapi, billeddiagnostiske teknikker og telemedicin.

Insulinpumpe: SDC har en af verdens største insulinpumpeklিনikker, og med sine mere end 800 patienter er den langt den største i Norden. SDCC har potentiale til at få over 1.500 patienter i pumpebehandling og blive et internationalt førende center inden for alle aspekter af denne behandling. Der skal derfor etableres en regional forsknings- og udviklingsenhed, der arbejder tæt sammen med klinikken om at videreudvikle insulinpumpeteknologi og beslutningsstøttesystemer til patienterne. Enheden skal blandt andet besidde ingeniør- og IT/tekniske kompetencer, der sikrer et dynamisk samarbejde med fx DTU. Enheden skal fokusere på patientnær forskning, innovation og implementering inden for såvel pumpeteknologi som anden sundhedsteknologi.

"Closed loop": Det vil være et kæmpe fremskridt for patienter med type 1-diabetes, hvis de ikke til hverdag behøver at tælle kulhydrater eller selv beregne deres insulinbehov. "Closed loop" er en automatiseret insulinpumpe, der konstant forbedres, men endnu ikke er anvendelig. SDCC skal derfor være med til at udvikle og implementere teknologien. Det er et felt præget af global konkurrence, hvor der på verdensplan er fem-seks grupper, som gør fremskridt. Én af disse hører hjemme i hovedstadsregionen og er primært et samarbejde mellem Hvidovre Hospital, DTU og industrielle partnere. Skal Danmark konkurrere internationalt på dette område, er det nødvendigt med kritisk masse og investeringer i forskningen. SDCC tilbyder den perfekte platform for en sådan udvikling. Grundlaget for et stærkere samarbejde er på plads, og det vil kunne etableres allerede i løbet af 2016.

Billeddiagnostik: Billeddiagnostik er et vigtigt nyt felt i diabetesforskningen. Det vil være et vigtigt udviklingsområde for SDCC i samarbejde med billeddiagnostiske afdelinger på Herlev og Gentofte Hospital, Herlev, Amager og Hvidovre Hospital, Hvidovre og Rigshospitalet, Blegdamsvej.

Telemedicin: Telemedicin er en veletableret teknologi, som Region H i øjeblikket kun anvender i begrænset omfang. SDCC vil kunne blive en frontløber i at implementere det i behandlingen af diabetes, da centret i kraft af sin patientpopulation fx vil være i stand til at gennemføre telemedicinske storskalaprojekter. Derudover skal SDCC også fremme udviklingen af sundhedsunderstøttende apps mv. på diabetesrelaterede områder.

2.4.5 TVÆRFAGLIG KLINISK FORSKNING

Klinisk diabetologi: Region H skal løbende teste nye strategier for behandling, patientuddannelse og intern organisering af indsatsen. Det er vigtigt for hele tiden at accelerere den kliniske forsknings udvikling og sikre, at SDCC løber i det rigtige spor. Ved at teste behandlingsstrategier kan SDCC fx styrke feltet inden for glykæmi. Udviklingen af diabetiske senkomplikationer afhænger i høj grad af den glykæmiske kontrol, og forskning heri kan bidrage signifikant til bedre forebyggelse af komplikationer.

2.5 FORSKNINGENS INFRASTRUKTUR

Den organisatoriske og fysiske infrastruktur bag SDCC's forskningsaktiviteter skal understøtte klinisk forskning i verdensklasse, sikre at forskningsresultaterne materialiserer sig i bedre behandlingsløsninger samt fremme et tæt samarbejde med samarbejdspartnere. Organisationsstrukturen er bygget op omkring de fem forskningsdiscipliner, der er skitseret i figur 2.5; den gennemgås i detaljer i kapitel 7.

2.5.1 KVALITETSSIKRING

Princippet om at sikre en høj kvalitet i forskningen skal garantere, at forskningen er både medicinsk, juridisk og etisk velfunderet. Forskningen på SDCC skal desuden være original, implementeringsorienteret og have stor nytteværdi for diabetespatienter. SDCC's forskningschef har ansvaret for kvalitetssikring på systemniveau, og de respektive afdelingsledere for at kvalitetssikre de enkelte forskningsprojekter. En ny implementeringsenhed skal kvalitetssikre forskningsresultater, inden der sker en omfattende implementering i klinikken (se også kapitel 7).

Figur 2.6 beskriver de principper for kvalitetssikring, som SDCC skal følge. Princippet afspejler, at kvalitetssikring ikke blot er et spørgsmål om at overholde gældende internationale retningslinjer og myndighedskrav, men også at sikre at både den kliniske forskning og formidlingen af forskningsresultaterne foregår på et konsistent, højt niveau.

Figur 2.6: Princippet for kvalitetssikring i forskningsenheden

KATEGORI	PRINCIPPER FOR KVALITETSSIKRING
Generelt	<ul style="list-style-type: none"> Medarbejdere dedikeret til at sikre GCP (Good Clinical Practice) Forskningsenheden skal understøttes af dataenheder, fx administrative- og data management-enheder, der bl.a. skal bistå forskningsprojekter med fundraising, standardisering af data samt juridiske og biostatistiske opgaver
Laboratorieforsøg	<ul style="list-style-type: none"> Standarder og certificeringer skal sikre, at laboratorieforsøgene følger de til enhver tid gældende retningslinjer nationalt og internationalt
Vidensformidling	<ul style="list-style-type: none"> Delestillinger og forskningsdage skal sikre intern og ekstern formidling Kontinuitet i ansættelsesforhold skal være med til at afføde en høj kvalitet i publikationer Alle data skal digitaliseres for at sikre en omfattende klinisk database
Forskningsniveau	<ul style="list-style-type: none"> Fagfællebedømmelse af publikationer og løbende benchmarking mod verdensførende centre skal sikre et kontinuerligt højt niveau Der skal være stort fokus på at tiltrække og udvikle talenter

Kilde: SDC; diabetesambulatorierne i Region H; forskningsinstitutionerne i Region H.

2.5.2 FYSISKE FACILITETER

Den kliniske forskning skal hvile på et solidt fundament af topmoderne udstyr, som også gør det muligt at bygge bro mellem basalforskning og den kliniske forskning på SDCC. Der skal således etableres et laboratorium, der både kan facilitere basalforskning og understøtte patientnær klinisk forskning af høj kvalitet, og hvor der er arbejdspladser til rådighed for samarbejdspartnere. SDCC's forskningschef skal i sidste ende godkende brugen af faciliteterne til projekter.

De fysiske faciliteter, herunder sengepladser, motionsfaciliteter og køkken, skal desuden afspejle, at forskningen er patientnær og sigter mod nye behandlingsmetoder.

Tungere apparatur som fx CT- og MR-scannere skal være på Herlev og Gentofte Hospital, mens scannere som fx DEXA skal installeres på centret. Det er også afgørende, at der på SDCC etableres frysekapacitet til daglige forskningsopgaver, mens den generelle langtidsopbevaring af vævs- og blodprøver skal ske i de regionale frysefaciliteter på hospitalerne eller den nationale biobank.

De vejledende hovedprincipper for fysiske faciliteter er som udgangspunkt:

- Højt specialiseret udstyr og udstyr, der hyppigt tages i brug, skal placeres lokalt på SDCC.
- Omkostningstungt udstyr eller faciliteter, der allerede er etableret på andre hospitaler (fx scannere) eller universiteter (fx dyrestald), skal tilgås gennem samarbejde.
- Tværgående infrastruktur, der kan komme alle forskningsmiljøer til gavn, skal som udgangspunkt ligge centralt i Region H (fx regional eller national biobank).
- Særlige rum skal ligge lokalt. Det gælder fx patientrum med mulighed for simulation/overvågning af konsultationsprocessen samt medicinrum med mulighed for simulation.
- Medicinrum skal gøres rummelige af hensyn til opbevaring af projektmedicin.
- Der skal være lokal frysekapacitet til at understøtte den daglige forskning.

2.5.3 DATAPLATFORM

Følgende dataplatforme bliver centrale for forskningsindsatsen på SDCC:

DATABASER

Sundhedsplatformen: I 2017/18 overgår både SDCC, Region Sjælland og andre til den fælles elektroniske patientjournal, Sundhedsplatformen. Den vil kunne suppleres med et integreret diabetesmodul, og SDCC vil i samspil med organisationen bag Sundhedsplatformen kunne blive frontløber i at udvikle og afprøve nye applikationer og funktionaliteter, som fx kan understøtte dialogen og samarbejdet med patienterne og samspillet med kommunerne og almen praksis. Sundhedsplatformen vil give et væsentligt forbedret overblik over patientforløb og behandlingsmetoder på tværs af hospitaler i Region H og Region Sjælland. Den vil derfor være et vigtigt redskab i interventionsstudier og kvalitets sikring.

Det er i denne sammenhæng afgørende, at der udarbejdes og inkorporeres moduler, der tillader registrering af individuelle karakteristika hos den enkelte patient, således at der kan etableres big data medicin med henblik på kategorisering af patientgrupper. Det er nødvendigt, at der kan kommunikeres med journalsystemer i de andre Steno-centre i Danmark, så der kan opsamles nationale data, bl.a. til forskningsformål. Det bør prioriteres at udvikle systemer, så historiske databaser kan overføres til det nye system.

Dansk Diabetes Database: KCEB-Øst²⁶ og KCKS-Vest²⁷ udgiver årligt en retrospektiv rapport under Dansk Diabetes Database, der aggregerer nationale data fra Dansk Voksen Diabetes Database (DVDD), Dansk Register for Børne- og Ungdomsdiabetes (DanDiabKids) samt Klinisk Kvalitetsdatabase for Screening af Diabetisk Retinopati og Maculopati (DiaBase). Databasen indeholder tal, der er relevante for metabolisme og glykæmi samt nyre-, kardiovaskulære og øjenkomplikationer. SDCC skal gennem sit brede patientgrundlag bidrage markant til at indsamle data, der kan styrke den årlige udgivelse. På sigt kan SDCC eventuelt også supplere med helt ny data om psykologiske komplikationer, neuropati, søvnapnø og andre patientrapporterede områder, der testes på projektbasis i behandlingen.

REGISTER/BIOBANK

Et register/en biobank er en organiseret samling af menneskeligt biologisk materiale, hvor oplysningerne, der er bundet i det biologiske materiale, kan henføres til enkeltpersoner. En biobank er en vigtig forskningsressource, og det er hensigten, at SDCC skal indsamle blod- og vævsprøver fra det brede patientgrundlag til oplagring i fryserum lokalt på centret. Der bør etableres en "registerparaply", der samler data på tværs af registre i Danmark fx Landspatientregisteret (LPR), DVDD og receptregistre. Visionen er, at

²⁶ Kompetencecenter for Klinisk Epidemiologi og Biostatistik-Øst.

²⁷ Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Sundhedsinformatik Vest.

der med tiden bliver etableret Steno-centre i andre dele af landet, og at de i fællesskab danner ramme om en diabetesspecifik biobank, hvor data potentielt kan tilgås af associerede forskningsmiljøer.

2.6 INTERNE OG EKSTERNE FORSKNINGSMIDLER

Indsatserne for at indfri ambitionen om translational og patientnær forskning i verdensklasse bliver finansieret via en grundbevilling og ved at tiltrække eksterne forskningsmidler, der i omfang ventes at skulle svare til grundbevillingen.

Det er vigtigt, at forskningsmidler når både basalforskere og de, der driver mere patientnær forskning, som hurtigere har stor effekt på behandlingen. Derudover skal loventende nye interne forskningsmiljøer støttes for at modne de områder, der har vanskeligt ved at søge midler eksternt. Det vejledende hovedprincip for prioritering af forskningsmidlerne er værdi og effekt for patienterne. Derfor skal der udvikles parametre til at måle, hvor stor en positiv effekt et forskningsresultat anslås at have på patientbehandlingen.

2.6.1 INTERNE FORSKNINGSMIDLER

En betydelig andel af grundbevillingen til SDCC foreslås i den årlige budgetlægning fordelt mellem faste forskningsmiljøer (Principal Investigators) på SDCC, mens en mindre andel kan søges løbende i åben, intern konkurrence – blandt andet til nye projekter og til at udvikle større forskningsprojekter i samarbejde med eksterne parter, som kan danne grundlag for ansøgninger til fx EU, NIH og fonde. Formålet med denne fordeling er at skabe balance i forskningsenheden og sikre, at forskningsmidlerne finder vej til de mere patientnære projekter. En grundbevilling til faste miljøer vil kunne fremme en kontinuerlig, langsigtet udvikling og stimulere talentudvikling.

Alle forskningsprojekter skal indgå i en løbende evaluering, der er afgørende for den interne fordeling af midler. Det skal garantere et stabilt højt fagligt niveau på tværs af forskningsenheden.

2.6.2 EKSTERNE FORSKNINGSMIDLER

Som forsker på SDCC eller forsker på hospitaler med status som Steno-partner har man mulighed for at søge bevillinger fra NNF/Steno Grants, hvis samlede bevilling er op til 50 millioner kr. per år som en del af den eksterne gearing. Steno Grants kan søges af alle Steno-centre i Danmark til samarbejdsprojekter, der involverer flere parter. Ud over Steno Grants skal der ansøges om strategiske midler både nationalt (offentlige og private fonde) og internationalt hos fx NIH og EU.

Det er ambitionen, at der årligt tiltrækkes 60-70 millioner kr. i eksterne forskningsmidler til SDCC.

Det er vigtigt, at arbejdet med forskningsansøgninger støttes, styrkes og målrettes de rigtige fonde. Det skal ske i en systematisk proces og som en del af en forskningsstrategisk prioritering. Det vil kunne sikre en højere succesrate i ansøgningerne og betyde, at forskellige forskningshold i visse tilfælde vil kunne søge i samarbejde i stedet for i indbyrdes konkurrence.

Der skal typisk følges forskellige retningslinjer afhængig af, om ansøgningen er rettet mod internationale eller nationale modtagere. Enheden for Forskning og Innovation i Region H kan rådgive om ansøgninger – ikke mindst, når der søges om international finansiering eller beløb på over 5 millioner kr. hos danske kilder. Enheden har højtspecialiseret viden på området og vil cirka to gange om året besøge SDCC for at informere forskerne om udviklingen i fondslandskabet. Desuden vil der på SDCC være en administrativ støtteenhed, der blandt andet kan bistå de enkelte forskere og samarbejdspartnere –

dels i at kvalitetssikre større ansøgninger, dels i forvaltningen af tildelte forskningsmidler.

3. SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE – FORSKNING OG IMPLEMENTERING

SDCC Sundhedsfremme og Forebyggelse – Forskning og Implementering (herfra SDCC Sundhedsfremme) dækker over den forskning, formidling og implementering, SDCC varetager i forbindelse med sundhedsfremme samt primær, sekundær og tertiær forebyggelse af diabetes²⁸.

Dette kapitel præsenterer SDCC Sundhedsfremmes ambition, forskningsområder, udbredelse i praksis samt rammerne om SDCC's interne og eksterne samarbejde.

Kapitlet beskriver:

- *Ambition og grundprincipper for sundhedsfremme og forebyggelse*
- *Eksisterende aktiviteter og fremtidige forskningsområder*
- *Udbredelse og implementering i praksis*
- *En model for internt og eksternt samarbejde.*

3.1 AMBITION OG GRUNDPRINCIPPER FOR SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE

3.1.1 AMBITION

SDCC's ambition er i samarbejde med alle relevante aktører at bidrage til forbedret diabetesbehandling og øget livskvalitet for alle hovedstadsregionens personer med diabetes, herunder at forebygge diabetes og deraf følgende komplikationer. Derudover skal SDCC i samarbejde med relevante aktører forebygge at raske personer udvikler diabetes. SDCC skal være et kraftcenter i Region H's samlede indsats for diabetesrelateret sundhedsfremme og forebyggelse. Det indebærer blandt andet at styrke samarbejde, koordinering, forskning og evidensskabelse på feltet.

Gennem innovativ og brugerinvolverende forskning skal der udvikles interventioner (teorier, begreber og værktøjer), som kan implementeres og anvendes af såvel sundhedsprofessionelle som patienter. SDCC skal bidrage til denne udbredelse ved blandt andet at samarbejde med relevante udførende institutioner som almen praksis, kommuner, hospitaler m.fl.

For at kunne løfte sundhedsfremmeindsatsen i hele regionen til højeste internationale niveau er det afgørende, at SDCC dels videreudvikler sine egne aktiviteter, dels samarbejder med og bygger videre på de eksisterende tiltag inden for sundhedsfremme og forebyggelse. De nyskabende aktiviteter kan således kobles med og tage afsæt i Sundhedsaftalen 2015-18 (Sundhedsaftalen) samt Forløbsprogrammet for type 2-diabetes (Forløbsprogrammet), og dermed bidrage til at sikre målsætningerne heri.

Ambitionen forudsætter, at der etableres tætte samarbejdsrelationer med Regions H's eksisterende institutioner inden for forebyggelse og sundhedsfremme (fx Center for Sundhed, herunder Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed og Center for HR), med nationale og internationale partnere samt internt med SDCC's øvrige kerneaktiviteter. Samarbejderne skal især fokusere på forskningsindsatsen, men også på at udbrede og implementere viden og interventioner, så flest muligt får gavn af dem. For at udnytte de enkelte institutioners spidskompetencer optimalt er det vigtigt at definere deres roller i det samlede system.

²⁸ Primær = forhindre at sygdom opstår; sekundær = forhindre videreudvikling af sygdomsproces; tertiær = formindske følger af indtrådt sygdom

3.1.2 GRUNDPRINCIPPER

For at sikre, at ambitionen opfyldes, baseres SDCC's aktiviteter inden for sundhedsfremme og forebyggelse på følgende seks grundprincipper:

1. Translationel forskning skal udvikle evidensbaserede interventioner, herunder udvikle, afprøve og formidle konkrete produkter, fx velfærdsteknologi, metoder, apps, pædagogiske spil og undervisningsværktøjer.
2. Sundhedsfremmeforskningen skal være strategisk guidet for at sikre og fastholde et skarpt fokus på udvalgte forskningsområder. Målsætningerne på disse områder kan, hvor det giver mening, omfatte både SDCC og Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed.
3. SDCC's øvrige kerneaktiviteter benyttes som et "laboratorium" til at forske i, udvikle og afprøve interventioner ved hjælp af den interne samarbejdsmodel.
4. Samarbejdet involverer relevante aktører i hovedstadsregionen, nationalt og internationalt og bidrager til et samlet løft af forskningsniveauet og forebyggelsesindsatsen samt bygger bro til brugerne, så ny viden og bedre interventioner løbende bliver implementeret.
5. Brugerne inddrages tidligt i projekter og aktiviteter. Både sundhedsprofessionelle, borgere og patienter inddrages i projekter, der har effekt på dem, og indsigt i brugernes behov bruges som afsæt for konkrete projekter.
6. Interventioner bygger på fem sundhedspædagogiske principper: 'et bredt og positivt sundhedsbegreb', 'deltagelse og dialog', 'handling og handlekompetence', 'livsforløbsperspektiv' samt 'lighed i sundhed'.

3.2 STRATEGISKE FORSKNINGSMOMRÅDER

3.2.1 SDC'S SUNDHEDSFREMMEFORSKNING

SDC's enhed for sundhedsfremmeforskning, Steno Health Promotion Research (SHPR), blev stiftet i 2010 med en vision om at være en ledende forskningsenhed, som bidrager med translationel forskning, der er målrettet forebyggelse af diabetes, forebyggelse af komplikationer samt forbedring af livskvaliteten for personer med diabetes.

De eksisterende forskningsaktiviteter er inddelt i to forskningsgrupper, 'Patientuddannelse' og 'Forebyggelse', med hver tre forskningsområder. Enhedens formidling har bestået af videnskabelige publikationer, konferencer og konferenceindlæg, rådgivning og formidling i samarbejde med offentlige myndigheder samt udvikling af en række værktøjer, der nu bruges blandt andet i kommuner, på hospitaler og i almen praksis.

ØVRIGE AKTIVITETER INDEN FOR SUNDHEDSFREMME I REGION H

Region H har en lang række aktiviteter inden for sundhedsfremme, som SDCC skal bygge på og bidrage til at videreudvikle. Blandt dem kan nævnes Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, der blandt andet beskæftiger sig med forebyggelse og sundhedsfremmeaktiviteter inden for kroniske sygdomme, herunder diabetes. Herudover har Region H's Center for HR en række relevante snitflader til SDCC, når det omhandler uddannelse og sundhedspædagogisk kompetenceudvikling. Det samme gælder Center for Sundhed i forhold til at udvikle det tværsektorielle samarbejde om kroniske sygdomme, forskning i kvalitet, patientsikkerhed og medicineringsfejl samt implementering af Sundhedsaftalen og Forløbsprogrammet.

Der er foretaget en kortlægning af de nuværende aktiviteter i Region H for at identificere snitfladerne og rollefordelingen mellem SDCC og relevante Region H-institutioner. Disse aktiviteter beskrives mere detaljeret i kapitel 3.4.

3.2.2 FREMTIDENS FORSKNINGSSOMRÅDER

De kommende aktiviteter inden for sundhedsfremme og forebyggelse indebærer en reduktion af de eksisterende forskningsområder på SDC fra seks til fem; det skal sikre en øget integration mellem og et skarpere fokus i aktiviteterne. De fem forskningsområder varetages af to forskergrupper: 'Diabetes management' og 'Diabetesforebyggelse' (se figur 3.1).

Figur 3.1: Fremtidige forskergrupper, strategiske forskningsområder og målgrupper

Forsker-gruppe	Forskningsområde	Primær forebyggelse	Sekundær forebyggelse	Tertiær forebyggelse
Diabetes management	① Diabetes-uddannelse og psykosocial støtte			
	② Diabetes og arbejdsliv			
Fælles	③ Forebyggelse og håndtering af diabetes i familien			
Diabetesforebyggelse	④ Lokalsamfund og diabetesforebyggelse			
	⑤ Skolen og diabetesforebyggelse			

Figur 3.1 viser de strategiske forskningsområder i fremtidens forskning inden for diabetes management og diabetesforebyggelse. Både forskning, udbredelse og relevante samarbejder forankres i de enkelte forskningsområder. På hvert område vil der blive udmøntet en række specifikke projekter med tilhørende partnere, designs, effektmålinger mv. Forskningsprojekterne skal generelt have et stærkt fokus på implementering og udbredelse i praksis – blandt andet via tværfaglige og tværsektorielle samarbejder og et tættere samspil på tværs af kerneaktiviteterne internt på SDCC.

1. DIABETESUDDANNELSE OG PSYKOSOCIAL STØTTE

Området omfatter udvikling af interventioner, der kan anvendes på klinikker, i kommunale forebyggelsescentre og i regionens patientuddannelse, herunder af SDCC Behandling m.fl. Fokus er på at udvikle og skabe evidens for interventioner, der forbedrer sundhedsprofessionelles mulighed for at arbejde personcentreret i praksis. Det kan fx være udvikling af apps, der støtter samarbejdet mellem den professionelle og personer med diabetes. Centrale samarbejdspartnere er SDCC's kliniske aktiviteter, regionens øvrige klinikker, Center for HR og kommunernes primære sundhedstjenester.

2. DIABETES OG ARBEJDSLIV

Nyere undersøgelser peger på, at personer med diabetes har en række udfordringer i arbejdslivet: øget hyppighed af psykosociale problemer, førtidspension mv. Dette område fokuserer derfor på at udvikle evidensbaserede interventioner, der bidrager til at holde personer med diabetes længere tid på arbejdsmarkedet og at styrke deres livskvalitet og håndtering af diabetes i arbejdslivet. Arbejdspladsen er desuden et oplagt sted at identificere og støtte personer i risiko for at udvikle diabetes.

3. FOREBYGGELSE OG HÅNDTERING AF DIABETES I FAMILIEN

SDCC skal udvikle og evaluere interventioner, som hjælper familier med at realisere en sundere livsstil. Familien er en oplagt ramme både for at støtte personer med diabetes og for at forebygge, at andre i familien udvikler diabetes (tidlig opsporing). Forskningsområdet skal være med til at skabe synergi mellem region og kommuner ved at involvere almen praksis og forebyggelsescentre blandt andet i evidensskabende projekter samt i at udvikle og udbrede ny viden og nye metoder.

4. LOKALSAMFUND OG FOREBYGGELSE AF DIABETES

Forskningsområdet fokuserer på at styrke diabetesforebyggelse via interventioner på lokalt plan. Målet er at udvikle nye interventioner, der igennem lokale netværk effektivt kan bidrage til sundhedsfremme. Det kan fx være i geografiske områder med høj koncentration af sårbare patienter og/eller risikogrupper. Her vil det være relevant at samarbejde med kommuner og andre institutioner i Region H, fx Program for Tværsektoriel Kompetenceudvikling.

5. SKOLER OG FOREBYGGELSE AF DIABETES

Da tidlig intervention er mere omkostningseffektiv på længere sigt, er skoler et vigtigt forskningsområde. Vægten lægges især på interventioner, der kan indgå som en integreret del af institutionernes virke og ikke som et ekstra tiltag oven i de daglige aktiviteter. Fokus er på såvel raske børn som børn i risiko og på samspillet mellem skole, familier og lokalsamfund. Hovedstadsregionen, Danmark og SDC har allerede en international anerkendt position på dette område, og styrket brobygning til kommunerne er en mulighed for at fortsætte den positive udvikling.

3.2.3 SAMARBEJDET PÅ TVÆRS AF FORSKNINGSSOMRÅDER

Forskningsområderne understøtter samlet set SDCC's livsforløbsperspektiv på diabetesforebyggelse og -behandling (hvor både livscyklus og livssituationer har betydning). De vil som helhed supplere og komplementere den eksisterende indsats i Region H og dermed udviklingen af det tværsektorielle samarbejde. Forskningsområderne er ligestillede og bidrager hver især unikt til livsforløbsperspektivet.

SDCC Sundhedsfremme skal sikre, at der er en overordnet integration mellem forskningsområderne. Samarbejdet på tværs af forskningsområder etableres blandt andet gennem tværgående projekter samt ved at ansætte forskere, der går på tværs af forskningsområder.

Prioriteringen af aktiviteterne inden for de enkelte forskningsområder skal til enhver tid guides af en opdateret forskningsstrategi, der udvikles i tråd med SDCC's overordnede succeskriterier.

3.3 UDBREDELSE OG IMPLEMENTERING I PRAKSIS

Den samfundsmæssige værdi af SDCC Sundhedsfremmes interventioner afgøres af, hvorvidt de anvendes effektivt af brugerne. Derfor er det afgørende at samarbejde tæt med institutioner, som har kontakt til brugerne. Temaer knyttet til implementering og anvendelse skal derfor tænkes ind i alle faser af forskningen og de evidensskabende projekter.

Det stærke fokus på udbredelse i praksis kan SDCC Sundhedsfremme blandt andet opnå ved at:

- Samarbejde med SDCC Uddannelse om at bidrage til oplysning og uddannelse af professionelle, patienter og pårørende i at anvende interventionerne. Herudover skal SDCC Behandling implementere interventionerne i deres aktiviteter.
- Inddrage brugerne og andre interessenter i alle projekternes faser, herunder især sundhedsprofessionelle i kommuner, på hospitaler og i almen praksis. Inddragelsen gælder også universiteter og professionshøjskoler, der allerede under den præ-graduate uddannelse af sundhedspersonale har en vigtig rolle i at udvikle og udbrede interventionerne.
- Øge fokus på formidling til og samarbejde med udførende institutioner om at implementere og anvende interventioner. Det skal gøre brugerne og institutionerne bevidste om både nye og eksisterende interventioner samt øge deres kompetencer til at anvende dem korrekt.
- Lægge større vægt på implementeringsforskning og evidensskabelse, herunder at vurdere samfundsgevinster og -omkostninger ved de enkelte interventioner.
- Gøre værktøjer tilgængelige som downloads, publicere artikler samt arrangere, bidrage til og deltage i relevante konferencer.

Udbredelsesaktiviteterne gennemføres i høj grad via den samarbejdsmodel, der beskrives i kapitel 3.4.

3.4 SAMARBEJDET OM SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE

Samarbejdet mellem SDCC Sundhedsfremme og de øvrige aktører bidrager både til at styrke forskningen og til at udbrede interventionerne. Figur 3.2 viser relationerne internt i SDCC, til Region H og til andre eksterne aktører, herunder brugerne og sundhedsfremmeforsknings- og forebyggelsesmiljøet. Samarbejdet tager udgangspunkt i de eksisterende samarbejdsstrukturer, der blandt andet er understøttet af Sundhedsaftalen og Forløbsprogrammet. I det følgende beskrives rammerne for samarbejdet samt ambitionen og interaktionen inden for hver af samarbejdsmodellens fire aktørgrupper:

- Internt samarbejde i SDCC
- Samarbejde med andre aktører i Region H
- Samarbejde med de udførende aktører
- Samarbejde med det øvrige sundhedsfremmeforskningsmiljø.

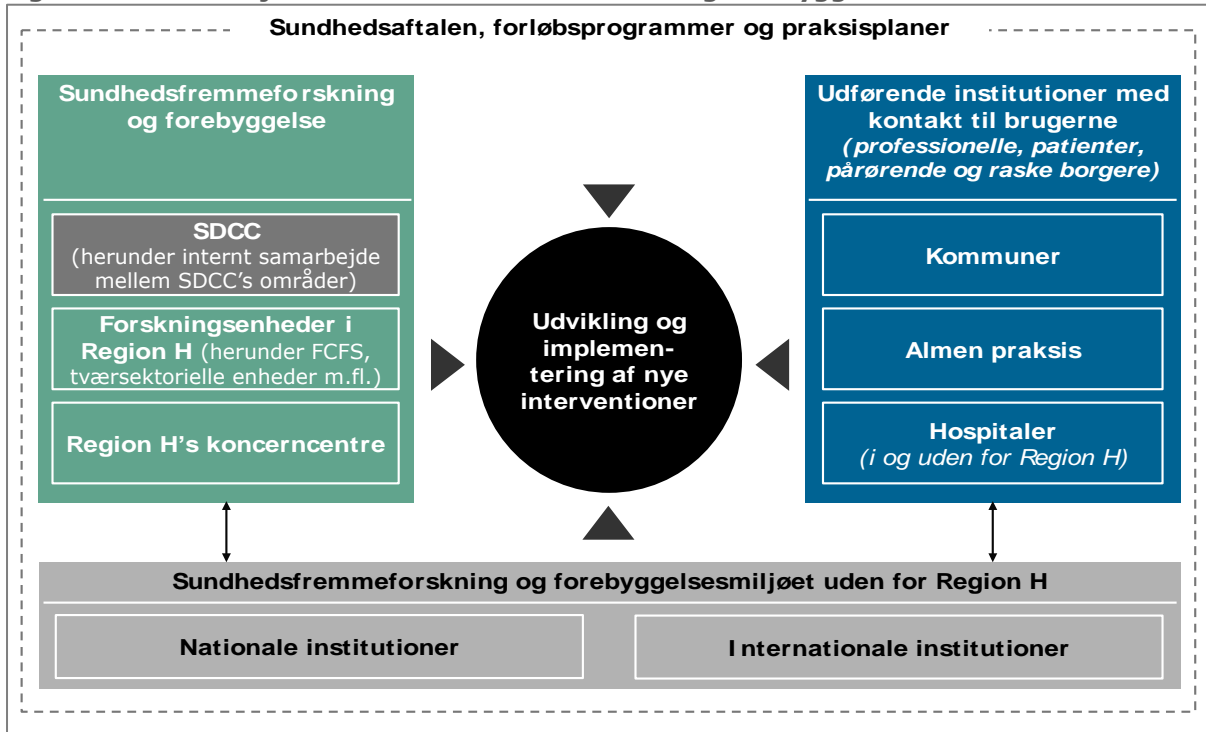
3.4.1 RAMMER FOR SAMARBEJDET

SDCC Sundhedsfremmes rolle i samarbejdet med andre aktører inden for sundhedsfremmeforskning og forebyggelse skal generelt foregå inden for følgende rammer:

- SDCC skal med sit stærke fokus på diabetes og via tætte samarbejder skabe et kraftcenter for sundhedsfremmeforskning og forebyggelse i Region H, herunder udnytte, komplementere og bidrage til allerede eksisterende sundhedsfremmeaktiviteter.
- SDCC kan både samarbejde med kort og lang tidshorizont. Eksempelvis kan samarbejde bestå såvel af rådgivning på et specifikt projekt som af udvikling og udførelse af fælles forskningsprojekter, hvor en lang tidshorizont muliggør mere ambitiøse forskningsformål og evidensskabelse.
- SDCC står i spidsen for translational forskning i primær, sekundær og tertiær forebyggelse af diabetes i hovedstadsregionen. Forskning i primær forebyggelse af diabetes overlapper i høj grad med øvrige kroniske sygdomme, mens forskning i sekundær og tertiær diabetesforebyggelse typisk er mere sygdomsspecifik. I den primære forebyggelse vil SDCC derfor ofte skulle bidrage til en bredere regional indsats uden nødvendigvis at være hovedansvarlig for projekterne.

- SDCC skal være en katalysator for innovation ved at tilbyde faciliteter og adgang til patientpopulationen, der kan understøtte samarbejder om at udvikle og afprøve nye, innovative løsninger til gavn for personer med diabetes og deres pårørende.
- Ved samarbejdsprojekter vil faste partnere kunne søge bevillinger fra Steno Grants til etablering eller drift af projektet.

Figur 3.2: Samarbejdsmodel om sundhedsfremme og forebyggelse



3.4.2 DET INTERNE SAMARBEJDE I SDCC

SDCC Sundhedsfremme skal samarbejde med SDCC's tre øvrige kerneaktiviteter om at forske, udvikle og afprøve nye evidensbaserede interventioner. Aktiviteterne i standardbehandling og uddannelse giver mulighed for at afprøve og udbrede de værktøjer og begreber, Sundhedsfremme udvikler. Supplerende behandlings forskningsbaserede tilgang vil skulle testes og udvikles i samarbejde med Sundhedsfremme. Klinisk forskning skal supplere med nye resultater inden for translationel forskning.

Det interne samarbejde faciliteres blandt andet igennem projektsamarbejder mellem kerneaktiviteterne. Det vil også styrkes af ledergruppens tætte daglige samarbejde samt via fælles evaluering og opfølgning på de fastsatte succeskriterier (se også kapitel 7).

Også deling og udveksling af personale på tværs af kerneaktiviteterne vil være med til at sikre det interne samarbejdes omfang og kvalitet. Forskere fra SDCC Sundhedsfremme kan fx undervise i de uddannelses tilbud SDCC Uddannelse udbyder, og når det er relevant, vil forskningsprojekter have tilknyttet en kliniker fra SDCC Behandling. De enkelte områders mulige samarbejdsflader til SDCC Sundhedsfremme beskrives kort nedenfor.

- SDCC Behandling agerer som sparringspartner og "laboratorium", med bidrag i form af viden om patientadfærd, behandlingsmetoder og kliniske faciliteter. Klinikken på SDCC kan indgå som aktiv partner i konkrete forsknings- og udviklingsprojekter med SDCC Sundhedsfremme, og bidrage både til udviklings-, evaluerings- og udbredelsesfaserne i projekterne. I forbindelse med udbredelsen i praksis, kan færdigudvikle-

de interventioner implementeres i behandlingen på SDCC, og klinikere kan give feedback til sundhedsfremmeforskerne på baggrund af deres anvendelse.

- SDCC Klinisk forskning bidrager primært til SDCC Sundhedsfremme ved at føde ind med nye kliniske resultater, som efterfølgende skal omsættes til konkrete interventioner. Delestillinger mellem SDCC Sundhedsfremme og udvalgte områder fra den kliniske forskning vil støtte disse processer.
- SDCC Uddannelses samarbejde med SDCC Sundhedsfremme skal sikre, at de udviklede interventioner og konkrete begreber og værktøjer videreformidles til relevante brugere på og uden for SDCC. Gennem dialogen med deltagerne i SDCC's uddannelses- og formidlingsaktiviteter bliver der desuden identificeret behov for nye værktøjer til sundhedsfremme og forebyggelse, der gives videre til SDCC Sundhedsfremme.
- SDCC Patienter og pårørende inddrages i alle faser og vil i forhold til de sundhedsfremmende interventioner kunne bidrage til ideudvikling, implementering og evidensskabelse. Data fra patientinvolvering kan desuden indgå som et vigtigt grundlag for evidensskabelsen.

3.4.3 SAMARBEJDET MED ANDRE AKTØRER I REGION H

SDCC Sundhedsfremme skal især samarbejde tæt med øvrige parter i Region H om at udbrede og implementere interventioner.

FORSKNINGSCENTER FOR FOREBYGGELSE OG SUNDHED (FCFS)

FCFS er et translationelt forskningscenter med fokus på befolkningsbaseret epidemiologi, klinisk epidemiologi samt sundhedsfremme og forebyggelse. Type 2-diabetes har altid været et af centrets forskningsområder. Derfor er FCFS en særlig relevant samarbejdspartner, hvis spidskompetencer komplementerer SDCC. Det skaber et stærkere samlet resultat og en unik fælles platform til at nå ud til en bred målgruppe.

En kerneopgave for FCFS er forskning i modeller, der hindrer udvikling af kroniske sygdomme i befolkningen. Samarbejdet mellem SDCC og FCFS er derfor særligt oplagt i forbindelse med primær forebyggelse og monitorering af diabetes i befolkningen. For at opnå en effekt på folkesundheden er det vigtigt at kombinere SDCC Sundhedsfremmes pædagogiske forebyggelsesstrategi med FCFS's bredere forebyggelsesperspektiv, der lægger vægt på en strukturel indsats i lokalsamfundet. Ud over de forskningsmæssige relationer skal samarbejdet også omfatte udbredelsesaktiviteter, eksempelvis gennem den rådgivning FCFS tilbyder region og kommuner inden for sundhedsfremme og forebyggelse.

REGION H'S KONCERNCENTRE

SDCC skal samarbejde med concerncentrene i Region H, herunder særligt Center for Sundhed og Center for HR. I samarbejdet med Center for Sundhed er særlig Enhed for Tværsektoriel Udvikling og Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed relevant. Center for HR har flere underenheder, der er relevante at samarbejde med. Blandt dem er Sektion for Efteruddannelse og Kompetenceudvikling, Sektion for Grunduddannelse, Program for Tværsektoriel Kompetenceudvikling samt Copenhagen Academy for Medical Education (CAMES). SDCC kan også samarbejde med Tværsektoriel Forskningsenhed, hvis formål det er at bygge bro mellem forskning og praksis inden for tværsektorielle patientforløb i Region H og at samarbejde med hospitalernes lokale forskningsafdelinger. Herudover vil der være relevante samarbejdsflader med kommuner og almen praksis om at udvikle og implementere i Forløbsprogrammet og Sundhedsaftalen.

SAMARBEJDSMODEL I REGION H

SDCC skal indgå som en integreret del af Region H, og det skal støttes af en række samarbejdsstrukturer. Som nævnt er særligt samarbejdet mellem SDCC, FCFS og koncerncentrene vigtigt inden for sundhedsfremmeforskning og forebyggelse. Ledelsen af SDCC Sundhedsfremme skal sammen med de øvrige aktører i Region H definere de mest optimale samarbejdsfora, men der opfordres til, at disse bygger på allerede eksisterende udvalg og strukturer.

En klar rollefordeling mellem alle aktører på fællesprojekter vil bidrage til en optimal udnyttelse af komplementerende spidskompetencer og skabe synergier. Eksempelvis kan delestillinger bruges til at styrke båndet mellem FCFS og SDCC, når det er relevant, især i forbindelse med længerevarende projekter.

3.4.4 SAMARBEJDET MED DE UDFØRENDE AKTØRER

SDCC skal igennem tætte samarbejder bygge bro til brugerne for at sikre, at interventionerne når ud til og får positiv indflydelse på patienter, pårørende og raske borgere. Sundhedsaftalen og Forløbsprogrammet kan bruges som ramme for samarbejdet inden for de relevante temaer.

Der er tre hovedgrupper af udførende institutioner med direkte kontakt til brugere: kommunerne, almen praksis og hospitalerne. Tilsammen repræsenterer de en bred adgang til populationen af patienter, pårørende og raske borgere. Derfor skal SDCC Sundhedsfremme støtte op om institutionernes arbejde og hjælpe dem med at udvikle, afprøve, implementere og anvende evidensbaserede interventioner. Dette gøres eksempelvis ved i forskning i sundhedsfremme og forebyggelse at inddrage såvel de udførende institutioner som patienter, pårørende og raske borgere samt samarbejdspartnere tidligt i forskningsforløbet – så vidt muligt allerede fra idéudvikling og projektformulering.

KOMMUNERNE

Efter henvisning fra almen praksis tilbyder kommunerne forebyggende og rehabiliterende tilbud til borgere med diabetes. I dag er der på tværs af kommuner forskel på såvel udbuddet som kvaliteten af disse tilbud. På baggrund af workshops med kommunerne er der identificeret en række behov, som SDCC Sundhedsfremme skal målrette tilbud og projekter mod. Kommunerne efterspørger især evidensskabende projekter som fx:

- Skræddersyede tilbud til særlige målgrupper, fx sårbare, etniske og multisyge patientgrupper. For at imødekomme disse behov skal SDCC Sundhedsfremme rådgive kommunerne om blandt andet konkrete tiltag og deres effekt.
- Udgående aktiviteter, hvor SDCC kommer til patienten i stedet for omvendt. Det kan fx være mobile tilbud, hvor rådgivere møder patienterne i deres nærområder.
- Projekter med fokus på at fastholde patienter længere i de rehabiliterende forløb.

Der sigtes mod et løbende, udviklingsorienteret samarbejde med kommunerne. Det indebærer blandt andet, at en struktureret evaluering bliver en integreret del af alle initiativer. SDCC vil desuden være med til at støtte og udvikle en overordnet tværsektoriel indsats.

ALMEN PRAKSIS

De praktiserende læger og deres praksissygeplejersker møder langt størstedelen af patienterne med type 2-diabetes. De fungerer også ofte som indgangen til hospitalssystemet for patienter med ny-konstateret diabetes. Almen praksis spiller derfor en vigtig rolle for både behandling, rehabilitering og forebyggelse af diabetes.

På baggrund af workshops med de praktiserende læger er der identificeret en række mulige fælles tiltag som blandt andet:

- Tilbud målrettet sårbare patienter, herunder udgående tilbud og tilbud til patienter med flere kroniske sygdomme.
- En bedre overgang mellem kommuner, almen praksis og hospitaler, herunder projekter inden for opfølgning på og evidens for rehabiliterende tilbud.
- Mulighed for konsultativ rådgivning (herunder telefonisk support) fra SDCC Sundhedsfremme om især komplicerede patienter samt gennemgang af patientcases (i samarbejde med SDCC Behandling).

HOSPITALERNE

Hospitalerne har i dag primært kontakt til patienter med type 1-diabetes samt patienter med type 2-diabetes og komplikationer. Hospitalerne samarbejder allerede i dag i varierende grad med kommuner og almen praksis om rehabilitering og forebyggelse, blandt andet ved at henvise til kommunernes tilbud.

Hospitalerne skal være en tæt samarbejdspartner for SDCC i forskningen i og udbredelsen af interventioner inden for sundhedsfremme og forebyggelse. I forskningen indgår hospitalerne typisk som samarbejdspartnere i de tidlige faser af projekter ved blandt andet at pege på relevante forskningsbehov og -muligheder. Hospitalerne bidrager også med kliniske erfaringer og input samt stiller klinikker til rådighed for forskere. I udbredelsen skal hospitalerne implementere og anvende viden og interventioner, udviklet af eller i samarbejde med SDCC Sundhedsfremme.

SAMARBEJDSMODEL MED DE UDFØRENDE AKTØRER

Hovedaktørerne skal i videst udstrækning søge samarbejder om fælles projekter, så forskningen ikke bliver søjleopdelt. Det anbefales, at samarbejderne koordineres igennem allerede eksisterende institutioner. Det kan fx være Den Administrative Styregruppe (DAS), der varetager den tværsektorielle koordinering mellem kommuner og region. På den måde forankres samarbejder mellem SDCC, hospitaler, kommuner og almen praksis i en fast og etableret struktur.

3.4.5 ØVRIGE SAMARBEJDSPARTNERE

SDCC Sundhedsfremmes arbejde med forskning, evidensskabelse, udbredelse og implementering kan med fordel inddrage aktører som forsknings- og uddannelsesinstitutioner og patientforeninger samt koble sig på en række eksisterende og kommende regionale initiativer inden for forskning, innovation og uddannelse. Denne type samarbejder kan både tjene forsknings- og udbredelsesformål. SDCC vil kunne byde ind med viden, patientadgang og unikke rammer for forskning, teknologi og projektstøtte i forskellige typer af samarbejdsrelationer med blandt andre:

- **Universiteter:** KU vil være en vigtig samarbejdspartner i fælles forskning, fx i sundhedsfremme- og forebyggelsesprojekter sammen med Institut for Folkesundhedsvidenskab, Institut for Klinisk Medicin og Biomedicinsk Institut (Systembiologisk forskning). Med Århus Universitet (AU) kan der blandt andet samarbejdes i projekter, der udnytter universitetets forskningskompetencer inden for sundhedspædagogik, voksenpædagogik, vejledning, implementering af trivsel-, kost- og motionstiltag på folkeskoler samt social ulighed og sundhed.
- **Professionshøjskoler:** Professionshøjskolerne UCC og Metropol er vigtige samarbejdspartnere, både når det gælder fælles forskning og udbredelse i praksis, herunder grund-, efter- og videreuddannelse. Professionshøjskolerne forskere, undervisere og studerende kan bidrage til at skabe nye interventioner og metoder, der kan løftes ind i uddannelserne og ud i praksis i både primær- og sekundærsektoren. Begge steder

uddanner professionshøjskolerne de største personalegrupper. Derfor er de vigtige samarbejdspartnere i projekters design-, udviklings- og startfase, når det gælder uddannelse, forskning og udbredelse.

- Patientforeninger: Samarbejde med patientforeninger, herunder Diabetesforeningen, bidrager til at udbrede viden og interventioner til patienter og pårørende.
- Øvrige Region H-institutioner og -projekter: Blandt dem kan nævnes CRU (Center for Regional Udvikling), Copenhagen Healthtech Cluster, Copenhagen Health Innovation (CHI) og øvrige samarbejder mellem virksomheder og offentlige institutioner, der har til formål at styrke den regionale vækst gennem blandt andet ReVUS-initiativerne.
- Øvrige Steno-centre: I takt med at der åbner flere Steno-centre i andre dele af Danmark, vil disse indgå som SDCC's tætte samarbejdspartnere. Samarbejdets udformning kan ikke bestemmes endnu, men det er oplagt at SDCC vil kunne spille en koordinerende rolle i Steno-centrenes samarbejde om sundhedsfremme og forebyggelse.
- Nationale institutioner: For at løfte aktiviteterne op på et nationalt niveau samarbejder SDCC med nationale institutioner, herunder især det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning (KORA), Statens Institut for Folkesundhed (SIF), SDU's sundhedsøkonomiske forskningsmiljø samt Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA).
- Internationale samarbejdspartnere: SDCC skal samarbejde med internationalt førende forskningsmiljøer inden for de områder, hvor SDCC selv ønsker at være globalt førende. Internationale samarbejdspartnere udpeges indtil videre på projektbasis, men over tid er det oplagt, at en række af disse associerede partnere får status af Steno-partnere.

4. UDDANNELSE

Dette kapitel præsenterer ambitionen med og udmøntningen af SDCC's uddannelsesaktiviteter.

Kapitlet beskriver:

- *Ambitionen og grundprincipperne for uddannelse*
- *De strategiske segmenter*
- *Aktiviteter i SDCC Uddannelse*
- *Det interne samarbejde i SDCC*
- *Samarbejdet med eksterne parter*
- *Prioriteter i etableringsfasen.*

4.1 AMBITION OG GRUNDPRINCIPPER FOR UDDANNELSE

4.1.1 AMBITION

SDCC skal være det førende videnscenter inden for diabetesområdet og har derfor en særlig forpligtigelse til at nå ud til så bred en målgruppe af sundhedsprofessionelle, personer med diabetes og deres pårørende som muligt. Dette skal realiseres gennem tilbud, udviklet dels i egen organisation, dels i samarbejde med eksterne parter. Alle tilbud skal baseres på forskning og evidens.

Ambitionen for SDCC's uddannelsesaktiviteter er således at formidle den bedst tilgængelige viden på diabetesområdet til en bred målgruppe – med særlig fokus på hovedstadsregionen. Målet er at løfte det generelle vidensniveau på området, så sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer og faglighed kan levere den bedst mulige behandling og forebyggelse, og samtidig øge kvaliteten af patienters og pårørendes egenomsorg. Målet er således også at understøtte målsætninger og indsatser i Sundhedsaftalen og Forløbsprogrammet.

Ved at kanalisere evidensbaseret diabetesrelateret viden ud til alle aktører på feltet løftes niveauet for behandlingen af personer med diabetes. Der sigtes mod at udbyde skræddersyede uddannelsestilbud til både mono- og tværfaglige grupper. Den tværfaglige tilgang til målgrupperne og indholdet vil styrke mulighederne for samarbejde om lignende uddannelsestilbud inden for andre relevante kronikerområder, samt fx forebyggelse og behandling af multisygdom.

For at indfri ambitionen skal SDCC Uddannelse besidde to spidskompetencer:

- At vedligeholde og udvikle en forskningsbaseret vidensbase med den nyeste viden på diabetesområdet
- At kunne omsætte denne viden til formidlingsaktiviteter med høj effekt, der løbende opdateres, og når effektivt ud til de rigtige målgrupper.

4.1.2 GRUNDPRINCIPPER

Der er udarbejdet seks grundprincipper for SDCC Uddannelse, som skal sikre, at SDCC bliver et globalt førende videnscenter om diabetes:

- 1 SDCC Uddannelse skal ud fra en personcentreret tilgang til diabetes udbyde et relevant uddannelsestilbud til sundhedsprofessionelle, andre relevante faggrupper samt patienter og pårørende for at understøtte et tværfagligt løft af behandling, samarbejde og egenomsorg.
- 2 SDCC Uddannelse skal vedligeholde, udvikle og tilgængeliggøre sin vidensbase ved at samle, bearbejde og strukturere forskningsresultater, kliniske erfaringer, metoder,

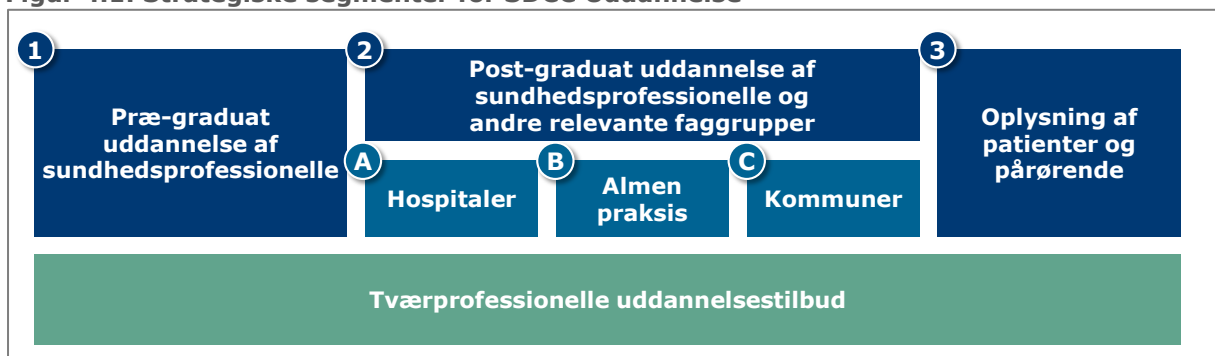
arbejdsgange mv. fra SDCC's øvrige aktiviteter og fra eksterne videnskilder som hospitaler, universiteter m.fl.

3. SDCC Uddannelse skal indgå strategiske samarbejder med andre institutioner, universiteter og professionshøjskoler i Region H, i Danmark og internationalt med henblik på at kunne udvikle og udbyde diabetesrelateret uddannelse i verdensklasse.
4. Uddannelsesaktiviteterne skal tage udgangspunkt i den nyeste viden på diabetesområdet og skal løbende opgraderes og evalueres.
5. Uddannelsesstilbuddet skal tilpasses den enkelte målgruppes behov i samarbejde med målgruppen for at sikre størst mulig effekt og udbredelse.
6. Undervisningsforskning skal bidrage til udviklingen af nye, innovative uddannelses- og evalueringsmetoder.

4.2 STRATEGISKE SEGMENTER

Aftagerne af SDCC's uddannelses- og formidlingsaktiviteter inddeles i tre strategiske segmenter eller hovedmålgrupper. Segmenterne er også udgangspunktet for den samarbejdsmodel, der præsenteres i kapitel 4.6.

Figur 4.1: Strategiske segmenter for SDCC Uddannelse



1. Præ-graduat uddannelse af sundhedsprofessionelle: Sundhedsprofessionelle under deres grunduddannelse, eksempelvis sygepleje- og medicinstuderende samt professionsbachelorstuderende i fx ernæring & sundhed. Uddannelsestilbud udbydes typisk i samarbejde med de respektive uddannelsesinstitutioner, fx ved at opkvalificere det diabetesspecifikke pensum.
2. Post-graduat uddannelse af sundhedsprofessionelle: Sundhedsprofessionelle med gennemført grunduddannelse. Uddannelsestilbud udbydes enten selvstændigt eller i samarbejde med tilrettelæggere og udbydere af post-graduate uddannelser.
 - a. Hospitaler: Sundhedsprofessionelle ansat på hospitaler, eksempelvis læger, sygeplejersker, kliniske diætister, fysioterapeuter, jordemødre m.fl.
 - b. Almen praksis: Sundhedsprofessionelle ansat i almen praksis
 - c. Kommuner: Sundhedsprofessionelle og andre relevante faggrupper ansat i kommunen, eksempelvis i forbindelse med ældrepleje, rehabiliterende tilbud og folkeskole.
3. Oplysning, vejledning og uddannelse af patienter og pårørende: Omfatter lettilgængelig og relevant oplysning og vejledning af patienter både på og uden for SDCC. Tilbud udbydes i skalérbare formater, herunder på flere sprog og eventuelt via apps.
4. Tværprofessionelle målgrupper: Dækker tilbud, der udbydes på tværs af målgrupper, når fx forskellige faggrupper har samme behov for uddannelse. At undervise flere faggrupper sammen har vist sig at have en god effekt, og retningslinjerne for sundhedsprofessionelle uddannelser anbefaler således også øget tværprofessionalisme i uddannelserne.

4.3 AKTIVITETER I SDCC UDDANNELSE

4.3.1 NUVÆRENDE AKTIVITETER I SDC

Visionen med SDC's eksisterende uddannelsesaktiviteter er at forbedre kvaliteten af diabetesbehandlingen. Disse aktiviteter har i dag et globalt fokus, og hovedparten foregår uden for Danmarks grænser i blandt andet Malaysia, Kina og Vietnam. De danske aktiviteter omfang er begrænset og henvender sig primært til det post-graduate segment. Fremover vil SDCC Uddannelse hovedsagelig fokusere på de danske aktiviteter – først prioriteret i hovedstadsregionen og derefter med et bredere fokus på alle Danmarks regioner samt Grønland og Færøerne. SDC Uddannelses nuværende stærke kompetencer inden for e-learning og andre teknologier vil derudover overføres til SDCC.

4.3.2 FREMTIDIGE AKTIVITETER I SDCC UDDANNELSE

SDCC Uddannelse skal fremover varetage to hovedaktiviteter:

- Udvikle og vedligeholde en central vidensbase: Det vil sige samle, bearbejde og strukturere den nyeste viden inden for diabetesområdet, herunder forskningsresultater, kliniske erfaringer, metoder, arbejdsgange mv.
- Levere uddannelse til de strategiske segmenter: Det vil sige udvikling og formidle konkrete uddannelses-, rådgivnings- og oplysningstilbud, der bygger på den nyeste viden, til de tre strategiske segmenter.

En markant ændring i strategien er, at SDCC Uddannelse fremover hovedsagelig skal koncentrere sig om Danmark og særligt Region H. Der skal etableres en uddannelsesfunktion på SDCC, der i samarbejde med kommende Steno-centre udvikler og udbyder forsknings- og evidensbaseret uddannelse og formidling på højeste niveau. En sådan systematisk udbredelse af diabetesrelevant viden vil direkte og indirekte være til gavn for alle personer i Danmark med diabetes.

Aktiviteterne udvikles og leveres i samarbejde med andre og som en integreret del af uddannelsesindsatsen i Region H, hvor Center for HR varetager, udvikler og koordinerer øvrige uddannelsesopgaver. De nuværende aktiviteter i Region H er kortlagt for at identificere relevante samarbejdsflader med SDCC. I afsnit 4.6 beskrives samarbejdsrelationerne mellem SDCC Uddannelse og aktører i og uden for Region H.

For at sikre størst mulig effekt skal alle uddannelsesstilbud udvikles med inddragelse af brugere og aftagere, herunder kommunerne, almen praksis og andre relevante målgrupper. Undervisningstilbuddene skal så vidt muligt gøres individuelt tilpassede. Eksempelvis indarbejdes "adaptive learning"-tilgangen i de digitale formidlingsaktiviteter, så indhold, format og tempo tilpasses niveauet hos den enkelte. Alle uddannelsesstilbud evalueres løbende for at sikre optimalt udbytte. Til sidst vil uddannelsesforskning blive foretaget i samarbejde med relevante partnere.

4.4 EN CENTRAL VIDENSBASE

Udviklingen af en central vidensbase varetages i tæt samarbejde med SDCC's øvrige kerneaktiviteter og samarbejdspartnere, som bidrager med både forskningsresultater, kliniske erfaringer mv. Indholdet udvikles og opdateres løbende, i takt med at ny viden og evidens opstår på diabetesområdet. Gennem denne hovedaktivitet sikrer SDCC, at formidlingsaktiviteterne indeholder viden, som er relevant og værdifuld for aftagerne. Viden lagres og opdateres når det er relevant, så den nyeste 'know-how' er let tilgængelig for alle i og uden for SDCC.

SDCC Uddannelse skal beskæftige sig med mange emner inden for diabetesområdet. De emner som skal prioriteres skal have høj effekt, eksempelvis ved at have en signifikant

positiv indvirkning på behandlingen. Disse prioriteringer afstemmes og foretages i samarbejde med SDCC's øvrige kerneaktiviteter og samarbejdspartnere. I forhold til de eksisterende formidlingsaktiviteter skal der blandt andet være et øget fokus på emner inden for børn og unge samt (sårbare) patienters egenomsorg. Prioriteringen af særlige emner bør revurderes årligt.

4.5 UDDANNELSE OG FORMIDLING

For at opfylde målsætningen om at spænde så bredt som muligt vil SDCC Uddannelse i samarbejde med andre interne og eksterne aktører formidle og tilgængeliggøre sin viden ad flere kanaler:

- Formaliseret uddannelse
- Kursusaktiviteter
- Rådgivningsaktiviteter
- Digital vidensformidling.

Aktiviteterne omfatter udvikling og anvendelse af konkrete uddannelses-, rådgivnings- og oplysningstilbud. Tilgangen til læring er at kombinere praktisk og teoretisk formidling med høj aftagerinvolvering – også kaldet translational aktiv læring. Dette opnås bl.a. ved at supplere mere traditionelle undervisningsmetoder med nye undervisningsteknologier og lægge et højt ambitionsniveau, når det gælder pædagogiske og didaktiske læringsmetoder. SDCC skal desuden have fokus på udbuddet af tværgående uddannelses-tilbud, der blander faggrupper, indhold eller sektorer. Et kriterie for alle uddannelsestilbud er, at de skal være drevet af aftageres og brugeres efterspørgsel.

Digital vidensformidling, i form af blandt andet en samlet hjemmeside, har til formål at gøre SDCC's viden let og bredt tilgængelig på tværs af aftagere og geografiske afstande. Apps og anden innovativ lærings- og kommunikationsteknologi, der udvikles og anvendes i tæt samspil med relevante samarbejdsaktører, spiller også en central rolle i udbuddet af både e-læring, undervisningsmaterialer og information samt i kommunikationsværktøjer, der er målrettet professionelle, patienter og pårørende. Den digitale formidling fungerer som et vigtigt supplement til mere traditionelle formidlingsaktiviteter til de professionelle. Et centralt formål med formidlingen til patienter og pårørende er at øge deres muligheder og kompetencer inden for egenomsorg.

Figur 4.2 viser de konkrete uddannelsestilbud, der er målrettet de tre strategiske segmenter og de underliggende, prioriterede målgrupper.

Figur 4.2: Uddannelses tilbud til strategiske segmenter og undermålgrupper

	1 Præ-graduat uddannelse af sundhedsprofessionelle	2 Post-graduat uddannelse af sundhedsprofessionelle og andre relevante faggrupper	3 Oplysning af patienter og pårørende	
	Sygeplejerske, SOSU, diætist og fodterapeut	Læger	Hospitaler Almen praksis Kommuner	
Formaliseret uddannelse	Opkval. af uddannelsesindhold	Opgavespecifikke samarbejder	Primær patientuddannelse varetages af SDCC Behandling, samt af udførende institutioner som kommuner, hospitaler og almen praksis	
	Gæsteforelæsninger	Hoveduddannelse og introstillinger til læger varetages af SDCC Behandling		
Kursusaktiviteter	Praktikophold og sommerskole		Udvikling af digital information, rådgivning og netværk til patienter	
		Diabetesrelaterede temadage til opkvalificering af fagligt indhold		
Rådgivningsaktiviteter	Projekt-samarbejder	Åbent hus på SDCC, inkl. klinikbesøg	Uddannelse og rådgivning af praksislæger og -sygeplejersker	
		Casebaseret undervisning af personale		
Digital vidensformidling	Kursus til kommunalt ansatte (SOSU, sygeplejersker m.fl.)		Konsulentbistand til projekter	
	Generel information og undervisningsmaterialer til professionelle			
	E-læring			
	Digitale netværk for professionelle			
Tverrprofessionelle uddannelses tilbud				

SDC's praksis med at afholde symposier, konferencer og fellowships skal videreføres efter behov. Bemærk, at de formaliserede uddannelses- og rådgivningsaktiviteter både kan varetages direkte og via "train the trainer"-tilgangen; det afhænger af, hvad der er mest effektivt til det pågældende formål.

Formidlingsaktiviteterne vist i figur 4.2 er udgangspunkt for, men ikke en udtømmende liste over SDCC Uddannelsesaktiviteter. Den kommende uddannelseschef skal have fleksibilitet til at igangsætte og videreudvikle aktiviteter efter behov. Den nye ledelse af SDCC Uddannelse vil allerede i startfasen skulle foretage en prioritering af tilbuddene, så ressourcerne udnyttes til bedst at nå ud til så mange modtagere som muligt. Denne prioritering skal foregå i dialog med de involverede institutioner.

SDCC's rolle som samarbejdspartner vil afhænge af de enkelte samarbejders natur. Et samarbejde med eksisterende uddannelsesudbydere vil fx typisk bestå i at udvikle eller opkvalificere pensum, mens selve formidlingen via uddannelse varetages af udbyderen. Samarbejder med regionale og kommunale arbejdspladser vil i højere grad kræve, at SDCC selv udfører uddannelsesaktiviteterne eller træner medarbejdere i at kunne videreformidle stoffet.

4.5.1 PRÆ-GRADUAT UDDANNELSE AF SUNDHESPROFESSIONELLE SYGEPLEJERSKE-, ERNÆRING & SUNDHEDS- OG FODTERAPEUTSTUDERENDE

Der sigtes mod et bredt og konkret samarbejde med særligt professionshøjskolerne (Metropol, UCC, UCSJ m.fl.) om at bidrage til blandt andet diabetesrelevant undervisning, udvikling af nye og eksisterende uddannelser, gæsteforelæsninger, praktikophold og sommerskole for sygeplejerskestuderende, professionsbachelorstuderende i ernæring & sundhed samt SOSU-studerende. Lignende aktiviteter skal tilbydes fodterapeuter på de tekniske skoler. Derudover indtænkes diabetestilbud i en kommende revision af Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer (NKR).

MEDICINSTUDERENDE

SDCC Uddannelse skal nå de medicinstuderende via praktik- og opgaverelaterede samarbejder samt forskellige ekstracurriculære aktiviteter. Da uddannelsestilbuddene ikke vil være meritgivende, er det afgørende at synliggøre, hvordan de faktisk bidrager til de studerendes professionelle ballast. Eksempler på aktiviteter er:

- Praktikpladser på SDCC i forbindelse med de studerendes kliniske forløb (bygger videre på nuværende samarbejde med KU).
- Opgavespecifikke samarbejder i forbindelse med fx bachelor- og kandidatafhandlingen – med mulighed for at benytte klinikken på SDCC.
- Sommerskole, der involverer klinikken på SDCC.
- Åbent hus på SDCC, hvor studerende har mulighed for at se faciliteterne og lære om det daglige arbejde.

SPECIALLÆGEUDDANNELSE I ENDOKRINOLOGI

SDCC skal spille en aktiv rolle i uddannelsen af endokrinologiske speciallæger ved at indgå i videreuddannelsestilbud som introstillinger og hoveduddannelsesstillinger. Disse uddannelser skal primært forankres i Behandling. Det foreslås, at der udpeges en uddannelsesansvarlig overlæge, der får tæt relation til SDCC Uddannelse og sammen med Videreuddannelse Øst og Diabetesudvalget varetager en central funktion i uddannelsesprogrammerne.

Ud over de monofaglige tilbud sigtes der mod bredere, tværfaglige uddannelsestilbud, der spænder over flere studieretninger. Relevante kursus- og uddannelsestilbud bør udvikles og udbydes i samarbejde med Region H's hospitaler og Center for HR.

4.5.2 POST-GRADUAT UDDANNELSE PÅ HOSPITALERNE

UDDANNELSE AF PERSONALE PÅ ANDRE HOSPITALSAFDELINGER OG I PSYKIATRIEN

Der er behov for tilbud, der kan styrke den diabetesrelaterede viden hos personalet på de hospitalsafdelinger, hvor diabetespatienter indlægges med andre sygdomme. Disse tilbud vil også være relevante for ansatte i psykiatrien. Som eksempler på sådanne uddannelsestilbud kan nævnes:

- Temadage og sommerskole om diabetes for monofaglige grupper, hvor indholdet knyttes tæt til målgruppens daglige praksis. Tilbuddene, der udbydes på SDCC, kan også bidrage til at styrke relationer og netværk internt i faggruppen.
- Case-baseret undervisning, hvor diabetessygeplejersker underviser større grupper i diabetesbehandling, eksempelvis en gruppe ansatte fra én afdeling.

Uddannelsestilbuddene udvikles og udbydes i samarbejde med Region H's hospitaler samt Center for HR.

DIABETESSPECIALISERET, MERITGIVENDE EFTER- OG VIDEREUDDANNELSE

Der er efterspørgsel efter en diabetesrettet, akkrediteret efter- og videreuddannelse til sygeplejersker. SDCC Uddannelse kan i samarbejde med den relevante uddannelsesudbyder bidrage til at udvikle indholdet i en sådan formaliseret efter- eller videreuddannelse.

Det kan fx ske ved at udvikle de diabetesrettede moduler i eksisterende diplom- eller masteruddannelser, så en del af disse akkrediterede uddannelser bliver diabetesspecifikke. Det skønnes, at der ikke på nuværende tidspunkt er efterspørgsel efter en fuld diplom- eller masteruddannelse, hvor alle moduler er diabetesrelaterede, men udviklingen i behovet for dette må følges nøje.

4.5.3 POST-GRADUAT UDDANNELSE I ALMEN PRAKSIS

Gennem workshops med almen praksis er der identificeret en række relevante uddannelses tilbud, der kan opgradere både praksislægers og -sygeplejerskers diabetesrelevante viden.

Tilbuddene til almen praksis foreslås at tage udgangspunkt i en række prioriterede indsatsområder som fx indsatser rettet mod sårbare eller multisyge patienter. Der er også både brug og mulighed for at gøre samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne mere konsistent og effektivt. Det kan fx ske ved at styrke rådgivningen af almen praksis om forløbsprogrammer, henvisningsprocessen, fastholdelsesinitiativer og andre temaer.

For at nå ud til målgruppen på en attraktiv, men omkostningseffektiv måde skal SDCC Uddannelse fortsætte med at benytte de eksisterende undervisningsnetværk blandt praktiserende læger (DGE-grupper eller de mere uformelle tolvmandsgrupper) og praksisygeplejersker, hvor de undervises sammen i mindre grupper. Herudover kan der fx afholdes diabetesrelaterede temadage, og de praktiserende læger har også efterlyst undervisningstilbud i form af auditeringer.

4.5.4 POST-GRADUAT UDDANNELSE I KOMMUNERNE

En række kommunalt ansatte har stor kontakt med diabetespatienter. Derfor vil et løft i deres diabetesrelaterede viden kunne øge kvaliteten af den pleje, personer med diabetes modtager.

Især uddannelsen af faggrupper i kommunernes rehabiliterende tilbud, der omfatter rigtig mange personer med diabetes, skal prioriteres højt. Her er der behov for et løft i en række grundlæggende diabetesrelaterede kompetencer. Det kan ske gennem vidensdeling, kompetenceudvikling og samarbejde med sundhedsprofessionelle i hospitalsregi²⁹.

SDCC Uddannelse skal prioritere uddannelses tilbud, fx temaforløb over én eller flere dage, der går på tværs af faggrupper i kommunerne. SDCC Uddannelse kan også stille sig til rådighed for "diabetesambassadører" og andre i kommunerne, som kan bruge SDCC's ekspertise til at opgradere såvel egne behandlingskompetencer som deres undervisning af andet personale i kommunen.

Uddannelses tilbudene kan være særlig relevante for følgende faggrupper og institutioner i kommunerne:

- **Sygeplejersker:** Sygeplejerskerne er en nøglegruppe, da de har ansvaret for dels de komplekse forløb dels for at sikre viden og kompetencer hos SOSU-assistenten og -hjælperen, der varetager pleje og behandling af borgere med diabetes.
- **SOSU-assistenten:** Uddannelse af SOSU-assistenten skal øge deres mulighed for at bidrage i behandlingen af og omsorgen for diabetespatienter.
- **Ældreplejen:** Det er blandt andet vigtigt at løfte kompetenceniveauet hos medarbejderne i ældreplejen, fordi der bliver stadig flere sårbare patienter blandt ældre med diabetes.
- **Sundhedscentre:** Der er stor forskel på kvaliteten af kommunernes rehabiliterende tilbud. Uddannelses tilbud til sundhedscentrenes medarbejdere skal være med til at løfte kompetencerne i de kommuner, hvor der er særligt behov for det.
- **Folkeskoler:** For at kunne bidrage til en tidlig forebyggende indsats skal folkeskolenes medarbejdere have særlige tilbud, så de bedre kan hjælpe og støtte nydiagnosticerede børn med diabetes. Tilbuddene kan eventuelt også involvere elever og familier.

For at sikre sammenhængen mellem borgernes forskellige kontaktflader med kommunen bør disse tilbud udvikles i samarbejde med Region H's Center for HR, Den Administrative

²⁹ Anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes (høringsudkast), Sundhedsstyrelsen 2015.

Styregruppe under Sundhedskoordinationsudvalget, Kommunekontaktråd Hovedstaden og de enkelte kommuner.

4.5.5 DIGITAL VIDENSFORMIDLING

SDCC Uddannelse skal bygge videre på eksisterende digitale uddannelses tilbud ved at opbygge og vedligeholde en samlet hjemmeside, der gør det let for patienter, pårørende og sundhedspersonale at finde relevant diabetesrelateret information på deres niveau. Hjemmesiden bliver den eksterne, aftagerorienterede og brugervenlige version af den centrale vidensbank (se afsnit 4.3) og tilbydes på flere sprog.

Hjemmesiden vil være et integreret supplement til de mange uddannelses tilbud.

I opbygningen af hjemmesiden skal integrationen til Region H's kursusportal indtænkes, idet der med fordel kan bygges videre på dens modularitet og sammenhæng med resten af regionen og Sundhedsplatformen. Det vil gøre hjemmesiden til en naturlig formidlingskanal til uddannelsesaftagerne, herunder almen praksis, kommunerne og regionens egne ansatte. På hjemmesiden vil der også let kunne linkes til øvrige uddannelses tilbud, eksempelvis andre kronikertilbud.

Den digitale vidensformidling omfatter tre typer af opgaver:

1. GENEREL INFORMATION OG UNDERVISNINGSMATERIALER

Generel information på diabetesområdet i digital form formidles til professionelle, patienter og pårørende på en letforståelig og overskuelig måde. Formålet med informationen er at oplyse og uddanne, men formen er typisk lettere og kræver mindre af modtagerne end egentligt undervisningsmateriale eller e-læring.

Undervisningsmaterialer er forskellige former for materiale, som kan anvendes i undervisningen af professionelle og patienter. Det kan fx være kompendier, præsentationer, videoer mv. SDCC Uddannelse skal være med til at sikre, at undervisningsmaterialer så vidt muligt gøres tilgængelige digitalt og opdateres løbende efter behov.

Professionelle undervisere vil typisk have brug for at blive opdateret om nye publikationer mv., udgivet af SDCC's og samarbejdspartneres forskere. Blandt patienter med diabetes og deres pårørende kan behovet fx være informations- og undervisningsmaterialer om særlige temaer om at leve med diabetes. I forhold til børn og diabetes kan det fx være vigtig viden og gode råd om at leve med diabetes som barn, herunder de psykologiske aspekter, skolegangen, fysisk aktivitet mv.

2. E-LÆRING

Online e-læring kan både henvende sig til professionelle og patienter. Til professionelle tilbydes fx e-læringsmoduler, den enkelte kan tilgå i eget tempo, eller samlede uddannelsespakker, som fx kan bruges i mere klasseorienteret undervisning.

E-læringsmoduler til patienter vil typisk være oplysning om diabetes på en lang række områder, herunder en grundlæggende forståelse af, hvad sygdomme gør ved kroppen, behandling, egenomsorg, kost, motion og forskelligt udstyr mv.

E-læringsplatformen tilgås via SDCC's hjemmeside, men gøres også tilgængelig via apps og på mobile enheder. Læringsmodulerne udvikles i samarbejde med andre aktører i Region H samt private virksomheder inden for e-læring og IT-design.

SDCC Uddannelses primære rolle i udviklingen af e-læring vil være at varetage de medicinske-faglige og didaktiske aspekter samt styre den overordnede struktur og pædagogiske linje i designet og kvalitetssikringen af læringsmodulerne. Den tekniske udvikling og eksekvering foretages i samarbejde med Region H og anden relevant ekspertise.

3. DIGITALE PATIENTNETVÆRK

SDCC skal grundigt undersøge mulighederne for og efterspørgslen efter digitale platforme for indbyrdes faglig og social udveksling mellem personer med diabetes (og eventuelt tilsvarende blandt sundhedsprofessionelle på diabetesområdet). Det kunne fx være i form af internetfora, hvor patienter blandt andet kan stille spørgsmål, svare på hinandens spørgsmål og dele erfaringer. Dét kan både være en effektiv vej til viden og inspirere til livsstilsændringer. Sådanne patientfora kan udvikles i samarbejde med Diabetesforeningen og med grundig inddragelse af patienter og pårørende. Også Region H's ekspertise skal indgå i udviklingsarbejdet, da der kan være relevante hensyn at tage i forhold til eksempelvis lovgivning om personfølsomme data.

4.5.6 EVALUERING OG VIDEREUDVIKLING AF UDDANNELSER

For at sikre et højt kvalitetsniveau i uddannelses tilbuddene evaluerer SDCC Uddannelse selv løbende sine aktiviteter og involverer relevante samarbejdspartnere heri. Der vil desuden blive gennemført uvildige, eksterne evalueringer. For nogle af tilbuddene vil Region H's evalueringsprogrammer desuden kunne anvendes.

Evalueringemetoden skal tilpasses det enkelte uddannelses tilbud og kan eksempelvis gennemføres ved hjælp af:

- Selvevaluering: SDCC-medarbejderes evaluering af et uddannelses tilbuds målgruppe, format, indhold, formidlingstyper og samarbejdsmodeller.
- Feedback fra målgrupper: Input fra aftagere og deltagere i uddannelses tilbud om, hvordan undervisningen kan forbedres.
- Effektevaluering af uddannelses tilbud: Test af deltagernes viden og kompetencer før og efter, de har gennemført et uddannelses tilbud.
- Evidensmåling hos slutbrugerne: Test af, hvorvidt uddannelsen af det sundhedsprofessionelle personale positivt påvirker patienternes sundhedstilstand.
- Generel evaluering af undervisningstilbud - varetages typisk af eksterne nationale eller internationale evaluatore.

VIDEREUDVIKLING AF UDDANNELSESTILBUD

SDCC Uddannelse har frihed til at videreudvikle eksisterende og nye uddannelses tilbud i tæt samarbejde med de regionale og kommunale institutioner og uddannelsesinstitutionerne på baggrund af de behov som løbende identificeres blandt aftagerne. De beskrevne uddannelses tilbud er et udgangspunkt for aktiviteterne, som kan justeres løbende inden for ambitionens rammer. SDCC Uddannelse skal eksempelvis kunne imødekomme relevante forespørgsler fra aftagere om uddannelses pakker, der ligger uden for de normale uddannelses tilbud. Dette sikrer, at SDCC Uddannelse kan gribe de muligheder, der opstår, for fx at tilbyde nye uddannelses pakker, afprøve nye programmer o.l.

4.6 SAMARBEJDET OM UDDANNELSE

Samarbejdet mellem SDCC Uddannelse og andre aktører bidrager både til kvaliteten og udbredelsen af uddannelses- og formidlingsaktiviteterne. I det følgende beskrives rammerne for samarbejdet samt ambitionen og interaktionen med hver af følgende aktører i samarbejdsmodellen:

- Det interne samarbejde i SDCC
- Samarbejdet med andre uddannelsesaktører i Region H
- Samarbejdet om præ-graduat uddannelse af sundhedsprofessionelle
- Samarbejdet om post-graduat uddannelse af sundhedsprofessionelle
- Samarbejdet om oplysning af patienter og pårørende
- Internationalt videns- og uddannelsessamarbejde.

4.6.1 DET INTERNE SAMARBEJDE I SDCC

SDCC Uddannelse skal blandt andet samarbejde med SDCC's tre øvrige kerneaktiviteter (behandling, klinisk forskning samt sundhedsfremme og forebyggelse) om konkrete forskningsprojekter. Her kan SDCC Uddannelse fx bidrage med viden om udvikling af nye undervisnings-, lærings- og evalueringsformer. Desuden kan personale fra de øvrige kerneaktiviteter indgå som instruktører i uddannelsesaktiviteterne enten ad hoc eller i delestillinger. De enkelte områders mulige samarbejdsflader til SDCC Uddannelse beskrives kort nedenfor.

- SDCC Behandling: SDCC Uddannelse skal have adgang til klinikken i forbindelse med den praktikbaserede undervisning. SDCC Uddannelses undervisere vil typisk være tilknyttet i delestillinger og også være forankret i enten klinikken, klinisk forskning eller sundhedsfremme.
- SDCC Klinisk forskning: SDCC Uddannelse skal løfte viden fra klinisk forskning ind i uddannelsernes indhold og sikre, at formidlingsniveauet er tilpasset målgruppen. Desuden kan forskere fra SDCC Klinisk forskning undervise på de uddannelsesforløb, SDCC Uddannelse står for.
- SDCC Sundhedsfremme: SDCC Uddannelse skal løfte relevant viden og nye interventioner, udviklet af SDCC Sundhedsfremme, ind i uddannelsesindholdet og understøtte formidlingen heraf. Forskere fra SDCC Sundhedsfremme kan undervise på de uddannelsesforløb, SDCC Uddannelse står for.
- SDCC's patienter og pårørende: Patienter og pårørende på SDCC skal inddrages i både udvikling og afvikling af aktiviteter inden for uddannelse, rådgivning og oplysning. De kan i udviklingsfasen blandt andet bidrage med feedback og ønsker til uddannelsesstiltag. I selve udførelsen kan patienter og pårørende fx være en slags medinstruktører, der deler erfaringer og viden med andre patienter og pårørende.

4.6.2 SAMARBEJDET MED ANDRE UDDANNELSESAKTØRER I REGION H

SDCC Uddannelse skal spille tæt sammen med Region H's øvrige uddannelsesaktiviteter, og det er afgørende, at disse samarbejder er baseret på klart afgrænsede roller og ansvarsområder. Især Center for HR vil være en tæt samarbejdspartner på både det præ- og post-graduate område og i forhold til simulation, forskning og udvikling. Samarbejdet mellem SDCC og Center for HR skal blandt andet indeholde:

- Digitalt samspil mellem parternes uddannelsesaktiviteter. SDCC's tilbud integreres i høj grad i Center for HR's digitale infrastruktur, Kursusportalen.
- SDCC skal søge bredt samarbejde med det nye fælles regionale uddannelsescenter i Gentofte, der opføres af Center for HR og er klar primo 2016.
- Vidensdeling inden for læringsmetoder, læringsstile og evaluering samt forskning i uddannelse ("viden, der virker").
- Innovationssamarbejde om patient- og pårørendeoplysning, fx i forhold til telemedicin og digital understøttelse via Sundhedsplatformen.

Der skal sikres de formaliserede samarbejdsstrukturer mellem SDCC Uddannelse og Region H's administration, der er nødvendige for at koordinere indsatsen og de fælles projekter. Det skal så vidt muligt ske med udgangspunkt i de eksisterende strukturer i Region H.

4.6.3 SAMARBEJDET OM PRÆ- OG POSTGRADUAT UDDANNELSE AF SUNDHESPROFESSIONELLE

PRÆ-GRADUAT UDDANNELSE

Et samarbejde med de institutioner, der uddanner de præ-graduate sundhedsprofessionelle, er afgørende for, at SDCC Uddannelse når dette segment tilstrækkelig effektivt.

Det kan fx ske ved – koordineret med SDCC Behandling – at samarbejde om (vejledning af) studieprojekter.

SDCC Uddannelse skal samarbejde med professionshøjskolerne og universiteterne om at udvikle og udbyde diabetesspecifikke uddannelses tilbud til relevante studieretninger. Særligt relevante samarbejdspartnere er KU og de tre professionshøjskoler i hovedstadsregionen, Metropol, UCC og UC Sjælland. SDCC's primære opgave består i at vejlede institutionerne om den nyeste viden på diabetesområdet og stille denne til rådighed. På den måde bliver de hjulpet til at løfte ny viden ind i deres pensum og dermed kvaliteten af deres uddannelses tilbud.

POST-GRADUAT UDDANNELSE

SDCC's viden skal omsættes og anvendes til at uddanne de professionelle, som dagligt har kontakt med personer med diabetes. Post-graduate uddannelser gennemføres typisk sideløbende med hverdagens arbejdsopgaver. Derfor er det afgørende, at SDCC Uddannelse får skabt en effektiv indgang til disse målgrupper – ved at samarbejde tæt med aktører, som er gode til at tiltrække og engagere de sundhedsprofessionelle. Det gælder især:

- Arbejdsgivere: Det vil sige kommuner, hospitaler og andre organisationer som ansætter professionelle, der har kontakt med diabetespatienter og pårørende. Arbejdsgiverne kan blandt andet formidle uddannelses tilbud til medarbejderne og yde økonomisk støtte til, at de kan deltage i dem.
- Faglige selskaber – som fx Dansk Selskab for Almen Medicin kan dels rådgive om, hvordan tilbuddene bedst når ud til og slår igennem i almen praksis, dels bidrage til den direkte formidling til lægerne.
- Uddannelsesinstitutioner: Universiteterne og professionshøjskolerne er vigtige medspillere i at udvikle og udbrede post-graduate uddannelses tilbud. Eksempelvis forsker og formidler Forskningsenheden for Almen Praksis (på KU) i almen medicin og har et stærkt netværk i praksissektoren, som SDCC Uddannelse kan trække på.

INTERAKTIONSMODEL FOR PRÆ- OG POSTGRADUAT UDDANNELSE

Samarbejder og interaktion om præ- og post-graduate uddannelse skal tilpasses det enkelte samarbejdes formål og deltagere. Sundhedsaftalen og Forløbsprogrammet udgør rammen om samarbejdet mellem regioner, kommuner og almen praksis og derfor også infrastrukturen for alle samarbejder om uddannelse af sundhedsprofessionelle. Det er således Sundhedsaftalens målsætninger, der er styrende for den fælles indsats på området.

SDCC vil typisk indgå bilaterale aftaler med de enkelte uddannelsesinstitutioner om konkrete samarbejder. I nogle tilfælde vil aftalerne dog omfatte flere institutioner, fx når der er tale om tværprofessionelle uddannelses tilbud.

Både kommunerne og almen praksis har tilkendegivet interesse i et forpligtende samarbejde med SDCC. Her anbefales det at benytte den organisering, der allerede bruges i arbejdet med Sundhedsaftalen. Også de Sundhedsfaglige Råd samt Kvalitetsudvikling for Almen Praksis (KAP-H) vil kunne indgå i den samarbejdsmodel om uddannelse, der skal specificeres af SDCC's ledelse i dialog med kommuner og almen praksis.

4.6.4 SAMARBEJDET OM OPLYSNING OG UDDANNELSE AF PATIENTER OG PÅRØRENDE

En god oplysning og uddannelse af patienter og pårørende skal bidrage til at nå målet om at løfte kompetencerne til egenomsorg. Det er blandt andet oplagt at forbedre ind-

satsen over for pårørende/ familier, dagtilbud, skoler m.fl. Der er allerede konstateret en efterspørgsel efter blandt andet følgende tilbud:

- Patient-til-patient-uddannelser: Kurser eller møder, hvor diabetespatienter deler erfaringer om deres sygdomme – ikke mindst fra ældre til yngre patienter.
- Pårørende: Uddannelse af og information til pårørende og andre personer, der er i kontakt med nydiagnosticeret diabetespatienter, og som i lighed med patienten skal tilpasse sig en ny hverdag. Dette behov findes ikke kun hos forældre, men også hos bedsteforældre, pædagoger og skolelærere.
- Kurser til børn: Det skal overvejes dels at udbygge paletten af kurser til børn, dels at gøre de eksisterende kurser mere attraktive. De ekstra kurser kunne blandt andet være kulhydratkurser, hypoglykæmikurser til forældre samt undervisning med fokus på overgangene fra barn til ung og fra ung til voksen.
- Tilbud til nybagte mødre: Efter en graviditet med gestationel diabetes er der risiko for, at kvinden udvikler permanent diabetes. For at modvirke denne risiko bør SDCC foretage en klinisk opfølgning og udvikle særlige livsstilsorienterede uddannelses-tilbud til mødre. Tilbuddene kan fx indeholde råd om kost og motion.

På dette område er patientforeninger en særlig relevant samarbejdspartner for SDCC Uddannelse. Det gælder især Diabetesforeningen, men også andre foreninger – fx i forbindelse med multisygdom. Hertil kommer kommunerne, almen praksis og de enkelte kommunale og regionale institutioner.

SDCC Uddannelse vil blandt andet nå ud til patienter og pårørende via sin digitale vidensformidling. Samarbejdspartnerne kan være med til at formidle kendskabet til og øge anvendelsen af hjemmesiden. De kan også hente og bruge undervisningsmaterialer og e-læringsstilbud for at opkvalificere deres egen oplysning af patienter og pårørende.

Der skal oprettes brugerråd for patienter og pårørende, som kan vejlede om deres behov og ønsker samt deltage i uddannelsen af de sundhedsprofessionelle. Begge dele skal være med til at styrke formidlingsaktiviteterne relevans.

4.6.5. DET INTERNATIONALE SAMARBEJDE OM FORMIDLING OG UDDANNELSE

SDCC's overordnede vision er at etablere Region H og Danmark som et internationalt fyrtårn inden for behandling, klinisk forskning, sundhedsfremme og uddannelse på diabetesområdet. SDCC's internationale samarbejde om vidensformidling og uddannelse skal bidrage til dette ved at:

- Arbejde for at Region H og SDCC anerkendes internationalt for at formidle viden af høj kvalitet inden for diabetesbehandling, forskning og uddannelse på en enkel og brugbar måde.
- Sikre at internationale undervisningserfaringer inddrages aktivt i Region H's diabetesaktiviteter. Det er blandt andet vigtigt, når det gælder udvikling af nye undervisningsmetoder, der er målrettet sårbare grupper med begrænset kendskab til dansk sprog og kultur.
- Tiltrække højt kvalificeret international arbejdskraft, der styrker regionens samlede vidensressourcer og bidrager til yderligere at profilere hovedstadsregionen og Danmark som et attraktivt sted at bo og arbejde.
- Styrke internationale forsknings- og udviklingsinitiativer på områder hvor det danske sundhedsvæsen har begrænset viden og erfaring. Det kan fx være sundhedsfremme og behandlingstiltag i særlige befolkningsgrupper.

Der kan blive mulighed for at videreudvikle afdelingens mangeårige 'know-how' inden for diabetesundervisning af fagprofessionelle i lav- og middelindkomst lande i regi af humanitære/sociale programmer. Sådanne projekter vil skulle søges separat i NNF, hvorfor basisbevillingen til SDCC Uddannelse ikke vil dække sådanne projekter.

Især på tre fokusområder vil SDCC Uddannelse kunne bidrage målrettet til ovenstående. Disse indsatser er i høj grad afhængig af eksterne midler, der skal søges specifikt til den udenlandske indsats:

- At gøre større dele af den digitale vidensformidling tilgængelig på andre sprog – herunder e-læringsmoduler, forskningsresultater og informationsmateriale til sundhedsprofessionelle.
- At indgå strategiske samarbejder med aktører i andre lande, som har eller kan få særlig betydning for diabetesindsatsen i en dansk kontekst. Det kan fx være partnerskaber med universiteter eller sundhedsmyndigheder om vidensdeling og formidling. Aktiviteterne kan blandt andet omfatte afholdelse af workshops mv. samt træning af lokale undervisere.
- At drive et Fellowship-program for yngre, talentfulde udenlandske klinikere, forskere og sundhedsfremmekandidater, der også kan fungere som internationale ambassadører for den danske diabetesindsats. Fellows tilbydes korterevarende ophold på blandt andet SDCC og bidrager samtidig til behandling, forskning, undervisning og sundhedsfremme på SDCC og i Region H i øvrigt.

4.7 PRIORITETER I ETABLERINGSFASEN

Da mange af de beskrevne aktiviteter i SDCC Uddannelse er nye tiltag, er en struktureret udrulningsplan nødvendig. Når det skal prioriteres, hvilke aktiviteter der skal udvikles og udbydes først, bør det ikke mindst ske ud fra deres:

- Effekt – det vil sige, hvilke uddannelsesaktiviteter som forventes at have den største positive indvirkning på diabetesbehandling og -forebyggelse.
- Realiserbarhed – det vil sige, hvilke uddannelsesaktiviteter som med den højeste sandsynlighed kan realiseres.

Det anbefales, at der laves en prioriteret liste over seks-otte kursustilbud, der skal være fokus det første år. Der bør desuden nedsættes en gruppe til at udvikle hjemmesiden og den øvrige digitale vidensformidling. Denne gruppe skal arbejde tæt sammen med Region H's kursusportal.

Der er identificeret følgende projekter, der med fordel kan prioriteres i SDCC Uddannelses etablering og første år:

- Udvikling af kompetencer til train-the-trainer-indsatser – for at kunne nå ud til flest mulige i målgrupperne.
- Dialog om nye studieordninger for uddannelser på professionshøjskolerne – for hurtigt at få styrket diabetesområdet i de respektive penser.
- Ansættelse af kompetencer inden for projektledelse – for at sikre SDCC Uddannelse en veltilrettelagt etablerings- og startfase
- Ansættelse af kompetencer inden for udvikling af hjemmeside mv. – for at koordinere både den interne viden og samarbejdet med eksterne parter.
- Etablering af tværprofessionelle uddannelsessamarbejder – for hurtigt at udvikle og udbyde tilbud, der lever op til anbefalingen om at uddanne flere faggrupper sammen.

5. DRIFT OG IT

Kapitlet beskriver modellen for driften af SDCC's administration samt indfasningen af Region H's IT-systemer på SDCC, herunder nødvendige implementeringer i etableringsfasen. Kapitlet gennemgår:

- *Ambition og grundprincipper*
- *En model for driften af SDCC's administration*
- *IT-systemer, -infrastruktur og -udstyr på SDCC.*

5.1 AMBITION OG GRUNDPRINCIPPER

5.1.1 AMBITION

Ambitionen for driften af SDCC's administration er at sikre et veldrevet center og holde de administrative opgaver for aktivitetsområderne på et minimum, så behandlingspersonalet, forskerne og underviserne får mest mulig tid og ro til at løse deres kerneopgaver. Samtidig skal SDCC's administration drives omkostningseffektivt ved at samarbejde med dels den regionale administration, dels administrationen på Herlev og Gentofte Hospital.

SDCC's IT-opsætning skal understøtte centrets grundlæggende mål om at levere diabetesbehandling i verdensklasse. Det skal sikres via opkobling til den regionale IT-opsætning, herunder Sundhedsplatformen, samt ved kontinuerligt og i samarbejde med aktivitetsområderne at udvikle systemerne til bl.a. kvalitetsudvikling, telemedicin, patient- og tværsektoriel kommunikation, forskningsdata, afrapportering på succeskriterierne, kliniske forsøg og uddannelsesaktiviteter.

5.1.2 GRUNDPRINCIPPER

For at sikre en optimal drift af SDCC er der udarbejdet tre grundprincipper for administrationen:

1. Højt kompetenceniveau: Administrationen skal have et tilpas højt service- og kompetenceniveau til, at aktivitetsområderne kan lattes for administrative byrder.
2. Fuld integration i Region H: Centrets administrative systemer og processer skal være fuldt integrerede i Region H's HR-, IT- og økonomisystemer.
3. Administrationen skal understøtte og fremme samarbejdet med øvrige hospitaler og eksterne aktører inden for aktivitetsområderne.

For at sikre optimale IT-systemer, infrastruktur og hardware er der opstillet yderligere tre grundprincipper for IT:

1. IT-opsætningen skal sikre en stabil drift af aktivitetsområderne, der ikke må miste værdifulde data eller opleve ustabilitet, hverken under overdragelsen eller i den efterfølgende løbende drift af SDCC.
2. SDCC skal IT-mæssigt være fuldt integreret med Region H af hensyn til samarbejdet med koncerntre og andre hospitaler. Derudover er ambitionen, at SDCC på sigt skal være fuldt integreret med andre Steno-centre, så data kan benyttes på tværs af centre.
3. SDCC's IT-systemer skal understøtte kliniske strukturer og arbejdsgange, samt supportere relevante personlige data og afrapporteringer på succeskriterier.

5.2 DRIFTEN AF SDCC'S ADMINISTRATION

5.2.1 SDC'S NUVÆRENDE ADMINISTRATION

SDC's nuværende administration er bygget op omkring 11 interne administrationsmedarbejdere, som dækker økonomistyring, HR, kommunikation, IT og support. For at støtte de interne medarbejdere er der indgået *service level agreements* med NNAS og NNIT.

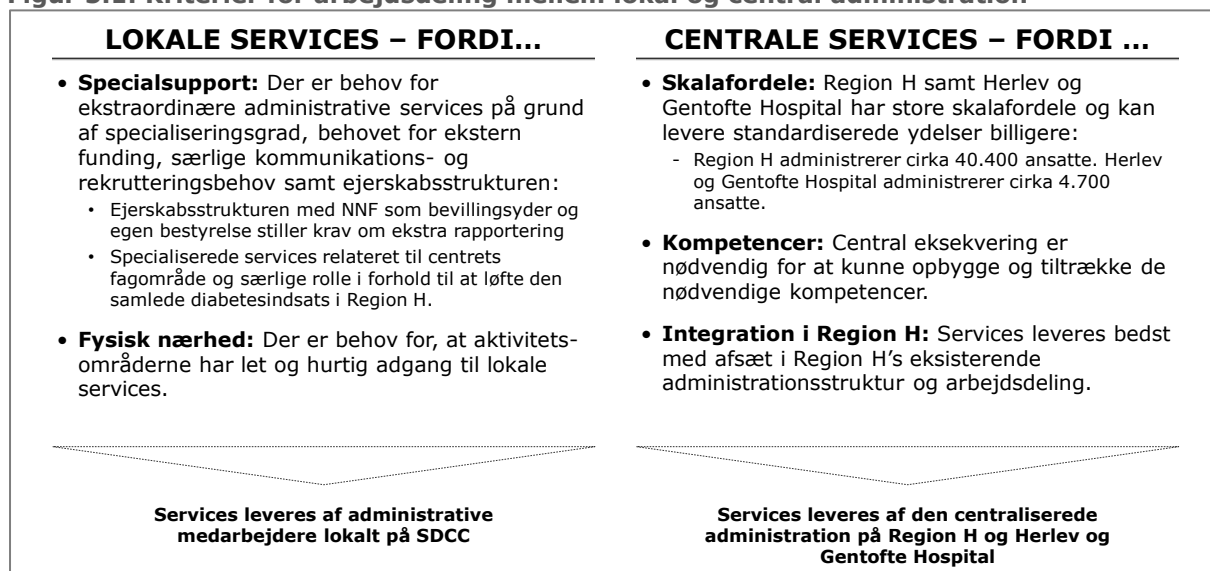
NNAS leverer administrationsydelser inden for blandt andet HR, finansielle services og leverandørhåndtering. NNIT leverer IT-løsninger og support til dem.

5.2.2 ADMINISTRATIONSMODELLEN PÅ SDCC

I lighed med øvrige aktører i Region H vil SDCC blive fuldt integreret i regionens og værtshospitalets systemer. Det betyder, at regionens koncerntre (Center for HR, Center for Økonomi osv.) og Herlev og Gentofte Hospitals administration leverer en række standardiserede ydelser til centret. Herudover vil SDCC have behov for egne medarbejdere til at varetage dels daglige administrative ad hoc-opgaver, dels specialiserede opgaver i forbindelse med fx HR, kommunikation og fundraising. Disse er specifikt nødvendige for SDCC på grund af centrets ekstraordinære ansvar for uddannelses- og sundhedsfremmeaktiviteter. Den særlige rolle som kraftcenter for hele diabetesindsatsen kræver en større administration, end man normalt ser for afdelinger af den størrelse. Centrets patientcentrering medfører yderligere, at administration skal indrettes efter patienternes behov.

Med udgangspunkt i SDC er der udpeget en række administrative områder, som skal dækkes i SDCC. For at sikre, at ressourcerne udnyttes optimalt, er arbejdsdelingen mellem lokale og centrale services vurderet ud fra nogle overordnede kriterier (se figur 5.1).

Figur 5.1: Kriterier for arbejdsdeling mellem lokal og central administration



På baggrund af ovenstående kriterier er services for centret på Herlev Hospitals matrikel fordelt på henholdsvis lokalt og centralt niveau. Fordelingen mellem Herlev og Gentofte Hospital og Region H's koncerntre er baseret på den interne opgavefordeling mellem de to, så SDCC gør brug af samme ydelser som afdelingerne på hospitalet. Den angivne normering af fuldtidsmedarbejdere repræsenterer det forventede ressourcebehov, når centret er fuldt funktionelt i den nye bygning i 2020.

I overgangsperioden frem til indflytning på Herlev Hospitals matrikel forventes, at den nuværende normering af administrationsmedarbejdere beholdes for at afhjælpe de administrative ekstraopgaver, der forventes i forbindelse med overgangen. Der vil i perioden frem mod 2020 tages individuelt stilling til de enkelte positioner omkring, hvorvidt de fortsætter lokalt eller centralt.

Figur 5.2 giver et overblik over, hvordan administrationsområderne forventes varetaget på SDCC og i samarbejde med Herlev og Gentofte Hospital samt regionale centre efter ibrugtagningen af den nye bygning 1. oktober 2020.

Figur 5.2: Fordeling af administrative services ved fuld funktionalitet i ny bygning i 2020

OMRÅDER	1. INTERNT PÅ SDCC	2. HERLEV OG GENTOFTE HOSPITAL	3. REGION H KONCERNCENTRE
HR	<ul style="list-style-type: none"> Rekruttering <ul style="list-style-type: none"> - Stillingsbehov, -beskrivelse og -opslag - Screening og gennemførelse af samtaler Personalesager, kompetenceudvikling og driftsmålstyring 	<ul style="list-style-type: none"> Rådgivning og sparring omkring personalesager og -udvikling 	<ul style="list-style-type: none"> Kontrakt og lønadministration <ul style="list-style-type: none"> - Udarbejdelse af ansættelsesbreve og administration af personaleweb - Løncontrolling og -rapportering Undervisning af vagtplanlæggere
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> Branding, forskningspromovering og pressehåndtering Fagkommunikation og vidensdeling <ul style="list-style-type: none"> - Støtter fx behandling i kontakt med sundhedsfaglige - Koordinerer vidensdeling i nationalt Steno samarbejde Patient- og medarbejderkommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> Support til pressehåndtering 	<ul style="list-style-type: none"> Support til pressehåndtering
Økonomistyring	<ul style="list-style-type: none"> Controlling og opfølgning af aktiviteter, bevillinger og budgetter <ul style="list-style-type: none"> - Strategisk fordeling af budgetterede midler Rapportering til centerdirektion, bestyrelse, Regionsråd og NNF <ul style="list-style-type: none"> - Indsamling af økonomidata, kvalitet af behandling, forskningsresultater, forretningsplan og organisation - Opsætning af rapporter Rapportering på forskningsprojekter <ul style="list-style-type: none"> - Opsamle og validere data fra forskere indtastet i PURE - Rapportering af resultater til bevillingsgivere 	<ul style="list-style-type: none"> Bogføring, fakturering, regnskab og revision <ul style="list-style-type: none"> - Ejerskab af hele økonomistyrings-systemet og leverer data til rapportering og budget Kontrol af eksterne bevillinger Overvågning af aktivitet, DRG-takster og budget 	<ul style="list-style-type: none"> Indkøb og leverandørhåndtering <ul style="list-style-type: none"> - Bestilling af afdelingssygeplejersker - CIMT administrerer Medico indkøb efter bestilling modtaget fra SDCC - CØK system- og leverandørforvalter vareindkøb via SAP efter bestilling fra SDCC Kontrol af eksterne bevillinger
Jura			<ul style="list-style-type: none"> Klagesagsbehandling
Facility Mgmt.		<ul style="list-style-type: none"> Rengøring, affaldshåndtering, kantine, omstilling, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Vedligehold af det nye Center for Ejendomsdrift
IT-support		<ul style="list-style-type: none"> Superbrugere 	<ul style="list-style-type: none"> Brugersupport, opdatering og vedligehold af IT-systemer
Stabsledelse	<ul style="list-style-type: none"> Stabschef Ledelsessekretær 		

INTERNT PÅ SDCC

Som det fremgår af figur 5.2 og nedenfor, varetages en række administrative opgaver på tre hovedområder internt på SDCC. Dels af hensyn til let adgang til kompetencerne lokalt, dels fordi SDCC's særlige rolle kræver en specialiseret supportfunktion med et indgående kendskab til SDCC's forskningsområder og medarbejdere.

Udover nedenstående ydelser vil SDCC skulle have en stabschef som leder driften samt en direktionssekretær, som kan varetage daglige ad hoc-opgaver på centret. Desuden vil der være en række støttefunktioner, som er forankret i og finansieret af aktivitetsområderne.

HR: Aktivitetsområderne er ansvarlige for at vurdere rekrutteringsbehovet, men støttes af en intern HR-funktion, der udarbejder stillingsbeskrivelser og -annoncer samt afklarer medarbejdervilkår. Særligt SDCC's behov for at tiltrække udenlandske forskere kræver specifikke kompetencer inden for international rekruttering; SDCC's HR vil også skulle bistå Steno Partners i rekrutteringen af forskere. Ledelsen har desuden behov for intern HR-støtte til personalesager, til at initiere og styre kompetenceudvikling samt til driftsmålstyring.

Kommunikation: SDCC har foruden den generelle pressehåndtering behov for intern kommunikationsstøtte til at brande centret som internationalt fyrtårn og til målrettet at promovere forskningsresultater ad de rette faglige kanaler. Aktivitetsområderne vil desuden have behov for støtte til kommunikationsopgaver i forbindelse med fx branding af centret, design og udvikling af visuel identitet, vidensportal, promovering af supplerende behandling, samarbejde med kommuner, hospitaler og almen praksis samt assistance til Steno Partners. Endelig skal de ansatte varetage patient- og medarbejderkommunikation.








nen på SDCC i forbindelse med nyhedsbreve, patientmagasiner mv. Opgaverne vurderes bedst varetaget af interne medarbejdere – i tæt samarbejde med det regionale Center for Kommunikation og kommunikationsenheden på Herlev og Gentofte Hospital.

Økonomistyring: Centret har behov for interne økonomiressourcer til at betjene ledelsen og levere statusrapporter om centrets aktiviteter og økonomi til NNF og centrets forventeligt mange andre bevillingsgivere. Derudover har centerledelsen behov for økonomiasistance i deres strategiske beslutninger; det gælder ikke mindst i forhold til budgettering samt opfølgning på og kontrol af modtagne bevillinger. Økonomiafdelingen skal desuden sammen med den kliniske forskningsadministrative enhed hjælpe med rapportering til de enkelte forskningsprojekters bevillingsgivere – og på den måde lette forskernes administrative byrder.

CENTRALT I REGION H ELLER PÅ HERLEV OG GENTOFTE HOSPITAL

SDCC vil modtage en række administrative og faglige ydelser fra Herlev og Gentofte Hospital samt fra Region H's koncerncentre, hvor dette er muligt i henhold til regionens organisering og retningslinjer. De administrative ydelser vil blive leveret i samme omfang som til de øvrige afdelinger på Herlev og Gentofte Hospital. Centraliseringen af en række af de administrative services sikrer omkostningseffektivitet, løfter kompetenciveauet på specifikke områder og minimerer afhængigheden af nogle få nøglemedarbejdere. Leverandørerne af disse centraliserede ydelser er vist i figur 5.3.

Figur 5.3: Region H's koncerncentres leverancer til SDCC

 Center for HR	<ul style="list-style-type: none"> • Personalepolitiske retningslinjer • Sundhedspædagogisk og tværsektoriel kompetenceudvikling • Uddannelsesværktøjer og -opgaver (præ- og postgraduat uddannelse)
 Center for Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> • Medarbejderkommunikation, særligt i transitionsfasen • Strategisk kommunikation og markedsføringsmateriale når SDCC er i drift • Håndtering af presse og godkendelse af eksternt kommunikationsmateriale
 Center for Økonomi	<ul style="list-style-type: none"> • Udarbejdelse af administrative budgetter og retningslinjer herfor • Håndtering af centrale indkøbs- og logistikopgaver
 Center for Regional Udvikling	<ul style="list-style-type: none"> • Bistå klinisk forskning med hjælp til bevillingsansøgninger • Rådgivning omkring håndtering af økonomi på forskningsprojekter
 Center for Sundhed	<ul style="list-style-type: none"> • Udvikling af tværsektorielt samarbejde om kroniske sygdomme • Samarbejde om forskning i, og udvikling af, patientsikkerhed • Implementering af sundhedsaftalen og forløbsprogrammet
 Center for Ejendomsdrift	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvarlig for indvendig og udvendig vedligehold af SDCC's faciliteter • På sigt ansvarlig for tekniske installationer, forsyninger, brandsikkerhed m.v. i centret
 Center for IT, Medico og Telefoni	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvar for anskaffelse, vedligeholdelse, drift og udvikling af al IT, medicoteknik og telefoni på SDCC

I SDCC's etableringsfase fra 2016 til 2017 vil der skulle etableres samarbejder og findes snitflader med Region H's koncerncentre. Herlev og Gentofte Hospital vil blive inddraget i denne proces med særligt fokus på at forberede SDCC's indflytning og integration på matriklen.

5.3 IT-SYSTEMER OG -UDSTYR

5.3.1 ETABLERING AF IT-SYSTEMER PÅ SDCC

Når aktiviteterne i januar 2017 overdrages til Region H, skal SDCC kobles op på Region H's IT-infrastruktur og -arbejdsgange samt benytte samme administrative software som

resten af regionen. Det skal sikre integrationen i Region H og adgangen til fælles support samt gøre IT-opsætningen omkostningseffektiv.

I et samarbejde mellem SDC, NNAS og Region H's CIMT er alle nuværende systemer og behov på SDC blevet kortlagt. Der er således udarbejdet en foreløbig analyse af, hvilke systemer der er på SDC i dag samt en umiddelbar vurdering af, hvordan funktionalitet kan overføres til Region H. På baggrund af dette er der lavet en overordnet tidsplan for overførslen og udarbejdet et estimat for transitionsomkostninger i forbindelse med systemflytningen, hvilket efterfølgende skal bekræftes i etableringsfasen frem mod overdragelsen 1. januar 2017. Den samlede IT-opsætning kan opdeles i seks kategorier:

- **Kliniske systemer:** IT-software til aktivitetsområderne, herunder klinik og forskningen
- **Patientjournalssystem:** Sundhedsplatformen, der erstatter det nuværende EPJ-system
- **Administrative systemer:** IT-software til administrationen, fx økonomi- og HR-system
- **Telefoni:** Fx opkobling, omstillingsstruktur, call-center strukturer mv.
- **Infrastruktur:** IT-infrastruktur som WAN, fibernet og trådløst internet
- **Hardware:** Udstyr til arbejdspladsen såsom pc-udstyr og Office-pakke
- **Medicoudstyr:** Fx øjenscannere, udstyr til blodtryksmåling mv.

Figur 5.4: Plan for overførsel af applikationer og fysisk udstyr

	BESKRIVELSE	OVERFØRSELSPLAN
Applikationer	Kliniske systemer <ul style="list-style-type: none"> • Systemer brugt indenfor behandling, forskning og sundhedsfremmeforskning (SDC-kontrakter) • Herunder ligger bl.a. LABKA 	<ul style="list-style-type: none"> • Kliniske systemer fortsætter indtil implementering af sundhedsplatformen for at undgå nyudvikling af integrationer til SP
	Patient journal system <ul style="list-style-type: none"> • Elektronisk Patient Journal (EPJ) er kernen i det kliniske system og giver mulighed for datadrevne kvalitetsanalyser 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementeringsplan for Sundhedsplatformen bliver gennemgået i næste sektion
	Administrative systemer <ul style="list-style-type: none"> • Systemer til rapportering, budgettering og administration på SDC (SAP, ISOtrain, QBIQ, Concur, etc.) • Systemer leveret gennem NNAS-kontrakter 	<ul style="list-style-type: none"> • Region H implementerer egne administrative systemer med drift fra 1. januar 2017
Fysisk udstyr	Infrastruktur <ul style="list-style-type: none"> • Kabelforbindelse og kabelskabe • NSO-serverrum til backup af data • Trådløs netværksforbindelse 	<ul style="list-style-type: none"> • Region H etablerer ny infrastruktur med opstart april 2016 • Region H- og CORP-netværk bliver 100% adskilt med paralleldrift i månederne op til 31/12-2016
	Hardware <ul style="list-style-type: none"> • Elektronisk kontorudstyr; Computere, tastatur & mus, printere, etc. • Kommunikationsudstyr; mobiltelefoner, iPads fastnettelefoner og fax • Udstyr er indkøbt af SDC A/S 	<ul style="list-style-type: none"> • Hardware overdrages til Region H • Computere kan ikke overdrages grundet NNAS sikkerhedspolitik • Leaset udstyr overdrages ikke
	Medicoudstyr <ul style="list-style-type: none"> • Udstyr til patientbehandling og forskning; øjenscannere, blodtryksmålere, vægte, etc. • Udstyr er indkøbt af SDC A/S 	<ul style="list-style-type: none"> • Medico udstyr overdrages til Region H
Projektledelse og Contingency	<ul style="list-style-type: none"> • Dækning af uforudsete – og projektstyringsomkostninger 	

PLAN FOR OVERGANG TIL NY IT-OPSÆTNING

Processen for overgangen til en ny IT-opsætning er tilrettelagt ud fra hensynet til at garantere driftssikkerheden for SDCC. Derfor overgår de enkelte IT-systemer først til Region H, når det er muligt for CIMT at sikre en fejlfri dataovergang.

Etableringen af IT-infrastrukturen påbegyndes i starten af april 2016. Også opsætningen af de administrative systemer i Region H indledes, før aftalen om SDCC er endeligt indgået. Det sker for at sikre tid til implementering, test og undervisning, så snart infrastrukturen er etableret i starten af juli 2016. Desuden vil arbejdet med at overføre data begynde umiddelbart efter aftaleindgåelsen.

SDCC går først over til at bruge Region H's IT-software til klinikken og forskningen, når SDCC kobles på Sundhedsplatformen. På den måde undgås dels dobbeltarbejde, dels at flytte data parallelt med andre implementeringer i Sundhedsplatformen.

IMPLEMENTERING AF SUNDHEDSPLATFORMEN

Sundhedsplatformen vil ved fuld implementering erstatte det nuværende EPJ-system, som danner grundlaget for behandlingen og leverer store datamængder til forskningen på SDC. Sundhedsplatformen er en vigtig systemimplementering på SDCC, da den vil være en central del af integrationen til Region H, der blandt andet vil gøre det lettere og mere effektivt for SDCC at dele data med den øvrige sekundærsektor i regionen.

Sundhedsplatformen bliver implementeret i sekundærsektoren i Region H og Region Sjælland fra midten af 2016 til slutningen af 2017. Implementeringen hos SDC sættes i gang umiddelbart efter aftaleindgåelsen, men forberedelserne mellem SDC og Region H samt Sundhedsplatformen går allerede i gang fra april 2016. Det er planen, at SDCC kommer med på Sundhedsplatformen samtidig med dennes bølge 4 med Go-Live dato 20.5.2017, da en relativt tidlig implementering vil styrke integrationen med de øvrige diabetesambulatorier i Region H, ikke mindst på Herlev-Gentofte Hospital. På den måde kan SDCC også benytte erfaringerne fra de endokrinologiske afdelinger på Herlev og Gentofte Hospital, der allerede tager Sundhedsplatformen i brug i foråret 2016.

Forskellene mellem SDCC's behov og Sundhedsplatformens funktionalitet vil i løbet af foråret 2016 blive grundigt analyseret for at identificere mulige funktionalitetsafvigelser. En grundig gap-analyse af de funktionelle forskelle og behovet for tilpasninger vil iværksættes, når Sundhedsplatformen i midten af 2016 er færdigudviklet til endokrinologispecialiet. Det er her vigtigt at understrege vigtigheden af overførelsen af data fra SDC's tidligere systemer, således at dette ligeledes kan indgå i forskningen fremadrettet, jævnfør i øvrigt bemærkningerne under afsnit 2.5.3.

Det er hensigten, at resultaterne af gap-analysen (jfr. ovenfor) anvendes som væsentligt input til den videreudvikling/funktionalitetstilkøb af Sundhedsplatformen, der vil blive gennemført i 2017, og at der i den sammenhæng vil blive taget hensyn til de mangler i forhold til de kvalitetsunderstøttende funktioner på SDCC, forskningen (eksempelvis i forhold til den eksisterende statistikdatabase) samt fx eyecare, som denne analyse måtte afdække. Videreudviklingen/funktionalitetstilkøb skal vurderes, som en del af de samlede opgaver i Sundhedsplatformen.

5.3.2 SYSTEMUDVIKLING PÅ SDCC

Centrets IT-opsætning skal skabe et solidt fundament for dataopsamling og -bearbejdning samt give mulighed for nye innovative behandlingsmetoder. For at IT-opsætningen på den måde kan understøtte ambitionen om et diabetescenter i verdensklasse, skal systemerne udvikles kontinuerligt, hvilket ligeledes er tilfældet for den øvrige IT-portefølje i Region H.

Region H's CIMT vil støtte op om og drive processen for udviklingsarbejdet ved at stille en *business analyst* til rådighed for centret. Vedkommende skal være med til at videreudvikle systemerne til SDCC, men også sørge for at dette arbejde flugter med regionens IT-strategier, så nye systemer kan implementeres bredere og derved komme hele Region H til gavn.

6. GOVERNANCE

Dette kapitel beskriver, hvordan governancestrukturen sikrer, at ambitionen og succeskriterierne for SDCC realiseres. Kapitlet gennemgår de enkelte niveauer af beslutninger, der er kritiske for SDCC's succes, samt fastlægger de enkelte SDCC-organers rolle i selve beslutningsprocessen.

Kapitlet gennemgår:

- *Ambition og grundprincipper*
- *Den overordnede governancestruktur*
- *De kritiske beslutningsprocesser i SDCC*
- *SDCC's bestyrelse*
- *SDCC's centerledelse*
- *SDCC's rådgivende organer.*

6.1 AMBITION OG GRUNDPRINCIPPER

6.1.1 AMBITION

SDCC etableres med det formål at øge livskvaliteten for personer med diabetes og derved positionere Region H som internationalt førende inden for diabetesområdet. For at indfri denne målsætning er det nødvendigt, at governancestrukturen i SDCC gør det muligt at realisere de beskrevne succeskriterier og understøtter kerneaktiviteterne (se *kapitel II*).

SDCC ejes af Region H, hvorfor governancestrukturen skal muliggøre en integration af centret i regionens organisation. Samtidig skal det sikres, at centret har mulighed for at fungere selvstændigt og synligt inden for diabetesforskning og -behandling i samspil med hospitaler og eksterne aktører. Endelig skal der være en tæt kobling og et gnidningsfrit dagligt samarbejde med værtshospitalet, Herlev og Gentofte Hospital, der sikres gennem klare ledelsesmæssige retningslinjer mellem SDCC's centerledelse og direktionen på Herlev og Gentofte Hospital.

6.1.2 GRUNDPRINCIPPER

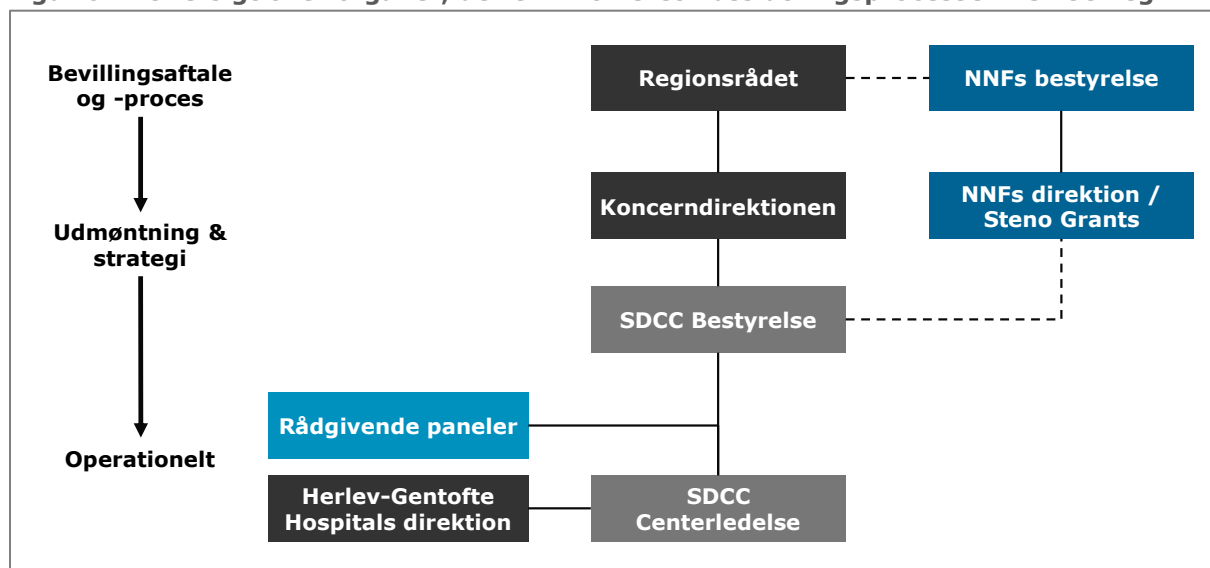
Der er udarbejdet to grundprincipper for SDCC's governancestruktur, der skal sikre optimale beslutningsmæssige rammer:

1. Governancestrukturen skal følge Region H's rammer. Dette medfører, at strukturen skal være i overensstemmelse med de til enhver tid gældende regulativer og strategier i Region H.
2. Governancestrukturen skal sikre en handledygtig bestyrelse og ledelse med klart definerede beslutningsgange og -mandater mellem Region H's øverste ledelse, NNF, SDCC's bestyrelse og ledelse samt Herlev og Gentofte Hospitals ledelse ved klart delegerede beslutningskompetencer:
 - a. Ejer og bevillingsgiver: regionsrådets og NNF's interesser og samarbejde skal sikres og understøttes.
 - b. Strategisk niveau: Bestyrelsen indstiller strategiske og økonomiske beslutninger til Region H's koncerndirektion, der godkender disse indstillinger. Bestyrelsen skal ligeledes sikre, at rammerne udstukket i bevillingsaftalen og politiske aftaler overholdes.
 - c. Operationelt niveau: Governancestrukturen skal sikre et stærkt og gnidningsfrit samarbejde mellem SDCC og Herlev og Gentofte Hospital med klart definerede driftsmæssige og administrative forhold.

6.2 OVERORDNET GOVERNANCESTRUKTUR

Governancestrukturen for SDCC inddeles overordnet i tre forskellige beslutningsniveauer (se figur 6.1).

Figur 6.1: Oversigt over organer, der er involveret i beslutningsprocessen i SDCC-regi



6.3 KRITISKE BESLUTNINGSPROCESSER I SDCC

Der udarbejdet et sæt mulige roller, som de enkelte instanser kan have i forhold til beslutningsmandatet for hver type af beslutning:

- **R** ("Recommend") = anbefaler/indstiller en beslutning
- **A** ("Agree") = tilkendegiver endelig enighed i beslutningen
- **P** ("Perform") = udfører beslutningen, når den er truffet
- **I** ("Input") = giver input til en indstilling/anbefaling; skal konsulteres
- **D** ("Decide") = træffer den endelige beslutning.

Denne inddeling i forskellige beslutningsroller sikrer en mere effektiv og strømlinet beslutningsproces med klar rolle- og ansvarsfordeling.

6.3.1 BEVILLINGSAFТАLE OG -PROCES

Det overordnede beslutningsniveau beskriver beslutningsprocessen mellem NNF og Region H i forhold til finansieringen af SDCC, hhv. bevillingen fra NNF samt Region H's grundbevilling til driften.

Der vil være en proces knyttet til bevillingsaftalen med NNF som bevillingsgiver og Region H som bevillingsmodtager, der godkendes af både NNF's bestyrelse og regionsrådet i Region H. NNF har det endelige beslutningsmandat i forhold til at forlænge bevillingen til SDCC ud over første aftaleperiode, såfremt parterne er indstillet på det. Regionsrådet skal tiltræde en forlængelse af bevillingen.

Bevillingen er til enhver tid understøttet af en bindende bevillingskrivelse, der indeholder betingelser for SDCC's løbende brug af bevillingen. Dette inkluderer overordnede succeskriterier for bevillingsperioden samt væsentlige økonomiske og strategiske retningslinjer (fx fokus for kerneaktiviteterne og samarbejdsaftalerne) for centret beskrevet i den langsigtede strategi for centret.

Derudover vil der være en proces knyttet til beslutninger, der træffes i Region H-regi. Der er her tale om beslutninger, som kan påvirke økonomien i SDCC, fx Region H's grundbevilling til SDCC (driftsøkonomi), ny hospitalsstruktur e.l. Dette vil være en politisk proces, hvor regionsrådet har det endelige beslutningsmandat. I det omfang beslutningerne resulterer i ændringer af de betingelser, som NNF's bevillingskrivelse bygger på, skal bevillingen revurderes igennem den nedenfor beskrevne proces. Såfremt ændringerne er uforenelige med betingelserne i NNF's bevillingsaftale, anses dette for en misligholdelse af NNF's bevillingsaftale, jf. nærmere nedenfor.

I det følgende beskrives beslutningsprocessen, der er knyttet til bevillingen fra NNF, nærmere.

Figur 6.2: Bevillingsmæssige beslutningsroller

	NNF bestyrelse	Region H - Regionsråd	NNF dir. / Steno Grants	Region H - Koncerndir.	SDCC bestyrelse	HGH hospitalsdir.	SDCC centerledelse
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> R A P I D </div> <ul style="list-style-type: none"> • NNF bevillingsgivning • Beslutning om udfasning af NNF bevillingsaftale • Ændringer ift. bevillingsaftalen på patientgrundlag, behandlingsmetodik, større økonomiske omprioritering ift. aftalen 							

BEVILLINGSAFTALEN OG INTERVENTIONSMULIGHEDER

Det er SDCC's bestyrelses ansvar til enhver tid at overvåge, at betingelserne i bevillingsaftalen overholdes. Såfremt der opstår misligholdelse, træder en række processer i kraft afhængig af misligholdelsens karakter og omfang. Ved fravigelser i forhold til bevillingskrivelsen skal bestyrelsen straks igangsætte tiltag til at sikre overholdelse. Region H's koncerndirektion og NNF's direktion / Steno Grants³⁰ skal godkende bestyrelsens indstilling af disse tiltag.

Hvis NNF's direktion og Region H's koncerndirektion ikke kan blive enige om karakteren af justeringen, eller ved justeringer, der vurderes at være substantielle ændringer til bevillingsaftalen, indstilles justeringerne til NNF's bestyrelse og regionsrådet for godkendelse. Dette gælder følgende:

- Sammenlægning eller nedlukning af kerneaktiviteter
- Reduktion i patientgrundlag
- Signifikante ændringer i behandlingsmetodik
- Større økonomiske omprioriteringer
- Ændring af bygningens formål fra at være dedikeret diabetesklinik
- Ændring i hospitalsplanen omkring yderligere centralisering af patienterne.

Såfremt der opstår væsentlige eksterne ændringer i bevillingsaftalens forudsætninger, eksempelvis ved større hospitalsplansændringer i Region H, vil bevillingsaftalen ligeledes skulle indeholde en klausul, der tillader en justering eller udfasning.

Ved uoverensstemmelser mellem parterne, udpeges en opmand. Kan der ikke opnås enighed om en opmand, udpeges denne af Østre Landsret.

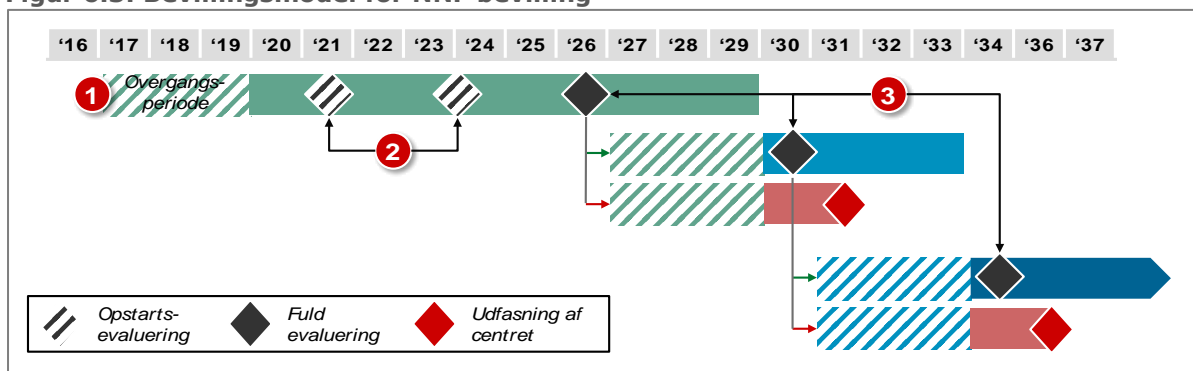
BEVILLINGSPROCESSEN

Der sigtes i bevillingsprocessen mod at opnå en balance, hvori bevillingsperioden er lang nok til at kunne skabe resultater og give ro til udviklingen af centret, men hvor der sam-

³⁰ Steno Grants er en afdeling i NNF, der beskæftiger sig med drift, udvikling og funding af Steno-centrene.

tidig er indlagt en evalueringskadence, der giver mulighed for parterne til rettidig påvirkning af centrets strategiske og økonomiske retning samt for at revurdere eller i sidste instans udfase bevillingen.

Figur 6.3: Bevillingsmodel for NNF bevilling



1 FØRSTE GRUNDBEVILLING FRA NNF

Den første bevilling til centrets drift omfatter en transitionsbevilling frem til 2020 samt en langsigtet bevilling, der løber fra centrets ibrugtagning i 2020 til 2029. Nærværende drejebog udgør grundlaget for den første bevillingsskrivelse, der aftales mellem regionsrådet og NNF's bestyrelse. Derudover indeholder drejebogen strategiske og ressourcealokeringsmæssige retningslinjer for SDCC i den kommende periode frem mod 2029 samt et sæt af succeskriterier, som centret skal leve op til.

2 OPSTARTSEVALUERINGER

I starten af 2021 foretages en "opstarts"-evaluering af SDCC. Evalueringen foretages i 2021, da dette er det første år, hvor centret er fuldt operationelt i de nye fysiske rammer på Herlev Hospital. SDCC's bestyrelse er ansvarlig for evalueringen, der udføres af SDCC's centerledelse støttet af eksterne fageksperter. Evalueringen indeholder en vurdering af centrets status i forhold til opfyldelse af succeskriterierne bestemt i første bevillingsskrivelse og i regionens succeskriterier. Evalueringen indledes midt på året og skal ligge færdig i slutningen af året.

Formålet med opstartsevalueringen er at give mulighed for at foretage nødvendige, mindre justeringer af centrets strategi, eksempelvis i forhold til de supplerende behandlingsaktiviteter, samt af den overordnede governance model. Evalueringen kan bidrage med retningsjusteringer til strategien og deraf følgende ændringer i ressourceallokeringen. Dette indebærer mulighed for justering af følgende temaer:

- Strategisk retning for de enkelte kerneaktiviteter
- Ændringer til ressourceallokeringer mellem de fire kerneaktiviteter

Evalueringen vil ikke kunne ændre i temaer vedrørende patienttilhørsforhold, succeskriterier eller omfattende justeringer af bevillingen til SDCC. Såfremt evalueringen fører til justeringer i SDCC's strategi, vil den igen skulle godkendes af SDCC's bestyrelse.

I slutningen af 2023 foretages en "midtvejs"-evaluering med samme formål og proces som opstartsevalueringen.

3 FORLÆNGELSER AF NNF'S BEVILLING

I 2026 foranstalter NNF en evalueringsproces i samarbejde med et ekspertpanel, således at der foreligger svar i udgangen af 2026. Evalueringskriterierne bygger på de succeskriterier, der blev beskrevet i den langsigtede strategi for den forgange periode, og indeholder derved vurderinger af blandt andet SDCC's effekt på behandlingskvalitet, folkesundhed og forskningsresultater, detaljeret status på hver af kerneaktiviteterne, brugen af de økonomiske midler og samarbejdsrelationerne til eksterne parter.

Evalueringen har til hovedformål at vurdere, hvorvidt NNF's bevilling skal forlænges yderligere, men vil ligesom opstartsevalueringerne give fagligt grundlag for efterfølgende justeringer i centrets strategi. Sideløbende med evalueringen foretages en revidering af den langsigtede strategi for SDCC for den kommende periode.

Resultatet af evalueringen forelægges NNF's bestyrelse, der efterfølgende og efter dialog med regionen beslutter, om de vil forlænge bevillingen. I forhold til forlængelsen af bevillingen er der to udfaldsrum:

- Støtten forlænges med yderligere fire år ud over de resterende tre år fra den tidligere bevilling; første forlængelse sker frem til ultimo 2033.
- Støtten forlænges ikke, og NNF bevilger en mindre toårig bevilling til udfasning.

Ved begge udfald underrettes regionsrådet om beslutningen, hvorefter regionsrådet godkender den nye bevillingsskrivelse eller kan kommentere på beslutningen om udfasning af NNF's bevillinger. Første mulige år for udfasning er derved 2031.

Efter denne evaluering i 2026 gennemføres evalueringer hvert fjerde år efter samme metode.

Der vil ved evalueringens resultat altid være mindst fem års bevilling tilbage, hvilket består af tre års tidligere bevilling og mindst to års udfasningsbevilling.

Der er ingen maksimal levetid for støtten fra NNF.

Såfremt der er overskydende budget mellem regnskabsår, kan beløbet flyde over til året efter – dog med en modregning i det efterfølgende års budget. Der kan derefter søges om at få den modregnede del af budgettet udbetalt, hvilket skal godkendes af bestyrelsen.

6.3.2 UDMØNTNING OG STRATEGI

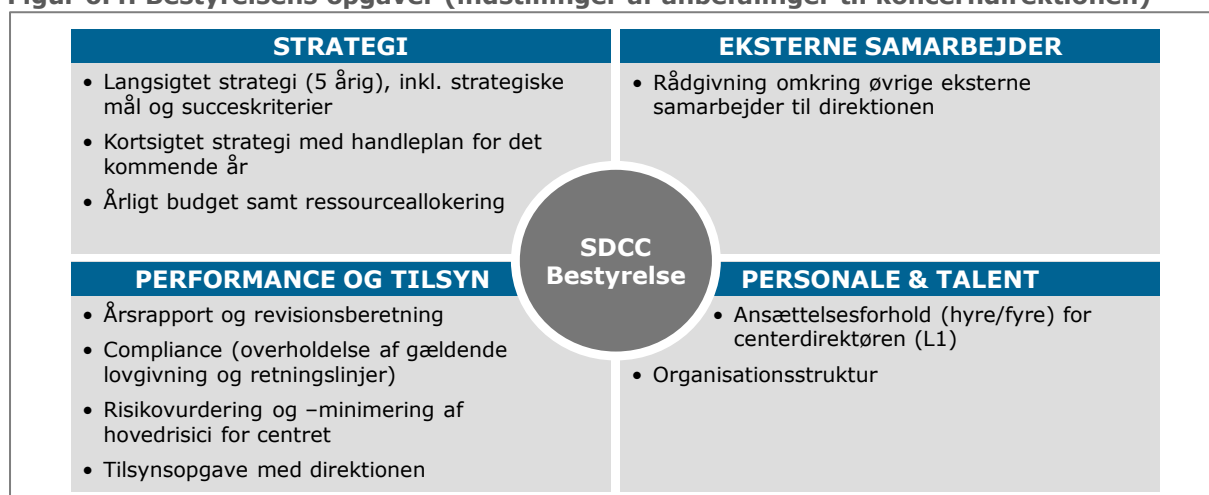
Bestyrelsen har til opgave at sikre, at SDCC lever op til de strategiske og økonomiske rammer, som Region H og NNF har fastsat gennem betingelserne i bevillingsaftalen. Bestyrelsen skal årligt rapportere status på bevillingsaftalens rammer til både NNF og til Region H's koncerndirektion, ligesom der rapporteres på realisering af strategien.

Bestyrelsen refererer til Region H's koncerndirektion og indstiller anbefaling til beslutninger, der træffes af Region H's koncerndirektion, som kan sende beslutninger videre til regionsrådet, såfremt dette vurderes nødvendigt. Endvidere varetages Region H's strategiske interesser via dets repræsentation i SDCC's bestyrelse, hvor et medlem af koncerndirektionen er formand for bestyrelsen. NNF's interesser og input ud over de overordnede bevillingsforlængelser sikres ligeledes via deres repræsentation i SDCC's bestyrelse, hvor NNF har et udpeget medlem.

Eksekveringen af bestyrelsens og Region H's koncerndirektions beslutninger udføres af SDCC's direktion.

Nedenfor er oplistet bestyrelsens opgaver samt de enkelte beslutningsorganers roller i beslutningsprocessen.

Figur 6.4: Bestyrelsens opgaver (indstillinger af anbefalinger til koncerndirektionen)



Figur 6.5: Strategiske opgaver (indstillinger af anbefalinger til koncerndirektionen)

	NNF bestyrelse	Region H - Regionsråd	NNF dir. / Steno Grants	Region H - koncerndir.	SDCC bestyrelse	HGH hospitalsdir.	SDCC centerledelse
• Langsigtet strategi, inkl. strategiske mål og succeskriterier							
• Kortsigtet strategi med handleplan for det kommende år							
• Årligt budget samt ressourceallokering							
• Årsrapport og revisionsberetning							
• Ansættelsesforhold (hyre/fyre) for centerdirektøren (L1)*							
• Compliance (overholdelse af gældende lovgivning og retningslinjer)							
• Risikovurdering og -minimering af hovedrisici for centret							
• Tilsyn med centerledelsen							

Legend: R (Red), A (Blue), P (Yellow), I (Grey), D (Green)

LANGSIGTET STRATEGI

Den første version af SDCC's langsigtede strategi tager udgangspunkt i bevillingsaftalerne mellem Region H og NNF. Derefter udformes de langsigtede strategier, således at de følger kadencen for forlængelse af bevillingerne. Den langsigtede strategi omhandler overordnede og regionale spørgsmål for SDCC:

- Strategiske spørgsmål, herunder centrets overordnede succeskriterier samt fokus for kerneaktiviteter
- Økonomiske spørgsmål, herunder økonomiske rammer (bevilling og budget) samt ressourceallokering i forhold til fx patientbehandling og personale.

Bestyrelsen udarbejder strategi i samarbejde med ledelsen og indstiller forslag til den langsigtede strategi til endelig godkendelse hos Region H's koncerndirektion. Det er bestyrelsens formand (et medlem af koncerndirektionen), der har ansvaret for at bære forslaget videre til koncerndirektionen. Såfremt koncerndirektionen vælger helt eller delvist at forlægge strategien for regionsrådet informeres NNF forinden.

Udarbejdelsen af den langsigtede strategi skal indeholde en inddragelsesproces, der inddrager NNF/Steno Grants, SDCC's bestyrelse, patientrådet, SDCC's ledelse og rådgivningspanelerne; herudover skal regionens hospitaler og centre, samt eksterne eksperter og fagfolk (eksempelvis forskere fra universiteter, kommuner, almen praksis mv.) høres.

NNF vil desuden give input til den langsigtede strategi gennem bevillingsgivningen og evalueringen heraf samt via NNF's repræsentant i SDCC's bestyrelse.

ÅRLIGT BUDGET

Budgetforslaget er underlagt den proces og de retningslinjer, der årligt fastlægges af regionsrådet. SDCC's ledelse udarbejder budgetforslag for det kommende år og de tre følgende år (overslagsår) til forelæggelse for SDCC's bestyrelse primo juni måned. Budgetforslaget udarbejdes for så vidt angår fællesudgifter med Herlev og Gentofte Hospital i dialog med hospitalsdirektionen. Bestyrelsen fremsender budgetforslaget til regionens godkendelse. Budgetforslaget er for den fondsfinansierede dels vedkommende underlagt rammerne og præmisserne for bevillingen, som er fastsat i bevillingsaftalerne mellem NNF og Region H.

Det er regionsrådet, der er ansvarlig for budgettet for SDCC. SDCC's ledelse har, jf. regionens ledelsesregulativ, budgetansvar og er ligeledes ansvarlig for budgetoverskridelser på linje med andre hospitalsledelser. Ledelsen i SDCC har til opgave at udmønte budgettet i den daglige drift.

6.3.3 OPERATIONELT NIVEAU OG CENTERLEDELSENS ROLLE

SDCC er et center placeret ved Herlev og Gentofte Hospital. Grundet den tætte fysiske og systemmæssige integration med Herlev og Gentofte Hospital vil et centralt succeskriterie for SDCC være et gnidningsfrit dagligt samarbejde med Herlev og Gentofte Hospital.

Det er SDCC's ledelse, der har ansvaret for SDCC's daglige og operationelle forhold, herunder driften af aktivitetsområderne, forhold for patienter på SDCC, personaleforhold osv.

SDCC er underlagt Herlev og Gentofte Hospitals driftsmæssige rammer og systemer for så vidt angår infrastruktur og logistik. Derudover vil SDCC's overordnede politikker og øvrige medarbejderrelaterede strukturer følge de til enhver tid gældende regler i Region H.

SDCC's ledelse vil referere til Herlev og Gentofte Hospitals direktion i relation til disse forhold, og SDCC's centerdirektør vil indgå i Herlev og Gentofte Hospitals ledelsesforum. Herlev og Gentofte Hospitals direktør er til enhver tid medlem af SDCC's bestyrelse.

Såfremt der opstår gentagne problemstillinger mellem SDCC's centerdirektør og Herlev og Gentofte Hospitals direktion vedrørende disse forhold, vil disse kunne forelægges Region H's koncerndirektion.

SDCC's bestyrelse vil facilitere en proces for evalueringer af samarbejdet mellem Herlev og Gentofte Hospital og SDCC. Denne evaluering vil finde sted hvert andet år og vil blive foretaget i et samarbejde mellem SDCC's centerdirektør, Region H's koncerndirektør og Herlev og Gentofte Hospitals direktør.

Figur 6.6: Operationelle opgaver

	NNF bestyrelse	Region H - Regionsråd	NNF dir. / Steno Grants	Region H - koncerndir.	SDCC bestyrelse	HGH hospitalsdir.	SDCC centerledelse
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> R A P I D </div> <ul style="list-style-type: none"> • Månedlig økonomi- og aktivitetsopfølgning • Patientforhold for patienter på SDCC • Rammer om infrastruktur og logistik • Behandlingsamarbejdsaftaler med øvrige hospitaler • Operationelle mål og KPI'er for centerledelsen (L2) • Organisationsstrukturinternt på SDCC 							

MÅNEDLIG ØKONOMI- OG AKTIVITETSOPFØLGNING

Centrets ledelse udarbejder budgetforslag for det kommende år og de tre følgende år (overslagsår) til forelæggelse for SDCC's bestyrelse primo juni måned. SDCC's centerdirektør har en forpligtigelse til at påtale afvigelser i budgettet. SDCC's bestyrelse har til ansvar at overvåge og afhjælpe eventuelle budgetafvigelser. SDCC's ledelse indstiller forslag om afhjælpning til endelig godkendelse hos bestyrelsen.

Bestyrelsen fremsender budgetforslaget til regionsrådets behandling. Såfremt regionens administration har bemærkninger eller ændringsforslag til budgetforslaget, forelægges disse for bestyrelsen med henblik på, at bestyrelsens eventuelle bemærkninger kan indgå i regionsrådets behandling af det samlede budget.

RAMMER OMKRING INFRASTRUKTUR OG LOGISTIK

SDCC vil være underlagt Herlev og Gentofte Hospitals beslutninger om valg af leverandører og processer om infrastruktur og logistik, herunder Herlev og Gentofte Hospitals prissætning af disse ydelser.

I spørgsmål omkring den daglige drift inden for de aftalte rammer vil kommunikationen foregå direkte mellem SDCC's ledelse og Herlev og Gentofte Hospitals direktion. SDCC's bestyrelse kan i særlige tilfælde involveres, eksempelvis ved større, strategiske samarbejdsaftaler eller øvrige substantielle beslutninger.

BEHANDLINGSSAMARBEJDSAFTALER MED ANDRE HOSPITALER

For at strategien for SDCC skal kunne opfyldes, vil det være centralt, at der indgås samarbejdsaftaler med regionens andre hospitaler (Steno Partners) om patientforløb, personalerotation og forskningssamarbejder. Det er SDCC's ledelse, der retter henvendelse til andre relevante direktioner/afdelinger i Region H; disse aftaler skal dog endeligt godkendes af Region H's koncerndirektion på linje med alle andre aftaler på tværs af hospitaler i Region H.

6.4 BESTYRELSEN

Rammerne for bestyrelsens virke og sammensætning godkendes af regionsrådet og NNF's bestyrelse ved godkendelse af denne drejebog. Bestyrelsesmedlemmerne indstilles umiddelbart efter bevillingsaftalerne er underskrevet, og udpeges af regionsrådet som ejer af SDCC.

Visse bestyrelsesmedlemmer udpeges i kraft af deres "formelle" stilling, mens andre udpeges som repræsentant for en bestemt gruppe. De udpegede medlemmer ud over medarbejderrepræsentanter indstilles af deres respektive organisation, hvorefter de godkendes af regionsrådet. Dette tilhørsforhold til bestyrelsen afgør ligeledes bestyrel-

sesmedlemmernes periode i bestyrelsen, hvor udpegede bestyrelsesmedlemmer sidder for en fireårig periode, mens de øvrige bestyrelsesmedlemmer følger den stilling, der har givet posten. Nyudpegninger skal godkendes af regionsrådet.

Bestyrelsen består af seks personer. Sammensætning af bestyrelsen, ansvarlige for udpegnings samt periode fremgår af figur 6.7.

Figur 6.7: Sammensætning af SDCC's bestyrelse

Bestyrelsesmedlem	Ansvarlig for udpegnings	Periode
Repræsentant for Region H Koncerndirektionen <i>(formand af bestyrelsen)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Regionsråd udpeger et medlem af Koncerndirektionen, som ligeledes er indstillet af Koncerndirektionen 	<ul style="list-style-type: none"> Periode for pågældendes medlemskab i Koncerndirektionen
Hospitalsdirektør fra Herlev Hospital	<ul style="list-style-type: none"> Den til enhver tid værende hospitalsdirektør for Herlev Hospital 	<ul style="list-style-type: none"> Den til enhver tid værende hospitalsdirektørs embedsperiode
Repræsentant udpeget af NNF	<ul style="list-style-type: none"> NNF's bestyrelse udpeger en repræsentant 	<ul style="list-style-type: none"> Som udgangspunkt for en periode af 4 år
Repræsentant fra Københavns Universitet (skal repræsentere alle uddannelsesinstitutioner)	<ul style="list-style-type: none"> Københavns Universitet indstiller kandidat til regionsrådet 	<ul style="list-style-type: none"> Som udgangspunkt for en periode af 4 år
Repræsentant for kommunerne	<ul style="list-style-type: none"> DAS indstiller kommunal sundhedsdirektør til regionsrådet 	<ul style="list-style-type: none"> Som udgangspunkt for en periode af 4 år
Repræsentant for medarbejderne på SDCC	<ul style="list-style-type: none"> Nuværende bestyrelse i SDCC udpeger midlertidig repræsentant 	<ul style="list-style-type: none"> Som udgangspunkt for en periode af 4 år

I forbindelse med den første udpegnings af bestyrelsesmedlemmer har Region H og NNF til ansvar at sikre indstilling til repræsentanter for henholdsvis de universitære miljøer, kommunerne og medarbejderne. Bestyrelsesmedlemmerne skal gennem deres respektive kompetencer kunne bidrage til SDCC's udvikling, og der skal tilsigtes kønsmæssig ligevægt i bestyrelsen. Dette vil medføre i henhold til lovgivningen, at der blandt de eksternt indstillede bestyrelsesmedlemmer skal indstilles både en mand og en kvinde til bestyrelsen. Bestyrelsens medlemmer vil ikke modtage honorar.

Efter første udpegnings af de udpegede bestyrelsesmedlemmer vil ansvaret for indstilling ligge hos den respektive institution.

Formanden for bestyrelsen er repræsentanten for Region H's koncerndirektion. Formanden har blandt andet til ansvar at indkalde bestyrelsesmøder med fornuftigt varsel, sørge for relevant dagsorden, sikre det bedste mulige beslutningsgrundlag for bestyrelsen samt sikre, at referat fra bestyrelsens møder udsendes. Dersom formanden afgår i utide, udpeger Region H's koncerndirektion et nyt koncerndirektionsmedlem, der overtager formandsposten. Der er ingen næstformand for bestyrelsen, og hvis formanden er fraværende til et møde, vil en mødeleder udpeges. Bestyrelsesmedlemmerne modtager ikke honorar.

BESTYRELSESMØDER OG PROCEDURE

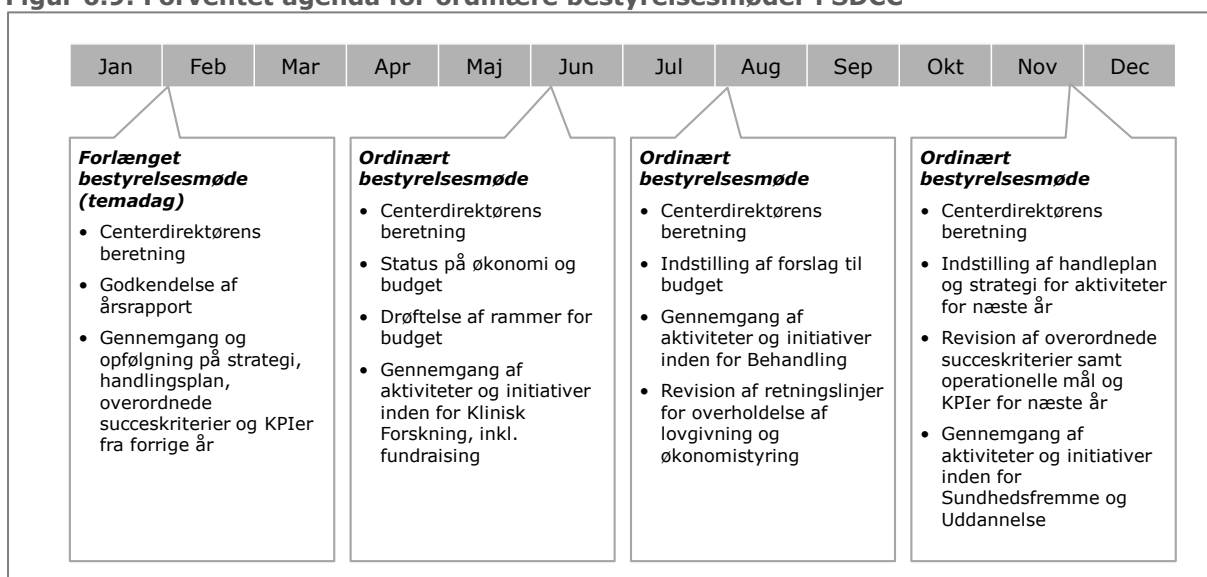
Der vil være en række fastlagte bestyrelsesmøder samt en række ekstraordinære bestyrelsesmøder, som bestyrelsen indkalder til efter behov.

Mødekadencen, -formalia og -agenda fremgår af figur 6.8 og 6.9.

Figur 6.8: Kadence og formalia på forskellige bestyrelsesmøder i SDCC

	Ordinært møde	Ekstraordinært møde
Kadence	<ul style="list-style-type: none"> • 4 gange årligt 	<ul style="list-style-type: none"> • Indkaldes af bestyrelsen, når den skønner det nødvendigt
Formalia	<ul style="list-style-type: none"> • Bestyrelsen mødes, når formanden indkalder til møde • Bestyrelsen er beslutningsdygtig, når mindst 4 medlemmer (inkl. formanden) er tilstede 	<ul style="list-style-type: none"> • Indkaldes med et varsel på 1 uge • Bestyrelsen er beslutningsdygtig, når mindst 4 medlemmer (inkl. formanden) er tilstede

Figur 6.9: Forventet agenda for ordinære bestyrelsesmøder i SDCC



I tillæg til de faste dagsordenspunkter for de ordinære bestyrelsesmøder vil bestyrelsen kunne tage andre punkter op på agendaen, i det omfang den skønner behov herfor. Dette gælder blandt andet udpegning af stående og tidsbegrænsede ekspertpaneler, facilitering og rådgivning omkring samarbejdsaftaler, ansættelse og firing af SDCC's direktør.

Bestyrelsen træffer beslutninger med simpelt flertal. Der er derved ingen bestyrelsesmedlemmer, der har vetoret over enkelte beslutninger. Ved stemmelighed vil formandens stemme afgøre udfaldet.

Bestyrelsen vedtager egne forretningsordrer, der kan omhandle afholdelse, ledelsen og indkaldelse af bestyrelsesmøder samt udarbejdelse af forretningsprotokol.

6.5 CENTERLEDELSEN

SDCC's centerledelse har en udførende rolle og vil således være ansvarlig for udmøntningen af bestyrelsens overordnede strategiske og økonomiske beslutninger. Derudover leverer SDCC's ledelse input eller indstilling til sådanne beslutninger. Ledelsen vil have ansvar for udførelse af kerneaktiviteterne på SDCC, samarbejdsaftaler, personaleansvar, samt øvrigt ledelsesansvar. SDCC's centerledelse er ledet af SDCC's centerdirektør.

Processen for ansættelse af den første centerdirektør igangsættes efter, at bestyrelsesmedlemmerne er udpeget, og de øvrige medlemmer af ledelsen ansættes af centerdirektøren, når denne er ansat.

Bestyrelsen vil indstille anbefaling om ansættelse af centerdirektøren til endelig godkendelse hos Region H's koncerndirektion. Ansvaret for ansættelse af øvrige ledelsesmedlemmer vil ligge hos centerdirektøren.

Centerdirektørens beføjelser defineres af Region H's ledelsesregulativ.

6.6 RÅDGIVENDE ORGANER

Ambitionen om at skabe et internationalt ledende diabetescenter nødvendiggør, at SDCC har det rette eksterne perspektiv på, hvad dette kræver.

Til det formål nedsættes tre rådgivende organer for SDCC, som skal evaluere og guide i opfyldelsen af ambitionen og succeskriterierne samt give vejledning og input til, hvordan SDCC skal udvikle sig og prioritere sine ressourcer fremadrettet.

De rådgivende organer vil primært være relevante for SDCC's bestyrelse og direktør. Imidlertid vil de rådgivende organer også kunne inddrages af Region H og/eller af eksterne aktører fra det øvrige sundheds- og hospitalsvæsen.

De stående rådgivningsorganer vil som udgangspunkt blive inddraget en gang årligt i forbindelse med opfølgning og evaluering af forrige års samt planlægning af kommende års budget, strategi og handlingsplan (input til justering og prioritering).

De vil ligeledes blive involveret i forbindelse med fjerde års udarbejdelse af langsigtet strategi.

Derudover vil de kunne inddrages ad hoc, i det omfang centrets bestyrelse eller direktør skønner behov herfor. Det samme gælder råd, der nedsættes i en afgrænset periode.

STÅENDE STRATEGISK OG FAGLIGT RÅD – NATIONALT PLAN

- **Formål:** Rådet skal medvirke til at løfte den samlede nationale diabetesindsats ved at evaluere, vurdere og rådgive om den overordnede strategi, herunder behandlingsniveauet på tværs af alle kommende Steno-centre, i forhold til fastsatte succeskriterier og internationale benchmarks. Rådet skal kunne give input til overordnet strategi og ledelse, udvikling af sundhedsvæsenet og styrkelse af folkesundheden samt prioritering af virkemidler (uddannelse og forskning) for at opnå maksimal effekt af behandlingen. Ligeledes skal rådet kunne rådgive om fremtidens diabetesforskning, sundhedsfremmeforskning og -uddannelse, herunder kvalitet af og fokus for forskningen, kvalitetsudvikling, samarbejde med relevante forsknings- og uddannelsesinstitutioner samt niveau for forskningssatser (peer review).
- **Sammensætning:** Medlemmerne skal udpeges på tværs af regionerne og have ledelsesmæssige og faglige kvalifikationer samt tværsektoriel erfaring inden for diabetesområdet fra førende skandinaviske og internationale centre, forsknings- og uddannelsesinstitutioner.
- **Udpegning:** NNF vil udpege medlemmerne i det stående strategiske råd.

SDCC PATIENTRÅD – LOKALT PLAN

- **Formål:** Rådet skal medvirke til at sikre et tæt samarbejde mellem SDCC og patienterne og deres pårørende, hvor de involveres tæt i udvikling af SDCC som verdensførende center og den konkrete diabetesindsats på SDCC. Patientrådet skal give patienterne en stemme i offentligheden og over for ledelsen i SDCC ved at give input til patienttilfredshed samt til udvikling af patientsamarbejde og -inddragelse ("patient empowerment"). Det nuværende patientpanel vil fortsætte efter overdragelse til Regi-

on H, hvis medlemmerne ønsker dette. Der vil i efteråret 2016 være en proces med at videreudvikle patientpanelet og sikre større inddragelse fremadrettet.

- Sammensætning: Panelet skal afspejle patientpopulationens bredde af diabetestyper og demografisk baggrund. Relevante medlemmer til rådet skal findes og indstilles i samarbejde med klinikere fra pågældende center, kommune eller hospital.
- Udpegning: Centerdirektøren på SDCC udpeger det lokale patientråd med repræsentanter fra SDCC's patientpopulation og -organisationer.

TIDSBEGRÆNSEDE RÅD – LOKALT PLAN

- Formål: Rådene kan nedsættes til målrettede rådgivnings- og evalueringsopgaver. Dette kunne fx være i forbindelse med SDCC's overordnede strategi, etablering/forlængelse af strategiske programmer eller opstart af SDCC Uddannelse. Rådene kan ligeledes nedsættes til konkret rådgivning om forskning eller behandling.
- Sammensætning: Sammensætning af tidsbegrænsede ekspertpaneler skal tage udgangspunkt i den givne opgave, som det pågældende råd skal bidrage til at løse.
- Udpegning: Centerdirektøren på SDCC udpeger de tidsbegrænsede råd.

SEKRETARIATSBETJENING AF DE RÅDGIVENDE ORGANER

Centrets organisationsstruktur skal kunne løfte ansvaret for at sekretariatsbetjene de rådgivende organer, det vil sige:

- indkalde dem til relevante bestyrelses-, ledelses- og Region H-møder
- levere data til brug for evaluering af centrets opfyldelse af succeskriterierne
- koordinere i forhold til møder med eksterne aktører.

SDCC's administration varetager denne sekretariatsbetjening.

7. ORGANISATIONSSTRUKTUR

Kapitlet beskriver en skitse for en overordnet organisationsstruktur for SDCC, organiseringen af enkelte kerneaktiviteter og staben samt koordinationen internt i SDCC. Kapitlet gennemgår:

- *Ambition og grundprincipper*
- *Kerneaktiviteternes organisering*
- *Det tværgående samarbejde.*

7.1. AMBITION OG GRUNDPRINCIPPER

7.1.1 AMBITION

Organisationsstrukturen på SDCC skal understøtte SDCC's samlede ambition om at være et internationalt førende diabetescenter, der spiller en central rolle i at løfte det samlede niveau på diabetesområdet i hovedstadsregionen.

Dette oplæg beskriver grundprincipperne og et udkast til organisationsstrukturen, der skal videreudvikles af den fremtidige ledelse.

7.1.2 GRUNDPRINCIPPER

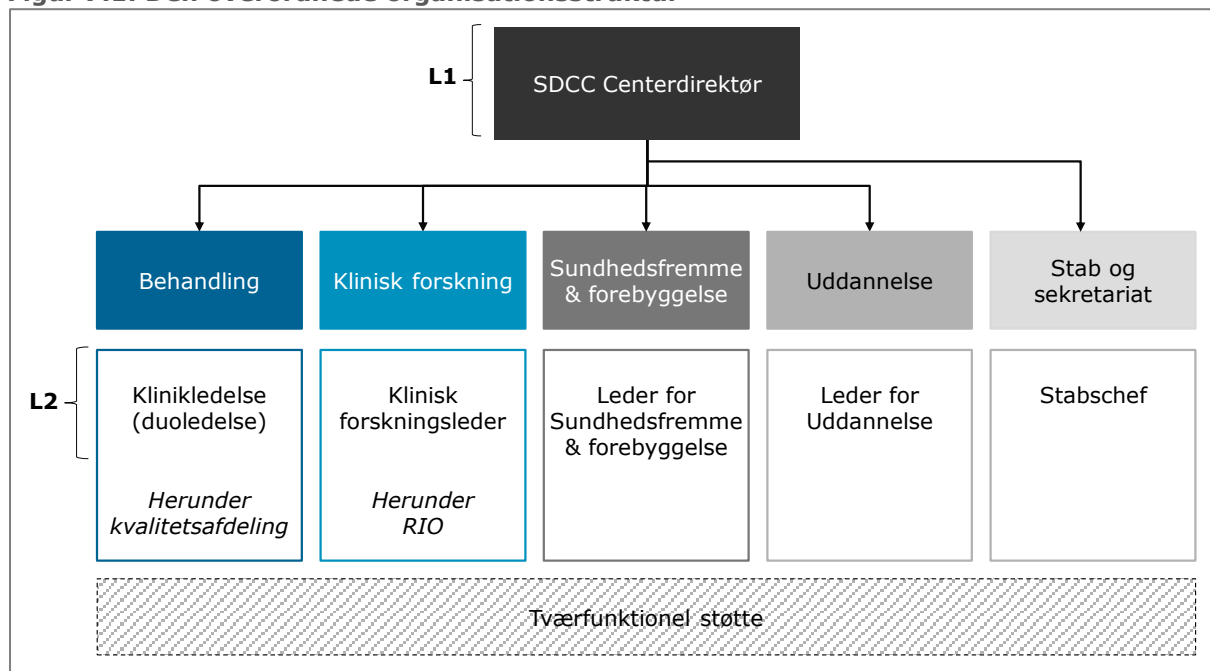
Fem grundprincipper for organisationsstrukturen skal sikre optimale organisatoriske rammer på SDCC:

1. Den skal sikre en fagligt stærk og driftsmæssig kompetent organisation, hvor hver kerneaktivitet drives og udvikles af egen leder, støttet af en kompetent tværgående stabsfunktion.
2. Den skal fremme et tæt internt samarbejde på tværs af SDCC's kerneaktiviteter for at undgå "siloer" og suboptimering.
3. Den skal understøtte et godt samarbejde og en smidig integration med eksterne aktører, så parterne kan udnytte og komplementere hinandens spidskompetencer.
4. Der skal være en klar struktur i ledelseslag og referencer. Hvert ledelseslag oprettes med et tydeligt defineret ansvarsområde for at sikre en effektiv organisation med fokuseret ledelse og uden overlappende ansvar og overflødige lederstillinger. Ledelsen refererer til SDCC's bestyrelse.
5. Alle større professionsgrupper skal have en fagleder, der er garant for fagligheden og koordinationen med andre faggrupper.

7.2 ORGANISERING AF KERNEAKTIVITETERNE

Organisationsstrukturen i SDCC består overordnet af de fire kerneaktiviteter samt en stabsfunktion, jf. figur 7.1. Der forventes i 2021 at være omkring 350 fuldtidsansatte på SDCC.

Figur 7.1: Den overordnede organisationsstruktur



SDCC's organisation er bygget op omkring fire kerneaktiviteter, der hver udgør et organisatorisk "ben", men som skal arbejde tæt sammen om aktiviteterne. En leder for hver kerneaktivitet er ansvarlig for at udvikle og drive enheden, lige som alle lederne har et ansvar for at udvikle samarbejdet på tværs af organisationen. Lederne refererer til centerdirektøren og har hver en organisation under sig med en tilsvarende klar referencestruktur. Klinikchefen fungerer som stedfortræder for centerdirektøren i dennes fravær. Hver faggruppe vil også have en leder internt i kerneaktiviteterne, fx en ledende fodterapeut, diætist etc.

Ledelsesstrukturen med fire ledere for hver kerneaktivitet og en stabsfunktion skal sikre, at alle kerneaktiviteter helt fra begyndelsen får det nødvendige fokus. SDCC adskiller sig her strukturelt fra andre specialklinikker og -ambulatorier, da centret har et særligt ansvar for aktiviteter inden for uddannelse og sundhedsfremme. Da disse aktiviteter forventes at få et landsdækkende perspektiv, er der behov for denne ledelsesstruktur. L2-lederne skal have et højt niveau af operationel frihed til at engagere sig i diverse behandlings-, forsknings- og uddannelsesaktiviteter inden for rammen af SDCC's strategi.

Direkte under centerdirektøren er en stabsfunktion, der i nødvendigt omfang skal understøtte centerdirektøren og kerneaktiviteterne, herunder fremme og udvikle det tværgående samarbejde i SDCC. Behovet for en selvstændig stabsfunktion understreges af såvel afrapporteringsniveauet som ambitionen for SDCC's mange eksterne samarbejder. En række administrative funktioner vil blive delt mellem stabsfunktionen, de enkelte kerneaktiviteter samt Herlev og Gentofte Hospital (*se også afsnit 5.2.2*). Staben ledes af en stabschef, der refererer til centerdirektøren, og som vil have en separat organisation under sig med en tilsvarende klar referencestruktur. Stabschefen får ligeledes operationelle referencer til Herlev og Gentofte Hospital og vil løbende skulle udvikle det administrative samarbejde med hospitalet.

For at undgå en søjleopdelte organisation skal centerdirektøren med hjælp fra stabschefen og lederne af de enkelte kerneaktiviteter sikre, at der samarbejdes internt. Som et led heri skal der blandt andet etableres delestillinger mellem de enkelte kerneaktiviteter.

I følgende afsnit gennemgås den foreslåede organisationsstruktur for de enkelte kerneaktiviteter. Den skitserede organisationsstruktur er ikke nødvendigvis den endelige, men

skal snarere ses som en anbefaling til de kommende ledere, der får det som en af deres første opgaver på SDCC at fastlægge organiseringen af de respektive aktiviteter.

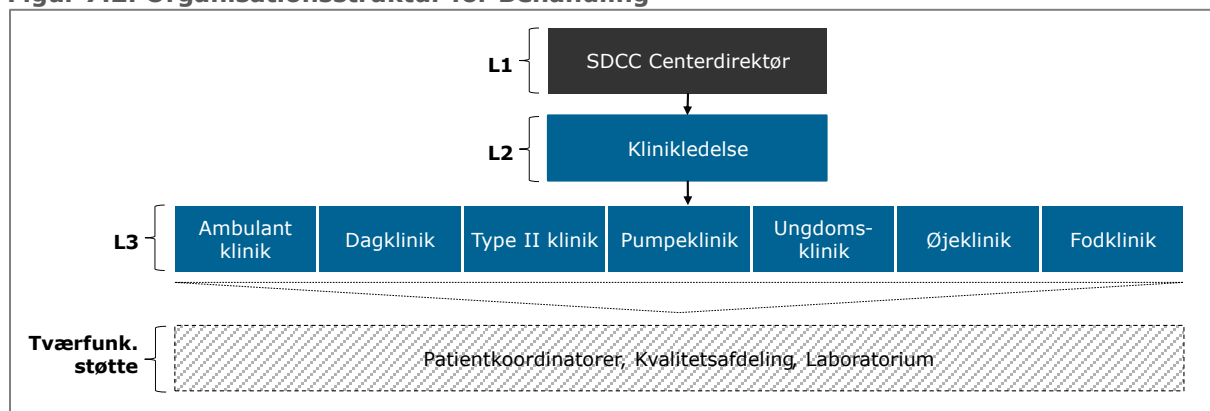
7.2.1 CENTERDIREKTØREN

Centerdirektørens rolle indebærer at lede centret, at have overordnet budgetansvar og at udarbejde oplæg til centrets strategi og retningslinjer, som bestyrelsen godkender, og centerdirektøren herefter er ansvarlig for at eksekvere og implementere sammen med resten af centerledelsen. Det er ligeledes centerdirektørens rolle at ansætte lederne for de øvrige aktivitetsområder samt at facilitere de interne samarbejder på SDCC mellem de enkelte aktivitetsområder. Til sidst skal centerdirektøren sørge for udvikling af og varetagelse af tætte relationer til eksterne interessenter; både interne og eksterne samarbejdspartnere, Region H ledelse samt SDCC's bestyrelse.

7.2.2 BEHANDLING

Organisationsstrukturen er som udgangspunkt bygget op omkring syv klinikker, der specialiserer sig i at behandle en bestemt patientgruppe/diabetestype.

Figur 7.2: Organisationsstruktur for Behandling



L2: KLINIKLEDELSE

Klinikledelsen udgøres af en klinikchef og oversygeplejerske (duoledelse), der er ligestillet i klinikledelsen og refererer til centerdirektøren. Klinikledelsen indgår begge i tværfaglige ledermøder, der skal sikre samarbejde og koordinering på tværs af kerneaktiviteterne. Klinikchefen og oversygeplejersken vil have medarbejderansvar for alle ansatte i klinikken samt ansvar for klinikens drift og udvikling. Derudover får de ansvar for at koordinere aktiviteter med SDCC's øvrige aktivitetsområder, herunder koordinering af dele- og uddannelsesstillinger.

L3: KLINIKKER

Diabetesbehandlingen skal i høj grad indrettes efter klinikker, som specialiserer sig i at behandle en patientgruppe/diabetestype. Det fører til etableringen af dels en generel ambulant klinik, dels en række specialklinikker som fx dagklinik (primært til patienter med nydiagnosticeret type 1-diabetes), type 2-klinik, pumpeklinik og ungdomsklinik, der alle forventes at have et direkte samarbejde med Klinisk forskning, Sundhedsfremme og Uddannelse. Desuden skal der være specialiserede, tværgående komplikationsklinikker såsom en fodklinik og en øjenklinik. Disse forventes at samarbejde direkte med de tilsvarende funktioner på akuthospitalerne, Rigshospitalet og Bornholms Hospital. Behand-

lingen skal så vidt muligt koordineres for at skabe den størst mulige stabilitet og tryghed for patienten.

STØTTEFUNKTIONER

Patientkoordinatorer: Patientkoordinatorer vil være ansvarlige for patientens forløb gennem klinikken og vil referere til klinikledelsen. Deres primære opgave er at skabe et forløb, hvor patienten som udgangspunkt møder det samme behandlingsteam ved hver kontrol for at skabe kvalitet og kontinuitet.

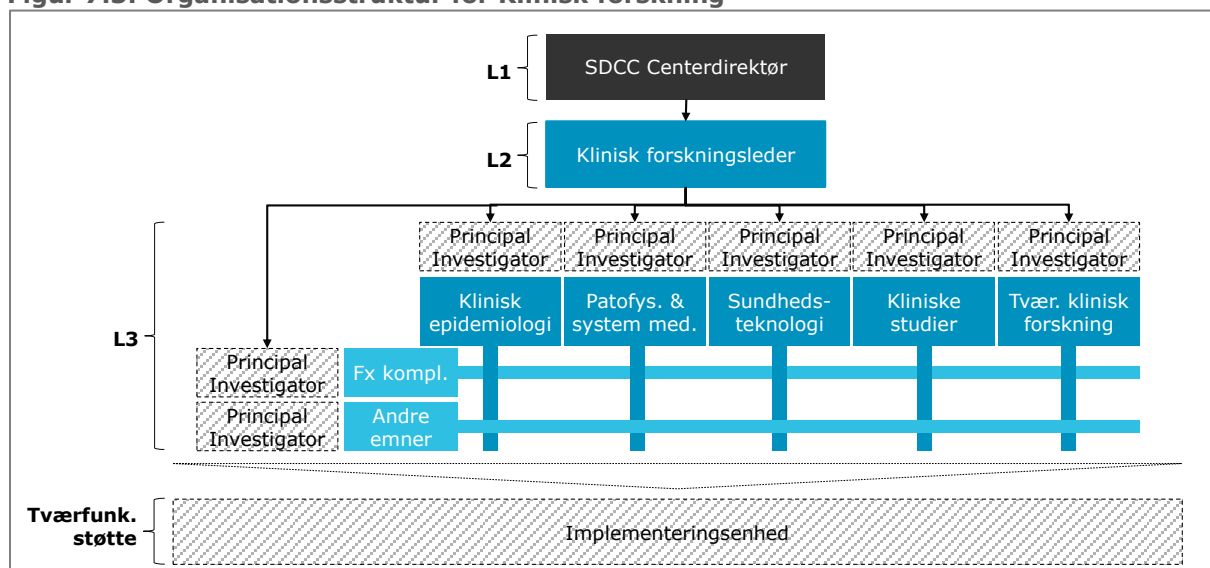
Kvalitetsenhed: Der skal etableres en kvalitetsenhed, som skal understøtte et tæt samarbejde med diabetesambulatorier på de andre hospitaler i Region H om kvalitet i og udvikling af behandlingen. Enheden skal udarbejde ugentlige 'scorecards', der viser, om behandlingen når de fastsatte kvalitetsmål. Derudover skal enheden bistå behandlerne såvel på SDCC som på hospitalerne med fx dataudtræk og ekspertise i at benytte digitale plaforme – for dermed at frigøre tid til kerneopgaver og sideløbende forskning. Endelig skal enheden støtte udviklingen af forløbsbeskrivelser samt sikre, at de nationale retningslinjer bliver overholdt. Til sidst skal kvalitetsafdelingen bidrage til kontinuerlig udvikling af dataindsamling- og benyttelse, således at SDCC's store patientkohorter til stighed vil bidrage til forskning og bedre patientresultater.

Laboratorium: Til at understøtte diabetesbehandlingen varetages parakliniske funktioner på Herlev og Gentofte Hospital fra flytningen til det nye center i 2020, men med decentrale prøvetagninger og nødvendige analyser lokalt på SDCC.

7.2.3 KLINISK FORSKNING

Organisationsstrukturen er bygget op omkring fem forskellige metoder/ forskningsdiscipliner samt en række tværgående emner.

Figur 7.3: Organisationsstruktur for Klinisk forskning



L2: KLINISK FORSKNINGSLEDER

Den kliniske forskning skal ledes af en forskningsleder, der rapporterer direkte til centerdirektøren. Forskningslederen skal være Principal Investigator med eget kliniske forskningsfelt. Forskningslederen har til opgave at facilitere udførelsen af og samarbejdet om forskning af høj kvalitet samt sikre, at forskningen er i tråd med den overordnede stra-

tegi for SDCC og samarbejdspartnerne (Steno Partners). Dette indebærer bl.a. at sikre ressourcefordelingen i forhold til interne bevillinger, skabe sammenhæng i forskningsaktiviteterne og samspil med klinikken og samarbejdet mellem SDCC og andre forskningsmiljøer i Region H. Derudover skal forskningslederen deltage i de tværfaglige ledermøder, der skal sikre samarbejde og koordinering på tværs af kerneaktiviteterne.

L3: FORSKNINGSDISCIPLINER OG PRINCIPAL INVESTIGATORS

Forskningsdiscipliner: Den foreslåede organisationsstruktur er en matrix, bygget op omkring fem forskellige metoder/forskningsdiscipliner samt tværgående emner. Matrixen er skelettet i forskningsenheden, men underafdelingerne skal operere i tæt samarbejde med hinanden og klinikken, og de enkelte forskere skal kunne bevæge sig hen, hvor deres kompetencer kan anvendes bedst. Det skal være en dynamisk organisering, som kan modvirke tendensen til, at der danner sig adskilte siloer. På jævnlige møder skal det drøftes, hvordan forskningsdisciplinerne og de tværgående emner kan komplementere hinanden, og hvordan samspillet med klinikken kan udvikles, så strukturen under L3-niveau bliver så fleksibel som muligt.

Principal Investigators: Én Principal Investigator (PI) leder forskningen inden for hver forskningsdisciplin og refererer til forskningschefen. En PI bør være tovholder på de samarbejder deres underafdeling har med andre aktører både regionalt, nationalt og internationalt. For at sikre et konstant højt fagligt niveau på SDCC, skal såvel PI som de ansatte forskere i en underafdeling igennem en evaluering hvert femte år. I tråd hermed har PI'en ansvar for at sikre, at forskningsenheden løbende rekrutterer og udvikler nye talenter.

STØTTEFUNKTIONER

Forskningsstøtte og implementeringsenhed: Enheden skal sørge for at supportere forskerne, når de søger eksterne bevillinger – fra enten Steno Grants, andre nationale kilder eller internationalt. Derudover skal enheden kvalitetssikre forskningsresultaterne, inden de implementeres i behandlingen på SDCC, samt facilitere vidensformidling mellem kerneaktiviteterne.

7.2.4 SUNDHEDSFREMME, UDDANNELSE OG STAB

L2: LEDERNE AF SUNDHEDSFREMME OG UDDANNELSE

De to ledere af henholdsvis SDCC Sundhedsfremme og SDCC Uddannelse refererer direkte til SDCC's centerdirektør og indgår i de tværfaglige ledermøder, der skal sikre samarbejde og koordinering på tværs af kerneaktiviteterne. Derudover skal lederne sikre den daglige drift og udvikling samt have det overordnede medarbejderansvar for de ansatte i deres afdelinger. Når de tiltræder stillingerne, fastlægger lederne selv sammen med centerledelsen, hvordan resten af deres organisation skal designes for at være bedst rustet til at varetage de funktioner, der er beskrevet i kapitel 3 og 4.

L2: STABSCHEF

Stabschefen styrer de administrative enheder som beskrevet i kapitel 5 og samarbejder tæt med administrationen på Herlev og Gentofte Hospital. Derudover varetager stabschefen en sekretariatsfunktion, der supporterer ledelsen, bestyrelsen og de eksterne rådgivningsorganer med analyser og nødvendigt materiale.

7.3 TVÆRGÅENDE SAMARBEJDE

Den fremtidige ledelse skal via en række interne mekanismer sikre den bedst mulige koordination og samarbejde på tværs af de enkelte aktiviteter i SDCC. Det gælder blandt andet organisationens mødestruktur samt principper for delestillinger og kompetenceudvikling på tværs af aktiviteterne. Også sekretariats- og støttefunktionerne skal understøtte den tværgående koordination.

Det bliver blandt andet afgørende at fremme vidensdelingen mellem forskning, behandling, sundhedsfremme og uddannelse. En vej til dette er, at fx forskere også bruger en del af deres tid på patientbehandling og på at undervise såvel på SDCC som på andre institutioner.

Tilsvarende er det afgørende for udviklingen af behandlingstilbuddet, at næsten alle behandlere er på forkant med den nyeste forskning ved selv at forske. Der stiles efter, at læger, sygeplejersker og øvrigt klinisk personale bruger en betydelig del af deres tid på at forske eller deltage i forskningsaktiviteter – afhængig af individuelle præferencer.

SDCC indgår i Region H's MED-udvalgsstruktur.

8. FINANSIERING

Kapitlet beskriver det estimerede omkostningsniveau for SDCC samt fordelingen af finansieringsansvaret mellem parterne, herunder retningslinjer og principper for centrets finansieringsmodel. Kapitlet gennemgår:

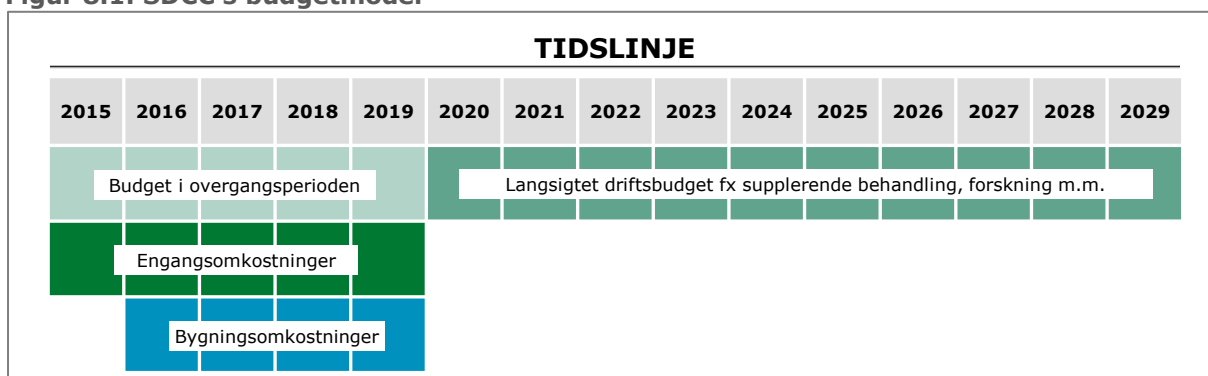
- Driftsmodellen
- Finansieringsansvaret
- Retningslinjerne for finansiel governance.

8.1 FINANSIEL MODEL

Budgetmodellen dækker de samlede omkostninger for SDCC frem til 2029 fordelt på tre kategorier som angivet i figur 8.1:

- Driftsomkostninger omfatter de løbende driftsomkostninger for SDCC, delt op i to perioder. Først en overgangsperiode, der forløber frem til 2020, derefter en langsigtet finansieringsmodel med en grundbevilling fra NNF, der varer mindst ti år frem til udgangen af 2029.
- Engangsomkostninger, der er direkte bundet til overgangsperioden i forbindelse med ejerskiftet og etableringen af det nye center.
- Bygningsomkostninger i forbindelse med opførelsen af den nye bygning på Herlev Hospitals matrikel i perioden fra 2016 til 2020.

Figur 8.1: SDCC's budgetmodel



8.1.1 DRIFTSOMKOSTNINGER

Når centret er fuldt implementeret, estimeres det årlige budget for drift og udvikling at være på cirka 325-370 mio. kr. Estimatet tager udgangspunkt i centrets ambition og tilgang samt grundlag på cirka 11-13.000 patienter i behandling på centret (se også figur 8.2).

Bevillingerne til aktivitetsområderne vil kunne bruges til at dække driften af kerneaktiviteterne (herunder lønninger og standardudstyr), samt til at finansiere enkeltstående projekter.

Derudover disponerer Centerdirektøren over en strategiske pulje, der har til formål at understøtte tværgående projekter inden for SDCC, strategiske initiativer til fx positionering af SDCC, understøttelse af forskningsansøgninger samt uforudsete omkostninger.

Figur 8.2: SDCC – estimerede driftsomkostninger

Omkostnings-kategori		Årlige omk. 2021	Årlige omkostninger, langsigtet finansiering
Be-hand-ling	Standard-behandling	65-75 mio. kr.	<ul style="list-style-type: none"> Omkostningsniveau til ambulant kontrol og behandling samt løbende videreudvikling af standardbehandling er under afklaring.
	Suppl. behandling	70-75 mio. kr.	<ul style="list-style-type: none"> Supplerende og udviklingsorienterede aktiviteter fortsætter på cirka samme niveau.
Klinisk forskning		110-120 mio. kr.	<ul style="list-style-type: none"> Grundbevilling på cirka 50 mio. kr. dedikeret til SDCC's forskere. Ambitiøs ekstern gearing med tiltrækning af eksterne forskningsmidler samt Steno Grants svarende til 60-70 mio. kr.
Sundhedsfremme		20-25 mio. kr.	<ul style="list-style-type: none"> Grundbevilling på cirka 20 mio. kr. til sundhedsfremmeaktiviteter. Forventet tiltrækning af eksterne bevillinger på cirka 5 mio. kr. til specifikke projekter.
Uddannelse		20-25 mio. kr.	<ul style="list-style-type: none"> Cirka 20 mio. kr. rettet mod specifikke initiativer til at løfte koordinering og uddannelse af fagprofessionelle, patienter og pårørende. Forventet tiltrækning af eksterne midler på cirka 5 mio. kr. Omkostningsniveauet til efteruddannelsesaktiviteter for sundhedspersonale er under afklaring.
Drift og service		25-40 mio. kr.	<ul style="list-style-type: none"> Omkostningsniveauet til løbende driftsomkostninger for IT, business support, ledelse og faciliteter er under afklaring.

8.1.2 ENGANGSOMKOSTNINGER

Engangsomkostningerne forfalder i perioden 2016-2020 og er direkte afledt af virksomhedsoverdragelsen og indflytningen i de nye faciliteter på Herlev Hospitals matrikel. Omkostningerne omfatter IT-opsætning og -implementering, forsknings- og medicoudstyr, HR-omkostninger, faciliteter og drift, juridisk støtte samt andre, uforudsete omkostninger i forbindelse med transitionen.

8.1.3 BYGNINGSOMKOSTNINGER

Til opførelsen af det nye center knytter der sig en engangsinvestering, der omfatter opførelsen af bygningen samt den tilhørende parkeringskælder. Derudover er der en række afledte udgifter i forbindelse med tilslutning, retableringer, genhusning, nedrivning og andre, uforudsete omkostninger.

NNF donerer bygningen til Region H, der vil være ejer af bygningen og dermed bygherre i byggeprojektets forløb. Efter opførelsen varetager Region H al drift og vedligeholdelse.

Projektet er ikke et egentligt kvalitetsfondsbyggeri, men governance og budgetansvar for SDCC-projektet er afstemt med og tilpasset regionens politiske og budgetmæssige strukturer, der gælder kvalitetsfondsbyggerier.

8.2 FINANSIERINGSANSVAR

Region H og NNF finansierer i fællesskab centret. Det er en forudsætning for parterne, at der er klart definerede og adskilte roller i forhold til finansieringen af centrets delelementer. Dette omfatter også de omkostninger, der knytter sig til overdragelsen af det nuværende SDC til Region H.

De overordnede principper for fordelingen af finansieringsansvaret er, at Region H finansierer standardbehandling samt drifts- og vedligeholdelsesomkostninger. Derudover bidrager Region H med grundareal til bygningen.

NNF finansierer de supplerende aktivitetsområder og opførelsen af bygningen, herunder de faciliteter, der er nødvendige for centret. Region H finansierer klargøring og tilslutning af grunden. Bevillingen til at opføre den nye bygning falder i perioden 2017-20.

Figur 8.3 opsummerer NNF's og Region H's overordnede roller og ansvar i finansieringen af drifts-, engangs- og bygningsomkostninger. I transitionsperioden finansierer NNF derudover huslejen, SLA'er samt business support omkostninger.

Figur 8.3 Fordeling af finansieringsansvar

		NNF	Region H
Driftsomkostninger	Behandling	<ul style="list-style-type: none"> • Supplerende og udviklingsorienterede aktiviteter 	<ul style="list-style-type: none"> • Standardkontrol og -behandling
	Klinisk forskning	<ul style="list-style-type: none"> • Grundbevilling til klinisk forskning 	<ul style="list-style-type: none"> • Tilknyttede Region H-forskeres løn og eksisterende midler
	Sundhedsfremme	<ul style="list-style-type: none"> • Grundbevilling til sundhedsfremme og forebyggelse (forskning og implementering) 	
	Uddannelse	<ul style="list-style-type: none"> • Grundbevilling til uddannelse af patienter, pårørende, sundhedsprofessionelle og studerende i Region H 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktiviteter rettet mod uddannelse af SDCC's eget personale (standard behandling og driftspersonale)
	Administration		<ul style="list-style-type: none"> • Administrationsomkostninger og vedligeholdelse
	Strategisk pulje	<ul style="list-style-type: none"> • Bevilling til en strategisk pulje 	
Engangsomkostninger	<ul style="list-style-type: none"> • Fordelt mellem parterne i henhold til ovenstående fordeling mellem aktivitetsområderne 	<ul style="list-style-type: none"> • Fordelt mellem parterne i henhold til ovenstående fordeling mellem aktivitetsområderne 	
Byggeomkostninger	<ul style="list-style-type: none"> • Opførelse af bygning inkl. parkeringskælder 	<ul style="list-style-type: none"> • Grundareal • Afledte udgifter 	

8.3 RETNINGSLINJER FOR FINANSIEL GOVERNANCE

SDCC er et selvstændigt bevillingsområde i Region H's budget. Budgetforslaget for SDCC udarbejdes med en særskilt beskrivelse af henholdsvis den fondsfinansierede og den regionalt finansierede del af budgettet. Regnskabet udarbejdes på samme måde, med en selvstændig revisionsrapport. Den fondsfinansierede del budgetteres i henhold til bevillingsaftalerne mellem NNF og Region H. Den regionalt finansierede del budgetteres i henhold til den proces og de retningslinjer, der årligt fastsættes af regionsrådet. Der kan ikke overføres bevillingsbeløb mellem de to områder.

SDCC's ledelse udarbejder budgetforslag for det kommende år og de tre følgende år (overslagsår) til forelæggelse for SDCC's bestyrelse primo juni måned.

Bestyrelsen fremsender budgetforslaget til Region H's godkendelse. Såfremt regionens administration har bemærkninger eller ændringsforslag til budgetforslaget, forelægges disse for bestyrelsen med henblik på, at bestyrelsens eventuelle bemærkninger kan indgå i regionsrådets behandling af det samlede budget.

SDCC kan overføre ikke forbrugte beløb, modtaget fra NNF i et regnskabsår, til det følgende regnskabsår. Det overførte beløb kan anvendes inden for samme aktivitetsområde, som det var bevilget til i det foregående år. Et tilsvarende beløb modregnes i NNF's bevilling for det følgende år, med mindre NNF imødekommer ansøgning fra SDCC om at undlade modregning. Derudover kan bestyrelsen, for de fondsfinansierede aktivitetsområder, overføre op til 20% af det årlige budget inden for hvert aktivitetsområde til et andet område, hvor det maksimalt må tilføre 50% af budgettets størrelse, hvis det vurderes at være en bedre udnyttelse af ressourcerne i det givne år. Større overførsler mellem de fondsfinansierede aktivitetsområder, kræver NNF's tilslutning.

SDCC udarbejder økonomiopfølgning til brug for regionens fire årlige økonomirapporter. Der arbejdes derudover på en model til at monitorere og afrapportere den supplerende behandlingsaktivitet, samt på en model for implementering af aktiviteter inden for supplerende behandling på andre hospitaler i Region H. Modellerne indstilles af bestyrelsen til godkendelse i regionens koncerndirektion.

For SDCC's budget gælder de statsligt fastsatte bevillingsregler for regionen (budget- og regnskabssystemet for regioner).

8.3.1 PROCES FOR BUDGETOVERSKRIDELSER

Ved ekstraordinære budgetoverskridelser er en proces for orientering og finansieringsansvar opstillet mellem NNF og Region H. Denne beskrivelse indeholder retningslinjer for overskridelser på henholdsvis driftsbudget og bygningsbudget.

9. FYSISKE RAMMER

Kapitlet beskriver de fysiske rammer for SDCC, herunder processen og organisationen omkring nybyggeriet. Kapitlet gennemgår:

- *Ambition og grundprincipper*
- *Processen for byggeriet*
- *Byggeriets organisation og governance.*

9.1 AMBITION OG GRUNDPRINCIPPER

9.1.1 AMBITION

De fysiske rammer er en vigtig forudsætning for at kunne realisere visionen om patientcentreret diabetesbehandling i verdensklasse. Centrets fysiske rammer skal afspejle det stærke fokus på patientens behov og understøtte dels samarbejde og vidensdeling på tværs af de enkelte afdelinger og kerneaktiviteter dels en tæt integration med Herlev og Gentofte Hospital.

Placeringen af SDCC ved Herlev og Gentofte Hospital i Herlev er valgt af flere grunde:

- Den efterlever intentionerne i Region H's hospitalsplan (HOP2020) om at samle specialer.
- Den er rationel i forhold til pladsudnyttelse og omkostninger.
- Den ligger centralt i hovedstadsregionen med god adgang til parkering og transport.
- Den vil muliggøre smidig overgang til akuthospital og eksisterende specialfunktioner inden for diabetesbehandling – samt sikre en fysisk nærhed til hospitalets forskningsmiljøer.

9.1.2 GRUNDPRINCIPPER

Optimale fysiske rammer skal sikres ved at følge fire grundprincipper for byggeriet af SDCC. De fysiske rammer skal:

- Sikre et patientcentreret og sammenhængende diabetesforløb, hvor behandlingen tager udgangspunkt i patientens situation og behov samt udføres i et sammenhængende og naturligt flow.
- Fremme interaktion og vidensdeling mellem de forskellige brugere af centret. Det faglige samarbejde på tværs af de enkelte kerneaktiviteter og relevante aktører skal identificeres og prioriteres for at de kan faciliteres af de fysiske rammer. Patienter og pårørende skal ligeledes inddrages i vidensprocessen.
- Fremstå indbydende, så patienter og pårørende føler sig velkomne – uanset deres baggrund og behandlingsbehov. Patienterne skal derved opleve et imødekomende center for behandling af diabetes.
- Sikre en effektiv og optimal drift, hvor patienten får rettidig og korrekt behandling og information samt kompetencer til at varetage egen sygdom. For personalet skal nem adgang til information understøtte fagligt velfunderede beslutninger og hurtige udredninger.

9.2 PROCES FOR BYGGERIET

Byggeprocessen følger nedenstående overordnede tidsplan frem mod aflevering i 2020.

Figur 9.1: Tidsplan for byggeriet

HOVEDTIDSPLAN	2016				2017				2018				2019				2020			
Fase	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Konkurrence	■	■	■	■																
Projektering					■	■	■	■	■	■	■	■								
Udførelse									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Afl levering																				■

Byggeprojektet består af fire klart afgrænsede faser – konkurrence, projektering, udførelse og afl levering – som gennemgås i det følgende.

9.2.1 KONKURRENCE

Byggeriet gennemføres som en én-faset konkurrence, der strækker sig over en periode på cirka 10 måneder.

KONKURRENCEPROGRAM

Et konkurrenceprogram danner grundlag for den opgave, der stilles de udvalgte rådgivere. Det tager afsæt i drejebogen og et funktionsprogram, der omfatter en overordnet behovs- og funktionsanalyse samt tids- og budgetramme.

Til at vurdere de indkomne forslag er der udpeget et dommerpanel bestående af fagdommere og lægmandsdommere. Fagdommerne udpeges af Konkurrencerådgivende arkitekter og ingeniører, samt eventuelt en landskabsarkitekt, som alle er udpeget af Arkitektforeningen og FRI til at varetage dommerhvervet. Dommerkomiteen vil bestå af medlemmerne af den politiske følgegruppe, to repræsentanter udpeget af NNF, Koncern-direktør i Region H, Svend Hartling, Hospitalsdirektør på Herlev og Gentofte Hospital, Klaus Lunding, Projektdirektør i SDCC-projektet, Kristian Johnsen og eventuelt Borgmester i Herlev Kommune, Thomas Gyldal Petersen. Komiteens endelige sammensætning afklares, før konkurrencen igangsættes.

Dommerkomiteen vil vurdere de indkomne forslag til byggeriets udformning. Der er ligeledes nedsat en klinisk følgegruppe, der kan assistere dommerkomiteen med sundhedsfaglige vurderinger, jf. nærmere afsnit 9.3.

AREALBENYTTELSE

Det nye diabetescenter planlægges ud fra en arealramme på cirka 18.000 m² brutto samt p-kælder. Den er beregnet på baggrund af aktivitets- og patientfremskrivning, benchmarks fra tilsvarende byggerier samt ved at inddrage relevante interessenter, fx SDC og Rigshospitalets mor-barn center.

Konkurrenceprogrammet udmønter grundprincipperne for byggeriet og beskriver specifikke lokale- og pladsbehov, samt nærhedskrav. Figur 9.2 lister en række principper for arealbenyttelsen.

Figur 9.2: Principper for arealbenyttelse

PRINCIP	BESKRIVELSE
Mest muligt foregår hos patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten skal så vidt muligt blive samme sted, så de enkelte behandlinger, analyser og medarbejdere "kommer til patienten"
Nærhed og nem adgang	<ul style="list-style-type: none"> • Arealer, rum og udstyr kan nemt tilgås af forskelligt personale og patienter, ligesom de ligger i tæt og naturlig forlængelse af hinanden
Integration mellem aktiviteterne	<ul style="list-style-type: none"> • Fælles arealer skal opfordre til integration og samarbejde mellem de enkelte aktiviteter på SDCC, således at silodannelse undgås
Multifunktionalitet	<ul style="list-style-type: none"> • Rum skal have flere funktioner og tjene forskellige patienttyper; patienter samles så vidt muligt, og opgaver søges udført, så de ikke kræver særskilt areal
Brugsret frem for ejerskab	<ul style="list-style-type: none"> • Kontorpladser er ikke personlige; birum, køkkener og udstyr skal deles af afdelinger og personale
Digitalisering og automatisering	<ul style="list-style-type: none"> • Arbejdsgange og processer optimeres ved digitaliserede og automatiserede løsninger
Standardisering	<ul style="list-style-type: none"> • Rumstørrelser og -indretning skal standardiseres for at sikre hurtig opsætning og omskiftelighed; må ikke skade grundprincippet om en patientcentreret behandling
Inddeling af flow og funktioner i relevante zoner	<ul style="list-style-type: none"> • Adskillelse af flow for varer, patienter og pårørende samt individuel aflukning og adgang; må ikke skade grundprincippet om nærhed og nem adgang
Fremtidssikring	<ul style="list-style-type: none"> • Indretning og opbygning af centret understøtter mulige udvidelser og ændringer af funktioner i takt med udviklingen i patientgrundlaget
Integration med øvrigt byggeri på Herlev-matriklen	<ul style="list-style-type: none"> • Centret "passer ind", samtidig med at det kan fungere uafhængigt og ubesværet af øvrigt byggeri på Herlev-matriklen

Når der er udpeget en vinder af konkurrenceprogrammet, går processen ind i sin næste fase: projektering.

9.2.2 PROJEKTERING

Der udarbejdes et byggeprogram, som sammenfatter bygherrens og brugernes krav og ønsker til det færdige byggeri – inklusiv en beskrivelse af funktioner, arkitektur og arbejdsflow. Byggeprogrammet udarbejdes af byggeprojektorganisationen og rådgiver-teamet med inddragelse af brugerne. På baggrund af byggeprogrammet og i tæt samarbejde med brugerne udarbejdes et dispositionsforslag med de første skitser og tegninger. I denne fase træffes de beslutninger, som har størst indflydelse på økonomien. Dispositionsforslaget forelægges den politiske følgegruppe (og derefter regionsrådet på næstkommende regionsrådsmøde) til godkendelse, jævnfør procedurer beskrevet yderligere i afsnit 9.3.3. Et projektforslag udbygger derefter dispositionsforslaget og indeholder tegningsmateriale, et opdateret rumprogram samt møbleringsforslag. Projektforslaget forelægges til godkendelse hos den politiske følgegruppe (og derefter regionsrådet på næstkommende regionsrådsmøde). Der vil på baggrund af et projektforslag blive søgt om myndighedsgodkendelse og byggetilladelse. Endelig vil et hovedprojekt fastlægge projektet entydigt, så det kan danne grundlag for et udbud til entreprenørerne. Selve hovedprojektet udarbejdes uden yderligere inddragelse af brugerne.

Projektet vil derpå blive sendt i udbud i EU, så der kan indhentes tilbud fra interesserede entreprenører. Derpå vil rådgiverteamet gennemgå de indkomne tilbud, hvorefter der indgås kontrakter med de valgte entreprenører.

9.2.3 UDFØRELSE

Når der er indgået kontrakt med entreprenørerne, sættes byggeriet i gang. Byggepladsen etableres, hvorefter byggeriet realiseres i overensstemmelse med den kontrakt, der er indgået med entreprenørerne. Der vil løbende blive ført tilsyn med, at tegninger og beskrivelser følges, samt at tidsplanen overholdes. Der vil undervejs blive holdt en række byggemøder, hvor byggeprojektlederen orienteres om byggeriets status. Når byggeriet er færdigt, foretages en mangelgennemgang, og byggeprojektlederen vurderer om manglerne er af et omfang, som gør, at man kan modtage bygningen og sætte den i drift.

9.2.4 AFLEVERING

Efter afleveringen vil der være en indflytningsfase, hvor møbler, løst inventar og det faste inventar, som ikke er en del af entreprisen, flyttes ind; dette omfatter også installation af IT-, AV- og laboratorieudstyr.

Byggeprojektlederen og bygherrerådgiveren gennemgår byggeriet sammen med de eksterne rådgivere, entreprenører samt en repræsentant fra SDCC, henholdsvis et og fem år efter afleveringen af byggeriet.

9.2.5 BRUGER-, PATIENT- OG MYNDIGHEDSINDDRAGELSE

Undervejs i projektet vil såvel brugerne af centret (i form af en klinisk følgegruppe) samt myndighederne blive inddraget i processen.

Brugerne skal rådgive byggeprojektorganisationen, og inddragelsen skal sikre, at brugernes viden bringes ind i byggeprojektet på en systematisk og konstruktiv måde, der sikrer et godt resultat. Brugerne vil dels blive inddraget i forbindelse med udarbejdelsen af konkurrenceprogrammet, dels løbende i den efterfølgende projekteringsfase. Her vil også patienterne inddrages i processen.

Myndighederne inddrages tidligt i projektet og vil via møder undervejs i processen kunne følge med i projektet. Byggeandragende sendes til Herlev Kommunes tekniske afdeling.

9.3 BYGGEORGANISATION OG GOVERNANCE

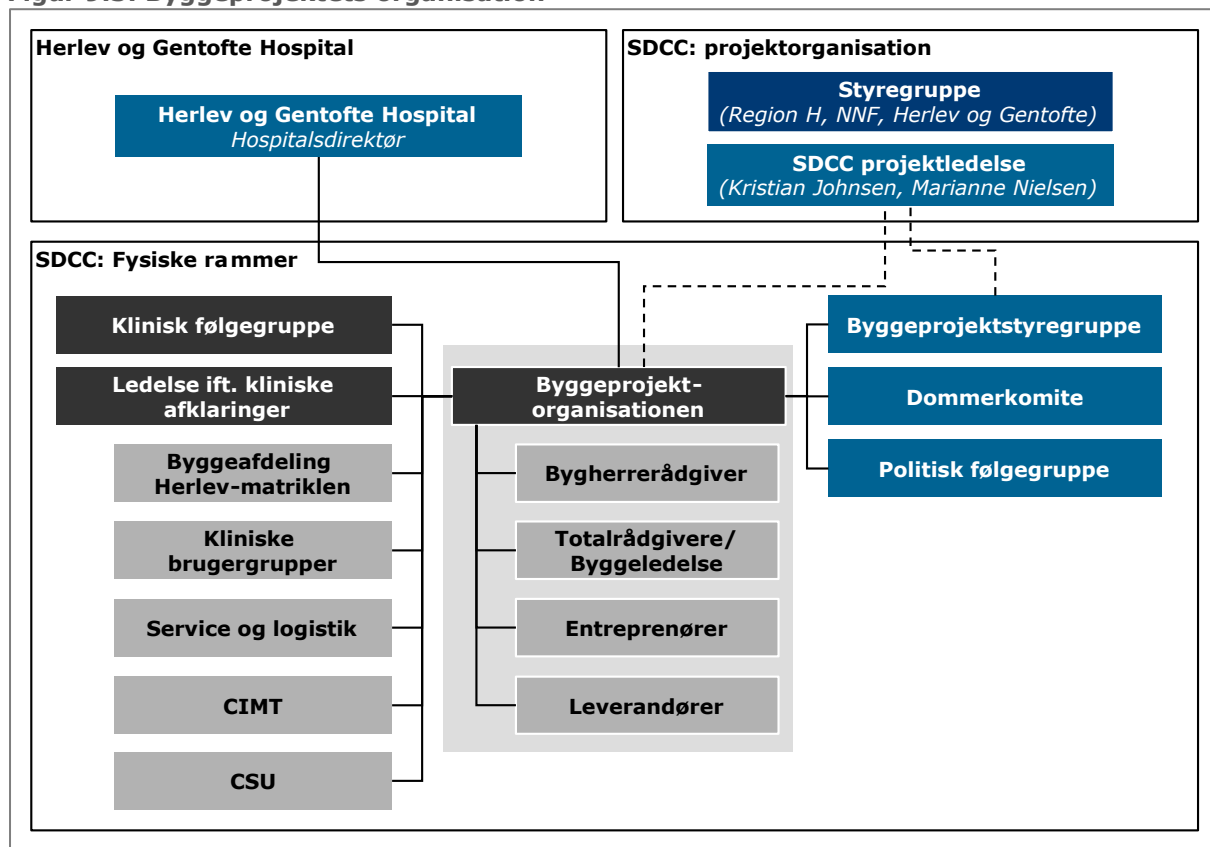
Byggeprojektet har en organisation og governance, som skal sikre, at byggeriet kan leveres i overensstemmelse med den økonomi og standard samt til det tidspunkt, som er forudsat af Region H og NNF. Byggeorganisationen er underlagt Herlev og Gentofte Hospital, som er bygherre under Region H. Dette skal hjælpe med til at sikre en tæt koordinering med de øvrige byggerier på matriklen.

Byggeorganisationen skal afspejle den særlige konstruktion, hvor Region H ejer bygningen og er den overordnede bygherre, og hvor NNF er bevillingsgiver for bygningsopførelsen.

Byggeorganisationen vil i henhold til procedurer for regionens øvrige byggerier, herunder "Paradigme for styringsmanual for Region Hovedstadens Kvalitetsfonds Byggeprojekter – Udgave 2, december 2012", blandt andet omfatte en særligt nedsat byggestyregruppe, byggeprojektledelse, bygherrerådgiver samt en række bruger- og følgegrupper. Byggeorganisationen vil ændre sig i løbet af byggesagens faser.

Figur 9.3 viser de forskellige aktører i byggeprojektet, hvoraf de vigtigste vil blive gennemgået i det følgende.

Figur 9.3: Byggeprojektets organisation



9.3.1 BYGGEPROJEKTORGANISATIONEN

Byggeprojektstyregruppen er den udførende organisatoriske enhed gennem hele byggeprojektforløbet. Den varetager koordineringen og udførelsen af en række analyser og opgaver knyttet til byggeprojektet. Byggeprojektorganisationen varetager udarbejdelse af udbudsmateriale, inddragelse af følge- og brugergrupper samt EU-licitationer og byggeri. Byggeprojektet har sin egen byggeprojektleder i byggeorganisationen, der fungerer som den operationelle bygherre med det daglige ansvar for tid, økonomi og kvalitet.

Byggeprojektorganisationen forankres i Herlev og Gentofte Hospital til hospitalsdirektøren og skal samarbejde tæt med byggeafdelingen for det nuværende byggeri på Herlev Hospitals matrikel.

Byggeprojektlederen for byggeprojektet SDCC forestår den daglige ledelse af projektet. Byggeprojektlederen har det daglige administrative ansvar for projektets fremdrift, økonomi og kvalitet, og for at sikre at arbejdet i de enkelte faser fremmes og at der koordineres i forhold til øvrige byggearbejder på Herlev Hospital. Byggeprojektlederen referer til Herlev og Gentofte Hospitals direktør. Derudover fungerer byggeprojektlederen som sekretær for byggestyregruppen.

Eventuelle specialgrupper under byggeprojektgruppen kan nedsættes efter behov, eksempelvis en gruppe til integration med Herlev Hospital eller en dedikeret kunstgruppe.

9.3.2 BYGGEPROJEKTSTYREGRUPPE

Der nedsættes en styregruppe for byggeprojektet ('byggeprojektstyregruppen'), der har det overordnede administrative ansvar, herunder politiske håndtering af opgaven i samspil med Center for Økonomi, samt ansvar for projektets indhold og økonomi. Byggepro-

jektstyregruppen refererer til den styregruppe, der med koncerndirektøren som formand er nedsat til forberedelse af det samlede SDCC-projekt. Når bestyrelsen for SDCC er udpeget, varetager den styregruppens opgaver. Byggeprojektstyregruppen skal bistå byggeriet i hele perioden, fra den dag det sættes i gang til den dag bygningen afleveres.

Byggeprojektstyregruppen består af 8 medlemmer og har følgende sammensætning:

- Hospitalsdirektør, Herlev og Gentofte Hospital (formand)
- Et medlem udpeget af NNF
- Projektdirektør, Byggeafdelingen på Herlev og Gentofte Hospital
- Projektdirektør, SDCC-projektet (afløses af centerdirektøren for SDCC, når denne er ansat)
- Byggeprojektleder
- En repræsentant for regionens centrale byggestyringsenhed
- En repræsentant for Regionens Center for Sundhed
- En repræsentant for Regionens Center for It, medico- og teknologi.

Byggeprojektstyregruppen har ansvaret for, at bygningen opføres i tråd med retningslinjerne udstukket i drejebogen og i konkurrenceprogrammet. Ved godkendelser af indstillinger fra byggeprojektorganisationen er byggeprojektstyregruppen ligeledes ansvarlig for økonomi, udformning og tidsplan for byggeriet. Byggeprojektstyregruppen indstiller ligeledes faseskift til den politiske følgegruppe og regionsrådet.

Byggeprojektstyregruppens beslutningsmandat vedrører overordnede og væsentlige beslutninger, som beskrevet ovenfor. Beslutninger, der ligger uden for dette mandat, og beslutninger, der kræver politisk forelæggelse, skal indstilles til Region H's koncerndirektion.

I byggeprojektstyregruppen vil byggeprojektlederen orientere om status og forhold i forbindelse med byggeriet der kræver stillingtagen. Denne afrapportering skal ligeledes indgå i afrapportering til Region H's Center for Økonomi som følge af styringsmanualen. Byggeprojektstyregruppen skal orientere byggeprojektlederen i forhold om overordnede organisatoriske emner samt politiske, regionale og administrative beslutninger, som kan have indflydelse på bygningens udformning eller drift. Byggeprojektstyregruppen skal ligeledes sikre koordination og sammenhæng mellem de øvrige byggerier på Herlev-matriklen.

Byggeprojektstyregruppen mødes hver 6. til 8. uge. Styregruppens formand informerer SDCC's overordnede styregruppe og herigennem Region H's koncerndirektion og NNF's direktion om byggeprocessen. I denne sammenhæng har SDCC's overordnede styregruppe (afløses af bestyrelsen ved overdragelse per 1. januar 2017) ansvaret for at følge projektets fremgang. Styregruppen orienteres ved større afvigelser eller ændringer af byggeprojektet og inddrages herudover ved potentielle konflikter, som kræver en dialog mellem NNF og Region H.

9.3.3 POLITISK FØLGEGRUPPE

For at afspejle processen for kvalitetsfundsbyggerierne, skal der ligeledes nedsættes en politisk følgegruppe for SDCC's byggeproces.

Den politiske følgegruppe vil bestå af 6 regionsrådsmedlemmer, der ligeledes indgår i den politiske følgegruppe for kvalitetsfundsprojektet Nyt Hospital Herlev. Som ved regionens kvalitetsfundsprojekter, skal følgegruppen som udgangspunkt følge byggeprocessen, orienteres om faseskift i projektets realisering og forelægges mødesager vedr. projektet, inden de forelægges for Regionens forretningsudvalg og regionsråd. Medlemmer af den politiske følgegruppe deltager i dommerkomitéen. Der udarbejdes som for kvalitetsfundsbyggerierne en styringsmanual for byggeprojektet.

9.3.4 KLINISK FØLGEGRUPPE

Med henblik på at sikre, at opførelsen af SDCC tager afsæt i de behov og interesser, som de kommende brugere af centret besidder, nedsættes en klinisk følgegruppe. Den kliniske følgegruppe skal levere faglig rådgivning, sparring og input undervejs i etableringsprocessen, således at SDCC kan levere den patientcentrerede og sammenhængende diabetesindsats i verdensklasse, som forudsættes i visionen.

Den kliniske følgegruppe har til formål at supportere og rådgive projektsekretariatet for etablering af SDCC og den kommende ledelse af centret i første omgang i perioden frem til foråret 2017.

I forhold til byggeprocessen vil følgegruppen bl.a. have til opgave at bistå dommerkomiteens analyser med fagligt bidrag i forbindelse med arkitektkonkurrencen og de hermed indkomne forslag. Derudover skal den kliniske følgegruppe inddrages i forbindelse med den brugerinddragelsesproces, der finder sted løbende i byggeprocessen. Deltagernes rolle vil bestå i faglig rådgivning, sparring, forslag og øvrigt input til projektsekretariatet og den kommende centerledelse på baggrund af de interesser, der er relevante for de medarbejder- og patientgrupper, som de enkelte følgegruppemedlemmer repræsenterer.

Følgegruppen skal afspejle både faglige kompetencer og den geografiske fordeling, som repræsenterer SDCC's aktiviteter. Sammensætningen bør repræsentere regionens hospitaler samt SDC. Derudover bør sammensætningen afspejle det fremtidige patientgrundlag og de øvrige fremtidige aktiviteter på SDCC; herunder personer med kompetencer inden for både type 1 og -2 diabetes samt børn, eller med sygeplejerske-, forsknings-, uddannelses-, og formidlingsbaggrund.

Som udgangspunkt har den kliniske følgegruppe følgende sammensætning, som kan suppleres efter behov:

- Kirsten Nørgaard, Hvidovre Hospital (type 1 diabetes)
- Tina Vilsbøll, Gentofte Hospital (type 2 diabetes)
- Birthe Susanne Olsen, Herlev Hospital (børn)
- Henrik Lund-Andersen, Glostrup Hospital (øjenscreeninger)
- Kirsten Nielsen, SDC (sygeplejersker)
- Filip Knop, Gentofte Hospital (forskning)
- Peter Rossing, SDC (forskning)
- Henrik Ullits, SDC (klinik)
- Anne Rasmussen, SDC (fodterapeut)
- Ulla Bjerre-Christensen, SDC (uddannelse og formidling)

10. OVERDRAGELSE OG TRANSITION

Kapitlet beskriver overdragelsen af SDC til Region H samt planlægningen af transitionsprocessen til SDCC. Kapitlet gennemgår:

- *Ambition og grundprincipper for overdragelse og transition*
- *Implementeringsplanen*
- *Projektorganiseringen frem mod overdragelse.*

10.1 AMBITION OG GRUNDPRINCIPPER

10.1.1 AMBITION

En grundig forberedelse af overdragelsen af SDC til Region H per 1. januar 2017 er vigtig for at kunne etablere et nyt diabetescenter i verdensklasse. Det er også forudsætningen for, at integrationen i Region H foregår bedst muligt. I overdragelsesfasen er ambitionen derfor at sikre en gnidningsfri og effektiv proces, hvor ledere og medarbejdere inddrages tæt, hvor den daglige drift bliver forstyrret så lidt som muligt, og hvor medarbejdertilfredsheden bliver opretholdt.

10.1.2 GRUNDPRINCIPPER

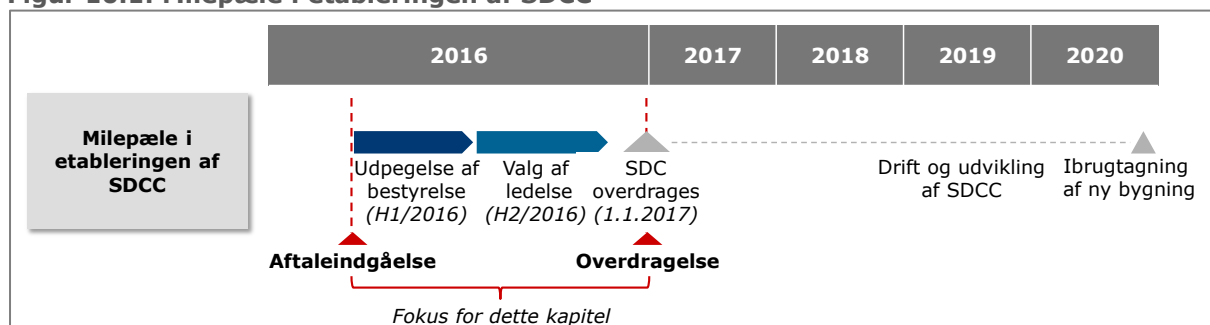
Overdragelse af SDC til Region H sker ud fra en række grundprincipper, som skal sikre en åben proces, hvor gældende love og retningslinjer på området bliver overholdt:

1. En grundig implementeringsplan med klart definerede opgaver og ansvarsfordeling skal sikre en gnidningsfri overdragelse til Region H. Overgangen frem mod aktivitetsoverdragelsen støttes af en projektorganisation, der skal supportere den siddende ledelse samt understøtte, at nødvendige processer i fremtidens SDCC bliver sat i gang.
2. Personale på SDC overdrages med deres løn- og ansættelsesvilkår som beskrevet i virksomhedsoverdragelsesloven. Personalet overføres til Region H's gældende overenskomster, retningslinjer, politikker og vejledninger ved overenskomstperiodens udløb i marts 2018.
3. Rettidig kommunikation til og inddragelse af SDC's medarbejdere om overdragelsen foregår i henhold til virksomhedsoverdragelsesloven. Desuden skal øvrige interessenter informeres rettidigt ad de rette kanaler.

10.2 IMPLEMENTERINGSPLAN

Figur 10.1 viser milepælene fra aftaleindgåelsen i maj 2016 frem mod henholdsvis overdragelsen til Region H (1. januar 2017) og indflytningen på Herlev Hospital i 2020.

Figur 10.1: Milepæle i etableringen af SDCC



Bestyrelsen udpeges, når bevillingsaftalerne underskrives (se også kapitel 6). Det betyder, at bestyrelsen umiddelbart efter aftaleindgåelsen kan sætte den proces i gang, der skal føre til ansættelse af centerdirektøren for SDCC. Målsætningen for denne proces er, at centerdirektøren og næste lag af ledere er ansat senest den 1. januar 2017, hvor SDC overdrages til Region H. Når en centerdirektør er ansat, er det vedkommendes rolle at besætte eventuelle ledige stillinger i næste ledelseslag. Herefter er SDCC i drift, men centret holder stadig til på den nuværende matrikel i Gentofte frem mod ibrugtagningen af de nye bygninger ved Herlev Hospitals matrikel den 1. oktober 2020.

Dette kapitel beskæftiger sig primært med den kortsigtede implementering frem mod 1. januar 2017. I denne periode vil fire hovedopgaver være relevante for at forberede centret frem mod overdragelsen (se figur 10.2).

Figur 10.2: Overordnede opgaver i implementeringsperioden frem til 1. januar 2017

SDC: Drift	Behandling	<i>Fortsætte driften af nuværende SDC indtil overdragelse 1. januar 2017</i>
	Forskning	
	Uddannelse	
	Sundhedsfremme	
	HR / Økonomi / IT	
SDC: Overdragelse til Region H	HR og kommunikation	<i>Sikre gnidningsfri overdragelse og integration af personale samt IT- og økonomisystemer til Region H</i>
	IT og medico	
	Økonomi	
SDCC: Fremtidig model	Behandling	<i>Videreudvikle den fremtidige model for SDCC baseret på drejebogens indhold; herunder ansætte ny bestyrelse og ledelse, udvikle strategier og initiere nye samarbejder</i>
	Klinisk forskning	
	Uddannelse	
	Sundhedsfremme	
	Organisation og governance	
SDCC: Fysiske rammer	Byggeri	<i>Varetage projektet om at opføre den nye bygning på Herlev Hospitals matrikel</i>

10.3 DRIFT AF DET NUVÆRENDE SDC

På det nuværende SDC vil driften frem til 1. januar 2017 fortsætte i samme struktur som i dag – for at sikre et fortsat høj niveau i patientbehandlingen. SDC's aktiviteter vil fortsætte under den nuværende organisations- og governancestruktur. Som udgangspunkt er der ingen ændringer i den daglige drift i denne periode. Dog forventes personalet at blive inddraget i en række af transitionsopgaverne. Det gælder blandt andet:

- at udvikle den fremtidige model for SDCC
- at sikre en gnidningsfri overgang til Region H's ejerskab
- at sikre relevante faglige input til processen om den nye bygning.

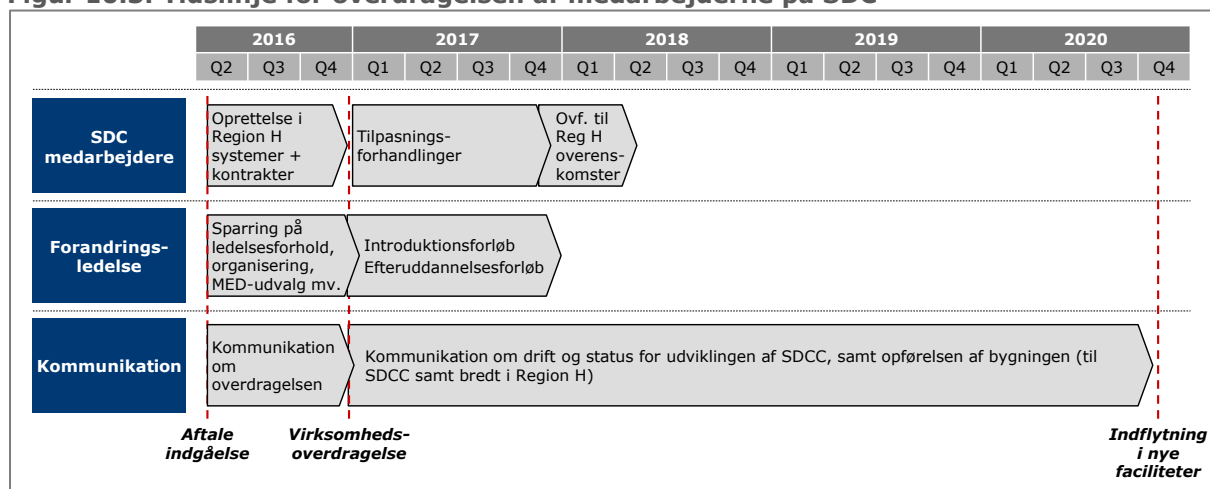
10.4 OVERDRAGELSE AF SDC TIL REGION H

Forberedelsen af overdragelsen af SDC til Region H omfatter en række tidsbegrænsede aktiviteter. Det gælder især aktiviteter, der knytter sig til overdragelse af medarbejdere samt integration af IT-, administrations-, og økonomisystemer. Overdragelsen af IT- og administrationssystemer er beskrevet i kapitel 5.

10.4.1 OVERDRAGELSE AF MEDARBEJDERE

Virksomhedsoverdragelsen gennemføres 1. januar 2017. Den dag overgår SDC's nuværende medarbejdere til at være ansat af Region H. Op til 1. januar 2017 igangsættes de nødvendige processer, som vist i figur 10.3.

Figur 10.3: Tidslinje for overdragelsen af medarbejderne på SDC



PLAN FOR KONTRAKTUEL OVERDRAGELSE AF MEDARBEJDERE

Tids- og procesplanen for den kontraktuelle håndtering af medarbejderoverdragelsen fra SDC til Region H kan inddeles i følgende fire faser:

- Maj – oktober 2016: Lønoplysninger og personalesager overleveres fra SDC til Region H; de overdragede medarbejdere oprettes i personale- og lønadministrationssystemet hos Region H.
- November – december 2016: Tillæg til ansættelsesbreve sendes til de overdragede medarbejdere ved SDCC; medarbejderne informeres om overdragelsen og processen for overgangen til Region H-overenskomster i foråret 2018.
- 2017: Tilpasningsforhandlinger med de faglige organisationer om at udarbejde aftaler om ansættelsesvilkår i forbindelse med overgangen. I takt med at tilpasningsaftalerne indgås, indledes forhandling af individuelle lønaftaler for alle ansatte ved SDCC – med virkning fra 1. april 2018.
- Januar – marts 2018: De endelige ansættelsesbreve med Region H-vilkår sendes til medarbejderne ved SDCC; nye lønaftaler indarbejdes i de administrative systemer.

NNAS underretter i henhold til lovgivningen alle medarbejdere på SDC om virksomhedsoverdragelsen. Det sker umiddelbart efter aftaleindgåelsen i maj 2016. Da der allerede eksisterer klarhed over de ændrede ansættelsesvilkår ved aftaleindgåelsen, vil NNAS og Region H i perioden efter aftaleindgåelsen sammen begynde dialogen med de berørte medarbejdere om deres ændrede stillinger. Dialogen søges færdiggjort senest 30. juni 2016. Hele processen vil ske i overensstemmelse med lovgivningen om virksomhedsoverdragelse.

OVERDRAGELSE AF MEDARBEJDERE MED LEDERFUNKTION

Generelt vil ledere, der som lønmodtagere er omfattet af virksomhedsoverdragelsesloven, blive overdraget til Region H. Løn niveauer vil blive tilpasset regionale niveauer, ved en regulering med virkning pr. 1. oktober 2020. Processen svarer til den, der gælder for de øvrige medarbejdere.

10.4.2 FORANDRINGSLEDELSE

Virksomhedsoverdragelsen af SDC til Region H medfører forandringer, som påvirker medarbejderne. Overdragelses- og transitionsprocessen er planlagt med fokus på god forandringsledelse, herunder trygheds- og kulturskabende aktiviteter.

Center for HR i Region H støtter SDC med HR-aktiviteter i processen. SDC og Region H samarbejder om opgaven og drøfter løbende behovet for understøttende HR-aktiviteter samt den indbyrdes rolle- og ansvarsfordeling. Indtil overdragelsen 1. januar 2017 er SDC selvdrivende og ansvarlig for HR-arbejdet, men kan gøre brug af Center for HR's tilbud om diverse aktiviteter. Efter overdragelsen er Region H hovedansvarlig. Regionens arbejde med understøttende HR-aktiviteter kan inddeles i tre faser med hver deres behov og aktiviteter:

1. *November 2015 – april 2016:* Sparre med HR i SDC om forandringsledelse, kommunikation og plan for involvering af medarbejdere. Desuden dialog med personaleorganisationer og besvarelse af konkrete spørgsmål om Region H.
2. *Maj – december 2016:* Sparre om ledelsesforhold, personaleemner, organisering, MED-udvalg mv. Involvere SDC- og andre Region H-medarbejdere, som overflyttes til SDCC, aktivt i forandringen. Planlægge og afvikle et fælles forløb for den nye ledelse og medarbejderne om visionen, det faglige fællesskab og en ny fælles kultur.
3. *2017 og frem:* Afholde skræddersyede introduktionsforløb for ledere og medarbejdere i SDCC, herunder tilbyde regionens almindelige introduktionskurser.

10.4.3 KOMMUNIKATION

For at sikre løbende og relevant kommunikation til medarbejderne på SDC frem mod aftaleindgåelsen vil kommunikationsafdelingerne på henholdsvis SDC og Herlev og Gentofte Hospital være ansvarlige for den interne kommunikation – støttet af Region H's Center for Kommunikation.

Både intern og ekstern kommunikation efter virksomhedsoverdragelsen koordineres i forhold til den aftalte fremtidige arbejdsdeling mellem de interne kommunikationsmedarbejdere på SDCC, Herlev og Gentofte Hospitals kommunikationsafdeling samt Region H's Center for Kommunikation.

10.4.4 OVERFLYTNING AF REGION H-MEDARBEJDERE

Samtidig med overflytning af patienter til SDCC fra hospitalerne i Region H vil der tilsvarende blive overdraget medarbejdere herfra til SDCC. Medarbejderne følger med patientgrupperne til SDCC i det forhold (ratio), der i dag eksisterer på de pågældende ambulatorier, og deres overflytning foregår samtidig med patienternes. En detaljeret plan for dette vil blive udviklet og beskrevet som en del af udviklingen af den fremtidige model. Det vil ske med bred inddragelse af de øvrige hospitaler i Region H.

Region H er ét ansættelsesområde, hvilket betyder, at personalet kan overflyttes på tværs af hospitaler/virksomheder i regionen. Ved overflytning følges regionens personalepolitiske principper for organisationsforandringer og medarbejdertilpasninger. En overflytning skal ske med respekt for, at den kan indebære så væsentlige ændringer i medarbejderens ansættelsesforhold, at det kræver et varsel svarende til medarbejderens opsigelsesvarsel. Der skal i den forbindelse foretages en individuel vurdering af medarbejderens samlede situation.

Drøftelser og planlægning af overdragelse af patienter og medarbejdere samt udvikling af samarbejder mellem SDCC og de pågældende hospitaler i henhold til den overordnede plan for patientgrundlaget bliver sat i gang i efteråret 2016 og vil løbe ind i 2017. Bortset fra ny-diagnosticerede patienter med type 1-diabetes forventes overflytningerne af pati-

enter ikke at træde i kraft før 2020, hvor de fysiske rammer om det nye SDCC står klar på Herlev og Gentofte Hospital den 1. oktober 2020.

10.5 UDARBEJDELSE AF DEN FREMTIDIGE MODEL FOR SDCC

Efter aftaleindgåelsen vil der blive igangsat en række initiativer der skal forberede SDCC på at indfri de opstillede ambitioner og strategier. Blandt de vigtigste initiativer er:

- At rekruttere en ny bestyrelse og besætte stillinger i næste ledelseslag (forventes afsluttet ultimo 2016).
- At detailplanlægge processen for at overføre patienter i forhold til det aftalte patientgrundlag; herunder at opdatere visitationsregler og overførselsplaner for patienter og personale fra øvrige Region H-hospitaler.
- At forberede og kommunikere nye standard- og supplerende behandlingstilbud på SDCC samt en plan for udrulning til øvrige hospitaler.
- At udarbejde en detaljeret Steno Partners-model med øvrige hospitaler.
- At sætte gang i ansøgninger om Steno Grants, der oprettes med virkning fra 2017.
- At udarbejde detaljerede strategier og organisationsstrukturer for SDCC's aktivitetsområder, når ledelsen er endeligt på plads.
- At oprette samarbejdsaftaler med fremtidige partnere: kommuner, almen praksis, universiteter, professionshøjskoler m.fl.

10.6 PROCES FOR OPFØRELSE AF DEN NYE BYGNING

Der etableres en særskilt organisering og et særligt projektførelse for den omfangsrige proces med at opføre det nye byggeri. Dette er beskrevet i kapitel 9.

10.7 PROJEKTORGANISERING FREM MOD OVERDRAGELSEN

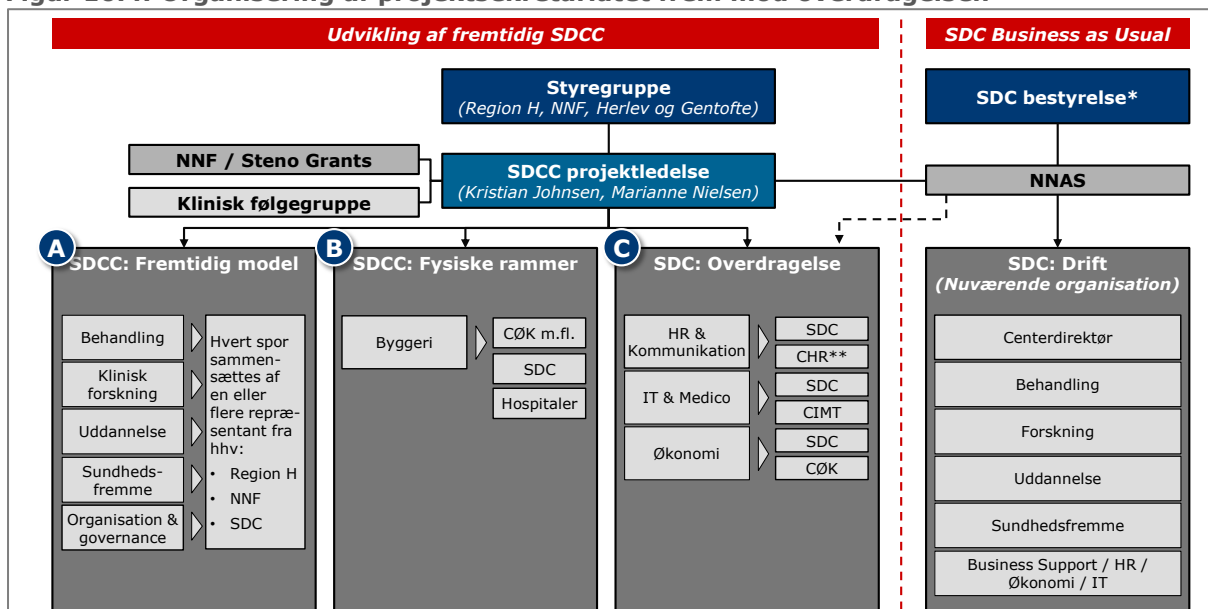
For at sikre en gnidningsfri overgangsperiode fra aftaleindgåelse (maj 2016) til overdragelse til Region H (1. januar 2017) nedsættes i overgangsperioden et projektsekretariat, der skal supportere den siddende ledelse og understøtte, at de nødvendige processer til etablering af SDCC sættes i gang. Projektsekretariatet vil især skulle:

- definere og supportere design af og strategien for det nye SDCC
- varetage processen omkring opførelsen af det nye byggeri
- forestå overdragelsen af SDC fra NNAS til Region H.

Det nuværende SDC's daglige drift fortsætter sideløbende med forberedelsen til overdragelsen.

Projektsekretariatet vil bestå af repræsentanter for Region H's koncerncentre og for Herlev og Gentofte Hospital. Sekretariatet vil være støttet af SDC-medarbejdere samt af repræsentanter for NNF (se også figur 10.4).

Figur 10.4: Organisering af projektsekretariatet frem mod overdragelsen



I udformningen af den fremtidige model for SDCC udgør behandling, klinisk forskning mv. separate spor. Ligeledes udgør byggeri, HR og kommunikation, økonomi mv. spor under henholdsvis fysiske rammer og overdragelsen. Hvert af disse spor har én tovholder med det overordnede ansvar for en række arbejdsstrømme der skal udarbejdes frem mod overdragelsen 1. januar 2017. Hver arbejdsstrøm vil have en ansvarlig, hvis rolle det er at koordinere opgaverne i de enkelte arbejdsstrømme, herunder planlægning og eksekvering, understøttet af en arbejdsgruppe.

Efter 1. januar 2017 træder SDCC's fremtidige ledelse og bestyrelse i kraft. Der vil i de første fire-seks måneder stadig være tilknyttet et projektsekretariat til at assistere ledelsen i spørgsmål, der har med transitionen at gøre.

BILAG TIL DREJEBOGEN: VISIONSOPLÆG DATERET 30. JULI 2015

PATIENTCENTRERET DIABETESBEHAND- LING I VERDENSKLASSE

OPLÆG TIL ETABLERING AF STENO DIABETES CENTER COPENHAGEN

Fælles vision for 'Steno Diabetes Center Copenhagen' mellem Region Hovedstaden og Novo Nordisk Fonden

30. juli 2015

novo nordisk fonden



INDHOLD

I.	RESUMÉ	s. 1
1.	FÆLLES VISION OG MÅLSÆTNINGER	s. 5
2.	ERFARINGER FRA INTERNATIONALT LEDENDE CENTRE	s. 7
3.	BEHANDLINGSSTRUKTUREN FOR DIABETES I REGION H	s. 8
4.	ETABLERING AF ET CENTER I VERDENSKLASSE	s. 11
5.	STYRINGSMODEL OG FINANSIERING	s. 14
6.	KØREPLAN FOR UDVIKLING OG IMPLEMENTERING	s. 18

APPENDIX:

A.	INTERNATIONALE CASE STUDIER	
B.	UDGANGSPUNKTET FOR DIABETESBEHANDLING I REGION HOVED-STADEN	
C.	NØGLEDEFINITIONER	

I. RESUMÉ

Region Hovedstaden og Novo Nordisk Fonden deler en fælles vision om at sikre personer med diabetes behandling i verdensklasse.

Region Hovedstaden og Greater Copenhagen har til fælles en unik mulighed for at positionere sig som internationalt ledende inden for diabetes for på den basis at gavne personer med diabetes i regionen og udvikle morgendagens behandlingsmetoder. Målet er, at diabetesområdet yderligere udvikles som en af regionens styrker behandlings-, forsknings- og uddannelsesmæssigt, samt erhvervsmæssigt.

For at forfølge denne unikke mulighed har Region Hovedstaden og Novo Nordisk Fonden til hensigt at indgå et vidtgående samarbejde om "at etablere Region Hovedstaden og Danmark som internationalt fyrtårn inden for diabetesbehandling samt klinisk forskning og uddannelse inden for diabetes".

For at realisere visionen skal der etableres et center i verdensklasse for behandling baseret på klinisk diabetesforskning og uddannelse. Etableringen af centret er en integreret del af en styrket infrastruktur for behandling og klinisk forskning, samt et forbedret samarbejde mellem regionens hospitaler og universiteter, samt andre offentlige og private aktører.

Det er intentionen, at centret etableres med fuldt ejerskab i Region Hovedstaden med henblik på, at centret kan indgå i et tæt og integreret samspil med behandlingstilbud på regionens hospitaler og øvrige sundhedsaktører samt samarbejde tæt med forskningsgrupper på såvel hospitaler som regionens universiteter samt øvrige relevante akademiske institutioner inden for de til enhver tid gældende rammer.

Visionen er opstået i en dialog mellem Region Hovedstaden, Novo Nordisk Fonden og Novo Nordisk A/S. Udgangspunktet for denne dialog var indledende sonderinger blandt de nuværende hovedsponsorer om den eksisterende samarbejdsaftale mellem Region Hovedstaden og Steno Diabetes Center A/S (SDC), der udløber i 2017. Gennem denne proces kom Region Hovedstaden, Novo Nordisk Fonden samt Novo Nordisk A/S hver især til den erkendelse, at der var en særlig mulighed og betimelighed for at skabe grundlaget for den bedste diabetesbehandling for hele regionen med udgangspunkt i den personcentrerede behandling, som parterne over en lang årrække har opbygget på SDC, samt som Region Hovedstaden har opbygget på regionens hospitaler.

Som led i visionen er det intentionen, at Novo Nordisk A/S udfases som ejer og sponsor af centret med henblik på at sikre centrets uafhængighed af den biofarmaceutiske industri og styrke integrationen med hospitalerne og det øvrige sundhedsvæsen. Ejerskabet af SDC overgår herefter til regionen (grundvilkår skitseres nedenfor).

I.1 AMBITIONEN

Ambitionen omfatter tre målsætninger:

- A. At være et af de bedste behandlingstilbud globalt for personer med diabetes i et sammenhængende sundhedssystem
- B. At være et af verdens førende miljøer for klinisk diabetesforskning
- C. At Region Hovedstaden og Greater Copenhagen bliver et globalt fyrtårn i innovativ diabetesuddannelse.

For at realisere dette, er det hensigten at etablere et center, der skal fungere som omdrejningspunkt for udvikling af diabetesbehandlingen i regionen i tæt samarbejde med behandlingstilbuddene på de øvrige hospitaler og sundhedsaktører i Region Hovedstaden samt som katalysator for at udvikle en stærk klinisk diabetologisk forskning, der inkluderer samarbejde med forskningsmiljøer i regionen.

Ambitionen er, at hver enkelt person med diabetes, der behandles på såvel centret som på de øvrige hospitaler, samt af andre sundhedsaktører, modtager verdens bedste dia-

betesbehandling og fagprofessionelle rådgivning for opfyldelse af personlige mål. Det er ambitionen, at centret anerkendes nationalt og internationalt for udvikling og implementering af innovative behandlinger og tilgange til diabetes, som implementeres bredt i sundhedsvæsenet.

Centrets strategi vil være styret af mål om de bedste, sammenhængende patientforløb samt opbygning af et excellent klinisk forskningsmiljø centreret om diabetesbehandling og forebyggelse af komplikationer. Centret vil lade sig inspirere af globalt førende diabetescentre og samarbejde bredt med forskningsmiljøer både internt i regionen, nationalt og internationalt.

Centret vil fungere som en specialklinik med fuld fokus på behandling og forebyggelse af diabetes og dens komplikationer.

Internationale guidelines, outputmål og benchmarks anvendes til individuel styring og måling af aktiviteter og præstationer.

For at sikre den bedste individuelle personcentrerede behandling og forebyggelse, etableres centret med tilbud om en bred vifte af aktiviteter. Denne inkluderer:

- Specialklinikker: Type 1, Type 2, børn- og unge, gravide med diabetes samt insulinpumpepatienter
- Ekspertiseområder til sikring af et sammenhængende, koordineret forløb omkring behandling og forebyggelse, inklusiv "LifeLab": Diætist, fysioterapi, fysisk aktivitet, sundhedspsykologi og patientuddannelse mv.
- Brug af individuelle sundhedsapplikationer (apps mv.)
- Screening og behandling for fodkomplikationer, samt screening for øjen-, nyre-, neurologiske-, hjerte/kar- samt odontologiske komplikationer. Der skal kunne reageres på resultatet af screening med gnidningsfri henvisning til specialafdelinger, og der skal være specialister in-house i centret
- Let adgang til specialiseret behandling, inklusiv for fod-, nyre-, og hjerte/kar-komplikationer gennem placering nær et hospital med specialeområder
- 24 timers telefonsupport for patienter, pårørende og sundhedsfaglige i Region Hovedstaden.

Det er endvidere ambitionen, at den kliniske forskning på centret etableres som et af verdens førende miljøer i klinisk diabetesforskning, og at centret yder et afgørende bidrag til forbedret behandling og forebyggelse af diabeteskomplikationer samt forebyggelse af diabetes på tværs af sundhedsvæsenet. Centret ønsker at samarbejde tæt med de førende forskningsmiljøer nationalt og internationalt. I regionen omfatter samarbejdet de relevante forskningsmiljøer ved Nørre Campus herunder Københavns Universitet og Rigshospitalet, samt ved DTU og andre relevante akademiske institutioner. Regionen og Novo Nordisk Fonden værner om, at centrets forskere og fagprofessionelle har forsknings- og publikationsfrihed, ligesom de har ophavsret til deres opfindelser i henhold til regionens regler.

I.2 TILTAG

Ambitionen forudsætter realisering af tre tiltag:

1. Et center etableres som største behandlingsenhed for personer med diabetes i Region Hovedstaden. Patientgrundlaget vil være baseret på en kerne af alle personer med diabetes i planområde Midt samt nuværende patienter på Steno Diabetes Center. Herudover vil centret varetage ambulant behandling af personer med fx Type 1 diabetes med/uden pumpe samt børn med diabetes samt udføre højt specialiserede funktioner for hele Region Hovedstaden.

Centret vil samlet behandle 11-13.000 patienter årligt. Regionens øvrige akuthospitaler varetager desuden ambulant behandling for Type 2 patienter og gravide med diabetes. Derudover etableres et forpligtende, formaliseret samarbejde mellem cen-

tret og akuthospitalerne og Rigshospitalet omkring type 1 patienter, idet nogle patienter fortsat vil have deres kontroller på disse hospitaler samt, at alle patienter med diabetes, uanset type, i forbindelse med akutte sygdomme vil blive indlagt på akuthospitalerne. Personer med ukompliceret Type 2 diabetes forbliver hos egen læge. Princippet vil dog være, at enhver diabetespatient frit kan tilvælge behandling på centret.

2. Centret etableres som samlingspunkt for fagprofessionelle og forskere. Etableringen af behandlings- og forebyggelseskompetencer og et forskningsmiljø i verdensklasse forudsætter etablering af centret med fremragende lægefaglige klinikere, andre fagprofessionelle samt forskere som omdrejningspunkt for patientinteraktionerne og for samarbejde med speciallæger og ledende forskningsgrupper inden for områder med relevans for diabetologien i hele Region Hovedstaden.

For regionens øvrige akuthospitaler sikres der fortsat speciallægekompetencer i en kombination af egne afdelinger og forpligtende samarbejdsrelationer med centret. Centret vil derudover fortsat kunne tilbyde samarbejde og specialistfunktion for Region Sjælland, og enhver patient herfra kan også til vælge behandling på centret.

3. Centret opføres som særskilt bygning ved Herlev Hospital. Særskilte, trygge, overskuelige fysiske rammer for den ambulante behandling vil give bedre patientoplevelser og personlige behandlingsresultater. Ånden i centret skal således være karakteriseret ved behandling af "personer med diabetes".

Placeringen ved Herlev Hospital vil muliggøre flydende overgange med sengeafsnit, specialiseret komplikationsbehandling og eksisterende specialfunktioner i diabetesbehandling. Der fokuseres på at udvikle infrastruktur og ledelsesmæssige rammer, der sikrer udnyttelse af synergieffekter i samarbejdet med de førende basisforsningsmiljøer og dyrefaciliteter ved Københavns Universitet, DTU samt kliniske forskningsmiljøer inden for eksempelvis molekylær-, genombiologi og regenerativ medicin ved Rigshospitalet. Der udarbejdes en specifik indsatsplan, som adresserer både praktiske og styrkede incitament for samarbejde, og der nedsættes kontaktgrupper, der kan facilitere og udvikle samarbejdet mellem centret og de mange interessenter.

Centret navngives "Steno Diabetes Center Copenhagen", hvilket viderefører det internationalt anerkendte Steno navn, samt positionerer "Copenhagen" som verdensledende inden for diabetesområdet.

I.3 EJERSKAB, FINANSIERING OG STYRINGSMODEL

Centrets ejerskab og daglige drift varetages af Region Hovedstaden.

Ansvaret for centrets overordnede strategi og ledelse varetages af en selvstændig bestyrelse, som består af repræsentation fra Region Hovedstadens koncerndirektion og værtshospitalets direktion, repræsentanter udpeget af Novo Nordisk Fonden, repræsentanter for universiteterne i København, internationale fagkompetencer, samt medarbejdere. Bestyrelsen opererer inden for rammer og resultatkontrakt mellem Region Hovedstaden og Novo Nordisk Fonden samt eventuelt andre fremtidige samarbejdspartnere.

Herudover etableres et patientråd, et eksternt rådgivningspanel samt et forsknings- og udviklingsråd.

Centrets drift varetages af en selvstændig enhed, ejet af Region Hovedstaden. Centrets patient- og personaleplanlægning samt interne systemer og processer vil være fuldt integreret med Region Hovedstadens, herunder Sundhedsplatformen.

Region Hovedstaden og Novo Nordisk Fonden er enige om at finansiere centrets løbende udgifter i fællesskab, men med klart definerede og adskilte ansvarsområder. Overordnede principper for transition og drift er:

- Region Hovedstadens finansierer aktiviteter krævet for at udbyde en grundbehandling af høj kvalitet, som er i overensstemmelse gældende kliniske retningslinjer, herunder uddannelsesaktiviteter, samt kapacitetsomkostninger.
- Novo Nordisk Fonden bevilger langsigtet støtte til drift af *supplerende* behandlingsaktiviteter, og finansierer langsigtet et forskningscenter i klinisk diabetes gennem en 8-10-årig grundbevilling, suppleret af målrettet individ- og projektstøtte, som styrker synergier og samarbejde mellem centrets fagprofessionelle, forskningsgrupper og samarbejdspartnere. Novo Nordisk Fonden finansierer desuden opførelsen af centrets nye faciliteter.

Novo Nordisk Fondens støtte forudsætter realisering af den høje ambition, et tilfredsstillende omfang af aktiviteter samt produktivt samarbejde med andre behandlingsenheder og forskningsmiljøer. Flerårige bevillinger vil være betinget af periodiske evalueringer i forhold til prædefinerede succeskriterier baseret på de tre fælles målsætninger, en vurdering af den fortsatte rolle for såvel Fonden som Region Hovedstaden, samt den overordnede strategiske retning for Fonden.

Region Hovedstaden og Novo Nordisk Fonden har et ønske om at stimulere samarbejdet om diabetes med de øvrige regioner for derigennem at bidrage til den bedst mulige behandling af personer med diabetes i hele landet. Centret vil være uafhængigt af Novo Nordisk A/S, ligesom andre virksomheder, hvor Novo Nordisk Fonden har betydelige interesser, vil ligestilles med centrets andre industrielle/private samarbejdspartnere, og som sådan ikke have specielle fortrin.

I.4 VIDERE PROCES

Ved tiltrædelse af visionen og modellerne beskrevet heri gives mandat til, at arbejdsgrupper mellem Region Hovedstaden og Novo Nordisk Fonden udmønter visionen og udarbejder en mere specifik model i løbet af anden halvdel af 2015. En endelig vision og model forventes at ligge klar til beslutning senest første kvartal 2016. Det er hensigten, at den fremtidige ledelse derefter udpeges i løbet af 2016. En transition af det nuværende SDC til Region Hovedstaden vil igangsættes snarest efter. Centret vil være fuldt operationelt i 2020.

[Note: Dette resumé opsummerer hovedpunkterne i det samlede visionspapir]

1. FÆLLES VISION OG MÅLSÆTNINGER

Region Hovedstaden og Novo Nordisk Fonden er begge væsentlige aktører bag etableringen af diabetesområdet som et af Region Hovedstadens stærkeste afsæt for at gøre en betydelig forskel for forskning og sundhed for regionens borgere.

Region Hovedstaden opererer det regionale hospitalssystem. Novo Nordisk Fonden understøtter en betydelig del af den medicinske forskning i regionen, herunder tre store forskningscentre på Københavns Universitet, og støtter desuden diabetesbehandling og forskning på Steno Diabetes Center.

Ud fra deres respektive roller og udgangspunkter deler de to parter ambitiøse målsætninger for sundhed, forskning, innovation og vækst i Region Hovedstaden og Greater Copenhagen.

Figur 1.1: Vision og udvalgte strategiske målsætninger/indsatsområder for Region H og NNF

 Region Hovedstaden	 novo nordisk fonden
<i>Hovedstadsregionen er den grønne og innovative metropol med høj vækst og livskvalitet samt et sammenhængende sundhedsvæsen på internationalt topniveau</i>	<i>At yde et betydende bidrag til forskning og udvikling, som forbedrer menneskers helbred og velfærd</i>
<ul style="list-style-type: none">• Patientens situation styrer forløbet• Høj faglig kvalitet• Ekspansive vidensmiljøer• Grøn og innovativ metropol	<ul style="list-style-type: none">• Danmark som vidensbaseret samfund• Støtte til videnskabelige samt sociale og humanitære formål• Forskningshospitalsvirksomhed

På baggrund af det stærke udgangspunkt inden for diabetes ønsker Region Hovedstaden og Novo Nordisk Fonden i fællesskab at udvikle og støtte en fælles vision om Region Hovedstaden, Greater Copenhagen og Danmark som globalt fyrtårn inden for diabetesbehandling og -forskning.

Visionen er opstået i en dialog mellem Region Hovedstaden, Novo Nordisk Fonden og Novo Nordisk A/S. Udgangspunktet for denne dialog var indledende sonderinger blandt de nuværende hovedsponsorer om den eksisterende samarbejdsaftale mellem Region Hovedstaden og Steno Diabetes Center A/S (SDC), der udløber i 2017. Gennem denne proces kom Region Hovedstaden, Novo Nordisk Fonden samt Novo Nordisk A/S hver især til den erkendelse, at der var en særlig mulighed og betimelighed for at skabe grundlaget for den bedste diabetesbehandling for hele regionen med udgangspunkt i den personcentrerede behandling, som parterne over en lang årrække har opbygget på SDC, såvel som på Region Hovedstadens hospitaler.

Som led i visionen er det intentionen, at Novo Nordisk A/S udfases som ejer og sponsor af centret med henblik på at sikre centrets uafhængighed af den biofarmaceutiske industri og styrke integrationen med hospitalerne og det øvrige sundhedsvæsen.

Udgangspunktet er etableringen af et ambitiøst og bredtfaavnende diabetescenter, som forener og løfter regionens stærke, men i dag separate kompetencer og miljøer på diabetesområdet. Ambitionsniveauet er et center, som i tæt samspil med det øvrige sundhedsvæsen leverer behandling og klinisk forskning i absolut verdensklasse, og som er en foretrukket samarbejdspartner for de absolut førende forskningsmiljøer og aktører i Danmark og internationalt.

Centret vil give et patientcentreret behandlingsforløb i verdensklasse til personer med diabetes, den bedste diabetesuddannelse til sundhedspersonale, tilbyde unik infrastruktur, samarbejde og sparring for forskere og fagprofessionelle samt give én indgang for samarbejdspartnere til forskning og innovation.

Der sigtes efter tre målsætninger:

- A. Et af de bedste behandlingstilbud globalt for personer med diabetes i et sammenhængende sundhedssystem. Anerkendes som et af de førende for behandling og forebyggelse af komplikationer internationalt karakteriseret ved patientcentrerede, ensartede, sammenhængende patientforløb med udgangspunkt i den enkelte patients situation og den mest evidensbaserede praksis.
Bidrager til et sammenhængende system for behandling og forebyggelse på tværs af hospitaler, primærsektoren og andre aktører med centret som drivkraft for koordinering og kompetenceudvikling for praksislæger og sundhedspersonale.
- B. Et af verdens førende miljøer for klinisk diabetesforskning. Yder betydende bidrag til forståelse, forebyggelse og behandling af diabetes gennem banebrydende forskningsresultater i tæt samarbejde med den kliniske hverdag.
- C. Region Hovedstaden og Greater Copenhagen som globalt fyrtårn i innovativ diabetesuddannelse. Anerkendes for uddannelse/videreuddannelse i verdensklasse af fremtidens klinikere, andre sundhedsprofessionelle samt forskere i diabetes, som førende partner for udvikling af anvendelse af viden om diabetes og tillige som førende inden for patientuddannelse i diabetes.

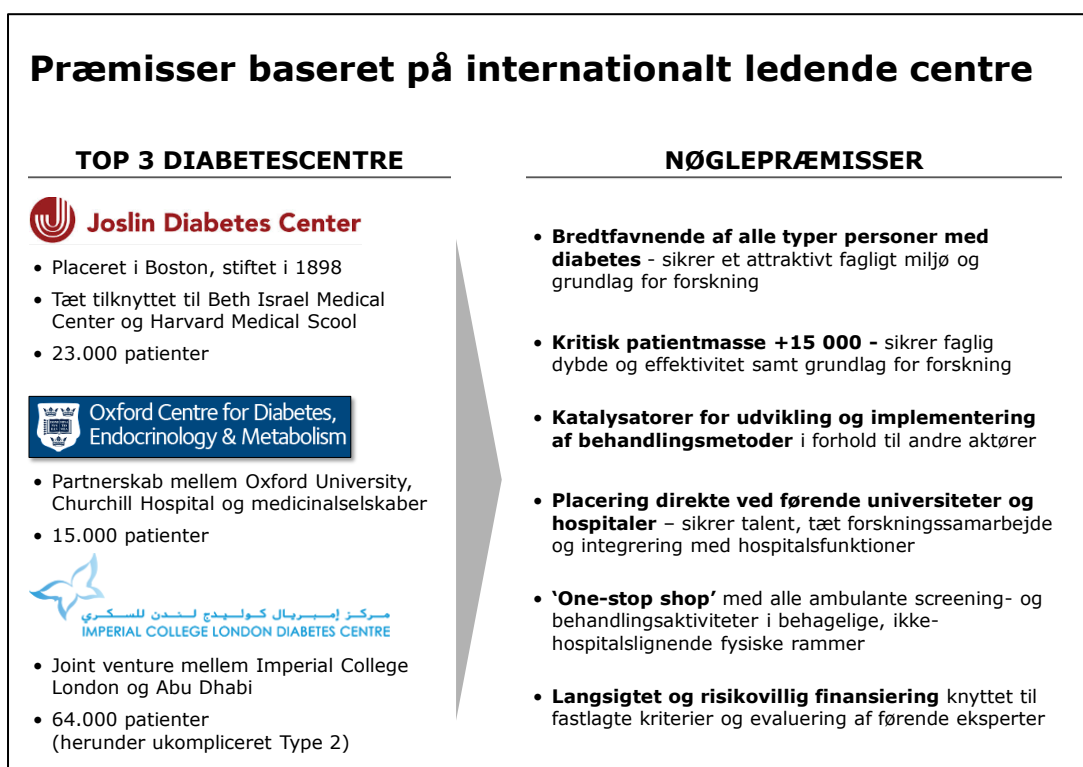
2. ERFARINGER FRA INTERNATIONALT LEDENDE CENTRE

Regionen har historisk haft en stærk position inden for klinisk diabetes i international sammenhæng. Dette har været tæt knyttet til de stærke kliniske forskningsmiljøer ved regionens diabeteshospitaler, særligt Steno Diabetes Center. Ud over et stærkt historisk brand besidder regionen i dag stærke aktiver i form af talentmasse og erhverv.

Overordnede præmisser for etableringen af visionen om et center i verdensklasse er etableret med udgangspunkt i relevante erfaringer fra de absolut førende internationale centre. Disse omfatter Joslin Diabetes Center i Boston, Oxford Centre for Diabetes, Endocrinology and Metabolism og Imperial College London Diabetes Centre i Abu Dhabi.

Figur 2.1 nedenfor beskriver de vigtigste overordnede præmisser. Appendix A indeholder en mere udførlig beskrivelse af erfaringer fra benchmarking af disse centre.

Figur 2.1: Præmisser baseret på internationalt ledende centre



3. BEHANDLINGSSTRUKTUREN FOR DIABETES I REGION HOVEDSTADEN

Den vigtigste forudsætning for et styrket diabetesområde i Region Hovedstaden er en koncentration af patienter og fagmiljøer. Denne sektion beskriver:

- *Behovet for konsolidering af patienter og fagmiljøer*
- *Foreslået model for patienttilhørsforhold*
- *Samarbejdsmodeller i forhold til øvrige hospitaler og primærsektoren.*

3.1 BEHOVET FOR KONSOLIDERING AF PATIENTER OG FAGMILJØER

Det hospitalsbaserede diabetesområde i Region Hovedstaden er i dag præget af fragmentering på tværs af en række områder:

- 11 matrikler med lav gennemsnitlig patientvolumen og ensartning
- Flere stærke kliniske forskningsmiljøer på hospitaler og Københavns Universitet
- Flere uafhængige indgange for private samarbejdspartnere og universiteter
- Mangel på en samlende drivkraft for implementering af nye metoder, uddannelse og kompetencer på tværs af sygdomstyper og sektorer.

Internationalt og i Danmark er tendensen på diabetesområdet en koncentration omkring færre centre, der dækker en væsentligt større patientvolumen. Fordelene er primært:

- Ensartede behandlingsforløb uanset optageområde
- Sammenhæng over livsovergange for børn, unge og voksne med diabetes
- Kritisk masse i behandlingsaktiviteter og forskning
- Eksponering til alle facetter af diabetes for uddannelseslæger
- En drivkraft med tyngde til koordinering af tværsektoralt samarbejde.

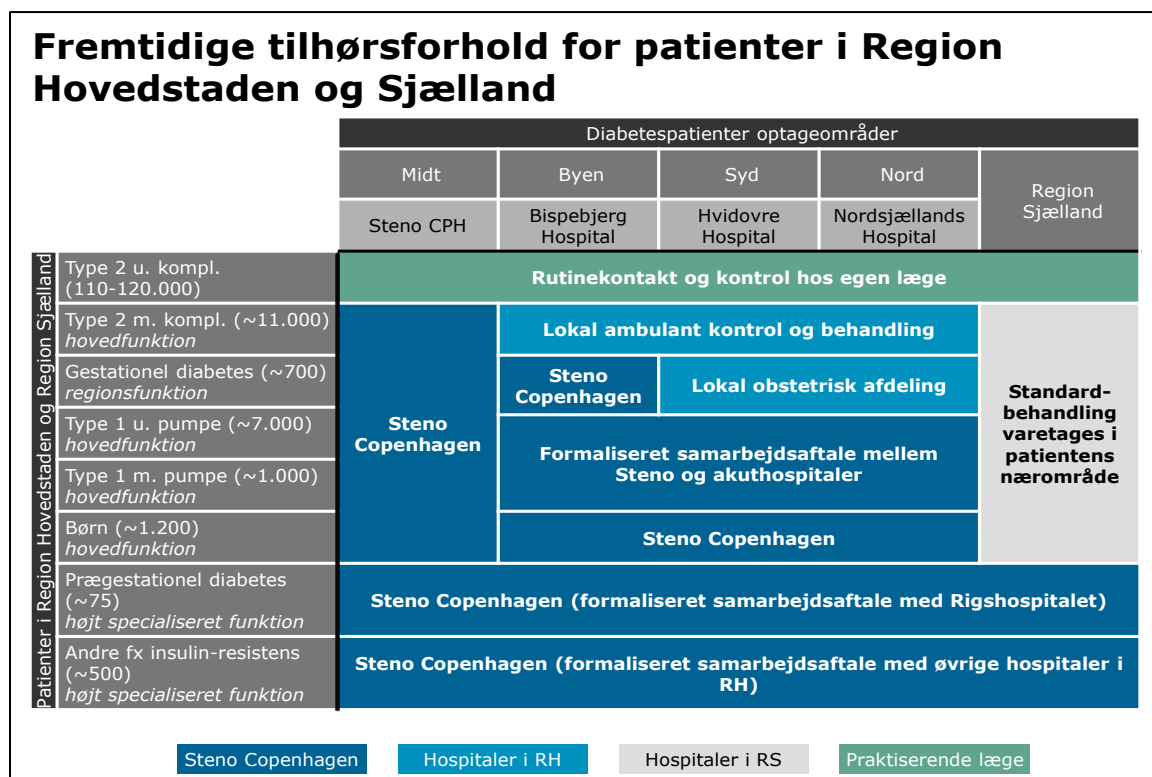
Nedenfor beskrives en foreslået model for udmøntning af ambitionen i Region Hovedstaden, som etablerer et center med kritisk masse for et fagmiljø i verdensklasse, samtidig med, at akut behandling og mindre specialiserede behov sikres ved tilbud i patienternes nærområde.

Det er intentionen, at centret indgår i et tæt integreret og ambitiøst samspil med andre behandlingstilbud på regionens øvrige hospitaler og sundhedsaktører, samt samarbejder med forskningsinstitutioner inden for de til enhver tid gældende rammer.

3.2 FORESLÅET MODEL FOR PATIENTTILHØRSFORHOLD

Centret etableres i tæt fysisk tilknytning til Herlev Hospital, men i en separat bygning. Figur 3.1 illustrerer det foreslåede tilhørsforhold til regionens hospitaler for personer med diabetes.

Figur 3.1: Foreslået model for ambulant behandlingsstruktur



Behandlingsstrukturen beskrevet i figur 3.1 består af 3 "lag" relateret til RH's planområder:

1. **Kernen:** En kerne som består af alle personer med diabetes i planområde Midt samt nuværende patienter på Steno Diabetes Center.

Kernen vil omfatte ca. 9.000 personer med diabetes, som behandles på centret. De omfattede diabetesafdelinger står for størstedelen af regionens betydeligt aktive forskere i klinisk diabetes i dag.

2. **Resten af Region Hovedstaden:** Centret vil i tillæg varetage en stor del af de personer med diabetes, der tilhører planområderne Byen, Syd og Nord. Dette inkluderer alle personer med diabetes undtaget Type 2 og gestationel diabetes. Derudover etableres et forpligtende, formaliseret samarbejde mellem centret og akuthospitalerne og Rigshospitalet omkring Type 1 patienter, idet nogle patienter fortsat vil have deres kontroller på disse hospitaler samt, at alle patienter med diabetes, uanset type, i forbindelse med akutte sygdomme vil blive indlagt på akuthospitalerne. Personer med ukompliceret Type 2 diabetes forbliver hos egen læge. Princippet vil dog være, at enhver diabetespatient frit kan tilvælge behandling på centret.

Centret vil især varetage planlagt behandling for Type 1, insulinpumpe, børn, prægestationelle og personer med diabetes, der kræver højt specialiseret behandling.

I alt forventes centret at varetage 2-3.000 patienter fra resten af regionen.

3. Region Sjælland: Centret vil kunne tilbyde behandling af patienter med højt specialiserede behov, herunder børn med diabetes, i alt potentielt 500-1.000 årligt fra Region Sjælland.

Som udgangspunkt vil centret i alt varetage behandling af 11-13.000 personer med diabetes. Herudover har alle læger i Region Hovedstaden og Region Sjælland mulighed for at henvise patienter til centret.

3.3 SAMARBEJDSMODEL I FORHOLD TIL REGION HOVEDSTADENS ØVRIGE HOSPITALER

I praksis bemandes den ambulante diabetesbehandling på akuthospitalerne Bispebjerg, Hvidovre og Nordsjællands Hospital primært af sygeplejesker og læger tilknyttet hospitalernes egne medicinske afdelinger.

For at sikre speciallægekompetencer ift. tilstødende specialer og akutte patienter udarbejdes et forpligtende, formaliseret samarbejde mellem centret og akuthospitalerne. Samarbejdet vil bygge på ensartede protokoller og personalerotation med centret som omdrejningspunkt og vil udarbejdes på basis af antal årlige snitflader og akutte behov (fx pumpepatienter).

Specifikke komplikationer og behandlinger varetages i samarbejde med relevante afdelinger i hele regionen, eksempelvis øjne og fedmekirurgi. Gravide med prægestationel diabetes varetages på Steno, men føder på Rigshospitalet.

Centret vil desuden have 24-timers døgndækning for hele Region Hovedstaden og vil tillige have specialebagvagt i endokrinologi, som altid kan kontaktes i akutte situationer.

3.4 SAMARBEJDSMODEL I FORHOLD TIL PRIMÆRSEKTOREN

Efteruddannelse af praksislæger og forbedret koordinering på tværs af hospitaler, primærsektoren og kommuner er en af de største kilder til bedre og mere ensartet behandling og forebyggelse.

Centret vil have en rolle som katalysator for efteruddannelse og kompetenceudvikling på tværs af sektorer, fx med henblik på at sikre forståelse for forløbsprogrammer for personer med Type 2 diabetes og gnidningsfri overgange på tværs af sektorer. Dette indebærer fx:

- Temadage for praksispersonale og studiebesøg for praksispersonale på centret
- Opsøgende uddannelsesaktivitet hos læger og sygeplejesker i almen praksis
- Ensretning af kommunikation omkring patientuddannelse og kursustilbud.

4. ETABLERING AF ET CENTER I VERDENSKLASSE

Denne sektion beskriver de styrende principper for etableringen og driften af centret:

- *Ambition og tilgang for diabetesbehandling*
- *Ambition og fokus for klinisk forskning*
- *Fysiske rammer og infrastruktur*
- *Navn og identitet*
- *Drifts- og servicemodel.*

4.1 AMBITION OG TILGANG FOR DIABETESBEHANDLING

Centrets strategi vil være styret af mål om sammenhængende patientforløb og opbygning af et excellent klinisk forskningsmiljø centreret om diabetesbehandling og forebyggelse af komplikationer. Centret vil lade sig inspirere af globalt førende diabetescentre.

Centret vil fungere som en specialklinik med fuld fokus på behandling og forebyggelse af diabetes og dens komplikationer. Ambitionen er, at hver enkelt person med diabetes, der behandles på centret, modtager verdens bedste diabetesbehandling og fagprofessionel rådgivning for opfyldelse af personlige mål. Det er ambitionen, at centret anerkendes nationalt og internationalt for udvikling og implementering af innovative behandlinger og tilgange til diabetes.

Internationale guidelines, outputmål og benchmarks anvendes til individuel styring og måling af aktiviteter og præstationer.

For at sikre den bedste individuelle personcentrerede behandling og forebyggelse, etableres centret med tilbud om en bred vifte af aktiviteter. Denne inkluderer:

- Specialklinikker: Type 1, Type 2, børn- og unge, gravide med diabetes samt insulinpumpepatienter
- Ekspertiseområder til sikring af et sammenhængende, koordineret forløb omkring behandling og forebyggelse, inklusive "LifeLab": Diætist, fysioterapi, fysisk aktivitet, sundhedspsykologi og patientuddannelse
- Brug af individuelle sundhedsapplikationer (app mv.)
- Screening og behandling for fodkomplikationer, samt screening for øjen-, nyre-, neurologiske-, hjerte/kar-komplikationer og tænder. Der skal kunne reageres på resultatet af screening med gnidningsfri henvisning til specialafdelinger og der skal være adgang til specialister in-house i centret
- Let adgang til specialiseret behandling, inklusiv for fod-, nyre-, og hjerte/kar-komplikationer gennem placering nær et hospital med specialeområder.
- 24 timers telefonsupport for patienter, pårørende og sundhedsfaglige i Region Hovedstaden.

En vigtig forudsætning herfor er, at centret med sin patientcentrede tilgang har handle rum til at udvikle nye metoder, som overholder de til enhver tid gældende nationale retningslinjer og kan implementeres i overensstemmelse med Region Hovedstadens planer og principperne for et godt og sammenhængende patientforløb.

4.2 AMBITION OG FOKUS FOR KLINISK FORSKNING

Ambitionen er, at den kliniske forskning på centret etableres som et af verdens førende miljøer i klinisk diabetes, og at centret yder et afgørende bidrag til forbedret behandling og forebyggelse af diabeteskomplikationer samt forebyggelse af diabetes generelt.

Dette skal opnås gennem etableringen af et stærkt sammenhængende forskningsmiljø med fokuserede investeringer i "high reward" indsatsområder, som bygger på følgende:

- Samling af regionens klinisk diabetologiske forskningsmiljøer og tæt samarbejde med universiteter i regionen
- Anvendelse og udvikling af et bredt patientgrundlag, samt koordineret brug af historiske data og biologisk materiale, herunder lokale og nationale biobanker
- Samarbejde med førende offentlige og private forskningsaktører
- Betydelig og langsigtet finansiering samt moderne behandlings- og forskningsfaciliteter.

Forskningens specifikke indsatsområder inden for klinisk diabetes fastlægges som del af centrets strategi på baggrund af potentielle styrkeområder og kliniske behov. Dette vil tage udgangspunkt i følgende overordnede retningslinjer:

- Tyngden er i klinisk diabetesforskning, hvor forskningen er patientbaseret og orienteret mod forbedret behandling og forebyggelse af diabetes og komplikationer
- Mulighed for aktiviteter, der bygger bro til regionens basis- og kliniske forskning og regionens øvrige relevante forskningsmiljøer i offentligt og privat regi
- Inkludering af ikke-lægelig/biomedicinsk forskning fokuseret på patientuddannelse og forebyggelse samt patientcentreret pleje.

Det fremhæves, at forskningsaktiviteterne i centret er åbne for samarbejde og bidrag fra både offentlige og private aktører. Centret har en ambition om et tæt samarbejde med de førende forskningsmiljøer nationalt og internationalt. I regionen omfatter samarbejdet de relevante forskningsmiljøer ved Nørre Campus: Københavns Universitet og Rigshospitalet, samt også ved DTU samt andre relevante institutioner. Med det nye centers placering på Herlev Hospital vil det fysisk befinde sig cirka 10 kilometer fra de førende basisforskningsmiljøer og dyrefaciliteter ved Københavns Universitet, fra DTU samt fra Rigshospitalets stærke kliniske forskningsmiljøer inden for eksempelvis molekylær- og genombiologi samt regenerativ medicin. Centrets tætte fysiske beliggenhed på disse miljøer vil medvirke til betydelig ledelsesmæssig bevågenhed og målrettet indsats for at sikre interaktion og integration med "academia" og samarbejde på alle niveauer. Der udarbejdes en specifik indsatsplan, som adresserer både praktiske og incitamentter til styrket samarbejde, og der nedsættes kontaktgrupper, der kan facilitere samarbejdet mellem centret og de mange interessenter.

Centrets kliniske resultater skal systematiske måles og følges op på. Det gælder tillige for centrets forskningsindsats, som systematisk skal måles og følges op på i overensstemmelse med de overordnede målsætninger og førende international praksis, herunder "impact assessment" værktøjer implementeret af Region Hovedstaden og Novo Nordisk Fonden. Ejerskab af ophavsrettigheder følger de almindelige regler i Region Hovedstaden og sikrer forskernes publikations- og forskningsfrihed.

4.3 FYSISKE RAMMER OG INFRASTRUKTUR

Internationalt ledende diabetescentre fremhæver vigtigheden af de fysiske rammer for gode patientoplevelser og behandlingsresultater for personer med diabetes. De optimale rammer beskrives som trygge, let overskuelige og uden hospitalsatmosfære, der samtidig tillader en tæt samlet fysisk organisering af samtlige behandlingsaktiviteter.

Placeringen på Herlev Hospital understøtter tilgangen centreret omkring "en person med diabetes", herunder let adgang for patienter med offentlig transport (herunder den nye letbane) og parkeringsforhold.

4.4 NAVN OG IDENTITET

Centret oprettes med en selvstændig identitet separat fra værtshospitalet og Region Hovedstaden for at fremme centrets internationale branding til etablering af samarbejder og tiltrækning af talent.

Der foreslås som arbejdsnavn "Steno Diabetes Center Copenhagen". Dette viderefører det eksisterende internationalt anerkendte Steno navn, samt positionerer "Copenhagen" som verdensledende inden for diabetesområdet.

4.5 DRIFTS- OG SERVICEMODEL

Centrets drift og administration integreres tæt med værtshospitalet og Region Hovedstadens systemer og processer. Retningslinjer for de vigtigste områder:

- Service model for generel administration: Driften af centrets administration (inklusive daglig IT, reception og sekretærfunktioner, finans, HR, indkøb og facility management) varetages af regionens centrale funktioner og værtshospitalet, eventuelt gennem serviceaftaler med centret (afhængig af ejerskabsmodel).
- IT systemer: Centrets IT-løsninger baseres på regionens løsninger for bl.a. elektronisk patientjournal, systemer til patientbooking og patientportal. Således implementerer centret Sundhedsplatformen på linje med Region Hovedstadens hospitaler i løbet af de kommende år.
- Ansættelsesforhold: Alt personale ansættes på centret gennem Region Hovedstadens overenskomster for at sikre gnidningsfrit samarbejde og muliggøre personaleoptimering på tværs af centret, værtshospitalet samt varetagelse af eksterne funktioner, fx i forhold til regionens akuthospitaler.

Der vil dog være mulighed for at etablere særlige vilkår i forhold til ansættelsestyper og lønforhold for særligt afgørende medarbejdere for at tiltrække og fastholde internationalt førende klinik- og forskningsledere samt centerledelse i international konkurrence.

5. STYRINGSMODEL OG FINANSIERING

Denne sektion beskriver retningslinjer og principper for den overordnede styring og finansiering af centret:

- *Estimeret samlet omkostningsniveau*
- *Principper for finansiering*
- *Styringsmodel og kontrolmekanismer*
- *Ejerskabsmodel.*

5.1 ESTIMERET SAMLET OMKOSTNINGSNIVEAU

Med udgangspunkt i et patientgrundlag på ca. 11-13.000 patienter, samt centrets ambition og tilgang giver *indledende estimater* på et årligt budget for drift og udvikling på ca. DKK 270-330m årligt ved fuld implementering.

Det *indledende estimat* på omkostningen for opførelse af det nye center er en engangsinvestering på ca. DKK 500-650m baseret på den gennemsnitlige kvadratmeterpris for sammenlignelige hospitalsbyggerier i Danmark og en estimeret størrelse på centret på omkring 20.000 kvm.

De beskrevne omkostningsniveauer er foreløbige.

5.2 PRINCIPPER FOR FINANSIERING

Region Hovedstaden og Novo Nordisk Fonden finansierer i fællesskab centret. Det er en forudsætning for parterne, at der er klart definerede og adskilte roller i forhold til finansiering af centrets delelementer. Dette indbefatter også de omkostninger, der relaterer sig til transitionen af det nuværende Steno Diabetes Center til Region Hovedstaden.

De finansielle implikationer styres af følgende overordnede principper:

- Behandling og andre patientrelaterede aktiviteter: Standardbehandling finansieres af Region Hovedstaden, så den opfylder de offentlige forløbsprogrammer og kliniske retningslinjer. Novo Nordisk Fonden finansierer kun supplerende aktiviteter, som muliggør implementering og videreudvikling af førende behandlingsmetoder. Denne støtte er kendetegnet ved at være supplement, ikke substitution. Udgangspunktet vil være patientcentreret behandling, hvor den individuelle patients behov og mål indgår i fastlæggelse af grundbehandling og supplerende behandling.

De specifikke ansvarsområder for det foreløbige aftalegrundlag udarbejdes med udgangspunkt i den nuværende kontrakt mellem Steno Diabetes Center og Novo Nordisk Fonden.

- Forskning: Centrets langsigtede aktiviteter sikres af en flerårlig grundbevilling, som finansieres af Novo Nordisk Fonden. Grundbevillingen er knyttet til specifikke succeskriterier defineret af Novo Nordisk Fonden.

Herudover finansieres individuelle projekter og forskningsgrupper gennem eksterne midler, herunder programmer i åbent opslag, også hos Novo Nordisk Fonden.

- Administration: Al centeradministration varetages og finansieres af værtshospitalet og Region Hovedstaden.
- Uddannelse og vidensudbredelse: En strategi for uddannelse samt en model for finansiering heraf udarbejdes i fællesskab mellem parterne (inklusive for eksempel uddannelse og koordinering af praksislæger eller målrettede udviklingsaktiviteter).
- Anlæg af ny bygning/faciliteter: Novo Nordisk Fonden finansierer opførelsen af en selvstændig centerbygning og nødvendige faciliteter for centret.

Region Hovedstaden bidrager med grundareal i forbindelse med værtshospitalet og varetager efter opførelse af drift og vedligehold. Eventuelle meromkostninger i forbindelse med klargøring af byggeareal afklares i fællesskab mellem parterne. Byggeprojektet udgår fra regionen i tæt samspil med Novo Nordisk Fonden, hvor regionen har ansvaret for oplæg til byggeprojektet, der forelægges Novo Nordisk Fonden. Regionen vil ligeledes være bygherre. Novo Nordisk Fonden godkender byggeriet og finansierer bygningen til det aftalte beløb. Det er regionens opgave at sikre, at byggeriet finder sted inden for den aftalte tid, og at der ikke opstår budgetoverskridelser.

Alt personale i SDC overgår til Region Hovedstaden i forbindelse med en virksomheds- overførelse.

Figur 5.1 nedenfor opsummerer de overordnede roller i finansieringen af drifts- og transitionsomkostninger mellem Region Hovedstaden og Novo Nordisk Fonden.

Figur 5.1: Roller i finansiering af centret

	Region Hovedstaden	Novo Nordisk Fonden
Behandling og klinik	<ul style="list-style-type: none"> Ambulant kontrol og behandling, inkl. uddannelse m.m. 	<ul style="list-style-type: none"> Supplerende og udviklingsorienterede aktiviteter, ikke substituerende
Forskning	<ul style="list-style-type: none"> Tilknyttede forskeres eksisterende midler 	<ul style="list-style-type: none"> Grundbevilling på 8 år samt individer og projekter gennem åbent opslag
Administration/ infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> Alle driftsomkostninger og vedligehold 	<ul style="list-style-type: none"> Mulighed for specifikke programmer for at sikre udvikling og rekruttering
Uddannelse og disseminering	<ul style="list-style-type: none"> Aktiviteter rettet mod RHs sundhedspersonale 	<ul style="list-style-type: none"> Mulighed for specifikke initiativer for at løfte koordinering og uddannelse
Anlæg	<ul style="list-style-type: none"> Grundareal 	<ul style="list-style-type: none"> Opførelse

5.3 STYRINGSMODEL OG KONTROLMEKANISMER

Bestyrelsens og centerledelsens rolle og sammensætning

Centrets overordnede strategi og retning varetages af bestyrelsen. Bestyrelsens ansvarsområder omfatter centrets behandlings- og forskningsstrategi, langsigtede udvikling, overvågning og minimering af strategiske og operationelle risici, udpegning af centerdirektør og varetagelse af relationer i forhold til centrets interessenter.

De specifikke rammer, roller og mål for bestyrelsens arbejde aftales mellem Region Hovedstaden og Novo Nordisk Fonden, herunder en specifik målstyringskontrakt. Hvis der i fremtiden etableres parallelle centre (fx i andre landsdele) vil disse rammer og roller tilpasses i overensstemmelse med en overordnet model.

Bestyrelsen sammensættes med vægt på faglige kvalifikationer med repræsentation fra:

- Region Hovedstadens koncerndirektion (formand)
- Værtshospitalets direktion
- En repræsentant udpeget af Novo Nordisk Fonden
- Universiteterne i København
- Internationale fagkompetencer
- Medarbejdere.

Bestyrelsen afrapporterer årligt til Region Hovedstadens politiske ledelse i forbindelse med en temadag om bestyrelsens præstationer og strategi.

Centrets ledelse sammensættes, så den besidder kliniske, forskningsmæssige og administrative kompetencer.

Region Hovedstaden og Novo Nordisk Fonden etablerer interne kompetencer til tilsyn og aktiv deltagelse i centrets bestyrelse samt direkte support til centerledelsen.

5.4 SAMARBEJDSORGANER

Der etableres tre stående rådgivningsorganer til centrets bestyrelse og centerledelse:

- Et patientråd, som sikrer at patienternes perspektiver involveres i behandlingen på centret, og at patienterne gives en stemme i offentligheden. Panelet skal afspejle patientpopulationens bredde af diabetestyper og demografisk baggrund.
- Et forsknings- og uddannelsesråd som medvirker til at sikre samarbejde med relevante forsknings- og uddannelsesinstitutioner.
- Et eksternt rådgivningspanel med ansvar for uafhængig, fagkompetent rådgivning af ledelsen på spørgsmål angående behandling, forskning og udarbejdelse af strategi. Panelets medlemmer skal opfylde klare kompetencekrav og vil bl.a. inkludere medlemmer fra de førende centre internationalt.

Bestyrelsen vil herudover gøre brug af tidsafgrænsede ekspertpaneler til målrettede rådgivnings- og evalueringsopgaver fx i forbindelse med centrets overordnede strategi eller etablering/forlængelse af strategiske programmer.

5.4.1 BETINGET FINANSIERINGSMODEL

Sikkerhed omkring finansiering på lang sigt er afgørende for udvikling af et center og en infrastruktur i verdensklasse. Novo Nordisk Fondens engagement og støtte til centret er derfor i udgangspunktet en langsigtet forpligtelse.

Til støtten er forbundet betingelser for at sikre, at centrets retning, ledelse og præstationer er i overensstemmelse med centrets målsætninger. Der udarbejdes specifikke succeskriterier og indikatorer herfor. Forlængelse foretages med udgangspunkt i en selvevaluering samt vurdering af et internationalt ekspertpanel.

Det forventede største løbende finansieringselement for Novo Nordisk Fonden vedrører grundbevilling til klinisk forskning. For dette område gælder følgende:

- Der er ingen maksimal levetid for støtten fra Novo Nordisk Fonden
- Grundbevillingen har en varighed på 8-10 år
- Forlængelse af støtten beslutes, når der er 3 år tilbage af bevillingen med første evaluering efter 8-10 år
- Hvis støtten ikke forlænges med yderligere 5 år, vil centret modtage en ekstra udfasningsbevilling over 2 år.

Støttens restlevetid vil således på ethvert tidspunkt være minimum 5 år.

5.4.2 ØVRIGE FORHOLD

For andre aktivitetsområder vil der udarbejdes tilsvarende betingelser. Udover ovenstående indeholder betingelserne krav til løbende rapportering og efterlevelse af målsætningerne i aftalen, efterlevelse af beskrevne behandlingsstruktur og koncentreret af lægelige og forskningsmæssige kompetencer, samt specifikke klausuler i forhold til god ledelse.

Den kortsigtede finansieringsmodel i perioden op til en endelig transition af SDC til Region Hovedstaden skal beskrives som del af bevillingsaftalerne.

5.5 EJERSKABSMODEL

Centret etableres som ejet af Region Hovedstaden, men bevarer selvstændig bestyrelse, ledelse og klare operationelle og ledelsesmæssige grænsedragninger i forhold til regionens funktioner og hospitaler.

Modellens inkorporering og juridiske struktur fastsættes således, at den bedst sikrer tæt integration, driftsmæssigt og strategisk samtidig med den selvstændige identitet og efterlevelse af centrets kerneprincipper som beskrevet ovenfor, herunder bl.a.:

- Selvstændig behandlingspraksis og forskningsfokus
- Egen bestyrelse og ledelse
- Klare retningslinjer for anvendelse af bygninger og flerårige bevillinger.

6. KØREPLAN FOR UDVIKLING OG IMPLEMENTERING

Ved tiltrædelse af visionen og modellerne beskrevet heri gives mandat til, at arbejdsgrupper mellem Region Hovedstaden og Novo Nordisk Fonden udmønter visionen og udarbejder en mere specifik model i løbet af anden halvdel af 2015. En endelig vision og model forventes at ligge klar til beslutning senest første kvartal 2016.

Eventuelle økonomiske eller andre kontraktlige betingelser mellem Region Hovedstaden, Novo Nordisk A/S og Novo Nordisk Fonden afklares som del af den endelige aftale.

Det er hensigten, at den fremtidige ledelse derefter udpeges i løbet af 2016. Ledelsen skal i transitionsfasen forberede centret til at operere under en ny samarbejdsmodel med Region Hovedstaden (alternativt skal den nuværende kontrakt forlænges).

En transition af det nuværende SDC til Region Hovedstaden vil igangsættes snarest efter udpegning af den fremtidige ledelse.

Centret vil være fuldt operationelt i 2020.

APPENDIX A: INTERNATIONALE CASE STUDIER

De verdensførende diabetes centre sætter rammerne for ambitionsniveauet for behandlingen og forskningsmiljøet for centret i Region Hovedstaden. De internationale case studier bygger på de største og mest prominente diabetes centre: Joslin Diabetes Center (Boston, USA), Oxford Centre for Diabetes, Endocrinology and Metabolism (Oxford, UK) og Imperial College London Diabetes Centre (Abu Dhabi, UAE).



Joslin Diabetes Center i Boston blev stiftet som det første diabetes center i verden i 1898. Det behandler over 23.000 patienter årligt og tilbyder højt specialiseret og patientcentreret behandling inden for alle diabetes typer. Det er placeret tæt ved Beth Israel Deaconess Medical Center samt Harvard Medical School, som det har tætte forbindelser til i forhold til behandling, forskning og uddannelse af endokrinologer.



Oxford Centre for Diabetes, Endocrinology and Metabolism er et partnerskab mellem University of Oxford, Oxford Radcliff Hospitals og medicinalsselskaber, heriblandt Novo Nordisk. Centret behandler cirka 15.000 patienter om året og favner alle typer af personer med diabetes. Centret har valgt at fokusere forskningen på bestemte underfelter, eksempelvis pædiatri, og forsker udelukkende i Type 2 diabetes.



Imperial College London Diabetes Centre i Abu Dhabi er et joint venture mellem ICL og Mubadala (Abu Dhabis regering). Centret er det største på verdensplan og behandler mere end 64.000 patienter årligt. Dette inkluderer dog også ukomplicerede Type 2 patienter. Behandlingstilbuddet er bredt favnende mens forskningsmiljøet er i opstartsfasen med fokus på den høje prævalens af Type 2 diabetes i området.

A. ERFARINGER FRA INTERNATIONALE CASE STUDIER

Region Hovedstadens diabetesbehandling deler en række egenskaber med de verdensledende diabetescentre, særligt har København og især Steno Diabetes Center fortsat et anerkendt navn blandt internationale eksperter.

De førende centre er dog i en anden liga hvad angår ambitionsniveauet, patientgrundlag, bredden af behandlingsaktiviteter, fysiske rammer samt tilgangen til forskning og innovation. Nedenfor oplistes de vigtigste erfaringer baseret på case studier af de førende centre³¹:

- Bredt favnende patientgrundlag og kritisk masse. Joslin, Oxford og Imperial omfavner alle diabetestyper inklusiv gravide og børn med diabetes og sjældnere diabetes former eksempelvis cystisk fibrose relateret diabetes. Valget af det brede patient-




³¹ Case studierne bygger på interviews med nuværende og tidligere ledende medarbejdere samt analyse af offentligt tilgængelige strategier m.v.

grundlag bygger på nødvendigheden af at servicere alle diabetes patienter, skabe det stærkeste faglige miljø, et bedre datagrundlag for klinisk forskning samt tiltrække de mest ambitiøse talenter.

Den brede vifte af aktiviteter betyder, at centrene er i stand til at tilbyde en bedre og mere sammenhængende patientoplevelse og udnytte synergieffekter mellem specialerne. Centrene arbejder tæt sammen med de relaterede værtshospitaler, fx koordinerer Joslin forløbet for prægestationelle diabetikere på den obstetriske afdeling.

Centrene fremhæver nødvendigheden af kritisk masse for at sikre et stærkt fagligt miljø og omkostningseffektivitet af specialklinikker (fx pumpeklínik) og støttefunktioner. Et niveau på 15.000 patienter vurderes som minimum.

Figur A.1: Patientomfanget på Joslin, Oxford og Imperial

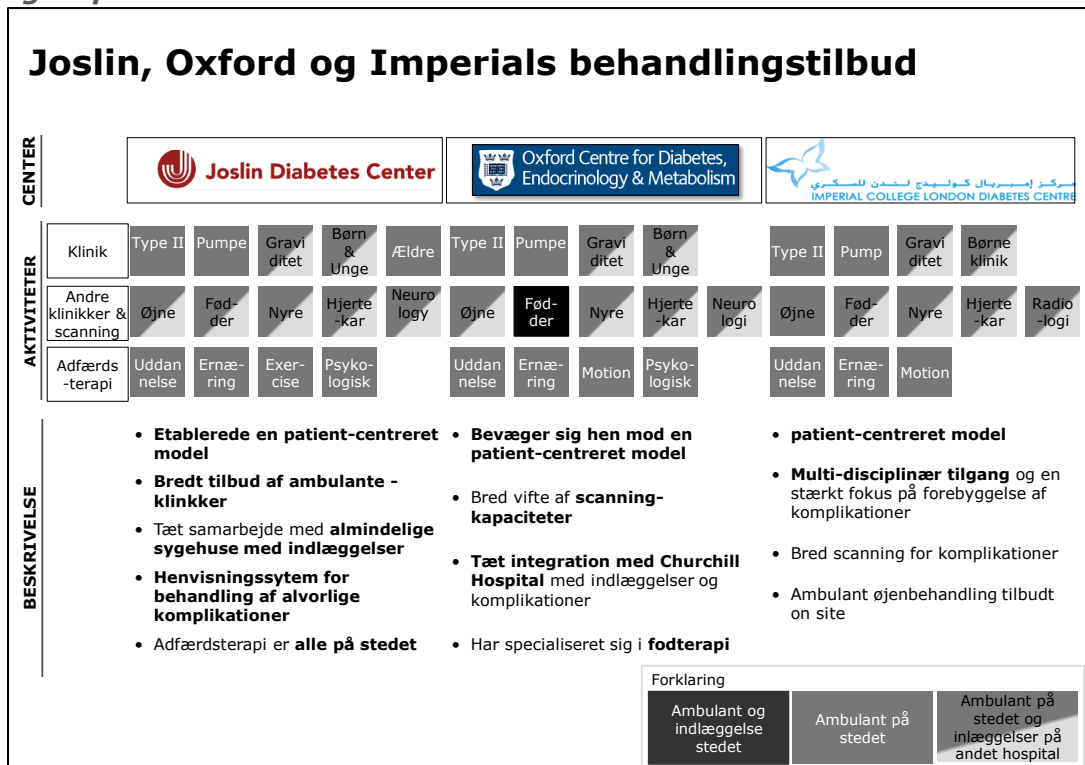
Verdensledende diabetescentres patientomfang									
	Standard behandling			Andre patienttype behandlinger					Rationale
 ~23.000 patienter	Type 1 Voksne	Type 2 Voksne (m. kompl.)	Type 2 Voksne (u. kompl.)	Børn	Unge	Gestational (Type 1 & 2)	Multi-kultural	Andre	<ul style="list-style-type: none"> "Serving all patient types makes it easier for Joslin to be perceived as one of the world's best diabetes centers, and makes us the natural choice for patients."
 ~15.000 patienter	Type 1 Voksne	Type 2 Voksne (m. kompl.)	Type 2 Voksne (u. kompl.)	Børn	Unge	Gestational (Type 1 & 2)	Multi-kultural	Andre	<ul style="list-style-type: none"> At forbedre patientoplevelsen og skab synergieffekter
 ~64.000 patienter	Type 1 Voksne	Type 2 Voksne (m. kompl.)	Type 2 Voksne (u. kompl.)	Børn	Unge	Gestational (Type 1 & 2)	Multi-kultural	Andre	<ul style="list-style-type: none"> Missionen er at behandle alle former for diabetes
Kilde: Joslin hjemmeside; OCDEM hjemmeside; ICLDC hjemmeside; Ekspert interviews								Forklaring Tilbyder ikke/Ingen Information Tilbyder i øjeblikket	

- Evidensbaseret og individualiseret behandlingstilbud. Internationale diabetescentre har en multidisciplinær og evidensbaseret tilgang til behandling, hvor patienten er omdrejningspunktet for behandlingsprogrammet fx tilbydes individualiserede programmer på Joslin og Oxford. Formålet med den patientcentrede tilgang er at nedsætte risikoen for komplikationer gennem et tæt samarbejde med patienten og en livsstilsbaseret behandlingsmetode fx gennem et højt fokus på kost og motion allerede hos børn og unge med diabetes.

De tre centre tilbyder alle en bred vifte af komplikationsscreening (øjne, fødder, nyre, neurologi, hjerte-kar, tænder) samt adfærdsterapi på centret og tilbyder behandling af komplikationer i tæt samarbejde med nærliggende hospitaler og specialenheder. De tilbyder også højt specialiseret behandlingstilbud til særligt udsatte patientgrupper fx ældre og etnicitetsgrupper.

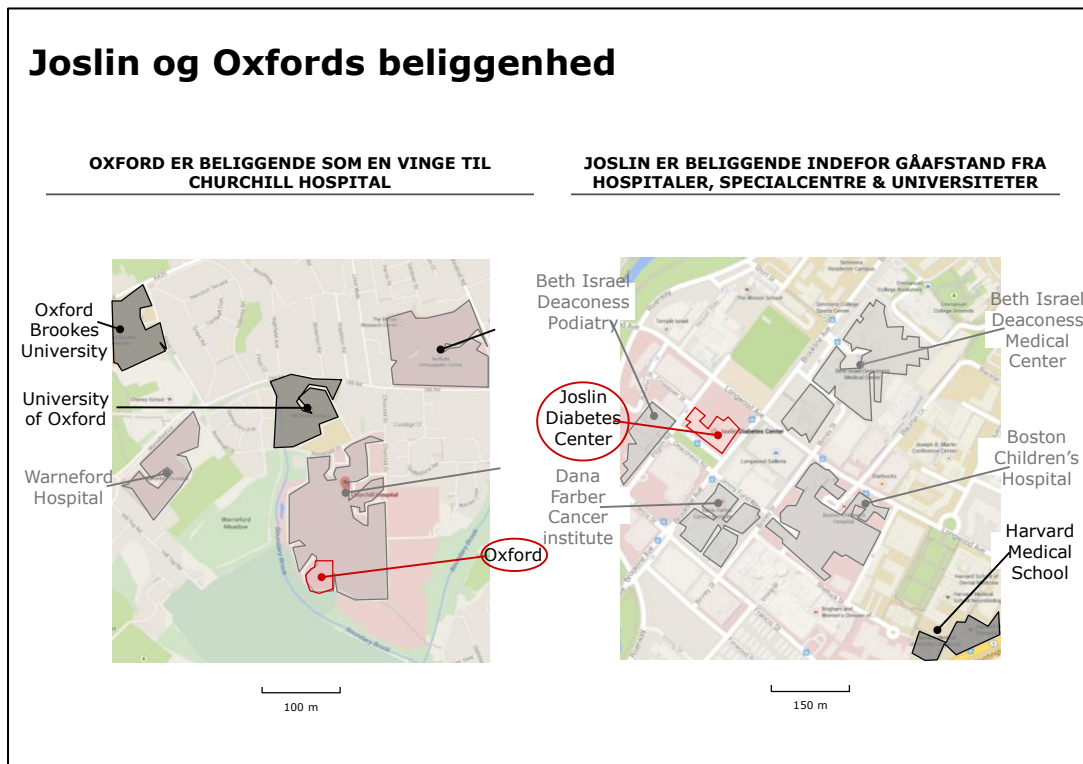
Joslin har oprettet målrettet behandlingstilbud til afrikansk-amerikanske, latinamerikanske og asiatiske patienter, der tager højde for genetiske forskelle. Oxford har som det eneste center egne sengepladser, som anvendes til behandling af patienter med svære fodkomplikationer.

Figur A.2: Tilbud af klinikker, komplikationer og adfærdsterapi på Joslin, Oxford og Imperial



- Placering i nærheden af hospitaler og universiteter. Placeringen af de internationale centre bygger på ambitionen om at tilbyde en one-stop shop for patienter. De er placeret i nærheden af hospitaler med de nødvendige kompetencer for at behandle diabetesrelateret komplikationer samt universiteter, der ses i figur A.3. Placeringen understøtter det tætte samarbejde, der sikrer en bedre patientoplevelse, uddannelse af endokrinologer og udvikling på området.

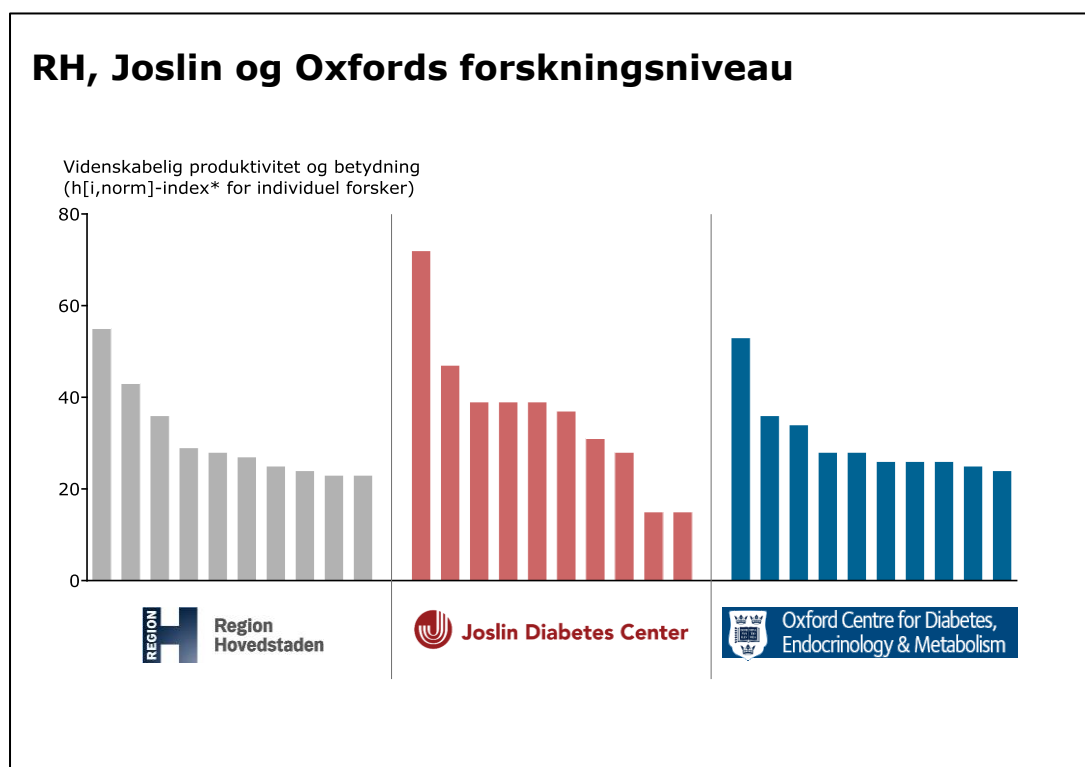
Figur A.3: Placering af Joslin og Oxford



Diabetes centrene ligger dog som separate enheder for at sikre en imødekommende atmosfære. En patient fra Oxford har således udtalt at "[Oxford] er et fantastisk sted. Det føles slet ikke som et hospital eller en klinik. Der er så meget lys, alt behandling er samlet på et sted, og man kan faktisk se forskerne, der arbejder i deres laboratorier... og alle smiler".

- **Ambitiøs forskningsagenda og innovationsfokus.** De førende centre har som fællesnævner en ambitiøs forskningsagenda, der bestræber sig på at finde nye behandlingsformer, udbrede forståelsen for den voldsomme stigning i antal personer med diabetes, samt finde en kur på den lange bane. De er karakteriseret af et koncentreret forskningsmiljø, der lægger vægt på en hurtig oversættelse af basis- til klinisk-forskning. Forskningen drives af nogle af verdens førende og mest toneangivende forskere på diabetesområdet, der har en høj andel publikationer og citationer, fx C. Kahn på Joslin og M. McCarthy på Oxford.

Figur A.4: Ledende forskere på Joslin og Oxford



Centrene demonstrerer, at det er muligt at opnå forskningssucces gennem forskellige fokusområder. Joslin har valgt et bredt forskningsfelt for at optimere behandlingstilbudene til deres rige patientdatabase, der strækker sig over patienter, som har levet med diabetes i over 50 år. Oxford har derimod valgt at fokusere på den kliniske forskning på Type 2 diabetes.

B. FREMTIDIGE TENDENSER PÅ DIABETESOMRÅDET

De internationale centre gennemfører på nuværende tidspunkt en række strukturelle ændringer som respons til de tendenser, der tegner sig inden for diabetesbehandling i de næste år især på baggrund af det kraftigt stigende antal Type 2 patienter.

- Højere fokus på uddannelse af den primære sektor. Det stigende antal diabetespatienter resulterer i kapacitetsrestriktioner som er med til at ændre retningslinjerne til at en højere andel af Type 2 patienter behandles hos egen læge versus på en diabetesklinik i England. Oxford har som resultat øget deres fokus på at uddanne den primære sektor for at sikre et højt kvalitetsniveau i behandlingen.
- Udbredelse af telemedicinsk behandling. De ledende centre især Joslin og Oxford er på forkant med at integrere teknologi i behandlingstilbuddet til patienter. Standard-blodsukkermålinger og basiskonsultationer tilbydes i højere grad gennem telemedicinsk behandling.
- Fornyet fokus på adfærdsterapi. Udvikling i behandlingsmodellen til at omfavne en større andel adfærdsterapi sker i trin med udbredelsen af Type 2 diabetes. I Joslin udvides behandlingen eksempelvis til også at inkludere en mentale sundhedskoordinator og motionsvejleder tidligere i patientforløbet – blandt andet baseret på en større grad af individuel profilering.

APPENDIX B: UDGANGSPUNKTET FOR DIABETESBEHANDLING I REGION HOVEDSTADEN

I denne sektion vurderes Region Hovedstadens udgangspunkt på diabetesområdet for a. behandling, b. forskning, c. uddannelse og d. vækst og udvikling.

København har siden 1930'erne haft en fremtrædende rolle i det internationale diabetesmiljø, drevet af en række prominente diabetesforskere og erhvervsliv i København og omegn. Dette startede med August og Marie Kroghs erhvervelse af retten til at distribuere insulin i de skandinaviske lande på betingelse af en forpligtelse til at dedikere overskuddet til behandling og fremme af behandlingsmetoder for diabetes.

Med Novo Industri og Nordisk Gentofte A/S' udvikling op gennem 1900'tallet, blev Københavns position som førende diabetescentrum yderligere forstærket. Banebrydende forskningsresultater i klinisk behandling opnået på de to selskabers respektive forskningshospitaler (hhv. Steensens og Hvidøre) udgjorde et betydende bidrag hertil.

Da Novo Industri og Nordisk Gentofte A/S fusionerede i 1989 blev de respektive tilknyttede forskningshospitaler fusioneret under navnet Steno Diabetes Center. Op igennem 1990'erne og de tidlige 2000'er udførte centret en række anerkendte forskningsprojekter, bl.a. "Steno 3" studiet, som har haft stor betydning for anvendt behandlingspraksis internationalt. Over det sidste årti er behandlingstilbud til personer med diabetes kommet mere i fokus med en mindre prominent forskningsposition til følge. Region Hovedstaden har som helhed i dag et stærkt klinisk forskningsmiljø, som dog er spredt på tværs af mange hospitaler.

Region Hovedstaden har således et solidt udgangspunkt for at tilbyde diabetesbehandling og -forskning i absolut verdensklasse og har historisk spillet en stor rolle inden for diabetesområdet. Regionen rangerer blandt de førende globalt, drevet af stærke virksomheder, politisk fokus og stærke forskningsmiljøer i klinisk diabetologi.

A. BEHANDLING

Behandlingstilbuddet i Danmark er blandt de bedste internationalt og indtager i en rapport fra 2014 en tredjeplads i Europa³² efter Sverige og Holland. Behandlingstilgangen og patienttilfredsheden varierer dog betydeligt på tværs af regionens hospitaler. Steno Diabetes Center har rangeret højest de sidste 5 år.

Region Hovedstaden har som vision for diabetesbehandlingen, at hver patient skal følge et sammenhængende patientforløb³³.

I figur B.1 ses det, at behandlingen i dag er fordelt på 11 hospitaler (inklusive Bornholm), der alle omfavner forskellige subsegmenter af patienttyperne. Dette resulterer i subskala patientvolumen fx på Gentofte med kun cirka 600 patienter, i forhold til de ledende internationale centre, som har volumen på 15-20.000 patienter eller derover.

³² Euro Diabetes Index 2014 udarbejdet af Health Consumer Powerhouse

³³ Specialevejledning for endokrinologi; Sundhedsudvalgets rapport for endokrinologi

Figur B.1: Estimeret antal personer med diabetes i Region Hovedstaden per diabetestype

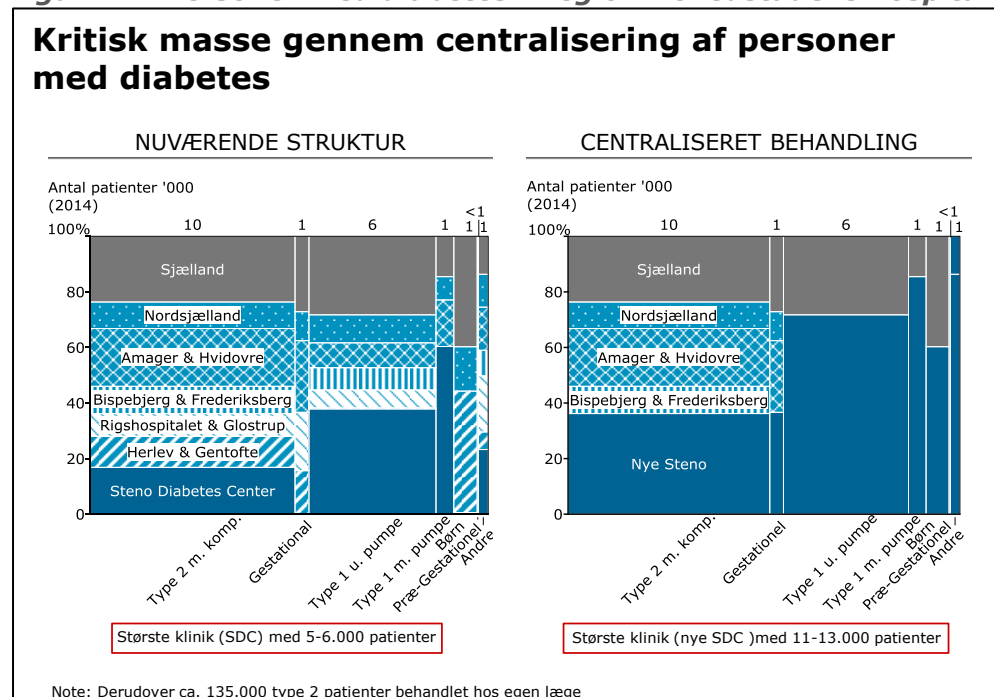
Estimeret antal personer med diabetes på regionens hospitaler													
RH DIABETES KLINIKKER/AMBULATORIER													
Estimeret antal patienter 2014	Rigsh.	Midt			Byen			Syd			Nord		Total
	Rigsh.	SDC	Gen-tofte	Herlev Børn	Herlev Voksne	Bispebjerg	Frederiksberg	Glostrup	Amager	Hvidovre	Nord-sjæl. Børn	Nord-sjæl. Voksne	
Type 1 m. pumpe		540								150		75	765
Type 1 u. pumpe	404	2.411	(2)		22	292	217	7	208	362		642	4.567
Type 2 m. kompl.	507	1.730	556		590	624	383	336	789	1.347		979	7.840
Type 2 u. kompl.													
Børn		(7)		511							187		705
GDM	147				109					180		73	508
Præ-GDM	37	25											62
Voksne andre	67	114	16		15	33	12	32	6	70		58	423
Total	1.162	4.826	574	511	736	949	612	375	1.003	2.109	187	1.827	14.870

Nøgle	Tilbudt	Ikke tilbudt/info ikke tilgængelig
-------	---------	------------------------------------

Til sammenligning behandles i alt ca. 4.000 patienter årligt på Odense Universitets Hospital, samt ca. 3.000 patienter på Aarhus Universitets Hospital. Begge hospitaler dækker alle patienttyper, og varetager højt specialiseret funktionsniveauer, eksempelvis behandlingen af insulinallergi i Odense.

En centralisering af behandlingen i Region Hovedstaden som beskrevet i sektion 3 baseret på en kerne af planområde Midt og Steno Diabetes Center og komplekse patienttyper fra resten af Region Hovedstaden samt personer med diabetes med højt specialiserede behov fra Region Sjælland, vil resultere i et patientomfang på 11-13.000 patienter årligt på centret.

Figur B.2: Personer med diabetes i Region Hovedstadens hospitaler



Sundhedsstyrelsen sætter rammerne for specialestrukturen i intern medicin og hermed endokrinologi, der omfatter diabetesområdet. Specialestrukturen i Region Hovedstaden er fordelt på hoved-, regions- og højt specialiseret funktionsniveauer.

- Hovedfunktionsniveau omfavner behandling af diabetes i ambulatorie, medicinsk sengeafsnit, børneklínik samt pumpeklínik. Pumpeklínikker anbefales at samles få steder i regionen for at opnå den nødvendige kritiske masse³⁴.
- På regionsfunktionsniveau ligger behandlingen af gestationel diabetes, der kræver tilstedeværelsen af obstetriske kompetencer.
- Prægestational diabetes, svær insulinresistens samt insulinallergi er på højt specialiseret niveau og tilbydes kun få steder i hele landet. Insulinallergi tilbydes eksempelvis ikke i Region Hovedstaden, men på Odense Universitets Hospital.

B. FORSKNING

Region Hovedstaden har flere stærke miljøer inden for klinisk diabetesforskning. Historisk har København og særligt Steno Diabetes Center været en drivkraft for innovative behandlingsmetoder, som er implementeret bredt i Danmark og internationalt.

Forskningen i klinisk diabetologi er fortsat stærk og er kendetegnet ved flere internationalt anerkendte forskere. Dog er Region Hovedstaden samlet set ikke længere på samme niveau som tidligere eller som fx diabetescentrene Joslin og Oxford.

Forskningsgrupperne i klinisk diabetologi findes i dag på tværs af flere af Region Hovedstadens hospitaler, Københavns Universitet, samt Steno Diabetes Center. Diabetesafdelingerne har i et vist omfang prioriteret forskellige fokusområder baseret på respektive styrkeområder, fx prægestational diabetes på Rigshospitalet.

Set som helhed, har Region Hovedstaden et forskningsmiljø der er sammenligneligt med men under førende diabetescentre som Joslin og Oxford. Samtidig er miljøet spredt over flere enheder der formindsker effektiviteten.

³⁴ Specialevejledning for intern medicin: endokrinologi

C. UDDANNELSE OG TALENT

Region Hovedstaden disponerer over en stor talentmasse af endokrinologer og specialiserede diabetologer, forskere og andre sundhedsprofessionelle, der støtter diabetesbehandling- og forebyggelsen.

Den store spredning af patienter betyder, at endokrinologer i deres uddannelse ikke nødvendigvis får erfaring på tværs af alle typer af diabetespatienter. Samtidig kan regionens klinikker ikke give kritisk masse og hyppighed af eksponering til mere komplekse diabetestyper som internationalt ledende centre, samt i et vist omfang centrene i Odense og Aarhus.

Der er mellem 50 og 70 overlæger inden for endokrinologi (det har ikke været muligt at kortlægge antal afdelingslæger), samt endokrinologer under uddannelse (32.5 hovedstillinger). Sammenlagt har Region Hovedstaden ansat over 40 forskere med et normaliseret h-index over 5.

D. VÆKST OG UDVIKLING

I fællesskab med den private sektor har Region Hovedstaden skabt et solidt grundlag for vækst og udvikling inden for diabetesområdet. Internationale spillere i pharma- og medtech fx Medtronic³⁵, har også etableret sig i regionen med henblik på innovation.

Udgangspunktet i Region Hovedstaden er stærke individuelle basisforskningsmiljø inden for diabetesrelateret felter, men der er et begrænset omfang koordinering af patientdatabaser og fokusområder.

Der vurderes dog at være betydeligt potentiale for bedre samarbejde mellem diabetesforskningen på regionens hospitaler og private eller offentlige samarbejdspartnere. Dette gælder særligt i forhold til at gøre yderligere nytte af regionens samlede patientvolumen og datagrundlag. I dag hæmmes samarbejde i et vist omfang af, at regionens hospitaler ikke samarbejder tilstrækkeligt om fx patientgrundlag for kliniske forsøg. Samtidig er der ikke én tværgående indgang for eksterne partnere.

Gennem temaet "Sund Vækst" har Region Hovedstaden sat yderligere fokus fremadrettet på innovation og vækst i pharma- og biomedicinske områder. Fokus er på at skabe eksempelvis 8 offentlig-private forskningssamarbejdsaftaler i 2015-18, forøge antallet af medicinske patenter med 5% om året og samle den private sektors indgang til hospitals forskning til ét sted.

Figuren nedenfor viser specifikke målsætninger for et af regionens vigtigste temaer "Sund Vækst".

³⁵ Medtronic har indgået et samarbejde med diabetes forskningsenheden i Scion Park Hørsholm, Københavns Universitet, DTU og erhvervs PhD'er med investeringer fra Innovationsfonden, Højteknologifonden, Forsknings- og Innovationsstyrelsen.

Figur B.3: Region Hovedstadens Sund Vækst tema

Fokus på vækst i pharma/bio-medicinske områder

"SUND VÆKST" ET KERNE VÆKSTTEMA FOR RH

- Region Hovedstaden etablerede 4 temaer til at realisere regional vækst og udviklingsstrategi
- "Sund vækst" er potentielt den største økonomisk vækstmotor



7 MÅL FOR "SUND VÆKST"

Årlig produktivtetsvækst på 5% i den private sektor

8 store offentlige-private samarbejdsprojekter inden for forskning '15-'18

Stigning på 5% i antal af sundhedspatenter udstedt årligt

Stigning i gennemsnitlig levealder fra 79.8 til 81 år

En privat indgang for hospitals forskning og testing faciliteter

40 international topforskere tiltrukket og 5% stigning i antal af forskere

Stigning i ekstern offentlig og privat finansiering på 5% årligt

APPENDIX C. NØGLEDEFINITIONER

Behandlingsstruktur – Behandlingsstrukturen reflekterer patientens hospitalstilhørsforhold i forhold til deres diabetes behandling.

Greater Copenhagen – Området dækker Region Hovedstaden, Region Sjælland og alle 46 kommuner i Østdanmark samt den skånske region.

Klinisk diabetologiske forskningsmiljøer – De kliniske forskningsmiljøer, der eksisterer inden for diabetesrelaterede specialer.

LifeLab – Et koncept der optimerer behandlingstilbuddet ved at inkludere gruppesessioner, anbefalinger til diæt og motion.

Optageområder – Der findes 4 optageområder i Region Hovedstaden – Byen, Midt, Syd og Nord. Betegnelsen dækker over patientens optageområde og deres tilhørsforhold til sygevæsenet.

Primær sektoren – Den primære sektor i sundhedsvæsenet omfavner den primære kontakt til borgerne og står for den forebyggende eller sundhedsfremmende funktion fx praktiserende læger.

Sammenhængende patientforløb – Et sammenhængende patientforløb er karakteriseret ved, at den enkelte patient er i centrum, og at der er en koordinering på tværs af afdelinger, specialer og sektorer igennem hele deres patientforløb fra første kontakt med fx primærsektoren til fx udskrivelse på et hospital.

Sammenhængende sundhedssystem – Et sundhedssystem, hvor patienter og pårørende oplever at der er sammenhæng mellem de forskellige sektorer, og at de føler sig velinformeret og medinddraget i alle beslutninger, der vedrører deres behandling.

Transitionsmodel/-fase – Transitionsfasen dækker over perioden fra at en aftale omkring den fremtidige plan for centret er truffet til, at det nye center står klar til ibrugtagning.

Verdensklasse – Ambitionen om et center i verdensklasse er inspireret af de førende internationale diabetes centre som fx Joslin Diabetes Center, Oxford Center for Diabetes, Endocrinology and Metabolism samt Imperial College of London i Abu Dhabi.

Vision – Visionen er en beskrivelse af de målsætninger og indsatsområder aftalen sigter efter at opnå. Det er ikke juridisk bindende, og det er det endelige aftalegrundlag, der sætter rammerne for udmøntningen af visionen.