

ARBEJDSDOKUMENT

Version dateret 8. marts 2016

PATIENTCENTRERET DIABETESBEHANDLING I VERDENSKLASSE

DREJEBOG FOR ETABLERING AF STENO DIABETES CENTER COPENHAGEN

Udmøntning af Region Hovedstadens og Novo Nordisk Fondens fælles vision



novo nordisk fonden

INDHOLD

OVERBLIK

I	RESUME [Under udarbejdelse]	
II	VISION	s. 4

CENTRETS AKTIVITETER

1.	BEHANDLING	s. 15
2.	KLINISK FORSKNING	s. 29
3.	SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE	s. 42
4.	UDDANNELSE	s. 52
5.	DRIFT & IT [Under udarbejdelse]	

GOVERNANCE OG ORGANISATION

6.	GOVERNANCE	s. 65
7.	ORGANISATIONSSTRUKTUR [Under udarbejdelse]	

ØKONOMISKE OG FYSISKE RAMMER

8.	FINANSIERING [Under udarbejdelse]	
9.	FYSISKE RAMMER [Under udarbejdelse]	
10.	OVERDRAGELSE & TRANSITION [Under udarbejdelse]	

FORORD

Region Hovedstaden, Novo Nordisk Fonden og Novo Nordisk A/S besluttede i foråret 2015 at samarbejde om at udvikle en vision om **patientcentreret 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 Novo Nordisk Fondens 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 Novo Nordisk Fonden 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.

Bemærk, at drejebogen stadig er under udarbejdelse og derfor i dette dokument ikke fremstår i sin endelige form.

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, 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. Konceptet skal integrere den udvikling, der sideløbende har fundet sted på regionens 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 Hovedstaden (Region H).

For at sikre dette indgår Region H og Novo Nordisk Fonden (NNF) et samarbejde om at etablere Steno Diabetes Center Copenhagen (SDCC). Visionen er dels at gøre hovedstadsregionen internationalt førende inden for diabetesbehandling, -forebyggelse og -forskning, dels at udvikle fremtidens personcentrerede behandlings- og forebyggelsesmetoder. I løbet af 2015 har parterne samarbejdet om at udvikle visionen, der nu er udmøntet i denne detaljerede 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 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 kapitel 1-4.

Figur II.1: SDCC's fire kerneaktiviteter

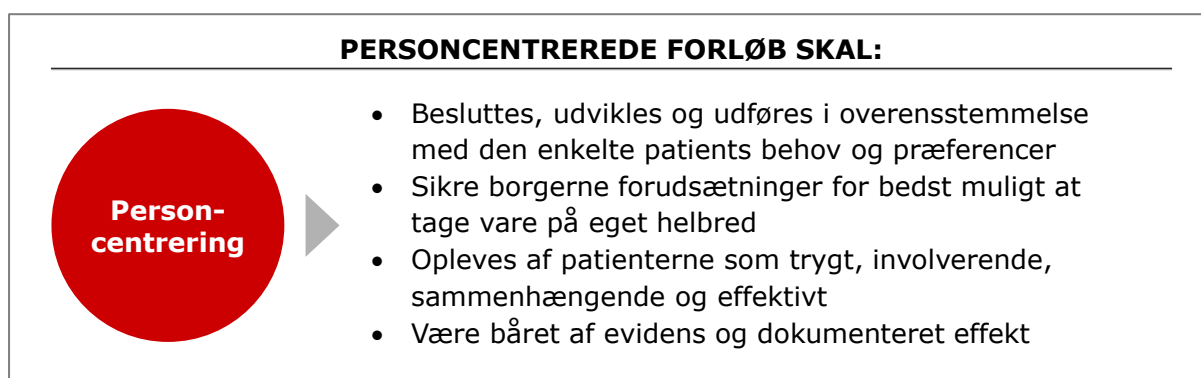


II.1.1 EN PERSONCENTRERET TILGANG

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 gennemføres *for*, men så vidt muligt *med* patienterne. Det gælder både det enkelte behandlingsforløb, udformningen af centret samt de forsknings- og udviklingsaktiviteter, 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 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 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.

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.

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 efter internationale principper.

Endelig skal de fysiske rammer på centret være trygge og komfortable for både patienter og pårørende – uanset alder og sygdomstilstand. Der skal fx være særlige rammer for børn; foruden børneambulatoriet fx også områder, der ansporer til læring, leg og trivsel. De fysiske rammer omfatter også udearealerne og adgangen til centret. SDCC indrettes med nem adgang til Herlev Hospital og placeres godt i forhold til privat og offentlig transport. Udearealerne udformes, så patienter og pårørende kan slappe af i 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 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 Stenocentre 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 6 og 7.

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 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 direktion. 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. Organisatorisk vil SDCC indgå som en afdeling på Herlev og Gentofte Hospital og få tætte driftsmæssige bånd hertil.

Centrets bestyrelse og direktion understøttes af en række eksterne, rådgivende organer, der skal understøtte centrets og regionens langsigtede strategier og succeskriterier på diabetesområdet.

TILSTRÆKKELIG PATIENTVOLUMEN

Der sigtes mod, at SDCC får et samlet patientgrundlag på 11-13.000 patienter i 2020. Det giver centret et tilstrækkeligt volumen til at kunne anvende de bedste behandlingsmetoder omkostningseffektivt samt et kritisk patientvolumen i forskningen. Samtidig skal regionens akuthospitaler også fremover sikres et tilstrækkeligt patientgrundlag til at opretholde diabetologernes kompetencer, 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 og behandlinger af 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 kontakthorisont til personer med diabetes. Fælles for samarbejderne er, at de skal:

- have personer med diabetes i centrum

- udnytte parternes respektive spidskompetencer for at skabe synergier og gensidig værdi
- fokusere på at 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 har mange multisyge diabetes samtidig med andre sygdomme, og forebyggelsens indsatser og effekter vil 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 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 til at understøtte samarbejdet om eksempelvis klinisk forskning og patientbehandling.

Forventningerne til samarbejdet med Steno-partnerne er blandt andet, at SDCC og partneren:

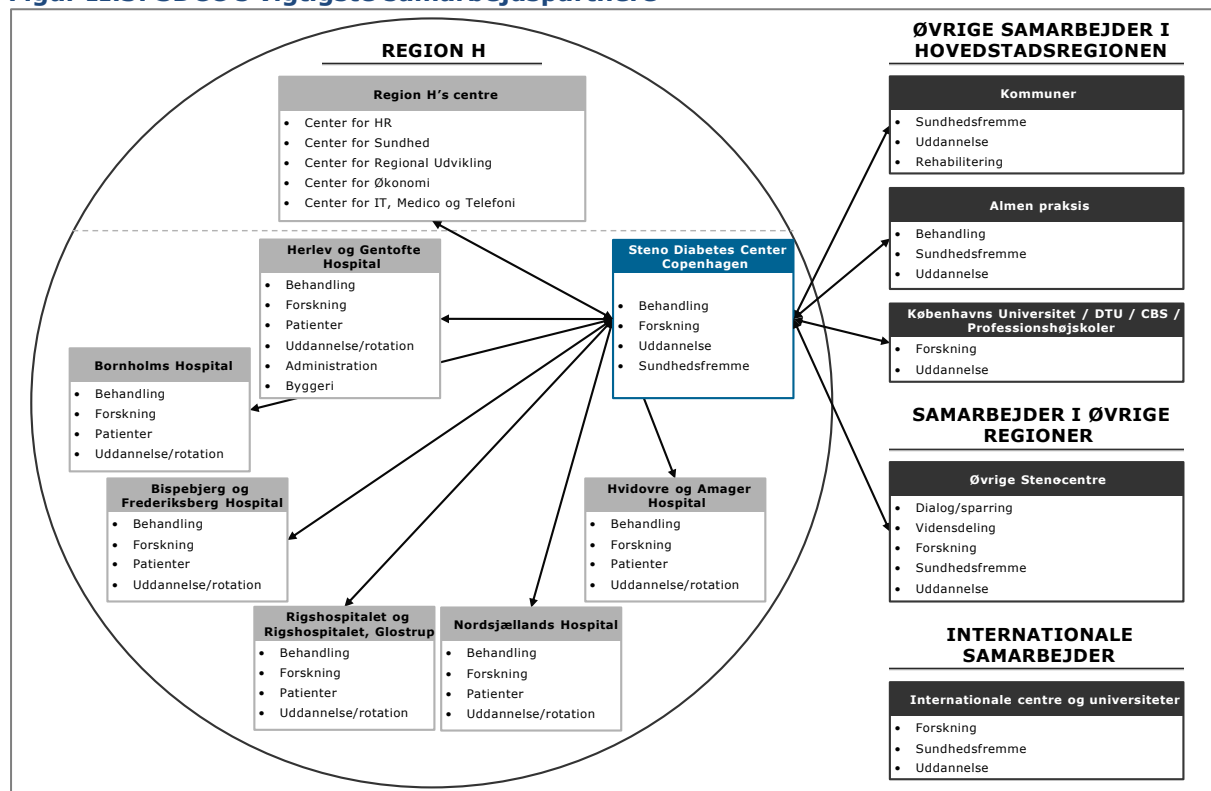
- sammen identificerer mulige samarbejdsflader og -projekter
- indgår i gensidigt forpligtende samarbejder
- udveksler personale ad hoc eller formaliseret (delestillinger)
- udarbejder fælles forskningsansøgninger til Steno Grants puljen (DKK 50M årligt).

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. Der er ingen ekstraordinære økonomiske bevillinger i dette samarbejde, som forventes håndteret af de eksisterende fondsbevillinger inden for aktivitetsområderne.

¹ For Steno Partners omfatter dette op til en halv overlægestilling, et ph.d.-stipendium, en halv sekretærstilling samt driftsmidler – i alt ca. DKK 1,25M årligt til hver af hospitalspartnerne.

Figur II.3: SDCC's vigtigste samarbejdspartnere



INTERNE SAMARBEJDER PÅ SDCC

Et optimalt tværfagligt samspil mellem de fire kerneaktiviteter i SDCC er helt centralt; 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 gennem forskellige former for uddannelsesaktiviteter. 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 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 der skal indgås forsknings-samarbejder med relevante Regi-

on 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.

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 i Danmark og øge mulighederne for klinisk forskning på nationalt plan – herunder at udvikle nye evidensbaserede behandlinger og kliniske afprøvninger.

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 dem Joslin Clinic, Harvard Medical School samt universiteterne 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 direktion 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 og politisk fastsatte 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:

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

- *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 med andre relevante aktører, herunder den øvrige hospitalssektor, almen praksis, kommunerne samt uddannelses- og forskningsinstitutioner. Figur II.4 giver overblik over 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 til gavn for personer med diabetes
	Personer med diabetes, tilknyttet SDCC	Øvrige personer med diabetes i Region H	<ul style="list-style-type: none"> • Øget kvalitet og koordineret indsats i forebyggelse af diabetes og diabeteskomplikationer • Flere sårbare personer sikres en tidlig og forebyggende indsats, der er mårettet deres behov og ressourcer • Forebyggelsesindsats, der er på forkant med nyeste udvikling • Personer med diabetes og pårørende oplever at være 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 hospitaer, universiteter og andre eksterne aktører • Understøtte et sammenhængende sundhedssystem og derigennem den bedste behandling • 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
Strategiske mål	<ul style="list-style-type: none"> • Optimal 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 	<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 			
KPI'er (eksempler)	<ul style="list-style-type: none"> • Fx morbiditet og mortalitet, fastholdelse af adfærd samt patienttilfredshed 	<ul style="list-style-type: none"> • Fx morbiditet og mortalitet, fastholdelse af adfærd samt patienttilfredshed 	<ul style="list-style-type: none"> • Fx prævalens og incidens inden for diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> • Fx specifikke internationale benchmarks 	<ul style="list-style-type: none"> • Fx effekt ift. "dyreste" patienter (ressourcesvage, svære komplikationer etc.)

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. 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.

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 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 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 højt specialiseret behandlingstilbud.

Intet ambulatorium behandler i dag samtlige patienttyper, og patientvolumen spænder fra ca. 300 på Rigshospitalet, Glostrup til ca. 5.800 på Steno Diabetes Center.

Figur II.5 viser, hvilke af regionens hospitaler personer med diabetes foreslås tilknyttet fra 2020.

³ Diabetesforeningen

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

Figur II.5 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 ambulatant kontrol og behandling			
	Gestational diabetes (~300) regionsfunktion		Lokal obstetrisk afdeling			
	Type 1 u. pumpe (~6.000) hovedfunktion		Lokal ambulatant kontrol og behandling*			
	Type 1 m. pumpe (~1.000) hovedfunktion		SDCC			
	Børn (~800) hovedfunktion					
	Prægestational diabetes (~200) højt specialiseret funktion	Placeres på Rigshospitalet med samarbejdsaftale med SDCC				
	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, er det målet, at SDCC vil varetage behandling af 11-13.000 personer med diabetes i 2020. 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.5) 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 Steno Diabetes Center. 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 en permanent diabetes.

⁵ Diabetes opstået under svangerskab.

- **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 det.
- **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.
- **Gravide med præ-gestationel 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 og Gentofte Hospital, Herlev bliver taget i brug senest i 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.

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 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 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 i Region H og i resten af Danmark⁷. Standardbehandlingen tager udgangspunkt i det nuværende behandlingstilbud i Region H, der omfatter ambulante diabetesbehandling, undervisning, rehabilitering, screening for og status på sendiabetiske 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 ambulante 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 inden for forskning, uddannelse og sundhedsfremme. 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 GRUNDRINCIPPER

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 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 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.

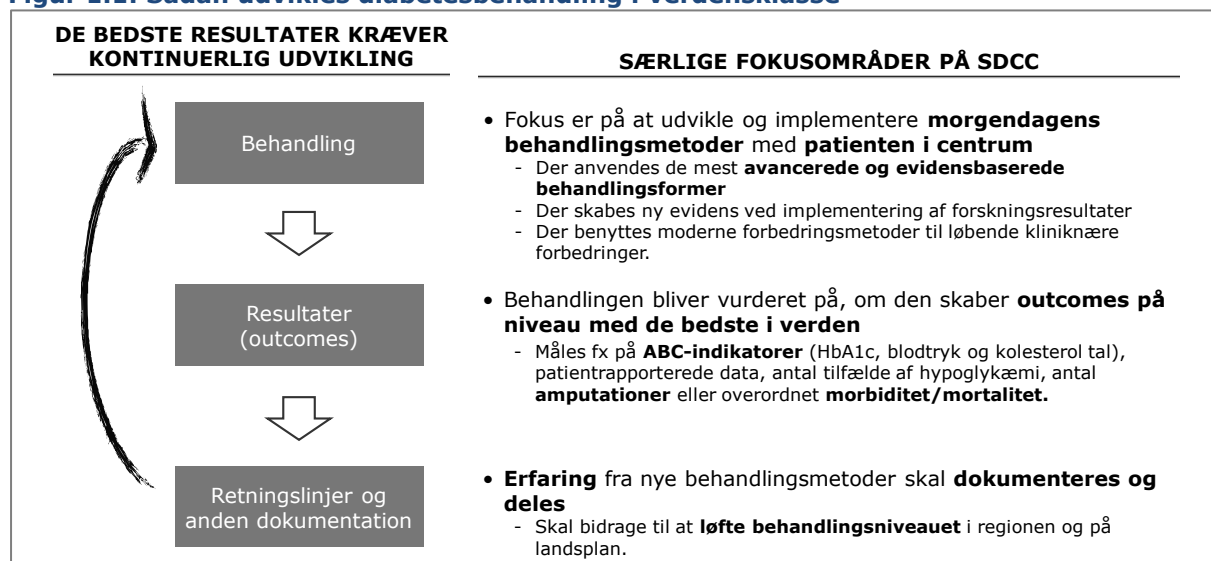
På kort sigt skal behandlingens effekt måles på en række forskellige biomedicinske parametre, fx HbA1c (langtidsblodsukker), blodtryk og kolesteroltal, samt epidemiologiske parametre såsom antal tilfælde af hypoglykæmi (lavt blodsukker) eller begyndende komplikationer (fx i øjnene). Så snart det er muligt, 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.

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



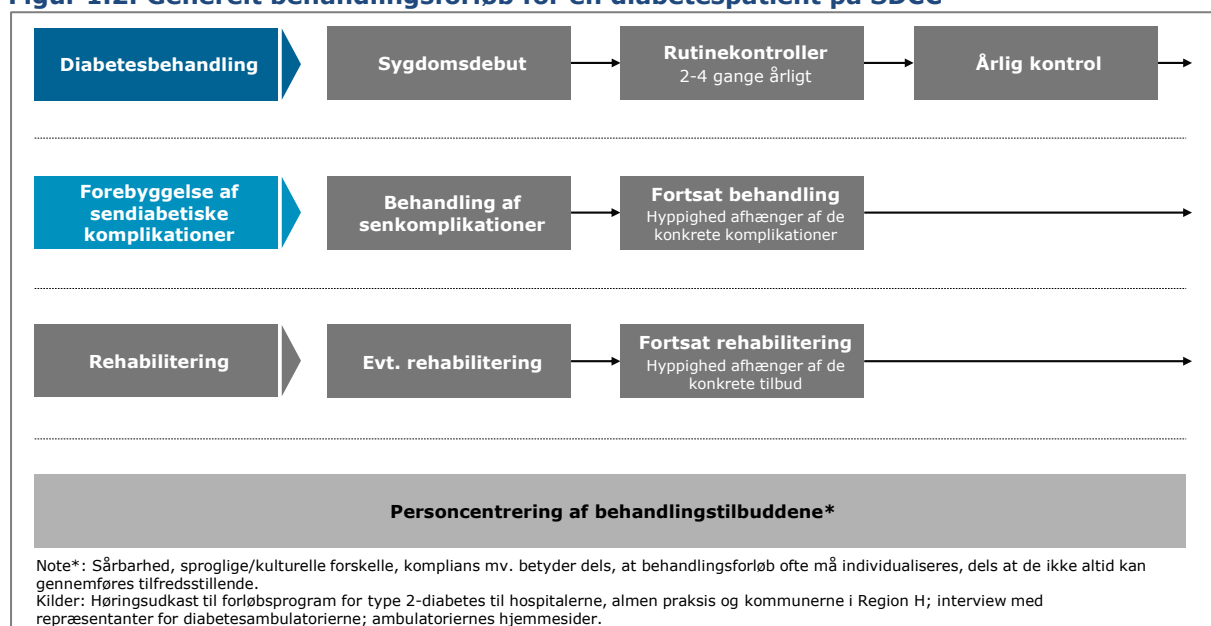
1.2 STANDARDBEHANDLINGEN

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 fra 2020 alle diabetespatienter i planområdet 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 planområdet 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.

Ved *rutinekontrollerne* for begge diabetestyper følges nøgleindikatorerne, og eventuelle hjemmemålinger gennemgås. 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.

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.

Børn og unge med diabetes (både type 1-diabetes og type 2-diabetes) skal behandles af et multidisciplinært børneteams 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.

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.

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.

- *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-gestationel 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 gestationel diabetes: Når diabetes opstår under graviditeten, skal der især være fokus 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 gestationel diabetes er der stor risiko for udvikle permanent diabetes. Derfor bør SDCC foretage en klinisk opfølgning og udvikle et kontrol- og interventionssystem, der også omfatter særlige uddannelsesstilbud 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-gestationel og gestationel 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 screeningen 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.

¹² Skjoldbruskkirtlens funktion.

¹³ Fotos af øjenbaggrunden.

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 øjenscreening 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 rygeafvænning²¹.

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 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.

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

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. De supplerende behandlingstilbud på SDCC skal 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 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 bagvag. 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 sikre overgangen 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, fødsårspatienter, 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 typer 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 mulighed 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 vibrationsans med Bio-Thesiometer samt får hurtig behandling for mindre fodsår. Behandlingen af mere kroniske og komplicerede fodsår og Charcotfod henvises til sårcentret på Bispebjerg, Frederiksberg Hospital, Bispebjerg og andre relevante ortopædkirurgiske afdelinger i meget svære tilfælde.

- Måling af vibrationsans 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 Endokrinologis²³ 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 klinikker²⁴ – 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 samdagsscreeninger. 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. 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 screeningsmåde (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

²³ Sundhedsfagligt Råd for Endokrinologi.

²⁴ En evaluering af den nuværende implementeringsgrad er i gang.

med henholdsvis klinisk fysiologisk og billeddiagnostisk afdeling på Herlev og Gentofte Hospital, Herlev.

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 begge 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 væggtabskurser 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 områdehospitalerne (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: Sundhedsfagligt Råd for Endokrinologi (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 diabetesteam 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 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 sundhedsprofessionelle. 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 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 uddannelses-tilbud, der drives af SDCC. Ambitionen er, at efteruddannelsen 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 (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.*

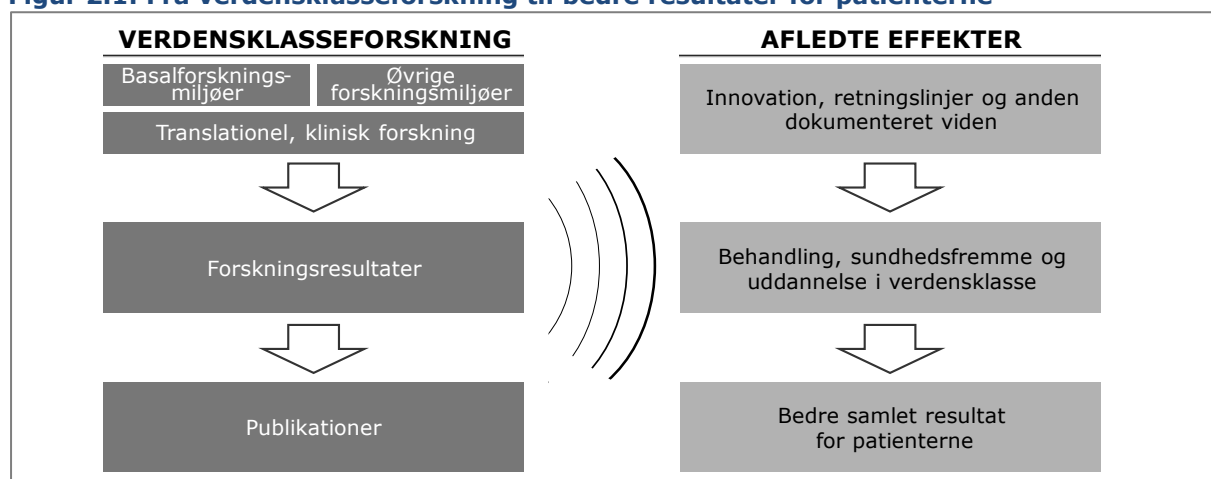
2.1 AMBITION OG GRUNDPRINCIPPER FOR KLINISK FORSKNING

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 den regionale vækst- og udviklingsstrategi (REVUS).

Figur 2.1: Fra verdensklasseforskning til bedre resultater for 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:

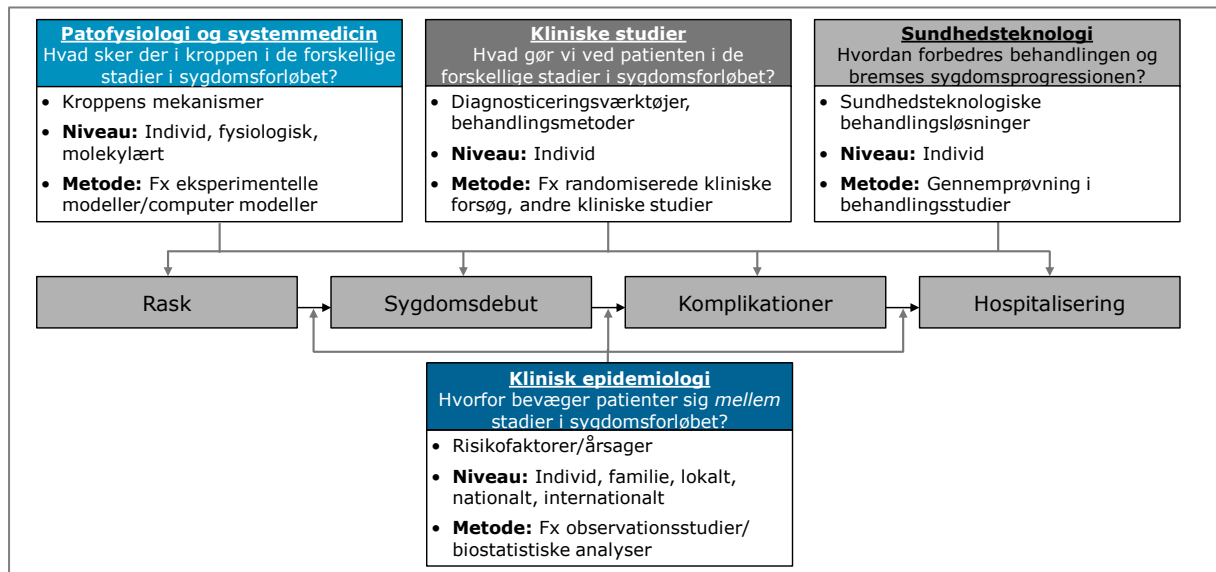
1. Personer med eller i risiko for at udvikle diabetes skal være i centrum i den kliniske forskning. Derudover skal forskningen være "high reward", innovativ, translational, i udvalgte områder tværfaglig – og altid med afsæt i en stor patientvolumen, der er fundament for en høj forskningskvalitet.
2. Resultater fra den kliniske forskning skal implementeres hurtigt i behandling. Det er afgørende, at basalforskning bliver omsat 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 den ambitiøse målsætning er at tiltrække eksterne bevillinger, der i omfang matcher størrelsen af grundbevillingen.

2.2 DIABETESFORSKNING I HOVEDSTADSREGIONEN

Diabetesforskning er typisk en kombination af etablerede forskningsdiscipliner og forskning i specifikke emner. Inden for hver af de forskningsdiscipliner, der er vist i figur 2.2, findes en række diabetesrelaterede emner, hvor hovedstadsregionen allerede har et højt forskningsniveau i en 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 an-

den side de mere "risikable" forskningsfelter, der ventes at blive afgørende for at kunne 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 translational 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 KU og 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 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
- 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 investeringer 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 øget koordinationen og styrke samarbejdet mellem især:

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

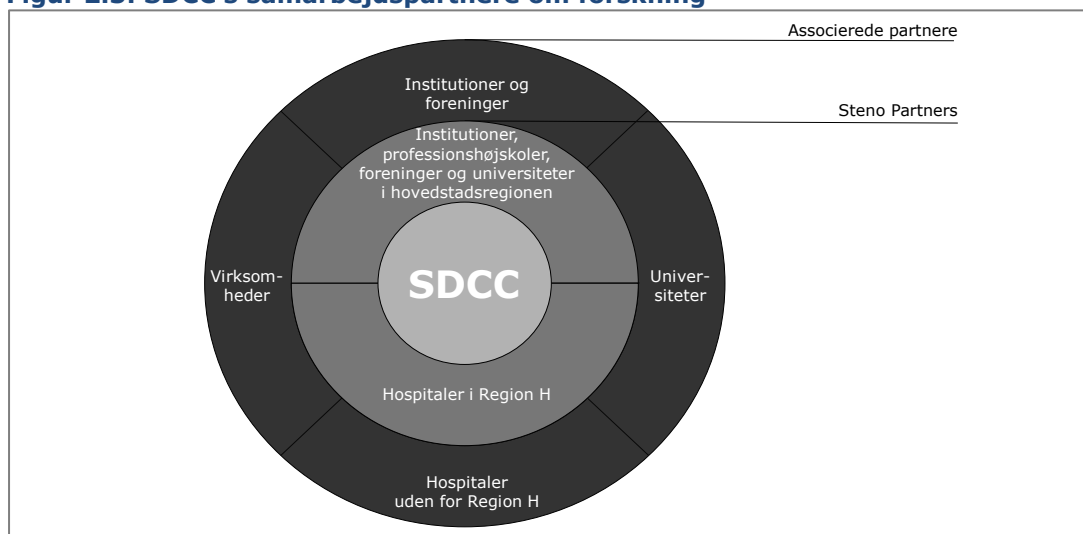
SDCC bliver en ny platform for sådanne samarbejder og en mere intensiv interaktion i hele diabetesforskningens økosystem. Centret skal udnytte, styrke og udvikle de kompetencer, der allerede eksisterer, og skal derfor være åben over for forskningssamarbejder, hvor centrets patientpopulation, infrastruktur, 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 levende videnskabelig dialog på tværs af partnerinstitutionerne samt sikrer at de samlede ressourcer 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 forskningsinstitutioner som fx KU og DTU
- Udnyt mulighederne for at optimere samarbejdet med biotek- og lægemiddelindustrien samt andre industripartnere
- 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 tidshorisont. Dette skal realiseres via modellen Steno Partners, hvilket i første omgang vil være områdehospitalerne, 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 forskningssamarbejderne 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 med Steno DK 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.

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 med SDCC som samlingspunkt 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 Steno-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 NIH²⁵ og EU
- Foreninger som JDRF²⁶
- Virksomheder som Sanofi, Merck, Eli Lilly og Novo Nordisk.

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

²⁵ Det amerikanske National Institutes of Health

²⁶ Non-profit organisation, hvis formål er at støtte medicinsk forskning i bedre behandlingsmetoder og helbredelse af primært type 1-diabetes.

2.4 FREMTIDENS DIABETESFORSKNING

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.

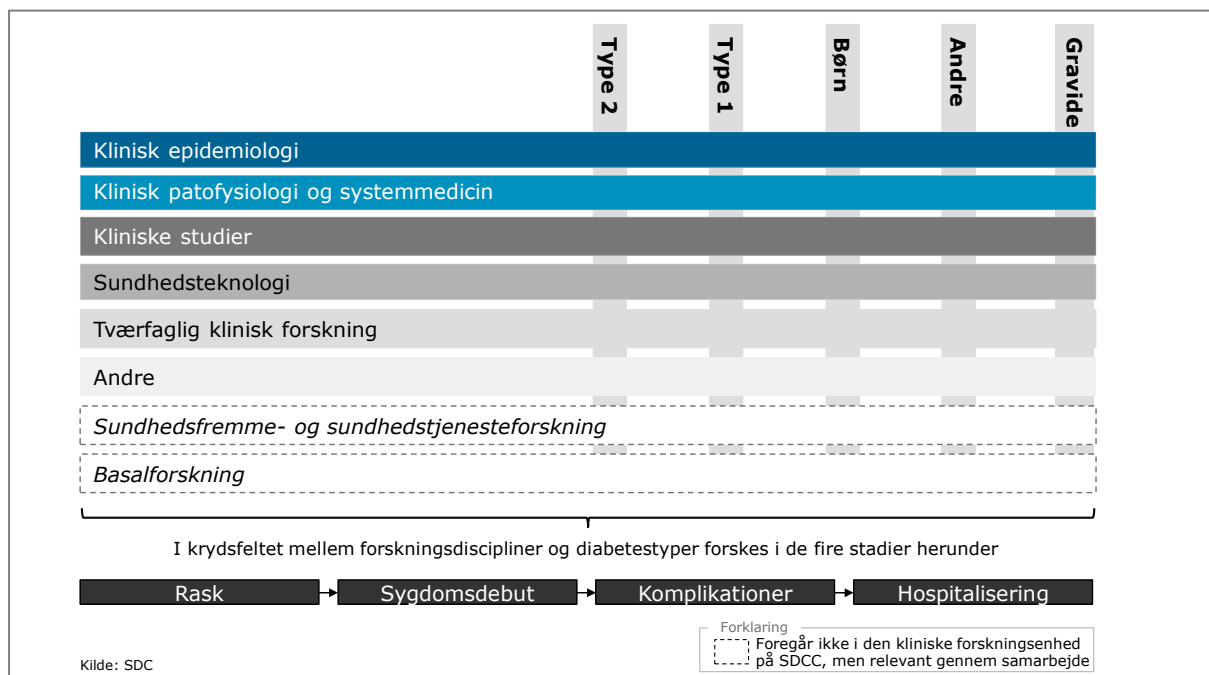
En stærk tværdisciplinær forskningsakse i Region H vil blandt andet kunne levere en dybere og mere samlet forståelse af spørgsmål som:

- 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.

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 de samarbejdende forskningsmiljøer i Region H er "high reward". Det vil sige at vælge forskningens hovedområder ud fra, hvor man ved at forbedre den eksisterende behandling potentielt kan gavne flest mulige diabetespatienter på lang sigt – ultimativt finde en kur mod diabetes.

Blandt de "high reward"-hovedområder, hvor Region H i dag har stærke kompetencer, 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)
	Senkomplikationer	<ul style="list-style-type: none"> Nyre-, kardiovaskulære og øjenkomplikationer 	<ul style="list-style-type: none"> Komplikationer i hjjerne, 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 translationel 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 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. KU ønsker at etablere en ny "proteomics"-facilitet, knyttet til centret i München. Ambitionen er i samarbejde med kliniske forskere at undersøge proteomics af tidlig diabetesudvikling samt sendiabetiske komplikationer. Genomforskning og "epigenomics" er allerede veletableret i Center for Basal Metabolic Research (CBMR) på KU og bredt anvendt inden for forskningen i diabetes og stofskifte. SDCC's samarbejde med disse miljøer åbner 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 basalforskere 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 bidrag til fra basalforskningsmiljøet 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 fænotypevurderinger (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 diabetesamarbejde – 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 kritiske 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 ipumpebehandling 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 felt præget af global konkurrence, hvor der på verdensplan er fem-seks grupper, som gør fremskridt. En 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 Hospital, Hvidovre Hospital og Rigshospitalet.

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.

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, 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.

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.

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 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 kan eventuelt 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 med patienterne og samspillet med kommunerne. Sundhedsplatformen vil give et væsentligt forbedret overblik over patientforløb og behandlingsmetoder på tværs af hospitaler i Region Hovedstaden og Region Sjælland. Den vil derfor være et vigtigt redskab i interventionsstudier og kvalitetssikring.

Dansk Diabetes Database: KCEB-Øst²⁷ og KCKS-Vest²⁸ 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.

²⁷ Kompetencecenter for Klinisk Epidemiologi og Biostatistik-Øst.

²⁸ Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Sundhedsinformatik Vest.

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. Derudover skal SDCC være drivkraften i på diabetesområdet at skabe en pendant til Dansk CancerBiobank – en national biobank, der anvendes i cancerforskning. Visionen er, at der med tiden bliver etableret Steno-centre i andre dele af landet, og at de i fællesskab danner ramme om en diabetes-specifik biobank, hvor data potentielt kan tilgås af associerede forskningsmiljøer. Softwaren bag Dansk CancerBiobank kan i så fald være udgangspunkt for dataplatformen.

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 lovente 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 på op til 50 millioner kr. 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 forskningsstrate-

gisk 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 højt specialiseret 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

SDCC Sundhedsfremme dækker over den forskning, formidling og implementering, SDCC varetager i forbindelse med sundhedsfremme samt primær, sekundær og tertiær forebyggelse af diabetes²⁹.

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 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 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 Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Center for HR samt Center for Sundhed), 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.

3.1.2 GRUNDPRINCIPPER

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

²⁹ Primær = forhindre at sygdom opstår; sekundær = forhindre videreudvikling af sygdomsproces; tertiær = formindske følger af indtrådt sygdom

1. Translational 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 FORSKNINGSSOMRÅDER

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 translational 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 (FCFS), 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 3.5.

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			

Figuren 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 HÅNTERING 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 spillet 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 prægraduate 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:

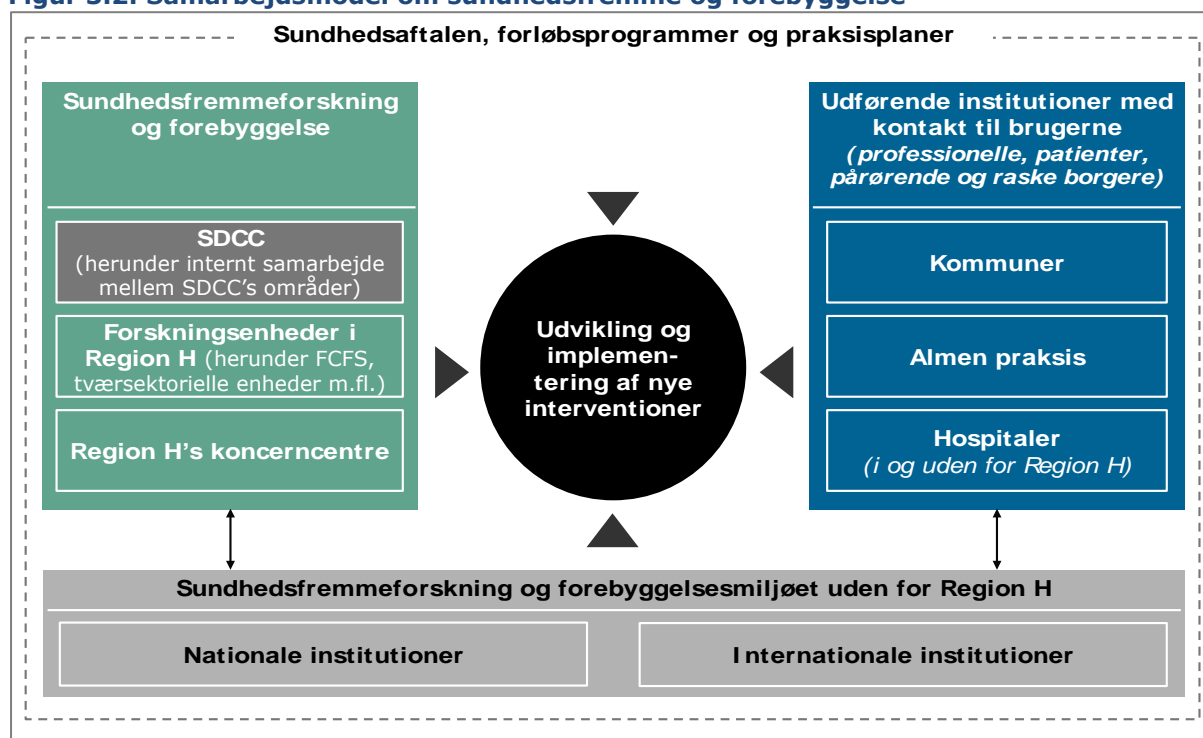
- Internt samarbejde i SDCC
- Samarbejde med andre aktører i Region H
- Samarbejde med de udførende aktører
- Samarbejde med det øvrige sundhedsfremmeforskningsmiljø.

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 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 Behandling og Uddannelse giver muligheder for at afprøve og udbrede de værktøjer og begreber, Sundhedsfremme udvikler. Klinisk forskning skal supplere med nye resultater inden for translational 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. Læs mere om organisationen i 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 på de uddannelsestilbud 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 færdigudviklede interventioner implementeres i behandlingen på SDCC, og klinikere kan give feedback til sundhedsfremmeforskerne på baggrund af deres anvendelse.
- SDC 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 koncerncentrene 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, det er relevant 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 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 dét 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 møder langt størstedelen af patienterne med type 2-diabetes. De fungerer også ofte som indgangen til hospitalssystemet for patienter med nykonstateret 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 udform-

ning 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 uddannelses tilbud til både mono- og tværfaglige grupper. Den tværfaglige tilgang til målgrupperne og indholdet vil styrke mulighederne for samarbejde om lignende uddannelses tilbud 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 uddannelses tilbud 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 tilgængelig gøre sin vidensbase ved at samle, bearbejde og strukturere forskningsresultater, kliniske erfaringer, metoder,

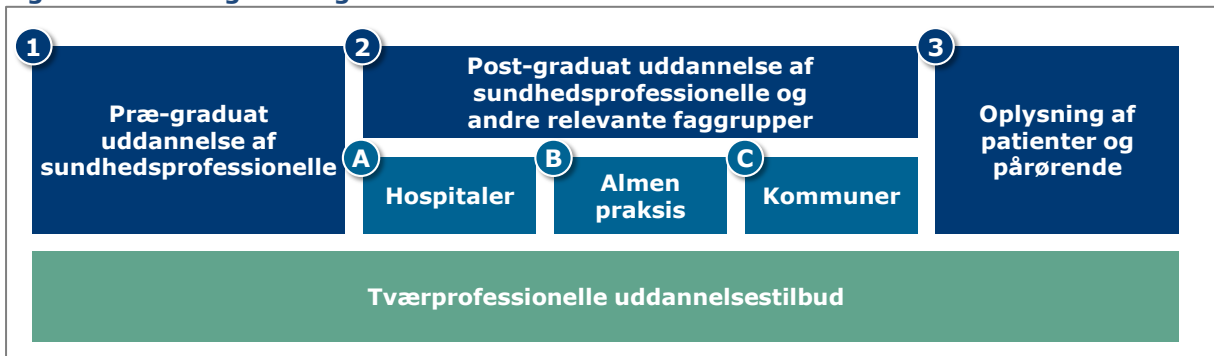
arbejdsgange mv. fra SDCC's øvrige aktiviteter og fra eksterne videnskilder som hospitaler, universiteter etc.

- 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 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.

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, markedsføres 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 kapitel 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.

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 knowhow 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 eksi-

sterende 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:

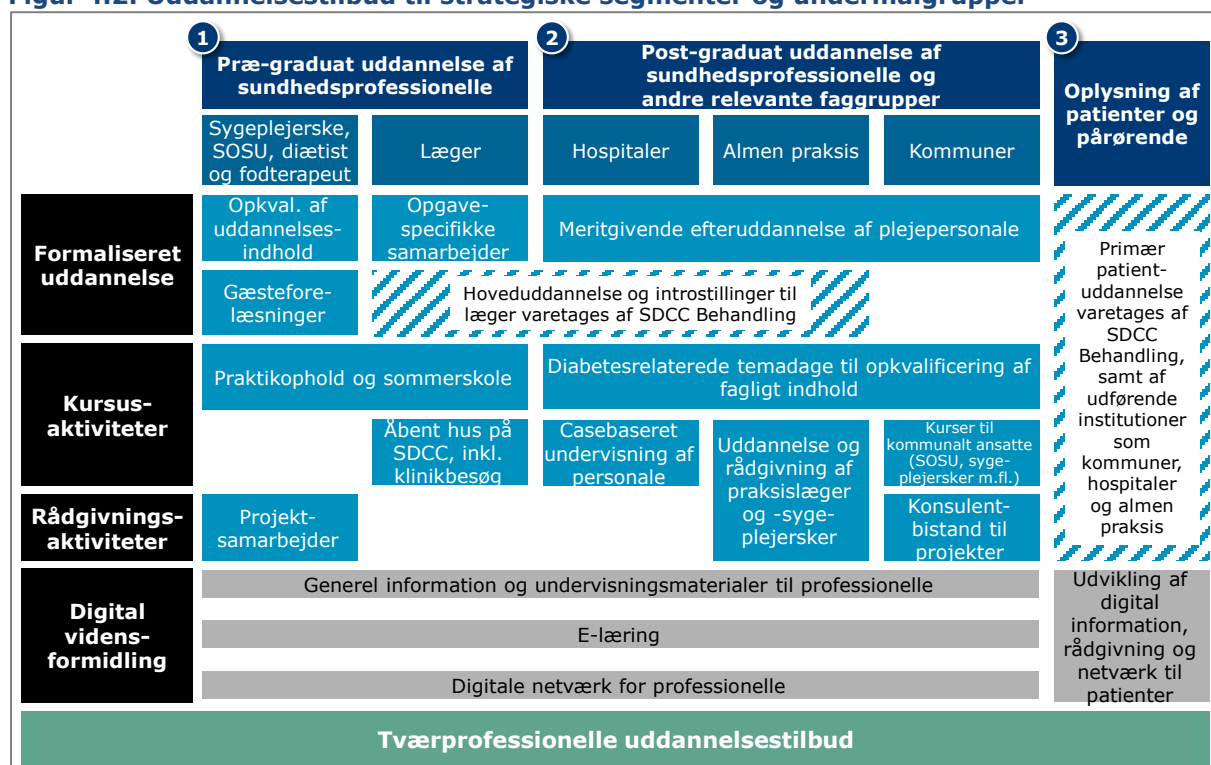
- Formaliseret uddannelse
- Kursusaktiviteter
- Rådgivningsaktiviteter
- Digital vidensformidling.

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 uddannelses-tilbud 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 uddannelses-tilbud, der er målrettet de tre strategiske segmenter og de underliggende, prioriterede målgrupper.

Figur 4.2: Uddannelses tilbud til strategiske segmenter og undermålgrupper



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 prioriteringen 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 samarbejde 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 EFTERUDDANNELSE

Der er efterspørgsel efter en diabetesrettet, akkrediteret efteruddannelse til sygeplejersker. SDCC Uddannelse kan i samarbejde med den relevante efteruddannelsesudbyder 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 di-

plom- 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 uddannelsstilbud, 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 praksissygeplejersker, 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 hospitalsregi³⁰.

SDCC Uddannelse skal prioritere uddannelsstilbud, 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 tilbuddene 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 nydiagnosti-

³⁰ Anbefalinger for tværsektorielle patientforløb for mennesker med type 2-diabetes (høringsudkast), Sundhedsstyrelsen 2015.

cerede 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 Styregruppe under Sundhedskoordinationsudvalget, Kommunekontaktråd Hovedstaden og de enkelte kommuner.

4.5.5 DIGITAL VIDENSFORMIDLING

SDCC Uddannelse skal bygge videre på eksisterende digitale uddannelsestilbud 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 kapitel 4.3) og tilbydes på flere sprog.

Hjemmesiden vil være et integreret supplement til de mange uddannelsestilbud.

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 uddannelsestilbud, 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 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 uddannelsestilbuddene 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.

Evalueringsmetoden skal tilpasses det enkelte uddannelsestilbud og kan eksempelvis gennemføres ved hjælp af:

- Selvevaluering: SDCC-medarbejderes evaluering af et uddannelsestilbuds målgrupper, format, indhold, formidlingstyper og samarbejdsmodeller.
- Feedback fra målgrupper: Input fra aftagere og deltagere i uddannelsestilbud om, hvordan undervisningen kan forbedres.
- Effektevaluering af uddannelsestilbud: Test af deltagernes viden og kompetencer før og efter, de har gennemført et uddannelsestilbud.
- 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 uddannelsestilbud i tæt samarbejde med de regionale og kommunale institutioner og uddannelsesinstitutionerne på baggrund af de behov som løbende identificeres blandt aftagerne. De beskrevne uddannelsestilbud er et udgangspunkt for aktiviteterne, som kan justeres løbende inden for ambitionens rammer. SDCC Uddannelse skal eksempelvis kunne imødekomme relevante forespørgsler fra aftagere om uddannelsespakker, der ligger uden for de normale uddannelsestilbud. Dette sikrer, at SDCC Uddannelse kan gribe de muligheder, der opstår, for fx at tilbyde nye uddannelsespakker, 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 og forebyggelse: 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 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 uddannelses tiltag. 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-graduat 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 indsatsen 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 nyopdagede 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 mødrene. 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-læringstilbud 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.

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 pensum.
- 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.

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 bestyrelsen*
- *SDCC's direktionen*
- *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 afsnit 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 direktion og direktionen på Herlev og Gentofte Hospital.

6.1.2 GRUNDPRINCIPPER

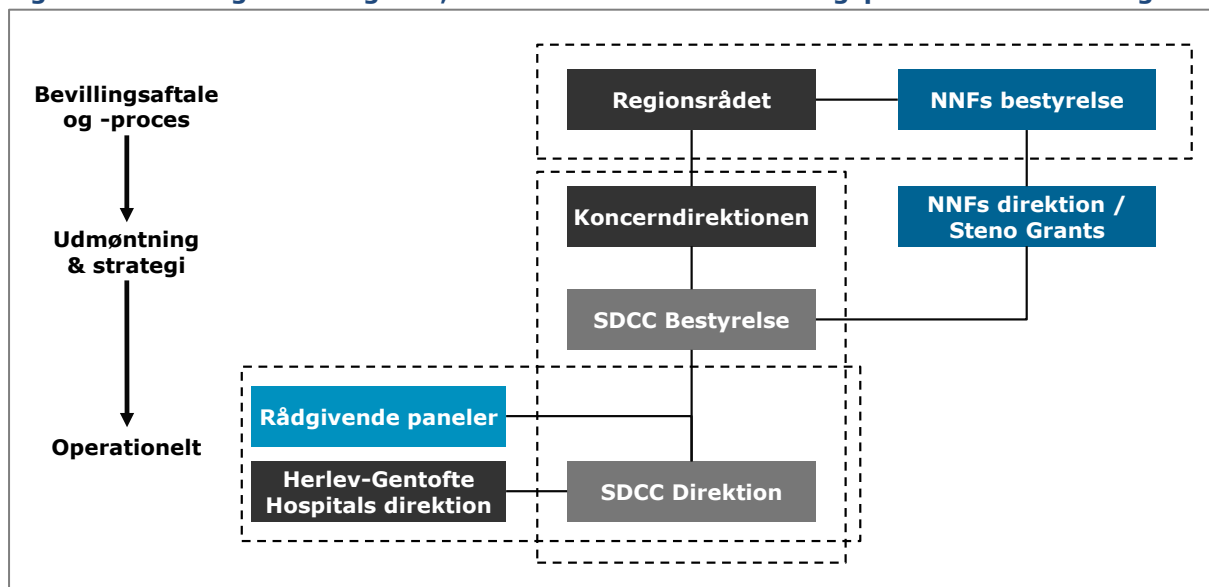
Der er udarbejdet to grundprincipper for SDCC's governancestruktur, der skal sikre optimale beslutningsmæssige rammer:

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 direktion med klart definerede beslutningsgange og -mandater mellem Region H's øverste ledelse, NNF, SDCC's bestyrelse og direktion samt Herlev og Gentofte Hospitals direktion 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 omkring 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 BEVILLINGSAFSALE 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 bevillingsskrivelse, 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 direktion
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							
D ("Decide") = træffer den endelige beslutning.							
• 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 Grants³¹ 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 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.

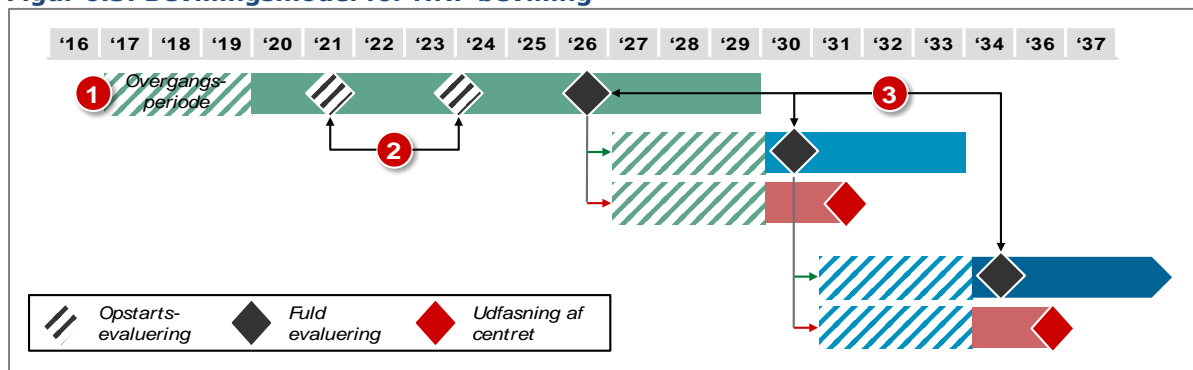
BEVILLINGSPROCESSEN

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-

³¹ 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 udførelsen af evalueringen, der udføres af SDCC's direktion 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 tre år ud over de resterende fem år fra den tidligere bevilling; første forlængelse sker frem til 2034.
- Støtten forlænges ikke, og NNF bevilger en mindre toårig bevilling til udfasning af klinikken.

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 en supplerende af budgettet separat. Dette skal godkendes af bestyrelsen.

6.3.2 UDMØNTNING OG STRATEGI

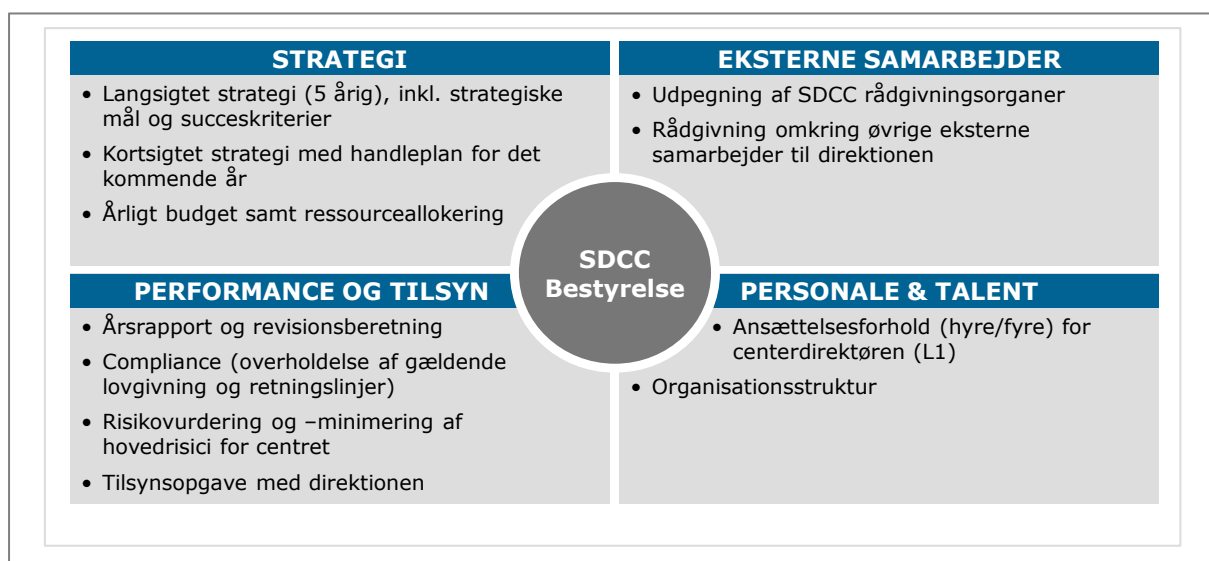
Bestyrelsen har til opgave at sikre, at SDCC lever op til de strategiske og økonomiske rammer, som Region H og NNF har fastsat gennem betingelserne i bevillingsaftalen. Bestyrelsen skal årligt rapportere status på bevillingsaftalens rammer til både NNF og til Region H's koncerndirektion, ligesom der rapporteres på efterlevelsen 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 blandt andet via deres 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 oplyst 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 direktion
<ul style="list-style-type: none"> Langsigtet strategi, inkl. strategiske mål og succeskriterier Kortsigtet strategi med handleplan for det kommende år Årligt budget samt ressourceallokering 							
<ul style="list-style-type: none"> Årsrapport og revisionsberetning 							
<ul style="list-style-type: none"> Ansættelsesforhold (hyre/fyre) for centerdirektøren (L1)* 							
<ul style="list-style-type: none"> Compliance (overholdelse af gældende lovgivning og retningslinjer) 							
<ul style="list-style-type: none"> Risikovurdering og –minimering af hovedrisici for centret Tilsyn med direktionen 							

LANGSIGTET STRATEGI

Den første version af SDCC's langsigtede strategi tager udgangspunkt i bevillingsaftalen 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 direktionen 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 strategien helt eller delvist forelægges for Regionsrådet informeres fonden forinden herom.

Udarbejdelsen af den langsigtede strategi skal indeholde en inddragelsesproces, der inddrager NNF/Steno Grants, SDCC's bestyrelse, SDCC's direktionen og rådgivningspanelerne; herudover skal eksterne eksperter (eksempelvis klinikere og forskere fra Region

H) inddrages. 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 udstikkes af Regionsrådet.

SDCC's direktion udarbejder budgettet med input fra Herlev og Gentofte hospitalsdirektion, hvorefter bestyrelsen godkender budgettet. Budgetforslaget er underlagt rammerne og præmisserne for bevillingen, som er fastsat i bevillingsaftalen mellem NNF og Region H.

Efter direktionens udarbejdelse af SDCC's budget har Herlev og Gentofte hospitalsdirektion til opgave at konsolidere SDCC-budgettet ind i det årlige budget for Herlev og Gentofte Hospital via den normale budgetplanlægningsproces herfor. Herefter vil Regionsrådet godkende budgettet for SDCC på linje med godkendelsen af budgetter for øvrige hospitaler.

Det er Regionsrådet, der er ansvarlig og har endeligt, formelt beslutningsmandat for budgettet for SDCC igennem det konsoliderede budget for Herlev og Gentofte Hospital.

SDCC's direktion har budgetansvar og er ligeledes ansvarlig for budgetoverskridelser på linje med andre hospitalsledelser, jf. ledelsesregulativet. Direktionen i SDCC har ligeledes til opgave at udmønte budgettet i den daglige drift.

6.3.3 OPERATIONELT NIVEAU OG DIREKTIONENS ROLLE

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

Det er SDCC's direktion, 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 ligeledes være afledt af Herlev Hospital, hvilket ligeledes følger de til enhver tid gældende regler i Region H.

SDCC's direktion vil referere til Herlev og Gentofte Hospitals direktion i relation til disse forhold, og SDCC's direktør 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 direktion 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 hospitaledir.	SDCC direktion
<ul style="list-style-type: none"> • Økonomi- og aktivitetsopfølgning 							
<ul style="list-style-type: none"> • Patientforhold for patienter på SDCC 							
<ul style="list-style-type: none"> • Rammer om infrastruktur og logistik 							
<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingssamarbejdsaftaler med øvrige hospitaler 							
<ul style="list-style-type: none"> • Operationelle mål og KPIer for direktionen (L2-) 							
<ul style="list-style-type: none"> • Organisationsstruktur internt på SDCC 							

MÅNEDLIG ØKONOMI- OG AKTIVITETSOPFØLGNING

SDCC's direktion har ansvaret for at sikre, at de relevante data indrapporteres til Herlev og Gentofte Hospital, der herefter indarbejder disse i deres gængse budgetplanlægningsproces og Region H's faste budgetopfølgninger.

Herlev og Gentofte Hospitals direktion modtager månedlige rapporter for SDCC i relation til budgetter og har i den forbindelse alene en udførende rolle i forhold til indrapportering af og opfølgning på tal. Herudover indgår SDCC i Herlev og Gentofte Hospitals afrapportering i forbindelse med de 4 årlige økonomirapporter.

Herlev og Gentofte Hospitals direktion har en forpligtelse til at påtale afvigelser i budgettet over for direktionen i SDCC. SDCC's bestyrelse har til ansvar at overvåge og afhjælpe eventuelle budgetafvigelser. SDCC's direktion indstiller forslag om afhjælpning til endelig godkendelse hos bestyrelsen.

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 direktion 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 om patientforløb, personalerotation og forskningssamarbejder. Det er SDCC's direktion, 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 indstilling igennem denne drejebog. Bestyrelsesmedlemmerne ud-

peges umiddelbart efter, detaljeret aftale underskrives, og godkendes endeligt af Regionsrådet som den ultimative 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 bestyrelsesmedlemmernes periode i bestyrelsen, hvor udpegede bestyrelsesmedlemmer sidder for en fireårig periode, mens de øvrige bestyrelsesmedlemmer følger den stilling, der har givet posten.

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

Figur 6.7: Sammensætning af SDCC's bestyrelse

Bestyrelsesmedlem	Ansvarlig for udpeging	Periode
Repræsentant for Region H Koncerndirektionen	<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 for Københavns Universitet	<ul style="list-style-type: none"> Regionsråd udpeger efter indstilling fra Københavns Universitet 	<ul style="list-style-type: none"> Som udgangspunkt for en periode af 4 år
Repræsentant for kommunerne	<ul style="list-style-type: none"> Kommunerne udpeger en kommunal sundhedsdirektør efter indstilling fra KKR (KommuneKontaktRådet) 	<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"> Medarbejderne i SDCC udpeger 	<ul style="list-style-type: none"> Som udgangspunkt for en periode af 4 år

I forbindelse med den første udpeging af bestyrelsesmedlemmer har Region H og NNF til ansvar at sikre indstilling til repræsentanter for henholdsvis Københavns Universitet, 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.

Efter første udpeging 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 bedst 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.

BESTYRELSESMØDER OG PROCEDURE

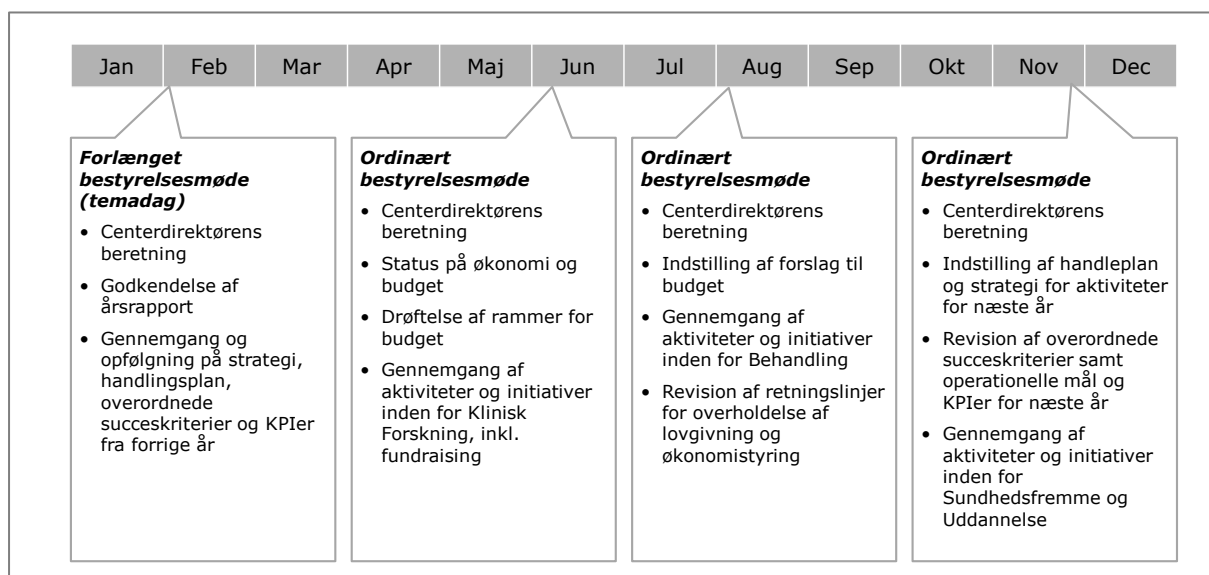
Der vil være en række fastlagte bestyrelsesmøder samt en række ekstraordinære bestyrelsesmøder, som bestyrelsen indkalder til efter behov.

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 6.8: 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 DIREKTIONEN

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

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. Ansvar for ansættelse af øvrige direktionsmedlemmer 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.

SDCC PATIENTRÅD – LOKALT PLAN

- **Formål:** Rådet skal medvirke til at sikre patienternes involvering i diabetesbehandlingen på SDCC samt give patienterne en stemme i offentligheden ved at give input til patienttilfredshed samt patientsamarbejde og -inddragelse ("patient empowerment").
- **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 patientorganisationer.

TIDSBEGRÆNSEDE RÅD – LOKALT PLAN

- Formål: Rådene kan nedsættes til målrettede rådgivnings- og evalueringssopgaver. 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-, direktions- 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.