

Femårsevaluering af Steno Diabetes Center Aarhus

status, resultater og perspektiver



Femårsevaluering af
**Steno Diabetes Center
Aarhus**

status, resultater og perspektiver

Forord

Steno Diabetes Center Aarhus er godt i gang!

Vi har med Steno-satsningen og samarbejdet mellem Novo Nordisk Fonden og Region Midtjylland fået en unik mulighed for at etablere Steno Diabetes Center Aarhus (SDCA) som et stærkt behandlings-, forsknings- og udviklingscenter, som bidrager med nye og optimerede behandlingstilbud, kompetenceudvikling og forskning til gavn for hele sundhedsvæsenet.

Med vores strategi fra 2022 har vi defineret en klar retning for SDCA. En vision om at gøre det muligt at leve et godt liv for mennesker med eller i risiko for at udvikle diabetes. Et liv fyldt med glæde, livskvalitet og muligheder for at træffe egne frie valg. Et liv med de samme muligheder som alle andre.

At vi er kommet langt, vidner femårsevalueringen om. Strategiens retning og fokusområder giver genklang både internt i organisationen og blandt vores eksterne samarbejdspartnere. Tilbagemeldingerne har været positive, og SDCA beskrives blandt andet som en troværdig og stærk samarbejdspartner. Der tegner sig et billede af, at vi efter fem år står forenet i Region Midtjylland på diabetesområdet og er enige om, at vi sammen kan gøre noget godt for alle mennesker med diabetes i hele regionen.

Vi er i Forumbygningen blevet samlet under fælles tag, så der er skabt optimale rammer for fortsat at gøre visionen til virkelighed - på tværs af SDCAs enheders fagligheder og højt specialiserede kompetencer. Og SDCA kan fremover stå endnu stærkere som kraftcenter for udvikling og forskning inden for behandling og forebyggelse af diabetes og kardiometaboliske sygdomme.

Det gælder blandt andet i samarbejdet med primærsektoren, hvor vi i højere grad kan hjælpe med at skabe sammenhængende behandlingsforløb på tværs af sektorgrænserne. Og det gælder for det videre arbejde med at vise vejen for fremtidens digitalt understøttede, individualiserede og behovsstyrede kronikerforløb.

Det er fortsat en udfordring for mange at leve med diabetes. Det er en sygdom, der påvirker, og forandrer liv, og som har stor indflydelse på hverdagen for personer med diabetes og deres pårørende. Men vi kan heldigvis se, at det går hurtigt den rette vej. På populationsniveau er kvaliteten af diabetesbehandlingen i Region Midtjylland i verdensklasse, og det høje niveau i behandlingskvaliteten skaber rum til at gå nye veje.

Det forpligter, at vi er gode til det, vi gør, og at vi har en økonomisk ballast til at gøre en konkret forskel. Og vi forlanger af os selv, at vi bliver endnu bedre til at udvikle nyt og til at dele vores erfaringer og resultater med centrale aktører nationalt og internationalt.

Selv om vi er nået langt, er vi stadig ambitiøse på at nå meget mere.

God læselyst!

Venlig hilsen



Troels Krarup Hansen
Centerdirektør
Steno Diabetes Center Aarhus



Resume

Med Femårsevalueringen ønsker SDCA at foretage en vurdering af, om centrets indsatser og de foreløbige resultater heraf bidrager til at realisere centrets overordnede strategi. SDCAs strategi er bygget op omkring den overordnede vision om, at gøre det muligt at leve et godt liv for mennesker med og i risiko for diabetes. Visionen skal realiseres med udgangspunkt i *målrettet og bæredygtig udvikling* som strategisk retning for SDCAs arbejde. Derudover fremhæver strategien tre overordnede fokusområder - *samarbejde, innovation samt data og digitalisering*.

Evalueringen baserer sig dels på kvalitative interviews udført af Rambøll Management Consulting med eksterne interessenter og samarbejdspartnere og medarbejdere og ledere i SDCA. Dels på beskrivelser af aktiviteter og indsatser indhentet via intern dataindsamling. Dertil er der udarbejdet en opgørelse af udviklingen i centrale outcomemål for SDCAs samlede virke, herunder kliniske indikatorer, indikatorer for patienttrivsel samt centrale aktivitetsindikatorer inden for henholdsvis forskning og uddannelse.

Evalueringen tager sit afsæt i følgende evalueringsspørgsmål:

- Hvordan bidrager SDCAs indsatser inden for udvikling og forskning til realiseringen af centrets vision, strategi og målsætninger?
- I hvilket omfang lever SDCAs indsatser op til vores strategiske retning omkring målrettet og bæredygtig udvikling samt fokus på samarbejde, innovation, data og digitalisering?
- Hvad er det foreløbige outcome af SDCAs indsatser inden for udvikling og forskning ud fra indikatorer i SDCAs overordnede målbillede?

Rapporten er bygget op om de to strategiske retninger og tre fokusområder, som, med udgangspunkt i de opstillede evalueringsspørgsmål, vurderes separat i hvert deres kapitel. Dertil opstilles for hvert kapitel en række udviklingsperspektiver. Herunder opsummeres kort konklusion og udviklingsperspektiver for hvert kapitel.



Strategisk retning: Bæredygtig diabetesbehandling og -forebyggelse

Det er lykkedes at konsolidere et skifte i SDCAs tilgang til et øget fokus på bæredygtige indsatser, som skal være realistiske at drifte. Det ses både i udviklingen af digitale løsninger såvel som i samarbejdet med regionshospitalerne om udvikling af behandlingstilbud.

- Bæredygtighed anvendes som beslutningsgrundlag for at prioritere de projekter, der kan lykkes på den lange bane.
- Der ses en nuanceret forståelse af, at bæredygtighed kræver investeringer i udvikling. Det kræver både ressourcer og omhu i processen.

Udviklingsperspektiver

- *Udvikling og forankring af bæredygtige løsninger tager tid og kræver investeringer. Derfor bør SDCA tilrettelægge udviklings- og samarbejdsindsatserne med blik for, at tid og opgave skal passe sammen for alle de involverede.*
- *Med digitale løsninger er der potentiale for at nå mange brugere på en effektiv måde. SDCA kan med fordel udbygge brug og udvikling af digitale løsninger som et middel i arbejdet med bæredygtighed.*



Strategisk retning: Målrettet diabetesbehandling og -forebyggelse

- SDCA er kommet langt i arbejdet med at transformere den klassiske diabetesbehandling til en behovsstyret behandling for de hospitalsbehandlede type 1-diabetespatienter.
- I det fremadrettede arbejde med målrettethed bør SDCA have fokus på implementering af nye løsninger og værktøjer, som skal medvirke til mere målrettethed og behovsstyring i behandlingen, herunder at bidrage til en bred adfærds- og kulturændring blandt behandlere og patienter fx gennem kommunikation eller kompetenceudvikling.
- Der ligger et potentiale i at udbygge samarbejdet med primærsektoren om de komplekse patientforløb på tværs af sektorerne, således at forløbene opleves mere målrettede og sømløse.
- Det er et opmærksomhedspunkt at sikre, at de gode erfaringer, viden, værktøjer og principper også kommer det bredere sundhedsvæsen til gavn.

Udviklingsperspektiver

- *Transformation til mere målrettet og behovsstyret behandling indebærer både en adfærds- og en kulturændring hos behandlere og patienter, hvorfor SDCA bør arbejde med kommunikation og kultur som faktorer i implementering, på lige fod med nye strukturer og ændring af formel organisering.*
- *SDCA vil udvide arbejdet med målrettet diabetesbehandling til samarbejdet med almen praksis og kommuner med henblik på at skabe sammenhængende forløb og færre skift på tværs af sektorer for den enkelte patient.*

- *SDCA kan med fordel tænke bredt og have blik for, at nye løsninger og værktøjer kan skaleres og udbredes til andre kronikerområder.*



Fokusområde: Samarbejde

- Der er opnået en tydelighed omkring SDCAs rolle i regionen og på tværs af sektorer, herunder hvad centret kan bidrage med i samarbejder. SDCA opleves således som en troværdig samarbejdspartner, hvilket er af stor værdi for SDCAs udviklingskraft.
- SDCAs samarbejde på forskningsområdet er veletableret, i særdeleshed med AU, men også bredt nationalt og internationalt, hvilket blandt andet har dannet grundlag for en række succesfulde ansøgninger om støtte fra fonde og heraf afledt projektaktivitet.
- Samarbejdet med regionshospitalerne fremstår som velfunderet, og der er i øget grad fokus på inddragelse og samskabelse fra idefase til udvikling og drift.
- Der er etableret velfungerende samarbejder med aktører i primærsektoren omkring udviklings- og forskningsprojekter. De divergerende organisatoriske strukturer i de 19 kommuner udgør dog en barriere for et mere overordnet og tværgående samarbejde med kommuner.

Udviklingsperspektiver:

- *SDCA er lykkedes med at etablere gode velfunderede samarbejder med centrale samarbejdspartnere. Centret bør bygge videre på dette og udvide samarbejdet i både dybde og bredde.*
- *SDCA kan styrke det internationale samarbejde, inden for både forskning og udvikling.*

- *SDCA kan styrke det strategiske samarbejde på ledelsesniveau med aktører i primærsektoren for blandt andet at skabe et bedre grundlag for udvikling af kvalitet i behandlingen.*



Fokusområde: Innovation

- SDCA er lykkedes med at indføre en række tilgange og metoder i organisationen, der fremmer en brugerdrevet innovation i centret og etablere en innovationskultur i centret baseret på nysgerrighed og risikovillighed.
- SDCA kan bygge videre på de eksisterende tiltag og finde veje til at forankre og sprede innovationstilgangene yderligere på tværs af centret - herunder at skabe større integration mellem de brugerdrevne og problemorienterede innovationstilgange og driften.
- SDCA kan i højere grad tænke innovationstilgange ind i de eksisterende samskabelsesprocesser.
- Der er potentiale i at bringe viden og resultater fra forskning i spil i innovationsprocesser, der kan føre til nye og bedre løsninger og værktøjer for behandlere og patienter.

Udviklingsperspektiver:

- *Innovationstilgange og -metoder til udviklingsarbejde kan i endnu højere grad konsolideres og udbredes internt i centret, såvel som i samarbejde og samskabelse med andre aktører.*
- *SDCA skal sikre forudsætningerne for at nye innovative løsninger kan implementeres og leve videre i den daglige drift.*
- *SDCA kan bruge centrets innovationskultur, præget af nysgerrighed og risikovillighed, til i endnu højere grad at bygge bro mellem forskning og udvikling.*

- *SDCA kan bruge innovation som en styrkeposition for centret og aktivt opsøge samarbejder med andre innovationsaktører.*



Fokusområde: Data og digitalisering

- SDCAs arbejde med data og digitalisering er i dag et væsentligt element på tværs af hele organisationen. Det er dog oftest drevet med udgangspunkt i planer, ønsker og behov inden for de forskellige enkeltstående projekter og områder.
- Der er behov for et større ledelsesfokus på etableringen af en fælles organisering og formulering af tydelig retning og strategi for området.
- SDCA opfattes som en "enabler" der kan bidrage til større tilgængelighed og anvendelse af data.
- Data og digitale løsninger kan bidrage til mere målrettede behandlingstilbud samt større outreach og bæredygtighed i udvikling af nye behandlings- og uddannelses tilbud.

Udviklingsperspektiver:

- *SDCA skal udvide sine aktiviteter vedr. data og digitalisering inden for både forskning, udvikling og uddannelse.*
- *Der kan med fordel skabes en tydelig retning og en klar organisatorisk ramme for SDCAs arbejde med data og digitalisering, for at sikre sammenhæng og synergi mellem projekter og kompetencer på tværs af centret.*



Foreløbige outcome – kvalitet, uddannelse og forskning

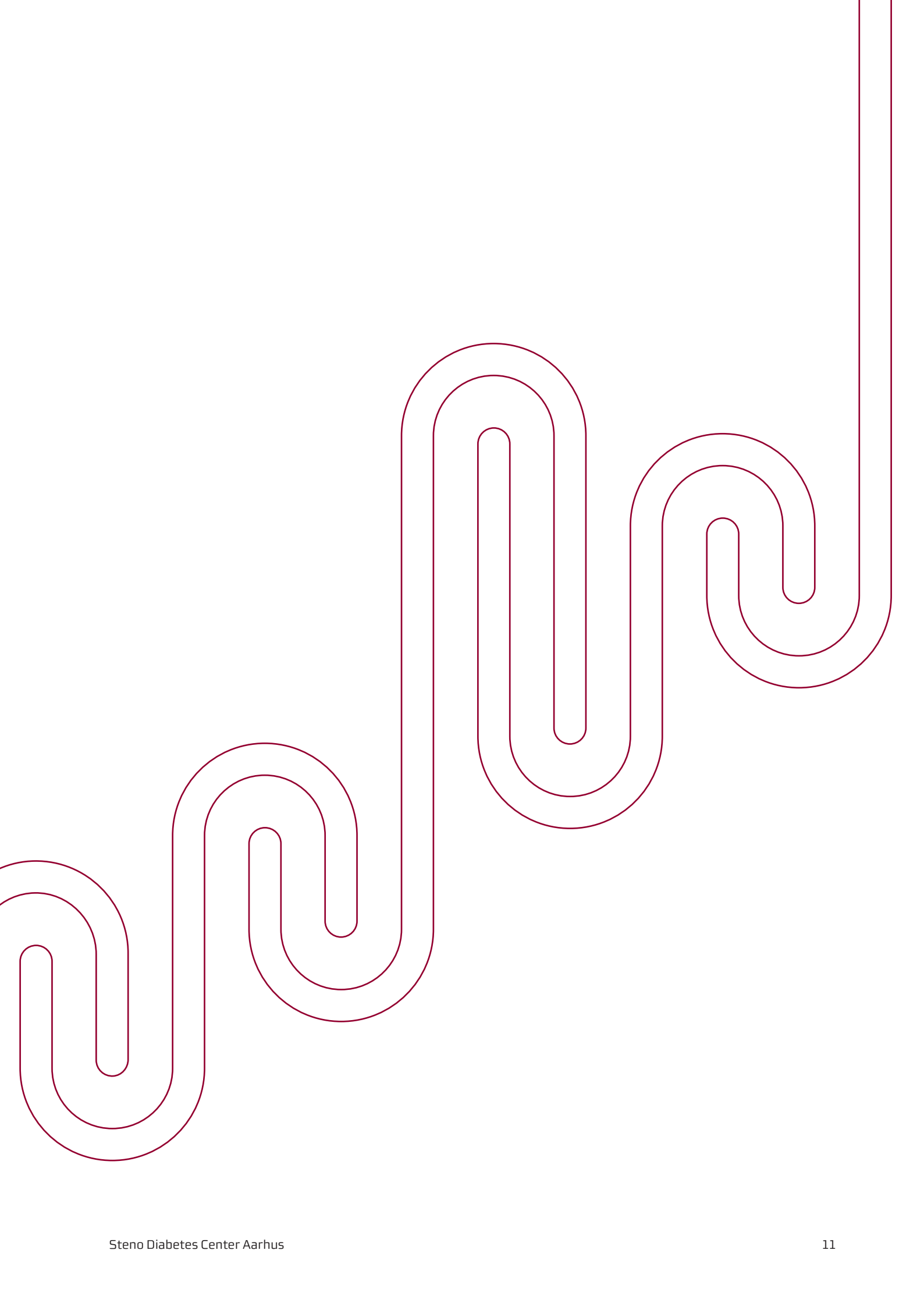
- På få år er der sket en væsentlig stigning i andelen af patienter med velreguleret diabetes og omvendt en reduktion af andelen med dysreguleret diabetes. Udviklingen er mest markant for børn med type 1-diabetes, der er tilknyttet SDCA, men tendensen er den samme for voksne, både med type 1- og type 2-diabetes.
- De fleste personer med diabetes, både type 1 og type 2, har høj trivsel og lav diabetesstress, men der er også grupper, hvor SDCA vil kunne gøre en forskel blandt andet gennem mere målrettede behandlingstilbud. På tværs af Region Midtjylland har cirka hver tredje voksen en høj grad af diabetesstress. Også for unge mennesker med type 1-diabetes i Region Midtjylland, bør SDCA kunne gøre en forskel, eftersom unge med forløb i SDCA generelt har en lavere forekomst af diabetesstress.
- Den generelle vækst i forekomsten af type 1- og type 2-diabetes kan give et øget pres på både diabetesklinikker og almen praksis i Region Midtjylland. Denne vækst stiller krav til SDCAs evne til at udvikle ny behandling, værktøjer og uddannelse, der kan komme flere personer og sundhedsprofessionelle til gode. Dette skifte kommer til udtryk i SDCAs uddannelsesaktiviteter med et øget fokus på onlineundervisning, samt undervisning til sundhedsprofessionelle i almen praksis og primærsektoren.

Opsummerende finder evalueringen at SDCA på fem år har opnået en række væsentlige strategiske milepæle

- SDCA udvikler bæredygtige løsninger gennem samarbejde og udviklingen af digitale løsninger.
- SDCA arbejder med målrettet diabetesbehandling gennem udviklingen af målgruppe-specifikke tilbud, fælles værktøjer og begreber til behovsstyret behandling.
- SDCA har udviklet nære samarbejder på tværs af hospitaler, sektorer og på forskningsområdet og betragtes som en troværdig samarbejdspartner.
- SDCA arbejder med brugerdrevet innovation og centrets kultur er præget af nysgerrighed og risikovillighed.
- SDCAs kompetencer indenfor data og digitalisering muliggør, at centret kan arbejde med målrettet behandling og fungere som enabler for andre aktører i sundhedsvæsenet.

Indhold

1 Indledning	12
2 SDCAs organisation og ledelse	18
2.1 Organisering i SDCA	19
2.2 Økonomiske rammer	22
2.3 Fysiske rammer og faciliteter	23
2.4 Strukturer for samarbejde	24
2.5 Opsummering	27
3 Bæredygtig diabetesbehandling og forebyggelse	28
4 Målrettet diabetesbehandling og forebyggelse	38
5 En troværdig samarbejdspartner	44
6 Innovation som styrkeposition	52
7 Frontløber inden for data og digitalisering	58
8 Foreløbige outcome – kvalitet, uddannelse og forskning	66
8.1 Diabetespopulationen	68
8.2 Incidens og forekomst af diabetes	69
8.3 Trivsel og diabetesstress	71
8.4 Klinisk kvalitet	76
8.5 Uddannelse	81
8.6 Videnskabelige publikationer og ekstern funding	83
9 Opsamling og perspektivering	86





1

Indledning

Steno Diabetes Center Aarhus (SDCA) er på fem år gået fra at være en mindre og ny organisation fordelt på flere midlertidige lokationer til at være et regionalt kraftcenter på diabetesområdet med cirka 150 medarbejdere samlet under samme tag i nye, unikke fysiske rammer i Forumbygningen midt på Aarhus Universitetshospital (AUH).

Den samlede vision og strategiske retning for centret blev i 2021 formuleret i en fælles strategi: *Et godt liv. Nye veje til et godt liv for mennesker med eller i risiko for diabetes.*

Strategien er bygget op omkring centrets overordnede vision om, at gøre det muligt at leve et godt liv for mennesker med og i risiko for diabetes. Vision skal realiseres med udgangspunkt i *målrettet* og *bæredygtig udvikling* som strategisk retning for SDCAs arbejde. Derudover fremhæver strategien tre overordnede fokusområder - *samarbejde*, *innovation* samt *data og digitalisering* - som skal gå på tværs af, og skabe synergi mellem, de forskellige organisatoriske enheder i centret.

Vision, strategiske retninger og fokusområder i SDCAs samlede strategi fremgår af figur 1 nedenfor.

Figur 1 – Udvikling i andel (%) og antal personer med type 1-diabetes



Formålet med nærværende evaluering er at foretage en vurdering af, om SDCAs indsatser og de foreløbige resultater heraf bidrager til realiseringen af centrets vision, strategiske retning og fokusområder. Strategien går på tværs af og sætter retning for hele SDCAs organisation. Fak-

tisk er det en forudsætning for strategiens realisering, at der arbejdes på tværs af de forskellige områder og fagligheder i centret. Derfor vil fokus i nærværende evaluering også gå på tværs af centret og vurdere centrets samlede kapacitet til at realisere den fælles vision.

Der gennemføres i alt tre større evalueringer af SDCA i den igangværende donationsperiode fra 2018 til og med 2027. Den første af de tre evalueringer – opstartsevalueringen – blev gennemført i 2020 med fokus på organisering, samarbejder og aktiviteter under centrets opbygning gennem de første tre år. Evalueringen pegede på, at SDCA var kommet rigtig godt fra start, men at der også var en række centrale udviklingsperspektiver for det videre arbejde, herunder blandt andet større fokus på innovation og idegenerering samt fokus på bæredygtigheden i de initiativer, der udvikles for donationsøkonomien, med henblik på varige aftryk i sundhedsvæsenet.

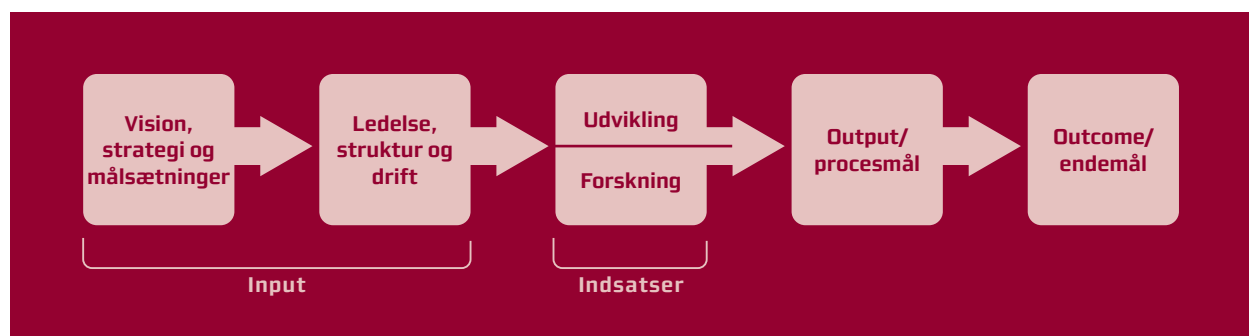
Opstartsevalueringen bidrog til en erkendelse af, at der er et behov for at skabe en øget fælles strategisk ramme på tværs af SDCAs enheder, og den har således dannet grundlag for udarbejdelsen af centrets strategi. På samme vis er det forventningen, at nærværende femårsevaluering

vil bidrage med indsigter og perspektiver, som kan danne grundlag for drøftelse af den strategiske retning for centret i de kommende år.

Evalueringsmodel og -metode

Femårsevalueringen er bygget op om nedenstående evalueringsmodel, der skelner mellem en inputside bestående af henholdsvis centrets ressourcer og strategiske og organisatoriske rammesætning og en outputsiden bestående af outputmål og det mere langsigtede outcome af centrets aktiviteter. Herimellem befinder sig de konkrete indsatser og processer, centret har sat i gang – altså måden hvorpå centret driver udvikling og forskning. Evalueringsmodellen giver en ramme for drøftelse af, hvilke strukturer der skal forandres eller hvilke indsatser, der eventuelt mangler for at opnå det ønskede output eller outcome.

Figur 2 – Evalueringsmodel



Evalueringen vil lægge særligt vægt på centrets igangsatte indsatser og indsatsernes umiddelbare output ud fra den logik, at centrets samlede indsatser i de første fem år først kan forventes at have en effekt på centrets outcomemål på længere sigt. Derfor vil evalueringen primært forsøge at besvare nedenstående spørgsmål:

- Hvordan bidrager SDCAs indsatser inden for udvikling og forskning til realiseringen af centrets vision, strategi og målsætninger?
- I hvilket omfang lever SDCAs indsatser op til vores strategiske retning omkring målrettet og bæredygtig udvikling samt fokus på samarbejde, innovation, data og digitalisering?
- Hvad er det foreløbige outcome af SDCAs indsatser inden for udvikling og forskning ud fra indikatorer i SDCAs overordnede målbillede?

For at kunne besvare evalueringsspørgsmålene er der udarbejdet en operationalisering af SD-CAs strategiske fokusområder og strategiske retning. Operationaliseringerne, der fremgår

herunder, vil fremadrettet blive refereret til som *strategiske pejlemærker*. De strategiske pejlemærker udgør den forståelses- og begrebsmæssige ramme for analysen.



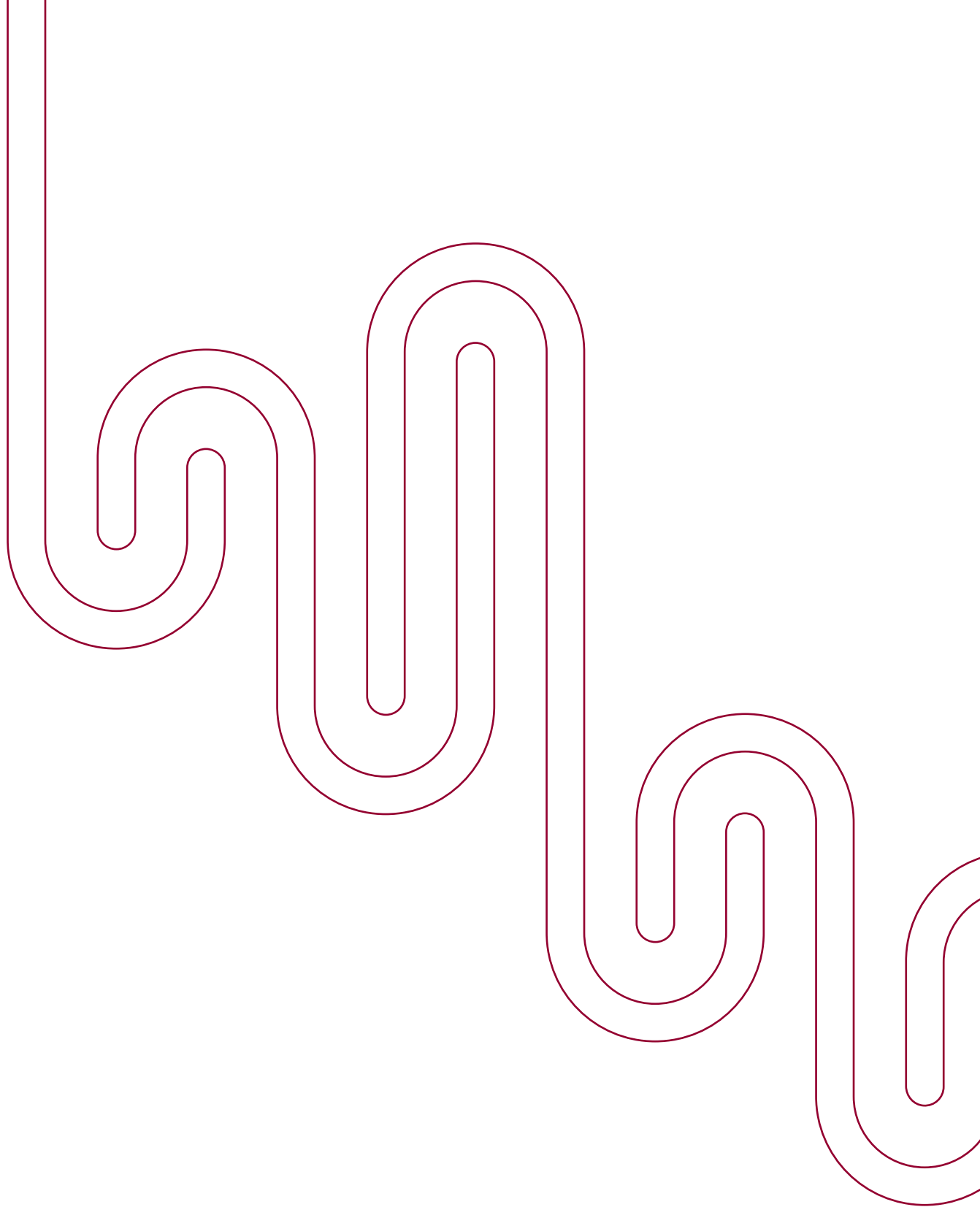
Figur 3 – Operationalisering af strategiske pejlemærker

Pejlemærke	Forståelse	Strategi
 Bæredygtighed	SDCA skal udvikle diabetesbehandling og forebyggelse, der skaber holdbar, anvendelig og varig værdi i det offentlige sundhedsvæsen.	Strategisk retning
 Måltrettethed	SDCA skal udvikle diabetesbehandling og forebyggelse, der passer til den enkeltes behov og livssituation.	Strategisk retning
 Samarbejde	SDCA skal etablere et tæt og forpligtende samarbejde med patienter, borgere, forskningsmiljøer og eksterne aktører på sundhedsområdet fx regionshospitaler og primær sektor.	Strategisk fokusområde
 Innovation	SDCA skal udvikle en kultur præget af nysgerrighed og risikovillighed, som skaber grundlag for nytænkning og udvikling af løsninger til gavn for personer med eller i risiko for diabetes.	Strategisk fokusområde
 Data og digitalisering	SDCA skal udnytte data og digitale teknologier til at understøtte og udvikle organisationen og de indsatser, der skal bidrage til et godt liv for personer med eller i risiko for diabetes.	Strategisk fokusområde

Evalueringen baserer sig på kvalitative interviews udført af Rambøll Management Consulting med eksterne interessenter og samarbejdspartnere samt medarbejdere og ledere i SDCA, der er samlet i rapporten "Femårsevaluering – afdækning af interessentperspektiver", og som fremgår af bilag 1. Herudover baseres evalueringen på beskrivelser af aktiviteter og indsatser indhentet via en intern dataindsamling. Både interviews og intern dataindsamling har taget afsæt i ovenstående operationalisering af de strategiske pejlemærker.

Udover den kvalitative vurdering af SDCAs indsatser og deres bidrag til realiseringen af centrets strategi, er der udarbejdet en opgørelse af udviklingen i de centrale outcomemål for SDCAs samlede virke, herunder kliniske indikatorer, in-

dikatorer for patienttrivsel samt centrale aktivitetsindikatorer inden for henholdsvis forskning og uddannelse. Outcomemålene afspejler centrets strategiske bredde ved at skelne mellem forskellige populationer, henholdsvis SDCAs egen population, de hospitalsbehandlede diabetespatienter i Region Midtjylland og endelig hele diabetespopulationen i regionen. Samtidig afspejler de forskellige mål også SDCAs ambition om, at god diabetesbehandling ikke kun handler om at være velreguleret eller ikke at have komplikationer, men om at den enkelte patient oplever at have et godt liv.



2



SDCAs organisation og ledelse

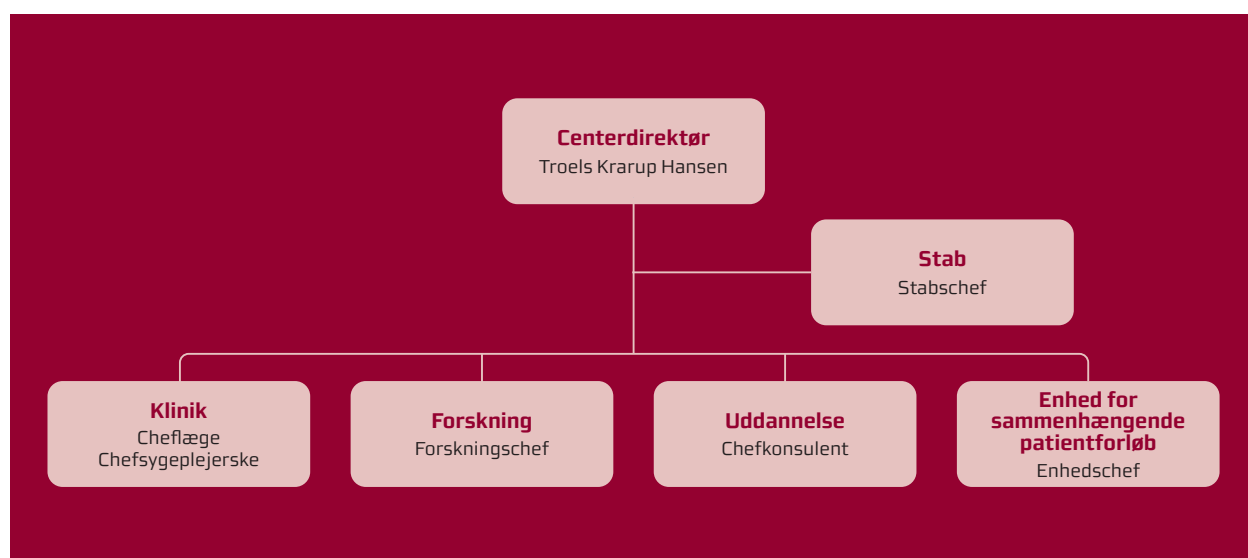
SDCAs organisation, ledelse, ressourcer, fysiske rammer og samarbejdsstrukturer er tilsammen en forudsætning for, at centret kan agere som et samlet kraftcenter og realisere visionen om at bidrage til et godt liv for mennesker med eller i risiko for at få diabetes. I det følgende beskrives SDCAs organisation uddybende som grundlag for den efterfølgende evaluering af SDCAs arbejde med realiseringen af centrets strategi.

2.1 Organisering i SDCA

SDCA er organisatorisk opbygget med udgangspunkt i drift og udvikling inden for fire områder henholdsvis klinikken, forskning, tværsektoriel forskning og udvikling, uddannelse og kompetenceudvikling samt en stabsfunktion, der er

tværgående. Centret ledes af en centerdirektør, der refererer til SDCAs bestyrelse og i enkelte forhold til hospitalsledelsen ved AUH. Organiseringen af SDCA fremgår af figur 4.

Figur 4 – Organisering af SDCA



Nedenfor beskrives organiseringen inden for hver af de fire enheder og staben samt centrets tværgående fællesinitiativer.

Klinikken

Klinikken ved SDCA varetager behandlingen af børn og voksne med diabetes samt voksne med svær overvægt. Derudover varetager klinikken

indsatser inden for kvalitetsudvikling i diabetesbehandlingen med afsæt i SDCAs donationsøkonomi. Klinikken i SDCA ledes af en cheflæge og en chefsygeplejerske og omfatter i alt cirka 100 medarbejdere med forskellig grad af tilknytning – primært læger, sygeplejersker, diætister og lægesekretærer.

SDCAs klinik er bygget op omkring syv fagområder:

- Børn med diabetes
- Unge med diabetes
- Voksne med type 1-diabetes
- Voksne med type 2-diabetes
- Diabetesteknologi
- Behandling af svær overvægt
- Behandling af diabetiske fodsår

For hvert fagområde er der tilknyttet en fagområdeansvarlig overlæge og sygeplejerske.

Klinikkens drift finansieres som en del af AUHs driftsbudget og er underlagt samme rammer og vilkår som de øvrige hospitalsafdelinger på AUH. Herudover varetager klinikken også en lang række udviklingsindsatser finansieret af SDCAs donationsøkonomi. Udviklingsarbejdet i klinikken udmøntes med udgangspunkt i en årlig handleplan.

Forskningsområdet

SDCAs forskningsområde dækker klinisk og translationel forskning inden for eller i relation til diabetes. Visionen for forskningsområdet er at være førende inden for diabetesforskning og konstant søge efter nye metoder, terapier og teknologier, der kan mindske de negative konsekvenser af diabetes. Området ledes af en forskningschef, som også er professor ved Institut for Biomedicin på Aarhus Universitet (AU).

Forskningsområdet ved SDCA tager udgangspunkt i seks forskningsgrupperinger beskrevet i SDCAs forskningsstrategi:

- Ernæring, fedme og lipidmetabolisme
- Datofysiologi og diabetesfarmakologi
- Diabeteskomplikationer
- Børn, unge og graviditet
- Epidemiologi
- Enhed for tværsektoriel forskning og udvikling (TVÆRS)

Inden for hver forskningsgruppering er der opbygget et forskningsmiljø med en eller flere forskningsledere samt forskere på forskellige karrieretrin. Det samlede forskningsområde ved SDCA rummer et bredt netværk af forskere med ansættelse ved eller med tilknytning til SDCA og AU. SDCA har medfinansieret 25 ph.d.-forløb samt flere prægraduate forskningsforløb for unge forskere med en meget divers uddannelsesbaggrund. Ligeledes er der oprettet kliniske specialiststillinger/post-doc forløb til at kunne forsætte forskningsmodning efter ph.d. uddannelse, og der er finansieret otte kliniske lektorer sammen med AU for at fastholde og udvikle forskningsledere blandt speciallæger. Dertil er der tilknyttet lektorer, professorer og kliniske professorer, hvoraf en del er finansieret helt eller delvist af SDCA, og flere af disse forskere er rekrutteret til SDCA og AU fra udlandet.

En del af de ph.d.-forløb og ansættelser af kliniske forskere, som SDCA har medfinansieret, er tilknyttet andre afdelinger på AUH og i Region Midtjylland. Fælles for alle har været, at de har leveret forskning indenfor SDCAs strategiske område, og de har indgået som en del af centrets udvidede forskningsnetværk. Inden for dette netværk er der en række aktiviteter såsom åbne forskningssymposier og karriererettede oplæg for ph.d.-studerende, der arbejder inden for den strategiske ramme i Region Midtjylland, men er uafhængigt af hospitals- og afdelingstilknytning.

Forskningsområdet ved SDCA er opbygget med udgangspunkt i et i forvejen veletableret forskningsmiljø ved AU og AUH forud for etableringen af SDCA. Forskningsområdet varetager i samarbejde med AUH og AU en række forskningsdriftsfunktioner for eksempel Steno Trials, Medical/Steno Aarhus Research Lab (M-lab) og Fluorescence Activated Cell Sorting Core unit (FACS Core-enheden). SDCA har prioriteret at

disse funktioner er blevet styrket og udvidet efter etablering af centeret. Der er i den forbindelse ansat medarbejdere med forskningsunderstøttende eller -koordinerende funktioner i centret og synligheden af disse støttefunktioner er blevet øget.

Enhed for tværsektoriel forskning og udvikling (TVÆRS)

Enhed for tværsektoriel forskning og udvikling (dagligt kaldet TVÆRS) arbejder med forsknings- og udviklingsprojekter med fokus på sammenhæng i diabetesindsatsen på tværs af sektorer samt forebyggelse af overvægt, diabetes og sygdomme relateret til diabetes.

TVÆRS er organisatorisk opbygget omkring tre programmer, henholdsvis:

- Forebyggelse af overvægt og diabetes
- Tværsektoriel ledelse og organisering
- Sygdom og trivsel hos personer med diabetes.

Enheden ledes af en enhedsleder, som også er professor ved Institut for Folkesundhed på AU. De tre programmer er organiseret med en programleder og en række udviklings- og forskningsmedarbejdere med faglig reference til programlederen. Programmerne overlapper hinanden, og forsknings- og udviklingsprojekterne kan indeholde elementer fra alle tre programmer. Enheden omfatter i alt 44 medarbejdere, heraf 32 fuldtidsansatte, otte p.hd.-studerende og fire tilknyttede med 20-30%. Enhedens ansatte spænder bredt på tværs af samfundsfaglige og sundhedsfaglige kompetencer, såvel som kvantitative og kvalitative forskningskompetencer.

Enhed for uddannelse og kompetenceudvikling (Uddannelsesenheden)

Enhed for uddannelse og kompetenceudvikling (i det daglige kaldet Uddannelsesenheden) arbejder med udvikling af uddannelses- og kompetenceudviklingstilbud målrettet fagprofessionelle i

både primær- og sekundærsektoren såvel som patienter med diabetes. Enheden har gennemgået en større organisatorisk udvikling siden centrets opstart. Den omfatter i dag en leder og seks fast tilknyttede medarbejdere. Derudover er flere medarbejdere tilknyttet gennem delestillinger med forskning og klinikken, ligesom der er tilknyttet en konsulent fra almen praksis. Enheden er organiseret med henblik på at kunne udvikle så dynamisk som muligt på tværs af de faste organisationsstrukturer blandt andet ved at inddrage medarbejdere og anvende de forskellige kompetencer, der er til stede i hele SDCA.

Staben

SDCA har en tværgående stab, som understøtter SDCAs ledelse og samlede organisation med sekretariatsmæssig og administrativ bistand. Staben er organiseret i en række fagområder med udgangspunkt i de forskellige funktioner, som staben varetager på tværs af centret, herunder:

- Datamanagement
- Kommunikation
- Brugerinvolvering, design og innovation
- Økonomi
- Projektledelse
- Sekretariatsbetjening og administrativ understøttelse

Staben ledes af en stabschef og omfatter derudover en vicestabschef og 21 faste medarbejdere.

Fællesinitiativer

Udover de enkelte enheder i SDCA er der etableret en række større initiativer, der går på tværs af hele organisationen og involverer medarbejdere og ledelse fra både klinikken, uddannelsesenheden, TVÆRS, staben og forskning. Initiativerne kaldes fællesinitiativer og er ledelsesmæssigt forankret under centerdirektøren og centrets samlede ledergruppe. Fællesinitiativerne er kendetegnet ved at være store tværgående initiativer, der har et skaleringspotentiale og en tæt

sammenhæng til centrets overordnede strategi.

Fællesinitiativerne er en forholdsvis ny konstruktion, som endnu er under etablering. Foreløbigt er der etableret ét signaturprogram, kaldet Fremtidens Diabetesklinik, som en ramme for fælles udvikling og optimering inden for behandling af type 1-diabetes på tværs af hele Region Midtjylland. Det overordnede formål er

at udvikle mere målrettede og differentierede behandlingsforløb ud fra patienternes behov og i sidste ende opnå mere frihed og bedre behandling for patienterne. I 2024 er det forventningen at der etableres et nyt fællesinitiativ - signaturprogrammet Steno Plus - der er målrettet udvikling inden for behandling af type 2-diabetes.

2.2 Økonomiske rammer

SDCA er finansieret af Novo Nordisk Fonden og Region Midtjylland i fællesskab. De overordnede principper for fordelingen af finansieringsansvaret er, at Region Midtjylland finansierer standardbehandling af diabetespatienter samt drifts- og vedligeholdelsesomkostninger af Forum. Vilkårene for Novo Nordisk Fondens donation på samlet 1,4 mia. kr. til Region Midtjylland er fastlagt i en bevillingsaftale, som blev indgået mellem parterne i efteråret 2017. Hertil kommer også muligheden for at søge om Steno Collabo-

rative Grants i samarbejdende forskningsprojekter på tværs af Steno Centrene og Steno North America Fellowships, som understøtter international udveksling af forskere.

Udgifterne afholdt inden for donationsøkonomien til drift af centret er fordelt på seks overordnede aktivitetsområder, hvilket fremgår af nedenstående overblik over budget og forbrug siden SDCA blev etableret.

Tabel 1 – Budget og regnskab 2018 - 2023

	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	Budget	Regnskab	Budget	Regnskab	Budget	Regnskab	Budget	Regnskab	Budget	Regnskab	Budget	Regnskab
Supplerende behandling	16.900	9.812	41.742	25.094	39.040	33.402	39.000	38.649	46.700	41.349	46.500	41.500
Forskning	8.000	9.804	12.000	11.807	20.000	19.995	19.000	17.775	20.000	19.879	23.000	23.000
Tværasektorielt fokus	6.000	3.414	12.000	9.412	18.000	16.738	15.500	15.176	20.000	19.164	22.000	22.000
Uddannelse	3.000	122	6.200	2.176	8.000	5.308	6.500	6.360	10.000	7.508	10.000	10.000
Strategisk ledelsespulje	2.000	1.226	3.550	3.548	3.000	2.919	3.000	2.713	5.000	2.974	5.000	3.150
Ledelse, administration og indfasning	5.500	5.500	6.500	6.380	6.500	6.407	6.500	6.241	5.800	5.562	5.000	4.920
Total	41.400	29.768	81.992	58.417	94.540	84.767	89.500	86.914	107.500	96.436	111.500	104.570

Tabellen viser, at SDCA i løbet af de første fem år endnu ikke har fuldt udmøntet budgettet, der dog også er steget fra år til år. Mindreforbruget har været størst i løbet af de første tre år af donationsperioden. Fra 2021 er budgetterne

for forskning og tværsektorielt fokus blevet udmøntet, ligesom budgettet for uddannelse også forventes udmøntet i 2023. Mange forskningsprojekter finansieres af eksterne bevillinger. Omfanget af dette kan ses i tabel 19.

2.3 Fysiske rammer og faciliteter

Som en del af Novo Nordisk Fondens donation til etablering af SDCA er der etableret et fysisk samlet center i Forumbygningen på AUH. Forumbygningen er et fælles projekt mellem AUH, SDCA, AU og Folkekirken. Den fjorten etager høje bygning er det højeste punkt på hospitalet og rummer flere funktioner fra forskning til behandling og omsorg for patienter.

SDCA var ved centrets opstart januar 2018 og frem til september 2022 etableret i midlertidige lokaler fordelt på flere matrikler. Den 1. september 2022 flyttede SDCA ind i Forumbygningen. De nye fysiske rammer, hvor behandling, forskning og uddannelse er bragt sammen, har styrket mulighederne for samarbejde på tværs og skabt et samlingssted for alle, der arbejder med diabetes i Region Midtjylland.

Med indflytningen i Forum har SDCA desuden fået faciliteter af højeste kvalitet til human-centreret forskning. SDCA har blandt andet fået in-house adgang til en FACS Core facilitet samt to kalorimetri-rum. For at udnytte de mange teknologier i Forum er der rekrutteret eksperter

med kompetencer hertil, der er foretaget kompetenceløft blandt de tilknyttede forskere, og der er via samarbejder etableret adgang til kompetencer uden for centeret.

Med de nye teknologier til rådighed i Forum er forskningssamarbejdet med AU og andre afdelinger på AUH i høj grad blevet styrket. Der har været afholdt flere outreach aktiviteter såsom Forskningens Døgn, Arla Food for Health konference samt en række andre akademiske events såsom ph.d.-forsvar, professortiltrædelsesforelæsnings og forskningssymposier. Fremadrettet planlægges en række kardiometaboliske partnerskaber, som skal skabe endnu mere værdi af de nye faciliteter i Forum sammen med nære samarbejdsafdelinger på AUH.

2.4 Strukturer for samarbejde

Samarbejde lokalt, regionalt, nationalt og internationalt er en forudsætning for realiseringen af SDCAs vision og indgår som en grundlæggende præmis for stort set alle centrets aktiviteter. Gode rammer og strukturer skaber bedre vilkår og styrker mulighederne for samarbejde. I nogle tilfælde har SDCA etableret nye strukturer specifikt til samarbejde med andre aktører. I andre tilfælde arbejdes der ind i allerede eksisterende strukturer eller der samarbejdes gennem mere uformelle netværksbaserede samarbejdsrelationer. I det følgende beskrives rammerne for samarbejde med de mest centrale af SDCAs samarbejdspartnere.

Samarbejde med regionshospitalet

SDCA har inden for centrets forskellige områder og enheder etableret samarbejdsstrukturer med regionshospitalet i Region Midtjylland.

På forskningsområdet har SDCA samarbejdet med regionshospitalet omkring oprettelsen af et klinisk lektorat og et klinisk professorat ved Hospitalsenhed Midt. Kliniske forskere ved Hospitalsenhed Midt har opnået videnskabelige ansættelser ved AU med støtte fra SDCA og er aktivt involveret i forskningsprojekter omhandlende diabetesteknologi og grundlæggende sygdomsspørgsmål ved diabetes. Desuden er det klinisk lektorat og professorat blevet fagligt tilknyttet forskningschefen ved SDCA igennem Institut for Klinisk Medicin, AU.

Inden for uddannelsesområdet har SDCA siden 2019 haft et formaliseret samarbejde med kliniske undervisere (læger, sygeplejersker og diætister) og deres respektive afdelingsledelser på regionshospitalet. Igennem samarbejdet bliver de kliniske undervisere i SDCA og på regionshospitalet flere gange årligt uddannet i didaktiske og pædagogiske metoder. Samarbej-

det bygger grundlæggende på og støtter op om hospitalsklyngestrukturen i Region Midtjylland, hvor hvert regionshospital afholder undervisning og netværksmøder med egne klyngekom-muner støttet af SCDA.

Inden for behandling er samarbejdet med regionshospitalet centreret omkring Fremtidens Diabetesklinik (jf. ovenfor). Der er i forbindelse med Fremtidens Diabetesklinik etableret brede samarbejdsstrukturer på både ledelses- og medarbejderniveau i form af en række formelle fora og netværksgrupper, herunder:

- *Regional beslutningsgruppe:* Gruppen består af afdelingsledelser ved de medicinske afdelinger, funktionsledelser ved diabetesambulatorierne og repræsentanter fra ledelsen ved SDCA. Beslutningsgruppen sikrer ledelsesmæssig forankring af beslutninger vedrørende ændringer i organisering og tilrettelæggelse af diabetesbehandling på tværs af regionen, herunder særligt beslutninger med konsekvens for organisering, ledelse og økonomi.
- *Netværk af Projekt- og Udviklingsmedarbejdere (PUMA netværk):* SDCA har indgået en samarbejdsaftale med hver medicinsk afdeling vedrørende ansættelsen af en projekt- og udviklingsmedarbejder i en treårig stilling med finansiering af SDCA. Projekt- og udviklingsmedarbejderne koordinerer og driver arbejdet med Fremtidens Diabetesklinik ved det enkelte hospital, og de understøtter i forhold til anvendelse af data til udvikling og opfølgning på projekter og forbedringstiltag. Der er etableret et integreret netværkssamarbejde mellem projekt- og udviklingsmedarbejderne med hyppige møder, fælles projekter og opgaver.

- *Regionalt netværk for datadrevet kvalitetsudvikling:* Til at understøtte og drive anvendelsen af data i kvalitetsudviklingen i Fremtidens Diabetes klinik og i de enkelte ambulatorier, er der etableret en regional gruppe af speciallæger, som (sammen med projekt- og udviklingsmedarbejderne) koordinerer dataregistrering, datafangst samt fremstilling og anvendelse af kliniske kvalitetsdata på tværs af regionen.

Ud over de tværgående grupper er der etableret samarbejder på medarbejderniveau omkring de enkelte udviklingsspor inden for Fremtidens Diabetes klinik. Organiseringen af disse samarbejder afhænger af de konkrete tiltag i de enkelte spor. Inden for udviklingssporet omkring patienter i debutfasen er der etableret en fast sundhedsfaglig arbejdsgruppe på medarbejderniveau, som løbende arbejder med udvikling og opfølgning på nye tiltag. Inden for andre udviklingsspor er samarbejdet på medarbejderniveau mere løst organiseret og varierer ud fra behovet for involvering i forskellige faser af udviklingsarbejdet.

Steno Partner samarbejdet

Steno Partner samarbejdet har siden centrets etablering været det primære afsæt og ramme for SDCAs samarbejde med regionshospitalet. Steno Partner samarbejdet består dels i en formel samarbejdsaftale mellem SDCA og det enkelte regionshospital om udmøntning af en årlig bevilling på 1,25 mio. kr., blandt andet til finansiering af frikøb af en speciallæge til en koordinatorfunktion, og dels i et netværkssamarbejde mellem koordinatorene på tværs af regionen i regi af *Steno Partner Forum*.

I takt med etableringen af Fremtidens Diabetes klinik er der løbende arbejdet med at integrere Steno Partner modellen i Fremtidens Diabetes klinik. Det sker blandt andet ved, at en del af den årlige Steno Partner bevilling er øremærket til finansiering af hospitalets deltagelse i udviklingsarbejdet omkring Fremtidens Diabetes klinik. Derudover er det i efteråret 2023 besluttet at slå Steno Partner Forum og Beslutningsgruppen i Fremtidens Diabetes klinik sammen for at reducere mødeaktivitet og koordinationsbehov samt sikre mere sammenhæng i drøftelserne omkring den overordnede retning for udviklingssamarbejdet mellem SDCA og regionshospitalet.

Samarbejde med Aarhus Universitet

Det er en grundlæggende forudsætning for realiseringen af SDCAs vision om at være førende inden for diabetesforskning, at der etableres forskningssamarbejder regionalt, nationalt og internationalt. Helt centralt herfor er SDCAs samarbejde med AU, der har afgørende betydning for blandt andet muligheden for at rekruttere de bedste forskerressourcer.

SDCA har et veletableret samarbejde med AU, som eksempelvis er materialiseret i stillingsfællesskaber, der har skabt fælles karriereveje for SDCA og AU inden for diabetesforskningsområdet. Derudover er der etableret et fast forum med institutledere fra Institut for Biomedicin, Klinisk Medicin og Folkesundhed på AU Health. Andre eksempler på konkrete resultater af samarbejdet mellem SDCA og AU er udarbejdelse af juridiske skabeloner for samarbejdsaftaler til forskningsprojekter og etablering af en AUH-satellit af FACS-core enheden (jf. afsnittet om Forskningsområdet) samt mange andre fælles forskningsteknologier.

Samarbejde med primærsektoren

Opgaven med forebyggelse, behandling og rehabilitering af type 2-diabetes er placeret i primærsektoren ved henholdsvis kommuner og almen praksis. Hospitalerne varetager alene behandling af patienter med type 2-diabetes efter aftale med patientens egen praktiserende læge. Samarbejdet med primærsektoren er således afgørende for realiseringen af visionen om at gøre det muligt at leve et godt liv for personer med eller i risiko for at udvikle diabetes.

Der er ikke etableret særskilte samarbejdsstrukturer for samarbejdet med kommuner og almen praksis inden for diabetesområdet. SDCA arbejder i stedet ind i de formelle strukturer for tværsektorielt samarbejde, som er etableret på sundhedsområdet i form af klyngesamarbejdet og i regi af Sundhedsaftalen. SDCAs samarbejde med primærsektoren baserer sig derudover hovedsageligt på konkrete forsknings- og udviklingsprojekter. Derudover afholder SDCA løbende forskellige netværks- og temadage for personale fra henholdsvis kommuner og almen praksis i Region Midtjylland.

Samarbejde med uddannelsesinstitutioner

SDCA har etableret formelle og forpligtende samarbejder med professionsuddannelserne og erhvervsskolerne for at sikre, at de sundhedsprofessionelle har de nyeste pædagogiske og didaktiske værktøjer. Der er således etableret samarbejdsaftaler om den fælles diabetessy-

geplejerskeuddannelse og efteruddannelse for fodterapeuter. Målgruppen er sygeplejersker og fodterapeuter ansat i kommuner, almen praksis og hospitaler.

Samarbejde med kliniske afdelinger ved AUH

På forskningsområdet har SDCA, foruden eksisterende forpligtende samarbejder omkring Medicinsk Forskningslaboratorium, etableret en række affiliationsaftaler med kliniske forskere på afdelinger på AUH, der bidrager med diabetesforskning indenfor SDCAs forskningsstrategi. Formålet har været at styrke klinisk diabetesforskning på tværs af hele AUH.

SDCAs kliniske samarbejde med andre specialer og afdelinger ved AUH var i de første af centrets leveår afgrænset til samarbejde inden for enkeltstående større projekter. Fokus på udvikling af bæredygtige og varige kvalitetsforbedringer har medvirket til et skifte i tilgangen til det kliniske samarbejde med andre afdelinger, således at SDCA i dag indgår færre projektafgrænsede aftaler om frikøb af personale eller finansiering af projekter i samarbejde med andre afdelinger. I stedet arbejdes der i højere grad ind i de etablerede strukturer for samarbejde på tværs af specialer og afdelinger på AUH. Der er således et større fokus på at anvende SDCAs udviklingskraft til gradvise og iterative forbedringer af de eksisterende patientforløb.

2.5 Opsummering

Der er inden for hver af SDCAs fire enheder og staben opbygget en fuld organisering, som dækker de relevante fagområder og sikrer koordination på tværs samt rekrutteret kompetencer, som muliggør eksekvering af centrets vision og strategi.

SDCA er finansieret af henholdsvis et driftsbudget og en donationsøkonomi fra Novo Nordisk Fonden. Centret har i de første år ikke fuldt udmøntet donationen, men mindreforbruget er gradvist reduceret, og i 2023 forventes budgettet fuldt udmøntet inden for både forskning, uddannelse og tværsektoriel forskning og udvikling.

SDCA flyttede i 2022 ind i nye, unikke fysiske rammer i Forumbygningen på AUH. De nye fysiske rammer har betydet, at alle SDCAs medarbejdere nu er samlet under samme tag og dermed styrket muligheden for samarbejde og synergi på tværs af centrets områder og enheder. Med de nye fysiske rammer har SDCA også fået adgang til verdensklasse forskningsfaciliteter. De nye faciliteter har styrket centrets forskning og ligeledes skabt stærkere grundlag for samarbejde med AU og AUH, samt internationale forskningsmiljøer.

Endeligt er der på forskellig vis etableret samarbejdsstrukturer og -relationer til SDCAs centrale samarbejdspartnere, herunder regionshospitalerne, andre kliniske afdelinger ved AUH, AU og andre forskningsinstitutioner, nationalt og internationalt, uddannelsesinstitutioner, kommuner og almen praksis.

Efter fem års opbygning står SDCA med en fuld funktionsdygtig organisation. Centret har skabt et godt organisatorisk afsæt for realisering af centrets vision og strategi. I det følgende præsenteres en vurdering af de foreløbige output af SDCAs virke med udgangspunkt i de fem strategiske pejlemærker; *bæredygtighed, målrettethed, samarbejde, innovation samt data og digitalisering*.



3

Bæredygtig diabetesbehandling og forebyggelse



SDCA udvikler diabetesbehandling og forebyggelse, der skaber holdbar, anvendelig og varig værdi i det offentlige sundhedsvæsen

Opsummering og udviklingsperspektiver

Det er lykkedes at konsolidere et skifte i SDCA til et øget fokus på bæredygtige indsatser, som skal være realistiske at drifte. Det ses både i udviklingen af digitale løsninger såvel som i samarbejdet med regionshospitalerne om udvikling af behandlingstilbud. Bæredygtighed anvendes også som beslutningsgrundlag for at prioritere de projekter, der kan lykkes på den lange bane. Der ses en nuanceret forståelse af, at bæredygtighed kræver investeringer i udvikling. Det kræver både ressourcer og omhu i processen.

Det er et vigtigt opmærksomhedspunkt for det videre samarbejde med eksterne samarbejdspartnere, at tempoet i udviklingsarbejdet kan være en barriere for at deltage. Med øget fokus på udvikling af digitale løsninger skal SDCA også fremadrettet have fokus på forankring af løsningerne i de eksisterende strukturer og systemer.

Udviklingsperspektiver:

- *Udvikling og forankring af bæredygtige løsninger tager tid og kræver investeringer. Derfor bør SDCA tilrettelægge udviklings- og samarbejdsindsatserne med blik for, at tid og opgave skal passe sammen for alle de involverede.*
- *Med digitale løsninger er der potentiale for at nå mange brugere på en effektiv måde. SDCA kan med fordel udbygge brug og udvikling af digitale løsninger som et middel i arbejdet med bæredygtighed.*

Bæredygtighed som en grundlæggende præmis

SDCA har gennem de seneste år haft et øget fokus på bæredygtigheden i de indsatser, der udvikles. Det er således en præmis i SDCAs arbejde, at nye løsninger, værktøjer og modeller skal være anvendelige, skalerbare og skabe varig værdi. Der er strategisk og ledelsesmæssigt fokus på løbende at vurdere det sundhedsmæssige og samfundsøkonomiske potentiale af de forskellige indsatser og projekter på tværs af centret.

Vi havde ikke rigtig blik for, hvad der sker, når vi kommer ud med ekstra ressourcer og kører luksuspakken og siger, at det virker. Selvfølgelig gør det det, fordi der er så mange ressourcer, men det kan ikke fungere i regionshospitalerne, almen praksis og kommunerne, hvor ressourcerne kun går en vej. Det stiller enormt høje krav til den måde vi arbejder på.
Intern

På forskningsområdet har fokus på bæredygtighed betydet, at SDCA har arbejdet på at løfte store forskningsspørgsmål med udgangspunkt i samarbejdsprojekter, igennem blandt andet Steno Collaborative Grants, fremfor at bruge ressourcer på at skulle have alle kompetencer i eget center. Store nationale samarbejdsprojekter som for eksempel Steno INTEN-CT, hvor der i et samarbejde på tværs af regionerne bliver afprøvet et differentieret behandlingstilbud til over 7.000 patienter med type 2-diabetes, er et eksempel på et forskningsprojekt, der anvender ekspertise fra de øvrige regioner og som rækker udover, hvad SDCA ville kunne gennemføre på

egen hånd. SDCA tiltrækker desuden forskere fra udlandet, hvilket også bibringer kompetencer som vanskeligt kunne have været udviklet alene i SDCA.

Fra "stjerne-kasterprojekter" til bæredygtig udvikling

SDCAs strategiske skifte til bæredygtig udvikling som en grundlæggende retning og præmis for centrets arbejde kommer til udtryk i de indsamlede indsigter i Rambølls interviews med interne og eksterne informanter. Her fremgår det, at SDCA er lykkedes med at skabe et *bæredygtigheds-mindset* både internt i organisationen og eksternt i centrets samarbejdsrelationer.

I udviklingen af nye behandlingsinitiativer beskrives det på tværs af interne og eksterne informanter, at SDCA i de første år ikke altid havde et nuanceret blik for, hvad der skete, når man kom med ekstra ressourcer og igangsatte ambitiøse "stjerne-kasterprojekter", som var spændende og innovative, men hvor der ikke var tilstrækkeligt blik for, om initiativerne var bæredygtige på sigt, især i forhold til projekternes ressourceforbrug.

Både medarbejdere og ledelse belyser i interviewene, at der er sket et stort skift i SDCAs tilgang til udviklingsprojekter siden centrets opstart. Der er i højere grad kommet en erkendelse af, at de igangsatte projekter skal være realistiske at drifte, og bæredygtighed italesættes som en ind-

SteNO-Stress

Udvikling af bæredygtigt og målrettet gruppeforløb om diabetes-stress

Danske undersøgelser viser, at 25% af voksne med diabetes har symptomer på diabetesstress. Typiske symptomer er træthed, udmattelse, dårlig samvittighed, skyldfølelser, bekymringer for fremtiden og for senkomplikationer, følelser af hjælpeløshed, magtesløshed og ensomhed. Diabetesstress er ikke relateret til, hvor velreguleret patientens blodsukker er, og det kan derfor være svært at opspore, hvis ikke der er fokus på det i konsultationen. Undersøgelser tyder på, at symptomer på diabetes-stress kan afhjælpes ved en systematisk og tværfaglig intervention i diabetesklinikken i form af en støttende individuel indsats kombineret med undervisning i en gruppe af ligestillede.

På den baggrund har SDCA siden 2020 udviklet et kursusforløb målrettet unge mellem 18 og 23 år med diabetesstress. Initiativet blev evalueret med udgangen af 2023, og resultaterne viser, at de unge udtrykte stor tilfredshed med tilbuddet. Det skyldtes navnlig muligheden for at dele erfaringer med andre i samme situation, og at gruppeforløbet gav et trygt og præstationsfrit rum at gøre det i. De unges langtidsblodsukker reduceredes statistisk signifikant efter 9-12 måneders opfølgning, og der sås desuden en tendens til, at de unges trivsel og diabetes-stress scores (målt ved WHO-5 og PAID-20) forbedrede.

Initiativet blev i foråret 2023 fulgt op med en prøvehandling i klinikken, hvor fire åbne SteNO-Stress-kurser blev udbudt for alle interesserede voksne (18+) med type 1-diabetes. Kurset var gruppebaseret frem for et individuelt psykologforløb for at højne bæredygtigheden af tilbuddet.

ledende præmis inden projekter sættes i værk, men også som et prioriteringsredskab i forhold til hvilke indsatser, der sættes på. Det manifesterer sig også ved, at man "tør" træffe beslutninger på baggrund af graden af bæredygtighed, og at ledelsen eksempelvis tør lukke projekter, der ikke er bæredygtige.

"Da vi startede, var der ikke grænser for, hvor mange projekter vi satte i værk. Nu kan man virkelig mærke at det skal kunne leve og det skal kunne give mening.

Intern

Et eksempel herpå er projektet *Fleksible konsultationer* for sårbare voksne. Indsatsen bestod i at tilbyde mere fleksible konsultationsformer, udvidede konsultationer og tilknytning af en kontaktsygeplejerske med henblik på at forbedre diabetesbehandlingen for sårbare voksne patienter. Det var en erkendelse, at indsatsen ramte et reelt behov hos målgruppen, men at ressourcebehovet var uforholdsmæssigt højt, hvorfor projektet ikke kunne implementeres efter endt projektperiode. I stedet blev erfaringerne bragt videre ind i udviklingen af behovsstyret behandling og udviklingen af SteNO-Stress - et gruppeforløb for patienter med og i risiko for diabetesstress (se nedenfor).

Alle interesserede kunne tilmelde sig via en digital tilmeldingsplatform, uafhængig af deres behandlere og deres PAID-score, men var primært rettet mod personer, der oplevede en eller flere af nedenstående:

- Har symptomer på diabetesstress (PAID $\geq$ 30)
- Tror, at de måske har diabetesstress
- Gerne vil forebygge diabetesstress

Kurset er bygget op som et to-dages kursus af 11 timer, hvor målet er at styrke deltagernes livskvalitet, handleevne, kontrol og ejerskab over diabetes, give deltagerne et netværk af ligestillede og tilbyde deltagerne redskaber til at reducere den følelsesmæssige belastning, der for mange er forbundet med livet med diabetes.

Stor interesse og flot fremmøde

I alt 49 personer med type 1-diabetes deltog i 2023 i et af de første tre udbudte SteNO-Stress-kurser. Tilbuddet tiltrak relevante deltagere, idet 84% af de 44 deltagere, der havde besvaret PAID før kurset, havde en PAID-score over 30, og 61% havde en PAID-score over 40.

Fremmødet på de tre hold var højt, og i den efterfølgende evaluering angav deltagerne meget stor tilfredshed med og udbytte af kurserne. Der sås endvidere en statistisk signifikant forbedring i deltagernes PAID-20 og WHO-5 før og efter deltagelse.

Kurset for voksne skaleres på forsøgsbasis op og udbydes til alle regionspatienter i løbet af 2024.

De eksterne samarbejdspartnere oplever ligeledes, at centret er gået fra at igangsætte mange projekter, som enten viste begrænset effekt eller var for dyre til, at hospitalerne i Region Midtjylland ville overtage driftsansvaret, til at tænke mere strategisk i forhold til hvilke projekter, der kan lykkes i praksis og derfor igangsættes.

Bæredygtighed kræver investeringer i udvikling

Som et led i at skabe bæredygtige løsninger, er der i udviklingsarbejdet fokus på, at selve driften af nye tilbud ikke finansieres med midler fra SDCAs donationsøkonomi. Det er dog samtidig en erkendelse, at udviklingen af nye løsninger, værktøjer og modeller, der skaber varig værdi, kræver investering i udviklingsprocessen.

" Vi skal turde at lave nogle ting, som koster noget ekstra på den korte bane, men med en sundhedsøkonom på, kan vi påvise, at det giver nogle gevinster på den lange bane. Der er nok kommet et større strategisk fokus på, at der træffes nogle beslutninger, som skal vise sig på den lange bane.

Intern

Et eksempel på investering i udvikling, der har ført til varig forbedring, er indsatsen "Aldersinddelte gruppekonsultationer til børn og unge med diabetes i Region Midtjylland". Indsatsen blev udviklet og afprøvet i hele regionen som supplerende behandlingsinitiativ for 8-10 årige børn i 2020 -2023. Efter endt initiativperiode, og på baggrund af gode erfaringer og høj tilfredshed, er tilbuddet blevet integreret som en del af standardbehandlingen for aldersgruppen i hele regionen. Det endelige koncept for gruppekonsultationerne komplementerer børn og unges vanlige ambulante konsultationer og erstatter fremadrettet to ud af fire årlige konsultationer.

På baggrund af erfaringerne er der igangsat et fælles tværregionalt arbejde med at udvikle konceptet, således at gruppekonsultationerne også kan tilbydes til de 13-15 årige.

" Vi skal gøre tingene bedre, uden at vi nødvendigvis skal bruge flere ressourcer. Den løsning, vi skal komme med, skal være realistisk at skaffere. Vi skal passe på med at opdne til ekstra ressourcer og lag af folk og hænder. Der skal leveres et realistisk outcome.

Intern

I interviewene italesætter både interne og eksterne interessenter en nuanceret forståelse af bæredygtighed, og at det ikke må være en stopklods for udvikling af nye løsninger. Her beskrives det, at man er nødt til at være udforskende og prøve ting af for at finde ud af, hvad der virker. Man skal "investere i bæredygtighed" for at skabe langsigtede forbedringer.

" Det er ikke altid, at man ved fra start hvor bæredygtig et projekt bliver fra start. Man afprøver for at finde ud af det, og det er en fordel med Steno. Det er også et innovativt center, så selvfølgelig skal der også afprøves.

Ekstern samarbejdspartner

I forlængelse heraf beskrives det på tværs af interviewene som en mulig barriere for samarbejdet, at kommuner og regioner ikke har samme udviklingsressourcer til rådighed som SDCA. Ligeledes beskrives det som en udfordring for eksterne samarbejdspartnere at indgå ligeværdigt i projekterne på grund af et ofte højt udviklingstempo. Informanterne beskriver, at de tydeligt kan mærke, at SDCA har et andet opdrag end dem selv, hvor der stilles store krav til udvikling og dets tempo. Det er derfor et opmærksom-



hedspunkt for det videre samarbejde, at SDCA fortsat udviser forståelse for hvilken kontekst, eksterne samarbejdspartnere befinder sig i. Udvikling af bæredygtige løsninger tager tid og fordrer omhu i processen for at sikre forankring og ejerskab. Styrken ved SDCA er, at der netop er et udviklingsråderrum til at udforske nye løsninger og tage lederskabet for at drive udviklingsprocesserne bag dem i et balanceret samarbejde med relevante partnere.

Bæredygtighed igennem samarbejde og samskabelse

En af måderne, hvorpå SDCA arbejder med at øge bæredygtigheden i indsatserne, er at bevæge sig væk fra en klassisk lineær projektmodel til en mere iterativ udviklingsproces, hvor samskabelse omkring udviklingen af nye og eksisterende indsatser er i fokus. I samarbejdet med primærsektoren har SDCA igennem flere år arbejdet med samskabelse med henblik på bæredygtighed i udviklingen af nye modeller og løsninger, der på sigt skal kunne implementeres

i kommunerne. Gennem samskabelse sikres lokalt ejerskab både i forbindelse med implementering af den indsats, der er udviklet, men også i den efterfølgende fastholdelse og dermed den mere langsigtede bæredygtighed af indsatsen.

De gode erfaringer med samskabelse i de tværsektorielle forsknings- og udviklingsprojekter er båret med ind i samarbejdet med regionshospitalerne omkring Fremtidens Diabetesklinik. Der er i arbejdet med Fremtidens Diabetesklinik fokus på tidlig involvering og samskabelse. Nye løsninger udvælges og udvikles i samarbejde med regionshospitalerne for at imødekomme lokale hensyn tidligt i udviklingsprocessen. Ved at danne og understøtte et tværregionalt fællesskab omkring både udvikling og drift, skabes der også mulighed for at udvikle tilbud målrettet patientgrupper, der ellers er for små til, at der logistisk og økonomisk kan fastholdes lokale målrettede tilbud – eksempelvis for debutpatienter, som der kun er få af om året i nogle af de mindre diabetesambulatorier.

Godt fra start med type 1-diabetes i Region Midtjylland

Regional samskabelse og samarbejde om fælles udvikling og behandling af debutpatienter

SDCA har sammen med regionshospitalerne etableret et regionalt samarbejde omkring fælles udvikling og behandling af voksne med nykonstateret type 1-diabetes (debutpatienter). Målet med samarbejdet er, at voksne personer, som får konstateret type 1-diabetes, klædes bedst muligt på til at håndtere deres sygdom og leve et trygt og godt liv med diabetes, samt at debutpatienter får adgang til et debutforløb af samme høje kvalitet. Idet målgruppen er relativt lille (cirka 80 personer debuterer årligt med type 1-diabetes i hele Region Midtjylland), kan det være en udfordring at opretholde målrettede tilbud til patientgruppen i nogle af de mindre diabetesambulatorier. Der kan derfor være stor fordel i at samarbejde regionalt omkring det første år efter debut med skræddersyede tilbud til målgruppen.

Det første tiltag, som udsprang af det fælles udviklingsarbejde, var et fælles regionalt tilbud om gruppebaseret patientuddannelse; "Godt fra Start med Type 1-diabetes". I 2023 er der afholdt tre hold forskellige steder i regionen med underviser teams sammensat på tværs af hospitalerne med udgangspunkt i et fælles regionalt koncept og undervisningsmateriale udviklet i samarbejde på tværs regionens ambulatorier.

Bæredygtighed igennem samskabelse

Det har været en grundlæggende præmis for udviklingsarbejdet at fostre ejerskab og faglig stolthed blandt alle regionens hospitaler. Derfor er udviklingssamarbejdet rammesat i en arbejdsgruppe med repræsentation af læger, sygeplejersker og diætister fra alle regionshospitalernes diabetesbehandlende afdelinger. Herved er det forhåbningen, at samarbejdet og samskabelsen

Tilgangen til fælles udvikling giver genklang i interviewene med eksterne samarbejdspartnere, som beskriver, at når de bliver involveret fra start i udviklingsfasen, øges sandsynligheden for, at projektet er bæredygtigt. Flere eksterne samarbejdspartnere beskriver, at der er plads til, at de selv kan komme med idéer til SDCA. Det er med til at skabe de bedste forudsætninger for bæredygtige løsninger, idet motivationen for at fastholde initiativerne er større, når de eksterne samarbejdspartnere selv har været med i flere af projektets faser.

På forskningsområdet har fokus været på at opbygge bæredygtig forskning ved at samle kompetencer og ressourcer igennem samarbejde med andre forskningsmiljøer. Det har skabt synergi og betydet, at ambitionsniveauet for de forskningsspørgsmål, der adresseres fortsat kan øges.

Herudover har forskningssamarbejder på tværs af klinisk- basal- og sundhedstjenesteforskning kombineret med SDCAs systematiske patient- og brugerinddragelse bidraget til diversitet i forskningsaktiviteten. Eksterne samarbejdspartnere med tilknytning til forskning giver således ud-

forenkler implementeringen af det færdige koncept, men også at det har en positiv indvirkning på den langsigtede bæredygtighed for det udviklede tilbud. Det er ambitionen, at tilbuddet kan fortsætte regionalt uden økonomisk støtte fra SDCA, når konceptet er færdigudviklet qua den fælles ressourceudnyttelse, der opstår ved at samle flere patienter pr. underviser og igennem et mindre behov for hyppige kontakter med ambulatoriet i det første år.

Gruppeforløbet er bygget op om fem mødegange, hvor relevante diabetesfaglige emner adresseres af en læge, sygeplejerske eller diætist. Et væsentligt element i gruppeforløbet er, at patienterne indgår i et fællesskab med andre i samme situation og får mulighed for, i en professionel kontekst, at dele erfaringer, oplevelser og bekymringer med hinanden.

Målet er, at patienterne efter gruppeforløbet ikke blot er velinformerede, men også aktive og kompetente i forhold til beslutningstagning i deres nye livssituation.

Foreløbige resultater indikerer høj tilfredshed med tilbuddet og et stabilt fremmøde blandt deltagerne. Alle hospitaler har taget godt imod tilbuddet og har sikret, at der orienteres om behandlingstilbuddet tidligt i debutforløbet.

På sigt følges debutkohorterne fra 2023 og frem på parametre som HbA1c, livskvalitet (WHO-5) og diabetes-stress (PAID-score), kontakter og indlæggelser med hypoglykæmi eller ketoacidose. Dette med henblik på at vurdere effekten af den samlede regionale indsats for debutpatienter.

Primo 2023 startede udviklingen af et nyt tiltag for debutpatienter, som skal supplere gruppeforløbet; en digital forløbsguide til de første tre måneder efter debut. Det digitale forløb er tænkt som et understøttende element til de fysiske fremmøder, men også som en potentiel afhjælpning af behov for yderligere støtte i den første tid efter debut.

tryk for, at det er en stor drivkraft, at man som forsker hos SDCA har tæt kontakt til klinikken og derfor kan inddrage klinikkens patienter i forskningsundersøgelser.

Bæredygtighed i digitale løsninger

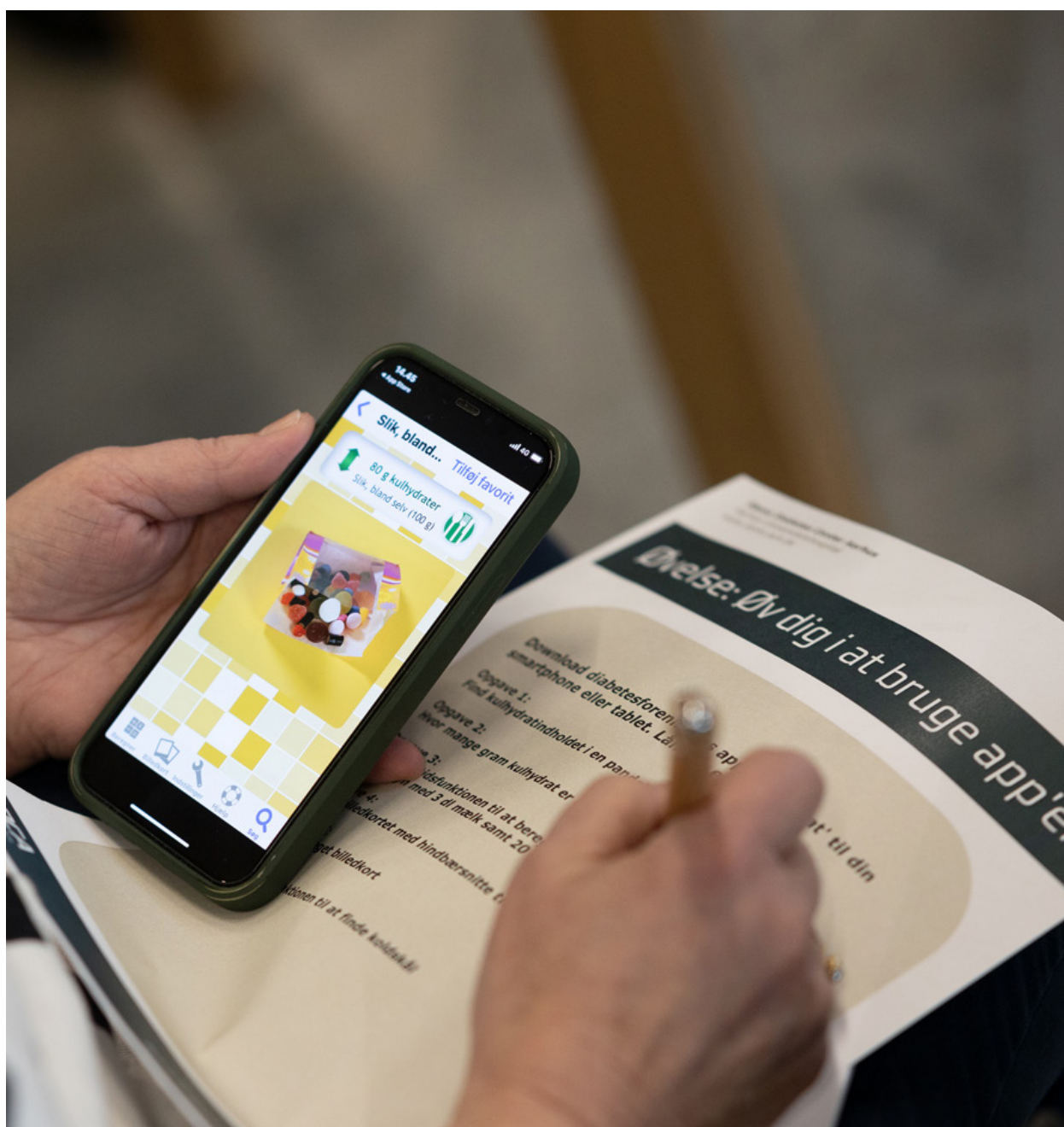
SDCA har blandt andet løbende fokus på at skabe mere bæredygtige løsninger gennem udvikling af digitale løsninger og tilbud. Det gælder både digitale værktøjer til klinikken såvel som digitale tilbud til patienterne samt bedre understøttelse af brug af data i forskning.

Inden for patientuddannelse arbejder SDCA på at udvikle digitale tilbud, der gør det muligt at nå flere patienter og supplere de eksisterende behandlings- og patientuddannelses tilbud. De digitale patientuddannelses tilbud kan suppleres med gruppeforløb, hvor patienten møder andre patienter i samme livssituation eller af individuelle fokusforløb (se nedenfor).

Samtidig er der fokus på at sikre, at de nye digitale løsninger forankres i de eksisterende strukturer, regionalt og nationalt, så der ikke udvikles *stand-alone-systemer*, som der ikke er interesse for at implementere og drifte, efter tilbuddet

er udviklet. Det gælder både de nye digitale læringstilbud såvel som andre digitale værktøjer. Som eksempel har der i projektet SAMBLIK (en digital løsning til deling af data på tværs af sektorer) igennem hele udviklingsarbejdet været fokus på at sikre forankring i regionale og nationale IT-strukturer med henblik på efterfølgende implementering og drift. Med stadig stigende fokus på udvikling af nye digitale løsninger bør

der også fremover være fokus på forankring og implementering af de digitale løsninger. Dette støttes af interviewene, der peger på, at det er en vigtig opmærksomhed, at de endelige løsninger skal være bæredygtige og tage højde for driften allerede i udviklingen af projektet. Her er der også et potentiale i at udvikle IT-løsninger/platforme, der kan bruges af patienter med andre kroniske lidelser.



Udvikling af patientuddannelse i SDCA

Fokus på bæredygtighed og skalerbarhed

SDCA arbejder målrettet på at skabe bæredygtige og skalerbare uddannelsestilbud til patienterne. Det gælder for både digitale tilbud, og tilbud der kræver fysisk fremmøde.

Tilbuddene udvikles i tæt samarbejde med brugerne og det kliniske personale og balanceres med udgangspunkt i stepped-care. Bæredygtighedstilgang har skabt et øget fokus på at udvikle mere generelle digitale tilbud, der kan nå flere og supplere de eksisterende behandlings- og patientuddannelsestilbud. I det følgende fremgår eksempler på konkrete patientuddannelsesforløb, som er en integreret del af det samlede behandlingstilbud i SDCA.

Kulhydrattælling – er henholdsvis et basalt forløb for penbrugere og et avanceret kulhydrattællingsforløb for insulinpumpebrugere. Det udbydes både som gruppeforløb og som individuel konsultation. Forløbene giver indsigt i, hvordan man tæller kulhydrater og lærer deltagerne sammenhængen mellem den spiste mad og udsving i blodsukkeret.

Steno Masterclass – er et gruppeforløb, der tilbydes børn og unge med type 1-diabetes i alderen 12-18 år samt deres forældre. Deltagerne får på forløbet mulighed for at få ny viden og praktiske redskaber til at klare udfordringer med blandt andet mad, teknologi, diabetesrutiner mv. i en hverdag med diabetes. Der tilbydes flere forskellige Masterclasses, som hver giver indblik og inspiration inden for forskellige emner. Ud over det faglige får deltagerne også mulighed for at dele erfaringer omkring livet med diabetes. Underviserne er et team af læger, sygeplejersker, en diætist, en psykolog og en socialrådgiver.

Diapplo – er en app til børn og unge (11-17 år) med type 1-diabetes, der er udviklet i et samarbejde mellem børn og unge med type 1-diabetes, fagfolk fra Steno Diabetes Center Aarhus, Børn og Unge afdelingen ved Aarhus Universitetshospital, Nordsjællands Hospital i Hillerød, Alexandra Instituttet og Aarhus Universitet. App'en er tænkt til at fungere som patientstøtte- og informationsværktøj. I appen er der samlet en masse information om diabetes - eksempelvis kan man lære at beregne kulhydrater og insulin, få gode råd og viden om blodsukker, insulin, kulhydrater, sport, teknologi, krop, sundhed, ungdomsliv og meget mere. Appens indhold er ved blive inkluderet i en digital forløbsguide.

Digital forløbsguide – Der er udviklet digitale forløbsguides til flere målgrupper, herunder

- Patienter med nyligt påsat insulinpumpe
- Bariatriske patienter, præ-operativt forløb
- Deltagere på gruppeforløbet "Godt fra start med type 1-diabetes" (jf. ovenfor)
- Patienter med nyopdaget type 1-diabetes (under udvikling)

Digitale forløbsguides har stort potentiale, da de bruges inden for alle specialer i Region Midtjylland. Patienterne skal således kun downloade én app, hvor alle tilbudte forløb til den pågældende patient vil fremgå. I forbindelse med gruppeforløb kan den digitale forløbsguide anvendes som kursusstøtteværktøj.



4

**Målrettet
diabetesbehandling
og forebyggelse**



SDCA skal udvikle diabetesbehandling og forebyggelse, der passer til den enkeltes livssituation og behov.

Opsummering og udviklingsperspektiver

SDCA er kommet langt i arbejdet med at transformere den klassiske diabetesbehandling til en behovsstyret behandling for de hospitalsbehandlede type 1-diabetespatienter. Der ligger fremadrettet et potentiale i at udbygge samarbejdet med primærsektoren om komplekse patientforløb på tværs af sektorerne, således at forløbene fra et patientperspektiv opleves mere målrettede og sømløse.

I det videre arbejde med målrettethed bør SDCA desuden have fokus på implementeringen af nye løsninger og værktøjer, som skal medvirke til mere målrettethed og behovsstyring i behandlingen, herunder at bidrage til en bred adfærds- og kulturændring blandt behandlere og patienter fx gennem kommunikation eller kompetenceudvikling. Det er et opmærksomhedspunkt at sikre, at de gode erfaringer, viden, værktøjer og principper også kommer det bredere sundhedsvæsen til gavn.

Udviklingsperspektiver:

- *Transformationen til en mere målrettet og behovsstyret behandling indebærer både en adfærds- og kulturændring hos behandlere og patienter, hvorfor SDCA bør arbejde med kommunikation og kultur som faktorer i implementering, på lige fod med nye strukturer og ændring af formel organisering.*
- *SDCA vil udvide arbejdet med målrettet diabetesbehandling til samarbejdet med almen praksis og kommuner med henblik på at skabe sammenhængende forløb og færre skift på tværs af sektorer for den enkelte patient.*

- *SDCA kan med fordel tænke bredt og have blik for, at nye løsninger og værktøjer kan skaleres og udbredes til andre kronikerområder.*

Måltrettethed som strategisk retning

SDCA har som en samlet strategisk retning for udvikling af diabetesbehandling og forebyggelse, at det skal være målrettet ud fra den enkeltes behov og livssituation. SDCAs fokus på målrettethed i behandling har manifesteret sig i arbejdet med udvikling af differentierede og behovsstyrede patientforløb i egen klinik og i samarbejde med regionshospitalerne i forbindelse med Fremtidens Diabetesklinik. Udviklingen af målrettet og behovsstyret behandling er en del af en større bevægelse på tværs af de fem Steno Centre, og det er desuden i tråd med de regionale og nationale dagsordener (fx Vælg Klogts anbefalinger) med fokus på at minimere unødvendige behandlinger og frigive tid og ressourcer til målrettede forløb, der giver værdi for den enkelte patient.

I SDCA og diabetesambulatorierne i Region Midtjylland betyder det et skifte væk fra en standardmodel, hvor hver patient modtager behandling og screening med mere eller mindre samme frekvens til en mere individualiseret behandling, hvor velregulerede patienter frisættes fra hyppige fremmøder i ambulatoriet, imens patienter i sårbare situationer kan tilbydes et intensiveret og målrettet forløb. En så grundlæggende ændring af modellen for diabetesbehandling og patienternes forløb skal ske på et evidensbaseret grundlag. Et strategisk fokus på målrettethed i behandling forudsætter derfor også kontinuert forskning i hvilke elementer, der skal indgå i behandling og hvilke kriterier, der skal ligge til grund for differentiering af forløb og behandlingstilbud.

Målrettethed gennem kerneforløb og fokusforløb

Som led i transformationen mod mere differentierede og målrettede patientforløb har SDCA i 2023 iværksat et arbejde med udviklingen af et digitalt værktøj; *INDBLIK*. Værktøjet skal blandt andet fungere som en støtte for den enkelte behandler i både differentiering af behandlingen og i kommunikationen med patienten. I samme forbindelse har SDCA udviklet begreberne *kerneforløb* og *fokusforløb* for at skabe en fælles begrebsmæssig ramme om behovsstyrede behandlingsforløb.

- *Kerneforløbet* er det tilbud alle patienter skal have og bygger på det guidelinebestemte klinikbesøg oftest i form af en årssamtale med sammedagsscreening.

- *Fokusforløbet* er det behovsstyrede supplement til kerneforløbet i form af kortere målrettede forløb med en afgrænset målgruppe og med et klart mål for behandlingen.

SDCA udvikler og afprøver løbende nye målgruppespecifikke behandlingstilbud såsom "Transitionsforløb for unge" (jf. nedenfor), "Godt fra start" (for debutpatienter), "SteNo-Stress" og "Motion og Diabetes". Behandlingstilbuddene indgår som elementer i de individuelt tilpassede fokusforløb og bidrager dermed til målrettethed i behandlingen.

Transitionsforløb

Målrettet forløb i overgang fra barn til voksen

At arbejde målrettet med udgangspunkt i patientens livssituation handler ikke blot om kompetente behandlere og et godt samspil med patienten i den enkelte konsultation. Det handler også om at være opmærksom på særlige livsfaser, hvor patienter har behov for en ændret tilgang og en anderledes struktur end en klassisk diabeteskonsultation. En sådan livsfase er eksempelvis transitionen fra barn til voksen. Transitionsbegrebet refererer til den planlagte overgang, hvor unge og deres forældre forberedes på øget selvstændighed og ansvar, når de skifter fra børne- til voksenbehandling. I SDCA er transitionsfasen ca. fra 12-24 år. Teenage- og ungdomsårene kan typisk være vanskelige at forene med et liv med en kronisk sygdom, og netop her og i forbindelse med de behandlingsmæssige overgange er der risiko for forværret sygdomsregulering, akutte indlæggelser, udeblivelser fra behandling og dårlig trivsel.

Med udgangspunkt i denne livsfase har SDCA fra 2020-2023 udviklet og afprøvet en transitionsmodel med det formål at skabe kontinuitet og tilpasse transitionsindsatsen til den enkelte patient.

Kontinuitet og fokus på kompetencer

Fokusset på kontinuitet har udmøntet sig i et blødere behandler skift – det vil sige, at patienten i stedet for brat at skifte både læge og sygeplejerske ved det 18. år, skifter behandlerteam gradvist. Diabetessygeplejersken kan altså fortsætte med at være tilknyttet den unge patient indtil begyndelsen af 20'erne og først skifte, når patienten er klar til det. Tanken er, at den unge patient

Fokus på kommunikation og kulturændring

I den kvalitative afdækning af interessentperspektiver vækker det både genkendelse og anerkendelse hos centrets samarbejdspartnere og internt i organisationen, at nogle patienter som udgangspunkt har brug for mindre behandling, end de får nu, for at andre kan få mere og bedre behandling. Samtidig peger informanterne på, at transformationen til behovsstyret behandling kræver mere end udviklingen af nye fokusforløb, involvering af brugere og digitale støtteværktøjer. Det kræver en udvikling af den behandlingsmæssige kultur.

"Der ligger et ikke ubetydeligt kulturarbejde. Det, vi plejer at gøre, er meget indgroet i vores organisation og i vores afdelinger hos vores behandlere. [...] Der ligger også et kulturarbejde hos de mennesker, der har levet med diabetes i lang tid.
Intern

Flere af de interne informanter peger således på, at behandling og forebyggelse tilpasset den enkeltes behov kræver en kultur- og adfærdssændring blandt behandlere og patienter, fordi det bryder med det, man tidligere har gjort. Mere målrettet behandling kræver nye rutiner og gensidig tillid mellem behandler og patient.

gradvist kan vænne sig til nye behandlere og kun skal forholde sig til én ny behandler ad gangen. Samtidig opererer forløbet også med såkaldte "split visits", hvor den unge patient selv kommer ind til dele af konsultationen uden forældrene for at støtte den unge patient i selv at tage ansvaret for dennes sygdom. Til yderligere at støtte overgangene er der etableret et multidisciplinært team med deltagelse af børne- og ungebehandlere for at minimere videnstab.

Et væsentligt ben, der har skullet understøtte den individuelle tilgang til de unge patienter, har været udviklingen af og opfølgning på de unges kompetencer med følgende indsatser:

- Udvikling af en "parathedstjekliste" – specifikt til unge med diabetes, som behandlerne i dialog med den unge anvender i konsultationerne
- Tilbud om kurser/undervisning til unge med diabetes (og forældrene) omkring emner der er relevante i transitionsfasen

Udvikling af transitionstilgangen

Under afprøvningen af transitionsmodellen er andelen af unge, der opnår den anbefalede HbA1c-værdi på <53 mmol/mol, steget fra 27 % til 34 %. Om end det ikke alene kan tilskrives transitionsindsatsen. Som én af de første indsatser SDCA igangsatte har indsatsen givet værdifulde erfaringer til, hvordan man kan arbejde videre med kontinuitet i behandlingsforløb og styrkelse af patientens kompetencer. Med udgangspunkt i indsigterne fra evalueringen, og for at videreudvikle transitionsforløbet, afprøves i 2024 gruppebaseret undervisning for de 13-15-årige og for de 18+-årige. Den gruppebaserede undervisning erstatter et "normalt" besøg og tanken er, at de unge opnår kontinuitet og genkendelighed ved at møde de samme andre unge med diabetes, samtidig med at der er fokus på at få styrket deres evne til selv at varetage deres diabetes.

Patienterne skal betrygges i, at de ikke får en dårligere behandling, fordi de får mindre af den, og behandlere skal turde overlade mere ansvar til patienterne og tro på, at de er kompetente til at træffe de rigtige valg selv.

”Jeg tror egentlig, at patienterne har brug for en forklaring, for ellers kan de godt se det som en forringelse. Der er en stor opgave i at oversætte det til et sprog, som patienterne også forstår, men jeg synes egentlig, at når vi snakker med patienterne, så kan de godt forstå det.

Intern

Flere peger på, at det godt kan lade sig gøre, hvis man bruger tid på at kommunikere om, hvorfor man arbejder målrettet, og hvad det konkret betyder for behandlere og patienter. Det beskrives, at der allerede er sket konkrete adfærdssændringer, men at kulturændringen stadig er på et tidligt stadie. Et væsentligt fokus for SDCAs fremadrettede arbejde er derfor at sikre, at der udvikles en kultur, hvor den behovsstyret behandling er normen på tværs af hospitalerne og hos patienterne.

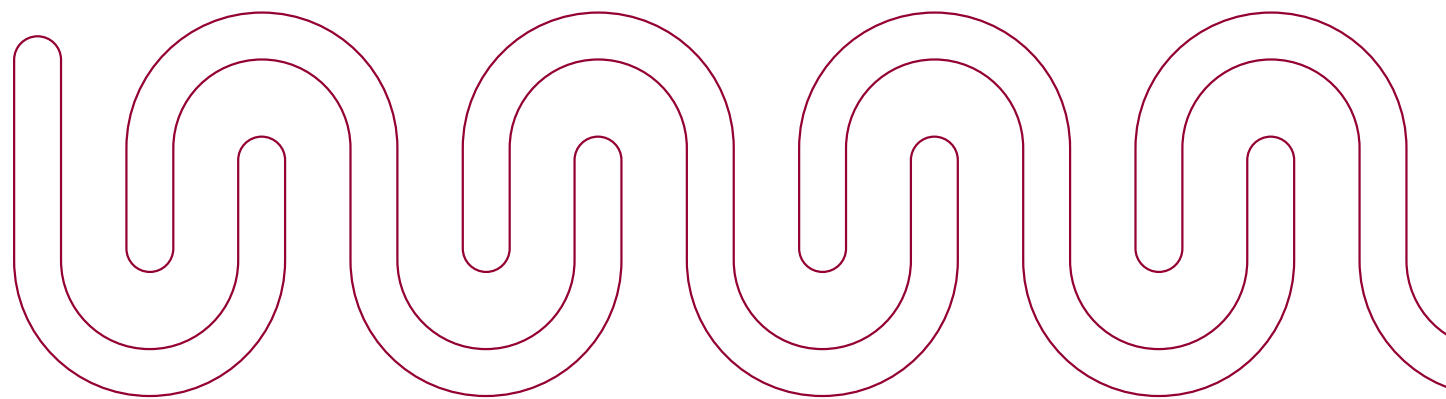
SDCA skal vise vejen for andre

Arbejdet med målrettethed afspejler ikke kun en nødvendig tilgang i realiseringen af SDCAs vision, men også et generelt behov i sundhedsvæsenet.

Målrettethed kobles i interviewene til en velkendt national dagsorden omkring ulighed i sundhed. De interviewede informanter peger på, at det er legitimt, at SDCA påtager sig et ansvar for at udvikle og udbrede behovsstyret behandling.

Foreløbigt har SDCAs fokus i omstilling til behovsstyret behandling primært ligget på behandling af type 1-diabetes. Der ligger således et potentiale i at udbygge samarbejdet med primærsektoren om de komplekse diabetesforløb på tværs af sektorerne, således at sammenhængen set fra et patientperspektiv opleves mere sømløst.

Men SDCAs rolle kan også tænkes endnu brede – i udviklingen af principper, værktøjer, viden og erfaringer, der også kan komme andre kronikerområder til gode. Hvis SDCA skal kunne løfte denne opgave, stiller det dog krav til SDCAs evne til at kommunikere effektivt og til skalerbarheden af nye løsninger og værktøjer, der udvikles.





5

VI LYKKES SAMMEN
MED ANDRE



NYE
SAMARBEJDER



SAMARBEJDE MED
KOMMUNER, PRAKTISERENDE
LÆGER, HOSPITALER... ?



INTERNATIONALT
SAMARBEJDE

ANDRE
?

HVORDAN SKAL
VI SAMARBEJDE
MED BRUGERNE ?

↑
PERSONER MED
DIABETES

FORENINGER

diabetes
foreningen

DELE VIDE

En troværdig
samarbejdspartner



SDCA skal etablere et tæt og forpligtende samarbejde med patienter, borgere, forskningsmiljøer og eksterne aktører på sundhedsområdet (fx regionshospitaler og primærsektor)

Opsummering og udviklingsperspektiver

Siden SDCAs etablering er der opnået en tydelighed omkring centrets rolle i regionen og på tværs af sektorer, og hvad centret kan bidrage med i samarbejder. SDCA opleves som en troværdig samarbejdspartner. Denne opfattelse er af stor værdi for SDCAs udviklingskraft, og det er vigtigt, at centret er bevidst om dette og ikke mindst fortsat værner om de gode samarbejdsrelationer og -strukturer. Herigennem skabes også potentiale for at kunne opnå flere fælles resultater med SDCAs samarbejdspartnere.

SDCAs udviklingstempo stiller krav til processen for samskabelse med eksterne samarbejdspartnere, idet der er forskel på udviklingsressourcer. Samarbejdet med regionshospitalerne fremstår som velfunderet, og der er øget fokus på inddragelse og samskabelse fra idefase til udvikling og drift, blandt andet på baggrund af SDCAs tidlige erfaringer med samskabelse i tværsektorielle forsknings- og udviklingsprojekter.

Der er desuden etableret velfungerende samarbejder med aktører i primærsektoren omkring udviklings- og forskningsprojekter. De divergerende organisatoriske strukturer i de 19 kommuner udgør dog en barriere for et mere overordnet og tværgående samarbejde med kommuner. SDCA kan fremadrettet have større opmærksomhed på at etablere et mere overordnet og strategisk samarbejde med aktører i primærsektoren for blandt andet i endnu højere grad at kunne bidrage til udvikling af kvalitet i behandling af type 2-diabetes. Her kan SDCA trække på sine gode erfaringer med at etablere samarbejder med regionshospitalerne og i den generelle opfattelse af SDCA som en troværdig samarbejdspartner.

SDCAs samarbejde på forskningsområdet fremstår veletableret, i særdeleshed med AU, men også bredt nationalt og internationalt, hvilket blandt andet har dannet grundlag for en række succesfulde rekrutteringer af internationale forskere og ansøgninger om støtte fra fonde og heraf afledt projektaktivitet.

Udviklingsperspektiver:

- *SDCA er lykkedes med at etablere gode velfunderede samarbejder med centrale samarbejdspartnere. Centret bør bygge videre på dette og udvide samarbejdet i både dybde og bredde.*
- *SDCA kan styrke det internationale samarbejde yderligere inden for både forskning og udvikling.*
- *SDCA kan styrke det strategiske samarbejde på ledelsesniveau med aktører i primærsektoren for blandt andet at skabe et bedre grundlag for udvikling af kvalitet i behandlingen.*

Regionalt kraftcenter

SDCA tilstræber at være et regionalt kraftcenter, der investerer i at udbygge og styrke alle relevante samarbejder af betydning for behandlings- og forebyggelsesindsatsen på diabetesområdet. Flere informanter giver udtryk for, at der er etableret et bredere samarbejde med eksterne partnere siden SDCAs opstart. Hvor der tidligere var fokus på at gøre relevante aktører opmærksomme på centrets arbejde, er det blevet tydeligere for samarbejdspartnere, hvem SDCA er, og hvad centret kan.

Et ord, der går igen i interviews med eksterne samarbejdspartnere, er troværdighed. SDCA har fået skabt et ry for at være en troværdig samarbejdspartner, som man kan regne med. Det er informanternes oplevelse, at SDCA tager ansvaret på sig, når der indgås samarbejder, hvilket gør det trygt at samarbejde med SDCA.

"Der har været en masse lokalfaglige bekymringer, lokalpatriotiske bekymringer, bæredygtighedsbekymringer mm., og det har bare vist sig, at det ikke har været tilfældet, men at centret i stedet har været et fyrtårn. Udover fyrtårn, så synes jeg også, at det har været et lokomotiv og en trækraft for resten af hospitalerne.

Ekstern samarbejdspartner

Samskabelse i tværsektorielle forsknings- og udviklingsprojekter

Forskning og udvikling inden for tværsektorielt samarbejde er et særkende i SDCA og centret har således fra start haft fokus på at etablere et bredt samarbejde med kommuner og almen praksis i Region Midtjylland. Der afholdes årlige temadage for kommunerne med henblik på at informere og diskutere aktuelle og relevante problemstillinger. Derudover samarbejdes der omkring konkrete forsknings- og udviklingsprojekter i de enkelte kommuner. Eksempler herpå er "Sammen om Diabetes" med Aarhus Kommune, "Brobygning" i Ringkøbing-Skjern kommune, "Livsstil i balance" i Randers kommune og tilbud til børn med svær overvægt i Randers, Aarhus, Viborg og Skive.

SDCA etablerede i 2019 et Almen Praksis Netværk med fem almen praksisser. Netværkets

Specialistkonferencer om type 2-diabetes med Almen Praksis (STAR)

Ny model for tværsektorielt samarbejde

De praktiserende læger fik med overenskomsten for almen praksis i 2018 det samlede populationsansvar for type 2-diabetes. For at understøtte dette populationsansvar skal almen praksis ifølge overenskomsten have adgang til dialog og rådgivning fra speciallæger i endokrinologi ved hospitalet. Dette er vigtigt, fordi behandlingen af type 2-diabetes er kompleks, ofte ledsages af anden sygdom og kræver brug af forskellige lægemidler. Samtidig er type 2-diabetes en af de hurtigst voksende kroniske sygdomme i Danmark, og det udgør således en stadig større patientgruppe i almen praksis. I Region Midtjylland har dialog og rådgivning foreløbig foregået via en telefonvagtordning.

Med STAR-projektet ønskede SDCA at styrke samarbejde og dialog mellem almen praksis og hospitalet ved at undersøge potentialet i virtuelle konferencer som en ny model for samarbejde på tværs af sektorerne.

STAR-projektet er gennemført som et randomiseret kontrolleret forskningsstudie. I alt 25 almen praksis i Aarhus Kommune har deltaget og blev ved opstart fordelt i to grupper på baggrund af en randomisering. Henholdsvis en interventionsgruppe med 13 almen praksis og en kontrolgruppe med 12 almen praksis.

formål var at få identificeret udfordringer og muligheder for almen praksis i behandlingen af personer med type 2-diabetes. Netværket har bidraget til iværksættelsen af flere initiativer, herunder et projekt vedrørende specialistkonferencer om type 2-diabetes med almen praksis i Aarhus Kommune (STAR) og SAMBLIK-diabetes.

En stor del af den tværsektorielle forskning og udvikling i SDCA involverer samarbejde med andre forskningsinstitutioner og med de aktører, som forskningen har fokus på, henholdsvis kommuner og almen praksis. Som tilgang anvendes samskabelsesprocesser med inddragelse af brugere, fagprofessionelle og beslutningstagere i kombination med grundige evalueringer, for herved at udvikle indsatser, som skaber værdi såvel for personer med og i risiko for diabetes som for de fagprofessionelle. Et eksempel herpå er forskningsprojektet "Child-COOP" (se næste side).

Inden for det tværsektorielle område har SDCA således helt fra starten gjort sig gode erfaringer med bred og tidlig samskabelse og medudvikling af projekter, som formelt er forankret hos andre organisationer. Disse erfaringer har efterfølgende bredt sig som en tilgang, der i stadig højere grad også anvendes i udviklingsarbejdet i klinikken og i samarbejdet med regionshospitalerne.

På tværs af både eksterne og interne interviews fremhæves det, at der er et potentiale for yderligere at styrke det gode samarbejde med primærsektoren. Ledelsen beskriver, at der er brugt mange kræfter, både strategisk og relationelt, på at etablere et samarbejde med almen praksis og kommunerne, men divergerende organisatoriske strukturer gør det imidlertid svært.

Interventionen blev gennemført i 2022 og primo 2023 og bestod af et indledende informationsmøde efterfulgt af fire online konferencer. Ved konferencerne deltog én endokrinolog fra SDCA, en eller flere praktiserende læger fra samme almen praksis samt relevant praksispersonale. Hver konference havde et diabetesrelateret tema, som fx nyre- eller hjertekomplikationer, og konferencen indledtes med et kort oplæg fra endokrinologen om det pågældende tema. Forud for konferencen udvalgte de praktiserende læger, med udgangspunkt i temaet, et antal relevante patientcases blandt egne patienter, som blev præsenteret, hvorefter patientcasen i fællesskab blev gennemgået med henblik på faglig sparring, fælles læring og kompetenceudvikling.

I 2023 afsluttes interventionen for de 13 almen praksis, hvorefter der indsamles outcomedata på relevante kliniske endemål såvel som på de praktiserende lægers kompetencer. Kontrolgruppen har startet samme forløb henover sommeren 2023 og fortsætter med konferencer til forsommeren 2024. Derefter indsamles data fra både interventions- og kontrolgrupper med henblik at vurdere indsatsens bæredygtighed. På baggrund af foreløbige resultater, der viste en markant forbedring af behandlingen ved brug af videokonferencer, vil projektgruppen i løbet af 2024 udarbejde en strategi for skalering af konceptet til udbredelse i Region Midtjylland og nationalt og resultaterne vil desuden blive publiceret.

Forskning i lokalsamfundsindsatser for børns sundhed og trivsel (Child-COOP)

Samskabelse med lokalsamfundet

At leve med overvægt øger markant risikoen for at udvikle diabetes og en række andre sygdomme, både fysiske og psykiske, i forhold til ikke at leve med overvægt. En sund vægt i barndommen og ungdommen er vigtig for at forebygge overvægt i voksenlivet. Forskning viser desværre, at mange børn og unge bevæger sig for lidt - især børn i familier med færre ressourcer. Samtidig er mange forsøg på at standse stigningen i overvægt blandt børn og unge fra de socialt mest udfordrede familier slået fejl.

Med SDCAs forskningsprojekt "Children's Cooperation Denmark" (Child-COOP) gentænkes tilgangen til forebyggelse, og børn inviteres med deres forældre og øvrige medlemmer af lokalsamfundet til at være med til at designe et nyt lokalsamfund, hvor det er lettere at leve sundt. Formålet er at undersøge, om en systemorienteret tilgang i et lokalområde kan øge og fastholde sunde bevægelsesvaner blandt 6-12 årige børn og derigennem fremme deres sundhed og trivsel, herunder sund vægtudvikling, søvn og mental sundhed. Målet er at skabe bæredygtige løsninger ved at arbejde tværsektorielt og borgerinddragende med fokus på både individet, de strukturelle rammer og mere systemorienterede tilgange.

Forskningsprojektet udføres i et samarbejde mellem Aarhus Universitet, Steno Diabetes Center Copenhagen og Steno Diabetes Center Sjælland samt Deakin University i Australien, som har været en af de primære inspirationskilder til opbygningen af systemindsatsen.

Helhedsorienteret systemindsats

En helhedsorienteret systemindsats tager udgangspunkt i de nære og lokale ressourcer og bringer lokale ledere, civilsamfundsaktører og borgere sammen for at identificere det komplekse, underliggende system, der hæmmer eller fremmer sunde bevægelsesvaner blandt børn i et lokalområde. Når systemet er klarlagt, arbejdes der i lokalområdet med langsigtet at ændre systemet gennem bæredygtige indsatser, som fremmer sunde bevægelsesvaner. Kernen for hele processen er at facilitere samarbejde og samskabelse med og imellem de lokale kræfter, der skal drive indsatserne. Forskningsprojektet løber over en årrække uden en udløbsdato og forskerne er med, så længe lokalsamfundet ønsker dem. Men forhåbningen er, at lokalsamfund og kommuner bliver selvkørende på sigt.

Metoden er igennem de seneste år afprøvet i Havndal, et lokalsamfund i Randers Kommune, og på Møn i Vordingborg Kommune, og initiativet er i løbet af 2023 skaleret op med 10 udvalgte lokalsamfund fordelt på fem kommuner på tværs af landet; Randers, Syddjurs, Odsherred, Vordingborg og Halsnæs.

"Det er to adskilte systemer mellem primær og sekundær sektor. Der har været diskussioner om bevillinger, og hvorvidt man opfatter teknologi som hjælpemiddel eller som behandling. To kommuner er heller ikke organiseret ens.

Ekstern samarbejdspartner

Eksterne samarbejdspartnere er enige i, at det kan være en vanskelig opgave at nå ud til alle 19 kommuner i regionen samt sørge for, at de bliver inddraget ligeligt og på rette niveau. Der er således et udviklingspotentiale i at styrke det strategiske samarbejde med kommunerne på ledelsesniveau, og afsøge hvordan SDCA bedst kan arbejde ind i de etablerede strukturer for tværsektorielt samarbejde i Region Midtjylland.

Velfunderet samarbejde med regionshospitalerne

Steno Partner samarbejdet har siden centrets etablering været det primære afsæt og rammen for SDCAs samarbejde med regionshospitalerne. Med etableringen af Fremtidens Diabetes klinik i 2021 og ansættelsen af de seks projekt- og udviklingsmedarbejdere lokalt i ambulatorierne, er samarbejdet blevet udvidet yderligere. En af grundtankerne med Fremtidens Diabetes klinik er at skabe et fundament for fælles retning og principper for diabetesbehandlingen i hele Region Midtjylland igennem netværksdannelse, samarbejde, tidlig involvering i udvikling og samskabelse.

Flere interne medarbejdere fremhæver, at det er en styrke, at der er etableret et formelt samarbejde med regionshospitalerne med en fælles vision for udvikling af diabetesbehandlingen. Dette er med til at sikre en fast struktur for sam-

arbejdet og en fælles måde at tilgå samarbejdspartnere på, hvilket mindsker fragmentering. Eksterne samarbejdspartnere nikker genkendende til, at SDCA er gode til at inddrage regionshospitalerne - også allerede i idéfasen. Ledelsen giver udtryk for, at der fra start har været fokus på at etablere samarbejdsfora på tværs af regionen og strukturer, som kunne understøtte samarbejde.

Bredt og veletableret forskningssamarbejde - lokalt, nationalt og internationalt

Forskningssamarbejde - lokalt, nationalt og internationalt - er en grundlæggende forudsætning for at være førende inden for diabetesforskning. SDCAs veletablerede samarbejde med AU har afgørende betydning for muligheden for at rekruttere de bedste forskerressourcer, inklusiv forskere fra internationale forskningsmiljøer. Eksterne samarbejdspartnere bekræfter i interviewene, at SDCA har været gode til at skabe samarbejde med AU, herunder Institut for Klinisk Medicin, Institut for Folkesundhed og Institut for Biomedicin, og at SDCA i øvrigt er lykkedes med et strategisk fokus på brede forskningssamarbejder. SDCA har haft fokus på ikke kun at indgå samarbejde inden for klinisk og biomedicinsk forskning, men også inden for andre forskningsområder, såsom forskning i organisering af sundhedsvæsenet og sammenhæng i patientforløb.

"I stedet for at gå i konkurrence finder de en samarbejdsflade med universitetet så fagligheden ikke bliver konkurrerende.

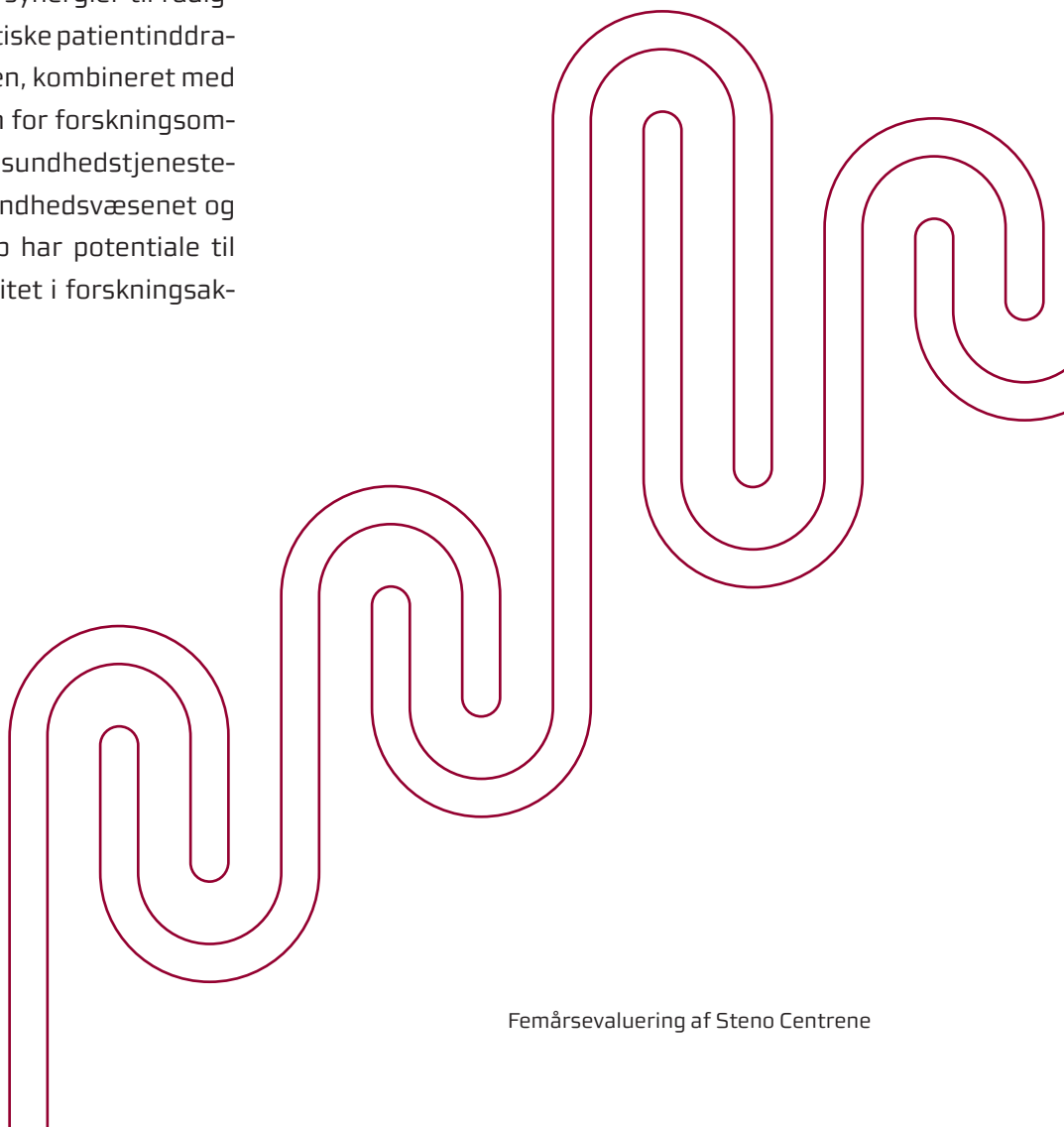
Intern

SDCAs veletablerede samarbejdsrelationer inden for forskning har blandt andet skabt adgang til faciliteter udenfor SDCA og en hurtigere ibrugtagning af teknologierne i Forum. Herigenem løftes kompetenceniveauet i SDCA. De tætte forskningsrelationer har også dannet grundlag for en række succesfulde ansøgninger om støtte fra fonde og har heraf afledt projektaktivitet samt medført inddragelse af SDCA forskere i råd og nævn nationalt og internationalt. Ligeledes er der etableret internationale formaliserede samarbejder med Mayo Clinic og Monash University. Ifølge eksterne samarbejdspartnere, er SDCA således med til at tiltrække stærke forskere fra udlandet, og SDCA har sammen med AU rekrutteret forskere på både lektor- og professorniveau til Aarhus.

De stærke samarbejdsrelationer betyder, at SDCA har mulighed for højne ambitionsniveauet for forskningsspørgsmålene med flere kompetencer, ressourcer og mulige synergier til rådighed i centret. SDCAs systematiske patientinddragelse og nærheden til klinikken, kombineret med forskningssamarbejder inden for forskningsområder som klinisk-, basal- og sundhedstjenesteforskning, organisering af sundhedsvæsenet og sammenhæng i patientforløb har potentiale til at skabe endnu større diversitet i forskningsaktiviteten.

” Det er nemt for os at samarbejde og række ud. Vi har konkrete programmer, der understøtter, at hvis man sammen kan se værdi i at afdække et område, så kan vi fx komme og medfinansiere forløbet. Der har vi haft held med at engagere andre og løfte diabetesvinklen, så hvis man står ovre på hjerteafdelingen, kan man f.eks. se på hjerte og diabetes. Der har vi været med til at nudge folk til at tage diabetesvinklen i deres forskning, hvilket har udvidet mængden af forskning.

Intern





HVOR OG HVORDAN
SKAL VI GØRE
OPMÆRKSOMME PÅ
PROBLEM I BANKEN?

6

på med
ONE

problemet opstår
man kunne
t det ind

Akkumuleret
problem, kliniske
opmærksomhed

Personlig respons
når problem er
meldt ind

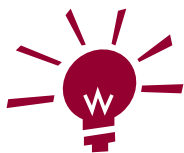
Næst tilgængelige
t

APP-baseret

Kan man afstemme?

Personlige svar
anotander

**Innovation som
styrkeposition**



SDCA skal udvikle en kultur præget af nysgerrighed og risikovillighed, som skaber grundlag for nytænkning og udvikling af løsninger til gavn for personer med eller i risiko for diabetes.

Opsummering og udviklingsperspektiver

SDCA er lykkedes med at indføre en række tilgange og metoder i organisationen, der fremmer en brugerdrevet innovation i centret. SDCA kan bygge videre på de eksisterende tiltag og finde veje til at forankre og sprede innovationstilgangene yderligere på tværs af centret – herunder at skabe større integration mellem de brugerdrevne og problemorienterede innovationstilgange og driften. Det samme gør sig gældende i forhold til centrets samarbejdspartnere, hvor der er et potentiale i i højere grad at tænke innovationstilgange ind i de eksisterende samskabelsesprocesser.

SDCA er lykkedes med at etablere en innovationskultur i centret baseret på nysgerrighed og risikovillighed. Der er med dette også et potentiale for centret i at bringe viden og resultater fra forskning i spil i innovationsprocesser, der kan føre til nye og bedre løsninger og værktøjer for behandlere og patienter.

Udviklingsperspektiver:

- *Innovationstilgange og -metoder til udviklingsarbejde kan i endnu højere grad konso- lideres og udbredes internt i centret, såvel som i samarbejde og samskabelse med andre aktører.*
- *SDCA skal sikre forudsætningerne for at nye innovative løsninger kan implementeres og leve videre i den daglige drift.*
- *SDCA kan bruge centrets innovationskultur, præget af nysgerrighed og risikovillighed, til i endnu højere grad at bygge bro mellem forskning og udvikling.*

- *SDCA kan bruge innovation som en styrkepo- sition for centret og aktivt opsøge samarbej- der med andre innovationsaktører.*

Opbygning af organisation og kompetencer

SDCA har i de seneste år haft et øget fokus på at arbejde innovativt med udvikling af nye tilgan- ge og løsninger inden for diabetesområdet. Det sker ud fra en overbevisning om, at en innovativ tilgang til udviklingsarbejdet med fokus på at skabe større og grundlæggende forandringer i højere grad gør det muligt at realisere centrets øverste vision om at bidrage til et godt liv for per- soner med eller i risiko for at få diabetes.

”Jeg ved, hvor meget der kommer ud af gode idéer, og der skiller SDCA sig helt ud. Der er andre [Steno centre], der har fået øjnene op for det [innovation], men der er ingen på niveau med SDCA.

Ekstern samarbejdspartner

Det strategiske fokus på innovation har udmøn- tet sig i en række konkrete organisatoriske tiltag med henblik på opbygning af kompetencer og strukturer, der fremmer en innovativ tilgang til udvikling. Der er ansat medarbejdere med ud- dannelse og erfaring inden for brugerdreven in- novation og *design thinking*. I forlængelse heraf er der etableret en model for at arbejde proble- morienteret og brugerdrevet med udvikling un- der overskriften *Steno Pipeline*. Derudover har ledelse og medarbejdere fra flere dele af orga- nisationen deltaget i kurser og anden kompetence- udvikling inden for innovation.

Interviewene peger på, at eksterne samarbejdspartnere i høj grad opfatter den innovative tilgang til udvikling som et særligt kendetegn for SDCA, og at SDCA her har en styrkeposition, som centret fremadrettet kan bringe endnu bedre i spil i udviklingen af diabetesbehandling både regionalt og nationalt.

Potentiale for yderligere forankring og spredning af innovationstilgange

Steno Pipeline er en ny måde at arbejde med idéudviklingsfasen forud for opstart af et projekt.

Modellen anvender Design Thinking-metoden til at arbejde systematisk med at forstå og definere et givent problem, før løsningen udvikles. Steno Pipeline modellen skal således bidrage til, at der arbejdes systematisk med at afdække proble-

Motion og diabetes

Nytænkning gennem brugerdreven innovation

Motion og bevægelse er et element i hverdagslivet, som mange mennesker med type 1-diabetes forholder sig til. En stor andel af personer med type 1-diabetes stopper med at dyrke motion eller sport på grund af frygt for lavt blodsukker og et utilstrækkeligt kendskab til, hvordan det skal håndteres med type 1-diabetes, men også fordi det kan opleves som besværligt.

SDCAs arbejder ud fra en vision om, at diabetes ikke skal være en begrænsning for et godt liv. Der er stor livskvalitet i, at kunne fortsætte sit liv uden bekymring for at være fysisk aktiv. Regelmæssig motion bidrager til et godt helbred - også for personer med type 1-diabetes, som i tillæg opnår forbedret insulinfølsomhed og nedsat risiko for senkomplikationer. SDCA har derfor i en årrække afprøvet initiativer med det formål at opnå viden om, hvordan personer med type 1-diabetes kan lykkes med at være fysisk aktive på lige fod med andre. Det drejer sig f.eks. om:

- Atletforløbet, som er et nationalt tilbud til idrætsudøvere, for hvem idræt/motion er en væsentlig del af deres livsførelse.
- MDT Motion, som er et virtuelt tilbud til voksne i SDCA, som har problemer med blodsukkeret i forbindelse med motion.
- Motionsforløbet, der er et regionalt tilbud til voksne, der ikke dyrker regelmæssig motion, men ønsker at komme i gang.

Parallelt hermed har SDCA identificeret en række mangler i den evidens, som ligger bag vores forståelse af samspillet mellem diabetes sygdommen og fysisk aktivitet. De nye faciliteter i Forum er derfor blevet udstyret med teknologier til at kunne adressere disse videnshuller, ligesom der er igangsat en række forskningsprojekter inden for dette område i samarbejde med AU og andre nationale og internationale samarbejdspartnere.

mer og behov, inddrage brugere og samarbejdspartnere (interne såvel som eksterne) og udvikle ideer i et tværfagligt samarbejde.

" Vi har et fælles sprog på tværs af enheder. Vi arbejder ind i samme processer og kender målløsen. Der er noget metodik, der er den samme.

Intern

Den første Steno Pipeline proces blev startet op i efteråret 2022. Foreløbigt er der arbejdet med tre overordnede problemer i en *Steno Pipeline proces* - inden for henholdsvis anvendelsen af diabetesteknologi, motion blandt patienter med type 1-diabetes (se nedenfor) og screening for tarmkræft blandt diabetespatienter. Det første projekt, som er udviklet på baggrund af en Steno Pipeline proces, forventes afprøvet i en første iteration i 2024. Projektet kaldes *Steno Free* og omhandler afprøvning af et nyt forløb for pa-

Videreudvikling med innovation som tilgang

Med udgangspunkt i centrets viden, kompetencer og gode erfaringer inden for området blev det besluttet at arbejde med motion og diabetes igennem en Steno Pipeline proces. I processen gennemgår problemet fem faser: opdagelse, nytænk, koncept, test og implementering ud fra principper om, 1.) at man skal forstå problemet, før man kan udvikle de rette løsninger, 2.) at man udvikler løsninger man ikke kan tænke sig til på forhånd, og 3.) at man via test "fejler" hurtigere og dermed undgår implementering af løsninger, der i virkeligheden ikke er de rette.

I opdagelsesfasen arbejdede arbejdsgruppen med at forstå motionsproblematikken i dybden gennem interviews, spørgeskemaer og involvering af SDCAs brugerpanel (Steno Panelet), hvor brugerindsigter og brugerperspektiver blev indsamlet og kvalificeret.

I Nytænk-fasen udviklede arbejdsgruppen, igennem en stor workshop med deltagelse af diabetespatienter og en bred sammensætning af faggrupper fra SDCA, en idépulje med en række udviklingsspor, der kan danne retning for løsninger på nogle af de udfordringer, opdagelsesfasen havde skabt indsigt i. Én af disse ideer var ideen om "Gradvise læringstilbud" inden for motion, der kan tilpasses patienternes forskellige behov og varierende grad af fysisk aktivitet.

Indsatsen befinder sig lige nu i koncept-fasen, hvor "Gradvise læringstilbud" skal udfoldes yderligere gennem såkaldte "designsprints" i 2024 og derefter testes på målgruppen.

tienter med type 1-diabetes i debutfasen, hvor patienter gennem brug af diabetesteknologi og forskellige støttemuligheder frisættes fra faste konsultationer i ambulatoriet.

Flere af de interviewede medarbejdere fremhæver, at der også er et potentiale for at udbrede innovationstilgangen yderligere, og at ledelsen i den forbindelse spiller en vigtig rolle i at oversætte innovationsprocesserne og værktøjerne til medarbejdere på tværs af organisationen.

" Det kan være svært at få folk fra den hårdtarbejdende driftslinje over i innovations-mindsettet, og det kan ligeledes være svært, hvordan de innovative idéer kommer tilbage og bliver implementeret.

Intern

I den forbindelse er det et opmærksomhedspunkt, at en barriere for udbredelse kan være, at SDCA også omfatter driften af klinik- og forskningsfunktioner, som ikke har de samme forudsætninger for at indgå i innovationsprocesser. Et udviklingsperspektiv kan derfor være at finde veje til at sprede innovationstilgangene yderligere på tværs af centret og skabe større integration mellem de brugerdrevne og problemorienterede innovationstilgange og driften. I forlængelse heraf kan SDCA fremadrettet også have yderligere fokus på implementeringen af løsninger udviklet med en innovativ tilgang, for at sikre at innovationsprocesserne i sidste ende fører til udvikling af løsninger, der skaber varig værdi for patienterne.

Risikovillighed og nysgerrighed

Interviews med medarbejdere og ledelsen i SDCA peger på, at der i SDCA er en øget fælles forståelse for centrets tilgang til innovation, hvor nytænkning og udvikling af nye projekter i højere grad tager udgangspunkt i brugerdrevne behov og en problemorienteret tilgang.

Et ord der går igen i de kvalitative interviews er *risikovillighed*. Blandt både ledere og medarbejdere i SDCA fremhæves risikovillighed som en forudsætning for at kunne arbejde med innovation, fordi man som organisation skal turde prøve noget nyt og acceptere at være en del af en proces, som kræver tid og ressourcer, og hvor man ikke kender løsningen på forhånd. Donationen fra Novo Nordisk Fonden og det ressourcemæssige råderum, der knytter sig hertil, fremmer naturligvis mulighederne for dette.

Der er blandt informanterne en oplevelse af, at der i centret er opbygget en kultur båret af nysgerrighed og risikovillighed. Medarbejdergruppen i SDCA spænder desuden bredt over mange forskellige fagligheder og funktioner, hvilket også kan virke fremmende for en intern innovationskultur. Det ses også ved, at centrets kombination af forskning, udvikling og drift skaber nye muligheder for samarbejder og synergi, hvor nyeste viden fra forskning kan skubbe til udvikling af nye tiltag og i sidste ende skabe bedre drift og kvalitet i behandlingen af diabetespatienter.

SDCA som regional innovationsmotor

Der er blandt de interviewede eksterne samarbejdspartnere en generel opfattelse af, at SDCA kan være regional frontløber i arbejdet med brugerdrevet innovation og udvikling på diabetesområdet. Der er dog også en opfattelse af, at SDCAs særlige position betyder, at andre aktører vender sig mod SDCA i forventning om, at centret skal drive innovation på diabetesområdet. Det kræver, at SDCA fortsat er en troværdig samarbejdspartner og aktivt opsøger input og idéer fra samarbejdspartnere. Et udviklingsperspektiv kunne derfor være, at SDCA skal have fokus på at gøre det nemt og tilgængeligt at indgå i innovationsprocesser for centrets samarbejdspartnere, som er underlagt andre driftsmæssige vilkår såsom kommuner, almen praksis og diabetesambulatorier ved regionshospitalerne. I tillæg hertil kunne et udviklingsperspektiv være, at SDCA også etablerer samarbejde med andre innovationsaktører for fortsat at udvikle centrets innovationstilgang.



7

Frontløber inden for data og digitalisering



SDCA skal udnytte data og digitale teknologier til at understøtte og udvikle organisationen og de indsatser, der skal bidrage til et godt liv for personer med eller i risiko for diabetes.

Opsummering og udviklingsperspektiver

Arbejdet med data og digitalisering foregår i dag på tværs af hele organisationen og er oftest drevet af arbejdet inden for forskellige projekter. Området er kendetegnet ved stor aktivitet, men at der mangler en klarere fælles ramme og retning. Der er således behov for et større ledelsesfokus på etableringen af en fælles organisering og formulering af tydelig retning og strategi for området.

Af eksterne samarbejdspartnere opfattes SDCA som en "enabler", der kan bidrage til større tilgængelighed og anvendelse af data. Inden for udvikling af nye behandlings- og uddannelses tilbud kan data og digitale løsninger bidrage til mere målrettede behandlingstilbud samt større outreach og bæredygtighed i uddannelses- og kompetenceudviklingstilbud.

Udviklingsperspektiver

- *SDCA skal udvide sine aktiviteter vedrørende data og digitalisering inden for både forskning, udvikling og uddannelse.*
- *SDCA kan med fordel skabe en tydeligere retning og organisatorisk ramme for centrets arbejde med data og digitalisering, for herved at sikre sammenhæng og synergi mellem projekter og kompetencer på tværs af centret.*

En bred strategisk satsning

SDCA ønsker som et strategisk fokus at være frontløber i arbejdet med data og digitale løsninger. Det strategiske fokus på data og digitalisering spænder bredt. Det omfatter dels systematisk anvendelse af data som ledelsesmæssigt

beslutningsgrundlag og dels anvendelse af data i udviklingen af og opfølgning på effekten af nye løsninger. Det omfatter også udviklingen af nye digitale værktøjer eller løsninger til klinikere og patienter, som kan bidrage til bedre behandlingskvalitet, mere målrettede behandlingstilbud og bedre sammenhæng i patientforløb. Endelig er der fokus på at skabe gode datainfrastrukturer på forskningsområdet for herigennem at skabe bedre grundlag for forskning.

Det brede strategiske fokus afspejles ved at arbejdet med data og digitale løsninger i dag foregår i forskellige dele af SDCAs organisation og i høj grad er drevet af arbejdet med konkrete projekter eller løsninger inden for forskellige teams og forskningsgrupper.

Interviews med medarbejdere, ledelse og eksterne interessenter peger på, at der både eksternt og internt er stor forskel på forståelsen af SDCAs arbejde med data og digitalisering. Som eksempel handler digitalisering for nogen om virtuelle konsultationer, webinarer og digitale spørgeskemaer, mens det for andre er større systemiske indsatser. Det er således på baggrund af evalueringen en erkendelse, at der er behov for, at centret fremadrettet får en tydeligere strategi og tværgående organisering for data og digitalisering, som kan sætte retning og ramme for det videre arbejde.

SDCA kan vise vejen og nedbryde barrierer

Der er løbende igennem de seneste fem år opbygget stærke kompetencer og viden på tværs af SDCA inden for datainfrastrukturer og datakilder - både inden for sekundær- og primærsektoren.

"Det [Data] har været en hjørnesteen fra start og de [SDCA] har været foran andre afdelinger også vores egen i forhold til at kigge på hvor borgerne er og lade data styre.

Ekstern samarbejdspartner

SDCA har siden 2018 arbejdet med IT-projektet SAMBLIK-diabetes, som er et værktøj til datade-
ling på tværs af sektorer (se nedenfor). Arbejdet
med projektet har bidraget til, at der i SDCA er

opbygget viden, kompetencer og netværk inden
for nationale datastrukturer på tværs af sekto-
rerne.

Herudover har SDCA opbygget et datateam i
staben med viden om regionens egen datain-
frastruktur og kendskab til data i de forskellige
journalssystemer, kliniske kvalitetsdatabaser og
andre relevante systemer. Der leveres løbende
data til SDCAs ledelse og bestyrelse i forbindel-
se med overordnet opfølgning på centrets virke.

SAMBLIK-Diabetes

Udvikling af digitalt værktøj til deling af data på tværs af sundhedsvæsenet

MNår en borger med type 2-diabetes har et møde med sundhedsvæsenet, bærer vedkommende sin egen sygdomshistorie med sig. Region, kommune og praksissektor kan nemlig ikke dele alle relevante data på tværs. Det resulterer ofte i usammenhængende behandlingsforløb, hvor vigtig vi-
den går tabt i overgangen mellem de tre sektorer. SAMBLIK-diabetes er en it-løsning, som forsøger
at løse dette problem ved at samle og intuitivt vise diabetesrelevante helbredsdata til behandlere
ved henholdsvis almen praksis, endokrinologisk afdeling på hospitalet og hjemmesygeplejersker
ved kommunen.

SAMBLIK-diabetes er bygget simpelt op af følgende elementer

- Patientoverblik
- Målinger: Helbredsinfo inkl. blodprøvesvar, medicin og behandlingsmål
- Forløb: Kontakter med sundhedsvæsenet
- Medicin: Aktuell medicin
- Kommunale tilbud: Link til relevante kommunale tilbud

Styrken ved SAMBLIK-diabetes er, at den trækker på data fra den nationale data-infrastruktur ved
Sundhedsdatastyrelsen (SDS) suppleret med øvrige relevante datakilder. Derigennem udstilles
diabetes-relevante data fra bl.a. almen praksis' forløbsplaner, patientens aftaler i sundhedsvæse-
net, Fælles Medicin Kort (FMK), Laboratoriesvarportalen samt status fra fodterapeuter og øjen-
læger. De sundhedsfaglige har let adgang til SAMBLIK-diabetes via en knap i deres eget journal-
system.

Derudover leveres der data til en lang række kliniske forsknings- og udviklingsprojekter i SDCA og ved regionshospitalerne.

" En kæmpestor udfordring er den eksisterende sundheds it-infrastruktur i Danmark, som er tung og svær at flytte på. Den nemme løsning er at lave små stand-alone løsninger, som ikke er integreret med de andre, men som derfor heller ikke er levedygtig.

Intern

At SDCA har opbygget stærke kompetencer og viden om adgang til og systematisk anvendelse af data fremgår også af interviews med eksterne informanter. Her fremhæves SDCAs store arbejde med at sammenkoble data på tværs af platforme og med at gøre det tilgængeligt for klinikere og forskere. Af interviewene fremgår det, at eksterne samarbejdspartnere anerkender SDCA for det store og vigtige arbejde, de gør, og håber at SDCA kan være med til at vise vejen for andre aktører i sundhedsvæsenet. Det fremgår desuden, at eksterne informanter oplever SDCA

Kan datadeling give bedre behandling og mindre ulighed i sundhed?

SAMBLIK-Diabetes blev i perioden fra oktober 2021 til februar 2022 pilotafprøvet som arbejdsredskab af 32 sundhedsfaglige medarbejdere fra sygehuse, almen praksis og kommuner. En gruppe patienter er desuden interviewet om deres perspektiver på løsningen. Evalueringen af pilotafprøvningen peger på en stor potentiel værdiskabelse ved brug af SAMBLIK-diabetes, idet løsningen blandt andet har potentiale til at forbedre det tværsektorielle samarbejde, højne behandlingskvaliteten qua et bedre beslutningsgrundlag for behandlerne og mindske ulighed i sundhed, idet patienten ikke selv skal bære helbredsinformationer på tværs af sektorer.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet medfinansierer i 2024-25 en storskalaafprøvning af SAMBLIK-diabetes samt en teknisk genopbygning af løsningen. Storskalaafprøvningen har overordnet to formål:

- At der skabes viden om, hvilken værdi det giver sundhedsfaglige og patienter, at SAMBLIK-diabetes bruges i en klinisk hverdag over længere tid (1-2 år), samt belyse fremmere og barrierer for praktisk implementering af SAMBLIK-diabetes på tværs af sektorer. Denne viden skal danne grundlag for, at beslutningstagere kan beslutte, om SAMBLIK-diabetes skal implementeres nationalt.
- At SAMBLIK-diabetes genopbygges, således at det er muligt – hurtigt og omkostningseffektivt – at udvikle, afprøve og drifte nye SAMBLIK-overblik målrettet andre målgrupper for eksempel borgere med KOL, multisygdom og børn.

Datadelingsløsning for flere

Målgruppen og konteksten for SAMBLIK-diabetes er behandlere af og personer med type-2 diabetes, men IT-løsningen begrænser sig ikke hertil, og som led i et bredere SAMBLIK-projekt er formålet derfor også at bidrage generelt til datadelingsløsninger, som gavner både patient og sundhedsfaglig. Således er der udsprunget flere igangværende projekter af SAMBLIK-diabetes henholdsvis en løsning målrettet børn, patienter med KOL og patienter med multisygdom.

som en *enabler*, der med centrets ressourcer og kompetencer på området kan bidrage til at sammenkobling af data på tværs af systemer bliver nemmere og som kan hjælpe samarbejdspartnere til at navigere i juridiske forhold og sundhedsvæsenets it-infrastruktur.

Data og digitalisering som løftestang for målrettethed

Adgang til data om diabetespopulationen på regions-, klinik- og individniveau styrker SDCAs mulighed for at arbejde målrettet. Det gælder både i udvikling af nye projekter og afprøvning

af nye tiltag og løsninger såvel som i tilrettelæggelsen af det daglige kliniske arbejde og i mødet med den enkelte patient. SDCA arbejder derfor løbende med at udvikle datastrukturer og værktøjer, der kan give bedre mulighed for at skabe målrettede løsninger, tilbud og ydelser. Dette underbygges i interviewene, hvor data og digitalisering ofte kobles til og fremhæves som en løftestang for at gøre det nemmere at arbejde målrettet. Det fremhæves særligt ved indsatser, hvor patienter eller borgere er direkte målgruppe for indsatserne.

Digital kompetenceudvikling til personale i primærsektoren

Større outreach gennem udvikling af digitale tilbud til primærsektoren

SDCA har fokus på at bidrage til en systematisk kompetenceudvikling i primærsektoren. Centret udvikler og afprøver forskellige indsatser målrettet medarbejdere i kommunerne med det formål at få nyeste viden om diabetes ud til de fagfolk i kommunerne, der arbejder med borgere, der har diabetes – det vil sige kommunale behandlere, skoler, bosteder, rehabiliteringsinstitutioner med mere. Der er fokus på digitale undervisningstilbud og på bæredygtighed for både målgrupperne og for de ressourcer, der bruges til at afholde kurserne.

De digitale undervisningstilbud har vist sig at være særdeles egnede til at samle mange deltagere fra forskellige enheder på fleksible tidspunkter og med så optimal udnyttelse af undervisningsressourcer som muligt. De digitale undervisningstilbud omfatter blandt andet Diabetes Spots (emnebaseret undervisning på én time) til kommunalt ansatte og almen praksis, videoer og e-læring.

Diabetes i skolen (KIDS)

Diabetes i Skolen er en vidensportal, der er udviklet i et samarbejde mellem Steno centrene. Det er ambitionen, at portalen kan bidrage til en tryggere oplevelse af skoledagen for børn med diabetes. Portalen er udviklet med udgangspunkt i, at alle ansatte på skolerne bør have et basalt kendskab til diabetes og vide, hvordan man handler i en utryk situation. Portalen kan uafhængig af tid og sted tilgås af alle ansatte på skolerne, uanset om man er pedel, lærer, pædagog, sekretær eller skoleleder,

" Vi begynder at have et klarere billede af den enkeltes livssituation og dermed også kunne zoome ind på borgerens behov og hvordan kan vi tilbyde netop det, der er bedst for den enkelte.

Intern

Som en del af samarbejdet med regionshospitalet om Fremtidens Diabetesklíník er der etableret en tværgående arbejdsgruppe vedrørende datadrevet kvalitetsudvikling, som består af endokrinologiske speciallæger og projekt- og udviklingsmedarbejdere. Arbejdsgruppen arbejder med at optimere og ensrette dataregistrering

og datastrukturer på tværs af regionen for derigennem af muliggøre øget fælles datafangst, automatisering af dataoverførsel på tværs af databaser og udvikling af fælles databaserede værktøjer til klinikere og patienter.

Der er i foråret 2023 igangsat et nyt projekt ved navn "INDBLIK", som sigter mod udvikling af digitale databaserede værktøjer til klinikere og patienter, der skal understøtte transformationen imod mere differentierede og behovsstyrede ambulante forløb for patienter med type 1-diabetes (jf. kapitel 4).

Et nyt studie KIDS (Kids In Danish Schools) har fokus på, hvordan diabetes håndteres i de danske skoler, og resultaterne viser blandt andet at en fast tilknyttet koordinator til et barn med type 1-diabetes har positiv betydning for, hvordan forældrene oplever samarbejdet med skolen og for deres og barnets tryghed. Derfor er det vigtigt, at sikre tilgængelig viden om diabetes for de ansatte på skoler, der arbejder med børn med diabetes – lærere, pædagoger, vikarer, administrative medarbejdere, pedeller mv.

Diabetes SPOTS

Et Steno Diabetes Spot er et virtuelt undervisningsoplæg om diabetes, og målgruppen er alle kommunalt ansatte, der har brug for ny viden om diabetes. Faggrupper fra plejeenheder bredt i Region Midtjylland har bidraget med input til udviklingen, og har afprøvet alle formater samt testet bestillingsprocedurer for at sikre brugervenligheden og tilgængeligheden.

Undervisningen tager udgangspunkt i indsendte cases og sessionerne kan bookes uafhængig af hinanden og tilpasses målgruppen. Undervisningen varetages af diabeteseksperter fra SDCA, for eksempel diabetessygeplejersker, diabetespsykologer, diætister, endokrinologer - alt afhængig af emnet. Undervisningen foregår online via Zoom.

Målet med SPOTS er at sikre, at der er tilgængelig viden uafhængig af tid og sted for grupper af medarbejdere inden for samme praksis. Dette kan bidrage til at skabe fælles refleksionsrum over eksisterende praksis.

Evalueringer viser, at konceptet er efterspurgt. Det opleves som en styrke, at være mange kollegaer (personale) til stede til samme undervisning, da sandsynligheden for at implementere den nye viden herved øges.

Digitale løsninger giver større outreach og er mere bæredygtigt

Som en del af SDCAs arbejde med digitale løsninger indgår også udvikling af digitale platforme eller indhold til digitale platforme med viden og informationer om diabetes målrettet både patienter og fagprofessionelle. Det omfatter både udvikling af apps, indhold til apps, webbaserede eller virtuelle løsninger og er ofte gennemført i samarbejde med virksomheder eller andre eksterne aktører.

SDCA har sammen med Alexandra Institut og i samarbejde med andre Steno Centre udviklet app'en Diapplo målrettet børn og unge med diabetes. Herudover arbejder centret løbende med udvikling af digitale patientforløb i samarbejde med virksomheden Emento. Der arbejdes blandt andet med et fælles digitalt debutforløb målrettet alle patienter med nykonstateret type 1-diabetes i Region Midtjylland, som udvikles i et samarbejde mellem alle diabetesambulatorier i regionen.

Ud over løsninger målrettet patienter, har SDCA også udviklet og/eller bidraget til udvikling af digitale og virtuelle løsninger målrettet fagprofessionelle, der arbejder med borgere med diabetes på tværs af sektorer og hospitaler. Det omfatter blandt andet webinarer, e-læring, virtuelle konferencer med almen praksis, virtuel undervisning af personale i primærsektoren (Diabetes Spots) og vidensportal målrettet personale ved skoler (Diabetes i skolen) (se nedenfor).

Ved brug af digitale løsninger er det muligt at nå en stor målgruppe og dermed opnå større outreach, idet det ikke kræver fysisk fremmøde og kan tilgås fleksibelt efter behov. Det har samtidig medført en mere bæredygtig ressourceudnyttelse for modtagermålgruppen og for de ressourcepersoner, som skal undervise eller på anden vis

stille viden til rådighed. Det er således løsninger, som umiddelbart kan implementeres i drift.

Data bygger bro mellem forskning og udvikling

Inden for forskning har etableringen af SDCA skabt grundlag for at udvikle og udbygge en datainfrastruktur, der har faciliteret en større udfoldelse af de forskellige forskningsområder og derudover bidraget til et klart juridisk grundlag for at skabe en sikker opbevaring af forskningsdata.

Eksempler herpå er:

- Etablering af adgange til data på Danmarks Statistik, Sundhedsdatastyrelsen og UK Biobank.
- Etablering af Helbred i Midt kohorten
- Udvikling af skabeloner til samarbejdsaftaler og databehandling mellem SDCA og eksterne samarbejdspartnere.

"Vi har pludselig fået kompetencer i data transfer, AI, billedgenkendelse, så vi har opnået et højere kompetenceniveau, som jeg ikke kan se, vi kunne have nået uden en forskningsindsats."

Intern

SDCA er desuden lykkedes med at rekruttere forskere, der arbejder med data på nye måder, og som også har blik for, hvordan data kan medvirke til at bygge bro mellem forskning og SDCAs udviklingsarbejde inden for behandling og forebyggelse, eksempelvis i anvendelsen af kunstig intelligens og *machine learning* til kvalitetsforbedring (se nedenfor). En indsigt fra interviewene er således, at forskere tilknyttet SDCA i højere grad har fokus på at besvare spørgsmål i deres forskning, som kan bidrage med viden og kompetencer til at de øvrige dele af SDCAs organisation kan arbejde mere datadrevet.

Diabetes og AI

SDCA er optagede af, hvordan kunstig intelligens og maskinlæring kan påvirke den kliniske forskning – og i sidste ende behandlingen af personer med eller i risiko for at få diabetes. Eksempelvis kan personer med type 1-diabetes i dag få små kontinuerlige doser af basalinsulin gennem en diabetespumpe, som brugeren har indstillet og samtidig kan brugeren give ekstra insulin til måltider. Groft sagt indstiller brugeren sine doser ud fra blodsukkerniveau, kulhydrater i maden og erfaring for, hvordan insulin optages i kroppen. Men i fremtiden kan det være, at AI kan forudsige og beregne helt præcist, hvor meget insulin personer med diabetes har brug for uden daglig indblanding fra mennesker – og samtidig beregne sandsynligheden for følgesygdomme ud fra mange forskellige målinger i kroppen, for eksempel fra smartwatches, og ikke kun fra blodsukkerniveauet.

En drivkraft for området er forskergruppen i SDCA, der udvikler og forsker i brugen af kunstig intelligens og maskinlæring. Målet er at inkorporere alle tænkelige data – for eksempel billeder og kontinuerlige glukosemålinger – i kliniske modeller gennem deep learning. I udviklingen deltager både klinisk og datavidenskabeligt personale.

Forskergruppen er optagede af at bygge bro mellem fagligheder, så AI ikke bliver et hardcore datavidenskabeligt anliggende, men derimod umiddelbart brugbar og tilgængelig. Her har især to områder stort potentiale. Det ene er syntetisk data, som dækker over, at man ved hjælp af AI kan skabe meget store mængder data, som man kan bruge i forskningen. Den data vil ligne rigtig data, men kan bruges fuldstændig frit. Det andet er transfer learning, hvor man genbruger algoritmer, som oprindeligt er udviklet til ét bestemt formål, og så overfører man dem til at kunne fungere i en anden sammenhæng. Det kunne for eksempel være, at en algoritme udviklet til at genkende forskellige lyd i YouTube-videoer kan bruges i klinikken efter finjustering for at analysere hjertelyd. På denne måde kan man mindske den data- og arbejds mængde, man ellers ville skulle bruge for at udvikle AI-algoritmen.

A photograph of two men in an office environment. The man on the right, wearing glasses and a light blue shirt, is typing on a laptop. The man on the left, with a beard and glasses, is looking at the laptop screen. A large, semi-transparent maroon circle with the number '8' is overlaid in the top left corner.

8

**Foreløbige outcome –
kvalitet, uddannelse
og forskning**

Opsummering

Diabetesbehandlingen i SDCA og Region Midtjylland står generelt et godt sted. På få år er der sket en væsentlig stigning i andelen af patienter med velreguleret diabetes og omvendt sket en reduktion af andelen med dysreguleret diabetes. Udviklingen er mest markant for børn med type 1-diabetes, der er tilknyttet SDCA, men tendensen er den samme for voksne, både med type 1- og type 2-diabetes.

De fleste personer med diabetes, både type 1 og type 2, har høj trivsel og lav diabetesstress, men der er også grupper, hvor SDCA kan gøre en større forskel med målrettet behandling. På tværs af Region Midtjylland har cirka hver tredje voksen en høj grad af diabetesstress. Også for unge mennesker med type 1-diabetes i Region Midtjylland bør SDCA kunne gøre en forskel, eftersom unge med forløb i SDCA generelt har en lavere forekomst af diabetesstress.

Den generelle vækst i forekomsten af type 1 og type 2-diabetes kan give et øget pres på både diabetesklinikker og almen praksis i Region Midtjylland. Denne vækst stiller krav til SDCAs evne til at udvikle ny behandling, værktøjer og uddannelse, der kan komme flere personer og sundhedsprofessionelle til gode. SDCAs uddannelsesaktivitet illustrerer dette skifte med et øget fokus på onlineundervisning, privatpraktiserende sundhedsprofessionelle og sundhedsprofessionelle i primærsektoren.

Mål og målgrupper

SDCAs udviklingsaktivitet er rettet mod tre overordnede målgrupper, henholdsvis SDCAs egne patienter, de hospitalsbehandlede diabetespatienter i Region Midtjylland og slutteligt den samlede population af type 2-diabetespatienter i Region Midtjylland. Komplexiteten af udvik-

lingsopgaven bliver kun større, jo flere patienter, sektorer og samarbejdspartnere, der er involveret.

I det følgende afsnit præsenteres et overordnet overblik over status på udviklingen af centrale indikatorer i de forskellige målgrupper. Udviklingen beskrives med datatræk fra Region Midtjyllands datavarehus, diabetestest.nu, Helbred i Midt og en national spørgeskemaundersøgelse af trivsel og tilfredshed foretaget af Center for Patientinddragelse på vegne af Steno Diabetes Centre. En kort beskrivelse af databaserne og de nærmere dataafgrænsninger kan forefindes i bilag 2. Følgende indikatorer vil blive beskrevet:

- Incidens og prævalens af diabetes
- Trivsel og diabetesstress
- Diabetesbehandling
- Senkomplikationer

Centrets forsknings- og uddannelsesaktiviteter påvirker behandlingskvalitet gennem udvikling og formidling af viden. Effekten heraf er dog ofte langsigtet og vanskelig at måle isoleret. Derfor er det også væsentligt at se på aktiviteten inden for forskning og uddannelse. Med data fra Researchfish og intern registrering af uddannelsesaktiviteten præsenteres udvikling og status inden for:

- Ekstern funding af forskningsprojekter
- Antallet af publikationer
- Antallet af uddannelsesaktiviteter
- Målgrupper inden for uddannelses- og kompetenceudviklingsaktivitet.

8.1 Diabetespopulationen

Et godt demografisk kendskab er en forudsætning for at kunne lykkes med at skabe målrettet diabetesbehandling. Af tabel 2 og tabel 3 fremgår henholdsvis alders- og kønsfordeling af de hospitalsbehandlede diabetespatienter i Region Midtjylland. Tabellerne viser, at type 1-diabetespatienten generelt er yngre og med en ganske stor aldersmæssig spredning, mens over 93% af type 2-diabetespatienterne er over 40 år. Mænd udgør en overvægt af patienterne i Region Midtjyllands diabetesklinikker, hvilket er mest udtalt for type 2-diabetespatienterne.

Tabel 2 – Aldersfordeling for type 1- og type 2-diabetespatienter i hospitalsbehandling i Region Midtjylland

	Type 1 (%)	Type 2 (%)
<18 år	8,7	0,1
18-39 år	30,7	6,2
40-64 år	40,8	42,6
65-80 år	17,5	42,0
>80 år	2,3	9,0

Note: I alt 7368 patienter med type 1-diabetes og 3917 patienter med type 2-diabetes med et aktivt forløb ved ét af regionhospitalet i Region Midtjylland. Datakilde: Datatræk fra Region Midtjyllands Datavarehus.

Tabel 3 – Kønsfordeling for type 1 – og type 2-diabetespatienter i hospitalsbehandling i Region Midtjylland

	Type 1 (%)	Type 2 (%)
Mænd	57,3	62,8
Kvinder	42,7	37,2

Note: n= 7368 patienter med type 1-diabetes og 3917 patienter med type 2-diabetes med et aktivt forløb ved ét af regionhospitalet i Region Midtjylland. Datakilde: Datatræk fra Region Midtjyllands Datavarehus.

Betragtes den samlede diabetespopulation i Region Midtjylland fremstår der et lignende billede. Kun 2,5 % af diabetespopulationen er under 40, mens langt størstedelen befinder sig i aldersspændet fra 40 til 80 år. Det er i øvrigt i dette aldersinterval, at forskellen på andelen af mænd og kvinder med type 2-diabetes giver sig til udtryk.

Tabel 4 – Personer med type 2-diabetes i Region Midtjylland fordelt på køn og alder

	Mænd (%)	Kvinder (%)
18-39 år	1,4	1,1
40-64 år	21,0	17,5
65-80 år	24,7	17,4
>80 år	8,5	8,6

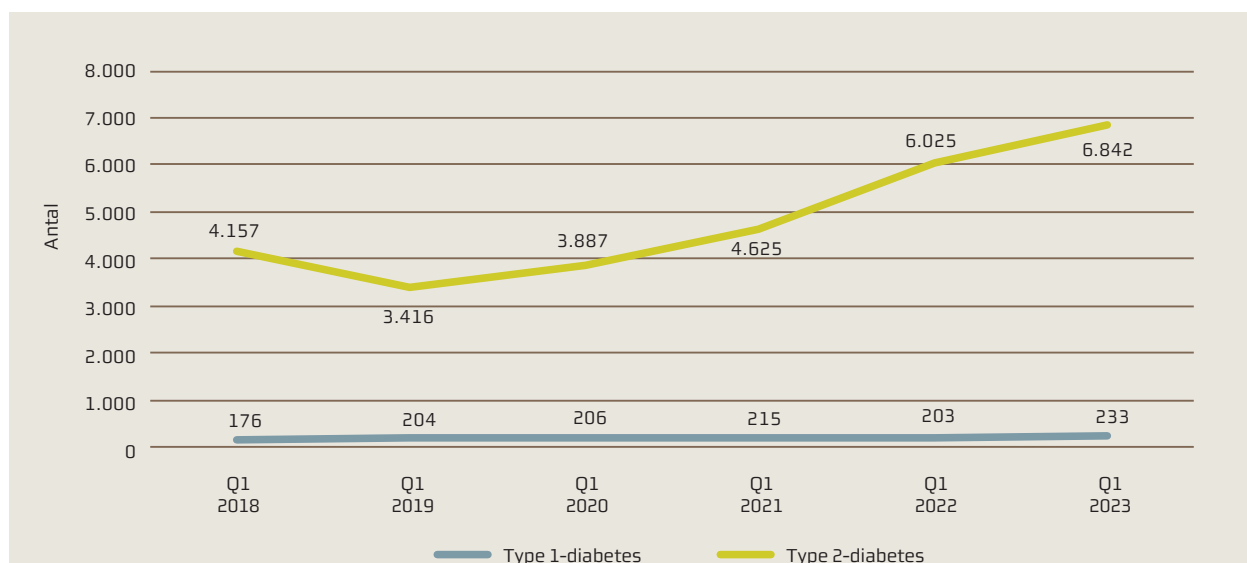
Note: Det samlede antal personer med type 2-diabetes ved tidspunktet for datatrækket var 72.113. Datakilde: Diabetestalsystemet.

8.2 Incidens og forekomst af diabetes

Figur 5 viser en stigning i antallet af nydiagnosticerede både for type 1-diabetes og type 2-diabetes siden 2018. For type 1-diabetes er kurven fladere og bevæger sig i årene 2019-2022 på et

stabilt niveau med en lille stigning i Q1 2023. Tendensen er dog generelt en stigning, hvilket også kan bekræftes af den generelle udvikling på nationalt niveau.

Figur 5 – Udvikling i antal nye tilfælde (incidens) af type 1 og type 2-diabetes i Region Midtjylland. Inkluderer både voksne og børn

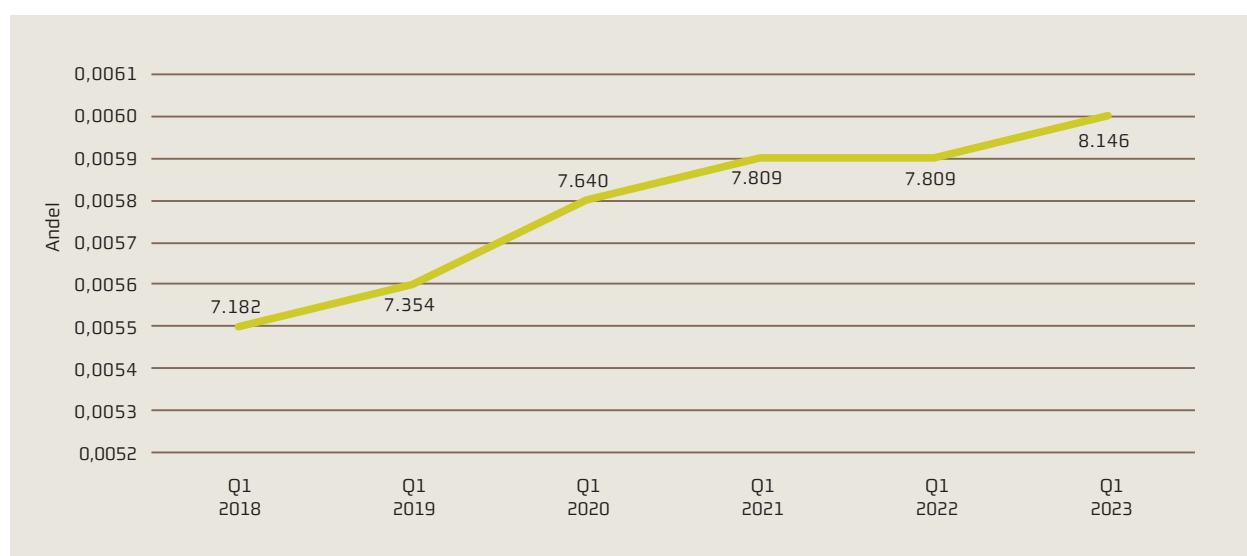


Datakilde: Diabetestotal.nu.

For type 2-diabetes er tendensen mere markant. Antallet af nydiagnosticerede er fra 2018 til 2023 vokset med knap 65%. Med en generel stigning i antallet af ældre og personer med overvægt, forventes det, at udviklingen fortsætter.

Stigningen i incidens afspejler sig også i et voksende antal personer med type 1-diabetes i Region Midtjylland, hvor populationen på fem år er vokset med næsten 1.000 personer. Type 1-diabetespatienter udgør samtidig en voksende andel af den samlede befolkning.

Figur 6 – Udvikling i andelen af personer med type 1-diabetes i Region Midtjylland

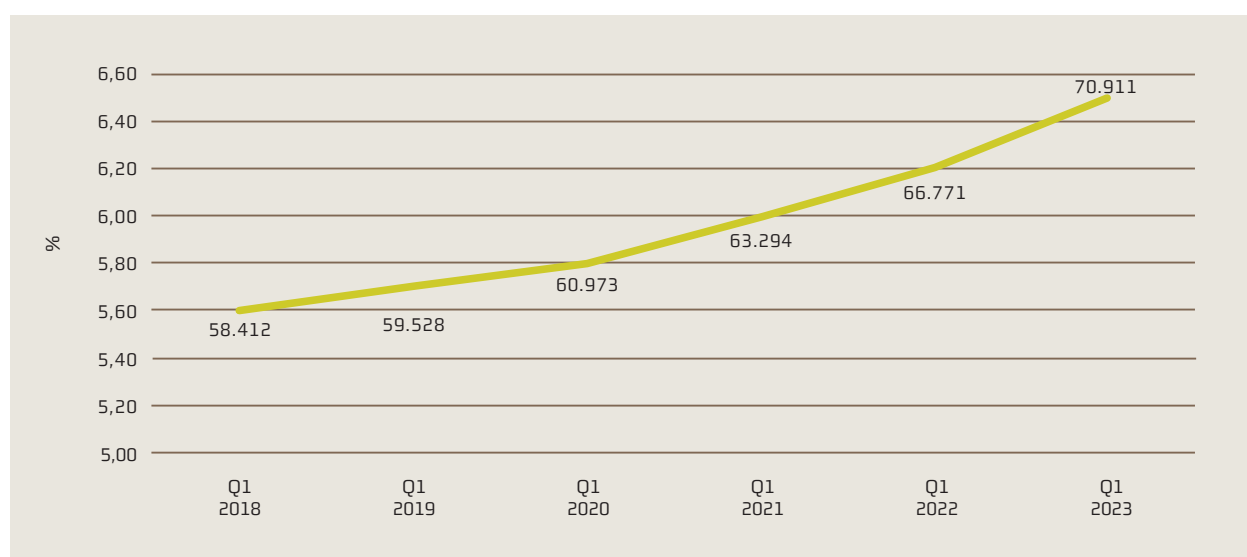


Datakilde: Diabetestest.nu.

Dette er også tilfældet for type 2-diabetespopulationen, der vokser både i antal og andel af den samlede befolkning. På fem år er andelen vokset

med næsten ét procentpoint af den samlede befolkning i Region Midtjylland svarende til 12.499 nye patienter med type 2-diabetes.

Figur 7 – Udvikling i andelen af patienter med type 2-diabetes i Region Midtjylland



Datakilde: Diabetestest.nu.

Alt andet lige peger den stigende forekomst og incidens af type 1- og type 2-diabetes på, at efterspørgslen efter behandling vil stige og udgøre

et øget pres på diabetesklinikker og almen praksis i Region Midtjylland.

8.3 Trivsel og diabetesstress

Livskvalitet kan ikke reduceres til frihed fra sygdom og sygdomstilstande. For at forløse centrets vision om et godt liv med diabetes har SDCA arbejdet med at integrere et fokus på trivsel og livskvalitet i behandlingen. Det har blandt andet resulteret i, at patienterne i SDCA fra 2022 bliver screenet for trivsel og diabetesstress i forbindelse med den årlige sammedagsscreening.

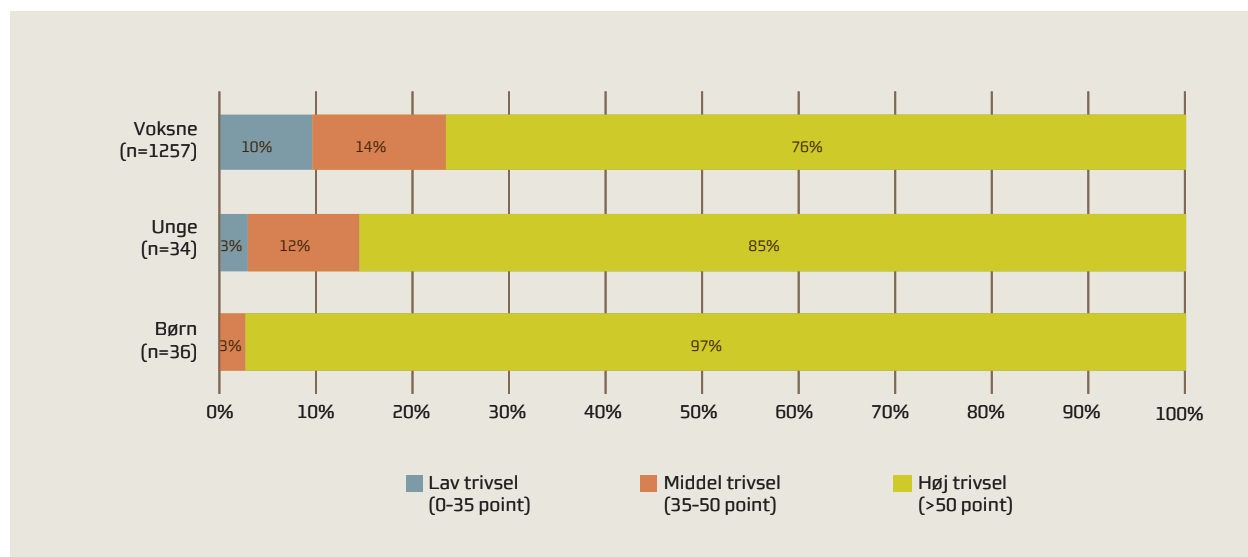
Da det er et nyt tiltag at screene for trivsel og diabetesstress, kan der ikke fremvises data på udviklingen, men kun den øjeblikkelige situation. Data, der fremvises i dette afsnit, stammer fra en national undersøgelse af trivsel hos alle diabetespatienter fulgt i ambulatorier i sygehus-

regi, der blev gennemført på vegne af Steno Centrene i 2023.

Generel trivsel

Generel trivsel er målt ved spørgeskemaet WHO-5, der tildeler den enkelte patient en trivselscore fra 0-100 på baggrund af dennes svar på 5 spørgsmål. Figur 8 viser den generelle trivsel hos patienter i forløb ved SDCA fordelt på tre aldersgrupper. Generelt har langt de fleste patienter en høj trivselscore, men andelen falder med stigende alder. Således har 24% voksne en trivsel, der er lav eller middel, mens der tilsvarende kun er 3% af børnene, der ikke har høj trivsel.

Figur 8 – Generel trivsel i SDCA målt ved WHO-5 blandt voksne (>18 år), unge (15-18 år) og børn (<12 år)

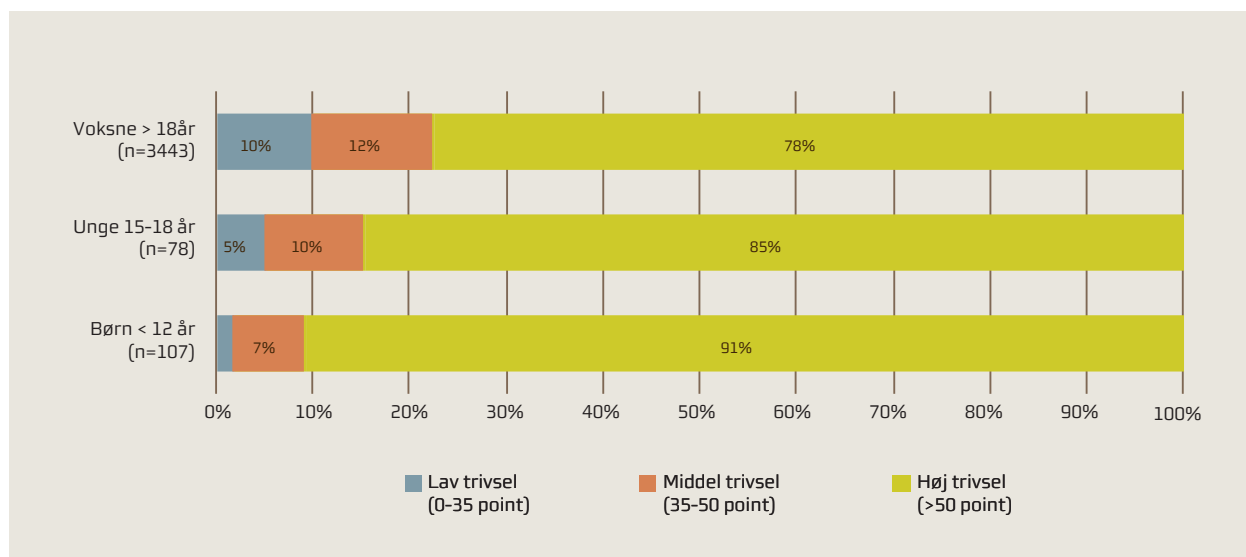


Datakilde: National undersøgelse af trivsel og patienttilfredshed(2023).

Stort set det samme billede gør sig gældende for hele den hospitalsbehandlede diabetespopulation i Region Midtjylland, hvor andelen af

børn med høj trivsel dog er en lille smule mindre, jævnfør figur 9.

Figur 9 – Generel trivsel blandt diabetespatienter med forløb i et diabetesambulatorium i Region Midtjylland målt ved WHO-5 blandt voksne, unge og børn

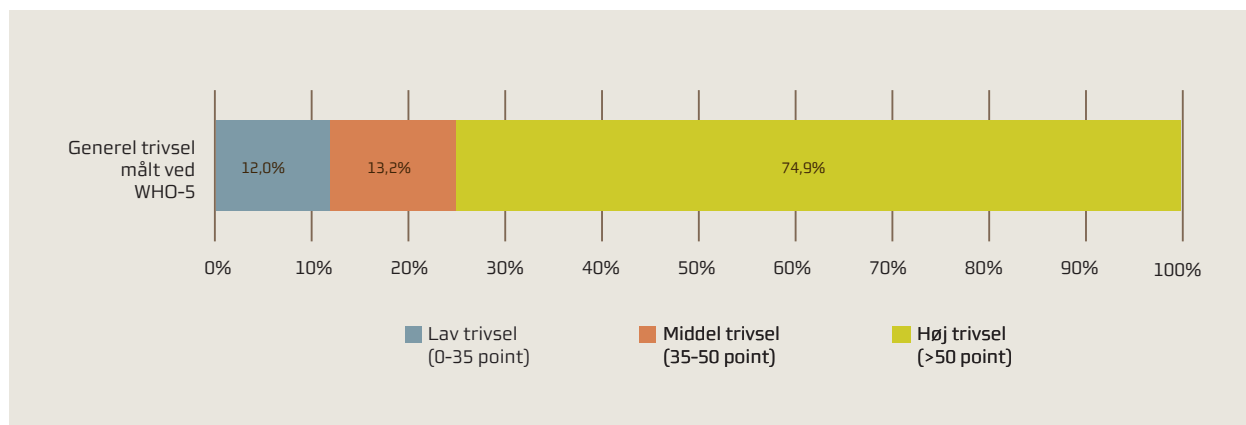


Datakilde: National undersøgelse af trivsel og patienttilfredshed (2023).

For type 2-diabetespopulationen i Region Midtjylland går forholdene igen, hvor tre ud af fire

oplever høj trivsel, mens hver fjerde enten har mellem eller lav trivsel.

Figur 10 – Generel trivsel blandt et udsnit af voksne (18-75 år) type 2- diabetespatienter i Region Midtjylland



Note: Data stammer fra Helbred i Midt-undersøgelsen fra 2020-21, hvor 21.140 personer med type 2-diabetes deltog svarende til en svarprocent på 53,2%.

Samlet set er det positivt, at omtrent tre ud af fire voksne med diabetes på tværs af Region Midtjylland oplever en høj grad af trivsel. En andel, der har potentiale til at vokse i takt med ud-

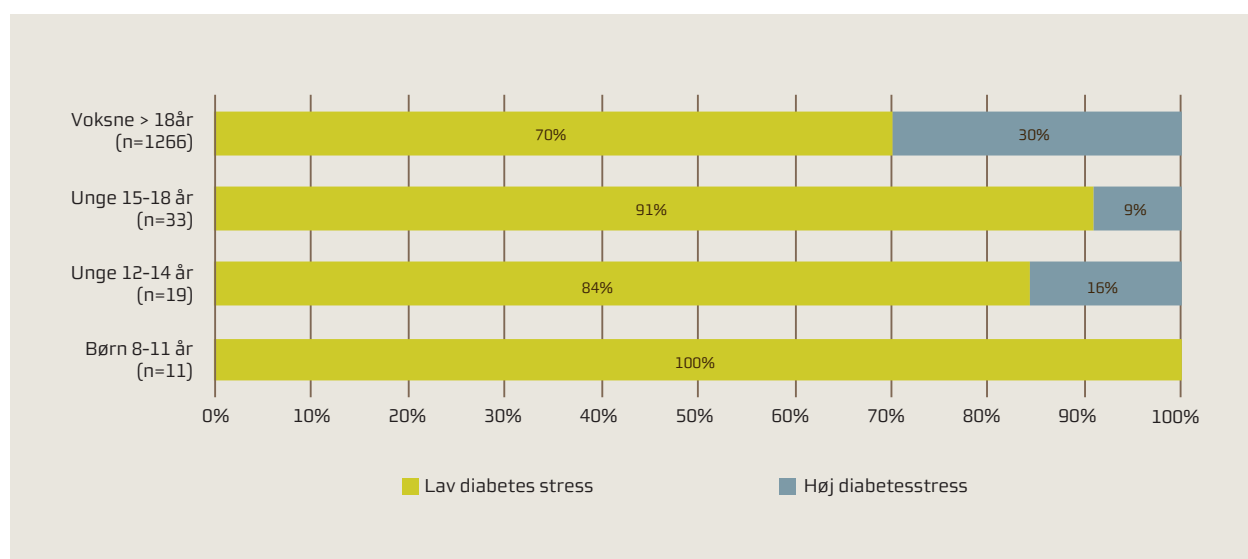
viklingen af bedre og mere målrettet behandling, der også tager højde for den psykiske belastning i forbindelse med diabetes.

Diabetesstress

Diabetesstress dækker over den stressreaktion personer med diabetes kan få, som konsekvens af at skulle leve med og dagligt håndtere sin diabetes. Diabetesstress måles ved PAID-spørgeskemaet (Problem Areas in Diabetes) og skelner mellem lav og høj diabetesstress. Der er anvendt forskellige udgaver af spørgeskemaet afhængigt af aldersniveau.

Figur 11 viser, at 30% blandt de voksne har en høj grad af diabetesstress, mens det forekommer markant mindre blandt de to grupper af unge, og det slet ikke ser ud til at forekomme hos børn med forløb ved SDCA.

Figur 11 – Diabetesstress målt ved PAID blandt voksne, unge og børn i SDCA

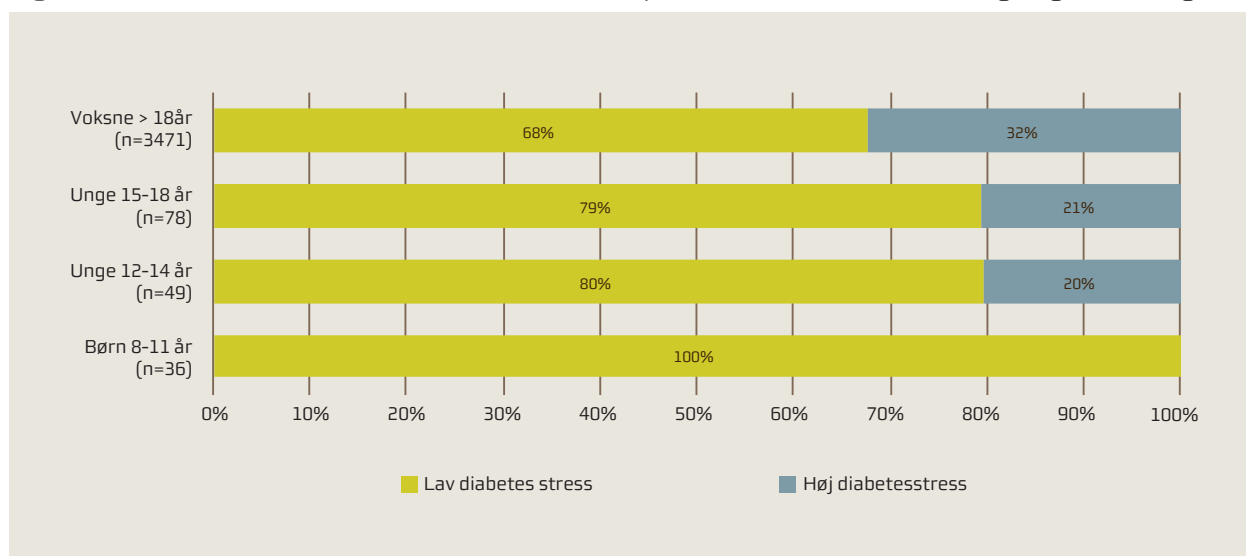


Datakilde: National undersøgelse af trivsel og patienttilfredshed (2023).

Forekomsten af diabetesstress generelt hos den hospitalsbehandlede diabetespopulation i Region Midtjylland er på samme niveau, hvad angår

voksne og børn, mens der er en noget højere andel af unge med diabetesstress.

Figur 12 – Diabetesstress målt ved PAID blandt hospitalsbehandlede voksne, unge og børn i Region

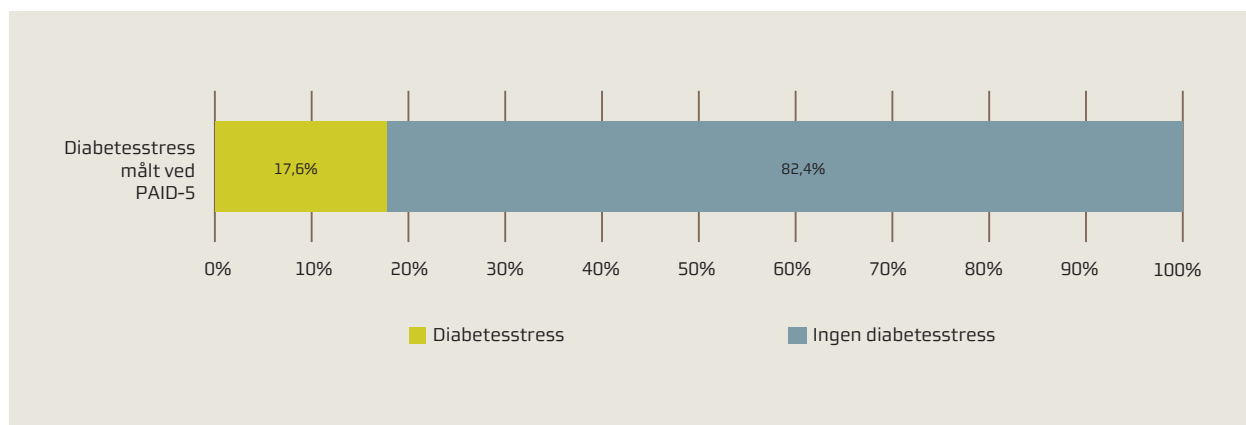


Datakilde: National undersøgelse af trivsel og patienttilfredshed (2023).

Hos den bredere voksne type 2-population i Region Midtjylland ser forekomsten af diabetesstress ud til at ligge lavere sammenlignet med de

voksne hospitalsbehandlede diabetespatienter, hvor 17,6 % angiver at have diabetesstress.

Figur 13 – Diabetesstress blandt et udsnit af voksne (18-75 år) type 2-diabetespatienter i Region Midtjylland



Note: Data stammer fra Helbred i Midt-undersøgelsen fra 2020/2021, hvor 21.140 personer med type-2 diabetes deltog svarende til en svarprocent på 53,2 %.

En markant andel af de voksne hospitalsbehandlede diabetespatienter og udsnittet af type 2-diabetespåpopulationen i Region Midtjylland ser altså ud til at have en høj grad af diabetesstress. Med bedre diabetesbehandling og bredere adgang til diabetesteknologi, må det forventes, at SDCA har forudsætningerne for at gøre en forskel på dette område ved at udvikle målrettet be-

handling, der også vedrører det psykiske aspekt af det at have diabetes. Forskellen på forekomsten af diabetesstress hos unge hospitalsbehandlede diabetespatienter i SDCA og generelt i Region Midtjylland kunne også tyde på, at netop denne aldersgruppe kunne være et oplagt samarbejdsområde på tværs af regionshospitalerne.



8.4 Klinisk kvalitet

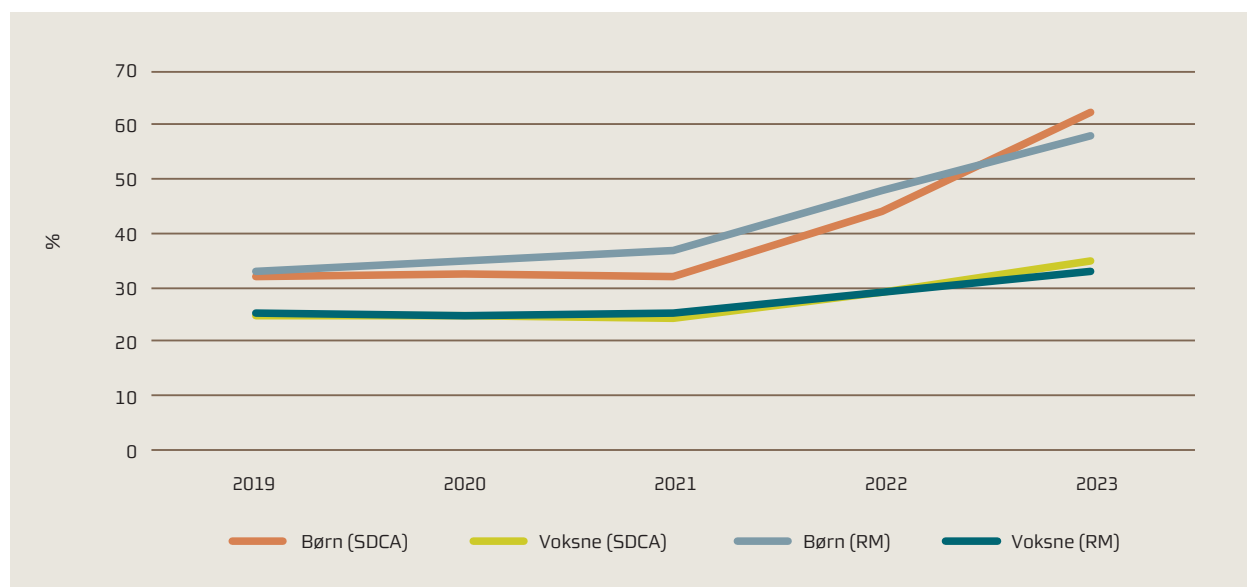
En stor del af SDCAs aktivitet handler om at forbedre den kliniske kvalitet. En meget væsentlig parameter, når udviklingen af diabetesbehandlingen skal vurderes, er andelen af patienter, der har henholdsvis velreguleret og dysreguleret diabetes. Jo højere langtidsblodsukker(HbA1c), jo større er risikoen for at udvikle senkomplikationer.

Andelen af velregulerede type 1-diabetespatienter ($\text{HbA1c} \leq 53 \text{ mmol/mol}$) er steget ganske markant siden 2019, som det fremgår af figur 14. Stigningen er mest markant for børnene, hvor

andelen med velreguleret diabetes næsten er fordoblet fra omkring 32% til omkring 62% for SDCA. Meget må naturligvis tilskrives, at alle børn og unge under 18 år bliver tilbudt diabetes-teknologi.

Udviklingen er også pæn for den voksne del af populationen, hvor andelen af voksne type 1-diabetespatienter i SDCA med velreguleret diabetes er vokset med otte procentpoint siden 2019. Hvor hver fjerde tidligere havde velreguleret diabetes, er det nu hver tredje.

Figur 14 – Udvikling i andelen af type 1-diabetespatienter med $\text{HbA1c} \leq 53 \text{ mmol/mol}$



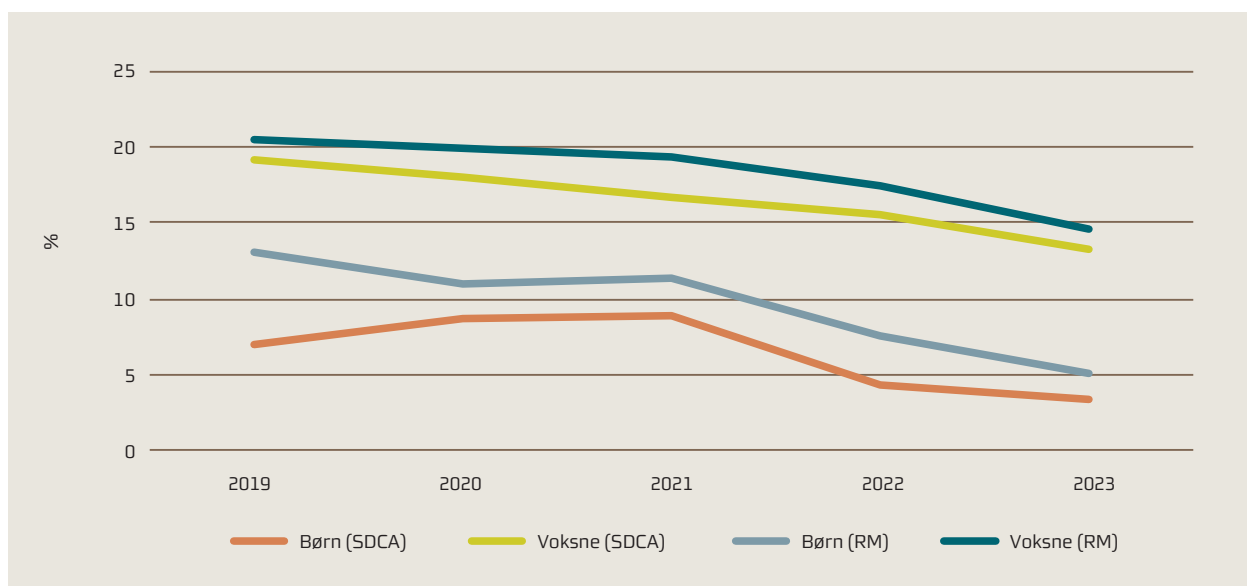
Datakilde: Datatræk fra Region Midtjyllands Datavarehus.

Det bør bemærkes, at den høje standard for diabetesbehandlingen gør sig gældende for regionen som helhed, hvilket ligger et godt fundament for et ligeværdigt samarbejde på tværs af regionshospitalerne.

Den stigende andel med velreguleret diabetes modsvares også af en faldende andel patienter

med dysreguleret diabetes ($\text{HbA1c} \geq 70 \text{ mmol/mol}$), der slår igennem for både voksne og børn, som det fremgår af figur 15. For voksne er andelen på tværs af Region Midtjylland faldet med cirka 6 procentpoint til en andel under 15% af den samlede population. For børn er det tilsvarende fald på 8 procentpoint til en andel på cirka 5%.

Figur 15 – Udvikling i andel af type 1-diabetespatienter med HbA1c ≥ 70 mmol/mol

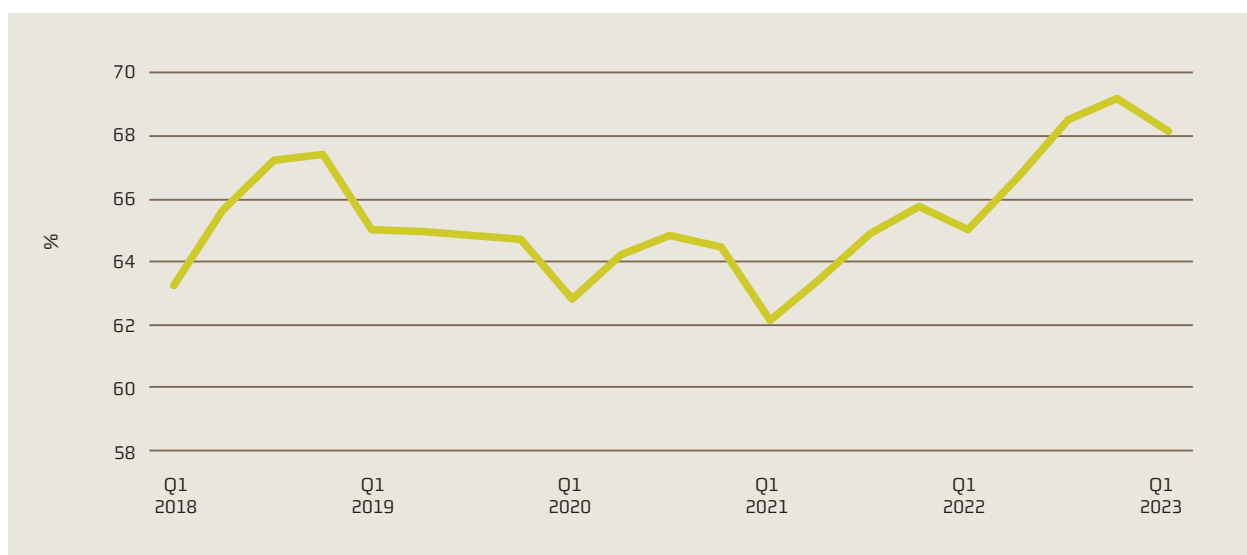


Datakilde: Datatræk fra Region Midtjyllands Datavarehus.

De fleste type 2-diabetespatienter i Region Midtjylland har generelt velreguleret diabetes, som det fremgår af figur 12, men også her er der en

stigende andel siden 2019, hvilket formentlig kan tilskrives udvikling og udbredelse af effektive diabetespræparater.

Figur 16 – Udvikling i andelen af type 2-diabetespatienter i Region Midtjylland med HbA1c ≤ 53 mmol/mol

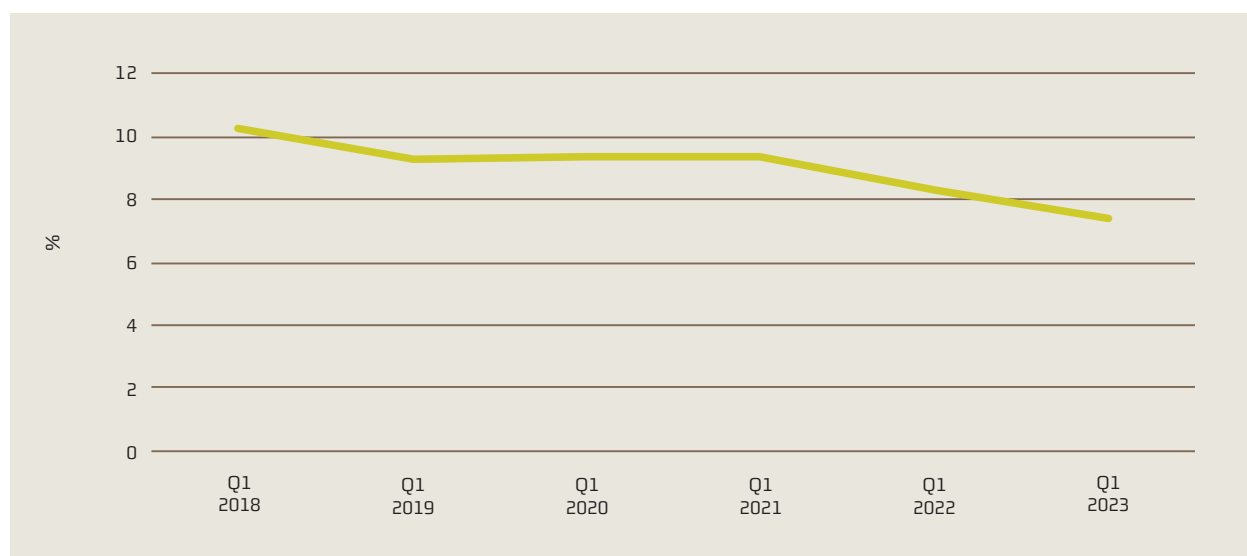


Datakilde: Diabetestall.nu

Tilsvarende er der sket et fald i andelen af type 2-diabetespatienter i Region Midtjylland, der

ikke er velreguleret. Faldet er dog mere jævnt fra cirka 10% til cirka 7,5%

Figur 17 – Udvikling i andelen af type 2-diabetespatienter i Region Midtjylland med HbA1c $\geq$ 70 mmol/mol



Datakilde: Diabetestest.nu

Overordnet set er der markant flere type 1- og type 2-diabetespatienter, der har velreguleret diabetes og tilsvarende færre, der har dysreguleret diabetes. Forbedringen træder klarest igennem for børn med type 1-diabetes, hvor der næsten er tale om en fordobling i andelen med velreguleret diabetes.

Øvrige kliniske behandlingsmål

Foruden den glykæmiske regulering arbejdes der også med behandlingsmål for lipidsænkende behandling og forhøjet blodtryk for at minimere risikoen for udviklingen af hjertekarsygdomme. Tabel 5 herunder viser udviklingen i andelen af type 1-diabetespatienter med et opnået behandlingsmål.

Tabel 5 – Udvikling i andelen af type 1-diabetespatienter i SDCA og Region Midtjylland med opnået behandlingsmål for blodtryk og kolesterol

		2019	2020	2021	2022	2023
Region Midtjylland	Antal patienter med registreret LDL-måling	4410	4729	5392	5577	5554
	Andel med LDL-Kolesterol $\leq$ 2,5 mmol/L	73,20%	70,90%	72,11%	73,18%	73,17%
	Antal patienter med registreret blodtryksmåling	4176	4532	5189	5360	5376
	Andel med blodtryk < 140/90 mm/HG	76,84%	74,54%	74,47%	74,81%	77,12%
SDCA	Antal patienter med registreret LDL-måling	1749	1878	1984	2027	2113
	LDL-Kolesterol $\leq$ 2,5 mmol/L	73,81%	69,49%	72,73%	75,19%	72,31%
	Antal patienter med registreret blodtryksmåling	1313	1567	1877	1896	1821
	Blodtryk < 140/90 mm/HG	78,37%	75,49%	78,37%	79,06%	82,70%

Datakilde: Datatræk fra Region Midtjyllands Datavarehus.

Tabellen viser, at andelen af patienter i SDCA og i Region Midtjylland, der lever op til det umiddelbare behandlingsmål for LDL-kolesterol, ligger stabilt omkring 70-75% siden 2019. Behandlingsmålet for blodtryk har siden 2019 en mere entydig positiv tendens og lander på 82% for SDCA og 77% for hele regionen.

Billedet er det samme for de hospitalsbehandlede type 2-diabetespatienter i SDCA og i Region

Midtjylland, der fremgår af tabel 6. Andelen af patienter, der opnår LDL-behandlingsmålet, ligger stabilt højt omkring de 83% for både SDCA og hele Region Midtjylland, mens andelen, der når behandlingsmålet for blodtryk, stiger ganske betragteligt fra et lavere niveau til 73% for SDCA og 69,5% for det samlede antal hospitalsbehandlede type 2-diabetespatienter i Region Midtjylland.

Tabel 6 – Udvikling i andelen af hospitalsbehandlede type 2-diabetespatienter i SDCA og i Region Midtjylland med opnået behandlingsmål for blodtryk og kolesterol

		2019	2020	2021	2022	2023
Region Midtjylland	Antal patienter med registreret LDL-måling	2779	2721	3123	3132	2853
	Andel med LDL-Kolesterol $\leq$ 2,5 mmol/L	83,92%	81,18%	82,23%	83,33%	83,42%
	Antal patienter med registreret blodtryksmåling	2393	2384	2812	2749	2331
	Andel med blodtryk < 140/90 mm/HG	64,81%	62,54%	65,15%	66,90%	69,50%
SDCA	Antal patienter med registreret LDL-måling	1257	1208	1319	1266	1102
	LDL-Kolesterol $\leq$ 2,5 mmol/L	85,12%	83,11%	83,40%	85,94%	83,85%
	Antal patienter med registreret blodtryksmåling	959	991	1234	1151	835
	Blodtryk < 140/90 mm/HG	66,11%	66,20%	70,50%	70,55%	73,29%

Datkilde: Datatræk fra Region Midtjyllands Datavarehus.

Senkomplikationer

Senkomplikationer er en samlebetegnelse for de følgesygdomme til diabetes, der blandt andet kan opstå ved vedvarende forhøjet blodsukker, der kan beskadige kroppens blodkar. Screening for senkomplikationer har hidtil været en fasttømret del af diabetesbehandlingen og foregår i forbindelse med den årlige sammedags-

screening. At flere patienter fra en tidlig alder har velreguleret diabetes sænker naturligvis risikoen for at udvikle senkomplikationer, men fordi flere samtidig får diabetes og samtidig lever længere, vil udviklingen ikke nødvendigvis afspejle den faldende individuelle risiko.

Tabel 7 – Udvikling i andel voksne type 1-diabetespatienter med udvalgte senkomplikationer

		2019	2020	2021	2022	2023
Region Midtjylland	Nyresvigt	1,92%	2,10%	2,16%	1,99%	1,95%
	Kardiovaskulære sygdomme	5,69%	5,58%	5,62%	5,42%	5,49%
	Amputationer (major)	0,20%	0,36%	0,40%	0,26%	0,23%
	Amputationer (minor)	0,17%	0,25%	0,27%	0,22%	0,23%
SDCA	Nyresvigt	1,82%	2,30%	2,25%	1,85%	1,93%
	Kardiovaskulære sygdomme	6,69%	6,22%	5,84%	5,30%	5,63%
	Amputationer (major)	0,23%	0,43%	0,54%	0,32%	0,31%
	Amputationer (minor)	0,23%	0,17%	0,21%	0,16%	0,19%

Note: Der er ikke præsenteret data for retinopati for SDCA og Region Midtjylland, da det ikke har været muligt at fremfinde valide fuldkomne data. SDCA arbejder på at få udarbejdet en retvisende opgørelse, som vil indgå i SDCAs samlede målbillede fremadrettet. Datakilde: Datatræk fra Region Midtjyllands Datavarehus.

Som det fremgår af Tabel 7, er der generelt få patienter med type 1-diabetes, der udvikler senkomplikationer. Den hyppigst forekommende senkomplikation i det præsenterede er kardiovaskulære sygdomme, der for både SDCA og Region Midtjylland generelt har en let nedadgående trend. For SDCA er forekomsten i 2023 på 5,63% og i Region Midtjylland er den på 5,49%. Forekomsten af nyresvigt ligger stabilt omkring

de 2% både i SDCA og Region Midtjylland, mens forekomsten af amputationer på grund af diabetiske fodsår også ligger stabilt lavt i tidsperioden.

Hvad angår de hospitalsbehandlede type 2-diabetespatienter, er der generelt en højere forekomst af senkomplikationer, hvilket i sig selv ikke er overraskende, da det er ét af kravene for at blive henvist til et forløb i SDCA.

Tabel 8 – Udvikling i andel af hospitalsbehandlede type 2-diabetespatienter med udvalgte senkomplikationer

		2019	2020	2021	2022	2023
Region Midtjylland	Nyresvigt	3,76%	4,60%	4,51%	4,61%	5,95%
	Kardiovaskulære sygdomme	20,61%	22,16%	21,38%	21,41%	20,27%
	Amputationer (major)	0,51%	0,98%	0,87%	0,68%	0,82%
	Amputationer (minor)	0,51%	0,68%	0,50%	0,68%	0,54%
SDCA	Nyresvigt	2,63%	3,58%	3,33%	3,67%	5,62%
	Kardiovaskulære sygdomme	25,43%	24,68%	21,68%	22,05%	20,03%
	Amputationer (major)	0,55%	1,27%	0,93%	0,80%	0,77%
	Amputationer (minor)	0,55%	0,85%	0,44%	0,57%	0,45%

Datakilde: Datatræk fra Region Midtjyllands Datavarehus.

Det mest bemærkelsesværdige er en generel stigning i andelen af nyresvigt, der i SDCA stiger fra 2,65% til 5,62% fra 2019 til 2023, mens der tilsvarende har været et fald i kardiovaskulære sygdomme fra 25,43% til 20,03%. Tendensen er den samme generelt i Region Midtjylland for andelen af nyresvigt, mens udviklingen i andelen af kardiovaskulære sygdomme har været mere stabil henover perioden.

For hele type 2-diabetespopulationen, der præsenteres i tabel 9, ligger forekomsten af nyresvigt og kardiovaskulære sygdomme nogensinde også stabilt. Andelen af kardiovaskulære sygdomme stiger dog også let, hvilket formentlig hænger sammen med en ældre population.

Tabel 9 – Udvikling i andelen af kardiovaskulære sygdomme nogensinde* og terminalt nyresvigt hos type 2-diabetespopulationen i Region Midtjylland

	2019	2020	2021	2022	2023
Terminalt nyresvigt	1%	1%	1%	0,99%	0,98%
Kardiovaskulære sygdomme nogensinde	39,40%	39,20%	39,10%	39,50%	40,20%

Note:* Data er fra diabetestest.nu, der opererer med en anden populationsafgrænsning og en anden definition af kardiovaskulær sygdomme nogensinde. Andelen kan derfor ikke sammenlignes med de øvrige opgørelser af kardiovaskulære sygdomme. Datakilde: Datatræk fra Region Midtjyllands Datavarehus.

8.5 Uddannelse

Tabel 10 herunder viser deltagerantallet i SDCAs uddannelsesaktiviteter fordelt på sektor.

Tallene dækker kun over SDCAs egne aktiviteter og ikke aktiviteter, der er lavet i samarbejde med de øvrige Steno Centre, hvilket formentlig fordobler deltagerantallet. I 2021 var der stort set det samme antal deltagere fra region og kommune, mens dette forhold i 2022 og 2023 ændrer sig med en klart større deltagermæssig tyngde fra kommunerne, ligesom deltagerantallet fra privatpraksis stiger markant både i 2022 og 2023.

Tabel 10 – Deltagerantal i SDCAs uddannelsesaktiviteter fordelt på sektor 2021-2023

	2021	2022	2023*
Kommune	344	1154	602
Region	348	294	122
Privatpraksis	55	97	246

Note: *Første halvår af 2023. Datakilde: Intern registrering af uddannelsesaktivitet

Dette skifte hænger sammen med bevidstheden om, at SDCA skal gøre en forskel for den store type 2-diabetespopulation, der ikke nødvendigvis har direkte berøring med SDCA. Én af tilgangene har været at lægge vægt på at øge kompetencerne hos de omsorgspersoner ansat i kommunerne, der dagligt er i kontakt med borgere med type 2-diabetes som for eksempel fodterapeuter og plejehjemsansatte. Tilsvarende har der været fokus på at øge kompetencer og bevidsthed om diabetes for sundhedsprofessio-

nelle med egen praksis som for eksempel læger i almen praksis og privatpraktiserende fodterapeuter. Dette fokus understøttes også i udviklingen i typen af uddannelsesaktivitet, der fremgår af tabel 11, hvor onlineundervisningen udgør en stadig større andel af de udbudte læringsaktiviteter. Dette har flere positive konsekvenser; det muliggør, at flere kan deltage fra et større geografisk område, ligesom flere af produkterne kan modtages on-demand, det vil sige i det øjeblik, hvor behovet opstår.

Tabel 11 – Antal og type af uddannelsesaktivitet 2021-2023

	2021	2022	2023
Læringsaktiviteter			
Kurser	19	22	10
Temadage	13	10	7
Konferencer	1	3	3
Uddannelser	2	2	2
Symposier	2	2	0
Onlineundervisning (synkron og asynkron)	12	64	26
Læringsprodukter			
Podcasts	20	37	55
Videoer	163	268	266
Videnportaler	3	4	4
Apps	3	4	4
Oplysningskampagner	0	0	0
Analoge og digitale spil	0	2	2
Pædagogiske læringsredskaber	0	1	2
Cases	50	50	50
Film	0	0	0
E-læring	5	7	7

Note: *Første halvår af 2023. Datakilde: Intern registrering af uddannelsesaktivitet

Tabel 11 inkluderer både uddannelsesaktiviteter, der er lokalt udviklet og udbudt i SDCA, og uddannelsesaktiviteter, der er udviklet og udbudt i fællesskab med de øvrige Steno Centre. Kun ganske få af de præsenterede læringsprodukter

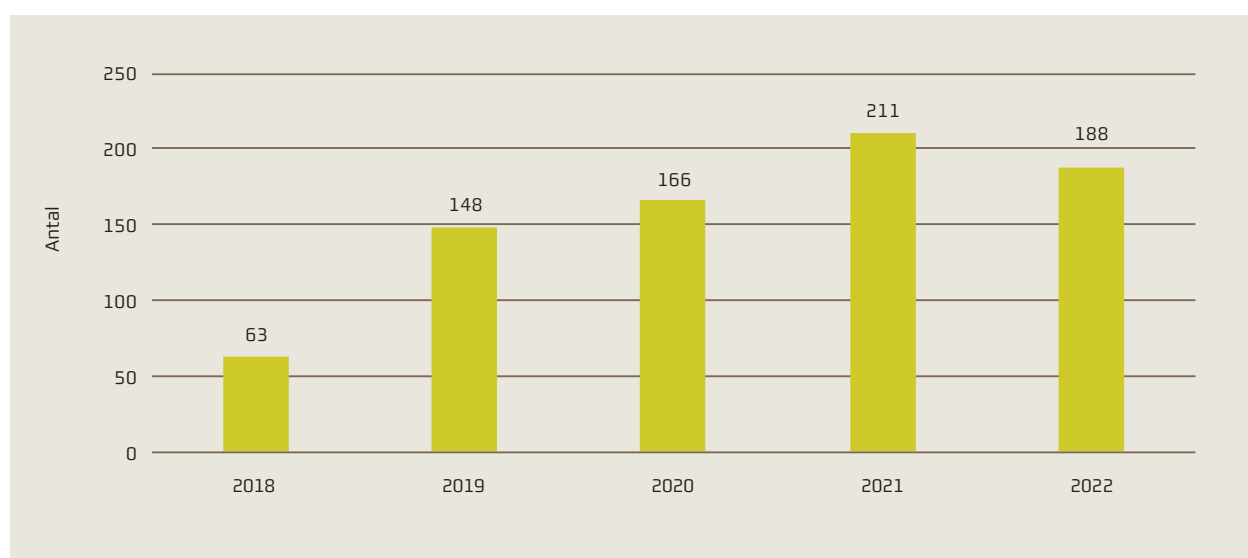
bliver kun udviklet og udbudt lokalt i SDCA. Langt de fleste læringsprodukter udvikles i fællesskab og bruges på tværs af Steno Centrene, eftersom målgrupper og problemstillinger i de fleste tilfælde er de samme.

8.6 Videnskabelige publikationer og ekstern funding

Forskningsområdet i SDCA er vokset markant siden centrets etablering i 2018 og med den løbende rekruttering af forskere og opbygning af forskningsmiljøer. Dette afspejles også i antallet af videnskabelige publikationer, der er ste-

get frem til 2021 og derefter stabiliseres, hvilket fremgår af figur 18. Da forskningsområdet er ved at blive konsolideret i sin nuværende størrelse, forventes det, at antallet af publikationer vil forblive omkring det nuværende leje.

Figur 18 – Antal videnskabelige publikationer fra SDCA pr. år

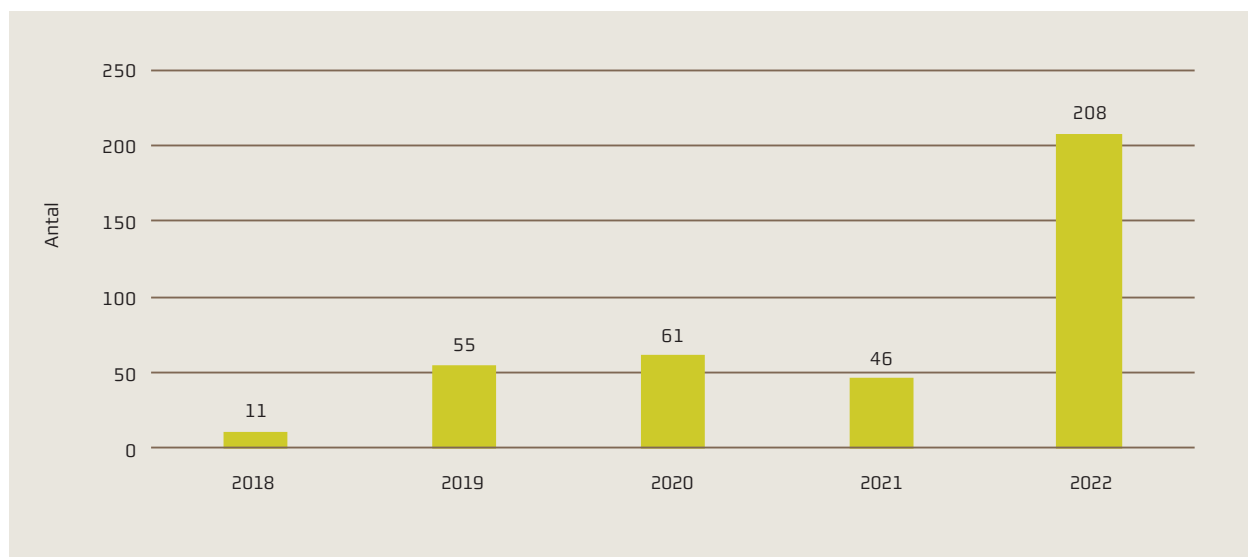


Note: Al data for de enkelte år er indhentet via Researchfish Dashboard pr. 22.11.23

Forskningsområdets generelle vækst giver sig også til udtryk i ekstern funding af forskningsprojekter, hvis udvikling præsenteres i figur 19.

Her ligger ekstern funding nogenlunde stabilt i 2019-2021 på mellem 61 og 46 millioner for derefter at vokse til 208 millioner i 2022.

Figur 19 – Ekstern funding af forskningsprojekter (i millioner kr.)



Note: Al data for de enkelte år er indhentet via Researchfish Dashboard pr. 22.11.23. De enkelte bevillinger tæller kun med i det år, bevillingen er givet.

Den markante vækst i 2022 er formentlig ikke udtryk for en ny tendens. Der er en vis grad af tilfældighed i, om store enkeltbevillinger falder i

det ene eller det andet år. Derfor forventes det også, at ekstern funding vil falde i 2023 og stabiliseres fremadrettet.





9

Opsamling og perspektivering

SDCAs vision er at bidrage til det gode liv for personer med og i risiko for at udvikle diabetes. På fem år er centret nået langt: Behandlingen af både type 1- og type 2-diabetes har på tværs af Region Midtjylland taget et stort spring. Langt flere patienter har velreguleret diabetes, og tilsvarende har langt færre dysreguleret diabetes. Det betyder, at personer med diabetes har en formindsket risiko for at udvikle behandlingskrævende senkomplikationer, og de kan forvente en bedre livskvalitet.

God diabetesbehandling kan dog ikke nødvendigvis veksles direkte til bedre livskvalitet for den enkelte. Det vidner omfanget af diabetesstress blandt både type 1- og type 2-diabetespatienter om. SDCA har fortsat en opgave i at bidrage til at udvikle den del af behandlingen, der retter sig mod det menneskelige og mentale aspekt af det at have diabetes. Samtidig skal centret gå forrest og påvirke behandlingskulturen, så den ikke er præget af skræmmebilleder eller et overdrevet fokus på risici.

SDCA har på fem år opnået en række væsentlige strategiske milepæle:

- SDCA udvikler bæredygtige løsninger gennem samarbejde og udviklingen af digitale løsninger.
- SDCA arbejder med målrettet diabetesbehandling gennem udviklingen af målgruppe-specifikke tilbud, fælles værktøjer og begreber til behovsstyret behandling.

- SDCA har udviklet nære samarbejder på tværs af hospitaler, sektorer og på forskningsområdet og betragtes som en troværdig samarbejdspartner.
- SDCA arbejder med brugerdrevet innovation og centrets kultur er præget af nysgerrighed og risikovillighed.
- SDCAs kompetencer inden for data og digitalisering muliggør, at centret kan arbejde med målrettet behandling og fungere som enabler for andre aktører i sundhedsvæsenet.

Etableringen af et unikt forskningsmiljø, og opnåelsen af de strategiske milepæle skaber et stærkt udgangspunkt for, at SDCA i de kommende år kan træde endnu mere i karakter som et kraftcenter, hvis udviklings- og innovationskompetencer kan udnyttes til at skabe fundamentale forandringer i diabetesbehandlingen – til gavn for flere patienter med diabetes og endda for fremtidens sundhedsvæsen. Særligt tre udviklingsperspektiver træder frem:

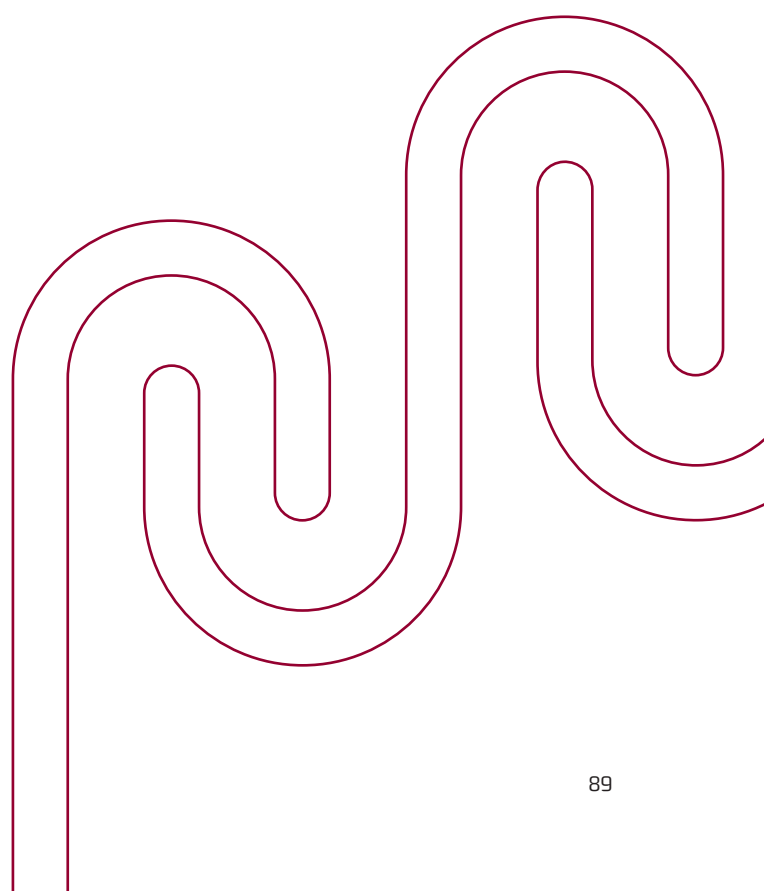
1. **SDCA** vil arbejde på at få fuldt implementeret den behovsstyret diabetesbehandling i SDCA og på regionshospitalerne i Region Midtjylland. "One size fits all" skal ud og den individualiserede behandling skal ind. Målet er mere frihed og bedre behandling for den hospitalsbehandlede diabetespatient. Der skal fortsat udvikles differentieringsværktøjer, digitale behandlings- og læringstilbud og kompetenceløft og lige så vigtig er en ændring i kulturen hos både behandlere og patienter. Her har forskningen også en stor rolle i at fylde det store videnshul, der endnu er på området. Lykkes SDCA med forandringen, kan SDCA være en rollemodel for andre kronikerområder.

2. SDCA har allerede nu erfaring med at udvikle fremtidens type 1-diabetesforløb i forpligtende samarbejde med eksterne samarbejdspartnere. Samtidig har centret haft tætte partnerskaber med primærsektor, hvor der er blevet opdyrket viden om tværsektorielle samarbejdsmodeller. Det momentum skal SDCA udnytte til også at udvikle det bedst mulige behandlingsforløb for personer med type 2-diabetes og andre kardiometaboliske risikofaktorer. SDCA har allerede sat de første streger på et nyt signaturprogram med titlen Steno Plus, der gennem forskning, udvikling og implementering af nye løsninger, skal sikre tilgængelighed og smartere udnyttelse af specialistviden og kompetencer på tværs af sektorer.

3. SDCA skal vise vejen for andre aktører i sundhedsvæsenet og værne om rollen som *enabler* ved i endnu højere grad at udnytte data og nye digitale muligheder – herunder med

fokus på borgerskabte data og AI. Centret har opbygget kompetencer og erfaring inden for digitalisering og data på tværs af centrets enheder og skal være frontløber på området. Digitalisering og data er en nøgle til at forløse centrets mål, lige fra den målrettede individualiserede behandling, sammenkobling af data på tværs af sektorer, sikring af uddannelsesaktivitetens bæredygtige drift og til forskning i AI. SDCA kan med fordel understøtte udviklingen inden for digitalisering og data med en tydeligere strategi og tværgående organisering.

SDCA er allerede nået langt i bestræbelserne på at bidrage til et godt liv med diabetes, men ambitionerne rækker videre. Stenobevillingen understøtter en helt særlig forsknings- og udviklingskraft som skal udfoldes optimalt i de kommende år. I særlig grad til gavn for alle, som er påvirket af diabetes, men i høj grad også til gavn for det samlede danske sundhedsvæsen.



Steno Diabetes Center Aarhus

Palle Juul-Jensens Boulevard 11,
Indgang A
8200 Aarhus N

Tlf. 2053 9002

Femårsevaluering af
**Steno Diabetes Center
Aarhus**

status, resultater og perspektiver

Bilag

Indhold

Bilag 1 – Rambøllrapport SDCA	3
Bilag 2 – Datakilder og -forklaring	33

Bilag 1 – Rambøllrapport SDCA



INDHOLD

1.	Resume	2
2.	Indledning	5
3.	Introduktion til arbejdet med de fem pejlemærker	8
4.	Samarbejde	9
5.	Innovation	13
6.	Data og digitalisering	16
7.	Måltrettethed	20
8.	Bæredygtighed	22

BILAG

Bilag 1: Metodebilag

Bilag 2: Forandringsteori

1. RESUME/HOVEDRESULTATER

Steno Diabetes Center i Aarhus (SDCA) blev etableret på baggrund af en donation fra Novo Nordisk Fonden til Region Midtjylland i 2018. Formålet var at udvikle indsatser til gavn for patienter med diabetes inden for klinikken, forskningen, uddannelsesområdet og det tværsektorielle område. I løbet af den indledende 10-års bevillingsperiode skal der gennemføres en opstarts-, femårs-, og tiårs evaluering. Det er nu er blevet tid til SDCA's femårsevaluering.

Rambøll Management Consulting gennemførte derfor i efteråret 2023 en afdækning af interne og eksterne interessenters vurdering af, hvorvidt og hvordan Steno Diabetes Center Aarhus (SDCA) har skabt progression i realiseringen af centrets overordnede strategi. Denne afdækning blev foretaget som en del af SDCA's samlede femårsevaluering. Afdækningen bidrager dermed med et eksternt blik og en uafhængig vurdering af fremdrift til dato samt fremadrettede opmærksomhedspunkter.

Overordnet set finder Rambøll, at både interne og eksterne interessenter anerkender den rejse, SDCA har været på siden centrets opstart. Således beskriver interessenterne, at SDCA har positioneret sig som en strategisk vigtig og konstruktiv medspiller med 'fokus på bolden' i både en regional og national kontekst. Der er stor anerkendelse af den komplekse ledelsesopgave, der har ligget i dette, og som SDCA har formået at udfylde.

Rambølls undersøgelse er struktureret med udgangspunkt i SDCA's strategi fra 2022. I samarbejde med SDCA har Rambøll med afsæt i strategien udarbejdet en ramme for afdækningen af interessenternes vurdering af SDCA. Rammen tager afsæt i fem pejlemærker baseret på hhv. de strategiske retninger og fokusområder defineret i strategien. Denne ramme har dannet udgangspunkt for en omfattende række interviews med både interne interessenter (ledelse og medarbejdere) og eksterne samarbejdspartnere.

Rambøll finder, at der er stor genkendelse af SDCA's strategiske pejlemærker, og at både interne og eksterne interessenter ret naturligt kan tale ind i disse. Strategien tyder dermed på at have relativt stor gennemslagskraft, i hvert fald i tænkning. I de gennemførte interviews med interne medarbejdere er det dog også tydeligt, at der til tider er en varierende forståelse af de enkelte pejlemærker, og hvad der forventes internt i forhold til realiseringen af disse. Der er dermed stadig et behov for at 'oversætte' de fem pejlemærker internt, så de passer ind i de forskellige afdelingers arbejde – som spænder fra drift til forskning – og skabe en endnu stærkere fælles forståelse af, hvordan de enkelte afdelinger bidrager til den samlede strategiske retning.

På tværs af de fem pejlemærker taler flere interessenter ind i vigtigheden af, at der er lighed i adgangen til muligheder – både i forhold til de eksterne partnere, som SDCA etablerer samarbejde med, og i den strategiske tilgang til, hvordan SDCA's ressourcer fordeles. Her kunne en fremadrettet opmærksomhed være, hvordan et fokus på at mindske ulighed i diabetesforebyggelse og -behandling kunne forme et supplerende fremadrettet pejlemærke eller målparameter for SDCA i den kommende femårsperiode.

I undersøgelsen af de fem pejlemærker finder Rambøll:



SAMARBEJDE

- SDCA har etableret sig som en bred og troværdig samarbejdspartner og positioneret sig som et kraftcenter, som mange ønsker at samarbejde med.
- Der er et velfunderet samarbejde med regionshospitalerne og forskningssektoren – og potentiale for at tage en større rolle i nationale samarbejder.

- Samarbejdet med primærsektoren kunne styrkes yderligere – både i udbredelsen af ekspertise til almen praksis og i samarbejdet med kommuner.
- Det fysiske fællesskab på SDCA er under udvikling – flere medarbejdere savner en større grad af fagligt fællesskab i centret.
- Brugere inddrages strategisk i SDCA's udviklingsarbejde – men det er mindre synligt for eksterne interessenter.

Fremadrettede opmærksomhedspunkter

- SDCA kan øge samarbejdet med primærsektoren yderligere.
- Det er vigtigt, at SDCA har en klar strategi for, hvordan man vil sikre et bredt kommunalt engagement på tværs af regionen.
- SDCA skal arbejde mere målrettet på at styrke det nationale samarbejde mellem de fem centre og arbejde med afsæt i en fælles vision.
- SDCA kan have et større fokus på det interne sammenhold i centret og skabe en større fællesskabsfølelse, fx gennem faglige events.
- Brugere kan inddrages endnu mere end det pt. er tilfældet – eller det kan kommunikeres klarere, hvordan SDCA arbejder strategisk med brugerinddragelse.



INNOVATION

- SDCA er en regional og national motor for innovation – det kræver stor lydhørhed og åbenhed over for at indsamle og tage imod idéer fra samarbejdspartnere.
- Innovation har sat sig organisatoriske spor – og der er potentiale for yderligere forankring på tværs af SDCA
- Risikovillighed ses som den vigtigste drivkraft for at arbejde innovativt – og informanterne vurderer, at SDCA i høj grad besidder denne risikovillighed.

Fremadrettede opmærksomhedspunkter

- SDCA kan med fordel indtage en endnu tydeligere position som innovationsmotor (regionalt og nationalt) og synliggøre centrets kompetencer på feltet.
- Der er behov for at skabe en endnu stærkere fælles forankring og forståelse af, hvad innovation er i SDCA, og hvordan centret arbejder med innovation.
- SDCA kan gøre det nemmere for eksterne aktører og borgere at blive en del af SDCA's innovationsprocesser og komme med idéer og problemer.
- SDCA er allerede opmærksomme på at inddrage brugerperspektivet i deres innovationsprocesser. Der er dog tegn på, at SDCA kunne styrke brugerperspektivet yderligere, så innovationsprocesserne i endnu højere grad end i dag tager udgangspunkt i brugerdrevne behov.



DIGITALISERING OG DATA

- Interne interessenter beskriver, hvordan SDCA's forskning har udviklet sig til at kunne understøtte, at SDCA kan arbejde datadrevet.
- Der er klare eksempler på, at data anvendes som beslutningsgrundlag, særligt når borgere er direkte målgruppe. Det er dog ikke muligt på baggrund af det indsamlede datamateriale at vurdere, hvor systematisk data anvendes som strategisk filter.
- SDCA kan være med til at vise vejen og nedbryde barrierer i sammenkoblingen af data på tværs af platforme – og har spillet en vigtig rolle i arbejdet til dato.
- Digitalisering og data opleves som en vigtig løftestang for at arbejde mere målrettet med at skræddersy diabetesbehandling og -forebyggelse.
- Der er uklarhed omkring forståelsen af, hvordan SDCA arbejder med data og digitalisering.

Fremadrettede opmærksomhedspunkter

- Der er potentiale for at skabe en fælles forståelse af data og digitalisering i SDCA.
- SDCA skal fortsætte det vigtige arbejde med at skabe en lettere adgang for behandlere og forskere til patientdata.

**MÅLRETTETHED**

- SDCA har stort fokus på målrettet behandling – og kan vise vejen for andre.
- I praksis kræver målrettet behandling adfærdsændringer og kommunikation blandt behandlere og patienter. Det er en gradvis ændring af mindset, som stadig er undervejs.

Fremadrettede opmærksomhedspunkter

- SDCA har en vigtig rolle som dem, der viser vejen for, hvordan man kan arbejde målrettet til inspiration for andre sundhedsaktører.
- SDCA har en vigtig rolle i at understøtte adfærds- og kulturændring blandt behandlere og patienter ved fx kompetenceopbygning samt kommunikation og oversættelse af, hvorfor og hvordan der arbejdes målrettet.

**BÆREDYGTIGHED**

- SDCA er lykkedes med at skabe et bæredygtigheds-mindset i organisationen.
- Eksterne samarbejdspartnere kan involveres endnu mere for at sikre bæredygtighed i driften af nye løsninger.
- Bæredygtighed kræver også udvikling og innovation. Både interne og eksterne interessenter italesætter en nuanceret forståelse af bæredygtighed, hvor SDCA skal gå forrest for at udvikle og demonstrere bæredygtighed på længere sigt.

Fremadrettede opmærksomhedspunkter

- SDCA skal fortsat være opmærksomme på at agere bæredygtigt som organisation i forhold til ikke at dræne regionen for hænder.
- Bæredygtighed kan i højere grad tænkes ind i afsøgningen af potentielle projekter med eksterne samarbejdspartnere.
- SDCA kan i højere grad italesætte over for eksterne samarbejdspartnere, hvordan innovation understøtter bæredygtighed for at mindske oplevelsen af, at innovation og bæredygtighed er hinandens modsætninger.

2. INDLEDNING

På vegne af Steno Diabetes Center Aarhus (SDCA) har Rambøll Management Consulting (Rambøll) gennemført en afdækning af interessentperspektiver i forbindelse med en samlet femårsevaluering af SDCA. Det sker som led i den evalueringsplan, der foreligger i den nærværende tiårige bevillingsperiode fra Novo Nordisk Fonden.

2.1 Evalueringens formål

Femårsevalueringen har til formål at vurdere, om SDCA's indsatser og de foreløbige resultater bidrager til realiseringen af centrets vision, strategi og målsætninger. Evalueringen skal desuden danne grundlag for læring og drøftelse af, om der er behov for justeringer i centrets strategiske retning, indsatser eller ressourceallokering.

Konkret tager evalueringen afsæt i tre undersøgelsesspørgsmål:

1. Hvordan bidrager SDCA's indsatser inden for udvikling og forskning til realiseringen af SDCA's vision, strategi og målsætninger?
2. I hvilket omfang lever SDCA's indsatser og projekter op til SDCA's strategiske retning inden for målrettet og bæredygtig udvikling og fokus på samarbejde, innovation og digitalisering?
3. Hvad er det foreløbige outcome af SDCA's indsatser inden for udvikling og forskning målt på indikatorer i SDCA's overordnede målbillede?

Rambøll har bidraget til den samlede evalueringsrapport med en afdækning af, om og hvordan centrale interessenter vurderer, at SDCA har skabt progression i realiseringen af centrets overordnede strategi.

2.2 Undersøgelsesdesign og datagrundlag

Undersøgelsen er funderet på to gennemgående principper om *løbende dialog* og *samskabelse*, som har været styrende for Rambøll og SDCA's samarbejde om tilrettelæggelse og gennemførelse af evalueringen.

I opstartsfasen definerede Rambøll og SDCA i fællesskab evalueringens målbillede og succeskriterier. Rambøll udformede en forandringsteori (se bilag 2) baseret på fællesdrøftelserne med SDCA og centrets strategi fra 2022¹. Dette baggrundsmateriale fungerede som forståelsesramme for evalueringen og dannede udgangspunkt for udvikling af interviewguides.

Interviewguides til hhv. interne og eksterne aktører har været struktureret med afsæt i SDCA's to strategiske retninger og tre fokusområder. Som et analytisk greb har disse retninger og fokusområder i interviews og evalueringen generelt fået fællesbetegnelsen *pejlemærker* for at gøre det lettere for aktører at tale ind i strategien, selvom de har mindre kendskab til den. Nedenfor fremgår de fem pejlemærker, deres betegnelse i strategien og en kort beskrivelse, som også er den interviewpersonerne er blevet præsenteret for.

¹ Steno Diabetes Center Aarhus (2022): Et godt liv – Nye veje til et godt liv for mennesker med og i risiko for diabetes.
https://www.stenoaarhus.dk/siteassets/6.-om-os/vision-og-strategi/steno-diabetes-center-aarhus_strategi_2022.pdf

Figur 2-1: SDCA's fem pejlemærker

PEJLEMÆRKE	FORSTÅELSE	STRATEGI
 Samarbejde	SDCA skal etablere et tæt og forpligtende samarbejde med patienter, borgere, forskningsmiljøer og eksterne aktører på sundhedsområdet (fx regionshospitaler og primær sektor).	Strategisk fokusområde
 Innovation	SDCA skal udvikle en kultur præget af nysgerrighed og risikovillighed, som skaber grundlag for nytænkning og udvikling af løsninger til gavn for personer med eller i risiko for diabetes.	Strategisk fokusområde
 Digitalisering og data	SDCA skal udnytte data og digitale teknologier til at understøtte og udvikle organisationen og de indsatser, der skal bidrage til et godt liv for personer med eller i risiko for diabetes.	Strategisk fokusområde
 Måltretthed	SDCA skal udvikle diabetesbehandling og forebyggelse, der passer til den enkeltes behov og livssituation.	Strategisk retning
 Bæredygtighed	SDCA skal udvikle diabetesbehandling og forebyggelse, der skaber holdbar, anvendelig og varig værdi i det offentlige sundhedsvæsen.	Strategisk retning

Tabellen nedenfor viser de interne og eksterne interviewpersoner, SDCA har udvalgt, og som Rambøll har interviewet i forbindelse med undersøgelsen. Interviewpersonerne repræsenterer et bredt udsnit af aktører, som centret har samarbejdet med inden for de sidste fem år. Undersøgelsens resultater baserer sig således på eksterne aktører, som SDCA samarbejder med i dag, og som i vid udstrækning har været en samarbejdspartner siden centrets opstart. Derfor må det antages, at det også er nogle af de aktører, som SDCA i dag har det mest veletablerede samarbejde med.

Tabel 2-1: Interviewpersoner i forhold til relation til SDCA, type og antal

Relation til SDCA	Type	Form	Antal
Intern	Ledergruppe	Enkelt interviews	6
Intern	Medarbejdere	Tre fokusgrupper	10
Ekstern	Bestyrelse	Enkelt interviews	5
Ekstern	Samarbejdspartnere	Enkelt interviews	10
Ekstern	StenoPanelet	En fokusgruppe	7

De eksterne samarbejdspartnere består af en enkelt repræsentant for hhv. almen praksis, kommune, universitet og Novo Nordisk Fonden. Dertil er der interviewet seks repræsentanter fra regionshospitalerne (AUH, Silkeborg, Randers, Horsens og Gødstrup). Dermed har regionshospitalernes oplevelse af SDCA en forholdsvis stor vægt i evalueringens resultater sammenlignet med de øvrige eksterne samarbejdspartnere.

De interviewede medarbejdere repræsenterer SDCA's fire enheder og staben. Interviews giver et indblik i medarbejdernes oplevelser, men er ikke nødvendigvis repræsentative for den generelle oplevelse blandt SDCA's medarbejdere. Derfor kan undersøgelsen heller ikke afdække, i hvor høj grad strategien er implementeret på tværs af hele organisationen.

2.3 Læsevejledning

Rapporten er struktureret efter SDCA's fem pejlemærker foruden to indledende kapitler, der hhv. samler op på evalueringens hovedresultater (kapitel 1) og formål, design og datagrundlag (kapitel 2).

SDCA's pejlemærker:

- Introduktion til arbejdet med de fem pejlemærker (kapitel 3)
- Samarbejde (kapitel 4)
- Innovation (kapitel 5)
- Data og digitalisering (kapitel 6)
- Måltrettethed (kapitel 7)
- Bæredygtighed (kapitel 8)

Hvert kapitel om pejlemærker er struktureret omkring hovedfund, der fremtræder i overskriftform samt en supplerende beskrivelse underbygget med udvalgte, illustrative citater fra interne og eksterne informanter.

3. INTRODUKTION TIL ARBEJDET MED DE FEM PEJLEMÆRKER

I interviews med medarbejdere, ledelse, eksterne samarbejdspartnere og StenoPanelet er det tydeligt, at der er stor genkendelse af SDCA's strategiske pejlemærker, og at både interne og eksterne interessenter ret naturligt kan tale ind i disse. I praksis relaterer pejlemærkerne sig ofte til hinanden for interessenterne. Eksempelvis peger flere interessenter på, at data og digitalisering er en forudsætning for at arbejde mere målrettet, eller at innovation i høj grad skal tænkes som en forudsætning for, på længere sigt, at identificere og skalere bæredygtige løsninger. I de følgende fem kapitler har vi derfor krydsrefereret til pejlemærkerne i det omfang, vi skønnede det nødvendigt.

Overordnet set tyder SDCA's strategi på at have relativt stor gennemslagskraft, i hvert fald i tænkning. I de gennemførte interviews med interne medarbejdere er det dog også tydeligt, at der til tider er en varierende forståelse af de enkelte pejlemærker, og hvad der forventes internt i forhold til realiseringen af disse. Der er dermed stadig et behov for at 'oversætte' de fem pejlemærker internt, så de passer ind i de forskellige afdelingers arbejde – som spænder fra drift til forskning – og skabe en endnu stærkere fælles forståelse af, hvordan de enkelte afdelinger på forskellig vis bidrager til den samlede strategiske retning.

Social bæredygtighed, ulighed i diabetesforebyggelse og -behandling og lige adgang til samarbejds-muligheder for hele regionen er nøgleord, der er gået igen i mange interviews og på tværs af de fem pejlemærker. Her kunne en fremadrettet opmærksomhed være, hvordan et fokus på at mindske ulighed i diabetesforebyggelse og -behandling kunne forme et supplerende fremadrettet pejlemærke eller målparameter for SDCA i den kommende femårsperiode.

4. SAMARBEJDE

Dette kapitel beskriver de fund, der relaterer sig til SDCA's pejlemærke om samarbejde. I de gennemførte interviews er informanterne blevet præsenteret for en kort beskrivelse af samarbejde, som er udledt på baggrund af SDCA's strategi fra 2022. Beskrivelsen fremgår af nedenstående boks.

Samarbejde udledt pba. SDCA's strategi

SDCA skal etablere et tæt og forpligtende samarbejde med patienter, borgere, forskningsmiljøer og eksterne aktører på sundhedsområdet (fx regionshospitaler og primær sektor).



4.1 Bred og troværdig samarbejdspartner

Flere medarbejdere giver udtryk for, at der er etableret et bredere samarbejde med eksterne partnere siden SDCA's opstart. Hvor der tidligere var fokus på at gøre relevante aktører opmærksomme på centrets arbejde, er det blevet tydeligere for samarbejdspartnere, hvem SDCA er, og hvad centret kan. Centret har formået at positionere sig som et kraftcenter, som mange ønsker at samarbejde med.

Et ord, der går igen i interviews med eksterne samarbejdspartnere, når der tales om samarbejde, er troværdighed. SDCA har fået skabt sig et ry for at være en troværdig samarbejdspartner, som man kan regne med. Det er informanternes oplevelse, at SDCA tager ansvaret på sig, når der indgås samarbejder, hvilket gør det trygt at samarbejde med SDCA.

På tværs af interviews med eksterne samarbejdspartnere og interne medarbejdere og ledere beskrives det som en udfordring, at der er en ulige adgang til at samarbejde. SDCA har mange midler og dermed store muligheder for at samarbejde – det har kommuner og regioner ikke i samme omfang. Dette kan gøre det vanskeligt for eksterne samarbejdspartnere at takke ja til at indgå i projekter med SDCA pga. manglende ressourcer, selvom lysten er stor. I henhold til dette beskriver eksterne samarbejdspartnere et ønske om, at SDCA nogle gange kunne sætte farten ned. Informanterne beskriver, at de tydeligt kan mærke, at SDCA har et andet opdrag end dem selv, hvor der stilles store krav til udvikling og dets tempo. Her oplever nogle eksterne samarbejdspartnere at befinde sig i en anden virkelighed, hvor det er svært at følge med i SDCA's udviklingsspor. Hertil beskrives det som vigtigt, at SDCA bliver ved med at lytte og forstå, hvilken hverdag eksterne samarbejdspartnere befinder sig i. På samme tid er der andre eksterne samarbejdspartnere, som fortæller, at SDCA's ressourcer er en nødvendighed for at kunne lykkes med udviklingen af nye indsatser.



Der har været en masse lokal-faglige bekymringer, lokalpatriotiske bekymringer, bæredygtighedsbekymringer m.m., og det har bare vist sig, at det ikke har været tilfældet, men at centret i stedet har været et fyrtårn. Udover fyrtårn, så synes jeg også, at det har været et lokomotiv og en trækraft for resten af hospitalerne.

Ekstern samarbejdspartner



Det, der har været ulige er, at vi har en masse ressourcer til at samarbejde. Hvis vi gerne vil samarbejde med kommuner og regioner, så vil de gerne, men de har bare ikke mandskabet. Der har ikke være lige forhold i samarbejdet, og det har jeg kæmpet med.

Intern



Vi vil gerne samarbejde med Steno, men vi har ikke ressourcer til at igangsætte projekter.

Ekstern

4.2 Velfunderet samarbejde med regionshospitalet og forskningssektoren

Flere interne medarbejdere fremhæver, at det er en styrke, at der er etableret et formelt samarbejde med regionshospitalet med en fælles vision for diabetesambulatorierne. Dette er med til at sikre en fast struktur for samarbejdet og en fælles måde at tilgå samarbejdspartnere på, hvilket mindsker fragmentering. Eksterne samarbejdspartnere nikker genkendende til, at SDCA er gode til at inddrage regionshospitalet – også allerede i idéfasen. Ledelsen giver udtryk for, at der fra start har været fokus på at etablere samarbejdsfora på tværs af regionen og strukturer, som kunne understøtte samarbejde. Hvor løsninger i begyndelsen kom fra SDCA og ud til eksterne samarbejdspartnere, er der nu i højere grad fokus på at skabe løsninger med eksterne samarbejdspartnere.

Eksterne samarbejdspartnere beskriver også, at SDCA har været gode til at skabe samarbejde med Aarhus Universitet, herunder Institut for Klinisk Medicin, Institut for Folkesundhed og Institut for Biomedicin. SDCA har haft et strategisk fokus på ikke kun at indgå samarbejder inden for den kliniske og biomedicinske forskning, men har helt fra start haft en bred tilgang til forskning. Her har SDCA bl.a. valgt at indgå forskningssamarbejder inden for forskningsområder som sundheds-tjenesteforskning, organisering af sundhedsvæsenet og sammenhæng i patientforløb. Ifølge eksterne samarbejdspartnere er SDCA ligeledes med til at tiltrække stærke forskere fra udlandet, hvor der også er et stærkt formaliseret samarbejde.

En medarbejder med forskningstilknnytning giver udtryk for, at SDCA i højere grad bør have mere fokus på at formidle forskningsresultater, både i et letforståeligt format til ikke-forskere og på internationalt niveau. Det bliver belyst, at man somme tider skal skubbe på, for at forskere skriver en artikel eller pressemeddelelse, og der er et ønske om at have medarbejdere, hvis primære ansvar er forskningskommunikation.

Flere eksterne samarbejdspartnere og interne medarbejdere og ledere beskriver, at de gerne så et stærkere nationalt samarbejde mellem de fem Steno Centre. Informanterne anerkender, at der siden centrenes opstart er etableret et samarbejde, men at dette i endnu højere grad kan være et fokus fremadrettet. Ledelsen beskriver, at centrene vil komme til at stå mere solidt, hvis der er en stærk fælles fortælling. Et styrket samarbejde centrene imellem vil også bidrage til vidensdeling, som kan mindske dobbeltarbejde samt øge ligheden i udbudet af tilbud på tværs af regionerne.

“

Det er nemt for os at samarbejde og række ud. Vi har konkrete programmer, der understøtter, at hvis man sammen kan se værdi i at afdække et område, så kan vi fx komme og medfinansiere forløbet. Der har vi haft held med at engagere andre og løfte diabetesvinklen, så hvis man står ovre på hjerteafdelingen, kan man fx se på hjerte og diabetes. Der har vi været med til at nudge folk til at tage diabetesvinklen i deres forskning, hvilket har udvidet mængden af forskning.

Intern

“

I stedet for at gå i konkurrence finder de en samarbejdsflade med universitetet, så fagligheden ikke bliver konkurrerende.

Intern

“

Jeg tænker også på at få centrene lidt mere strømlinet. "Nå, I har også samme tilbud, som os?". Vi har hver især siddet og opfundet den dybe tallerken, og folk skal også gerne kunne tilbydes de samme tilbud, hvad enten du er i Region Nordjylland eller Region Sjælland.

Intern

4.3 Samarbejdet med primærsektoren kunne styrkes

På tværs af interviews med eksterne samarbejdspartnere og interne medarbejdere og ledere beskrives det, at samarbejdet med primærsektoren kunne styrkes, så patienterne oplever en mere ensartet behandling på tværs af sektorer. Ledelsen giver udtryk for, at der er brugt mange kræfter, både strategisk og relationelt, på at etablere et samarbejde med almen praksis og kommuner. Divergerende organisatoriske strukturer gør det imidlertid svært at etablere samarbejder på tværs. Det beskrives også, at kommunernes politiske styring har vanskeliggjort etableringen af en fælles strategisk dagsorden.

Eksterne samarbejdspartnere er enige i, at det er en vanskelig opgave at nå ud til alle 19 kommuner i Region Midt og sørge for, at de bliver inddraget ligeligt. Her bliver det beskrevet, at det opfattes som relativt tilfældigt, hvor man tidligere har gennemført projekter, og at det i høj grad har været baseret på, hvor SDCA kendte nogen i forvejen. Dertil beskrives det også, at siden SDCA er en regionsorganisation, har man historisk haft mest fokus på behandling. For at styrke samarbejdet med kommunerne kan SDCA ifølge nogle af informanterne derfor arbejde på at øge deres allerede eksisterende fokus på forebyggelse og identificere fælles snitflader, så værdien af at indgå i projekter bliver tydeligere for kommunerne.

4.4 Det fysiske fællesskab på SDCA er under udvikling

Flere medarbejdere savner en større grad af fællesskab i centret. Blandt informanterne var der en forventning om, at man ville blive en mere samlet enhed ved at flytte over i den nye bygning (Forum), men flere oplever det modsatte. I takt med at SDCA er blevet større, er de forskellige enheder blevet mere silo-opdelte og fastlåste, og derfor efterspørges et større fokus på at styrke det interne sammenhold og samarbejde.

På den anden side nævner flere informanter, at flytningen til Forum har gjort det nemmere for medarbejderne at række ud til hinanden på kryds og tværs og derefter opsøge sparring. Informanterne giver udtryk for, at det tidligere kunne kræve en 'mail-storm' at komme i kontakt med hinanden – nu er det blevet nemmere fysisk at gå hen og spørge kollegaer om hjælp.

Medarbejdere beskriver også, at det er en stor fordel at have klinikken tæt på. Dette gør det muligt at sætte et strategisk spor og samarbejde i projekter. Her kan klinikken være med til at afprøve og sparre i forhold til udviklingen af nye initiativer. Dog bliver det også belyst af interne interessenter, at der kan være stor forskel på, om klinikere reelt set indgår i samarbejdsprojekter, eller om de udelukkende arbejder i klinikken og derfor i højere grad anser SDCA som en 'almindelig' medicinsk afdeling. Dette kan sætte begrænsninger for samarbejdet.

Eksterne samarbejdspartnere med tilknytning til forskning giver ligeledes udtryk for, at det er en stor drivkraft, at man som forsker hos SDCA har tæt kontakt til klinikken og derfor kan inddrage klinikkens patienter i forskningsundersøgelser.

“

Det er to adskilte systemer mellem primær og sekundær sektor. Der har været diskussioner om bevillinger, og hvorvidt man opfatter teknologi som hjælpemiddel eller som behandling. To kommuner er heller ikke organiseret ens.

Ekstern samarbejdspartner

“

I forhold til da vi startede, der var der noget berigende i, at vi sad om det samme frokostbord og snakkede sammen på kryds og tværs. Nu er enhederne blevet så store, at dette er forsvundet, fordi vi ikke har haft overskud til at overskue mere end egne enheder. Der skal nok sættes noget struktur på, hvis man skal have overskud til at skue ud.

Intern

“

Vi er utroligt glade for, at vi kan lave forsøg med mennesker på SDCA. De har lavet faciliteter til, at patienter og forsøgspersoner kan blive målt dag og nat i isolerede bokse. Det giver mulighed for en række undersøgelser, som tidligere ikke var mulige. Det er helt unikt og er en investering, som er meget stor, og som betyder rigtig meget for forskerne, fordi man har mulighed for at gå hele vejen.

Ekstern samarbejdspartner

4.5 Brugerperspektivet inddrages i udviklingen

Flere interne medarbejdere og ledelse nævner brugerperspektivet, og at dette inddrages strategisk i udviklingen. Her bliver det nævnt som vigtigt, at man spørger sig selv, "Hvad siger brugerne?", når arbejds gange skal ændres eller nye indsatser skal sættes i værk. StenoPanelet er et eksempel på en formaliseret struktur på brugerinddragelse og -samarbejde. Blandt de interviewede i StenoPanelet er der en oplevelse af, at deltagernes budskaber bliver implementeret i praksis, og at ris og ros bliver taget alvorligt.

Brugerperspektivet nævnes ikke så meget af eksterne, hvorfor der er et muligt udviklingspotentiale her – i hvert fald i forhold til kommunikationen af, hvordan det foregår i praksis.

4.6 Fremadrettede opmærksomhedspunkter

Baseret på det indsamlede datamateriale kan der udledes følgende fremadrettede opmærksomhedspunkter i forhold til samarbejde:

- SDCA kan øge samarbejdet med primærsektoren og fokusere på at samle indsatser og ydelser for at skabe driftsfordele og danne stærkere netværk. Det vil muliggøre, at patienter mødes, hvor de er og ikke nødvendigvis skal forbi hospitalet for at blive behandlet.
- Det er vigtigt, at SDCA har en klar strategi for, hvordan de vil sikre, at de når ud til alle regionens kommuner, så det ikke er de samme kommuner, der bliver inddraget i udviklingsprojekter. Dertil er det vigtigt, at SDCA fokuserer på forebyggelse, så kommunerne ser værdien i at deltage i udviklingsprojekter.
- SDCA skal arbejde mere målrettet på at styrke det nationale samarbejde mellem de fem centre og arbejde med afsæt i en fælles vision. Dertil har SDCA ifølge flere informanter kompetencerne til at gå forrest på nationale projekter.
- SDCA kan have et større fokus på det interne sammenhold i centret og skabe en større fællesskabsfølelse, fx gennem faglige events.
- Brugere kan inddrages endnu mere end det pt. er tilfældet – eller det kan kommunikeres klarere, hvordan SDCA arbejder strategisk med brugerinddragelse.
- En enkelt informant oplever, at SDCA kan blive bedre til at sprede deres viden fra udviklingsprojekter til et bredere nationalt og internationalt publikum ved at publicere den indsamlede viden i videnskabelige tidsskrifter (der fx har fokus på kvalitetsudvikling) frem for mindre fagblade.

“

De har været ekstremt lydhøre overfor, når de har formuleret sig på en måde, og vi har sagt, det fungerer ikke, sådan skal det ikke lyde, så har de været gode til at formulere det på ny.

“

Jeg kan jo godt sidde og tænke noget fra min side af bordet, men hvis jeg spørger patienten, så er det noget helt andet. Vi kan jo ikke tilpasse hver enkelt, men vi er nødt til at finde noget midt mellem.

Intern

“

Der, hvor vi har en fælles mængde mellem kommunerne og centret, er omkring 'det levede liv'. Det levede liv for kommunerne er daginstitutioner, skoler og arbejdspladser ude i kommunerne. Viden skal bringes derud, dvs. større fokus på uddannelsesaktiviteter for lærere, pædagoger og frivilligcentre. Der er meget viden som SDCA sidder med, som ville være guld værd for kommunerne.

Ekstern samarbejdspartner

“

At man øger muligheden for at samarbejde med de andre centre, at man anerkender, at man føder centrene i en kultur. Der er vi nu nået fem år ind og er blevet trygge og helt anderledes tæt i alignment, men kan vi anvende det endnu mere i mod-sætning til i starten, hvor man skulle lære hinanden at kende.

Intern

5. INNOVATION

Dette kapitel beskriver de fund, der relaterer sig til SDCA's pejlemærke om innovation. I de gennemførte interviews er informanterne blevet præsenteret for en kort beskrivelse af innovation, som er udledt på baggrund af SDCA's strategi fra 2022. Beskrivelsen fremgår af nedenstående boks.

Innovation udledt pba. SDCA's strategi

SDCA skal udvikle en kultur præget af nysgerrighed og risikovillighed, som skaber grundlag for nytænkning og udvikling af løsninger til gavn for personer med eller i risiko for diabetes.



5.1 SDCA er en regional og national motor for innovation – og den rolle forpligter

På tværs af interviews med eksterne samarbejdspartnere og interne medarbejdere og ledere beskrives SDCA som en organisation, der i høj grad prioriterer innovation og driver udvikling og nytænkning inden for diabetesområdet – ikke bare regionalt, men også nationalt og internationalt. Flere informanter fremhæver innovation som et særligt kendetegn ved SDCA, der er med til at give centrets dets berettigelse. Samtidig har SDCA's fokus på innovation også potentiale til at inspirere andre Steno Centre og specialer til at arbejde mere innovativt.

Dermed varetager SDCA en vigtig opgave, som er nødvendig for at kunne tilbyde den bedst mulige behandling til personer med eller i risiko for diabetes, hvilket også anerkendes af flere eksterne samarbejdspartnere. SDCA's position kan dog også betyde, at eksterne aktører vender sig mod SDCA i forventningen om, at det er centret, der skal drive innovation på diabetesområdet. Den rolle skal SDCA være bevidste om, da det kræver lydhørhed og åbenhed over for at indsamle og tage imod input og idéer fra eksterne samarbejdspartnere. Derfor bør SDCA have fokus på at gøre det nemmere og tydeligere for eksterne med en travl klinisk dagligdag at komme med input og blive en del af innovationsprocesser.

Særligt de eksterne samarbejdspartnere vurderer SDCA's innovationsarbejde ud fra centrets evne til at nytænke og udvikle løsninger, som udmønter sig i konkrete projekter og indsatser. Innovation for SDCA handler dog også om selve måden og tilgangen til innovation. Det er relativt få eksterne samarbejdspartnere, der har beskrevet og haft indblik i disse processer. Disse bliver således i højere grad belyst i interviews med interne medarbejdere og ledere, hvilket uddybes i næste afsnit, som sætter fokus på, hvordan SDCA arbejder organisatorisk med innovation.

5.2 Innovation har sat sig organisatoriske spor – potentiale for yderligere forankring

Blandt de interviewede medarbejdere og ledere i SDCA tyder der på at være en fælles forståelse af, hvordan SDCA arbejder med innovation, hvor nytænkning og udvikling tager udgangspunkt i brugerdefinerede behov. I interviews nævner informanterne eksempler på, at de indsamler problemer (fx gennem StenoPipeline) og input fra brugere (fx gennem StenoPanelet), hvilket giver dem nye vinkler



Vi har et fælles sprog på tværs af enheder. Vi arbejder ind i samme processer og kender møllen. Der er noget metodik, der er den samme.

Intern



Jeg ved, hvor meget der kommer ud af gode idéer, og der skiller SDCA sig helt ud. Der er andre [Steno Centre], der har fået øjnene op for det [innovation], men der er ingen på niveau med SDCA.

Ekstern samarbejdspartner



Der er mange, der kigger på SDCA og ikke løber af sted med noget helt vildt selv. Nu er det SDCA, der "er den", og det kræver en enorm lydhørhed over for de områder, som centret dækker.

Ekstern samarbejdspartner

på problemerne og brugernes behov. Andre informanter fortæller om eksempler på samskabelsesprocesser med interne og eksterne aktører.

Baseret på det indsamlede datamateriale er det dog ikke muligt at vurdere, hvor systematisk innovationstilgangen på nuværende tidspunkt bliver anvendt i udviklingen af SDCA's indsatser og projekter, samt hvor bredt ud i organisationen tilgangen er nået. Det tyder på, at der stadig er plads til at styrke forankringen af innovationstankgangen i SDCA, ligesom der er potentiale for at inddrage brugerperspektivet endnu mere i innovationsprocesserne.

Flere informanter peger på, at ledelsen fortsat spiller en vigtig rolle i at oversætte innovationsprocesserne, metodikken og værktøjerne til medarbejderne og udbrede SDCA's forståelse af innovation, så det når bredere ud i organisationen. Samtidig er der dog også en afvejning af, hvorvidt alle medarbejdere i SDCA skal være lige involveret i innovationsarbejdet. Det kan ifølge flere informanter fx være svært at arbejde med innovation i SDCA, fordi organisationen består af både driftsenheder og innovationsenheder, som ikke har den samme tilgang til risiko og de samme forudsætninger for at indgå i innovationsprocesserne.

5.3 Risikovillighed ses som den vigtigste drivkraft for at arbejde innovativt

Et ord, der går igen i interviews med interne medarbejdere og ledere, når der tales om innovation, er risikovillighed. For mange er risikovillighed en forudsætning for at kunne arbejde med innovation, fordi man både som medarbejder og som organisation skal turde prøve noget nyt af og acceptere at være en del af en proces, som kræver tid og ressourcer, og hvor man ikke kender endemålet på forhånd.

Det er informanternes oplevelse, at SDCA i høj grad besidder denne risikovillighed. Det er ifølge nogle af informanterne hjulpet på vej af, at mange af SDCA's medarbejdere netop er ansat i SDCA, fordi de er nysgerrige og åbne for at arbejde innovativt. Medarbejdergruppen består derudover af mange forskellige fagligheder, hvilket også virker fremmende for innovation, idet det åbner for nye spørgsmål, vinkler og idéer. Derudover peger enkelte på, at ansættelsen af brugerinddragelseskonsulenterne også har fungeret som drivkraft for innovativ tænkning, ligesom det er tilfældet med de innovationskurser, der har været afviklet for udvalgte medarbejdere på tværs af SDCA's enheder.

“

Gode idéer kan nogle gange tage for meget afsæt i mig selv frem for patienternes behov. Jeg tror stadig godt, vi kunne være det [innovative] lidt mere i forhold til patienterne. Altså, hvordan kunne patienterne komme med flere idéer til, hvad vi skulle gøre.

Intern

“

Det kan være svært at få folk fra den hårdtarbejdende driftslinje over i innovations-mindsettet, og det kan ligeledes være svært, hvordan de innovative idéer kommer tilbage og bliver implementeret.

Intern

“

Risikovillighed er vigtig at få med og det, at når man bevæger sig ud i noget nyt, ved man ikke, hvor man ender. Det kan være svært at være i, men det er en præmis.

Intern

“

Der er jo også noget risikovillighed i at gøre nogle nye og lidt vilde ting, velvidende, at det måske er to ud af de syv, man sætter i gang, som får lov til at overleve.

Intern

5.4 Fremadrettede opmærksomhedspunkter

Baseret på det indsamlede datamateriale kan der udledes følgende fremadrettede opmærksomhedspunkter i forhold til innovation:

- SDCA kan med fordel indtage en endnu tydeligere position som innovationsmotor (regionalt og nationalt) og synliggøre centrets kompetencer på feltet. Det kan lade sig gøre, fordi det allerede nu tyder på, at SDCA bliver betragtet som en stærk aktør, der driver innovation og nytænkning på diabetesområdet.
- SDCA har behov for at skabe en endnu stærkere fælles forankring og forståelse af, hvad innovation er i SDCA, og hvordan centret arbejder med innovation. Det kunne overvejes, hvad forventningerne er i forhold til forståelsen af innovation i SDCA, både internt i forskellige medarbejdergrupper og hos eksterne samarbejdspartnere. En sådan tilgang vil gøre det muligt at kvalificere den udvikling, SDCA har bidraget til i den afsluttende evaluering af SDCA's bevilling.
- SDCA kan gøre det nemmere for eksterne aktører og borgere at blive en del af SDCA's innovationsprocesser og komme med idéer og problemer. Det kan centret gøre ved at skabe en mere tydelig struktur og gennemsigtighed for deltagelse i processen og kommunikere det eksternt. Flere input fra eksterne kan også sikre, at de problemer, der danner udgangspunkt for innovationsprocessen, er bredt repræsentative for centrets eksterne samarbejdspartnere.
- SDCA er allerede opmærksom på at inddrage brugerperspektivet i deres innovationsprocesser. Der er dog tegn på, at SDCA kunne styrke brugerperspektivet yderligere, så innovationsprocesserne i endnu højere grad end i dag tager udgangspunkt i brugerdrevne behov.



Hvis jeg skal drømme, så kunne det være, at de blev endnu mere nysgerrige på at sprede vingerne ud og bruge viden bredere på kronikerområdet

Ekstern samarbejdspartner

6. DATA OG DIGITALISERING

Dette kapitel beskriver de fund, der relaterer sig til SDCA's pejlemærke om data og digitalisering. I de gennemførte interviews er informanterne blevet præsenteret for en kort beskrivelse af data og digitalisering, som er udledt på baggrund af SDCA's strategi fra 2022. Beskrivelsen fremgår af nedenstående boks.

Data og digitalisering udledt pba. SDCA's strategi

SDCA skal udnytte data og digitale teknologier til at understøtte og udvikle organisationen og de indsatser, der skal bidrage til et godt liv for personer med eller i risiko for diabetes.



6.1 Forskning understøtter, at SDCA kan arbejde datadrevet

SDCA's tilgang til data og digitalisering inden for forskning er primært blevet belyst i de interne interviews. Her tegnes et billede af, at SDCA er lykkedes med at tiltrække forskere, der arbejder med data på nye måder og bidrager med nye kompetencer. Ifølge en af de interne informanter havde forskerne i starten, da de blev tilknyttet SDCA, et bevidst fokus på at undersøge og besvare deres egne forskningsspørgsmål. Nu oplever informanten, at forskerne i højere grad også vender blikket ud i organisationen og arbejder på at besvare spørgsmål og problemstillinger, der direkte bidrager med ny viden om og kompetencer til, at SDCA kan arbejde endnu mere datadrevet både organisatorisk, i klinikken og i udviklingsarbejdet.

Dette kommer fx til udtryk ved, at forskere ved hjælp af data gør SDCA klogere på, hvad der karakteriserer centrets diabetespopulation, hvordan den adskiller sig fra populationen af borgere uden diabetes, samt muliggør at arbejde med nye måder at identificere og afgrænse diabetespopulationen på, så den fx også inkluderer familien rundt om personen med diabetes. Dette arbejde er samtidig en forudsætning for, at SDCA kan arbejde målrettet (jf. kapitel 6).

På et mere lavpraktisk plan er der i interviews også eksempler på, at forskere gennem interne kurser kan kompetenceudvikle de andre medarbejdere til arbejde med data.

“

Vi har pludselig fået kompetencer i data transfer, AI, billedgenkendelse, så vi har opnået et højere kompetenceniveau, som jeg ikke kan se, vi kunne have nået uden en forskningsindsats.

Intern

“

For at kunne det [lave indsatser til hele familien], skal vi vide noget om arvelighed af diabetes, og hvordan vores registre understøtter, at vi kan udtale os om, hvad er det for en evidens, vi står på.

Intern

6.2 Data anvendes i nogle tilfælde som beslutningsgrundlag, særligt når borgere er direkte målgruppe

Der er klare eksempler på, at data anvendes som beslutningsgrund til fx at identificere uforløste potentialer, eller at der løbende sørges for, at der indsamles data på aktivitets- og brugerniveau, der kan være med til at kvalificere indsatsernes effekt. Det er dog ikke muligt på baggrund af det indsamlede datamateriale at vurdere, hvor systematisk data anvendes som strategisk filter.

Samtidig oplever flere interne informanter, at der er bedre forudsætninger for at arbejde datadrevet, når borgerne er den direkte – og ikke indirekte – målgruppe for indsatserne. Det skyldes for det første, at det ofte er

“

Det [data] har været en hjørnesten fra start, og de [SDCA] har været foran andre afdelinger, også vores egen i forhold til at kigge på, hvor borgerne er, og lade data styre.

Ekstern samarbejdspartner

mere klart, hvad man skal måle på blandt borgerne og hvordan for at undersøge virkningerne af indsatsen. For det andet eksisterer der allerede mange data på borgerniveau, som man kan læne sig op ad og udnytte for at få en bredere forståelse af populationen og identificere potentialer, som kan guide fokus i kommende indsatser.

6.3 SDCA kan være med til at vise vejen og nedbryde barrierer

Både i interviews med interne og eksterne informanter fremhæves SDCA's store arbejde med at sammenkoble data på tværs af platforme og gøre dem lettilgængelige for behandlere og forskere som et godt eksempel på, hvordan SDCA arbejder med data og digitalisering. De eksterne samarbejdspartnere anerkender SDCA for det store og vigtige arbejde, de gør i dette regi og håber, de kan være med til at vise vej for andre aktører i sundhedsvæsenet. Projekterne har således ikke kun potentiale til at komme SDCA til gavn, men også andre sundhedsaktører regionalt og nationalt.

Internt har disse projekter også et stort fokus og forventes at kunne bidrage til at:

- ændre den måde, man arbejder med diabetesbehandling og -forebyggelse på, fx fordi det bliver nemmere at følge patienters udvikling over tid og identificere dårligt regulerede og velregulerede patienter. Dette er en forudsætning for at kunne arbejde mere målrettet.
- forbedre datakvalitet, da fx behandlere ikke skal indtaste samme patientoplysninger flere gange i forskellige systemer.
- styrke kvaliteten i forskning, fordi forskerne vil få lettere adgang til data og data i bedre kvalitet.

Informanterne oplever dog også, at arbejdet med at sammenkoble data på tværs af systemer og gøre dem lettilgængelige bliver besværliggjort af juridiske forhold og den eksisterende it-infrastruktur på sundhedsområdet. Det kan til tider være frustrerende og tidskrævende, men baseret på de gennemførte interviews tyder det på, at SDCA kan fungere som 'enabler', der kan afhjælpe udfordringerne og bane vejen for andre aktører. Det kan de for det første, fordi de har ressourcerne og kompetencerne til at arbejde med udfordringerne på et systemisk plan, for det andet fordi centret har en størrelse, hvor de hverken er for små eller for store, kombineret med et relativt afgrænset sygdomsområde. Det kan reducere udfordringernes kompleksitet sammenlignet med, hvis en hel region eller et sygehus ville gøre noget lignende.



Det, at få omsat så meget data, det kan jeg godt forstå, at de ikke har løst endnu. Der er virkelig meget potentiale i det.

Ekstern samarbejdspartner



En kæmpestor udfordring er den eksisterende sundheds it-infrastruktur i Danmark, som er tung og svær at flytte på. Den nemme løsning er at lave små stand-alone-løsninger, som ikke er integreret med de andre, men som derfor heller ikke er levedygtige.

Intern



Der har vi vurderet, at vi er så tilpas store med fem Steno Centre at i stedet for at finde huller, hvor vi kunne komme igennem og få besvaret de spørgsmål vi ville, så har vi taget nogle ting ind ad fordøren og prøvet at få skabt dialog de rette steder og nedbryde nogle af barriererne.

Intern

6.4 Digitalisering og data opleves som en løftestang for at arbejde mere målrettet

I flere interne interviews kobles data og digitalisering sammen med målrettethed, hvormed øget brug af digitalisering og data beskrives som en løftestang for at gøre det nemmere at arbejde mere målrettet. Eksempelvis fortæller nogle af informanterne om idéer til digitale platforme, hvor patienterne fx selv kan følge med i deres data og komme i kontakt med eksperter hos SDCA ved behov. En digital løsning som denne vil altså kunne understøtte SDCA's ønske om at arbejde mere målrettet, fordi den gør patienterne mere kompetente på deres diabetes og gør det muligt at vælge hjælp til og fra, som der nu er behov for.

Andre eksempler er arbejdet med at sammenkoble data, som beskrevet i afsnit 6.3, eller systematisk indsamling af data gennem spørgeskemaer om, hvordan patienterne synes det går med deres diabetes. Denne måde at arbejde med data på kan bruges til at identificere dårligt regulerede og velregulerede patienter, hvilket ikke alene understøtter SDCA's arbejde, men også potentielt andre sundhedsaktørers mulighed for at målrette behandlingen til den enkeltes behov, hvis data bliver gjort tilgængelige for dem.

6.5 Uklarhed om forståelse af data og digitalisering

Der er både internt og eksternt stor forskel på, hvordan SDCA's arbejde med data og digitalisering forstås. For nogen handler digitalisering om virtuelle møder, webinarer, videokonsultationer og digitale spørgeskemaer, mens det for andre er større strategiske og systemiske indsatser. For nogen er data primært af kvantitativ karakter, mens det for andre også kan være af mere kvalitativ karakter som fx patienter eller behandleres oplevelse af indsatser. Der er således potentiale for fremadrettet at skabe en fælles forståelse af data og digitalisering i SDCA.

6.6 Fremadrettede opmærksomhedspunkter

Baseret på det indsamlede datamateriale kan der udledes følgende fremadrettede opmærksomhedspunkter i forhold til data og digitalisering:

- SDCA kan med fordel blive strategisk skarpere på, hvordan man organisatorisk forstår digitalisering og data. Det vil kunne hjælpe med at vurdere, hvornår og hvordan man som medarbejder, leder og ekstern samarbejdspartner arbejder datadrevet, og på hvilket niveau centret primært ønsker at styrke arbejdet med digitalisering.
- Både behandlere og forskere kunne drage stor nytte af en lettere adgang til patientdata. Det kan være patientdata fra SDCA's egen klinik, data fra andre Steno Centre og data fra diabetesteknologier som fx pumper og sensorer. Som beskrevet i afsnit 6.3 er det noget, man fra SDCA's side allerede er opmærksom på og arbejder med.
- En enkelt informant foreslår, at det vil være frugtbart for SDCA at overveje, hvordan man kan anvende data til at vise, hvordan centrets decentrale tilgang med fokus på samarbejde med regionshospitaler og primær sektor påvirker diabetespopulationen i regionen og bidrager til centrets samlede aktivitetstal.

“

Vi begynder at have et klarere billede af den enkeltes livssituation og dermed også kunne zoome ind på borgerens behov, og hvordan kan vi tilbyde netop det, der er bedst for den enkelte.

Intern

“

SDCA har mange data, og der ser jeg gerne, at de deler og udstiller data den anden vej til kommuner, forskere m.m., så man ude i kommunerne kan tilrettelægge nogle relevante forløb og indsatser.

Ekstern samarbejdspartner

“

Det er svært at begrebsliggøre, hvad det lige er, vi mener med digitalisering, for det kan betyde ét i forskning og noget andet for os.

Intern

- En enkelt informant vurderer, at SDCA i højere grad kan fokusere på at involvere speciallæger fra regionshospitalerne i området, så kompetencer inden for data, teknologi og digitalisering ikke centraliseres hos SDCA.
- En enkelt informant synes, der kunne opstå spændende synergier, hvis SDCA i højere grad involverer sig i og danner partnerskaber med mange af de virksomheder i Aarhus, der har specialiseret sig inden for digitalisering og data.

7. MÅLRETTETHED

Dette kapitel beskriver de fund, der relaterer sig til SDCA's pejlemærke om måltrettethed. I de gennemførte interviews er informanterne blevet præsenteret for en kort beskrivelse af måltrettethed, som er udledt på baggrund af SDCA's strategi fra 2022. Beskrivelsen fremgår af nedenstående boks.

Måltrettethed udledt pba. SDCA's strategi

SDCA skal udvikle diabetesbehandling og -forebyggelse, der passer til den enkeltes behov og livssituation.



7.1 SDCA har stort fokus på måltrettet behandling – og kan vise vejen for andre

Stort set alle interne og eksterne informanter giver udtryk for, at SDCA's fokus på at udvikle behandling og forebyggelse, der passer til den enkeltes behov, er meget meningsfuldt. Dette er hjulpet på vej af, at det er en dagsorden, som ikke kun SDCA, men også regionale og nationale aktører er optaget af.

Internt kommer SDCA's fokus på måltrettethed til udtryk ved, at man i den kliniske behandling arbejder på, at patienter ikke per automatik skal til tjeke flere gange om året, men i højere grad kommer, når de oplever, at der er et behov. Det kan dog også give udfordringer som beskrevet i afsnit 7.2. Forhåbningen er, at den behovsstyret tilgang til behandling kan frigøre tid og ressourcer fra de velregulerede til de dårligst regulerede patienter og dermed også afhjælpe ulighed i sundhed.

I SDCA's forskning betyder et fokus på måltrettethed, at man nu er begyndt at undersøge, hvordan diabetespopulationen kan opdeles i mindre grupper, hvordan man kan identificere de dårligst regulerede patienter, og hvad der kendetegner disse grupper.

Nogle af de interne informanter giver dog også udtryk for, at det også er nødvendigt at tænke måltrettethed bredere, så det ikke kun er måltrettethed i forhold til den enkeltes behov og livssituation, men at måltrettethed også handler om at understøtte andre (fx behandlere) i at kunne arbejde mere måltrettet med patienterne. Der er samtidig også eksempler på fx uddannelsesindsatser, som ikke meningsfuldt kan målrettes, fordi genstandsfeltet for uddannelsen gerne skal være tilpas bredt for at sikre, at det har en vis relevans og 'impact'.

De eksterne samarbejdspartnere oplever ligeledes, at SDCA har fokus på måltrettethed i diabetesbehandling og -forebyggelse. Eksterne samarbejdspartnere uden for regionshospitalet pointerer derudover, at SDCA kan være med til at drive denne dagsorden og vise vejen for de øvrige sundhedsaktører.

Baseret på de gennemførte interviews tyder det altså på, at måltrettethed i høj grad er styrende for SDCA's arbejde, men at der – som næste afsnit viser – også er tale om en gradvis ændring af mindset, der stadig er undervejs.

“

Jeg tror, det er vigtigt for diabetesbehandlingen, men også for hele sundhedsvæsenet, at vi får gjort os nogle erfaringer med at målrette indsatserne, også ind i hele ulighedsdiskussionen.

Ekstern samarbejdspartner

“

Der kan godt sidde nogle 'fiks-typer', der siger, at alle skal igennem det og det. Der har Steno været rigtig relevant ind i arbejdsgruppen og pirket til one-size-fits-all-tilgang.

Ekstern samarbejdspartner

7.2 Målrettet behandling kræver adfærdsændringer og kommunikation

Flere af de interne informanter peger på, at behandling og forebyggelse tilpasset den enkeltes behov kræver en kultur- og adfærdsændring blandt behandlere og patienter, fordi det bryder med det, man tidligere har gjort. Målrettet arbejde kræver nye rutiner og gensidig tillid mellem behandler og patient. Patienterne skal betrygges i, at de ikke får en dårligere behandling, fordi de får mindre af den, og behandlere skal turde at overlade mere ansvar til patienterne og tro på, at de er kompetente til at træffe de rigtige valg selv.

Flere peger på, at det godt kan lade sig gøre, hvis man bruger tid på at kommunikere til behandlere og patienter, hvorfor man arbejder målrettet, og hvad det konkret betyder for dem. Der begynder at ske konkrete adfærdsændringer, og der er yderligere tiltag undervejs, men det er endnu ikke en kulturændring, man er i mål med.

7.3 Fremadrettede opmærksomhedspunkter

Baseret på det indsamlede datamateriale kan der udledes følgende fremadrettede opmærksomhedspunkter i forhold til målrrettethed:

- SDCA har en vigtig rolle som dem, der viser vejen for, hvordan man kan arbejde målrettet til inspiration for andre sundhedsaktører – en enkelt informant peger på, at denne rolle også potentielt kan strække sig uden for diabetesområdet.
- SDCA har en vigtig rolle i at understøtte adfærds- og kulturændring blandt behandlere og patienter ved fx kompetenceopbygning samt kommunikation og oversættelse af, hvorfor og hvordan der arbejdes målrettet.

“

Der ligger et ikke ubetydeligt kulturarbejde. Det, vi plejer at gøre, er meget indgroet i vores organisation og i vores afdelinger hos vores behandlere. [...] Der ligger også et kulturarbejde hos de mennesker, der har levet med diabetes i lang tid.

Intern

“

Jeg tror egentlig, at patienterne har brug for en forklaring, for ellers kan de godt se det som en forringelse. Der er en stor opgave i at oversætte det til et sprog, som patienterne også forstår, men jeg synes egentlig, at når vi snakker med patienterne, så kan de godt forstå det.

Intern

“

Det fede ved diabetes er, at der er så mange målbare ting, der er sygdomskategorier, hvor det er umuligt at lave noget målrettet, men her er det muligt at gøre, så det er bare at sætte barren højere.

Ekstern samarbejdspartner

“

De [SDCA] er ved tegne konturerne til, hvordan det [målrettethed] skal udledes, og de har nu fem år til at gøre det [...] Jeg er fortrøstningsfuld, men det er svært, for der er kulturer, viden, penge og alle mulige potentielle barrierer, der trækker i forskellige retninger. Hvis ikke det her område kan gøre det med alle de udviklingsmidler, så er der ikke nogen, der kan.

Ekstern samarbejdspartner

8. BÆREDYGTIGHED

Dette kapitel beskriver de fund, der relaterer sig til SDCA's pejlemærke om bæredygtighed. I de gennemførte interviews er informanterne blevet præsenteret for en kort beskrivelse af bæredygtighed, som er udledt på baggrund af SDCA's strategi fra 2022. Beskrivelsen fremgår af nedenstående boks.

Bæredygtighed udledt pba. SDCA's strategi

SDCA skal udvikle diabetesbehandling og -forebyggelse, der skaber holdbar, anvendelig og varig værdi i det offentlige sundhedsvæsen.



8.1 SDCA er lykkedes med at skabe et bæredygtigheds-mindset

På tværs af interviews med eksterne samarbejdspartnere og interne medarbejdere og ledere beskrives det, at SDCA i starten ikke altid havde et nuanceret blik for, hvad der skete, når man kom med ekstra ressourcer og igangsatte ambitiøse projekter. Flere i ledelsesgruppen beskriver, hvordan der blev igangsat en lang række såkaldte 'stjerne-kasterprojekter', som var spændende og innovative, men hvor der ikke var tilstrækkeligt blik for, om initiativerne var bæredygtige på sigt, især i forhold til projekternes ressourceforbrug.

Stort set alle interne medarbejdere og ledelse belyser, at der er sket et stort skift i SDCA's tilgang siden centrets opstart. Der er i højere grad kommet en erkendelse af, at de igangsatte projekter skal være realistiske at drifte, hvortil både ledelse og interne medarbejdere giver udtryk for, at bæredygtighed italesættes som en indledende præmis, inden projekter sættes i værk. Bæredygtighed kan dermed bruges som beslutningsgrundlag.

At SDCA er lykkedes med at skabe et bæredygtigheds-mindset manifesterer sig netop ved, at man 'tør' træffe beslutninger på baggrund af dette, og at ledelsen fx er risikovillig til at lukke projekter, der ikke er bæredygtige.

De eksterne samarbejdspartnere oplever ligeledes, at centret er gået fra at igangsætte mange projekter, som enten viste begrænset effekt eller som var for dyre til, at regionen ville overtage driftsansvaret, til at tænke mere strategisk i forhold til, hvilke projekter der kan lykkes i praksis og derfor igangsættes.

8.2 Eksterne samarbejdspartnere kan involveres endnu mere for at sikre bæredygtighed i driften af nye løsninger

Eksterne samarbejdspartnere beskriver, at når de bliver involveret fra start i afsøgelses- eller udviklingsfasen, øges sandsynligheden for, at projektet er bæredygtigt. Ligeledes beskriver flere eksterne samarbejdspartnere, at der er plads til, at de selv kan komme med idéer til SDCA, hvilket også er med til at skabe de bedste forudsætninger for bæredygtige løsninger, idet motivationen for at holde fast i initiativerne er større, når de eksterne samarbejdspartnere selv har været med i flere af projektets faser.

“

Vi havde ikke rigtig blik for, hvad der sker, når vi kommer ud med ekstra ressourcer og kører luksuspakken og siger, at det virker. Selvfølgelig gør det det, fordi der er så mange ressourcer, men det kan ikke fungere i regionshospitalerne, almen praksis og kommunerne, hvor ressourcerne kun går en vej. Det stiller enormt høje krav til den måde, vi arbejder på.

Intern

“

Da vi startede, var der ikke grænser for, hvor mange projekter vi satte i værk. Nu kan man virkelig mærke, at det skal kunne leve, og det skal kunne give mening.

Intern

“

At de inviterer ind til idégenerering, det er sindssygt godt. Vi har en gruppe kvalitetsmedarbejdere, de mødes på tværs, de får rigtig mange ting at løbe med fra Steno, men de kan også selv komme med idéer.

Ekstern samarbejdspartner

For at imødekomme, at de endelige løsninger skal være bæredygtige, peger flere i ledelsen på, at man bør tage højde for driften allerede i udviklingen af projektet. Særligt bør man tænke drift af it-løsninger ind fra start, så det kan 'bo' et sted, når SDCA slipper. Her kan det også være en fordel at udvikle it-løsninger/platforme, der kan bruges af andre, hvor nuværende indhold retter sig mod diabetes, men i princippet lige så godt kunne være rettet mod fx KOL. Ligeledes fortæller flere medarbejdere, at de i udarbejdelsen af nye projekter overvejer, hvem der senere hen skal kunne aftage og drifte projekterne.

I ledergruppen bliver det belyst, at det nogle gange kan være svært for samarbejdspartnere og private borgere at forstå, at alt ikke kan lade sig gøre inden for centrets økonomi, når den overordnede økonomi i regionen er så presset, som den er. Fx belyses det, at regionen ikke må anvende donationsmidler til at supplere driften ved fx at indkøbe glukosesensorer til diabetespatienter, idet det ligger uden for centrets eksisterende ramme.

8.3 Bæredygtighed kræver også udvikling og innovation

Både interne og eksterne interessenter italesætter en nuanceret forståelse af bæredygtighed, hvor SDCA skal gå forrest for at udvikle og demonstrere bæredygtighed på længere sigt. Bæredygtighed må ikke være en stopklods for udvikling. Derfor skal der også sættes initiativer i gang, som måske ikke er bæredygtige fra start. Her beskriver både interne og eksterne interessenter, at man er nødt til at være udforskende og prøve ting af for at finde ud af, hvad der virker. Dette knytter sig også til innovation, da innovation kan hjælpe med at gøre tiltag bæredygtige, fx billigere og bedre.

Flere interne interessenter giver ligeledes udtryk for, at man skal 'investere for bæredygtighed' ved investere nu og her for at skabe langsigtede forbedringer. Dette kræver kapital og risikovillighed. Ledelsen påpeger ligeledes, at målet ved at investere i udvikling er at kunne udvikle bæredygtige løsninger, som kan implementeres inden for den eksisterende økonomi. Styrken ved SDCA er, at de netop har et udviklingsråderrum til at udforske disse løsninger.

“

Hvor kan vi få det ud og placere det hos andre, så det ikke dør ud, når vi ikke er her? Det skal ud at leve. Vi er nødt til at tænke på, hvordan kan vi få det til at leve videre?

Intern

“

Det er ikke altid, at man ved fra start, hvor bæredygtigt et projekt bliver. Man afprøver for at finde ud af det, og det er en fordel med Steno. Det er også et innovativt center, så selvfølgelig skal der også afprøves.

Ekstern samarbejdspartner

“

Vi skal turde at lave nogle ting, som koster noget ekstra på den korte bane, men med en sundhedsøkonomi på kan vi påvise, at det giver nogle gevinster på den lange bane. Der er nok kommet et større strategisk fokus på, at der træffes nogle beslutninger, som skal vise sig på den lange bane.

Intern

8.4 Fremadrettede opmærksomhedspunkter

Baseret på det indsamlede datamateriale kan der udledes følgende fremadrettede opmærksomhedspunkter i forhold til bæredygtighed:

- SDCA skal fortsat være opmærksom på at agere bæredygtigt som organisation i forhold til ikke at dræne regionen for hænder. Samtidig bør SDCA være opmærksom på, at der kan være en skævvridning mellem diabetes og andre sygdomme, som ikke får samme opmærksomhed og økonomiske løft. For at imødekomme dette, kan SDCA med fordel være med til at udvikle initiativer som fx it-platforme, der også kan gavne andre sygdomsgrupper end diabetes.
- Bæredygtighed kan i højere grad tænkes ind i afsøgningen og udviklingen af projekter med eksterne samarbejdspartnere. Dette kan være med til at øge samarbejdspartneres motivation for at deltage i og videreføre projekter, fordi projekterne opleves som relevante.
- SDCA kan i højere grad italesætte over for eksterne samarbejdspartnere, hvordan innovation understøtter bæredygtighed for at mindske oplevelsen af, at innovation og bæredygtighed er hinandens modsætninger.
- En enkelt informant synes, at SDCA skal have større opmærksomhed på udbredelsen af teknologier, idet det i driften kan medføre store omkostninger for regionerne.



Jeg kan høre, at de er bevidste om det inde på Steno, at de prøver at ansætte, hvor faggruppen ikke nødvendigvis skal være sygeplejersker for ikke at trække alle sygeplejersker til. Når du har et område med en masse penge til udvikling, så er det der folk søger hen, og i sundhedsvæsenet er det ikke økonomien, men antallet af hænder, der er vores største udfordring.

Ekstern samarbejdspartner



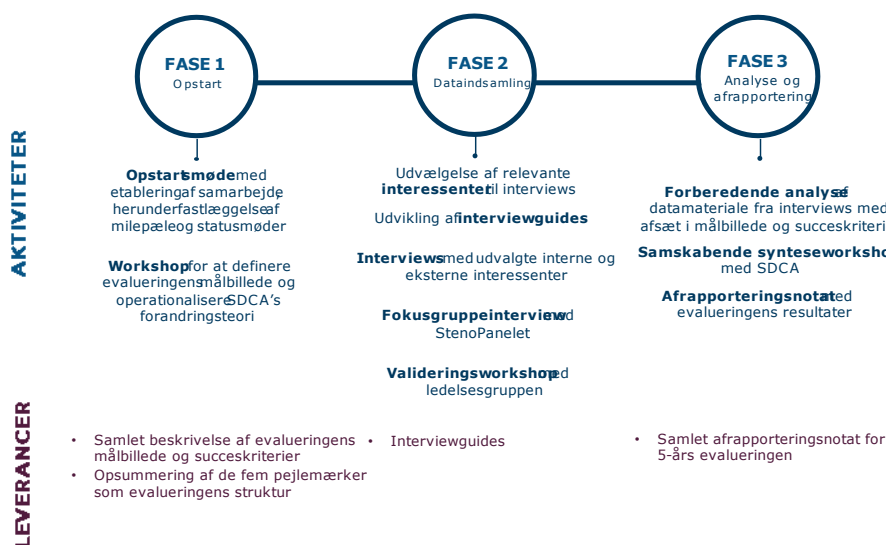
Vi skal gøre tingene bedre, uden at vi nødvendigvis skal bruge flere ressourcer. Den løsning, vi skal komme med, skal være realistisk at skalere. Vi skal passe på med at opildne til ekstra ressourcer og lag af folk og hænder. Der skal leveres et realistisk outcome.

Intern

BILAG 1: METODEBILAG

Det følgende bilag præsenterer undersøgelsens metodiske tilgang. Undersøgelsens design fulgte tre faser, som illustreres i figuren nedenfor. Efterfølgende redegøres der for de enkelte faser.

Figur 9.1: Undersøgelssdesign



Fase 1: Opstart

Undersøgelssdesignet blev fastlagt i tæt samarbejde med staben på SDCA. Vi påbegyndte fase 1 med en fælles workshop for at afstemme evalueringens målbillede, der skulle danne grundlag for udviklingen af interviewguides og undersøgelsens struktur. To principper har været guidende i hele perioden.

- **Løbende dialog:** Vi prioriterede en agil og inddragende opgaveløsning, hvor projektets tilgang og leverancer løbende kunne afstemmes og justeres.
- **Samskabelse:** SDCA's stab udtrykte et ønske om et tæt samarbejde i forbindelse med analyse og af rapportering for at sikre dyb indsigt og høj anvendelighed i forbindelse med indarbejdelsen af undersøgelsen i den samlede evalueringens hovedkonklusioner. Rambøll har derfor i opgaveløsningen haft et særligt fokus på, hvordan SDCA på behørig vis kunne inddrages inden for rammen af en uvildig analyse og vurdering.

I den fælles opstartssworkshop diskuterede og kvalificerede SDCA og Rambøll i fællesskab det samlede målbillede for evalueringen og den rolle, Rambøll skulle tage som ekstern partner med ansvar for afdækningen af interessentperspektiver. SDCA havde forud for mødet udviklet en forandringsteori, som blev videreudviklet på workshoppen. Den samlede forandringsteori er indsat i bilag 2 nedenfor.

Opstartsfasen klargjorde desuden, hvilket datagrundlag SDCA stillede til rådighed for undersøgelsen. Rambøll gennemførte i alt 25 interviews som angivet i rapportens indledning, tabel 2-1. Efter opstartsmødet indgik SDCA og Rambøll en databehandlersaftale.

Fase 2: Dataindsamling

Formålet med den kvalitative dataindsamling var at opnå indsigt i, hvorvidt og hvordan SDCA havde skabt progression i realiseringen af centrets overordnede strategi siden centrets etablering

Med afsæt i evalueringens samlede målbillede udviklede Rambøll tre semistrukturerede spørgeguides målrettet:

- Eksterne interessenter
- Interne interessenter
- StenoPanelet.

De tre spørgeguides havde fokus på at afdække interessenternes overordnede refleksioner over SDCA's formål og virke, den udvikling SDCA havde gennemgået siden opstarten samt konkrete erfaringer med og refleksioner over, hvordan SDCA havde skabt progression med implementeringen af de fem pejlemærker. Slutteligt blev interessenterne bedt om at reflektere over, hvordan de ønskede sig, at SDCA's virke kunne udvikle sig i fremtiden.

De tre spørgeguides blev afstemt med SDCA, ligesom SDCA var behjælpelig med at fremhæve de områder, hvor man især forventede, at interessenterne havde input.

Rambøll præsenterede undersøgelsens foreløbige resultater ved en valideringsworkshop med SDCA's ledelse og stab. Rambøll faciliterede en proces med deltagerne, der havde til formål dels at kvalificere og nuancere foreløbige fund fra undersøgelsen, dels at facilitere en dialog om de mulige handlinger og anbefalinger, som fundene kunne lede til. Inputs fra valideringsworkshoppen blev anvendt som et input i den videre analyseproces.

Fase 3: Analyse og afrapportering

Rambøll gennemførte efter afslutningen af dataindsamlingen en systematisk kodning af det indsamlede interviewmateriale med det formål at identificere mønstre og tematikker relateret til de fem pejlemærker samt tværgående indsigter.

Som opfølgning på valideringsworkshoppen afholdt Rambøll en mindre workshop med SDCA's stab. Formålet var her en fælles diskussion af opmærksomhedspunkter og overvejelser i forhold til den endelige rapport samt at afstemme indholdet i rapporten med den samlede evaluering udarbejdet af SDCA's stab.

Med afsæt i den kvalitative dataindsamling samt med inputs fra SDCA's ledelse og stab som beskrevet ovenfor udarbejdede Rambøll denne samlede rapport, der præsenterer de centrale resultater og indsigter fra analysen samt fremadrettede opmærksomhedspunkter som fremhævet af interessenterne. SDCA kan anvende rapporten som et konkret redskab og referencepunkt for det fremadrettede arbejde med at tilrettelægge SDCA's strategiske fokus og retning i den kommende femårsperiode.

BILAG 2: FORANDRINGSTEORI

I det følgende inkluderes forandringsteoriene for hvert af de fem pejlemærker, som undersøgelsen tog udgangspunkt i.

Figur 9.2: Forandringsteori for pejlemærke om samarbejde

SAMARBEJDE

	OUTCOMEMÅL - KORT SIGT	OUTCOMEMÅL - LANGT SIGT
Brugerinddragelse og -samskabelse	➤ StenoPanelet er etableret og anvendes ➤ SDCA stiller viden og ressourcer til rådighed for borgere og patienter. ➤ SDCA afklarer i fællesskab med brugere, hvad 'det gode liv' er for dem - og bruger denne viden strategisk. ➤ SDCA gennemfører kompetenceudvikling, der skubber til måder at inddrage brugere på.	➤ Brugerperspektivet er en integreret del af SDCA's arbejde og udvikling af indsatser ➤ Borgere og patienters rolle som beslutningstagere i egne sygdomsforløb er styrket. ➤ SDCA faciliterer og spreder fælles værdiforståelse til borgere og patienter. ➤ SDCA udfordrer og udvikler den måde borgere og patienter bliver mødt på, den behandling de modtager og deres relation til den sundhedsprofessionelle.
Forskning	➤ SDCA stiller viden, ressourcer og faciliteter til rådighed	➤ SDCA bidrager til nye forskningsmæssige erkendelser og indsigter (regionalt, nationalt, internationalt) ➤ SDCA faciliterer og spreder fælles værdiforståelse ➤ SDCA er facilitator for forskningsmiljøet i Aarhus
Eksternt samarbejde (Regionshospitalet, primær sektor, Steno Diabetes Centre)	➤ SDCA er lydhøre over for samarbejdspartnere ➤ SDCA afprøver samarbejder med eksterne partnere og opnår viden og erfaring til fremtidig brug - særligt ift. primærsektoren. ➤ SDCA udvikler i samarbejde med partnere et framework for samarbejdsformen (særligt i relation til Regionshospitalet) ➤ SDCA samarbejder i højere grad med eksterne i udviklingen og implementeringen af indsatser ➤ Eksterne partnere føler de inddrages på det rette tidspunkt i processen ➤ SDCA stiller viden, ressourcer, faciliteter til rådighed	➤ Der er etableret tætte og formaliserede samarbejder ➤ SDCA er facilitator for etableringen af en fælles værdiforståelse på tværs af regionen og i netværket af Steno Diabetes Centre

27/36

Figur 9.3: Forandringsteori for pejlemærke om digitalisering og data

DIGITALISERING OG DATA

OUTCOMEMÅL - KORT SIGT	OUTCOMEMÅL - LANGT SIGT
➤ SDCA bruger digitalisering og data som et strategisk filter til at prioritere indsatser og løsninger ➤ SDCA prioriterer og faciliterer brug af digitalisering og data ➤ SDCA opbygger viden, erfaring og kompetencer, der kan understøtte arbejdet med digitalisering og data. ➤ SDCA udvikler og indsamler data af høj kvalitet ➤ Der er øget bevidsthed om muligheder og dilemmaer i arbejdet med data og digitalisering ➤ Den digitale udvikling understøttes gennem samarbejde og arbejdsgange	➤ SDCA udvikler nye digitale løsninger ➤ SDCA er enabler for digitale løsninger - SDCA er dem, der får det 'til at ske'. ➤ SDCA anvender systematisk data som beslutningsgrundlag (både ift. behandling og organisatorisk) herunder til at opnå nye og dybere indsigter om brugere og egne indsatser ➤ SDCA samarbejder med partnere om ansvarlig og effektiv brug af data ➤ SDCA videreudvikler den dataunderstøttede forbedringskultur

28/36

Figur 9.4: Forandringsteori for pejlemærke om innovation

INNOVATION

OUTCOMEMÅL - KORT SIGT

SDCA's kultur ændrer sig hen mod en problemorienteret innovationskultur:

- Medarbejdere og samarbejdspartnere oplever, at tilgangen til innovation er mere systematisk og organisatorisk - der er
 - udviklet tydelige mål
 - udarbejdet en fælles struktur
 - en samlet tilgang til opbygningen af innovationskompetencer.
 - tid til at prioritere innovation for medarbejderne
- Der er tegn på at tilgangen til innovation er problemorienteret fremfor drevet af individuelle interesser
- Der er tegn på, at den problemorienterede tilgang understøttes af konkrete indsigter fra borgerne
- Organisationen er nysgerrig og udfordrer måder at gøre eller tænke på.

OUTCOMEMÅL - LANGT SIGT

SDCA har en innovationskultur:

- Medarbejdere og samarbejdspartnere oplever, at tilgangen til innovation er mere systematisk og organisatorisk - der er
 - organisatorisk mod og evne til at forandre og tænke nyt.
 - plads og kapacitet til innovation i organisationen.
- SDCA indhenter altid indsigter fra borgere ift. et 'problem' som en naturlig del af innovationsprocessen
- SDCA udvikler, implementerer og spreder innovative løsninger
- SDCA skaber forudsætninger for at udvikle nye og effektive løsninger gennem forskning og komplementære samarbejder internt og eksternt.
- SDCA udvikler og nytænker behandlerrollen og -opgaven i diabetesindsatser.

Figur 9.6: Forandringsteori for pejlemærke om bæredygtighed

BÆREDYGTIGHED

OUTCOMEMÅL - KORT SIGT

- Der er en fælles forståelse af betydningen af bæredygtighed i organisationen
- SDCA har større fokus på den samfunds - og sundhedsøkonomiske værdi af indsatser
- SDCA indtænker driftsmæssige implikationer i udviklingen og implementeringen af indsatser
- SDCA er en troværdig samarbejdspartner, der agerer som del af det regionale økosystem
- SDCA oparbejder kompetencer og tilgange, der kan medvirke til adfærdssændringer hos patienter og behandlere

OUTCOMEMÅL - LANGT SIGT

- Indsatser skaleres og udbredes (til andre patientgrupper)
- Indsatser lever videre selvom donationsmidler ophører eller SDCA ikke længere er involveret
- Der sker en adfærdssændring hos patienter og behandlere i en mere bæredygtig retning/mind set

Bilag 2 – Datakilder og -forklaring

Bilag 2. Datakilder og -forklaring

I følgende bilag fremgår følgende:

- Overblik over forskellige datakilder i rapporten
- Generelle bemærkninger vedrørende tabeller og grafer i rapporten
- Beskrivelse af teknisk afgrænsning af data trukket fra Region Midtjyllands datavarehus.

Overblik over datakilder i rapporten

Datakilder	Beskrivelse
Diabetestotal.nu	Diabetestotal.nu bygger på følgende registre: CPR-registeret, Landspatientregistret, Aktivitet i speciallægepraksis, lægemiddelstatistikregisteret, Laboratoriedatabasens forskertabel, sygesikringsregistret, genoptræning efter sundhedsloven og plejehjemsadresser. Diabetestotal dækker over den danske diabetespopulation, der lever med eller diagnosticeres med diabetes efter 31. marts 2015. Populationsafgrænsning og den nærmere operationalisering af indikatorerne ligger frit tilgængeligt på diabetestotal.nu
Helbred i Midt	SDCA har etableret en kohorte med og uden diabetes i Region Midtjylland. Formålet med opbygning af kohorten er at få ny viden om livet med diabetes og anden kronisk sygdom, samt at følge udviklingen i sygdomsbyrden over 10 år. 50.000 personer har svaret på spørgeskemaet, der har været udsendt i 2020 og 2022. Data fra kohorten anvendes i denne evaluering til at estimere livskvalitet for den brede type 2-diabetespopulation. En nærmere beskrivelse af kohorten og spørgeskemaundersøgelsen kan findes på stenoaarhus.dk
Datatræk via Region Midtjyllands datavarehus	Region Midtjyllands datavarehus lagrer patienters sundhedsdata fra en række forskellige systemer herunder LABKA og EPJ. Datatræk fra Region Midtjyllands datavarehus muliggør i denne evaluering at vurdere udviklingen af behandlingsmål og komplikationer for både diabetespatienter i SDCA og på de øvrige regionshospitaler i Region Midtjylland. Den tekniske afgrænsning af data er beskrevet på de følgende sider i dette bilag.
Researchfish	Researchfish er en platform, der anvendes af Novo Nordisk fonden til at monitorere effekten af de aktiviteter, fonden støtter. Evalueringen inddrager aktivitetsdata for forskningsområdet, der er trukket fra dashboard den 11. november 2023.

Generelle bemærkninger vedr. tabeller og grafer

- Voksne patienter anses som patienter, der er 18 år eller ældre i det år, der evalueres. Hvis patienten har startet forløb i 2020, hvor vedkommende fyldte 17 år, vil de ikke tælle som voksne før år 2021 – 2023.
- Procentandelene er beregnet på baggrund af hvilken diabetestype patientgrundlaget har. Patientens diabetestype er identificeret på baggrund af den seneste kontakt tilknyttet det pågældende forløb, hvor der er angivet en diabetes A-diagnose (jf. nedenfor).
- Den samme patient vil kunne indgå i flere år. Dvs. hvis der laves en total beregning på tværs af årene vil denne sum ikke repræsentere det reelle antal unikke patienter på tværs af alle 5 år. Såfremt en patient har haft forløb i 3 ud af de 5 år, vil vedkommende optælle i hvert af disse 3 års optællinger.

Teknisk afgrænsning af data trukket i Region Midtjyllands datavarehus

Følgende tabeller fra Region Midtjyllands datavarehus er anvendt til datatrækket:

- DPA_PAS.dbo.FctLPR3ForloebesAnsvar_Bred
- DPA_BOOKING.dbo.FctAftale_Bred
- DPA_PAS.dbo.FctSFIResultat
- DPA_PAS.dbo.FctLPR3Kontakt_Bred
- DPA_PAS.dbo.DimBorger
- DPA_PAS.dbo.DimSFIaktivitet
- DPA_PAS.dbo.FctLPR3Kontakt
- DPA_PAS.dbo.FctBridge_Diagnose
- DPA_PAS.dbo.DimDiagnose
- DPA_PAS.dbo.FctBridge_Procedure
- DPA_PAS.dbo.DimProcedure
- DPA_LABKAI.dbo.FctLABKA
- DPA_LABKAI.dbo.DimAnalyse
- DPA_LABKAI.dbo.DimOrganisation

Inklusionskriterier for populationen:

For hvert år, hvor der repræsenteres data, udgøres grundlaget af patienter, som har haft et forløb, der i det pågældende år har været åbent. Desuden skal de konkrete forløb overholde følgende:

- At der til det pågældende forløb har været tilknyttet en kontakt, hvor der er registreret en diabetes A-diagnose. Ved en diabetes diagnose forstås (DE10-DE14):

Klassifikation af sygdomme og helbredsrelaterede tilstande			D
Kap. IV: Endokrine, ernæringsbetingede og metaboliske sygdomme [DE00-DE90]			
Sukkersyge [DE10-DE14]			
	[#] Type 1-diabetes		DE10
	[#] Type 2-diabetes		DE11
	[#] Diabetes forårsaget af underernæring		DE12
	[#] Andre former for diabetes		DE13
	[#] Ikke specificeret diabetes		DE14

- Desuden skal forløbsansvaret for de identificerede forløb ligge ved en af regionens diabetes afdelinger eller børne og unge afdelingerne. Ved AUH ses dog udelukkende på SDCA (og ikke børne og unge afdelingen), da børn også ses ved SDCA. Dette gælder ligeledes for børnene fra Horsens, da diabetes patienterne herfra får oprettet forløbsansvar ved SDCA i forbindelse med at behandlingen udføres af klinikere fra SDCA. Idet RHG først åbnede i 2022, trækkes også data for forløb tilknyttet Hospitalsenhed Vest (HEV). **Datatræk der henviser til alle RH er inkl. SDCA.** Afdelingerne listes herunder med deres Shak kode og navn:
 - 662049 - Steno Diabetes Center Aarhus Overafdeling
 - 665033 - Medicinsk Afdeling (HEV)
 - 665024 - Børneafdeling (HEV)
 - 664038 - Medicinsk Afdeling - RHG
 - 664024 - Børn Og Unge - RHG
 - 700505 - Medicinsk - Randers
 - 700515 - Børn Og Unge - Randers
 - 663030 - Diagnostisk Center Medicin (Silkeborg)
 - 663004 - Medicinsk Afdeling (Viborg)
 - 663009 - Børn Og Unge (Hem)
 - 600604 - Medicinsk Afdeling, Overafdeling - RHH
- Desuden skal de pågældende forløb være angivet med en af følgende regionale forløbslabel:
 - "Endokrinologiske sygdomme (undtaget diabetes 2 og osteoporose)" eller
 - "Type 2-diabetes".

Patienter, som udelukkende har fod-aftaler ved Center for Den Diabetiske Fod (CDDF) ved SDCA er ikke inkluderet. Desuden ses bort fra patienter, der har haft forløb, der matcher ovenstående kriterier, men hvor der ikke har været nogle kontakter i den pågældende periode.

Diabetestype:

Diabetestypen for en given patient bestemmes på baggrund af den seneste kontakt, tilknyttet patientens diabetesforløb, hvor der er en diabetes A-diagnose. Når den seneste diabetes A-diagnose er "DE10" noteres patienten som værende en type 1 diabetes patient, og når diagnosekoden er "DE11" noteres patienten som værende en type 2 diabetes patient.

Periode:

Alle identificerede diabetesforløb er fra og med overgangen af LPR3 i februar 2019. De evaluerede diabetesforløb er dermed angivet med forløbsstart tidligst d. 03-02-2019. For hvert år en given patients forløb har været åbent noteres informationer inden for hvert af de konkrete områder (HbA1c, blodtryk, kardiovaskulære sygdomme osv.).

Biokemi og senkomplikationer

For tabeller vedrørende parakliniske/biokemiske værdier og senkomplikationer identificeres de seneste registrerede værdier pr. år for en given patient/forløb. Fælles for tabellerne er, at prøverne/diagnoserne skal være taget/blevet stillet inden for den periode, den pågældende patients forløb har været aktivt.

Biokemi:

Der identificeres biokemidata på HbA1c (langtidsblodsukker) og LDL (kolesterol) gennem de tilhørende NPU-koder hhv. "NPU27300" og "NPU01568". Her identificeres de **seneste** værdier for de to analyser i hvert år, hvor en given patients forløb har været åbent. Den pågældende blodprøve må være blevet udført fra forløbets start, men skal være udført, inden forløbet er afsluttet.

Blodtryk

Vedrørende blodtryksmålinger identificeres de seneste blodtryksmålinger foretaget inden for hvert af de år, hvor en given patients forløb har været åbent. Den pågældende SFI må være udført fra forløbets start, men skal være udfyldt forinden forløbet er afsluttet. Blodtrykket anses som værende under 140/90, når både den systoliske andel og den diastoliske er under værdierne hhv. 140 og 90. Desuden ses bort fra systoliske måling, der ligger lavere end 80 eller højere end 230, og diastoliske målinger, der ligger lavere end 40 eller højere end 130. Disse anses som værende outliers.

Kardiovaskulære sygdomme

Der skal være en kontakt med en af følgende diagnosekode angivet som A eller B diagnose: DG45*, DI20-25*, DI110*, DI130*, DI132*, DI148*, DI50*, DI60-69*, DI70-72* eller DI7300*. Eller der skal være procedurekode: KFNA-KFNG*. Såfremt en diabetespatient har haft en kontakt inden for den periode diabetesforløbet har været åbent, hvor en af diagnose/procedurekoderne optræder, noteres patienten for at have en kardiovaskulær sygdom i det år, hvor kontakten fandt sted.

Vedrørende kardiovaskulære sygdomme findes dette udelukkende for den voksne befolkningsgruppe, dvs. patienter, som i det pågældende år der ses på, er/bliver 18 år eller ældre. Den pågældende kontakt må have fundet sted fra forløbets start, men skal have fundet sted forinden forløbet er afsluttet.

Terminalt nyresvigt

Se nedenstående skema, hvortil det bemærkes, at der ses på diagnosekoderne såfremt de optræder som A eller B diagnoser.

Terminalt nyresvigt defineres ud fra fire kriterier, hvor blot ét af kriterierne skal være mødt. De fire kriterier er:	
1)	Patienter, der har 2 eller flere eGFR målinger (NPU kode: DNK35302) med >90 dage imellem sig, som har værdierne < 15 ml/min indenfor det pågældende år, der evalueres.
2)	Første registrering af diagnose: DN185
3)	Første registrering af nyretransplantation; a) Procedure: KKAS00, KKAS10, KKAS20 og/eller ¹ b) Diagnose: DZ940
4)	Første registrering som værende afhængig af dialysebehandling a) Procedure: BJFD2% og/eller ¹ b) Diagnose: DZ992

Det identificeres, om diagnose/procedurekoden eller blodprøven er sket inden for den periode diabetesforløbet har været åbent. Patienten noteres for at have terminalt nyresvigt fra og med det år, hvor kontakten med diagnose- og/eller procedurekoden fandt sted, eller hvor blodprøverne blev taget og vil blive noteret for terminalt nyresvigt fra dette tidspunkt og frem til, at diabetesforløbet slutter.

Vedrørende terminalt nyresvigt findes dette også udelukkende for den voksne befolkningsgruppe (patienter der er 18 år eller ældre i det år en given prøve/kontakt evalueres). Den pågældende kontakt eller blodprøve må have fundet sted fra forløbets start, men skal have fundet sted forinden diabetesforløbet er afsluttet.

¹ "og/eller" er teknisk kodet vha. *eller*.

Amputation

Der skelnes mellem minor og major amputationer. Definitionen på de to grupper baseres på diagnose- eller procedurekoder, hvortil det bemærkes, at der ses på diagnosekoderne såfremt de optræder som A- eller B-diagnoser. Disse diagnose- og procedurekoder listes herunder, hvor * foran diagnose- og procedurekoderne blot fremgår, af tekniske årsager ift. at sikre, at der kan findes overensstemmelse mellem de listede koder og data.

Major amputation defineres ved:

- Diagnosekode: *DZ894*, *DZ895*, *DZ896*
- Eller procedurekoderne: *KNFQ*, *KNGQ*

Minor amputation defineres ved:

- Procedurekoden: *KNHQ*

Som det var gældende for de foregående tabeller, skal kontakten for amputationen foreligge fra starten af en given patient diabetes forløb og inden forløbet er afsluttet.

Steno Diabetes Center Aarhus

Palle Juul-Jensens Boulevard 11,
Indgang A
8200 Aarhus N

Tlf. 2053 9002
