

Strategi for Sammenhængende Patientforløb og Tværsektorielle indsatser

Den samlede diabetesindsats har i kraft af sygdommens kompleksitet mange facetter og strækker sig fra at forebygge selve udviklingen af diabetes til forebyggelse af de komplikationer, som diabetes er ophav til. Organiseringen af sundhedsvæsenet tilsiger, at alle sektorer, både den kommunale sektor, almen praksis og hospitalssektoren, har ansvar for at levere hver deres ydelser i diabetesindsatsen. De fleste diabetespatienter vil således opleve at være i kontakt med alle sektorer og dermed med en lang række forskellige faggrupper igennem deres patientforløb. Det er SDCA's målsætning at skabe bedre sammenhæng i diabetesindsatsen og at sikre, at den samlede diabetesindsats sker på patientens præmisser.

Det er visionen for SDCA at øge livslængde og livskvalitet for alle personer med diabetes og at bremse tilvæksten af nye diabetesstilfælde i Region Midtjylland. Det er derfor også en central målsætning for SDCA at bidrage til en styrket indsats inden for den kommunale og praksisforankrede primære forebyggelse, tidlige opsporing, behandling, forebyggelse af senkomplikationer, i et nært samarbejde med almen praksis og med kommuner.

Med afsæt i disse målsætninger er "Enhed for udvikling og forskning i sammenhængende patientforløb og tværsektorielle indsatser" etableret ved SDCA.

Enheden har som overordnet mål dels at udvikle, afprøve og formidle nye og gerne banebrydende tiltag, der skaber **bedre sammenhæng i patientforløbet** til gavn for diabetespatienter i hele landet, og på sigt til gavn for øvrige kronikergrupper, dels at **fremme det tværsektorielle samarbejde** mellem den hospitalsbaserede diabetes behandling, almen praksis og kommunerne i Region Midtjylland og derigennem bidrage til at udvikle kvaliteten i den del af diabetesindsatsen, der ydes i almen praksis og kommuner.

Enhedens specifikke formål vedrørende sammenhængende patientforløb er

- At samle og generere forsknings- og erfaringsbaseret viden om bedre sammenhæng i patientforløbet
- At afprøve og evaluere modeller, metoder og teknologier i samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og almen praksis til forbedring af sammenhæng i patientforløbet
- At erfaringsudveksle og formidle viden og resultater, regionalt, nationalt og internationalt, og i forhold til andre kronikerområder.
- At understøtte implementering af virksomme modeller, metoder og teknologier i praksis.

Enhedens specifikke formål vedrørende tværsektorielle indsatser er:

- I samarbejde med almen praksis og kommuner at iværksætte, gennemføre og evaluere interventioner, der har til formål at løfte den primære forebyggelsesindsats, behandling, forebyggelse af senkomplikationer, tidlig opsporing samt rehabilitering i de to sektorer.
- At understøtte anvendelsesorienteret forskning inden for primær forebyggelse, tidlig opsporing samt rehabilitering i almen praksis og kommuner.

Indhold

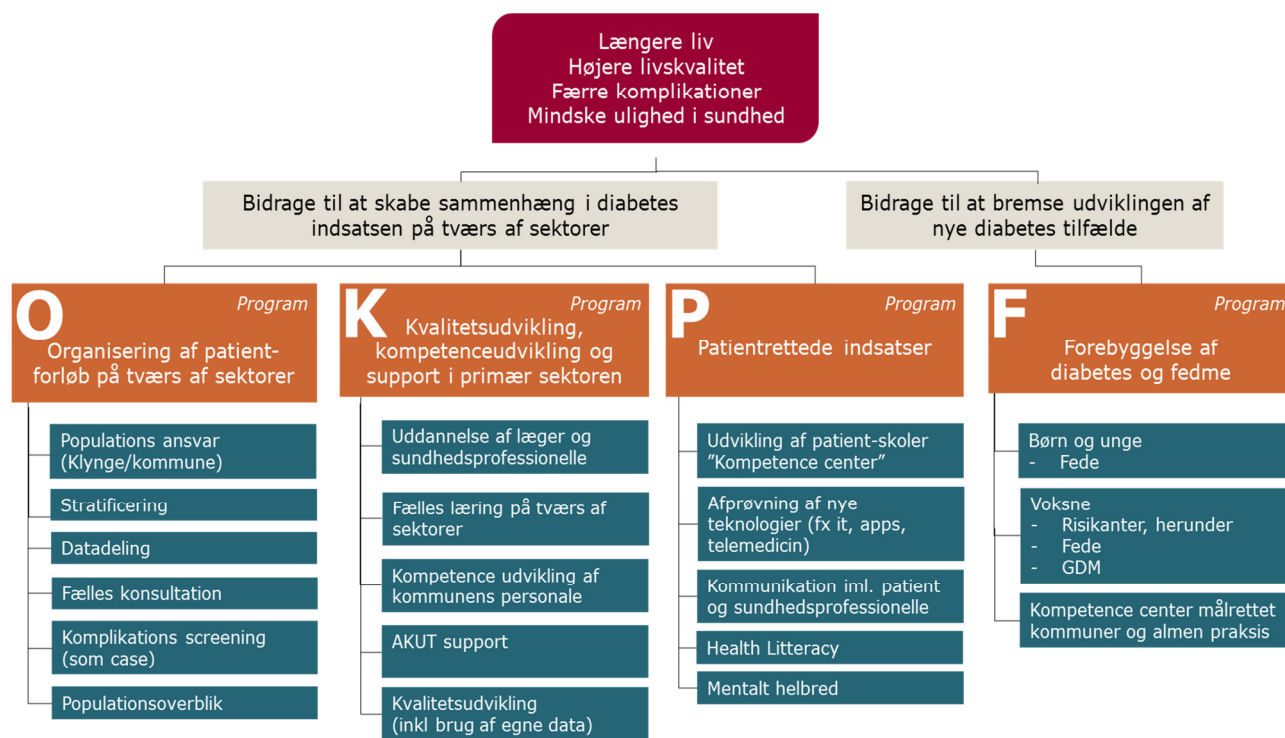
Enhedens mål og indsatsområder	3
<i>Program: Organisering af patientforløb på tværs af sektorer</i>	4
<i>Program: Kvalitetsudvikling, kompetenceudvikling og support til primær sektoren</i>	5
<i>Program: Patientrettede indsatser</i>	5
<i>Program: Forebyggelse af diabetes og fedme</i>	6
<i>Landmarkprojekter</i>	6
Enhedens arbejdsmetoder	8
<i>Forskning, udvikling og iterativ tilgang</i>	8
<i>Evalueringsmodeller</i>	8
<i>Udvikling af indsatser/ interventioner</i>	9
<i>Brugerinddragelse</i>	9
Enhedens organisering	10
Organisering af eksternt samarbejde	10
<i>Klyngerne</i>	10
<i>Sundhedsstyregruppen, sundhedskoordinationsudvalget og praksisplanudvalget</i>	11
<i>Kommunerne</i>	11
<i>Almen praksis</i>	12
<i>Regionshospitalerne</i>	12
<i>Aarhus Universitet</i>	12
<i>Øvrige Steno Diabetes Centre</i>	12
<i>Øvrige samarbejdspartnere</i>	12
Kommunikation og formidling	13

Enhedens mål og indsatsområder

Drejebogen for SDCA og forarbejdet hertil er udgangspunktet for de mål og indsatsområder for enheden, der er beskrevet i det følgende. Undervejs i arbejdet med strategien er en række interessenter, herunder repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen i Region Midtjylland, inddraget med henblik på at identificere, kvalificere og prioritere de enkelte mål og indsatser.

Enheden skal bidrage til at skabe sammenhæng i diabetesindsatsen på tværs af sektorer og bremse udviklingen af nye diabetestilfælde. Strategien udmøntes under fire programmer, som indeholder en lang række af indsatser. Indsatserne vil blive gennemført i synergi med andre indsatser i samme program, på tværs af programmer og med andre indsatser i regi af SDCA. Således vil et større projekt favne indsatser fra flere programmer og evt. i tillæg indsatser i klinikken, fx ved et supplerende tiltag. Større forskningsprojekter (såkaldt landmark projekter) vil blive gennemført på tværs af programmerne, i samarbejde med SDCAs forskningsenhed og kliniske enhed, Aarhus Universitet og eventuelt andre Steno centre og/ eller internationale centre.

De fire programmer under enheden er "Organisation af patientforløb på tværs af sektorer", "Kvalitetsudvikling, kompetenceudvikling og support i primær sektoren", "Patientrettede indsatser" og "Forebyggelse af diabetes og fedme" (se figur 2). I det følgende vil hvert program blive præsenteret.



Figur 2. Enhedens mål, programmer og indsatser

Program: Organisering af patientforløb på tværs af sektorer

Dette program vil indeholde indsatser med det formål at skabe **populationsoverblik** over diabetespopulationen i Region Midtjylland og nationalt. Vi har til hensigt at skabe populationer med henblik på at kunne identificere "problemområder", til brug for kvalitetsudvikling og til forskningsbrug.

Dansk Voksen Diabetes Database (DVDD) er etableret og mangler pt. indrapportering af patienter fra Almen Praksis. Processen i dette forløb har vi ikke den store indflydelse på, men vi supporterer selvklart initiativet. Derudover har vi til hensigt at etablere en diabetespopulation, som på forespørgsel giver mulighed for adgang til et bredere udvalg af informationer, inklusiv PRO-data fra patienterne selv. Vi forventer at etablere denne population i hele Region Midtjylland og kunne få 50% af de adspurgte med i denne kohorte, som kan følges over tid. DD2-kohorten (etableret som en del af Dansk center for strategisk forskning i type 2 diabetes) er den tredje population, hvor vi vil være aktive i at få praktiserende læger i Region Midtjylland til at inkludere nyopdagede patienter med type 2 diabetes .

I forbindelse med konkrete projekter vil vi hjælpe hospitalsklynger, kvalitets-klynger for almen praksis og kommuner med at skabe overblik over deres egen population. Til forskningsbrug er etableret adgang til en national kohorte af voksne med CPR nummer i Danmark ved samarbejde med Institut for Folkesundhed, AU. Denne kohorte er i brug til en lang række af forskningsprojekter med diabetes i fokus.

Et nøgleord for bedre kvalitet og samarbejde på tværs af sektorer er "**populationsansvar**". Enheden vil arbejde mod at afprøve modeller, hvor hospitalsklynger, almen praksis enheder og kommuner tager et fælles populationsansvar, der tager højde for nuværende overenskomstaftaler, kompetencer i de forskellige sektorer og princippet om nærhed set fra patienternes perspektiv.

I arbejdet med at skabe fælles populationsansvar vil enheden med udgangspunkt i Type 2 diabetespopulationen udvikle og evaluere indsatser, der kan supportere almen praksis i at varetage kontrol og behandling af den del af diabetespopulationen, som Almen Praksis har ansvaret for, herunder de "komplekse" patienter. **Stratificering af patienter (hvem ses hvor?)** er et grundprincip for effektiv udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer, og enheden ser det som essentielt at udvikle modeller for, hvordan stratificeringen kan udvikles og implementeres.

Andre elementer, der kan støtte sammenhængende diabetesforløb, er udvikling af modeller for **komplikationsscreening** og **datadeling**.

Screening for komplikationer er vigtig at gennemføre overfor alle med type 2 diabetes og denne screening kan foretages i almen praksis, ved regionshospitalerne eller ved SDCA. Modeller for, hvem der skal screenes hvor og med hvilket indhold, er i fokus for enhedens udviklingsindsats i dette område.

I forhold til datadeling ønsker enheden at arbejde for en model, hvor behandlere fra flere sektorer kan dele data. Med de nuværende adskilte journalsystemer er det ikke muligt for behandlere at få informationer om fx aftaler om livsstilsinterventioner og behandlingsmål på tværs af sektorerne. Med princippet om at sundhedsvæsenet skal agere patientcentreret, vil adgang til data om fx aftaler om "individuelle mål" eller årsag til "seponering af medicin" på tværs af sektorer være hensigtsmæssig, ligesom en fremstilling af data på en overskuelig måde er ønskelig. Enheden vil derfor supportere igangværende initiativer for at skabe en brugerflade for datadeling, som fx kan bygges op over "forløbsplanen", som allerede overenskomstmæssigt er aftalt og i udviklingsfasen.

Program: Kvalitetsudvikling, kompetenceudvikling og support til primær sektoren

Enheden vil arbejde for, at alle aktører, der har andel i diabetesbehandlingen, har mulighed for at arbejde med datadrevet **kvalitetsudvikling**. Til almen praksis sektoren vil enheden udvikle "pakker", som kan anvendes af de etablerede kvalitets-praksis-klynger, baseret på egne data. Til kommunalt brug, vil enheden iværksætte et afdæknings- og udviklingsarbejde med henblik på at få beskrevet behov og mulige modeller for kvalitetsudvikling af diabetesomsorgen. I kommunerne varetages diabetesomsorgen traditionelt af forskellige fagområder og finansieres derfor ofte med midler fra flere forskellige budgetområder ved kommunen. Således er patientuddannelser typisk under ét område, behandling af svært syge diabetespatienter i hjemmet eller på plejehjemmene under ét andet og støtte til familier med børn med diabetes under et helt tredje område. Behovet for support til de beskrevne områder vil formentlig være forskellig fra kommune til kommune, hvorfor enheden primært vil have en eksplorativ tilgang til dette indsatsområde og på kort sigt, i tæt samarbejde med aktørerne, etablere mindre og specifikke projekter.

Med den "omfordeling" af Type 2 diabetes patienterne i sundhedsvæsenet, som effektueres på baggrund af OK18 mellem Danske Regioner og PLO, er behovet for **kompetenceudvikling** og **support** til personale i almen praksis blevet tydeliggjort. Tilsvarende behov er gældende for sundhedsmedarbejdere i kommunalt regi. Enheden vil i et tæt samarbejde med SDCAs øvrige uddannelsesindsatser udvikle nye koncepter for kompetenceudvikling rettet mod almen praksis og i kommuner. Som et eksempel kan nævnes et projekt i samarbejde mellem SDCA og Horsens-klyngen, hvor det afprøves, om fælles videokonferencer mellem endokrinolog og almen praksis kan kompetenceudvikle og supportere almen praksis til at varetage behandling af "komplekse" type 2 diabetespatienter. Dette med henblik på at almen praksis "selv klarer patienterne" og ikke har brug for at henvise dem til diabetesambulatorier.

Enheden vil også undersøge den "akutte support", som der kan være brug for fra såvel kommune og almen praksis, og etablere og udvikle modeller for organisering af dette.

Til at understøtte arbejdet med kvalitetsudvikling og kompetenceudvikling etableres et samarbejde med 5-7 almen praksis geografisk fordelt i Region Midtjylland. Disse praksis forpligter sig til at indgå et antal aktiviteter med det formål at udforske muligheder for at styrke samarbejdet om patienter med diabetes og afprøve indsatser udviklet i SDCA regi.

Program: Patientrettede indsatser

Enheden vil i samarbejde med kommunale aktører supportere udvikling af de indsatser, der er rettet direkte mod patienter med diabetes. Formålet med disse indsatser er primært at "klæde patienterne på" med hensyn til sygdommens natur, og hvordan det er at leve med diabetes som en kronisk sygdom, herunder at tage vare på sig selv. Denne indsats har mange facetter og ændres også over tid. Det betyder, at den viden, der haves på området, hurtigt bliver "utidssvarende". Der er derfor et stort behov for kontinuerligt at udvikle indsatserne samtidig med, at viden deles og spredes. Enheden har derfor som mål at blive et **kompetencecenter** for patientrettede indsatser. I denne satsning vil enheden arbejde tæt sammen med de andre Steno centre, som også udvikler på dette område.

Støtteredskaber til "sårbare" patienter i form af **IT teknologier** er et andet fokuspunkt under dette program. Enheden vil indgå i samarbejder med andre Steno centre og eksterne aktører om udvikling af relevante redskaber.

Enheden har som mål at have projekter, som er direkte rettet mod "**sårbare**" grupper. Her tænkes specielt på grupper, som har svært ved at leve med diabetes eller nå behandlingsmålene. Som eksempler nævnes her specifikke grupper af migranter, personer med psykiatrisk sygdom, unge med type 1 diabetes og personer med mange sygdomme på samme tid.

Program: Forebyggelse af diabetes og fedme

I dette program vil indsatserne fokusere på interventioner overfor personer i høj risiko for at udvikle diabetes. I SDCA er iværksat kliniske indsatser rettet mod **kvinder med GDM**, som skal forskningsmæssigt evalueres. Enheden vil bidrage i dette arbejde, hvor det er relevant.

Enheden vil i samarbejde med Forskningsenheden under SDCA arbejde for at få mere viden om effektive interventioner overfor **børn og unge**, der er **overvægtige og fede**. Denne indsats er i overensstemmelse med Region Midtjylland og kommunernes ønske om at kunne gøre noget mere for denne gruppe. Det er et komplekst felt, som kræver et stort samarbejde med mange aktører og en tværfaglig tilgang, som involverer forskning på mange planer fra basalforskning til anvendt forskning. Enheden vil arbejde for at etablere et kompetencecenter i dette område.

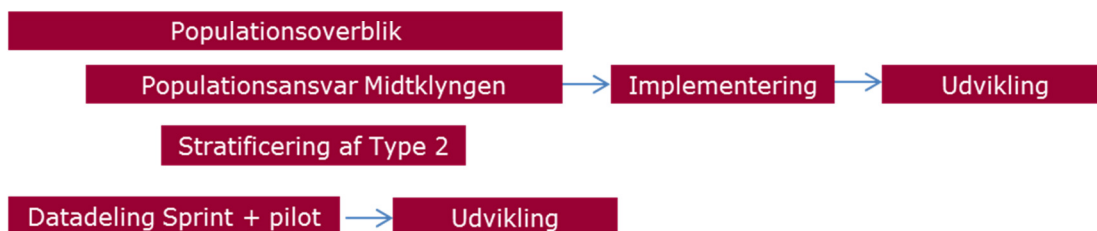
Landmarkprojekter

Enheden vil indgå i og tage initiativ til en række større forskningsprojekter (landmarkprojekter) sammen med forskningsenheden og klinikken ved SDCA, de øvrige Steno centre samt andre relevante nationale og internationale forskningsinstitutioner. Projekterne vil spænde fra epidemiologiske kohortestudier til afprøvning af interventioner rettet mod specifikke patientgrupper:

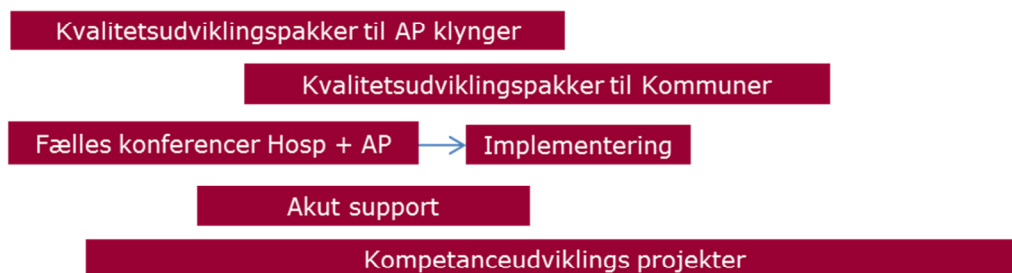
- **Epidemiologiske projekter**, der på baggrund af informationer på større kohorter, vil kunne bidrage til viden om risikofaktorer for udvikling af diabetes og komplikationer hertil. Erfaring med etablering af kohorter inklusiv indhentning af kliniske informationer og biologisk materiale indehaves, og det forventes at forskningsbidraget fra denne satsning kan få såvel national som international impact.
- Projekter, der skal undersøge forekomst af en **række komplikationer** til type 2 diabetes: perifer og autonom neuropati, søvnapnø og non-dipping hypertension hos personer med Type 2 diabetes, der følges og behandles i almen praksis, herunder afdække hvordan disse komplikationer bedst opspores og behandles.
- **Interventionsstudier**, der undersøger differentierede behandlingsregimer til personer med Type 2 diabetes, afhængig af komplikations- og risikoprofil.
- **Interventionsstudier** målrettet børn og unge med fedme. Interventionerne skal udvikles i henhold til den evidens, der findes på området og i samarbejde med de aktører, der skal indgå, herunder kommuner og praktiserende læger.

Programmål – overblik: 2019 - 2023

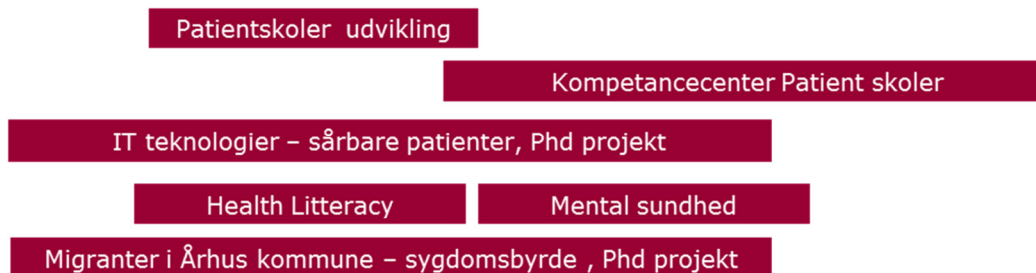
Organisering af patient-forløb på tværs af sektorer



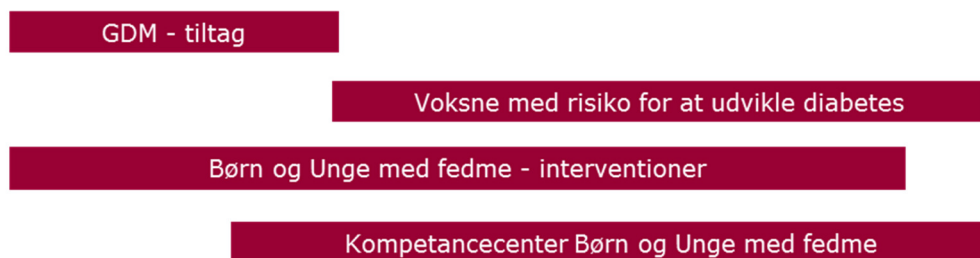
Kvalitetsudvikling, kompetenceudvikling og support i primær sektoren



Patientrettede indsatser



Forebyggelse af diabetes og fedme



Apr 2019

2020

2021

2022

2023

2024

Enhedens arbejdsmetoder

Forskning, udvikling og iterativ tilgang

Enhedens opdrag er at udvikle og forske i indsatser, der kan bidrage til at skabe sammenhæng i diabetesindsatsen på tværs af sektorer samt bidrage til at bremse udvikling af nye diabetes tilfælde.

Vi vil arbejde med udgangspunkt i en iterativ tilgang til udvikling, således at evaluering og forskning kontinuerligt bliver inddraget i udviklingsarbejdet. Denne innovative tilgang til forbedringer inden for enhedens arbejdsfelt skal afspejles i enhedens organisering, sammensætning af kompetencer, arbejdsmetoder og i enhedens samarbejde med eksterne parter.

Vi vil arbejde i henhold til OECD's Frascati manual for Forskning og Udvikling¹, som definerer *forskning og udvikling som skabende arbejde foretaget på et systematisk grundlag for at øge den eksisterende viden, samt udnyttelsen af denne viden til at udtænke nye anvendelsesområder.*

I forskningsarbejdet vil vi arbejde med såvel grundforskning og anvendt forskning. Grundforskning er eksperimenterende eller teoretisk arbejde med det primære formål at opnå ny viden og forståelse uden nogen bestemt anvendelse i sigte, hvorimod anvendt forskning er eksperimenterende eller teoretisk arbejde, som primært er rettet mod bestemte anvendelsesområder.

I enhedens strategi vil begrebet "udvikling" anvendes som et systematisk arbejde, der er baseret på viden opnået gennem forskning og praktisk erfaring, med det formål at frembringe nye eller væsentligt forbedrede indsatser fx til specifikke patientgrupper eller sundhedspersonale. Det kan også dreje sig om nye systemer til at udnytte data fra patienter og klinikere eller nye tjenesteydelser.

Den iterative tilgang til udvikling af indsatser med tydelig fastsættelse af delmål vil blive anvendt med det formål at kunne justere arbejdet undervejs under hensyntagen til både ressourceanvendelse og relevans.

Evalueringsmodeller

Evaluering af indsatser vil inddrage relevante metoder og mål, herunder sundhedstilstand, klinisk og brugeroplevet kvalitet, omkostninger og trivsel af organisationen. Trivsel skal i denne sammenhæng forstås bredt og kan fx inddrages ved planlægning og evaluering af indsatser, der ændrer sundhedspersonalets måde at samarbejde på mellem sektorer.

¹ <https://ufm.dk/forskning-og-innovation/statistik-og-analyser/hvad-er-forskning-innovation-og-udvikling>, 3. februar 2019

Enhedens arbejdsmetode vedr. udvikling og forskning



Figur 1. Enhedens arbejdsmetoder

Udvikling af indsatser/ interventioner

Enheden vil arbejde med flere og forskellige typer af indsatser, der samlet kan bidrage til en bedre sammenhæng i behandlingen for diabetespatienter og til at bremse udvikling af diabetes. Indsatserne kan variere fra udvikling af IT-platformer til patientskoler, organisation af sammedagsscreening og kvalitetsudviklingsaktiviteter og kalder derfor på forskellige typer af udviklingsværktøjer. Enheden vil således anvende relevante udviklingsmodeller afhængig af indsatstypen, herunder Co-design², Programteori³, COM-B⁴ til udvikling af "behaviour change interventions" og MRCs beskrevne model for interventionsudvikling og evaluering^{5,6}.

Brugerinddragelse

Det er enhedens ambition, i lighed med den generelle ambition for brugerinddragelse i SDCA, at inddrage borgere med diabetes i udviklingen af indsatser. Det gælder både i indsatser, der er målrettet borgere og patienter såvel som indsatser, der har fx sundhedsmedarbejdere i kommuner eller almen praksis personale som målgruppe. Vi anerkender, at relevansen af inddragelse vil variere, og der vil således ikke blive beskrevet regler for inddragelse, men nærmere et kodeks herfor. Rekruttering vil foregå med hensyntagen til geografiske og lokale forhold og så vidt muligt anvende den organisation, som allerede er etableret herfor.

Patient/borger inddragelse i primær sektoren er ikke så velbeskrevet som i det sekundære, hvorfor enheden vil indgå i et samarbejde med Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS)⁷ herom.

² Paola, Sara Donetto "Experience-based Co-design and Healthcare Improvement: Realizing Participatory Design in the Public Sector", <https://doi.org/10.2752/175630615X14212498964312>

³ Hansen, MB, Vedung, E. "Theory-based Stakeholder Evaluation" American Journal of Evaluation. 2010;31(3):295-313

⁴ Mitchie, Susan "The behaviour change wheel: A new method for characterising and ..." <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096582/>

⁵ MRC "Developing and evaluating complex interventions - Medical Research ..." <https://mrc.ukri.org/documents/.../complex-interventions-guidance/>

⁶ MRC "Process evaluation of complex interventions: Medical Research ..." <https://www.bmj.com/content/350/bmj.h1258>

⁷ <https://danskepatienter.dk/vibis>, d. 3. feb 2019

Tilsvarende skal den behandlergruppe og/eller interessentgruppe (fx kommunale ledere), som udgør målgruppen involveres på så tidligt et stadie som muligt i udviklingen af indsatser. Ofte vil indsatserne gå på tværs af sektorer og dermed involvere flere interessenter. I denne proces vil forskellige modeller blive bragt til anvendelse, herunder fx Co-design.

Enheden vil ved alle indsatser og aktiviteter særligt have fokus på grupper af patienter og borgere, der har specielle og komplekse behov med det formål at forebygge ulighed i sundhed. Disse "sårbare grupper" vil blive defineret forskelligt afhængig af formålet med indsatsen. Enheden vil endvidere indgå i et forskningssamarbejde omkring "Sårbarhedsbegrebet" med det mål at blive klogere på hvilke grupper, vi skal have særligt fokus for at "flytte" mest sundhed.

Enhedens organisering

Organiseringen af enheden følger de fire programmer. For hvert program tilknyttes en programkoordinator, som i samarbejde med enhedschefen har ansvaret for at drive og koordinere udviklingen af projekter inden for programmet og sikre den efterfølgende opfølgning og evaluering.

De mange forskellige indsatser og projekter ved enheden kalder samtidig på et bredt spektrum af kompetencer, som skal tilknyttes enheden. Det vil ske ved direkte ansættelse af medarbejdere med forskellige fagligheder i enheden, såvel som ved at inddrage og anvende de forskellige kompetencer der allerede er til stede i henholdsvis klinikken, forskningsenheden og staben i SDCA.

Organisering af eksternt samarbejde

For at indfri ambitionen om at skabe et nationalt videnscenter inden for sammenhæng og tværsektorielt samarbejde i diabetesindsatsen er det afgørende, at enheden er åben og opsøgende i samarbejdet omkring forskning og udvikling, både regionalt, nationalt og internationalt.

Samtidig forudsætter realiseringen af strategien et tæt samarbejde med kommuner, almen praksis og hospitalerne i Region Midtjylland. SDCA vil i den sammenhæng benytte regionens etablerede strukturer for samarbejdet mellem sektorerne for derigennem at sikre de optimale rammer for en kvalificeret dialog omkring diabetesindsatsen.

Klyngerne

Enhedens samarbejde med kommuner, almen praksis og hospitalerne omkring tværsektorielle indsatser og projekter forankres i de fem klynger i Region Midtjylland. Forankringen i klyngerne skal sikre, at udviklingen af nye indsatser og projekter tager afsæt i den eksisterende viden og erfaring, der er i primærsektoren og ved hospitalerne, og at der i nødvendigt omfang koordineres i forhold til andre igangværende tiltag og projekter.

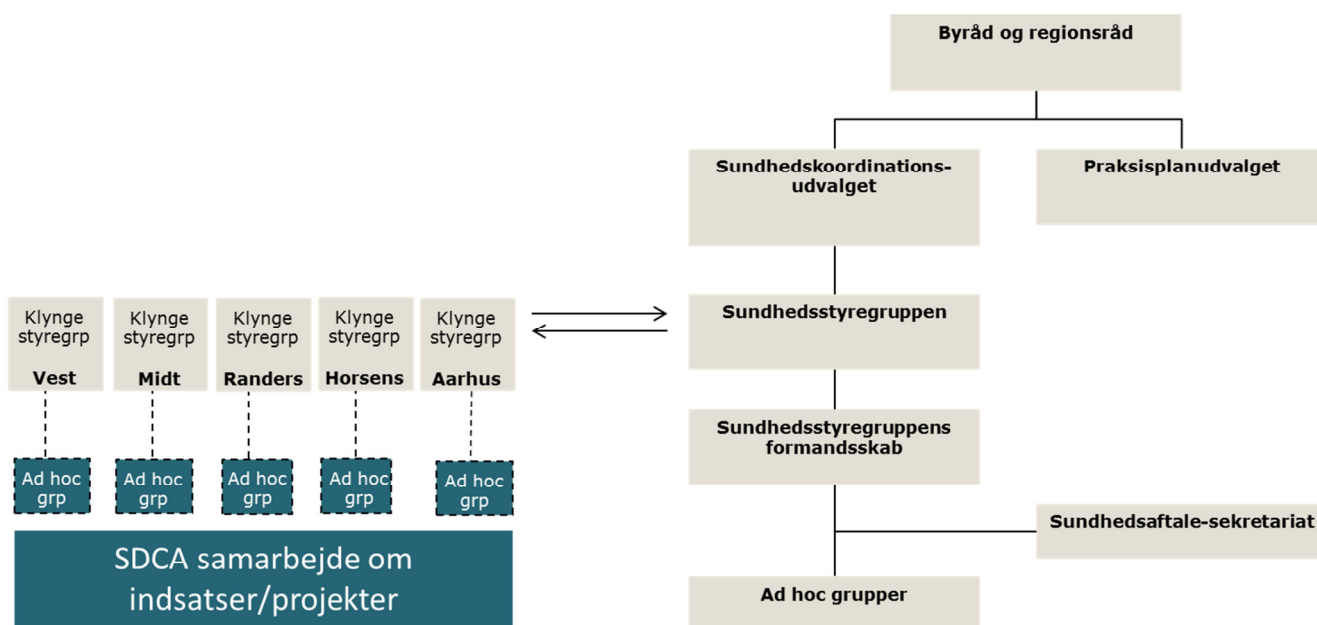
Den overordnede dialog omkring udfoldelsen af strategien forankres som udgangspunkt i klyngestyregrupperne. Hvis det vurderes relevant, kan der inden for den enkelte klynge etableres arbejdsgrupper, som kan bidrage til målrettet sparring omkring udvikling af diabetesindsatsen og planlægning af samarbejdsprojekter. Projekterne kan tilsvarende drøftes i de allerede eksisterende undergrupper, som er etableret under en del af klyngestyregrupperne fx på børn- og ungeområdet.

Den endelige organisering af samarbejdet mellem SDCA og den enkelte klynge aftales med klyngestyregrupperne i løbet af sommeren og efteråret 2019 og kan tilpasses løbende.

Sundhedsstyregruppen, sundhedskoordinationsudvalget og praksisplanudvalget

I de tilfælde, hvor indsatser og projekter går på tværs af regionen, eller projekter, der er afprøvet inden for en klynge, ønskes udbredt og afprøvet i en større skala, bringes det op i sundhedsstyregruppen i Region Midtjylland. Tilsvarende kan planer om eller resultater fra store regionale projekter bringes op i regionens sundhedskoordinationsudvalg eller i praksisplanudvalget, hvis det har direkte konsekvenser for almen praksis. I det tilfælde, at modeller, metoder mv., som er udviklet via projekter, ønskes udbredt til hele regionen og integreret i den almindelig drift forudsætter dette en politisk beslutning i Regionsrådet og i de enkelte byråd.

Den samlede organisering af samarbejdet mellem kommuner, almen praksis og regionen fremgår af figur 3 nedenfor.



Figur 3. Organisering af tværsektorielt samarbejde i Region Midtjylland

Kommunerne

Udover samarbejdet med klyngerne vil enheden løbende være i dialog med de enkelte parter om sektorspecifik samarbejdsprojekter og videndeling. Dialogen mellem SDCA og kommunerne omkring den kommunale diabetesindsats vil som udgangspunkt foregå via SDCAs deltagelse på fællesmøder med de kommunale direktører og sundhedschefer. Dette med henblik på, at enheden kan dele resultater og data fra projekter og erfaringsudveksle omkring den gode praksis inden for diabetesindsatsen i kommunerne. Derudover kan der løbende etableres bilaterale samarbejder mellem enheden og de enkelte kommuner omkring konkrete projekter.

Almen praksis

Som led i etableringen af enheden for sammenhængende patientforløb og tværsektorielle indsatser etableres et netværk med praktiserende læger i Region Midtjylland - *Almen Praksis Diabetesnetværk*. Netværket skal danne rammerne omkring løbende sparring, idégenerering og erfaringsudveksling om diabetesindsatsen i praksissektoren. Netværket vil bestå af en række praktiserende læger fra hele Region Midtjylland, en repræsentant fra PLO-Midtjylland og enhedschefen. Parallelt vil enheden løbende være i dialog med PLO-Midtjylland om samarbejdet med almen praksis. Endeligt kan enheden indgå i samarbejde med enkelte praksisenheder omkring konkrete projekter.

Regionshospitalerne

Ligesom for kommuner og almen praksis vil der løbende være behov for orientering og videndeling med hospitalerne omkring enhedens indsatser. Denne dialog forankres i Steno Partner samarbejdet og vil således foregå i regi af Steno Partner Forum eller på særskilte møder mellem SDCA og de enkelte Steno Partner hospitalet.

Aarhus Universitet

Som for den øvrige forskning ved SDCA er Aarhus Universitet en central samarbejdspartner i forskningsindsatsen ved Enheden for Sammenhængende Patientforløb og Tværsektorielle indsatser. Forskningsindsatser, som finder sted i et samarbejde mellem enheden og Aarhus Universitet, koordineres i forskningsfølgegruppen for forskning i SDCA. Forskningsfølgegruppen består af henholdsvis forskningslederen og enhedschefen ved SDCA og institutlederne fra Institut for Klinisk Medicin, Institut for Biomedicin og Institut for Folkesundhed.

Øvrige Steno Diabetes Centre

Udvikling og forskning inden for sammenhæng i diabetesindsatsen er et særkende for SDCA. Centret skal derfor udbrede de erfaringer og den viden, der genereres gennem de forskellige indsatser til de øvrige Steno Diabetes Centre. SDCA vil i den sammenhæng prioritere og bidrage til løbende erfaringsudveksling og videndeling med de øvrige centre.

Enheden vil samtidig være åben og opsøgende over for etableringen af samarbejde omkring større indsatser på tværs af centrene, såvel som med andre uddannelses- og forskningsinstitutioner, herunder eksempelvis VIA University College

Øvrige samarbejdspartnere

Inden for projekter, hvor målgruppen er relativt afgrænset i Danmark (fx etniske minoriteter med diabetes) vil enheden være særligt opsøgende overfor samarbejdet med internationale forskningsinstitutioner og andre relevante internationale aktører. Endeligt vil enheden samarbejde med relevante parter i industrien omkring udviklings- og forskningsprojekter. Særligt inden for udvikling af it og teknologiske løsninger, som kan understøtte sammenhængen i patientforløb på tværs af sektorer, vil der være gode muligheder for samarbejde med private virksomheder.

Kommunikation og formidling

Som videnscenter inden for sammenhængende patientforløb og tværsektorielle indsatser har SDCA et ansvar for at udbrede og aktivt kommunikere om enhedens indsatser. Dette vil ske med afsæt i centrets samlede kommunikationsstrategi.

Kommunikationen om enheden har to formål. Dels at kommunikere overordnet om enhedens indsatser til en bred målgruppe af interessenter - som en del af den samlede branding af SDCA. Og dels at formidle konkret viden, forskningsresultater og værktøjer til relevante medarbejdere og samarbejdspartnere i kommuner, almen praksis, ved hospitalerne, Aarhus Universitet og andre forskningsinstitutioner.

Den generelle kommunikation om enhedens arbejde vil primært henvende sig til lokale og regionale medier, men også til landsdækkende medier og fagmedier, i det omfang at projekter og resultater har almen interesse. Desuden vil SDCA benytte centrets eksterne nyhedsbrev til at kommunikere generelt om enhedens arbejde til interesserede medarbejdere og samarbejdspartnere i regionen. Endeligt benyttes de sociale medier, særligt LinkedIn og Twitter, til at skabe synlighed omkring de forskellige indsatser.

Viden, modeller og værktøjer, som opbygges og udvikles ved enheden skal desuden målrettet formidles og gøres tilgængeligt for de medarbejdere, der arbejder med diabetesindsatsen - både ved SDCA, ved regionshospitalerne, kommuner og almen praksis. Udover formidling via fagmedier vil SDCA udbrede viden gennem centrets hjemmeside, og på længere sigt eventuelt via en selvstændig online platform til det tværsektorielle område. I den sammenhæng prioriteres de områder, hvor enheden har et erklæret mål om at fungere som videnscenter for arbejdet i kommuner og almen praksis, herunder "fedme blandt børn og unge" og "patientskoler i kommunerne". Ved start eller afslutning af større regionale projekter planlægges desuden afholdt symposier eller temadage for relevante fagpersoner.

I flere af enhedens programmer indgår kompetenceudvikling og uddannelse som et væsentligt element af indsatsen. Herigennem kommunikeres og formidles ikke kun enhedens, men hele centrets erfaringer og resultater fra klinisk og teoretiske forsknings- og udviklingsaktiviteter.

Endeligt vil SDCA, som beskrevet ovenfor, benytte regionens eksisterende samarbejdsstrukturer til at formidle ny viden og resultater til den administrative og politiske ledelse i regionen og kommunerne.