



**En styrket diabetes- og
livsstilsindsats i Grønland**
Etablering af Steno Diabetes
Center Grønland
- Inuunerissaavik

Indholdsfortegnelse

4	Opsummering	34	7	Telemedicin
5	1	34	7.1	Nuværende telemedicinske tilbud, muligheder og barrierer
5	1.1	35	7.2	Samarbejde om en styrket telemedicinsk indsats
		36	7.3	Styrkelse af telemedicinske tiltag
5	1.2		38	8
7	1.3		8.1	Nuværende kvalitetsudvikling og -indsatser
7	1.4		39	8.2
				Samarbejde og nye indsatser
8	2	40	9	Organisering og ledelse
8	2.1	40	9.1	Principper for styringsmodel
9	2.2	40	9.2	Organisering
		42	9.3	Bestyrelse
		43	9.4	Centerledelse
		43	9.5	Udvalg og netværk
		44	9.6	Overordnede ansvarsområder
		45	9.7	Driftsansvar
		45	9.8	Service model
11	3	47	10	Fysiske rammer
11	3.1	47	10.1	Ambition for sdcg-byggeri
13	3.2	47	10.2	Sdcg-byggeri
14	3.3	49	10.3	Organisation og ledelse af byggeriet
14	3.4			
		50	11	Finansiering
		50	11.1	Finansieringsansvar
		51	11.2	Finansieringsmodel
		53	11.3	Finansiell ledelsesmodel
21	4	56	12	Bevillingsaftale og -proces
21	4.1	56	12.1	Milepæl 1 og prioriterede aktiviteter
21	4.2			
21	4.3		58	13
22	4.4		58	Opstart
23	4.5		59	14
24	4.6		59	Bilag 1
25	5			
25	5.1			
26	5.2			
26	5.3			
27	6			
27	6.1			
27	6.2			
27	6.3			
28	6.4			

Opsummering

Selvstyret og Novo Nordisk Fonden beskriver i denne drejebog et langsigtet samarbejde om at styrke diabetes- og livsstilsindsatsen i Grønland. Det grønlandske samfund oplever i disse år en stor vækst i forekomsten af type 2-diabetes og andre livsstilsrelaterede sygdomme, og den overordnede vision med samarbejdet er at forbedre den almene sundhed og livskvalitet for alle med diabetes og visse livsstilsrelaterede sygdomme samt bidrage til en sammenhængende behandlingsindsats.

Patienter med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme skal tilbydes den bedste behandling og forebyggelse af komplikationer, uanset hvor i landet de bor. Samarbejdet mellem Selvstyret og Novo Nordisk Fonden skaber en unik mulighed for at give et substantielt løft til diabetes- og livsstilsbehandlingens kvalitet og tilgængelighed samt til forskning i og udvikling af diabetes- og livsstilsindsatsen.

Steno Diabetes Center Grønland – et center med landsdækkende opgaver

Hovedtiltaget i samarbejdet er etableringen af Steno Diabetes Center Grønland (SDCG). SDCG skal være et landsdækkende videns-, udviklings- og behandlingscenter for en styrket diabetes- og livsstilsindsats.

SDCG integreres i den eksisterende struktur i Det Grønlandske Sundhedsvæsen (Sundhedsvæsenet). Ved at integrere SDCG i den eksisterende struktur bliver SDCG en integreret del af det samlede sundhedstilbud, og patienter i hele landet kan få gavn af SDCG's tilbud og indsatser.

SDCG skal konsolidere og videreudvikle det arbejde og de indsatser, som i dag varetages af LivsstilsGruppen i Nuuk og livsstilsambulatorierne. Livsstilsambulatorierne patientgrupper omfatter patienter med alle former for diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hypertension. Samarbejdet mellem Selvstyret og Novo Nordisk Fonden omfatter udover en styrket diabetesindsats derfor også en styrket indsats overfor patienter med KOL eller hypertension. Der er meget få patienter med type 1-diabetes i landet, og SDCG's indsats er derfor primært rettet mod den livsstilsrelaterede type 2-diabetes. I denne drejebog omtales den styrkede indsats målrettet diabetes, KOL og hypertension, som 'en styrket diabetes- og livsstilsindsats'.

SDCG etableres med ressourcer fra både Selvstyret og Novo Nordisk Fonden. Selvstyret finansierer uændret de tilbud og aktiviteter inden for diabetes (både type 1 og type 2), KOL og hypertension (tilbud og aktiviteter drevet af LivsstilsGruppen i Nuuk og livsstilsambulatorierne i hele landet), som eksisterer i dag. Novo Nordisk Fonden finansierer

de 'nye supplerende aktiviteter', som er en videreudvikling af – et tillæg til – de eksisterende aktiviteter samt nye aktiviteter.

SDCG skal udvikle og drive nye supplerende aktiviteter, som øger behandlingens tilgængelighed og understøtter kvalitet og sammenhæng i behandlingstilbuddet til gavn for patienterne. En fremskrivning af patientantallet viser, at der i 2030 vil være ca. 9.300 patienter med diabetes, KOL eller hypertension i landet. En stor andel vil være multisyge og modtage behandling for flere sygdomme.

SDCG skal udvikle og drive indsatser indenfor følgende områder:

- » **Behandling og patientuddannelse:** SDCG skal forbedre den samlede behandlingsindsats og patientuddannelse for patienter med diabetes, KOL eller hypertension. Forebyggelse af komplikationer til diabetes samt et sammenhængende individuelt tilpasset tilbud til patienter med flere sygdomme er et centralt element af denne indsats. Patienter skal uændret modtage behandling ved det lokale livsstilsambulatorium, men SDCG skal tilbyde faglig sparring og samarbejde samt telemedicinske konsultationer til ansatte og patienter uden for Nuuk. Livsstilsambulatoriet i Nuuk flyttes til den nye SDCG-bygning, når den er klar til ibrugtagning. Skema 3C viser en samlet oversigt over de supplerende behandlingsaktiviteter.
- » **Forskning:** SDCG skal konsolidere og videreudvikle de eksisterende forskningsmiljøer indenfor diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme. Centret skal derfor udvikle et internationalt og arktisk funderet forsknings- og uddannelsesmiljø, som er kendetegnet ved et nært samspil mellem forskning og praksis.
- » **Tværgående samarbejde og forebyggelse:** SDCG skal understøtte et stærkt tværfagligt og tværgående samarbejde med kommuner, det øvrige Sundhedsvæsen og civilsamfundet om forebyggelse af diabetes- og livsstilsrelaterede sygdomme. Et særligt indsatsområde vil i denne sammenhæng være forebyggelse målrettet overvægtige børn, da denne målgruppe har markant øget risiko for at udvikle livsstilssygdomme. Dialog, samarbejde og koordinering med både selvstyreniveauet, det kommunale niveau og civile aktører om en sammenhængende sundhedsindsats er derfor en grundlæggende forudsætning for centrets virke.

En styrket behandlingsindsats med det beskrevne ambitionsniveau forudsætter, at der arbejdes målrettet og struktureret med *kompetenceudvikling* af alle involverede personer. SDCG skal være drivkraft bag en

styrket kompetenceudvikling af ansatte i Sundhedsvæsenet og udvikle projekter og tilbud målrettet ansatte i kommunerne.

På grund af landets særlige geografi og de til tider vanskelige vejrforhold er anvendelsen af telemedicin en helt afgørende forudsætning for at sikre, at alle borgere får adgang til de indsatser, der udvikles og tilbydes af centret. SDCG skal med udgangspunkt i en forskningsbaseret tilgang til udvikling, anvendelse og dokumentation *styrke og udvikle den telemedicinske infrastruktur*, og et vigtigt indsatsområde de første år af centrets levetid bliver at implementere nye telemedicinske løsninger i hele landet.

SDCG skal også styrke udviklingen af den *datadrevne kvalitetsindsats*. Der skal fokus på forbedret registrering, opfølgning og monitorering af diabetes- og livsstilsindsatsen i hele landet med henblik på at identificere indsatsområder og best practice.

De konkrete initiativer, SDCG igangsætter, er enten en udbredelse af eksisterende tilbud til hele landet eller udviklingsprojekter, som igangsættes i centret. Hvor det er fagligt meningsfuldt og ressourcemæssigt muligt, igangsættes projekter i samarbejde med en eller flere sundhedsregioner, og i relation til projekter om tværgående samarbejde og forebyggelse er kommuner og civile organisationer en vigtig samarbejdspartner. SDCG får således både opgaver i Nuuk og opgaver, som rækker ud til en eller flere af sundhedsregionerne.

Fysiske rammer, ledelse og bevilling

Der bygges en ny bygning i Nuuk ved Dronning Ingrid's Hospital, hvorfra SDCG skal drive sine aktiviteter. Den nye bygning planlægges til at være på ca. 2500 brutto-m² og skal rumme patientrettede faciliteter til behandling og uddannelse samt møde-/undervisningslokaler til kompetenceudvikling af ansatte. Bygningen skal også rumme faciliteter til aktiviteter målrettet sundhedsregionerne, bl.a. udvikling og drift af telemedicinske tilbud. Derudover skal der være kontorer til centrets ledelse, den øvrige stab og til forskere samt mindre lejligheder til gæsteforskere, undervisere og patienter. Bygningen forventes at stå klar til ibrugtagning i 2024.

SDCG skal ledes af en centerledelse, som skal have base i den nye bygning. Centerledelsen får det daglige ansvar for udvikling og drift af SDCG's aktiviteter. Centerledelsen refererer til SDCG's bestyrelse og til Sundhedsledelsen. For så vidt angår strategiske forhold og Novo Nordisk Fondens bevilling refererer centerledelsen til SDCG's bestyrelse. I forhold, der angår den daglige drift og relationen til de øvrige områder i Sundhedsvæsenet, refererer centerledelsen til Sundhedsledelsen.

¹Sundhedsvæsenet er opdelt organisatorisk i fem sundhedsregioner.

1. Indledning

1.1 Baggrund og fundament for samarbejdet mellem Selvstyret og Novo Nordisk Fonden

Novo Nordisk Fonden kontaktede i 2017 Selvstyret og Det Grønlandske Sundhedsvæsen (Sundhedsvæsenet) med et tilbud om at samarbejde om at styrke behandlingstilbuddet til patienter med diabetes i landet. Det skete ud fra et ønske om, at patienter med diabetes skal modtage den bedste behandling og forebyggelse af komplikationer. Novo Nordisk Fonden² har historisk støttet Steno Diabetes Center i Gentofte³ og har indenfor de sidste 4 år indgået samarbejde med alle regioner i Danmark om etablering af Steno Diabetes Centre.

I november 2018 vedtog Naalakkersuisut (Grønlands regering) og Novo Nordisk Fondens bestyrelse en fælles vision om at styrke diabetes- og livsstilsindsatsen i landet med etablering af Steno Diabetes Center Grønland (SDCG) som centrum for indsatsen. Den fælles ambition med samarbejdet er at give et substantielt løft til behandlingens tilgængelighed og kvalitet samt til forskning i og udvikling af diabetes- og livsstilsindsatsen.

Samarbejdet mellem Selvstyret og Novo Nordisk Fonden skal konsolidere og videreudvikle det arbejde og de indsatser, der i mange år har været målrettet diabetes- og livsstilsområdet i landet, og som er forankret ved LivstilsGruppen⁴ i Nuuk og livsstilsambulatorierne i hele landet. LivstilsGruppen og livsstilsambulatorierne indsatser er målrettet patienter med diabetes (med særligt fokus på type 2-diabetes), kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hypertension. Udover en styrket diabetesindsats kommer samarbejdet derfor også til at omfatte også en styrket indsats overfor patienter med KOL og hypertension.

I denne drejebog omtales den styrkede indsats målrettet diabetes, KOL og hypertension, som 'en styrket diabetes- og livsstilsindsats'. Der er meget få patienter med type 1-diabetes i landet, og de beskrevne diabetesindsatser og -aktiviteter i denne drejebog er primært beskrevet i forhold til den livsstilsrelaterede type 2-diabetes.

Med afsæt i det fælles visionsoplæg har Naalakkersuisut og Novo Nordisk Fonden udarbejdet denne drejebog for en styrket diabetes- og livsstilsindsats og etableringen af SDCG.

Drejebogen er udarbejdet med fagligt input fra eksperter og specialister fra Sundhedsvæsenet, selvstyreniveauet, kommunerne samt nationale og internationale forsknings- og uddannelsesmiljøer.

²Novo Nordisk Fonden arbejder selvstændigt og uafhængigt af andre interesser og hensyn end de, der fremgår af fondens vedtægtsbestemte formål. Novo Nordisk Fondens uddelelser sker i form af bevillinger uden krav om modydelse.

³Steno Diabetes Center i Gentofte var et privathospital ejet af Novo Nordisk A/S, hvis drift bl.a. var støttet af Novo Nordisk Fonden. Den 1. januar 2017 blev Steno Diabetes Center overdraget til Region Hovedstaden som led i etablering af Steno Diabetes Center Copenhagen (SDCC).

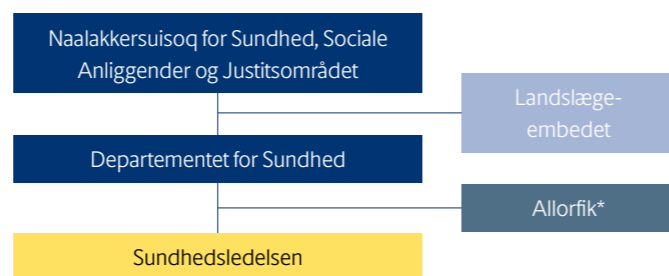
⁴LivstilsGruppen er en videreførelse af DiabetesGruppen, der i 2008 blev etableret for en 3-årig donation fra Novo Nordisk A/S til at styrke diabetesområdet.

Der er også foretaget interviews med patienter på livsstilsområdet, og drejebogens forslag til nye indsatser er blevet drøftet med de centrale livsstilsmedarbejdere fra regionssygehuse og sundhedscentre, således at disses synspunkter og ønsker også er indarbejdet i drejebogen.

1.2 Sundhedsvæsenets organisering, ledelse og opgaver

Sundhedsledelsen har det overordnede ansvar for driften af Sundhedsvæsenet. Sundhedsledelsen refererer til Departementet for Sundhed og Naalakkersuisoq for Sundhed, Sociale Anliggender og Justitsområdet (Ministeren for Sundhed, Sociale Anliggender og Justitsområdet).

Figur 1A: Illustrerer det overordnede ledelseshierarki indenfor sundhedsområdet i Grønland



*Allorfik varetager det nationale tilbud om gratis behandling af afhængighed af rusmidler og spil.

Sundhedsvæsenet er opdelt i fem sundhedsregioner, der ledes af en regionsledelse og betjener hver sin landsdel med et regionssygehus i den største by. Derudover er der sundhedscentre i mindre byer samt sundhedsstationer og bygdekonsultationer i bygger.

De almenmedicinske sundhedsopgaver varetages af sundhedsregionerne, herunder døgndækkende akutberedskab, sundhedspleje, psykiatrisk og somatisk hjemmesygepleje, laboratorievirksomhed, røntgenundersøgelser, fysioterapi, svangreomsorg – derudover i forskellig grad fødsler og mindre kirurgi. Uden for Nuuk er der mulighed for indlæggelse på regionssygehuse og større sundhedscentre. Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk fungerer som både regionssygehus for borgerne i Region Sermersooq og som landshospital (hospitalets funktioner uddybes nedenfor).

Ved landshospitalet er Dronning Ingrid's Sundhedscenter placeret. Dette sundhedscenter varetager de almenmedicinske sundhedsopgaver for borgere i Nuuk.

Sundhedsvæsenets behandlende enheder, der varetager Sundhedsvæsenets tilbud for landets ca. 56.000 indbyggere, omfatter:

- » Dronning Ingrid's Hospital: Landshospital og regionssygehusfunktion for Region Sermersooq ved indlæggelser.
- » Regionssygehus: I den største by i hver af de fire øvrige sundhedsregioner.
- » Sundhedscenter: 500–1200 indbyggere⁵.
- » Sundhedsstation: 200–500 indbyggere.

Bygdekonsultation: <200 indbyggere.

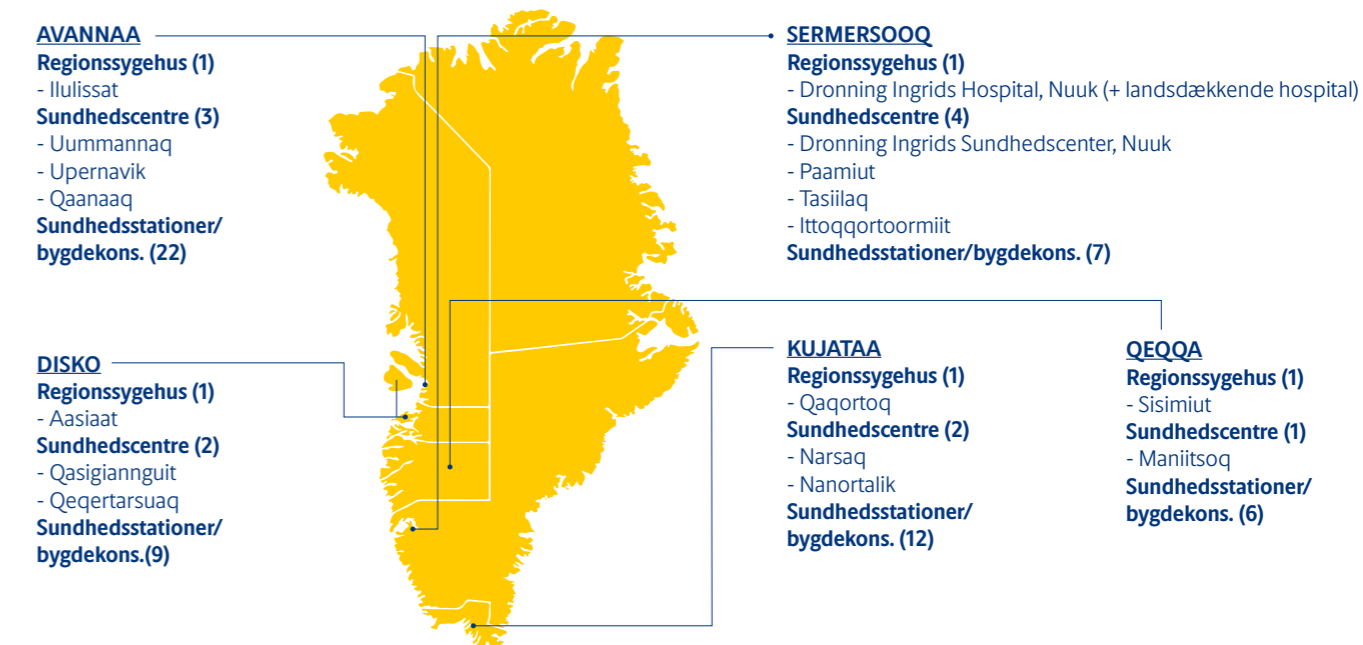
kommer i begrænset omfang på tjenstlige besøg på mindre sundhedsstationer og bygdekonsultationer, hvorfor disse primært betjenes telemedicinsk. De sundhedsfaglige opgaver i Sundhedsvæsenet løses af en bred personalegruppe, bl.a. læger, sygeplejersker, terapeuter, sundhedsassistenter og bygdesundhedsarbejdere. Der forekommer en høj grad af fleksibel opgavevaretagelse blandt Sundhedsvæsenets personalegrupper.

Sundhedsvæsenet omfatter desuden tandpleje og tandlægevæsen samt Landsapoteket, der indkøber og distribuerer lægemidler til Sundhedsvæsenets enheder.

De kliniske områder på Dronning Ingrid's Hospital tilbyder specialiserede behandlingsformer til psykiatriske og somatiske patienter. Patienter med mere komplicerede behandlingsbehov bliver henvist til behandling ved specialister i Danmark.

Borgere har adgang til behandling og medicin uden brugerbetaling. Sundhedsvæsenet afholder tillige omkostninger for transport og ophold

Figur 1B: Viser en oversigt over de fem sundhedsregioner i landet samt tilknyttede sygehuse, sundhedscentre og sundhedsstationer/bygdekonsultationer



Alle Sundhedsvæsenets behandlende enheder varetager diabetes- og livsstilsydelse, men på enhederne er der forskelligt niveau af sundhedsbetjening og -tilbud. Den lægefaglige bemanding er fysisk tilknyttet Dronning Ingrid's Hospital, regionssygehuse og sundhedscentre.

Sundhedsstationer og bygdekonsultationerne betjenes via telemedicin og tjenstlige besøg med varierende mellemrum. Sygeplejefaglig ekspertise er fysisk tilknyttet Dronning Ingrid's Hospital, regionssygehus, sundhedscentre og flere af landets sundhedsstationer. Sygeplejersker

i forbindelse med udredning, behandling og kontrol både i landet og til visiterede behandlinger i udlandet.

Alle borgere har ifølge lovgivningen lige adgang til sundhedsydelse uanset bopæl. Der er derfor fokus på, at anvendelsen af telemedicin udbredes yderligere for på den måde at sikre den lige adgang. Derved forbedres behandlingsmulighederne for befolkningen uanset bopæl.

⁵Med undtagelse af Dronning Ingrid's Sundhedscenter (DIS), der er sundhedscenter for alle borgere i Nuuk svarende til ca. 17.500 indbyggere

1.3 Diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme

Landet har de seneste årtier haft en markant stigning i forekomsten af type 2-diabetes og andre livsstilsrelaterede sygdomme. Flere faktorer har betydning for denne udvikling, men hovedårsagen tilskrives øget livslængde samt omfattende livsstilsændringer, som blandt andet har været medvirkende til, at befolkningens kost- og motionsvaner har ændret sig. Det forventes, at denne stigning vil fortsætte de kommende år. Derudover peger undersøgelser på, at inuitter er særligt genetisk disponeret for at få type 2-diabetes, hvorimod forekomsten af type 1-diabetes er meget lav.⁶

1.4 LivsstilsGruppen og livsstilsambulatorier

Diabetes- og livsstilsindsatsen varetages af LivsstilsGruppen og livsstilsambulatoriet i Dronning Ingrid's Sundhedscenter, Nuuk, samt på livsstilsambulatorierne/livsstilsambulatoriefunktionerne på regionssygehusene og sundhedscentre uden for Nuuk. Det er disse funktioner, der har ansvaret for kontrol og behandling af diabetes, hypertension og KOL. Dette patientspektrum er historisk betinget og politisk funderet. Livsstils-Gruppen/-ambulatorierne er en videreudvikling af diabetesgruppen og diabetesambulatorierne, der blev implementeret i perioden 2008-2010.⁷

Tabel 1A. Oversigt over forekomsten af diagnosticerede patienter med diabetes, KOL og hypertension i 2018 samt en fremskrivning til 2030, afrundede tal.

	2018							2023	2026	2029	2030
	Grønland	Nuuk	Semersoq ex. Nuuk	Kujataa	Qeqqa	Disko	Avanaa				
Indbyggere	56.000	18.500	4.500	6.500	9.000	6.000	11.500	55.000	55.000	54.000	54.000
Diabetes	1.500	550	150	200	200	200	200	2.000	2.300	2.600	2.700
Type 1	55										80
Børn	5										10
Type 2	1.440										2.600
KOL	1.500	500	1.000 (for alle regioner ex. Nuuk)					2.100	2.500	2.900	3.000
Hypertension	5.500	1.500	3.000 (for alle regioner ex. Nuuk)					6.200	6.700	7.200	7.300
Totalt*	6.500							7.600	8.300	9.100	9.300

*Totalt patientantal er baseret på unikke cpr-numre. I ovennævnte patientantal er der ca. 2/3 patienter med hhv. diabetes og KOL, der også har hypertension, og derfor er repræsenteret i det angivne patientantal herfor. Det svarer til, at der i 2018, 2030 er hhv. ca. 1.900 og 3.600 patienter, der har mere end en af de nævnte sygdomme.

Kilde: Det Grønlandske Sundhedsvæsen, november 2019.

En fremskrivning af patientantallet for 2018 baseret på prævalens, demografi samt en faglig vurdering af, hvad en styrket indsats i forhold til opsporing og diagnostik vil medføre for patientantallet, viser, at der i 2030 vil være ca. 9.300 patienter med diabetes, KOL og/eller hypertension i Grønland.

Patienter med type 2-diabetes og andre livsstilsrelaterede sygdomme eller som er disponeret for disse, har ofte et sygdomsbillede med flere livsstilssygdomme. For at forbedre befolkningens sundhedstilstand er det derfor afgørende, at igangværende initiativer videreudvikles, samt at der igangsættes nye tiltag, der kan modvirke følgevirkningerne af den stigende forekomst af kroniske livsstilssygdomme.

LivsstilsGruppen består aktuelt af en projektleder (læge, dr. med.), en sygeplejerske, en sundhedskonsulent og en fodterapeut. Livsstils-Gruppen fungerer som et videnscenter, som skal vejlede, støtte og supervisere landets øvrige sundhedscentre og sygehuse inden for livsstilsforbedrende initiativer og systematisering af tilbud i sundhedsvæsenets regi.

Livsstilsambulatoriet i Nuuk bemandes af sygeplejersker fra Dronning Ingrid's Sundhedscenter og medarbejderne fra LivsstilsGruppen. Livsstilsambulatorierne/-funktionerne uden for Nuuk bemandes af ansatte fra regionssygehusene og sundhedscentre. Stigende forekomst af kroniske livsstilssygdomme.

2. En styrket diabetes- og livsstilsindsats

Takket være LivsstilsGruppens og livsstilsambulatoriernes målrettede fokus er indsatsen overfor diabetes, KOL og hypertension styrket betydeligt det sidste årti. Fremskrivning af patientantallet viser dog, at der fortsat er behov for en målrettet indsats samt et politisk og ressourcemæssigt fokus på området.

2.1 Vision og målsætninger

Selvstyret og Novo Nordisk Fonden har tilsammen stærke forudsætninger for at etablere et vidtgående samarbejde, der skal sikre en styrket diabetes- og livsstilsindsats i landet.

Den overordnede vision og retning for samarbejdet mellem Selvstyret og Novo Nordisk Fonden er at:

- » Forbedre almen sundhed og livskvalitet for alle med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme.
- » Bidrage til en sammenhængende diabetes- og livsstilsindsats tæt på borgerne.

Indsatsen skal være bredt favnende, sammenhængende og til gavn for alle med diabetes, KOL og hypertension i landet uanset bopæl og socioøkonomisk status. Der lægges særligt vægt på, at det er patienten, der er omdrejningspunktet – og i centrum – for indsatsen.

De overordnede målsætninger, som skal realiseres for at opnå visionen, er:

- » Patientcentreret, forskningsbaseret og sammenhængende behandling på højt fagligt niveau.
- » Et internationalt og arktisk funderet forsknings- og uddannelsesmiljø.
- » Patienter har kompetencer til at håndtere egen sundhed og sygdom.
- » Alle ansatte leverer en indsats af høj faglig kvalitet inden for den ansattes faglige rammer og kompetencer.
- » Et stærkt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

De overordnede målsætninger og succeskriterier for de enkelte områder uddybes i de kapitlerne 3-6.

Figur 2A: Overordnet vision og målsætninger for samarbejdet



⁶Diabetes and impaired glucose tolerance among the inuit population of Greenland, Diabetes Care, 2002, Jørgensen ME, Bjerregaard P, Borch-Johnsen K.

⁷I 2007 blev diabetesindsatsen støttet med en donation på 10 millioner kroner fra Novo Nordisk A/S, som udmøntede sig i et 3-årigt diabetesprojekt, hvor både opsporing og behandlingsskvalitet blev løftet. På baggrund af Diabetesgruppens erfaringer og resultater besluttede Selvstyret i 2010 at videreføre indsatsen, men med et bredere livsstilsigt, hvor der i tillæg til diabetes blev sat fokus på kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hypertension samt indsatser målrettet overvægt og rygning.

2.2 Etablering af Steno Diabetes Center Grønland – et landsdækkende center

SDCG skal være drivkraften i et omfattende landsdækkende klinisk samarbejde om behandling af diabetes, KOL og hypertension, der understøttes af miljøer inden for forskning, uddannelse af patienter og pårørende, kompetenceudvikling af ansatte, datadreven kvalitetsudvikling samt samarbejde med relevante organisationer om forebyggende indsatser.

SDCG etableres som et landsdækkende videns-, udviklings- og behandlingscenter for en styrket diabetes- og livsstilsindsats.

De fysiske rammer om SDCG bliver en ny bygning indrettet ud fra patienternes behov, der opføres tæt på Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk.

SDCG er en integreret del af Sundhedsvæsenet⁸ og den samlede sundhedsindsats i landet, og får derved et landsdækkende virke.

Etableringen af SDCG er en konsolidering og styrkelse af sundhedsindsatsen rettet mod livsstilsambulatoriernes patientgrupper. SDCG's indsatser vil derfor være rettet mod patienter med diabetes og visse andre livsstilsrelaterede sygdomme og borgere med høj risiko for at få sygdommene.

SDCG's indsatser omfatter:

- » Forebyggelse af type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme og KOL blandt borgere med en eller flere af nævnte risikofaktorer (højrisikogrupper):
 - svær overvægt,
 - dårlig mund- og tandsundhed,
 - rygere,
 - højt kolesteroltal,
 - genetisk disposition for diabetes og/eller hjerte-kar-sygdom.
- » Tidlig opsporing og udredning af diabetes, KOL og hypertension.
- » Behandling af diabetes, KOL og hypertension herunder forebyggelse af komplikationer til diabetes. Komplikationer til diabetes kan være:
 - mikrovaskulær sygdom: nyresygdom, øjensygdom, nervesygdom,
 - makrovaskulær sygdom: åreforkalkning, hjerte-kar-sygdom,
 - øvrigt: søvnapnø og iatrogene følger, fx psykologiske udfordringer som stress og depression.
- » Rehabilitering og genoptræning.

I relation til forebyggelse af livsstilsrelaterede sygdomme vil SDCG have et særlig fokus på børn og unge.

Målgruppen for SDCG's indsatser vil således være patienter med alle former for diabetes og visse andre livsstilsrelaterede sygdomme eller borgere med høj risiko for at få sygdommene. I relation til diabetes vil det primært være type 2-diabetes, den livsstilsrelaterede diabetes, der er omdrejningspunktet.

I forhold til en styrket behandlingsindsats vil det primært være voksne patienter med type 2-diabetes, der er målgruppen. I relation til forebyggelse og sundhedsfremme vil børn og unge med førnævnte risikofaktorer være en særlig målgruppe.

Fremadrettet i denne drejebog vil målgruppen for SDCG's aktiviteter blive omtalt som 'diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme'.

Fælles for alle SDCG's aktiviteter skal være, at det er patienten, der er omdrejningspunktet og i centrum for indsatsen. Alle indsatser skal udvikles og drives med det for øje og mål.

En øget patientinddragelse kan bidrage til bedre behandling og højere patienttilfredshed, og patienterne skal kontinuerligt inddrages i arbejdet med at udvikle SDCG's indsatser og tilbud. Ud over viden er tryghed en vigtig faktor for, at patienterne følger behandlernes rådgivning.

For at styrke patienternes ansvarfølelse for egen behandling skal patienterne inddrages aktivt i behandlingsforløbet samt modtage relevant information, så de på den baggrund kan tage stilling til at give et informeret samtykke til den videre behandling. SDCG skal også have fokus på at inddrage patientens pårørende, da det ellers kan være svært at tage en beslutning i et ligeværdigt fællesskab. SDCG skal understøtte, at patienterne og deres familier bliver aktive medspillere i forhold til tidlig opsporing, udredning, behandling, forebyggelse, rehabilitering og genoptræning.

For at understøtte den patientcentrerede tilgang skal de ansattes indsats være fleksibel, så den kan tilpasses både de patienter, der har ressourcer til at være aktive medspillere, og de patienter, der ikke magter det. Endvidere skal de ansatte have overblik over behandlingsforløbet og kunne kombinere denne viden med indsigt i den enkelte patients levekår, forudsætninger, relationer, familiesituation og behov. På den baggrund er det relevant, i nært partnerskab med patienter og pårørende, at udvikle ny viden på området.

Patientperspektivet repræsenterer et afgørende element i forskningsbaseret pleje og behandling, også når det gælder diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme. Derfor er det relevant at udvikle viden om, hvordan patienter støttes i, på et informeret grundlag, at medvirke til at træffe beslutninger om deres behandling samt i at integrere

sygdom og behandling bedst muligt i deres hverdagsliv. Kvalitet i livet med sygdom, samt tryghed og sikkerhed i behandlingsforløb, handler både om opmærksomhed på patienten som person og om kvalitet i organiseringen af den sundhedsfaglige indsats.

Figur 2B: Illustration af SDCG's arbejde med patientinddragelse og patientcentrering



SDCG arbejder patientcentreret ved at:

- » Give patienter og pårørende mulighed for at tage mest muligt ansvar og være en aktiv samarbejdspart.
- » Efterspørge og anvende patienters og pårørendes viden og ressourcer.
- » Indbyde til, at patienter og pårørende bliver set, hørt og stiller spørgsmål.
- » Tilpasse arbejdsgange, procedurer, rutiner og hverdag til patienter og pårørende – ikke omvendt.
- » Undersøge og anvende patienters og pårørendes oplevelse af kvaliteten af behandlingen.
- » Inddrage patienter og pårørende i udviklingen af SDCG og centerets aktiviteter.

SDCG skal fungere som en drivkraft, sparringspart og vidensbank for et tæt samarbejde mellem de relevante parter på diabetes- og livsstilområdet. Det vil især sige sundhedsregionerne, kommuner, forsknings- og uddannelsesinstitutioner og civile aktører. Centrets indsatser skal være forankret i en helhedsorienteret, tværfaglig og tværgående tilgang.

Rollen som landsdækkende videns-, udviklings- og behandlingscenter skal SDCG blandt andet påtage sig ved at:

- » Tilbyde og løbende udvikle metoder og behandlingstilbud, der løfter behandlingen for alle patienter.
- » Samarbejde med virksomheder og vidensinstitutioner om at udvikle og afprøve nye, innovative løsninger og behandlingsmetoder.
- » Samarbejde med kommuner, Paarisa⁹, arbejdspladser, detailhandel, foreningsliv m.m. om forebyggende indsatser og tidlig opsporing.
- » Fungere som vidensbank, bl.a. ved at koordinere og drive vidensformidling på tværs af sygehuse og kommuner i hele landet.

- » Etablere formaliseret patientuddannelse.
- » Styrke videreuddannelsen for ansatte.
- » Styrke samarbejdet med patienter og pårørende om at anvende deres viden og ressourcer bedst muligt.
- » Udvikle og tilbyde et moderne kvalitetsudviklingsprogram for livsstilsambulatorierne, bl.a. ved at analysere og generere kvalitetsdata gennem en systematisk og tværfaglig tilgang.
- » Indgå strategiske samarbejder med andre aktører – herunder forskningsmiljøer på fx Grønlands Center for Sundhedsforskning.
- » Samarbejde med relevante uddannelsesinstitutioner med henblik på at sikre opdateret viden i de relevante uddannelser.
- » Påtage sig en særlig rolle i forhold til at udvikle, afprøve og anvende teknologier og telemedicinske løsninger, som kan komme alle patienter i landet til gavn.

Den overordnede ramme for SDCG's aktiviteter er fastlagt med denne drejebog, men de beskrevne initiativer samt beskrivelserne af de enkelte initiativer er dynamiske, og implementeringen vil blive igangsat trinvist. Den teknologiske udvikling, ny sundhedsfaglig viden, rekrutteringsmuligheder, den økonomiske ramme mv. vil have indflydelse på, hvilke initiativer der skal igangsættes og prioriteres samt konkretiseringen heraf.

SDCG's centerledelse har efter forudgående dialog med SDCG's bestyrelse mulighed for at udvide eller indskrænke centrets initiativer. Større justeringer af SDCG's aktiviteter ved både centret i Nuuk samt i resten af landet vil dog i udgangspunktet blive foretaget i forbindelse med opfølgning på denne drejebogs milepæle i henholdsvis 2023, 2026 og 2029 (hvor 2029 også er slutevalueringen).

De initiativer, som centret skal støtte, udvikle og drive, vil overordnet være opdelt i to kategorier:

- » *Udbredelse af tilbud til hele landet*, der i dag kun findes på enkelte lokaliteter. Disse har som overordnet formål at sikre et løft i behandlingskvaliteten til alle patienter i landet og understøtte lige adgang til sundhedsydelser inden for diabetes- og livsstilsområdet. Initiativer i denne kategori er kontinuerlige, men skal løbende evalueres for at sikre, at de har den ønskede effekt og er tilrettelagt mest hensigtsmæssigt for patienter og personale.
- » *Øvrige initiativer* vil være udviklingsprojekter, der som hovedregel tilstræbes gennemført inden for en tidsramme på tre år.

SDCG's bestyrelse skal løbende følge effekten af de igangsatte initiativer.

⁸SDCG skal til enhver tid følge udmeldinger, aftaler, rammer og retningslinjer i Sundhedsvæsenet

⁹Paarisa er en landsdækkende enhed under Styrelsen for Forebyggelse og Sociale Forhold, som varetager udvikling og implementering af forebyggende og sundhedsfremmende indsatser målrettet kommunerne (borgere). Paarisa uddybes i kapitel 4.

3. Behandling og patientuddannelse

SDCG's initiativer er forankret i en helhedsorienteret tilgang til diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme. Centret vil derfor have fokus på løbende at forbedre den samlede indsats: tidlig opsporing, udredning, behandling, forebyggelse af komplikationer, rehabilitering og genoptræning. Når ordet behandling benyttes i den følgende tekst, omfatter det således et eller flere af disse begreber.

Patientuddannelse skal også anskues i et bredt perspektiv. Det grønlandsk samfund udspringer af og er historisk forankret i fangersamfundets værdier og normer, hvor fundamentet er familie og fællesskab. Påørende er derfor ikke kun nærmeste familie, men vil i små samfund omfatte en hel bygd. Det er derfor nødvendigt at motivere et helt netværk frem for den enkelte patient.

Målgruppen for SDCG's initiativer indenfor behandling og patientuddannelse er patienter med diabetes, hypertension eller KOL. En del patienter vil have flere sygdomme (komorbiditet) de modtager behandling for. **Diabetes er er i denne henseende primært voksne patienter med type 2-diabetes**, da der er meget få patienter med type 1-diabetes i landet.

3.1 Nuværende behandlings- og patientuddannelses tilbud

Livsstilsambulatorierne/-funktionerne varetager behandling af diabetes, hypertension og KOL samt rådgivning om rygning, fysisk aktivitet og ernæring. LivsstilsGruppen har udarbejdet kliniske vejledninger, som omfatter diagnosticering, udredning, behandlingsmål m.m., hvorefter sundhedspersonale tilpasser de kliniske vejledninger til den aktuelle kontekst. Tilpasningen afhænger af den enkelte medarbejders viden og kompetencer. Det betyder, at der i praksis er forskellige forløb for samme patientkategori i regionerne, hvilket særligt er en udfordring på grund af den relativt store personaleomsætning i Sundhedsvæsenet.

LivsstilsGruppen har udarbejdet både grønlandsk- og dansksproget oplysningsmateriale til patienter i form af håndbøger og DVD-film. Der er i udarbejdelsen af materialet taget højde for, at de ansatte såvel som patienter og pårørende har forskellige forudsætninger og sprog.

Omfanget af undersøgelses- og behandlingstilbud for diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme er differentieret og afhængigt af størrelsen på behandlingssenheden. Der er store forskelle i, hvordan de kliniske vejledninger er implementeret på de forskellige enheder. Forskellene grunder både i, hvilken faglighed det er muligt at rekruttere, samt hvilken ressourceramme behandlingssenheden har til livsstilsindsatsen. Nedenfor uddybes det nuværende tilbud (herefter benævnt standardbehandling).

Diabetes

Diagnosticering: Diabetes diagnosticeres i henhold til internationale retningslinjer oftest ved måling af langtidsblodsukker (HbA1c-måling). Diagnostik foregår ved casefinding, dvs. ved undersøgelse af patienter, der henvender sig til Sundhedsvæsenet med symptomer eller vurderes i risiko for diabetes.

Standardkontrol: Diagnosticerede diabetespatienter tilbydes løbende kontrol og behandling; typisk to til fire gange årligt. De fleste større behandlende enheder i Sundhedsvæsenet kan varetage standardkontrol af diabetes, som omfatter måling af bl.a. højde/vægt, blodtryk, HbA1c og andre relevante blodprøver. Dog er der kun få bygder, hvor der kan måles HbA1c og tages de relevante blodprøver. Varetagelsen af standardkontrol er derfor afhængig af, at en tilrejsende fagprofessionel foretager disse målinger, eller af at patienten rejser til nærmeste sundhedscenter/sygehus. Omkring 85 pct. af de diagnosticerede diabetespatienter får målt HbA1c hvert år.

Fodundersøgelser: Fodundersøgelse tilbydes som udgangspunkt til diabetespatienter én gang årligt og varetages af den ansvarlige livsstilsmedarbejder. På nogle enheder foretages der, ud over standardkontrol, screening af fødder med biothesiometer og/eller monofilament. Der er stor variation i tilbuddet. I bygderne er det udgangspunktet, at patienterne tilses af en tilrejsende fagprofessionel eller rejser til nærmeste sundhedscenter/sygehus. Godt halvdelen, 55 pct., af diabetespatienterne får undersøgt deres fødder årligt.

Øjenundersøgelser: Øjenundersøgelse tilbydes til diabetespatienter en gang hvert andet år, hvis der ikke er tegn på diabetiske øjenforandringer. Patienter med diabetiske øjenforandringer kontrolleres hvert år. Vurdering af billedet foregår telemedicinsk. Der foretages øjenundersøgelser på ni enheder med øjenudstyr (OCT-scanning og fundus fotoudstyr)¹⁰. Fra øvrige enheder rejser patienten til nærmeste by med udstyr. Patienter, som af logistiske årsager ikke kan komme til en enhed med øjenudstyr, bliver tilset af en tilrejsende speciallæge. Omkring 80 pct. af diabetespatienterne får screenet deres øjne i henhold til de gældende retningslinjer.

Hypertension

Med anvendelse af LivsstilsGruppens metode og retningslinjer gennemføres undersøgelse for og behandling af hypertension. Retningslinjerne er, at patienter rådgives til rygestop, fysisk aktivitet, kost- og alkoholændringer samt vægttab, de sættes i medicinsk behandling og får årligt registreret hjemmblodtryk, rygestatus, BMI og væsketal.

LivsstilsGruppens monitorering af området viser dog, at tilbuddet varierer meget afhængigt af bopæl, og at mange patienter i anti-hypertensiv behandling ikke følges i livsstilsambulatorierne. Det er ligeledes forskelligt, om patienterne indkaldes til kontrol, eller om det er patienterne selv,

der skal tage initiativet til kontrol. Kontrol af hypertension i mindre byer og bygderne mangler oftest systematik. Patienterne tilses i forbindelse med, at sygeplejerske/læge er på bygdebesøg. Telemedicin anvendes kun i meget begrænset omfang til denne patientgruppe.

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

Med anvendelse af LivsstilsGruppens metode og retningslinjer gennemføres undersøgelse for og behandling af KOL. Retningslinjerne er, at patienter

rådgives til rygestop og sættes i medicinsk behandling. De får årligt registreret rygestatus, lungefunktion (spirometri) og andre relevante parametre.

På regionspsygehuset i Aasiaat er der en systematisk tilgang til kontrol og behandling af KOL-patienter. Ingen af de andre regioner har et systematisk tilbud til denne patientgruppe, og telemedicin anvendes i meget begrænset omfang.

Skema 3A: Illustrerer i generelle træk hvilke ydelser, diabetes- og livsstilspatienter tilbydes i dag

	Livsstilsambulatoriet i Nuuk	Øvrige regionspsygehus (4)	Sundhedscenter (12)	Sundhedsstation/ Bygdekonsultation (56)
Diabetes Standardkontrol (1-4 gange årligt).	Læge/sygeplejerske	Læge/sygeplejerske/sundhedsassistent	Læge/sygeplejerske/sundhedsassistent	Sundhedsstation: sygeplejerske. Bygdekons: bygdesundhedsmedarbejder samt besøgende fagprofessionel. Eller patient tager til nærmeste sundhedscenter/sygehus.
Diabetskole	Nej	På Aasiaat Regionshospital	Nej	Nej
LivsstilsCafe	Ja	Ja på regionspsygehuset i Qaqortoq. Øvrige sygehuse kan forekomme dog ikke fastlagt systematisk	Kan forekomme dog ikke fastlagt systematisk	Nej
Screening af fødder Standardkontrol 1 gang årligt	Fodterapeut	Læge/sygeplejerske/sundhedsassistent	Læge/sygeplejerske/sundhedsassistent	Patient tager nærmeste sundhedscenter/sygehus og tilses af læge/sygeplejerske/sundhedsassistent.
Screening af øjne* Standardkontrol hvert 2. år (OCT scanning og fundus foto)	Billedtagning: Ja Læsning af billede: telemedicinsk ved specialist. Øjenkonsultation: Ved tilrejsende specialist fra Danmark eller Norden eller ved telemedicinsk konsultation fra Rigshospitalet Glostrup Sygehus	Billedtagning og læsning: Tilbud svarende til Nuuk.	Billedtagning: Ja. På 4 enheder. På øvrige enheder tager patient til nærmeste sundhedscenter/sygehus med øjenudstyr. Læsning af billeder: Tilbud svarende til Nuuk.	Billedtagning og -læsning: Patienten rejser til nærmeste sundhedscenter/sygehus med øjenudstyr.
KOL Standardkontrol 1 gang årligt	Læge/sygeplejerske	Læge/sygeplejerske/sundhedsassistent	Læge/sygeplejerske/sundhedsassistent	Sundhedsstation: Sygeplejerske. Bygdekons: Bygdesundhedsmedarbejder samt ved besøgende fagprofessionel. Ellers patient tager til nærmeste sundhedscenter/sygehus
Hypertension Standardkontrol 1 gang årligt	Læge/sygeplejerske	Læge/sygeplejerske/sundhedsassistent	Læge/sygeplejerske/sundhedsassistent	Sundhedsstation: Sygeplejerske. Bygdekons: Bygdesundhedsmedarbejder samt ved besøgende fagprofessionel. Ellers patient tager til nærmeste sundhedscenter/sygehus
Komplikationer	Afhængig af komplikationen, foregår det på Dronning Ingrid's Hospital, Livsstilsambulatoriet i Nuuk eller lokal behandlingssenhed. Ved behov for mere avanceret behandling, henvises patienten til Danmark.			

*Udstyr til øjenscreening findes i dag på ni enheder: Dronning Ingrid's Hospital (Livsstilsambulatoriet) i Nuuk eller lokal Qaqortoq, Ilulissat, Aasiaat, Sisimiut og sundhedscentrene i Upernavik, Maniitsoq og Tasiilaq.

**Ca. 20 pct. af befolkningen får deres primære sundhedsbetjening fra en sundhedsstation/bygdekonsultation. Al medicin finansieres af Sundhedsvæsenet.

¹⁰OCT (Optical Coherence Tomography): Ved en OCT-scanning tager man et tværsnitbillede af øjet og kan derved bl.a. kortlægge den bagerste del af øjet og nethindens tykkelse. Anbefales til kontrol af senkomplikationer.

Patientuddannelse

LivsstilsGruppen i Nuuk afholder Livsstilscafe 8-10 gange årligt, hvor både patienter med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme, pårørende, og andre interesserede kan møde op og få registreret vægt, taljemål, mv. Personalet på Dronning Ingrid Sundhedscenter vejleder og guider i samarbejde med LivsstilsGruppen, udleverer skridttællere, livsstilshåndbøger mv. til de fremmødte borgere. Der afholdes ikke livsstilscafeer andre steder i landet efter samme systematik og kadence.

På regionssygehuset i Aasiaat er der et fast diabeteskoletilbud til nydiagnosticerede patienter og til patienter med dårlig compliance. Tilbuddet afvikles, når det er muligt at samle et tilstrækkeligt antal patienter til at gennemføre tilbuddet. Patienterne kommer både fra Aasiaat og de mindre byer og bygder, som er tilknyttet regionssygehuset i Aasiaat. Der tilbydes ikke diabeteskole andre steder i landet efter samme systematik og kadence.

3.2 Målsætninger

Patientcentreret, forskningsbaseret og sammenhængende behandling på højt fagligt niveau

SDCG skal være drivkraften bag, at alle patienter med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme tilbydes lettilgængelige behandlingstilbud. Behandlingstilbuddene skal være på højt fagligt niveau med afsæt i forskningsbaseret viden.

Behandlingstilbuddet skal tilrettelægges, så det tilgodeser den enkeltes behov og mål, uanset alder, livssituation, bopæl og ressourcer. Patienterne skal kontinuerligt inddrages i arbejdet med at udvikle behandlingstilbuddene.

SDCG's behandlingsinitiativer skal kobles tæt til centrets øvrige aktiviteter: Forskning, tværgående samarbejde og forebyggelse, kompetenceudvikling, telemedicin og kvalitetsudvikling.

Borgere har kompetencer til at håndtere egen sundhed og sygdom

SDCG bidrager til, at borgere med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme får styrket kompetencerne til at forstå og dermed mestre egen sundhed og sygdom.

Indsatsen tilbydes patienterne og deres familier, men rettes tillige mod samfundet i såvel byer som bygder.

SDCG understøtter, at borgere og deres familier herved bliver aktive medspillere i forhold til tidlig opsporing, udredning, behandling, forebyggelse, rehabilitering og genoptræning.

SDCG's overordnede målsætninger om behandling og patientuddannelse er:

- » Patientcentreret, forskningsbaseret og sammenhængende behandling på højt fagligt niveau.
- » Patienter har kompetencer til at håndtere egen sundhed og sygdom.

Succeskriterier:

- » En styrket behandling og patientuddannelse til gavn for 9.300 patienter med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme i 2030.
- » Reduktion i forekomsten af senkomplikationer for patienter med diabetes.
- » Behandling af diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme er baseret på forskningsbaseret viden og tilpasset en grønlandsk kontekst og grønlandske forhold.
- » Patienter med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme får tilbudt tværfaglig og individuelt tilpasset behandling.
- » Patienter og pårørende får tilbudt patientuddannelse og oplysning, der øger patienternes compliance.

Det skal følges, hvor mange patienter, der får gavn af SDCG's nye aktiviteter, og hvilken effekt aktiviteterne har for patienterne og deres sygdom. SDCG skal derfor løbende afrapportere på en række kliniske kvalitetsindikatorer til SDCG's bestyrelse (uddybes i kapitel 12).

kompetencer fra andre enheder. Dette forudsætter selvfølgelig altid en dialog og aftale med de relevante ledelser. SDCG skal styrke samarbejdet mellem Sundhedsvæsenets enheder, særligt mellem centret, regionssygehuse og de større sundhedscentre, bl.a. ved at udvikle

Skema 3B: Uddrag af de kliniske kvalitetsindikatorer, SDCG skal afrapportere på

Diabetes	Operationelt mål (KPI)	Hypertension	Operationelt mål (KPI)
Antal patienter i alt	Se tabel 1A	Antal patienter	Se tabel 1A
Rygestatus inden for 1 år	Foretaget på over 85 pct./ptt	Rygestatus inden for 1 år	Foretaget på over 85 pct./ptt
HbA1c inden for 1 år	Foretaget på over 85 pct./ptt	Blodtryk inden for 1 år	Foretaget på over 85 pct./ptt
Blodtryk inden for 1 år	Foretaget på over 85 pct./ptt	Sys BT < 140 mmHG	Over 40 pct af ptt. har det mål
U-ACR inden for 2 år	Foretaget på over 85 pct./ptt	Sys BT < 160 mmHG	Under 20 pct af ptt. har det mål
Øjenundersøg. inden for 4 år	Foretaget på over 85 pct./ptt	Andel rygere	Faldende
Fodundersøg. inden for 2 år	Foretaget på over 85 pct./ptt		
HbA1c <59mmol/mol	Over 40 pct af ptt. har det mål	KOL	Operationelt mål (KPI)
HbA1c >75mmol/mol	Under 20 pct af ptt. har det mål	Antal patienter	Se tabel 1A
Sys BT<140 mmHg	Over 40 pct af ptt. har det mål	Rygestatus inden for 1 år (%)	Foretaget på over 85 pct./ptt
Sys Bt>160 mmHg	Under 20 pct af ptt. har det mål	Blodtryk inden for 1 år	Foretaget på over 85 pct./ptt
Andel rygere	Faldende	Spirometri inden for 2 år	Foretaget på over 85 pct./ptt
Andel af ptt. der er i lipidsænkende behandling	Over 40 pct af ptt.	Sys BT<140 mmHg	Over 40 pct af ptt. har det mål
Andel med retinopati-forandringer		Sys Bt>160 mmHg	Under 20 pct af ptt. har det mål
Andel med en 'major amputation' indenfor et år		Andel rygere	Faldende

*Uddybes i bilag 1

3.3 Samarbejde om en styrket behandlingsindsats

SDCG skal udveksle viden, ideer og samarbejde med alle andre relevante enheder i Sundhedsvæsenet om at styrke behandlingen på området. Etableringen af centret ændrer ikke ved de eksisterende rammer og aftaler for opgavevaretagelse og ledelsesmæssigt ansvar i Sundhedsvæsenet. Behandling af diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme vil derfor fortsat være forankret i sundhedsregionerne på sundhedsenhederne, som beskrevet i skema 3A. Det betyder, at behandlingsansvaret fortsat vil være hos den ansvarlige læge i patientens bopælsregion, med mindre patienten er henvist til behandling ved centret.

Med etablering af SDCG skal Sundhedsvæsenets ressourcer og kompetencer inden for diabetes- og livsstilsområdet i højere grad ses som en samlet mængde. Hvis der fx opstår en vakance i et livsstilsambulatorie eller der af andre årsager er behov for at supplere med ressourcer i en periode, skal der være mulighed for at trække på ledige ressourcer og

nye metoder, modeller og indsatser, der understøtter, at ressourcer og kompetencer inden for diabetes- og livsstilsområdet anvendes som en samlet mængde.

3.4 Styrkelse af behandlings- og patientuddannelsesinitiativer

Den fremtidige diabetes- og livsstilsbehandling kan opdeles i henholdsvis standardaktivitet og supplerende aktivitet.

Standardaktivitet på behandlingsområdet tager udgangspunkt i det nuværende, offentligt finansierede behandlingstilbud. Standardaktiviteten er beskrevet i afsnit 3.1. Selvstyret er som sundhedsmyndighed ansvarlig for at finansiere standardtilbuddet for patienter med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme.

Supplerende aktivitet på behandlingsområdet er et tillæg til og en forbedring af standardaktiviteten. Diabetes- og livsstilsindsatsen skal styrkes ved, at der udvikles og implementeres en række nye tilbud, samt at de tilbud, som kun findes enkelte eller få steder i landet, udbredes og systematiseres.

Dette sker blandt andet ved at udvikle og afprøve nye tiltag til at forebygge, screene for og følge op på komplikationer. Det gælder også tiltag, der kan øge patienternes tilfredshed og deltagelse i et tilbud.

Alle de nye aktiviteter samt udbredelse af de tilbud, der kun findes på enkelte lokaliteter, har som overordnet formål at sikre et løft i behandlingskvaliteten til patienter i hele landet, således at der med afsæt i retningslinjer udarbejdet af SDCG sikres en udvidet og mere konsistent behandling af diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme samt screening for komplikationer på tværs af landet. Tiltagene har desuden til formål at intensivere den tidlige opsporing blandt patienter med udiagnosticeret diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme samt borgere i højrisiko for at udvikle disse sygdomme.

De nye aktiviteter skal udvikles og koordineres af SDCG. SDCG skal være drivkraft bag og overordnet ansvarlig for udvikling af alle initiativer, der finansieres af bevillingen fra Novo Nordisk Fonden. Udviklingen vil ske i et tæt tværfagligt samarbejde mellem centrets ansatte, ansatte fra andre dele af Sundhedsvæsenet samt øvrige relevante aktører, som fx patienter og pårørende.

De nye tiltag skal være levedygtige i en organisation, hvor der er stor personaleomsætning, og hvor fastholdelse af viden er en udfordring. I udviklingen af de nye behandlingstiltag vil der derfor også være fokus på den organisatoriske forankring af disse.

De supplerende aktiviteter:

- » tager udgangspunkt i patientens behov og landets kultur og sprog, geografi og familieforhold,
- » har potentiale for at nå ud til alle enheder i Sundhedsvæsenet

Det er centralt for de supplerende aktiviteter, at de:

- » tager udgangspunkt i patientens behov og i landets kultur og sprog, geografi og familieforhold. I forhold til livstilsrådgivning er det eksempelvis relevant at inddrage hele familien i omlægning af motions- og kostvaner, ligesom der skal tages højde for det tilgængelige udbud af fødevarer,
- » har potentiale til at nå ud til alle enheder i Sundhedsvæsenet og dermed sikre adgang til et diabetes- og livsstilstilbud for alle borgere i landet. Med henblik på at sikre levedygtigheden af tiltagene udvikles tiltag, der økonomisk, infrastrukturelt og rekrutteringsmæssigt har potentiale til at blive et fast tilbud.

Udviklingsprojekter implementeres ved SDCG og målrettes de patienter, der er bosiddende i Nuuk, og hvor det fagligt giver mening fx i forhold til patientrekruttering og lokale kompetencer, kan udviklingsprojektet etableres i samarbejde med en eller flere af sundhedsregionerne.

I forhold til udbredelse af tilbud til hele landet planlægges de konkrete aktiviteter i tæt dialog mellem SDCG og sundhedsregionerne. SDCG's centerledelse er ansvarlig for, at der indgås aftale med sundhedsregionerne om, hvilke tilbud der skal udbredes. Regionsledelserne får ansvaret for at implementere disse tilbud.

I skema 3C er de supplerende behandlingsaktiviteter uddybet, og det er illustreret for den samlede bevillingsperiode, hvilke aktiviteter der skal implementeres ved SDCG, og hvilke aktiviteter der skal implementeres ved henholdsvis regionssygehuse/sundhedscentre og sundhedsstationer/bygdekonsultationer. For de aktiviteter vedkommende, der skal implementeres i hele landet fx landsdækkende diabetes- og livsstilspsykologifunktion gælder, at telemedicin er et centralt redskab for at sikre, at tilbuddet når ud i hele landet. For alle aktiviteter gælder desuden, at der skal være et tilstrækkeligt patientgrundlag til stede, hvilket eksempelvis kan betyde, at der er enkelte bygdekonsultationer, hvor point-of-care-udstyr kun implementeres delvist.

Det er ambitionen, at nogle af de supplerende aktiviteter vil overgå til at være standardaktivitet. I disse tilfælde overgår finansieringsansvaret for de pågældende aktiviteter fra Novo Nordisk Fondens bevilling til Selvstyret. De frigjorte midler fra Fondens bevilling til supplerende aktiviteter kan herefter anvendes til nye projekter og tilbud.

I de følgende afsnit 3.4.1–3.4.5 beskrives de forskellige supplerende behandlingsaktiviteter. Rækkefølgen i beskrivelsen af initiativer er ikke retvisende for implementeringsrækkefølgen og hastigheden. I kapitel 12 er det beskrevet, at den samlede bevillingsperiode er opdelt i tre perioder. For hver periode fastlægges det, hvilke aktiviteter, der skal implementeres, samt for udviklingsprojekternes vedkommende, hvilke sundhedsregioner, regionssygehuse, sundhedscentre mv. der indgår i projekter.

De aktiviteter, der skal implementeres i den første periode af centrets levetid, er nærmere beskrevet i kapitel 12.

Skema 3C: Oversigt over supplerende behandlingsaktiviteter ved SDCG og øvrige enheder for den samlede bevillingsperiode

Tema	SDCG's supplerende behandlingsaktiviteter	SDCG's aktiviteter		
		I SDCG's bygning i Nuuk	Regionssygeh./ sundhedscenter	Sundhedssta./ bygdekons.
Udbrede og styrke eksisterende behandlings-tilbud	Styrket kontrol af patienter med diabetes med fokus på at: - øge kapaciteten, så patienter kan kontrolleres hyppigere. Kontrolhyppighed skal individuelt tilpasses den enkelte patients behov.	x	x	x
	- styrke kvaliteten af kontroltilbuddet, bl.a. ved at give mulighed for lokal blodprøvetagning ved at implementere POC-udstyr, udbrede muligheden for at få foretaget øjenscanning (OCT-scanning) til flere sundhedsenheder, samt ved at udbrede anvendelsen af biothesiometri til at lave fodundersøgelser.	x	x	x
	Etablere et sammedagstilbud en 'sammedagspakke' til screening for diabeteskomplikationer, på de lokaliteter, hvor der er mulighed for øjenscreening.	x	x	
	Etablere landsdækkende adgang til fodterapeutfunktion, både ved at opnormere kapaciteten samt tilbyde telemedicinske konsultationer.	x	x	
	Styrket kontrol af patienter med KOL og hypertension med fokus på at: - øge kapaciteten, så patienter kan kontrolleres hyppigere. Kontrolhyppighed skal individuelt tilpasses den enkelte patients behov. - styrke kvaliteten af kontroltilbuddet bl.a. ved at udbrede muligheden for at lave lungefunktionsundersøgelser og hjemmeblodtryk.	x	x	x
	Styrket anvendelse af videokonsultationer. Et vigtigt redskab til at udbrede et tilbud er videokonsultationer. Patienter, uanset bopæl, skal kunne tilbydes konsultation ved en specialist.	x	x	x
	Fokus på øget fremmøde til kontrol. Der skal tilvejebringe viden om, hvorfor patienter udebliver, og med afsat i denne viden implementeres tiltag	x		
Styrket patient- og pårørendeudd.	Udvikle og drive et uddannelsesstilbud til patienter og pårørende, målrettet diabetes- og livsstilsrelaterede sygdomme. Tilbuddet skal udvikles i en grønlandsk kontekst og tilpasses lokale muligheder.	x	x	x
Tidlig opsporing, diagnostik og forebyggelse	Styrket indsats over for gravide disponeret for diabetes. Udvikle og implementere en grønlandsk screeningsmodel.	x		
	Fokus på tidlig opsporing og forebyggelse målrettet borgere med dårlig tandstatus.	x		
	Styrke opsporing og kontrol af komplikationer ved at etablere udvidet tilbud om ekko-kardiografi.	x		
	Styrket indsats over for borgere med svær overvægt. Etablere sundhedstilbud til borgere med svær overvægt, som er i højrisiko for at udvikle diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme (telemedicin).	x	(x)	(x)

Skema 3C: Oversigt over supplerende behandlingsaktiviteter ved SDCG og øvrige enheder for den samlede bevillingsperiode (forsat)

Tema	SDCG's supplerende behandlingsaktiviteter	SDCG's aktiviteter		
		I SDCG's bygning i Nuuk	Regionssygeh./ sundhedscenter	Sundhedssta./ bygdekons.
Styrke tilbud til patienter med diabetes og anden sygdom (komorbiditet)	Styrket tilbud til patienter med diabetes og livsstilsrelateret sygdom, der er indlagt med anden somatisk sygdom. Det etableres et livsstilsteam, som skal understøtte livsstilsindsatsen i det øvrige Sundhedsvæsen. Teamet skal varetage behandlingsrelaterede opgaver, telefonisk rådgivning og uddannelse.	x		
	Styrket tilbud til patienter med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme og psykiske sygdomme. Et udvidet og formaliseret samarbejde med Psykiatrien med henblik på tidlig opsporing og tværfaglig behandling.	x		
Øvrige initiativer	Telefonisk specialistrådgivning for ansatte	x		
	Behandling af senkomplikationer	x		
	Styrkelse af det grønlandske perspektiv i guidelines, livsstilsvejledning og anbefalinger	x	x	x
	Styrket mulighed for e-konsultation	x	x	x
	Landsdækkende adgang til diætvejledning og –konsultation (telemedicin)	x	(x)	(x)
	Landsdækkende fysioterapeutfunktion (telemedicin)	x	(x)	(x)
	Landsdækkende diabetes- og livsstilspsykologfunktion (telemedicin)	x	(x)	(x)

3.4.1 Udbrede og styrke eksisterende tilbud

SDCG skal understøtte, at der skabes systematisk og ensartet adgang til eksisterende tilbud i hele landet

Udbrede eksisterende behandlingstilbud:

- » Styrket kontrol af patienter med diabetes
 - Implementere Point-Of-Care udstyr
 - Øjenscanning med OCT-udstyr på flere enheder
 - Fodundersøgelse med biothesiometri
- » Sammedagspakke for screening for diabeteskomplikationer
- » Landsdækkende adgang til fodterapeutfunktion
- » Styrket kontrol af patienter med KOL og hypertension
- » Styrke anvendelsen af videokonsultationer
- » Styrket fremmøde til kontrol

Styrket kontrol af patienter med diabetes

Diabeteskontrollen skal styrkes i hele landet, ved at der tilbydes en ensartet og systematisk screening for fod- og øjenkomplikationer, og relevante blodprøver skal kunne tages. Samtidig skal der kunne gives svar så tæt på patienten som muligt. For at kunne virkeliggøre dette skal der:

- » **Implementeres Point-Of-Care (POC)-udstyr**¹¹ ved SDCG, regionsygehuse, sundhedscentre og større bygdekonsultationer. Udstyret

skal kobles elektronisk til Sundhedsvæsenets laboratoriesystem. Implementering af POC-udstyr kræver kompetenceudvikling, som centret skal drive, kvalitetskontrol, som skal ydes af Centrallaboratoriet på Dronning Ingrid's Hospital, samt indkøb af nyt udstyr.

- » **Mulighed for øjenscanning med OCT-udstyr på flere enheder.** Der skal etableres OCT-scannings- og fundus fotoudstyr på alle enheder med et tilstrækkeligt patientgrundlag. Ud over de ni enheder, som i dag har udstyret, er det tidligere vurderet, at der er grundlag for etablering af udstyret på yderligere fem–seks enheder, som alle er større sundhedscentre. SDCG skal i løbet af centrets første tre til fire leveår, i tæt dialog med sundhedsregionerne, vurdere, hvor der hensigtsmæssigt placeres fundus fotoudstyr og OCT-scannere samt om der er eksisterende udstyr, der kræver udskiftning. Vurdering af øjenfotos skal fortsat varetages i samarbejde med øjenafdelingen på Rigshospitalet – Glostrup Hospital og specialuddannede sygeplejersker på Steno Diabetes Center Copenhagen.
- » **Fodundersøgelse med biothesiometri** skal implementeres på alle enheder med et tilstrækkeligt patientgrundlag, hvilket i udgangspunktet vurderes at være SDCG, regionsygehuse og større sundhedscentre. Centret skal i løbet af dets første tre til fire leveår, i tæt dialog med regionerne, vurdere, til hvilke enheder, der hensigtsmæssigt indkøbes biothesiometer og oplæres personale i brugen heraf. Et styrket fodscreeningstilbud skal implementeres, samtidig med, at der etableres en landsdækkende fodterapeutkonsulentfunktion ved centret (uddybes senere i dette afsnit).

Organisatorisk er det målet, at screening for komplikationer varetages i en sammedagspakke.

Sammedagspakke for screening for diabeteskomplikationer skal tilbydes ved alle de enheder, der har fundus fotoudstyr og OCT-scanner. SDCG skal udvikle og organisere en model for screeningstilbudet til patienter med diabetes, som medfører, at patienter kan få foretaget alle screeningsundersøgelser samme dag ved ét besøg, og i det omfang det er logistisk og organisatorisk muligt, også modtage svar den pågældende dag. Patienten modtager svar fra den ansvarlige sundhedsmedarbejder i bopælsregionen, med mindre der er indgået en aftale mellem en sundhedsregion og SDCG om, at læge ved SDCG giver svar. Den nye tilrettelæggelse betyder også, at der hurtigt og effektivt kan skabes et overblik over patientens behov, og at de rette tilbud om behandling og forebyggelse i forhold til udvikling af komplikationer kan tilrettelægges. Sammedagspakken består af screening for senfølger af øjne, fødder, nervesystem, nyre, hjertekar-risiko og risikofaktorer (fx BMI, HbA1c, kolesterol og rygning).

Alle patienter skal dog vurderes individuelt. Afhængigt af diabetesstype, sygdomsstadie, alder, livssituation mv. kan hyppigheden af og behovet for screening for komplikationer variere.

Landsdækkende adgang til fodterapeutfunktion

Tilsyn og behandling ved fodterapeut kræver i dag, at patienten er i Nuuk. SDCG skal sikre, at borgere uden for Nuuk også får adgang til en fodterapeut med det formål at mindske risikoen for komplikationer. Der skal tilbydes telemedicinske konsultationer og supervision/mulighed for behandling ved tilsyn ude i regionerne.

Styrket kontrol af patienter med KOL og hypertension

Med udgangspunkt i LivsstilsGruppens retningslinjer og model for kontrol af diabetes¹², skal der udbredes en systematisk tilgang til kontrol af KOL og hypertension i hele landet.

Styrke anvendelsen af videokonsultationer

På landsplan er der stor variation i anvendelsen af videokonsultationer. Ved at styrke tilbuddet om videokonsultationer vil alle patienter kunne tilbydes behandling uanset bopæl, hvorved flere patienter får et tilbud af høj kvalitet.

Indsatsen skal udrulles trinvist. SDCG skal udvikle et koncept for afvikling af videokonsultationer

med patienter, fx ved at gennemføre et pilotprojekt i en til to regioner, og med afsæt i erfaringerne herfra vurdere behovet for implementering af konceptet i hele landet. Konceptet skal indeholde mulighed både for en konsultation med specialist ved centret og konsultation med nærmeste regionslæge/sygeplejerske. SDCG skal dele erfaringer med relevante parter om videokonsultationer, fx Steno Diabetes Center Nordjylland, som også har udviklet et koncept for videokonsultationer.

For at understøtte implementeringen af SDCG's aktiviteter inden for diabetes og livsstil skal centret også kompetenceudvikle sundheds-personale i byer og bygder ved hjælp af videokonsultationer, samt

understøtte at udstyret er fremtidssikret, robust og let betjeneligt (jf. kapitel 7 om telemedicin).

Styrket fremmøde til kontrol

SDCG skal gennemføre en analyse, som bidrager med viden om, hvorfor nogle patienter udebliver fra kontrol, og om det er bestemte patientgrupper, som udebliver. Med afsæt i analysen skal SDCG udvikle tværfaglige og tværgående samarbejdsprojekter og tiltag med det formål at øge fremmødet til behandling.

3.4.2 Styrke patient- og pårørendeuddannelse

Styrket patient- og pårørendeuddannelse:

- » Udvikle og drive et uddannelses tilbud til patienter og pårørende med fokus på læring om sygdommene, forebyggelse af komplikationer og sund livsstil.

For at styrke patienternes evne til at forstå og tage ansvar for egen sundhed og sygdom vil SDCG styrke uddannelse af patienter og pårørende. SDCG skal i tæt samarbejde med livsstilsambulatorierne uden for Nuuk udvikle og drive et uddannelses tilbud til patienter og pårørende, som er målrettet diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme.

SDCG's patient- og pårørendeuddannelse skal have fokus på læring om sygdommene (kendetegn og udvikling), forebyggelse af komplikationer og sund livsstil (kost og motionsvaner). Tilbuddet skal favne de forskellige, der kan være fx mellem by og mellem ressourcetsvage og ressourcetsvage patienter. Erfaringer fra Livsstilscafe- og diabetes-skolekonceptet skal indgå i udvikling af tilbuddet, og der skal tænkes i telemedicinske tilbud, såsom e-konsultationer og e-kurser. Derudover skal det grønlandske perspektiv styrkes i guidelines, livsstilsvejledning og anbefalinger vedrørende kost og motion, således at der tages hensyn til de grønlandske forhold og forudsætninger.

Tilbuddet skal udvikles og udrulles trinvist. Som grundlag for udvikling af tilbuddet skal det undersøges, hvilke behov patienter med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme og deres pårørende reelt har. De skal inddrages i udviklingen af tilbuddet (jf. afsnit 2.3 om patientinddragelse). Undersøgelsen skal have fokus på de forskellige, der kan være, fx mellem by og bygd og mellem ressourcetsvage og ressourcetsvage. Erfaringer fra Livsstilscafe- og diabeteskole-konceptet skal indgå i udvikling af tilbuddet, og der skal tænkes i telemedicinske tilbud, som fx e-kurser.

¹¹Som kan måle fx væsketal og HbA1c.

¹²Michael Lyng Pedersen, Diabetes in Greenland 2008-2017. A new model of diabetes care in Greenland based on continued monitoring, analysis and adjustment of initiatives taken.

3.4.3 Tidlig opsporing, diagnostik og forebyggelse

Tidlig opsporing, diagnostik og forebyggelse

- » Styrket indsats over for gravide disponeret for diabetes
- » Styrket indsats over for borgere med dårlig tandstatus
- » Udvidet tilbud om ekkokardiografi
- » Styrket indsats over for borgere med svær overvægt

Styrket indsats over for gravide disponeret for diabetes
SDCG skal udvikle og implementere en grønlandsk screeningsmodel i tæt samarbejde med obstetriske funktion, Kirurgisk Område på Dronning Ingrid's Hospital. Screeningsmodellen skal udrulles trinvist, og der skal gennemføres et pilotprojekt i en til to sundhedsregioner. Med afsæt i erfaringerne herfra skal modellen kvalificeres og implementeres i hele landet.

Styrket indsats over for borgere med dårlig tandstatus
Det er dokumenteret, at dårlig tandstatus, fx øget hyppighed af infektioner i mundhulen herunder parodontose, er forbundet med øget risiko for livsstilsrelaterede sygdomme. Der findes i dag ikke et tilbud om tidlig opsporing og forebyggelse af diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme målrettet borgere med dårlig tandstatus. SDCG skal udvikle og drive et projekt, som kan målrettes både børn og voksne, og som undersøger, om en systematisk screening af borgere med dårlig tandstatus kan understøtte tidlig opsporing og forebyggelse af diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme.

Udvidet tilbud om ekkokardiografi
SDCG skal i samarbejde med Medicinsk Område på Dronning Ingrid's Hospital udvikle og drive et projekt, som styrker opsporing og kontrol af komplikationer af diabetes, hypertension og KOL. For at stille den rigtige diagnose, identificere årsagen til patientens symptomer og i hvilket omfang, der er tale om komplikationer, er ekkokardiografi et helt afgørende redskab til forbedret diagnostik og risikovurdering.

Projektet skal udrulles trinvist og under særlig hensyntagen til rekrutteringsmulighederne, da projektet forudsætter specialt kompetencer inden for ekkokardiografi.

Styrket indsats over for borgere med svær overvægt
SDCG skal udvikle og drive et projekt, der systematisk understøtter sundhedstilbud til borgere med svær overvægt, som er i højrisiko for at udvikle diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme. Projektet udrulles trinvist, og det er essentielt, at der sikres en forskningsbaseret viden om effekten af projektets indsatser.

3.4.4 Styrket tilbud til patienter med diabetes og anden sygdom (komorbiditet)

Styrket tilbud til patienter med komorbiditet (multisygdom):

- » Styrket tilbud til patienter med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme, der er indlagt med anden somatisk sygdom
- » Styrket tilbud til patienter med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme, der også har psykisk sygdom

Styrket tilbud til patienter med diabetes og livsstilsrelateret sygdom, der er indlagt med anden somatisk sygdom

For at optimere behandling af indlagte patienter vil der som et projekt på SDCG blive etableret et livsstilsteam, som skal understøtte livsstilsindsatsen i det øvrige Sundhedsvæsen. Teamet kan betjene alle sengeafdelinger på Dronning Ingrid's Hospital og skal bestå af en livsstilsygeplejerske med mulighed for sparring og støtte af speciallæger. Teamet kan både varetage behandlingsrelaterede opgaver, svare telefonisk på spørgsmål samt bidrage til at uddanne personale. Med afsæt i projektets erfaringer skal mulighederne for at etablere en lignende funktion fra regionssygehusenes livsstilsambulatorier til regionssygehusenes sengeafdelinger vurderes.

Styrket tilbud til patienter med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme, der også har psykisk sygdom

Personer med svær psykisk sygdom har øget risiko for at udvikle livsstilsrelaterede sygdomme. Samtidig kommer denne patientgruppe ofte ikke til læge og bliver derfor ikke diagnosticeret før udvikling af den somatiske sygdom og dens komplikationer. Som et projekt etableres på SDCG et udvidet og formaliseret samarbejde med Psykiatrien med henblik på tidlig opsporing og tværfaglig behandling af diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme. Samarbejdet mellem centret og Psykiatrien skal blandt andet bestå af en udgående funktion fra centret til patienter tilknyttet Psykiatrien i Nuuk og et fællesambulatorium. Hvis projektet viser gode resultater, skal muligheden for at gennemføre tilsvarende projekter i en eller flere af regionerne vurderes.

3.4.5 Øvrige initiativer

Øvrige initiativer:

- » Styrkelse af det grønlandske perspektiv i guidelines, livsstilsvejledning og anbefalinger
- » Telefonisk specialrådgivning for ansatte
- » Styrket mulighed for e-konsultation
- » Landsdækkende adgang til diætistvejledning og -konsultation
- » Landsdækkende fysioterapeutfunktion
- » Landsdækkende diabetes- og livsstilspsykologfunktion
- » Behandling af senkomplikationer

Styrkelse af det grønlandske perspektiv i guidelines, livsstilsvejledning og anbefalinger

SDCG skal udvikle og understøtte implementeringen af en grønlandsk livsstilsvejledning, som indeholder anbefalinger vedrørende kost og motion. Den skal udvikles i en grønlandsk kontekst, under hensyntagen til grønlandske forudsætninger og forhold, såsom tilgængelighed af fødevarer og muligheder for motion. Den skal være simpel og let forståelig, og anbefalingerne skal være økonomisk overskuelige. Vejledningen skal udarbejdes med flere målgrupper, fx Nuuk/større byer og mindre byer og bygder. Implementeringen omfatter også kompetenceudvikling af sundhedspersonale i hele landet. (jf. kapitel 8 om kvalitet).

Telefonisk specialrådgivning for ansatte (hotline)

Der eksisterer i dag ikke et formaliseret telefonisk specialrådgivningstilbud til ansatte. På SDCG skal der etableres en landsdækkende telefonisk specialrådgivning, som med ét telefonnummer for hele landet tilbyder telefonisk rådgivning på højt fagligt niveau. Funktionen skal etableres i dagtid, så ansatte i Sundhedsvæsenet, der arbejder med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme, kan henvende sig og få rådgivning/sparring om en konkret patientcase, både mens patienten er til konsultation eller før/efter.

Funktionen bemandes af en erfaren livsstilsygeplejerske, som har lægefaglig back-up. Der skal også etableres specialrådgivning med specialister i Danmark, fx ved etablering af video- og telefonkonsultationer med Steno Diabetes Centre i Danmark med henblik på vidensdeling og ekspertrådgivning (jf. kapitel 6 om kompetenceudvikling for ansatte).

Styrket mulighed for e-konsultation

SDCG skal udvikle et tilbud om e-konsultationer, dvs. mulighed for at modtage konsultation via e-mail eller anden elektronisk platform, som ikke kræver fysisk fremmøde eller telefonisk henvendelse. Tilbuddet skal være en videreudvikling af det tilbud, der i dag eksisterer via doktor.gl i Nuuk, og målrettes patienter fra hele landet.

Landsdækkende adgang til diætistvejledning og -konsultation
SDCG skal sikre, at borgere med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme uden for Nuuk, samt borgere med højrisiko for at udvikle en af sygdommene, også får adgang til diætistvejledning og konsultation. Der skal tilbydes både telemedicinske konsultationer til borgere uden for Nuuk og kompetenceudvikling af livsstilsmedarbejdere i hele landet. Tilbuddet skal indledningsvis målrettes særlige risikogrupper.

Diætistkompetencer skal også bistå med bl.a. udvikling og implementering af den grønlandske livsstilsvejledning (beskrives i afsnit 3.4.5) samt udvikling og gennemførelse af patientuddannelse. Sidstnævnte fx ved at udvikle og tilbyde undervisning i kost med fokus på grønlandske madvarer. Der vil på centret blive indrettet særlige rum og faciliteter til formålet, bl.a. et livsstilskøkken.

Landsdækkende fysioterapeutfunktion

Der findes i dag ikke et systematisk tilbud om motionsvejledning til patienter med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme eller til borgere med højrisiko herfor. SDCG skal udvikle og drive et tilbud, der indebærer kompetenceudvikling af livsstilspersonale i hele landet, bl.a. understøttet af, at telemedicinske redskaber udbredes til hele landet. Der vil på centret blive indrettet særlige faciliteter til formålet, herunder et motionsområde med redskaber. Fysioterapeuten skal også bistå med bl.a. udvikling og implementering af den grønlandske livsstilsvejledning (beskrives i afsnit 3.4.5).

Landsdækkende diabetes- og livsstilspsykologfunktion

En del diabetes- og KOL-patienter udvikler stress, angst eller depression i forbindelse med deres sygdom, fx som følge af de udfordringer, der er forbundet med at leve med diabetes. Disse psykologiske udfordringer gør det ofte vanskeligt for patienterne at indgå i et almindeligt behandlingsforløb og at drage omsorg for sig selv. SDCG skal sikre, at diabetes- og livsstilspatienter får adgang til psykologbistand ved at tilbyde telemedicinske konsultationer og dertilhørende kompetent tolkning.

Behandling af komplikationer

SDCG skal understøtte, at patienter, som har behandlingskrævende komplikationer efter diabetes, KOL og hypertension, får et tilbud af høj kvalitet. Centret skal understøtte udbredelse af forskningsbaserede behandlingstilbud, forudsat at der er tilstrækkeligt patientgrundlag. Nye tilbud skal udvikles i tæt samarbejde med de ansvarlige enheder for behandlingen af komplikationer, og effekten følges skal løbende i en grønlandsk kontekst.

Eksempler på komplikationer, hvor centret skal understøtte udbredelsen af behandlingstilbud, kan være diabetisk øjenssygdom, diabetisk fodsygdom og hjertesygdom.

Derudover kan senkomplikationer, hvor SDCG på projektbasis skal udvikle og pilotteste nye behandlingstilbud, være seksuel dysfunktion, dårlig tandsundhed og autonom neuropati.

4. Forskning

4.1 Nuværende forskningsindsats

Der er over de senere år sket en vigtig udvikling i det sundhedsvidenskabelige forskningsmiljø i Nuuk. Ilisimatusarfik (Grønlands Universitet) etablerede i 2008 Center for Sundhedsforskning på Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab. Centret består af et netværk af forskere inden for sundhedsområdet, som bedriver klinisk forskning og sundhedstjenesteforskning med afsæt i det brede Sundhedsvæsen i tyndtbefolkede områder. Formålet med netværket er at styrke og forankre forskningssamarbejdet i landet og at lette samspillet mellem forskere fra andre lande og det grønlandske samfund.

I Nuuk findes endvidere Pinnngortitaleriffik (Grønlands Naturinstitut), der forsker inden for naturressourcer, miljø og klima. Der findes en række fælles funktioner og synergier mellem hhv. Pinnngortitaleriffik og Ilisimatusarfik i form af blandt andet teori- og metodekurser, ph.d.-skole, bygningsfællesskab (undervisnings- og mødefaciliteter) etc. Sundhedsforskning finansieres til dels gennem Forskningspuljen. Forskningspuljen udbyder årligt tre ph.d.- eller postdoc-stipendier, hvoraf et stipendie hvert andet år er inden for sundhedsforskning. Sundhedsdepartementet har på Finansloven midler til gennemførelse af en tilbagevendende befolkningsundersøgelse. Derudover fundraiser adjungerede professorer ved Grønlands Center for Sundhedsforskning forskningsmidler fra Danmark til Grønlandsforskning.

4.2 Målsætning

Et internationalt og arktisk funderet forsknings- og uddannelsesmiljø
Forskningen skal have potentiale til at gavne de borgere, SDCG's indsats er rettet mod. Forskningen skal sikre udvikling af viden om de særlige vilkår, der gælder for de arktiske områder og deres befolkninger, være implementerbar i en grønlandsk kontekst, og samtidig bidrage til at samle og kvalitetssikre data herom. Forskningen skal også bidrage til, at international viden og resultater kan omsættes og implementeres i en grønlandsk kontekst.

SDCG's overordnede målsætning for forskning er:

- » Et internationalt og arktisk funderet forsknings- og uddannelsesmiljø.

Succeskriterier:

- » Der etableres og udvikles et forskningsmæssigt grundlag for SDCG's aktiviteter indenfor behandling og patientuddannelse, kompetenceudvikling, tværgående samarbejde og forebyggelse, telemedicin og kvalitet i en grønlandsk kontekst.
- » Forskning i centret formidles og omsættes til endnu højere kvalitet i indsatsen mod diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme.
- » Novo Nordisk Fondens grundbevilling til forskning tiltrækker anden finansiering.
- » Centret udvikler konkrete forskningsprojekter i samarbejde med relevante forskningsinstitutioner.

SDCG skal frembringe og implementere anvendelsesorienteret, tværdisciplinær forskning i diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme.

SDCG's forskning skal forankres i Grønland. Forskningen skal ske i et koordineret samarbejde med relevante enheder og ansatte i Sundhedsvæsenet og i nær tilknytning til uddannelsesindsatsen for personalegruppen. SDCG samarbejder med Ilisimatusarfik, Steno Diabetes Centre i Danmark og andre relevante internationale forsknings- og uddannelsesmiljøer.

4.3 Samarbejde om en styrket forskningsindsats

Et styrket samarbejde

Et nært samarbejde med andre forskningsinstitutioner er centralt for at sikre bredde og kvalitet i centrets forskning. Grønlands Center for Sundhedsforskning og de øvrige forskningsinstitutioner i landet har på nuværende tidspunkt veletablerede netværk, der er med til at understøtte tværdisciplinære forskningsprojekter. Der er desuden et nært samarbejde med danske sygehuse og institutioner. Det vil være nærliggende, at SDCG's forskning også knytter an til disse forskningsinstitutioner og netværk. Med afsæt i de etablerede samarbejder inden for sundhedsforskningen vil SDCG benytte muligheden for både at knytte nye og tættere bånd.

Et tæt samarbejde er relevant mellem SDCG's indsatsområder

Samarbejdet skal understøtte en forskningsbaseret, klinisk afprøvning af udviklingstiltagene med henblik på at vurdere, om de kan implementeres i driften af Sundhedsvæsenet. Forskning, der udgår fra centret, skal koordineres med øvrig forskning fra Grønlands Center for Sundhedsforskning. Forskningen skal være anvendelsesorienteret og understøtte, at ny viden hurtigt omsættes til landsdækkende praksis for at løfte kvaliteten. Centralt herfor er et nært samarbejde med Sundhedsvæsenet og dets personale om eksempelvis koordineret og målrettet indsamling af data, kvalitetsudvikling, kompetenceudvikling m.m.

I forhold til diabetesrelaterede forskningsområder er der desuden store perspektiver i samarbejdet med Steno Diabetes Centre i Danmark. Allerede nu er der et veletableret og langvarigt samarbejde med den grønlandsrettede forskning i regi af Steno Diabetes Center Copenhagen. De øvrige Steno Diabetes Centre i hhv. Region Sjælland, Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark har alle stærke ressourcer at byde ind med i samarbejdet om forskning, behandling og kompetenceudvikling. Samarbejdspartnere kan desuden være industrivirksomheder, der beskæftiger en stor del af befolkningen og dermed kan være udgangspunkt for forskningssamarbejder om forebyggelses- og livsstilstiltag. Desuden kan produktionen af eksempelvis fødevarer give forskningsmæssig synergi og innovation at samarbejde om.

Udvikling af forskningsmiljøet

I regi af SDCG skal der arbejdes målrettet på at fremme et tværfagligt forsknings- og talentudviklingsmiljø, der gør det attraktivt at være forsker og forskningspartner ved centret. Der har i Center for Sundhedsforskning været gode erfaringer med fleksibilitet i etablering af samarbejdsrelationer på forskerniveauet; en fleksibilitet, der har givet rum for kvalificerede forskeres individuelle ambitioner og muligheder for at tilknytte forskere i klinikken. Eksempler herpå er delestillinger med tilknytning til både klinik og forskningsinstitution, adjungerede og tilknyttede professorer, dobbeltindskrevne ph.d'er, mfl.

På institutionsniveau kan samarbejdet bestå i aftaler med andre relevante forskningsinstitutioner, eksempelvis ved etablering af udvekslingsprogrammer, fælles forskningsprojekter, netværk m.m. i regi af SDCG.

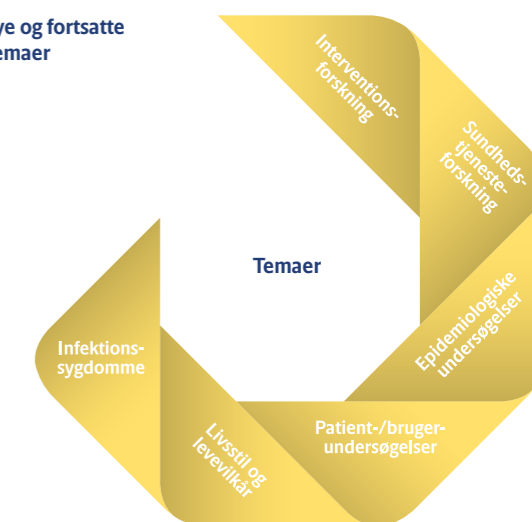
Grundbevillingen til forskning skal udmøntes til forskning, der er forankret ved og udgår fra SDCG.

SDCG skal samarbejde med relevante forskningsinstitutioner.

4.4 Nye og fortsatte forskningsområder og potentialer

Forskningsområder i SDCG skal tage udgangspunkt i områder, der afspejler de arktiske forhold, der er karakteristiske for landets kultur og befolkning.

Figur 4A: Nye og fortsatte forskningstemaer



Forskningen i centret skal knytte an til de initiativer, der iværksættes i regi af centrets indsatsområder. Dette understøtter en løbende udvikling og kvalitetssikring af de tiltag, der iværksættes på området for diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme, ligesom forskningsområderne til enhver tid er anvendelsesorienterede. SDCG's forskningsområder skal tage afsæt dels i allerede eksisterende forskningsområder og -kompetencer og dels i forskningsområder, som, trods stort potentiale, ikke tidligere har været bedrevet i landet. For sidstnævnte vurderes, at der er basis for at etablere en robust forskningskompetence i centret i samarbejde med andre relevante forskningsinstitutioner.

Interventionsforskning med henblik på forebyggelse af diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme.

Der har tidligere kun i beskedent omfang været udført interventionsforskning. Den epidemiologiske forskning har genereret betydelig viden om risikomarkører¹⁴ for fedme, diabetes og hjerte-kar-sygdom. Dette kalder på tiltag i forhold til at forebygge og behandle diabetes. Derudover kan erfaringer fra andre populationer ikke umiddelbart appliceres i landet pga. særlige genetiske, kulturelle og geografiske forhold. Diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme er udbredt pga. den høje forekomst af genetisk og livsstilsrelateret risiko, og evidensbaseret forebyggelse bør derfor have fokus både på forebyggelse i den brede befolkning og på den individuelle forebyggelse hos borgere i høj risiko. I sammenhæng med afprøvning og udvikling af forebyggende tiltag i livsstilsambulatorierne, på tværs af sektorer (jf. afsnit om tværsektorielle tiltag) og i lokalsamfundet iværksættes der således forskningsprojekter til afdækning af tiltagenes implementering og effekter.

Individrettet forebyggelse af diabetes og senkomplikationer skal tage udgangspunkt i identificeret høj, især genetisk, risiko. Der vurderes

¹⁴Demografiske, sociale, livsstilsrelaterede, genetiske mv.

derfor også at være stort potentiale i at bedrive klinisk kontrollerede studier, der undersøger den optimale medicinske behandling af patienter med 'Inuit-specifik' monogenetisk diabetes.

Sundhedstjenesteforskning inden for diabetesområdet
SDCG skal monitorere igangværende behandling samt afprøve nye tiltag til forbedring af diabetes- og livsstilsbehandling. Sundhedsvæsenets journalsystem gør det muligt at følge prognosen for fx patienter med diabetes, både i form af konventionelle kvalitetsindikatorer og i form af monitorering af akutte og sendiabetiske komplikationer, anden komorbiditet og mortalitet. Der er allerede igangværende sundhedstjenesteforskning, som har belyst komplikationsforekomst, medicineringspraksis og kvalitetsindikatorer for diagnostik, behandling og komplikationsforebyggelse. Denne forskning er nært knyttet til monitoreringen og udviklingen af SDCG's faglige kvalitet (jf. kapitel 8).

Der vurderes at være stort potentiale i både organisationsforskning og teknologisk forskning. De oplagte strukturelle udfordringer i diabetesbehandlingen i landet er relateret til primært geografi, infrastruktur og det forhold, at diabetesrisikoen er højest i områder længst fra de største byer, samt udfordringer med rekruttering af kvalificeret personale til kontinuerlig varetagelse af diabetesbehandling. Et oplagt forskningsområde er derfor følgeforskning i modeller for shared care mellem lokale og regionale behandlere, SDCG og Dronning Ingrid's Hospital. Dette skal ske i nært samspil med den kliniske aktivitet i centret. Der er også potentiale i at intensivere forskning og afprøvning af nye teknologiske metoder, fx telemedicinske løsninger, anvendelse af Artificial Intelligence til diagnostik, og implementering af mobilt udstyr til komplikationsscreening. Forskning i teknologi omfatter en lang række facetter, der spænder fra de mere tekniske og ressourcemæssige forhold over behandlingskvalitet til sundhedspædagogik og patientoplevelt kvalitet.¹⁵

Sundhedstjenesteforskningen og den epidemiologiske forskning kan desuden gøre det muligt at evaluere den samlede effekt af etableringen af SDCG på forekomsten og prognosen for diabetes, men i et mere overordnet perspektiv vil det også være muligt at evaluere konsekvenserne af centrets etablering for det øvrige Sundhedsvæsen og samfund, såvel økonomisk som strukturelt.

Epidemiologiske undersøgelser af diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme
Der er en mangeårig tradition for at gennemføre store, landsdækkende befolkningsundersøgelser i samarbejde mellem forskere i Danmark og Grønland. De kliniske undersøgelser af fedme, diabetes, KOL og kardiometaboliske sygdomme bliver primært udført af Steno Diabetes Center Copenhagen, mens den omfattende afdækning af levevilkår, kost, fysisk aktivitet og øvrige områder knyttet til de grønlandske folkesundhedsprogrammer varetages af Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet, i opdrag fra Departementet for Sundhed. Det er primært disse gentagne undersøgelser, der har dokumenteret en høj forekomst af diabetes i landet (heraf mange tilfælde af udiagnosticeret diabetes), og som ud over stigende alder og høj fedmeforekomst har identificeret en række genetiske højrisikofaktorer.

Der er også en helt unik mulighed for at belyse, hvordan genetisk tilpasning til arktisk miljø og kost i interaktion med tiltagende kultur- og livsstilspåvirkninger udefra påvirker forekomsten af metaboliske sygdomme. Med koblingen til øvrige sundhedsregistre kan man nu og i fremtiden belyse, om diabetes er forbundet med øget risiko for senkomplikationer i samme omfang som for andre populationer. Det åbner også op for muligheden for at belyse, hvordan risiko for diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme interagerer med andre særlige grønlandske problemstillinger, fx tuberkulose, kronisk hepatitis og visse cancerformer.

Patient-/brugerundersøgelser i et arktisk, diabetes- og livsstilsrelateret perspektiv
Forskning i patient-/brugerperspektivet skal supplere og udfordre de øvrige forskningsområder og sikre, at udviklingen af nye tiltag, ny organisering, ny teknologi m.m. er i trit med slutbrugernes ønsker og behov.

Den generelle forskning i patientperspektivet afdækkes systematisk i befolkningsundersøgelserne, hvor et repræsentativt udsnit af befolkningen interviewes om livsstil, sundhedsadfærd, sygdomsopfattelse m.m. Fremadrettet vil det være oplagt at inkludere et diabetes- og livsstilsrelateret perspektiv i disse undersøgelser.

Det er desuden relevant at udvikle viden om, hvordan patienter støttes i at medvirke til at træffe beslutninger om deres behandling på et informeret grundlag, samt i at integrere sygdom og behandling bedst muligt i deres hverdagsliv. Kvalitet i livet med sygdom, samt tryghed og sikkerhed i behandlingsforløb, handler både om opmærksomhed på patienten som person og om kvalitet i organiseringen af den sundhedsfaglige indsats.

Livsstil og levekår, herunder kost og fysisk aktivitet
Over de seneste 60–70 år har livsstil og levekår ændret sig markant for befolkningen, hvilket til dels er baggrunden for den øgede forekomst af livsstilsrelaterede sygdomme. Kosten er over denne periode ændret fra primært at indeholde havpattedyr, fisk og vildt til en mere moderne og kulhydratrig ernæring, delvist baseret på færdigvarer, hvorved gamle skikke omkring mad samt måder at tilberede mad på tabes. Derudover er den fysiske aktivitet faldet i takt med ændring af arbejds-, fritids- og transportforhold, og at mad anskaffes på mere lettilgængelig vis. Længere gennemsnitlig levealder for befolkningen er dog også en medvirkende faktor til den øgede forekomst af livsstilsrelaterede sygdomme. Forskning til afdækning af disse forhold og udvikling af handlingsorienteret viden kalder på en tværdisciplinær tilgang, som inddrager samfundsvidenskabelige, humanistiske såvel som biomedicinske tilgange, og kan omhandle eksempelvis kostens kulturelle forankring, mikrobiologien bag traditionel mad, samt anbefalinger om kost og fysisk aktivitet, der er tilpasset patient, borger og nærmiljø.

Infektionssygdomme hos personer med kroniske sygdomme
Det traditionelle sygdomsmønster blandt cirkumpolare populationer er karakteriseret ved høj forekomst af infektionssygdomme, men i

takt med den tiltagende kultur- og livsstilspåvirkninger udefra og indsatserne mod infektionssygdomme falder visse af disse i hyppighed, mens hyppigheden af kroniske sygdomme som diabetes, KOL og hjertekarsygdomme stiger. Imidlertid ses infektionssygdomme stadig hyppige i den grønlandske befolkning, herunder tuberkulose (TB), og udgør stadig betydelige problemer for folkesundheden. Det er kendt, at diabetespatienter har en øget risiko for infektioner, og det er kendt, at der er en øget risiko for TB blandt disse. Blandt den oprindelige befolkning i Alaska er det vist, at hyppigheden af blodforgiftning mv. er klart forhøjet blandt personer med diabetes. Tilsvarende ses en markant overhyppighed af lungeinfektioner ved patienter med KOL.

4.5 Forskningsinfrastruktur

De fysiske rammer for Grønlands Center for Sundhedsforskning blev etableret i 2017 i Nuuk. Centret har kontorfaciliteter og tilbyder derudover adgang til undervisningslokaler og auditorium. Forskning i regi af Sundhedsvæsenet fungerer fysisk på Grønlands Center for Sundhedsforskning i samarbejde med en forskningsorganisation.

Forskningsdata fås primært fra eksisterende datakilder. Sundhedsvæsenet varetager på nuværende tidspunkt drift og vedligehold af følgende registre: Den elektroniske patientjournal (EPJ), Landspatientregisteret og laboratorieregistre. Desuden fungerer en række registre i regi af Landslægeembedet: Cancerregisteret, dødsårsagsregisteret, fødselsregisteret mfl. Forskningsdata fås bl.a. fra befolkningsundersøgelser, mor-barn-kohorter, skolebørnsundersøgelsen (HBSC), alderdomshjemsundersøgelser, monitorering af tuberkulose og andre infektionssygdomme og genetisk screening af gravide.

På en række danske behandlings- og forskningsinstitutioner ligger desuden blod- og vævsprøver (både 'våde' og 'tørre' data), som grønlandske og danske forskere arbejder med. Så længe disse data ligger i danske institutioner, er det fortsat vigtigt, at der foreligger formaliserede aftaler, der sikrer Grønlands indflydelse på fremtidig brug af materialet, samt at Det Videnskabsetiske Udvalg for Sundhedsvidenskabelig forskning i Grønland godkender fremtidig forskning.

Fremadrettede faciliteter og ressourcer
Med SDCG er målet at opbygge én samlet forskningsdatabase, hvor forskningsdata, blod- og vævsprøver ('våde' samt 'tørre' data) skal samles. Det skal afsøges, hvilke muligheder der er for at koble disse data til Grønlands Statistik, Digitaliseringsstyrelsen eller Sundhedsvæsenets patientdata; og i hvilken grad det er muligt at registrere data i form af billeder/film fra eksempelvis kvalitative forskningsprojekter.

Desuden skal mulighederne for at etablere en grønlandsk biobank som led i SDCG afdækkes; herunder driftsmæssige, juridiske og praktiske forhold. Ambitionen er at sikre let tilgængelighed for forskere på SDCG og samarbejdspartnere til blodprøver og væv fra landets befolkning.

Realisering af målsætningen på forskningsområderne indebærer desuden en forventning om, at SDCG udover grundbevillingen til forskning rejser yderligere midler til forskning. SDCG skal aktivt arbejde for at rejse eksterne forskningsmidler til SDCG fra eksempelvis nationale og internationale fonde.

Forskningsformidling og -implementering
SDCG's forskningsresultater formidles i relevante, peer-reviewede tidsskrifter og indgår også som en parameter i vurderingen af centrets forskningsaktivitet og -kvalitet. Ud fra målsætningen om, at forskningen skal være anvendelsesorienteret, er det desuden centralt, at resultater fra SDCG's forskning har potentiale til at blive implementeret i en grønlandsk kontekst, og at forskningen formidles til gavn for patienter, praktikere, samarbejdsparter og øvrige interessenter.

Ved beslutningen om at iværksætte et forskningsprojekt vurderes således muligheden for senere implementering af resultaterne; herunder vurdering af ressourcetræk, faciliteter og materiale, vare- og patienttrafik, potentialet for udbredelse til hele befolkningen m.m. Forskningen har i høj grad form af følgeforskning til supplerende initiativer, hvorfor denne vurdering foretages samlet.

Formidlingen sker som led i de SDCG-tilknyttede forskeres virke og omfatter eksempelvis beskrivelser af forskningen på hjemmesiden, præsentation af forskningen på konferencer, deltagelse i implementeringsaktiviteter i klinikken, deltagelse i kompetenceudviklings tiltag etc. Potentiale og metode for formidling af forskningsresultaterne skal vurderes for hvert enkelt forskningsprojekt.

4.6 Forskningsetiske principper

Forskningsgodkendelser håndteres efter principper beskrevet i forretningsordenen for Det Videnskabsetiske Udvalg for Grønland. Forskningsansøgninger administreres af en sekretariatsfunktion ved Landslægeembedet¹⁶. Forskningsprojekter, der berører Sundhedsvæsenet, skal desuden godkendes af Sundhedsledelsen/Departementet for Sundhed afhængig af indsatsen¹⁷.

Det tilsikres, at al forskning relateret til SDCG opfylder de til enhver tid gældende konventioner, lovgivning og principper, der er relevant for forskning bedrevet i landet og forskning i landets befolkning. Dette omfatter eksempelvis Helsinki-deklaration II¹⁸ og FN's konvention for rettigheder for oprindelige befolkninger (UNDRIP)¹⁹. Forskning finansieret af SDCG er knyttet til centret og udgår herfra. Data genereret som led i forskningsstrategiens virke forankres i centret.

SDCG vil tilstræbe at være en aktiv deltager i en dialog om etiske forhold i diabetes- og livsstilsforskning, herunder at tage et særligt ansvar for at formidle komplekse etiske spørgsmål og dilemmaer på en forståelig måde. For hele forskningsindsatsen i regi af SDCG er der forsknings- og publikationsfrihed.

¹⁵Nielsen LO, Krebs HJ, Albert NM, Anderson N, Catz S, Hale TM, et al. Telemedicine in Greenland: Citizens' Perspectives. Telemed e-Health. 2016;23(5):tmj.2016.0134 doi: 10.1089/tmj.2016.0134.

¹⁶http://www.nun.gl

¹⁷https://www.peqqik.gl/Emner/Puljer/Sundhedspuljen/Sundheds_puljen?mobile=1&sc_lang=da-DK

¹⁸https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/

¹⁹https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/declaration-on-the-rights-of-indigenous-peoples.html

5. Tværgående samarbejde og forebyggelse

Målgruppen for SDCG's initiativer indenfor tværgående samarbejde og forebyggelse er borgere med højrisiko for at få type 2-diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdom.

SDCG vil have et særlig fokus på forebyggelse af livsstilsrelaterede sygdomme hos børn og unge.

5.1 Nuværende tværgående samarbejdsfora og projekter

Tværgående samarbejde forstås i denne drejebog primært ved samarbejdet mellem:

- » Selvstyreniveau ved Departementet for Sundhed, Landslægeembedet, Styrelsen for Forebyggelse og Sociale Forhold samt Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse.
- » Det kommunale niveau.

I hver kommune er der nedsat et forebyggelsesudvalg, der har til opgave at sikre lokal implementering og forankring af forebyggende tiltag, sikre sammenhængende indsatser inden for kommunen og at styrke tværgående samarbejde¹⁸. På Sundhedsvæsenets enheder sker behandling og til dels forebyggelse, mens kommunernes hovedopgave er sundhedsfremme, primær forebyggelse og rehabilitering.

Inden for sundhedsområdet er der en lang tradition for tværgående samarbejdsprojekter. Projekterne er som oftest forankret på selvstyreniveau, hvilket blandt andet gælder folkesundhedsprogrammet Inuuneritta, som beskriver indsatser om blandt andet rygning, fysisk aktivitet, kost, mental sundhed, alkohol og hash. Andre indsatser omfatter Manu, der har til formål at understøtte en god barndom, og Dukkeprojektet, som omhandler seksuel sundhed i folkeskolen.

Erfaringerne fra projekterne indikerer, at der er behov for større koordination og prioritering af tværgående indsatser. En midtvejsevaluering af Inuuneritta II foretaget i 2017 påpeger blandt andet, at der med fordel kan ske en klarere central prioritering af mål og indsatser og etableres et bedre tværgående samarbejde, så der kan udstikkes mere konkrete anvisninger til indsatser¹⁹. Der er i kommunerne meget stor

forskel på forebyggelsesudvalgene og på organiseringen af forebyggelsesindsatsen. Erfaringerne viser dermed, at der er behov for større politisk forankring af indsatserne samt involvering og råderum for lokale forebyggelseskonsulenter. Der kan desuden med fordel ske formidling af viden med henblik på koordinering af tiltagene.

Kommunerne og Departementet for Sundhed er derfor ved at udarbejde sundhedsaftaler, der udstikker mål og indsatser lokalt imellem Sundhedsvæsenet og kommunerne. I skrivende stund har Kommuneqarfik Sermersooq fået udarbejdet en aftale.

Desuden skete der 1. marts 2019 en omorganisering af forebyggelsesindsatsen, således at forebyggelsesarbejdet på social- og sundhedsområdet varetages af Paarisa, der er den landsdækkende forebyggelsesenhed under Styrelsen for Forebyggelse og Sociale Forhold. Enheden arbejder med både udvikling og implementering af de forebyggende og sundhedsfremmende indsatser målrettet kommunerne. Derudover har enheden fokus på at styrke koordinering af den kursusvirksomhed, der skal opbygge eller styrke forebyggelseskompetencerne blandt medarbejderne i kommunerne. Det er en målsætning at sikre en tidligere indsats og forebyggelse og at koordinere de nuværende spredte indsatser.

For at sikre et tværfagligt fokus i de landsdækkende strategier og indsatser inden for både social- og sundhedsområdet har Paarisa på strategisk niveau nedsat en styregruppe, der går på tværs af ressortområder²⁰. Styregruppen har dermed ansvaret for at sætte en tværgående samarbejdsretning for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde på landsdækkende plan.

Departementet for Sundhed og Paarisa arbejder desuden sammen om det tværgående initiativ, ledelsesforum, der har til formålet at skabe et tæt samarbejde mellem kommunale ledere, regionsledelsen i Sundhedsvæsenet og politiet. Ledelsesforum tager udgangspunkt i regionale behov og muligheder og arbejder for at målrette og udvikle lokale sundhedsfremmende tiltag inden for rammerne af Inuuneritta.

Naalakkersuisut fremlagde i efteråret 2019 den nationale handleplan mod forældres omsorgssvigt af børn. I foråret 2020 præsenterer Naalakkersuisut yderligere to planer, som forebyggelsesenheden ligeledes kommer til at arbejde ud fra, henholdsvis folkesundhedsprogrammet Inuuneritta III og en Familiepolitik.

Initiativer inden for tværgående samarbejde og forebyggelse, skal supplere og understøtte Paarisas arbejde. Dette sker ved hjælp af et nært og koordineret samarbejde mellem Paarisa og SDCG.

5.2 Målsætning

Et stærkt tværfagligt og tværgående samarbejde

SDCG skal styrke det tværgående, forebyggende og sundhedsfremmende samarbejde i Sundhedsvæsenet med relevante samarbejdspartnere. Centret skal bidrage til udviklingen af sundhedsfremmende og forebyggende tiltag på diabetes- og livsstilsområdet, som tager afsæt i kultur- og familieliv med fokus på både byer og bygder.

SDCG's overordnede målsætning for tværgående samarbejde og forebyggelse er:

- » Et stærkt tværfagligt og tværgående samarbejde.

Succeskriterier:

- » Styrke samarbejdet om en forebyggende og sundhedsfremmende diabetes- og livsstilsindsats mellem SDCG, øvrige enheder i Sundhedsvæsenet, kommunerne, erhvervsliv og frivillighedsindsatsen i form af konkrete, lokalt tilpassede projekter.
- » Udvikle og drive projekter, der understøtter, at børn og unge i risiko for livsstilssygdomme får forbedrede kost- og motionsvaner.

5.3 Samarbejde om en styrket tværgående og forebyggende indsats

SDCG skal understøtte og facilitere forebyggende og sundhedsfremmende indsatser på diabetes- og livsstilsområdet målrettet højrisikogrupper. Indsatserne skal supplere den koordinerede, forebyggende og opsporende indsats, som Paarisa varetager, og som Naalakkersuisut udstikker de overordnede retningslinjer og lovgivning for.

SDCG's rolle i det tværgående samarbejde er blandt andet:

- » Udvikling af generelle modeller for tværgående samarbejde inden for sundhedsfremme og forebyggelse inden for områderne kost og fysisk aktivitet. De tværgående samarbejdsprojekter har potentiale til at blive udbredt i hele landet, idet de tager afsæt i en eksisterende struktur/funktion. Projekterne koordineres fra SDCG og forankres i eksisterende strukturer (top down). Projekterne kan blandt andet omfatte en intensiveret indsats i tandplejen, sundhedsplejen og i de lægefaglige børnesundhedsundersøgelser, såvel som sundhedsfremmende tiltag i skoler, institutioner, landsdækkende foreninger, arbejdspladser eller detailhandel m.m.

- » Udvikling af og støtte til realiserbare og målbare tværgående initiativer i samarbejde med det udførende niveau: De nære sundhedsfremmende og forebyggende tiltag sker under vidt forskellige forhold; dette gælder både kulturelle forhold og traditioner, infrastruktur og institutioner. For at understøtte det lokale initiativ og særlige forhold, som civilsamfundet, herunder fx en by, en bygd, en forening, eller en arbejdsplads kan have, kan SDCG understøtte projekter, der er drevet af disse enheder. SDCG fungerer her som en aktiv samarbejds- og sparringspartner, der kan stille viden, kompetencer og ressourcer til rådighed for de involverede aktører. SDCG vil udarbejde specifikke opslag med tilhørende midler til indsatsområder og -metoder.

- » Kompetenceudvikling af relevante ansatte på både kommunalt og selvstyreniveau bl.a. forebyggelseskonsulenter, skolelærere, sundhedsplejersker, tandplejere, mv. (jf. kapitel 6)
- » Monitorering og formidling af viden om forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser inden for diabetes- og livsstilsområdet. Som et led i SDCG's kvalitets- og forskningsindsats skal udvikling og implementering af nærværende indsatsområder følges af forskning omfattende monitorering og effektmåling. Centret formidler viden om relevante og virksomme forebyggelsestiltag til understøttelse af forebyggelsesindsatsen.

For at understøtte ovenstående aktiviteter skal SDCG samarbejde tæt med Paarisa. For det første for at sikre koordinationen med Selvstyrets til enhver tid gældende politikker, aftaler, retningslinjer og aktiviteter på området. For det andet for at sikre faglig sparring mellem parterne, og endelig for at parterne sikrer optimal brug af den etablerede infrastruktur i form af eksempelvis sundhedsaftaler, ledelsesfora, forebyggelseskonsulenter, erhvervsnetværk etc., der skal understøtte udvikling og implementering af sundhedsfremmende og forebyggende tiltag.

Eksempel på et tværgående initiativ, der initieres og planlægges i samarbejde med det udførende niveau:

Børneovervægt er hyppigt forekommende. Et forslag til et projekt i regi af SDCG er et initiativ, der sigter på at reducere overvægt blandt børn. Initiativet skal tage afsæt i tandplejens nære kontakt med børn. I forbindelse med tandplejens rutineundersøgelser suppleres den nuværende vejledning (som beskrevet i Sundhedsvæsenets kariesstrategi) med en kort samtale om vægt, kost og bevægelse. Tandplejen monitorerer endvidere systematisk højde og vægt i Cosmic med henblik på at følge børn der ikke følger vægtskurven. I disse tilfælde er det muligt for børnene og deres forældre at opsøge konsultation hos SDCG.

¹⁸Inatsisartutlov nr. 27 af 18. november 2010 om Sundhedsvæsenets styrelse, organisation samt sundhedsfaglige personer og psykologer, §5.

¹⁹Ingemann & Larsen 2017, Midtvejsevaluering af Inuuneritta II

²⁰Departementet for Sundhed, Departementet for Sociale Anliggender og Justitsområdet, Departementet for Uddannelse, Kultur og Kirke samt Departementet for Finanser.

6. Kompetenceudvikling af ansatte

Følgende overordnede begreber og definitioner anvendes i relation til SDCG og denne drejebog:

Kompetence er evnen hos den enkelte til at omsætte viden, færdigheder, erfaringer og holdninger i praksis. Den enkelte anvender kompetencerne i praksis, fordi man både bør, kan, vil, må og tør.

Kompetenceudvikling skal styrke den enkeltes kompetencer i forhold til opgaveløsningen. Kompetenceudvikling er således udvikling af ny viden, færdigheder, erfaringer og holdninger hos den enkelte, der omsættes i ændret adfærd/praksis. Kompetenceudvikling baseres på den nyeste viden og foregår både i det daglige arbejde og gennem formaliseret uddannelse, specialisering og kurser.

Ansatte i Sundhedsvæsenet og i kommunerne omfatter fagpersoner, der varetager en opgave eller en funktion i relation til patienter med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme.

Kompetenceudviklingsinitiativer skal til enhver tid have det sigte at understøtte og implementere SDCG's øvrige overordnede aktivitetsområder.

6.1 Nuværende kompetenceudviklingstilbud og muligheder

LivsstilsGruppen i Nuuk tilbyder årligt kurser af to-tre dages varighed rettet mod ansatte i Livsstilsambulatorierne i regionerne. Hertil kommer, at det brede spektrum af patienter, der er i alle dele af Sundhedsvæsenet, medfører, at alle ansatte stifter bekendtskab med patienter med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme. De opnår dermed en vis grad af praktisk erfaring med og kendskab til diabetes- og livsstilsområdet, som kan kvalificeres igennem mere formaliseret og systematiseret kompetenceudvikling.

Alle ansatte i Sundhedsvæsenet tilbydes derudover kompetenceudvikling i overensstemmelse med de overenskomstmæssige rammer og aftaler i landet.

6.2 Målsætning

Alle ansatte leverer en indsats af høj faglig kvalitet inden for den ansattes faglige rammer og kompetencer.

SDCG skal ved at udvikle og tilbyde kompetenceudvikling bidrage til at styrke diabetes- og livsstilsindsatsen. Ansatte i Sundhedsvæsenet skal have kompetencer baseret på den nyeste viden og forskningsresultater inden for området. Ansatte i kommuner skal have tilbud om at deltage i kurser og aktiviteter, der kan bidrage til at udvikle deres kompetencer.

SDCG's kompetenceudvikling har fokus på det hele patientforløb med afsæt i patientens behov og patientens viden om egen situationen. Der vil særligt være fokus på at udvikle de ansattes kompetencer i forhold til samarbejdet med patienten og til det tværfaglige samarbejde mellem faggrupper. De forskellige faggrupper, patienter og pårørende er et team, hvor patienten aktivt inddrages i et samarbejde i hele patientforløbet.

SDCG's kompetenceudviklingsindsats skal bidrage til at styrke rekruttering og fastholdelse af ansatte på diabetes- og livsstilsområdet.

SDCG's overordnede målsætning for kompetenceudvikling af ansatte er:

- » Alle ansatte leverer en indsats af høj faglig kvalitet inden for den ansattes faglige rammer og kompetencer.

Succeskriterie:

- » Øge de ansattes kompetencer indenfor forebyggelse, patientuddannelse og behandling af diabetes- og livsstilsrelaterede sygdomme i en grønlandsk kontekst, samt styrke deres kompetencer indenfor anvendelsen af telemedicinske redskaber og datadreven kvalitetsopfølgning.

6.3 Samarbejde om en styrket kompetenceudvikling

Som supplement til de eksisterende uddannelser og muligheder for videre- og efteruddannelser skal SDCG tilbyde kompetenceudvikling af de ansatte i Sundhedsvæsenet og i kommunerne, som arbejder med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme. Der vil være behov for at målrette dele af kompetenceudviklingen mod ansatte, der ikke varetager en sundhedsopgave som deres primære fokus, fx lærere og ansatte med socialfaglig eller pædagogisk baggrund, der er primære kontakt- og plejepersoner for visse højriskogrupper.

Alle iværksatte initiativer skal bygge på samarbejde og involvering af de ansatte for at ramme så tæt på deres virke og behov som muligt. Der skal i udformning af kompetenceudviklingstilbud rettes særlig opmærksomhed mod forskellighederne i de ansattes behov og kompetencer.

Kompetenceudviklingsindsatser af de ansatte skal målrettes både det monofaglige og tværfaglige. Tværfagligt samarbejde er afgørende for at sikre fokus på hele patientforløbet.

SDCG skal være drivkraft i samarbejdet om udvikling af nye aktiviteter og skal gennem en sundhedspædagogisk tilgang til kompetenceudvikling og vidensdeling bidrage til at styrke kvaliteten og tilgængeligheden af SDCG's tilbud.

Målgruppen for SDCG's indsatser og tilbud er ansatte i Sundhedsvæsenet og kommuner, som derfor er helt centrale aktører i udvikling og implementering af kompetenceudviklingstilbud. Men de centrale samarbejdspartnere vil omfatte langt flere aktører og organisationer, bl.a.:

- » Etablerede uddannelsesinstitutioner i Grønland og Danmark: Samarbejde om bl.a. udvikling af konkrete nye kompetenceudviklingstilbud og videreudvikling af de eksisterende uddannelser. Eksempelvis skal centret i lighed med det øvrige Sundhedsvæsen bidrage til både den postgraduate uddannelse af læger inden for almen medicin samt videreuddannelse af sygeplejersker mv.
- » De danske Steno Diabetes Centre: Samarbejde om bl.a. netværksaktiviteter, praktikophold og fokuserede uddannelsesophold.

SDCG's rolle i forhold til samarbejdspartnerne indebærer blandt andet, at centret vil:

- » Fungere som viden- og kompetencecenter om forebyggelse, tidlig opsporing, behandling og forebyggelse af senkomplikationer, rehabilitering og genoptræning.
- » Sikre, at viden fra forsknings- og udviklingsaktiviteter fra centret viderefremmes via uddannelse og bliver indarbejdet i både grunduddannelserne og efteruddannelsesstilbud for ansatte.
- » Have et særligt fokus på at formidle viden om anvendelse af telemedicinske løsninger i diabetes- og livsstilsindsatsen.
- » Indgå i samarbejde med de relevante uddannelsesinstitutioner, herunder Ilisimatusarfik og Peqqissaanermik Ilinniarfik (erhvervsfaglig sundhedsskole) om den løbende udvikling af de relevante uddannelser²¹. Samarbejdet gælder både grunduddannelser, specialuddannelser og efter-/videreuddannelse af ansatte.
- » Sikre, at der kontinuerligt er fokus på at evaluere og prioritere tiltagene.

Der er endvidere et stort potentiale i at etablere samarbejde mellem SDCG, de danske Steno Diabetes Centre og sundhedsenheder, der har særlige erfaringer inden for behandling af hypertension og KOL, hvor parterne kan udveksle erfaringer, koordinere nye initiativer samt bidrage til at udvikle indsatser og tiltag til gavn for en meget bred og stor patientgruppe. Et stærkt og udbytterigt samarbejde på tværs af enheder vil bidrage til at skabe en solid base inden for feltet, som alle samarbejdsparter kan drage nytte af.

6.4 Nye kompetenceudviklingsinitiativer

Der er allerede identificeret en række konkrete kompetenceudviklingsinitiativer, som SDCG skal udvikle og tilbyde i samarbejde med livsstilsambulatorierne på regionssygehusene og sundhedscentrene. Rækkefølgen af de beskrevne indsatser er ikke et udtryk for prioritering og etableringsrækkefølge. Desuden vil implementering af indsatserne og implementeringshastigheden i meget høj grad afhænge af rekrutterings- og fastholdelsesmulighederne.

De nye kompetenceudviklingsinitiativer vil blive organiseret og udbudt som:

- » Korte kurser, seminarer, temadage og casebaserede sparringsmøder, der kan afholdes både på SDCG og regionssygehusene.
- » Telemedicinsk vidensformidling og e-læring.
- » Praktikophold eller fokuserede uddannelsesophold ved SDCG eller et dansk Steno Diabetes Center, en dansk Steno Partner, en lungemedicinsk afdeling eller en kardiologisk afdeling.
- » Netværksbaserede aktiviteter, herunder symposier, temadage mv.

Hertil kommer, at centret skal understøtte en kultur, der er præget af gensidig vidensdeling og -formidling, og centret skal derfor blandt andet indgå i et samarbejde på tværs af Sundhedsvæsenets organisatoriske enheder, der strukturelt kan understøtte den uformelle læring, der styrker ansattes viden om patient- og pårørendeuddannelse samt inddragelse.

²¹Fx ved at bidrage med nyeste viden til uddannelsernes curriculum om kost og fysisk aktivitet (herunder borgernes opfattelse heraf) samt pædagogiske principper for motivation til livsstilsændringer.

6.4.1 Kompetenceudvikling af ansatte i Sundhedsvæsenet

Kompetenceudvikling af ansatte i Sundhedsvæsenet:

- » Understøtte implementeringen af konkrete initiativer inden for behandling og patientuddannelse.
- » Systematiseret introduktion til diabetes- og livsstilsområdet til nyansatte livsstilsmedarbejdere.
- » Systematiseret introduktion til diabetes- og livsstilsområdet til nyansatte læger og sygeplejersker.
- » Videreudvikle det årlige livsstilskursus.
- » Uddanne dobbeltsprogede undervisere inden for diabetes- og livsstilsindsatser.
- » Styrke de ansattes IT-færdigheder.
- » Styrket samarbejde med danske specialister.
- » Uddanne tele-tolke med specialisering i diabetes- og livsstilsområdet.

Det primære fokus vil være at understøtte implementeringen af konkrete initiativer inden for behandling og patientuddannelse, som bl.a. er implementering af POC-analyseudstyr til diagnostik og kontrol i særligt mindre byer og bygder, udbredelse af anvendelsen af biothesiometri til fodundersøgelser og udbredelse af anvendelsen af OCT-scannings- og fundus-fotoudstyr til øjenundersøgelser.

Ud over at understøtte implementering af konkrete indsatser inden for behandling og patientuddannelse skal centret også arbejde med at udvikle og implementere følgende nye tiltag.

Systematiseret introduktion til diabetes- og livsstilsområdet til nyansatte livsstilsmedarbejdere

Nyansatte livsstilsmedarbejdere introduceres i dag på forskellig vis til livsstilsområdet. SDCG skal udvikle og drive en systematisk introduktion til nyansatte i tæt samarbejde med de relevante ledelser for at understøtte et ensartet behandlingstilbud til alle patienter uanset bopæl. Introduktionen skal udvikles i samarbejde med livsstilsmedarbejdere i hele landet, så der trækkes på eksisterende erfaringer, tages hensyn til de forskellige personalegrupperes behov samt lokale forudsætninger. Tilbuddet skal målrettes både læger, sygeplejersker, sundhedsassistenter og byggesundhedsarbejdere.

Systematiseret introduktion til diabetes- og livsstilsområdet til nyansatte læger og sygeplejersker

Introduktion til livsstilsområdet for nyansatte læger og sygeplejersker, som ikke til dagligt skal arbejde med diabetes- og livsstilsområdet, varierer også. SDCG skal i samarbejde med livsstilsmedarbejdere fra hele landet udvikle et systematisk introduktionstilbud i tæt samarbejde

med de relevante ledelser målrettet primært læger og sygeplejersker på regionssygehusene og de større sundhedscentre. Indsatsen skal understøtte, at diabetes- og livsstilspatienter, som er i kontakt med Sundhedsvæsenet i anden sammenhæng, tilbydes den bedst mulige behandling af diabetes- og livsstilsrelaterede sygdomme.

Videreudvikle det årlige livsstilskursus

LivsstilsGruppens årlige kursus har hidtil primært haft fokus på diabetes. Kurset skal videreudvikles, således at det både understøtter de nye initiativer, der igangsættes af centret, samt får et bredere fokus på livsstilsrelaterede sygdomme.

Uddanne dobbeltsprogede undervisere inden for diabetes- og livsstilsindsatser

Byggesundhedsarbejdere og sundhedsassistenter vil skulle bistå med at løfte mange nye opgaver og er derfor en væsentlig målgruppe for kompetenceudvikling. For at sikre den korrekte læring og anvendelse af sundhedsbegreber, der ikke kan oversættes direkte til dansk, skal SDCG uddanne dobbeltsprogede undervisere. Målgruppen for uddannelsen er dobbeltsprogede ansatte fra Sundhedsvæsenet med en plejeuddannelse som basis (fx sygeplejerske, sundhedsassistent). Uddannelsen skal tilrettelægges individuelt og tilpasses den enkeltes pædagogiske kompetenceniveau.

Styrke de ansattes IT-færdigheder

Mestring af anvendelse af IT (i dag primært PIPALUK og Skype) er en forudsætning for at kunne være ansat i Sundhedsvæsenet. Men det er ikke alle, der har den fornødne tryghed og ekspertise inden for de basale IT-færdigheder til hurtigt at kunne lære og bruge nye IT-redskaber og -færdigheder i det daglige arbejde. Implementering af SDCG og indsatser vil medføre et betydeligt øget brug af IT samt krav om, at målgruppen tilegner sig nye færdigheder og bruger nye redskaber. Derfor vil der med centrets indsatser komme et øget behov for at udvikle de ansattes IT-færdigheder samt sikre, at der er en tryghed i at bruge de basale IT-redskaber. SDCG skal i samarbejde med IT & EPJ udvikle og drive kompetenceudvikling inden for IT.

Styrket samarbejde med danske specialister

Livsstilsambulatoriet i Nuuk samarbejder med danske specialister. Samarbejdet er primært etableret pga. personlige kontakter, og fordi enkelte specialister på et tidspunkt har været tilknyttet Sundhedsvæsenet. For at styrke samarbejdet mellem Sundhedsvæsenet og danske specialister er der et ønske om, at samarbejdet formaliseres. Etablering af SDCG vil således betyde både nye muligheder og medføre nye behov for samarbejde. Centret skal indgå i et formaliseret samarbejde med danske specialister om diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme, så specialister ved centret kan henvende sig for at få sparring om konkrete komplicerede patientcases. Der etableres mulighed for case-/sidemandsoplæring via telemedicin, og så vil der tilbydes fokuserede kompetenceudviklingsophold i Danmark. Centret skal desuden via Steno DK-netværket sparre med de danske Steno Diabetes Centre om fx udvikling af nye tilbud inden for både kompetenceudvikling, behandling, kvalitet, telemedicin, mv. (Steno DK uddybes i afsnit 9.5).

Uddanne tele-tolke med specialisering i diabetes- og livsstilsområdet

Der anvendes tolke, som er ansat ved Sundhedsvæsenet, og som i udgangspunktet ikke har et specialiseret kendskab til diabetes- og livsstilsområdet. Det kan give udfordringer, da en række tilbud og fx livsstilsråd ikke kan 'oversættes' direkte til grønlandsk og derfor kræver en særlig viden for at understøtte korrekt formidling. En styrket indsats, som skal komme alle i landet til gode, forventes at medføre et øget træk på teletolkning. SDCG skal udvikle, organisere og drive uddannelsen af teletolke med specialisering inden for diabetes- og livsstilsområdet. Både uddannelse til og det efterfølgende virke som teletolk kan etableres med teletolken baseret både i og uden for landet.

6.4.2 Kompetenceudvikling af ansatte i kommuner samt kompetenceudvikling mellem Sundhedsvæsenet og kommuner

En sammenhængende indsats fordrer tværgående viden, samarbejde, koordinering og kommunikation. Derfor vil det i regi af SDCG være relevant at tilbyde kompetenceudvikling, som er målrettet relevant personale i kommunerne, og som henvender sig til ansatte i både Sundhedsvæsenet og kommunerne. Fælles efteruddannelse og kompetenceudvikling vil kunne bidrage til erfaringsudveksling og netværksdannelse og dermed mere sammenhængende patientforløb.

Centret skal i samarbejde med relevante aktører, styrelser, kommuner, virksomheder, foreninger, mv., tilbyde kompetenceudvikling, der understøtter SDCG's indsatser.

Tilbuddene kan handle om forskellige tværgående temaer, som fx forebyggelse og sundhedsfremme, anvendelse af telemedicin eller tilrettelæggelse af indsatsen i komplekse forløb over for sårbare og udsatte patienter.

6.4.3 Rekruttering og fastholdelse

SDCG's indsats inden for kompetenceudvikling skal understøtte en høj faglig kvalitet i behandlingen af diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme. Samtidig skal centret bidrage til at skabe et attraktivt og udviklende arbejdsmiljø og derved styrke rekruttering og fastholdelse af ansatte på diabetes- og livsstilsområdet i Grønland.

Ud over at styrke rekruttering og fastholdelse af ansatte på diabetes- og livsstilsområdet er det også ønsket, at SDCG's indsatser skal styrke mulighederne for rekruttering og fastholdelse i det øvrige Sundhedsvæsen, bl.a. ved at tilbyde kompetenceudvikling til en meget bred gruppe af ansatte.



378

7. Telemedicin

Sundhedsvæsenet har i sundhedsstrategien (FM14) fastlagt som målsætninger, at sundhedsteknologiske løsninger skal anvendes til at overkomme demografiske, geografiske og infrastrukturelle udfordringer, og at faglig kvalitet og adgang til faglig ekspertise uanset bosted skal sikres gennem videreudvikling og fortsat forbedring af sundhedsteknologiske løsninger. SDCG's telemedicinske indsats skal understøtte, at disse målsætninger nås.

Definition af telemedicin: Digitalt understøttede sundhedsfaglige ydelser, faglig sparring og monitorering over afstand.

Udfoldes definitionen, omfatter den følgende:

- » Telefonkonsultationer mellem fagpersoner og patienter/pårørende.
- » Videokonsultationer mellem fagpersoner og patienter/pårørende.
- » Fjernmonitorering af patienter, hvor data transmitteres til fagpersoner enten pr. telefon eller internet fra patientens eget hjem eller fra en nærliggende sundhedsstation. Transmissionsen kan ske simultant eller fremsendes efter lagring.
- » Rådgivning/instruktion/supervision/kompetenceudvikling mellem geografisk adskilte fagpersoner herunder via både telefon, video og andre elektroniske platforme.
- » Medicinske konferencer både via telefon og video uden patientdeltagelse med henblik på stillingtagen til behandlingstilbud til en given patient.

Den landsdækkende elektroniske patientjournal udgør således også et element i det telemedicinske fjernmonitoreringstilbud, idet den gør patientdata tilgængelige for ansatte uanset patientens og den ansattes fysiske placering.

Telemedicin er det bærende redskab, når specialister fra SDCG skal tilbyde behandling og kompetenceudvikling til henholdsvis patienter og ansatte. Telemedicin er derfor et helt afgørende redskab og på flere områder en forudsætning for at opnå SDCG's visioner og målsætninger samt at udvikle og implementere de konkrete nye indsatser.

SDCG's indsats inden for telemedicin vil derfor gå på tværs af centrets øvrige aktiviteter og være en helt grundlæggende forudsætning for at kunne styrke behandlingstilbud, patientuddannelse, kompetenceudvikling samt den datadrevne kvalitetsudvikling i hele landet.

7.1 Nuværende telemedicinske tilbud, muligheder og barrierer

Telemedicinske løsninger rummer potentialer til at understøtte brugerinddragelse, højere faglighed samt organisatorisk²² og patientoplevet kvalitet i det samlede diabetes- og livsstilstilbud uanset patientens bopæl.

Telemedicin benyttes i Sundhedsvæsenet i forskellig grad. Anvendelsesgraden er både geografisk, sygdoms- og personafhængig. Fx viser analyser, at der forholdsmæssigt foretages flere telemedicinske konsultationer i Region Avannaa fremfor i Region Kujataa. Tilsvarende er der forskellig grad af telemedicinsk anvendelse inden for sygdomsområderne. Telemedicin benyttes kun sparsomt i forhold til diagnostik, behandling og kontrol af patienter med diabetes, hypertension og KOL. Der tilbydes i begrænset omfang telemedicinske konsultationer og specialistrådgivning fra Livsstilsgruppen i Nuuk til regionerne.

Overordnet beskrivelse af Sundhedsvæsenets telemedicinske redskaber:

- » *Pipaluk*²³: Alle sundhedsenheder²⁴ er udstyret med en Pipaluk. Pipaluks hovedformål er at sikre et let tilgængeligt sundhedstilbud til beboere i mindre byer og i bygderne, men udstyret indebærer også mulighed for telemedicinsk kommunikation mellem sundhedsenhederne. Pipalukens styrke er, at softwaren er udviklet til benyttelse af ansatte med meget sparsom sundhedsfaglig uddannelse og begrænsede IT-kompetencer. Der er opbygget tjeklister i systemet, som bygdesundhedsarbejderen kan støtte sig til. Pipaluks software er desuden på både dansk og grønlandsk. Der ydes ikke længere service på softwaren, og dermed er udviklingen stoppet. Det fører til, at Pipaluk inden for en relativt kort årrække udfases. Sundhedsvæsenet har derfor behov for at implementere et nyt telemedicinsk redskab på alle sundhedsenheder, hvis den lige adgang til Sundhedsvæsenets ydelser og tilbud skal opretholdes, styrkes og videreudvikles.
- » *Videokonsultationer og -konferencer (aktuelt anvendes Skype for Business)*: Anvendes både mellem Sundhedsvæsenets enheder og mellem det Grønlandske Sundhedsvæsen og samarbejdspartner i Danmark.
- » *Teleoftalmologi*: Aktuelt anvendes OCT-scannings- og fundusfotoudstyr. Undersøgelserne foretages på ni lokaliteter i landet, og læsning af billeder foregår på øjenafdelingen på Rigshospitalet-Glostrup Hospital i samarbejde med Steno Diabetes Center Copenhagen.

- » *Telefon*: Sparring og vidensdeling mellem ansatte. Telefonkonsultationer med patienter.
- » *EPJ*: Der er en fælles elektronisk patientjournal (EPJ, Cosmic) for hele Sundhedsvæsenet. EPJ'en er tilgængelig på alle sundhedsenheder i Grønland inkl. bygdesundhedsstationerne. EPJ'en er en 'traditionel' journal, men rummer også et fælles bookingsystem og erstatter desuden det grønlandske landspatientregister, således at alle sundhedsdata registreres i og opsamles fra EPJ'en.

Der vurderes at være en stor gevinst ved at anvende telemedicin. Erfaringer fra Sundhedsvæsenet har vist, at brugen af telemedicinske tilbud indebærer, at serviceniveauet og kvaliteten af det sundhedsfaglige tilbud forbedres væsentligt. Forbedring af service omfatter eksempelvis, at borgeren har mulighed for at medtage pårørende til en konsultation, at borgere i mindre byer og bygder får en reel mulighed for at modtage Sundhedsvæsenets specialiserede ydelser tæt på egen bopæl, uden at skulle forlade bopælen for at modtage tilbuddet, og at en borger kan få tilbudt en specialistkonsultation, når sygdomstilstanden kræver det, således at patienten ikke skal afvente en tilrejsende specialist.

Telemedicinske tilbud er ressourcekrævende både ved udvikling af organisation og indsats, planlægning, gennemførelse og opfølgning på indsatserne, men det er væsentligt at have i betragtning, at rejseomkostningerne i forbindelse med konsultationerne til gengæld mindskes, og tidsforbruget for transport reduceres for både patienter og specialister. Øget anvendelse af telemedicin har derfor ikke påvist en besparelse, men en bedre anvendelse af de samlede ressourcer med højere kvalitet for den enkelte patient til følge.

Telemedicinske erfaringer fra Sundhedsvæsenet viser også, at en indsats baseret på telemedicin forudsætter vedvarende investering i en brugervenlig teknologi, undervisning og en velfungerende service af udstyr. Hyppige tekniske nedbrud og meget begrænset service uden for Nuuk gør desuden det nuværende udstyr usikkert i drift. Hertil kommer, at Pipaluks software ikke er integreret i Cosmic. Dette indebærer, at der reelt er to parallelle journalsystemer, hvor oplysninger kopieres fra Pipaluk over i Cosmic.

7.2 Samarbejde om en styrket telemedicinsk indsats

På baggrund af landets særlige geografi og infrastruktur er anvendelsen af telemedicin en helt afgørende forudsætning for at sikre, at alle borgere får lige adgang til de indsatser, der udvikles og tilbydes af centret. Dette gælder både for de indsatser, der ydes fra selve centret, men også for de indsatser, der understøttes af centret, men som i praksis ydes af sundhedspersonale i regionerne.

Sundhedsfagligt

Hvor den enkelte borger ikke kan komme fysisk til den enhed, hvor samtaler, undersøgelser og patientuddannelse finder sted,

skal videokonsultation suppleret med undersøgelser (BT-måling, lungefunktionsundersøgelse, laboratorieundersøgelser) sikre samme kvalitet i behandlingstilbuddet uanset bopæl. Anvendelse af telemedicinske redskaber giver mulighed for at understøtte det kliniske arbejde, uanset hvilke sundhedsenheder borgeren er tilknyttet.

Der vil være forskellige samarbejdsmodeller, bl.a. fordi der skal tages højde for de rekrutteringsforhold og de forskellige personalemæssige forudsætninger, der aktuelt er til stede i regionerne. Det vil være sandsynligt, at den sygeplejefaglige indsats kan fastholdes i alle regioner, mens det aktuelt ses, at den lægefaglige indsats og ressource varierer, hvorfor det for nogle regionernes vedkommende kan blive aktuelt, at den lægefaglige indsats over tid vil blive forankret i SDCG for at sikre den nødvendige faglige viden og kontinuitet.

Organisatorisk

En styrket anvendelse af telemedicin kræver et organisatorisk fokus på planlægningen, den praktiske gennemførelse af de telemedicinske konsultationer/undersøgelser samt opfølgning. SDCG's fokus på udvikling af arbejdsgangene skal ske i et samspil og tæt samarbejde med Sundhedsvæsenets telemedicinske konsulenter, det sundhedsfaglige personale og patienterne samt det øvrige Sundhedsvæsen.

Teknologisk

Der kræves et tæt samspil og samarbejde mellem medarbejdere i Sundhedsvæsenets IT-afdeling og brugerne af telemedicin, således at der sikres en kontinuerlig drift af den telemedicinske infrastruktur og teknologi uden langvarige nedbrud. Dette vil dels kræve udstyr, der kan serviceres gennem fjernbetjening, og dels kræve uddannelse af nøglepersoner, der kan udføre den mest basale IT-teknologiske service understøttet af medarbejdere i IT-afdelingen.

Principper for den telemedicinske indsats

Den telemedicinske indsats er knyttet sammen med centrets indsats inden for behandling og patientuddannelse, forskning, tværgående samarbejde og forebyggelse og kompetenceudvikling.

SDCG's telemedicinske indsats skal tage afsæt i og udvikles under hensyntagen til landets geografiske og kulturelle forhold samt et arktisk, oprindeligt befolkningsperspektiv. Den telemedicinske indsats skal desuden løftes af ansatte med mange forskellige kompetence-niveauer og skal derfor kunne favne og inddrage både specialisten i centret, bygdesundhedsarbejderen og specialisten fra udlandet.

SDCG's telemedicinske indsats skal være kendetegnet ved følgende principper:

- » Der skal være fokus på kontinuerlig og systematisk indsamling af resultater, som danner grundlag for udvikling og implementering af nye løsninger.
- » Der tages udgangspunkt i en forskningsbaseret tilgang til udvikling, anvendelse og dokumentation af telemedicinske indsatser.

²²Organisatorisk kvalitet omhandler bl.a. tilgængelighed, koordinering af patientforløb, ledelse og ressourceudnyttelse, se kap. 7 om kvalitet for uddybning.

²³Pipaluk er en computer, der rummer en særlig software udviklet i Alaska til benyttelse af personer med sparsom sundhedsfaglig uddannelse og begrænsede IT-kompetencer.

²⁴Sundhedsenheder, der betjener mere end 50 borgere.

- » Løsninger skal styrke et sammenhængende patientforløb af høj kvalitet på tværs af Sundhedsvæsenets organisatoriske enheder og sektorer.

Der skal være en systematisk inddragelse af brugerne: Patienter, pårørende og ansatte i udvikling, implementering og evaluering af telemedicinske løsninger, så de møder brugernes behov og kompetenceniveau bedst muligt (jf. afsnit 2.3).

7.3 Styrkelse af telemedicinske tiltag

I dette afsnit beskrives SDCG's initiativer inden for telemedicin. Beskrivelserne er dynamiske. I takt med den teknologiske udvikling, indsamling af patienterfaringer, udvikling af nye sundhedsfaglige tiltag og ny viden generelt om diabetes- og livsstilsområdet er forventningen, at oversigten over centrets telemedicinske initiativer vil blive udvidet eller indskrænket af centerledelsen efter forudgående dialog med SDCG's bestyrelse.

Rækkefølgen i beskrivelsen af initiativer er ikke retvisende for implementeringsrækkefølgen og -hastigheden. Implementeringsrækkefølgen vil til enhver tid være underlagt den økonomiske ramme og mulighederne for at kunne rekruttere de relevante kompetencer og ressourcer.

Telemedicinske initiativer:

- » Implementering af nyt telemedicinsk udstyr til alle sundhedsenheder.
- » Nyt point-of-care (POC) udstyr til diagnostik og kontrol i mindre byer og bygder.
- » Opgradering af øjenudstyr.
- » Etablere telemedicinske fodkonsultationer.
- » Etablere telemedicinsk diætistvejledning.
- » Udbredelse af udstyr til lungefunktionsundersøgelser.

Figur 7A: Eksempler på telemedicinske løsninger inden for diabetes- og livsstilsindsatsen

Patient – behandler

Løsninger, hvor patienten er den ene part og behandler den anden part. Der er altså altid to forskellige brugergrupper.



Eksempel: Videokonsultation ved specialist ved SDC

Behandler med patient – behandler

Løsninger, hvor det er to (eller flere) behandlere, der er ansvarlige for gennemførelsen af den telemedicinske dialog, og patienten er deltagende hos den ene part.



Eksempel: Telemedicinsk fodkonsultation ved specialist ved SDCG af patient i mindre by eller bygd

Behandler – behandler

Løsninger, hvor det er to (eller flere) behandlere, der er i dialog.



Eksempel: Specialistrådgivning og sparring, kan være i forhold til en konkret patientcase eller som kompetenceudvikling – kan både være mellem behandlere i Grønland og med behandler/specialist ved SDC Danmark

Patientdata – behandler

Løsninger, hvor der anvendes patientdata til beslutningsstøtte.



Eksempel: Monitorering af patienter/udvikling og analyser til forudsigelse og forebyggelse af senfølger

Patient – patientdata – behandler

Løsninger, hvor både patient og behandler leverer og anvender data.



Eksempel: e-konsultation

Implementering af nyt telemedicinsk udstyr til alle sundhedsenheder
Som en konsekvens af, at Pipaluk inden for en relativ kort årrække udfases, skal der implementeres nyt telemedicinsk udstyr på alle sundhedsenheder. Det skal understøtte, at Sundhedsvæsenets tilbud, herunder SDCG's tilbud, når ud til alle borgere også i de mindre byer og i bygderne. Det nye udstyr skal derfor understøtte anvendelse af: POC-analyseudstyr, OCT-scanner og fundus-fotoudstyr, at der kan laves fodundersøgelser med biothesiometri i mindre byer og i bygder, som superviseres fra SDCG, samt at der fortsat kan laves og sendes EKG og lungefunktionsundersøgelser mellem Sundhedsvæsenets enheder. Ønsket er, at det på sigt kan kobles med Sundhedsvæsenets EPJ.

Derudover skal hardware og software i det nye udstyr kunne benyttes af ansatte med sparsom sundhedsfaglig uddannelse og begrænsede IT-kompetencer. Softwaren skal være dobbeltsproget (grønlandsk og dansk), så alle ansatte kan benytte udstyret, og det nye udstyr skal have en enkel og overskuelig fysik og brugerflade.

Det nye udstyr skal ikke 'kun' understøtte implementering af SDCG's indsatser. Det nye udstyr skal erstatte Pipaluk og bliver derfor en af grundpillerne i den telemedicinske infrastruktur i Sundhedsvæsenet. Der skal derfor laves en grundig behovsafdækning for hele sundhedsområdet. Det skal afdækkes, hvad der er af teknologiske muligheder, før der træffes beslutning om indkøb af det nye udstyr.

Implementering af udstyret skal ske over en årrække. Centret skal sammen med udvalgte sundhedsenheder modelafprøve udstyret, før det implementeres i hele Sundhedsvæsenet.

Nyt point-of-care (POC)-udstyr til diagnostik og kontrol i mindre byer og bygder

For at styrke diagnostik og kontrolmulighederne, særligt i de mindre byer og bygder, skal der implementeres nyt POC-udstyr (jf. kapitel 3), som kan kobles på Sundhedsvæsenets laboratoriesystem. SDCG skal i samarbejde med øvrige relevante parter i Sundhedsvæsenet vurdere, hvor udstyret skal etableres, og understøtte implementeringen både ved kompetenceudvikling og teknisk support. Implementering af det nye udstyr skal ske trinvist og udrulles over en årrække.

Opgradering af øjenudstyr

For at sikre tilbud om øjenscreening til alle patienter med diabetes vil der i løbet af de kommende tre til syv år være behov for at udskifte det eksisterende udstyr samt vurdere, om udstyret skal udbredes til flere enheder, som eksempelvis sundhedscentre i Itoqqortoormiit, Qaanaaq, Nanortalik, Narssaq og Paamiut, hvor der umiddelbart vurderes at være patientgrundlag (jf. kapitel 3).

SDCG skal løbende vurdere behovet for udskiftning af udstyr og udbredelse af udstyr til yderligere matrikler og understøtte implementering heraf både ved at tilbyde kompetenceudvikling, løbende følge op på anvendelsen af udstyret (kvalitetssikring) og sammen med IT-afdelingen yde teknisk support.

Etablere telemedicinske fodkonsultationer

Screening for diabetiske senfølger i fødderne foretages uden for Nuuk af den ansvarlige livsstilsmedarbejder. Der tilbydes ikke fodterapeutisk assistance uden for Nuuk. Som et nyt initiativ skal SDCG tilbyde telemedicinske fodkonsultationer, fx ved at der sendes billeder af fødderne suppleret med informationer fra den biothesiometriske undersøgelse, eller der laves en live telemedicinsk fodkonsultation, hvor fodspecialist fra centret via kamera kan se patientens fødder (indsats kobles til den landsdækkende fodterapeutfunktion, der er beskrevet i kapitel 3). Implementering af initiativet kræver, at den eksisterende fodterapeutfunktion opgraderes med flere

ressourcer og bedre fysiske rammer. Initiativet vil derfor først blive etableret, når den nye SDCG-bygning er klar til ibrugtagning.

Etablere telemedicinsk vejledning ved diætist

Borgere med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme samt borgere med højrisiko for at udvikle en af sygdommene uden for Nuuk har i dag ikke adgang til diætistvejledning. SDCG skal som et nyt initiativ tilbyde telemedicinske konsultationer til borgere uden for Nuuk og kompetenceudvikling af livsstilsmedarbejdere i hele landet. Tilbuddet skal indledningsvis målrettes særlige risikogrupper.

Udbredelse af udstyr til lungefunktionsundersøgelser

Lungefunktionsundersøgelser (via spirometri) er tilkøbt Pipaluk. Ved indkøb af nyt udstyr, som erstatning for Pipaluk, skal der implementeres nyt spirometriudstyr. SDCG skal være drivkraften bag anskaffelser og implementering af udstyret, som forventes at skulle ske over en årrække.

Styrke anvendelsen af videokonferencer og e-konsultationer

SDCG skal styrke anvendelsen af videokonferencer og e-konsultationer²⁵. Både i forhold til patientnære tiltag og i relation til kompetenceudvikling. For at understøtte mulighederne for videokonsultationer skal der på centret, regionssygehusene og i de større sundhedscentre sikres mulighed for, at der kan afvikles telemedicinske konsultationer, patientuddannelse og kompetenceudvikling af mindre grupper. Telemedicinske konsultationer med to-tre deltagere vil oftest kunne afvikles via det eksisterende udstyr, men større fora, fx kompetenceudvikling med deltagelse af fem-seks personer, forudsætter særlige fysiske rammer med det rette udstyr.

²⁵E-konsultationer uddybes i afsnit 3.4.5.

8. Kvalitet

En central del af SDCG's virke er løbende udvikling, monitorering og sikring af kvaliteten af diabetes- og livsstilsindsatsen i hele landet.

I indsatsen tages der afsæt i de tre dimensioner, der ofte arbejdes med på sundhedsområdet:

- » Den patientoplevede kvalitet.
- » Den faglige kvalitet.
- » Den organisatoriske kvalitet, der bl.a. omhandler tilgængelighed, koordinering af patientforløb, ledelse og ressourcudnyttelse.

Alle tre dimensioner understøtter den overordnede vision for og ledelse af SDCG og skal integreres i de tiltag, der iværksættes som led i centrets aktiviteter.

Der arbejdes med begrebet kvalitetsudvikling som et samlebegreb for arbejdet med kvalitet i Sundhedsvæsenet. Begrebet betegner aktiviteter og metoder, som samlet har til formål systematisk og målrettet at forbedre kvaliteten af Sundhedsvæsenets ydelser²⁶. I denne sammenhæng ses monitorering og kvalitets sikring således som en del af begrebet kvalitetsudvikling, som derfor benyttes som en samlet betegnelse.

8.1 Nuværende kvalitetsudvikling og -indsatser

Sundhedsvæsenet arbejder løbende med kvalitetsudvikling og ved hjælp af forskellige tilgangsmåder.

På enhedsniveau indgår kvalitetsudvikling løbende som en integreret del af virket; herunder en proaktiv del, som eksempelvis omhandler kontinuerlig udvikling og implementering af behandling, og en reaktiv del, som eksempelvis omfatter indsats over for utilsigtede hændelser og fejl. På nogle enheder i Sundhedsvæsenet sker en ad hoc-monitorering af den kliniske aktivitet med hjælp fra IT & EPJ, ligesom der er udarbejdet kliniske retningslinjer for behandlingen.

Sundhedsledelsen har i januar 2018 nedsat en komité for patientsikkerhed. Komiteen analyserer i samarbejde med regions-/områdeledelserne udvalgte arbejdsgange med henblik på at reducere

utilsigtede hændelser. Patientklager omhandlende service behandles af Sundhedsledelsens sekretariat. Faglige klager håndteres af Landslægeembedet, der indsamler klagerne til sagsbehandling i det danske klagevæsen. I dette regi er det kun muligt at klage over enkeltpersoner og ikke systemer.

Sundhedstilstanden monitoreres i befolkningen på flere måder. Af særlig relevans for diabetes- og livsstilsområdet foretages en befolkningsundersøgelse, som tidligere beskrevet i kapitel 4.

Kvalitetsudvikling i LivsstilsGruppen

LivsstilsGruppen har de sidste ti år arbejdet struktureret med forbedring af kvalitet i diabetes- og livsstilsindsatsen. Med systematisk indsamling og formidling af data på basis af registreringer i den elektroniske patientjournal har dette bidraget med værdifuld viden om implementering af diabetes- og livsstilsindsatsen²⁷, og til en vis grad om effekterne heraf. Indsatsen har udbygget den eksisterende kvalitetsindsats i Sundhedsvæsenet og omfatter:

- » Udarbejdelse af kliniske retningslinjer for diabetes- og livsstilsindsatsen.
- » Løbende kompetenceudvikling af livsstilsambulatoriernes ansatte i form af kurser (jf. kapitel 6).
- » Løbende monitorering af diabetes- og livsstilsindsatsen; både i livsstilsambulatorierne og i relevante, tilgrænsende specialer vha. en særlig udviklet livsstilstabel.
- » Uddannelse af patienter i form af livsstilskonsultationer, formidlingsmateriale, livsstilscafeer m.m. (jf. kapitel 3).
- » Løbende justering og implementering af best practice på diabetes- og livsstilsområdet.

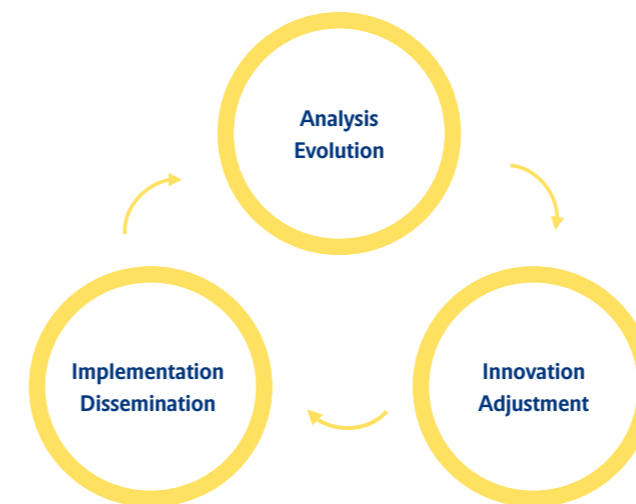
Metoder og modeller til forbedring af kvalitet

Forbedring af kvalitet forudsætter ændring af processer, således at de stabilt og ensartet producerer den kvalitet, der tilstræbes i patientbehandlingen. Til dette findes en lang række metoder og modeller.

LivsstilsGruppen anvender en tilpasset version af forbedringsmodellen²⁸ i kvalitetsarbejdet, jf. figur 8A. Det centrale greb i denne model er at betragte kvalitetsudvikling som en konstant cyklus, bestående af en række led: Analyse/evaluering, der fører til justeringer af eksisterende processer eller innovation af nye, efterfulgt af udbredelse eller

implementering. Den cirkulære proces fortsættes ved en evaluering eller analyse af den justerede/nye proces. Forbedringsmodellen bygger således på principper om kontinuert, handlingsorienteret læring, monitorering og evaluering. Der har været gode erfaringer med brugen af modellen i LivsstilsGruppen.

Figur 8A: Forbedringsmodellen for kvalitet



8.2 Samarbejde og nye indsatser

Kvalitetsarbejdet i SDCG tager afsæt i LivsstilsGruppens og livsstilsambulatoriernes eksisterende indsats samt i den indsats, der i forvejen er defineret i Sundhedsvæsenet. Det er forventningen, at SDCG skal drive udviklingen af høj behandlingskvalitet på diabetes- og livsstilsområdet, og at metoder og modeller til kvalitetsudvikling i regi af centret kan foreligge som inspiration for det øvrige Sundhedsvæsen.

SDCG har en særlig rolle i forhold til at udvikle, monitorere implementeringen og vedligeholde retningslinjer, kompetencer, virkemidler mv. og samarbejder således med alle niveauer af Sundhedsvæsenet.

I udviklingen af kvaliteten samarbejder SDCG med de enheder, der beskæftiger sig med forskellige dele af kvalitetsindsatsen; herunder Komiteen for Patientsikkerhed, IT & EPJ, Landslægeembedet, organisatoriske enheder i Sundhedsvæsenet, der også er knyttet til diabetes- og livsstilsindsatsen, kommuner, mfl. Diabetes- og livsstilsindsatsen rækker ind over forskellige specialer, organisatoriske enheder, og nye tiltag og retningslinjer skal derfor koordineres og afstemmes med eksisterende tiltag. Desuden bidrager enhederne med datamateriale til brug for analyse- og udviklingstiltag.

En anden relevant samarbejdspartner er Paarisa, der både arbejder med udvikling og implementering. Der etableres desuden samarbejder med de danske Steno Diabetes Centre til gensidig udveksling af erfaringer på kvalitetsområdet.

SDCG skal løbende monitorere aktivitet og klinisk aktivitet på diabetes- og livsstilsområdet med henblik på at identificere indsatsområder og god praksis. Brugen af kvantitative data til udviklingsarbejdet forudsætter høj kvalitet og kompletthed i forhold til journalføring og indrapportering. Et vigtigt led i denne indsats er at skabe forbedret dialog og forståelse hos det relevante personale (klinisk og administrativt) om indsamling og registrering af data. Fremmende herfor er nem dataregistrering samt hyppig og forståelig feedback, fx i form af handlingsorienterede og letforståelige rapporter om behandlingsresultater og -dækning.

Personalets observationer i dagligdagen, forslag til forbedringer samt dialogen med patienter og samarbejdspartnere anvendes til løbende at justere praksis. Patienttilbagemeldinger og observationer, eksempelvis fra sociale medier eller i dialogen med personalet, skaber ligeledes grundlag for ændringer og forbedringer.

Således er det relevant, at en central funktion hos SDCG løbende indsamler, kvalitetssikrer, analyserer og formidler data. Denne funktion er nært knyttet til forskningsindsatsen i centret. De definerede forskningsområder (jf. kapitel 4) for centret berører både den patientoplevede kvalitet (blandt andet vha. kvalitative analyser af livsstilssygdom, behandling og kultur), den faglige kvalitet (blandt andet vha. vidensbaseret understøttelse af retningslinjer, epidemiologiske undersøgelser af udviklingen i morbiditet, mortalitet og incidens) samt den organisatoriske kvalitet (blandt andet omhandlende sundhedsstjernetesteforskning; implementeringsforskning).

Fokusområder for SDCG's kvalitetsudviklingsindsats:

- » Videreudvikling og implementering af de kliniske retningslinjer, så de i højere grad favner den grønlandske kontekst, er baseret på nyeste og bedste forskningsbaserede viden på området, og er lettilgængelige for et skiftende personale.
- » Skabe et bedre datagrundlag for evaluering og udvikling af behandlingsmetoder; dels ved mere systematisk journalføring i regi af livsstilsambulatorierne med henblik på at skabe et mere komplet billede af den kliniske kvalitet. Og dels ved opsamling af kvalitative data, såsom patientklager, utilsigtede hændelser, løbende tilbagemeldinger fra patienter og ikke mindst fra personalet.
- » Styrke let forståelig og handlingsorienteret formidling af kvalitetsdata med henblik på at skabe dialog og engagement hos både personale og ledelser.

²⁶Sundhedsvæsenets kvalitets- og patientsikkerhedsbegreber & Metodehåndbog i kvalitetsudvikling og patientsikkerhed. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. 3. udgave, september 2018.

²⁷Pedersen, Michael Lyng, Diabetes in Greenland 2008-2017. A new model of diabetes care in Greenland based on continued monitoring, analysis and adjustment of initiatives taken.

²⁸Også benævnt PDSA-modellen og Gennembrudsmodellen.

9. Organisering og ledelse

9.1 Principper for styringsmodel

SDCG's styringsmodel fastlægges efter principper, der skal sikre optimale beslutningsmæssige rammer:

- » Naalakkersuisut (Grønlands Regering) ved Departementet for Sundhed er overordnet ansvarlig for SDCG. Styringsmodellen skal derfor være i overensstemmelse med Selvstyrets gældende politiske beslutninger og juridiske rammer.
- » Styringsmodellen skal sikre en integration af centret i Det Grønlandske Sundhedsvæsens organisation og et stærkt samarbejde mellem SDCG og de øvrige organisatoriske enheder i Sundhedsvæsenet. SDCG skal være en integreret del af Sundhedsvæsenet med et aftalt ansvarsområde, jf. denne drejebog.
- » Styringsmodellen skal sikre, at centret kan fungere synligt inden for diabetes- og livsstilsbehandling, -forskning, kompetenceudvikling og forebyggelse i tæt samspil med relevante samarbejdspartnere.
- » Styringsmodellen skal understøtte en handlekraftig ledelse med klart definerede mandater, beslutningsgange og beslutningskompetencer i forhold til Departementet for Sundhed, Novo Nordisk Fonden, SDCG, Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse samt SDCG's bestyrelse.

- » Styringsmodellen skal sikre og understøtte Styrelsen for Sundhed og Forebyggelses interesser og Novo Nordisk Fondens mulighed for at følge bevillingens udmøntning samt samarbejdet mellem de to parter.

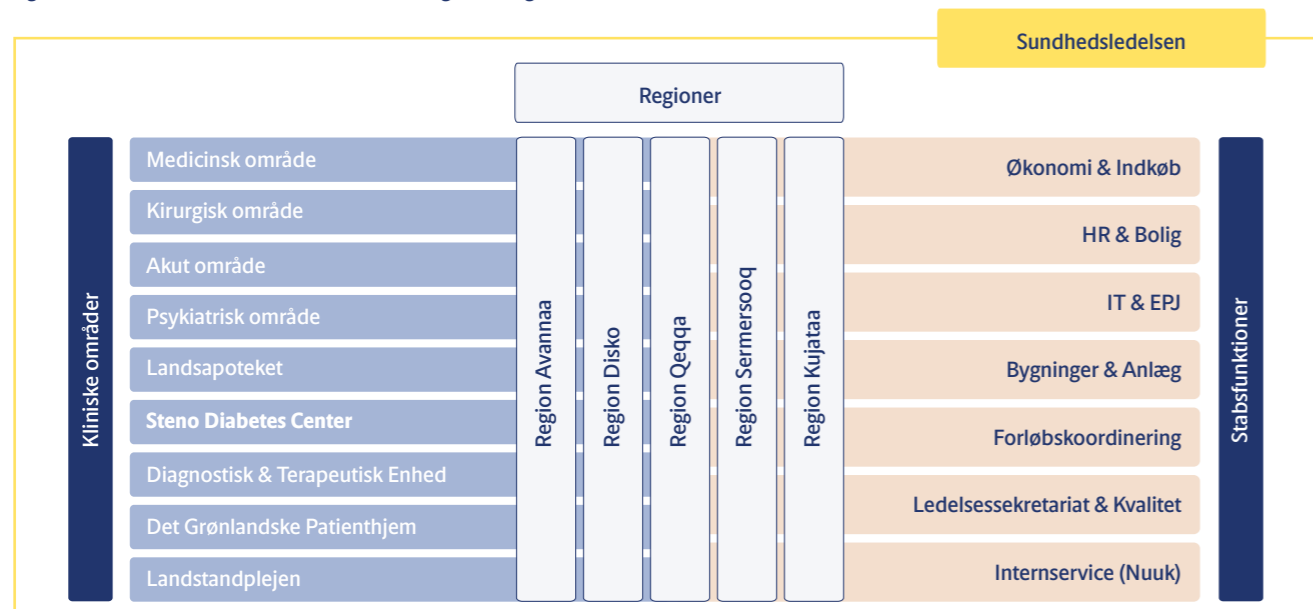
Som center skal SDCG indgå i Sundhedsvæsenet og herigennem indgå i et tæt samarbejde med Sundhedsvæsenets øvrige enheder og stabe. SDCG skal i tæt dialog med de relevante ledelser fastlægge opgavevaretagelsen og ansvarsfordelingen i forhold til de initiativer, der igangsættes for SDCG-midler, herunder veldefinerede driftsmæssige og administrative forhold.

9.2 Organisering

Centralt for organiseringen af SDCG er, at det er en integreret del af Sundhedsvæsenet, samtidig med at organiseringen understøtter en selvstændig enhed med referenceforhold til både Sundhedsledelsen og SDCG's bestyrelse. Figur 9A illustrerer SDCG's indplacering i Sundhedsvæsenet.

SDCG's interne organisering og stab
SDCG's ledelse består af en to-personers centerledelse, som er ansvarlige for alle SDCG's aktiviteter. Centerledelsen kan, i takt med at SDCG's aktiviteter igangsættes, uddelegere fagligt ansvar til ansatte.

Figur 9A: Det Grønlandske Sundhedsvæsens organisering



Centerledelsen understøttes af en stab med kompetencer inden for patientuddannelse, kompetenceudvikling, tværgående samarbejde og forebyggelse og udviklingsopgaver, herunder kvalitetsudvikling. Hertil kommer IT-telemedicinske kompetencer, som sammen med ansatte i IT & EPJ skal udvikle og understøtte SDCG's telemedicinske indsatser. Som en integreret del af SDCG's stab overflyttes LivsstilsGruppen til SDCG. LivsstilsGruppen kommer derved til at referere til SDCG's centerledelse. Centerledelsen sikres med bevillingen desuden ressourcer til at tilkøbe økonomiske og kommunikationsmæssige kompetencer til drift og udvikling af centrets og dets aktiviteter.

SDCG bistås af Sundhedsvæsenets stabsfunktioner på lige fod med Sundhedsvæsenets øvrige organisatoriske enheder.

Sundhedsvæsenet bidrager til behandlingsopgaver på SDCG. Der vil derfor være medarbejdere, som løfter SDCG-opgaver, men som er ansat andet sted i Sundhedsvæsenet. Ledelsesansvaret for disse medarbejdere er uændret hos den kliniske områdeledelse/regionsledelse, mens ansvaret for arbejdstilrettelæggelse ved arbejde for SDCG ligger hos centerledelsen.

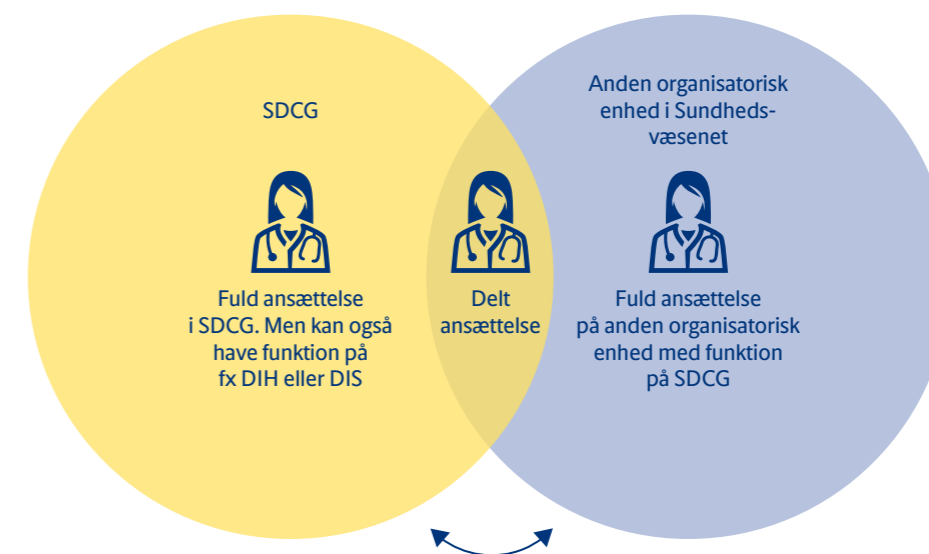
- » Afdelingslæger og overlæger uden vagt, som udelukkende eller primært varetager opgaver på SDCG, er ansat på SDCG.
- » Sygeplejersker eller andet sundhedspersonale, som udelukkende eller primært varetager opgaver på SDCG, er ansat på SDCG.

Organisering af forskningsområdet

Forskningsområdet i SDCG ledes af centerledelsen som har ansvaret for forskningsområdet i SDCG, herunder at sikre, at forskningen på SDCG – med respekt for forskningsfriheden – er i tråd med den overordnede strategi for centret, uanset hvorfra finansieringen kommer.

Centerledelsen er ansvarlig for at udvikle og realisere SDCG's forskningsstrategi, som beskrevet i denne drejebog (jf. kapitel 4). Centerledelsen skal facilitere udførelsen af og samarbejdet om forskning af høj kvalitet og sikre ressourcefordelingen i forhold til SDCG's forskningsbevilling. Det er ligeledes en væsentlig del af arbejdet, at der skabes sammenhæng mellem forskningsaktiviteterne og et samspil med de kliniske aktiviteter. Endelig er det afgørende, at SDCG's forskning bidrager til et værdifuldt samspil og samarbejde med forskningsmiljøer i og uden for Sundhedsvæsenet.

Figur 9B: Tre mulige ansættelsesforhold for klinisk personale tilknyttet SDCG



Principperne for ansættelse af det kliniske personale er:

- » At vagtbærende personale som hovedregel er ansat på Medicinsk Område eller Dronning Ingrid's Sundhedscenter. Dette gælder både sygeplejersker, afdelingslæger og overlæger.
- » Yngre læger i uddannelse er ansat på Medicinsk Område eller Dronning Ingrid's Sundhedscenter.
- » Afdelingslæger og overlæger, som primært har opgaver i Medicinsk Område eller Dronning Ingrid's Sundhedscenter, er ansat der.

Forskere ved SDCG er som udgangspunkt ansat i Sundhedsvæsenet. Nogle forskere i SDCG vil udelukkende arbejde på centret, dels i klinikken, dels med forskning. Andre forskere vil indgå i delestillinger mellem centret og et andet ansættelsessted. Heraf vil nogle, men ikke alle, have fast arbejdsplads på centret. Forskningsorganisationen i SDCG forventes at være dynamisk og under konstant udvikling – i takt med at nogle forskningsområder/projekter vokser, afsluttes eller nedjusteres.

Forskere kan repræsentere alle faggrupper, der er relevante for diabetes- og livsstilsindsatsen.

For selvstændigt at komme i betragtning til midler fra Novo Nordisk Fondens grundbevilling til forskning i SDCG skal en forsker indgå i SDCG's organisation og dermed høre under centerledelsens ledelse. Afvigelser herfra forudsætter forudgående godkendelse af SDCG's bestyrelse. Det indebærer, at projektet og forskeren underlægges de rammer og styringsmekanismer, der måtte udstikkes af centerledelsen. Det kunne fx være regelmæssige evalueringer, afrapporteringer, deltagelse i fælles aktiviteter på centret, koordinering mellem forskningsaktiviteter, mv. Det er en bærende præmis, at der i SDCG skal være et sammenhængende forskningsmiljø, hvor der lægges vægt på fysisk tilstedeværelse i centret.

Andre former for tilknytning til centret kan ske efter konkret aftale med SDCG's ledelse, fx at forskergrupper uden for SDCG får mulighed for at anvende overskudskapacitet af udstyr eller lokaler i SDCG-bygningen.

Det er ambitionen, at centret er åbent og indgår i forskningssamarbejder med det øvrige Sundhedsvæsen, Grønlands Universitet og andre forskningsinstitutioner både i og uden for landet.

Organisering af patientuddannelse og kompetenceudvikling
Uddannelses- og kompetenceudviklingsområdet går på tværs af kerneaktiviteterne i centret. Arbejdet med uddannelse og kompetenceudvikling kræver koordination og samarbejde. For at realisere dette skal der være en tæt dialog med det øvrige Sundhedsvæsen, uddannelsesinstitutioner i landet og kommuner for løbende at afdække behovet for uddannelse og kompetenceudvikling af både ansatte og patienter.

Organisering af tværgående samarbejde og forebyggelse
SDCG's aktiviteter inden for det tværgående samarbejde og forebyggelse skal til enhver tid understøtte retningslinjer og strategier fastlagt af Paarisa (jf. kapitel 5). Det skal sikres, at SDCG's aktiviteter indgår i et frugtbart samspil med Paarisas aktiviteter og koordineres hermed.

Organisering af kvalitetsudvikling
Centerledelsen er ansvarlig for at drive kvalitetsarbejdet internt på SDCG og samtidig understøtte og supplere kvalitetsarbejdet på diabetes- og livsstilsområdet i hele landet. Det er afgørende, at kvalitetsarbejdet på SDCG er tværgående og baseret på samarbejde mellem selvstyreneveuet og det kommunale niveau samt er en integreret del af den kliniske hverdag. Kvalitetsarbejdet skal derfor udføres af og med ansatte på SDCG i samarbejde med ansatte fra både de kliniske områder på Dronning Ingrid's Hospital og ansatte fra sundhedsregionerne. For at sikre den nødvendige koordination og erfaringsudveksling skal kvalitetsarbejdet ligeledes indgå i samarbejde med den øvrige kvalitetsorganisation i Sundhedsvæsenet.

9.3 Bestyrelse

Rammerne for bestyrelsens virke og sammensætning godkendes af Naalakkersuisut og Novo Nordisk Fondens bestyrelse ved godkendelse af denne drejebog.

Bestyrelsen arbejder på delegation fra Naalakkersuisut og ved etableringen af en bestyrelse for SDCG, indskrænkes Naalakkersuisut råderet ikke.

Bestyrelsen sammensættes med vægt på faglige og ledelsesmæssige kvalifikationer af repræsentanter fra Selvstyret, Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse samt Grønlands uddannelses- og forskningsmiljøer.

Skema 9C: Sammensætning af SDCG's bestyrelse

SDCG's bestyrelse består af otte medlemmer:	
Departementschef for Sundhed (formand)	
Styrelseschef, Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse	Faste medlemmer af bestyrelsen. Beskikkes via deres respektive hverv.
Cheflæge, Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse	
Repræsentant udpeget af Departementet for Sociale Anliggender og Justitsområdet	De øvrige fem medlemmer beskikkes som udgangspunkt for en fireårig periode og kan genudpeges.
Ledelsesrepræsentant fra regionspsygehusene uden for Nuuk (indstilles af regionsledelserne, udpeges af Sundhedsledelsen)	Ved udpegningen af medlemmer til bestyrelsen, skal det sikres, at der både er lægefaglig og sygeplejefaglig ekspertise i styregruppen.
Ledelsesrepræsentant fra områderne på Dronning Ingrid's Hospital (indstilles af områdeledelserne, udpeges af Sundhedsledelsen)	
Repræsentant udpeget af Center for Sundhedsforskning ved Ilisimatusarfik	Der kan ikke udpeges medlemmer til bestyrelsen, som samtidig har SDCG som det primære arbejdsområde.
Repræsentant udpeget af Novo Nordisk Fonden	

Bestyrelsesmedlemmerne skal gennem deres respektive kompetencer kunne bidrage til SDCG's udvikling. Indstilling af medlemmer til bestyrelsen skal følge den til enhver tid gældende lovgivning herom i Grønland, fx om kønsfordeling. Bestyrelsens medlemmer modtager ikke honorar.

Bestyrelsesmøder og procedure

Ordinære bestyrelsesmøder afholdes fire gange årligt, når formanden indkalder til møde. De forventede dagsordenspunkter for ordinære møder er godkendelse af strategier, årsrapporter og handleplaner samt udmøntning af økonomi til centrets indsatsområder som eksempelvis konkrete indsatser og forskningsprojekter, centerledelsens beretning, gennemgang af aktiviteterne inden for SDCG's indsatsområder, økonomiopfølgning, mv. Dagsorden forberedes af centerledelsen i tæt samarbejde med sundhedsledelsen og formanden. Formanden godkender formelt dagsordenen. Bestyrelsen træffer beslutninger med simpelt flertal og er beslutningsdygtig, når mindst fem medlemmer er til stede. Ved stemmelighed er formandens stemme afgørende. Det tilstræbes, at bestyrelsens beslutninger træffes i enighed.

Ekstraordinære bestyrelsesmøder indkaldes med et varsel på mindst én uge, og formalia følger i øvrigt de ordinære bestyrelsesmøders.

I tillæg til de faste dagsordenspunkter for de ordinære bestyrelsesmøder vil bestyrelsen kunne sætte andre punkter på agendaen i det omfang, de skønner, der er behov for det. Dette gælder blandt andet rådgivning om samarbejdsaftaler, udvikling og konkretisering af strategier inden for rammerne af drejebogen, nedsættelse af udvalg mv.

Bestyrelsen vedtager egen forretningsorden, der kan omhandle afholdelse af møder, årshjul for emner til dagsorden for de ordinære møder, ledelsen af centret, regler for suppleantdeltagelse og indkaldelse af bestyrelsesmøder samt udarbejdelse af forretningsprotokol.

Formanden har ansvaret for at afholde bestyrelsesmøder og give bestyrelsen det bedst mulige grundlag at træffe beslutninger på. Der er ingen næstformand for bestyrelsen. Til bestyrelsens møder deltager centerledelsen som delegeret, og det er centerledelsen og dennes stab, der varetager sekretariatsbetjeningen af bestyrelsen.

På grund af de særlige geografiske forhold vil bestyrelsens møder ofte blive afviklet som videomøde. Det lægges dog til grund for bestyrelsesarbejdet, at der er to møder årligt, hvor bestyrelsen mødes fysisk i Nuuk.

9.4 Centerledelse

SDCG ledes af en centerledelse, som refererer til SDCG's bestyrelse samt til Sundhedsledelsen. For så vidt angår overordnede strategiske forhold angående centret og Novo Nordisk Fondens bevilling, refererer centerledelsen til SDCG's bestyrelse. For så vidt angår forhold, der omfatter centrets daglige relation til relevante områder i det øvrige Sundhedsvæsen, refererer centerledelsen til Sundhedsledelsen. Den daglige ledelse af SDCG varetages derfor af centerledelsen, som har det daglige og ledelsesmæssige ansvar for SDCG. Centerledelsen har ansvaret for at udføre bestyrelsens beslutninger samt fremlægge sager for bestyrelsen.

Centerledelsen består i udgangspunktet af to personer, som kompetence- og erfaringsmæssigt supplerer hinanden. De kompetencer og erfaringer, centerledelsen skal repræsentere, er:

- » Indsigt i og forståelse for Sundhedsvæsenet.
- » Indsigt i og gerne klinisk og/eller forskningsmæssig erfaring i relation til diabetes, KOL og hypertension.
- » Erfaring med store udviklings- og implementeringsopgaver inden for sundhedsområdet.
- » Gode samarbejdsevner og evnen til at skabe samarbejde på tværs af organisatoriske grænser og faggrupper.
- » Sundhedsfaglig baggrund.
- » Ledelseserfaring, driftserfaring og økonomisk forståelse.

Centerledelsens ansvarsområder fordeles mellem de to personer af SDCG's bestyrelse. De to personer i centerledelsen er ligestillede og skal agere og fremstå som én samlet ledelse. Hvis der opstår uenighed om overordnede strategiske forhold angående centret og Novo Nordisk Fondens bevilling, rejses dette over for SDCG's bestyrelse, som træffer beslutning herom. Hvis der opstår uenighed om forhold, der omfatter centrets daglige relation til relevante områder i det øvrige Sundhedsvæsen, træffer sundhedsledelsen beslutning herom.

SDCG's bestyrelse træffer beslutning om centerledelsens titler, som fastlægges under hensyntagen til de opgaver og ansvarsområder, de enkelte får.

SDCG's bestyrelse indstiller centerledelsen til ansættelse, som formelt ansættes i Sundhedsvæsenet. En enig SDCG-bestyrelse kan også træffe beslutning om at ændre centerledelsesstrukturen, således, at centerledelsen består af fx en person.

Centerledelsen har en udførende rolle og vil således være ansvarlig for udmøntningen af SDCG's overordnede strategi, som fastlægges af bestyrelsen. Centerledelsen giver input til bestyrelsen i forhold til strategi og økonomiske beslutninger. Centerledelsen har det operationelle ansvar for SDCG's aktiviteter og således for udførelse af aktiviteter, samarbejdsaftaler, personaleansvar samt øvrigt ledelsesansvar. Centerledelsen kan, i takt med at centret etableres, og aktiviteterne udvikles og udvides, uddelegere ledelsesansvar.

SDCG's centerledelse er endvidere ansvarlig for den kliniske ledelse af centret, herunder behandling og kvalitet, dag-til-dag-samarbejde og mindre justeringer af løbende aftaler om behandling mellem SDCG og Sundhedsvæsenets øvrige enheder.

Alt personale ansat på SDCG, herunder centerledelsen, er ansat i Sundhedsvæsenet i henhold til gældende overenskomster. Centerledelsen vil være på niveau med fx stabsledere og områdeledelser. Personalet på SDCG er underlagt Sundhedsvæsenets personalepolitikker, retningslinjer for arbejdsmiljø, mv.

SDCG's personale indgår i Sundhedsvæsenets øvrige MED-struktur.

9.5 Udvalg og netværk

I forbindelse med opstarten af SDCG vil der ikke blive etableret faste udvalg eller netværk. Fokus vil være på at opbygge SDCG's organisation samt på at igangsætte og drive de første supplerende aktiviteter.

For at understøtte SDCG's arbejde kan bestyrelsen eller centerledelsen efter centrets opstart beslutte at etablere faste eller ad hoc-baserede udvalg, netværk, mv. Udvalg og netværk, som i så fald skal fungere som sparringspart for centerledelsen og bestyrelsen ved udarbejdelse af strategier, handleplaner, konkrete indsatser og forskningsområder. Dette sker for at sikre et tæt samarbejde på tværs af organisationer og mellem centret, borgere og familier om at udvikle både SDCG og den samlede diabetes- og livsstilsindsats i Grønland. Det kan eksempelvis

være rådgivende udvalg/netværk for patienter og pårørende, rådgivende forskningsudvalg/netværk, rådgivende udvalg/netværk om kompetence-udvikling og uddannelse og/eller rådgivende medarbejderudvalg/-netværk. En række andre aktører er ligeledes vigtige at sikre tæt dialog, sparring og netværk med. Her tænkes fx på dagligvarekæden Pilersuisoq (i byerne benævnt Brugseni og Pisiffik) og Fisker- og fangerorganisatio-nen KNAPK.

Steno DK

Etablering af de fem danske Steno Diabetes Centre har skabt en unik mulighed for vidensdeling og samarbejde om udvikling af sundhedsfag- lige og videnskabelige aktiviteter inden for diabetesområdet i Danmark. For at understøtte vidensdeling og samarbejde og for at skabe synlighed om at formidle de fem centres aktiviteter og resultater har Novo Nordisk Fonden etableret netværksorganisationen Steno DK²⁹. I regi af Steno DK arrangeres en række netværksaktiviteter, herunder symposier, emneba- serede erfa-grupper, workshops og studieture.

SDCG inviteres også med i Steno DK-netværket, således at SDCG på lige fod med de øvrige SDC'er kan blive en del af både de eksisterende og kommende vidensdelingsaktiviteter og samarbejdsrelationer. SDCG's centerledelse skal løbende, og i dialog med både SDCG's bestyrelse og Steno DK-netværket, vurdere, hvilke aktiviteter det er relevant for SDCG at deltage i.

9.6 Overordnede ansvarsområder

SDCG's bestyrelse varetager det overordnede strategiske arbejde samt udmøntningen af bevillingen. Bestyrelsen har til opgave at sikre, at SDCG lever op til de overordnede målsætninger og økonomiske rammer, som Selvstyret og Novo Nordisk Fonden har fastsat gennem betingelserne i bevillingsaftalen. Centerledelsen er den udførende part.

Strategi og afrapportering

Bestyrelsen fastlægger strategier, målsætninger og handleplaner med udgangspunkt i denne drejebog og bevillingsaftalen. Strategiernes og handleplanernes varighed følger de fastlagte perioder af tre til tre et halvt år (jf. kapitel 12).

Strategierne og handleplanerne omhandler de overordnede spørgsmål for SDCG for den pågældende periode, herunder:

- » Strategiske spørgsmål, herunder centrets overordnede målsætninger samt fokus for supplerende aktiviteter.
- » Økonomiske spørgsmål, herunder økonomiske rammer (bevilling og budget) samt ressourceallokering i forhold til fx patientbehandling og personale.
- » Justering af strategien i takt med, at initiativernes effekt dokumenteres.

Ved udarbejdelsen af strategier og handleplaner skal der tilrettelægges en proces, der inddrager relevante parter.

Endvidere vedtager bestyrelsen årligt og efter indstilling fra centerledel- sen en handleplan for det kommende år.

Bestyrelsen skal rapportere status på bevillingsaftalens rammer til både Novo Nordisk Fonden og til Departementet for Sundhed, som beskrevet i kapitel 12, ligesom der rapporteres på realisering af strategierne på et overordnet niveau. Der udarbejdes en årsrapport, som forelægges henholdsvis Departementet for Sundhed og Novo Nordisk Fonden, med fokus på handleplaner, strategier og målopfølgelse.

Budget

Bestyrelsen er overordnet ansvarlig for det samlede budget og skal derfor påse og understøtte budgetoverholdelsen. Centerledelsen er over for bestyrelsen ansvarlig for opfølgning, overholdelse, budgetlægning, mv. for det samlede budget og samarbejder med Sundhedsvæsenets økonomifunktion om den løbende økonomiopfølgning for SDCG's budget. I forhold til standardaktiviteten, som finansieres af Selvstyret, er centerledelsen tillige ansvarlig over for Sundhedsledelsen.

Centerledelsen har ansvaret for løbende opfølgning på budgettet efter samme plan som resten af Sundhedsvæsenet, og bestyrelsen forelægges på bestyrelsesmøder opfølgninger på centrets samlede aktivitet og økonomi. Centerledelsen er forpligtet til at påtale afvigelser fra budgettet og iværksætte eventuelle justeringer til at afhjælpe dem for at sikre budgetoverholdelse.

Regnskabet udarbejdes ligesom budgettet med en særskilt beskrivelse af henholdsvis den fondsfinansierede og den Selvstyrefinansierede del. Regnskabet udarbejdes med en selvstændig revisionsrapport.

Udarbejdelse af budget

Centerledelsen udarbejder budgetforslag til standardbehandlingen inden for de gældende budgetprincipper og økonomiske rammer i Sundhedsvæsenet og i Selvstyret.

Centerledelsen udarbejder budgetforslag for den supplerende aktivitet inden for rammen af bevillingsaftalen mellem Selvstyret og Novo Nordisk Fonden.

Centerledelsen udarbejder det samlede budgetforslag med en adskil- lelse af henholdsvis den supplerende aktivitet og standardaktiviteten for det kommende år og for de tre følgende år (overslagsår). Budgetforslaget indstilles til godkendelse af bestyrelsen hvert år i fjerde kvartal.

Aktiviteter

Departementet for Sundhed har det endelige ansvar for aktiviteterne i regi af SDCG, herunder både supplerende aktiviteter (finansieret af Novo Nordisk Fonden) og standardaktiviteter (finansieret af Selvstyret).

SDCG's bestyrelse og ledelse har ansvaret for at sikre, at centret leverer behandling af høj faglig kvalitet, og at centret efterlever landsdæk- kende krav til og mål for diabetes- og livsstilsbehandlingen, herunder kvalitetskrav.

Så vidt muligt foretages monitoreringen af centrets aktiviteter i regi af de etablerede monitorerings- og opfølgningssystemer i Sundheds- væsenet. I opfølgning på patientklager følges Sundhedsvæsenets arbejdsgange, idet Sundhedsledelsen har det overordnede ansvar for patientsikkerheden på SDCG.

I kliniske og driftsmæssige sammenhænge, der kræver en umiddelbar ledelsesmæssig handling, vil Sundhedsledelsen efter eget skøn kunne agere over for centret. I sådanne situationer vil bestyrelsen efterfølgen- de blive orienteret om den ledelsesmæssige ageren over for SDCG.

9.7 Driftsansvar

Sundhedsledelsen har det overordnede ansvar for den samlede patientbehandling, der foregår på SDCG. SDCG indgår som en del af Sundhedsvæsenet og indgår derfor i et tæt og smidigt samarbejde med de øvrige ledelser i Sundhedsvæsenet.

Det er som udgangspunkt centerledelsen, der er ansvarlig for SDCG's daglige og operationelle forhold, herunder driften af aktivitetsområderne, forholdene for patienter på SDCG, personaleforhold, osv.

Ved at SDCG etableres som en integreret del af Sundhedsvæsenet, sikres SDCG smidig, driftssikker og effektiv støtte fra relevante driftsfunktioner, der blandt andet omfatter tekniske forsyninger, rengøring og vedligehold samt mere specialiserede funktioner såsom HR-betjening, IT-betjening, økonomi- og regnskabsbetjening, mv.

Det samme gør sig gældende for SDCG's samarbejde med Sundheds- væsenets kliniske funktioner både i og uden for Nuuk. I behandlingen af diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme er der snitflader til en række specialer, særligt på det medicinske område. Rammerne for aftaler, principielle spørgsmål om samarbejder samt dag-til-dag-samarbejder mellem SDCG og relevante kliniske funktioner drøftes og afklares mellem SDCG's centerledelse og de relevante område-/regionsledelser.

For at understøtte og skabe gode rammer for samarbejdet mellem SDCG og sundhedsregionerne afsættes der i den samlede driftsbevilling midler til ansættelse af ressourcer/kompetencer i sundhedsregionerne.

Ressourcerne til sundhedsregionerne skal understøtte:

- » at eksisterende tilbud udbredes i hele landet, samt at flere patienter med diabetes og livsstilrelaterede sygdomme modtager et behand- lingstilbud, som følger anbefalinger og vejledninger fra SDCG;
- » at de eksisterende samarbejdsrelationer om behandling, forskning, uddannelse og kompetenceudvikling, tværgående samarbejde og forebyggelse samt kvalitet styrkes og udvikles.

Det er de relevante regionsledelser, der har ansvaret for udmøntning af midlerne (og personaleansvaret for den/de medarbejdere, der helt eller delvist finansieres af midlerne). Der forventes en løbende dialog med SDCG's centerledelse og bestyrelse om anvendelsen af midlerne.

9.8 Servicemodel

En forudsætning for at sikre et veldrevet center, herunder en veldrevet bygning, er, at alle understøttende servicefunktioner varetages smidigt, velorganiseret og kompetent. SDCG er en integreret del af Sundheds- væsenet, og opgaver inden for drift, service og IT er derfor en naturlig del af Sundhedsvæsenets organisation og derfor fuldt integreret i Sundhedsvæsenets systemer. Centret kan derfor på lige fod med øvrige organisatoriske enheder trække på de tværgående servicefunktioner – bredt forstået som administrative, IT-mæssige og driftsmæssige services.

Ydelserne til SDCG leveres – med mindre andet er aftalt – i overens- stemmelse med de til enhver tid gældende standarder og retningslinjer i Sundhedsvæsenet, og SDCG har således samme trækningsret som øvrige organisatoriske enheder. SDCG får ud over de eksisterende funktioner og ressourcer på nogle områder tilført yderligere ressourcer og funktioner finansieret af fondsbevillingen.

9.8.1 Serviceområder og ansvarsfordeling

Med udgangspunkt i den aktuelle fordeling og varetagelse af serviceop- gaver i Sundhedsvæsenet beskriver tabel 9D, hvordan SDCG serviceres på de forskellige områder.

I tabellen (på s. 43)) er det desuden udspecificeret, hvor SDCG for fondsbevillingen får tilført yderligere ressourcer og funktioner for at kun- ne varetage funktionen som videns-, udviklings- og behandlingscenter for hele landet.

Som det fremgår af tabellen (på s. 43), følger finansieringsansvaret leveranceansvaret, med mindre andet aftales. Hertil kommer de generelle indirekte omkostninger, der er forbundet med fx et øget antal medarbejdere, som dækkes af Sundhedsvæsenet

²⁹Steno DK finansieres af en bevilling fra Novo Nordisk Fonden og sekretariatsbetjenes af Patient Care, Novo Nordisk Fonden.

Skema 9C: S sammensætning af SDCG's bestyrelse

Serviceområde / ansvar	Sundhedsvæsenet	SDCG
Bygning og vedligeholdelse herunder indvendig og udvendig vedligeholdelse, vedligeholdelse af tilknyttede udenomsfaciliteter, vedligehold og udskiftning af løst inventar såsom borde, stole, lamper etc.	SDCG betjenes på lige fod og efter sammen niveau som det øvrige Sundhedsvæsen.	Som supplement er der i bygningsbevillingen afsat et tilskud til udvendig og indvendig vedligeholdelse til den periode, driftsbevillingen dækker over.
Forsikring af bygning og medarbejdere.	SDCG-bygningen og medarbejdere forsikres efter samme principper og niveau som det øvrige Sundhedsvæsen.	
Forsyning og transport herunder indkøb af linned, personale- og evt. patienttøj, levering af el, vand og varme, koordinering og administration af indkøb, post, rengøring af mødefaciliteter, patienttransport for standardaktiviteten mv.	SDCG betjenes på lige fod med det øvrige Sundhedsvæsen.	Omkostninger til patienttransport, som er forbundet med implementering af en supplerende aktivitet, kan dækkes af driftsbevillingen.
Rengøring og affaldshåndtering Vare- og affaldslogistik herunder indkøb af forbrugsvarer, udstyr, møbler m.m.	SDCG betjenes på lige fod med det øvrige Sundhedsvæsen. Transport af varer og affald til/fra SDCG går gennem det centrale lagerstyrings- og affaldshåndteringssystem.	
Apparatur/udstyr, inkl. øvrigt udstyr såsom borde, stole, arbejdsstationer, mv. samt medicoteknisk udstyr*	SDCG betjenes på lige fod med det øvrige Sundhedsvæsen. Indkøbs- og medicoafdelingen anlægger en livscyklusbetragtning i anskaffelsen af medicoteknisk udstyr, hvor der foretages en samlet vurdering af udgifterne til drift og anskaffelse.	Bygningsbevillingen til SDCG omfatter aptering af SDCG-bygningen. I drifts-/bygningsbevillingen er afsat midler til indkøb af udstyr, som er en forudsætning for, at SDCG kan tilbyde supplerende aktiviteter. Finansieringsansvaret for serviceaftaler til udstyr følger den part, der har finansieret udstyret.
Telefoni/internet, inkl. udstyr til telefonisk kommunikation/telefoner, telemedicin, opdateringer, internetkapacitet, reparationer.	SDCG betjenes på lige fod med det øvrige Sundhedsvæsen.	I drifts-/bygningsbevillingen er afsat midler til indkøb af telemedicinsk udstyr til alle sundhedsenheder i landet. Der er desuden afsat midler til at styrke både den telemedicinske udviklings- og supportfunktion.
IT, herunder software og hardware	SDCG's ansatte betjenes på lige fod med ansatte i det øvrige Sundhedsvæsenet.	Ved behov for særlige softwarelicenser eller hardware til understøttelse af bevillingsstøttede aktiviteter finansieres dette af driftsbevillingen til SDCG.
Laboratorieprøver og funktioner, herunder apparatur, analyser og opbevaring.	SDCG betjenes på lige fod med det øvrige Sundhedsvæsen. Opbevaring af prøver både fra behandling og forskning følger de til enhver tid gældende retningslinjer i Sundhedsvæsenet.	Drifts-/bygningsbevillingen finansierer POC-udstyr til alle sundhedsenheder og apparatur til at kunne foretage standard laboratorieprøver i SDCG.
Ledelsesbetjening	SDCG betjenes på lige fod med det øvrige Sundhedsvæsen.	Ledelsesbetjening af centerledelsen og SDCG's bestyrelse
Forsknings- og kvalitetsudviklingsstøtte	SDCG betjenes på lige fod med det øvrige Sundhedsvæsen.	I driftsbevillingen er afsat midler til at styrke kvalitetsudviklingen og understøtte forskningsaktiviteter.
Budget og økonomi	SDCG betjenes på lige fod med det øvrige Sundhedsvæsen.	I driftsbevillingen er afsat midler til økonomistyringen og opfølgning.
HR, jura og kompetenceudvikling	SDCG betjenes på lige fod med det øvrige Sundhedsvæsen og er underlagt de samme rammer og lovgivning ift. overenskomster mv.	
Kommunikation, herunder pressehåndtering, opdatering af hjemmeside, nyhedsbrev, mv.	SDCG betjenes på lige fod med det øvrige Sundhedsvæsen.	I driftsbevillingen er afsat midler til kommunikation og formidling af SDCG's indsats og resultater.

*I tilfælde af fondsfinansieret indkøb af større medicoteknisk udstyr med store vedligeholdelsesudgifter og store genanskaffelsesomkostninger skal indkøb, vedligeholdelsesforpligtelsen og genanskaffelsesforpligtelsen drøftes og aftales særskilt i SDCG-bestyrelsen.

10. Fysiske rammer

10.1 Ambition for SDCG-byggeri

De rette fysiske rammer er en vigtig forudsætning for at kunne realisere visionen, målsætningerne og tiltagene beskrevet i denne drejebog. De fysiske rammer skal derfor dels afspejle fokus på patientens behov og understøtte dels samarbejde og videndeling på tværs mellem centrets patienter og ansatte, dels en tæt integration med resten af Sundhedsvæsenet.

SDCG-bygningen etableres efter principper, som blandt andet bygger på inspiration fra internationale hospitaler/diabetescentre, herunder de danske Steno Diabetes Centre, indhentet viden fra patientundersøgelser i udlandet samt erfaringer fra byggeri i Grønland. SDCG-bygningen skal derfor:

- » være et arkitektonisk afbalanceret bygningsanlæg, hvis helhed forener robust funktionalitet med stor fleksibilitet i samspil med den grønlandske natur, de arktiske vejrforhold, den grønlandske bygningsstil samt de omkringliggende bygninger;
- » understøtte et patientcentreret, tværfagligt og sammenhængende patientforløb og fremme interaktion og vidensdeling mellem brugerne af centret og mellem de ansatte;
- » fremstå indbydende, så alle føler sig velkomne – uanset om de opsøger centret som patient med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme, pårørende, ansat eller forsker;
- » understøtte en effektiv og optimal drift, der i videst mulig udstrækning tilgodeser ambulant behandling af borgere i alle aldre og alle helbredstilstande;
- » have faciliteter, der tilgodeser både patienter med diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme, pårørende og ansattes behov;
- » etableres, så der er let adgang for alle centrets brugere med offentlig transport og gode parkeringsforhold tæt på bygningen;
- » være en selvstændig bygning med egen indgang, der har en indbydende fremtoning og ikke-hospitalslignende fysiske rammer;
- » have trygge, let overskuelige fysiske rammer, der samtidig tillader en tæt samlet fysisk organisering af samtlige behandlingsaktiviteter.

10.2 SDCG-byggeri

Til at huse SDCG's aktiviteter i Nuuk og være omdrejningspunkt for SDCG's indsats skal der opføres en ny bygning i Nuuk, som placeres i umiddelbar nærhed af Dronning Ingrid's Hospital, samtidig med at den er fysisk adskilt fra hospitalet. Dette for at understrege et ikke-sygehuslignende miljø. En placering i umiddelbar nærhed af Dronning Ingrid's Hospital understøtter samarbejdet mellem centret, Dronning Ingrid's Sundhedscenter og de relevante afdelinger på Dronning Ingrid's Hospital.

Arkitektonisk skal SDCG-bygningens ydre have et imødekommende udseende, der fremhæver, illustrerer og præsenterer SDCG-bygningens identitet. Samtidig skal den udvendige arkitektur afstemmes med de overordnede linjer og materialevalg for byggeri i Grønland, men med mulighed for karaktergivende elementer, fx karnapper, fremskudte eller tilbagetrukne områder eller glaspazier.

SDCG-bygningen og det omkringliggende landskab/terræn skal understøtte et samspil mellem inde og ude. Landskab, bygning og infrastruktur skal opleves som sammenhængende og ét hele, hvor de enkelte elementer komplementerer hinanden. Der etableres derfor udendørsfaciliteter og anlæg som en integreret del af byggeriet.

SDCG-bygningen skal være et oplevelsessted, der ansporer til læring, bevægelse og trivsel, samtidig med at bygningen skal understøtte møder mellem mennesker og fremme interaktion og vidensudveksling. Bygningen skal invitere til og understøtte interaktion, socialt samvær og blødgøre grænserne mellem patienter, behandlere og forskere. Steder for møder mellem disse grupper skal tænkes ind i designprocessen.

Byggegrund

Det er en forudsætning for Novo Nordisk Fondens bevilling, at Selvstyret stiller en egnet, og af Novo Nordisk Fonden godkendt, byggegrund til rådighed, så byggeriet kan igangsættes i 2022.

Byggegrunden, hvor SDCG-bygningen etableres, udgør 3700 m². Heraf har SDCG-bygningen mulighed for et bygningsaftryk på op til 2000 m². Grunden er med direkte adgang til tilkørselsvejen til Dronning Ingrid's Hospital og dermed tæt på offentlig transport. Tilgængeligheden styrkes af, at der ved Dronning Ingrid's Hospital er gode tilkørselsforhold og parkeringspladser.

Billede 10A: Oversigtsbillede over SDCG-byggegrunden samt omkringliggende bygninger



- 1: Dronning Ingrid's Hospital
 2: Dronning Ingrid's Health Center
 3: Center for grundlæggende sundhedsuddannelser
 4: Byggegrund til SDCG-bygning

Plads- og facilitetsbehov

Med udgangspunkt i det estimerede patientantal for 2030, jf. tabel 1A, og de beskrevne aktiviteter i denne drejebog er arealet for SDCG-bygningen beregnet til cirka 2500 m² brutto³⁰.

Der er udarbejdet en foreløbig arealopgørelse over funktionsrum, der omfatter arealer til behandling, forskning, patientuddannelse og kompetenceudvikling, tværgående samarbejde, telemedicin, patient- og opholdsfaciliteter samt personalefaciliteter, herunder kontorpladser. Den foreløbige arealopgørelse omfatter også seks mindre lejligheder, så SDCG kan huse forskere og undervisere med funktion på centret samt patienter, der kommer tilrejsende til Nuuk, og som kortvarigt skal modtage en ydelse ved centret, der fordrer fysisk tilstedeværelse. Arealopgørelsen muliggør også, at Sundhedsvæsenet kan flytte IT & EPJ og Sundhedsplejen fra de nuværende fysiske rammer ind i SDCG-bygningen.

Tids- og procesplan for SDCG-byggeriet

Processen med at etablere SDCG-bygningen igangsættes umiddelbart efter, at bevillings- og bygningsaftalen er godkendt af både Naalakkersuisut og Novo Nordisk Fondens bestyrelse.

Bygningen forventes at være klar til ibrugtagning i 2024.

Tabel 10B: Tentativ tids- og procesplan for SDCG-byggeriet

År	2020				2021				2022				2023				2024			
	Kvartal				Kvartal				Kvartal				Kvartal				Kvartal			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Proces																				
Godkendelse af drejebog og juridisk aftalegrundlag																				
Udarbejdelse af byggeprogram, konkurrencebetingelser og arkitektkonkurrence																				
Konkurrenceafgørelse																				
Projektering og entrepriseudbud																				
Indgåelse af aftale med entreprenører																				
Byggeperiode																				
Anskaffelse af apparatur, inventar mv.																				
Indflytning/ibrugtagning																				

³⁰2500 m² brutto med B/N-faktor på 2,0, hvilket svarer til 1250 m² netto.

10.3 Organisation og ledelse af byggeriet

Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse er bygherre³¹ og forestår derfor på vegne af Naalakkersuisut den praktiske gennemførelse og er ansvarlig for gennemførelse af byggeprojektet, herunder at koordinere og styre byggeprojektets fremdrift, sikre sammenhæng i blandt andet finansiering, fysisk planlægning (byggeprogram, dispositionsforslag, projektforslag, mv.), udbud og gennemførelse af byggeriet samt at opførelsen af SDCG-bygningen realiseres i overensstemmelse med ambition og principper beskrevet i denne drejebog.

SDCG-bygningen ejes af Selvstyret.

Byggestyregruppe

Der nedsættes en byggestyregruppe for SDCG-bygningen. Byggestyregruppen skal i et samspil med Driftsafdelingen på Dronning Ingrid's Hospital og inden for rammerne af denne drejebog sikre byggeprojektets realisering, herunder kvalitet, fremdrift, økonomi og minimering af risici. Byggestyregruppen inddrages i en fast aftalt kadence i projektets fremdrift og forelægges resultater fra byggeprojektets vigtige faseskift: ideoplæg, byggeprogram, dispositionsforslag og projektforslag, arkitektkonkurrence inkl. bedømmelseskriterier for hovedprojekt, mv., med henblik på nærmere drøftelse og efterfølgende beslutning vedrørende hvorvidt projektet skal overgå til næste fase. Byggestyregruppen skal i tilknytning hertil i alle projektfaser træffe beslutning om projektændringer (change requests) og øvrige dispositioner i overensstemmelse med bestemmelserne i byggeaftalen. Byggestyregruppen refererer til Departementet for Sundhed.

Byggestyregruppen består af følgende medlemmer:

- » 1 repræsentant fra Sundhedsledelsen, Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse (formand)
- » 1 repræsentant udpeget af Departement for Sundhed
- » 1 repræsentant udpeget af Novo Nordisk Fonden
- » Centerchef for SDCG

Byggestyregruppen sekretariatsbetjenes af SDCG-projektsekretariat for byggeri. Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse og Novo Nordisk Fonden bemande sammen projektsekretariatet med de nødvendige kompetencer i forhold til realisering af formålet.

³¹Styrelsen for Sundhed og Forebyggelse skal som bygherre til enhver tid følge retningslinjer og paradigmer udarbejdet af Bygningsmyndigheden.

11. Finansiering

Det er en forudsætning for både Selvstyret og Novo Nordisk Fonden, at der er klart definerede og adskilte roller i forhold til finansieringen af SDCG's delelementer.

11.1 Finansieringsansvar

Selvstyret og Novo Nordisk Fonden finansierer i fællesskab SDCG. De overordnede principper for fordelingen af finansieringsansvaret er, at:

- » Selvstyret fastsætter budgettet for og finansierer uændret de aktiviteter, Selvstyret hidtil har finansieret inden for diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme (standardbehandling), forebyggelse, forskning og obligatorisk uddannelse af personale samt videreudviklingen heraf. Selvstyret finansierer ligeledes fortsat infrastrukturelle forhold såsom telemedicinsk og telefonisk kontakt, transport af patienter, samt biologiske prøver. Derudover bidrager Selvstyret med en grund tæt ved Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk, hvor SDCG-bygningen skal være.
- » Novo Nordisk Fonden finansierer de supplerende og udviklingsorienterede aktiviteter inden for de beskrevne rammer i denne

drejebog. Der bevilliges derfor en grundbevilling til behandling, forskning, tværgående samarbejde, forebyggelse, kompetenceudvikling og patientuddannelse, apparatur samt til ledelse, administration og indfasningsudgifter. I bevillingen er også afsat midler til særlige grønlandske forhold, som er knyttet til de supplerende, udviklingsorienterede aktiviteter. Særlige grønlandske forhold omfatter rejseudgifter til både patienter og personale, bohaveflytning, bidrag til husleje og tolke-/oversættelsesbistand³².

- » Novo Nordisk Fonden donerer en bevilling til finansiering af en ny bygning i Nuuk til at huse SDCG's aktiviteter, stab, mv. for at understøtte implementeringen af denne drejebogs visioner og mål.

Skema 11A beskriver de overordnede roller i finansieringen af SDCG og den styrkede diabetes- og livsstilsindsats.

Finansieringen af standardbehandlingen vil fortsat være underlagt de samme retningslinjer som de, der er gældende for al anden klinisk aktivitet i Sundhedsvæsenet.

Skema 11A: Roller og ansvar i finansieringen af den styrkede diabetes- og livsstilsindsats

	Selvstyret	Novo Nordisk Fonden
Behandling	Standardbehandling: Ambulant og stationær kontrol og behandling, inkl. medicin, kvalitetsudvikling og -sikring, m.m.	Grundbevilling til supplerende og udviklingsorienterede aktiviteter, herunder støtte til apparatur mv., registrering og databehandling, kvalitetsudvikling og -sikring samt særlige grønlandske forhold.
Forskning	Eksisterende forskningsaktivitet videreføres (tilknyttede forskere/driftsbudget) fra Grønlands Selvstyre.	Grundbevilling til konsolidering af diabetesforskningen samt nye forskningsprojekter/-grupper
Kompetenceudvikling, tværgående samarbejde, forebyggelsesindsatser og patientuddannelse	Obligatorisk uddannelse af Sundhedsvæsenets ansatte, herunder SDCG's personale. Eksisterende indsatser indenfor patientuddannelse, bl.a. Livsstilcaferne.	Grundbevilling, som muliggør etablering og drift af nye specifikke initiativer for at løfte kompetenceudvikling af ansatte og uddannelse af borgere/familier samt forebyggelsesinitiativer og tidlig opsporing. I grundbevillingen er reserveret midler til tværgående projekter jf. kapitel 5.
Telemedicinsk udstyr og apparatur, bl.a. POC-udstyr og øjenudstyr til screening	Eksisterende hardware/materiel, telemedicinske- og IT-ressourcer i Sundhedsvæsenet understøtter implementering og drift.	Bevilling til indkøb og implementering af state-of-the-art telemedicinsk udstyr i hele landet, inkl. udbredelse/udskiftning af øjenudstyr og POC-diagnostisk udstyr.

(forsættes næste side)

³²Midlerne afsat til de særlige grønlandske forhold følger de til enhver tid gældende retningslinjer i Sundhedsvæsenet.

Skema 11A: Roller og ansvar i finansieringen af den styrkede diabetes- og livsstilsindsats (fortsat)

	Selvstyret	Novo Nordisk Fonden
Bygningsomkostninger	Grundareal til etablering af SDCG-bygningen (inkl. tilslutning). Alle driftsomkostninger tilknyttet SDCG-bygningen (fraset vedligeholdelse af bygningen). Fysiske rammer i sundhedsregionerne til at styrke indsatsen inden for behandling, patientuddannelse, kompetenceudvikling, herunder telemedicinske tilbud, som beskrevet i denne drejebog.	Bygningsbevilling til opførelse og indretning af SDCG-bygningen, inkl. beløb til den endelige byggemodning af grunden. Bevilling til vedligeholdelse af bygningen i perioden fra den ibrugtages (forventeligt 2024 jf. kap. 10) til driftsbevillingens udløb den 30. juni 2030. Etablering af parkeringsmuligheder ved bygningen på terræn i overensstemmelse med gældende regler.
Ledelse og administration	Eksisterende ledelse og administrative støttefunktioner i Sundhedsvæsenet, fx kommunikation og HR.	Bevilling til administrative støttefunktioner til de nye aktiviteter tilknyttet SDCG, fx centerledelse, projektleder, økonomiske kompetencer, mv.
Indfasningsudgifter og ledelsespulje	Eksisterende bygningsmasse.	Bevilling, der muliggør etablering og opbygning af SDCG før SDCG-bygningen er klar til ibrugtagning (fx huslejudgifter). Bevilling til strategiske tiltag, der administreres af centerledelsen.

11.2 Finansieringsmodel

Finansieringsmodellen dækker de samlede omkostninger for SDCG fra 1. juli 2020 til 30. juni 2030 fordelt på to overordnede kategorier:

- » Driftsomkostninger der omfatter de løbende driftsomkostninger for SDCG og SDCG's aktiviteter.
- » Byggeriomkostninger i forbindelse med etableringen af en bygning i Nuuk til at huse SDCG. Udgifterne til byggeri vurderes til at falde i perioden 1. juli 2020 – medio 2024.

Novo Nordisk Fondens samlede bevilling til etablering og drift af SDCG har en varighed på 10 år med en indfasning af bevillingen over en periode på op til syv år. En eventuel forlængelse af bevillingen vil blive besluttet på baggrund af en evaluering, der gennemføres i 2029 (efter ni år), denne uddybes i kapitel 12. En forlængelse af bevillingen vil herefter have en varighed på fire år. Hvis bevillingen ikke forlænges efter udløbet af den initiale 10-årige bevilling, vil Selvstyret modtage en toårig udfasningsbevilling.

Driftsomkostninger

Når den nye bygning er etableret, og de planlagte aktiviteterne er implementeret, estimeres de årlige omkostninger for drift og udvikling at være på 28 mio. kr. Estimatet tager udgangspunkt i centrets ambition og tilgang samt et grundlag på cirka ca. 9.300 patienter i 2030 med diabetes og livstilrelaterede sygdomme i behandling årligt i hele landet.

Omkostningerne vil være fordelt på fem overordnede aktivitetsområder:

- » Behandling (supplerende aktiviteter) samt apparatur (bl.a. til telemedicin)
- » Forskning
- » Tværgående samarbejde, forebyggelse, kompetenceudvikling og patientuddannelse
- » Særlige grønlandske forhold
- » Ledelse, administration, strategiske tiltag og indfasningsudgifter.

Etablering af og opfølgning på supplerende aktiviteter og ansættelser

I forbindelse med bestyrelsens beslutning om at iværksætte en supplerende aktivitet og ansætte personale skal der udarbejdes stillingsbeskrivelser, der ud over at fastlægge funktionen tillige muliggør efterfølgende opfølgning og monitorering af indsatserne. De supplerende aktiviteter etableres som udgangspunkt med en indfasningsperiode og en fuldriftsperiode, hvor fuldriftsperioden i udgangspunktet er på tre år. SDCG's bestyrelse skal dog konkret vurdere projektperioderne ved igangsættelse af aktiviteter og kan beslutte at afvige herfra.

De supplerende aktiviteter på behandlingsområdet er et tillæg til og en forbedring af standardaktiviteten og kan have to formål:

- » at diabetes- og livsstilsindsatsen styrkes, ved at der udvikles og implementeres en række nye tilbud eller,
- » at de tilbud, som kun findes enkelte eller få steder i landet, udbredes og systematiseres.

De supplerende aktiviteter på behandlingsområdet, som har til formål at udvikle og implementere nye tilbud, har den fælles ambition, at de på sigt

Bygningsomkostninger og udgifter til interimisforanstaltninger

Til opførelsen af en bygning til at huse SDCG's aktiviteter knytter der sig en engangsinvestering, som omfatter opførelsen og indretningen af bygningen samt den tilhørende parkering. Derudover er der en række afledte udgifter, i forbindelse med at centrets aktiviteter skal drives fra midlertidige lokaler, indtil bygningen står klar til ibrugtagning. Novo Nordisk Fonden finansierer indretning af såvel bygningen som apparatur. Selvstyret stiller en byggegrund til rådighed. Det er en forudsætning for bevillingen, at grunden er klar til, at SDCG-byggeriet kan igangsættes inden udgangen af 2022.

Den økonomiske ramme til etablering af SDCG-bygningen er en fast bevilling. Gennemførelse af byggeriet og Novo Nordisk Fondens forpligtelse til at finansiere byggeriet forudsætter, at byggeriet til enhver tid kan tilpasses den økonomiske ramme.

Bygningen doneres til Selvstyret, og den må fra ibrugtagning og 30 år frem ikke anvendes til andre formål end drift af SDCG, medmindre Novo Nordisk Fonden giver samtykke hertil. Undtaget herfra er de lokaler, hvor IT & EPJ og Sundhedsplejen får til huse i bygningen svarende til 16-20 kontorpladser. Efter den 30-årige periode kan Selvstyret frit disponere over bygningen til andre formål.

Selvstyret bliver således ejer af bygningen og bygherre i byggeprojektets forløb. Efter opførelsen varetager Selvstyret al drift af bygningen. I forhold til vedligeholdelse er der i bevillingen til byggeri afsat en mindre pulje, som medfinansierer større vedligeholdelse af bygningen i bevillingsperioden³³.

Det er en udfordring for SDCG's kliniske aktiviteter, at bygningen først kan ibrugtages i 2024. Det vil i perioden indtil da være nødvendigt at tilvejebringe midlertidige fysiske rammer, der kan huse aktivitetsudvidelsen i interimisperioden. Dette rummes inden for den samlede driftsbevilling fra Novo Nordisk Fonden til etablering af SDCG.

11.3 Finansiell ledelsesmodel

SDCG er et selvstændigt bevillingsområde i Sundhedsvæsenets budget og indgår derfor administrativt i budgettet for Sundhedsvæsenet, der er ansvarlig for at udmelde budgetrammen for standardbudgettet. Budgetforslaget for SDCG udarbejdes med en særskilt beskrivelse af henholdsvis den fondsfinansierede og den af Selvstyret finansierede del af budgettet. Regnskabet udarbejdes på samme måde og med en selvstændig revisionsrapport, jf. afsnit 9.6.

Den fondsfinansierede del budgetteres i henhold til bevillingsaftalen mellem Selvstyret og Novo Nordisk Fonden. Den af Selvstyret finansierede del budgetteres i henhold til den proces og de retningslinjer, der årligt fastsættes af Selvstyret. Der kan ikke overføres beløb mellem de to områder.

SDCG's centerledelse udarbejder et samlet budgetforslag for det kommende år og de tre følgende år (overslagsår) til forelæggelse for SDCG's bestyrelse i Q3 med henblik på godkendelse. Bestyrelsen fremsender

herefter budgetforslaget via Sundhedsledelsen til Selvstyrets godkendelse. Hvis Sundhedsledelsen har bemærkninger eller ændringsforslag til SDCG's budgetforslag, forelægges disse for SDCG's bestyrelse med henblik på, at bestyrelsens eventuelle bemærkninger kan indgå i Selvstyrets behandling af det samlede budget. Efter den endelige budgetudmelding fra Selvstyret i Q4 afsluttes budgetlægningen for SDCG, og budgettet forelægges SDCG's bestyrelse til godkendelse i Q4.

SDCG kan overføre ikke-forbrugte beløb, der er modtaget fra Novo Nordisk Fonden i ét regnskabsår, til det følgende regnskabsår inden for den pågældende periode. Det overførte beløb kan kun anvendes inden for samme aktivitetsområde, som det var bevilget til. Et tilsvarende beløb modregnes i Novo Nordisk Fondens bevilling for det følgende år. SDCG's bestyrelse kan ansøge Novo Nordisk Fonden om genbevilling af modregnede beløb.

Derudover kan SDCG's bestyrelse, hvad angår de fondsfinansierede aktivitetsområder, beslutte at overføre op til 20 pct. af det årlige budget inden for hvert aktivitetsområde til et andet område (hvor det maksimalt må tilføre 50 pct. af budgettets størrelse), hvis dette vurderes at være en bedre udnyttelse af ressourcerne i det givne år. Større overførsler mellem de fondsfinansierede aktivitetsområder kræver Novo Nordisk Fondens bestyrelses godkendelse.

SDCG udarbejder økonomi- og aktivitetsopfølgning til brug for Sundhedsvæsenets fire årlige økonomi- og aktivitetsopfølgninger.

For SDCG's budget gælder de nationalt fastsatte bevillingsregler for Sundhedsvæsenet.

Tabel 11B: Estimerede driftsomkostninger for SDCG i 2025

Omkostningskategori	Årlige omkostninger	Årlige omkostninger, langsigtet finansiering
Behandling og patientuddannelse (standardaktiviteter)	4,5 mio. kr.	Grundbevilling til LivsstilsGruppen og Livsstilsambulatorierne i Sundhedsvæsenet. Finansieres af Selvstyret. Hertil kommer, at Dronning Ingrid Sundhedscenter bemandet et ambulatoriespor i livsstilsambulatoriet i Nuuk 3½ dag ugentligt, og at alle sundhedsregioner varetages diabetes- og livsstilsopgaver som beskrevet i skema 3A, kapitel 3. Finansieres af Selvstyret.
Behandling inkl. apparatur (supplerendeaktiviteter)	8,4 mio. kr.	Grundbevilling til supplerende og udviklingsorienterede aktiviteter. Herunder også udbredelse af tilbud til hele landet, der i dag kun findes på enkelte lokaliteter. I grundbevillingen er også økonomi til finansiering af apparatur (bl.a. nyt telemedicinsk udstyr og POC-udstyr)
Forskning	4,0 mio. kr.	Grundbevilling til forskning, der er dedikeret til forskere ved SDCG. Finansieres af bevillingen fra Novo Nordisk Fonden.
Tværgående samarbejde, forebyggelse, kompetenceudvikling og patientuddannelse	3,0 mio. kr.	Grundbevilling til projekter om tværgående samarbejde, forebyggelse og kompetenceudvikling. I grundbevillingen reserveres projektmidler til tværgående projekter. Finansieres af bevillingen fra Novo Nordisk Fonden.
Særlige grønlandske forhold	8,5 mio. kr.	Grundbevilling til udgifter relateret til særlige grønlandske forhold. Finansieres af bevillingen fra Novo Nordisk Fonden.
Ledelse, administration, strategiske tiltag og interimisudgifter	4,0 mio. kr.	Grundbevilling til ledelse, administration, strategiske tiltag og interimisudgifter i indfasningsperioden. Finansieres af bevillingen fra Novo Nordisk Fonden. En række af udgifterne til drift, it og service finansieres af Selvstyret jf. afsnit 9.8 om servicemodel.

Alle bevillingerne disponeres inden for drejebogens formålsbestemmelser. Det er SDCG's bestyrelse, der godkender initiativbeskrivelser og størrelsen af de enkelte bevillinger. Bevillingerne til aktivitetsområderne skal anvendes til at dække de nye supplerende udviklingsorienterede aktiviteter.

kan overgå til at være en integreret del af standardbehandlingen. Såfremt Selvstyret beslutter i aftaleperioden at overtage ansvaret for velafprøvede behandlingstilbud, kan de dermed frigjorte ressourcer disponeres til andre formål inden for SDCG.

12. Bevillingsaftale og -proces

Bevillingen til drift og byggeri er til enhver tid understøttet af en bevillingsaftale og en bygningsaftale, der er tiltrådt af både Naalakkersuisut og af Novo Nordisk Fondens bestyrelse.

Bevillingsaftalen indeholder betingelserne for SDCG's løbende brug af bevillingen – med reference til denne drejebog. Dette inkluderer de overordnede målsætninger og milepæle for bevillingsperioden samt væsentlige økonomiske og strategiske retningslinjer for centret.

I bevillingsaftalen er endvidere beskrevet en proces, der er knyttet til beslutninger, som træffes af Selvstyret, og som kan påvirke SDCG. Det kan fx være væsentlige ændringer af organiseringen i Sundhedsvæsenet eller en markant ændring af det økonomiske fundament for standardbehandlingen. I det omfang beslutningerne resulterer i ændringer af de betingelser, som Novo Nordisk Fondens bevillingsaftale bygger på, skal bevillingen revurderes via den proces, der er beskrevet i bevillingsaftalen.

Bygningsaftalen indeholder betingelser for etablering af en ny bygning i Nuuk til at huse SDCG med reference til denne drejebog. Aftalen inkluderer Selvstyrets og Novo Nordisk Fondens finansielle bidrag til byggeriet. I aftalen er endvidere beskrevet, at Selvstyret skal stille en egnet – og af Novo Nordisk Fonden godkendt – byggegrund til rådighed til SDCG-byggeriet, som kan ibrugtages inden udgangen af 2022.

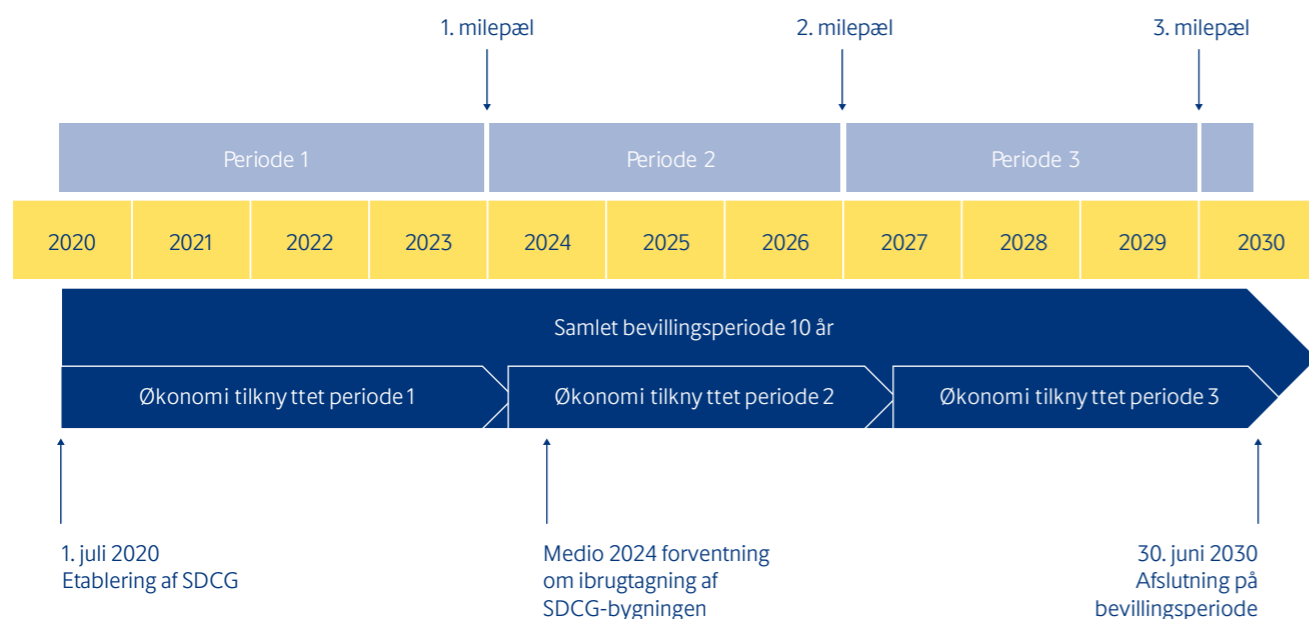
Bevillingsproces og -periode

Den samlede bevillingsperiode på 10 år er opdelt i tre perioder. For alle perioderne gælder, at det aftales mellem Selvstyret og Novo Nordisk Fonden, hvilke aktiviteter der skal implementeres, og hvilke milepæle der skal nås. Disse aftaler danner for hver periode grundlaget for den konkrete frigivelse af midler fra Novo Nordisk Fondens bevilling til Selvstyret. Opdeling af den samlede bevillingsperiode i tre kortere perioder gør det muligt løbende at tilpasse centrets aktiviteter og ressourcer til de faktiske forhold og muligheder i landet og i Sundhedsvæsenet.

Med en samlet bevillingsperiode på 10 år opnås en balance, hvori bevillingsperioden er lang nok til at kunne skabe resultater og give ro til udviklingen af centret og dets aktiviteter i både Nuuk og resten af landet, men hvor der samtidig er indlagt en opfølgingskadence forankret omkring de tre perioder og tilhørende milepæle, der giver mulighed for rettidig justering og tilpasning af aktiviteter, samt centrets strategiske og økonomiske retning.

Bevillingen fra Novo Nordisk Fonden: Novo Nordisk Fondens bevilling til driften af SDCG varer fra 1. juli 2020 frem til 31. juni 2030. Nærværende drejebog udgør grundlaget for bevillingsaftalen og det overordnede tilsagn fra Novo Nordisk Fonden om en 10-årig bevilling. Derudover indeholder drejebogen de strategiske og ressourceallokeringsmæssige

Tabel 12A: Oversigt over bevillingsperiode og milepæle



retningslinjer for SDCG i bevillingsperioden samt et sæt af målsætninger og milepæle, som centret skal leve op til. Med godkendelse af denne drejebog frigiver Novo Nordisk Fonden finansiering af SDCG's aktiviteter til periode 1. For at sikre centret en rimelig planlægningshorisont er økonomien, der knytter sig til de tre perioder, forskudt. Økonomien tilknyttet periode 1 gælder for perioden 1. juli 2020 til 31. marts 2024.

1. milepæl: I 2023 skal centerledelsen udarbejde en status for SDCG's aktiviteter og indsatsområder, som skal godkendes af SDCG's bestyrelse. Status gennemføres medio 2023, hvor centret til den tid har været operationelt i tre år og forventeligt står over for at planlægge indflytningen i den nye SDCG-bygning i 2024. Udover en status på gennemførte og implementerede aktiviteter ved både SDCG og i sundhedsregionerne indeholder status også en vurdering af centrets opstart og governancestruktur. Afsnit 12.1 indeholder en beskrivelse af de aktiviteter, der skal gennemføres ved SDCG og i sundhedsregionerne de første tre et halvt år i perioden frem mod milepæl 1.

Formålet med status ved milepæl 1 er at sikre et kvalificeret og opdateret grundlag for at vurdere og fastlægge centrets strategi og ressourceallokering for den næste periode, og som et væsentligt element kan der foretages nødvendige justeringer af centrets strategi og ressourceallokering for den kommende periode, fx i forhold til de supplerende behandlingsaktiviteter.

I forbindelse med, at der udarbejdes en statusrapport for den første periode, udarbejder centerledelsen også en plan for gennemførelse af aktiviteter og indsatsområder ved både SDCG og i sundhedsregionerne i periode 2. Aktiviteter og indsatsområder for periode 2 fastlægges på baggrund heraf af SDCG's bestyrelse og godkendes af Selvstyret og Novo Nordisk Fonden i fjerde kvartal 2023. Novo Nordisk Fonden frigiver på baggrund heraf finansiering af SDCG's aktiviteter. Økonomien tilknyttet periode 2 gælder for perioden 1. april 2024 til 31. marts 2027.

2. milepæl: Medio 2026 skal centerledelsen udarbejde en status på SDCG's aktiviteter og indsatsområder for den indeværende periode (periode 2), som skal godkendes af SDCG's bestyrelse. Status gennemføres i 2026, da centret til den tid forventes at være indflyttet i den nye SDCG-bygning og have haft et til to år til at etablere sig i denne samt udvikle og igangsætte nye aktiviteter både i og uden for Nuuk.

Formålet med denne status frem mod milepæl 2 er i lighed med status frem mod milepæl 1 at sikre et kvalificeret og opdateret grundlag for at vurdere og fastlægge centrets strategi og ressourceallokering for den næste periode. I forbindelse med, at centerledelsen udarbejder en statusrapport for den anden periode, udarbejder centerledelsen også en plan for gennemførelse af aktiviteter og indsatsområder ved både SDCG og i sundhedsregionerne for periode 3. Aktiviteter og indsatsområder for periode 3 fastlægges på baggrund heraf af SDCG's bestyrelse, og godkendes af Selvstyret og Novo Nordisk Fonden i fjerde kvartal 2026. Novo Nordisk Fonden frigiver på baggrund heraf finansiering af SDCG's aktiviteter. Økonomien tilknyttet periode 3 gælder for perioden 1. april 2027 til 31. juni 2030.

3. milepæl samt fuld evaluering mhp. vurdering af forlængelse af Novo Nordisk Fondens bevilling: I 2029 foranstalter Novo Nordisk Fonden en fuld evaluering af SDCG i samarbejde med et eksternt ekspertpanel, så resultatet foreligger ultimo 2029. Evalueringskriterierne bygger på drejebogens vision, målsætninger og succeskriterier og dermed på en vurdering af de aktiviteter, der er igangsat og implementeret i bevillingsperioden. Et særligt fokus for evalueringen vil være en opfølgning på den patientrettede indsats. Evalueringen skal gennemføres under hensyntagen til grønlandske forhold og muligheder.

Evalueringskriterierne indeholder derved vurderinger af blandt andet SDCG's effekt på behandlingskvalitet, de kliniske kvalitetsindikatorer (bl.a. forekomsten af senfølger, jf. bilag 1), forskningsresultater, en detaljeret status på hver af de overordnede aktivitetsområder, brugen af økonomiske midler, ledelsesmodellen, samarbejdet med sundhedsregionerne, områderne på Dronning Ingrid's Hospital og samarbejdsrelationer til eksterne parter.

Den fulde evaluering har til hovedformål at vurdere, hvorvidt Novo Nordisk Fondens bevilling skal forlænges eller udfases, og vil ligesom de løbende statusrapporter også give et fagligt grundlag for efterfølgende justeringer af centrets strategi og ressourceallokering. På baggrund af evalueringen foretages en tilpasning af den langsigtede strategi for SDCG for en mulig kommende bevillingsperiode.

Resultatet af evalueringen forelægges Naalakkersuisut og Novo Nordisk Fondens bestyrelse. Fondens bestyrelse beslutter efterfølgende og efter dialog med Naalakkersuisut, hvordan bevillingen skal forlænges. I forhold til forlængelsen af bevillingen er der to udfaldsrum:

- » Støtten forlænges med yderligere fire år (ud over det resterende halve år fra den tidligere bevilling); første forlængelse sker således frem til medio 2034.
- » Støtten forlænges ikke, og Novo Nordisk Fonden bevilger til udfasningen en mindre, toårig bevilling (ud over det resterende halve år fra den tidligere bevilling).

Ved begge udfald underrettes Naalakkersuisut om beslutningen og forelægges den nye bevillingsaftale til godkendelse. Forudsat at støtten forlænges, gennemføres evalueringer herefter hvert fjerde år efter samme metode. Når resultatet af de fulde evaluering foreligger, vil der altid være mindst 2½ års bevilling tilbage: et halvt år fra den tidligere bevilling og mindst to års bevilling til udfasning eller forlængelse.

Tabel 12B: Oversigt over planlagte evalueringer og rapporter

Status/rapportering	Tidspunkt	Ansvarlig	Modtager/godkender	Opfølgning	Omfang
1. milepæl 2. milepæl	2023 2026	SDCG's bestyrelse	NNF's bestyrelse/ Naalakkersuisut	SDCG's bestyrelse	Status for aktiviteter og indsatsområder (målopfølgelse/KPI, aktiviteter, patientvolumen, samarbejde med sundhedsregionerne). Ved 1. milepæl vurdering af centrets opstart. Vurdering af governancestruktur. Plan for gennemførelse af aktiviteter og indsatsområder ved både SDCG og i sundhedsregionerne i næste periode.
3. milepæl Fuld evaluering	2029 og evt. derefter hvert fjerde år	SDCG's bestyrelse NNF	NNF's bestyrelse/ Naalakkersuisut	NNF's bestyrelse/ Naalakkersuisut	Status for aktiviteter og indsatsområder (målopfølgelse/KPI, aktiviteter, patientvolumen, samarbejde med sundhedsregionerne). Vurdering af governancestruktur. Plan for gennemførelse af aktiviteter og indsatsområder ved både SDCG og i sundhedsregionerne i næste periode. Særlige fokusområder.
Supplerende analyser	Ad hoc	NNF	NNF/SDCG's bestyrelse	Afhængig af analysen	Opfyldelse af langsigtede målsætninger, økonomiske og samfundsmæssige effekter af NNF's bevilling etc.
Evaluering af projekter	Løbende	SDCG's ledelse	SDCG's bestyrelse	SDCG's bestyrelse	Effekt- og procesevaluering af projekter (udvalgte).
Årsrapportering og revisionsberetning	Q1 årligt	SDCG's ledelse	NNF/Naalakkersuisut	SDCG's bestyrelse	Handleplaner, opfyldelse af strategi og mål, regnskab for det forgangne år.

Udfoldelse af, hvilke kliniske kvalitetsindikatorer (KPI'er) der løbende følges op på, er beskrevet i kapitel 3 og uddybes i bilag 1. Ud over de nævnte i bilag 1 skal der i årsrapporteringen og slutevalueringen af rapporteres på en række supplerende indikatorer og de øvrige overordnede aktivitetsområder.

12.1 Milepæl 1 og prioriterede aktiviteter

Den første periode/milepæl er fra bevillingsstart (1. juli 2020) til 31. december 2023. I denne periode skal SDCG som minimum udvikle og implementere aktiviteterne beskrevet i dette afsnit.

Den økonomiske ramme for perioden svarer til ansættelse af 20 årsværk samt økonomi til drift af centrets aktiviteter. Ud af de 20 årsværk skal 15 årsværk udmøntes til ansættelse ved SDCG i Nuuk og fem årsværk udmøntes til ansættelser i sundhedsregionerne, som beskrevet nedenfor.

Ledelse, organisering og fysiske rammer

Umiddelbart efter, at bevillingsaftalen er underskrevet, vil bestyrelsen for SDCG blive udpeget, og centerledelsen ansat. Centerledelsen skal derefter som sin første opgave igangsætte processen med at besætte de relevante stillinger. Ansættelser skal ske under hensyntagen til de generelle rekrutterings- og ansættelsesmuligheder i Sundhedsvæsenet.

Indledningsvis er de vigtigste opgaver derfor at:

- » Etablere en organisation, herunder etablere SDCG-bestyrelsen samt overføre medarbejdere fra Livsstilgruppen³⁴ til SDCG.
- » Ansætte centerledelse, besætte de øvrige stillinger i organisationen samt indgå relevante samarbejdsaftaler med stabsfunktioner og kliniske områder i Sundhedsvæsenet. Kapacitetsopbygningen svarer til fire et halvt årsværk.

- » Indgå aftale om midlertidige fysiske rammer i Nuuk til at huse SDCG's stab og aktiviteter i indfasningen.
- » Etablere grundlaget for et budget for SDCG samt beskrive og aftale bevillingsmæssige og ansættelsesmæssige forhold med de samarbejdende parter.
- » Indtræde i Steno DK-netværket, som bl.a. omfatter deltagelse i Steno DK Koordinationsgruppen og i tværgående netværks- og udviklingsaktiviteter, hvor det fagligt er relevant.

Behandling og patientuddannelse

SDCG skal varetage den aktivitet, der i dag foregår i livsstilsambulatoriet i Dronning Ingrid Sundhedscenter. Indtil den nye SDCG-bygning er klar til ibrugtagning, skal aktiviteterne uændret varetages med base i Dronning Ingrid Sundhedscenter. De vigtige nye opgaver i relation til behandling og patientuddannelse er i perioden frem mod milepæl 1:

- » Styrke kontrollen af patienter med diabetes, KOL og hypertension i hele landet: Det særlige fokus bliver her på at opbygge kapaciteten på både SDCG og i fire sundhedsregioner. Udgangspunktet for opbygningen af kapaciteten i sundhedsregionerne er regionsygehusene i Ilulissat, Aasiaat, Sisimiut og Qaqortoq. Den samlede kapacitetsopbygning svarer til seks årsværk, heraf er to årsværk ved SDCG og fire årsværk ved sundhedsregionerne. Målet er, at der i 2023 er 7.600 patienter med diabetes, KOL og hypertension, der modtager behandling, jf. tabel 1A.
- » Sikre adgang til fodterapeut i hele landet: Ved SDCG skal ansættes en fodterapeut, der skal understøtte adgang til fodterapeut i hele landet bl.a. ved at rejse ud til regionsygehusene/større sundhedscentre samt tilbyde konsultationer telemedicinsk. Til at understøtte implementering af tilbuddet uden for Nuuk er der afsat ressourcer svarende til et halvt årsværk.
- » Styrke patient- og pårørendeuddannelsen: SDCG skal i samarbejde med livsstilsambulatorierne uden for Nuuk udvikle et uddannelsesstilbud til patienter og pårørende, der er målrettet diabetes og livsstilsrelaterede sygdomme. Uddannelsesstilbuddet skal udvikles i en grønlandsk kontekst samt have potentiale til at blive udbredt til hele landet. Tilbuddet skal derfor kunne tilpasses de særlige muligheder og begrænsninger, der er i henholdsvis by og bygd. I perioden frem mod milepæl 1 skal udvalgte af tilbuddet igangsættes, således at det etableres ved SDCG og de fire regionsygehuse i Ilulissat, Aasiaat, Sisimiut og Qaqortoq, og der skal gennemføres to-tre pilotprojekter i mindre byer og bygder, så det sikres, at uddannelsesstilbuddet kan implementeres i hele landet. Til at udvikle tilbuddet og bistå med implementeringen (undervisning) er der afsat et årsværk ved SDCG.

For at sikre et tilstrækkeligt planlægningsgrundlag for implementering af større aktiviteter i den kommende periode skal SDCG desuden, i tæt dialog med regionerne, vurdere, hvor der hensigtsmæssigt

placeres fundus-fotoudstyr og OCT-scannere, samt om der er eksisterende udstyr, der kræver udskiftning.

Forskning

SDCG skal konsolidere og videreudvikle det nuværende diabetes- og livsstilsrelaterede forskningsmiljø i landet. Der skal derfor etableres et tæt samarbejde med etablerede forskningsmiljøer og -institutioner i landet, særligt Center for Sundhedsforskning ved Grønlands Universitet samt internationale aktører som de danske Steno Diabetes Centre og danske universiteter. I perioden skal SDCG ansætte forskningsmedarbejdere svarende til tre årsværk på enten ph.d.- eller postdoc-niveau.

Tværgående samarbejde og forebyggelse

I perioden skal SDCG anvende en ressource til at udvikle og drive aktiviteter samt sikre samarbejde og koordinering med alle de relevante parter. Der skal udvikles, planlægges og igangsættes et projekt, som har til hovedformål at reducere overvægt blandt børn og unge. Der skal også etableres en pulje og en struktur, som gør det muligt for SDCG at etablere samarbejde og drive projekter med civilsamfundet og organisationer om sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

Kompetenceudvikling

SDCG skal i perioden udvikle en handleplan for kompetenceudvikling af ansatte, som skal beskrive initiativerne og samarbejdet omkring dem mere detaljeret. De kompetenceudviklingsaktiviteter, der skal løftes i perioden, er aktiviteter der understøtter implementering af konkrete aktiviteter inden for behandling, patientuddannelse og telemedicin. Der skal således udvikles, planlægges og implementeres en plan for kompetenceudvikling af:

- » nyansatte livsstilsmedarbejdere;
- » livsstilsmedarbejderne til at varetage en styrket patient- og pårørendeuddannelse;
- » ansatte til at anvende det nye telemedicinskudstyr.

Kompetenceudviklingsaktiviteter implementeres på SDCG og i sundhedsregionerne i det omfang, implementering af konkrete projekter sker i samarbejde med disse.

Der skal ansættes ressourcer ved SDCG svarende til to årsværk, som sammen med det øvrige personale ved SDCG og de ressourcer, der tilføres sundhedsregionerne (som beskrevet ovenfor), kan løfte opgaven. De nævnte ressourcer skal også understøtte udvikling og implementering af patient- og pårørendeuddannelse samt indsatser inden for tværgående samarbejde og forebyggelse.

Telemedicin

Det er en forudsætning for mange af de nye aktiviteter, der er beskrevet i denne drejebog, at der er en velfungerende telemedicinsk infrastruktur. Den vigtigste opgave for SDCG frem mod milepæl 1 er derfor at planlægge, udbyde og indkøbe nyt telemedicinsk udstyr (inkl. POC-udstyr) til hele landet. Implementering af det nye telemedicinske

³⁴Overflytningen af medarbejdere er en administrative øvelse. Medarbejderne er i dag ansat i sundhedsregion Sermersooq.

13. Opstart

udstyr er tilrettelagt i tre overordnede faser. Første fase er planlægning, udbud og indkøb. Anden fase er opsætning og ibrugtagning ved SDCG og i tre ud af fem sundhedsregioner, dog med forbehold for at udstyr på østkysten ikke er fuldt opsat og ibrugtaget. Tredje fase er opsætning og ibrugtagning i de sidste to sundhedsregioner, samt eventuelt østkysten. Frem mod milepæl 1 skal første fase og anden fase være gennemført. Der skal i perioden ansættes ressourcer ved SDCG, der kan drive og understøtte processen.

Kvalitet

SDCG skal styrke det grønlandske perspektiv i guidelines, livsstilsvejledninger og anbefalinger. Arbejdet skal drives af SDCG, men med inddragelse af kompetencer og ressourcer fra de lokale livsstilsambulatorier. Implementeringen heraf skal ske trinvis. Først ved SDCG og herefter på regionssygehusene i takt med, at der bliver ansat ressourcer som beskrevet ovenfor.

Den datadrevne kvalitetsudvikling skal også styrkes i perioden. Med afsæt i Livsstilgruppens arbejde på primært diabetesområdet skal SDCG videreudvikle og styrke indsatsen over for KOL, som omfatter at få diagnosekodet patienterne i hele landet.

Der ansættes på SDCG en kvalitetsmedarbejder til at drive og understøtte kvalitetsarbejdet. Ressourcen skal også bistå med kvalitetsudvikling i sundhedsregionerne.

Bevillingen til drift og byggeri er til enhver tid understøttet af en bevillingsaftale og en bygningsaftale, der er tiltrådt af både Naalakkersuisut og af Novo Nordisk Fondens bestyrelse.

Bevillingsaftalen indeholder betingelserne for SDCG's løbende brug af bevillingen – med reference til denne drejebog. Dette inkluderer de overordnede målsætninger og milepæle for bevillingsperioden samt væsentlige økonomiske og strategiske retningslinjer for centret.

I bevillingsaftalen er endvidere beskrevet en proces, der er knyttet til beslutninger, som træffes af Selvstyret, og som kan påvirke SDCG. Det kan fx være væsentlige ændringer af organiseringen i Sundhedsvæsenet eller en markant ændring af det økonomiske fundament for standardbehandlingen. I det omfang beslutningerne resulterer i ændringer af de betingelser, som Novo Nordisk Fondens bevillingsaftale bygger på, skal bevillingen revurderes via den proces, der er beskrevet i bevillingsaftalen.

Bygningsaftalen indeholder betingelser for etablering af en ny bygning i Nuuk til at huse SDCG med reference til denne drejebog. Aftalen inkluderer Selvstyrets og Novo Nordisk Fondens finansielle bidrag til byggeriet. I aftalen er endvidere beskrevet, at Selvstyret skal stille en egnet – og af Novo Nordisk Fonden godkendt – byggegrund til rådighed til SDCG-byggeriet, som kan ibrugtages inden udgangen af 2022.

14. Bilag 1

Kliniske indikator: Afrapportering for Steno Diabetes Center Grønland

Patientgruppe				
Diabetes	Operationelt mål (KPI)	½ årlig	Årsrap.	Sluteva.
Antal patienter i alt	Se tabel 1A	X	X	X
Rygestatus inden for 1 år	Foretaget på over 85 pct./ptt	X	X	X
HbA1c inden for 1 år	Foretaget på over 85 pct./ptt	X	X	X
Blodtryk inden for 1 år	Foretaget på over 85 pct./ptt	X	X	X
U-ACR inden for 2 år	Foretaget på over 85 pct./ptt	X	X	X
Øjenundersøg. inden for 4 år	Foretaget på over 85 pct./ptt	X	X	X
Fodundersøg. inden for 2 år	Foretaget på over 85 pct./ptt	X	X	X
HbA1c <59mmol/mol	Over 40 pct af ptt. har det mål		X	X
HbA1c >75mmol/mol	Under 20 pct af ptt. har det mål		X	X
Sys BT< 140 mmHg	Over 40 pct af ptt. har det mål	X	X	X
Sys Bt>160 mmHg	Under 20 pct af ptt. har det mål	X	X	X
Andel rygere	faldende		X	X
Andel af ptt. der er i lipidsænkende behandling	Over 40 pct af ptt.		X	X
Andel med retinopati-forandringer*			X	X
Andel med en 'major amputation' indenfor et år			X	X
Hypertension	Operationelt mål (KPI)	½ årlig	Årsrap.	Sluteva.
Antal patienter	Se tabel 1A	X	X	X
Rygestatus inden for 1 år	Foretaget på over 85 pct./ptt	X	X	X
Blodtryk inden for 1 år	Foretaget på over 85 pct./ptt	X	X	X
Sys BT< 140 mmHg	Over 40 pct af ptt. har det mål	X	X	X
Sys Bt>160 mmHg	Under 20 pct af ptt. har det mål	X	X	X
Andel rygere	faldende		X	X
KOL	Operationelt mål (KPI)	½ årlig	Årsrap.	Sluteva.
Antal patienter	Se tabel 1A	X	X	X
Rygestatus inden for 1 år (%)	Foretaget på over 85 pct./ptt	X	X	X
Blodtryk inden for 1 år	Foretaget på over 85 pct./ptt	X	X	X
Spirometri inden for 2 år	Foretaget på over 85 pct./ptt	X	X	X
Sys BT< 140 mmHg	Over 40 pct af ptt. har det mål	X	X	X
Sys Bt>160 mmHg	Under 20 pct af ptt. har det mål	X	X	X
Andel rygere	faldende		X	X

Metode/inklusion:

- Diabetes: patienter med diagnose kode T89 og T90
- KOL-1: Patienter over 49 år i behandling med lungemedicin
- KOL-2: Patienter kodet R95
- Hypertension-1: Patienter over 19 år i behandling med antihypertensiva
- Hypertension-2: Patienter kodet K85, K86, K87

Ud over ovennævnte skal der i årsrapporteringen, midtvejsevalueringen og slutevalueringen af rapporteres på en række supplerende indikatorer og de øvrige kerneaktiviteter (forskning, kompetenceudvikling, mv.), som for de to førstnævnte vedkommende fastlægges af SDCG's bestyrelse (efter oplæg fra centerledelsen), fraset forskningsområdet, hvor der indrapporteres til Novo Nordisk Fondens's forskningsmonitoreringssystem @researchfish, og for slutevalueringens vedkommende fastlægges af Novo Nordisk Fondens bestyrelse.

Den halvårslige opfølgning sker i regi af SDCG's bestyrelse.

* Det er et mål for SDCG, at der etableres et system, som kan trække de relevante data, så indikatoren kan følges uden, at der manuelt skal laves journalgennemgang.

Om Naalakkersuisut

Naalakkersuisuts har til ansvar at lede, udvikle, tilrettelægge og føre tilsyn med Det Grønlandske Sundhedsvæsen. Det er Naalakkersuisuts vision at give befolkningen mulighed for at leve et sundt og meningsfuldt liv. Det skal ske ved hjælp af sundhedsbetjening af høj kvalitet og den bedst mulige sygdomsforebyggelse nu og i fremtiden. Samarbejdet med Novo Nordisk Fonden har skabt mulighed for at styrke diabetes- og livsstilsindsatsen i hele landet, hvilket understøtter arbejdet med Naalakkersuisuts vision.

Om Novo Nordisk Fonden

Novo Nordisk Fonden er en dansk erhvervsdrivende fond med to formål; at udgøre et stabilt fundament for den erhvervsmæssige og forskningsmæssige virksomhed, som drives af selskaberne i Novo Gruppen, og at yde støtte til videnskabelige, humanitære og sociale formål. Novo Nordisk Fondens vision er at yde et betydende bidrag til forskning og udvikling, der forbedrer menneskers liv og samfundets bæredygtighed.