

Type 2 diabetes

Organisering og opfølgning

Klyngepakke

Introduktion

Formålet med behandlingen af type 2 diabetes er at forebygge udviklingen af hjerte-kar-sygdom, nefropati, retinopati, neuropati og fodkomplikationer. Hvis det er relevant, har rygestop første prioritet og gevinsten ved medicinsk behandling er principielt størst, jo højere niveauer af lipider, blodtryk og blodglukose, der behandles. Behandlingsstrategien bør dog primært sigte mod at mindske progressionshastigheden af sygdommen – ikke at afvente forværring for herefter at forsøge at genvinde det tabte. Alt andet lige betyder en tidlig intervention over for risikofaktorerne flere gode leveår.

Opfølgning og behandling af ældre mennesker (over 70 år) udgør en særlig udfordring i almen praksis, fordi ældre ofte har betydelig komorbiditet, funktionsnedsættelse og en anden svækkelse. Vurdering af den optimale behandling hos den enkelte ældre er ofte ganske kompliceret. Ved den årlige statusundersøgelse fastsættes individuelle behandlingsmål, men generelt anbefales fokus på symptomkontrol og mindre stram regulering end hos unge.

Denne Klyngepakke tager udgangspunkt i DSAM's vejledning om type 2 diabetes, hvor den aktuelle viden og kliniske anbefalinger er gennemgået detaljeret.

<https://vejledninger.dsam.dk/type2/?mode=visKapitel&cid=531&gotoChapter=53>

Formålet med klyngepakken er at give deltagerne mulighed for at reflektere over egen kliniske praksis, og for at de sammen med kolleger kan overveje om, der er behov for ændringer, og hvordan de i givet fald kan indføres.

På nogle områder er det muligt at få data, der kan belyse feltet og danne grundlag for diskussionerne. På andre områder findes ingen tilgængelige data, og refleksionerne må i stedet tage udgangspunkt deltageres personlige erfaringer.

Type 2 diabetes

Organisering og opfølgning

Klyngepakke

Data

Diabetes oversigt

Praksis skal være tilmeldt forløbsplansmodulet for at fremskaffe data (se "inspiration" sektionen bagest i klyngepakken). Den enkelte praksis kan få en Datarapport over egne diabetes type 2 patienter ved at vælge "Vis diabetes Oversigt" i forløbsplansmodulet, der findes i de enkelte journalsystemer. Alle patienter med diabetes type 2 diagnosen vises, uanset om de er har en forløbsplan eller ej.

OVERSIGT		SAMTYKKE									
Aktuelle diabetes patienter (T90: 0-3 år)		Mulige diabetes patienter (T90: 3+ år)					Frasorteret				
Antal diabetes patienter i praksis: 8											
Aktuelle diabetes patienter (T90: 0-3 år) Print PDF Download Excel											
Navn	Cpr	Seneste Kronikerhonorar	HbA1c	Blodtryk	Total kolesterol	LDL	U-Alb / Crea	eGFR	Metformin		
Ane T. Lauridsen	020160-9996	47	144 / 89	6.5	4.6	32	79				
Britta Test Berggren	150981-9996	48	147 / 84	3.9	3.5	14	58				
Bruno Test Elmer	250947-9989	49	110 / 70	3.2	1.7	17	97				
Cæcar Test Østergaard	231114-3995	56	148 / 91	6.5	4.5	27	109				

Der er mulighed for at få overblik over alle patienter med type 2 diabetes i praksis, som har været set i praksis indenfor de seneste 3 år, selv om patienterne ikke har fået lavet en forløbsplan. Det er også muligt at fremsøge "mulige diabetespatienter", der er patienter, der har fået diagnosen type 2 diabetes, men ikke er set i praksis med denne diagnose de seneste 3 år. Er de fejlkodet, og/-eller følges de på sygehus, kan de frasorteres. Hvis ikke, kan der være behov for særlig opmærksomhed. Er det sårbare patienter med behov for en særlig indsats, kan den iværksættes.

Type 2 diabetes

Organisering og opfølgning

Klyngepakke

Data

Diabetes overblik

Klik på fanebladet "Diabetesoverblik" for at få et overblik, der er velegnet til intervention i forhold til patientgruppen i praksis. Ved at pege på lagkagestykkerne kan de enkelte patienter findes. Målepunkterne gør det også muligt at sammenligne håndteringen i egen praksis med andre praksis. For at få de rette data for din praksis, skal du indtaste hvor mange patienter, der cirka er tilmeldt din praksis i feltet, der er vist nedenfor.



OVERSIGT	SAMTYKKE	STATISTIK
Aktuelle diabetes patienter	Mulige diabetes patienter	Frisortret
Diabetes overblik		
Diabetes overblik		
Indtast patientgrundlag for diabetes prævalens	Diabetes Prævalens	Diabetes Patienter
Antal patienter	-	1
		Diabetes Anskontroler
		0
		Diabetes patienter med forløbsplan
		1

Manglende data

Viser diabetesoverblikket, at der mangler data for bestemte parametre for mange patienter, kan det skyldes, at de ikke skrevet ind i laboratorieskemaet, eller at der er anvendt en forkert IUPAC-kode, så de ikke vil blive samlet op i dataudtrækket. IUPAC-koderne, der bruges i forbindelse med udtræk til diabetes-forløbsplanerne, kan findes her:

<https://kiap.dk/kiap/praksis/iupackoder.php>

Systemhusene og de regionale data konsulenter kan hjælpe med at få kodningen til at ske rigtigt. Er der behov for yderligere hjælp kan KiAP kontaktes.

Type 2 diabetes

Organisering og opfølgning

Klyngepakke

Fakta og anbefalinger

Hvad ved vi?	Hvad anbefales?	Målepunkter
Diabetes diagnosekodning		
Mulige patienter med diabetes kan skyldes manglende opfølgning eller forkert diagnosekodning.	Identificer mangelfuld opfølgning og følg op, hvis det skønnes relevant. Slet patienter med forkert kode af listen over patienter med diabetes.	Intet målepunkt.

Type 2 diabetes

Organisering og opfølgning

Klyngepakke

Fakta og anbefalinger

Hvad ved vi?	Hvad anbefales?	Målepunkter
Opfølgning af patienter med type 2 diabetes		
Kontinuitet og relation til fast behandler understøtter livskvalitet og egenomsorg og nedsætter risikoen for komplikationer og dødelighed.	Årskontrol og relevante mellemliggende kontroller for alle patienter med type 2 diabetes.	<p>Målepunkt 1: Andel af diabetespatienter, som inden for de seneste 18 måneder har været til årsstatus (ydelse 0120/0121). Kan aflæses i bjælken øverst i Diabetes-overblik.</p> <p>Målepunkt 2a: HbA1c målt inden for 18 måneder.</p> <p>Målepunkt 2b: LDL målt inden for 18 måneder.</p> <p>Målepunkt 2b: BT målt inden for 18 måneder.</p> <p>Målepunkt 2b: GFR målt inden for 18 måneder.</p> <p>Målepunkt 2b: U-alb/crea målt inden for 18 måneder.</p> <p>Kan aflæses i lagkagediagrammerne.</p>

Type 2 diabetes

Organisering og opfølgning

Klyngepakke

Fakta og anbefalinger

Hvad ved vi?	Hvad anbefales?	Målepunkter
Forløbsplan og forløbsydelse		
OK18 medfører, at patienter der inden for de sidste 4 år og fremadrettet har fået diagnosen, skal tilbydes forløbsplan.	Tilbyd målgruppen en forløbsplan, hvis det giver mening.	Målepunkt 3: Andel af diabetespatienter med forløbsplaner.
Patienter, der følges i diabetesambulatoriet kan give os et skævt billede af diabetesomsorgen i vores klinik.	Afmeld patienter, der følges i ambulatorium fra forløbsydelsen.	Ingen målepunkter. Kræver individuel vurdering af patienter tilmeldt kronikerhonorar.
Sørg for korrekt ydelsesregistrering af patienter, der følges i praksis.	Patienter, der følges i praksis med type 2 diabetes skal tilmeldes forløbsydelsen.*	Målepunkt 4: Andel af diabetespatienter tilmeldt kronikerhonorar. Kan aflæses i bjælken øverst i diabetes-oveblik.

Type 2 diabetes

Organisering og opfølgning

Klyngepakke

Fakta og anbefalinger

Fortolkning af målepunkter

Usikker måling: Hvis målepunktet er beregnet ud fra ganske få patienter, er tallet meget usikkert og skal fortolkes med stor forsigtighed. Selv når tallet baseres på mange patienter, kan tilfældigheder resultere i, at man kommer til at ligge et stykke fra gennemsnittet i klyngen. Så vær forsigtig med at konkludere noget alt for skrår sikkert, uanset om din praksis eller kollegaer befinder sig i den ene eller den anden ende af spektret.

Patientpopulation: Forklaringen på, at man ligger et stykke væk fra gennemsnittet i klyngen, kan også være forskelle, der ligger uden for praksis' kontrol, fx forskelle i patientsammensætning (fx alder, sygdomsbyrde, sygdomshåndtering og sociale forskelle).

Praksisforhold: Endelig kan forklaringen på en afvigelse fra gennemsnittet skyldes, at din praksis håndterer type 2 diabetesbehandlingen, anderledes end andre praksis. Det vil den fælles refleksion i klyngen kunne belyse.

Type 2 diabetes

Organisering og opfølgning

Klyngepakke

Praksis refleksion

(anvendes i egen praksis før eller efter klyngemødet)

Diabetes diagnose (målepunkt 1)

- Har patienter i gruppen "mulige diabetespatienter" en korrekt diagnose, og hvorfor er de så ikke set i lang tid?
- Skal der laves noget om?

Opfølgning af patienter med Type 2 diabetes (målepunkt 2-3)

- Hvordan sikrer jeres praksis, at alle relevante patienter tilbydes og får foretaget årlig statusundersøgelse?
- Hvilke personalegrupper indgår i forløbet af årlig statusundersøgelse i jeres praksis og hvad laver de (tidsbestilling, lab-prøver, svar og statuskonsultation)?
- Hvilke lab-test "smutter"? Hvorfor?
- Hvordan sikres opfølgning/hvem aftaler og gennemfører opfølgende konsultation?
- Hvorledes sikres opfølgning af dysregulerede patienter, og patienter med særlige behov?
- Skal der laves noget om?

Forløbsplan og forløbsydelse (målepunkt 4-5)

- Hvornår udfyldes forløbsplan? Hvem gør det?
- Hvornår tilmeldes patienten diabetes forløbsydelsen i almen praksis (0130/0132)? Hvem gør det?
- Skal der laves noget om?

Type 2 diabetes

Organisering og opfølgning

Klyngepakke

Klynge refleksion

(anvendes af mødeleder på klyngemødet)

Diabetes mistanke (målepunkt 1)

- Hvor mange skyldes fejlkodning?
- Hvor mange skyldes, at de følges i ambulatorier?
- Hvor mange skyldes mangelfuld opfølgning pga. sårbarhed og andet?
- Idéer til ændringer?

Opfølgning af patienter med Type 2 diabetes (målepunkt 2-3)

- Hvordan sikrer jeres praksis, at alle relevante patienter tilbydes og får foretaget årlig statusundersøgelse?
- Hvem indgår i forløbet af årlig statusundersøgelse i jeres praksis, og hvad laver de (tidsbestilling, lab-prøver, svar og statuskonsultation)?
- Hvem aftaler og gennemfører opfølgende konsultation?
- Hvilken rolle skal praksispersonalet og lægerne have i forløbet?
- Idéer til ændringer?

Diabetes forløbsplan og kronikerhonorar (målepunkt 4-5)

- Hvilke erfaringer er der med at lave forløbsplaner?
- Tilmelding til Diabetes-kronikerhonorar? Hvornår/hvornår ikke?
- Idéer til ændringer?

Diskuter forandringer i rutiner

- Hvilke gode ideer til organisering af opfølgning og organisering er der kommet på mødet?
- Hvilke ændringer vil være vigtigst og lettest at gennemføre?
- Hvordan kan ændringer ske?
- Er der retningslinjer/fraser/andet materiale, der kan deles i gruppen?

Type 2 diabetes

Organisering og opfølgning

Klyngepakke

Referencer & inspiration

* Forhandlingsaftale mellem PLO og Danske Regioner:

<https://www.laeger.dk/Overenskomst-om-almen-praksis>

** Diabetesforeningens diabetesdata:

<https://diabetes.dk/presse/diabetes-i-tal/diabetes-i-danmark.aspx>

*** DSAM diabetesvejledning:

<https://vejledninger.dsam.dk/type2/?mode=visKapitel&cid=531&gotoChapter=531>