



Klyngepakke

Type 2-diabetes

Behandling og kvalitet



KiAP

Før, under og efter klyngemødet

Før klyngemødet

- Du bestiller klyngepakken på KiAP.dk.
- Du bliver ringet op af en konsulent fra KiAP. Sammen gennemgår I pakken, drøfter klyngens behov og tilrettelægger mødet.
- KiAP leverer en powerpoint med opgørelser af klyngens data og andet materiale, der gør faciliteringen af mødet let.

Under klyngemødet

- Klyngen drøfter data og variationer, deler erfaringer og får inspiration til at foretage eventuelle ændringer i praksis efter klyngemødet.
- Klyngen planlægger den efterfølgende implementering i praksis, og hvordan klyngen vil følge op på et senere møde.

Efter klyngemødet

- Klyngens medlemmer arbejder med at implementere ideer fra klyngemødet i egen praksis.
- Efter aftale leverer KiAP en ny opgørelse af klyngens data, så klyngen kan se, om der er sket en forandring siden klyngemødet.

Indholdsfortegnelse

1. Formål med klyngemødet
2. Faglige anbefalinger og målepunkter
3. Program for klyngemødet
4. Refleksioner på klyngemødet
5. Implementering og opfølgning på klyngemødet
6. Referencer og inspiration

KiAP har i samarbejde med praktiserende læge, professor i Almen medicin, Aalborg Universitet **Jette Kolding Kristensen** udarbejdet klyngepakken.

Formål med klyngemødet

At sætte fokus på behandlingen af diabetes er vigtig fordi, det har betydning for at kunne forebygge udviklingen af følgesygdomme som hjerte-karsygdom, nefropati, retinopati, neuropati og fodkomplikationer. Gevinsten ved medicinsk behandling er principielt størst jo højere niveau af lipider, blodtryk og blodglukose, der behandles. Behandlingsstrategien bør primært sigte mod at mindske progressionshastigheden for at sikre flere gode leveår for patienterne.

Formålet med klyngemødet er at drøfte status for behandlingen af type 2-diabetes blandt klyngens medlemmer, udveksle erfaringer og ideer med henblik på at styrke kvaliteten. På mødet tages udgangspunkt i data fra forløbsplanerne, der giver praksis mulighed for at få overblik over patienterne og vurdere den aktuelle behandling.

Værd at vide om denne klyngepakke

Materiale og support fra KiAP	<ul style="list-style-type: none">• Et forslag til et program for mødet.• En powerpoint til mødet med opgørelser af klyngens data.• Et ark til at notere de vigtigste pointer under mødet.• Materiale til implementering i praksis og til opfølgning på et senere klyngemøde.• En kontaktperson i KiAP.
Mødets varighed	<ul style="list-style-type: none">• 2,5 time (kan tilpasses efter klyngens behov).
Datakilde	<ul style="list-style-type: none">• Forløbsplaner for diabetes.
Referencer	<ul style="list-style-type: none">• DSAM's vejledning om type 2-diabetes.

Centralt for KiAP's klyngepakker er en præsentation af data, der viser variationen i den kliniske praksis blandt klyngens medlemmer. De data, der vises på klyngemødet, tager udgangspunkt i en række målepunkter, der kan afspejle den kliniske kvalitet. Formålet er at vække medlemmernes nysgerrighed omkring årsager til variation, skabe grundlag for refleksion over egen praksis, og sammen med kolleger få inspiration til at skabe forandringer i praksis efter klyngemødet.

Faglige anbefalinger og målepunkter

På klyngemødet præsenteres deltagerne for en fremstilling af klyngens data fra forløbsplanerne. Data til klyngemødet er generet på baggrund af følgende anbefalinger og målepunkter:

Hvad ved vi?	Hvad anbefales?	Målepunkter
Hba1c Højt blodsukker øger risiko for både storkarsygdom og småkarsygdom hos patienter med type 2-diabetes.	Svækkede ældre/ demente: 53-70 Hjertepatienter: < 58 Makroalbuminuri: < 58 Varighed over 12 år: < 58 Varighed 5-12 år: < 53 Varighed under 5 år: < 48.	Målepunkt 1 Andel med HbA1c over 58.
LDL Højt kolesterol er den største risikofaktor for storkarsygdom hos patienter med type 2-diabetes.	Er der ikke klinisk hjerte- kar-sygdom eller øvrige risikofaktorer, anbefales, at alle over 40 år med LDL-kolesterol > 2,5 mmol/l tilbydes farmakologisk behandling.	Målepunkt 2 Andel med LDL > 2,5 og patienten ikke er behandlet med statin.
Blodtryk Højt blodtryk øger risiko for både storkarsygdom og småkarsygdom hos patienter med type 2-diabetes.	Mål for systolisk blodtryk: <130 (generelt) <140 (eksempelvis ved høj alder, langvarig diabetes for at undgå bivirkninger).	Målepunkt 3 Andel med Sys BT > 140.
Vedvarende forhøjede værdier af HbA1c Svækkede patienter kræver en særlig indsats.	Det anbefales, at patienter med type 2-diabetes når individuelle mål for systolisk blodtryk, LDL og HbA1c.	Målepunkt 4 Andel, der har vedvarende forhøjede værdier af HbA1c.

i

Målepunkter og tolkning af data

Målepunkter udgør det data, der anvendes for at kunne vurdere og reflektere over variation mellem klyngens ydernumre. Variation kan skyldes forskelle i patientpopulationen (fx alder, sygdomsbyrde og sociale forskelle). Variation kan også skyldes, at praksis håndterer behandlingen forskelligt. Endvidere kan det skyldes usikre målinger på baggrund af et lille antal patienter. Det kan derfor ikke altid konkluderes, at variation er udtryk for forskelle i behandlingskvaliteten, og tolkninger skal derfor varetages med forsigtighed. Gruppearbejdet og diskussionerne på mødet kan være med til at belyse, hvad variationerne skyldes og give inspiration til eventuelle forandringer i praksis. Data leveres som standard i pseudonymiseret form.

Hvad ved vi?	Hvad anbefales?	Målepunkter
<p>Mikroalbuminuri eller makroalbuminuri Mikroalbuminuri (U-alb/ crea ratio: 30-300) indikerer øget risiko for komplikationer i form af hjertekarsygdom, retinopati, neuropati og nefropati. Makroalbuminuri (U-alb/ crea ratio > 300) indikerer nefropati.</p> <p>ARB/ACE forsinket komplikationerne.</p>	<p>U-alb/crea ratio anbefaling: >30: Overvej angiotensin II-receptorblokker eller ACE hæmmer.</p>	<p>Målepunkt 5 Andel med mikroalbuminuri eller makroalbuminuri, der ikke får ARB/ ACE.</p>
<p>Nyrefunktion Metformin udskilles via nyrene. Ved nedsat nyrefunktion kan metformin udløse lactacidose.</p>	<p>eGFR > 60: Normal metformin eGFR 30-60: Halvere metformin eGFR < 30: Seponere metformin.</p>	<p>Målepunkt 6 Andel med eGFR < 30, der får metformin.</p>
<p>Hjertesygdom og SGLT2 eller GLP1 Hos alle type 2-diabetes patienter med samtidig: - hjerte-kar-sygdom og/eller nyresygdom og/eller hjertesvigt*, uafhængigt af HbA1c, - ophobede kardiovaskulære risikofaktorer (tre eller flere)** , afhængigt af HbA1c,</p> <p>anbefales, hhv. overvejes, SGLT-2-hæmmere eller GLP-1 RA, da de har vist organbeskyttende effekter i forhold til både nyre- og kardiovaskulære risikofaktorer.</p>	<p>Patienter med samtidig - hjerte-kar-sygdom og/eller nyresygdom og/eller hjertesvigt* uafhængigt af HbA1c, - tre eller flere kardiovaskulære risikofaktorer**, afhængigt af HbA1c</p> <p>bør tilbydes SGLT-2-hæmmere eller GLP-1 RA.</p>	<p>Målepunkt 7 Andel af aktuelle diabetes patienter, hvor patienten har iskæmisk hjertesygdom, og er i behandling med GLP1/SGLT2.</p>

Følgende definitioner gælder

Vi har i selve målepunkt 7 fremsøgt de diabetes patienter, som også har en diagnose for Iskæmisk Hjertesygdom (ICPC:K74, 75, 76). Dvs. Vi har ikke lige nu taget højde for om patienten også har en diagnose for hjertesvigt eller 3 eller flere kardiovaskulære risikofaktorer eller nedsat nyrefunktion. Dette vil komme i efteråret 2024.

Målepunkt 7 er: Ud af alle patienter, som både diabetes og IHS, fremsøges de patienter, som behandles med SGLT2/GLP1.

Vær dog opmærksom på følgende definitioner og problematikker.

* Hjerter-kar-sygdom: iskæmisk hjertesygdom, cerebral iskæmi, perifer arteriel insufficiens.
Hjertesvigt: påvist reduceret EF. Nyresygdom ved diabetes: diabetisk makroalbuminuri (uanset eGFR) eller mikroalbuminuri med eGFR < 60.

** Kardiovaskulære risikofaktorer: alder > 60 år, mandligt køn, familiær disposition for tidlig debut af kardiovaskulær sygdom (<55 år for mænd, <65 år for kvinder), dysreguleret hypertension > 130/80 mmHg trods behandling, dyslipidæmi LDL > 1,8 mmol/l trods behandling, rygning > 10 pakkeår. Ganske mange patienter med type 2-diabetes opfylder således disse anbefalinger.

Program for klyngemødet

Nedenfor ses et forslag til et program for klyngemødet. Som mødeleder får du tilsendt et mere detaljeret program, der guider dig igennem mødet.

Opfølgning fra sidste møde		Er der sket forandringer i forhold til de målepunkter, som klyngen har besluttet sig for at følge op på?
Introduktion	Tid: 15 min.	Introduktion til mødets emne og brug af ark til mødenoter.
Blok 1: Behandlingsresultater	Tid: 45 min.	Introduktion til målepunkterne: HbA1c, LDL, systolisk blodtryk og andel, hvor HbA1c er vedvarende forhøjet. Gruppearbejde om målepunkterne og opfølgning i plenum.
Pause 15 min.		
Blok 2: Specifik behandling	Tid: 45 min.	Introduktion til målepunkterne: Andel med mikroalbuminuri eller makroalbuminuri der ikke får ARB/ACE, andel med eGFR < 30 der får metformin og andel med samtidig hjertesygdom, der får SLG2 eller GLP1. Gruppearbejde om målepunkterne og opfølgning i plenum.
Blok 3: Implementering og opfølgning	Tid: 30 min.	Afslutningsvis drøftes hvilke forandringer, der vil være vigtigst og lettest at gennemføre, og klyngen beslutter, hvordan der skal følges op på et senere møde.

Refleksioner på klyngemødet

Her ses forslag til spørgsmål og drøftelser, som klyngen kan have på mødet.

Behandlingsresultat (målepunkt 1-4)

Målepunkt 1

- Er der flere end ventet med for højt HbA1c? Hvad er forklaringen? Hvordan iværksættes tillæg af ny oral medicin? Insulin? Hvordan følges der op?

Målepunkt 2

- Er der flere end ventet med for højt LDL? Hvad er forklaringen? Hvordan iværksættes medicinændringer, og hvordan følges der op på ændringer?

Målepunkt 3

- Er der flere end ventet med for højt systolisk BT? Hvad er forklaringen? Hvordan iværksættes medicinændringer, og hvordan følges der op på ændringer?

Målepunkt 4

- Hvilke patienter har vedvarende forhøjede værdier? Hvorfor? Hvad kan vi gøre anderledes?

Specifik behandling (målepunkt 5-7)

- Er der patienter, der ikke får angiotensin II-receptorblokker / ACE? Hvorfor? Hvordan sikres det?
- Er der patienter med GFR < 30, der får Metformin? Hvorfor? Hvordan forhindres det?
- Er der patienter med hjertesygdom, der ikke får SLGT2 eller GLP1? Hvorfor? Hvordan sikres det?

Implementering og opfølgning

- Hvilke forandringer i forhold til behandlingen vil være vigtigst og lettest at gennemføre?
- Hvordan kan det ske?
- Er der retningslinjer/fraser/andet materiale, der kan deles i gruppen?
- Hvad vil I tage med hjem til jeres praksis?

i

Mødenoter og implementeringsplan

På mødet får deltagerne udleveret: Et ark til mødenoter og en implementeringsplan.

På ark til mødenoter noteres de vigtigste pointer fra gennemgangen af emnet og gruppediskussionerne. Noterne skal bruges sidst på mødet, hvor deltagerne sammen med kolleger fra egen praksis/andre sololæger skal afgøre, hvordan de vigtigste ideer kan implementeres i praksis.

I implementeringsplanen beskrives konkret, hvad praksis vil forandre, og hvordan forandringerne skabes. Efter mødet kan planen hænges i klinikken, som støtte til implementeringsarbejdet i praksis.

Implementering og opfølgning på klyngemødet

Klyngemøderne er et godt udgangspunkt for kvalitetsarbejdet i almen praksis. Gennemgangen af klyngens data og variationer mellem praksis kan give inspiration til, hvad den enkelte praksis kan arbejde videre med. Men hvilke forandringer er de mest realistiske at gennemføre, og hvordan implementeres pointerne fra klyngemødet bedst?

KiAP har udarbejdet materiale, der kan hjælpe med at omsætte ideer fra klyngemødet til konkrete handlinger i praksis efter klyngemødet. Derudover kan KiAP levere støtte til opfølgning på et senere klyngemøde.

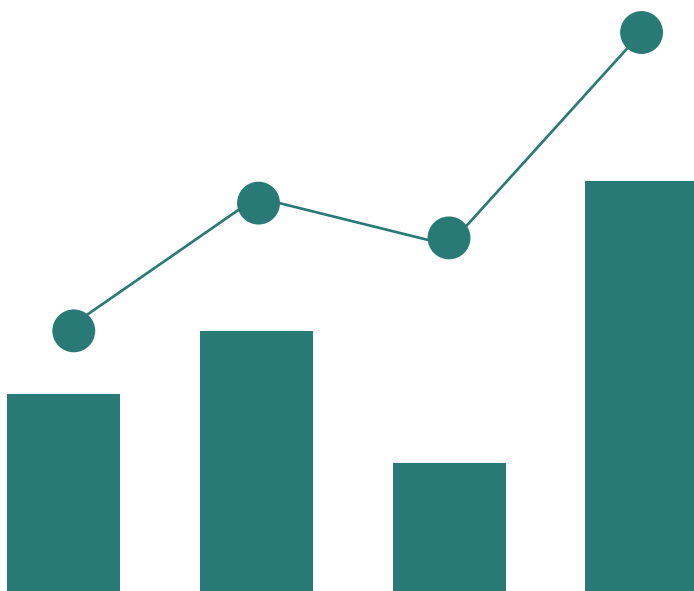
Implementering

På mødet udleveres en implementeringsplan. Planen udfyldes sidst på klyngemødet, hvor kolleger fra egen praksis/sololæger sidder sammen og drøfter, hvad de ønsker at forandre, og hvordan det bedst kan lade sig gøre. Den udfyldte plan tages med hjem i praksis og kan introduceres til praksispersonalet fx på et personalemøde.

Den regionale kvalitetsenhed kan oplyse om mulighed for støtte til implementering.

Opfølgning

Det tager tid at skabe forandringer, og derfor anbefaler KiAP, at klyngen følger op på, om der er sket en forandring efter 6 til 12 måneder. KiAP kan i den forbindelse levere en ny opgørelse med klyngens data.



Følg udviklingen

Referencer og inspiration

1. **Forhandlingsaftale mellem PLO og Danske Regioner (OK2018):**
https://www.laeger.dk/sites/default/files/overenskomst_om_almen_praksis_ok18_endelig_udgave.pdf
2. **Forhandlingsaftale mellem PLO og Danske Regioner (OK2022):**
https://www.laeger.dk/sites/default/files/forhandlingsaftale_ok22.pdf
3. **Diabetesforeningens diabetesdata:**
<https://diabetes.dk/presse/diabetes-i-tal/diabetes-i-danmark.aspx>
4. **DSAM diabetesvejledning:**
<https://vejledninger.dsam.dk/type2/?mode=visKapitel&cid=531&gotoChapter=531>
5. **DSAM farmakologisk behandlingsvejledning af type 2-diabetes (2022):**
<https://vejledninger.dsam.dk/fbv-t2dm/>



Kvalitet i Almen Praksis
Thomas B. Thriges Gade 48, 1.
5000 Odense C

C/O Det Almenmedicinske Hus
Stockholmsgade 55, stuen
2100 København Ø

Henvendelse til KiAP kan rettet på
tlf. 7196 8844 eller på support@kiap.dk

Læs mere om KiAPs arbejde på www.kiap.dk