

Organisation af behandling og opfølgning af patienter med type 2-diabetes

Thomas Bo Drivsholm¹ & Ole Snorgaard²

I denne artikel gennemgås status for tiltag og erfaringer i udviklingen af organisationen af behandling af patienter med type 2-diabetes i Danmark i det seneste årti, ligesom udfordringer i den fremadrettede indsats pointeres. Fra at behandlingsansvaret ofte var funderet på lokale traditioner og oftest varetaget af sygehusene, er vi nu på vej til en tværsektoriel behandling og rehabilitering underbygget af fælles forløbsprogrammer og evidensbaserede, nationale behandlingsvejledninger, og de alment praktiserende læger varetager i tiltagende grad det lægelige behandlingsansvar [1].

Baggrunden for og formålet med denne udvikling er opsummeret i faktaboksen.

MEDICINSK TEKNOLOGIVURDERING, HANDLINGSPLAN OM DIABETES OG NATIONAL DIABETESSTYREGRUPPE

Den foreliggende videnskabelige evidens på området blev grundigt vurderet i en medicinsk teknologivurdering i 2003 [2]. Hovedkonklusionerne og anbefalingerne kom til at danne grundlag for Indenrigs- og Sundhedsministeriets »Handlingsplan om Diabetes« fra samme år [3] og nedsættelsen af en national diabetesstyregruppe i Sundhedsstyrelsens regi [4].

Via en fastlæggelse af kvalitetsindikatorer for diabetesbehandlingen blev diabetes inkluderet i det Nationale Indikator Projekt, NIP-diabetes [5], som nu er grundstenen i kvalitetssikringen af diabetesbehandlingen i Danmark. Det Nationale Indikatorprojekt er pr. 1. januar 2012 ophørt som selvstændigt projekt, men videreføres i regi af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram [6].

Diabetesstyregruppen har desuden initieret etableringen af et nationalt diabetesregister, som har muliggjort, at man nøje kan følge udviklingen i prævalens og mortalitet [7, 8].

Standarder for det gode patientforløb og screening for komplikationer er blevet fastlagt (Figur 1). Tovholderen for patientforløbet er den læge eller det behandlingsteam (læge og sygeplejerske), som har den primære patientkontakt og behandlingsansvaret.

NIP-DIABETES, KLINISKE DATABASER OG DATAFANGST

I NIP-diabetes fastlagde man primært procesindikatorer

med minimumsstandarder for et tilfredsstillende patientforløb, og resultaterne herfra er nu i en år-række blevet offentliggjort og diskuteret i forhold til en løbende kvalitetsforbedring.

Landets hospitalsafdelinger, der har ansvar for ambulansediabetesbehandling, sender data til NIP, de fleste direkte via et KMS-indtastningsmodul, andre (f.eks. hovedstadens afdelinger og Steno Diabetes Center) overfører data elektronisk fra kliniske databaser.

I almen praksis har man siden 2007 via Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed (DAK-E) systematisk kunne indsamle kvalitetsdata ved hjælp af det såkaldte datafangstmodul [9], og alle praksis skal overenskomstmæssigt være tilmeldt primo 2013. Via datafangstmodulets database, sentinel-databasen, overføres der løbende udtræk af data til NIP-diabetes. Datafangstmodulet er tilpasset de praktiserende lægers sædvanlige arbejdsprocesser og kan anvendes sammen med alle 13 benyttede elektroniske patientjournaler [10]. Ud over type 2-diabetes er datafangstmodulet målrettet andre kroniske sygdomme.

STATUSARTIKEL

1) Afdeling for Almen Medicin og Forskningsenheden for Almen Praksis, Center for Sundhed og Samfund, Københavns Universitet
2) Endokrinologisk Afdeling, Hvidovre Hospital

FAKTABOKS

Baggrund for og formål med en ændret organisering af behandlingen af type 2-diabetes 2003-2012.

Baggrund

Stigende prævalens af type 2-diabetes:

Uensartet kvalitet i behandlingen

Stigende udgifter til sundhedsvæsenet

Beslutning om patientrettet forebyggelse (rehabilitering) i både primær- og sekundærsektor

Formål

Sikre ensartede gode patientforløb ved hjælp af:

regionale tværsektorielle forløbsprogrammer

fælles kliniske behandlingsvejledninger

oprustning af almen praksis

etablering af rehabiliteringstilbud i primærsektoren

øget tværsektorielt samarbejde/informationsudveksling (praksis, hospital, kommune, patient)

Mere rationel udnyttelse af resurserne: den rette behandling til den rette patient på det rette sted (stratificeringsmodel)

Sikre den fremtidige kvalitetsudvikling.

Samlet opbygges et tiltagende retvisende billede af diabetespopulationen, ligesom behandlingen kvalitetssikres.

ÆNDRET ORGANISERING AF BEHANDLINGEN AF KRONISK SYGE I DANMARK MED TYPE 2-DIABETES SOM MODEL

Hvis samfundet fremover skal kunne tilbyde ensartet og høj kvalitet i behandlingen af et stigende antal kronisk syge patienter, herunder patienter med type 2-diabetes, er der behov for »en tilpasning af sundhedsvæsenets organisation til en forbedret – og i højere grad tværfaglig og tværsektoriel – indsats over for den kronisk syge patient«. Denne udmelding fra Sundhedsstyrelsen [11] var baseret på en sammenhængende behandlingsindsats, der er beskrevet i den amerikanske, evidensbaserede *chronic care model* [12-15], som er skitseret i **Figur 2**.

Modellen er succesfuldt implementeret i Kaiser Permanente [16], en amerikansk forsikringsbaseret *health management organization* (HMO). En dansk forskergruppe har sammenlignet Kaiser Permanente og det danske sundhedssystem [17-19], og en række svagheder i det danske sundhedssystem er derved blevet synliggjort: mindre koordineret og proaktiv behandlingsindsats, mindre patientinddragelse og -støtte, manglende fælles tværsektoriel it-understøttelse og

tendens til mistillid imellem behandlere i de forskellige sektorer [19]. Omvendt var det danske sundhedssystem relativt billigt og i modsætning til de amerikanske HMO'er varetager man behandling af alle borgere.

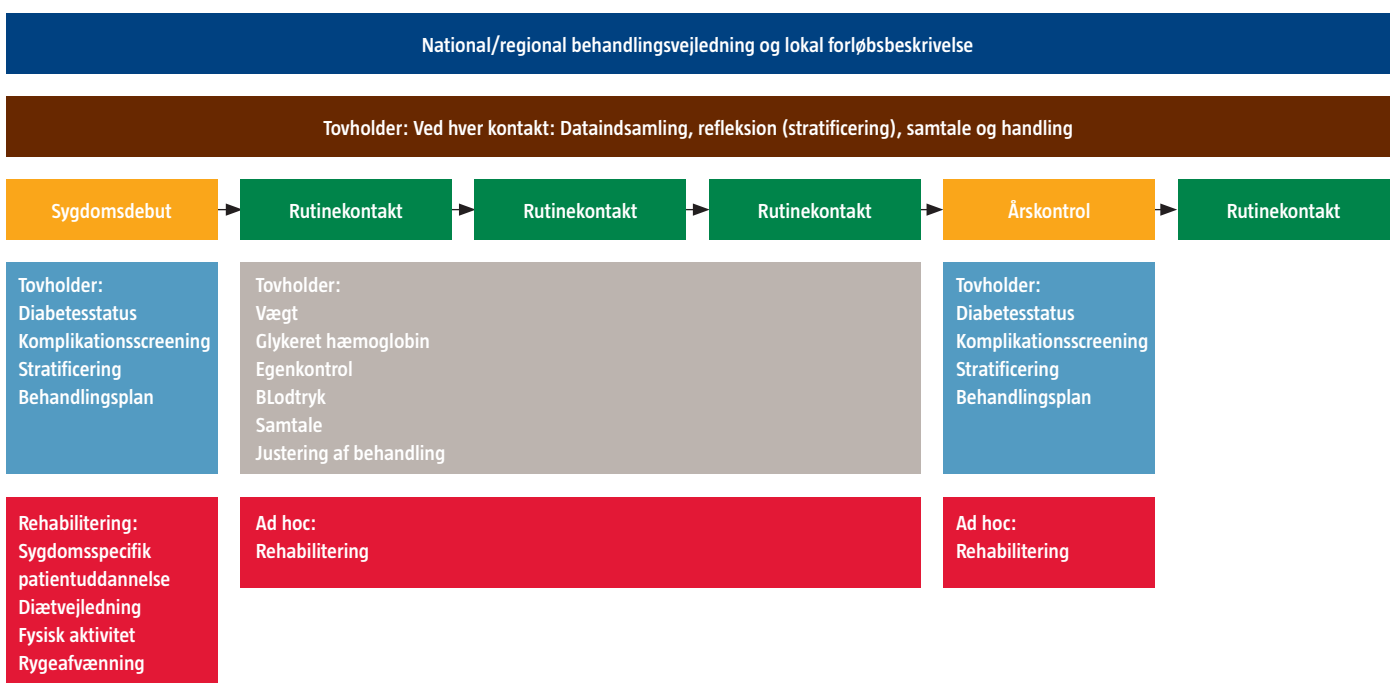
FORLØBSPROGRAMMER OG ERFARINGER MED STRATIFICERING AF DEN SUNDHEDSFAGLIGE INDSATS

Sundhedsstyrelsen har konkretiseret de nye ideer om en ændret organisation af behandlingen af kronisk syge i »Generisk forløbsprogram for kronisk sygdom« og har i den forbindelse anvendt type 2-diabetes som konkret modelsygdom [20]. Med afsæt heri har alle regioner udformet regionale forløbsprogrammer for behandling af type 2-diabetes, og implementeringen af disse er i gang.

I forløbsprogrammerne anbefales det, at den sundhedsfaglige indsats bliver gradueret (tværfagligt og tværsektorielt) efter en løbende stratificering af den enkelte patient som grundlag for en opgavefordeling mellem sektorerne. Stratificeringsmodellen har dog ved diabetes vist sig at være problematisk med henblik på at sikre »den rette behandling til den rette patient på det rette sted« [21]. Fordelene ved at stratificere patienterne efter risiko og behandlingsbehov er dog, at det kan fungere som en øjenåbner for en systematisk indsats, og man kan identificere problempatienter.

FIGUR 1

Oversigt over patientforløbet ved type 2-diabetes.



Den måske vigtigste del af forløbsprogrammerne er et tilbud til alle patienter med nyopdaget type 2-diabetes om en tidlig tværfaglig behandlingsindsats med et samlet rehabiliteringstilbud. Kommunerne har dermed fået en central rolle i indsatsen med tilbud til borgerne om sygdomsspecifik patientundervisning, diætvejledning, motionsprogrammer og rygestopkurser. De lokale tilbud varierer betragteligt, men fungerer nu i mange kommuner. Oplysning om disse sundheds- og forebyggelsestilbud findes nu tilgængelige på www.sundhed.dk. Evalueringer og egentlig dokumentation af effekten af de igangsatte aktiviteter mangler dog, og om indsatsen er omkostningseffektiv vides endnu ikke.

NATIONAL BEHANDLINGSVEJLEDNING

I forløbsprogrammerne ligger hovedvægten på rehabiliteringsindsatsen, mens anbefalinger for kliniske behandlingsmål og retningslinjer for den farmakologiske indsats ligger hos de lægefaglige selskaber. I 2011 udgav Dansk Selskab for Almen Medicin, Dansk Endokrinologisk Selskab og Institut for Rationel Farmakoterapi fælles retningslinjer for behandlingsmål og den farmakologiske behandling af type 2-diabetes [22, 23]. Retningslinjerne, som tilsigter en proaktiv farmakologisk behandling af hyperglykæmien og de øvrige risikofaktorer, er i god overensstemmelse med nye internationale udmeldinger [24].

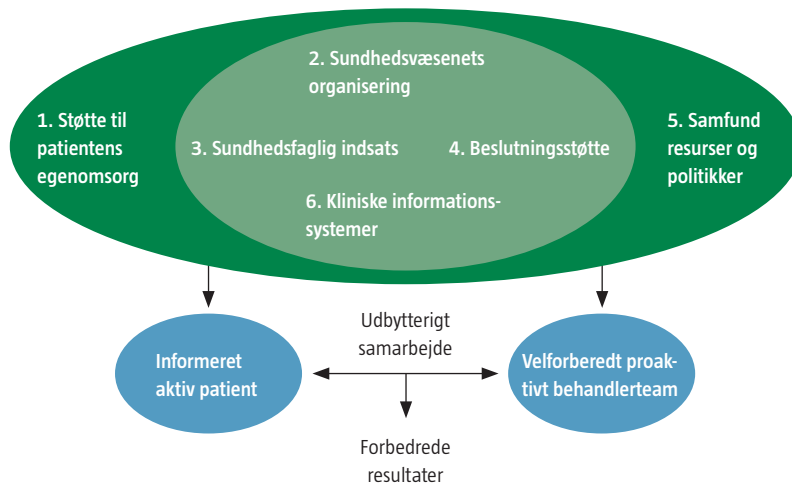
GRUNDLÆGGENDE FORSKELLE I ORGANISATIONEN AF BEHANDLING OG OPFØLGNING AF PATIENTER MED TYPE 2-DIABETES PÅ HOSPITALER OG I ALMEN PRAKSIS

Sundhedsstyrelsens strategi for behandling af patienter med kronisk sygdom tilsigter, at den enkelte kronisk syge patient tilbydes den bedst tilgængelige behandling ud fra et princip om lavest effektive omkostnings/omsorgsniveau. Såfremt almen praksis fremadrettet skal kunne løfte behandlingen af et tiltagende antal mennesker med én eller flere kroniske sygdomme, f.eks. type 2-diabetes, er en erkendelse af grundlæggende organisatoriske forskelle imellem de danske hospitalsafdelinger og almen praksis en forudsætning.

Hvor organisationsudviklingen i hospitalsregi er gået mod store arbejdsenheder, hvor man hovedsagelig fokuseret på én sygdom, udgør andelen af patienter med type 2-diabetes i almen praksis kun 2-10% af den samlede patientpopulation. I og med at diabetes kun er én af mange kroniske sygdomme, er det for almen praksis essentielt, at behandling og opfølgning af patienter med kroniske sygdomme opbygges efter samme princip og med fokus på en forbedret infrastruktur tilpasset lokale forhold og behov.

FIGUR 2

Model for behandling af kronisk syge.



FRA MONITORERING AF KVALITETSDATA, FORLØBSPROGRAMMER OG NATIONALE BEHANDLINGSVEJLEDNINGER TIL FORBEDREDE BEHANDLINGSRESULTATER

Vejen fra registrerede kvalitetsdata til forbedret behandlingskvalitet er ofte kompleks. Forbedret behandlingskvalitet kræver foruden tid og rum til analyse af det faglige arbejde også ændringer i ledelse og arbejdskultur. En sådan udvikling kræver prioritering af ressourcerne med henblik på systematiserede, strategiske tiltag.

Denne udvikling er i gang på hospitalerne, mens udviklingen i hovedparten af almen praksis er relativt ny. At almen praksis reelt kan løfte opgaven, er påvist i en almen praksis i Korsør, som over en kort årrække har sikret og dokumenteret god behandlingskvalitet for hovedparten af deres godt 300 patienter med type 2-diabetes og nu behandler ca. 97% af dem [25]. Potentialt i den igangværende udvikling er således ganske overvældende. Vedrørende datafangst, viser de foreløbige erfaringer dog, at brugen af data generelt set har været beskednen. Der arbejdes p.t. med forskellige implementeringsmodeller for at sikre kvalitetsudviklingen i almen praksis med udgangspunkt i egne data, eksempelvis kronikerkompasset i Region Midt [26] og facilitatorprojektet i Region Hovedstaden [27].

DEN INDIVIDUALISEREDE BEHANDLING OG SÆRLIGE UDFORDRINGER MED SÅRBARE PATIENTER

Type 2-diabetes er karakteriseret ved en betydelig social gradient, og individuelle forhold hos patienterne betyder, at den enkelte patient ikke altid passer ind i

forløbsprogrammer og stratificeringer. Patienterne har ofte flere konkurrerende kroniske sygdomme, som nødvendiggør en helhedsorienteret tilgang, hvor de biomedicinske sygdomme kun sjældent kan adskilles fra psykiske og sociale problemstillinger.

En speciel bekymring er en gruppe af sårbare patienter, som enten ikke vil modtage det offentlige behandlingstilbud, fordi de ikke passer ind, eller er svære at håndtere for de sundhedsprofessionelle. Patienter med høj alder, psykisk sygdom og psykisk sårbarhed, komorbiditet samt kulturelle og sproglige barrierer kan udgøre betydelige behandlingsmæssige udfordringer. Disse patienter har ofte ikke helbredsmæssige, sociale, psykiske, økonomiske, uddannelsesmæssige og kognitive resurser og kompetencer til at handle i forhold til deres diabetes og har derfor et større behov for en individuelt tilpasset støtte og en særlig behandlingsindsats. Manglende hensyn til disse patienter kan ligefrem indebære en risiko for en øget ulighed i sundheden hos patientgruppen med type 2-diabetes.

HVOR LANGT ER VI NÅET, OG HVAD MANGLER VI?

Vejen til ét sammenhængende sundhedsvæsen, hvor alle ved, hvem der gør hvad og hvorfor, kan synes lang. Selvom udfordringerne er store, er vi dog i Danmark privilegeret ved, at alle kernelementer i den skitserede model for håndtering af kroniske patienter [11] enten allerede eksisterer eller er under udvikling. Ikke hermed sagt, at udviklingen kommer til at gå så hurtig, som alle drømmer om. Ting tager tid – og skal måske tage tid? Relativt velfungerende, lokalt tilpassede og over årtier forfinede elementer af det danske sundhedsvæsenet skal ikke rives ned i vores iver efter at forsøge at nå visionen.

Forbedringspotentialet er dog utvivlsomt stort. Screeningen for senkomplikationer er systematiseret i hospitalssektoren, og resultaterne rapporteres til NIP. I primærsektoren skal dette sikres i de kommende år på basis af data fra almen praksis, praktiserende øjenlæger og fodterapeuter. Herudover bør der i de kommende år arbejdes på, at vi kan dokumentere effekten af de mange tiltag, der implementeres i øjeblikket. Specielt tre vigtige opgaver forestår: Kvalitetsvurderingen via NIP-diabetes bør udvides med rehabiliteringsdata, patientforløbet bør it-understøttes tværsektorielt, og nye tværsektorielle samarbejdsformer bør udvikles og afprøves. En it-understøttelse med direkte tværsektoriel adgang til fælles data for behandling og rehabilitering er grundlæggende nødvendig for implementering af forløbsprogrammerne og er derfor den mest presserende opgave. En sådan vil åbne op for nye tværsektorielle samarbejdsformer.

KORRESPONDANCE: Thomas Bo Drivsholm, Afdeling for Almen Medicin og Forskningsenheden for Almen Praksis, Center for Sundhed og Samfund, Københavns Universitet, Øster Farimagsgade 5, 1014 København K. E-mail: thdrivs@sund.ku.dk

ANTAGET: 14. august 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Drivsholm T, Christensen I, Jensen JB et al. Teambuilding i almen praksis om type 2 diabetes – afprøvning af en model for arbejdet med kroniske sygdomme. Et kvalitetssikringsprojekt i de tidligere Amter i Region Hovedstaden. 2008. <http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/4A3D9F7C-8E30-4EBD-AAC8-BD6A76A76764/0/Teambuildingrapport.pdf> (15. aug 2012).
2. Type 2-diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling. <http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Diabetes/Handleplan/MTV%20om%20type%20%20diabetes.ashx> (15. aug 2012).
3. Handlingsplan om diabetes, 2003. <http://www.sst.dk/planlaegning%20og%20kvalitet/diabetes/handlingsplan.aspx> (15. aug 2012).
4. Diabetesstyregruppen. <http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Diabetes/Diabetesstyregruppen.aspx> (15. aug 2012).
5. NIP-diabetes. <http://www.nip.dk> (15. aug 2012).
6. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram. <http://www.rkkp.dk> (15. aug 2012).
7. Diabetes Register. <http://www.sst.dk/indberetning%20og%20statistik/sundhedsstyrelsens%20registre/diabetesregister.aspx> (15. aug 2012).
8. Carstensen B, Kristensen JK, Ottosen P et al. The Danish National Diabetes Register: trends in incidence, prevalence and mortality. *Diabetologia* 2008;51:2187-96.
9. Datafangstmodulet. www.dak-e.dk (15. aug 2012).
10. http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Om%20L%C3%A6geforeningen/ORGANISATION/LAEGEFORNINGEN_I_TAL (15. aug 2012).
11. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb, 2005. http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kronisk%20sygdom%20og%20forloebprogrammer/links%20til%20publikationer/kronikerrapporter/Kronisk_sygdom_patient_sundhedsvaesen_samfund.ashx (15. aug 2012).
12. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998;1:2-4.
13. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002;288:1775-9.
14. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA* 2002;288:1909-14.
15. Improving chronic illness care. www.improvingchroniccare.org/change/model/components.html (15. aug 2012).
16. Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002;324:135-41.
17. Strandberg-Larsen M. Measuring integrated care. [p.hd.-afhandl]. København: Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, 2008.
18. Schiøtz M. Chronic illness care – comparing self-management support in the Danish Health Care System and Kaiser Permanente [p.hd.-afhandl]. København: Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet, 2010.
19. Frølich A. Hvad kan det danske sundhedsvæsen lære af Kaiser Permanente? Odense: Syddansk Universitetsforlag, 2011.
20. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Del I: Generisk model. Del II: Forløbsprogram for diabetes, 2008. http://www.sst.dk/publ/publ2008/Plan/Kronisk_forloebprogrammer2008.pdf (15. aug 2012).
21. Lassen B. Erfaringer med stratificering af diabetespatienter i almen praksis – hvordan optimeres samarbejdet mellem almen praksis og det lokale ambulatorium? *Behandlerbladet*, 2009.
22. Snorgaard O, Drivsholm TB, Breum L et al. Farmakologisk behandling af type 2-diabetes. <http://www.dsam.dk/files/11/diabetesbehandling.pdf> (15. aug 2012).
23. Lassen B, Christiansen JS, Lauritzen T et al. Insulinbehandling af patienter med type 2-diabetes. <http://www.dsam.dk/files/11/diabetesbehandling.pdf> (15. aug 2012).
24. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach. Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD), 2012. http://87.234.226.93/easd_intranet/easdwebfiles/statements/EASD_ADA%20position%20statement.pdf (15. aug 2012).
25. Lassen B, Andersen J, Madsen H. Struktur på diabetesbehandlingen i almen praksis. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2006;84:1057-68.
26. *Kronikerkompasset*. <http://www.kronikerkompasset.dk/> (15. aug 2012).
27. Facilitator Projektet. <http://www.regionh.dk/kronikerprogram/menu/Projekter/Kompetenceudvikling/Facilitatorbesoeg/Facilitatorbesoeg%3b%8g.htm> (15. aug 2012).