

Bedre samarbejde mellem almen praksis, kommune og hospital kan optimere behandling af patienter med type 2-diabetes

Hans Jørgen Gjessing¹, Ulla Linding Jørgensen¹, Charlotte Chrois Møller¹, Lis Høge², Anne Mette Dalgaard³, Kristian Wendelboe Nielsen⁴, Lis Thomsen⁵ & Martin Sandberg Buch⁶

KVALITETS- UDVIKLINGS- ARTIKEL

- 1) Medicinsk Afdeling, Fredericia Sygehus, Sygehus Lillebælt
- 2) Sundhedsafdelingen, Middelfart Kommune
- 3) Pleje og Sundhed, Fredericia Kommune
- 4) Lægehuset i Harndrup
- 5) Lægekompagniskabet Venusvej 2, Fredericia
- 6) Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

Ugeskr Læger
2014;176:V09130547

Gennem de senere år er der på tværs af sektorerne almen praksis, sygehus og kommuner udviklet forløbsprogrammer for patienter med type 2-diabetes med fokus på patientuddannelse, stratificering, koordinering af patientforløbene, videndeling og anvendelse af it [1, 2]. Sygehus og kommune har et fælles ansvar for at sikre kvalitetssikrede og sammenhængende patientuddannelses-/rehabiliteringsforløb, hvor sygehuset skal viderebringe specialiseret viden, mens kommunen har fokus på kost, rygning, alkohol og motion (KRAM). Almen praksis har det primære ansvar for henvisning til kursustilbud i kommuner og på sygehuse.

I projekterne Det Almenmedicinske Kvalitetsprojekt (DAK) og Den Gode Medicinske Afdeling har man peget på en stratificeringsmodel med opdeling af type 2-diabetes i tre niveauer afhængig af sygdomskompleksitet [3]. Den samme stratificeringsmodel er gengivet i forløbsprogrammet fra både Sundhedsstyrelsen [1] og Region Syddanmark [2].

Diabetesambulatoriet i Fredericia fik i 2010 bevilliget midler fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse til at forbedre patientforløbene for patienter med type 2-diabetes. Projektet havde følgende formål: 1) at etablere et sammenhængende kursustilbud til patienter med type 2-diabetes på tværs af Fredericia Sygehus og Middelfart og Fredericia Kommuner, 2) at styrke samarbejdet med de praktiserende læger i Middelfart og Fredericia Kommuner, i henhold til den udmeldte stratificeringsmodel for patienter med type 2-diabetes, og 3) at afdække andre behov for kommunikation og videndeling mellem sektorerne sygehus, almen praksis og kommuner og implementere disse i patientforløbene

METODE

Projektet er et samarbejde mellem Sygehus Lillebælt v/ Diabetesambulatoriet i Fredericia, almen praksis i Middelfart og Fredericia Kommuner, Middelfart og Fredericia Kommuner, Region Syddanmark og Dansk Sundheds Institut (DSI), som pr. 1. juli 2012 er placeret under Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Der blev nedsat en tværfaglig arbejdsgruppe med deltagelse af såvel faglige medarbejdere som ledelse fra kommunerne, sygehuset og almen praksis. To diabetesygeplejersker blev for projektets midler ansat i to halvdagsstillinger. Projektsygeplejerskerne skulle besøge alle praksisser i de to kommuner og indhente oplysninger om kendskab til forløbsprogram og stratificeringsmodel og om henvisningspraksis til undervisning på sygehuset eller i kommunerne samt afdække andre forhold til optimering af diabetesindsatsen. Sygeplejerskerne etablerede en arbejdsgruppe med deltagelse af få nøglemedarbejdere fra de to kommuner til planlægning af et fælles sammenhængende kursustilbud til patienter med type 2-diabetes. Projektets resultater blev løbende dokumenteret af diabetesygeplejerskerne. Desuden foretog DSI en evaluering baseret på interview af nøglepersoner og observation af sygeplejersker og samarbejdspartnere [4].

Formålet med projektet var således at forbedre strukturer og processer i samarbejdet mellem almen praksis, diabetesambulatoriet og kommunerne, men ikke at dokumentere forbedringer af behandlingsresultater.

RESULTATER

Samarbejdet med almen praksis

Projektet startede i oktober 2010 med et stormøde med almen praksis i de to kommuner efterfulgt af sygeplejerskernes besøgsrunde. Ved stormødet og besøgsrunden var der deltagelse af hhv. 19 og 24 ud af 25 mulige praksis.

Ved besøgsrunden i almen praksis besvarede de praktiserende læger og deres personale en række spørgsmål fra de to projektsygeplejersker (Tabel 1). Stratificeringsmodellen og forløbsprogrammet var ret ukendt, og der var relativt få henvisninger til især de kommunale tilbud. I ca. to tredjedele af praksisserne kunne man varetage kontrol af patienter i insulinbehandling, og i ca. halvdelen kunne man selv påbegynde insulinbehandling. Der var stor interesse for udsendelse af nyhedsbreve fra ambulatoriet. Besøgsrunden afdækkede desuden et ønske om studiebesøg

i diabetesambulatoriet og et ønske om etablering af en fælles elektronisk henvisningsplatform med én indgang til undervisning og rehabilitering i kommunerne og på sygehuset.

Siden besøgsrunden har der været afholdt to kurser i insulinbehandling for praksispersonale, og der har været besøg af otte praksispersonaler i diabetesambulatoriet. I marts 2012 blev der afholdt stormøder med deltagelse af almen praksis, diabetesambulatoriet og kommunerne for at præsentere den samlede kursuspakke og konfirmere anvendelsen af DAK's stratificeringsmodel. Samlet var der 52 deltagere fra almen praksis med repræsentation af 20 ud af 25 praksisser.

Samarbejdet med Fredericia og Middelfart Kommuner

I arbejdsgruppen med deltagelse fra diabetesambulatoriet og de to kommuner var det i begyndelsen svært at opnå en fælles forståelse for at etablere et sammenhængende undervisningstilbud til patienterne med type 2-diabetes. Her fungerede repræsentanten for DSI som katalysator for arbejdsgruppen.

Pr. 1. januar 2012 forelå det nye sammenhængende undervisningstilbud til patienterne. Kommunerne etablerede også tilbud til sårbare patienter. Tilbuddene kan ses på Region Syddanmarks elektroniske portal for sundhedsfaglige tilbud med indgang fra både kommunerne og sygehuset [5-7]. Samtidig lykkedes det at etablere en enstregig elektronisk henvisningsprocedure, hvor egen læge henviser til kursus i sygehusregi eller i kommunalt regi via den kommunale diabeteskoordinator. Hvis egen læge er i tvivl om det rette tilbud, kan koordinatoren tage stilling til et kursus på sygehuset eller i kommunen evt. efter en sundhedssamtale med patienten. Efter et undervisningsforløb på sygehuset, kan man herfra efterfølgende elektronisk henvise til kommunal opfølgning.

I projektperioden gennemførte et stigende antal patienter et undervisningstilbud på sygehuset og i særlig grad i kommunerne (**Tabel 2**).

Arbejdsgruppen fokuserede også på evt. behov for tilbud af undervisning til personale i kommunerne. Der er nu gennemført tre kursusforløb om type 2-diabetes for hjemmesygeplejersker og andet personale i Fredericia Kommune.

Sideløbende med projektet blev én af de to diabetesygeplejersker ansat som diabeteskoordinator ved Sygehus Lillebælt til at koordinere patientforløbene mellem Sygehus Lillebælt og sygehusets tilknyttede kommuner og praktiserende læger.

Som led i projektet kom der fokus på koordinering af indsatsen i de to kommuner, og det har resulteret i ansættelse af diabeteskoordinatorer i Middelfart og Fredericia Kommuner.

TABEL 1

	Ja	Nej
Kender forløbsprogram for diabetes	7 (29)	17 (71)
Kender stratificeringsmodeller og arbejdsdeling med ambulatoriet	8 (33)	16 (67)
Har henvist til sygehusets diabetesundervisning	19 (79)	5 (21)
Har henvist til kommunal diabetesundervisning	12 (50)	12 (50)
Bruger anbefalet diabetesdagbog	23 (96)	1 (4)
Har praksispersonale med selvstændige konsultationer i relation til diabetes	18 (75)	6 (25)
Praksis kan varetage kontrol af insulinpatienter	15 (62)	9 (38)
Praksis kan selv starte insulinbehandling	11 (46)	13 (54)
Interesse for nyhedsbrev	23 (96)	1 (4)

Almen praksis' kendskab til og anvendelse af forløbsprogram for type 2-diabetes – resultater fra besøgsrunde til 24 ud af 25 mulige praksis. De anførte værdier er n (%).

TABEL 2

	2010	2011	2012
Fredericia Kommune	16	70	80
Middelfart Kommune	17	25	35
Fredericia Sygehus	78	98	111

Antal gennemførte undervisningsforløb på diabeteskurser i kommuner og på sygehus.

I **Tabel 3** er projektets indvirkning på strukturer og processer i det tværsektorielle samarbejde resumeret.

DISKUSSION

I projektet er det lykkedes at forbedre indsatsen for patienter med type 2-diabetes i samarbejde mellem sektorerne almen praksis, diabetesambulatorium og kommuner og mellem ledere og medarbejdere.

DSI's evaluering viste, at projektet havde styrket almen praksis' rolle i diabetesbehandlingen, samtidig med at man gensidigt var nået frem til en fælles forståelse af, hvordan patientforløb skulle være mellem sygehus, almen praksis og kommuner baseret på gensidig tillid og respekt [4]. Herved er det blevet muligt at etablere et sammenhængende, gensidigt supplerende, kursustilbud til patienter med type 2-diabetes på tværs af sygehus og kommuner og med en forenklet elektronisk henvisningsprocedure fra almen praksis og internt mellem sygehus og kommuner. Inden projektet blev iværksat, var der konkurrerende tilbud med forskellige henvisningsprocedurer til forvirring for almen praksis og patienterne. Konceptets succes kunne verificeres ved et stigende antal patienter, der blev henvist til diabeteskursus både i kommuner og på sygehus. Andre væsentlige dele af koordinationsindsatsen er også lykkedes, herunder er der gennem-



TABEL 3

Resumé af projektets indvirkning på strukturer og processer i samarbejdet mellem almen praksis, diabetesambulatorium og kommuner.

Strukturer
Besøgsrunde gennemført hos 24 ud af 25 praksis
Stormøder gennemført mellem praksis, kommuner og diabetesambulatorium med stort deltagerantal
Sammenhængende kursustilbud etableret til patienter med type 2-diabetes
2 temadage gennemført for praksispersonale med fokus på insulinbehandling
3 undervisningsforløb gennemført i hjemmeplejen i Fredericia Kommune
Temadage om den diabetiske fod gennemført for fodterapeuter
Studiebesøg for 8 praksispersonaler i diabetesambulatoriet
4 nyhedsbreve udsendt
1 af projektsygeplejerskerne ansat som halvtidsdiabeteskoordinator ved Sygehus Lillebælt og omgivende kommuner og lægepraksis
Diabeteskoordinatorer ansat i de 2 kommuner
Enstrengt elektronisk henvisningsprocedure til diabeteskursus etableret
It-kommunikation mellem praksis og kommune og mellem kommune og sygehus etableret
Gensidig fælles forståelse af patientforløb mellem sygehus, kommuner og almen praksis etableret
Almen praksis' rolle i diabetesbehandlingen styrket
Mistillid mellem sektorerne sygehus, kommuner og almen praksis ændret til gensidig tillid
Processer
Fleere undervisningsforløb for patienter i kommunerne
Fleere undervisningsforløb for patienter i diabetesambulatorium

ført undervisningsforløb for praksispersonale og hjemmepleje. Vores metode med ansættelse af to halvdagsdiabetesygeplejersker i to år er resursekrævende. En anden metode til at opnå gensidig tillid kan f.eks. være etablering af »fælles skolebænk«, hvor nøglepersoner fra sektorerne mødes i et fælles målrettet kursusforløb [8].

Det er indtrykket, at den eksterne bistand fra DSI havde stor indflydelse på projektets forløb ved at holde projektdeltagerne på sporet. Ekstern bistand bør derfor overvejes ved etablering af patientforløbsprogrammer på tværs af sektorer.

Besøgsrunden hos de praktiserende læger dokumenterede et begrænset kendskab til stratificeringsmodellen og forløbsprogrammet. Modellen er ikke længere anbefalet af DAK, og den er også fjernet fra datafangstmodulet i de praktiserende lægers overenskomst og fra Sundhedsstyrelsens seneste rapport om kronisk sygdom fra december 2012 [9].

Center for Kvalitet i Region Syddanmark har i 2012 foretaget audit på type 2-diabetes-patientforløb [10]. Denne audit har vist, at fordelingen i Fredericia mellem kompliceret sygdom og middelkompliceret

sygdom er på hhv. 51% og 40% og er den samme som ved de øvrige centre i Region Syddanmark. Da flere patienter følges i ambulatoriet i Fredericia, er der dermed også identificeret flere patienter med komplicerede forløb. Det synes således som om, at stratificeringsmodellen fra DAK har været anvendt i en væsentlig del af patientforløbene, måske som følge af ambulatoriets interesse for stratificering i kombination med projektets indsats med stormøder og besøgsrunde i almen praksis.

Ved de afsluttende stormøder i de to kommuner var der stort fremmøde fra de praktiserende læger. Baggrunden er formentlig, at der i projektgruppen indgik to dedikerede praktiserende læger, som nød tillid fra både sygehuset og almen praksis, at møderne var planlagt i samarbejde med sygehuset, kommunerne og almen praksis, og at de to læger fra almen praksis indgik som organisatorer af møderne og også kom med væsentlige bidrag under møderne.

KONKLUSION

Samarbejde på tværs af sektorerne almen praksis, sygehus og kommune kan forbedres ved, at indsatsen planlægges og udvikles i et tværsektorielt samarbejde, der involverer både ledere og medarbejdere. Vores projekt har medført, at flere patienter med type 2-diabetes får anbefalede undervisnings- og livsstils-tilbud, at almen praksis' indsats er blevet styrket i diabetesbehandlingen, og at der er opnået gensidig tillid og respekt imellem sektorerne, der er involveret i diabetesindsatsen.

KORRESPONDANCE: Hans Jørgen Gjessing, Medicinsk Afdeling, Fredericia Sygehus, Sygehus Lillebælt, Dronningensgade 97, 7000 Fredericia.

E-mail: hans.gjessing@rsyd.dk

ANTAGET: 26. februar 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 2. juni 2014

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Del I: Generisk model. Del II: Forløbsprogram for diabetes. København: Sundhedsstyrelsen, 2008.
2. Forløbsprogram for voksne patienter med Type 2-diabetes i Region Syddanmark. <http://regionsyddanmark.dk/dwn117193> (7. mar 2014).
3. Andersen JS, Frølich A, Rytter L et al. Bedre forløb for patienter med kroniske sygdomme – ved hjælp af tværsektoriel risikostratificering. DSKS-nyt 2006; 14:4-7.
4. Buch MS. Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2012.
5. Diabeteskursus – Type 2 – Tværsektorielt. www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/sundhedstilbud/region-syddanmark/kommuner/middelfart/diabetes/diabeteskursus-type-2-tvaersektorielt/ (7. mar 2014).
6. Diabeteskursus – Type 2 – Tværsektorielt. www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/sundhedstilbud/region-syddanmark/kommuner/fredericia/diabetes/diabeteskursus-type-2-tvaersektorielt/ (7. mar 2014).
7. Diabeteskursus – Type 2 – Tværsektorielt. www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/sundhedstilbud/region-syddanmark/hospitaler/diabetes/slb-diabeteskursus-type2-tvaersektorielt/ (7. mar 2014).
8. Buch MS. Forløbskoordination på kronikerområdet – hvad skal der til i praksis? Fokus 2008;23.
9. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model. København: Sundhedsstyrelsen, 2012.
10. Qvist P. Diabetesaudit med fokus på stratificering. Center for Kvalitet i Region Syddanmark. www.centerforkvalitet.dk/wm293097 (7. mar 2014).