

Diabetes i Almen Praksis 2010

Muligheder og barrierer



Forudsætninger for god diabetesbehandling

- **Rettidig indsats**
- **Individuel behandling**
- **Optimal organisering og struktur på behandlingen/kontroller**
- **Bedst mulige opnåelige mål med tværsektoriel indsats**
- **Løbende monitorering af indsatsen mht. identificere indsatsområder**

Hvad har almen praksis brug for?

- **Organisationsformer og støtte redskaber (datafangst), som understøtter proaktiv indsats i almen praksis**
- **Ressourceeffektive samarbejdsformer mellem almen praksis og speciallægerne.**
- **Tæt samarbejde med kommunerne**

Rammerne for indsatsen

Er det her vi finder barriererne for en endnu bedre diabetesbehandling?

- **Manglende tilslutning til datafangst**
- **Stratificeringspyramide som model for det tværsektorielle samarbejde**

Hvad kan datafangst?

<http://www.dak-it.dk/demo.html>

Stratificering - nuværende nøglen til organisation af den tværsektorielle indsats

- **Logikken er:**
 - Mere syg, mere specialiseret behandling.**
- **Vi skal fordele patienterne og ansvaret for kvaliteten af behandlingen mellem sektorerne**

Niveau 1:

Laveste risiko niveau. Hovedvægt på egenkontrol fx med 1-2 årlige kontroller i almen praksis.

Niveau 2:

Risiko for forværring.

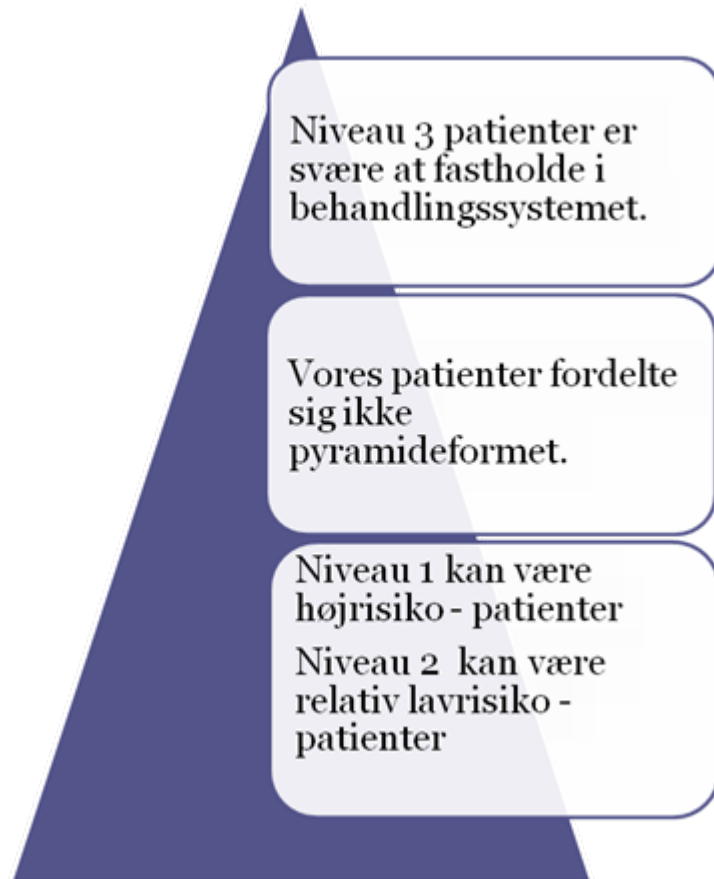
Behov for mere intensiv kontrol i almen praksis.

Behov for præcis behandlings-kontrol og rehabilitering med opfølgning.

Niveau 3:

Højrisiko for forværring. Sygehus/specialist niveau.

Behov for fortløbende kontrol og rehabilitering i specialafdelings regi.



Fra model til almen praksis

Dataindsamling viser at stratificering:

- Beskriver ikke vores virkelighed
- Er ikke dynamisk.
- Fremmer ikke rettidig omhu
- Begrænsende i forhold til at udnytte den højt specialiserede viden, vi har til rådighed

Eksempel på anvendelse

- **I Region Nord** har man februar 2010 udmeldt henvisningskriterier til hospitaler og diabetesskoler for Type 2 diabetikere som alene giver mulighed for henvisning til ambulatoriet, hvis en patient er stratificeret i Niveau 3.

Giver det mening?

Evidens?

Samarbejde tværsektorielt

- der giver mening for almen praksis

- **Målsætning som platform for samarbejdet**
- **Når patienten henvises og i hele forløbet deles ansvaret for behandlingskvaliteten.**

Hvem er ekspertten?

- Alle patienter med en livslang kronisk sygdom har brug for både den ekspertviden, der ligger i praksis og i sygehusambulatoriet, hvis behandling skal optimeres.
- Enten direkte eller indirekte i form af adgang for lægen til vidensdeling og rådgivning.

Patienten som ekspert

- Patienten får egne data i overskuelig form
- Patienten sætter egne mål for intervention livsstil og medicin med udgangspunkt i kendskab til egne data og relevant rådgivning

Målsætningsarbejde - hvordan?

- Pt henvises, når ønskede mål ikke opnås i praksis
- Pt afsluttes fra kommune eller ambulatorie, når mål er nået
- Pt afsluttes, når der er opnået bedst mulige resultater også selv om oprindelige mål ikke nås
- I epikrisen beskrives barrierer for at opnå mere ambitiøse mål.
- Patienten genhenvises, når almen praksis har intervenseret i forhold til mulige barrierer (alkohol, depression, andre konkurrerende lidelser, sociale faktorer osv.)