

Struktur på diabetesbehandlingen i almen praksis

Diabetesambulatorium i almen praksis?

Teamarbejde, læring og kvalitetsstyret udvikling

Artiklen beskriver, hvordan et større lægehus med tre læger, 4.500 patienter og fire sygeplejersker a 26 timer pr. uge systematisk har tilrettelagt behandlingen af type 2-diabetikere med hovedvægt på sygeplejerskens indsats. Artiklen giver god inspiration til opstilling af målsætninger, undervisning af personale og praktisk gennemførelse af kontrolkonsultationer, og ikke mindst illustrerer den, hvordan man systematisk har arbejdet med kvalitetsudvikling, fx har praksis på fire år øget antallet af diagnosticerede type 2-diabetikere fra 93 til 184. Ikke alle lægeklivikker har volumen til at gøre det som i dette eksempel, men der er inspiration for alle, også for dem der vil udvikle behandlingen af andre kroniske sygdomme og lidelser.

BIOGRAFI:

Berit Lassen, Jørgen Andersen og Helge Madsen er praktiserende læger i Korsør.

BERIT LASSENS ADRESSE:

Lægecenter Korsør, Gl. Banegårdsplads 4, 1., 4220 Korsør. E-mail: bl@lc-k.dk

Siden 2003 har vi i Lægecenter Korsør arbejdet på at opbygge et praksisambulatorium for type 2-diabetikere, hvor sygeplejerskerne primært tager sig af 3 årlige diabeteskontroller og de diabetesrelaterede konsultationer, mens lægerne primært foretager årlige kontroller.

Denne artikel beskriver baggrunden for etableringen af samarbejdsmodellen, det praktiske forløb og gevinsten ved omlægning af arbejdet.

Det »akuttes tyranni«

Inden omlægningen af diabeteskontrollerne var de ofte ustrukturerede og indholdet af varierende kvalitet. Patienternes opmærksomhed på helbredsmæssige forhold, der vedrørte deres type 2-diabetes (DM2) var svingende, og lægerne var ikke systematiske mht. at sikre den forebyggende indsats. Med en strukturændring ønskede vi at blive bedre til at opspore diabetespatienterne, optimere den glykæmiske regulering og bedre deres risikoprofil.

Opbygningen af et diabetesambulatorium er et opgør mod »det akuttes tyranni«, dvs. det forhold, at selv om der aftales en diabeteskontrol med patienten, bliver vi mødt af patienten med en hel anden dagsorden, som er af mere akut karakter. Kontrollerne kan derfor ende med at blive nedprioriteret, udskudt eller aflyst. Med et diabetesambulatorium vil vi signalere, at hovedindholdet i konsultationerne ligger i faste rammer med fokus på diabe-

tes, mens eventuelle andre problemstillinger kræver en anden selvstændig konsultation.

Det, vi nu kan tilbyde vores DM2-patienter, er:

- Et gennemarbejdet patientforløbsprogram, der tager højde for, hvilket indsatsniveau den enkelte patient har brug for
- At undervisning i egenomsorg og motiverende samtaler er kerneområder
- At vi har et ensartet tilbud til alle diabetespatienter uanset hvilken læge, de er tilknyttet

Når sygeplejerskerne tager del i diabetesomsorgen, får vi flyttet nogle af lægekræfterne fra den store gruppe af DM2-patienterne, som er ganske velregulerede, til de patienter, der er komplicerede, uafklarede eller har komplikationer. Men herudover opnår vi, at den store gruppe af patienter, der ikke er så resursekrævende, kan tilbydes en mere målrettet individuel indsats i form af fleksible kontroller, undervisning og motiverende samtaler hos sygeplejersken. Målsætning er desuden at opkvalificere diabetesindsatsen, så lægerne kan varetage mere komplicerede patientforløb og samtidig tilbyde det, som er styrken ved almen praksis, nemlig at behandle patienterne ud fra et helhedssyn, der bygger på vores kendskab til deres liv og deres vilkår.

Modellen for samarbejdet om patient-

kontrollerne med sygeplejerskerne er teamstruktur. En væsentlig årsag til det valg var, at vi tidligere oplevede, at der var en risiko for, at årelange ensartede kontroller hos lægen alene kunne gøre ham/hende blind for de muligheder, der kan ligge for bedre regulering, behandling eller risikoreduktion. Teamfunktion kunne åbne for større optimisme med hensyn til interventionsmulighederne og motivationspotentialet, samt frigøre resurser til en mere udbygget patientvejledning.

Beslutningsgrundlaget bygger på evidensen fra MTV-rapporten i 2003 og senere DSAM's diabetesvejledning, som vi har omsat til egne målsætninger, instrukser og vejledninger.

Forløb for patienter med kendt type 2-diabetes

Grundstrukturen i diabetesopfølgningen er 3 årlige kontroller hos sygeplejersken og 1 årskontrol hos lægen. Herudover tilbydes en årlig fodundersøgelse hos sygeplejersken, hvor det primære formål er at identificere patienter med risikofødder og rådgive om forebyggelse af fodsår. Det kan være relevant at aftale færre eller flere kontroller med patienterne, afhængig af patienternes ønsker og behov. Typisk vil velregulerede patienter med god egenomsorg have behov for færre kontroller. Omvendt vil f.eks. patienter med meget svingende blodsukkerværdier få tilbudt en tættere opfølgning i perioder.

Det bærende princip i tilrettelæggelsen af patientforløbene er fastlæggelse af behandlingsmål. I forbindelse med årskontrollen hos lægen aftales der med patienten hvilke behandlingsmål, der skal arbejdes hen imod i forbindelse med de løbende 3 diabeteskontroller, og som skal gælde indtil næste årskontrol. Målene er meget forskellige, fordi patienterne har forskellige grader af erkendelse, resurser og motivation. Vi forsøger at give patienter størst mulig indsigt i betydningen af at sætte ambitiøse mål og motivere dem til at forsøge at nå dem med vores hjælp. Målene kan f.eks. være tobaksophør, væggtab, livsstilsændringer eller lavere HbA1c-niveau. Hvis patienten i den mellemliggende periode bliver syg, eller hvis risikoprofilen ændrer sig, f.eks. pga. stigende BT, får diabetikeren en ny tid til vurdering hos lægen i teamet. Lægen overtager så konsultationerne, indtil patienten er behandlet, afklaret og/eller der er sat nye mål for diabeteskontrollerne. Hvis målene ikke nås på trods af relevant indsats, eller hvis der opstår komplicerende forhold som f.eks. sår, hypoglykæmi, iskæmisk hjertesygdom, inkomensation eller makroalbuminuri, henvises patienten til det lokale sygehusambulatorium.

Forløb for patienter med glukoseintolerans

Allerede inden patienten har fået stillet diagnosen DM 2, tilbydes vedkommende at indgå i et forløb. Vi har intensiv scree-

ning af vores patienter med særlig risiko for at udvikle DM2. Både læger og sygeplejersker er aktive mht. at identificere disse patienter og tilbyde dem udredning. Hvis faste plasmaværdierne ligger mellem 6 og 7, og glukosebelastningen efterfølgende tyder på glukoseintolerans, tilbydes dels en lægekonsultation mhp. forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom, dels en årlig diagnostisk blodsukermåling eller glukosebelastning. Desuden vil denne patientgruppe ofte efterfølgende få tid hos sygeplejersken til samtale om livsstilsændringer og opfølgende tider til f.eks. rygestop, væggtab og/eller kostændringer.

Forløb for patienter med nyopdaget type 2-diabetes

Det primære udredningsforløb strækker sig over 2–3 måneder. Patienten får taget relevante blodprøver, bliver set af øjenlæge og vurderes mht. risiko for udvikling af iskæmisk hjertesygdom. Behov for yderligere udredning, observation, medicinsk behandling og lægelig opfølgning afhænger af alder, comorbiditet og evt. komplicerende psykosociale forhold. Først når det primære behov for udredning og medicinregulering er dækket, overgår patienten til kontrollerne hos sygeplejerskerne. Sideløbende modtager patienten dog ofte behovsbestemt rådgivning vedrørende livsstilsændringer og uddannelse i egenomsorg hos teamsygeplejersken.

Teamfunktion og ligeværdige konsultationer

Ideen med teamfunktionen er, at hver diabetespatient ud over sin vanlige læge bliver tilknyttet en fast sygeplejerske. Lægen og sygeplejersken deler ansvaret for både de praktiske og faglige forhold omkring diabetesopfølgningen. Det er væsentligt, at patienten med en kronisk sygdom som diabetes ikke føler, at der er skiftende behandlere at skulle forholde sig til. Kontinuiteten og vores kendskab til sygdomsforløbet opfattes af patienterne som et kvalitetsparameter. Det er samtidig afgørende, at patienter oplever samme høje kvalitet i behandlingen, uanset om det er en læge eller en sygeplejerske, der varetager kontrollerne. Derfor måtte vi sikre os, at sygeplejerskernes faglige kvalifikationer kunne leve op til anerkendt faglig standard. Herudover er målet, at levere et kvalitetsløft i behandlingen på visse områder, idet sygeplejerskerne kan afsætte mere tid hvis nødvendigt, og kan opbygge større erfaring f.eks. i kost- og rygestopvejledning.

I den fase, hvor patienten overgår fra lægebehandling til ambulatoriet, har vi indført en fælleskonsultation, hvor både læge og sygeplejersken er til stede under konsultationen. Dette for at anskueliggøre for patienten, at lægen fortsat er involveret i diabeteskontrollerne både direkte og indirekte. Også med hensyn til de lokalemæssige forhold har vi meget bevidst valgt at sende det signal, at kvaliteten i diabetes-

kontrollerne er uafhængig af, hvem der varetager kontrollerne, idet det nyindrettede lokale til diabeteskonsultationerne svarer til lægelokalerne. Vilkaerne for sygeplejerskerne, de dage de er i ambulatoriet, svarer til lægernes vilkår, dvs. de skal ikke deltage i skrankearbejde eller almindelige rutineopgaver. Sygeplejerskerne har uhindret adgang til at »forstyrre« og få drøftet et akut opstået problem i ambulatoriet, så der ikke opstår ventetider pga. lægens manglende tilgængelighed. Herudover er der hver formiddag 15 minutters fælles pause med mulighed for at konferere problempatienter, ligesom vi holder vi ½ times frokost sammen, hvor skranken og telefonerne lukkes for at få ro til refleksion over faglige og kollegiale forhold, hvilket også bidrager til en styrkelse af teamfunktionen.

Videns- og erfaringsudveksling

Fra begyndelsen stod det klart, at teamfunktionen skulle bygge på et fælles videns- og værdigrundlag, hvis der skulle skabes en sammenhæng i behandlingsstrategien. I stedet for at sende sygeplejerskerne af sted på et eksternt kursus, afholdt vi selv undervisningen, som bestod i alt 13 × 2 timer. Undervisningen foregik over en periode på ½ år. De enkelte undervisningsseancer og emner blev fordelt mellem lægerne. Der var fokus på dels diabetes som sygdom i alle facetter, dels motivationsarbejdet og dels praktiske håndgreb og undersøgelsesmetoder. Forinden fik vi analyseret, hvilke

Fig. 1. *At arbejde med motivation. I vores diskussion på den første kursusdag fandt vi frem til, at der er ting, som vi skal gøre, og ting, som vi ikke bør gøre i motivationsarbejdet.*

Det vi gør	Det vi IKKE gør
Roser	Tager ansvaret fra patienten
Sikrer små sikre succeser	Finder fejl
Giver tid til eftertanke	Holder monolog
Tager udgangspunkt i patientens fortælling	Demonstrerer vores fine viden
Går i dialog	Påtager os hele initiativet
	Taler ned til patienten

kompetencer sygeplejerskerne allerede havde, hvilke nye skulle læres og på hvilken måde. Ved at udarbejde og gennemføre en læreplan for hele klinikken blev der sat fokus på »lægeklinikken som lærende institution«, hvilket i det daglige har stimuleret lysten til at erhverve ny viden, og vi tror, at det er med til at forebygge udrændthed både hos lægerne og personalet.

Undervisningsformen var i høj grad interaktiv, hvor svagheder og styrker i forhold til vores nye instrukser, målsætninger og vejledninger blev diskuteret. Hvis der var alternative muligheder, blev der opnået enighed om hvilken fremgangsmåde, der skulle benyttes, således at alle har haft en andel i resultatet af læringsprocessen. Endelig blev det færdigbearbejdede materiale samlet i en diabetesmappe, der én gang om året bliver revideret, og hvor der løbende indsættes nyt materiale. Meningen er, at man ikke behøver søge informationer flere forskellige steder, men i stedet har den nødvendige viden samlet ét sted. Mappen bliver flittig brugt af alle og ligger nemt tilgængelig på alle klinikens pc'er. Havde vi fået tilsendt en tilsvarende færdigbearbejdet manual, er det sandsynligt, at den ikke ville blive anvendt på tilsvarende vis pga. det manglende ejerskab til indholdet. Derimod kan vores arbejde ses som en aktiv metode til at implementere udsendte relevante kliniske vejledninger. Diabetesmappen kan ses på vores hjemmeside, www.lc-k.dk.

Lægernes udbytte af undervisningen var

også stort. Dels fik vi ny faglig viden, dels lærte vi noget om både vores ensartethed og vores forskelligheder. Dette sidste er ikke mindst vigtigt at afdække i en proces som denne. Det at lægernes forskelligheder, mht. hvilke problemområder de fokuserer på og deres forskellige måder at arbejde på, blev afdækket undervejs og medførte på nogle områder ændringer for hele lægegruppen i retning af nye og mere hensigtsmæssige metoder. Dette arbejde er i høj grad holdningsbearbejdende i retning af fælles mål og midler. Som et eksempel kan nævnes vores undervisning i »den motive-rende samtale«, hvor læger og sygeplejersker fandt fælles mål for den fremtidige indsats i forbindelse med de motiverende forebyggende samtaler med patienterne (se Fig. 1).

Vi har oplevet, at teamopbygningen er effektiv med hensyn til læringsprocesser, fordi der foregår livlig erfaringsudveksling både direkte og indirekte. En af grundene er, at lægerne og sygeplejerskerne ikke indgår parvis i faste team. Den enkelte patient har altid sin »faste læge og sygeplejerske«, men alle 3 læger har forløb med alle sygeplejerskerne. Det betyder, at når en sygeplejerske eller en læge får en erfaring i forbindelse med et forløb i et team, kan erfaringen videregives i en lignende situation, hvor der indgår en anden behandler.

På tilsvarende vis er der meget læring i fælleskonsultationerne, hvor erfaringsudviklingen kan ligne mesterlæreprincippet,

Laboratoriekort [210455-1451 Test Testesen]												
F2=Slet prøve F3=Dagsnotat F4=Proffer F5=Tilføj prøve F6=Se/Ret resultat F8=Vis detaljer F9=Vis grafik F10=Udskriv <Alt+F1>=Hjælp												
1. Klinisk kemi 9. Komplet labkort B. Børneundersøgelse D. Diabetes H. Hjertetrask H. Hjerteforsk L. Lungefunktion												
Prøvenavn	05-01-2005	01-02-2005	15-02-2005	23-02-2005	28-02-2005	02-03-2005	02-06-2005	01-09-2005	01-01-2006	01-03-2006	03-04-2006	14
OH NEVEAU												2
Kontrol art						Fodus.	fælleskons	1/3	2/3	3/3	fodus	års
Højde				169								
Vægt				88		88	86	88	85			86
BMI				↑31								
Tøjemål												
Systolisk blodtryk					150	153		145	142			135
Diastolisk blodtryk					92	94		88	89			90
Tobak					↑20							↑10
(FPT)-Glucose diagnostisk stofk.	6.7	6.6										
P-Glucose 120 min stofk.			11.1									
B-Hemoglobin A 1 c				6.1			6.0	↑6.3	↑6.2			6.1
P-Cholesterol, (total) stofk.		5.9										4.2
HDL-CHOLESTEROL		1.1										1.2
LDL-CHOLESTEROL		↑4.0										↑2.4
TRIGLYCERIDER		1.7										1.3
CREATININ				61								
S-Cobalamin(B12) stofk.												
U-albumin mg/mmol kreatinin				1.1								1.4
Perifer blodtryk					index 0.9	0.9				index	0.9/0.9	
vibrationsans					+/+							+/+
Sensibilitet fod					+/+							+/+
Fodterapi						henvist						
Øjenundersøgelse												+
EKG				ia								
Tabletbehandling												
Insulinbehandling												
lipidsænkende medicin					+							

Fig. 2. Diabetesprofil.

og hvor viden og gode metoder hos en læge »siver« til kollegaerne. Interaktionen mellem sygeplejersker og læger forstærkes ved fælles gennemgang af *cases*, hvor vi kan lære af sygehistorierne og samtidig blive superviseret, når der var konsultationer, der er svære at takle. Ved ikkeoptimale forløb har vi fundet frem til måder at sikre en bedre indsats fremover. Generelt er erfaringen, at »flere øjne på patienten« minimerer risikoen for fejl og forglemmelser.

Diagnosekodning og data

Strukturændringen skulle gerne medføre den kvalitetsforbedring, der var vores mål. Vi følger derfor effekten af den samlede indsats over for hele gruppen af diabetespatienter ved at samle og ordne data systematisk, så de kan fungere som kvalitetsindikatorer. Det medfører også bedre overblik over hvert enkelt patientforløb. Forudsætningen for en sådan kvalitetskontrol er

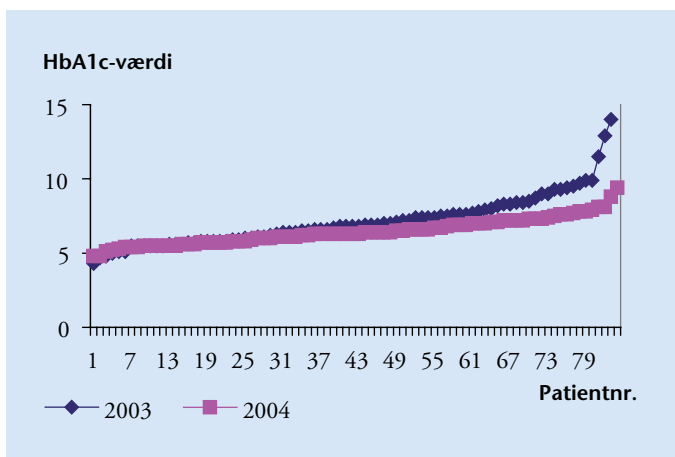
konsekvent ICPC-kodning af alle vores diabeteskontakter, og at data ikke står tilfældigt i journalnotater. For at kunne trække relevante data ud på en forholdsvis enkel måde og for at få et godt overblik over den enkelte patients data, er disse nu ordnet i skemaform. I Æskulap Windows fungerer det ved, at man i laboratorieskemaet laver en fane, der udgør en diabetesprofil (se Fig. 2). Vi har defineret, hvilke almindelige laboratoriedata, der automatisk skal gå med over i fanebladet, og herudover er der de brugerdefinerede data, vi selv har valgt, der skal med, og vi selv udfylder. Fanen kan overskues på ét skærmbillede. Tidligere var forskellige relevante data som f.eks. vægt, rygestatus og blodtryksværdier gemt i diverse journalnotater uden anden systematik end diagnosekodningen. Nu indgår de i diabetesskemaet, hvor man kan se udviklingen i de forskellige parametre over tid. Fordelen ved at registrere egne

Fig. 3a. HbA1c gennem 3 år i almen praksis i Korsør: Før og efter igangsætning af indsats.

Patienter, hvor der forelå værdier fra 2003, 2004 og 2005 med passende mellemrum.

Årstal	2003	2004	2005
Gennemsnit	0,071	0,065	0,065
Antal	73	86	104

Fig. 3b. HbA1c – før og efter.



data i form af en sådan diabetesprofil er, at fællesdata som f.eks. antal tobaksår bliver registreret automatisk og overført til den samme patients KOL-profil eller hjerte-profil, hvis han/hun fejler flere sygdomme, som bør monitoreres.

Praksis har diagnosekodet siden 1999 og har opnået en god rutine i diagnosekodning, hvilket, ud over at skabe et godt overblik i form af tværgående uddrag over patienternes diabetesrelaterede konsultationer i den elektroniske journal, også giver os mulighed for at finde alle vores diabetespatienter ved en simpel søgning i Æskulap Windows. F.eks. kan vi bruge det til at følge udviklingen i antallet af diabetespatienter. I 2002 havde vi 93 type 2-diabetikere registreret, i marts 2006 var antallet oppe på 184 patienter! Vi har i alt 4.500 patienter, og et af målene var at finde flere af de ca. 4% type 2-diabetikere, der forventes at være i en population, hvilket svarer til

180 patienter for vores praksis. Vi kan derfor se, at den intensiverede indsats mht. opsporing af type 2-diabetikere har haft den ønskede effekt. Der er ingen tvivl om, at det virker motiverende for den fortsatte kvalitetsudvikling, når det kan påvises, at kvalitetsmål kan nås!

HbA1c er et eksempel på en kvalitetsindikator, og patient-cases viser os, at i hvert fald enkelte patienter undervejs er blevet bedre reguleret og har fået minimeret risikoprofilen. Indførelsen af en årlig opgørelse over alle HbA1c-niveauerne viste, at vi havde »fået styr på vores diabetespatienter« (Fig. 3a), og at effekten især kunne ses hos de patienter, der havde været dårligst regulerede (Fig. 3b).

Ved en årlig gennemgang af alle diabetespatienter fanger vi derudover som en sidegevinst dem, der dropper ud af kontrollerne, således at vi kan genindkalde dem per brev. Udvalgte data giver os et godt bil-

lede af, at det nytter at vælge et indsatsområde for praksis, ligesom tallene kan afslører forsømte områder og dermed nye indsatsområder eller påvise et muligt læringsbehov. Det er også et værktøj til at fastholde fokus på diabetesbehandlingen, idet jævnlig kontrol af kvalitetsparametre vil afsløre, når de opnåede resultater ikke holder pga. vigende interesse.

Vi får indblik i, om der er undersøgelser, som udelades f.eks. pga. manglende relevans for patienten eller lægen, eller fordi undersøgelsen ikke er indarbejdet. Det stiller os over for valget mellem at droppe undersøgelsen eller opprioritere den. Eksempelvis taljemål falder ofte ud af undersøgelsesprogrammet. Vi er ikke afklarede med, om det fremover skal prioriteres højt, og hvordan vi så vil sikre os at undersøgelsen bliver lavet. Et andet eksempel er fodundersøgelsen, som vi læger sjældent fik gennemført inden strukturændringen, men som vi mener, har stor værdi. Det løste vi ved at tilbyde patienterne en årlig fodundersøgelse hos sygeplejerskerne. Patienterne er lettede over ikke at risikere at skulle »vise fødder« uden varsel i forbindelse med en af kontrollerne. Vi kan se ud af diabetesprofilerne, at der nu er høj patienttilslutning til denne undersøgelse, og at den sjældent udgår!

Ledelsesmæssige og økonomiske overvejelser

Fra starten har det været væsentligt, at alle var motiverede for at tage del i og kunne se

Orientering af personalet

- Rekapitulation af kendt viden
- Generelle ønsker ifm. personalesamtaler
- Tidshorisont
- Lokaler
- Personale
- Undervisningstilbud
 - Hvilke kompetencer har du allerede?
 - Hvilke kompetencer ønsker du at opnå?
 - Hvordan opnår du bedst de, du mangler?
 - Hvordan kan vi hjælpe?

Gennemgang af

- Styrker
- Svagheder
- Muligheder og trusler

Fig. 4. *Personalemøde.*

meningen med den forandring, etableringen af ambulatoriet krævede, inden vi lavede om på ansvarsområder, rutiner og arbejdsområder.

Fra de årlige medarbejderudviklingssamtaler vidste vi i forvejen, at sygeplejerskerne gerne ville arbejde mere med en formaliseret og kontinuerlig patientkontakt, hvorfor det var rammerne, de nødvendige kompetencer og grænserne for arbejdet i et ambulatorium, der skulle gennearbejdes på vores første personalemøde, som vi afholdt i forbindelse med processen (se Fig. 4). Især blev mulige barrierer drøftet (se Fig. 5). En så betydelig ændring i vores arbejdsform må nødvendigvis tage tid.

En køreplan for projektet var forudsætningen for, at processen hverken gik i stå eller tog for lang tid. Så med udgangspunkt i fælles mål og visioner fik lægerne udarbejdet en tidsplan, hvor det allervigtigste, nemlig startdatoen for diabetesambulatoriet, blev fastlagt. Fra præsentationen på personalemødet til startdato gik der 12 må-

- Hænger økonomien sammen?
- Vil personalet?
- Vil patienterne?
- Vil lægerne observeres i arbejdet?
- Vil lægerne afgive kompetencer og patienter?
- Kan lægerne klare undervisningen?
- Hvor meget »må« personalet?
- Hvad med ansvarsfordelingen?
- Frygt for et for stort ansvar
- Modstand mod nye opgaver, som bare læsses oven i de gamle
- Frygt for manglende støtte og supervision
- Dårlig timing i fælleskonsultationer
- Frygt for uoverskuelige arbejdsdage
- Ønske om at kunne lukke ambulatoriet, når der er travlt

Fig. 5. Barrierer og modstand.

- Teoretiske og faglige overvejelser
 - Ledelsesmæssige beslutninger
 - Involvering af personalet
 - Etablering af et fælles mål
 - Der fastsættes en startdato

Fig. 6. Fra tanke til handling.

neder (se Fig. 6). Vi har 4 sygeplejersker, som hver er ansat i 26 timer/uge. Vi har hverken laboranter eller sekretærer ud fra den tanke, at det er nemmere at skabe sammenhængskraft i klinikkens arbejde, når uddannelsesbaggrunden og forventningerne til det arbejde man skal udføre, ikke er for forskellig. Herudover er vi mindre sårbare i forhold til ferie og sygdom, når alle kan udføre det samme arbejde.

Vi har ingen »specialister«. Alle er principielt lige kvalificerede til alle typer arbejde, men hver sygeplejerske har et særligt interesseområde, som hun holder ajour for løbende at orientere kollegaer om nyheder. Primært var sygeplejerskerne ikke interesse-

rede i at skulle tage behandlingsmæssige initiativer, men ved klart at definere, at det fortsat er lægen, der har behandlingsansvaret og skal godkende ordinationen, er det blevet til en udfordring også at samarbejde om denne del af ambulatoriefunktionen. I dag oplever vi, at sygeplejerskerne foreslår opstart/dosisregulering på metformin, lipidsænkende behandling, ACE-hæmmer og Magnylbehandling, ligesom de er med i opstart og regulering af insulinbehandling.

Undervejs er det blevet nødvendigt at ændre sygeplejerskernes arbejdstider. Dette skete ikke uden modstand. Personalet var vant til ugentlige fridage, hvilket betød, at det var vanskeligt at samle klinikken til fællesundervisning, og at mange informationer i det daglige gik tabt for dem, der var væk. Lægerne varslede derfor rettidigt nye og ens arbejdstider, hvor alle er til stede i de travle formiddagstimer. Fra kl. 13.30 er receptionen lukket, og der er kun åbent for akutte telefonhenvendelser. Resten af dagen er lægerne uden hjælpepersonale.

Dette er dog det eneste eksempel på ledelsesmæssigt diktat undervejs i processen.

Økonomisk havde vi lavet et budget, der kalkulerede med, at omkostningerne til en ekstra sygeplejerskeløn og afskrivningen på indretning af et ekstra konsultationslokale samt ekstra husleje ikke oversteg de forventede indtægter i forbindelse med sygeplejerskernes konsultationer, hvilket kom til at holde stik. Med hensyn til de mange resurser, der er brugt til kursusaktivitet, op-

læring og planlægning, kan vi ikke dokumentere, at det økonomisk har været arbejdsindsatsen værd.

Vi vælger derfor at se indsatsen som en investering, som vi allerede har fået udbytte af i form af øget arbejdsglæde som følge af en vellykket proces.

Patienternes reaktion

Vi arbejder på at lave en beskrivelse af patientforløbene i diabetesambulatoriet, som bliver lagt ud på vores hjemmeside. Indtil nu har vi i forbindelse med fælleskonsultationen mundtligt informeret om de nye tilbud om diabeteskontroller. Budskabet er, at kontrollerne sigter på at sikre den enkelte patient størst mulig livskvalitet og længst mulig livslængde under hensyntagen til hans/hendes ønsker og behov.

Strukturændringen er blevet positivt modtaget af patienterne, som har taget imod diabetespakken. Enkelte har ikke ønsket ændringer i deres kontroller, mest fordi ambulatorietidene ligger om formiddagen, og de foretrækker eftermiddagstidene hos lægerne pga. arbejdsmæssige forhold. Det behov har vi valgt at imødekomme, da kun få patienter har brug for denne fleksibilitet. Vi har ikke lavet nogen egentlig patienttilfredshedsundersøgelse endnu, men vi kan se, at der meget sjældent er udeblivelser fra diabetesambulatoriet, hvilket vi tolker som et indirekte udtryk for, at patienterne er tilfredse med konsultationerne hos sygeplejerskerne. Kun

få dropper ud af kontrollerne, og de genopstarter kontrollerne, når de får indkaldelse.

Den fulde diabetespakke indebærer relativt mange besøg i praksis: 4 kontroller med forudgående blodprøvetagning samt fodundersøgelsen. Selv om ikke alle har behov for hele pakken, har mange DM2-patienter et tidskrævende kontrolprogram. Vi kunne lette dette, hvis HbA_{1c} kunne laves som en hjemmemåling, der blev sendt til det lokale laboratorium en uge før kontrollerne. Prøvematerialet er nemt at håndtere for patienterne, men metoden er endnu ikke tilgængelig for almen praksis. Med hensyn til prøvesvar, kunne nogle af 3-måneders-kontrollerne måske endda erstattes af e-mail-konsultationer.

Vi har overvejet egen HbA_{1c}-måling i praksis samtidig med selve kontrollen, men det fratager os muligheden for at reflektere over evt. afvigende værdier, inden patienten kommer, og desuden er ydelsen ikke honoreret.

Perspektiver for fremtiden

I fremtiden vil konsultationer med patienter, der har kroniske sygdomme, udgøre en endnu større del af vores arbejde i takt med, at gruppen af ældre bliver større, og patienterne stiller større krav til vores behandlingstilbud. Vi har med omlægningen af strukturen for diabeteskontrollerne fået en god model for, hvordan kontrollen af andre grupper af kroniske patienter kan organiseres. Vi er aktuelt i gang med at plan-

lægge et forløb for KOL-patienter. Den proces går ubesværet, fordi vi bygger på tidligere erfaring både med hensyn til indhold og form. Mange af de barrierer, vi måtte tage højde for første gang, er ikke længere relevante.

Vi er på vej til at ansætte vores 5. sygeplejerske, og det er sandsynligt, at der med tiden bliver ansat yderligere personale for at kunne honorere forventningerne til god kvalitet af vores kontroller. Vi har været heldige at kunne udvide med et ekstra lokale samt et konferencerum og er nu fremtidssikrede mht. mulighederne for at udvide yderligere med konsultationslokaler.

På det faglige område vil vi gerne udbygge det flow af videns- og erfaringsudveksling, der er i et godt læringsmiljø. Derfor vil vi også fremover prioritere tid og resurser på intern udvikling, gerne i form af *coaching* udefra. En vision kunne være, at vi med jævne mellemrum har konferencer med en speciallæge i intern medicin fra sygehusets diabetesambulatorium, hvor vi kan gennemgå patient-cases og måske blive superviseret gennem forløb, hvor vi ikke selv har ekspertisen. Tilsvarende kan vi forestille os, at vi får tilknyttet en diætist, der i udvalgte tilfælde kan indgå i teamet omkring diabetespatienter med et særligt rådgivningsbehov.

Siden april 2006 er vi begyndt at risikostratificere patienterne i forbindelse med årskontrollen. Først og fremmest fordi det bliver et krav i forbindelse med forløbs-

ydelsen i den nye overenskomst. Men derudover forventer vi, at det yderligere vil skærpe opmærksomheden mod intensiveret lægefaglig omsorg til den gruppe diabetikere, som har det største behov for indsats.

Med hensyn til løbende analyse af patientdata vil vi også fremover bruge udvalgte parametre til at overvåge kvaliteten af vores arbejde og udnytte resurserne bedst muligt. Det arbejde kan være tidskrævende, og vi ser frem til, at vi kan få tilsendt bearbejdede data, der bygger på indikatoropsamling, når teknologien til datafangstmodulet er på plads.

Helt overordnet vil vi også gerne bruge vores data til at belyse, i hvilket omfang vi har kunnet optimere diabetesbehandlingen, nu hvor udviklingsarbejdet er færdigt i sin grundstruktur. Vi har indtil nu ikke haft forudsætningerne for at foretage en mere omfattende dataanalyse, men vi er for nylig med hjælp fra den centrale forskningsenhed i København gået i gang med på mere systematiseret vis at evaluere vores tiltag, og håber herved mere sikkert at kunne dokumentere effekten af struktureringen af diabetesbehandlingen i vores praksis.

Egentlige patienttilfredshedsundersøgelser, der vedrører diabetesambulatoriet, er også et ønske mht. fremtidig kvalitets sikring og dokumentation af effekten af vores indsats.

Interessekonflikter: ingen angivet.

SUPPLERENDE LITTERATUR

- Den motiverende samtale. DSAM, 1999.
- Det Centrale Kvalitets- og informatikudvalg for Almen Praksis. Temadag, 29. marts 2006
www.kvalitetsudviklingsudvalg.dk/wm1948
- Furman B. Det är aldrig för sent att få en lycklig barndom. Natur och Kultur, 2005.
- Furman B. Lösningfokuseret terapi. Seminar, 2006.
- Hansen LJ, Drivsholm TB, Nielsen ABS, Olivarius NdF. Interventioner til forbedring af diabetesbehandlingen i det primære sundhedsvæsen og på diabetesambulatorier. Ugeskr Læger 2002; 164: 607–9.
- Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Sundhedsstyrelsen, 2005.
- Madsen H. Personlig læreplan. Ugeskr Læger 2002; 164: 1704–5.
- Motiverende samtaler: cand.psych. Morten Hesse. www.crf-au.dk/uploads/docs/Motivation.ppt
- Olesen F, Vedsted P. En styrket og ændret indsats for kronisk syge patienter. Månedsskr Prakt Lægeger 2006; 84: 245–58.
- Type 2-diabetes. Medicinsk teknologivurdering af screening, diagnostik og behandling. Sundhedsstyrelsens Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, 2003; 5 (1).
- Type 2-diabetes i almen praksis. En evidensbaseret vejledning. DSAM, 2004.
- Vedsted P, Olesen F. Kronikermodellen og risikostratificering. Månedsskr Prakt Lægeger 2006; 84: 357–69.
- Voss EM, Cembrowski GS, Haig B, Spencer ML. Stability of mailed and couriered capillary HbA1c samples. Diabetes Care 1993; 16: 665–6.