

Tværasektoriel organisering af diabetesbehandlingen

Alment praktiserende læge Lars Rytter,
professor Knut Borch-Johnsen & ledende overlæge Peter Qvist

I Sundhedsstyrelsens rapport om kronisk sygdom [1] præciseres det, at den praktiserende læge i et samspil med ambulatorierne bør være tovholder i behandlingen af patienter med kronisk sygdom. Der er i Danmark mere end 200.000 personer med diagnosticeret type 2-diabetes (T2DM), stigende med 10.000-20.000 pr. år [2]. Opgaven med at sikre disse patienter livslang behandling af god kvalitet vil kræve et velfungerende samarbejde mellem almen praksis og ambulatorierne.

Der er stærk evidens for, at patienter med T2DM bør tilbydes intensiv, polyfarmakologisk behandling. I Steno 2-studiet påviste man, at intensiv behandling kan halvere risikoen for mikro- og makrovaskulære komplikationer efter blot otte år [3]. Studiet dokumenterede vigtigheden af, at en række parametre holdes under nøje kontrol. Udfordringen er at gøre dette til virkelighed i daglig klinisk praksis.

Er diabetesskole og efterfølgende årskontroller i ambulatoriet den løsning, der sikrer dette? I dette nummer af Ugeskriftet beskriver *Sadauskiene et al* [4], hvorledes en sådan organisering medfører god opnåelse af procesmål, men hvor resultatmål på blodtryk, lipider og glykeret hæmoglobin ikke er optimale. Undersøgelsen efterlader fortsat åbne spørgsmål som: Hvad sker med de patienter, der ikke henvises, eller ikke kan/vil gennemføre et program baseret på »delekontrol«?

I en nylig MTV-rapport [5] peges der på nogle af de barrierer, der skal brydes for at sikre, at patienterne tilbydes og gennemfører den nødvendige behandling: 1) insufficiens i informationsudveksling om medicin, 2) mangelfuldt samarbejde mellem ambulatorierne og de praktiserende læger, 3) manglende gensidig tillid og vilje til at gennemføre *shared care*, 4) manglende tillid til at patienterne vil acceptere kompleks og polyfarmakologisk behandling, 5) manglende fokus på livsstilsintervention, 6) manglende fokus på egenomsorg. Hvad kan der gøres for at bryde disse barrierer?

Hver af landets praktiserende læger har 30-80 patienter med T2DM, hvilket bør sikre en basal rutine i at kontrollere denne komplekse sygdom. Indsamling af journaloplysninger fra de praktiserende lægers elektroniske patientjournaler ved hjælp af datafangst med feedback om både procesmål (relevante procedurer udføres) og resultatmål (faktisk målte værdier og korrekt medicinsk behandling) med benchmarking i forhold til kollegers fund vil give den praktiserende læge et overblik over de patienter, som følges i almen praksis. Herved identificeres automatisk de patienter, som ikke er tilfredsstillende reguleret og derfor har behov for særlig opmærksomhed. Hermed vil man kunne opspore den gruppe, hvor et in-

teraktivt samarbejde med specialiserede ambulatorier er nødvendigt.

Alle bør fokusere på fastlæggelse af klare behandlingsmål for den enkelte patient, sikring af rationel farmakoterapi, undervisning mhp. styrkelse af egenomsorg og overholdelse af gensidige aftaler om den løbende kontrol. Kun de patienter, der grundet særlige komplikationer eller svære sygdomsforløb har kontinuert behov for behandling af en speciallæge, bør fortsætte i diabetesambulatorierne.

For at styrke det fremtidige samarbejde mellem sektorerne er der behov for at eksperimentere med og sammenligne forskellige, tværasektorielle samarbejdsformer, f.eks.: a) Den traditionelle henvisningsmodel hvor der efter individuelt skøn henvises, og hvor særlige risikopatienter følges fast i ambulatoriet, b) »Fredericiamodellen« hvor alle patienter årligt eller i andet interval kommer til delekontrol i et ambulatorium, c) Modeller hvor alle patienter tilbydes kontrol i et center med speciallæger og specialiserede sygeplejersker, d) Modeller hvor eksisterende skillelinjer mellem almen praksis og diabetesambulatorier gøres mere flydende f.eks. coaching i almen praksis baseret på auditering i samarbejde med speciallæger fra diabetesambulatoriet.

Målet er en optimeret patientbehandling og en del af metoden er »at flytte viden - ikke patienter«. Der skal fokuseres på såvel faglig kvalitet som omkostningseffektivitet. Det er et oplagt tema for ny tværasektoriel forskning. Modeller udviklet på basis af diabetes vil kunne bidrage til løsning af tilsvarende problemstillinger for andre kroniske sygdomme. Herved sættes scenen for et effektivt organiseret sundhedsvæsen i et effektivt samspil mellem almen praksis, ambulatorierne og kommunerne.

Korrespondance: Lars Rytter, Lægerne Kanaltrøvet 8, DK-2620 Albertslund.
E-mail: lrytter@dadlnet.dk

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
2. Rapport fra det nationale diabetes register. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen 2007:11(21).
3. Gæde P, Vedel P, Larsen N et al. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with Type 2 diabetes. *N Eng J Med* 2003;348:383-93.
4. Sadauskiene L, Jørgensen UL, Pedersen J et al. Kvalitetsvurdering af diabetes-skole og delekontrol mellem almen praksis og diabetesambulatorium. *Ugeskr Læger* 2008;170:1805-8.
5. Wiuf MB, Jacobsen CB, Sørensen TH et al. Intensiv polyfarmakologisk behandling af patienter med Type 2 diabetes i daglig klinisk praksis. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.