

Hvordan får vi bedre kontrol med prædiabetes-patienter?



Af Berit Lassen,
praktiserende læge,
Korsør

I almen praksis har vi i mange år haft fokus på diabetes, og mange har fået et godt overblik over deres patienter og har systematiseret indsatsen både farmakologisk og i forhold til livsstilsintervention. Selvom læger og personale har screenet målrettet og intensivt og fundet patienter med ikke erkendt diabetes, har langt de fleste imidlertid mange patienter med prædiabetes, uden at personen selv eller lægen er opmærksom herpå.

Patienter med prædiabetes har en eller flere gange fået målt diagnostisk blodsukker eller HbA_{1c} på grænsen til kriterierne for diabetes, men ofte er der ikke fulgt op siden målingerne. Formålet med denne artikel er at vise, hvordan man ved hjælp af datafangst kan få overblik over patienter, der har en høj risiko for at udvikle diabetes og/eller hjerte-kar-sygdom, og hvor fokus på reduktion af risikofaktorerne kan forhindre hjerte-kar-sygdom. For patienter, der allerede har kardiovaskulær sygdom, er det særlig vigtigt at undersøge for diabetes, og også her kan datafangst skabe overblik over, hvornår patienten sidst er screenet for diabetes.

Prædiabetes

Patienter med nedsat glukosetolerans (IGT) og forhøjet fastebloodsukker (IFG) har øget risiko for diabetes samt for kardiovaskulær sygdom og død. Over en tre års periode vil ca. 12-17% af disse patienter udvikle diabetes, og forekomsten af prædiabetes stiger med alderen, ligesom tilfældet er med selve diabetes-lidelsen. Risikoen for at udvikle kardiovaskulær sygdom er op til dobbelt så høj hos disse personer i forhold til personer, der ikke har prædiabetes. Derudover afhænger risikoen af den enkeltes risikopro-

fil i forhold til tobak, blodtryk, lipidstatus og alder. Den kardiovaskulære risiko kan vurderes ved hjælp af forskellige scoresystemer, eksempelvis SCORE-risiko vurderingssystemet.

Vi bør således have overblik over disse patienter, der jævnligt bør tilbydes undersøgelse for diabetes og en ledsagende forebyggelseskonsultation. Lægen foretager i denne forbindelse en vurdering af den kardiovaskulære risiko og aftaler mål for risikoreduktion med patienten, både hvad angår livsstilsfaktorerne og farmakologisk behandling.

Metabolisk syndrom

I datafangst-modulets oversigt over "metabolisk syndrom" kan almen praksis finde de patienter, der tidligere er screenet for diabetes og enten har forhøjet diagnostisk blodsukker-værdi eller forhøjet HbA_{1c}-værdi. Af tekniske årsager kan forhøjede blodsukkerværdier ved glukosebelastning ikke opsamles, men patienter med nedsat glukosetolerans er indirekte med, da de inden oral glukosetolerance testen, som regel har fået påvist forhøjede diagnostiske blodsukkerværdier.

Forhøjede HbA_{1c}-værdier er medtaget som en hjælp til de praksis, der ikke tidligere har kodet konsekvent. Værdier på minimum 6,5% tyder på, at patienten har diabetes. Lige så snart disse patienter bliver kodet med T90, forsvinder de fra rapporten. Patienter, der ikke har diabetes, men HbA_{1c}-værdier i intervallet 6,0-6,4%, har en prædiabetisk tilstand og bør følges som patienter, der har nedsat glukosetolerance og forhøjet fastebloodsukker.



Fra data til kvalitet

Datafangst-modulets rapport har to faneblade. På det første er der mulighed for at rangordne blodsukerværdierne og HbA_{1c}, så data for patienterne med de højeste værdier står øverst. Her fremgår det også, hvornår patienten sidst er screenet for diabetes. Det andet faneblad er en risikorapport, hvor de enkelte risikofaktorer er listet op og kan rangordnes. Desuden risikostratificeres de patienter, der har værdier på alle risikofaktorerne, automatisk. Risikostratificeringen kan også rangordnes, så patienter med højest risiko for hjerte-kar-sygdom står øverst.

Rapporten indeholder et hjælpeværktøj "fra data til kvalitet", hvor den enkelte praksis kan hente inspiration til, hvordan data læses og omsættes til målsætningsarbejde og dermed skabe en proces hen mod bedre opfølgning og behandling af prædiabetespatienter. I vores praksis gennemgår sygeplejerskerne DAK-Es kvalitetsrapporter og finder de patienter, der

bør tilbydes ny undersøgelse for diabetes, hvis der er gået mere end halvandet til to år siden seneste undersøgelse. Sygeplejerskerne ringer eller skriver derefter til patienten og de, der ønsker det, får tid i laboratoriet og til forebyggelseskonsultation.

Patienter med en ti års risiko højere end 5%, hypertension og hyperlipidæmi tilses af en sygeplejerske og en læge, og der lægges en plan for opfølgning og behandling. Datafangstrapporten tages frem en gang om året, og indsatsen med at gennemgå højrisikopatienter og følge op med indkaldelse og journalaudit tager ca. tre sygeplejersketimer og fra en halv til en hel lægetime. Vi gennemgår enkelte cases ved personalemøde, og her sætter vi os mål for den samlede indsats i forhold til kvaliteten. Eksempelvis har vi konstateret, at vi ikke var gode nok til at notere rygestatus. Vi har derfor sat os det mål, at vi det næste år vil sikre, at vi får samlet alle risikodata, der indgår i stratificeringen, når vi screener for diabetes.

	Venus plasma-glukose taget fra arm (mmol/l)	Kapillær plasma-glukose taget fra finger/øre (mmol/l)
Diabetes		
Fasteglukose og/eller 120-minutters-værdi under en oral glukosebelastningstest	≥7,0	≥7,0
	≥11,1	≥12,2
Nedsat glukosetolerans (IGT)		
Fasteglukose og samtidig 120-minutters-værdi under en oral glukosebelastningstest	<7,0	<7,0
	7,9-11,0	8,9-12,2
Impaired Fasting Glucose (IFG)		
Fasteglukose og samtidig 120-minutters-værdi under en oral glukosebelastningstest	6,1-6,9	6,1-6,9
	<7,8	<7,8



Kardiovaskulære sygdomme

I datafangst-rapporten "kardiovaskulære sygdomme" findes oplysninger om patienter, der allerede har hjerte-kar-sygdomme. Bevæges musen over skærbilledet, fremgår det, hvilke diagnoser ICDPC-koderne dækker over. Her er der fuldt overblik over behandlingsindsatsen, og vi kan se, om vi har screenet for diabetes. Har patienten prædiabetes, vil vedkommende kunne genfindes i rapporten "metabolisk syndrom". I risikostratificeringen vil vedkommende blive markeret med et blåt felt – det vil sige som værende i kendt høj risiko for ny kardiovaskulær sygdom. Også denne rapport har en hjælpefunktion – fra data til kvalitet. Den enkelte klinik kan vælge at sætte en reminder eller indkalde de patienter, der ikke allerede er screenet for diabetes og i øvrigt bruge samme kvalitetsovervågningsmetode som skitseret ovenfor, hvor praksispersonalet er tovholder på at fokusere på de patienter, der er faldet ud af kontrollerne og på at gøre en indsats i forhold til patienter med de højeste risikomarkører. ■

Eksempler på datafangst-rapporter findes i anonymiseret udgave på: www.demo.dak-it.dk

KONKLUSION

Klinikken kan bruge datafangst i det daglige arbejde i forhold til at målrette screeningsindsatsen og optimere samt overvåge behandlingskvaliteten. Det gælder for prædiabetes, diabetes, hjerte-kar-sygdomme og de fleste kroniske lidelser. Det er en opgave, der kræver tid i forhold til at finde indsatsområder og udstikke rammer for handlingstiltag. Vi mangler patientfri tid til sådanne opgaver, hvilket er en barriere i forhold til det potentiale, der ligger i datafangst som kvalitetsudviklingsredskab. Det kan anbefales at inddrage alle i klinikken i arbejdet med data - dels i undervisningsøjemed, dels med henblik på vidensdeling og ejerskab til de kliniske opfølgninger – dels fordi opgaver med gennemgang af lister, eventuel indkaldelse af patienter og dele af den kliniske opfølgning helt naturligt omhandler personalets arbejdsfelt.

Patienter med kliniske symptomer

- Patienter med kendt hjerte-kar-sygdom, hypertension og hyperlipædæmi.
- Patienter med PCO, tidligere gestationel diabetes og familiær disposition til diabetes.
- Etniske grupper fra højrisiko-populationer, herunder Asien, Mellemøsten og Afrika.
- Personer med svær psykisk sygdom, for eksempel skizofreni og bipolar lidelse.
- Personer med længerevarende prednisolon- og antipsykotikabehandling.
- Personer med to eller flere risikofaktorer (rygning, BMI over 30, mikroalbuminuri og familiær disposition til hjerte-kar-sygdom).

Almen praksis har central rolle i opsporing af diabetes

Ved udgangen af 2008 havde ca. 256.000 danskere diagnosen diabetes, hvilket svarer til 4,7% af befolkningen. Det antages, at der herudover er et tilsvarende antal med uopdaget diabetes. Hertil kommer, at ca. 600.000 har prædiabetes – i form af forhøjet fastebloodsukker (IFG) eller nedsat glukosetolerans (IGT). Tidlig behandlingsindsats kan bedre prognosen hos patienter med diabetes, og der er yderligere evidens for, at tidlig opsporing af prædiabetes med henblik på intensiv livsstilsintervention kan forhale udviklingen til diabetes med ca. fire år.

Almen praksis har derfor en vigtig opgave i forhold til at opspore diabetes- og prædiabetespatienter. Gruppen, der bør tilbydes screening, fremgår af ovennævnte boks. Diagnosen diabetes og IFG/IGT stilles enten ved hjælp af fastebloodsukker eller en oral glukosebelastningstest (se skema side 20). HA1bc er foreslået som diagnostisk test for diabetes, men der er aktuelt ikke opnået konsensus om dette. Dog skal det nævnes, at personer, der ikke har diabetes, men med HbA_{1c} i intervallet 6-6,5 mmol/mol, må betragtes som prædiabetespatienter.