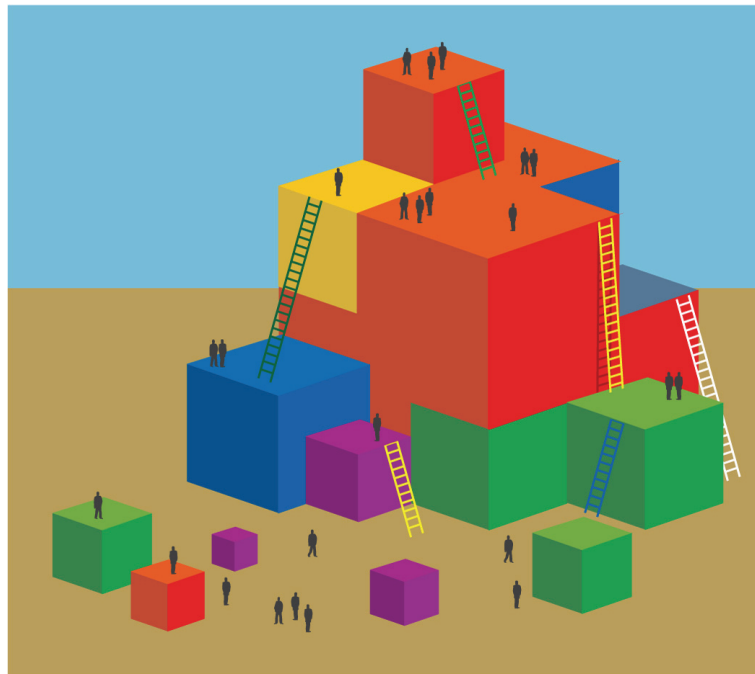


# Teambuilding i almen praksis om type 2 diabetes

Afprøvning af en model for arbejdet  
med kroniske sygdomme



Et kvalitetssikringsprojekt i de tidligere  
amter i Region Hovedstaden



Region  
Hovedstaden



## **Teambuilding i almen praksis om type 2 diabetes - afprøvning af en model for arbejdet med kroniske sygdomme**

Et kvalitetssikringsprojekt i de tidligere amter i Region Hovedstaden

Udarbejdet af projektets styregruppe:

Thomas Drivsholm<sup>1</sup>, Peter Schultz-Larsen, Lars Rytter Poulsen, Jørgen B. Jensen, Bjarne Søgaard Jørgensen og Inger Christensen  
i samarbejde med  
Audit Projekt Odense ved Anders Munck og Susanne Døssing Berntsen  
og Thorkil Thorsen, Synthese (rapportens del 3)

Udgivet af: De tidligere amter i den nuværende Region Hovedstaden / KVEAP  
i samarbejde med

Audit Projekt Odense (APO)  
Forskningsenheden for Almen Praksis  
J.B. Winsløvs Vej 9A  
5000 Odense C

Lay-out: Susanne Døssing Berntsen (APO)

Tryk: Clausen Offset

Oplag: 500

---

<sup>1</sup> Thomas Drivsholm har sammenskrevet rapporten og er ansvarlig herfor.

## Indledning

I Sundhedsstyrelsens rapport ”Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund”<sup>1</sup> beskrives et behov for fokusering på kronisk sygdom, og almen praksis udnævnes til at være ”tovholder” for den kroniske patients forløb. I rapporten tillægges almen praksis en ny proaktiv rolle med forventninger om en mere aktivt handlende praktiserende læge, end der typisk har været tradition for.

PLO’s landsoverenskomst fra 2006 har fulgt op på denne rapport ved indførelsen af nye forebyggelsesydelse og en forløbsydelse. Hermed tillades det, at den praktiserende læge opsøger patienten, og at behandling delvist uddelegeres til praksispersonale. Generelt lægges der op til at fokusere på at tænke fremadrettet og forebyggende. Med forløbsydelsen, hvor type 2 diabetes benyttes som modelsygdom for patienter med en kronisk sygdom, introduceres måling af kvalitet i almen praksis ved registrering af nyudviklede kvalitetsindikatorer via det såkaldte datafangstmodul.

Kvalitetsindikatorer er i almen medicin blev primært udviklet for 2 kroniske sygdomme: type 2 diabetes og KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom). Arbejdet er foregået i Det Almen Medicinske Kvalitetsudviklingsprojekt (DAK-projektet, [www.dak-e.dk](http://www.dak-e.dk)) og under hensyntagen til det parallelt forløbende arbejde i det Nationale Indikator Projekt ([www.nip.dk](http://www.nip.dk)). Foruden kvalitetsindikatorerne har DAK-projektet forsøgt at udvikle en stratificeringsmodel, som har til formål at forsøge med objektive kriterier at afgøre, hvor i sundhedsvæsenet en patient bør have sin tilknytning.

Ovenstående baggrund ansporede dette projekts styregruppe til at gennemføre et kvalitetsudviklingsprojekt indenfor området, hvor sygdommen type 2 diabetes blev benyttet som modelsygdom for kroniske sygdomme.

Det var styregruppens håb, at dette projekt for de deltagende praksis ville være en øjenåbner for mulighederne i at arbejde systematisk med kvalitet i egen praksis – et håb, som i et vist omfang synes at være lykkedes. Tilsvarende er det styregruppens håb, at denne rapport vil være en inspirationskilde for rapportens målgruppe – andre praktiserende læger og administratorer i Danmark – for at se mulighederne i denne tilgang til kvalitetsudvikling i almen praksis.

Vi takker Anders Munck og Susanne Døssing Berntsen fra Audit Projekt Odense for godt samarbejde og bidrag til rapporten, herunder konsulenthjælp ved udarbejdelsen af spørgeskemaet, udsendelse og indsamling af spørgeskemaer, analysearbejde samt udarbejdelse af rapporten. Tak til Lise Keller Stark for korrekturlæsning.

Vi takker Thorkil Thorsen for at have varetaget arbejdet svarende til rapportens del 3 ”Bag om tallene”. Thorkil Thorsens rapport blev afsluttet og afleveret i april 2008.

Vi takker ligeledes kvalitetsudviklingsudvalgene i de 5 tidligere amter, som nu udgør Region Hovedstaden, og efterfølgende det regionale kvalitetsudviklingsudvalg for Region Hovedstaden, for økonomisk støtte til projektet.

Projektets styregruppe – alle praktiserende læger i Region Hovedstaden – er:

- Inger Christensen
- Thomas Drivsholm
- Jørgen B. Jensen
- Bjarne Søgaard Jørgensen
- Lars Rytter Poulsen
- Peter Schultz-Larsen



# Indholdsfortegnelse

Læsevejledning .....	6
Resumé.....	7
Generelt om projektet.....	10
<b>Rapportens del 1: Det kvantitative delprojekt .....</b>	<b>13</b>
Styregruppens kommentarer til resultaterne .....	14
Antal registreringer, diabetesvarighed, kontrolsted, alder og køn .....	15
BMI og type 2 diabetes .....	19
HbA1c og type 2 diabetes .....	21
Kolesterol og type 2 diabetes .....	24
Systolisk BT og type 2 diabetes .....	26
Farmakologisk behandling i relation til patientalder .....	28
Kardiovaskulære hændelser og type 2 diabetes .....	29
Diabetespatienter med høj risiko for komplikationer .....	31
Variationsdiagrammer.....	32
<b>Rapportens del 2: Det kvantitative delprojekt – afledte resultater .....</b>	<b>39</b>
Stratificering af populationen p.b.a. DAK's kvalitetsindikatorer .....	40
<b>Rapportens del 3: Det kvalitative delprojekt .....</b>	<b>43</b>
Styregruppens kommentarer til resultaterne .....	44
Styregruppens udvælgelseskriterier af informanter .....	45
Bag om tallene .....	46
<b>Rapportens del 4: Bilag .....</b>	<b>63</b>
Bilag 1. Resultater .....	64
Bilag 2. Registreringsskema: Patientskema .....	68
Bilag 3. Registreringsskema: Praksisskema.....	72
Bilag 4. Program for første kursusdag .....	73
Bilag 5. Program for anden kursusdag.....	74
Bilag 6. Deltagernes evaluering af første kursusdag.....	75
Bilag 7. Deltagernes evaluering af anden kursusdag .....	76
Bilag 8. Diagnosekodning: Beskrivelse af metoden .....	77
Bilag 9. Diagnosekodning: Eksempel på FAX .....	78
Bilag 10. Diagnosekodning: Laboratorieskema.....	79
Bilag 11. Diagnosekodning: Deltagernes evaluering af metoden.....	80
Bilag 12. DAK's kvalitetsindikatorer: Definitioner.....	83
<b>Referencer.....</b>	<b>84</b>

# Læsevejledning

Efter en introduktion til baggrunden for og formålet med dette projekt (siderne 6-12), er denne rapport opdelt i 4 dele:

1. Det kvantitative delprojekt
2. Supplerende analyser til det kvantitative delprojekt
3. Det kvalitative delprojekt
4. Bilag

## **Del 1.**

I rapportens første del bringes resultaterne fra den kvantitative del af projektet.

Hovedresultaterne for patienter med type 2 diabetes – projektets egentlige emne – bringes i tabelform på de efterfølgende sider (siderne 15-31).

Samme resultater fremgår i skemaform af Bilag 1, hvori øvrige resultater for patienter med type 2 diabetes, samt alle resultater for patienter med type 1 diabetes, ligeledes fremgår (siderne 64-67).

Vi har – som det er vanligt i undersøgelser fra APO – medtaget en række variationsdiagrammer med henblik på illustration af den påviste store variation mellem praksis på de registrerede indikatorer (siderne 32-37).

## **Del 2.**

I rapportens anden del (siderne 39-42) har vi, med udgangspunkt i resultaterne fra den kvantitative del af projektet, foretaget en række supplerende beregninger af, hvordan populationen af diabetespatienter fordeler sig i stratificeringen på baggrund af kvalitetsindikatorerne for Det Almenmedicinske Kvalitetsudviklingsprojekt (DAK-projektet, [www.dak-e.dk](http://www.dak-e.dk)).

## **Del 3.**

I den tredje del af rapporten bringes resultaterne fra den kvalitative del af projektet i form af den selvstændige rapport ”Bag om tallene” (siderne 43-62).

## **Del 4.**

I rapportens fjerde og sidste del (siderne 63-84) har vi valgt at medtage en række bilag, primært med henblik på dokumentation af projektet. Yderligere supplerende bilag findes på [www.kveap.dk](http://www.kveap.dk)

God læselyst!

## Resumé og konklusioner fra projektet

Denne rapport giver en indsigt i behandlingen af 2012 patienter med type 2 diabetes tilknyttet 42 praksis i Region Hovedstaden i 2006-2007. Behandlingen er forsøgt målt og vejret via kvalitetsindikatorer, hvorved fås et kvantitativt billede af behandlingskvaliteten i disse praksis.

Registreringen af data er sket som del af et kvalitetsudviklingsprojekt, hvor praksis med udgangspunkt i egne data blev givet et konkret grundlag for kritisk refleksion om, hvilke dele af behandlingen i egen praksis der allerede fungerede, og hvor man med fordel kunne arbejde med at ændre adfærd.

I et supplerende delstudie med brug af kvalitativ forskningsmetode beskrives indtryk fra 9 af de 42 praksis, alle udvalgt specielt med henblik på at give et indblik i lægernes erfaringer med at arbejde med kvalitetsindikatorer i det daglige arbejde.

### Resumé af projektets kvantitative del

I rapportens del 1 dokumenteres dels områder, som de fleste praksis synes at have godt styr på, dels områder, hvor der er plads til forbedringer. Variationsdiagrammerne dokumenterer for de fleste parametre en større variation mellem de 42 deltagende praksis, end man umiddelbart kan forklare ved forskelle i patientpopulation imellem praksis. Dette gælder både hvad angår gennemførte målinger / kontroller og behandlingsintensitet.

Ud over at give den enkelte praksis et indblik i egen kvalitet, giver resultaterne samlet set – med de i rapporten nævnte forbehold – et indblik i, hvordan godt 2000 patienter med type 2 diabetes blev behandlet i Region Hovedstaden i 2006-2007.

Data viser:

- at der eksisterer store forskelle praksis imellem i andelen af diabetespatienter i praksispopulationen
- at mere end 80% af patienter med type 2 diabetes alene ses i almen praksis
- at ca. halvdelen af patienterne har et HbA1c-niveau under 6,5%, og 80% under 7,5%
- at ca. halvdelen af patienterne har et totalcholesterolniveau under 4,5%
- at ca. 40% af patienterne har et systolisk BT-niveau under 130 mm Hg
- at ca. 70% af patienter med nyrepåvirkning er i behandling med ACE-hæmmer eller AIIA
- at ca. 2 af 3 af patienter med type 2 diabetes har fået målt urin-albumin inden for de sidste 15 måneder
- at hver fjerde diabetespatient er ryger

Data antyder, at

- at patienter med lavest totalcholesterolniveau ligger lavt grundet medicinsk behandling

Data fra de 42 praksis illustrerer desuden

- at de af DAK udviklede indikatorer for diabetes synes at være håndterbare i det daglige arbejde

Omvendt

- synes den tiltænkte risikostratificering (rapportens del 2), som tilsigter, at diabetespatienter med målbare kriterier allokeres til 3 forskellige behandlingsintensiteter, ikke at fungere som tiltænkt for denne komplekse sygdom

## Resumé af projektets kvalitative del

Af de 42 praksis, som deltog i projektet, deltog 9 i en supplerende kvalitativ evaluering. I udvælgelsen af praksis til interview blev der lagt vægt på at finde en så bred repræsentation af praksis som muligt, forstået på den måde, at man ville have bidrag fra *forskellige* praksis mht. praksistype, beliggenhed, personale, lægernes køn og alder mv., samt en forskellig score på udvalgte kvalitetsstandarder.

Undersøgelsen efterlader ingen tvivl om, at deltagelsen i Teambuilding-kurset har påvirket alle deltagere i den tilstræbte retning. De interviewede deltageres udbytte af kurset var angiveligt,

- at de fik et indblik i deres diabetespopulation, som de ikke havde inden
- at nogle også blev klar over, at de nok ikke kendte alle deres diabetespatienter
- at de strammede op på diabeteshåndteringen i form af mere systematik, mere strikte og omfattende kontroller, større opmærksomhed på at måle HbA1c (lavere risikotærskel) end inden kursusdeltagelsen
- at nogle efter kursusdeltagelsen efterfølgende har arbejdet på en større arbejdsdeling mellem læge og personale

De ”bedste” praksis – defineret som dem, der scorede højest på udvalgte kvalitetsindikatorer – havde allerede før kurset en systematisk tilgang til diabeteskontroller og -behandling og fulgte anbefalingerne i den kliniske vejledning. Dette er i kontrast til de ”dårligste” praksis, som havde ageret usystematisk og ikke arbejdet målrettet og i henhold til den kliniske vejledning.

Sammenligner man de interviewede praksis’ egne beskrivelser af erfaringer, holdninger, viden og arbejdstilrettelæggelse i forhold til diabetes med scorerne på deres registrerede kvalitetsparametre, er der elementer i arbejdstilrettelæggelsen, som synes at fremme høj kvalitet:

- viden,
- interesse,
- systematik,
- arbejdsdeling og
- delegering til personale

Det tydeligste læringselement i Teambuilding-projektet var selve den øjenåbnende registrering af egne diabetespatienter og den efterfølgende statistiske feedback til deltagerne, hvor de kunne sammenligne sig selv med de andre 41 deltagende praksis.



## Styregruppens samlede vurdering af projektet

Det er styregruppens vurdering, at det med dette projekt er lykkedes at give 42 praksis i Region Hovedstaden en fornemmelse af, hvad det vil sige at arbejde med kvalitetsindikatorer. Data illustrerer desuden, at de af DAK udviklede indikatorer for diabetes synes at være håndterbare i det daglige arbejde.

Resultaterne har givet den enkelte praksis et indblik i, hvor egen praksis og egne diabetespatienter adskiller sig fra andre praksis i Region Hovedstaden – og dermed hvor den enkelte praksis måske skal forsøge at forbedre egen indsats.

Det kvalitative delprojekt synes at dokumentere, at netop belysningen af denne variation synes at have haft den tilsigtede effekt: at skabe refleksion over egen behandling.

Netop denne refleksion afspejler den grundlæggende tanke bag projektet: Ved at få overblik over data i egen klinik har vi noget at handle ud fra – uden disse data bliver det blot gætværk, om vi gør det godt nok.

Generelt vurderer vi, at behandlingskvaliteten på nogle områder er ganske fornuftig, mens data på andre punkter giver anledning til refleksion over, hvorvidt vi i almen praksis – i samspil med patienterne – mon ikke kan gøre det bedre.

På et mere overordnet plan kan data benyttes som rettesnor for, hvilke områder der kunne være prioriterede indsatsområder i de kommende år. Disse kunne fx være en intensiveret behandling af hyperlipidæmi og mere fokus på den kardiovaskulære risikomarkør urin-albumin/creatinin.

Styregruppen er på baggrund af projektets resultater alt i alt blevet bestyrket i deres forudgående antagelse om, at denne tilgang til kvalitetsudvikling med kroniske sygdomme – her eksemplificeret ved patienter med sygdommen type 2 diabetes – synes at være en brugbar model for almen praksis.

# Generelt om projektet

## Projektets tidslinje



\* Note vedr. dataanalyse og rapportskrivning: Publiceringen af rapporten har trukket ud grundet rapportansvarlig Thomas Drivsholms prioritering af andre arbejdsopgaver. Thorkil Thorsen, som har varetaget arbejdet svarende til rapportens del 3 ”Bag om tallene”, afsluttede denne del af arbejdet i april 2008.

## Baggrund for og formål med projektet

Som det fremgår af indledningen, var Sundhedsstyrelsens rapport ”Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund”<sup>1</sup> en del af baggrunden for dette projekt.

Styregruppens formål med at gennemføre den kvantitative del af projektet (rapportens del 1) var som følge heraf, at en større gruppe af praksis skulle gøre sig erfaringer med at arbejde konkret med den nye rolle som ”proaktiv læge” med udgangspunkt i stikordene:

- Kend din population
- Kend din kvalitet
- Forhold dig til dine resultater
- Indkald din patient

Grundlaget herfor er at anvende diagnosekodning, mens det efterfølgende kvalitetsudviklingsarbejde i den enkelte praksis har inddraget elementer som

- at lave en behandlingsplan tilpasset egen praksis for behandlingen af diabetespatienter
- at inddrage personalet i behandlingen ved konkret at forholde sig til, hvem i praksis som mest hensigtsmæssigt kan gøre hvad – heraf projektets titel.

Endelig har det været styregruppens ønske

- at afprøve DAK’s indikatorer for diabetes (rapportens del 2)

Med udgangspunkt i et ønske om at belyse projektdeltagernes egne vurderinger af baggrunden for henholdsvis succes med og barrierer for at opbygge behandlerteams og strukturer til sikring af forløbsstandarder for egne patienter med T2DM, valgte vi i styregruppen efter afslutning af ovenstående registreringsperiode at gennemføre et kvalitativt delprojekt (rapportens del 3).

## Projektets kursusdel

Projektet bestod af 2 kursusdage for praktiserende læger og deres personale afholdt med 6 måneders mellemrum (den 8. september 2006 og den 15. marts 2007). Kursusdagene havde til formål

- at introducere deltagerne til området og projektet,
- at lade sig inspirere af praksis, som allerede havde arbejdet målrettet hermed, samt
- at udveksle erfaringer

Programmer for de to kursusdage fremgår af Bilag 4 og 5. Deltagende praksis blev på kursusdagene sat sammen efter, hvilket lægesystem man havde i den enkelte praksis. Formålet hermed var at sikre mulighed for udveksling af viden imellem praksis relateret til den praktiske brug af mulighederne i det enkelte lægesystem.

Mellem de 2 kursusdage arbejdede deltagende praksis med at sikre kendskab til egen population af diabetespatienter. Praksis, som ikke allerede havde overblik over, hvilke patienter i egen praksis som havde diabetes, blev hjulpet hertil. I praksis foregik dette ved, at de kunne kontakte deres lokale laboratorium og få tilsendt en liste over patienter, som på baggrund af ordinerede blodprøver kunne mistænkes for at have diabetes. En nærmere beskrivelse heraf, samt en simpel evaluering heraf, fremgår af Bilag 8 -10.

Når praksis havde fået styr på deres diagnosekodning, og derefter kunne udarbejde en liste med alle diabetespatienter tilknyttet egen praksis, gik øvelsen ud på at registrere og indberette kvalitetsindikatorer for alle diabetespatienter. Ud over oplysninger svarende til kvalitetsindikatorer, indeholdt registreringsskemaer bl.a. oplysninger om, hvor patienterne gik til kontrol, diabetestype og hvilken sektor, der konkret havde ansvaret for patienterne. Registreringsskemaerne fremgår af Bilag 2-3.

Registreringsskemaerne blev af de deltagende praksis sendt til Audit Projekt Odense (APO), som forestod databearbejdning, rapportskrivning (se herunder) og præsentation ved kursusdag 2.

På 2. kursusdag fik deltagerne uddelt

- dels en rapport med udtræk af data for samtlige deltagere
- dels en mindre praksisspecifik rapport med individuelle praksisresultater

Den førstnævnte rapport svarede i en vis udstrækning til denne rapport side 15-37. Den praksisspecifikke rapport indeholdt foruden individuelle praksisresultater plot af fordeling af de til praksis tilknyttede diabetespatienters HbA1c, total kolesterol, BMI samt systolisk blodtryk.

Både ovenstående generelle rapport og et eksempel på en praksisspecifik rapport kan ses på KVEAP's hjemmeside: [www.kveap.dk](http://www.kveap.dk)

## Projektets deltagere

Ved 1. kursusdag deltog 118 personer: 62 praktiserende læger repræsenterende 58 ydernumre, og 56 fra personalegruppen.

En del praksis havde meldt sig til kurset og deltog på første kursusdag, men valgte ikke at deltage i registreringen. Registreringen af data mellem første og anden kursusdag blev gennemført af 42 fuldtidsydernumre. Der er indberettet data for 2188 patienter, hvoraf de 2012 havde type 2 diabetes. Analyserne i denne rapport er primært udført på sidstnævnte patienter.

## Generelt om data fra projektet

Data afspejler, at der er tale om data fra et kvalitetssikringsprojekt og skal derfor ikke betragtes som en videnskabelig afrapportering.

Ved APO's første opgørelse af data til brug ved 2. kursusdag (se ovenstående), kunne vi i styregruppen konstatere, at der var mangler i data relateret til diabetespatienternes nyrefunktion (albuminuri).

Da netop nyrepåvirkning – sammen med erkendt hjertekarsygdom – anses som den vigtigste oplysning om patienternes risiko for at udvikle komplikationer, og dermed er afgørende for at kunne risikostatificere en population af diabetespatienter, blev det besluttet at kontakte alle deltagende praksis vedr. diabetespatienternes nyrefunktion. Der blev givet et honorar på kr. 500,- for medvirken til at belyse mangler.

Problemet vedrørende mangelfulde data om diabetespatienternes nyrefunktion relaterede sig til, at vi i spørgeskemaet havde bedt deltagerne om at rapportere diabetespatienternes nyrefunktion i den måleenhed, som blev benyttet lokalt; se evt. det benyttede spørgeskema, spørgsmål 15 (Bilag 2). Tolkningen af svar viste sig alene at kunne benyttes til en vurdering af, om diabetespatienternes nyrefunktion er forsøgt vurderet eller ej (andel af patienter med urin-albumin måling), mens data ikke kunne benyttes til en vurdering af, om patienterne havde normal eller påvirket nyrefunktion: normal nyrefunktion / mikroalbuminuri / makroalbuminuri.

Da vi alligevel skulle kontakte praksis, valgte vi desuden at spørge praksis, som manglede oplysninger om

- diabetespatienternes diabetestype og
- diabetespatienternes køn

Endelig blev alle praksis spurgt, om

- hvorvidt de reelt havde registreret alle patienter med erkendt diabetes

Sidstnævnte spørgsmål var begrundet i en ikke ubetydelig variation fra praksis til praksis i antal rapporterede patienter, se side 15. Praksis blev i projektet bedt om at registrere alle patienter med diabetes i deres praksis, men hvorvidt dette reelt er sket, vides ikke. Det ligger dog fast, at en del af de deltagende praksis med sikkerhed ikke har rapporteret data for alle patienter med diabetes.

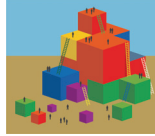
## Finansiering af projektet

Projektet er finansieret af kvalitetsudviklingsudvalgene i de 5 tidligere amter, som nu udgør Region Hovedstaden. Der er ydet overenskomstmæssigt honorar for fremmøde på kursusdage til de praktiserende læger, samt til praksis for dataregistrering (kr. 50,- per registrering).

I modsætning til det kvantitative delprojekt, som blev udført som er del af selve kurset for de deltagende læger, blev det først besluttet at forsøge at søge midler til det kvalitative delprojekt efter afslutningen på kursusdag 2.

Styregruppens medlemmer har modtaget honorar fra amterne / Regionen for deres arbejde.

# Rapportens del 1



## Resultater fra det kvantitative delprojekt

# Styregruppens kommentarer til resultaterne

## Resultaterne

Resultaterne på de kommende sider (17-37) giver et indblik i, hvordan 2012 patienter med type 2 diabetes behandles i Region Hovedstaden i den givne periode.

Styregruppens kommentarer til resultaterne fremgår af hver enkelt figur / tabel, primært med henblik på at hjælpe læseren til at tolke data.

En oversigt over hovedresultater fra de kvantitative data fremgår af resumeet, side 7.

## Repræsentativitet

Hvorvidt data er repræsentative for praksis i regionen vides ikke. Gruppen af deltagende læger må antages at repræsentere en særligt motiveret gruppe læger, ligesom en vis grad af selektionsbias af patienterne ikke kan udelukkes. Selvom hverken deltagende praksis eller patienter således kan dokumenteres at være fuldt repræsentative for Region Hovedstaden, er det dog styregruppens vurdering, at data i altovervejende omfang – på godt og ondt – afspejler behandlingen af type 2 diabetespatienter i regionen i den givne periode.

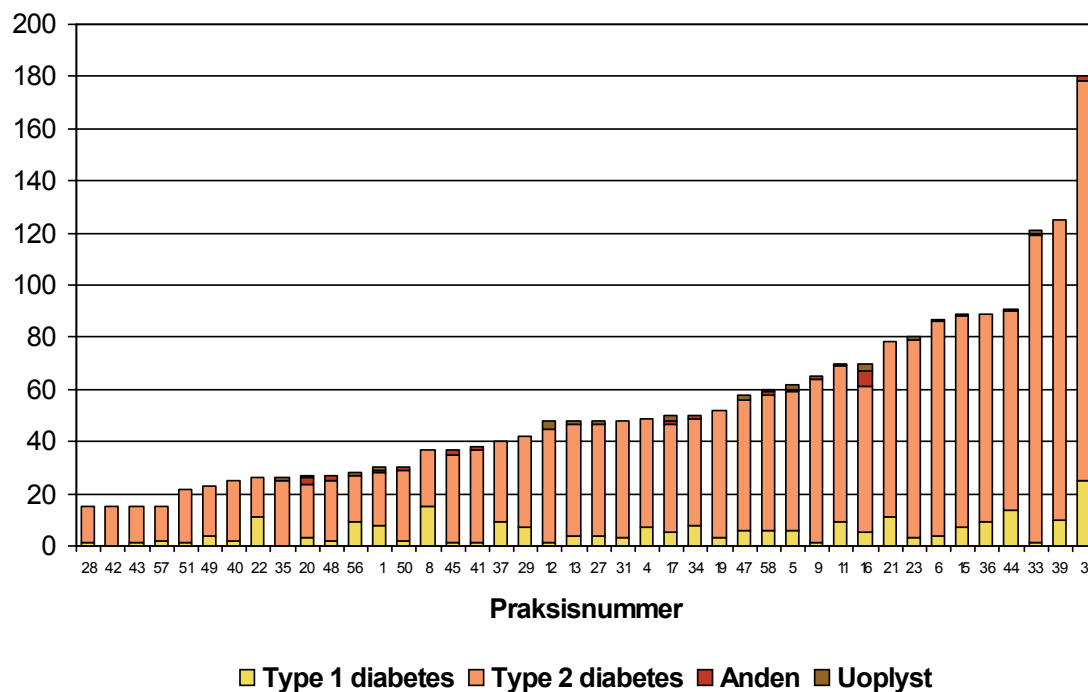
## Variationsdiagrammerne

Variationsdiagrammerne viser større variation for de fleste parametre, end man umiddelbart kan forklare ved forskelle i patientpopulation imellem praksis. Dette gælder, både hvad angår gennemførte målinger / kontroller og behandlingsintensitet.

Det sidste variationsdiagram (side 37) viser, at det gennemsnitligt har været nødvendigt at kontakte ca. 30% af diabetespatienterne for at opnå de ønskede informationer. Variationen praksis imellem er stor. Nogle praksis har således kontakt til de fleste af deres diabetespatienter og har registreret nøgleoplysninger for disse, mens dette ikke er tilfældet for andre praksis.

## Antal registreringer

### Antal registreringer pr. praksis



Figuren viser antallet og fordelingen af patienter fra de deltagende praksis. Numrene på x-aksen er projektnumre for de deltagende praksis.

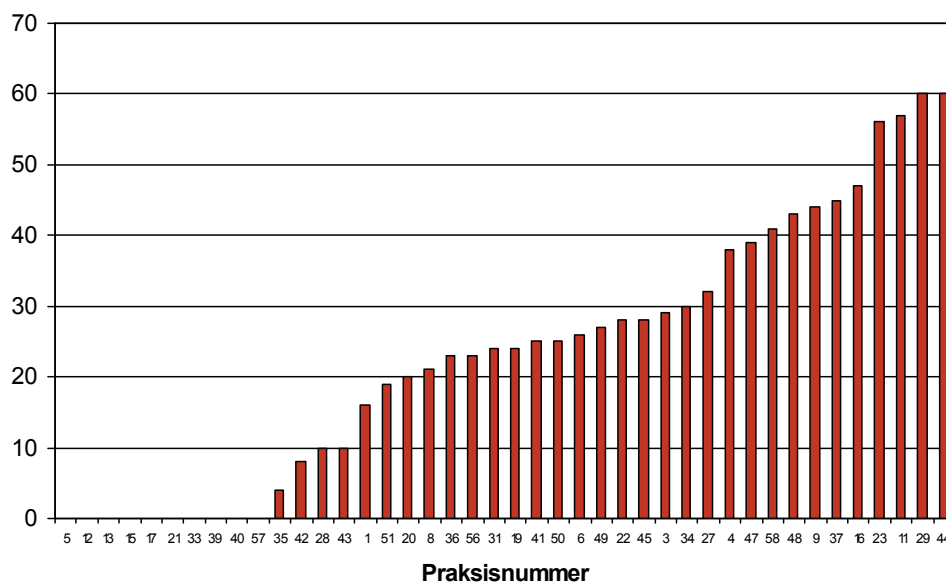
Figuren viser, at der er en ikke ubetydelig variation mellem de deltagende praksis.

Praksis med få registrerede diabetespatienter har på forespørgsel oplyst, at de har flere diabetespatienter i praksis, end de rapporterede. Den typiske selvoplyste baggrund herfor har været manglende tid til en komplet diagnosekodning.

Tilsvarende fortæller deltagende praksis, at arbejdet med de manuelle registreringer af diabetespatienter har været en meget stor arbejdsopgave.

## Antal registreringer

Antal registreringer pr. 1000 sygesikringsgruppe 1 patienter per praksis



Figuren viser antallet af diabetespatienter pr. 1.000 tilmeldte sygesikringsgruppe 1 patienter pr. praksis. Numrene på x-aksen er projektnumre for de deltagende praksis. Resultat 0 for de 10 praksis længst til venstre på x-aksen i figuren skyldes, at praksis ikke har rapporteret, hvor mange tilmeldte patienter disse praksis har.

Figuren viser, at der er en ikke ubetydelig variation mellem de deltagende praksis. I praksis med flest registreringer har 6% af praksispopulationen diabetes.

Den store variation er formentlig delvist betinget af forskelle praksis imellem, hvad angår optagerområde / praksispopulation: Praksispopulationens sammensætning, hvad angår køn, alder, etnicitet og socialklasse, vil have indflydelse på forekomsten af diabetes.

Den samtidigt forekommende variation imellem praksis, hvad angår eks. farmakologisk behandling (siderne 32-35), taler dog entydigt for, at variationen ikke alene er betinget af forskelle i praksispopulationens sammensætning.

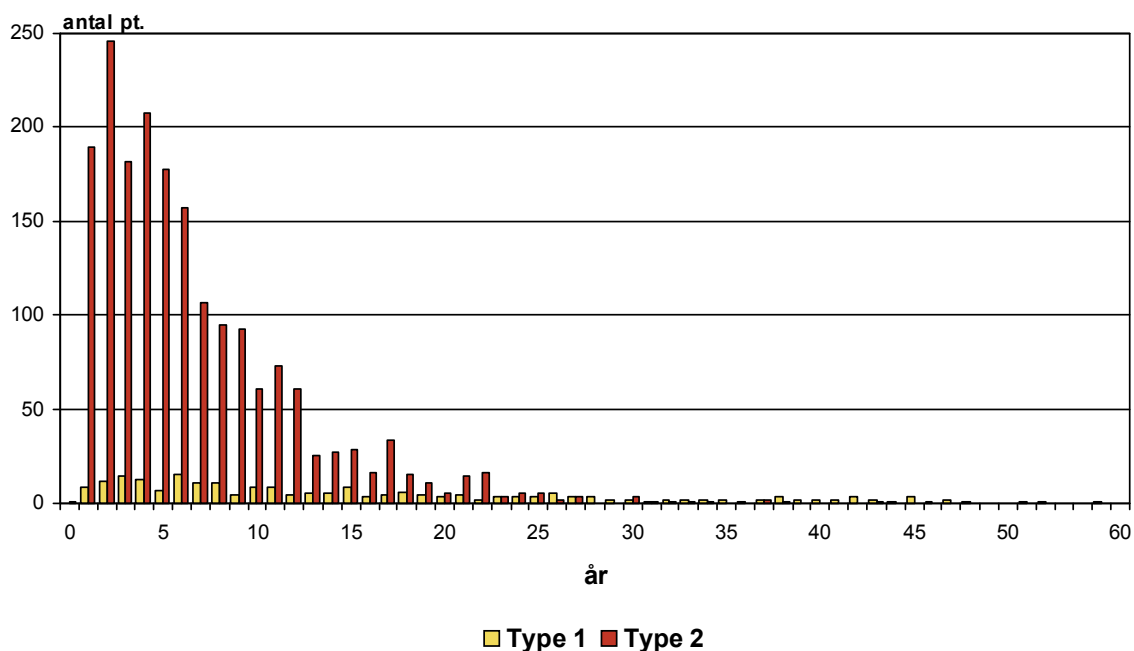
Samlet set må det antages, at variationen i et vist omfang afspejler forskelle praksis imellem i graden af antal opsporede diabetespatienter.

Dette er ikke overraskende: Fra både danske epidemiologiske undersøgelser<sup>2-3</sup> og fra praksis<sup>4-5</sup>, som systematisk har arbejdet med opsporing af diabetespatienter, findes omtrent lige så mange patienter med uerkendt diabetes, som patienter med allerede erkendt diabetes.

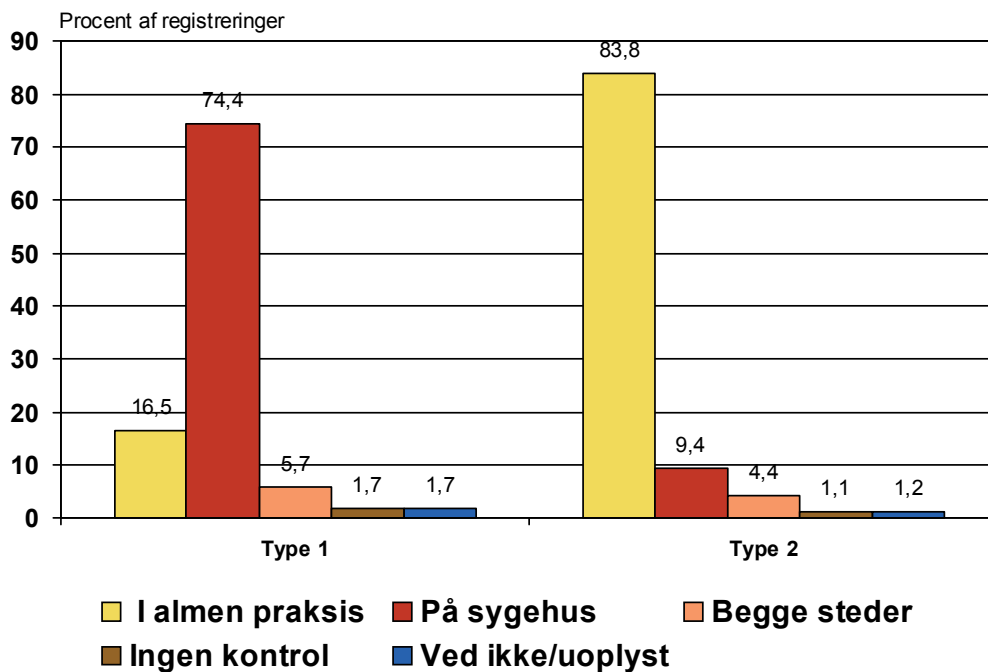


## Diabetesvarighed og primært behandlingssted

Hvor længe har patient haft diabetes?

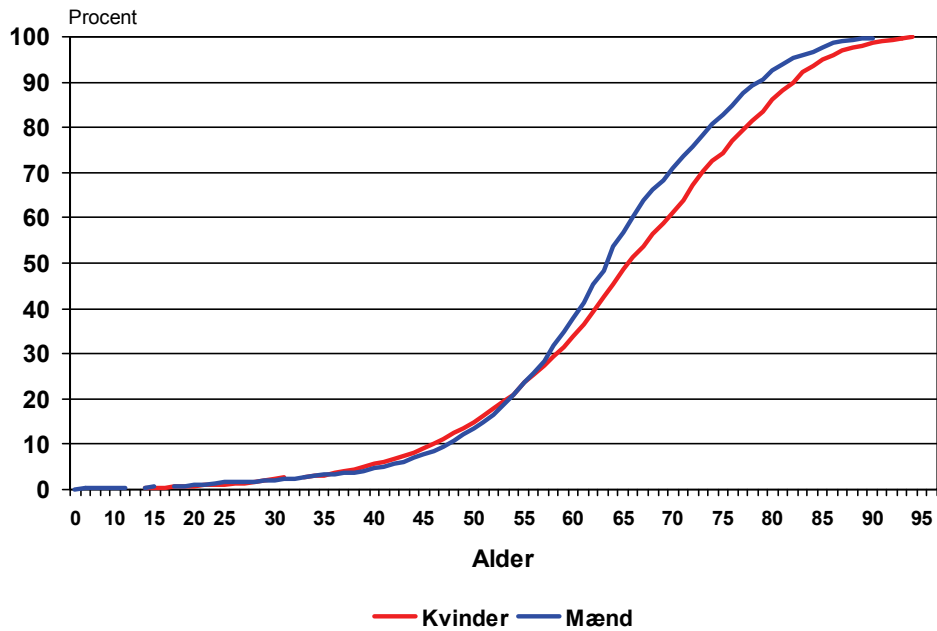


Hvor går patienten til kontrol?

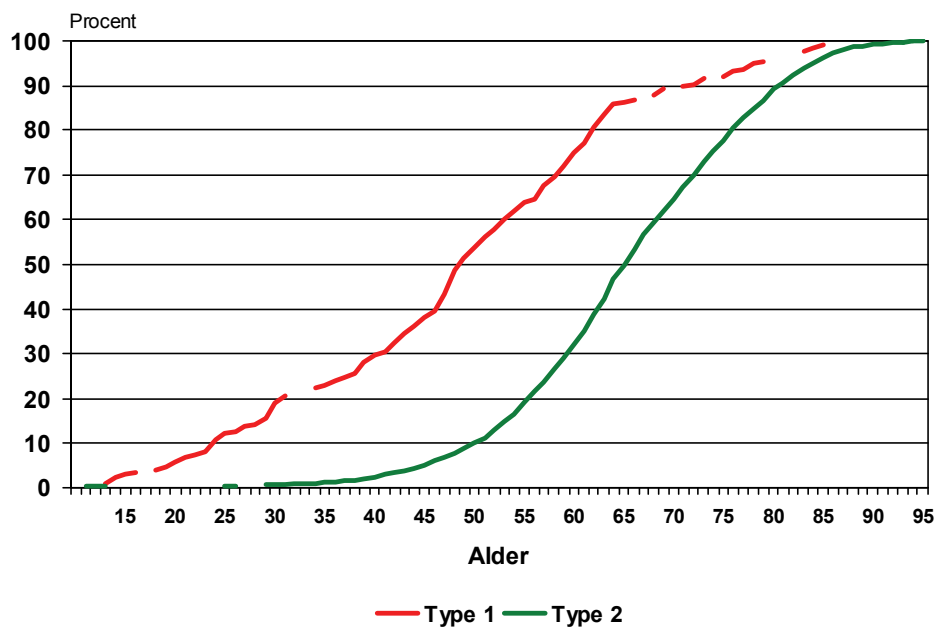


Figuren viser, at hovedparten af patienter med type 2 diabetes alene følges i almen praksis. Omvendt følges hovedparten af patienter med type 1 diabetes alene på sygehuset.

## Aldersfordeling og køn

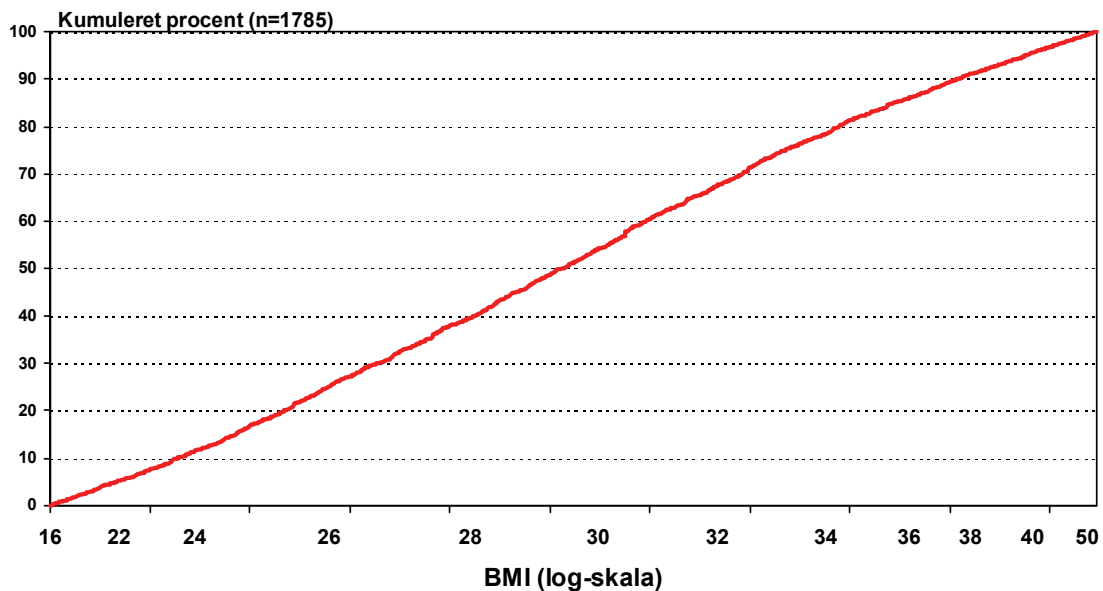


## Alder og type



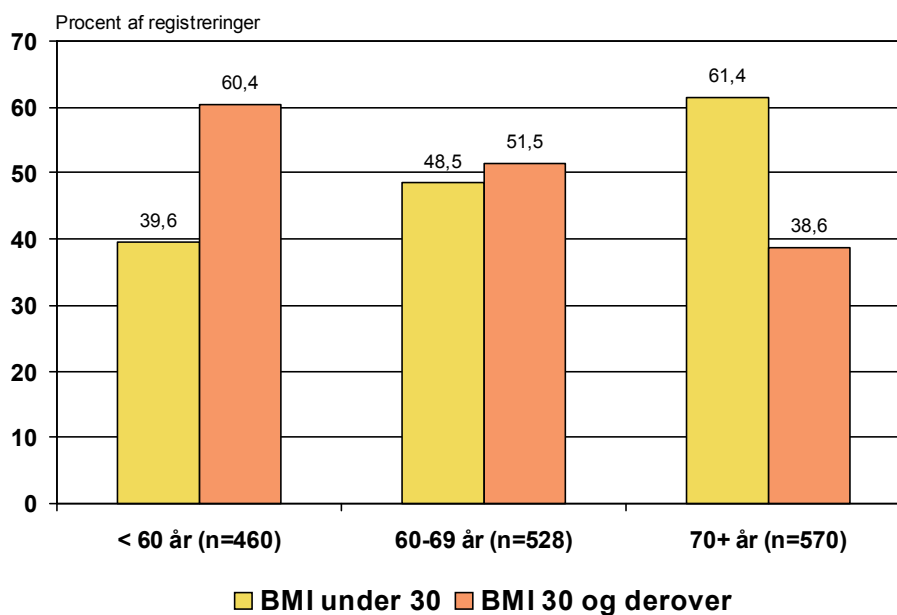
Figureerne illustrerer materialets aldersfordeling i forhold til køn og diabetestype.

### BMI hele materialet



Figuren viser, at knap halvdelen af alle registrerede patienter havde BMI over 30.

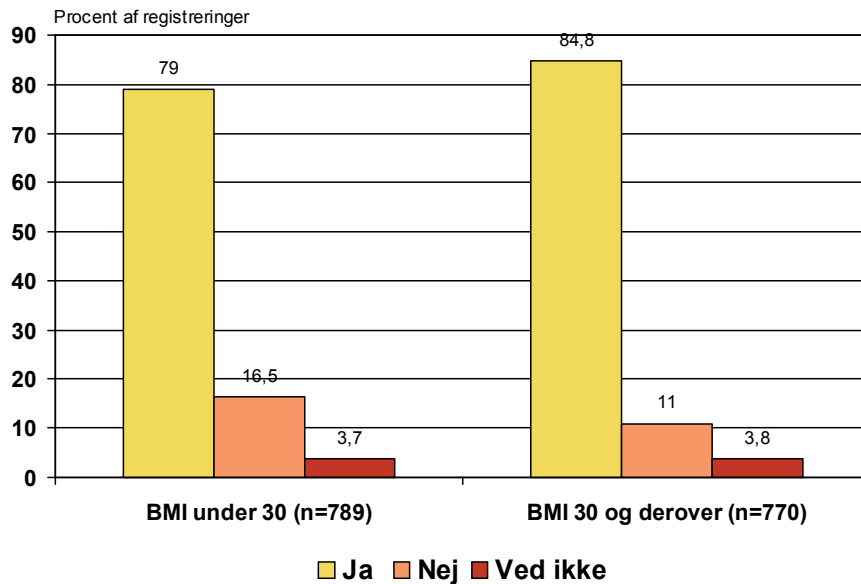
### BMI i forhold til alder



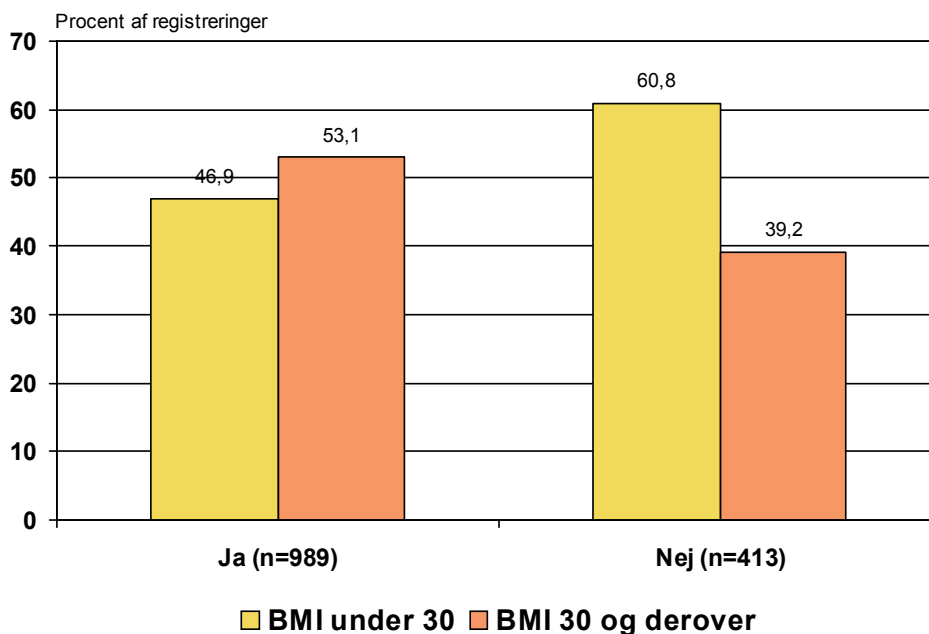
Figuren viser, at andelen af patienter med BMI over 30 falder med stigende alder.

## BMI og type 2 diabetes

### Livsstilssamtale i forhold til BMI



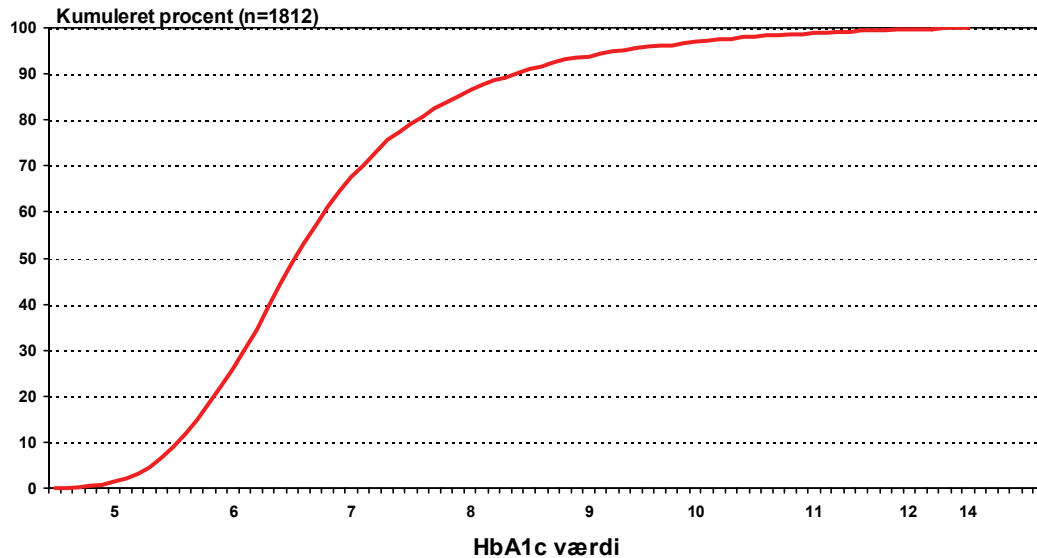
### BMI i forhold til individuelt behandlingsmål for vægt



Figureerne viser, at patienter med højest BMI hyppigst tilbydes livsstilssamtale og hyppigst får fastsat behandlingsmål.

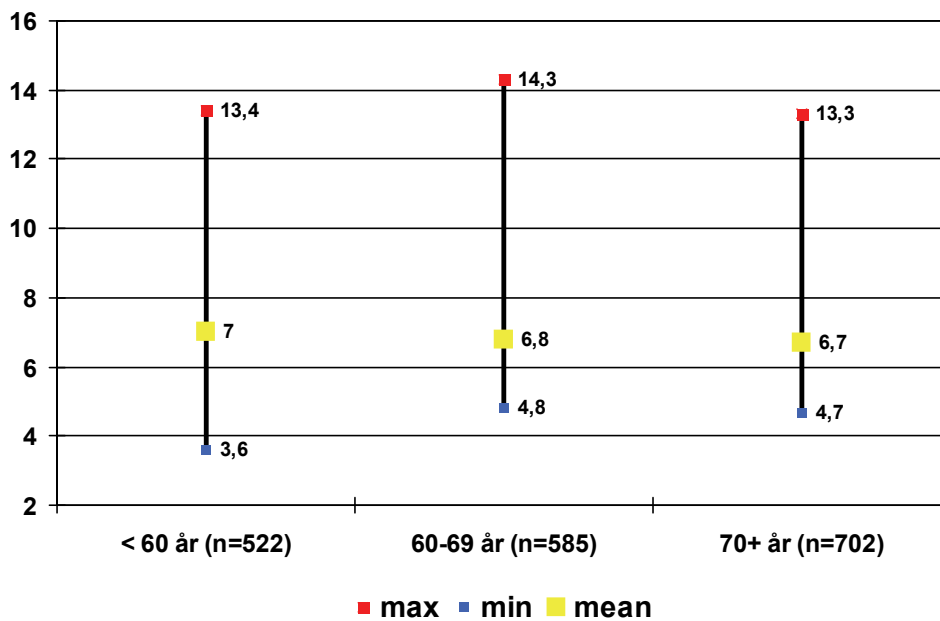
# HbA1c og type 2 diabetes

## HbA1c hele materialet



Figuren viser, at ca. 2/3 af de registrerede patienter havde HbA1c under 7% mens 6% af diabetespatienterne havde en værdi over 9%. X-aksen er manipuleret, så enkelte patienter med høje HbA1c-værdier kunne medtages i kurven.

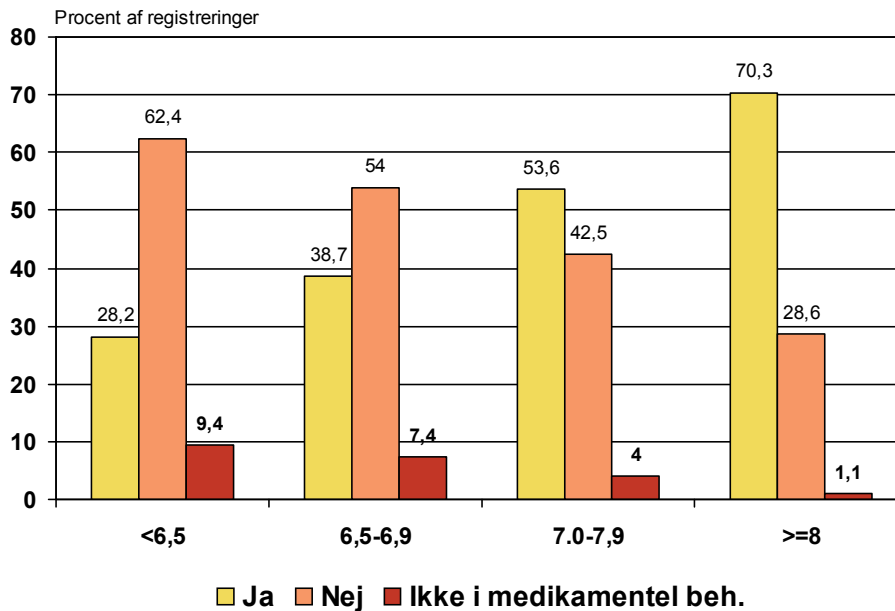
## HbA1c i forhold til alder



Figuren viser, at HbA1c-niveauet og variationsbredden er sammenlignelige i de tre aldersgrupper.

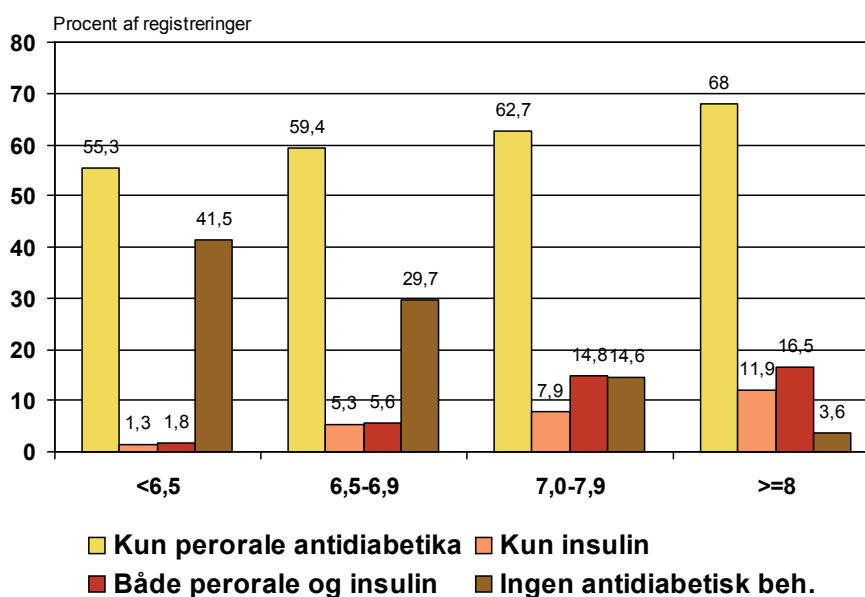
## HbA1c og type 2 diabetes

HbA1c er inden for de sidste 7 måneder søgt bedret via optimeret medikamentel behandling



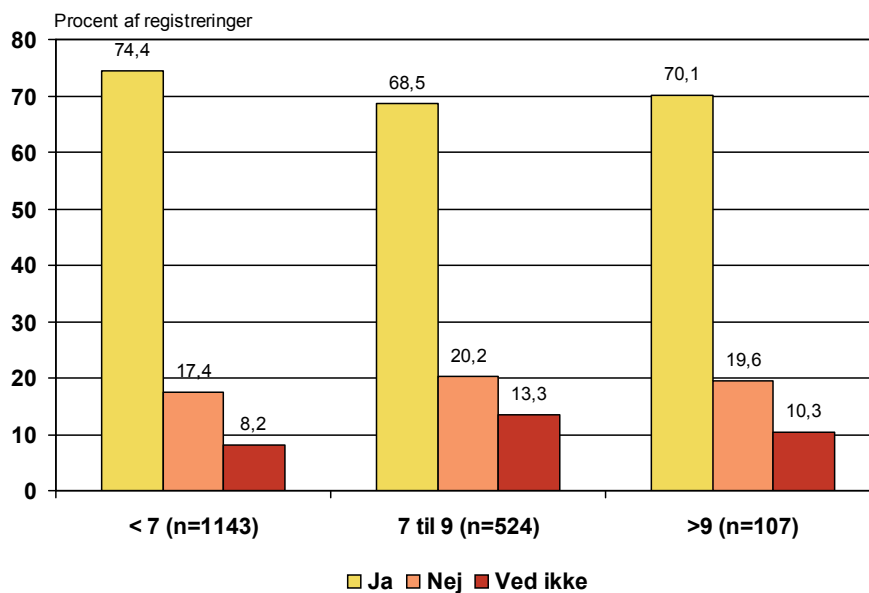
Figuren viser, at optimeringsindsatsen stiger i takt med graden af hyperglykæmi, samt at stort set alle patienter med HbA1c > 7,0 er i antiglykæmisk farmakologisk behandling.

## Antidiabetisk behandling ved forskellige HbA1c-niveauer



Figuren viser, at den farmakologiske antidiabetiske behandling intensiveres med stigende HbA1c.

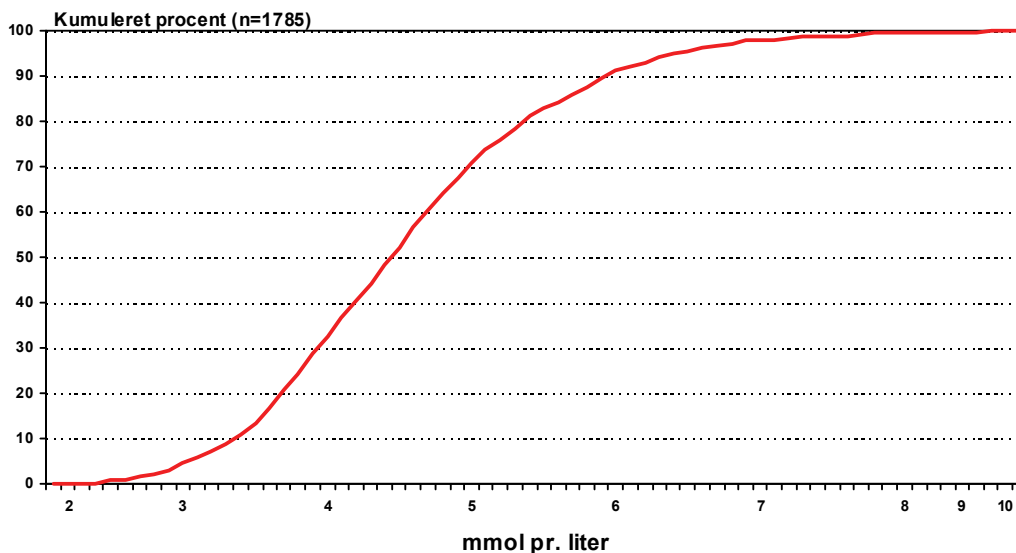
## Individuelt behandlingsmål for HbA1c aftalt ved forskellige HbA1c-niveauer



Figuren viser, at ca. 70% af patienterne får fastsat behandlingsmål uafhængigt af deres niveau af HbA1c.

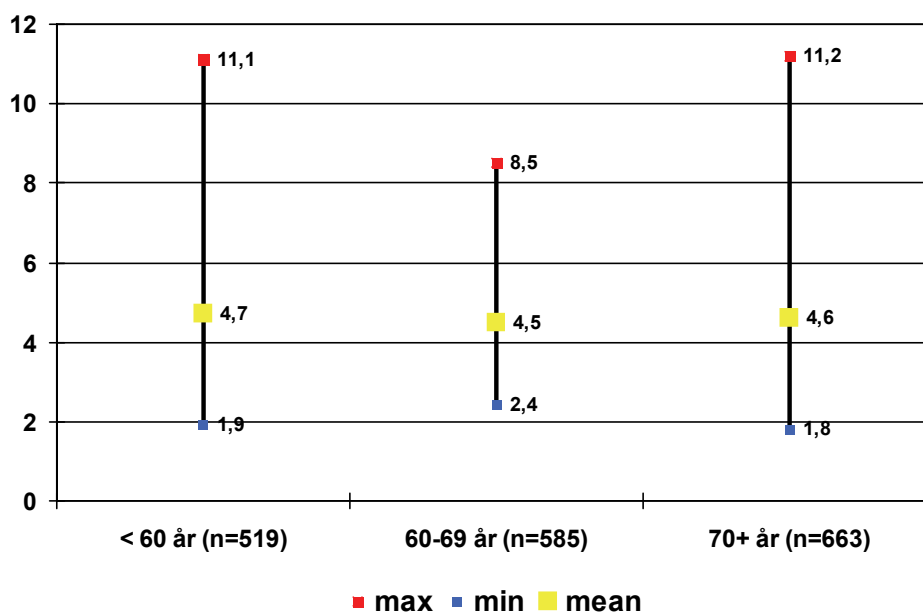
## Kolesterol og type 2 diabetes

### Total-kolesterol hele materialet



Omtrent halvdelen af de registrerede patienter havde total-kolesterol under 4,5 og mindre end 10% havde værdier over 6,5 mmol/l. X-aksen er manipuleret, så enkelte patienter med høje kolesterolværdier kunne medtages i kurven.

### Total-kolesterol i forhold til alder

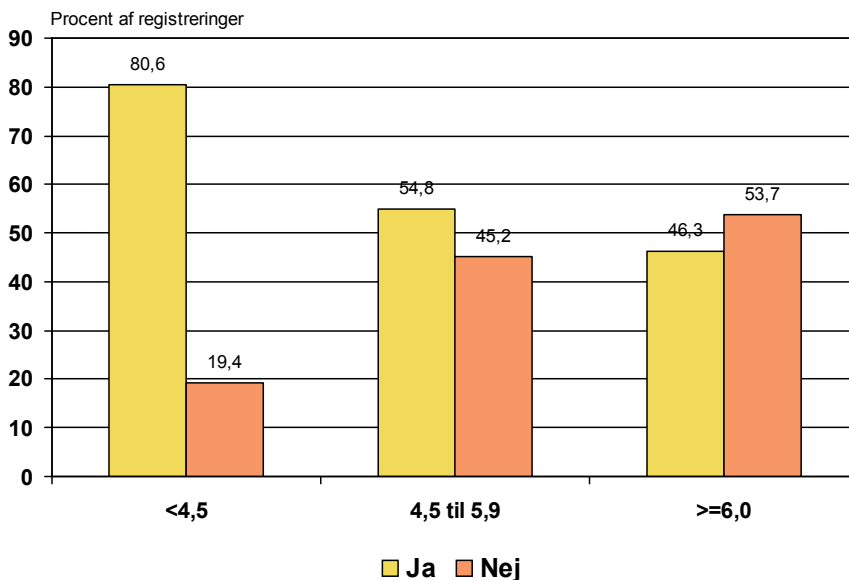


Figuren viser, at total-kolesterolniveauet og variationsbredden er sammenlignelige i de tre aldersgrupper.



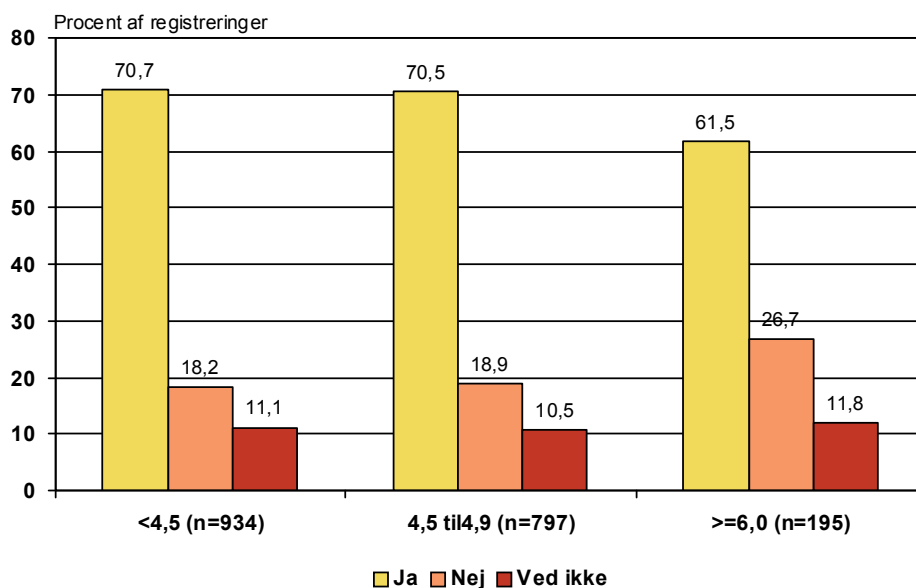
## Kolesterol og type 2 diabetes

### Medikamentel lipidsænkende behandling ved forskellige kolesterolniveauer



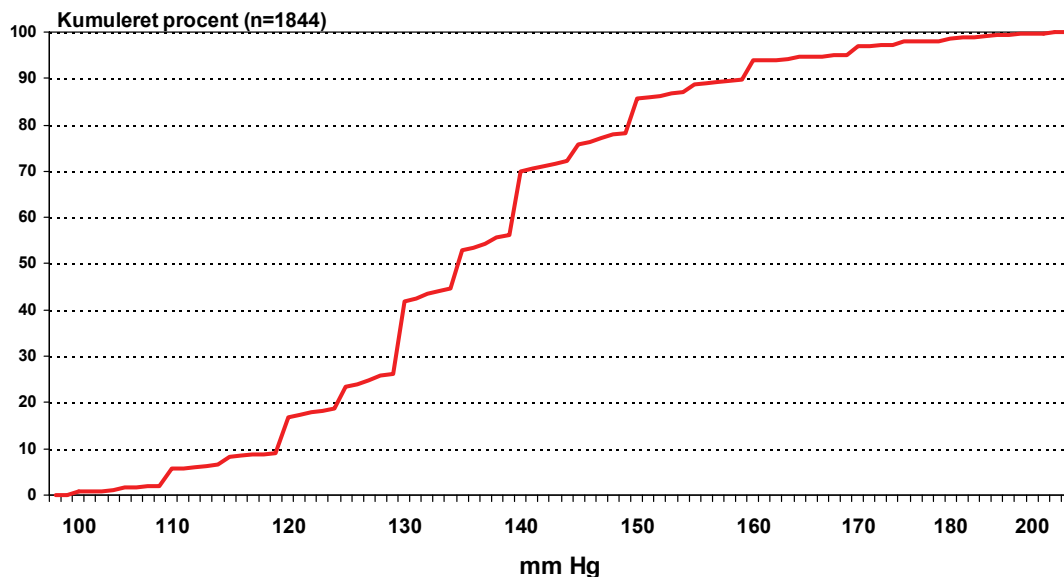
Figuren viser, at hyppigheden af lipidsænkende behandling var størst hos de patienter, der aktuelt havde kolesterol under 4,5 mmol/l.

### Individuelt behandlingsmål for total-kolesterol ved forskellige niveauer



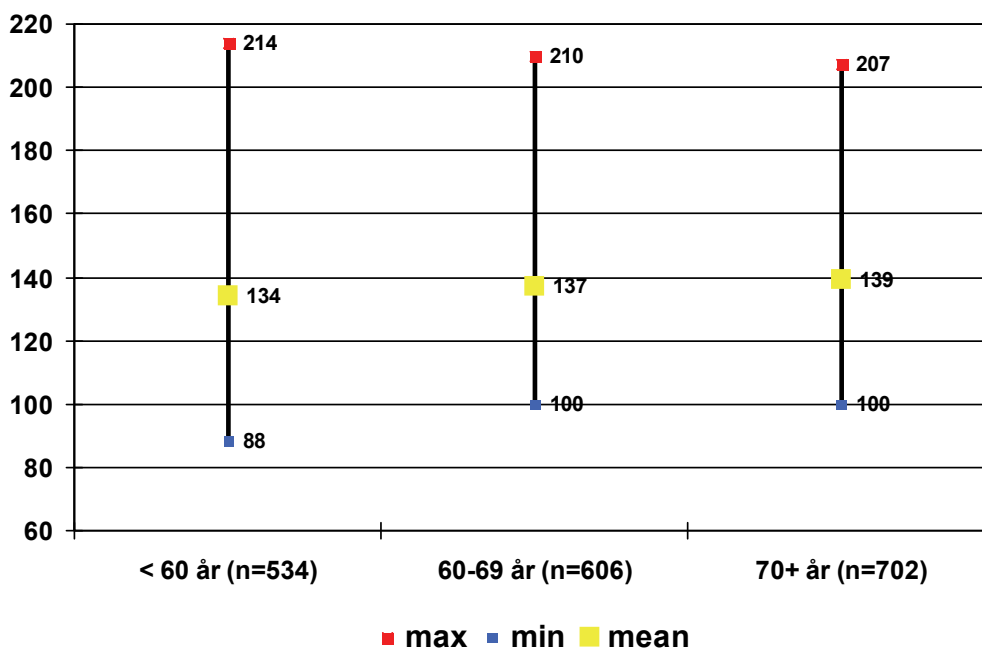
## Systolisk BT og type 2 diabetes

### Systolisk BT hele materialet



Figuren viser, at ca. 30% af de registrerede patienter havde systolisk BT under 130, mens ca. 10% havde et tryk over 160 mm Hg. X-aksen er manipuleret, så enkelte patienter med høje BT-værdier kunne medtages i kurven. Figuren demonstrerer desuden undersøgerens præference for at afrunde BT til værdier delelige med 10, i mindre grad delelige med 5.

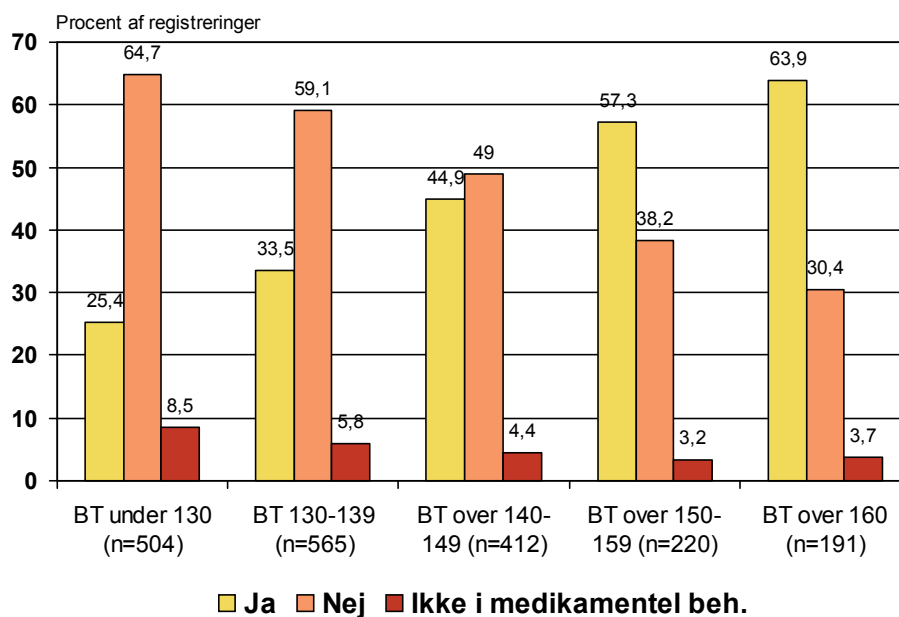
### Systolisk BT i forhold til alder



Figuren viser, at det systoliske gennemsnits-BT og variationsbredden er sammenlignelige i de tre aldersgrupper.

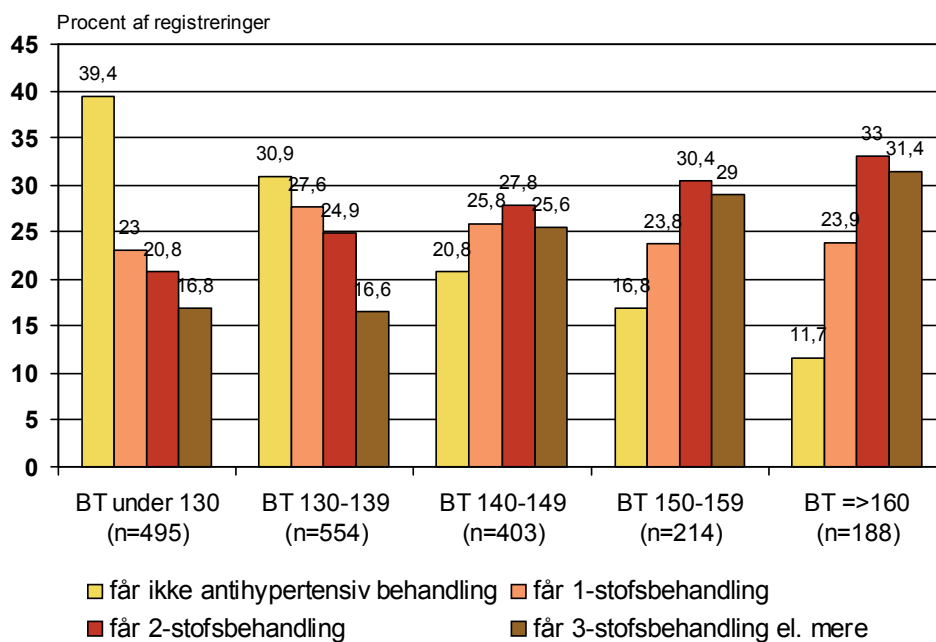
## Systolisk BT og type 2 diabetes

BT er inden for de sidste 7 måneder søgt bedret via optimeret behandling



Figuren viser, at optimeringsindsatsen stiger i takt med graden af hypertension.

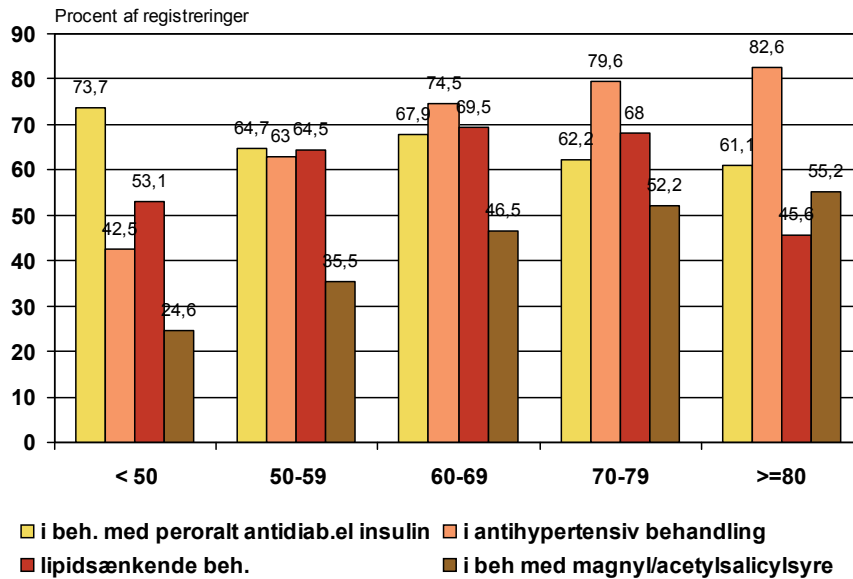
Antihypertensiv behandling ved forskellige BT-niveauer



Figuren viser, at den farmakologiske antihypertensive behandling intensiveres med stigende BT.

# Farmakologisk behandling i relation til patienternes alder

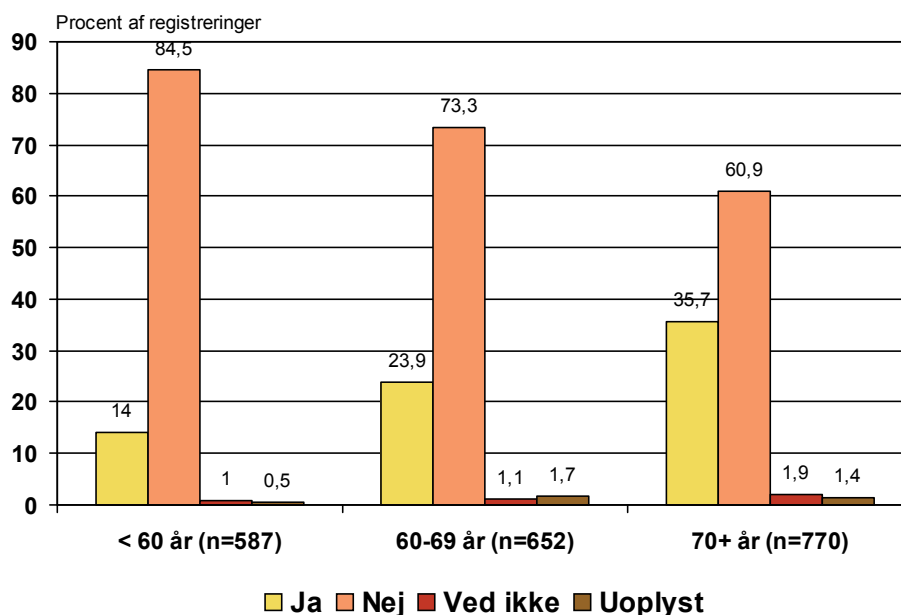
## Øvrig behandling i forhold til alder



Figuren viser, at intensiteten af blodtryksbehandling og magnyl/acetylsalicylsyre stiger, jo ældre patienterne bliver. Dette er derimod ikke tilfældet for lipidsænkende behandling, der topper ved 60-69 år, samt ved antidiabetisk behandling, der udviser en svagt faldende tendens, jo ældre patienterne bliver.

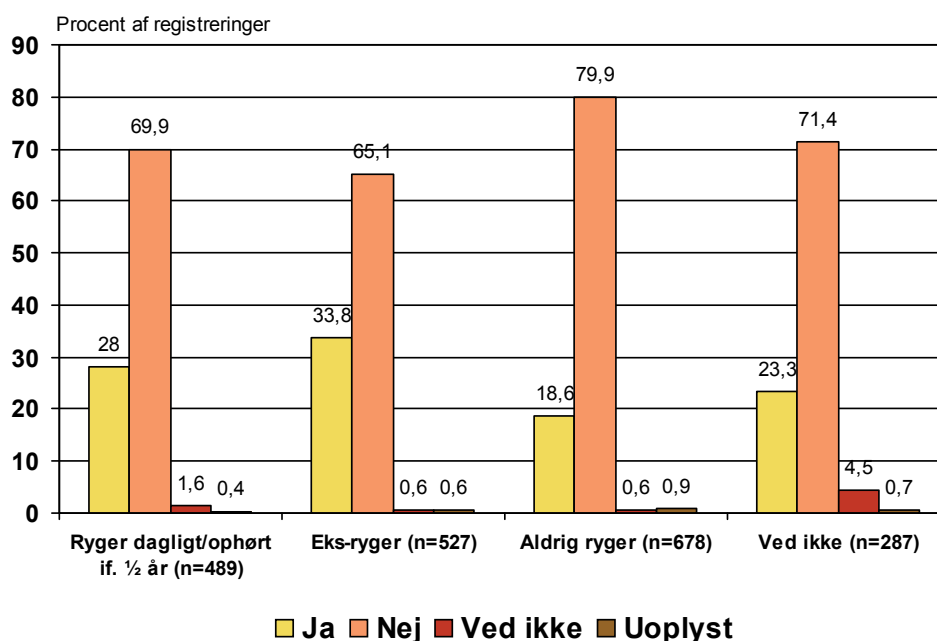
## Kardiovaskulære hændelser og type 2 diabetes

### Kardiovaskulær hændelse i anamnesen i forhold til alder



Hypigheden af kardiovaskulære hændelser er i gennemsnit 25%. Der ses stigende hyppighed med alderen.

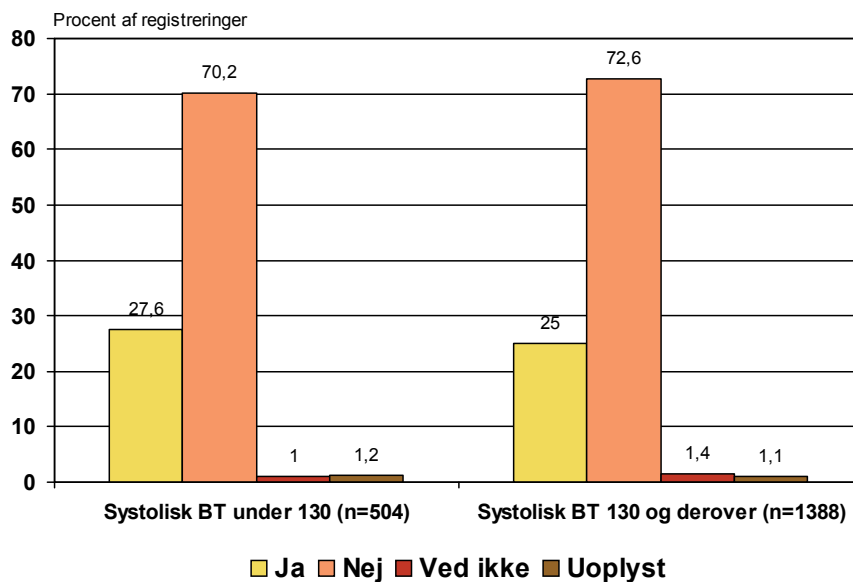
### Kardiovaskulær hændelse i anamnesen i forhold til rygning



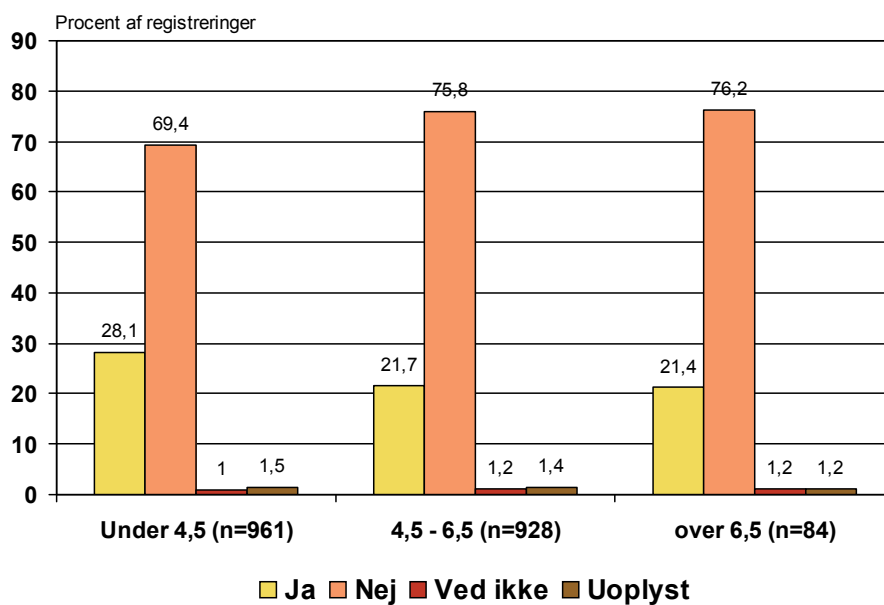
Det ses at hyppigheden af kardiovaskulære hændelser er højest hos rygere og eks-rygere.

## Kardiovaskulære hændelser og type 2 diabetes

### Kardiovaskulær hændelse i anamnesen i forhold til systolisk BT

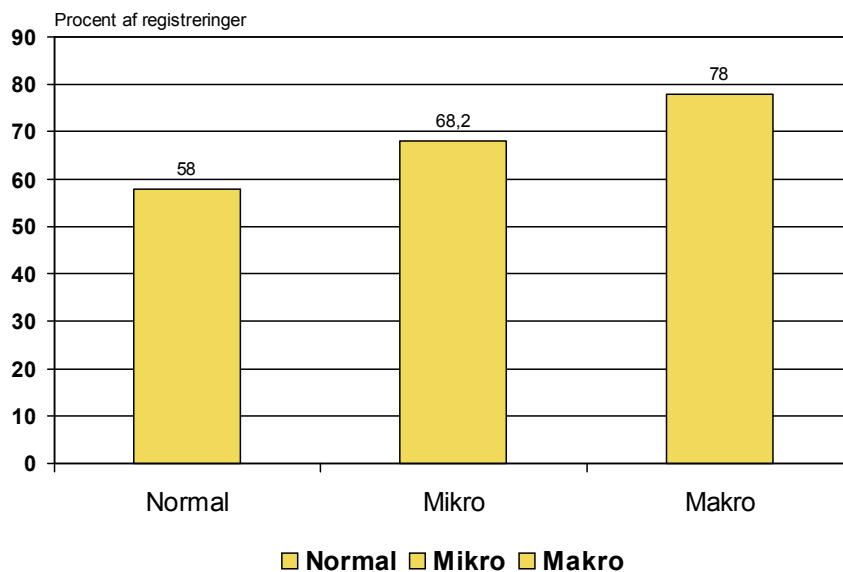


### Kardiovaskulær hændelse i anamnesen i forhold til kolesterolniveau



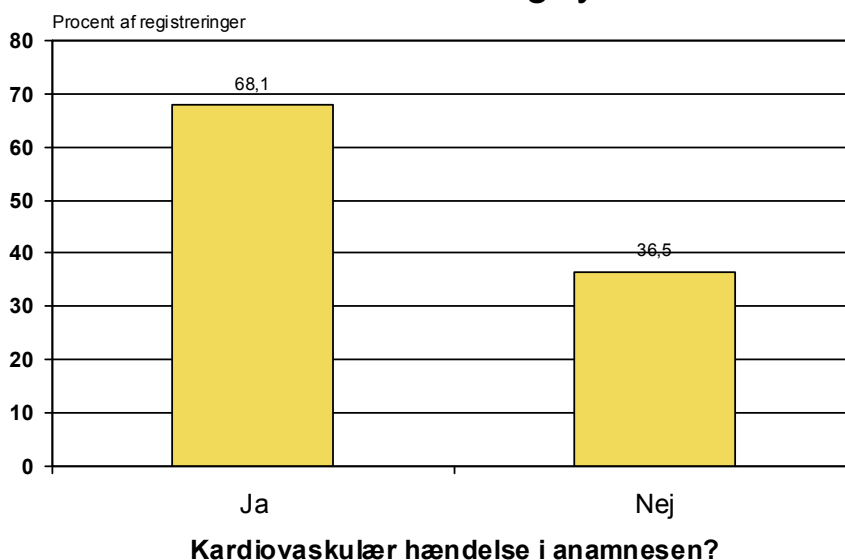
## Diabetespatienter med høj risiko for komplikationer

### Andel af patienter med albuminuri, som får ACE-hæmmer/AIIA



Figuren viser, at andelen af patienter i behandling med ACE-hæmmer/AIIA stiger med stigende nyrepåvirkning.

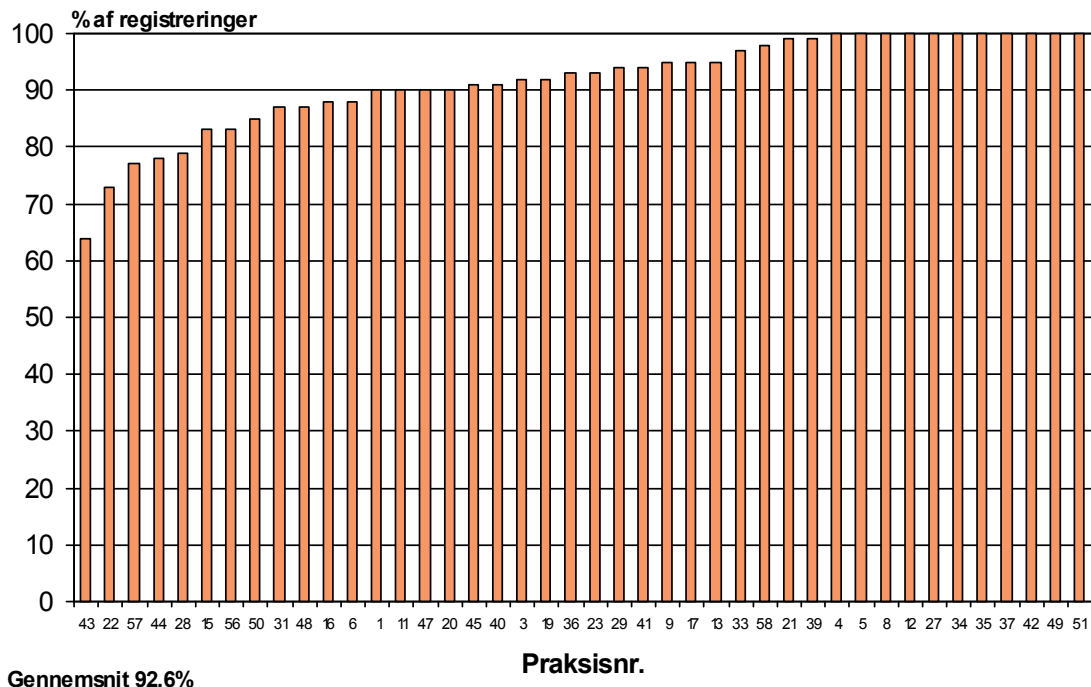
### Andel af patienter med hjertekarsygdom som får magnyl



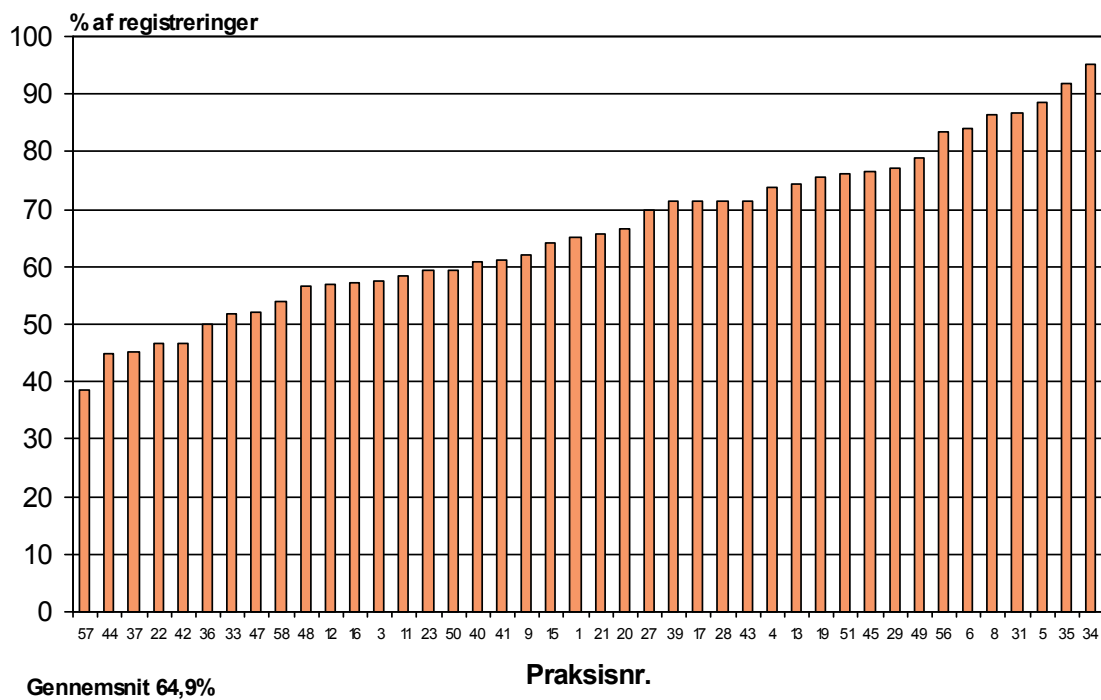
Figuren viser, at andelen af patienter i behandling med magnyl er højere blandt patienter, som har haft en kardiovaskulær hændelse i anamnesen.

# Variationsdiagrammer – de 42 praksis sammenlignet

## HbA1c målt inden for de sidste 7 måneder



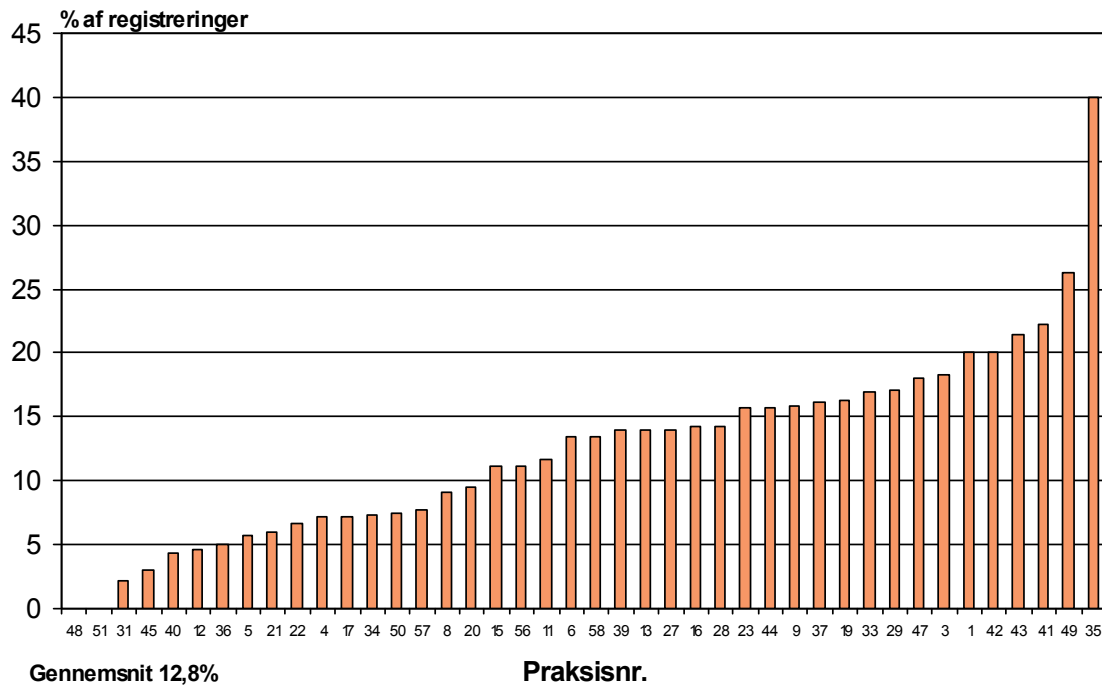
## Behandling med perorale antidiabetika



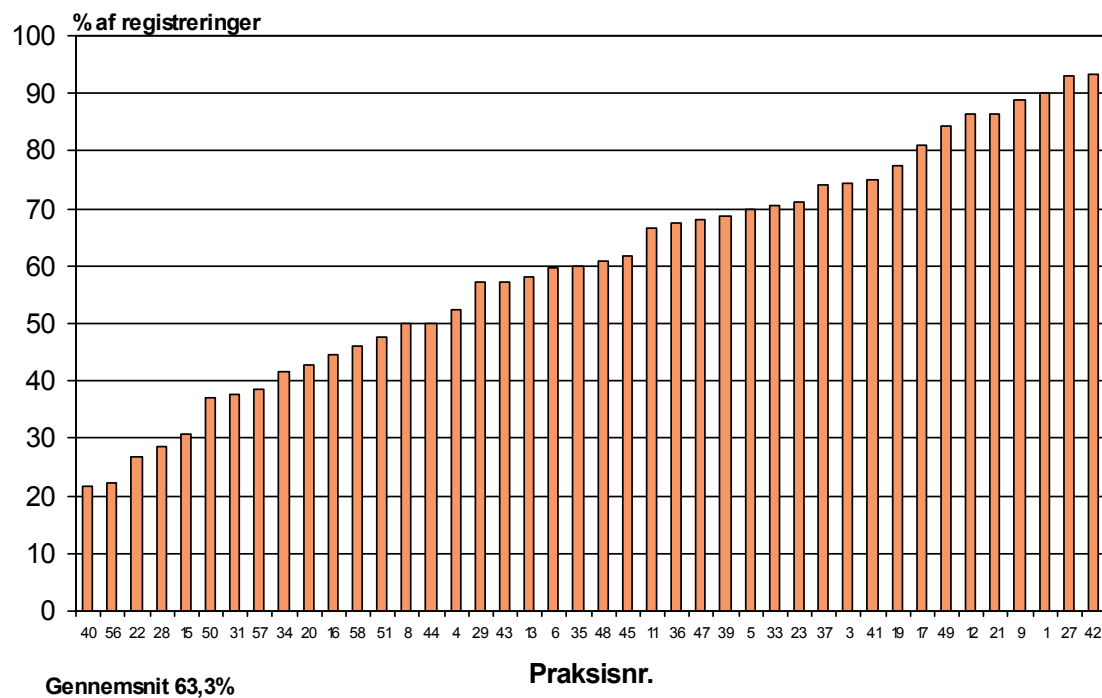


# Variationsdiagrammer – de 42 praksis sammenlignet

## Behandling med insulin

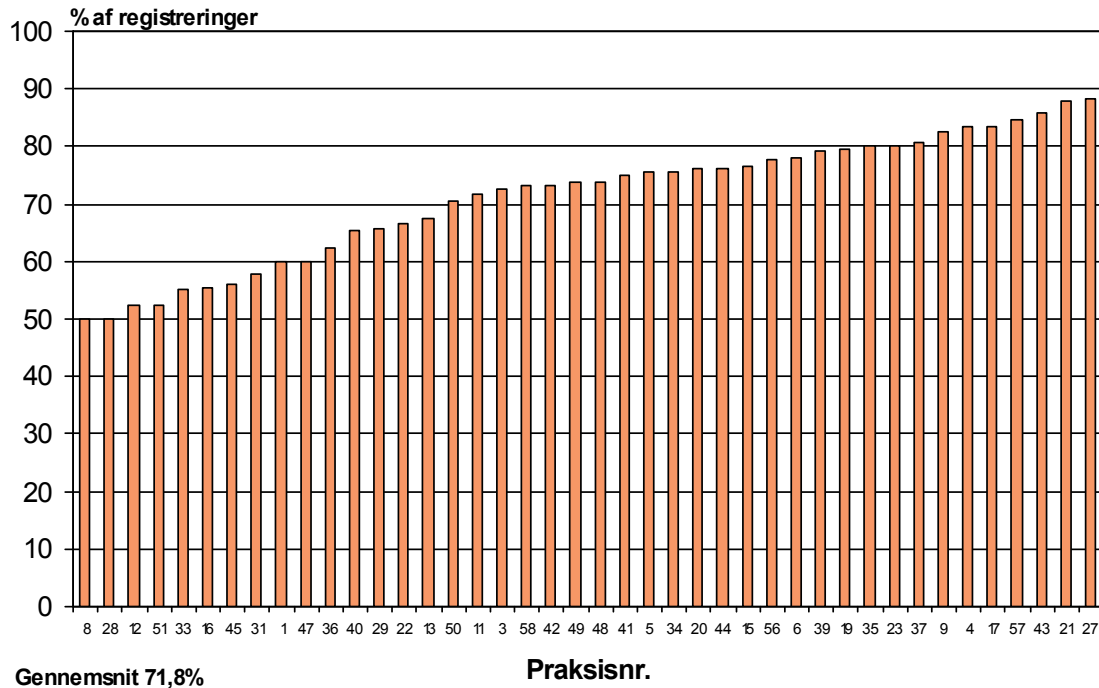


## Pt. i medikamentel lipidsænkende behandling

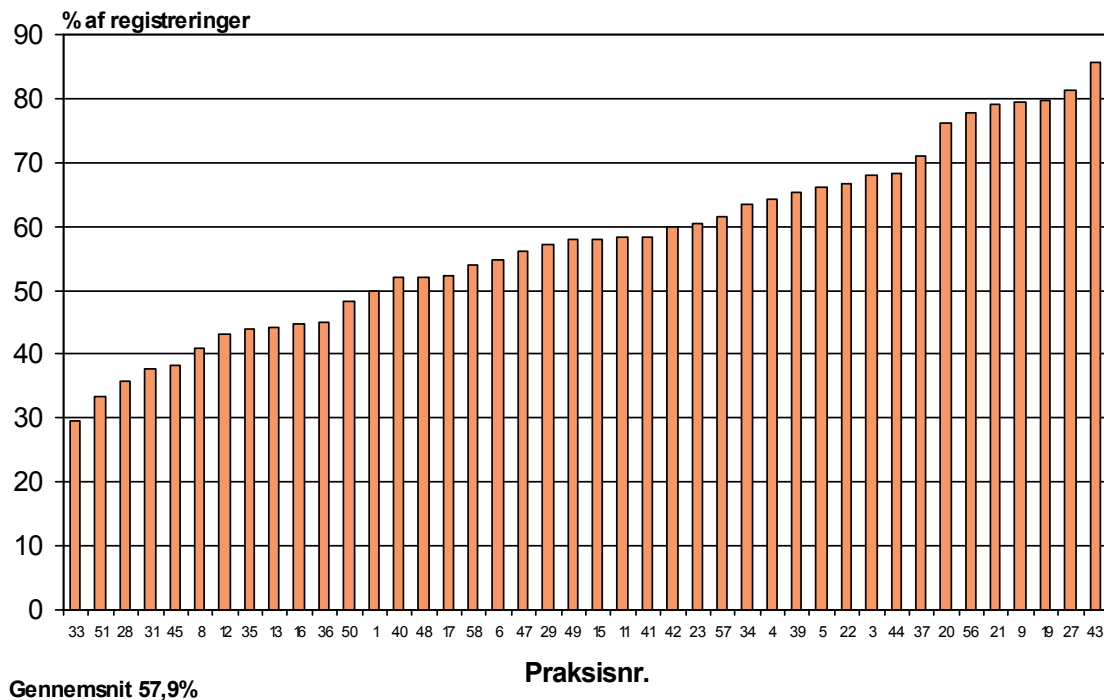


# Variationsdiagrammer – de 42 praksis sammenlignet

## Patienten i antihypertensiv behandling

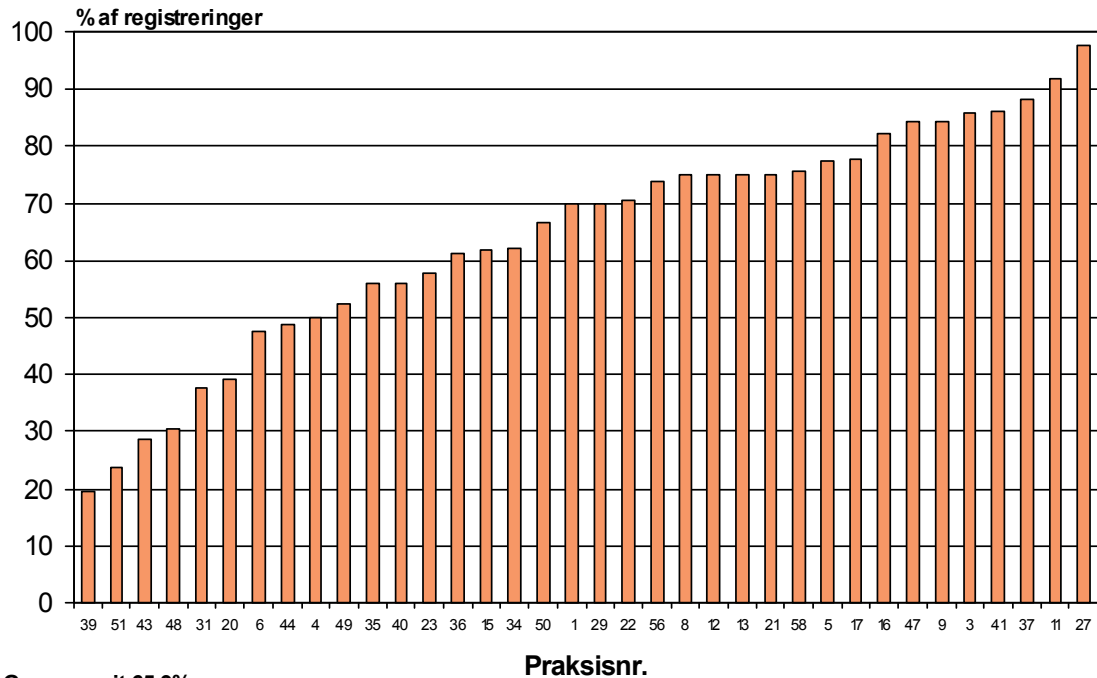


## Pt. i behandling med ACE-hæmmer/AIIA



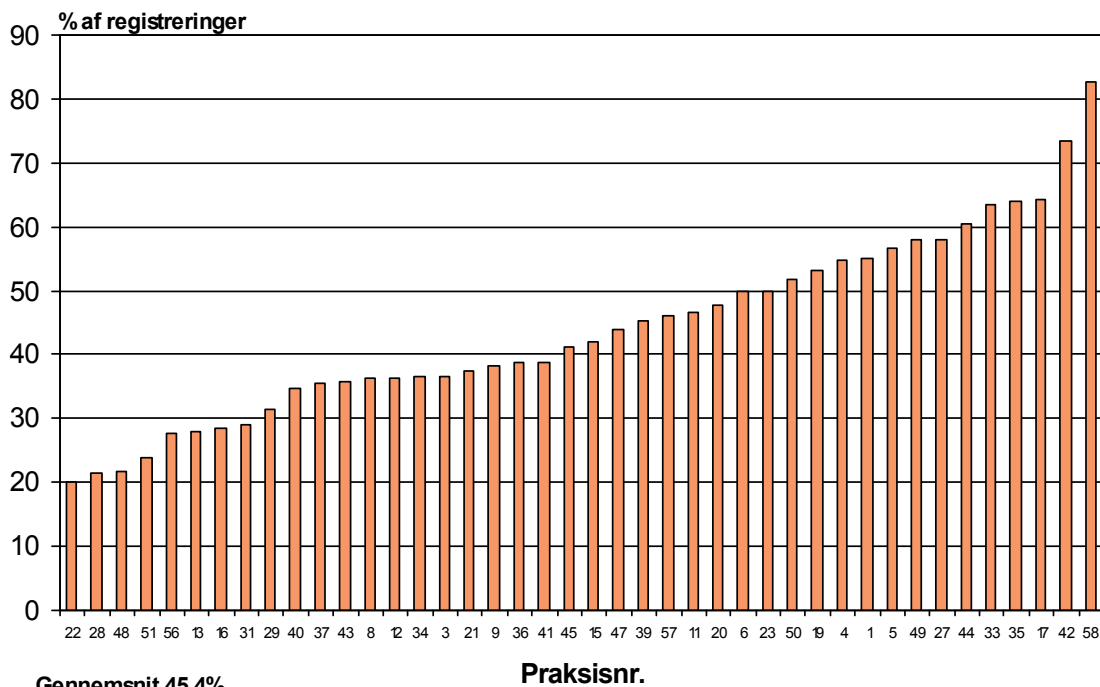
# Variationsdiagrammer – de 42 praksis sammenlignet

Urin-albuminmåling målt inden for de sidste 15 mdr.



Gennemsnit 65,9%

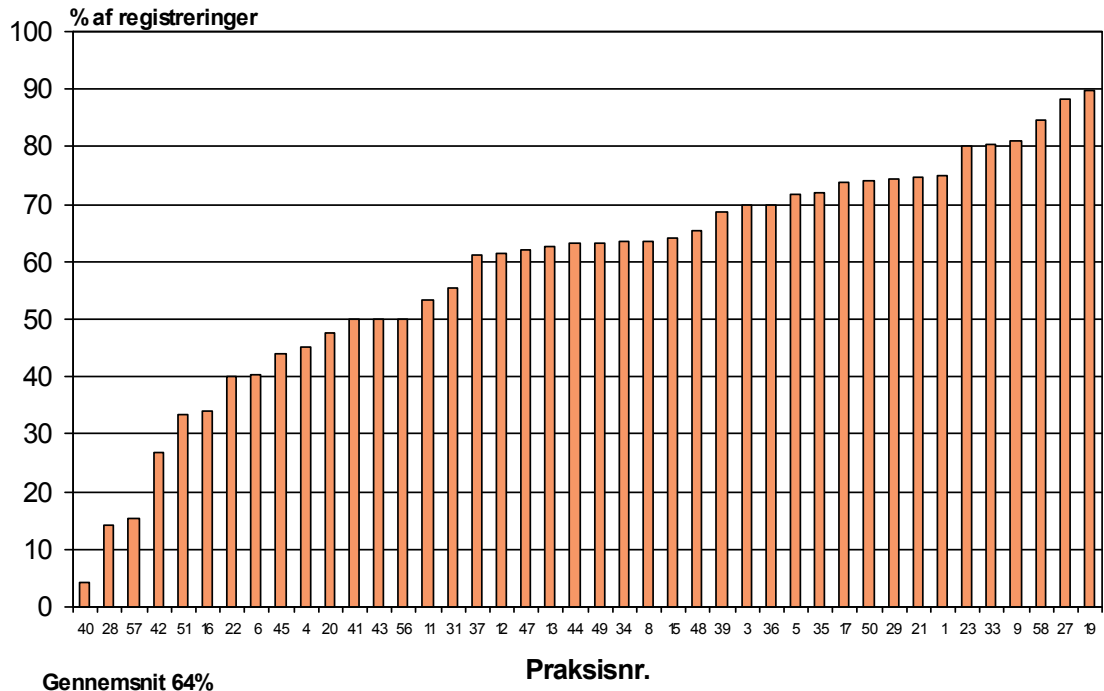
Pt. i behandling med magnyl/acetylsalicylsyre



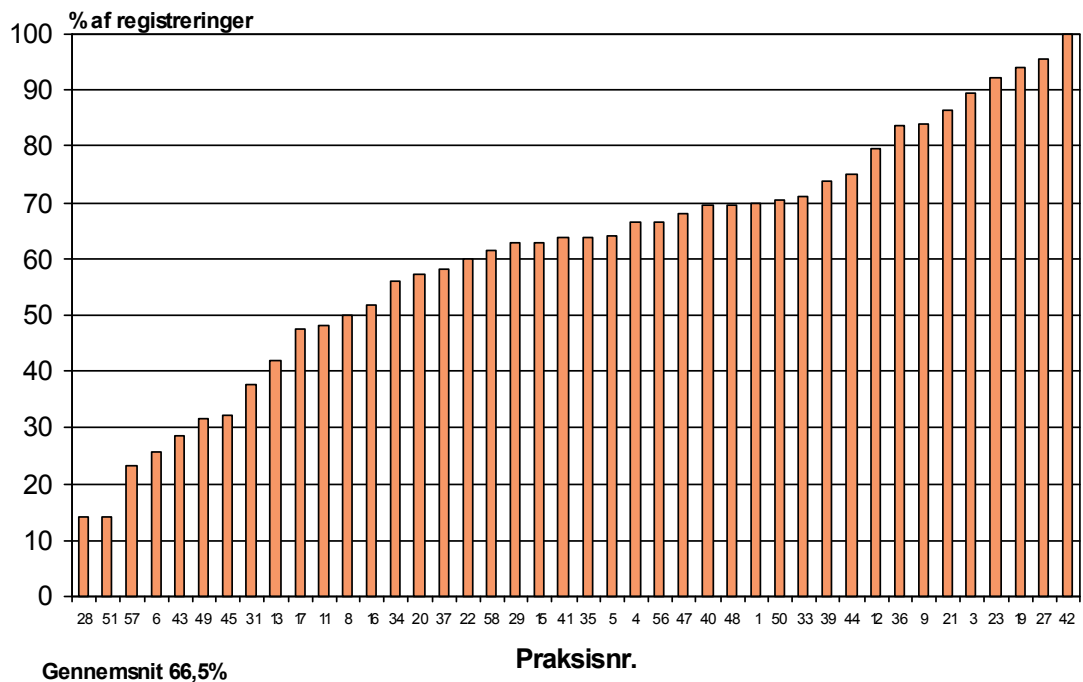
Gennemsnit 45,4%

# Variationsdiagrammer – de 42 praksis sammenlignet

## Øjenundersøgelse inden for de sidste 2 år

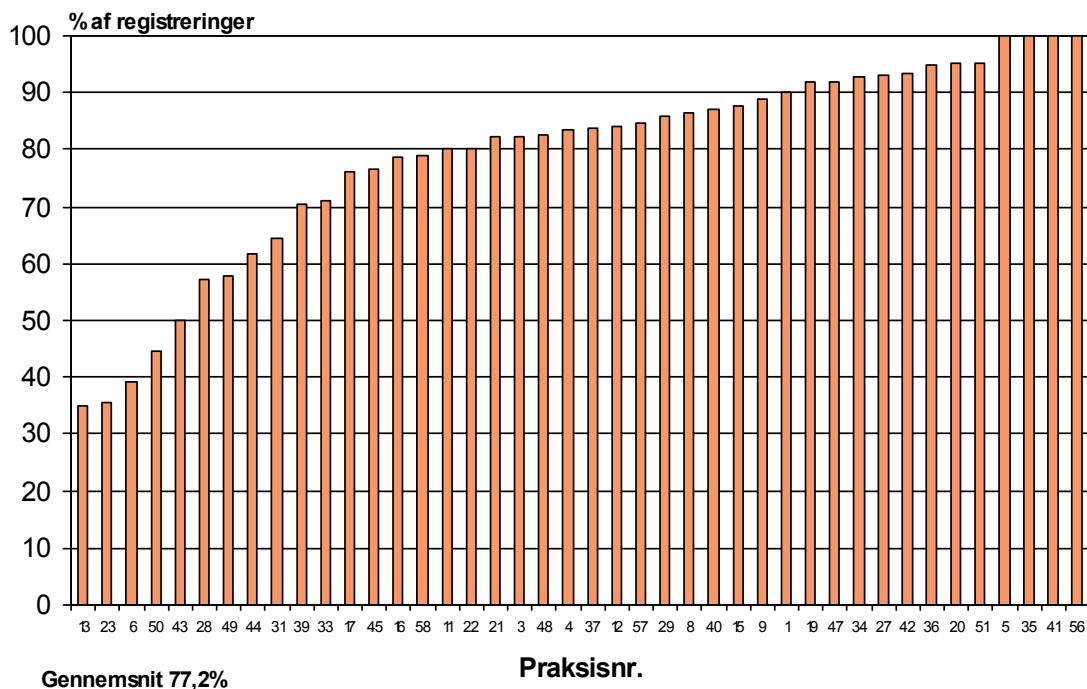


## Fodundersøgelse inden for de sidste 15 mdr.

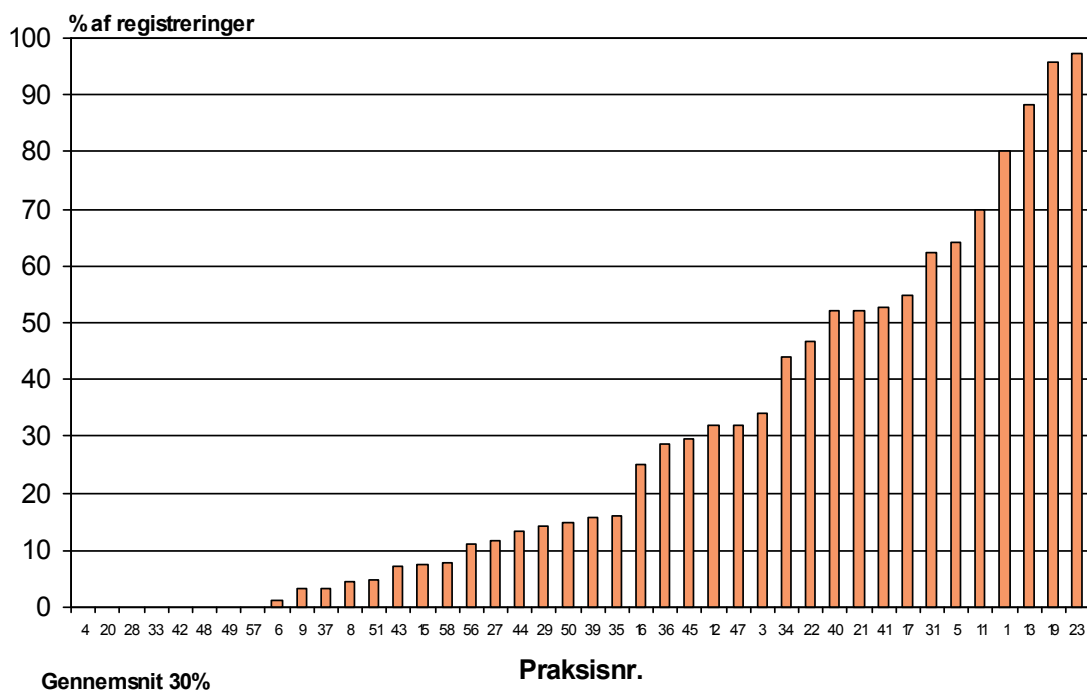


## Variationsdiagrammer – de 42 praksis sammenlignet

Livsstilssamtale inden for de sidste 15 mdr.

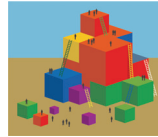


Nødvendigt at kontakte pt. for oplysninger





## Rapportens del 2



## Afledte resultater

# Populationen af diabetespatienter fordelt i grupper svarende til DAK's indikatorer

Det Almenmedicinske Kvalitetsudviklingsprojekt (DAK-projektet, [www.dak-e.dk](http://www.dak-e.dk)) har som tidligere anført udarbejdet indikatorer for kvalitet i behandlingen af 2 kroniske sygdomme, herunder diabetes. Der er tale om, at diabetespatienterne på baggrund af målte indikatorer stratificeres i 3 grupper koblet til deres risiko for at udvikle komplikationer og med henblik på at afgøre primære behandlingsbehov/-sted. DAK-projektets indikatorer for kvalitet i behandlingen af diabetes fremgår af Bilag 12, side 83.

Vi har i dette projekt registreret behandlingsdata, som i et vist omfang gør det muligt at afprøve disse indikatorer. I runde tal viser data fra dette projekt følgende fordeling af diabetespatienterne:

<b>Laveste stratificeringsgruppe:</b>	<b>ca. 1/6 af diabetespatienterne</b>
<b>Mellemste stratificeringsgruppe:</b>	<b>ca. 4/6 af diabetespatienterne</b>
<b>Højeste stratificeringsgruppe:</b>	<b>ca. 1/6 af diabetespatienterne</b>

Disse tal er uddybet nedenstående.

## Kommentar:

Da data fra dette projekt har vist en udpræget tendens til at runde blodtrykket af mod hele værdier (det velkendte epidemiologiske fænomen "digit preference"), har vi hvad blodtryk angår valgt at lave beregningerne med lidt andre skæringspunkter end defineret af DAK's projektgruppe. Således er skæringspunkter omkring 130 mm Hg ændret fra  $< 130/80$  til  $\leq 130/80$ , ligesom skæringspunkter omkring 160 mm Hg er ændret fra  $< 160/90$  til  $\leq 160/90$  (mm Hg).

Der er beregnet 2 eksempler, hvor der benyttes data for henholdsvis 3 og 4 af DAK-projektets indikatorer. I begge eksempler indgår alene data fra patienter, som har oplysninger fra alle variable.

Således indgår der i eksempel 1 på side 41, hvor der benyttes data for 3 af DAK-projektets indikatorer, oplysninger fra 1742/2012 (86,6%) af den totale population af diabetespatienter.

I eksempel 2 på side 42, hvor der benyttes data for 4 af DAK-projektets indikatorer, indgår der kun oplysninger fra 1010/2012 (50,2%) af den totale population af diabetespatienter grundet manglende data vedr. urin-albumin/kreatinin.

Ovenstående beskedne antal personer med brugbare oplysninger vedr. urin-albumin/kreatinin er primært udtryk for vores problemer med at tolke de indsamlede data, se side 11. Af hele populationen havde således 57,5% (1157/2012) af patienterne fået målt urin albumin/kreatinin inden for de sidste 15 måneder (Bilag 1, side 64). Efter indhentning af supplerende data kunne det bestemmes, at 65,9% af patienterne havde fået målt urin-albumin/kreatinin indenfor de sidste 15 måneder (variationsdiagram, side 35).

Uafhængigt af hvordan data fra projektet opgøres, illustrerer data, at den tiltænkte risikostratificering, som tilsigter at diabetespatienter med målbare kriterier allokeres til 3 forskellige behandlingsintensiteter, ikke fungerer som tiltænkt for denne komplekse sygdom. Ligeledes har betegnelsen risikostratificering vist sig noget misvisende, idet fx tobak ikke indgår. Data fra projektet bekræfter således allerede opgjorte data fra en 3-læge praksis i Korsør<sup>6</sup>.



## Eksempel 1:

I dette eksempel, hvor der benyttes data for 3 af DAK-projektets indikatorer (se nedenstående), indgår der oplysninger fra 1742/2012 (86,6%) af den totale population af diabetespatienter. Tallene viser, at diabetespatienterne fordeler sig som følger i relation til de stratificeringsgrupper, som er defineret af DAK-projektets indikatorer:

<b>1: (lav stratificeringsgruppe)</b>	<b>16,7% (291/1742)</b>
<b>2: (mellem stratificeringsgruppe)</b>	<b>68,1% (1186/1742)</b>
<b>3: (høj stratificeringsgruppe)</b>	<b>15,2% (265/1742)</b>

DAK indikatorer, som er benyttet i ovenstående stratificeringsgrupper

- Glykæmisk kontrol efter intervention      3 kategorier: HbA1c < 7%, 7-9, >9 (mmol/l)
- Blodtryk mmHg      3 kategorier:  
≤ 130/80, 131-160/81-90, > 160/90 (mm Hg)
- Hjertekarsygdom/ storkarsygdom      2 kategorier: ja / nej

DAK indikatorer, som ikke er benyttet i ovenstående stratificeringsgrupper

- Metaboliske problemer i forbindelse med behandlingen
- Den diabetiske fod
- Retinopati
- Nefropati      3 kategorier: normo, mikro, makro/nefropati  
(forskellige skalaer / enheder benyttet)

## Eksempel 2:

I dette eksempel, hvor der benyttes data for 4 af DAK-projektets indikatorer (se nedenstående), indgår der kun oplysninger fra 1010/2012 (50,2%) af den totale population af diabetespatienter grundet manglende data vedr. urin albumin/kreatinin.

<b>1: (lav stratificeringsgruppe)</b>	<b>15,5% (157/1010)</b>
<b>2: (mellem stratificeringsgruppe)</b>	<b>69,2% (699/1010)</b>
<b>3: (høj stratificeringsgruppe)</b>	<b>15,2% (154/1010)</b>

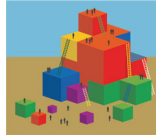
DAK indikatorer, som er benyttet i ovenstående stratificeringsgrupper

- Glykæmisk kontrol efter intervention      3 kategorier: HbA1c < 7%, 7-9, >9 (mmol/l)
- Blodtryk mmHg      3 kategorier:  
≤ 130/80, 131-160/81-90, > 160/90 (mm Hg)
- Hjertekarsygdom/ storkarsygdom      2 kategorier: ja / nej
- Nefropati      3 kategorier: normo, mikro, makro/nefropati  
(forskellige skalaer / enheder benyttet)

DAK indikatorer, som ikke er benyttet i ovenstående stratificeringsgrupper

- Metaboliske problemer i forbindelse med behandlingen
- Den diabetiske fod
- Retinopati

# Rapportens del 3



## Bag om tallene

### Det kvalitative delprojekt

## Bag om tallene – det kvalitative delprojekt

### Styregruppens indledende kommentarer til rapporten ”Bag om tallene”

For at nuancere de kvantitative resultater beskrevet i rapportens del 1 blev det regionale kvalitetsudviklingsudvalg for Region Hovedstaden ansøgt om økonomiske midler til en interviewundersøgelse.

Formålet hermed var at få indsigt i, hvad der lå bag de indsamlede kvantitative tal, ved at belyse projektdeltagernes synspunkter og erfaringer, hvad angår

- det systematiske arbejde med læring ved hjælp af data
- personaleinddragelse / at opbygge arbejdsstrukturer

Projektets styregruppe fastlagde kriterier for udvælgelse af praksis (beskrevet på næste side), foretog udvælgelsen og stod for den indledende kontakt til lægerne. Herefter har projektets styregruppe ikke haft indflydelse på interview eller rapporten fra disse.

Det ca. time lange interview af læger og praksispersonale i 9 praksis blev gennemført af kultursociolog Thorkil Thorsen fra konsulentfirmaet *Synthese*. Thorkil Thorsen, som har gennemført en lang række andre undersøgelser og evalueringer i almen praksis, arbejder på halv tid som seniorforsker på Forskningsenheden for Almen Praksis i København og fungerer i den anden halv tid som konsulent i eget firma ([www.synthese.dk](http://www.synthese.dk)).

Formålet med at udlicitere det kvalitative delprojekt til Thorkil Thorsen var – foruden at sikre de nødvendige kvalifikationer for at kunne gennemføre arbejdet – at sikre uvildighed i interviewene.

# Bag om tallene – styregruppens udvælgelseskræterier af praksis til det kvalitative delprojekt

## Styregruppens udvælgelseskræterier

I udvælgelsen af praksis ønskede vi at interviewe praksis, som indbyrdes havde stor variation i de indhentede data, ligesom vi var interesserede i, om særlige problemstillinger gjorde sig gældende i henholdsvis store og små praksis.

I dialog med Thorkil Thorsen enedes vi om, at interview skulle gennemføres med 12 praksis: 2 x 6 praksis (3 små og 3 store praksis i hver gruppe), som på baggrund af 3 kræterier blev vurderet som havende relativ lille, henholdsvis stor grad af målopfyldelse af kvalitetsindikatorer.

De udvalgte kvalitetsindikatorer var andel af patienter i praksis som:

- havde fået udført måling af urinalbumin i foregående 15 måneder
- var i medikamentel lipidsænkende behandling
- havde fået udført øjenundersøgelse i de foregående 24 måneder

De 3 kræterier blev vurderet som udtryk for

- praksis' evne til at sikre måling af oplysninger, som er vigtige i vurderingen af patienternes risiko: måling af urinalbumin
- praksis' evne til at sikre behandling, som flertallet af diabetespatienter bør have tilbud om ud fra gældende viden: medikamentel lipidsænkende behandling, og
- praksis' evne til at agere tovholder for diabetespatienterne og bevare overblikket over, hvad der sker uden for praksis: udført øjenundersøgelse

Ni praksis deltog i interviewene: projektnumre 6, 9, 12, 21, 22, 31, 44, 45 og 51. Deres grad af mål-opfyldelse på ovennævnte 3 kræterier kan aflæses direkte af diagrammerne side 35, 33 og 36.

I alt blev 12 praksis spurgt om deltagelse; heraf takkede 3 nej på de givne præmisser. Yderligere 4 praksis lykkedes det slet ikke at komme i kontakt med. Praksis tilhørende projektledelsen blev ikke taget med i betragtning til interview.

Se endvidere projektet som beskrevet af Thorkil Thorsen i den efterfølgende rapport.

# Bag om tallene - det kvalitative delprojekt: rapporten

## Bag om tallene: Kvalitativ evaluering af projektet ”Teambuilding i almen praksis om type 2 diabetes”

af Thorkil Thorsen, april 2008

### Baggrund

Evalueringen skal belyse deltagererfaringer fra og vurderinger af et kvalitetsudviklingsprojekt, som har sigtet mod at få praksis til at arbejde systematisk med data og at inddrage personale i diabetesbehandlingen. Projektet havde udgangspunkt i det nye tankesæt bag PLO's overenskomst fra marts 2006 for behandling af patienter med kronisk sygdom. Formålet var at udvikle og konkretisere de faglige elementer bag denne tankegang og at give deltagerne erfaringer med at indarbejde dem i de daglige rutiner i almen praksis. Den registrering, som de deltagende praksis gennemførte mellem 1. og 2. kursusdag, afslørede en betydelig variation mellem praksis på de fleste af de parametre, som udgør DAK's indikatorer for behandlingskvalitet.

Teambuilding-projektets styregruppe beskrev den kvalitative evaluering i en ansøgning til det regionale kvalitetsudviklingsudvalg bl.a. på denne måde:

”I projektets styregruppe og blandt de deltagende læger og praksispersonale står vi her efter projektperioden med en række værdifulde erfaringer. (...) Hvorvidt deltagernes umiddelbare reaktion på kurset (...) holder sig, når kurset er kommet lidt på afstand, og specielt hvorvidt kursusdeltagelsen har haft indflydelse på arbejdet i egen praksis, er vigtigt at få belyst.

Med udgangspunkt i projektets formål, ønsker vi derfor i projektets styregruppe at gennemføre et supplerende delprojekt med henblik på at belyse deltagernes egne vurderinger af baggrunden for henholdsvis succes med og barrierer for at opbygge behandlerteams og strukturer i den enkelte lægepraksis til sikring af forløbsstandarder for egne patienter med T2DM.

Målet er at sikre indsigt i deltagernes erfaringer til gavn for andre læger og administratorer i regionen og resten af Danmark med henblik på det videre udviklingsarbejde inden for håndteringen af kroniske sygdomme i almen praksis, her specifikt type 2 diabetes.

I de til anden kursusdag udarbejdede variationsdiagrammer registrerede vi en betydelig variation mellem praksis på de fleste af de parametre, som udgør DAK's indikatorer for behandlingskvalitet. Vi ønsker således at afdække, hvad der gemmer sig bag disse variationer:

1. Hvad kendetegner de praksis, for hvem det er lykkedes at levere en høj behandlingskvalitet?
2. Hvad kendetegner de praksis, for hvem det ikke er lykkedes at levere en høj behandlingskvalitet?
3. Hvilke barrierer har sidstnævnte gruppe af praksis oplevet?
4. Hvad har været afgørende for succesen i førstnævnte gruppe af praksis?

Enkelte oplysninger herom kan hentes fra de allerede indhentede kvantitative data. Der er dog hovedsageligt tale om kvalitative aspekter, og en belysning af disse spørgsmål gøres bedst via semi-strukturerede interview med praktiserende læger og praksispersonale fra de pågældende praksis.

I udvælgelsen af praksis til ovennævnte interview, vil der ud over variation i DAK's indikatorer for behandlingskvalitet blive sikret deltagelse af både små og store praksis (solopraksis vs. kompagniskabspraksis), således at eventuelle forskelle i problemstillinger betinget af praksisstørrelse kan belyses.

Projektet er designet med henblik på at belyse eksempler på de elementer, der har gjort sig gældende i den enkelte praksis i beslutningen om at gå i gang med, henholdsvis afstå fra at gå i gang med, de udfordringer, som ligger i at arbejde med de nye faglige hjørneste i behandlingen af kroniske sygdomme i almen praksis. En egentlig sikring af datamætning – og dermed sandsynliggørelse af fuld repræsentativitet i svarafgivelserne – vil dog kræve et større antal interview end de 12 planlagte, og dermed også et dyrere projekt. I og med at der er tale om et kvalitetsudviklingsprojekt, og ikke et egentligt forskningsprojekt, er det projektgruppens vurdering, at det aktuelt beskrevne ambitionsniveau er hensigtsmæssigt med henblik på at svare til kvalitetsniveauet af de indhentede kvantitative data.”

## Materiale og metode

Der er gennemført interview i 9 praksis, som har deltaget i Teambuilding-projektet. Praksis er udvalgt formålsbestemt, dvs. at interviewene skulle dække praksis med forskellige profiler på de forhold, som på forhånd kunne antages eventuelt at være af betydning for håndteringen af diabetes. Det var et ønske, at der blandt de interviewede praksis var repræsenteret solo- og kompagniskabspraksis, kvindelige og mandlige læger, store praksis, små praksis, praksis med mange, henholdsvis relativt få diabetespatienter. Desuden tilstræbtes det at inddrage praksis, som i den gennemførte registrering scorede højt, henholdsvis lavt på 3 udvalgte diabeteskvalitetsparametre (urinalbuminmåling udført i foregående 15 måneder; patienter i medikamentel lipidsænkende behandling; øjenundersøgelse inden for de sidste år). Kvalitetsscoren bygger på de deltagende praksis' egne angivelser i registreringsskemaet. Beslutningen om at udvælge netop disse tre kvalitetsparametre blev taget af Teambuilding-projektets ledelse.

Imidlertid lykkedes det ikke at få et helt så varieret sample. En del af de praksis, som vi henvendte os til med forespørgsel om at deltage i et interview, takkede nej. Den endelige liste over interviewede praksis indeholdt:

- 3 kompagniskabspraksis (heraf en delepraksis med 3 læger til 2 stillinger, samt en 2-mandspraksis med en vakant lægestilling + 1 reservelæge)
- 6 solopraksis
- antal patienter i kompagniskabspraksis: mellem 3600 og 4300
- antal patienter pr. solopraksis: mellem 1450 og 1700
- 3 praksis i Københavns Kommune, 6 praksis i Københavns Amt

To af de udvalgte praksis lå i den bedste tredjedel på alle tre udvalgte kvalitetsparametre (altså scoret høj/høj/høj), én praksis lå i den laveste tredjedel på alle disse parametre (lav/lav/lav), mens de øvrige praksis havde forskellige kombinationer af høj/mellem/lav.

Ved invitationen var praksis blevet opfordret til at deltage fuldtalligt i interviewet. Denne mulighed blev dog ikke efterkommet i alle tilfælde. Kun i 3 interview i de 6 solopraksis deltog foruden lægen sygeplejerske eller sekretær. I to af de tre kompagniskabspraksis deltog kun en læge, mens der i den tredje praksis foruden en læge også deltog en sekretær noget af tiden.

Interviewene gennemførtes i oktober-november 2007. De varede mellem 50 og 70 minutter, og de blev alle gennemført i lægens klinik på nær ét, som gennemførtes i lægens private hjem. Interviewene optoges på lydfil. Deltagerne blev lovet anonymitet i forbindelse med rapportering fra projektet.

Denne kvalitative del af evalueringen var som nævnt oprindeligt stipuleret til at indeholde 12 interview, men på grund af forskellige omstændigheder lykkedes det kun at få tilsagn fra 9 praksis inden

for evalueringens tidsramme. Jeg vurderer imidlertid ikke, at dette invaliderer evalueringens resultater og konklusioner, fordi der allerede ved det 5. eller 6. interview var opnået datamætning, dvs. at der ikke i de efterfølgende interview fremkom væsentligt nye erfaringer, synspunkter, oplevelser, beskrivelser af arbejdsgange mv.

## Resultater

Analysen af interviewene er gennemført med vægten på de oprindelige spørgsmål, som evalueringen skulle besvare, jf. ovenfor, men med opmærksomhed på – og analytisk imødekommenhed over for – andre temaer, som dukkede op undervejs i interviewene. Interviewdata er desuden holdt op imod den enkelte praksis' registrerede kvalitetsindikatorer, sådan som disse er repræsenteret gennem de deltagende praksis' egen registrering i projektet.

## Bevæggrunde til at deltage i kursusforløbet

Den væsentligste grund til at have meldt sig til kurset var for de fleste, at man gerne ville blive bedre til netop diabetesbehandling, og at man gerne ville have mere systematik ind i arbejdet. Typiske begrundelser var:

*Vi meldte os til kurset for at få mere styr på det. Jeg vil ikke sige, det kører optimalt overhovedet (solopraksis).*

*Fordi 1) jeg ikke vidste nok om diabetesbehandling, eller rettere: Jeg vidste ret meget om det, men jeg vidste ikke, hvordan jeg skulle implementere det i min hverdag; 2) for at få nogle redskaber til, hvordan jeg skulle håndtere det; og 3) så var det en måde at få kategoriseret mine egne diabetespatienter på; og så blive bevidst om, hvad jeg gør og ikke gør (den deltagende læge fra kompagniskabspraksis).*

I et par praksis gav de interviewede dog udtryk for, at man stort set var tilfreds med den måde, man allerede håndterede diabetes på. Fx sagde de i den ene solopraksis:

*Lægen: Njå, vi syntes, vi havde rimeligt styr på det, men selvfølgelig var der nogle som... Og for at få lidt ideer... og opfrisket det og sådan.*

*Interviewer: Ordet "teambuilding"?*

*Læge: Vi syntes faktisk, vi havde det i gang allerede på det tidspunkt.*

*Sygeplejerske: Ja, det gik da specielt op for os, da vi kom på kurset. Der var nogle af de andre praksis, som slet ikke havde fået sat deres patienter i system endnu. Og det havde vi haft i flere år. Og så er det jo godt at komme ud og se, om det er de rigtige mål, vi arbejder efter. Har vi det med, vi skal?*

For de fleste af de interviewede læger var det begrebet "diabetes" mere end "teambuilding", der havde vakt interessen. Ikke alle deltagende læger havde haft deres personale med, idet de ikke havde været opmærksomme på denne mulighed, eller fordi det ikke havde været muligt.

Men nogle af de interviewede fremhævede det dog som meget positivt, at kurset henvendte sig både til læger og personale. Et par af dem havde angiveligt haft overvejelser om at inddrage personalet noget mere i diabeteshåndteringen – for dem var "teambuilding" dermed også interessant.

## Hvad indeholdt kursusdagene?

Jeg bad de interviewede fortælle mig, hvad der – malet med den brede pensel – skete på den første og på den anden kursusdag, og hvordan den mellemliggende registrering af diabetespatienter forløb. Det viste sig ikke at være nemt for de interviewede – her 14, henholdsvis 6 måneder efter 1. og 2. kursusdag – at huske, hvad der egentlig skete på selve kursusdagene. Nogle kunne dog huske noget om, at man sad i grupper efter sit lægesystem og udvekslede erfaringer; og at der havde været en



læge fra en praksis i Korsør, som havde fortalt om, hvordan de dér havde målrettet deres diabetes-håndtering. De fleste adspurgte fandt det interessant, hvad de gjorde i Korsør; men nogle mente dog, at den store opmærksomhed på diabetes dér måske kunne gå ud over opmærksomheden på andre sygdomme. Og én sagde direkte, at Korsør-modellen jo er umulig at kopiere og irrelevant for en solopraksis. I en anden solopraksis fortalte lægen imidlertid, at den måde, de havde sat det i system på i Korsør, havde fået ham til at snakke med sin sygeplejerske om, at hun måske én eftermiddag pr. uge kunne lægge sekretærarbejdet fra sig og i stedet hellige sig 3-månederskontroller. En læge fra en kompagniskabspraksis sagde, at det gav blod på tanden at høre, at det kan lade sig gøre at være så systematisk som i Korsør-praksissen.

En af de interviewede beskrev 1. kursusdag som ”et udvidet personalemøde”, idet læger og personale fra hans praksis i stedet for at diskutere i grupper de spørgsmål, der var lagt op til på første kursusdag, indbyrdes havde snakket om,

*at hvis vi skal begynde at arbejde med de der tanker om, at der er flere, der skal tage sig af patienterne og fordele det på den måde, så skal vi enten/og have flere lokaler og én ansat til. Og hvor skal den sygeplejerske så være?*

Projektets 2. kursusdag var der ikke så mange beskrivelser af i interviewene. (Og faktisk havde ikke alle interviewede deltaget på 2.-dagen). En af lægerne beskrev på den ene side dagen som en sladder for en sladder, men på den anden side fremhævede hun, at der var en god opsummering, hvor man lavede plancher over, hvad man skulle hjem og gøre for at finde sine diabetespatienter, og hvordan man skulle systematisere arbejdet med diabetes.

## Registreringen

Kneb det med at huske indholdet på de to kursusdage, var det til gengæld nemmere for alle interviewede at erindre sig den projektobligatoriske registrering af deres diabetespatienter. Den havde været tidskrævende – urimeligt tidskrævende, syntes nogle – og den burde efter manges mening have været honoreret. Mange fortalte om, hvordan de havde siddet om aftenen og i lange weekender og gennemgået journaler på alle de patienter, som havde fået foretaget HbA1c-målinger på KPLL, eller på de patienter, som lægerne selv havde markeret med T90 i ICPC-kodningen. Data om de af deres diabetespatienter, som behandles og kontrolleres på diabetesambulatorier mv., skulle de fremskaffe gennem ekstra henvendelse dertil. En af de interviewede læger fortalte også, at det jo var gået op for hende, at hun ikke havde oplysninger om ganske mange patienters blodtryk, rygestatus mm. Enten bad hun dem så komme op i klinikken for at få taget blodtryk, eller ringede til dem for at høre om rygevaner mv. En anden af de interviewede læger fortalte, at de i hans praksis havde haft mål og vægt og rygestatus kun på ca. halvdelen af deres diabetespatienter, hvilket var overraskende. I en tredje solopraksis fortalte lægen:

*Jeg sendte alle dem, som jeg ikke lige vidstegik på hospitalet, som burde gå her hos mig, og som jeg ikke havde set inden for det sidste halve år eller så... de fik et brev. Jeg tror, jeg sendte 22 breve. Og en hel del af dem reagerede og kom med alle mulige undskyldninger. Nogen har jeg ikke hørt fra. Og så synes jeg, at så kan jeg ligesom ikke gøre mere.*

Interviewene gav klart det indtryk – hvilket også direkte fremhævedes af flere af interviewdeltagerne – at det var registreringen af diabetespatienterne og deres status, som gjorde kurset givtigt. For på denne måde fik man som læge et indgående kendskab til sin diabetespopulation. Flere af de interviewede læger fortalte, at det jo viste sig, at de ikke havde diabetespatienter nok, forstået på den måde, at der i hvert fald ud fra en gennemsnitsvurdering egentlig burde være flere diabetikere blandt deres patienter, end registreringen viste. Denne erkendelse havde gjort flere af lægerne betydeligt mere opmærksomme på denne sygdom. Fx fortalte sygeplejersken og lægen i en kompagniskabspraksis:

Sygeplejerske: *Jeg synes jo, at vi har indtryk af, at vi har fundet flere, og vi tager blodsukkeret meget mere hyppigt og rutinemæssigt, end vi har gjort før. Kigger efter, hvordan folk ser ud, og snakker livsstil og sådan noget.*

Læge: *Vi har lavere tærskel for at tage et blodsukker – og det er os alle sammen, der tager det initiativ, om der skal tages et blodsukker. Nu er vores opmærksomhed blevet skærpet.*

I et andet interview med en sololæge fremhævedes også betydningen af registreringen:

Interviewer: *Der er ikke ændret noget, efter at I har været på kurset og har registreret de her patienter?*

Læge: *Ikke rigtigt. Måske lidt i min behandling. Altså, øget fokus gør, at man strammer lidt mere op. Man får øje på... Bare det at jeg er kørt igennem en registrering af alle mine patienter og skrevet ned alle dem, der nu havde været til øjenlæge – eller ikke havde – og mikroalbumin... Så har jeg jo forsøgt at leve op til den gode standard efterfølgende, og der hvor jeg kan se, at der kiksede det lidt, dér har jeg forsøgt at gøre det bedre, selvfølgelig.*

Interviewer: *Er det så det, at du har været på kursusdagen, hvor I har snakket om at håndtere diabetes, at du har fået lidt mere fokus på det? Eller er det mere, at du har skullet gennemgå alle dine patienter til brug for registreringen, der har flyttet noget hos dig?*

Læge: *Det er selve registreringen, og at jeg har set, hvordan jeg selv gør. Ikke så meget orde-  
ne på selve kurset. Der var selvfølgelig nok lidt inspiration, og fokus kommer yderligere på.  
Men det, der flytter, er ligesom, at jeg selv observerer: UPS! der var en patientgruppe her,  
som er forsømt. Alle dem, der ikke kommer her, dem der bor ude og er for gamle og svage, på  
plejehjem og sådan noget, kunne jeg se – der var en tendens til, at de ikke var blevet.... De le-  
vede ikke op til kravene. De er selvfølgelig gamle osv., men jeg har strammet lidt mere op på  
de regelmæssige kontroller af mine plejehjemspatienter.*

Registreringerne havde også i mange tilfælde betydet, at praksis var blevet mere opmærksomme på, at de ikke havde nok fokus på nogle af de områder, som kvalitetsindikatorerne beskæftiger sig med. Lægen fra en af de tre kompagniskabspraksis fortæller:

*Ja, jeg tror, jeg gør det grundigere. Husker at måle døgnurin en gang om året, husker at spørge til deres øjenlæge, mere bevidst om, at blodtrykket skal længere ned osv. Jo.*

Senere i interviewet fremgår det dog, at opmærksomheden og bevidstheden tilsyneladende ikke har sat sig længerevarende spor. Den samme læge svarer på spørgsmålet om, hvad man kan bruge de statistiske feedback-opgørelser til:

*Bevidsthedsgørelse, selvfølgelig. Der var nogle steder, hvor vi lå rigtigt fint, og andre hvor vi lå rigtigt dårligt, og nogen i midten. Men jeg kan faktisk ikke nu huske, hvad det var for nogen. Men jeg kiggede dem bestemt igennem, selvfølgelig gjorde jeg det.*

En sololæge beretter:

*I forbindelse med registreringen blev jeg opmærksom på, at der var mange af mine patienter, der var meget uhensigtsmæssigt medicineret. Så på den baggrund har jeg brugt det til noget.*

De fleste af de interviewede praksis kunne på tilsvarende måde fortælle om lignende øjenåbnere og ansporinger til at gøre det bedre.

## Hvordan bruger man standarder og statistiske opgørelser?

I interviewene spurgte jeg til, hvordan man opfatter og bruger kvalitetsstandarder. Og hvad kan man bruge de statistikker til, hvor ens egen praksis' kvalitetsparametre sammenlignes med andre praksis?

Det var en gennemgående opfattelse, at kvalitetsstandarder da er noget, man kan bruge konstruktivt. De kan fungere som ledestjerner ikke kun for læger og personale, men også for patienter, hvis man bruger dem aktivt i motiverende øjemed og fx fortæller patienterne, at det er en vigtig målsætning at få fx deres HbA1c eller blodtryk ned under et vist niveau. Men standarder skal ikke nås for enhver pris. En solopraktiserende læge bliver spurgt, om almen praksis arbejder efter de mål, som ligger i kvalitetsstandarderne, og svarer:

*Læge: Det tror jeg, man bruger. Det tror jeg da, altså. Vi hører hele tiden: Så, nu skal vi længere ned. Nu skal vi længere ned. Jo, det tænker vi da bestemt på. Hvordan skal vi ellers kunne... Vi skal vide, hvad vi skal prøve at nå. (...) Men vi kan godt afvige fra det ideelle, for vi ved jo, at der er forskel på det ideelle og det mulige.*

*Interviewer: Det vil sige, at I ikke nødvendigvis betragter det som dårlig kvalitet, hvis nogle ligger på den forkerte side af den anbefalede grænse (fx blodtryk)?*

*Læge: Nej. Fordi hvis nu man siger, at vi vil have dem længere ned, så kommer der en masse bivirkninger af medicin, det kan der også gøre. Svimmelhed og jeg ved ikke hvad, ikke. Og så er det ikke muligt. Og så må man stille sig tilfreds med det der, ikke. Men vi ved da godt, hvad det ideelle er. Hvad vi prøver, ikke.*

Flere andre af de interviewede nævnte på samme måde, at man ikke partout skal ligge inden for standarden. Der kan være andre "patienthensyn", der vejer tungere.

I et andet interview i en kompagniskabspraksis spurgte jeg, hvordan man arbejder med forløbsstandarder:

*Læge: Hvad er det for noget?[Får det forklaret, og eksemplificeret med forhøjet blodtryk]. Jamen, det er da godt. Det er bare ikke altid, at vi når det. Men altså, det er da godt at have et mål. Jeg får dem ikke ned på 120/80, men så accepterer jeg også 125/85, som jeg faktisk synes er ret godt. Det sover jeg ikke dårligt af.*

*Interviewer: Men nogen gange bliver kvaliteten jo målt på, om man opfylder de der standarder.*

*Læge: Jo, men det ved alle og enhver. Selv med fire-stof-behandling, dér er der nogen, vi ikke får ned under 120/80. Altså, det er jo ikke vores skyld, jo. Men det gør så, at jeg føler mig mere rolig ved at lægge oveni. Altså, jeg tænker, jamen altså, det er rigtigt nok at lægge oveni. Men hvis de så ikke når målet, og de ikke vil have medicin, og de ligger på 125/85 – ved du hvad, det er også udmærket, søster, altså. Det er fint nok. Man skal ikke spolere deres livskvalitet.*

Om den sammenlignende statistik var der også gennemgående positive synspunkter, idet man ser det som anledning til at overveje sin egen praksis, hvis man ligger dårligt i forhold til andre praksis. De interviewede angav, at de selvfølgelig gerne ville ligge i den bedste ende sammenlignet med deres kolleger.

Der var ingen af de adspurgte, der mente, at en placering i den gode ende i en sammenlignende statistik ville kunne fungere som en sovepude for dem selv eller deres kolleger i almen praksis. De så det mere som en yderligere ansporing til at forblive dér og for at blive "100% god".

En enkelt læge angav, at hun generelt i den slags sammenligninger helst ville ligge i midten for dermed ikke at vække for megen opmærksomhed – og for at skjule sig lidt. En anden læge var en

smule bekymret for, hvordan sådanne statistikker kan misbruges og på en måde kan ses som en slags kontrol. Dette var blandt hans begrundelser for ikke at have tilmeldt sig forløbsydelsen for diabetespatienter.

Ligger man i den dårlige ende af skalaen, så er det for alle angiveligt en ansporing til at stille sig selv spørgsmålet om, hvordan de kan gøre det bedre. Her er et par eksempler på udtalelser desangående:

*Hvis vi ligger lavt på fx øjenparameteren, så bruger vi [læger og personale] det til at snakke om, at vi snakker for lidt om, at de skal til øjenlægeundersøgelse (læge i kompagniskabspraksis).*

*Dér er noget, jeg har overset. Det må jeg stramme op på, hvis... altså, idealet er jo 100%. Om jeg har tænkt over det. Om de har fået tilbuddet. Man vil selvfølgelig gerne ligge højt. Så det tænkte jeg da over, altså. Hver gang jeg så én under registreringen, hvor jeg kunne se, at det vidste jeg faktisk ikke, så siger jeg jo til mig selv, at det må jeg gøre noget ved (solopraksislæge).*

Der er flere eksempler i materialet på, at praksis faktisk reagerede og ændrede på deres rutiner, da de så statistikkerne i de to hæfter, som Teambuilding-projektets styregruppe udsendte til deltagerne.

I en solopraksis mente de, at de statistiske variationer kan dække over forskellige grader af insistensen og pragmatisme:

*Lægen: Jeg tror, at man lader patienten slippe igennem. Fx fodundersøgelse: Arh, det kan ikke være rigtigt, at de skal gå til fodundersøgelse hvert år. Man kan ligesom kigge på deres fødder og se, om der er noget galt. Sågar øjenundersøgelser – hvad pokker, der er ikke engang øjenlæger nok. Hvad skal de så rende til øjenlæger for hvert år for en sukkersyge, der er godt reguleret. Og når de kommer tilbage fra øjenlægen, så står der også, at der ikke er noget i vejen. Altså, det svar bliver man jo træt af at se på, når man har set på det 3 år i træk. Skal man så sende dem af sted 4., 5. og 6. og 7. år. Eller skal man sige: Arh det kan sgu være nok med en gang hvert tredje år eller et eller andet. Og skal man bare sende rutineskematisk af sted til det, eller skal man sige: Arh, altså, helt ærligt... Der er jo ikke øjenlæger nok til at kigge på det her. De har jo også andet at lave. Så det kan være forskellen: At man godt ved, det, men man siger: Arh, den der regel om at de skal rende dernede hvert år, den springer jeg altså over i dag. De behøver ikke at gå derned for om et år, fordi sukkersygen er så fint reguleret.*

*(...)*

*Interviewer: Jeres deltagelse i projektet har sat fokus på diabetes for jer. Og om I så ligger lavt på den ene og højt på den anden parameter betyder ikke så særligt meget for den måde, I agerer på nu efterfølgende. I har bare fået mere struktur på den måde, I gør det på?*

*Lægen: Ja. Og så regner vi med, at behandlingerne bliver bedre.*

I nogle af de interviewede praksis påpegede man, at praksisvariationer kan dække over forskelle i patientpopulationen og over en forskellig grad af patient-compliance. Fx nævnes det, at nogle indvandrerpatienter er *fuldstændigt håbløse* at få til at følge lægens anvisninger.

## **Kontroller, systematik**

Stort set alle interviewede praksis fortalte, at deltagelsen i kurset havde fået dem til at ændre – eller i det mindste at *overveje* at ændre – den daglige håndtering af diabetes. Dette gjaldt dog ikke de to praksis, som er rangeret højest på kvalitetsparametrene. Det var et gennemgående udsagn i interviewene, at opmærksomheden på diabetes generelt var blevet skærpet. For nogle praksis var det en øjenåbner, at de kendte langt færre diabetikere i deres patientpopulation, end der statistisk set måtte forventes at være pr. 1000 voksne patienter; og dette havde fået dem til at være mere observante og tilbøjelige til at tjekke HbA1c-niveaue.

I praksis med en noget usystematisk håndtering var der efter kursusdeltagelsen typisk blevet strammet op med faste regler for kontroller, hvilket ikke hos dem alle havde været tilfældet tidligere. Fx fortalte læge og sygeplejerske i den ene praksis, at de tidligere havde været ustrukturerede, selv om de havde kontrolleret hver 3. måned. Men indholdet i disse kvartalskontroller havde været varierende, eller ikke i henhold til den kliniske vejledning fra DSAM: fx måltet ikke urinalbumin, og livsstilssamtale var nærmest fraværende.

En anden sololæge fortalte, at han først havde indført årskontrol og faste kvartalskontroller efter deltagelsen i kurset. Interviewet viste også, at denne læge ikke var helt indsat i DSAM's kliniske vejledning om diabetesbehandling. Patienterne får i denne praksis ikke en tid til den næste 3-måneders kontrol, men anmodes om selv at ringe og bestille, når der er gået 3 måneder.

En kompagniskabspraksis fortalte, at diabetesbehandlingen var blevet ændret efter kurset, og at patienterne blev mere aktivt inddraget:

*Lægen: Men det var også efter det første kursus, dér fik jeg sådan en plan for en kvartalskontrol og en årskontrol. Og det har jeg så puttet ind i mit skema – ind som en bjælke som et fast modul. (...)*

*Sekretær: Jeg synes jo, at jeg har indtryk af, at vi har fundet flere. Og vi tager blodsukkeret meget mere hyppigt og rutinemæssigt, end vi har gjort før. Kigger efter, hvordan folk ser ud, og snakker livsstil og sådan noget.*

*Interviewer: "Fundet flere" betyder simpelthen, at I har screenet for diabetes... eller hvad har I gjort?*

*Lægen: Vi har lavere tærskel for at tage et blodsukker – og det er os alle sammen, der tager det initiativ, om der skal tages et blodsukker. Nu er vores opmærksomhed blevet skærpet.*

*(...) Men det er jo det, vi prøver, (...), hvor der skal tjekkes, og jeg spørger, og jeg giver et skema med hjem til folk. De har simpelthen et skema, de kommer med, så jeg kan se, hvornår har du været hos øjenlægen. Og jeg har sendt breve ud, når de skal til øjenlægen... jeg vil altså gerne have et svar tilbage. Men jeg har jo ikke tal på, om det fungerer. Men det er, hvad jeg selv gør. (...) Så det er noget med at spørge til – og det gør jeg konsekvent – en gang om året: Hvornår har de været til øjenlæge, og hvornår de skal. Så jeg håber min frekvens er steget, for det gjorde jeg ikke før. Og det er det samme med fodterapeut.*

Interviewene viste også en forskellig måde at håndtere blodprøvetagning og kontroller på. I nogle praksis får patienten taget blodprøver under selve kontrolkonsultationen, og svaret gives derefter pr. mail eller telefon til patienten en uge senere – om nødvendigt opfordres patienten eventuelt til at komme til en konsultation hos lægen. I andre praksis får patienten en henvisning til et laboratorium en uge inden kontrolkonsultationen i praksis, idet testresultaterne så vil foreligge på tidspunktet for konsultationen. Og i atter andre praksis kommer patienten som fast procedure altid til blodprøvetagning hos klinikassistent/sygeplejerske og derefter altid til en egentlig konsultation hos lægen en uge senere. Ved sidstnævnte fremgangsmåde kommer patienterne således til 8 diabeteskonsultationer årligt – det havde den fordel, sagde man i den ene praksis, at de så får livsstilsrådgivning dobbelt op.

## Opsøgende virksomhed

Det fremgik af de ni interview, at der ikke kun var en stor variation i, hvordan kontrollerne tilbydes og gennemføres, men at der også er forskellig praksis med hensyn til indkaldelse af patienter, som ikke overholder kontrollerne. I den ene ende af skalaen ses praksis, som giver tider 3 måneder ud i fremtiden til den næste kontrol og ringer eller skriver til patienten, hvis vedkommende til den tid udebliver; og i den anden ende af skalaen er der praksis, som kun anmoder patienterne om selv at huske at bestille tid om ca. 3 måneder, og som i øvrigt ikke gør noget for at tjekke, om dette så også sker.

Det kom i flere af interviewene frem, at selv om man som praktiserende læge måske gerne må udøve opsøgende virksomhed over for patienter, som udebliver fra diabeteskontroller, så var dette ikke for alvor et tema i dagligdagen. Og deltagelsen i kurset havde ikke ændret ved dette. Hovedbegrundelserne for ikke at påtage sig den proaktive eller opsøgende rolle er dels mangel på tid, dels at patienterne selv må tage ansvar.

*Sekretær: Vi går jo ikke hen og henter dem.*

*Læge: Nej, og jeg vil ikke sidde og sende SMS'er til dem, at de skal komme og få kontrolleret deres sygdom. Altså, det er en holdning, jeg har: At jeg har gjort noget ved at forklare dem, at det her er en alvorlig sygdom, og at de skal tage det alvorligt. Men så er det altså deres ansvar at komme og blive behandlet. Fordi der er et tilbud til dem. (...) Jeg synes, at det er en enormt provokerende beslutning, at vi som læger skal det [være opsøgende og sørge for, at udebliverne senere dukker op] (solopraksis).*

## Livsstilssamtalen

Sådan som de interviewede læger og personale snakkede om livsstilsrådgivning i interviewene, så er al snak om vægt, motion, rygning osv. for dem livsstilssamtale/livsstilsrådgivning – også den ”løse snak”. Der var ikke hos nogen af dem tilsyneladende tale om nogen struktureret, målrettet og løbende dialog med patienten om ændring af livsstil, løsning af ambivalens, minimering af modstandsreaktioner osv. Fx skulle en af sekretærene angiveligt være god til at snakke livsstil, mens hun tog blodprøver på patienterne til 3-månederskontrollerne.

Med andre ord: Læger og personale ”snakker livsstil”, når de usystematisk lader et par ord falde, mens de tager en blodprøve; og man snakker livsstil, når man anbefaler kostomlægning. Livsstilssamtale omtales ikke som en målrettet, længerevarende samtale, endsige som et målrettet, længerevarende samtaleforløb med flere seancer – blot påmindelser og anbefalinger. Der er ikke noget, der skrives ned i en samtale-log. I nogle praksis aftaler man dog målsætninger for blodtryk, blodsukker mv. Og i et par praksis tilbydes patienterne længerevarende kostvejledning.

Men ellers nævner flere af de interviewede praksis, at en af fordelene ved at henvise diabetespatienter til ambulatoriet er, at de dér har en diabetesskole, som bedre kan håndtere livsstilsspørgsmål, end man kan i almen praksis. En af de interviewede læger har den modsatte holdning, idet han mener, at

*Livsstilssamtale burde vi være bedre til, bl.a. fordi vi kender patienterne. Ved om de ryger, hvilke sygdomme de har, om de er i kaos, så man ikke skal gå alt for barskt til dem med krav om, at de skal lave fuldstændigt om på deres livsstil osv. Og vi ved, at vi har snakket vægt de sidste 10 gange, og nu gider patienten ikke høre mere, så må vi finde på noget andet (kompagniskabspraksis).*

Interviewene gav mig det indtryk, at livsstilssamtalen er lavt prioriteret, fordi man oplever, at patienterne alligevel i mange tilfælde ikke gør, som lægen siger, eller som sygeplejersken anbefaler, og derfor er der en vis opgivenhed hos behandlerne, som ikke synes, at det er umagen værd at investere for meget i livsstilsrådgivning. Følgende type af udsagn antyder dette:

*Og så der nogle der siger, at vi vil have den halve flaske rødvin om dagen. Eller ryge. De vil ikke lave om på deres livsstil. Så skal man jo til at være pædagogisk. Så skal man godt nok – siger de nu – påtale, at de ryger, prøve at få dem til at lade være. Men det er altså meget svært, når de kommer her af egen fri vilje, og så sidde der og tordne imod dem. Så gider de sgu da ikke komme, altså, eller også tager det så lang tid, at det kan man næsten ikke.... Nogle vil bare ikke finde sig i, at man begynder at blande sig i, om de ryger, eller om de drikker eller hva', ikke (læge i solopraksis).*

## Inddragelse af personalet og arbejdsdeling i praksis

Kurset skulle give deltagerne anledning til at overveje en strammere arbejdsdeling mellem læge og sygeplejerske/sekretær. Flere af de interviewede praksis fortalte da også, at sekretær og/eller sygeplejerske nu havde fået en mere aktiv rolle i håndteringen af diabetespatienter. Andre af de interviewede praksis ville gerne ansætte en sygeplejerske. En af dem understregede, at det var et ønske, der var udsprunget af deltagelsen i kurset:

*Det er meningen, der skal komme en sygeplejerske. Vi opgraderer. Det er både en generel opgradering og et resultat af kursusedtagelsen. Det var udkommet af kursusedagene. Og det var opgørelsen der fik mig fokuseret på, at det havde vi sgu ikke en snus styr på. Vi troede, vi havde, men det havde vi overhovedet ikke (læge i kompagniskabspraksis).*

I en solopraksis fortalte sygeplejersken under interviewet, at hun alligevel stadig manglede mere faste aftaler – ”standarder” kaldte hun det – for, hvad lægen, henholdsvis sygeplejersken gør hvornår og hvordan. Fx var der uklare forventninger og afgrænsninger mht. livsstilssamtale, mht. hvem der tog hvilke kontroller osv. Men hun og lægen var rørende enige om, at når en arbejdsdeling var fast indarbejdet, så ville det være et stort plus.

I en anden solopraksis fortalte lægen om overvejelserne om teamwork:

*Også fordi... team... ja, det er altså 2 personer, min sekretær og mig. Vi har jo mere at lave i praksis, og personalet skal jo lave noget mere. Og hun skal så... Det har hun gjort i forvejen: taget blodprøver osv., ikke. Men hun laver så mere nu. Hun tjekker simpelthen hvert kvartal. Det gjorde hun ikke før. Der så jeg dem altid. Nu kan vi altså differentiere det mere, så hun ved, hvad hun skal gøre hvert kvartal. Det er sådan en spiseseddel. Og det sparer mig meget tid. Og hvis der så er noget galt med prøverne, så ser jeg dem jo.*

Som nævnt havde nogle af de inkluderede praksis allerede en vis arbejdsdeling mellem læge og sekretær eller sygeplejerske, og i andre blev en sådan arbejdsdeling nu indført. I tre af de interviewede praksis var dette af praktiske grunde (pladsmangel, for lidt personale) ikke noget aktuelt tema.

Men det var hos flere en gennemgående opfattelse, at inddragelse af personalet i diabeteshåndtering ikke kun giver lægen mere tid til andre patienter og andre gøremål, men at arbejdsdeling mellem læge og personale kan fremme opmærksomheden på diabetes og højne kvaliteten også på en indirekte måde: For ofte vil en diabetespatient, der skal til kontrol, i selve konsultationen med lægen fokusere på en masse andre ting end diabetes. Og af tidsmæssige grunde bliver den diabetesrelaterede behandling dermed stedmoderligt behandlet. Dette vil kunne undgås, hvis en sygeplejerske eller klinikassistent tog sig af diabeteskontrollen. Sådan opfattede denne læge det:

*Interviewer: Giver delegering og arbejdsdeling ud over mere tid til lægen også et kvalitetsløft i den samlede diabeteshåndtering?*

*Læge: Ja, det vil det i øvrigt nok også gøre. Det kunne jeg se, fordi der er den der med, at når patienterne kommer til diabeteskontrol her, så har de nogen gange jo betydeligt mange ting også, de lige skal have drøftet, og så skal de lige have kigget på det ene, det andet, det tredje. Så bliver selve diabeteskontrollen... og det er sådanne situationer, at man måske ikke lige får sendt folk til øjenlæge, og kigget på deres fødder osv., fordi de simpelthen ikke selv vier deres diabetes tilstrækkelighed opmærksomhed. Den kommer på som punkt nr. 5. Sygeplejersken kan sige til dem, at alt det andet der, det må du have en ny tid hos lægen til, jeg tager mig kun lige af det her relevante - sørger for at de og de og de ting er i orden.*

Andre læger var inde på noget tilsvarende.

## Hvad kender tegner de praksis, som leverer en høj, henholdsvis en lav behandlingskvalitet?

Inden vi ud fra de foreliggende interview skal kigge på dette spørgsmål, kan det være på sin plads at lade de interviewede selv kommentere, om scoren på de anvendte kvalitetsindikatorer er anvendelige data til at udtale sig om den enkelte praksis' kvalitet i diabeteshåndteringen. Vi kom i alle interviewene ind på dette emne bl.a. i forbindelse med, at jeg bad respondenterne fortælle mig, hvad de troede, der ligger bag de iagttagede variationer i de anvendte kvalitetsindikatorer og standarder, og (omtalt ovenfor) hvordan man som praktiserende læge kan bruge sådanne indikatorer og statistiske opgørelser.

Det var et gennemgående svar, at ”tallene ikke nødvendigvis er en afspejling af kvalitet”. Som eksempel herpå påpegede en af lægerne, at man for at få et blodtryk ned på de anbefalede størrelser, måske er nødt til at medicinere så meget, at patienten får ubehagelige bivirkninger – og derfor undlader man den aggressive medicinering. Et andet eksempel nævnt i interviewene er, at nogle praksis måske har en patientpopulation, som er mindre compliant og derfor trækker scoren på visse af kvalitetsindikatorerne ned, selv om læger og personale har gjort deres arbejde godt.

Og når vi snakkede om fodundersøgelse og øjenundersøgelse, var der hos flere af de interviewede en vis skepsis over for tallenes værdi. Det hed sig, at man som praktiserende læge enten kan anmode diabetespatienten om at henvende sig til øjenlæge og få foretaget den anbefalede øjenundersøgelse, eller man kan give patienten en henvisning til øjenlægen. Selv om øjenlægen skal melde tilbage til den praktiserende læge, når patienten kommer med en henvisning, så oplever praksis mange gange, at det ikke sker. Og da øjenlægen ikke har pligt til at give praktiserende læge besked ved diabetespatientens selvhenvendelse, så kan egen læge ikke med sikkerhed vide, om øjenundersøgelse har fundet sted.

I et par af de interviewede praksis talte man om ”hensynet til patienterne” og om at finde en balance mellem det optimale og det opnåelige – at man måtte acceptere, at patienter så at sige har deres begrænsninger, og at dette så bevirker, at man som behandler ikke kan opnå en 100% målopfyldelse på kvalitetsindikatorerne. *Kvalitet* kan således også måles med andet end tal. At fastholde en god kontakt til patienten kan kræve, at man ikke står for stejlt på det målbare.

*Ja, vi kender også målene. De er jo givet fra officiel side, og det arbejder man så godt henimod som man kan, uden at vi mister patienterne. Fordi nogen af dem synes, at det er for meget. (...) Det er jo en gruppe patienter, hvor du indimellem synes, at du går lidt metaltræt, ikke, for det kører lidt i det samme. Og det rykker ikke rigtigt. Så rykker det lidt i en periode. Så falder det lidt igen, ikke. Så det er et laaangt sejt træk, hvor man så indimellem siger, at vi har en gruppe af patienter her, vi skal bare holde det kørende så godt som overhovedet muligt, og det er målet i sig selv. At det ikke skrider for meget til nogen af siderne. For stadigvæk at få dem til at komme her – og have lidt hånd i hanke med dem – og hvor de selv synes, at det kan de godt være med til (sygeplejerske i kompagniskabspraksis).*

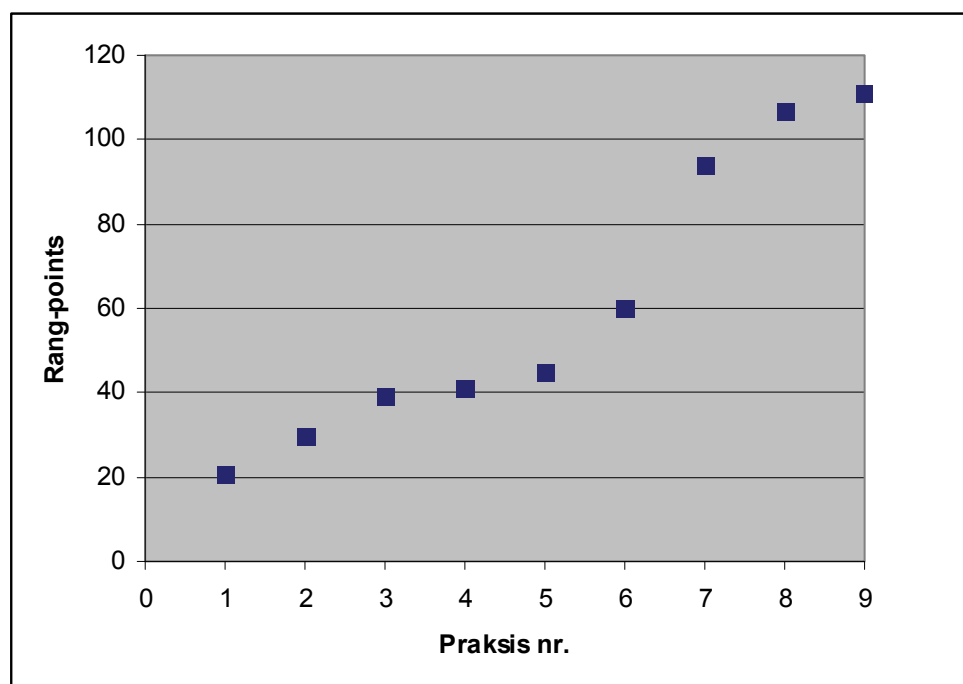
Det ses altså, at de interviewede ikke betragter kvalitet endimensionalt. Tallene fra registreringerne i dette projekt – og kvantitative opgørelser generelt – tages ikke for strikt pålydende eller nødvendigvis som et godt udtryk for behandlingskvalitet. Den slags kvantitative opgørelser skal tages med et gran salt. Dette betyder dog ikke, at de betragter sådanne tal som uinteressante. Alle interviewede gav udtryk for, at det er meningsfuldt at have standarder at arbejde efter. Men min måde at gøre det på behøver ikke være dårlige end de andres, selv om jeg scorer lavere på denne eller hin kvalitetsindikator, lød bemærkningerne fra flere.

Som nævnt tilstræbtes ved udvælgelsen af respondenter til interviewundersøgelsen en vis variation i kvaliteten i diabeteshåndteringen, sådan som denne i registreringen kom til udtryk i opfyldelsen af



standarderne. To af de interviewede praksis lå i den bedste tredjedel på alle tre udvalgte kvalitetsparametre: urinalbuminmåling udført i foregående 15 måneder; medikamentel lipidsænkende behandling; øjenundersøgelse inden for de sidste år (altså scoret høj/høj/høj), én praksis lå i den laveste tredjedel på alle disse parametre (lav/lav/lav), én scorede høj/høj/mellem, mens én scorede lav/mellem/mellem, to scorede lav/mellem/lav, én mellem/lav/lav, og én havde en stor variation på kvalitetsparametrene, nemlig mellem/lav/høj.

De deltagende praksis kan rangeres i henhold til deres placering på de enkelte registrerede kvalitetsparametre. I alt deltog 42 praksis i det samlede projekt, hvorfor der – når vi begrænser os til de 3 parametre, der danner grundlag for udvælgelsen til denne interviewundersøgelse – kan være et teoretisk spænd fra 3 rang-points (hvis en praksis ligger lavest af alle på disse tre parametre) til 126 points (hvis en praksis ligger højest af alle 42 praksis på disse tre parametre). Figuren nedenfor viser rang-pointene for de 9 praksis, som indgik i interviewundersøgelsen.



De to lavest scorende – dem med den dårligste kvalitet målt på denne måde – har henholdsvis 21 og 30 points, mens de to højest scorende har 107 og 111 points.

Hvis man tilføjede kvalitetsparameteren ”fodundersøgelse inden for de sidste 15 måneder” (eller fx indsatte den i stedet for ”patienter i lipidsænkende behandling”), så ville billedet ikke se anderledes ud, idet de praksis, der scorer højt på de udvalgte tre parametre, også scorer højt på fodundersøgelse; og tilsvarende gælder det, at de lavest rangerede praksis i figuren også ligger i den laveste rangerede tredjedel på fodundersøgelse.

Kan man nu se sammenhænge mellem disse sammensatte, kvantitative kvalitetsangivelser og de enkelte praksis’ måder at tænke og håndtere diabetes på? Er der særlige kendetegn hos de to ”bedste” praksis, som adskiller dem fra de to ”dårligste”? Hvad kendetegner de praksis, for hvem det *ikke* er lykkedes at levere en høj behandlingskvalitet? Hvilke barrierer er der for god kvalitet i disse praksis? Hvad har været afgørende for succesen i den højest rangerede gruppe af praksis?

Inden vi forsøger at besvare disse spørgsmål, kan det være på sin plads at minde om, at registreringsresultaterne ikke kan ses som en *effekt* af den første kursusdag. Sådan har det ikke været tænkt i projektet; og sådan kan det heller ikke tænkes efterfølgende, dels fordi en eventuel læring på første kursusdag kun ville kunne implementeres i håndteringen af ganske få diabetespatienter i en given

praksis, inden registreringen var afsluttet, dels fordi selve registreringsprocessen og den efterfølgende refleksion er at betragte som den primære intervention i dette projekt. Det giver derfor kun mening at sammenligne de registrerede kvantitative kvalitetsniveauer med de interviewede praksis' beskrivelse af deres diabeteshåndtering *inden* kursusdeltagelsen.

Den mest rendyrkede sammenligning får man ved at sammenligne de to højest med de to lavest scorende praksis (uden at der dog dermed kan fastlægges rene eller utvetydige årsags-virkningsmekanismer). En sådan sammenligning skal desuden naturligvis tages med endog meget stor forsigtighed, fordi sammenligningsgrundlaget jo kun er 2+2 praksis.

### Højest rangerede

Den ene af disse to praksis er en kompagniskabspraksis (2 læger, 1 laborant, 1 sekretær), den anden er en solopraksis med 1 deltids-sekretær og 1 deltids-sygeplejerske + 1 reservelæge. Ingen af disse praksis havde meldt sig til kurset, fordi de syntes, at de havde særligt behov for det. De var egentlig tilfredse med deres håndtering. Der var mere tale om en slags moralsk pligt og en generel interesse for diabetesområdet, og måske muligheden for, at man alligevel kunne lære nyt: *For at få lidt ideer og blive opfrisket og sådan...* Begrebet teambuilding havde ikke været ansporende. Den ene praksis mente, at de faktisk allerede havde gang i relevante samarbejdsrutiner, og for den anden var der ikke fysisk plads til at inddrage personalet i højere grad. Kun den ene af disse praksis har sygeplejerske.

Diabetespatienter, diabeteskontrol mv. håndterede de på denne måde: I den ene af disse praksis kommer patienterne fast til kontrol hver 3. måned, hvor prøvetagningen foretages af lægen. Patienterne får så besked om resultatet pr. mail eller telefon, eller man snakker først om det ved næste kontrol 3 måneder senere. Patienterne kan dog indkaldes til ny konsultation, hvis prøveresultaterne viser, at det er påkrævet. Den kliniske vejledning fra DSAM er velkendt og følges. Også i den anden praksis gennemføres årskontrol og 3-måneders-kontroller som anbefalet i vejledningen, men nogle få patienter kontrolleres dog kun én gang pr. år. Sygeplejersken klarer i princippet 3-måneders-kontrollerne alene – lægen kommer kun ind i billedet, hvis der er særlige problemstillinger.

Holdningerne til statistiske opgørelser, hvor ens egen praksis kan sammenlignes med andre praksis på de forskellige kvalitetsparametre, finder begge praksis ansporende. Man vil gerne ligge i den bedste ende.

Den ene praksis er parat til at acceptere lidt skæve tal, hvis man derigennem kan holde en god kontakt til patienten og dermed møde lydhørhed på et andet tidspunkt, når noget hos patienten kræver en alvorligere håndtering. Den anden praksis har en anden holdning: Her går man efter eget udsagn mere efter tallene, som man gerne vil have ligger helt i top.

Hvad har disse to praksis så ændret efter kurset? Hvad gav deltagelsen i Teambuilding-projektet dem? Ikke så meget. Det største udbytte har måske været, at man er blevet bekræftet i, at man gør det på den bedste måde. Den ene praksis mente dog, at den ville være mere opsøgende over for de to af deres diabetespatienter, som kan finde på at udeblive fra kontrollen.

### Lavest rangerede

Begge disse to praksis er solopraksis med sekretær. Begge praksis havde meldt sig, fordi de gerne ville blive bedre til diabetes. Den ene praksis fortalte, at man fra specialafdelingerne havde fået påpeget, at blodprøverne skulle se bedre ud, end det var tilfældet. Denne praksis talte også om, at læge og sekretær ville lave et "samarbejde" om diabetespatienterne, og at man simpelthen ville være bedre. Den anden praksis ville med kursusdeltagelsen gerne blive mere sat ind i "spisesedlen", dvs. hvad man skal tjekke og undersøge osv. Faktisk sagde lægen, at han ikke var helt bekendt med den kliniske vejledning, før han kom på kurset. Der var også en nysgerrighed på, om sekretær og læge

kunne supplere hinanden bedre i den samlede diabeteshåndtering – sekretæren deltog ikke før kurset i denne håndtering.

De beskrev begge deres håndtering af diabetes som værende ret usystematisk: Man lavede ingen egentlig registrering (fx ikke ICPC-kodning), og man gennemførte ikke systematiske årskontroller og kvartalskontroller. Når diabetespatienten kom, var det alene lægen, der tog sig af vedkommende.

Holdninger til statistiske data, hvor man kan sammenligne ens egen praksis med andre praksis, var også i disse praksis positive. Man oplevede, at ens egne registreringer i Teambuilding-projektet havde været øjenåbnende. Men samtidig var det holdningen i begge praksis, at man ikke skal stirre sig blind på standarder og indikatorer og søge at få fine tal for enhver pris. Man kan tillade sig lidt pragmatisme indimellem.

Begge disse praksis beskrev i interviewene, hvordan kursusdeltagelsen havde fået dem til at ændre på deres diabetesbehandling. Der var primært tale om at stramme op på kontrollerne og være mere opmærksom på de procedurer, som anbefales i DSAM's kliniske vejledning.

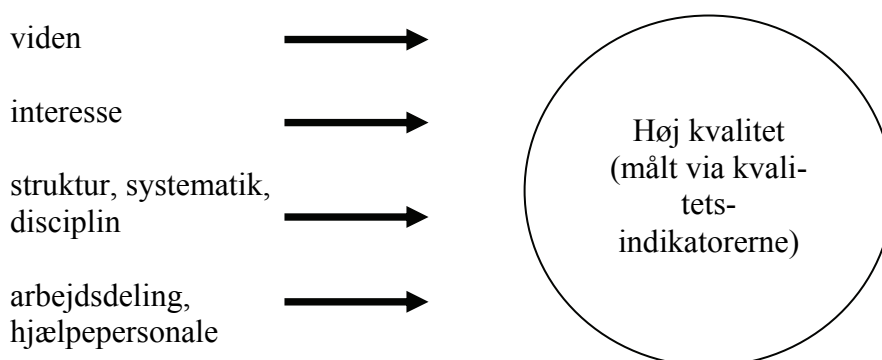
### De øvrige – ”mellemsgruppen”

De 5 andre praksis, som altså ligger nærmere midten af ”ranglisten” for de tre udvalgte kvalitetsparametre, fortalte om en diabeteshåndtering, som i forskellig grad og i forskellig sammensætning har elementer, som er genkendelige fra henholdsvis de højere og de lavere rangerede praksis. Data tillader dog ikke mere præcise angivelser af årsags-virknings-sammenhænge.

### Set under ét

De interviewede læger og personale giver gennem svarene på forskellige spørgsmål og i forskellige bemærkninger alle udtryk for, at praksis med god kvalitet er de praksis, som har en særlig interesse i diabetes, som har god systematik i arbejds gange og i patientkontakt, og som har tilstrækkeligt og relevant personale (og egnede lokaler til dette personale). Et par af de interviewede læger mente, at man som læge ikke kan undgå at vide alt relevant om diabetes og håndteringen heraf. Det burde være alment kendt, mente man. Ikke desto mindre har jeg i interviewene mødt læger, som ikke inden kurset kendte indholdet i den kliniske diabetesvejledning fra DSAM, og disse praksis scorede lavt på de registrerede parametre, mens de andre scorede højere.

Interviewene og registreringen giver tilsammen grundlag for denne skitse med de vigtigste baggrundsfaktorer for god kvalitet:



Omvendt kan man følgelig slutte, at lavere kvalitet vil være forbundet med manglende eller begrænset viden, interesse osv.

Interviewene set under ét peger direkte og indirekte på en række barrierer. Mangel på interesse for diabetes ses som et udtryk for, at man har større forkærlighed for andre sygdomme, som man så ”dyrker” noget mere gennem efteruddannelse mv. – det er altså ikke udtryk for, at man direkte nedprioriterer diabetes, men at man ikke giver det særlig bevågenhed i forhold til andre opgaver. Lægerne taler i interviewene om, at diabetes i sådanne praksis ikke har nogen særstilling i forhold til alt det andet, som en praksis skal tage stilling til og forholde sig til. En af solopraksislægerne sagde, at når man er ved at gå på pension, så er interessen for at sætte sig ind i nye opgaver, som kræver en masse ændringer (i edb-udstyr og edb-håndtering og i arbejds gange), måske ikke helt i top.

Barriererne for at opnå systematik og struktur i diabeteshåndteringen beskrives som mangel på tid, og/eller pres fra konkurrerende gøremål, og/eller mangel på personale. Der er ikke tvivl om, at de ni praksis alle føler, at tidspreset i almen praksis er stort. Diabetes kan drukne i alt det andet, der skal tages stilling til og beslutninger om i en travl hverdag. Dette betyder bl.a., at opsøgende virksomhed, hvor man kontakter udebliverne til diabeteskontroller, ikke effektueres. Det betyder også, at livsstilssnak ikke får megen plads. Man må prioritere andre, påtrængende opgaver på bekostning af den perfekte diabeteshåndtering.

Mangel på personale hang et par steder også sammen med mangel på egnede lokaler. Et par af de interviewede praksis havde overvejelser om – eller arbejdede direkte og målrettet på – at flytte til andre lokaliteter, sådan at der ville være plads til mere hjælpepersonale, som bl.a. kunne tage sig af diabeteskontroller. Der var i den sammenhæng i et par bisætninger ytringer om ikke alt for samarbejdsvillige kommuner.

Nødvendig og tilstrækkelig viden kan uden tvivl hentes i den kliniske vejledning, i artikler, på kurser mm. Men viden om et område efterspørges næppe uden en forudgående interesse eller et oplevet behov i det daglige arbejde for en sådan viden – eller uden tilstrækkelig tid til at indhente og bruge den. (I den sammenhæng er det en interessant detalje, at en af de praktiserende læger efter kurset og den øjenåbnende registrering har valgt ikke kun at stramme op om kontroller og arbejds gange og indført en arbejdsdeling med sin sekretær, men han har også fået så meget interesse for området, at han bagefter også har deltaget i andre kurser om diabeteshåndtering).

### **Forløbsydelsen for diabetespatienter**

Kun én af de 9 interviewede praksis har senere tilmeldt sig forløbsydelsen (som trådte i kraft pr. 1. april 2007), 2 andre ville gerne, men deres edb-system er ikke gearret til datafangstmodulet. At 6 ud af 9 ikke ønsker at være tilmeldt forløbsydelsen forekommer ekstra bemærkelsesværdigt, fordi de jo alle har haft så stor interesse i diabetesbehandling, at de har deltaget i et intensivt projektføreløb med to hele kursusdage og en mellemliggende, omfattende registrering af egne diabetespatienter; og fordi de alle desuden har omtalt deltagelsen i projektet, og ikke mindst gennemførelsen og udbyttet af registreringsarbejdet, som givtigt og øjenåbnende. Hvorfor så ikke tilmelde sig forløbsydelsen, hvor datafangstmodulet på en mere subtil og mere anvendelig måde og med en mindre ressourcekrævende indsats fra lægernes side stiller de samme slags data (og flere) til rådighed?

Begrundelserne for alligevel ikke at tilmelde sig forløbsydelsen er nærmere beskrevet i en anden evaluering.<sup>2</sup> Men der var tre slags hovedbegrundelser, nemlig 1) at økonomien i forløbsydelsen ikke forekom de interviewede attraktiv; 2) at man kendte kolleger – også med særligt kendskab til og interesse for diabetes – som ikke havde tilmeldt sig; og 3) at man ville se tiden an – ”lurepasse” – indtil tilmeldte kollegaer havde høstet erfaringer og sagt god for ydelsen. Desuden var det tydeligt fra interviewene, at kendskabet til forløbsydelsen (vilkårene for brugen af den og mulighederne i den) i mange tilfælde var mangelfuldt. Og endelig kunne flere af de interviewede divertere med de

---

<sup>2</sup> Thorsen T. Almen praksis' modtagelse af forløbsydelsen for diabetespatienter: En kvalitativ evaluering efter det første år. Maj 2008. ([http://www.synthese.dk/images/uploads/Forloebssydelsen\\_Kvalitativ\\_evaluering.pdf](http://www.synthese.dk/images/uploads/Forloebssydelsen_Kvalitativ_evaluering.pdf)).

negative rygter og historier ude fra den virkelige verden – om at der var en masse bøvl med at få datafangstmodulet til at fungere sammen med de forskellige edb-systemer.

Den af de 9 praksis, som havde tilmeldt sig forløbsydelsen, havde set dette nærmest som en moralsk forpligtelse – som noget man burde gøre. Forventningerne var dog samtidig også positive, særligt hvis datafangstmodulet bliver trimmet, sådan at brugervenligheden øges. Der var hos den interviewede læge en del irritation over, at skærmopløsningen i datafangstmodulets skærbillede ikke svarede til den skærmopløsning, som ellers bruges i de daglige programmer. Og lægen viste mig, hvordan man angiveligt skal igennem hele 17-18 klik med musen for at nå frem til noget brugbart i datafangstens returdata.

## Sammenfatning og diskussion

Af de 42 praksis, som i perioden september 2006 – marts 2007 deltog i hele Teambuilding-projektets forløb, blev 9 interviewet til den her foreliggende evaluering. I udvælgelsen af praksis til interview blev der lagt vægt på at finde en så bred ”repræsentation” af praksis som muligt, forstået på den måde, at man ville have bidrag fra *forskellige* praksis mht. praksistype, beliggenhed, personale, lægernes køn og alder mv., samt en forskellig score på udvalgte kvalitetsstandarder.

På nær én er det ”almindelige” praksis, forstået på den måde, at ingen af dem er fagpolitisk engagerede eller særligt involverede i diabetes i form af selv at undervise eller på anden måde at oparbejde kollegers og samarbejdspartneres interesse for diabetes.

Kan man nu forvente, at disse 9 praksis er ”repræsentative” for andre praksis? Vi kan ganske vist ikke ud fra den foreliggende undersøgelse hævde det med sikkerhed. Det er op til læseren at afgøre, om det er sandsynligt – eller om vi i dette udvalg af 9 praksis har ramt et eller flere særtilfælde, som ikke har en ”søster” blandt de øvrige ca. 2200 praksis i dette land – eller blandt de 33 andre deltagende praksis i Teambuilding-projektet, som ikke er blevet interviewet til denne evaluering. I betragtning af, at det er ”almindelige” praksis, mener jeg dog, at vi i denne evaluering har fået beskrivelser, som er genkendelige og gyldige også uden for disse 9 praksis.<sup>3</sup>

Undersøgelsen efterlader ingen tvivl om, at Teambuilding-kurset har påvirket alle deltagere i den tilstræbte retning.

De interviewede deltageres udbytte af kurset var angiveligt,

- 1) at de fik et indblik i deres diabetespopulation, hvilket de ikke havde inden
- 2) at nogle også blev klar over, at de nok ikke kendte alle deres diabetespatienter
- 3) at de strammede op på diabeteshåndteringen (mere systematik, mere strikte og omfattende kontroller, større opmærksomhed på at måle HbA1c (lavere risikotærskel) end inden kursusdeltagelsen)
- 4) at nogle efter kursusdeltagelsen efterfølgende har arbejdet på en større arbejdsdeling mellem læge og personale (men at det for nogle af de interviewede praksis ikke er muligt at inddrage personalet pga. fysiske rammer – der er simpelthen ikke plads til at have yderligere personale)

De ”bedste” praksis (her defineret som dem, der scorer højest på udvalgte kvalitetsindikatorer) havde allerede før kurset en systematisk tilgang til diabeteskontroller og -behandling og fulgte anbefalingerne i den kliniske vejledning. Dette er i kontrast til de ”dårligste” praksis, som havde ageret usystematisk og ikke arbejdet målrettet og i henhold til den kliniske vejledning.

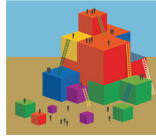
---

<sup>3</sup> Denne antagelse bestyrkes yderligere af et par andre interviewundersøgelser om diabeteshåndtering, som jeg har eller er i færd med at gennemføre i almen praksis, idet jeg dér gennemgående er blevet præsenteret for lignende erfaringer og synspunkter.

Sammenligner man de interviewede praksis' egne beskrivelser af erfaringer, holdninger, viden og arbejdstilrettelæggelse i forhold til diabetes med scorerne på deres registrerede kvalitetsparametre, så er der nogle elementer i arbejdstilrettelæggelsen, som synes at fremme høj kvalitet: viden, interesse, systematik, arbejdsdeling og delegering til personale.

Det tydeligste læringselement i Teambuilding-projektet var selve den øjenåbnende registrering af egne diabetespatienter og den efterfølgende statistiske feedback til deltagerne, hvor de kunne sammenligne sig med de andre 41 deltagende praksis. Det er derfor bemærkelsesværdigt, at et andet fund i denne undersøgelse viser, at 6 af de 9 praksis bevidst har valgt *ikke* at tilmelde sig ydelsen for diabetespatienter. Dette har de undladt, selv om tilmeldte praksis gennem forløbsydelsens datafangstmodul næsten automatisk og på en mere udtømmende og en mere sofistikeret måde får tilstillet sådanne data om deres diabetespopulationer, som de interviewede praksis havde værdsat i det evaluerede kvalitetsudviklingsprojekt.

# Rapportens del 4



## Bilag til rapporten

## Bilag 1:

### TEAMBUILDING I ALMEN PRAKSIS - RESULTAT FOR 42 PRAKSIS

		Type 2 DM		Type 1 DM	
		Antal	Procent	Antal	Procent
KØN	Kvinde	899	44,7%	79	44,9%
	Mand	1102	54,8%	97	55,1%
	Uoplyst	11	,5%	0	,0%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Gruppe	Sygesikringsgruppe 1	1873	93,1%	169	96,0%
	Sygesikringsgruppe 2	123	6,1%	4	2,3%
	Uoplyst	16	,8%	3	1,7%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Type	Type 1diabetes	0	,0%	176	100,0%
	Type 2diabetes	2012	100,0%	0	,0%
	Anden form for diabetes	0	,0%	0	,0%
	Uoplyst	0	,0%	0	,0%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Hvor går pt. til kontrol	I almen praksis: Ja	1776	88,3%	39	22,2%
	I almen praksis: Ved ikke	16	,8%	0	,0%
	På sygehus: Ja	278	13,8%	141	80,1%
	På sygehus: Ved ikke	18	,9%	2	1,1%
	Uoplyst	3	,1%	1	,6%
I alt		2012	102,9%	176	104,0%
Kardiovaskulær hændelse i anamnese	Ja	514	25,5%	38	21,6%
	Nej	1445	71,8%	125	71,0%
	Ved ikke/uoplyst	53	2,6%	13	7,4%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Rygning	Ryger dagligt/ophørt inden for 6 mdr.	489	24,3%	47	26,7%
	Eks-ryger	527	26,2%	29	16,5%
	Aldrig ryger	678	33,7%	56	31,8%
	Ved ikke	287	14,3%	43	24,4%
	Uoplyst	31	1,5%	1	,6%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Body Mass Index	BMI foreligger	1559	77,5%	104	59,1%
	Kun højde eller vægt målt	190	9,4%	12	6,8%
	Uoplyst	263	13,1%	60	34,1%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Blodtryk udført	Blodtryk målt sidste 15 mdr.	1892	94,0%	124	70,5%
	Ingen resultat/ikke målt sidste 15 mdr.	90	4,5%	38	21,6%
	Uoplyst	30	1,5%	14	8,0%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Blodtryk søgt bedret	Ja	767	38,1%	34	19,3%
	Nej	1068	53,1%	98	55,7%
	Nej ikke i medikamentel behandling	129	6,4%	23	13,1%
	Uoplyst	48	2,4%	21	11,9%
I alt		2012	100,5%	176	100,0%



**Bilag 1:****TEAMBUILDING I ALMEN PRAKSIS - RESULTAT FOR 42 PRAKSIS**

		Type 2 DM		Type 1 DM	
		Antal	Procent		
HbA1c udført	HbA1c udført sidste 7 mdr.	1866	92,7%	131	74,4%
	Ingen resultat/ikke målt sidste 7 mdr.	126	6,3%	34	19,3%
	Uoplyst	20	1,0%	11	6,3%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
HbA1c søgt bedret	Ja	802	39,9%	90	51,1%
	Nej	1013	50,3%	53	30,1%
	Nej ikke i medikamentel behandling	140	7,0%	0	,0%
	Uoplyst	57	2,8%	33	18,8%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Total kolesterol	Total kolesterol	1838	91,4%	102	58,0%
	Ingen resultat de sidste 15 mdr.	154	7,7%	61	34,7%
	Uoplyst	20	1,0%	13	7,4%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
HDL kolesterol	HDL-kolesterol	1727	85,8%	85	48,3%
	Ingen resultat de sidste 15 mdr.	174	8,6%	64	36,4%
	Uoplyst	111	5,5%	27	15,3%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Urin-albumin måling	Ja	1157	57,5%	69	39,2%
	Nej	485	24,1%	58	33,0%
	Uoplyst	370	18,4%	49	27,8%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Hvis ja, resultat	Normal	784	67,8%	45	65,2%
	Mikro	277	23,9%	9	13,0%
	Makro	59	5,1%	6	8,7%
	Ved ikke	25	2,2%	8	11,6%
	Uoplyst	12	1,0%	1	1,4%
I alt		1157	100,0%	69	100,0%
Antidiabetika	Kun perorale antidiabetika	1166	58,0%	11	6,3%
	Kun insulin	107	5,3%	153	86,9%
	Både perorale + insulin	150	7,5%	4	2,3%
	Ingen antidiabetika	569	28,3%	3	1,7%
	Uoplyst	20	1,0%	5	2,8%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Tendens til hypoglykæmi tilfælde	Ja	53	2,6%	37	21,0%
	Nej	1665	82,8%	92	52,3%
	Ved ikke	124	6,2%	40	22,7%
	Uoplyst	170	8,4%	7	4,0%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Stærkt svingende blodsukker	Ja	113	5,6%	48	27,3%
	Nej	1517	75,4%	73	41,5%
	Ved ikke	197	9,8%	46	26,1%
	Uoplyst	185	9,2%	9	5,1%
I alt		2012	100,0%		

## Bilag 1:

### TEAMBUILDING I ALMEN PRAKSIS - RESULTAT FOR 42 PRAKSIS

		Type 2 DM		Type 1 DM	
		Antal	Procent	Antal	Procent
Er pt. i antihypertensiv beh.	Ja	1442	71,7%	69	39,2%
	Nej	559	27,8%	95	54,0%
	Uoplyst	11	,5%	12	6,8%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Hvilken behandling	1-stofsbehandling	484	33,6%	26	37,7%
	2-stofsbehandling	504	35,0%	20	29,0%
	3-stofsbehandling	413	28,6%	18	26,1%
	Uoplyst	41	2,8%	5	7,2%
I alt		1442	100,0%	69	100,0%
Er pt. i beh. med ACE-hæmmer.	Ja	1163	57,8%	58	33,0%
	Nej	824	41,0%	102	58,0%
	Uoplyst	25	1,2%	16	9,1%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Er pt. i lipidsænkende beh.	Ja	1275	63,4%	58	33,0%
	Nej	716	35,6%	104	59,1%
	Uoplyst	21	1,0%	14	8,0%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Er pt. i beh. med magnyl/acetylsalicylsyre	Ja	904	44,9%	44	25,0%
	Nej	1088	54,1%	118	67,0%
	Uoplyst	20	1,0%	14	8,0%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Øjenundersøgelse	Ja inden for de sidste 2 år	1286	63,9%	112	63,6%
	Ja inden for de sidste 4 år	96	4,8%	8	4,5%
	Nej ældre end 4 år eller aldrig	232	11,5%	8	4,5%
	Ved ikke	377	18,7%	44	25,0%
	Uoplyst	21	1,0%	4	2,3%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Modtaget epikrise fra øjenlæge	Ja	520	25,8%	50	28,4%
	Nej	1201	59,7%	90	51,1%
	Uoplyst	291	14,5%	36	20,5%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Hvis nej, rekvireret epikrise fra øjenlæge	Ja	92	7,7%	14	15,6%
	Nej	938	78,1%	73	81,1%
	Uoplyst	171	14,2%	3	3,3%
I alt		1201	100,0%	30	100,0%
Simplex retinopati	Ja	118	5,9%	34	19,3%
	Nej	894	44,4%	64	36,4%
	Ved ikke	610	30,3%	44	25,0%
	Uoplyst	390	19,4%	34	19,3%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Maculaødem el. proliferativ retinopati	Ja	43	2,1%	17	9,7%
	Nej	987	49,1%	80	45,5%
	Ved ikke	601	29,9%	43	24,4%
	Uoplyst	381	18,9%	36	20,5%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%

## Bilag 1:

### TEAMBUILDING I ALMEN PRAKSIS - RESULTAT FOR 42 PRAKSIS

		Type 2 DM		Type 1 DM	
		Antal	Procent	Antal	Procent
Er der foretaget fodundersøgelse if. 15 mdr.	Ja, kun i almen praksis	531	26,4%	13	7,4%
	Ja, kun hos fodterapeut, amb.	499	24,8%	95	54,0%
	Ja, begge steder	303	15,1%	2	1,1%
	Nej ingen fodundersøgelse	288	14,3%	14	8,0%
	Nej almen praksis/ved ikke fodterapeut-amb.	252	12,5%	40	22,7%
	Ved ikke/uoplyst	139	6,9%	12	6,8%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Hvis fodus. hos fodterapeut/amb. er epikrise modtaget	Ja	133	16,6%	37	38,1%
	Nej	634	79,0%	48	49,5%
	Uoplyst	36	4,5%	12	12,4%
I alt		803	100,0%	97	100,0%
Har du rekvireret epikrise if. 15 mdr.	Ja	35	4,4%	14	14,4%
	Nej	645	80,3%	50	51,5%
	Uoplyst	123	15,3%	33	34,0%
I alt		803	100,0%	97	100,0%
Tegn på neuropati eller arteriel insufficiens	Ja	283	14,1%	30	17,0%
	Nej	1086	54,0%	90	51,1%
	Ikke relevant	65	3,2%	6	3,4%
	Uoplyst	578	28,7%	50	28,4%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Fodsår/gangræn/charcot el. amputation	Ja	48	2,4%	6	3,4%
	Nej	1422	70,7%	125	71,0%
	Uoplyst	542	26,9%	45	25,6%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Individuelle behandlingsmål aftalt	Systolisk blodtryk	1362	67,7%	81	46,0%
	Diastolisk blodtryk	1315	65,4%	80	45,5%
	HbA1c	1383	68,7%	86	48,9%
	Total kolesterol	1312	65,2%	71	40,3%
	HDL-kolesterol	1159	57,6%	66	37,5%
	Vægt	1179	58,6%	66	37,5%
	Ingen behandlingsmål aftalt	283	14,1%	14	8,0%
	Ved ikke	185	9,2%	62	35,2%
Uoplyst	48	2,4%	10	5,7%	
I alt		2012	408,8%	176	100,0%
Er der foretaget livsstilssamtale	Ja	1554	77,2%	93	52,8%
	Nej	305	15,2%	27	15,3%
	Ved ikke	137	6,8%	53	30,1%
	Uoplyst	16	,8%	3	1,7%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%
Nødvendigt at kontakte pt.	Ja	600	29,8%	51	29,0%
	Nej	1374	68,3%	117	66,5%
	Uoplyst	38	1,9%	8	4,5%
I alt		2012	100,0%	176	100,0%

## Bilag 2: Registreringsskema - patientskema

### TEAMBUILDING I ALMEN PRAKSIS

### DIABETES

### PATIENTSKEMA

Deltager nr. 99

#### Basisoplysninger:

1	Dato for registrering	_ _  /  _ _  -  _ _ _  d d m m år		
2	Patientens fødselsdag og køn	_ _   _ _  -  _ _  d d m m år	Kvinde: <input type="checkbox"/>	Mand: <input type="checkbox"/>
3	Sygesikringsgruppe?	Gruppe 1: <input type="checkbox"/>	Gruppe 2: <input type="checkbox"/>	
4	Diagnosetidspunkt (Hvis usikker, notér første sikre årstal)	_ _ _  Årstal	Uoplyst: <input type="checkbox"/>	
5	Type	<input type="checkbox"/> Type 1 Diabetes <input type="checkbox"/> Type 2 Diabetes <input type="checkbox"/> Anden form for diabetes		
6	a. Hvor går patienten aktuelt til kontrol/behandling?  b. Hvis patient går på sygehus: Epikrise med årsundersøgelse modtaget inden for de sidste 15 måneder?  c. Hvis epikrise ikke er modtaget: Har du/l rekvireret epikrise fra sygehus m.h.p. at besvare resten af spørgeskemaet?	I almen praksis På sygehus	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/>  Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>  Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ved ikke <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/>  Ved ikke <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/>

#### Supplerende oplysninger:

7	Kardiovaskulær hændelse i anamnesen? (f.eks. iskæmisk hjertesygdom, cerebral iskæmi, perifer arteriel insufficiens eller anden verificeret aterosklerotisk sygdom)	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/>
8	Rygning?	<input type="checkbox"/> Ryger dagligt eller ophørt indenfor ½ år <input type="checkbox"/> Eks-ryger (i mere end ½ år) <input type="checkbox"/> Aldrig ryger <input type="checkbox"/> Ved ikke

## Bilag 2: Registreringsskema - patientskema

9	Body Mass Index (inden for 15 måneder)?	Højde: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm (hele cm) Vægt: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg (hele kg) BMI: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (ikke nødvendigt hvis højde og vægt foreligger)
10	Sidst målte blodtryk (inden for 15 måneder)?	Systolisk BT: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm Hg Diastolisk BT: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mm Hg  Konsultations BT: <input type="checkbox"/> Hjemme- eller Døgn BT(dagsværdi): <input type="checkbox"/>  Ingen resultater/ikke målt de sidste 15 mdr: <input type="checkbox"/>
11	Er blodtrykket søgt bedret via optimeret medikamentel behandling de sidste 7 måneder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ikke i medikamentel behandling
12	HbA1c: Resultat af måling udført inden for de sidste 7 måneder?	Resultat: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %  Ingen resultater de sidste 7 måneder: <input type="checkbox"/>
13	Er HbA1c søgt bedret via optimeret medikamentel behandling de sidste 7 måneder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ikke i medikamentel behandling
14	Lipider: Resultat af senest udførte lipid-status udført de sidste 15 måneder?	Total Cholesterol: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> mmol/l HDL-Cholesterol: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mmol/l  Ingen resultater: <input type="checkbox"/>
15	Urin-albumin: Resultat af senest udførte måling indenfor de sidste 15 måneder (udfyld kun ét svar)	Albumin/Kreatinin ratio: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/g (KPLL) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/mmol <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mikromol/mmol Albumin-udskillelse: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/døgn (Steno) eller Albumin-koncentration: Micral-test: neg: <input type="checkbox"/> ca 20: <input type="checkbox"/> ca. 50: <input type="checkbox"/> ca. 100: <input type="checkbox"/> mg/l  Ingen resultater: <input type="checkbox"/>

## Bilag 2: Registreringsskema - patientskema

Aktuel behandling:		
16	<p>a. Antidiabetika?</p> <p>b. Tendens til alvorlige eller uventede hypoglykæmi-tilfælde?</p> <p>c. Stærkt svingende blodsukker?</p>	<p>Behandles med perorale antidiabetika <span style="float: right;">Ja    Nej</span>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Behandles med insulin <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/></span></p> <p>Ja    Nej    Ved ikke  <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/></p> <p>Ja    Nej    Ved ikke  <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/></p>
17	<p>Er patienten i antihypertensiv behandling?</p> <p>(Kombinationspræparater tæller som 2-stofsbehandling)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Hvis Ja:  <input type="checkbox"/> : 1-stofsbehandling  <input type="checkbox"/> : 2-stofsbehandling  <input type="checkbox"/> : 3-stofsbehandling eller mere</p>
18	<p>Er patienten i behandling med ACE-hæmmer / Angiotensin II antagonist (AIIA)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nej</p>
19	<p>Er patienten i medikamentel lipidsænkende behandling?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nej</p>
20	<p>Er patienten i behandling med magnyl/acetylsalicylsyre?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nej</p>
21	<p>a. Øjenundersøgelse</p> <p>b. Er der modtaget epikrise fra øjenlæge inden for de sidste 30 måneder?</p> <p>c. Hvis epikrise ikke er modtaget: Har du/l rekvireret epikrise fra øjenlæge m.h.p. at besvare resten af spørgsmål 21?</p> <p>d. Simplex retinopati</p> <p>e. Maculaødem eller proliferativ retinopati</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja inden for de sidste 2 år  <input type="checkbox"/> Ja inden for de sidste 4 år  <input type="checkbox"/> Nej ældre end 4 år eller aldrig  <input type="checkbox"/> Ved ikke</p> <p><input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nej  <input type="checkbox"/> Ved ikke</p> <p><input type="checkbox"/> Ja  <input type="checkbox"/> Nej  <input type="checkbox"/> Ved ikke</p>

## Bilag 2: Registreringsskema - patientskema

22	<p>a. Er der foretaget fodundersøgelse indenfor de sidste 15 måneder?</p> <p>b. Hvis fodundersøgelse hos fodterapeut/på ambulatorium: Er der modtaget epikrise inden for de sidste 15 måneder?</p> <p>c. Har du/I rekvireret epikrise fra fodterapeut/ambulatorium m.h.p. at besvare resten af spørgsmål 22?</p> <p>d. Tegn på neuropati eller arteriel insufficiens?</p> <p>e. Fodsår/gangræn/charcot eller amputation?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nej</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Ved ikke</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I almen praksis</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hos fodterapeut/på ambulatorium</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nej</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nej</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nej</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ikke relevant</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ja</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nej</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nej	Ved ikke	I almen praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hos fodterapeut/på ambulatorium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja				<input type="checkbox"/> Nej				<input type="checkbox"/> Ja				<input type="checkbox"/> Nej				<input type="checkbox"/> Ja				<input type="checkbox"/> Nej				<input type="checkbox"/> Ikke relevant				<input type="checkbox"/> Ja				<input type="checkbox"/> Nej			
	Ja	Nej	Ved ikke																																															
I almen praksis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Hos fodterapeut/på ambulatorium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
<input type="checkbox"/> Ja																																																		
<input type="checkbox"/> Nej																																																		
<input type="checkbox"/> Ja																																																		
<input type="checkbox"/> Nej																																																		
<input type="checkbox"/> Ja																																																		
<input type="checkbox"/> Nej																																																		
<input type="checkbox"/> Ikke relevant																																																		
<input type="checkbox"/> Ja																																																		
<input type="checkbox"/> Nej																																																		
23	<p>Individuelle behandlingsmål aftalt med patienten?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nej</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Ved ikke</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Systolisk Blodtryk:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diastolisk Blodtryk:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HbA1c:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Total Cholesterol:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>HDL-Cholesterol:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vægt:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nej	Ved ikke	Systolisk Blodtryk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diastolisk Blodtryk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HbA1c:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Total Cholesterol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HDL-Cholesterol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vægt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
	Ja	Nej	Ved ikke																																															
Systolisk Blodtryk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Diastolisk Blodtryk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
HbA1c:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Total Cholesterol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
HDL-Cholesterol:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
Vægt:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																															
24	<p>Er der foretaget livsstilssamtale vedrørende tobak, kost og fysisk aktivitet indenfor de sidste 15 måneder?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Ved ikke</p>																																																
25	<p>Har det været nødvendigt at kontakte patienten (per telefon / fremmøde ved konsultation) for at opnå ovenstående oplysninger?</p>	<p style="text-align: center;">Ja      Nej</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p>																																																

### Bilag 3: Registreringsskema - praksisskema

REGISTRERINGER FOR DEN ENKELTE PRAKSIS		Deltager nr.
1	Ydernr.	Yder nr:  _ _ _ _ _ _ _ _
2	Praksisform	<input type="checkbox"/> Solopraksis <input type="checkbox"/> Samarbejdspraksis <input type="checkbox"/> Kompagniskabspraksis <span style="float: right;">- antal læger  _ _ _ </span>
3	Praksispersonalets timer pr. uge	Sygeplejerske:  _ _ _ _  Bioanalytiker/Laborant:  _ _ _ _  Sekretær:  _ _ _ _  Andet:  _ _ _ _
4	Antal gruppe 1 tilmeldte voksne >16 år pr. 1. september 2006	_ _ _ _ _ _ _
5	Antal patienter i praksis med kendt diabetes	Type 1 Diabetes  _ _ _ _  Type 2 Diabetes  _ _ _ _
6	Anvender praksis ICPC kodning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Hvis nej: har I oprettet et diabetesregister?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
7	a. Har I faste procedurer vedr. indkaldelser?	<input type="checkbox"/> Ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nej</span>
	b. Indkalder I patienter der udebliver?	<input type="checkbox"/> Ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nej</span>
	c. Udfører I selv glukosebelastning?	<input type="checkbox"/> Ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nej</span>
	d. Påbegynder I selv insulinbehandling af patienter med type 2 diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nej</span>
	e. Anvender I vandrejournal?	<input type="checkbox"/> Ja <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nej</span>



## Bilag 4: Program for kursusdag 1: fredag d. 8/9 2006 kl. 08:00-16:00

8.00 - 8.20	Registrering, udlevering af materiale, kaffe og brød
8.20 - 8.40	Velkomst. Introduktion og dagens forløb. (Bjarne Søgaard Jørgensen og Jørgen Jensen)
8.40 - 9.05	Tankerne bag Sundhedsstyrelsens kronikermodel. Den proaktive læge. (Lars Rytter)
9.05 - 9.35	Struktur på diabetesbehandlingen i almen praksis: Erfaringer fra en kompagniskabspraksis. (Berit Lassen)
9.35 - 9.45	Kan det lade sig gøre? Erfaringer fra en solopraksis. (Bjarne Søgaard Jørgensen)
9.45 - 10.00	Opsamling på indlæg / spørgsmål
10.00 - 10.30	Kaffepause
10.30 - 11.20	Case 1: Den nydiagnosticerede patient: Hvad gør I? Intro (10 min.); gruppearbejde ved bordet (25 min med cases); plenum (15 min.) (Bjarne Søgaard Jørgensen og Jørgen Jensen)
11.20 - 12.00	Case 2: Kontroller af diabetespatienten: Hvad gør I? Gruppearbejde ved bordet (25 min med cases.); plenum (15 min.) (Bjarne Søgaard Jørgensen og Jørgen Jensen)
12.00 - 13.00	Frokost
13.00 - 13.30	Case 3: Den proaktive læge. Case med udebleven pt. Gruppearbejde ved bordet (15-20 min.); opsamling i plenum (10-15 min.). (Bjarne Søgaard Jørgensen og Jørgen Jensen)
13.30 - 14.00	Computeren som værktøj. Hvordan strukturerer I arbejdet i jeres praksis med <ul style="list-style-type: none"><li>○ remindere / indkaldelser?</li><li>○ journalføring / fraser?</li></ul> Intro (5-10 min.); gruppearbejde ved bordet (15-20 min.) Opsamling (5-10 min.) (Lars Rytter og Peter Schultz-Larsen)
14.00 - 14.30	Kaffe pause
14.30-15.45	Dataregistrering: <ul style="list-style-type: none"><li>○ Kender I jeres diabetes-patienter? Hvordan?</li><li>○ Indikator indberetning. Hvorfor og hvordan?</li><li>○ Opsamling og spørgsmål</li></ul> (Lars Rytter og Peter Schultz-Larsen)
15.45 -16.00	Plenum. Afrunding af dagen. (Lars Rytter)

## **Bilag 5: Program for kursusdag 2: torsdag d. 15/3 2007 kl. 08:00-15:45**

<b>8.00 - 8.20</b>	<b>Registrering, udlevering af rapport og øvrigt materiale; kaffe og brød: kom og læs din rapport!</b>
<b>8.20 – 8.35</b>	<b>Velkomst. Introduktion og dagens forløb. (Peter Schultz-Larsen)</b>
<b>8.35 – 9.15</b>	<b>Tema 1: Kend din population. Er fødder og øjne undersøgt? (Thomas Drivsholm)</b>
<b>9.15 – 10.00</b>	<b>Tema 2: HbA1c og lipider (Jørgen Jensen)</b>
<b>10.00 - 10.30</b>	<b>Kaffepause</b>
<b>10.30 - 11.15</b>	<b>Tema 3: Livsstilsfaktorer (Peter Schultz-Larsen)</b>
<b>11.20 - 12.00</b>	<b>Tema 4: Blodtryk (Peter Schultz-Larsen)</b>
<b>12.00 - 12.45</b>	<b>Frokost</b>
<b>12.45 - 13.30</b>	<b>Tema 5: Højrisikopatienter (Jørgen Jensen)</b>
<b>13.30 - 14.15</b>	<b>Tema 6: Praksisorganisation (Lars Rytter)</b>
<b>14.15 - 14.35</b>	<b>Kaffepause</b>
<b>14.35-15.25</b>	<b>Tema 7: Diskussion i 4 grupper</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Hvad kan vi gøre anderledes?</b></li><li>• <b>Hvem gør hvad?</b></li></ul>
<b>15.25 -15.45</b>	<b>Plenum. Afrunding af dagen. (Bjarne Søgaard Jørgensen)</b>

## **SAMLET EVALUERINGSOVERSIGT**

**D. 8. SEPTEMBER 2006**

**Besvarelser i alt: 96**

**Faggruppe: 54** Praktiserende læger **42** Praksispersonaler

### **Svarede kurset til dine forventninger?**

**15** Fuldt ud                      **67** I høj grad                      **10** I mindre grad                      **0** Slet ikke

### **De fremlagte cases**

**22** Meget relevante                      **55** Relevante                      **15** Mindre relevante                      **1** Ikke relevante

### **Underviserne**

**16** Fremragende                      75 Gode                      **1** Mindre gode                      0 Dårlige

### **Konceptet med cases / ekspertindlæg**

**7** Fremragende                      **69** Godt                      **18** Mindre godt                      **1** Dårligt

### **Kursusstedet**

**5** Fremragende                      **65** Godt                      **23** Mindre godt                      **1** Dårligt

Kursisterne nedskrev endvidere hver 3 ting, som

- de fik ud af kurset
- mente vi skulle gøre anderledes / som de savnede

Disse svar fremgår af [www.kveap.dk](http://www.kveap.dk)

## **SAMLET EVALUERINGSOVERSIGT**

**D. 15. MARTS 2007**

**Besvarelser i alt: 46**

**Faggruppe: 24** Praktiserende læger   **21** Praksispersonaler   **1** Uoplyst

### **Svarede kurset til dine forventninger?**

**9** Fuldt ud                      **34** I høj grad                      **0** I mindre grad                      **0** Slet ikke

### **Underviserne**

**8** Fremragende                      **37** Gode                      **0** Mindre gode                      **0** Dårlige

### **Konceptet med cases / ekspert indlæg**

**7** Fremragende                      **38** Godt                      **0** Mindre godt                      **0** Dårligt

### **Kursusstedet**

**2** Fremragende                      **32** Godt                      **11** Mindre godt                      **0** Dårligt

Kursisterne nedskrev endvidere hver 3 ting, som

- de fik ud af kurset
- mente vi skulle gøre anderledes / som de savnede

Disse svar fremgår af [www.kveap.dk](http://www.kveap.dk)

## Bilag 8: Diagnosekodning via laboratoriedata – beskrivelse af metoden

Som tidligere anført er hele grundlaget for at arbejde med data i kvalitetsudviklingsarbejdet i egen praksis at anvende diagnosekodning. Herved får den enkelte diabetespatient en kode, som kan benyttes til at finde den samlede praksispopulation og data vedr. behandling.

For at hjælpe de praksis på vej, som før projektet ikke var kommet i gang med at diagnosekode deres diabetespatienter, vejledte styregruppen de deltagere, som ønskede dette, i at kontakte deres lokale laboratorium med henblik på at bruge data herfra til at udarbejde en liste over patienter med diabetes i egen praksis.

Den grundlæggende idé hermed er, at det lokale laboratorium relativt let for den enkelte praksis (ydernummer) kan lave en liste over patienter, som på baggrund af ordinerede blodprøver kan mistænkes for at have eller har diabetes. Denne patientliste kan benyttes som udgangspunkt for en relativt hurtig diagnosekodning af hovedparten af patienter med diabetes i egen praksis.

Principperne i metoden inkl. fordele og begrænsninger fremgår af en række publikationer fra praktiserende læge Jette Kolding Kristensen (ref).

En uddybende beskrivelse af metoden og erfaringerne hermed fremgår af de kommende sider.

Generelt kan metoden anbefales som et praktisk hjælperedskab for praksis, som ikke tidligere eller kun i et begrænset omfang har diagnosekodet deres diabetespatienter. Se eventuelt deltagernes evaluering på de kommende sider.

**Bilag 9: Diagnosekodning via laboratoriedata – eksempel på FAX, som blev sendt til et lokalt laboratorium med henblik på generering af liste med diabetespatienter i egen praksis**

**Teambuilding i almen praksis om kronisk syge  
- med Type 2 Diabetes Mellitus som model**

**Vedr:        Dataudtræk til projektet ”Teambuilding i almen praksis”**

Denne side sendes eller faxes til:

Københavns Praktiserende Lægers Laboratorium  
Pilestræde 65  
1112 København K

Att. Overlæge XX

Fax: xxxx xxxx

Undertegnede alment praktiserende læge (gerne stempel):

Ydernr:

Navn og adresse:

Anmoder hermed om at få en udskrift af CPR numrene på de af mine patienter om hvilket det gælder:

At der siden 1. Januar 2005 med ovennævnte ydernummer på KPLL er rekvireret

- a) HbA1c;B rekvireret mindst 2 gange eller
- b) HbA1c;B én gang hvor resultater var 6,5% ( >øverste grænse i referenceområdet)
- c) Markering ved ”kendt type 2 diabetes”

Med venlig hilsen

.....

## Bilag 10: Diagnosekodning via laboratoriedata – evalueringsskema af dataudtræk fra laboratorier

# EVALUERINGSKEMA AF DATAUDTRÆK FRA LABORATORIER

Efter gennemgang af dataudtræk og egne diagnosekoder faxes dette skema til

**FAX: xx xx xx xx; Att. xx xx**

Deltager nr.		
1	Hvor mange patienter med diabetes havde du/I registreret i din/jeres egen kodning før du modtog listen fra laboratoriet?	_ _ _
2	Hvor mange patienter (med eller uden reel diabetes) var der totalt på listen fra laboratoriet?	_ _ _
3	Hvor mange patienter på listen fra laboratoriet havde reelt diabetes?	_ _ _
4	Hvor mange reelle diabetespatienter på listen fra laboratoriet fremgik IKKE af din/jeres egne kodninger?	_ _ _
5	Har listen fra laboratoriet generelt været brugbar i din/jeres praksis som en metode til at få opsporet patienterne med diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja, meget <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej

### Eventuelle kommentarer

.....

.....

.....

## Bilag 11: Diagnosekodning via laboratoriedata – deltagernes evaluering af metoden

### Deltagernes evaluering af metoden

#### Overordnet konklusion:

Kun få praksis besvarede skemaerne, hvorfor tolkningen af svar skal tages med store forbehold.

Antal besvarede skemaer:

- I alt: 36% svarende til 21/58 potentielle skemaer.
- Endnu færre skemaer besvaret som tilsigtet: 14% svarende til 8/58 skemaer besvaret som tilsigtet, eller 38% svarende til 8/21 skemaer.

På baggrund af de indkomne skemaer synes skemaerne kun at have været en reel hjælp, såfremt folk ikke har benyttet diagnosekodning tidligere. Omvendt synes listerne måske at skabe en vis tryghed blandt dem, som allerede koder. Se resultater.

Overordnet set får man en fornemmelse af, at der blandt praksis er

- en delgruppe, som allerede har styr på populationen af diabetespatienter (n=8),
- en delgruppe, som ikke har kodet tidligere, og som alle er meget glade for at få hjælp til at få styr på populationen af diabetespatienter (n=5),
- en delgruppe, som har kodet tidligere, men som alligevel er glad for at få hjælp til at få endnu mere styr på populationen af diabetespatienter (måske n=5), og endelig
- en delgruppe, som slet ikke kan overskue at forholde sig til problemstillinger (n=2) grundet manglende tid.



## Det enkelte spørgsmål:

### Spørgsmål 1:

*Hvor mange patienter med diabetes havde du/I registreret i din/jeres egen kodning før du modtog listen fra laboratoriet?*

Blandt de 21 modtagne skemaer, er

- 8 umiddelbart besvaret som tilsigtet,
- 10 er besvaret på en måde som ikke kan tolkes, mens de sidste tre skemaer fordeler sig med
  - én der er sur over arbejdsopgavens omfang,
  - én der ikke har haft tid og
  - én ”ikke har benyttet KPLL-listen, men egne udtræk”.

Eksempler på problemer i besvarelsen:

- a. Her skriver folk alle de personer de har kodet, også en andel med diagnose, men uden diabetes!
- b. Spørgsmål tager ikke højde for flyttede patienter, passanter og afdøde.
- c. Problemstilling vedr. patienter, som følges i hospitalsregi.

### Spørgsmål 2:

*Hvor mange patienter (med eller uden reel diabetes) var der totalt på listen fra laboratoriet?*

Se ovenstående.

### Spørgsmål 3:

*Hvor mange patienter på listen fra laboratoriet havde reelt diabetes?*

Se ovenstående.

### Spørgsmål 4:

*Hvor mange reelle diabetespatienter på listen fra laboratoriet fremgik IKKE af din/jeres egne kodninger?*

a. Blandt de 8 praksis, som har udfyldt skemaet som tiltænkt, er der ved hjælp fra listen diagnosticeret 6 patienter med diabetes ud over de ca. 500 diabetespatienter, som disse praksis allerede kendte. Dette svarer til et udbytte på yderligere 1%. Altså: diagnosemæssigt er det ikke umagen værd.

Noget mærkværdigt fordeler besvarelsene på spørgsmål 5 på disse 8 praksis sig med:

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, meget: | 4 |
| <input type="checkbox"/> Delvis:    | 3 |
| <input type="checkbox"/> Nej:       | 1 |

Hvordan skal dette forstås?! Måske synes disse praksis, at processen med listerne skaber en vis tryghed om egen formåen?

b. Blandt de 5 praksis, som har kodet tidligere, fordeler besvarelserne på spørgsmål 5 sig med:

- |                                     |                      |
|-------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, meget: | 2                    |
| <input type="checkbox"/> Delvis:    | 3 (heraf én ”lidt!”) |
| <input type="checkbox"/> Nej:       | 0                    |

Disse praksis er således relativt positive overfor brugen af listerne – på trods af, at de ikke har diagnosticeret mange ekstra diabetespatienter.

Hvordan skal dette forstås?! Måske synes disse praksis, at processen med listerne skaber en vis tryghed om egen formåen?

**Spørgsmål 5:**

*Har listen fra laboratoriet generelt været brugbar I din/jeres praksis som en metode til at få opsporet patienterne med diabetes?*

Se ovenstående.

## Bilag 12: Projektet: DAK's indikatorer

### Diabetes stratificering

Risikostratificeringen foretages i forbindelse med årskontrol, med henblik på allokering af patienten til den på pågældende tidspunkt mest hensigtsmæssige tovholder for behandling og kontrol. Stratificeringen er ikke nødvendigvis endelig, da tilstanden kan forbedres, stabiliseres eller forværres. Endvidere kan høj alder medføre, at der slækkes på mål for behandlingen, og at stratificeringen dermed ikke følger principperne. Det samme kan gælde patienter med invaliderende komplikationer eller med ringe compliance.

Type 1 diabetespatienter hører til niveau 3, men bør løbende stratificeres og tilbydes henvisning, hvis de følges i praksis.

Indsats på de forskellige niveauer:

**Niveau 1:** Patienter som kan ses af praktiserende læge til årskontrol og kan mellemliggende følges af specialtrænet sygeplejerske.

**Niveau 2:** Patienter som bør følges intensivt af praktiserende læge (årskontrol og ca. 3 mellemliggende besøg). Kan periodevis eller permanent følges i diabetesambulatorium afhængig af lokale forhold og i henhold til indgåede shared care aftaler.

**Niveau 3:** Patienter som bør følges i diabetesambulatorium.

For at blive allokeret til niveau 1, skal alle kriterier for niveau 1 være opfyldt. For at blive allokeret til niveau 3, skal blot ét kriterium være opfyldt.

For at blive allokeret til niveau 2, skal hverken kriterierne for niveau 1 eller niveau 3 være opfyldt.

Mangler et nødvendigt kriterium, er patienten som hovedregel i niveau 2.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Glykæmisk kontrol efter intervention	HbA1c < 7% (0,07)		HbA1c > 9% (0,09) trods forsøg på optimeret behandling i 1/2 år
Blodtryk mmHg	< 130/80		> 160/90 trods forsøg på optimeret behandling i 1/2 år
Metaboliske problemer i forbindelse med behandlingen	Nej	Svær insulinresistens	Tendens til alvorlige eller uventede hypoglykæmitilfælde. Stærkt svingende blodsukker.
Hjertekarsygdom/ storkarsygdom	Ingen tilstedeværende hjertekarsygdom	Tilstedeværende hjertekarsygdom	
Den diabetiske fod	Nej	Tegn på neuropati eller arteriel insufficiens	Fodsår/gangræn/Charcot-fod og amputation
Nefropati	Normal	Mikroalbuminuri	Makroalbuminuri/nefropati
Retinopati	Evt. simplex retinopati		Maculælødem eller proliferativ retinopati

## Referencer

---

1. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
2. Drivsholm T, Ibsen H, Schroll M, Davidsen M, Borch-Johnsen K. Increasing prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance among 60-year-old Danes. *Diabet Med* 2001 Feb;18(2): 126-32.
3. Glumer C, Jorgensen T, Borch-Johnsen K. Prevalences of diabetes and impaired glucose regulation in a Danish population: the Inter99 study. *Diabetes Care* 2003 Aug;26(8): 2335-40.
4. Heldgaard PE. Routinely collected general practice data aids identification of people with hyperglycaemia and metabolic syndrome. *Diabet Med* 2006 Sep;23(9): 996-1002.
5. Lassen B, Andersen J, Madsen H. Struktur på diabetesbehandlingen i almen praksis. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning* 2006; 84. 1057-1068.
6. Andersen J, Madsen H, Lassen B. Erfaringer med brug af stratificeringsværktøj. *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning* 2007; 85. 513-527.







