

# **Kvalitetsprojekt Styr på diabetes-2**

**Afsluttende statusrapporter fra deltagerne  
i kvalitetsprojektet Styr på diabetes-2**



Henvendelse vedrørende projektet:

Afdelingsleder Britta Ravn, [Britta.Ravn@stab.rm.dk](mailto:Britta.Ravn@stab.rm.dk), tlf. 8728 4950

Konsulent Jesper Buchholdt Gjørup, [jesper.gjoerup@stab.rm.dk](mailto:jesper.gjoerup@stab.rm.dk), tlf. 8728 4953

ISBN nr. 978-87-92176-26-4

© Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

Maj 2008

## Indholdsfortegnelse

Afsluttende statusrapporter .....	5
Lægerne Holm & Arnfred .....	7
Lægerne Orloff og Rasmussen.....	19
Lægerne Skt. Olufsgade .....	31
Lægerne i Solbjerg .....	41
Lægerne i Risvangen .....	49
Lægerne i Silkeborg .....	55
Lægerne Nordre Strandvej .....	61
Lægerne Bøsbrovej .....	67
Læge Nikolaj Evaldsen .....	73
Lægerne Rådhuspladsen .....	79



## Afsluttende statusrapporter

Projekt "Styr på diabetes type 2" er afviklet i perioden januar 2007 til december 2007. Efter den aktive projektperiode blev afsluttet, har hvert deltagende team udarbejdet en selvevaluering i form af en afsluttende statusrapport. Formålet med statusrapporten er at samle hvert enkelt teams lokale resultater og proceserfaringer fra hele projektperioden. Hovedtrækkene fra statusrapporterne indgår som en del af den samlede evaluering, for at give et nuanceret billede af, hvordan der lokalt har været arbejdet i projektet. Et andet formål er at informere andre almene praksisser om deltagernes opnåede resultater og erfaringer og derigennem medvirke til en fortsat udvikling og forbedring af indsatsen overfor mennesker med diabetes type 2.

## Læsevejledning til slutrapporter

Projektsekretariat har udarbejdet en skabelon for rapporten, således at alle team melder tilbage vedrørende de samme emner. Det må understreges, at formålet med slutrapporten ikke er, at teamene skal sammenlignes på tværs af hinanden, da teamenes lokale resultatmål er forskellige og teamenes projektarbejde har haft forskellige rammer og vilkår. I slutrapporten er der fokus på teamets egen udvikling i løbet af projektperioden, da ingen team har haft nøjagtig samme proces i projektet.

De overordnede spørgsmål, der søges besvaret i slutrapporten, er:

- Hvorvidt teamet har nået deres lokale resultatmål
- Hvilke forandringstiltag er afprøvet og implementeret
- Hvilke væsentlige erfaringer har teamdeltagerne gjort sig i løbet af projektperioden i forhold til at arbejde med gennembrudsmetoden
- Hvad er planen for det videre arbejde

I det følgende gennemgås kort de emner, der belyses i den afsluttende rapport:

## Informationer om teamet

Beskrivelse af teammedlemmer og kontaktinformation.

## Resume af resultater

Hvert team beskriver kort deres resultater.

## Lokale målsætninger og lokale mål

For at sikre den røde tråd i forandringsarbejdet er der i gennembrudsprojektet en målsætning om, at teamene udarbejder en række forskellige mål og målinger. For det første skal hvert team formulere deres egen lokale målsætning for deltagelse i projektet ud fra projektets overordnede målsætninger. Den lokale målsætning er gennemgående for hele projektperioden og skal i dette projekt relatere sig til det overordnede formål for projektet; at forbedre indsatsen overfor patienter med diabetes type 2. For det andet skal hvert team ud fra deres lokale målsætning formulere 2-4 resultatmål, som er gennemgående for hele projektperioden. Resultatmål er formuleret i numeriske værdier og måles løbende igennem projektperioden. For det tredje skal hvert team formulere mellem 2-5 procesmål, der tænkes at være skridt på vejen til at opnå de lokale resultatmål. Procesmålene kan ændre sig i løbet af projektperioden.

## **Resultater, målinger og dokumentation**

I statusrapporten præsenterer teamene resultaterne i tekstform og via grafer og tabeller, billeder eller vha. andre typer dokumentation vises de overordnede resultater af arbejdet med mennesker med diabetes type 2. De anvendte dokumentationsredskaber beskrives og forklares, ligesom det forklares, hvordan målingerne er gennemført. Det er forskelligt, hvad teamene har fokuseret på, hvorfor der kan være forskel på hvilke grafer og målinger, som indgår i de enkelte rapporter.

## **Afprøvede/implementerede forandringer**

Hvert team beskriver de mest succesfulde forandringstiltag, der er gennemført eller implementeret i projektperioden og uddyber de(t) forandringstiltag, der har haft den største effekt på kvaliteten af behandlingen af diabetes type 2.

## **Med patientens øjne**

Hvert team har mulighed for at beskrive eller kommentere patienternes reaktion på den forbedrede eller fokuserede indsats på diabetes type 2.

## **Vigtigste læring i forhold til type 2 diabetes**

Hvert team beskriver hvilke oplevelser, erfaringer eller forandringstiltag, der har været de vigtigste "øjenåbnere" i forhold til at forbedre indsatsen overfor mennesker med diabetes.

## **Kommentarer til procesarbejdet**

I rapporten beskriver hvert team rammer og vilkår for teamets arbejde i projektperioden mht. organisationen, personale og ressourcer.

## **Erfaringer med gennembrudsmetoden**

Hvert team giver en beskrivelse af deres samlede erfaringer med at arbejde efter gennembrudsmetoden. Det beskrives hvad der har været mest givende, og hvad der har været det sværeste ved at arbejde med metoden.

## **Det videre arbejde**

Som afslutning på hver rapport beskriver teamene, hvilke planer der er lagt for det videre kvalitetsudviklingsarbejde. Såfremt der ikke foreligger konkrete planer, beskriver teamet, hvilke ønsker de har til det fremtidige arbejde.

# Lægerne Holm & Arnfred





## Afsluttende statusrapport i projekt Styr på diabetes 2

<b>Team</b>	<p>Lægerne Holm &amp; Arnfred Kystcentret Skæring Strandvej 3 8250 Egå Tlf. 86 22 21 60</p> <p><a href="mailto:marthin.holm@dadlnet.dk">marthin.holm@dadlnet.dk</a></p>
<b>Teammedlemmer</b>	<p>Praktiserende læge Marthin Holm, <a href="mailto:marthin.holm@dadlnet.dk">marthin.holm@dadlnet.dk</a></p> <p>Lægeseekretær Susanne Hagelskjær</p>
<b>Beskrivelse af almen praksis og patientgruppe</b>	<p>Praksis er en 2-mands kompagniskabspraksis med knapt 2.800 tilmeldte patienter. Marthin Holm (MH) købte praksis i 1990, som da var en solopraksis med 1.300 patienter. Pga. tilvækst i patientantallet blev Inger Arnfred(IA) optaget som kompagnon i 1994. Der er ansat en sekretær 27 timer per uge samt det meste af tiden en uddannelseslæge. Der er ikke lokalemæssigt plads til flere ansatte i det nuværende lokale, men fra 1.6.2008 flytter vi i nyt lægehus sammen med en anden praksis, og her planlægger vi at ansætte en-to sygeplejersker. Praksis er beliggende i lille center i udkanten af Århus. Patientgrundlaget er mht. alder repræsentativt for befolkningens sammensætning. Socialt er patienterne gennemgående velstillede.</p> <p>Februar 2007 var der i alt 88 diabetespatienter tilmeldt praksis, der mht. type og kontrol fordeler sig som følger: T2D der kontrolleres i praksis: 68 (i projektperioden er en af dem fraflyttet). T2D der kontrolleres i diabetesambulatorium: 11 T1D, hvor 6 af 7 kontrolleres i diabetes ambulatorium, den ene i vores praksis efter eget valg. Der er desuden 2 patienter med T2D, der ikke vil gå til kontrol hverken i praksis eller på diabetambulatorium.</p> <p>Siden februar 2007 frem til 1.12.2007 er der sket følgende ændringer: En T2D patient, der gik til kontrol i praksis er fraflyttet. Der er tilkommet 10 T2D patienter, der kontrolleres i praksis, to der kontrolleres i diabetesambulatorium og en T1D der kontrolleres i diabetambulatorium. De 7 af de nye T2D patienter er nydiagnosticerede, de øvrige er nytilmeldte i praksis med kendt diabetesdiagnose.</p> <p>Diabeteskontrollerne foretages udelukkende af lægerne. Blodprøver tages overvejende af lægerne, dog tager sekretæren en gang per uge blodprøver. Enkelte patienter får blodprøver taget på bylaboratoriet.</p>

## Resumé af resultater

1. Alle diabetespatienter er registreret ved diagnosekodning (T90 efter ICPC klassifikationen).
2. Gennem projektperioden er der sket en stigning i måling af HgBA1c, så 95 % af patienter har fået målt dette inden for det seneste år. Ultimo i projektperioden ligger HgBA1c inden for området 5,0-9,3 med en medianværdi på 6,6. 6 % af patienterne ligger  $\geq 8$  %, 20 % ligger i intervallet  $\geq 7 - 8$ , samlet 26 % ligger  $\geq 7$  og altså 74 % ligger  $< 7$ , 43 % ligger  $< 6,5$ .
3. I projektperioden har 50 % flere af patienterne nået behandlingsmålet for kolesteroltallet. Kolesterol-tallet for patienterne ligger inden for spændvidden 2,6-6,0 mmol/l med en median på 4.0. Der er 69 % der når behandlingsmåles med kolesterol  $< 4.5$ . 25 % af de, der ikke nåede behandlingsmålet, var ikke i statinbehandling.
4. Behandlingsmålet for LDL-kolesterol var opfyldt for 71 % af patienter (LDL-kolesterol  $< 2,5$ ), spændvidden var 0,9-3,8 mmol/l og medianværdien på 2.1.
5. Der var kun 43 % af patienterne, der nåede behandlingsmålet for det systoliske blodtryk og 52 - 83 % der nåede det mht. det diastoliske blodtryk.
6. Gennem projektperioden er der sket en kraftig stigning i undersøgelse for mikroalbuminuri. Denne undersøgelse er nu udført hos 84 % af patienterne. Blandt de patienter, der var undersøgt, er der påvist mikroalbuminuri hos 14 %.
7. Andelen af patienter, der opnår den kombinerede standard med "HgBA1c målt inden for 6 måneder, kolesterol og urin-albumin/creatinin-ratio målt inden for 12 måneder", er øget fra knapt 30 % til knapt 70 %.
8. Godt 2/3 af patienter har været til øjenlægekontrol i projektperioden.

## Lokal målsætning og lokale mål

Vores overordnede målsætning er at gennemføre kontrol af T2D patienter iht. DSAMs diabetesvejledning, hvilket indebærer:

- a. Registrering af alle T2D patienter med diagnosekodning T90 og lister, der viser, hvilke patienter vi kontrollerer, og hvilke der kontrolleres i diabetesambulatorier
- b. Journalføre behandlingsmål og begrunde afvigelse fra ideelle behandlingsmål
- c. Sætte reminder med tidspunkt for årskontrol

Et andet væsentligt mål var snarest muligt at blive tilmeldt diabetes forløbsydelsen, hvilket er sket i efteråret 2007.

### Resultatmål 1:

*At forbedre den glykæmiske kontrol hos dysregulerede T2D patienter ( $HgbA1c \geq 7$ ) med mindst 0,5 % i snit.*

De tilhørende procesmål var, at:

- indkalde dem til kontrol
- og iværksætte tiltag sammen med patienterne (fx skærpet diæt, henvisning til diætist, mere motion, intensivere medicinsk behandling herunder opstart på insulin).

### Resultatmål 2:

*At forbedre lipidstatus hos T2D patienter (kolesterol  $\geq 4,5$  og LDL-kolesterol  $\geq 2,5$ ), så 95 % når behandlingsmålet.*

De tilhørende procesmål var, at:

- Identificere T2D patienter der ikke har opnået behandlingsmålet.
- kontakte patienterne og indkalde dem til kontrol.
- gennemgå deres medicinske behandling.
- og a: iværksætte statinbehandling hos ubehandlede, b: øge simvastatindosis hos de der ikke i forvejen får simvastatin 40 mg, c: ændre behandling til rosuvastatin 10 mg eller atorvastatin 40 mg hos patienter, der ikke opnår målet med simvastatin 40 mg og d: øge dosis af denne behandling, hvis behandlingsmålet ikke er opfyldt på dette statin.

**Resultatmål 3:**

*At forbedre blodtryksbehandlingen hos T2D patienter (systolisk blodtryk  $\leq 130$ ), så 67 % når behandlingsmålet.*

De tilhørende procesmål var, at:

- Identificere T2D patienter der ikke har opnået behandlingsmålet.
- Gennemgå journal/medicinkort hos patienter der ikke opfylder målet og lægge plan for intensiveret antihypertensiv behandling.
- Indkalde patienter og iværksætte den intensiverede behandling.

**Resultatmål 4:**

*Skærpe indsatsen på mikroalbuminuri.*

De tilhørende procesmål var, at:

- Journalgennemgang med identifikation af patienter, der ikke er undersøgt eller undersøgt, hvor resultatet har vist, at der var mikroalbuminuri (mindst 2 gange).
- Indkaldelse til urinprøve eller sikring af opfølgning ved rutinekontrol.

Som det 5. mål ville vi sikre, at alle patienter gik til regelmæssig øjelægekontrol. Dette fik vi ikke sat op som resultat- og procesmål, men det blev alligevel gennemført via en PDSA-test.

### **Resultater, målinger og dokumentation**

**Ad resultatmål 1:**

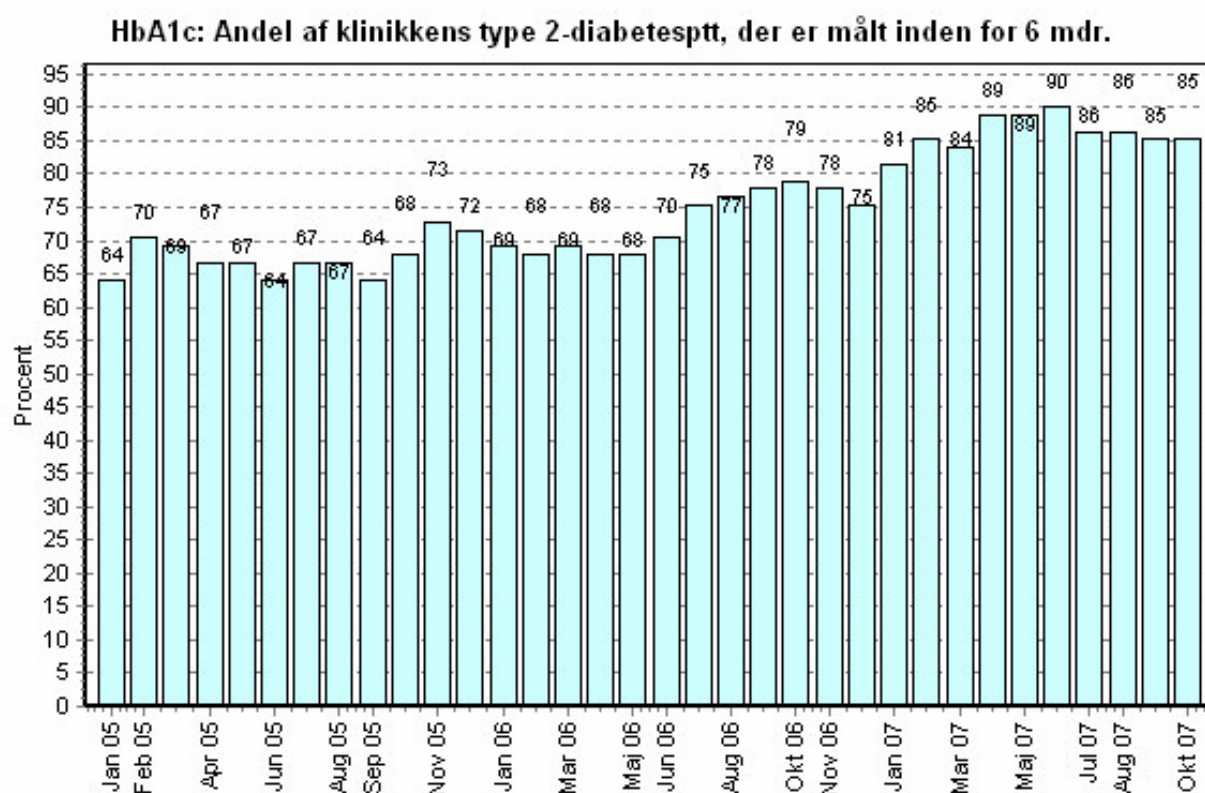
*At forbedre den glykæmiske kontrol hos dysregulerede T2D patienter ( $HgbA1c \geq 7$ ) med mindst 0,5 % i snit.*

De tilhørende procesmål var at identificere patienterne, hvilket er gjort for alle patienterne. Vi har diagnosekodet alle journalnotater siden ultimo 2000, og derfor har vi 100 % registrering af diabetespatienterne. Derefter har vi som tidligere beskrevet opdelt dem efter, om vi eller diabetesambulatoriet har kontrolleret dem.

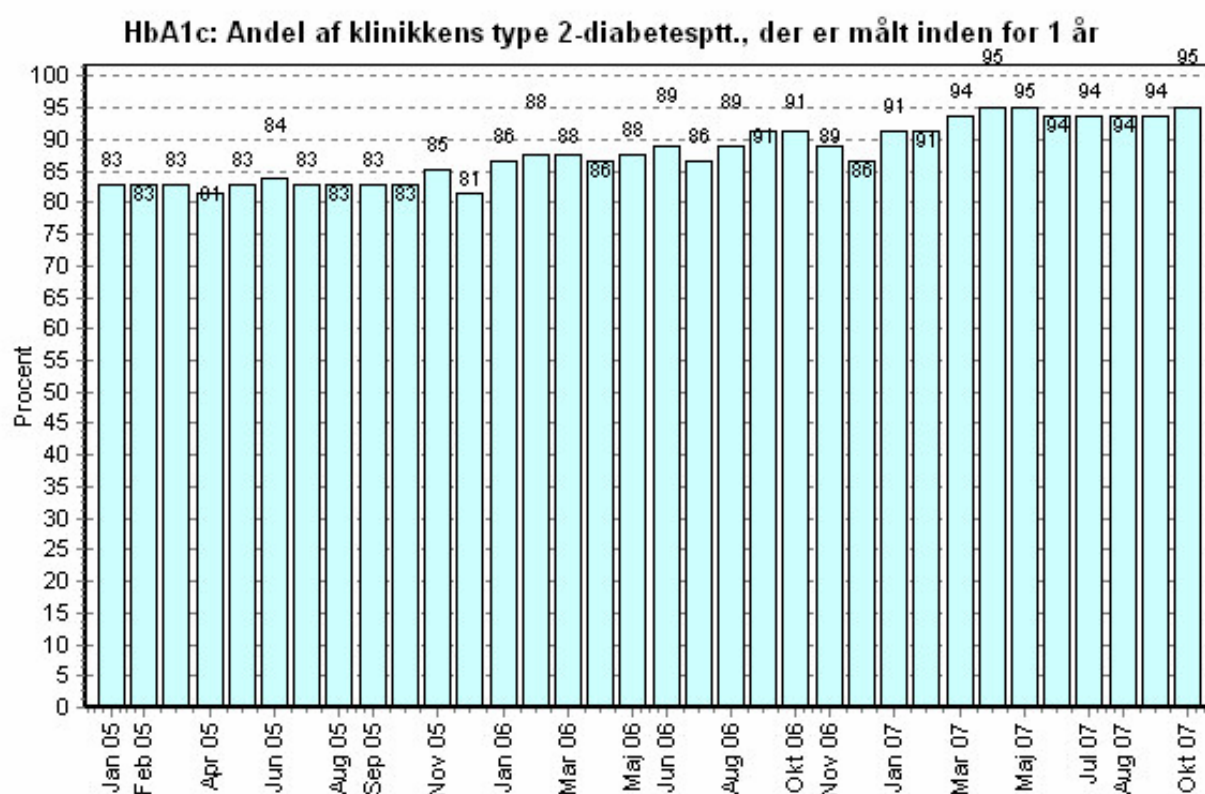
HgbA1c-værdierne på vores patienter ligger ultimo projektperioden inden for 5,0-9,3, medianværdi 6,6. 6 % ligger  $\geq 8$  %, 20 % ligger i intervallet  $\geq 7$ -8, samlet 26 % ligger  $\geq 7$ , og altså 74 % ligger  $< 7$ , 43 % ligger  $< 6,5$ .

Figur 1 og 2 viser, at der over tid har været en stigende andel af patienter, der har fået målt HgBA1c over henholdsvis de seneste 6 måneder og det seneste år. Stigning er specielt sket tidligt i projektperioden. Omkring 95 % af patienter har fået målt HgBA1c det seneste år.

Figur 1.



Figur 2.



Blandt de 23 patienter med HgBA1c  $\geq 7$  i 2006, og som stadig var tilmeldt praksis, skete der i løbet af 2007 følgende udvikling: For de 19 af patienterne faldt HgBA1c, heraf for de 12 til  $< 7.0$ . For de patienter, som kom under 7 var det mediane fald 1.4 % med en medianværdi for HgBA1c på 6.3 %. For de 7, hvor det faldt, men ikke kom under 7, var det mediane fald 0,6 % og den mediane HgBA1c 7,2 %. For de fire patienter, der steg i værdi, var den mediane stigning på 1.6 % med en medianværdi på 8.7 %.

Det er således muligt overordnet set at opnå en bedre glucæmisk kontrol hos dårligt regulerede patienter. Det kræver en tæt dialog mellem patient og lægen for at motivere patienten, og på sigt lykkes det hos flertallet af patienter. Mange års erfaring viser, at der fra lægens side skal vises tålmodighed, så patienterne ikke opgiver behandlingsalliancen. På sigt indser de fleste T2D patienter, at det er i deres egen interesse at ændre livsstil og indtage den ordinerede medicin for at bedre deres velbefindende her og nu og på sigt udskyde eller eliminere indtræden af diabetiske senkomplikationer.

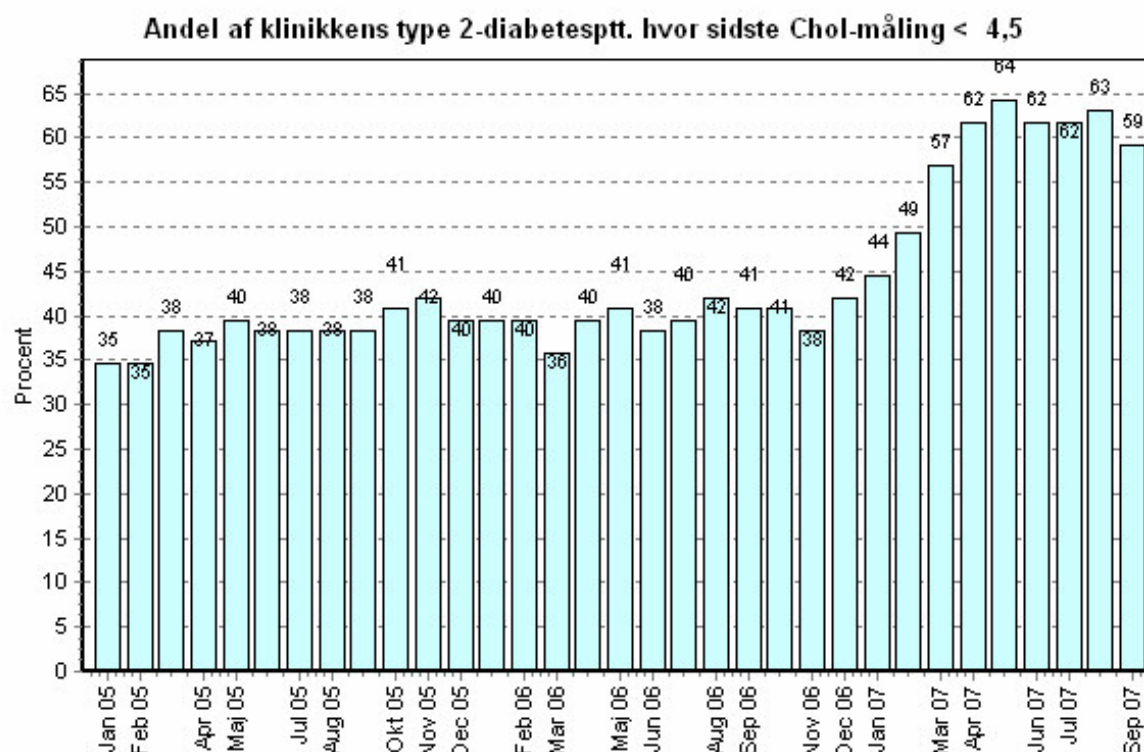
#### Ad resultatmål 2:

*At forbedre lipidstatus hos T2D patienter (kolesterol  $\geq 4,5$  og LDL-kolesterol  $\geq 2.5$ ), så 95 % når behandlingsmålet.*

Figur 3 viser at der er en stigning på omkring 50 % af patienter med T2D, der når behandlingsmålet med et kolesterol  $< 4,5$  i projektperioden. Stigningen er fra ca. 40 til ca. 60 %. Resultatet ligger noget fra det mål, vi har sat os med, at 95 % skulle nå behandlingsmålet.

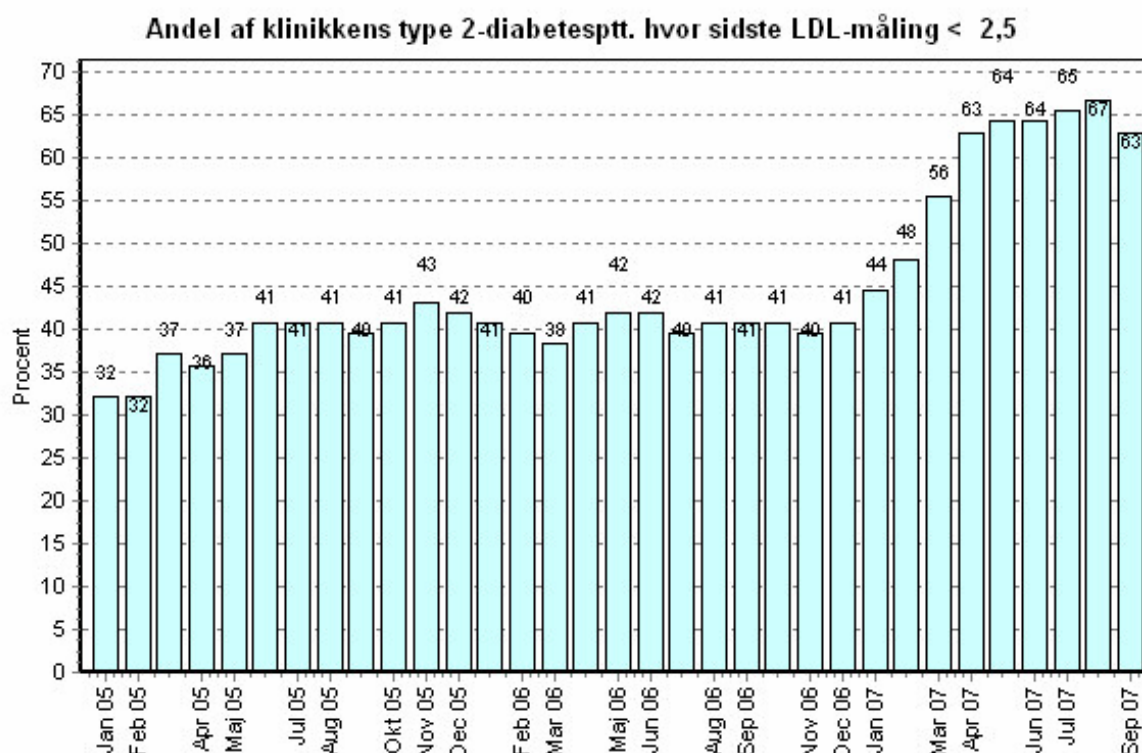
Vi har opgjort tallene ud fra de målinger, der er registreret i vores lægesystem, og det viser følgende: Spændvidde 2,6-6,0, median 4.0. Der er 69 %, der når behandlingsmålet med kolesterol  $< 4.5$ . 25 % af de, der ikke nåede behandlingsmålet, var IKKE i statinbehandling af følgende grunde: Patient med myastenia gravid opstået samtidigt med opstart på statinbehandling, så patienten ikke tør prøve det igen; knapt 90-årig patient, hvor vi har skønnet at patienten var for gammel til at nå at få gavn af det, knapt 80-årig plejehjembeboer med hemiparese efter apopleksi for 4 år siden; knapt 80-årig patient med nyrsecancer. Blandt dem, der ikke opfyldte behandlingsmålet, var der 5 %, hvor statinbehandling burde iværksættes, og om det skulle ske for nogle af de ovennævnte patienter, kan diskuteres. Blandt patienter, der opfylder behandlingsmålet, er der 11 %, der ikke er i statinbehandling.

Figur 3.



Figur 4 viser samme billede som figur 3, blot mht. LDL-kolesterol. Udskrift fra patientstatistik i lægesystemet viser at 71 % af patienter opfylder behandlingsmålet med LDL-kolesterol  $< 2,5$ , spændvidde 0,9-3,8 og median på 2.1 mmol/l.

Figur 4.



#### Ad resultatmål 3:

At forbedre blodtryksbehandlingen hos T2D patienter (systolisk blodtryk  $\leq 130$ ), så 67 % når behandlingsmålet.

Data om blodtrykket er opgjort ud fra data i vores journal. Det er kendt, at det er svært at nå behandlingsmålet for blodtrykket, specielt for det systoliske blodtryk.

Data om systolisk blodtryk: Spændvidde 95-180, median 132. Kun 43 % af patienterne når målet for systolisk blodtryk under 130. Der er ikke her differentieret imellem om hvorvidt målet er 130 eller 120, så andelen der når behandlingsmål er under de 43 %.

Resultatet ligger således langt fra det opsatte mål om at 2/3 af patienterne skulle nå behandlingsmålet.

Mht. det diastoliske blodtryk, så var spændvidden 55-93, median 75, 51 % når behandlingsmålet på  $< 80$  og 83 % har et diastolisk blodtryk  $\leq 80$ .

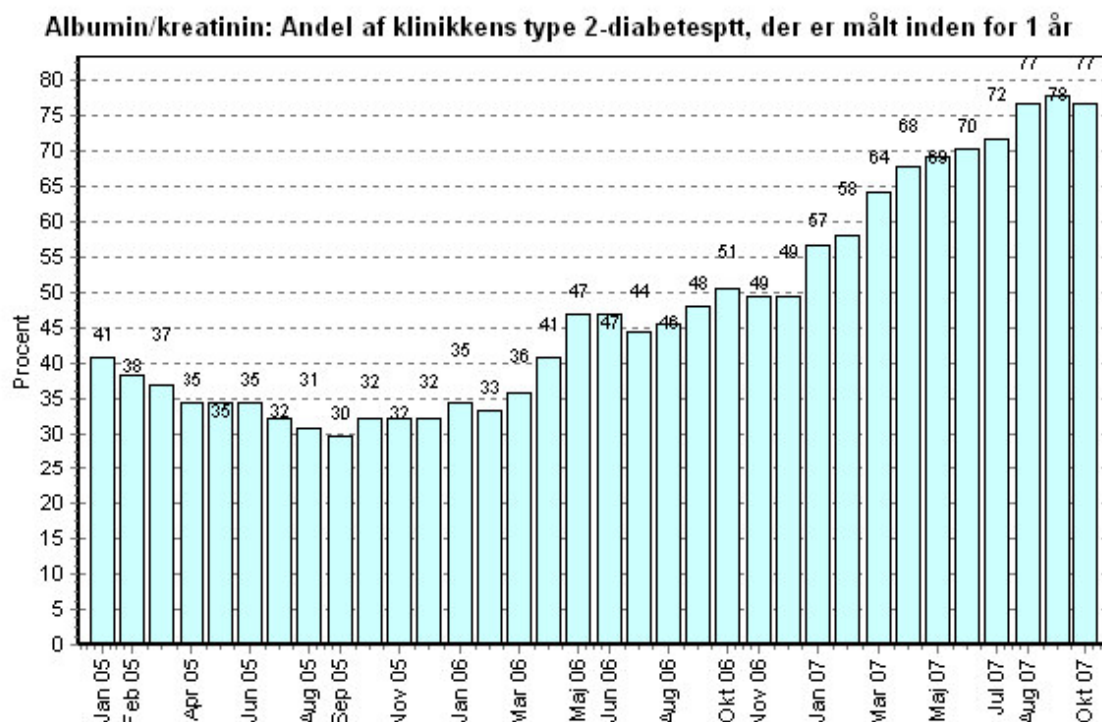
#### Ad resultatmål 4 - skærpe indsatsen på mikroalbuminuri:

Resultaterne for denne indsats vurderes dels ud fra en manuel gennemgang af laboratorieskemaet hos diabetespatienterne, der er med i projektet, dels ud fra grafer som projektsekretariatet leverer.

Vores egen gennemgang af laboratorieskemaet hos de enkelte diabetespatienter viser at der er undersøgt for mikroalbuminuri hos 84 % af patienterne. Blandt de patienter der var undersøgt er der påvist mikroalbuminuri hos 14 %.

Figur 5 viser, at der har været en markant øgning i andelen af T2D patienter, der det seneste år har fået foretaget en undersøgelse for mikroalbuminuri. Over de seneste to år er andelen steget fra 32 til 48 og senest til 77 %. Øgning i denne aktivitet er den mest markante ændring der er sket i projektperioden. Der er dog stadig plads til forbedringer ved at gennemgå listerne for at få de med, der ikke er undersøgt og for at sikre, at de der har fået påvist mikroalbuminuri får en optimal antihypertensiv behandling for at minimere progressionen af deres nyreskade. Øgningen i brug af denne undersøgelse er begyndt inden projektet som følge af, man taler om at mikroalbuminuri er en selvstændig risikofaktor for kardiovaskulær sygdom hos hypertensive. En væsentlig grund til at øgningen i projektperioden er, at prøven indgår som en del af laboratorieprofilen "diabetes årsprøve", hvor der med en enkelt afkrydsning i WebReq bestilles en række laborieprøver.

Figur 5.



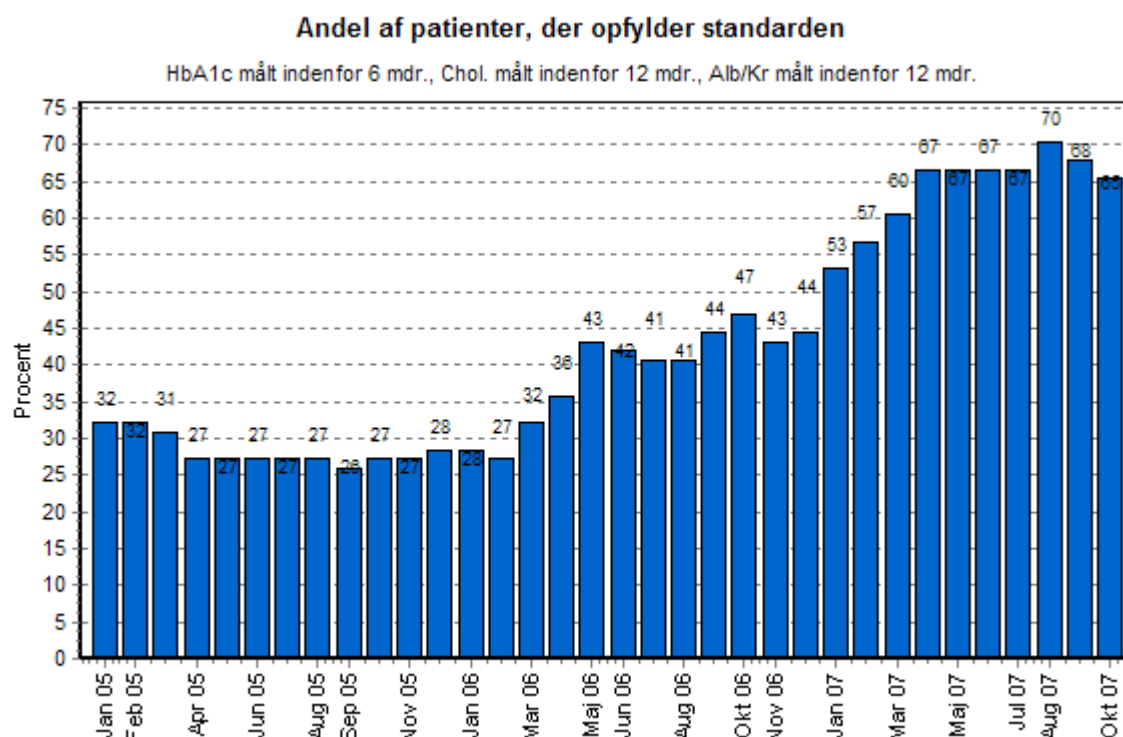
Som det 5. mål ville vi sikre, at alle patienter gik til regelmæssig øjenlægekontrol. Dette fik vi ikke sat op som resultat- og procesmål, men det blev alligevel gennemført via en PDSA-test.

Journalgennemgangen viser at 68 % har været hos øjenlæge inden for de seneste 15 måneder. Resultat med at kun godt 2/3 har været hos øjenlæge kan virke nedslående, men antallet der går til øjenlægekontrol er reelt noget højere af følgende grunde: Der er lang ventetid hos øjenlægerne, og der er flere af dem, der ikke har været til undersøgelse, der venter på at komme til. Endvidere er der også flere der går til øjenlægekontrol, men som har længere tidsintervaller mellem undersøgelserne, bl.a. de patienter som er fundet igennem Addition projektet, som vi tidligere har deltaget i, hvor de via diabetesambulatoriet på Århus Sygehus kontrolleres på øjenafdelingen på Århus Sygehus. Endeligt kan der være problemer med at vi ikke modtager udskrivningskort fra øjenafdelingen og de praktiserende speciallæger.

Når man ser på andelen af patienter, der opnår den kombinerede standard med "HbA1c målt inden for 6 måneder, kolesterol og urin-albumin/creatinin-ratio målt inden for 12 måneder", så er der sket en markant stigning som vist i Figur 6. I efteråret 2005 var denne standard kun opfyldt for 27-28 %. I efteråret 2006, hvor vi begyndte at tænke på at projektet skulle køre det efterfølgende år, var der sket en øgning til omkring 45 %. I selve projektperioden det kombinerede mål opfyldt hos knapt 70 %.

Hvis tidsintervallerne øges så det kombinerede mål sættes til "HbA1c målt inden for 8 måneder (i stedet for 6), kolesterol og urin-albumin/creatinin-ratio målt inden for 15 måneder (i stedet for 12)", så er målet nået for knapt 80 % af patienterne.

Figur 6.



### Afprøvede / implementerede forandringer

Det mest succesfulde forandringstiltag har været skærpet opmærksomhed på undersøgelse for mikroalbuminuri, hvor der over de seneste 2 år er sket mere end en fordobling i aktiviteten. Med hensyn til at opnå behandlingsmålet for total- og LDL kolesterol er der sket en øgning i opnåelse af behandlingsmålet med 50 %.

Med hensyn til hvilket forandringstiltag, der har haft størst indflydelse på kvaliteten, så er det vanskeligt at fremhæve et tiltag frem for et andet. Målet for vores diabetesbehandling er, at patienterne skal være symptomfri og at morbiditet og mortalitet i videst muligt omfang skal forebygges. Mht. mortalitet, så er prioritering efter vigtighed nedsættelse af kolesterol, dernæst af det systoliske blodtryk og endeligt HgBA1c. Vi mangler data om det absolutte omfang af forbedringer af de tre parameter, men der ingen tvivl om at der er øget fokus og forbedringer på alle tre parametre.

De forandringstiltag der er gennemført i projektperioden omfatter struktur i konsultationerne ved såvel rutine- som årskontrol med indførelse af;

- opstilling af individuelle behandlingsmål (BT, kolesterol, HgBA1c, vægt)
- drøftelse af diæt, motion og rygning ved alle konsultationerne
- gennemføre årskontroller efter DSAMs vejledning, der ud over ovennævnte også omfatter nogle af de forandringstiltag der er gennemført som sikring af øjenlægeundersøgelse, undersøgelse af mikroalbuminuri m.v.
- blodprøverne tages i "pakker", dvs. kombination af prøver, så det hele kommer med
- blodprøver tilstræbes taget inden kontrollerne så der er konkrete resultater at forholde sig til
- på sekretærplan er der indført skærpet opmærksomhed ved patienternes medicinbestilling, så planlagte rutine- og årskontroller ikke glemmes, ligesom patienterne får en ny tid til kontrol inden de forlader klinikken.

Vi mener ikke at der er sket spredning til andre praksis, men det vil givet ske i forbindelse med, at vores praksis indgår i en nyetableret samarbejdspraksis fra maj 2008.

Med patientens øjne
<p>Der er interviewet to patienter fra vores praksis om deres syn på projektet og deres sygdom. Der er gennemgående en positiv holdning til forandringerne. De erhvervsaktive klager dog noget over det med, at en kontrol kræver to kontakter, først skal der tages blodprøve, og når svaret så foreligger, så skal de til den egentlige konsultation hos lægen. Det afhjælpes til dels af, at patienten selv kan tage prøven for HgBA1c og indsende den til laboratoriet, hvis der ellers ikke er andre prøver, der skal tages til analyse på laboratoriet.</p> <p>Vi har ikke talt med patienterne om, hvorvidt projektet har været med til at øge patienternes opmærksomhed på deres sygdomssituation.</p>
Vigtigste læring i forhold til type 2 diabetes
<p>En af de vigtigste læringer i projektperioden er, at der skal være struktur i behandlingen: Der skal være styr på hvem der er diabetespatienter, check på om de kommer til de planlagte kontroller, struktur i kontrollerne, hvor man ved hjælp af checklister kommer hele vejen rundt. Forløbsydelsen for diabetes kommer som en helt naturlig forlængelse af nærværende projekt.</p>
Kommentarer til forbedringsarbejdet
<p>Ud over de to projektdeltagere består vores praksis af praktiserende læge Inger Arnfred og en uddannelseslæge, der udskiftes hvert halve år. I løbet af projektperioden har vi fået indført en ugentlig times konference, hvor de forskellige forandringstiltag i forbindelse med projektet er blevet diskuteret. På denne måde er de andre læger blevet informeret om de iværksatte tiltag og har integreret tiltagene i deres arbejde med T2D patienterne.</p> <p>I løbet af projektperioden er vores sekretær blevet oplært i blodprøvetagning, så hun en dag om ugen tager blodprøver om morgenen, herunder prøver på patienter med T2D. Sekretæren har gennemført journalgennemgang (fx har patienterne været til øjenlæge og fået foretaget undersøgelse for mikroalbuminuri) inden for den normale arbejdstid. MH har haft blokeret nogle timer, der normalt er besat med konsultationsarbejde, til udarbejdelse af statusrapporter mv.</p>
Erfaringer i at arbejde med Gennembrudsprojektets metoder
<p><i>(Forberedende arbejde, målformulering, læringsseminarer, forandringskatalog, PDSA-test, gennembrudsforum, målinger og grafer, vejledning fra projektsekretariatet)</i></p> <p>Det mest givende har været at lære om og anvende PDSA-test. Under projektet har vi lavet 7 PDSA-test, som alle har været med til at fremme forandringsprocessen. På gennembrudsforum har vi kunne læse om andre teams arbejde, ikke mindst PDSA-test. Vi har kunnet downloade andre gruppers materiale, og herigennem har vi ladet os inspirere.</p> <p>Ved læringsseminarer har vi hørt en række interessante indlæg samt arbejdet med målformulering. Det sværeste har været at gøre målformuleringerne så operationelle, at vi har kunnet måle på ændringerne.</p> <p>Siden har vi anvendt PDSA-test til andre forandringstiltag i klinikken vedr. andre problemstillinger end T2D.</p>
Det videre arbejde...
<p>I forbindelse med sammenflytning med en anden praksis i et nyt lægehus, samtidig med ansættelse af en sygeplejerske, forventer vi at kontrolarbejdet til dels vil overgå til sygeplejersken.</p> <p>Vi forventer at læger og sygeplejersker i de to praksis sammen skal udfærdige behandlingsinstrukser, der beskriver behandling/kontrol af en række kroniske sygdomme, ikke mindst T2D.</p> <p>Praksis har tilmeldt sig diabetes forløbsydelsen september 2007. Sammen med en fortsat opmærksomhed rettet mod</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• screening for T2D</li> <li>• fastsættelse af individuelle behandlingsmål for T2D patienter</li> <li>• en øget indsats over for dysregulerede T2D patienter</li> <li>• opfølgning på rapporter fra diabetes forløbsydelsen</li> <li>• og udarbejdelse af instruks i forbindelse med sammenflytning og ansættelse af sygeplejerske forventer vi som minimum at kunne opretholde og gerne forbedre behandlingsindsatsen over for T2D patienter.</li> </ul>



# Lægerne Orloff & Rasmussen





## Afsluttende statusrapport i projekt Styr på diabetes 2

<b>Team</b>	Lægerne Peter Orloff og Marianne Rasmussen, Park Alle 3, 2. th., 8000 Århus C Tlf. 86191900 og 86191611
<b>Teammedlemmer</b>	Sekretær Ellen Nielsen  Sygeplejerske Malene Guldhammer  Læge Peter Orloff  Læge Marianne Rasmussen
<b>Beskrivelse af almen praksis og patientgruppe</b>	<p>Vi er en samarbejdspraksis, dvs. vi er 2 solo praksisser, der deler lokaler og personale. Vi har hver vores patienter.</p> <p>Peter Orloff flyttede sin praksis til Park Alle 3, den 1. januar 2005. Før den tid var praksis beliggende på Banegårdspladsen. Peter Orloff overtog sin praksis i 1997. Der er ca. 1200 patienter i praksis.</p> <p>Marianne Rasmussen overtog sin praksis, beliggende i Park Alle 3, i 1998. Der er ca. 1600 patienter i praksis.</p> <p>Ved projektets start havde Peter Orloff i alt 44 diabetes patienter, heraf har 2 type 1. Der har i projektperioden været afgang af patienter, der er patienter, der bliver henvist til diabetes ambulatorium, og der er patienter, der kommer tilbage til praksis fra diabetes ambulatoriet. Derudover har der været dødsfald.</p> <p>Alle patienter er registreret i projektet.</p> <p>Forud for projektet har Peter Orloff deltaget i Addition i 2004.</p> <p>Addition projektet havde som formål at tilbyde screening for diabetes til alle patienter i praksis. PO deltog i den del i 2004, hvor blev der sendt breve ud til patienterne, hvorefter de selv skulle kontakte praksis for at blive undersøgt, hvis de var interesserede.</p> <p>Ved projektets start havde Marianne Rasmussen i alt 45 diabetes patienter, heraf har 3 type 1. Der har i projektperioden været afgang af patienter, der er patienter, der bliver henvist til diabetes ambulatorium, og der er patienter, der kommer tilbage til praksis fra diabetes ambulatoriet. Derudover har der været dødsfald.</p> <p>Alle patienter er registreret i projektet.</p> <p>Forud for projektet har Marianne Rasmussen deltaget i Addition i 2005. I Addition i 2005 deltog MR i den del af Addition, hvor patienterne blev tilbudt screening med et spørgeskema, som blev uddelt, når de kom i praksis – alle mellem 40 og 69 år. Hvis de scorede over en grænseværdi i point, blev de tilbudt måling af blodsukker og HbA1C med det samme, hvorefter der var opfølgning.</p> <p>Vi har haft personaleudskiftning i projektperioden, hvilket har påvirket vores forløb.</p>

## Resumé af resultater

Vi har opnået mere fokus på vores diabetespatienter. Der er kommet faste aftaler for kontroller, og faste rutiner for, hvad der foregår ved kontrollerne. Vi mener, vi altid har fulgt de anbefalede rekommandationer for kontrol og behandling, men der er sket forbedringer.

Der er kommet mere fokus på at tale med patienterne om behandlingsmålene.

Vi har ikke målt på alt, men der er forbedring i forhold til tidligere.

Der kan ikke alle steder ses de store forbedringer i vores grafer. Årsager er bl.a., at det tager tid, før det slår helt igennem. Graferne viser alle diabetespatienter både dem, der går i praksis, og dem der går i diabetes ambulatorium. Det vil typisk være de dårligt regulerede, der er henvist til diabetesambulatorium.

Vi har nogle "tunge" diabetes patienter, hvilket betyder, at det kræver et længerevarende pædagogisk arbejde, at opnå gode behandlingsresultater for den gruppe af ptt.

## Lokal målsætning og lokale mål

Forud for projektet opsatte vi følgende målsætninger, lokale resultatmål, procesmål og delmål.

Forudsætningerne var et oplæg fra projektledelsen og vores egne forventninger om, hvad der var realistisk.

### Lokal målsætning

Vores praksiser vil i projektperioden fra 11. januar 2007 til 31. august 2007 arbejde med at forbedre praksis omkring patienter med type 2 diabetes, så de får tilbudt undersøgelse, behandling, rådgivning og kontrol, der svarer til standarden.

Vi vil specielt have fokus på screening af patienter i højriskgruppen og nedbringelse af værdierne for HbA1c, kolesteroltal og BT.

### Lokale resultat mål

#### Resultatmål 1:

*70 % af patienterne med type 2 diabetes har en HbA1C  $\leq 7,0$ .*

#### Procesmål 1A

- At alle patienter med type 2 diabetes og HbA1c  $> 7,0$  indkaldes til rutinebesøg hver 3. måned.

#### Procesmål 1B

- At alle indkaldte patienter, der ikke møder op til rutinekontrol, ringes op inden en uge fra udeblivelse med henblik på at aftale en ny tid.

#### Procesmål 1C

At standarden vedrørende rutinebesøg og justering hos egen læge af patienter med type 2 diabetes følges.

#### Procesmål 1 D

- At alle patienter med type 2 diabetes kodes efter diagnosesystemet i journalen.

#### Resultatmål 2

*At 70 % af patienter med type 2 diabetes har BT  $\leq 130/80$ .*

#### Procesmål 2A

- Alle patienter med type 2 diabetes får målt BT ved hver undersøgelse.

#### Procesmål 2B

- At patienter med type 2 diabetes behandles for forhøjet BT efter de kliniske vejledninger.

#### Resultatmål 3

*At 70 % af patienter med type 2 diabetes har kolesteroltal  $\leq 4,5$ .*

#### Procesmål 3A

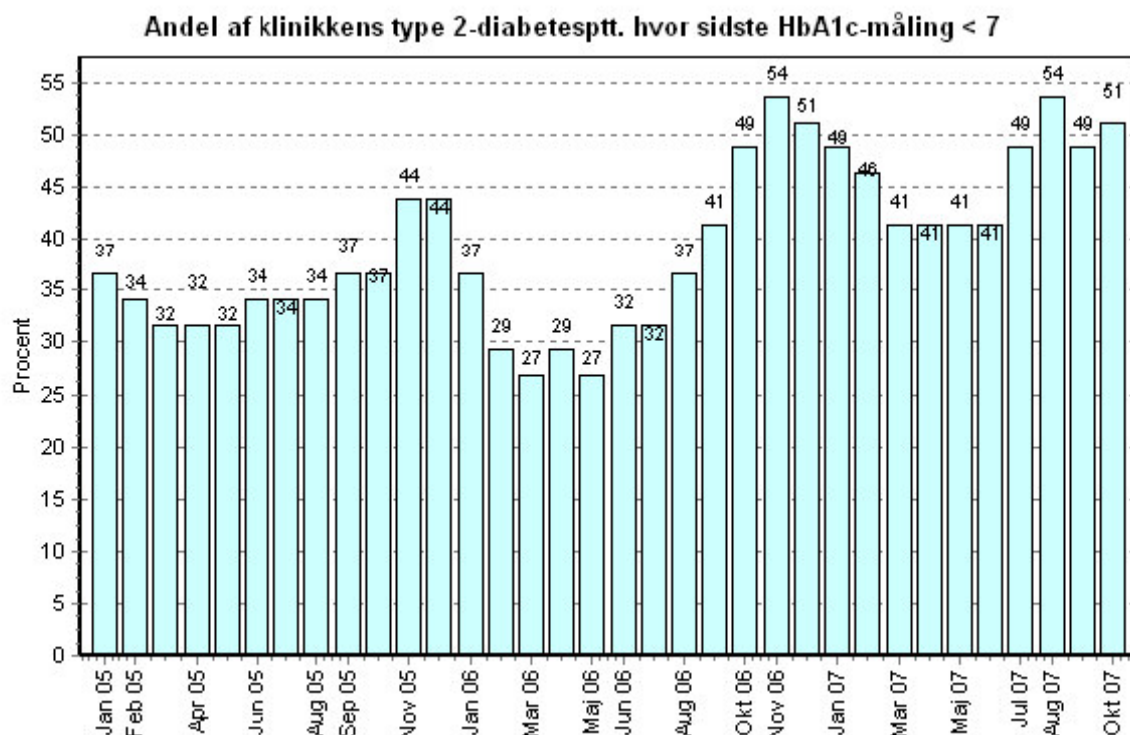
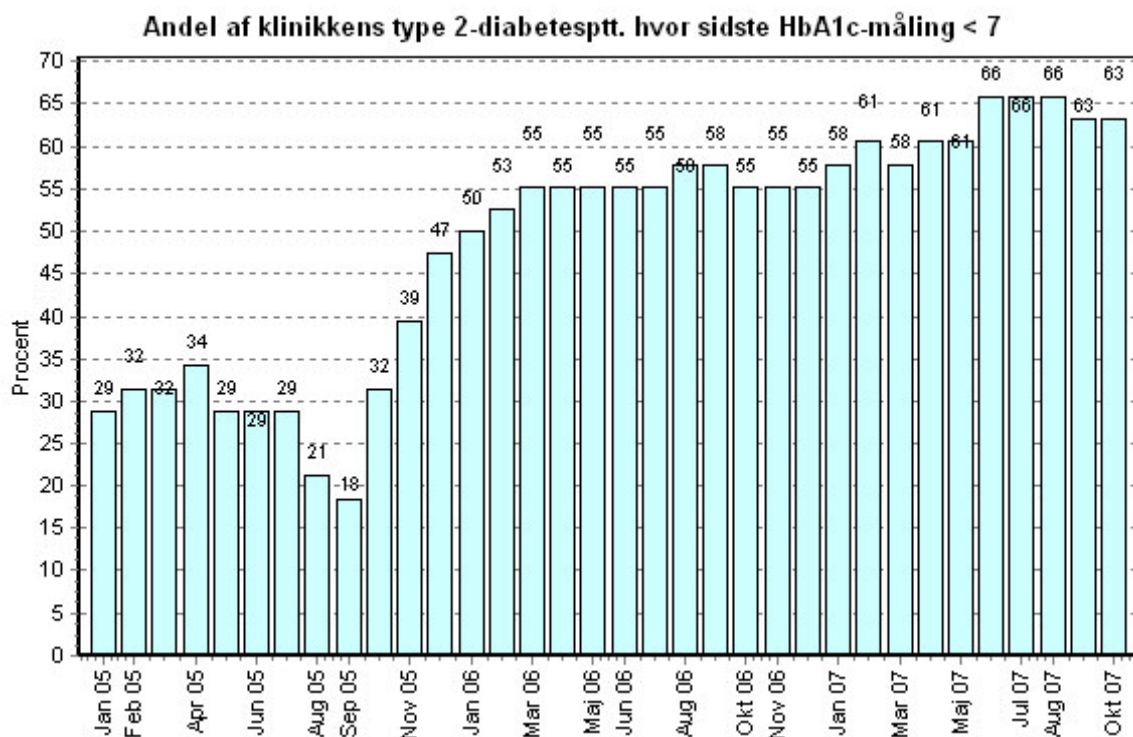
- At alle patienter med type 2 diabetes får målt kolesteroltal årligt.

## Resultater, målinger og dokumentation

### Resultatmål 1:

***70 % af patienterne med type 2 diabetes har en HbA1C  $\leq 7,0$***

De følgende tabeller vise "Andel af klinikkens type 2-diabetes ptt., hvor sidste HbA1c-måling  $< 7$  for ydernr. 067490 og 067385.



I tabellerne indgår samtlige diabetespatienter både type 1 og type 2, dvs. der indgår også de pt. der kontrolleres i diabetes ambulatorium.

Vi har lavet opgørelse pr. 24.10.07, hvoraf det fremgår, at:

PO: 12/17 svarende til 70 % af de pt. der aktuelt kontrolleres i praksis pr. 24.10.07 opfylder målet.

MR: 17/20 svarende til 85 % af de pt. der aktuelt kontrolleres i praksis pr. 24.10.07 opfylder målet.

#### Procesmål 1A

- At alle patienter med type 2 diabetes og HbA1c > 7,0 indkaldes til rutinebesøg hver 3. måned.

Vi har pr 24.10.07 opgjort antallet af pt. med HbA1c > 7,0, der ikke har været til kontrol. Dette har været muligt ud fra vores lister over diabetes patienter. Det er ikke alle der har været til kontrol. Der er ud fra patient populationen flere årsager til dette. Dels har det været ramadan, dels er der ptt., der ikke vil gå til kontrol eller kun kommer meget sjældent. Vi forsøger at nå dem ved at nævne det, hver gang der bestilles medicin eller ved anden kontakt til klinikken. Der er tale om i alt 7 patienter. Se desuden procesmål 1B.

#### Procesmål 1B

- At alle indkaldte patienter, der ikke møder op til rutinekontrol, ringes op inden en uge fra udeblivelse mhp at aftale en ny tid.

Vi har lavet PDSA test angående dette og implementeret rutine i en periode. Vi har registreret alle udeblivelser fra aftalte tider, de bliver så gennemgået til frokost. Her bliver der taget stilling til, hvem der skal kontaktes angående en ny tid.

På grund af personaleskift har der ikke været fulgt op på dette i nogle måneder. Det bliver indført igen snarest.

#### Procesmål 1C

- At standarden vedrørende rutinebesøg og justering hos egen læge af patienter med type 2 diabetes følges.

Vi har indført brug af "Din egen journal" udgivet af diabetes foreningen og DSAM. Dette skaber overblik over rutine undersøgelser og årskontroller mv.

#### Procesmål 1 D

- At alle patienter med type 2 diabetes kodes efter diagnosesystemet i journalen.

Vi har fundet alle type 2 ptt., og de er blevet kodet og bliver stadig kodet i forbindelse med kontrolbesøg.

#### Resultatmål 2:

*At 70 % af patienter med type 2 diabetes har BT ≤ 130/85*

Dette mål er ikke opfyldt. Der er flere årsager til dette. Én af årsagerne er svingende blodtryk fra gang til gang, hvor der ikke bliver foretaget ændringer i medicin, hver gang der er små udsving. Det er en kort registreringsperiode.

#### Procesmål 2A

- Alle patienter med type 2 diabetes får målt BT ved hver undersøgelse.

Ved gennemgang af resultater ses, at ikke alle har fået målt BT. Det kan skyldes, at vi glemmer at notere det, eller at vi glemmer at måle det. Der er desuden patienter, der får taget blodprøver i laboratoriet eller får taget via mobillaboratoriet, og derfor ikke kommer i klinikken så ofte.

På sigt ved opgørelse over længere tid, vil det vise sig, hvor stort tallet er.

#### Procesmål 2B

- At patienter med type 2 diabetes behandles for forhøjet BT efter de kliniske vejledninger.

Vi arbejder med at opfylde resultatmål 2.

#### Resultatmål 3:

*At 70 % af patienter med type 2 diabetes har cholesteroltal ≤ 4,5.*

Ved opgørelse pr. 24.10.07 er der følgende resultater for de patienter, der kontrolleres i praksis på dette tidspunkt.

PO: 8/17- svarende til 47 %

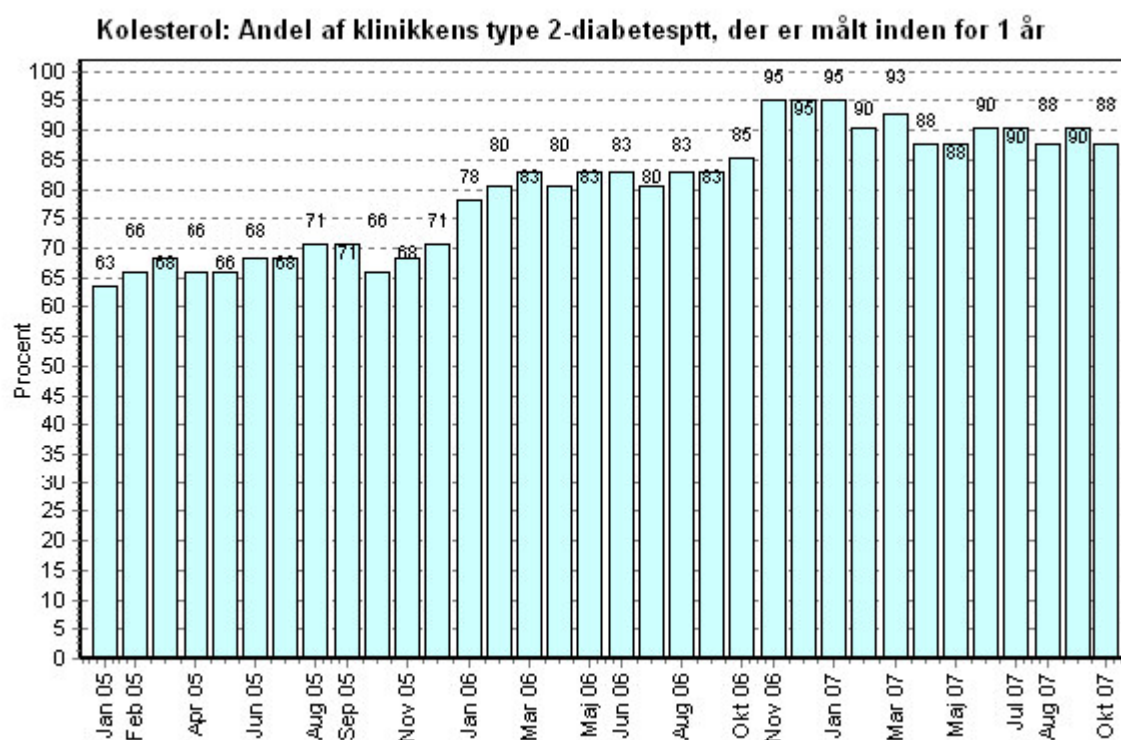
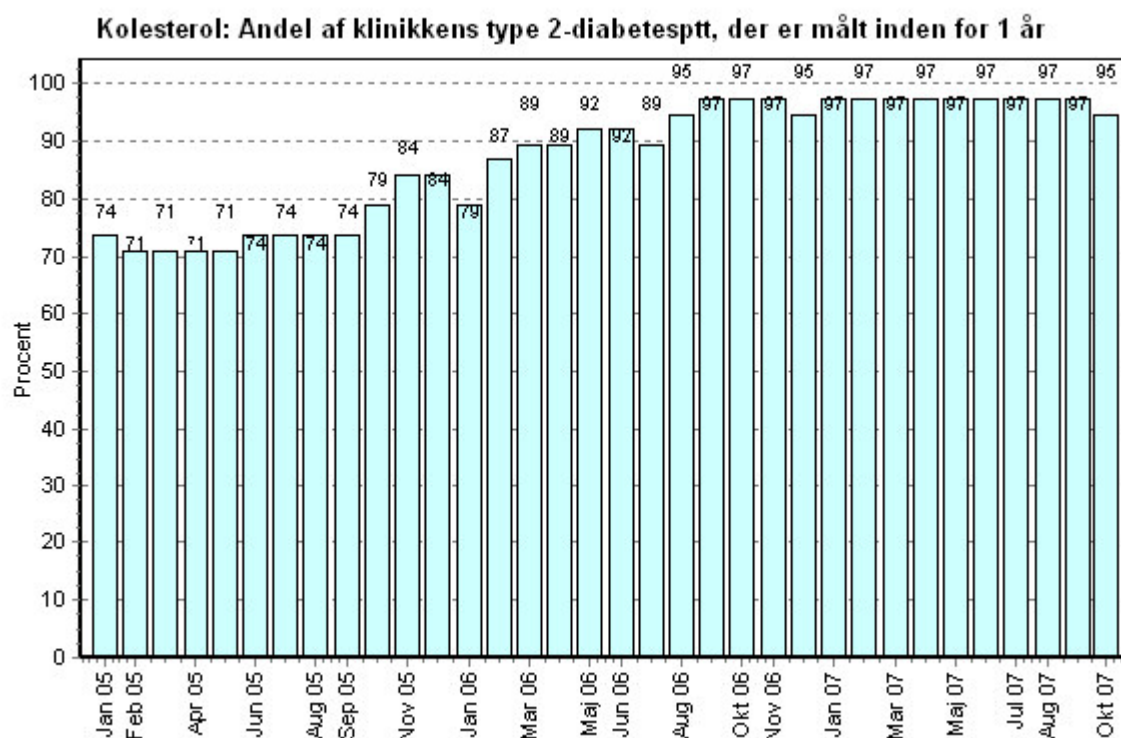
MR 20/20 – svarende til 100 %

Med hensyn til forskelligheden i tallene kan anføres, at der er stor forskel i gruppen af diabetes patienter. Mange af MRs type 2 diabetes patienter er fundet ved screeningen i Addition projektet, dvs. de er fundet på et tidligt tidspunkt i deres diabetes udvikling. Desuden er der forskel i vores patientpopulation med hensyn til mand/kvinde ratio, alder og herkomst.

#### Procesmål 3A

- At alle patienter med type 2 diabetes får målt cholesteroltal årligt

De følgende to tabeller viser andel af klinikkens type 2- diabetes ptt. Der er målt for kolesterol indenfor 1 år, for henholdsvis ydernr. 067490 og 067385.

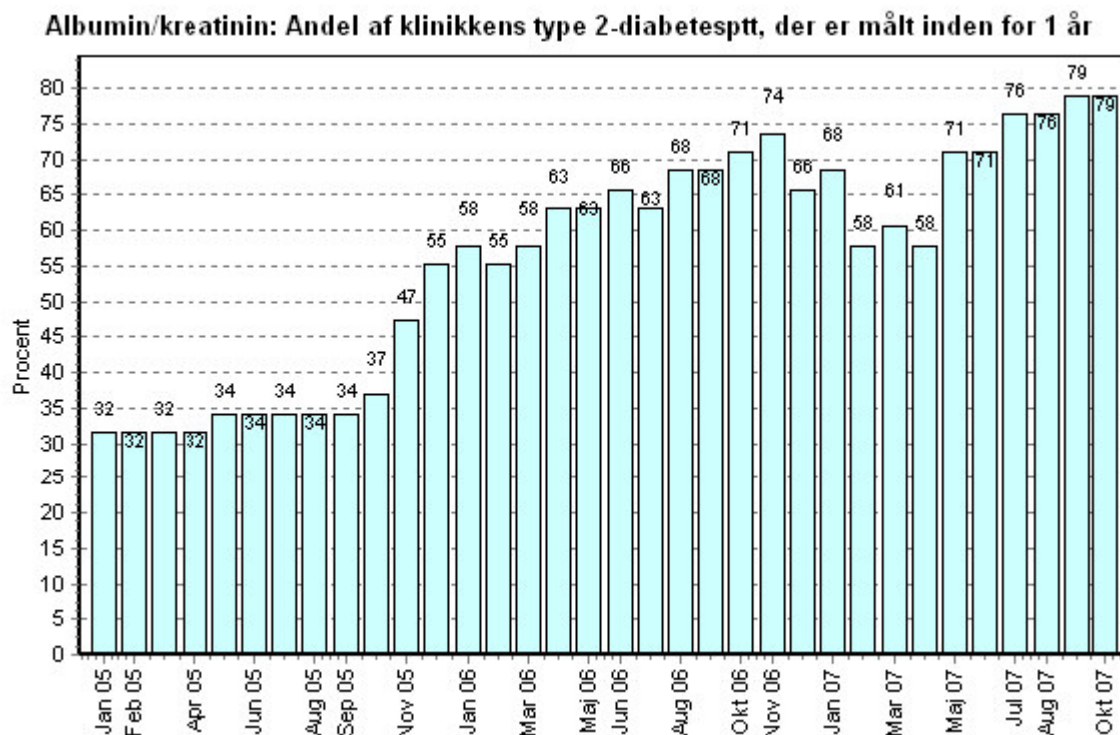


Vi har opgjort tallene for de patienter, der for tiden går til kontroller i praksis, og det drejer sig om 2 patienter for hver. Årsager hertil er de samme som anført under procesmål 1A.

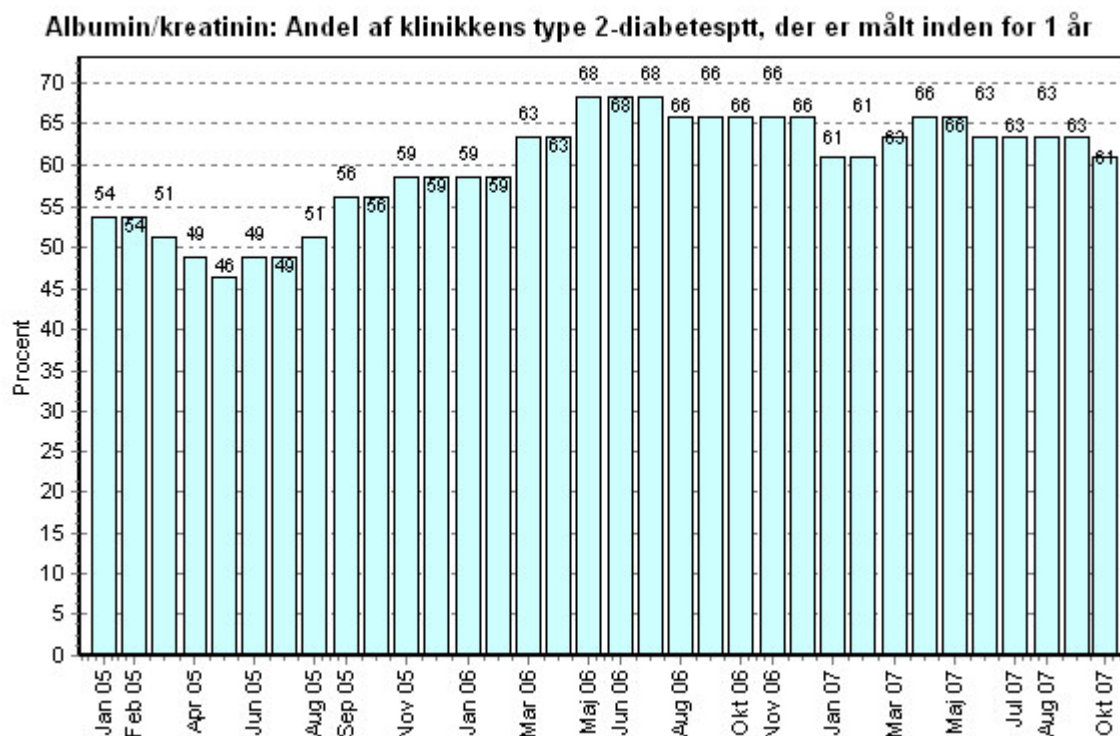
### Øvrige resultater:

Nedenfor vises tabeller for udviklingen i antal målinger for albumin/kreatininratio fordelt på ydernr.

Ydernr. 067490.



Ydernr. 067385.



Der ses en klar forbedring i antallet af målinger af urin albumin/kreatinin over tid.

Stigningen for MR's patienter ses tidsmæssigt i forbindelse med deltagelse i Addition og dette projekt.

Under udredningen for diabetes i Addition projektet skulle der tages urinprøver, hvorfor opmærksomheden omkring dette blev større.

<p>I den fremtidige behandling af type-2 ptt., vil vi fortsætte med brugen af "Din egen journal". Vi vil fortsætte opgørelse af resultater hvert kvartal, da det giver klart indblik i, om vi opnår de behandlingsresultater, som vi bør.</p> <p>Vi vil fortsætte med registrering af udeblevne patienter.</p>
<p><b>Afprøvede / implementerede forandringer</b></p> <p>Det mest succesfulde forandrings tiltag har været indførelse af "Din egen journal". Det giver både patient og læge et overblik over, hvordan det går.</p> <p>Det har været godt, at der har været fokus på diabetes patienter, og at vi har diskuteret og vurderet, hvordan vi bedst har optimeret behandlingen af vores diabetespatienter.</p> <p>Desuden har vi indført "huskesedler" til næste kontrol, som pt. får udleveret inden de forlader lægen. Det har god virkning med hensyn til planlægning af de næste kontroller.</p> <p>Se bilag 1.</p> <p>Vi har lavet en mappe med materiale til udlevering til nye type-2 diabetes patienter.</p> <p>Se bilag 2.</p>
<p><b>Med patientens øjne</b></p> <p>Det er vores indtryk, at patienterne er glade for, at der er mere struktur på kontrollerne, og at de selv kan følge med i "tallene".</p> <p>Det øger deres egen opmærksomhed på risikoen for komplikationer og vigtigheden af kontroller.</p> <p>For nyligt kom en patient tilbage fra diabeteskursus og meddelte, at hun var glad for sin læge, idet hun kunne se og høre, at der var styr på tingene.</p>
<p><b>Vigtigste læring i forhold til type 2 diabetes</b></p> <p>Konklusionen er, at det drejer sig om at have struktur på kontrollerne, både hvad angår hyppighed og hvad der skal kontrolleres, derefter kommer kvalitets forbedringerne af sig selv.</p> <p>Det drejer sig også om, at have fokus på ptt. med kroniske sygdomme.</p>
<p><b>Kommentarer til forbedringsarbejdet</b></p> <p>Vi har haft et stort personaleskift i projektperioden. Der har derfor været et stort tab af viden og kontinuitet. De sidste 6 måneder har kontinuiteten kun været på lægesiden, og vi har arbejdet med det, vi havde fået planlagt i starten.</p> <p>Der er nu kommet ro på, og vi kan begynde at komme videre i vores planer.</p>
<p><b>Erfaringer i at arbejde med Gennembrudsprojektets metoder</b>  <i>(Forberedende arbejde, målformulering, læringsseminarer, forandringskatalog, PDSA-test, gennembrudsforum, målinger og grafer, vejledning fra projektsekretariatet)</i></p> <p>Det har været meget givende at arbejde med PDSA-test. Det er en enkel metode til at afprøve, om et projekt eller en ide kan bruges. Projekter, der kan føles uoverskuelige, bliver mere overskuelige ved at blive afprøvet i lille målestok eller omvendt.</p> <p>Vi har brugt PDSA ved registrering af udeblevne patienter og ved registrering af kontakt til diabetespatienter, der ikke havde været til kontrol længe. Desuden til at vurdere, hvor stort problemet med udeblevne tolke var, og forbedre vores egen kontrol med, at de var bestilt og bestillingerne var modtaget osv. Det har løst et irritationsmoment.</p> <p>Det har været et stort projekt at deltage i med meget skriftlig dokumentation og udarbejdelse af målformulering og diverse rapporter.</p> <p>Vi har ikke brugt gennembrudsforum ret meget. Det er for uoverskueligt, og hvis ikke lige man finder det, der skal bruges, ved første forsøg, opgives det igen.</p> <p>Ved 2. læringsseminar var der for lidt fokus på det videre forløb.</p> <p>Grafer er ok, men de viser ikke det reelle billede af de patienter, der kontrolleres hos os.</p> <p>Vi har fået god vejledning fra projektsekretariatet.</p> <p>Forud for projektet havde vi begge deltaget i Additionprojektet, dog på 2 forskellige tidspunkter og forskellige screeningsmetoder. MR havde screenet mange patienter, og der var fokus på området, dog ikke så systematisk som nu. Der blev fundet en del diabetes patienter på et tidligt tidspunkt i deres diabetes udvikling. Der foreligger endnu ikke officielle resultater fra projektet.</p>

### **Det videre arbejde...**

Vi skal have implementeret rutiner for kontroller hos henholdsvis sygeplejerske og læge. Det er ikke sket pga. personaleskift.

Vi skal have lavet informationsfolder, der skal udleveres til alle type-2 ptt. færdig, i denne vil også stå, hvordan rutinerne er for kontroller mv.

Vi skal have færdiggjort vores "hot keys", der er faste notater i journalen, der skal bruges ved kontroller.

Vi vil formidle vores erfaringer i vores efteruddannelsesgrupper.

Vi skal have fundet og kodet vores andre kronikere i første omgang KOL og hypertension mhp at udbrede erfaringerne fra dette projekt i videre kontrolforløb vedrørende kronikere.

## Bilag

### Bilag 1

Huskesedler der udleveres til type-2 diabetes patienter:

Kontrol diabetes om:

Næste kontrol ved sygeplejerske: D\_\_\_\_\_

Næste kontrol ved læge: D\_\_\_\_\_

Fastende:   JA                   NEJ

Urinprøve medbringes:   JA                   NEJ

### Bilag 2

Der udleveres følgende materiale til ny diagnosticerede type-2 diabetes patienter:

Patientvejledning Type 2 diabetes fra DSAM og diabetesforeningen.

Din egen journal.

Ark med symptomer på hyper- og hypoglycæmi.

Kender du typen fra Gea.

Motivationsgruppe for type 2 diabetikere fra diabetes foreningen.

Har du diabetes? Fra diabetes foreningen.

Ved behov kan udleveres:

Ascensia dagbogen.

Type 2 diabetes og ramadan.



# Lægerne Skt. Olufsgade





## Afsluttende statusrapport i projekt Styr på diabetes 2

<b>Team</b>	Lægerne Skt. Olufsgade, Skt. Olufsgade 1, 8000 Århus C, Tlf 86 12 08 77 <a href="http://www.laegernesktolufsgade.dk">www.laegernesktolufsgade.dk</a>
<b>Teammedlemmer</b>	Sygeplejerske Hanne Morgenfrue  Læge Jette Dam-Hansen  Mail: dam-hansen@dadlnet.dk
<b>Beskrivelse af almen praksis og patientgruppe</b>	Praksis er en kompagniskabspraksis med 3 faste fuldtids læger i Århus midtby. Praksis har eksisteret i mange år, på aktuelle adresse i 26 år. Vi har ansat 1 sygeplejerske, 1 laborant, 1 sekretær og 1 sekretær elev. Herudover har vi som regel en uddannelseslæge ansat. Vi har 4300 patienter med overvægt af yngre og kvindelige patienter. I forbindelse med projektet har vi fået overblik over vores diabetes patienter og har i projekt perioden haft omkring 50 type 2 diabetes patienter. Herudover har vi et antal type 1 diabetes patienter.
<b>Resumé af resultater</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vi har fået skabt en database med alle vores type 2 diabetes patienter, som kan hjælpe med at være mere proaktiv fremover, idet den giver mulighed for at indkalde patienter, der er udeblevet fra kontroller.</li> <li>- Vi har fået skabt en ny arbejdsrytme omkring type 2 diabetes patienterne med kontroller hver 3. måned hos sygeplejersken og årskontroller hos lægerne.</li> <li>- Vi har fået kodet alle vores type 2 diabetes patienter efter ICPC med T90.</li> <li>- Vi har haft fokus på diabetes patienterne og systematikken vil helt sikkert i fremtiden medføre bedre kontrol af patienterne. Projektperioden har været for kort til at det har kunnet dokumenteres.</li> </ul>	

## Lokal målsætning og lokale mål

Vores hovedformål med at deltage i projektet, var et ønske om at få sat kontrol og behandling af vores type 2 diabetes patienter i system. Vi ønskede således at vores diabetes patienter skulle begynde at komme til kontrol hver 3. måned hos vores sygeplejerske og til årskontroller hos lægerne. Vi havde ved projektets start haft ansat sygeplejerske i 1 år, uden det i den periode var lykkedes for os at få startet det ovenfor skitserede kontrolprogram.

Vi formulerede følgende 5 mål ved starten af projektet:

### Resultatmål 1:

- Hver 3. måned møder 95 % af alle patienter med diabetes 2 og HbA1c > 7 til rutinekontrol

### Procesmål:

1. At ovennævnte ptt. indkaldes pr. telefon, mail eller brev.
2. At alle ansatte modtager undervisning og at der udarbejdes procedurer for opsporing ved recept-fornyelser og andre telefoniske henvendelser.
3. At de emner, som Amtets standarder nævner som relevante ved 3-6 måneders interval, gennemgås.

### Resultatmål 2:

- Kolesterol, vægt og BT måles på 90 % af vore kendte diabetikere i perioden 1/9-06 til 31/8-07, - og at der ageres med medicinsk behandling, hvor det er nødvendigt.

### Procesmål:

1. At 100 % af patienterne kodes efter diagnosesystemet.
2. At værdierne måles enten hos laborant, sygeplejerske eller læge.
3. Ved afvigende resultater påbegyndes/justeres behandlingen ved en konsultation 1 uge senere.

### Resultatmål 3:

- 95 % af klinikkens kendte patienter med diabetes 2 får udarbejdet en individuel behandlingsplan, inkl. øjenlæge og fodterapeut i perioden 1/1-07 til 31/12-07.

### Procesmål:

1. At opfordre alle patienter (100 %) med type 2 diabetes til at få foretaget ovennævnte kontroller.
2. At behandlingsplanen udfærdiges i tydeligt skema.
3. At patienternes hjemmeglucosemålinger indgår.
4. At alle tre læger og sygeplejersken skriver på denne behandlingsplan ved ændringer.

### Resultatmål 4:

- 95 % af klinikkens kendte patienter med diabetes 2 registreres på interne oversigtslister, indeholdende bl.a. sidste kontrol, behandling, HbA1c, kolesterol- og blodtryksværdier og disse lister kontrolleres igen ved projektperiodens afslutning.

### Procesmål:

1. At patienterne fortæller, hvis de kontrolleres andre steder.
2. At listerne er tilgængelige for alle 3 læger til inspiration.

### Resultatmål 5:

- At øge antallet af diagnosticerede type 2 diabetikere frem til udgangen af 2008.

### Procesmål:

1. At tilbyde screening af patienter med risiko for at udvikle type 2 diabetes.
2. At udvide livsstilssamtalerne til at rette patientens opmærksomhed på risikoen for at udvikle diabetes.

## Resultater, målinger og dokumentation

Vores journalsystem i praksis kan desværre ikke udtrække statistiske oplysninger. Vi har derfor manuelt lavet en database over alle vores type 2 diabetes patienter i et Excel regneark. Denne database mener vi er fuldstændig og vi har lavet en procedure for tilføjelse af nye diabetes patienter til databasen, idet vi lægger en seddel til vores "projektlæge", når enten en patient får konstateret diabetes eller der bliver tilmeldt en ny patient med diabetes.

I projektperioden har databasen været brugt som en hurtig måde at få overblik over, hvilke patienter der har været droppet ud af kontrollerne. I projektperioden har databasen været opdateret systematisk 3 gange: dels ved projektstart i januar, dels i september og endelig ultimo november. Ved disse 3 gennemgange har der systematisk ud for hver person nummer været indføjet dato for sidste kontrol, dato for sidste hgbA1c måling, dato for sidste kolesterolmåling og dennes værdi, dato for sidste blodtryksmåling og værdierne samt ved sidste gennemgang dato for sidste væggtkontrol. Endelig blev det kontrolleret ved sidste gennemgang af databasen, at alle patienterne i databasen på forsidekort i deres journal er kodet som diabetespatienter. Ved denne gennemgang blev der fundet én patient, der ikke var kodet. Ved databasens oprettelse er der endvidere registreret diagnose år og hvilken af klinikken 3 læger der er an-

svarlig/normalt passer denne patient. Vi har desværre ikke i databasen haft fokus på måling af urin for mikroalbumin, idet det ikke er opgjort i databasen.

I forbindelse med den afsluttende gennemgang af databasen har vi kunnet lave noget statistik på vores resultater. Da der som anført er et stort arbejde med gennemgang af databasen og registrering af oplysningerne, har vi valgt ikke at registre data der egentlig kan dokumentere, hvordan det går med resultatmål 1. Vi har i stedet beregnet følgende værdier, som kan belyse resultatmål 1 samt 2 og 4.

- Inden for de sidste 12 måneder har 93 % af klinikkens kendte type 2 diabetes patienter fået målt hgbA1c.
- Indenfor de sidste 12 måneder har 83,7 % af klinikken kendte type 2 diabetes patienter fået målt deres kolesteroltal.
- Det gennemsnitlige totale kolesteroltal for de seneste målte værdier indenfor de sidste 12 måneder ligger på 4,4 mmol/l.
- Inden for de sidste 12 måneder har 88 % af klinikkens kendte type 2 diabetes patienter fået målt og registreret deres blodtryk
- Inden for de sidste 12 måneder er 47,6 % af klinikken kendte type 2 diabetes patienter blevet vejlet og har fået resultatet journalført.

De ovenfor anførte procenter for kolesterol og hgbA1c målinger stemmer ikke helt overens med de data vi har fået leveret fra projektsekretariatet. Det mener vi skyldes, at den dataliste med person numre vi sendte til projektsekretariatet i foråret har ændret sig lidt: dels er der kommet nogle flere til og dels er i alt 3 patienter afgået ved døden (en af lungecancer, en af prostatacancer og en af sepsis og nyresvigt). I alt er der sket en udskiftning på 12 %.

I de data vi har fået leveret fra projektsekretariatet fremgår det klart, at der i projektperioden har været en klart sigende andel af vores patienter der inden for de seneste 12 måneder har fået målt hgbA1c og kolesterol. Dette er for os et godt bevis på, at det har hjulpet at arbejde med vores egen organisering af kontrollerne af type 2 diabetes patienterne. Den øgede fokus på patientgruppen samt den ændrede organisering vil helt sikkert i fremtiden give en bedre kontrol af patienterne. Projektperioden har blot været for kort til, at det giver mening at kigge mere detaljeret for værdierne for til eksempel den glykæmiske kontrol.

Vi er af flere årsager desværre ikke kommet så langt med resultatmål 3 om behandlingsplaner. Vi har dog fået udarbejdet en skabelon til vores diabetes kontroller med en frase i journalnotatet, der indeholder et punkt om behandlingsmål. Der er dermed lavet en procedure, som nu er under implementering og ud fra de første par gange den har været anvendt har vist sig nyttig. Dels huskes det i konsultationen og dels er det hensigten, at der under konsultationen udfyldes værdierne for dagens diabeteskontrol og behandlingsmålet. Det hele printes og medgives patienten i kopi.

I forhold til at forsøge at øge antallet af nydiagnosticerede type 2 diabetes patienter, har vi hængt et opslag op i vores venteværelse (bilag 1). Her opfordrer vi patienterne til at få målt blodsukkeret, hvis de tilhører en risiko gruppe. Vi har ikke ført nogen statistik over resultatet af dette opslag, men vi har helt klart talt med mange patienter om deres risiko for diabetes, hvor patienterne selv har refereret til opslaget. Det har medført en øget måling af blodsukkeret, og vi er som læger en del gange af patienterne blevet mindet om, at de evt. tilhøre en risikogruppe, til eks. kvinder der har haft let diabetes under svangerskab for mange år siden. Endvidere har vi fået journalført, de patienter der selv har gjort os opmærksom på, at de er arveligt disponeret til type 2 diabetes.

### **Afprøvede / implementerede forandringer**

1. Brev til patienten om ændret diabetes-kontrol-procedure.
2. Kvartårige kontroller hos sygeplejersken, årlige kontroller hos lægen.
3. Oprettelse af en database over klinikkens type II patienter.
4. Standard for overgang til Insulin, inkl. tæt kontakt til hjemmesygeplejersken.

Ad 1) Alle klinikkens diabetes type II patienter har modtaget et brev, hvori der stod, at fremover vil kontrollerne varetages af skiftevis sygeplejerske og læge. Dette tiltag var for at forberede patienterne, og for at aflaste sekretærerne, når de opfordrede patienterne til at få en tid, når patienten ringede for at forny diabetes recepter. Kopi af brevet vedlagt som bilag 2.

Ad 2) Som standard vil klinikkens diabetes type II gå til kontrol kvartårligt hos sygeplejersken, og årligt hos lægen. En uge forud for kontrollen tages blod- og andre prøver, og pt. opfordres til at lave døgnprofiler over tre dage. Ved selve kontrollen gennemgås DSAM's standarder for disse kontroller.

I virkeligheden har dette vist sig at være en mere kringlet affære end ventet. For hos flere af patienterne

<p>har vi måttet starte med et skaffe et blodsukkerapparat: Kontakt til visitator den centrale visitationsenhed i Århus for at skaffe gratis teststrimler og nåle.</p> <p>Eller kontakt til hjemmeplejen for at få dem til at hjælpe med oplæringen til at måle værdierne.</p> <p>Andre patienter har haft et meget rigtigt forhold til deres sukkersyge, og de har ikke været interesseret i at ændre noget som helst i deres daglige livsførelse. Argumenterne har været: "Jamen, jeg kan jo ikke mærke, at jeg er syg", og "Jamen, min mand vil helst have traditionel mad, og kan ikke lide grønsager".</p> <p>Så der er startet fra mange forskellige vinkler, og med tilpas få informationer til patienterne. Som <b>metafor</b> kan bruges et timeglas, hvor patienterne er startet fra mange forskellige steder, så skal de passere standard emnerne fra DSAM og derefter slippes de igen i forskellige individuelle aftaler, hvor frekvensen og indholdet af kontrollerne tilpasses den enkeltes status.</p> <p>Ad 3) Klinikens journal system kan ikke generere statistik, så ganske manuelt har vi lavet en database, der indeholder data som dato for sidste målte: BT, vægt, HgbA1C og kolesteroltal. Databasen har den ulempe, at den skal opdateres manuelt jævnligt, men den fordel, at man kan lave statistik over klinikens samlede resultater på området. Dette overblik motiverer hele klinikken til at holde fast i den ændrede praksis omkring diabetes kontrollerne.</p> <p>Ad 4) Da den første patient skulle overgå til Insulin i projektperioden, lavede vi en PDSA test for at sikre kontinuitet for patienten. Patientens hjemmesygeplejerske blev kontaktet, og de praktiske muligheder blev drøftet: hvornår skulle de starte besøgene, hvor tit skulle værdierne måles, hvordan skulle mængden af insulin justeres i forhold til de målte tal, hvor tit skulle hjemmesygeplejersken indrapportere blodsukkerværdierne til lægeklinikken, og vurderede hjemmesygeplejersken, at patienten selv ville kunne lære at tage sin Insulin selv.</p> <p>Det var vigtigt, at hjemmesygeplejersken følte sig tryk med sikre ordinationer, og det var vigtigt at patienten oplevede et tæt samarbejde omkring hende.</p> <p>Med hensyn til spredning af vore forandringstiltag, har vi lagt brevet, som vi sendte til alle vore type II patienter, ud på Gennembrudsforum.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Med patientens øjne</b></p> <p>Vi har ikke interviewet vore patienter, og vi fik tilbudet om deltagelse i fokusgruppe interview for sent til at kunne nå at invitere nogle af vore patienter, så det vi kan sige omkring dette emne, er, at primært synes patienterne glade for at der nu kommer "styr på tingene". Det har der naturligvis været før, men der er ingen tvivl om, at patienterne har flere kontrakter nu end før projektperioden.</p> <p>Alligevel er det også tydeligere nu, at der bare er nogle patienter, der er fastlåst i deres sygdomsopfattelse, de negligerer deres høje HgbA1C, synes de har det bedst, når blodsukkeret ligger omkring 10, eller ikke tager hensyn overhovedet i deres kost. Andre er så overvægtige, at de ikke ser sig i stand til at dyrke motion, og nogle har dårlige led, der ligeledes forhindrer gang eller cykling.</p> <p>De fleste patienter vil gerne ændre deres livsstil, hvis der tales om små, overskuelige skridt.</p> <p>Vi er ikke kommet i gang med de målsatte "individuelle behandlingsmål", som vi ønskede. Dette arbejde forventer vi vil være yderligere medvirkende til øget motivation.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Vigtigste læring i forhold til type 2 diabetes</b></p> <p>Etablering af en database har givet et godt overblik over, hvordan klinikens diabetes type 2 patienter "passes".</p> <p>At lægge de kvart-årige kontroller hos sygeplejersken, og årskontrollerne hos lægen medfører et <b>samarbejde</b> omkring patienten.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Kommentarer til forbedringsarbejdet</b></p> <p>Vi planlagde fra starten af projektet at holde teammøder en gang om ugen på det samme tidspunkt. Desværre kom der hurtigt væsentlige forhindringer for os: lægen brækkede benet og var sygemeldt i 3½ måned, vores sekretær elev har været deltidssygemeldt i 7 måneder, vores faste og mest erfarne sekretær gik på barsel og vikaren rejste midt i vikariatet, hvorfor der i sommer startede en ny vikar. Alt dette samt yderligere uro i klinikken har gjort, at vi har måttet sætte vores ambitioner ned i væsentlig grad. I lange perioder har vi reelt ikke arbejdet med projektet, idet der har været så mange almene driftsopgaver, at det har taget alt vores tid. I maj måned, da vi troede der var ved at være ro i vores situation, forsøgte vi at inddrage sekretærgruppen i projektet. Vi lavede et kort skema til anvendelse ved receptfornyelse af diabetes medicin (bilag 3), for den vej at fange patienter, der var røget ud af kontrollerne. Skemaet nåede kort at blive anvendt med succes, før vi pga. af udskiftning i sekretærgruppen atter måtte skrinlægge det.</p>

Vi har oplevet en god støtte fra klinikkens andre læger, idet de til stadighed, har støttet på vores styring af diabetesarbejdet og er kommet med ideer og input til arbejdet. Som tidligere anført, er det dog lykkedes os, at få ændret vores faste rutiner omkring kontrollerne af type 2 diabetes patienterne. Kontrolleren er sat bedre i system.

### **Erfaringer i at arbejde med Gennembrudsprojektets metoder**

*(Forberedende arbejde, målformulering, læringsseminarer, forandringskatalog, PDSA-test, gennembrudsforum, målinger og grafer, vejledning fra projektsekretariatet)*

1. At deltage i projektet "Gennembrudsmetoden" har ført til, at visse rutiner i klinikken er blevet forbedret i forhold til diabetes type 2 patienterne. At deltage i læringsseminarerne har øget motivationen i at arbejde med forandringerne, og vi synes, at vi har fået rigtig godt gang i de faste kontroller for patienterne, og at klinikkens tal peger i rigtig retning.
2. Det sværeste har været Gennembrudsforum, som er tidskrævende og uoverskueligt at navigere rundt i. Den har også været mindre tillokkende som tiden er gået, fordi de uploadede idéer næsten alle sammen kom i marts/april, og strømmen er stilnet af. Vi har heller ikke selv været for gode. Ideen i et IT værktøj til vidensdeling er selvfølgelig god, men formen på siden har ikke været anvendelig. Selve Gennembrudsmetoden er nok ikke så unik, som vi troede fra starten. Dels har det været svært at anvende PDSA testerne, fordi det ofte ville tage for lang tid, og dels så synes metoden blot at være en af-art af sygeplejeprocessen, hvor det også gælder om at analysere et problem, opsætte en handling, udføre og evaluere, og tilpasse den efter evalueringen. Projektsekretariatet har været villig til at forsyne med grafer og statistik, og det har været en god service-instans, men måske havde det været endnu mere motiverende med helt faste datoer for status-rapporterne. I starten var projektsekretariatet forsinket et par måneder, og de første afleveringer blev også udsat, og det sendte et signal om, at deadlines godt kunne trækkes. Vi ved ikke, om vi alligevel ville have haft mulighed for at overholde tiderne, vores personalesituation taget i betragtning, men vi VILLE gerne.
3. Vi havde forventet, at vi fik større glæde af vidensdelingen. Det ville måske have været mere givtigt, hvis vi havde gjort mere ud af det i mindre grupper ved læringsseminarerne. Evt. ville det have været bedre at dele 2. læringsseminar over i 2 små eftermiddagsmøder. Herved kunne det bedre have haft en funktion af "at holde gryden i kog".

### **Det videre arbejde...**

Databasen opdateres løbende.

Vi er i fuld gang med at køre kontrollerne ind med faste intervaller, 3 måneder.

Det næste vi skal have lavet er en individuel behandlingsplan, og her kan vi jo forhøre de andre teams, når vi mødes til det afsluttende læringsseminar.

#### **VEDLAGT: 3 BILAG**

Bilag 1. Opfordring i venteværelset til at få målt blodsukkeret, hvis vedkommende tilhører en risikogrube.

Bilag 2. Informationsbrev til alle klinikkens diabetes type II patienter ang. den fremtidige diabeteskontrol.

Bilag 3. Skema til anvendelse ved receptfornyelse af diabetes medicin.

## Bilag 1

### Har du sukkersyge?

#### - eller er du i risiko for at udvikle det?

Vi vil gerne måle et blodsukker på dig hvis du tilhører en af følgende grupper - og ikke har fået målt dit blodsukker inden for det seneste år:

- \* Har forhøjet blodtryk
- \* Kendt hjerte-karsygdom
- \* Forhøjet kolesteroltal
- \* Overvægt
- \* Har søskende eller forældre med sukkersyge
- \* Tidligere har haft sukkersyge under graviditet

Blodsukker måles bedst fastende. Du kan kontakte sekretæren for tidsbestilling

## Bilag 2

April 2007

Kære

Lægerne i Skt Olufsgade vil gerne tilbyde dig en endnu bedre behandling af din sukkersyge ved at sætte kontrollerne bedre i system.

Det vil betyde, at vi vil bede dig komme til kontrol hver 3. måned. De fleste kontroller, foregår hos vores sygeplejerske Hanne Morgenfrue. En gang om året vil der være en årskontrol, dette er en større kontrol og den foregår som regel i den måned du har fødselsdag. Årskontrollerne foregår hos lægen. Før hver kontrol vil vi bede dig komme til blodprøver ca. en uge før i vores laboratorium.

Hvis du ikke har været til kontrol indenfor de seneste 3 måneder, vil vi allerede nu bede dig ringe og bestille en tid.

Med venlig hilsen  
Lægerne Skt. Olufsgade

### Bilag 3

#### Skema til anvendelse ved receptfornyelse af diabetesmedicin

##### Følgende medicin anvendes mod diabetes:

Insulin til **injektion**, typiske navne: Insulatard, Actrapid, Mixtard, Flexpen, Penfill

**Tabletter** mod diabetes: Amaryl, Daonil, Metformin, Novonorm, Hexaglucon, Arcosal, Glucophage, Orabet, Glycobay, Avandia, Actos,

Navn \_\_\_\_\_ CPR \_\_\_\_\_

1. Hvilken slags sukkersyge har du? **Gå kun videre hvis type 2 diabetes**

2. Pt informeres om at vi er i gang med at sætte fokus på vores diabetes 2 patienter og i den forbindelse vil undersøge om alle patienterne kommer til kontrol hver 3. måned som det anbefales.

3. Hvornår har du været til kontrol for din diabetes sidst?

Hvis det er **> 3 mdr**: Giv en tid til diabetes kontrol hos Hanne forudgået at en tid i laboratoriet 1 uge før. Bed pt om at møde fastende i laboratoriet.

Hvis det er **< 3 mdr**: spørg om de har en aftale om næste kontrol. Hvis nej: Forsøg at aftale en tid til kontrol hos Hanne, husk blodprøver 1 uge i laboratoriet.

4. Er du i et stabilt forløb med kontrol hver 3. måned? Ja:                      Nej  
Har du aftalt en anden kontrol hyppighed?

5. Patientens reaktion: kort beskrivelse af patientens reaktion, stikord:

6. Anslået tidsforbrug:                      min.

7. Følte det ok at spørge patienten i denne situation:

Ja:                      Nej:                      Hvis nej, kort begrundelse: signatur



# Lægerne i Solbjerg





## Afsluttende statusrapport i projekt Styr på diabetes 2

<b>Team</b>	Lægerne i Solbjerg Solbjerg Hedevej 43 8355 Solbjerg Tlf: 8692 7433 Mail: <a href="mailto:laegerisolbjerg@c.dk">laegerisolbjerg@c.dk</a>
<b>Teammedlemmer</b>	Praktiserende læge Karin Gubi  Lægeseekretær Conni Riel Andersen  Sygeplejerske Lone W. Gynther-Sørensen (Kontaktperson) <a href="mailto:lone@gynther.dk">lone@gynther.dk</a>
<b>Beskrivelse af almen praksis og patientgruppe</b>	3 læger i kompagniskab, 2 sekretærer, hvoraf den ene laver sygeplejeopgaver og 1 sygeplejerske. Vi har knap 5000 patienter i alt, ca. 1000 patienter < 15 år, ca. 3000 patienter i alderen 15 -65 år og ca. 700 patienter > 65 år og ca. 80 type 2 diabetespatienter. Praksis er kendetegnet ved at være en landpraksis. Praksis brændte ned i foråret 2005, kort efter at 2 nye læger var startet. Vores motivation for at indgå i Projekt Styr på Diabetes var at opnå mere struktur, højere kvalitet og ensartethed i diabetesforløbene.
<b>Resumé af resultater</b>	
<p>De væsentligste resultater er:</p> <p>Alle diabetespatienter, der i forvejen gik til jævnlige kontroller og en stor del af dem, der mødte op med uregelmæssige og for lange intervaller, møder nu fast til kontrol hver 3. eller 6. måned.</p> <p>Alle i klinikken følger retningslinierne for kontrol af type 2 diabetes.</p> <p>Alle i klinikken har fokus på at screene højriskopatienter for diabetes.</p> <p>Alle diabetespatienter der kommer til kontrol, får nu taget fastebloodprøver og evt. en urinprøve 1 uge før selve diabeteskontrolsamtalen.</p> <p>55 % flere patienter er screenet for diabetes.</p> <p>Antallet af målte urin albumin/kreatinin ratio hos diabetes 2 patienter er øget fra 44,3 % til 53,2 %.</p>	
<b>Lokal målsætning og lokale mål</b>	
<p>Klinikken har gennemgået store forandringer i løbet af de seneste år med udskiftning af 2/3 af personalet og nye midlertidige lokaler efter en brand.</p> <p>Målene er udformet på baggrund af vores behov for mere struktur, bedre kvalitet og mere ensartethed i diabeteskontrollerne.</p> <p><b>Lokal målsætning:</b> Vi vil i projektperioden arbejde med at forbedre praksis omkring patienter med type 2 diabetes, så de får tilbudt undersøgelse, behandling, rådgivning og kontrol, der svarer til standarden. Vi vil specielt have fokus på screening af patienter i højriskgruppen, nedbringelse af værdierne for HbA1C og kolesterol, samt øge andelen af patienter med forhøjede kolesteroltal, der får statinbehandling.</p> <p><b>Resultatmål 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>At 100 % af patienter, der har kendt adipositas, hypertension, iskæmisk hjerte-karsygdom, hyperlipidæmi eller kendt diabetes blandt forældre og søskende, screenes for diabetes.</li> </ul> <p><b>Procesmål 1A</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>At personalet ved konsultationer med patienter i risikogruppen anvender checklisten for screening af</li> </ul>	

patienter med risiko for at udvikle type 2 diabetes.

**Procesmål 1B**

- At alle patienter i risikogruppen får udleveret kort informationsmateriale om type 2 diabetes.

**Resultatmål 2**

- At 100 % af patienterne med type 2 diabetes og HbA1C > 7,0 indkaldes til rutinebesøg hver 3. måned.

**Procesmål 2A**

- At alle patienter, der ikke møder op til rutinekontrol, ringes op af sygeplejersken inden 1 uge fra udeblivelsen m. h. p. at aftale en ny tid.

**Procesmål 2B**

- At alle læger og klinikpersonalet i vores praksis følger standarden vedrørende rutinebesøg og justering hos egen læge for patienter med type 2 diabetes.

**Procesmål 2C**

- At 100 % af patienterne med type 2 diabetes kodes efter diagnosesystemet i "Medwin".

**Procesmål 2D**

- 70 % af alle patienter med type 2 diabetes har HbA1C ≤ 7,0.
- At alle patienter med type 2 diabetes møder ca. 1 uge før kontrol til blodprøvetagning.

**Procesmål 2E**

- At 100 % af alle patienter med type 2 diabetes får udleveret opdateret skriftligt informationsmateriale.

## Resultater, målinger og dokumentation

**Ad Resultatmål 1:**

Fra d. 1.12.2005 til d. 1.12.2006 er der foretaget 42 fasteglucosemålinger, hvor patienter har et blodsukker på >6,0 mmol/l i klinikken. Efter start på projektet er der i perioden fra d.1.12.2006 og til d.1.12.2007 foretaget 92 fasteglucosemålinger, hvor patienterne har et blodsukker på >6,0. En stigning på 119 %.

Mere end dobbelt så mange patienter er blevet screenet for diabetes, dels på baggrund af oprettelse af en profil i laboratoriesystemet, der sørger for at vi altid måler et blodsukker når der tages kolesteroltal, dels på grund af en plakat i venteværelset, der opfordrer personer i risikogruppen til at blive screenet og dels på baggrund af, at alle i klinikken har fået mere fokus på at screene for diabetes.

**Ad Procesmål 1B:**

Vi mangler stadig at finde velegnet, kort og overskueligt materiale til patienter i risikogruppen.

**Ad Resultatmål 2:**

Alle patienter, der i forvejen gik til jævnlige kontroller og en stor del af dem, der mødte op med uregelmæssige og for lange intervaller møder nu fast til kontrol hver 3. eller 6. måned. Ændringerne er gradvist kørt ind med de patienter der i forvejen er blevet kontrolleret jævnlige. Størstedelen af de patienter der ikke er blevet set jævnlige, er blevet interviewet ved at gennemgå en kort interviewguide når de har bestilt deres diabetesmedicin. Vi har ingen opgørelse over hvor mange patienter der tidligere gik til fast kontrol (Interviewguiden ligger på Gennembrudsforum).

**Ad Procesmål 2A:**

Kun en enkelt patient er indtil videre ikke mødt til planlagt kontrol, denne er ringet op af sygeplejersken inden for 1 uge.

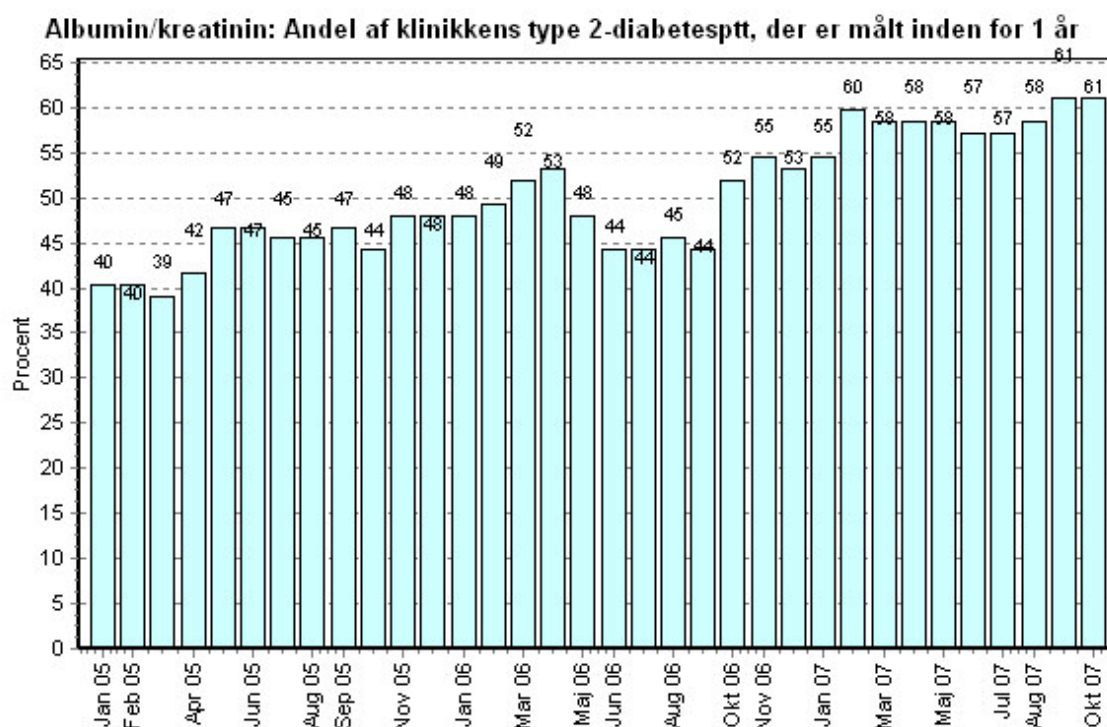
**Ad Procesmål 2B:**

Udvikling af kontrolskema der ligger i den elektroniske journal.

Skemaet gør det nemt og overskueligt at komme omkring de relevante punkter, det er nemt at overskue behandlingsmål, og giver et hurtigt overblik over patientens diabetes. Skemaet kan skrives ud i akkumuleret form så patienten også har overblikket.

(Kontrolskemaet ligger på Gennembrudsforum)

Efter start på projektet ses en stigning i antallet af urin albumin/kreatinin ratiomålinger fra 44,3 % til 53,2 %. Tallene er et gennemsnit af målinger i året før projektet, og i projektåret. Årsagen til stigningen skyldes indførelse af profiler i laboratoriesystemet, der hjælper alle i klinikken med have fokus på hvilke prøver, der er relevante til henholdsvis 3 måneders og års kontroller.

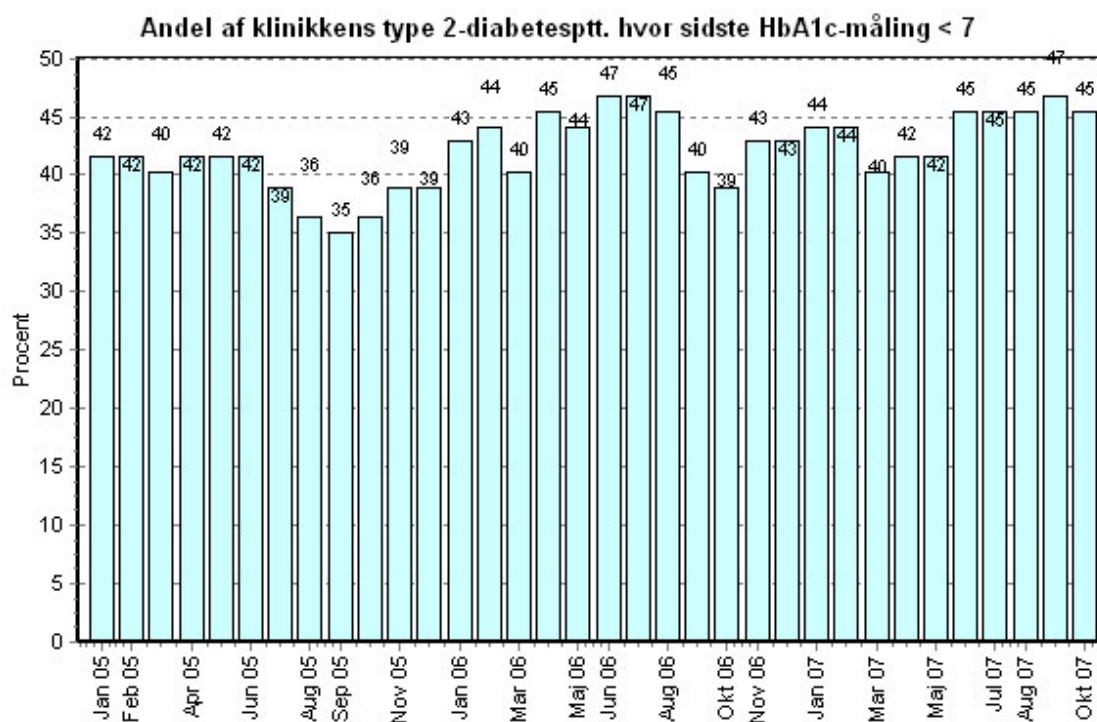


#### Ad Procesmål 2C:

45 % af diabetespatienterne er indtil videre kodet med T 90.

#### Ad Procesmål 2D:

Antallet af klinikkens type 2 diabetespatienter, hvor sidste måling er under eller lig med 7, er steget fra 39,5 % inden projektstart og til 43,5 % efter projektstart. Tallene er et gennemsnit af målte værdier i året før projektet, og i projektåret. Dette er ikke en tilfredsstillende stigning, men kan formentlig forklares ved at fokus har været på at få patienterne ind i en ny rutine. Vi har valgt at starte ud med at lave om på få enkelte ting og tage et skridt af gangen for, at patienterne kan følge med og ikke bakker ud.



<p>Alle patienter der kommer til kontrol får nu taget fastebloodprøver 1 uge før selve diabeteskontrolsamta- len, der finder sted hver 3. måned. Det medfører at patienterne er veltilpasse, da de ikke kommer fa- stende til samtalen. Både patient og læge oplever en større kvalitet i samtalen, da blodprøverne viser et helt aktuelt billede.</p> <p><b>Ad Procesmål 2E:</b> Udlevering af diabetespjece er sat på diabeteskontrolskemaet. Vi har ikke en måling på hvor mange pati- enter, der tidligere fik udleveret en pjece og har ikke lavet en opgørelse over, hvor mange der har fået udleveret pjecen siden projektstart.</p>
<p align="center"><b>Afprøvede / implementerede forandringer</b></p> <p>Interviewguide til brug i forhold til patienter, der bestiller antidiabetika med henblik på at få alle patienter ind i en rytme med kontroller hver 3. måned forudgået af fastebloodprøver 1 uge før.</p> <p>Størstedelen af vores diabetes patienter er nu kommet ind i en rytme hvor de kommer til kontrol hver 3. måned forudgået af fastebloodprøver, evt. urinprøve 1 uge før.</p> <p>Plakat i venteværelset med det formål at få flere patienter screenet for diabetes.</p> <p>Skema til registrering af patienter, der henvender sig på grund af plakaten.</p> <p>Oprettelse af diabetesprofiler i laboratoriesystemet til brug ved 3, 6 og 9 måneders kontroller samt års kontroller.</p> <p>Oprettelse af en kolesterolprofil i laboratoriesystemet med henblik på at få taget et fastebloodsukker på al- le patienter, der får taget kolesteroltal.</p> <p>Oprettelse af skema i den elektroniske journal (Medwin) til brug ved 3,6,9 mdr. - og års kontrol af diabe- tes patienter. Skemaet kan udfyldes løbende og skrives ud til patienterne.</p> <p>Registrering af patienter med fastebloodsukker på 6,0 – 7,0 med henblik på øget fokus på ordination af glukosebelastninger.</p> <p>Udarbejdelse af huskesedler som patienten får med fra lægen med henblik på at sikre, at alle patienter går fra klinikken med tiden til næste kontrol incl. blodprøver, evt. EKG, evt. urinprøve 1 uge før.</p> <p>Farvemarkering af diabetespatienter på lægernes bookinglister giver et bedre overblik, så det er muligt at have værdier ført ind i diabeteskontrolskemaet, inden patienten går ind til lægen.</p> <p>Sygeplejersken er kommet i gang med at kontrollere diabetespatienter til 3,6 og 9 måneders kontroller- ne.</p>
<p align="center"><b>Med patientens øjne</b></p> <p>Positive tilbagemeldinger på, at fastebloodprøver tages forud for diabeteskontrollen.</p> <p>Positive tilbagemeldinger på, at vi ved bestilling af antidiabetika spørger ind til, om patienten kommer til kontrol hver 3. måned.</p> <p>Positive tilbagemeldinger på, at der screenes for diabetes ved måling af kolesteroltal.</p> <p>Positive tilbagemeldinger på udlevering af en udskrift af diabeteskontrolskemaet.</p>
<p align="center"><b>Vigtigste læring i forhold til type 2 diabetes</b></p> <p>At vi skal være langt mere udfarende i forhold til at starte på en medicinering af patienterne, og at vi har stor indflydelse på patienternes holdning til at tage medicinen i forhold til de positive/negative signaler, vi udsender som behandlere.</p>
<p align="center"><b>Kommentarer til forbedringsarbejdet</b></p> <p>Overordnet har vi lært at vi skal være mere tålmodige i forhold til vores forventninger til forandringer, der skal ses ved objektive målinger. Ting tager tid!</p> <p>Det er svært at få tid til udviklingsarbejde i en travl hverdag, og det ses, at vi har haft for høje ambitio- ner i forhold til, hvad vi reelt har nået.</p>

<p>Vi har prioriteret at have diabetes på som punkt på alle personalemøder, og oplever at det er en god metode i forhold til at inddrage alle i klinikken.</p> <p>Et anslået tidsforbrug er ca. 150 timer for alle involverede.</p>
<p><b>Erfaringer i at arbejde med Gennembrudsprojektets metoder</b>  <i>(Forberedende arbejde, målformulering, læringsseminarer, forandringskatalog, PDSA-test, gennembrudsforum, målinger og grafer, vejledning fra projektsekretariatet)</i></p>
<p>Vi finder gennembrudsmetoden særdeles anvendelig i forhold til at indføre forandringer. Fordelen er at man ikke bruger flere ressourcer end højest nødvendigt. Personale der ikke er i teamet oplever ikke at der laves unødvendige ændringer, da alle tiltag er prøvet af i lille målestok inden det bredes ud.'</p> <p>Metoden med PDSA kan umiddelbart synes at være noget omstændelig. Vi har brugt en lidt tillempet metode, hvor vi ikke har siddet og gennemgået de forskellige punkter slavisk.</p> <p>Vi kan se, at vi i det næste arbejde skal blive bedre til at lave "førmålinger", så vi kan måle effekten af et forandringstiltag.</p> <p>Vi er sikre på, at vi vil anvende gennembrudsmetoden, når vi på et senere tidspunkt skal i gang med at opkvalificere vores arbejde med de øvrige grupper af kroniske patienter.</p>
<p><b>Det videre arbejde...</b></p>
<p>Vi er kommet et langt stykke i forbedringen af vores indsats over for klinikkens nuværende og kommende diabetespatienter, men vi har stadig ideer om flere tiltag, der skal sættes i værk.</p> <p>F.eks.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Retningslinier for håndtering af patienter der har glucoseintolerance.</li> <li>Opgørelse over diabetespatienter i statinbehandling.</li> <li>Retningslinier for diabetespatienter med forhøjede kolesteroltal.</li> <li>Retningslinier for diabetespatienter med forhøjet blodtryk.</li> <li>Tage flere patienter hjem fra diabetesambulatorierne.</li> <li>Retningslinier for hvornår patienterne overgår til insulinbehandling.</li> </ul>



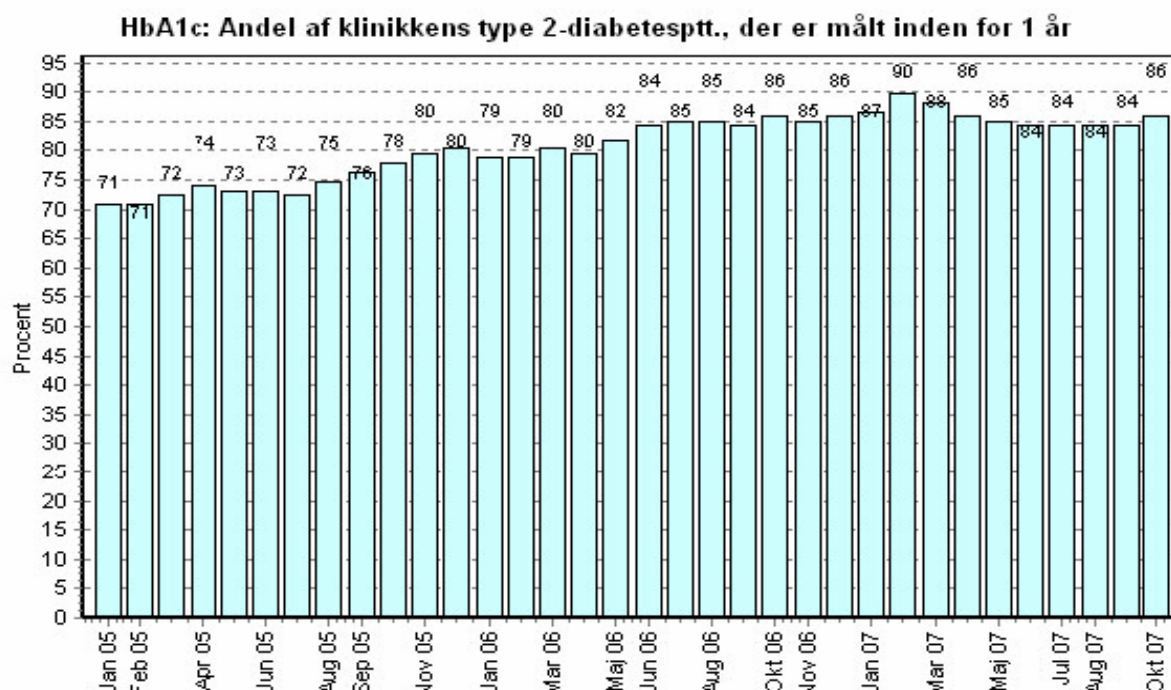
# Lægerne i Risvangen





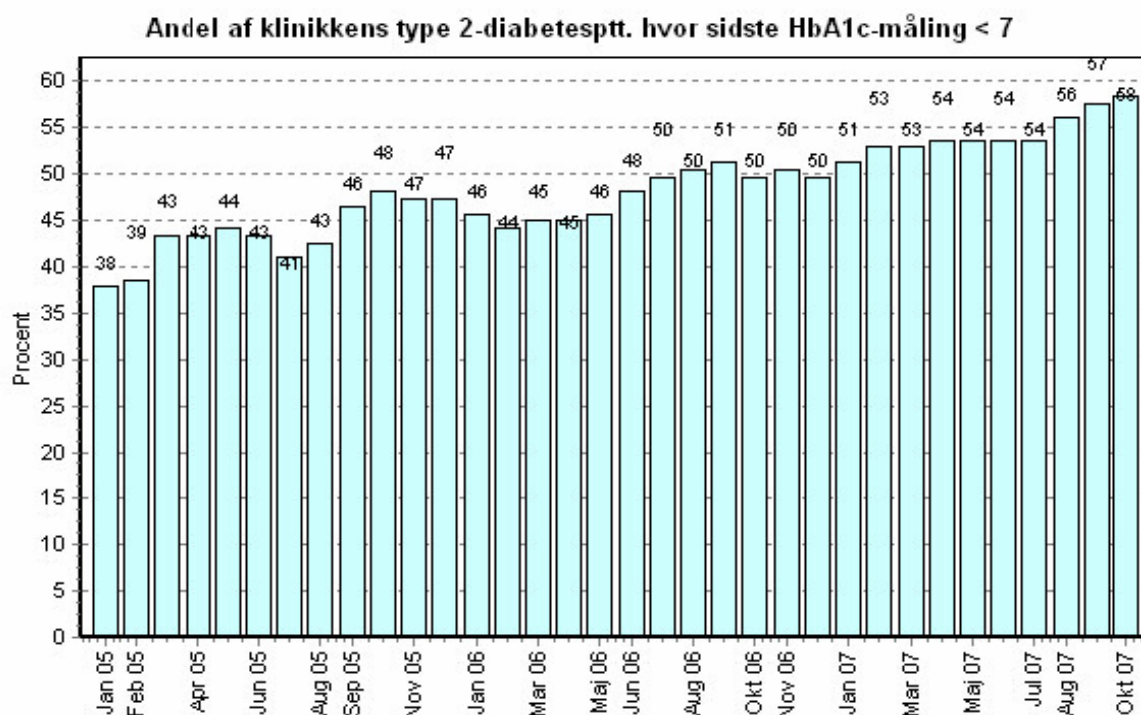
## Afsluttende statusrapport i projekt Styr på diabetes 2

<b>Team</b>	Lægerne i Risvangen Vejlby Ringvej 36 8200 Århus N Tlf. 8616 8011 Emailadr: risvangen@mail.dk
<b>Teammedlemmer</b>	Læge Klaus Barfoed  Sygeplejerske Thora Nautrup  Lægeseekretær Inge Møller
<b>Beskrivelse af almen praksis og patientgruppe</b>	Kompagniskabspraksis. 3 faste læger og 1 uddannelseslæge 1 sygeplejerske og 2 sekretærer. Vi har ca. 4250 patienter, hvoraf 132 har type II DM. Behandlingen af DM-ptt. varetages af både læger og sygepl. Praksis beliggende i det nordlige Århus. Blandet patientklientel.
<b>Resumé af resultater</b>	
<p>Ud af 132 ptt. har vi ansvaret for behandlingen hos 119 ptt., resten kontrolleres på sygehuset. Vi har set 103 ptt. til års-kontrol i år.</p> <p>Vi har arbejdet intenst på at forbedre regulationen af vore ptt. Det har resulteret i, at 90% af vore ptt. har HbA1C &lt;8%.</p> <p>Det har derimod ikke givet samme gode resultat mhp lipid-regulationen, idet kun 68% har total kolesterol &lt; 4,5 mmol/l.</p>	
<b>Lokal målsætning og lokale mål</b>	
<p>Forbedre praksis omkring ptt. med type 2 diabetes, specielt mhp at nedbringe værdier for HbA1c og kolesterol.</p> <p>Resultatmål 1: 85 % af vore ptt. med type 2 diabetes har HbA1c &lt; 8.0</p> <p>Resultatmål 2: 85 % af vore ptt. med type 2 diabetes skal have lavet årskontrol</p> <p>Resultatmål 3: 85 % af vore ptt. med type 2 diabetes skal have målt kolesterol og BT</p> <p>Vi havde ikke et nøjagtigt pt.register over vore diabetes ptt., og var på forhånd meget usikre på, hvordan vore ptt. aktuelt var regulerede, ligesom vi var usikre på, hvilke resultater, der var målbare. Hvad var realistisk at opnå i forhold til de vedtagne standarder? Vi var generelt usikre på hvorledes vores patientpopulation var sammensat og hvordan de var reguleret. Hvad kunne vi forvente at opnå på den afsatte tid vi havde til rådighed?</p>	
<b>Resultater, målinger og dokumentation</b>	
<p>Ud af 132 ptt. bliver de 13 kontrolleret på sgh. og derudover kommer 15 sjældent eller aldrig. Forskellen mellem den viste graf, og det tal, vi selv har regnet ud (93 %) kan bl.a. forklares ud fra forskellen i populationsopgørelsen. Vi har ikke i tide valgt at selekttere vores patientpopulation således, at vi klart havde adskilt de hospitalskontrollerede fra de patienter vi selv kontrollerede. Det har haft den betydning, at de tilsendte resultater omfatter hele populationen tilmeldt vores ydernummer. Endvidere er der fraflyttet ptt., enkelte er døde og enkelte er fejlregistrerede.</p>	



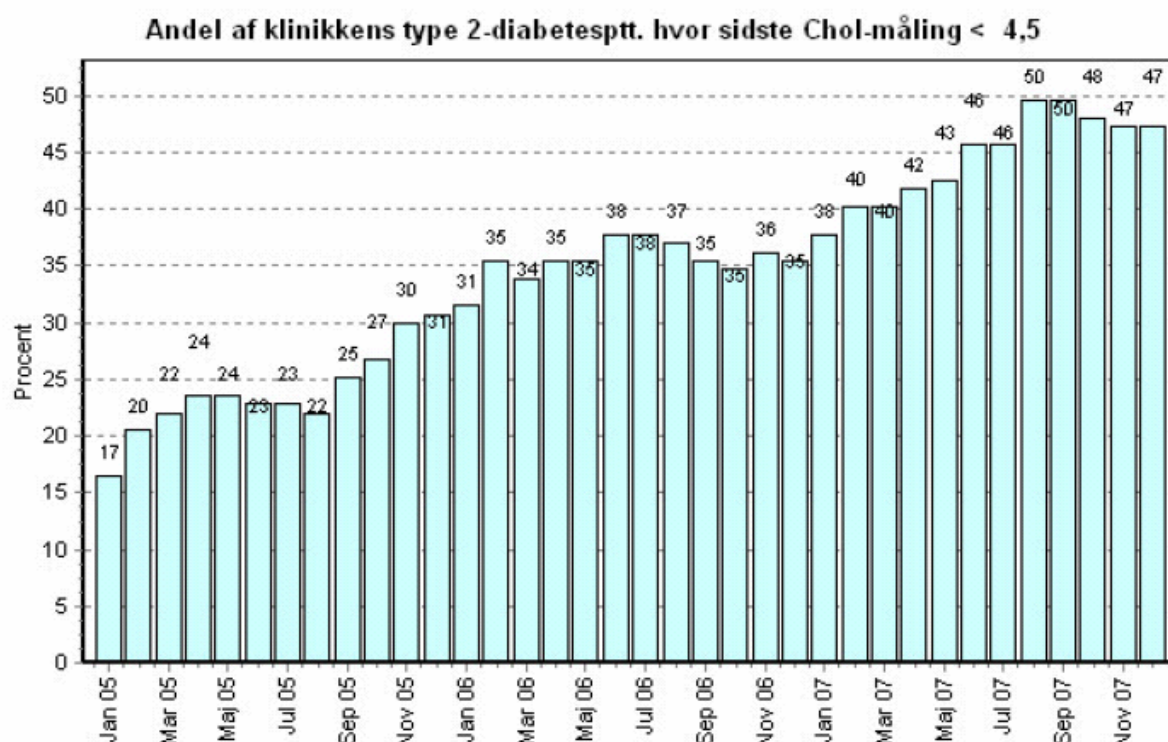
Den ovenstående graf tolker vi på den måde, at 86 % af vore pt. har været til kontrol indenfor det sidste år. Af udleverede data vedr. kolesterolmåling, ser det imidlertid ud til at 93,3 % af vore ptt. har været til årsskontrol. Denne del omfatter sandsynligvis også andre patienttyper, som f.eks. hjerte-karpatienter, hvorfor procenten på 93 er højere end de 86.

Vi har arbejdet meget målbevidst på at forbedre den glycemiske kontrol. Nedenstående kurve har vi valgt til at vise noget om vores forbedringsindsats.



Ovennævnte graf viser at 58 % af vore ptt. har et HbA1c < 7 mmol/l, hvilket er idealmålet for HbA1c. Af udleverede data, fremgår det imidlertid, at 80 % af ptt. har HbA1c < 7 mmol/l. Forskellen må igen tilskrives kontrol andre steder, fraflytning, fejlregistrering m.m.

Vore resultater mht. kolesterol har gjort os bevidste om, at det er vigtigt at optimere indsatsen på netop dette område (konkret betyder det sandsynligvis, at alle vore type 2 ptt. skal have kolesterolsænkende medicin).



### Afprøvede / implementerede forandringer

Vores ændrede organisering af behandlingen/kontrollen, har medført, at vi ser en større andel af vore ptt. mere regelmæssigt. Rutinekontrollen varetages af sygeplejersken, som sikrer, at inden ptt. forlader konsultationen, får en ny tid til kontrol. Dette understøttes af et nyfremstillet udvidet aftalekort, som også indeholder oplysninger om, hvilke forberedelser pt. skal gøre inden fremmødet.

Samtidig har vi rettet opmærksomheden imod betydningen af, at der opstilles behandlingsmål – dette for at sikre en optimal behandling. Som noget nyt, foreligger HbA1c-resultatet nu ved rutinekontrollen, således at man hver gang kan forholde sig til, om de opstillede mål er nået og evt. hurtigt kan ændre behandlingen.

Vi har lavet beskrivelse af proceduren ved hhv.:

- nyopdaget diabetes- rutinekontrol
- årskontrol

Alle i huset har en lamineret procedurebeskrivelse liggende for at sikre en ensartet arbejdsgang.

### Med patientens øjne

Stort set oplever vi at ptt. er tilfredse med den lidt strammere struktur. Det har dog ikke været helt uproblematisk at ændre strukturen – enkelte ptt. har udtalt: "Skal jeg aldrig ind til lægen mere?"

Generelt har den ændrede arbejdsprocedure øget patienternes opmærksomhed i forhold til at komme til kontrol.

Patienterne giver udtryk for tilfredshed med at de til hver kontrol, får dato for den næste kontrol og at der også samtidig er gjort opmærksom på, hvilken slags kontrol det er (rutinekontrol/årskontrol). Hvad der skal ske ved kontrollen, hvad de skal medbringe m.m.

### **Vigtigste læring i forhold til type 2 diabetes**

Den faste struktur, har givet større overskud og overblik for behandlerne mhp. at holde dagsordenen i konsultationen.

Vores beskrivelser af arbejdsgange har givet ro i den enkelte konsultationssituation.

Også de ptt. interviews vi i starten af projektet lavede, har givet os mange gode ideer til ændringer, f.eks. strammere struktur og ensartethed blandt alle behandlere i klinikken.

### **Kommentarer til forbedringsarbejdet**

Når det har været muligt, har vi afsat tid ugentligt til projektet. Travlhed og sygdom har indimellem umuliggjort dette.

Det er vigtigt ved opstart af nye projekter, at man forsøger at vurdere arbejdets omfang og afsætte den fornødne tid til det.

Der har løbende været orientering til resten af huset, dels på personalemøder og dels skriftligt.

Beskrivelserne af de enkelte arbejdsgange, har givet større indblik i og forståelse for hinandens arbejdsområder.

### **Erfaringer i at arbejde med Gennembrudsprojektets metoder**

*(Forberedende arbejde, målformulering, læringsseminarer, forandringskatalog, PDSA-test, gennembrudsforum, målinger og grafer, vejledning fra projektsekretariatet)*

Vi har afprøvet PDSA-testen, men det har ikke været uden vanskeligheder. Det har været tidskrævende og meget anderledes at arbejde så teoretisk, når man er vant til det mere praktiske. Vi har dog fået mod på at bruge den i fremtidige projekter.

Vi har jævnligt været på [www.diabetes.gennembrudsforum.dk](http://www.diabetes.gennembrudsforum.dk) og er også blevet inspireret af vore kollegers ideer og tiltag.

De 3 læringsseminarer, som har været omdrejningspunktet i projektet, har været meget givtige.

Hele projektet har medvirket til en kraftig styrkelse af vores samarbejde på tværs af faggrupper i klinikken.

### **Det videre arbejde...**

Planen er at arbejde målrettet videre med vores behandling – der er stadigvæk et forbedringspotentiale, specielt omkring kolesterolbehandlingen.

Vi har, af de tilsendte grafer, fået god støtte i den daglige behandling og vil forsat bruge de fremtidige grafer som arbejdsredskab.

# Lægerne i Silkeborg

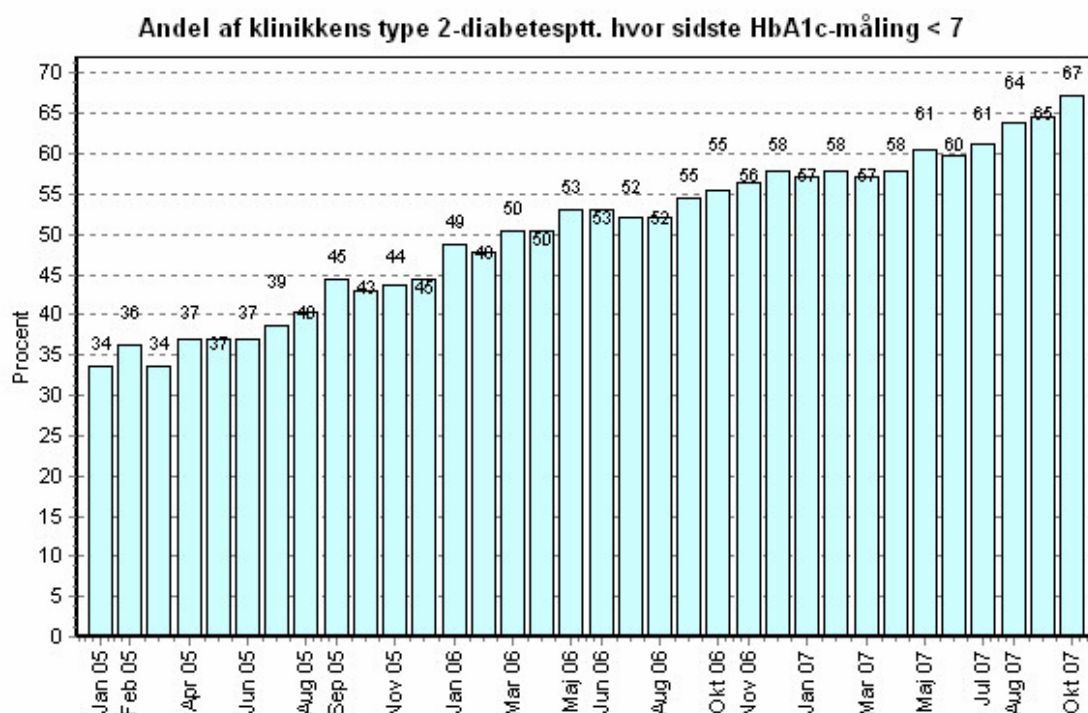




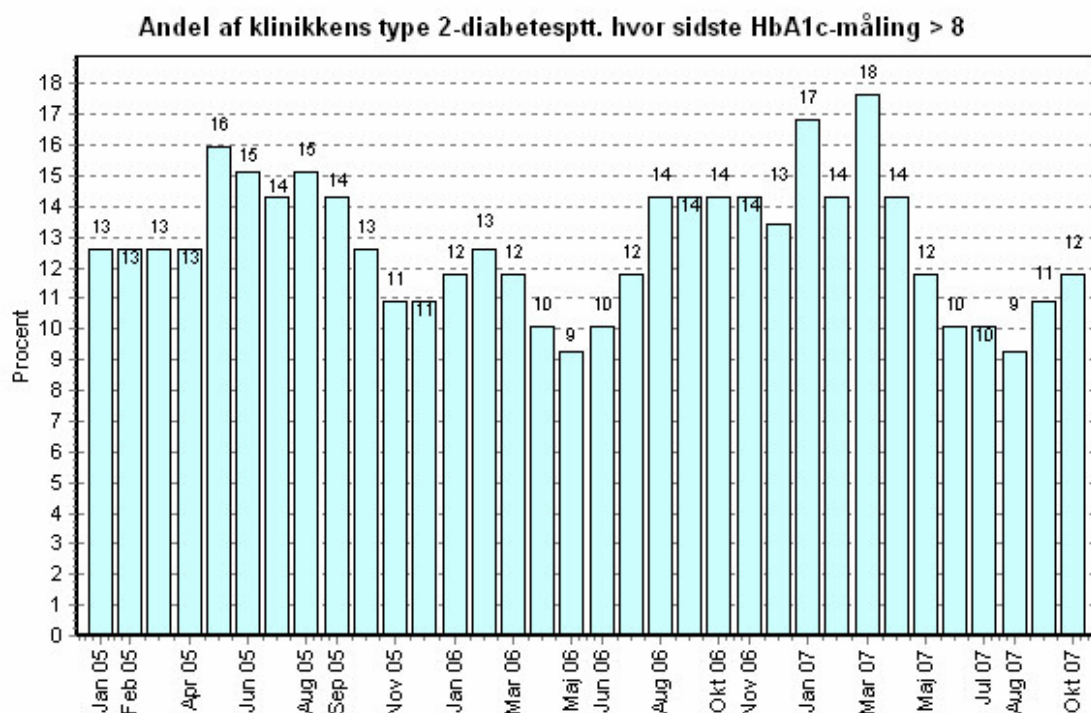
## Afsluttende statusrapport i projekt Styr på diabetes 2

<b>Team</b>	Lægerne På Torvet Torvet 9, 1. 8600 Silkeborg
<b>Teammedlemmer</b>	Læge Søren Prins, <a href="mailto:doc.torvet9@inet.unic.dk">doc.torvet9@inet.unic.dk</a>  Sygeplejerske Dorte Landkildehus
<b>Beskrivelse af almen praksis og patientgruppe</b>	Praksis har 4800 patienter, heraf 126 med type 2 diabetes. Klinikken er normeret til 3 læger, men fungerer fra 1.8.2007 som delepraksis med 4 læger. Der er ansat 2 sekretærer og 1 sygeplejerske samt 1 uddannelseslæge. Indtil vi indgik i projektet stod lægerne for al behandling og kontrol af diabetespatienter bortset fra blodprøvetagning. Vi har tidligere deltaget i Addition-projektet, der handlede om opsporing af personer med udiagnosticeret diabetes.
<b>Resumé af resultater</b>	
Vi har generelt fået bedre styr på diabetes. Vi har øget antallet af kontroller og patienterne er generelt blevet lidt bedre reguleret.	
<b>Lokal målsætning og lokale mål</b>	
Vi har for nylig deltaget i et projekt om opsporing af diabetes og har derfor valgt ikke at have dette som indsatsområde i det nuværende projekt.	
<p>Resultatmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reduktion af andelen af diabetespatienter med HbA1c &gt; 7 på 25 %</li> </ol> <p>Til opnåelse af dette har vi lavet følgende procesmål:</p> <p>A: Alle patienter med HbA1c &gt; 7 skal motiveres til og tilbydes intensiveret behandling.</p> <p>B: Alle patienter med HbA1c &gt; 7 møder til kontrol hver 3. måned, med mindre andet er aftalt.</p> <p>C: Der skal aftales individuelle behandlingsmål for patienter med type 2 diabetes.</p> <p>D: For at styrke patienternes egenomsorg indføres "Min egen journal" hvor behandlingsresultaterne indføres.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Alle patienter med nyopdaget type 2 diabetes skal gennemgå et oplæringsforløb, der sætter dem i stand til at varetage egenomsorg.</li> <li>3. Alle patienter med BT &gt; 130/80 behandles m.h.p. at nedsætte BT Procesmål A: BT måles ved hver diabeteskontrol.</li> <li>4. Alle diabetespatienter med totalcholesterol &gt; 4,5 er blevet tilbudt statinbehandling.</li> </ol>	

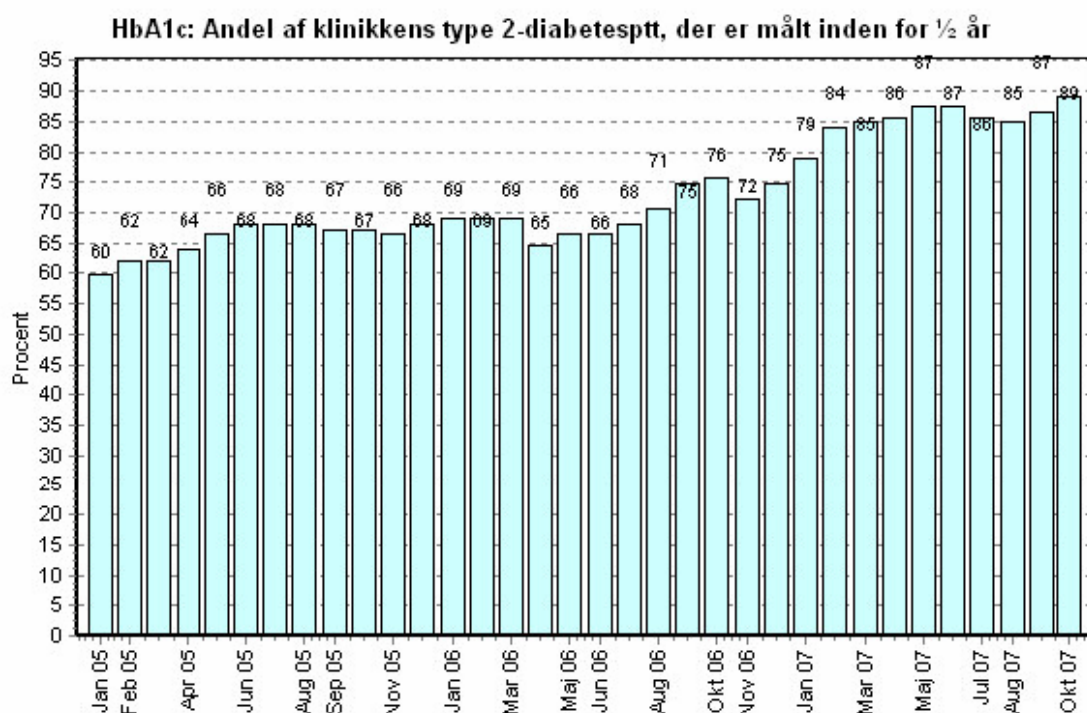
## Resultater, målinger og dokumentation



Graf nr. 1: Vores mål om at nedbringe antallet af patienter med HbA1c > 7 med 25 % er næsten opfyldt. Fra januar til oktober 07 ses en reduktion på 23 %. Der ses en lignende ændring i 2005, mens det har været mere stabilt i 2006.

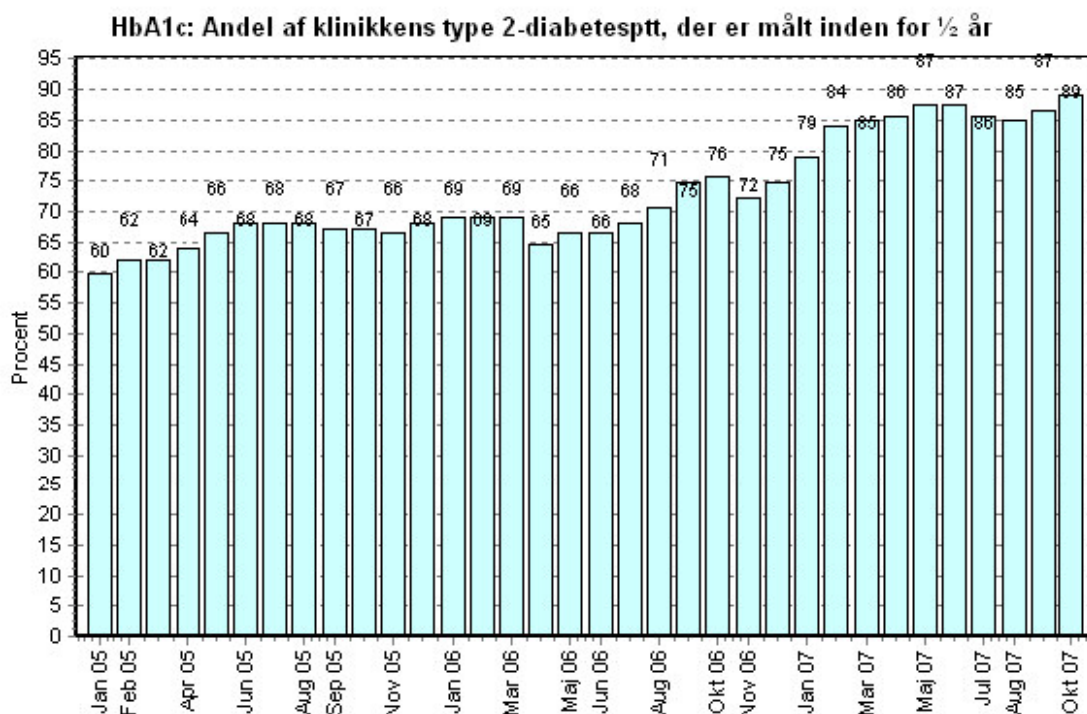


Graf nr. 2: Her er resultaterne opgjort for gruppen med den største risiko. En nærmere analyse har vist, at det ikke altid er de samme patienter, der har en høj HbA1c. 6 patienter har fået målt en HbA1c > 8 to eller flere gange indenfor det sidste år.



Graf nr. 3: Vi har øget antallet af diabeteskontroller fra 243 i perioden januar til oktober 2006 til 327 i samme periode i 2007.

Det øgede antal kontroller afspejles bl.a. i andelen af patienter, der har fået målt Hba1c indenfor det seneste ½ år.



## Afprøvede / implementerede forandringer

Vi har ændret vores **tilrettelæggelse af diabeteskontrollerne**. Tidligere kom patienterne ind til lægen, som hørte til hvordan det gik med de aftaler der var indgået siden sidst, målte blodtryk, tog blodprøver m.m. Patienterne ringede så en uges tid efter og fik svar på blodprøverne, og aftaler om antidiabetisk og kolesterolsænkende medicin blev derfor ofte indgået pr. telefon.

Nu kommer patienterne i stedet ind til sygeplejersken, som tager blodprøver, måler blodtryk og vægt (og ved årskontrollerne også fod undersøgelse osv.). Dernæst kommer patienten ind til lægen en uges tid senere, når alle prøvesvarene forligger. I denne forbindelse har sygeplejersken været på besøg i diabetesambulatoriet, og vi har lavet intern undervisning.

Både vi og patienterne har oplevet det som en stor fordel, at have alle undersøgelserne klar, når patienten kommer, så konsultationen hos lægen bliver mere kvalificeret, og vi har bedre tid til at tale med patienterne om alle de væsentlige ting.

Tidligere aftalte vi med patienterne, at de skulle bestille **tid til en ny kontrol** efter 3 måneder. Det viste sig, at mange glemte kontrollerne, eller i bedste fald først begyndte at tænke på det, når de tre måneder var gået, så de i realiteten kun kom ca. 3 gange om året. Vi har derfor indført, at patienter i stedet får en ny tid til næste kontrol med ved hvert besøg. På den måde bliver vi også opmærksomme på hvis der er nogen, der glemmer det.

For at styrke patienternes **egenomsorg** ved at give bedre indblik i de forskellige "tal" vi måler, begyndte vi at bruge folderen "**Min egen journal**" fra DSAM. Heri indføres værdierne for vægt, blodtryk, de forskellige blodprøver m.v. hver gang, så patienten har samme mulighed for at følge med udviklingen som vi har.

Vi har hentet et **risikoberegningsprogram** fra UKPDS hvor patienterne ved hjælp af tal og søjlediagrammer kan se hvad deres risiko for hjerte-kar-sygdomme er og hvordan det ændrer sig, når de når det behandlingsmål, der er fastsat.

## Med patientens øjne

Nogle få patienter (især de erhvervsaktive) har været utilfredse med at skulle komme en ekstra gang for at få taget blodprøver før hver kontrol, men de fleste har oplevet det som en forbedring, at resultaterne ligger klar, når de kommer ind til lægen.

Vi har fået en del positive tilbagemeldinger på "min egen journal", idet mange er glade for at kunne følge med i tallene på denne måde.

## Vigtigste læring i forhold til type 2 diabetes

Det har givet nogle bedre konsultationer, at vi hver gang har alle prøvesvar klar inden patienten kommer til konsultation. Det har nok overrasket os lidt, at en del patienter kom ret sjældent til kontrol. Vi har gode erfaringer med, at de nu får en ny tid med efter hver kontrol.

## Kommentarer til forbedringsarbejdet

Vi har en ugentlig lægekonference på 1 time, hvor vi har diskuteret forandringstiltagene i hele lægegruppen.

Dertil har vi afsat tid indenfor normal arbejdstid til uddannelse af vores sygeplejerske og hun har været en dag på diabetesambulatoriet.

## Erfaringer i at arbejde med Gennembrudsprojektets metoder

*(Forberedende arbejde, målformulering, læringsseminarer, forandringskatalog, PDSA-test, gennembrudsforum, målinger og grafer, vejledning fra projektsekretariatet)*

Vi har været glade for at arbejde med PDSA-test systemet, hvor forandringstiltag afprøves på nogle få patienter og dernæst på en lidt større gruppe, inden de implementeres i hele klinikken. Herved adskiller metoden sig også nok mest fra andre kvalitetssikringsmetoder. Vi har naturligvis også fået meget ud af at lave en diabetesdatabase og følge udviklingen på diverse grafer samt at tale med kolleger på læringsseminarerne.

Vi har ikke brugt gennembrudsforum ret meget. Det passer nok ikke til vores måde at arbejde på at have et debatforum på nettet.

Dette projekt har haft en meget kort tidshorisont i forhold til de reelle forhold, hvor vi jo kun ser diabetespatienterne 4 gange om året.

## Det videre arbejde...

Vi vil først og fremmest evaluere de forandringer, vi har implementeret, og justere dem løbende. Dernæst har vi en drøm om at starte insulinbehandling i eget regi. Vi havde egentlig håbet på at komme i gang i projektperioden, men der viste sig at være meget få patienter, der skulle skifte til insulin i denne periode.

# Lægerne Nordre Strandvej





## Afsluttende statusrapport i projekt Styr på diabetes 2

<b>Team</b>	Lægerne Nordre Strandvej 101, Nordre Strandvej 101, 8240 Risskov Telefon: 8617 77 88 E-mail: <a href="mailto:Stokvad@dadlnet.dk">Stokvad@dadlnet.dk</a>
<b>Teammedlemmer</b>	Klinisk Koordinator: Birgit Roed Jensen  Speciallæge i Almen Medicin: Peter Stokvad, kontaktperson
<b>Beskrivelse af almen praksis og patientgruppe</b>	Vores praksis, er en kompagniskabspraksis med 2 læger og 2 sekretærer. Der er i skrivende stund over 3000 personer tilknyttet vores praksis. Halvdelen af vores praksis har deltaget i projektet; "Styr på Diabetes", hvilket har omfattet godt 30 patienter med Type 2 sukkersyge
<b>Resumé af resultater</b>	
<p>Vi har overblik over vores diabetes patienter idet samtlige data nu er tilgængelig i Excel. En patient ("velkomst-") pakke med kontaktdata til. øjenlæge, fodterapeuter, diabetesforening, samt diabetesdagbog.</p> <p>Skriftlig instruks for nyopdagede diabetes er under implementering. Der er ligeledes fast procedure for 3 måneders og års-kontroller.</p>	
<b>Lokal målsætning og lokale mål</b>	
<p>Standardisering af patient forløb med baggrund i blandt andet DSAM's Vejledning for Type 2 diabetikere. Herunder instruks for blodprøvekontrol, kvartals- og årskontroller, indkaldelse til undersøgelser, og oversigt over mulige samarbejdspartnere (fodterapeuter etc.)</p> <p>Skabe overblik over patientpopulationen. Herunder identifikation af patienter via T90 ICPC – kodning af klinikkens T2DM – patienter.</p> <p><b>Resultatmål 1:</b> Vi skal have overblik over vores diabetes pt. Pt. får den optimale medicinske beh.</p> <p>Procesmål 1A: Vi skal have kodet vores diabetes pt.</p> <p>Procesmål 1B: Overblik over vores diabetes pt. behandling</p> <p>Procesmål 1C: Blodtryksmålinger føres i laboratorieskema, for at lette informationssøgning/-overblik.</p> <p><b>Resultatmål 2:</b> Alle pt. med diabetes II skal komme til kontrol her hver 3. mdr. samt årskontroller forudgået af blp. hos personalet 5 dage før.</p> <p>Procesmål 2A: Alle patienter skal have en ny tid til næste kontrol inden de forlader klinik.</p> <p>Procesmål 2B: Vi vil have blp. profiler vedr. rutinemæssige blp. Til 3 mdr. og årskontroller i webRreg.</p> <p><b>Resultat mål 3:</b> Nyopdaget diabetes pt. følger en "køreplan".</p> <p>Procesmål 3A: Alle nyopdagede T2DM patienter udredes med "årskontrolprofil".</p>	

## Resultater, målinger og dokumentation

Det overordnede resultat er at vi har fået ændret på arbejdsformen i klinikken i retning af team-struktur, at få lagt vores indsats i fastere rammer, at ændre fra akutfunktions-tilbud til også at kunne håndtere "kronikere."

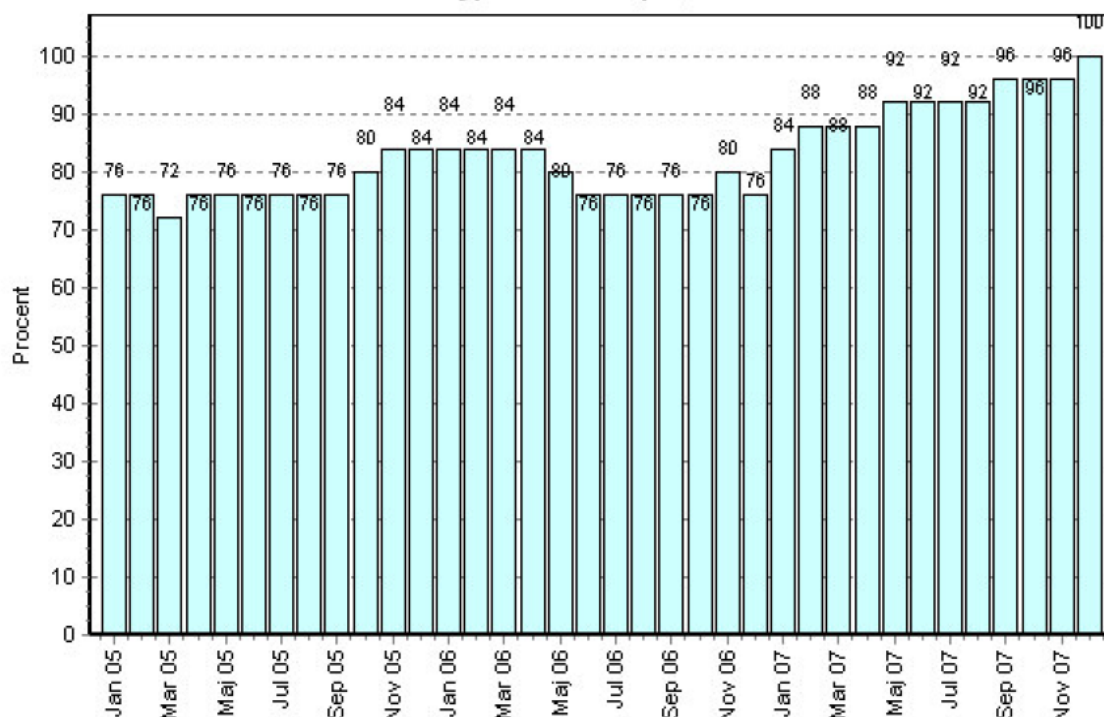
### Ad. resultatmål 1:

Vi har fået kodet diabetes pt. med T90. Vi har kodet alle diabetes pt. i regneark (Excel)  
F.eks. blodprøve BT og lignende. PDSA til dette fremover, samt ved DM kontroller 2 år bagud i tid.

### Ad. resultatmål 2:

Nedenstående tabel viser, at alle vore ptt. med diabetes type 2 har været til kontrol indenfor et år, hvilket er opnået i projektperioden.

**HbA1c: Andel af klinikkens type 2-diabetespt., der er målt inden for 1 år**



### Ad. resultatmål 3:

Vi vil udarbejde en skabelon for udredning, information og behandlingsmuligheder for den "ikke-"/nyopdagede T2DM. "Årskontrolprofil" er oprettet for alle nyopdagede patienter med diabetes 2.

## Afprøvede / implementerede forandringer

Alle patienter, der indgik i projektperioden kodes efter ICPC.

Samtlige patientdata er registreret i Excelprogram (MedWin).

Alle "nyere" T2DM patienter får udleveret "velkomstpakke".

Der foreligger "nye" blodprøve værdier ved diabeteskontrollerne.

Vi har standardiseret 3 måneder- og årskontroller hos T2DM.

## Med patientens øjne

Patienter oplever at de "kommer i centrum" at "der bliver taget hånd om deres situation/sygdom", "At de bliver taget alvorligt"

## Vigtigste læring i forhold til type 2 diabetes

Overblik – overblik – overblik.

At klinikken får struktureret, og ensartet kontakten og omgangen med T2DM – patienter (Teamstruktur).

<p>Dette fælles mål, holdninger og værdier. Dette vil efter bedste vurdering blive en fordel for fremtidigt arbejde med andre "kronikere".</p>
<p><b>Kommentarer til forbedringsarbejdet</b></p>
<p>Det har været svært at nå hvad vi gerne ville, ofte er planlagt møde aflyst ved eks. sygebesøg, eller generel travlhed.  Det har krævet at vi skulle lære os selv at bruge tid på "ikke akut klinisk arbejde"</p>
<p><b>Erfaringer i at arbejde med Gennembrudsprojektets metoder</b>  <i>(Forberedende arbejde, målformulering, læringsseminarer, forandringskatalog, PDSA-test, gennembrudsforum, målinger og grafer, vejledning fra projektsekretariatet)</i></p>
<p>Vi var ikke deltagende i projektet omkring opstartsfasen, hvorfor vi aldrig fik klargjort hvad vi ville med projektet, om vi overhovedet kunne tilpasses projektstrukturen. Klinikken havde ikke erfaring fra tidligere projektarbejde.</p> <p>Ved at bruge PDSA test, er det overskueligt med nye forandringstiltag/arbejdsgange. Vi har i perioden lavet 11 PDSA'r. Vi er sågar begyndt at tænke/bruge PDSA – cirklen i anden arbejdsmæssig sammenhæng.</p> <p>Vi holder os selv fast i de planlagte opgaver.</p> <p>Det har været omstændeligt at bruge Gennembrudsforum specielt i begyndelsen af projektet.</p>
<p><b>Det videre arbejde...</b></p>
<p>Vi vil i klinikken udfærdige behandlingsinstrukser, der beskriver behandling/kontrol af T2D, på sigt endvidere en række kroniske sygdomme.  Klinikkens øvrige partnere følger de behandlingsinstrukser der er for T2D.</p>



# Lægerne Bøsbrovej





## Afsluttende statusrapport i projekt Styr på diabetes 2

<b>Team</b>	<p>Lægerne Bøsbrovej Bøsbrovej 42 8900 Randers Tlf.: 86401700 E-mail: <a href="mailto:BBvej@inet.uni2.dk">BBvej@inet.uni2.dk</a></p>
<b>Beskrivelse af almen praksis og patientgruppe</b>	<p>Beliggende i Vorup, en sydlig bydel i Randers i en ældre byejeendom fordelt på 2 etager med handicapadgang i stueetagen. Startede i 1988. 3500 gruppe 1 patienter og få gruppe 2. Sammensætningen er mange unge kvinder, børn og en del indvandrere og flygtninge. Forholdsvis få ældre. Vi er 2 læger, 2 sekretærer (deltid) og 1 sygeplejerske (deltid). Er ved at ansætte endnu en sygeplejerske (deltid). Desuden læger under uddannelse til speciallæge i almen medicin og turnuslæger. Vi har i øjeblikket 66 patienter med type 2 diabetes.</p>
<b>Resumé af resultater</b>	
<p>Vi har opnået bedre overblik over vores diabetespatienter ved hjælp af både diagnosekodning og systematisk dataregistrering.</p> <p>Sygeplejerske uddannet til diabeteskontrol. Nu "shared care". De nye principper implementeret i klinikken.</p> <p>Brug af risc engine til risikovurdering =&gt; øget behandling med statin.</p> <p>Efter hver patientkontakt gives nu konsekvent ny tid med det samme. Højrisikopatienter indkaldt pr. brev.</p>	
<b>Lokal målsætning og lokale mål</b>	
<p><b>Målsætning:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vi vil i projektperioden synliggøre vores indsats mht. type 2 diabetes, samt forbedre indsatsen i henhold til gældende vejledninger. Vi vil have fokus på at nedbringe værdierne for HbA1c, blodtryk og kolesterol.</li> <li>• Vi vil anvende projektet til indkøring og etablering af nye rutiner i arbejdsfordeling læge – sygeplejerske.</li> </ul> <p><b>Resultatmål 1:</b> <i>At 90 % af patienter med type 2 diabetes har HbA1c &lt; 8.</i></p> <p>At alle med type 2 diabetes og HbA1c &gt; 8 identificeres og inviteres til særlig konsultation mhp. optimering.</p> <p>Procesmål: 1a: At alle med type 2 diabetes ICPC-kodes. 1b: At statistikmodulet kommer til at fungere. 1c: At 95 % møder til 4 kontroller årligt. 1d: At flere med type 2 diabetes tilbydes insulinbehandling. 1e: At diætisthenvisning gentages efter 2-3 år.</p> <p><b>Resultatmål 2:</b> <i>At 90 % af patienter med type 2 diabetes har s-cholesterol &gt; 4,5.</i></p> <p>Procesmål: 2a: At vi anvender en "diabetesskabelon" i journalen mhp. BT, vægt, blodprøver (herunder kolesterol) for at opnå bedre overblik. 2b: At alle med type 2 diabetes og hyperlipidæmi tilbydes statinbehandling.</p>	

<p><b>Resultatmål 3:</b>  <i>At 80 % af patienter med type 2 diabetes har BT &lt; 130/80.</i></p> <p>Procesmål:  3a: At patienterne få udleveret "Din egen journal" og formulerer egne mål.</p>
<b>Resultater, målinger og dokumentation</b>
<p><b>Resultatmål 1:</b>  Vi har i øjeblikket 84 % med HbA1c &lt; 8. Der kan ikke påvises forbedringer i projektperioden.</p> <p>Vi har nu en liste over alle med type 2 diabetes og alle, der i øjeblikket har HbA1c &gt; 8. Vi har lavet et standardbrev med indkaldelse til konsultation til de patienter, der ligger for højt. Det har været aktuelt i 2 tilfælde, hvor begge patienter har reageret positivt og er mødt op. I de øvrige tilfælde følges patienterne på sygehuset eller er ude at rejse.</p> <p>Procesmål:  1a: Alle med type 2 diabetes er nu kodet.  1b: Vi kan nu bruge statistikmodulet på mange måder, men der er stadig noget tilbage at ønske, som sammenkøring af lister.  1c: 87 % har været til kontrol inden for 4 måneder. Vi regner med, at det større overblik vil have gavnlig effekt også her. Har desuden lavet et brev ang. kontroller, som er sendt ud til alle patienter med type 2 diabetes. Vil også lave standardbrev til udeblevne patienter.  1d: Indtil videre har vi selv startet 1 ptt. op med insulin.</p> <p><b>Resultatmål 2:</b>  Vi har foreløbigt nået 51 %, hvilket er en markant forbedring. Vi vil fortsat sætte fokus på dette mål for diabetespatienterne.</p> <p>Procesmål:  2a: Vi har lavet opsætning i lab.skema, så alle værdier, der er relevante i forbindelse med diabetes registreres her. Det giver bedre overblik også over udvikling fra gang til gang.</p> <p><b>Resultatmål 3:</b>  Vi havde i august 37 % med diastolisk BT over 80. Vi fokuserer på dette mål, men har ikke lavet nye målinger.  3a: En del patienter bruger "Din egen journal", men vi har ikke målt på dette.</p>
<b>Afprøvede / implementerede forandringer</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brug af lab.skema til diabetisk dataoverblik.</li> <li>2. At patienterne møder op til svar på prøver, så der er bedre mulighed for forandringstiltag.</li> <li>3. Vi er begyndt selv at måle micro-albumin med stor succes. Det bevirker dog fejl i opgørelsen fra regionen vedr. albumin/creatinin ratio.</li> </ol>
<b>Med patientens øjne</b>
<p>Patienterne er generelt positive overfor den øgede fokus på diabetes og møder til de ekstra kontroller. Nogle få synes, det er for meget at skulle møde 2 gange.</p>
<b>Vigtigste læring i forhold til type 2 diabetes</b>
<p>Den systematiske tilgang fanger patienter, man ellers ville have overset, og som ikke kommer af sig selv. Fokus på én risikofaktor øger opmærksomheden på andre. Ex. Risc Engine.</p>
<b>Kommentarer til forbedringsarbejdet</b>
<p>Svært at finde tid til systematisk arbejde i en travl hverdag. For få hænder. Det statistiske arbejde har været meget tidskrævende. Skyldes manglende funktion af Medwin!! Efter ændring og brug af Excel-ark og "håndkraft" er der skaffet bedre overblik.</p> <p>Sygeplejersken har nu overtaget flere af kontrollerne. Overordnet er personalegruppen blevet ændret, idet der er reduceret til 2 deltidsekretærer, og der ansættes ekstra sygeplejerske pr. 1/1-08.</p>

## **Erfaringer i at arbejde med Gennembrudsprojektets metoder**

*(Forberedende arbejde, målformulering, læringsseminarer, forandringskatalog, PDSA-test, gennembrudsforum, målinger og grafer, vejledning fra projektsekretariatet)*

Samspeilet i klinikken mhp. at udarbejde forandringstiltag og sammenholde disse med andre på læringsseminarer har været inspirerende.

Graferne har ofte været til inspiration.

PDSA-tests er ikke blevet brugt systematisk, da vi i starten oplevede det som meget tidskrævende. Retrospektivt har vi dog haft gavn af tankegangen.

Metoden kan bruges, men det kræver stor motivation og tålmodighed i starten, idet man ikke ser nogen større effekt af de tiltag, man overvejer/udfører.

## **Det videre arbejde...**

Vi kunne godt tænke os, at vi fra regionens database fik tilsendt nogle grunddata illustreret som de fremsendte grafer.

Vi vil arbejde videre med at opnå vores resultatmål.

Vi overvejer at bruge projektmetoden på andre kroniske lidelser.



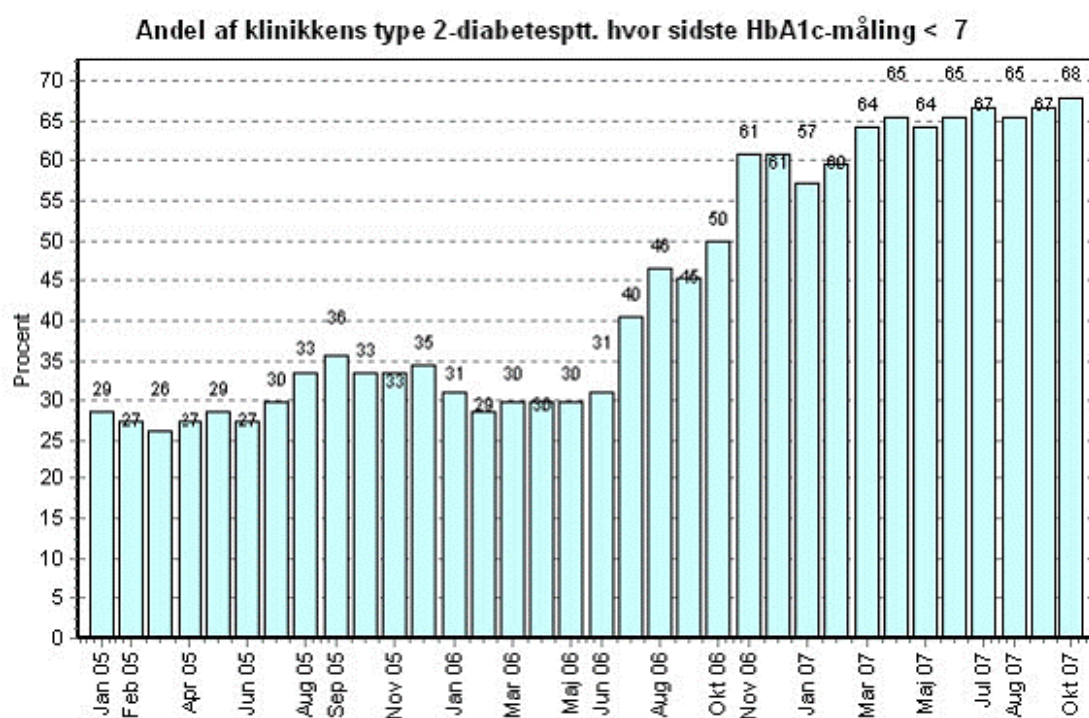
# Læge Nikolaj Evaldsen





## Afsluttende statusrapport i projekt Styr på diabetes 2

<b>Team</b>	Nikolaj Evaldsen Banegårdspladsen 10, 2. sal, 8000 Århus C Tlf. 86 12 17 36 <a href="mailto:evaldsen@dadlnet.dk">evaldsen@dadlnet.dk</a>
<b>Teammedlemmer</b>	Læge Nikolaj Evaldsen  Sygepl. Trine Hahn, <a href="mailto:trinehahn@hotmail.com">trinehahn@hotmail.com</a> (Kontaktperson)
<b>Beskrivelse af almen praksis og patientgruppe</b>	Solopraksis, én sygeplejerske på fuldtid. Ca. 1750 ptt. Heraf ca. 80 ptt. med type II, diabetes. Arbejdsfordelingen er tilrettelagt således at ptt. kommer til blodprøvetagning hos sygeplejerske en uge før konsultationen hos lægen.
<b>Resumé af resultater</b>	
Et af de væsentligste resultater er, at vi har fået et tilfredsstillende overblik over klinikens diabetes type II ptt. Praksis var overtaget 1 år forinden projekt-start, og vi havde derfor brug for at få redskaber og idéer til et struktureret "diabetes-program" m.h.t. udredning, forløb og behandling.	
<b>Lokal målsætning og lokale mål</b>	
<p><b>Målsætning:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. at få totalt overblik / styr på vores diabetes patienter.</li> <li>2. at optimere udredning, forløb og behandling af vores type II- ptt., så de opfylder standarderne for behandling af diabetes type 2.</li> </ol> <p><b>Resultatmål 1:</b> <i>Mere end 70 % af alle ptt. Med type II, har HbA1c mindre end 7,0</i></p> <p>Procesmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 A: alle ptt. kommer til rutinetjek hver 3 mdr.</li> <li>1 B: alle som udebliver ringes op indenfor en uge.</li> <li>1 C: alle følger praksis' vejl. om diabetes.</li> </ol> <p><b>Resultatmål 2:</b> <i>Mere end 90 % har BT lavere end 140/90</i></p> <p>Procesmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2 A: alle ptt. Får målt BT hver 3. mdr.</li> <li>2 B: alle følger praksis' vejl. om hypertension.</li> </ol> <p><b>Resultatmål 3:</b> <i>Mere end 90 % af ptt. Har et total-cholesterol mindre end 5,0</i></p> <p>Procesmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3 A: alle ptt. får målt kolesterol hver. 3 mdr. med fasteblpr.</li> <li>3 B: alle følger praksis' vejl. om kolesterol.</li> </ol>	
<b>Resultater, målinger og dokumentation</b>	
<p><b>Resultatmål 1:</b> I nedenstående tabel vises udviklingen i andelen af ptt., hvor HbA1c værdien er &lt; 7,0.</p>	



Det fremgår af tabellen, at knap 70 % af ptt. har et HbA1c < 7,0

#### Resultatmål 2:

Der foreligger p.t. ingen mulighed for at evaluere på dette mål, da vi i praksis ikke er færdige med at indføre BT-resultater i lab-skemaet.

#### Resultatmål 3:

Målet var, at 90 % af ptt. havde kolesterol < 5,0. Resultatet er, at kun 45 % af ptt. har kolesterol < 5,0.

Evaluering: Vi har ikke nået vores mål, hvilket ikke er tilfredsstillende. Der vil i fremtiden blive sat mere fokus på denne opgave. At vi ikke har nået målet viser måske, at vi har sat for mange både i søen på en gang!

I forhold til vores procesmål så kommer patienterne til kontrollerne. Det er et resultat af, at vi er mere opmærksomme på at få aftalt ny tid til næste kontrol, inden de går ud af døren. Kun ganske få glemmer aftalen, og alle som udebliver ringes op.

### Afprøvede / implementerede forandringer

Et vigtigt tiltag var, at der blev lavet en liste over alle type II-ptt. Listen udarbejdede vi særskilt ud fra vores lægesystem, der desværre ikke kunne udarbejde en liste der var overskuelig. Denne liste gav os en brugbar oversigt, hvor vi hurtigt kunne tjekke hvilke ptt., der evt. ikke havde været til rutinetjek hver 3 mdr..

Vi udarbejdede et standardbrev til patienter, der udeblev eller glemte at få en ny tid. Evalueringen viste, at brevet var en tidsrøver, og det var langt bedre at ringe til patienterne. For det første kunne vi straks aftale tid med dem og samtidig informere dem om, hvis de f.eks. skulle have urinprøve med.

Vi udarbejdede en genial tjekliste, der giver et overblik over hvilke undersøgelser, blodprøver, fodterapeut m.v., som patienterne skal til. Listen gennemgår vi sammen med ptt., og listen er tilgængelig i den elektroniske journal.

### Med patientens øjne

Vi oplever, at ptt. er tilfredse med vores struktur og at den større fokus har øget deres opmærksomhed / interesse for behandlingen, og hvilke tiltag de selv kan gøre.

<b>Kommentarer til forbedringsarbejdet</b>
<p>Praksis havde, i starten af projekt-perioden, en vakant lægesekretær-stilling. Der har hersket stor travlhed i klinikken, og det har desværre påvirket projekt-arbejdet. Der har ikke været den fornødne tid til bl.a. at bruge Gennembrudsforum og derigennem få idéer til nye tiltag m.m..</p> <p>MEN – trods de manglende ressourcer til at få givet tilbage-meldinger til styregruppen, er vi meget opmærksomme på vores diabetes ptt. i dagligdagen. Og processen fortsætter i klinikken.</p>
<p><b>Erfaringer i at arbejde med Gennembrudsprojektets metoder</b>  <i>(Forberedende arbejde, målformulering, læringsseminarer, forandringskatalog, PDSA-test, gennembrudsforum, målinger og grafer, vejledning fra projektsekretariatet)</i></p>
<p>Det mest givende ved at arbejde med gennembrudsmetoden er vejledninger fra projektsekretariatet og ikke mindst lærings-seminarierne.</p> <p>Det sværeste ved arbejdet har været det lidt "tunge" og noget uoverskuelige arbejde med selve gennembrudsforums hjemmeside.</p> <p>Resultaterne som fremkommer, og som kan aflæses på de forskellige grafer, vi har fået tilsendt, giver praksis mulighed for løbende at kunne ændre og målrette behandling, såfremt det er nødvendigt for at opfylde de opsatte mål for type II – ptt.</p>
<b>Det videre arbejde...</b>
<p>Det er helt klart at der fortsat vil blive arbejdet målrettet i praksis med type II-ptt. Der vil fortsat komme nye tiltag og forbedringer. Der vil fremover indgå flere team-møder med opsummering af ptt. forløbene og udarbejdelse af nye grafer til det fremtidige evalueringsarbejde.</p>



# Lægerne Rådhuspladsen





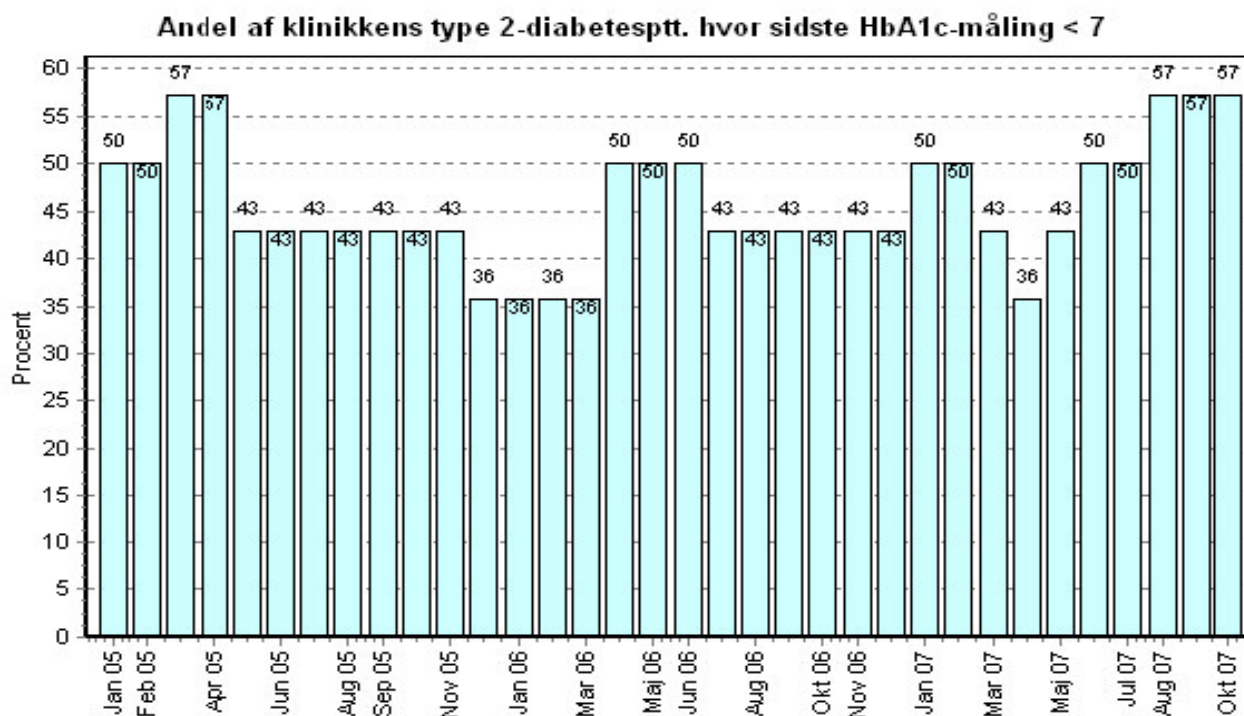
## Afsluttende statusrapport i projekt Styr på diabetes 2

<b>Team</b>	Lægerne Rådhuspladsen Læge Niels Guldager & Gitte Charlotte Aaen Rådhuspladsen 1, mezz. 8000 Århus C Tlf. 86 13 16 17 www.rp1.dk
<b>Teammedlemmer</b>	Sygeplejerske Camilla Havsteen Mail: <a href="mailto:sygeplejerske@rp1.dk">sygeplejerske@rp1.dk</a>  Læge Gitte Charlotte Aaen Mail: <a href="mailto:gitteaen@rp1.dk">gitteaen@rp1.dk</a>
<b>Beskrivelse af almen praksis og patientgruppe</b>	Ung kompagniskabs praksis Århus, under hastig vækst. Mange unge raske mennesker. Få ældre med kroniske sygdomme. God mulighed for god rationel behandling af de store grupper af kroniske sygdomme. 2700 patienter – kun få diabetes patienter - under 20. Dynamisk levende praksis, hvor der ikke er langt fra idé til afprøvning af denne, evaluering + indførelse af nye rutiner, der gavner alle medarbejdere i praksis samt bedre behandling af vores patienter. 2 læger, 1 sekretær, 1 sygeplejerske samt uddannelseslæge.
<b>Resumé af resultater</b>	
<p>Vi har fået et godt overblik over T2D ptt. gruppen i praksis.</p> <p>Ved start havde vi 14, vi troede, der havde T2D, og deres journaler blev gennemgået. Det viste sig, at kun 7 går i vores faste kontrol regi. 2 var valgt fra af anden læge i praksis. 1 var afsluttet, fordi han ikke havde T2D. 1 ældre ptt. får kun målt blodsukker, og ønsker ikke yderligere kontrol. 1 T2D er slet ikke registreret/oprettet i vores journalsystem. 1 går i diabetes ambulatorium. 1 er psykisk syg, hvor der nyligt er etableret et samarbejde med hjemmepleje + mobil lab med henblik på regelmæssige kontrol af T2D.</p> <p>De 6 nævnte patientforhold har påvirket vores grafer i en skæv retning, således at deres antal har fyldt relativt meget i ptt. andelen, og gjort det vanskeligt for os, at tolke målingernes udvikling i projektperioden.</p> <p>Vi er løbende blevet holdt til ilden af projektsekretariatet, som ved afslutningen af projektet har bedt os om nærmere at gennemgå de 6 patientforhold, der påvirker vores grafer.</p> <p>De 9 T2D vi har i fast forløb, kender vi. Når de udebliver ringes de op, eller der sendes brev til dem, hvor de anmodes om at aftale en ny tid for kontrolbesøg.</p> <p>Det er, og har været, et konstruktivt dialogforum/arbejdsforum, hvor vi konstant er blevet holdt til ilden – og indimellem syntes vi også, at det har været ret læsetungt at gennemskue vores grafer på egen hånd.</p> <p>Gode sparringspartnere mht. de fremtidige nye målsætninger med kronikker gruppen i almen praksis – samt holdt os fast i, at vi bør arbejde mere med individuelle behandlingsmål.</p>	
<b>Lokal målsætning og lokale mål</b>	
<p>Ved projektets start havde vi ingen fast praksis i håndteringen af T2D ptt.</p> <p>Vores målsætning var at skabe et overblik over denne ptt. gruppe og få den behandlet ned på et HgA1C &lt; 8. Derudover ønsker vi at indførte faste procedurer i vores kontrol og evt. tage kontakt til diabetes ambulatoriet med henblik på, at få flere T2D til at gå til kontrol hos os.</p> <p>Ved projektets start havde vi lige ansat en sygeplejerske, som skal være med til at forme vores T2D behandling.</p>	

## Resultater, målinger og dokumentation

I forhold til det lille antal diabetes type 2 ptt. i vores praksis, er en grafisk fremstilling af vores resultater meget sårbar, idet selv små ændringer kan fremstå meget markante i grafen. Den nedenstående graf er et eksempel på dette.

Grafen nedenfor viser en stigning i antal ptt. med HbA1c < 7 i projektperioden. Vi kender de ptt., der ligger over 7 og som er meget svært regulerbar og derfor trækker vores måling i den forkerte retning. Fordi en enkelt ptt. udgør en meget stor andel i procent, har vi i projektperioden valgt at fokusere mere på de enkelte ptt. end på graferne.



## Afprøvede / implementerede forandringer

Fast regelmæssige kontakt/kontrol til alle T2D. Det er lykkedes – dog har vi kun 9 T2D i kontrolforløb hos os (2 nyopdaget i projektperioden).

- Vi ved hvilke T2D ptt., der har forhøjet HgA1c, og hvem vi kan kontrollere med 6-12 måneders intervaller.
- Vi har aftalt standardiseret behandlingskontrol hver 3 mdr. og et mål på længere sigt er en mere individuel behandlingskontrol (udleveret folder).
- Iværksat en ensartet kontrol. Her arbejdes der fortsat©.
- Web-reg. er standardiseret efter PDSA metoden, 3-6-12 mdr.'s kontrol.
- Tissebøger til udlevering – husker ptt. + undersøgelse af mikroalbumin.
- Vi sikrer os – at T2D ptt. kontrolleres for: øjne + fødder + diætist.
- Vi har etableret en god patient kontakt + og har kontrol funktion (Års status diabetes) i Medwin inspireret af læge Nicolaj Evaldsen som gør, at vi håber, at vores T2D ptt. har fået øget sygdomsforståelse og dermed vigtigheden af regelmæssige kontrol, hvilket forbedrer deres livskvalitet på den lange bane.
- Vi er kommet i gang med god proces, hvor vi vil arbejde med et forandringstiltag én af gangen, hvilket falder os naturligt i opgaven med fortsat optimering af vores T2D patienters behandling.

Med patientens øjne
<p>Vi har en klar fornemmelse af, at vi i projektperioden har været med til øge patienternes opmærksomhed på deres sygdomssituation samt en større forståelse af, at medicin er nødvendig og dermed også kontrol. Vores T2D ptt. har taget godt imod vores nye måde at kontrollere deres diabetes på, og er glade for det tværfaglige samarbejde mellem læge, sygeplejerske og sekretær.</p> <p>Som behandlere, er vi blevet mere opmærksom på vigtigheden af compliance, der gavner såvel pt. som personalets arbejdsglæde/indsatsen.</p> <p>Vores patienter er bevidste om, at vi som personalegruppe arbejder ensartet med den måde, vi håndterer T2D ptt., lige fra receptfornyelse + tidsbestilling + svar på blodprøver.</p>
Vigtigste læring i forhold til type 2 diabetes
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fast regelmæssig kontakt med T2D ptt., giver bedre behandling + større egenomsorg hos patienterne + bedret compliance (patienterne tager deres medicin regelmæssigt).</li> <li>2. Tværfaglighed giver bedre kvalitet - alle skal med i forandringstiltag.</li> </ol>
Kommentarer til forbedringsarbejdet
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Først sent i projektperioden fandt vi ud af vigtigheden af en "on going proces" i form af evaluering af forandringstiltag og tilpasning af disse samt fortsat implementering og orientering af det øvrige personale om, hvad det er "diabetes tøserne" har gang i.</li> <li>2. Fast møde 20-30 min varighed mellem "diabetes tøserne", hvor udgangspunktet er finger på pulsen i forhold til, hvordan det går? Hvor er der ting, der skal tilrettes.? Hvor skal vi være mere aggressive i behandlingen? Tale om vores procedure for regelmæssig mikroalbumin.</li> <li>3. Fast punkt på personalemøde er "diabetesprojekt orientering", hvor kort resume + fastholder sekretær i at hun er slusen – vigtigt led til at få T2D ptt. ind i fast kontrol når de genbestiller medicin på telefonen og fastholdes af øvrige læger i forandringstiltag i behandlingen samt mulighed for at høre deres ideer til nye forandringstiltag.</li> <li>4. Faste rutiner for alle medarbejdere i praksis i håndtering og behandlingen af T2D. Alle ved, hvad de kan byde ind med, og er de i tvivl, tages det op på personalemøde.</li> </ol>
Erfaringer i at arbejde med Gennembrudsprojektets metoder
<p><i>(Forberedende arbejde, målformulering, læringsseminarer, forandringskatalog, PDSA-test, gennembrudsforum, målinger og grafer, vejledning fra projektsekretariatet)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Samarbejdet på tværs i praksis, hvor alle medarbejder inddrages med henblik på bedre behandlingstiltag hos T2D. Systematik i behandlingen af T2D, Bedre behandling. Gladere T2D ptt., der har større indsigt i egen sygdom og forhåbentlig større forståelse for vigtigheden af behandling og regelmæssig kontrol. Ny god energi ind i kronikerkonsultationen, som tjener et godt formål for alle parter.</li> <li>2. Det har været vanskeligt at forholde sig til det grafiske materiale, som vi har haft svært ved at gennemskue og forklare, fordi det viser beskriver det modsatte af, hvad der har været vores "mavefornemmelse" i dette projekt. Og det duer jo ikke at lave videnskab på "mavefornemmelser", hvis det ikke kan underbygges af tilsvarende gode målinger.</li> <li>3. Vi har fået indblik og tillært os en god anvendelig metode, når der skal implementeres forandringstiltag og en god metode til at håndtere den store gruppe af kroniske syge i almen praksis.</li> </ol>
Det videre arbejde...
<p>Vi skal blive bedre til at kunne måle på udvalgte relevante parametre i praksis hos den kroniske patient. Vi har aftalt standardiseret behandlingskontrol hver 3. mdr. og et mål på længere sigt er mere individuel behandlingskontrol hver 6.-12. mdr.</p> <p>Vi skal kobles op til Datafangstmodulet.</p> <p>Vi skal have et bedre og mere indgående kendskab til vores eget journalsystem og hvad vi kan trække ud af statistik fra dette.</p> <p>Vi skal blive bedre til at diagnosekode.</p> <p>Vi skal huske egenomsorg - at opmuntre, rose, støtte og drage god omsorg for hinanden i personalegruppen, således vi selv kan blive ved med at fylde god energi ind i vores daglige arbejde med kronikergruppen, der bliver en tiltagende større del af vores ptt. Gruppe.</p>

