

**Forløbsydelsen – et feasibility study
med særligt fokus på praksis med mange
sårbare patienter**

af

Thorkil Thorsen

Lise Dyhr

Forskningsenheden for Almen Praksis

København, marts 2007

Undersøgelsen er gennemført med støtte fra Kvalitetsudviklingsudvalget for Almen Praksis,
Københavns Amt, bevilling nr. 00686.

Indholdsfortegnelse

Baggrund.....	3
Forløbsydelsens indhold, krav og muligheder	4
Formål med denne undersøgelse.....	5
Metode og materiale.....	6
Resultater	8
Praksis A	8
Arbejdsdeling	8
Tidsforbrug.....	8
Indhold	9
Eksterne samarbejdspartnere.....	10
Patient-cases.....	10
En læges forventninger til forløbsydelsen	10
Praksis B	12
Arbejdsdeling	12
Tidsforbrug.....	12
Indhold	13
Eksterne samarbejdspartnere.....	14
Patient-cases.....	14
En læges og en sygeplejerskes forventninger og holdninger til forløbsydelsen	14
Praksis C	17
Arbejdsdeling	18
Tidsforbrug.....	18
Indhold	18
Eksterne samarbejdspartnere.....	19
Patient-cases.....	19
En læges og en sygeplejerskes forventninger og holdninger til forløbsydelsen	19
Opsamling og diskussion	22
Variationerne mellem de 3 praksis.....	22
Ydelsens attraktivitet for den enkelte almen praksis	23
Implementering	25
Selve forløbsydelsen og dens formål	26
Opsøgende virksomhed.....	27
Stratificering og tværfagligt samarbejde.....	27
Datafeedback.....	28
Egenomsorg	29
Konklusion.....	30

Bilag A: Fakta om forløbsydelsen for diabetespatienter.....	32
Bilag B: Diabeteshåndtering i konsultationen	35
Bilag C: Vejledning til udfyldelsen af skemaet ”Diabeteshåndtering i konsultationen”	36
Bilag D: Diabetes-håndtering i receptionen.....	38
Bilag E: Registreringer fra praksis A.....	39
Bilag F: Registreringer fra praksis B	47
Bilag G: Registreringer fra praksis C.....	54
Bilag H: Patient-cases	59
Huriye.....	59
Hans	61
Jasmina.....	62
Parkshan	62
Imran	64
Mohammed	65
Bayram	65
Majid	67

Manuskriptet afsluttet 3. marts 2007

Undersøgelsen er gennemført af:

Thorkil Thorsen, kultursociolog, freelance på deltid i eget konsulentfirma, SYNTHESE, og deltidsansat som seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis i København.

Lise Dyhr, alment praktiserende læge i en delepraksis i Brøndby og seniorforsker på deltid ved Forskningsenheden for Almen Praksis i København.

Baggrund

I Landsoverenskomsten mellem P.L.O. og Sygesikringens Forhandlingsudvalg blev der vedtaget en forløbsydelse for diabetespatienter. Om ydelsens baggrund og overordnede mål hedder det bl.a. i overenskomstteksten:

”Ydelsens målsætning

Formålet med en forløbsydelse er at udvikle og sikre kvaliteten i behandlingen af kronisk syge i almen praksis og at give den praktiserende læge et instrument til systematisering og kvalitets sikring af behandlingen og kontrollen af kronisk syge patienter i egen praksis.

Indsatsen skal relateres til de kronikermodeller, som forventes aftalt mellem sygehuse, praksis og kommunerne. Sigtemålet er at brede forløbstankegangen ud til alle relevante patientgrupper i alle almen praksis. Sigtemålet er også, at udvikle honorarsystemet således, at ikke bare proceskvalitet, men også faglig kvalitet bliver et honoreringsparameter.

[...]

Indførelsen af ydelsen vil være første skridt i at forene ønsket om at almen praksis skal

- varetage hovedvægten af indsatsen for patienter med kroniske sygdomme, jfr. Sundhedsstyrelsens rapport,
- deltage i stratificering af patienter med kroniske sygdomme
- indgå i systematisk kvalitetsudvikling med bl.a. registrering, jfr. DAK projektet og parternes aftaler på kvalitetsområdet, og
- afprøve nye honoreringsformer i form af forløbstakster.

Generelt om ydelsen

Ydelsen bryder med landsoverenskomstens kendte honorarsystem, hvor der honoreres for enkeltkontakter. Nærværende forslag indebærer, at lægen får udbetalt et årshonorar, som dækker de enkeltelementer, der er beskrevet nedenfor. Det indebærer, at årshonoraret kan dække en forskellig arbejdsindsats i relation til forskellige patienter, da det er patientens individuelle behov der afgør, hvor mange kontroller patienten skal tilbydes i løbet af et år. Lægen vurderer således løbende om hans patient er i et tilfredsstillende behandlingsforløb. I forbindelse med afregning af årshonorar skal der foreligge dokumentation for patientkontakterne i de konkrete patientforløb i det forløbne år.

Lægen er sammen med patienten forpligtet til at aftale de nødvendige kontroller og skal (indenfor realistiske muligheder) følge op, hvis patienten udebliver. Med ydelsen introduceres således en ny opsøgende rolle for den praktiserende læge.

Med den nye ydelse vil der blive øget fokus på tværsektorielt samarbejde, herunder i forhold til de kommunale tilbud, og på patientens egenomsorg.

En god kronikerbehandling er betinget af, at der aftales konkrete, regionalt og lokalt tilpassede modeller for shared care. Stratificering af patienter og fastlæggelse af den konkrete arbejdsdeling mellem almen praksis og sygehuse samt kommuner skal derfor tage udgangspunkt i det regionale og lokale sundhedsvæsen og kan fastlægges i sundhedsaftalerne.

Ydelsen er betinget af diagnosekodning med ICPC, registrering af strukturerede data, rapportering til database samt indikatoropsamling, når teknologien er til rådighed. Ydelsen kan derfor kun afregnes af læger, der lever op til disse krav og herunder tilslutter sig det internetbaserede sundhedsdatanet. Om de tekniske forudsætninger herfor henvises til beskrivelsen af parternes initiativer på kvalitetsområdet.”

Derefter beskriver overenskomstteksten ydelsens mere konkrete indhold. Nedenfor refererer vi imidlertid P.L.O.’s præcisering heraf.

Forløbsydelsens indhold, krav og muligheder

Forløbsydelsen (FY) er beskrevet i PLO’orientering, december 2006, som en konkret vejledning til de praktiserende læger. Hovedpunkterne herfra er følgende (den fulde tekst er optrykt i denne rapports bilag A):

Tilmelding. Tilmelding er frivillig. Et ydernummer, som tilmelder sig ydelsen, får udbetalt et engangsbeløb på 7.500 kr. pr. fuldtidslæge, når der i lægesystemet er installeret et datafangstmodul. Praksis uden et pc-lægesystem kan således ikke tilmelde sig.

Inkluderede patienter. Alle diabetespatienter (gruppe 1 og gruppe 2 patienter) er omfattet af FY, hvis de kontrolleres i praksis. Det er ikke tilladt en praksis kun at lade udvalgte diabetespatienter, som den kontrollerer, være omfattet af FY. Patienter, som kontrolleres på sygehusambulatorium eller ved speciallæge er ikke omfattet. Efter tilmeldingen skal alle praksis’ diabetespatienter registreres med en ICPC-kode.

Indhold og omfang. Ydelsen omfatter de elementer, der fremgår af DSAM’s kliniske vejledning fra 2004, ”Type 2-diabetes i almen praksis”, herunder en årskontrol og mellemliggende, aftalte kontroller efter lægens skøn. Ved årskontrollen, som kun kan udføres af en læge, skal det i et pop-up vindue på lægens pc angives, hvor mange mellemliggende diabeteskontroller der planlægges for det næste år – og der skal være mindst én. Aftalte, mellemliggende kontroller kan gennemføres ved klinikpersonale. Henvender diabetespatienten sig mellem de planlagte kontroller med diabetes-relaterede problemer, indgår konsultationen ikke som en del af forløbsydelsen. Alle ikke-diabetesrelaterede konsultationer afregnes som hidtil.

Honorering i øvrigt

Honoreringen for forløbsydelsen sker efter hver årskontrol, dvs. én gang årligt, og beløber sig til 1099,17 kr. (omregnet til 2007-niveau).

Tekniske forudsætninger og dataindsamling

Det er en forudsætning, at der i praksis’ lægesystem er installeret en datafangstmodul og en opkobling til sundhedsdatanettet. Dataindsamlingen vil foregå automatisk fra patientens tilmelding til forløbsydelsen. Enkelte data indsamles i forbindelse med årskontrollen via lægens registrering i et pop-up vindue.

PLO’orientering-artiklen, som fokuserer på det overenskomsts specifikke omkring forløbsydelsen, kommer ikke ind på spørgsmålene om stratificering, kronikerbehandling, samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen, kvalitetsudvikling. Men som nævnt ovenfor i citatet fra overenskomstteksten skal ydelsen være grundlaget for og være forbundet med netop kronikerbehandling, stratificering af patienter, shared care osv.

Sundhedsstyrelsen skriver i sin rapport om kronisk sygdom ("kronikerrapporten"),¹ at faglige og økonomiske incitament er bør anvendes for at understøtte indsatsen over for kronikere i almen praksis og højne kvaliteten. Det anbefales således, at der gives muligheder for at aftale fremadrettede ydelser og for at honorere et fastlagt forløb, som dokumenteres gennem registrering af diagnoser og indberetning af udvalgte indikatorer.

Rapporten peger på, hvordan patienter med kroniske sygdomme kan grupperes eller *stratificeres* i grupper med tiltagende sygdomsintensitet, og hvordan man kan definere de forskellige gruppers særlige behov for indsats. Stratificering skal danne grundlag for, om kontrol og behandling skal finde sted i almen praksis eller i sygehusvæsenet, og om der kræves tæt opfølgning. Det anbefales, at stratificering skal ske, når diagnosen stilles, og den bør løbende revurderes. Det forventes, at stratificeringen kan ske vha. de data, som indsamles som led i epidemiologisk og kvalitetsmæssig monitorering, evt. gennem datafangstmodulet i lægesystemet.

Kroniker-rapporten beskriver ligeledes, hvordan forskellige faktorer kan medføre, at borgere kan defineres som tilhørende en sårbar gruppe med behov for en særlig målrettet og forstærket indsats. Det fremhæves, "at der ofte er en betydelig social gradient i graden af fastholdelse af behandling og adfærdsændringer som eksempelvis ryggestop, fysisk aktivitet og kostændringer. Ressourcensvage personer med lavt uddannelsesniveau har således markant øget sygelighed, et forværret sygdomsforløb, indlæggelsesbehov og overdødelighed. Også visse etniske grupper har særlige sundhedsproblemer" (1.1.1.5). Rapporten anbefaler, at der over for gruppen af sådanne sårbare patienter, som ikke skønnes i stand til at fastholde behandling og relevante adfærdsændringer, skabes mulighed for en forstærket indsats. Det nævnes, at praktiserende læger kan honoreres for at løfte denne opgave.

Formål med denne undersøgelse

Forløbsydelsen er et nyt element i almen praksis' ydelsesrepertoire. Som ved indførelse af mange andre typer nye teknologier, nye behandlingsmetoder, nye rutiner mv. i daglig praksis, kan man forvente visse startvanskeligheder, begrænsninger i indoptagelsen af den nye teknologi, suboptimal eller direkte uhensigtsmæssig anvendelse af teknologien o. lign. For at bidrage til minimering af sådanne implementeringsproblemer har vi sat os for at undersøge, hvordan den nuværende diabeteshåndtering i almen praksis foregår, og hvilke faktorer der antagelig kan fremme en glat implementering af FY. Vi er særligt interesserede i, hvordan forløbsydelsen kan komme til at fungere i praksis med mange sårbare patienter.

Vi kalder undersøgelsen et feasibility study, hvormed vi ønsker at understrege, at der ikke er tale om en evaluering af forløbsydelsen (som jo først træder i kraft i maj 2007) eller et kvalitetsudviklingsprojekt, men at det er en empiri-støttet vurdering af eventuelle barrierer, som kan hæmme udbredt brug af ydelsen, og – derigennem – begrænse effektueringen af dens potentialer.

¹ Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom: Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode patientforløb. København 2005.

Metode og materiale

Vi har bedt 3 praksis i Københavns Amt registrere i kortere eller længere perioder deres diabetes-konsultationer og kontakter med diabetespatienter med angivelse af indhold og tidsforbrug.²

Formålet med registreringerne har været dels at få et billede af, hvordan de udvalgte praksis rent faktisk i dag – inden forløbsydelsens ikrafttræden – tager sig af diabetespatienter og hvilke problemer, de har dermed, dels at skabe baggrund for at kunne målrette og nuancere efterfølgende, semi-strukturerede interviews med læger og personale fra de inkluderede praksis.

Registreringer og interviews har tilsammen skullet give et bidrag til belysning af de barrierer, der eventuelt kan forventes for en glat og problemfri implementering af forløbsydelsen – og dermed vil der kunne peges på et eventuelt behov for særlige implementeringsaktiviteter, som kan fremme tilslutningen til og brugen af ydelsen i daglig rutinepraksis.

Udvælgelsen af de 3 praksis er sket ud fra tre kriterier, *dels* et intensitets-kriterium, hvorved vi har koncentreret os om praksis, hvor forløbsydelsen ud fra en umiddelbar og overfladisk betragtning kan forekomme problematisk, fordi der er mange ”sårbare” patienter, *dels* et variationskriterium, som skulle sikre repræsentation af praksis, som er forskellige mht. bemanning, beliggenhed, og interesse for diabetesbehandling, og *dels* et bekvemmelighedskriterium, som indebar, at vi valgte praksis, som umiddelbart og uden tøven var villige til at indgå i projektet.

De 3 praksis er lovet anonymitet i behandlingen af data og formidlingen af resultater, hvorfor vi ikke kan give en udtømmende karakteristik af dem. Dette vil dog ikke invalidere beskrivelsen af diabeteshåndteringen disse steder eller beskrivelsen af lægernes holdninger og vurderinger.

Hver praksis er på formøder blevet informeret om baggrund og formål for undersøgelsen og er blevet instrueret i udfyldelsen af de registreringsskemaer, som vi havde udarbejdet. Skemaet havde fundet sin endelige udformning efter en mindre justering som følge af de erfaringer, vi fik ved en pilotafprøvning i den ene af de deltagende praksis.

De to registreringsark til henholdsvis behandlere (læger og sygeplejerske) og sekretær forefindes som bilag B og D i denne rapport sammen med den skriftlige vejledning til udfyldelsen (bilag C).

Registreringsperioderne har af forskellige årsager ikke været lige lang i de 3 praksis. Praksis A registrerede fra ultimo august til ultimo december 2006; praksis B fra primo september til medio november; og praksis C i november måned. Selv om de deltagende praksis velvilligt stillede sig til rådighed for projektet og indvilgede i at registrere deres gøremål med diabeteshåndtering, kan vi ikke betragte registreringerne som komplette: I skyndingen har man glemt at udfylde skemaet, eller man har ikke taget sig tid til at udfylde rubrikkerne minutiøst eller skrive supplerende oplysninger. Derfor er registreringerne at betragte som ”den korte udgave” af diabeteshåndteringen i de deltagende praksis.

Data fra de udfyldte registreringsark er efterfølgende blevet bearbejdet, og dele heraf er samlet i skemaer (bilag E, F og G). Resultaterne heraf er nærmere beskrevet og diskuteret nedenfor.

² Vi ønskede oprindeligt, at de deltagende praksis skulle ”lade som om”, forløbsydelsen allerede var indført, og dermed gennemføre deres diabetes-håndtering som foreskrevet i forløbsydelsen og i DSAMs kliniske vejledning. Det viste sig dog ikke muligt at imødekomme dette – eller at imødekomme det fuldt ud, hvorfor registreringerne dækker alle diabetesrelaterede kontakter, sådan som de rent faktisk foregik.

Efter analyse af registreringerne er der udarbejdet ”signalementer” af hver praksis’ håndtering af diabetespatienter og diabeteskontroller mv., herunder er noteret særlige træk ved den enkelte praksis. Lægerne har efter anmodning beskrevet udvalgte patient-cases mere indgående (se bilag H).

Der er gennemført interviews med behandlere i de deltagende praksis. Interviewene har haft til formål at få uddybende forklaringer til ”signalementer”, registreringer, patient-cases mv.. Desuden har formålet været at få lægernes egne vurderinger af, hvad der kan hindre, henholdsvis fremme brugen af forløbsydelsen, sådan som den foreligger beskrevet, jf. Baggrunds-afsnittet ovenfor, og hvilke udfordringer der i denne sammenhæng eventuelt forventes at være omkring sårbare patienter.

Interviewene gennemførtes af TT i de deltagende praksis og varede mellem 50 og 60 minutter. Inden interviewene fik de interviewede tilsendt opgørelserne af deres egen praksis’ registreringer og det ovenfor nævnte ”signalement” af deres egen praksis’ diabeteshåndtering samt udkastet til rapportens indledende Baggrunds-afsnit.

Interviewene blev optaget på lydbånd til senere gennemlytning og partiel transskribering og analyse. De interviewede lovedes fuld anonymitet ved omtale og formidling af resultater fra nærværende undersøgelse.

Resultater

De 3 praksis har tydeligvis ganske forskellige rutiner for håndtering af diabetespatienter – bl.a. er der forskel i konsultationernes (kontrollernes) længde, i kontrollernes hyppighed, og i den interne organisering/arbejdsdeling mellem læge og personale. Vi mener, at de 3 praksis kan betragtes som tre forskellige ”*modi operandi*”. Som sådan giver de et billede af, hvordan organisering og håndtering af diabetes kan foregå i almen praksis. Vi ser ikke disse modi operandi som en udtømmende beskrivelse af dansk almen praksis’ ageren i forhold til diabetespatienter, men nærmere som *typer* eller *eksempler*, der hver især og tilsammen kan danne baggrund for at besvare undersøgelsens spørgsmål: Hvilke barrierer kan implementeringen af forløbsydelsen forventes at møde? Hvordan kan man begrænse sådanne barrierer? Hvordan passer forløbsydelsen til sårbare patienter?

Praksis A

Denne praksis har til projektet registreret diabeteskonsultationer i en 4-måneders periode. Der er efterfølgende gennemført interview med en læge.

I bilag E findes en oversigt over registreringerne.

Praksis har for nogen tid siden – og uden sammenhæng med forløbsydelsen – gjort diabetes-håndtering til et særligt indsatsområde, bl.a. gennem personalemæssig oprustning. I edb-systemet er der indlagt laboratorie kort med bl.a. en diabetesblok, hvori alle diabetesrelevante data noteres, og hvor også behandlingsmålene fremgår.

Praksis arbejder med 3-måneders kontroller og årskontroller efter en rutine, hvor en sygeplejerske håndterer 3-mdr’s kontrollerne (ved særligt behov konfereres der med en læge og/eller der gennemføres efterfølgende en lægelig konsultation). Årskontrollerne gennemføres ved læge; patienten har forinden været til forberedende konsultation hos sygeplejerske mhp. parakliniske undersøgelser.

Grundet et angiveligt³ ikke-optimalt fungerende diabetesambulatorium er praksis begyndt selv at iværksætte insulinbehandling.

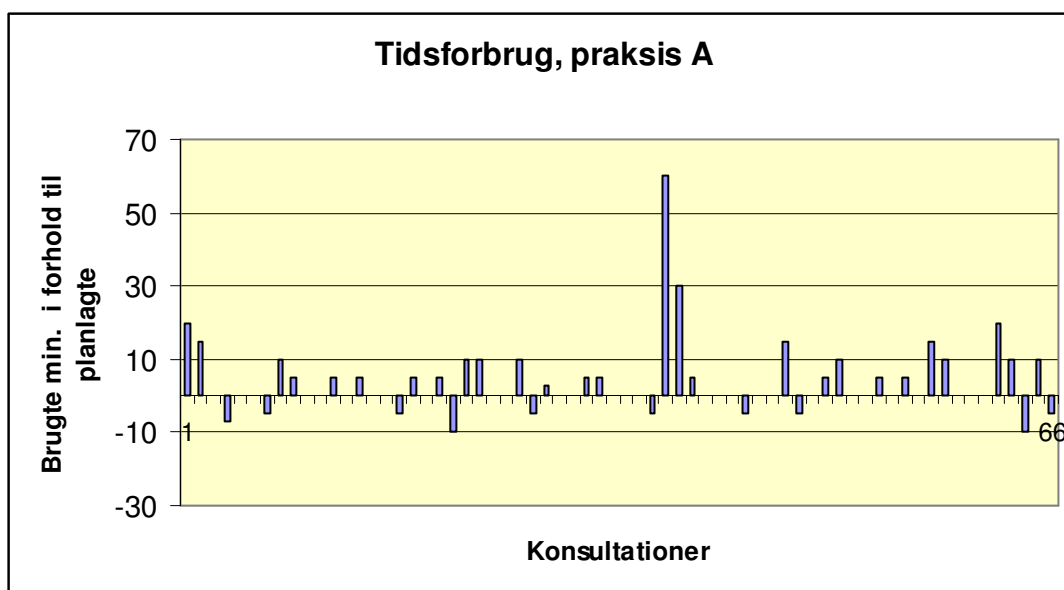
Arbejdsdeling

Denne praksis har en sygeplejersketung diabetesbehandling. Arbejdsdelingen mellem læge og sygeplejerske kan illustreres af det brugte antal minutter til diabeteskonsultationer, forberedelser hertil, interne konferencer, samarbejde med eksterne partnere: 727 minutter læge-tid, 1695 minutter sygeplejerske-tid. Med andre ord står sygeplejersken for 70% af diabeteshåndteringen. I denne beregning er receptionens tid ikke medtaget, men som det fremgår af bilag E, påhviler der i denne praksis – som antagelig i de fleste andre praksis – sekretæren en del opgaver, hvoraf nogle kan være tidskrævende. Fx brugte sekretæren på 2½ måned i alt 51 minutter på tidsbestilling, receptfornyelse, indkaldelse af patient pr. brev, bestilling af tolk, interne konferencer mm. på én patient (løbe-nr. 19, Bilag E).

Tidsforbrug

I figur 1 vises forskellen mellem den afsatte og den faktisk forbrugte tid til sygeplejerskekonsultationer. Diagrammet bygger på de 66 (af i alt 83) konsultationer, hvor begge oplysninger er noteret.

³ Jf. læge-interview i denne praksis.



Figur 1. Sygeplejerske-tidsforbrug til diabeteskonsultationer. Afvigelser fra planlagte minutter i 66 konsultationer.

I 29 konsultationer holdtes konsultationen inden for den stipulerede tid, i 10 tilfælde brugtes der mindre tid, og i 27 tilfælde mere end planlagt. Det drejede sig ofte om afklaring af evt. misforståelser omkring medicinindtagelse, om at patienten havde andre påtrængende ikke diabetesrelaterede helbredsklager, eller om kontakter til eksterne samarbejdspartnere. I de to konsultationer, hvor der brugtes henholdsvis 30 og 60 minutter var der ikke aftalt nogen diabeteskonsultation på forhånd (løbe-nr. 30).

I den 4 måneder lange registreringsperiode havde denne praksis kontakt til 65 patienter, som enten var i et egentligt diabetes-behandlingsforløb, eller som for første gang blev undersøgt for en eventuel diabetes. Flere af disse patienter havde mange kontakter med praksis i perioden. Fx sås en af dem 7 gange inden for 1½ måned, og derudover var der 2 gange intern konference mellem sygeplejerske og læge, uden at patienten var til stede, og én gang måtte sekretæren ændre den bestilte tid. En af de andre patienter gav anledning til 12 aktiviteter inden for 2½ måned.

Indhold

Sygeplejerske-arbejdet i diabeteshåndteringen består ud over af parakliniske undersøgelser hyppigt også af livsstilssamtale (motivering, kost, motion, alkohol, tobak), undervisning (om diabetes, forebyggelse, behandling), medicinering og af brug af medicin). Lægens konsultationer indeholder ud over de rent lægelige aktiviteter i store træk lignende elementer, men kunne udspille sig meget forskelligt fra hinanden. Lægen fortæller:

Hos os må vi tage det som det kommer. Vi kan have planlagt en årskontrol og på forhånd se, at sukkersygen er dårligt reguleret. Er det en patient, som er i medicinsk behandling, må vi som noget af det første sikre os, at al medicinen indtages. Og her er der efterhånden mange medikamenter på banen. Og så kan det jo godt tage lidt tid at hitte rede i, når patienten hælder en hel pose medicin ud på bordet, hvoraf noget er købt i udlandet. Andre glas mangler etiketter, men har streger på låget, som viser sig at være markeringer, som patientens datter har lavet for at sikre, at moderen, der er analfabet, forstår at tage medicinen som ordineret. Så nogle

gange når vi ikke altid de forebyggende elementer lige godt. Andre gange kan vi have mere fokus på det element. Fx hvis en patient starter med at fortælle, at hun nu går 1 times aftentur hver aften med sin mand, så hun får sved på panden, eller lige har købt en motionscykel. Så tager vi den derfra.

I flere af de registrerede sager udeblev patienten fra aftalt konsultation. Det ses af registreringsarkene, at praksis ikke i alle tilfælde handler på dette med skriftlig eller telefonisk genindkaldelse af patienten, selv om det er dens erklærede målsætning, at man indkalder udeblevne diabetespatienter, hvis ikke de selv kontakter praksis.

Eksterne samarbejdspartnere

I registreringsperioden (4 måneder) havde sygeplejerske/læge/sekretær ved sammenlagt 10 lejligheder kontakt med ekstern samarbejdspartner. En af sagerne var foranlediget af en patient, som havde voldsom uorden i sine medicindtag, en anden sag kontakter til apotek og lokale diabetesambulatorium mhp. koordinering af behandlingsindsatsen. Og atter andre kontakter gik til apoteket i forbindelse med ikke-fungerende blodsukkerapparater.

Patient-cases

Vi har bedt denne praksis om nærmere at beskrive nogle vanskelige og/eller tidskrævende patientforløb, som beskrives

i deres fulde længde i bilag H. De er karakteriseret af, at følgende udfordringer/barrierer må kunne håndteres for at denne praksis oplever at kunne yde en acceptabel forebyggende og behandlende indsats:

- Forskelle i sygdomsopfattelsen
 - lægens hhv. patientens rolle i sygdomsbehandlingen (egenomsorgsdelen)
- Strukturelle barrierer
 - utilstrækkeligt samarbejde mellem de forskellige sektorer i sundhedsvæsenet (diabetesambulatorium, hjemmepleje)
 - social belastning (familiær situation)
 - manglende uddannelse, analfabetisme
- Kommunikative barrierer
 - sproglige
 - hvorledes motivere ”ikke motiverede patienter”

Lægen har i denne praksis valgt at gå i dialog med såvel patienterne som med de eksterne samarbejdspartnere for at imødegå disse barrierer. Ved sprogbarrierer rekvireres professionelle tolke.

En læges forventninger til forløbsydelsen

Der er gennemført interview med en læge i denne praksis. Interviewet har taget udgangspunkt i denne praksis' registreringer og ovenfor beskrevne diabeteshåndtering. Intervieweren spørger, om praksis vil tilmelde sig forløbsydelsen, og bringer samtalen ind på incitament, barrierer, lægens holdninger og evt. betænkeligheder – og om kendskabet til det konkrete indhold i FY.

Lægen udtrykker, at hans kendskab til FY – og hvordan den vil blive implementeret, og hvordan den kommer til at virke – er begrænset. Beklager bl.a., at der endnu ikke⁴ er tilbudt almen praksis undervisning om ydelsen og brugen af den. Lægen ved heller ikke, hvordan datafangstmodulet bliver sat op, hvordan det kommer til at virke, om – og hvordan – praksis får feedback på de data, der skal indtastes i en pop up-vindue på pc'en osv. Der er med andre ord mange uklarheder. Og tiden er knap, siger lægen:

De skrev et eller andet sted, at de ville lave kurser først på foråret. Og der virker det lidt utjekket, at det har vi jo ikke hørt noget til. Der er jo ikke nogen kurser. Vores kalender er booket 1½ måned ud i fremtiden. Det virker lidt amatøragtigt. Det kunne man da godt stramme op på.

Lægen er dog på det foreliggende, begrænsede vidensgrundlag umiddelbart positiv til FY. Han forventer, at praksis tilmelder sig, selv om dette endnu ikke er drøftet med kollegaer og personale. Og selv om han ikke har et overblik over de økonomiske konsekvenser heraf for praksis. Men ”princippet er godt”.

Han forventer, at forløbsydelsen bliver en løftestang for bedre klinisk kvalitet. Men i betragtning af, at hans praksis allerede har implementeret rutiner, som sikrer tæt overvågning af diabetespatienterne, ser han dog ikke det store forbedringspotentiale, når det kommer til stykket. I hvert fald står de ikke klart frem på nuværende tidspunkt.

Han antager dog, at man vel kan bruge de indtastede data til noget. Selv om lægen egentlig ikke mener, at denne praksis selv vil komme til at lave bedre diabetes-behandling som følge af FY (fordi praksis allerede har fokus på diabetes), kan man sagtens forestille sig, mener han, at andre praksis med mindre opmærksomhed og fokusering på området vil kunne opnå positiv udvikling på kvaliteten. Og han tilføjer:

Hvis de havde valgt at starte med KOL i stedet for som forløbsydelses-emne først – eller astma – så tror jeg, vi kunne have lavet meget kvalitetsløft på det. Bare i og med at du begynder at fokusere på det og begynder at tænke over, hvad det er du laver.

Kendskabet til de økonomiske aspekter ved at tilmelde sig FY, har lægen ikke styr på. Det store antal sårbare patienter, hvoraf de fleste er indvandrere, og hvor der er dårlig compliance, store sprogbarrierer, og ofte en manglende forståelse af alvoren i sukkersyge, ses ikke som helt uproblematisk.

Interviewer: *Hvad med det økonomiske?*

Lægen: *Jeg har lidt svært ved at overskue, om det er en fordel eller ej. Vi har jo mange, vi ser rigtigt meget. Der kan jeg ikke se, at det er nogen fordel. Men vi har jo også nogen, vi ikke ser så meget. Men dem burde vi måske i virkeligheden se mere. (...) Dem vi starter op i insulinbehandling, de kommer jo enormt mange gange. Og hvis de bare ryger ind under den der forløbsydelse, så er det ikke nogen god forretning. Og der er mange af dem, der kommer hver 3.-4. dag i begyndelsen og viser blodsukker frem, og gør det måske over 1 måned eller 2 eller endda 3. Så bliver det en underskudsforretning. Men hvor meget det kommer til at fylde alt i alt, det kan jeg ikke afgøre.*

⁴ Interviewet gennemførtes 9. februar 2007.

Hvordan bliver FY en succes? Hvordan tror lægen, man kan få sat gang i implementeringen af ydel- sen og få en stor tilslutning? Han mener, at man bare skal se at komme i gang og fået lavet nogle evalueringer på det. Hvis der er positive erfaringer (bedre kvalitet, balance i økonomien), så kan man velsagtens lokke nogle flere praksis til også at melde sig.

Hvad er det så ved forebyggelsesydel- sen, som kan veje positivt ved den endelig beslutning om til- melding eller ej?

Jamen, det ved jeg ikke. Det eneste rigtigt nye for mig i det er det der med, om det bliver lettere at bruge nogle af de der data til noget. Det ved jeg ikke, om det gør. Og så det der økonomi. Det har jeg simpelthen ikke ret meget mening om. Men jeg har en forventning om, at P.L.O. regner på det og finder ud af, om det er okay eller til grin.

Praksis B

Denne praksis har til projektet registreret diabetes-kontakter i en 2½ måneders periode. Desuden er der gennemført to interviews: I det ene, som gennemførtes 10 dage inde i registreringsperioden mhp. at kvalitetssikre registreringerne, deltog en sygeplejerske og en læge; i det andet, som gennemførtes efter registreringsperioden, deltog den samme læge.

I bilag F findes en oversigt over registreringerne.

Denne praksis gennemfører faste månedlige kontroller, hvor en sygeplejerske tager sig af parakli- nikken (målinger af blodsukker, checker urin, blodtryk osv.), mens en læge i forlængelse heraf snakker resultaterne igennem og tager stilling til det fortsatte forløb mm. Under hver konsultation aftales tid til den næste kontrol en måned senere. Der skelnes ikke i denne praksis mellem mindre kontroller ("3-mdr's kontroller" i DSAM-vejledningens terminologi) og større, mere grundige kon- troller ("årskontroller"). Til gengæld tilstræbes månedlige kontroller.

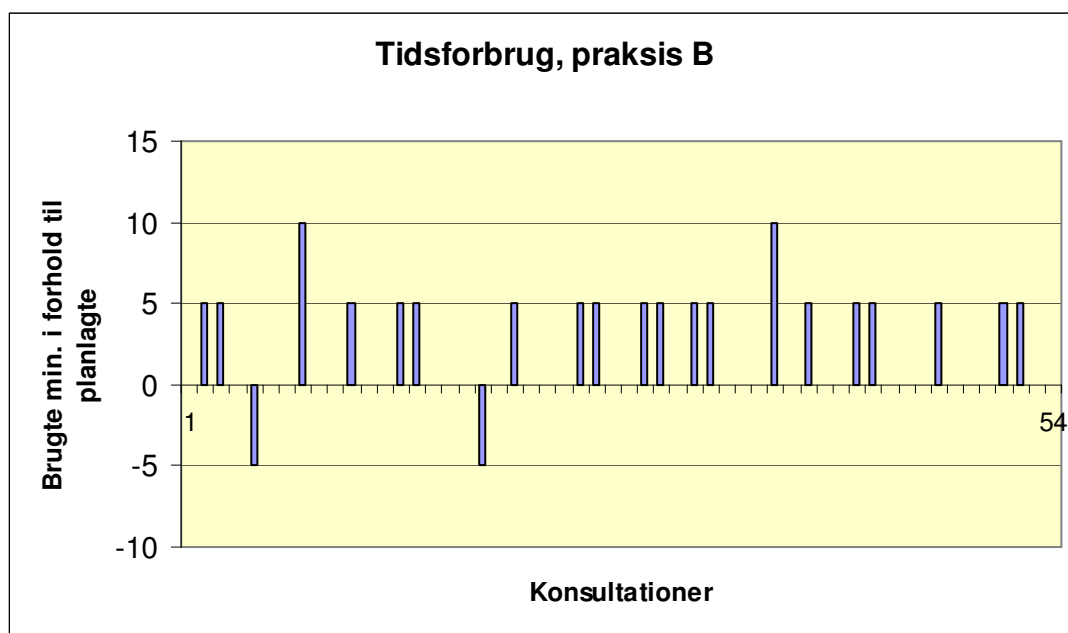
Disse hyppige kontroller er begrundet med, at det er godt for en del af de sårbare patienter (typisk indvandrere) at blive fastholdt i sygdomsbilledet. Ellers "glemmer" de eget ansvar for varetagelse af leveregler og sygdomshåndtering – compliance bliver dårlig.

Arbejdsdeling

Arbejdsdelingen i denne praksis er: 650 minutter læge-tid, 185 minutter sygeplejerske-tid - svaren- de til 75% lægeligt tidsforbrug af det samlede tidsforbrug (receptionens tid er ikke medtaget).

Tidsforbrug

Der er i denne praksis en tendens til, at tidsforbruget til diabeteskontrollerne hos lægen kan tage mere tid end planlagt. For 54 diabeteskontrollers vedkommende er der oplysninger om det forven- tede tidsforbrug og det faktiske. Som det ses af figur 2 var tidsforbruget i 20 tilfælde længere end planlagt, og kun i 2 tilfælde brugte lægen færre minutter end afsat.



Figur 2. Læge-tidsforbrug til diabeteskonsultationer. Afvigelser fra planlagte minutter i 54 konsultationer

Der er ikke i alle tilfælde redegjort for årsagen til det længere tidsforbrug, men i et par tilfælde er det dog anført på registreringsskemaet, at der var sprogproblemer, eller at patienten var umotiveret.

De parakliniske undersøgelser hos en sygeplejerske er i denne praksis som hovedregel sat til 2 minutter (i ganske få tilfælde er der afsat 5 minutter). De 2 minutter har kunnet overholdes i 45 af de 67 registrerede konsultationer hos sygeplejerske, men i 11 tilfælde blev konsultationen udvidet til 3 minutter, i 9 tilfælde til 4 og i 3 tilfælde til 5-6 minutter. Der er ikke redegjort for begrundelserne for forlængelserne.

Indhold

I lægekonsultationerne tales der almindeligvis om resultaterne fra de parakliniske målinger (blodsukker, blodtryk o.lign.), og lægen fortæller patienten, hvad vedkommende kan gøre inden for livsstilsområdet for at påvirke disse parametre i en gunstig retning, underviser om brug af ordineret medicin osv.:

Ja, så tager jeg jo en samtale og udleverer typisk vejledninger og pjecer omkring... og også opskrifter med mad og... gennemgår de firkantede kostråd og leveråd. Gentager dem også. Spørger, hvor svaghederne har ligget – om de selv kan påpege nogen svagheder. Altså, holder dem lidt i kraven på en måde. På en rimelig måde, altså. Det er nok det, der sker.

I nogle af de registrerede konsultationer har en læge som kommentar skrevet, at samtalen har været besværliggjort af sprogproblemer, og anført, at der burde have været en tolk til stede. Imidlertid ses det ikke af oplysningerne for de efterfølgende konsultationer med den samme patient, at der så har været en tolk til stede. I læge-interviewet (se nedenfor) fortælles det, at lægen efter konsultationen kan sidde med en fornemmelse af, at det kunne hun godt have ladet være med (at snakke om livsstil), fordi det slet ikke gik ind hos patienten. Og når hun ikke umiddelbart indkalder til en ny konsultation med tolk, så forklares det med, dels at det er besværligt at få arrangeret med en professionel tolk, dels at patienten jo er sat til til en måned senere. Men brug af tolke beskrives i det hele

taget som et problem, idet det kan være uhyre svært at få en velegnet tolk til at møde på samme tid som patienten.

Eksterne samarbejdspartnere

Der er kun i 2 tilfælde registreret kontakt med ekstern samarbejdspartner (fodlæge og øjenlæge).

Patient-cases

Også denne praksis er blevet bedt om at beskrive udvalgte patientforløb, som præsenteres i sin fulde længde i bilag H. De er karakteriseret af, at følgende udfordringer/barrierer må kunne håndteres, for at denne praksis kunne yde en acceptabel forebyggende og behandlende indsats

- Forskelle i sygdomsopfattelsen
 - lægens hhv patientens rolle i sygdomsbehandling (egenomsorgsdelen)
- Andre konkurrerende lidelser
 - kronisk stresstilstand

Lægen i denne praksis har valgt at imødegå disse barrierer ved hyppige kontroller for at fastholde patienternes fokus på sygdommen og give sig selv mulighed for at korrigere evt. uhensigtsmæssige forhold inden for en overskuelig tidsramme.

En læges og en sygeplejerskes forventninger og holdninger til forløbsydelsen

Direkte adspurgt fortæller den interviewede læge, at hun ikke forventer, at praksis tilmelder sig FY. Hendes begrundelse herfor relaterer sig til 1) økonomien, 2) FY's inkompatibilitet med klinikens daglige praksis og hensynet til tidspresset, og 3) ubehag ved forestillingen om øget kontrol med praksis' adfærd.

Lægen ser ikke noget økonomisk incitament til at tilmelde sig – beløbene forekommer simpelthen for ringe i forhold til det arbejde, der er med de fleste diabetes-patienter i denne praksis, hvor der er mange sårbare patienter og patienter med indvandrerbaggrund.

Jeg troede faktisk, da vi snakkede sammen første gang, at det var 7500 kr. pr. patient, vi fik [som engangsbeløb]. Jeg drømte ikke om, at man ville nøjes med at give 7500 for bare at tilmelde sig ydelsen.

(...)

Så alene ud fra – nu er det jo ikke penge det hele, men altså... – ud fra en økonomisk betragtning vil jeg sige, at det er et for ringe beløb [de 1099 kr. pr. år pr. kontrolleret diabetespatient] til at dække det tidsforbrug, der vil være. Og at jeg sådan set – om jeg så må sige – tjener mere på den fremgangsmåde, vi har i øjeblikket. Fordi der også ligger noget forebyggelseskonsultationer inde i de kontroller mange gange, så vi er oppe på større beløb, end det jeg vil få ved at tilmelde mig. Så det bliver jo egentlig en økonomisk straf for at tilmelde sig, og det kan vel ikke være meningen.

Intervieweren spørger herefter, hvad ydelsen skulle give pr. år for at være et økonomisk incitament.

Lægen svarer:

Jeg har ikke regnet på det. Men hvis vi siger 12 kontroller om året, så er vi jo – med tillægsydelse - oppe på 200, dvs. 2500, og så lidt mere. (...) Måske 3-4000, hvis det skal kunne handle om med det, man tjener på det gamle system.

De interviewede i denne praksis opfatter ikke FY-konceptet som kompatibelt med deres nuværende håndtering af diabetespatienterne, selv om man nok kan se, at konceptet principielt kan have sine styrker. Der ses hovedsageligt tre problemer i FY.

Dels levner det – med den foreslåede økonomi – ikke mulighed for at se patienterne til månedlige kontroller. Det vurderes, at mange af de sårbare patienter (typisk indvandrere med ringe sygdoms-erkendelse og dårlig compliance) har brug for den hyppige kontakt med praksis, for at de kan blive fastholdt i sygdoms-erkendelsen. Mange vil falde ud af rollen, hvis der ikke opretholdes en tæt kontrol i praksis. Desuden kan det blive svært at konvertere dem, som er vant til – også af sociale grunde – at komme en gang om måneden, det bliver jo sådan noget indarbejdet hos mange lidt ældre patienter specielt, at det er meget hyggeligt at komme, og så får de lige talt om det her og om andre skavanker samtidig med det sukkersygemæssige.

Dels ses kravene i FY (som de fremgår af DSAM-vejledningen) som værende ensbetydende med længerevarende og mere omfattende (og altså sjældnere) kontroller. Dette vurderes som problematisk, fordi mange af de sårbare patienter er ustabile i fremmødet, og det er tidsspilde og økonomisk set problematisk at have afsat ½ - 1 time til en patient, som så udebliver. (En 10-minutters konsultation kan man bedre springe over/gå glip af). Særligt problematisk er det i de tilfælde, hvor der også er rekvireret tolkebistand. (I forvejen er det besværligt nok at få både indvandrerpatient og tolk til at sidde i det samme lokale på det samme tidspunkt, siger lægen). Risikoen for udeblivelse vurderes som desto højere, jo større tidsafstand der er mellem de enkelte kontroller.

Dels beskriver denne praksis den opsøgende virksomhed, som ligger i kortene i FY, som et brud med fortiden, og som noget, det kan være svært at nå, for tiden er knap, og dagligdagen hårdt presset. Sygeplejersken spidsformulerer det på denne måde:

Men jeg synes, hvis jeg skulle sige min ærlige mening om hele det her, altså om hele det her forløbs... det er, at jeg synes at det bærer meget præg af, at dem der har sat det i værk og sådan noget... intentionerne er smadder gode, men de har måske ikke helt begreb om, hvad der foregår ude i det virkelige liv. Fordi tidsrammerne er helt anderledes end det, det kræver, ikke. Det der med at man også kræver, at vi også sidder sådan og leger med computeren... hvem er ikke kommet og... hvem kan vi ringe til og sådan noget. Det koster da lang tid at sidde og ringe folk op, eller få dem skrevet til: "Du glemte at komme. Kom igen!"

Desuden synes læge og sygeplejerske, at man med den opsøgende virksomhed fratager patienterne ansvaret for selv at tage hånd om deres sygdom og kontrollerne. Dette indebærer angiveligt, at særligt de sårbare, non-compliant diabetes-patienter vil få lettere ved at "glemme" deres patientrolle og glemme at komme til aftalt konsultation, for "jamen, I har ikke kaldt på mig, så hvorfor skulle jeg så møde op?"

I interviewene snakkes også om ICPC-kodning, datafangstmodul og eventuel feedback til den enkelte praksis. I denne praksis bruges ikke ICPC, og interessen for denne måde at registrere på er begrænset. Lægen tror, at det mere bliver "dem i den anden ende" – forskerne, kvalitetsudviklerne, Sygesikringen – der får noget ud af sådanne data. Selv vil hun næppe bruge dem på anden måde,

end at hun hurtigt kan skaffe sig et overblik over sine patienter. Hun vil ikke umiddelbart begynde at ICPC-kode, medmindre hun bliver presset til det.

Der synes at lure en utryghed hos lægen ved at skulle aflevere data og blive vurderet og vejledt på grundlag heraf. Det følgende, længere udpluk fra slutningen af det første interview illustrerer lægens holdning:

Interviewer: *Ja, så er der lige til sidst, at de har skrevet i deres oplæg om iværksættelsen af det her, at der skal være regional fokus på implementeringen af ydelsen, eksempelvis ved etablering af facilitatorordning, inddragelse af efteruddannelsesvejledere, kvalitetsudviklingskonsulenter m.fl. Så det vil betyde ifølge deres opfattelse, at vi skal nok få gang i den her forløbsydelse, hvis vi sætter nogen kvalitetskonsulenter eller facilitatorer ud til den enkelte læge.*

Læge: *Hm!*

Interviewer: *"Hm!?" siger du så... [alle griner]. Vil du uddybe det? [alle griner] Hvad tænker du om sådan en formulering?*

Læge: *Ja, det er altså Big Brother's watching you! Den bryder jeg mig ikke meget om. For jeg synes, vi skal arbejde frit her. Og man må ligesom forvente, at læger kan forstå – også på skrift – at forventningen om den her forløbsydelse er sådan og sådan, ikke. Og så sige rent ud, om man vil sidde og kontrollere os og slå os oven i hovedet, hvis vi ikke er gode nok til at få patienterne sat i det rigtige risikolag. Eller også må man lade som om, vi er frie og selvstændige læger, ikke, altså, og godt kan finde ud af det. Altså, jeg mener, at det dér med at nogen skal komme og se én over skulderen, om man gør det godt nok, det er lidt børnehave, ikke.*

Interviewer: *Det er måske ikke helt det, der står. Måske står der mere, at de vil komme ud og vejlede jer i, hvordan I kan få gang i den der forløbsydelse.*

Læge: *Det står med nogle betydeligt finere ord. Men jeg prøver at koge det den anden vej [griner]*

Interviewer: *Ja, det ved jeg godt. Her står "facilitere": og "kvalitetsudvikling" her.*

Læge: *Ja, det er positive ord, de bruger. (...) Jeg kan ikke rigtigt se, hvad de skal. For hvis vi kører efter vores planer, og efter de retningslinjer der gælder for kontrol (som vi også kender fra diabetes-ambulatorierne, på Steno osv.), så kan vi jo godt selv sætte nogle normer, vil jeg sige. Og det mener jeg, at vi kan være voksne nok til.*

Interviewer: *Okay, så den bedste kvalitet for diabetes-patienter er ikke en, som partout skal igennem en forløbsydelse, hvor nogen skal kigge over skulderen og kontrollere osv., men at det er mere op til den enkelte praksis at vælge den facon, som man nu synes passer bedst til en selv og den måde, man arbejder på i praksis.*

Læge: *Ja, det tror jeg meget godt, man kan sige.*

Interviewer: *Og for nogen kan en forløbsydelse måske... for nogle patienter kan en forløbsydelse måske være at foretrække [Læge: Ja]. Hvad det nu indebærer af årsstatus osv., ikke. [Læge: Jo] Og kan vi trække den så langt, at du også vil skrive under på, at for nogle læger vil*

den måske også være en opmuntring til i det hele taget at blive mere bevidste om diabetes-patienter – eller er det at trække den for langt?

Læge: Nej, altså. Det giver da en bedre kvalitet. Teoretisk. Hvis vi har de tidsrammer og den økonomi i det, som er nødvendigt for det her, så kan det godt give en bedre kontrol af patienter, vil jeg sige. Men jeg vil sige, at det kan sammenlignes lidt med, at vi sender nogle til et ambulatorium, ikke, som selv er motiverede i forvejen, og som får alt – som får den forløbsydelse. Det har vi jo allerede kørende. Hvorimod dem vi selv beholder – også for at have en vedvarende check på sukkersyge i det hele taget, med at man ikke sender alt ud af huset – dem kan vi så køre på en noget individuel måde; men nogen kan man da godt have i et forløb, der sammenligner det eller simulerer lidt det, der sker på hospitalet, ikke. Altså lidt mere nuanceret, at man ikke sætter alt i en blok, fordi det kan man ikke. Der er patienter, vi ikke kan køre i en forløbsydelse, vil jeg være helt sikker på.

Den interviewede læge fra denne praksis er skeptisk mht. FY's gennemslagskraft. På spørgsmålet, om FY bliver en succeshistorie, svarer lægen:

Jeg tror det ikke. Jeg er bange for at vi ender i en verden, hvor vi sidder og krydser nogle skemaer af og på en skærm sidder og sætter krydser og nogle små v'er i de rigtige rubrikker, så en anden instans, der betaler vores løn, kan se, om vi gør vores arbejde ordentligt. Og om pengene kan gives bedre ud på en anden måde. (...) Det bliver sådan en skematisk hverdag, hvor vi erstatter patienten med nogle skemaer, vi skal sidde og finde ud af, for at være artige og ordentlige og berettigede til vores løn. I sin yderste konsekvens. (...) [Man kan] måske sige, at tilliden til os er så lille, så man vil ikke give os nogen penge, hvis man ikke får et feedback, som man kan måle og veje. Det synes jeg er betænkeligt i sig selv, den tankegang.

Når alt dette er sagt – og alle forbeholdene taget – ser den interviewede læge dog også kvalitetsudviklingspotentialer i FY. Særligt for de mere velfungerende patienter, hvor man kan være sikker på, at de tager deres blodsukker derhjemme, ses det som en mulighed at lægge ”en forkromet plan”. Disse patienter kan købe eller få et måleapparat til hjemmebrug, og så har vi den overordnede, kontrollerende funktion, som der egentlig er lagt op til, og som nok er det optimale.

Der afsløres under interviewet med lægen en del usikkerhed om, hvordan en række enkeltheder i FY er planlagt og vil fungere. Bl.a. ved hun ikke, om brug af tolke honoreres ekstra, hvis de bruges i konsultationer tilknyttet forløbsydelsen, eller om man er nødt til at koble en almindelig konsultation på, for at få tolkeydelsen honoreret. Det står heller ikke klart for hende, hvordan de data, som skal tages ind i pop up-vinduet på pc-skærmen vil blive anvendt, selv om hun som beskrevet ovenfor forestiller sig dem brugt til overvågning.

Praksis C

Denne praksis gennemførte registrering af sine diabeteskontakter i 1 måned. Der er efterfølgende gennemført et interview med deltagelse af en læge og en sygeplejerske.

Praksis har en fast struktur for sine diabeteskontroller, idet patienterne skal møde til kontrol hver 3. måned. Årskontrollen gennemføres af en læge, mens de tre 3-mdr's kontroller gennemføres af en sygeplejerske. I de tilfælde, hvor patienten eller patientforløbet er meget krævende og kompliceret, tager lægen sig også af 3-mdr's kontrollen. Til alle kontroller er der som hovedregel afsat ½ time.

Denne praksis har besluttet at opstarte insulinbehandling.

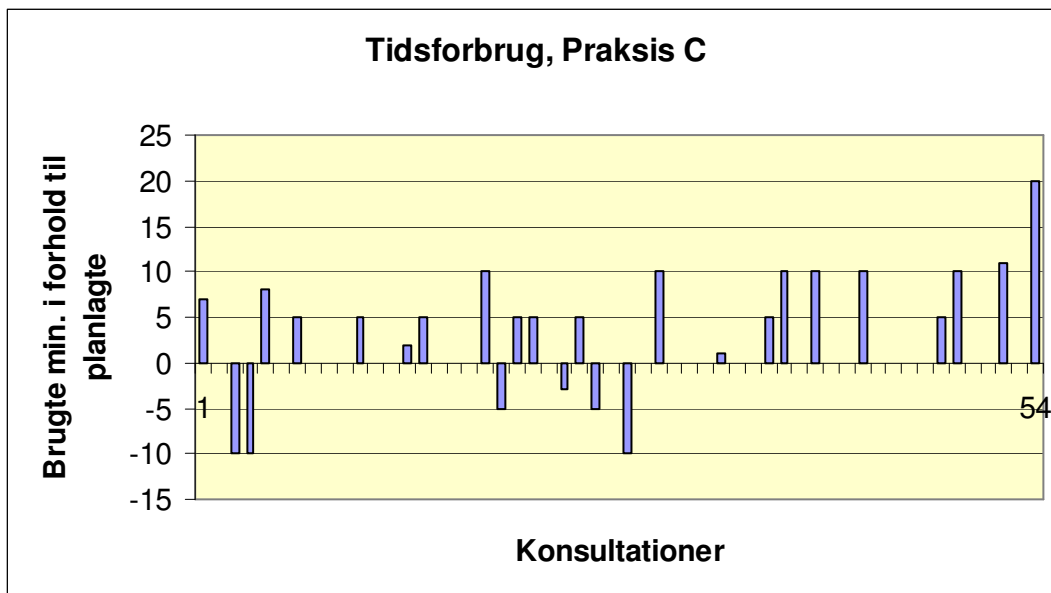
I bilag G findes skematisk oversigt over registreringerne.

Arbejdsdeling

Arbejdsdelingen i registreringsperioden afspejler ikke den ovenfor beskrevne hovedregel om, at sygeplejerskerne tager sig af 3 af 4 diabeteskontroller og lægerne resten, idet lægerne brugte 1392 minutter, og sygeplejerskerne 130. Dette svarer til, at lægerne stod for 91% af den samlede diabetesbehandling (receptionens tid ikke medregnet). Denne overvægt på lægerne forklares med, dels at måneden var atypisk med mange årskontroller og relativt få 3-mdr's kontroller, dels at mange af 3-mdr's kontrollerne vedrørte patienter med komplicerede problemstillinger eller meget dårlig regulation, hvorfor de behandles i lægens regi.

Tidsforbrug

Også i denne praksis ses en tendens til, at tidsforbruget til diabeteskonsultationerne kan tage mere tid end planlagt. For 54 konsultationers vedkommende er der oplysninger om det forventede tidsforbrug og det faktiske. Som det ses af figur 3, svarede tidsforbruget til det planlagte i 28 konsultationer; i 20 tilfælde var det længere end planlagt; og i 6 tilfælde brugtes færre minutter til konsultationen end afsat. Af registreringsnotaterne fremgår det, at der i 2 tilfælde var afsat for kort tid ved en intern fejl, og i 3 tilfælde var konsultationen ikke på forhånd berammet til at være en diabeteskonsultation (forventet antal minutter derfor = 0). De øvrige begrundelser, hvor disse var noteret, handlede om uforudsete behandlingskrævende tilstande og sprogbarrierer.



Figur 3. Behandlernes tidsforbrug til diabeteskonsultationer. Afvigelser fra planlagte minutter i 54 konsultationer

Indhold

Før hver kontrol skal patienten have været på laboratoriet mhp. blodprøve, sådan at analyseresultaterne kan foreligge ved patientens besøg i praksis. Årskontrollerne adskiller sig fra 3-mdr's kontrol-

lerne ved ud over livsstilsemner (motion, rygning, vægt), taljemål, blodtryk, blodsukker HbA1c også at beskæftige sig med fodkontrol, henvisning til øjenlæge, evt. impotens mm. Laboratorieanalyser er også mere omfattende ved årskontrollen end ved kvartalskontrollerne. I de fleste kontroller i registreringsperioden har behandler markeret både paraklinik, livsstilssamtale og snak om/ordination af lægemidler. Der kan også være undervisnings-elementer i begge former for konsultationer.

Der var i registreringsperioden få diabetesrelaterede kontakter i skranken. Dette forklares med den faste rutine, at når patienterne går fra en kontrol, så har de et laboratorieskema med til brug for laboriebeseget umiddelbart inden næste kontrol i praksis, og de har fået recept med til så meget medicin, som de har brug for i den mellemliggende periode. Og når recepten er ved at være brugt op, så minder det – sammen med laboratoriesedlen – dem om, at de skal huske at bestille tid i praksis.

Eksterne samarbejdspartnere

I den korte registreringsperiode har sekretæren 12 gange noteret at have udvekslet informationer om en patient med en ekstern samarbejdspartner (ikke nærmere specificeret). Lægen har i et tilfælde rekvireret journal fra patientens tidligere læge, og i et andet tilfælde været i kontakt med afdelingen.

Patient-cases

Også denne praksis er blevet bedt om at beskrive udvalgte patientforløb, som præsenteres i sin fulde længde i bilag H. De er karakteriseret ved at følgende udfordringer/barrierer må kunne håndteres, for at denne praksis kunne yde en acceptabel forebyggende og behandlende indsats

- Kommunikative barrierer
 - at overvinde en kulturkløft i samtalen om behov for livsstilsændringer hos patienter med kronisk sygdom
- Patienter med flere alvorlige og konkurrerende lidelser
- Patienter som er psykosocialt belastede

Lægen beskriver disse barrierer uden mange kommentarer. Han håndterer dem ved at konstatere, at det er forståeligt, at visse patientgrupper kan have vanskeligt ved at efterkomme behandlersystemets forventninger til egenomsorg.

En læges og en sygeplejerskes forventninger og holdninger til forløbsydelsen

Den interviewede læge antager med temmelig stor sikkerhed, at praksis vil tilmelde sig FY, også selv om de ikke har drøftet det internt endnu. Incitamentet er ikke honorarets størrelse, idet han med den struktur, de har for diabeteskontroller (4 årlige halvtimes konsultationer for de fleste diabetikere), ikke forventer, at FY vil være økonomisk fordelagtigt. Det er snarere forventningen om, at praksis vil få kvalitetssikret sine data.

Lægen beklager, at det er yderst begrænset, hvad der er kommet af konkrete oplysninger om FY.⁵ Derfor bygger hans vurderinger af ydelsens mulige nytteværdi på *forestillinger* og *forventninger* om, hvordan den kommer til at virke, hvordan de enkelte delelementer kan bruges osv. De interviewede ved ingenting om, hvordan – eller om – de får konsulentbistand til at komme i gang, om FY er et forsøgsprojekt osv.

⁵ Interviewet gennemførtes d. 14. februar 2007.

Lægen forventer, at praksis selv skal taste værdierne på de objektive data, som den tager sig af (blodtryk, vægt, tobak, måske livvidde), ind på pc'en, mens laboratoriedataene vil komme ind automatisk. Han forestiller sig så, at data bliver givet tilbage i bearbejdet form, sådan at *der kommer lidt mere fugleperspektiv på det, vi gør omkring en bestemt diagnose*. Og fugleperspektiv vil her sige, at man gennem de automatisk sammenstillede, beregnede data, som kommer retur til praksis – det vides ikke hvordan – kan få et overblik over sine diabetespatienter. Fx kan man rangordne dem i henhold til HbA1c, og få et overblik over, om alle de, der ligger over 8, får insulin. Og hvis de ikke gør, så må man overveje hvert enkelt tilfælde. På samme måde kan man fx tjekke blodtryksniveauet hos patienter med en signifikant mikroalbuminuri osv. osv. Sådanne sammenstillinger forestiller lægen sig, at man kan bruge som et kvalitetsudviklingsværktøj. Men hvor langt det rækker, er til gengæld et andet spørgsmål.

Lægen: Så altså, jeg er ikke i tvivl om, at vi kan få kigget overordnet på de data, vi laver, og jeg er ikke i tvivl om, at vi kommer til at bruge rigtigt lang tid på at kigge på. Det jeg kan være i tvivl om, det er, hvor meget det ændrer ved patienterne i den sidste ende.

Interviewer: Hvis I bruger lang tid på at kigge på det og bliver klogere, hvorfor kommer det så ikke til at ændre på patienterne i den sidste ende?

Lægen: Jeg tænker på, at i dag arbejder vi allerede – synes jeg – meget intensivt med vores patienter. (...) ...vores type-2 diabetes bliver tilbudt 2 timer om året til at kigge på deres diabetes. Inkl. livsstil og alt muligt andet. Og dér har jeg svært ved at se – ja det ved jeg ikke, det er måske fordi jeg er pessimist, men altså – jeg kan ikke se, hvor forandringen kommer for os i forhold til det. Fordi vi ved jo, at vi kigger efter blodtryk, vi ved, at vi kigger efter HbA1c, og vi ved jo, at vi har umulige patienter. Og de bliver jo ikke mindre umulige af, at vi får lavet nogle kvantitative opgørelser over at det ikke går så godt; fordi det ved vi jo med mange af dem her, at det ikke gør.

Stratificeringen af patienterne i forskellige lag efter sygdommens sværhedsgrad skal ifølge lægen også skabe basis for shared care, idet man ud fra tallene kan se, hvilke patienter der skal blive i praksis, og hvilke der skal til hospitalsambulatoriet. Der er svært for lægen at se det store gennembrud heri. *For det første* ved praksis allerede nu, om den enkelte patient er så dårligt reguleret, at han/hun skal videre til ambulatorium. *For det andet* vil denne idé om shared care være hul retorik, så længe der faktisk ikke er medspillere i tilstrækkeligt omfang, som kan tage sig konstruktivt af de patienter, som praksis har brug for at henvise. Det kniber angiveligt med ressourcerne til det: Almen praksis kan ikke henvise til diætist; og der er ”tomt ude i vores kommune”, hvor der slet ikke er nogen tilbud til praksis' sårbare diabetespatienter, dvs. såvel indvandrerpatienter som etnisk danske, ressourcetsvage patienter. Og *for det tredje* differentierer denne praksis allerede nu mellem diabetespatienterne, sådan at man nøjes med 2 årlige kontroller af dem, der er velfungerende og velregulerede (og altså ville befinde sig i nederste stratificeringslag) i modsætning til de 4 kontroller, som andre diabetespatienter får.

Sygeplejersken nævner, at det næppe ville være formålstjenligt at bruge FY på den måde, at dårligt regulerede patienter skulle kontrolleres yderligere. Det ville gøre det svært at fastholde dem. Særligt indvandrerpatienter med massive problemer ville det være svært at få til at møde op til yderligere kontroller. Ideen om, at hyppigere konsultationer vil fastholde patienten i et behandlingsforløb modsiges angiveligt i denne praksis af konkrete erfaringer.

FY lægger op til en opsøgende funktion på den måde, at praksis skal indkalde udebliverne til kontrol. Dette er ikke i modstrid med, hvad lægen gør i forvejen, men han forestiller sig, at det vil blive mere målrettet og lettere vha. FY-databasens tilbagemeldinger. Som det foregår nu i denne praksis, så sender skranken eller lægen et brev til udebliveren og skriver fx: ”Du havde en tid i dag, hvor du ikke kom. Det var ærgerligt, fordi det er vigtigt, at vi følger din sukkersyge. Jeg synes du skal bestille en ny tid.” Men praksis går ikke ind og så tjekker, om patienten reagerer på opfordringen. Dét forestiller lægen og sygeplejersken sig vil blive nemmere at tjekke, når praksis er tilmeldt FY.

I det store og hele mener de interviewede i denne praksis ikke, at FY vil ændre ret meget i rutinerne.

Interviewer: *Hvad skal der ske af ændringer i jeres dagligdag, når I får forløbsydelsen?*

Læge: *Ikke så meget andet end at når vi går ind i konsultationerne, så popper vinduet op, og så skal vi skrive derinde i stedet for. Og så regner jeg med at det går ind i patientjournalen automatisk.*

Den besøgte praksis har relativt mange sårbare patienter, heriblandt mange med indvandrerbaggrund. De interviewede mener ikke, at indførelsen af FY vil være specielt vigtigt i forhold til denne patientgruppe, fordi ydelsen ikke vil komme til at ændre på den faste struktur med tilbud om 4 kontroller årligt til alle diabetikere uanset herkomst og sårbarhed. Det erkendes, at sårbare kroniske patienter kan være besværlige og tidskrævende. Men ydelsen rammer ikke praksis’ behov i denne sammenhæng, og almen praksis kan ikke påtage sig alt:

Lægen: *...hvor jeg også synes, at hvis vi skal mere end det, vi gør med dem i dag, så skal vi altså have nogle nye værktøjer. Jeg tænker meget på, at vi ikke har adgangen til diætist. At vi ikke her i kommunen har nogen, som fokuserer på fysisk aktivitet for etniske, som ikke har tradition for at være fysisk aktive. Hvis alle sådan nogle tiltag var der, og de krævede et eller andet samarbejde med os i forhold til det.. så synes jeg det var godt, hvis der var en ydelse, man kan bruge til det. Men jeg synes også, at vi skal passe på at vi som praktiserende læger ikke tager alt på os. Altså, det er så let at sige, at når de er sårbare, så skal vi have mere tid til dem, så skal vi have flere penge for dem. Men jeg synes også, at hvis man siger sådan, så skal man altså være sikker på, at det hjælper. Og man skal være sikker på, at de får noget ud af det. Og det ved jeg ikke, om man ved noget om.*

Lægen henviser til en af patient-casene, som bare er ét eksempel på, at der er en lang række komplicerede problemstillinger af sygdomsmæssig, familiemæssig, kulturel og anden art *i tillæg til* selve diabetessygdommen, som gør det svært at ændre på noget og svært at forvente egenomsorg fra patientens side.

Lægen: *Jeg tror, at forløbsydelsen er vældig god til at afsløre strukturer og hårde facts. Men den bløde del af de kroniske patienter ... dér ser jeg ikke, at der er ret meget hjælp at hente.*

Opsamling og diskussion

De faktiske rammer for projektet har udelukket behandling af og svar på visse spørgsmål. Men det har været muligt at dokumentere nogle af de forestillinger og holdninger, som forløbsydelsen (FY) kan blive mødt med fra de praktiserende læger og deres personale, og hvilke implementeringsvanskeligheder og -muligheder ydelsen står overfor i praksis med mange sårbare patienter. Endvidere giver vores data grundlag for overvejelser om, hvordan de mere overordnede formål med FY kan fremmes.

Undersøgelsen gør ikke krav på at være repræsentativ i konventionel statistisk betydning, hvorfor dens resultater ikke kan generaliseres på den måde, at man kan sige, at så og så mange praksis håndterer deres diabetespatienter på den og den måde – eller at der vil være de og de barrierer for implementering i x % af praksis. Gennem de 3 case studies er der tilvejebragt et billede af, hvordan diabetes håndteres – og hvordan FY vurderes og tænkes modtaget – i forskellige praksis, som har det tilfælles, at de har mange sårbare patienter.

Variationerne mellem de 3 praksis

De 3 cases udgør tilsammen et bredt spektrum af rutiner og holdninger, og hver især udgør de tre typer tilgange til FY og diabeteshåndtering:

I den ene praksis (A) håndterer man allerede diabetes på en måde, der meget ligner den, som FY lægger op til. Der gennemføres årskontroller og mellemliggende (typisk hver tredje måned) kontroller. I denne praksis påtager en sygeplejerske sig hovedparten af arbejdet med disse patienter, idet vedkommende forbereder (paraklinik) og gennemfører (med evt. påkrævet assistance fra lægerne) 3-mdr's kontrollerne og forbereder årskontrollerne. I alle kontroller indgår typisk livsstilssamtale og undervisning, som anbefalet i DSAMs vejledning. Der er hyppige interne konferencer mellem læger og sygeplejerske og sekretær, ligesom man forsøger at leve op til rollen som tovholder og at indgå i shared care. Der er indført en systematik, hvorefter udeblivere kontaktes mhp. ny tid. Som udgangspunkt er der afsat 20 minutter til 3-mdr's kontrollerne og 30 minutter til årskontrollerne. I computersystemet er der indlagt faciliteter, hvor de objektive fund indtastes og løbende kan sammenlignes med de opstillede målsætninger for hver enkelt patient.

Holdningen til FY hos den interviewede læge fra denne praksis var umiddelbart positiv, om end praksis endnu ikke havde truffet beslutning om at tilmelde sig eller ej – og på trods af at det stadig stod uklart, hvad det ville indebære at være med, hvor og hvordan parakliniske data skal indtastes, hvordan disse data bliver anvendt og af hvem, hvilken slags feedback den enkelte praksis evt. vil få, hvilken økonomisk betydning det vil få for denne praksis at være tilmeldt FY osv. osv. Holdningen hos den interviewede læge var nærmest ”lad os bare komme i gang, og så får vi se, hvad det kommer til at indebære for os”. Grundlæggende var der en forventning hos lægen om, at FY kan give diabeteshåndteringen i almen praksis et løft, og dét med økonomien kan vist ikke gå helt galt – og i hvert fald forventer lægen, at der bliver gennemført evalueringer af FYs virkninger, og antager, at P.L.O. vil regne på det økonomiske hen ad vejen, når der er erfaringer at beregne det ud fra.

I den anden praksis (B) kontrolleres diabetespatienter efter en strikt skabelon med månedlige konsultationer, som gennemføres med typisk 2 minutters blodsuktermåling og urinkontrol mm. ved sygeplejerske og en efterfølgende 10 minutters konsultation hos læge, hvor de objektive fund vurderes, og hvor patienten anvises relevante livsstilsændringer, undervises i brug af ordineret medicin mv. Kontrollernes hyppighed (månedligt) begrundes primært med ønsket om at fastholde patienter-

ne i sygdomserkendelsen, for derigennem at højne compliance med livsstilsanvisninger og mediciner, ligesom det vurderes, at mange af de sårbare indvandrerpatienter ikke selv formår at måle og registrere deres blodsukker. Denne praksis bruger ikke computeren offensivt som redskab til at vurdere udviklingen i regulation i de enkelte patientforløb. Udeblivere kontaktes almindeligvis ikke mhp. ny konsultationstid, men de får en påmindelse, når de kontakter praksis i anden sammenhæng.

Holdningen til FY er grundlæggende skeptisk i denne praksis, selv om man dog ikke afviser, at der kan være visse fordele forbundet med ydelsen, særligt i praksis med kun få sårbare diabetespatienter. Praksis forventer bestemt ikke at tilmelde sig ordningen. De fastlagte honorarer (engangsbeløb og årshonorar), som en tilmelding udløser, betragtes som insufficiente økonomiske incitamenter, idet der vil være flere penge at tjene ved ”det gamle system”. Derudover betragtes sjældnere – om end grundigere – kontroller at støde imod princippet om at ”holde patienterne til ilden” ved at se dem hyppigt/månedligt; og det anføres, at indvandrerpatienternes generelle ustabilitet i fremmødet dels vil blive accentueret af den lavere konsultationshyppighed, dels vil indebære en større risiko for mere spildtid i praksis. FY betragtes alt i alt som mere tidskrævende end den eksisterende praksis og vil være svær at indpasse i en tidspresset hverdag. Ideen om, at indtastede objektive data på alle diabetespatienter bliver analyseret og vurderet af andre, vækker ubehag hos den interviewede – det opfattes overvågning og kontrol og aflønning udelukkende i henhold til, hvad der kan måles og vejes.

Den tredje praksis (C) i undersøgelsen er karakteriseret ved en stor interesse for diabetesbehandling og kvalitetsudvikling. Alle diabetespatienter tilbydes en årskontrol og 3 kvartalskontroller på et år – dog vil de velregulerede ud over årskontrollen kun modtage én kvartalskontrol. Begge typer kontrol modsvarer anbefalingerne i DSAMs vejledning. Kvartalskontrollerne varetages almindeligvis af en sygeplejerske, men i de tungeste tilfælde er det dog lægens opgave. Alle kontroller er af ½ times varighed. Udeblivere får typisk en anbefaling om at kontakte praksis mhp. en ny tid, men det kontrolleres ikke efterfølgende, om de responderer herpå.

Holdningen til FY kan beskrives som positiv i denne kompagniskabspraksis. De interviewede (læge og sygeplejerske) forventer bestemt, at man tilmelder sig ydelsen, selv om det endnu ikke er drøftet formelt med den øvrige besætning. Honoreringen af forløbsydelsen betragtes ikke som et incitament. Den positive holdning har primært udgangspunkt i forventningerne om, at datafangstmodulet og den statistiske bearbejdning og feedback af patientdata vil give grundlag for et kvalitetsløft i praksis’ egen diabetesbehandling, men der forventes dog ikke nogen ændringer i rutinerne og i strukturen med 4 kontroller årligt. Der er en vis skepsis over for *rækkevidden* af forløbsydelsens virkninger. Dels oplever praksis et inadækvat tilbud til diabetespatienter uden for praksis; dels vurderer læge og sygeplejerske, at kvantitative opgørelser og feedback af forskellige parakliniske fund ikke er et egnet værktøj til at løse de komplicerede problemstillinger af sygdomsmæssig, familiemæssig, kulturel og anden art, som mange af de sårbare diabetespatienter har *i tillæg til* selve diabetessygdommen.

Med disse tre praksis har vi fået beskrevet 3 *modi operandi* mht. diabeteshåndtering, ligesom vi er blevet præsenteret for forskellige holdninger og forventninger til forløbsydelsen – både mht. om man kan lide den, og mht. hvad den kan bidrage med til behandlingen af diabetes.

Ydelsens attraktivitet for den enkelte almen praksis

Det er almindeligt anerkendt, at udbredelsen af innovationer afhænger ganske meget af, hvordan de vurderes af de potentielle aftagere og brugere. Bl.a. har Everett Rogers i sit klassiske reference-

værk⁶ på grundlag af empiriske studier kunnet udskille 5 forhold som værende af særlig betydning for, om en ny teknologi får succes og vinder indpas. Begrebet innovation kan dække også nye behandlingsmetoder og nye måder at organisere arbejdet på. Vi ser ingen grund til ikke også at betragte forløbsydelsen som en sådan innovation; derfor har vi i den følgende gennemgang af Rogers' 5 punkter erstattet begrebet innovation med "forløbsydelsen":

- *Relativ fordel.* I hvor høj grad forløbsydelsen er – eller opfattes at være – bedre i forhold til det, den skal erstatte? Der kan anvendes forskellige kriterier i vurderingen af dette, fx
 - Økonomisk rentabilitet:* giver forløbsydelsen mig en økonomisk gevinst?
 - Bekvemmelighed:* gør forløbsydelsen mit arbejde lettere?
 - Social/kollegial prestige:* vil folk/kollegaer tænke bedre om mig, hvis jeg bruger forløbsydelsen?
 - Tidsforbrug.* Sparer forløbsydelsen tid for mig – eller er den mere tidskrævende?
 - Umiddelbar nytteværdi.* Får jeg fordel af forløbsydelsen straks, eller får jeg først belønningen senere? Gavner den mine patienter på kortere eller længere sigt?
- *Kompatibilitet.* I hvor høj grad forløbsydelsen opfattes som forenelighed med (lægenes og almen praksis') eksisterende værdier og tidligere erfaringer og nuværende behov.
- *Kompleksitet.* Hvor svært eller let det er at forstå og ibrugtage forløbsydelsen.
- *Afprøvsbarhed.* I hvor høj grad forløbsydelsen kan afprøves og modificeres af den enkelte læge. (Dette aspekt vil være særligt vigtigt for "fortroppen", det vil her sige de læger, som er de første til at træffe beslutning om tilmelding til FY eller ej. De langsommere beslutningstagere vil kunne afvente kollegaernes erfaringer og vurderinger).
- *Observerbarhed.* I hvor grad resultaterne af – fordelene ved at bruge – forløbsydelsen kan iagttages af andre (og dermed hvor meget dette vil stimulere interkollegial diskussion og interesse i også at bruge ydelsen).

Det er Rogers' budskab, at jo større relativ fordel, jo større kompatibilitet, jo mindre kompleksitet, jo større afprøvsbarhed og jo større observerbarhed, des hurtigere og større udbredelse får innovationen. Rogers påpeger, at da det generelt er svært for innovationer at blive taget i brug (*adopted*), er det vigtigt, at alle 5 dimensioner giver så stort et positivt bidrag som muligt. Hvordan opfatter lægerne i vores undersøgelse forløbsydelsen i relation til disse 5 dimensioner? Selv om vi ikke har foreholdt deltagerne i vores undersøgelse disse punkter direkte, så giver vores data alligevel en række svar. Og vi mener, at de har en vis generel gyldighed og altså ikke alene kun vedrører praksis karakteriseret af mange sårbare patienter.

Den *relative fordel* ved FY er ikke indlysende for vores respondenter. Der er især usikkerhed overfor, hvorledes kontrollerne afgrænses fra de øvrige konsultationer. Ingen af dem ser en økonomisk fordel ved at tilmelde sig – i de to praksis er man usikker på de økonomiske konsekvenser, mens man i den tredje direkte betragter det som en indtægtsnedgang. I de to praksis fremdrager man ét forhold, hvor FY kan gøre arbejdet mere bekvemt, nemlig at indtastede data bearbejdes af tredje-mand og returneres til praksis; den sidste praksis i undersøgelse kan ikke umiddelbart se fordelene i en sådan datahåndtering og betragter den nærmest som en utidig kontrol. Ingen af de interviewede har fremført et tidsbesparende aspekt som en fordel ved FY (bortset fra at databearbejdnings foregår eksternt). En af de deltagende praksis ser ikke nogen egentlig nytteværdi af FY på hverken kort

⁶ Rogers EM. Diffusion of innovations. New York: Free Press. 1995.

eller langt sigt, mens de to andre vil kunne se værdien af databearbejdning og feedback umiddelbart. Fordele for patienterne nævnes ikke spontant af nogen af de interviewede.

For to af praksis er FY i nogen grad *kompatibel* med deres eksisterende rutiner, idet de allerede i dag arbejder struktureret med faste kontroller (hvor der skelnes mellem årskontroller og 3-mdr's kontroller), arbejder målrettet med dataregistrering og sammenligning med opstillede mål, følger DSAMs kliniske vejledning, delvis indkalder udeblivere, mm. FY vil være tydeligt ikke-kompatibel med den nuværende diabeteshåndtering i den tredje praksis, hvor der ikke ICPC-kodes, ikke arbejdes med dataregistrering, ikke gennemføres kontroller i henhold til den kliniske vejledning, ikke kontaktes udeblivere mhp. ny tidsbestilling. FY er ikke kompatibel med den sidstnævnte praksis oplevede behov – dér taler man mere om behovet for mere tid. Heller ikke i de to andre praksis kan man tale om, at FY vil tilfredsstille et følt og defineret behov, for dér har man som nævnt allerede i nogen tid arbejdet struktureret med nogle af FYs elementer – i stedet taler de interviewede om bare at gå i gang og så se, hvad ydelsen kan bruges til, og måske vil datamodulet give os et godt overblik; men ydelsen modsvarer ikke deres udtalte behov for værktøjer til at håndtere de komplicerede problemstillinger, som kendetegner mange af de sårbare diabetespatienter, som disse praksis har så mange af.

FY repræsenterer en vis *kompleksitet* for de tre praksis, sådan som den foreligger beskrevet for dem. Der er flere elementer i ydelsen, som de ikke forstår eller ikke kender til, og på det foreliggende grundlag vil de næppe kunne tage ydelsen i brug uden videre.

Det fremgår ikke af overenskomstteksten – og ingen af de interviewede læger vidste – om en almen praksis kan tilmelde sig FY og *afprøve* den i en kortere tidsperiode (fx ½-1 år) og eventuelt melde fra igen, eller om man som mindstemål skal holde fast igennem de 3 år, som angiveligt er ydelsens forsøgsperiode (ingen af de interviewede vidste, at der var tale om et forsøgsprojekt).

En af de interviewede ytrede spontant ønske om, at effekten af FY skulle gøres *observerbar* for brugere og ikke-brugere. Ingen kan på forhånd vide, hvordan ydelsen kommer til at virke, hvorfor han efterlyste dokumentation og evaluering.

Implementering

Et feasibility study har almindeligvis til opgave at svare på spørgsmålet: Skal vi gå videre med det her (produkt, produktion, salgsfremstød, implementeringsplan o.lign.)? I det aktuelle tilfælde kan man sige, at forløbsydelsen jo er vedtaget til at træde i kraft 1. maj i år, og spørgsmålet om, hvorvidt der overhovedet skal være en FY, er det derfor overflødigt at svare på. I stedet har vi fokuseret på de vanskeligheder, som forløbsydelsen kan støde på. Dette sidste muliggør, at der kan iværksættes implementeringsaktiviteter som målrettes en minimering af disse vanskeligheder.

Undersøgelsen har vist, at der er forskellige måder at håndtere diabetes på og forskellige måder at organisere arbejdet på osv. Med de tre deltagende praksis har vi fået præsenteret 3 forskellige ”modeller”. Allerede ud fra dette begrænsede sample er det tydeligt, at der eksisterer forskellige praksiskulturer. Det er derfor ikke forventeligt, at en ny ydelse som fx forløbsydelsen nødvendigvis vin-der indpas (lige glat) i disse praksis – eller i alle andre praksis. Der er peget på en række barrierer og problemområder, som eventuelt vil få de alment praktiserende læger til at afstå fra at tilmelde sig ydelsen. Ved at vende argumenterne om kan der indirekte peges på, hvilke forhold der kan fremme brugen af forløbsydelsen. Følgende punkter anbefaler vi derfor til yderligere overvejelse:

1. Oplysningsvirksomhed.

Der synes at være en del usikkerhed – og dermed basis for negative forestillinger – om, hvordan forløbsydelsen vil virke. Derfor anbefales en grundig, målrettet oplysningsvirksomhed til alle praksis. Formålet med oplysning er at synliggøre ydelsens relative fordele for praksis (og patienter).

Økonomisk rentabilitet. Hvilke økonomiske konsekvenser får tilmelding til FY i forskellige typer praksis med forskellig patientsammensætning, herunder i praksis med mange sårbare patienter, som kan have mange praksiskontakter (hvoraf flere kan være diabeteskontroller)?

Bekvemmelighed og tidsforbrug. Hvordan påvirker FY mit daglige arbejde?

Data. Der informeres om, hvilke data lægen skal indtaste på computeren (hvilke kvalitetsindikatorer bruges der), og hvad der sker med disse data: Hvem kan se dem? Hvem bearbejder dem – og med hvilket formål? Hvordan kommer bearbejdede data tilbage til praksis? Hvad kan de bruges til?

Hvad får ”dårlige resultater” af eventuelle konsekvenser for praksis? osv. Det vigtigste spørgsmål er nok: Hvad er fordelen for min praksis?

Stratificering. Der informeres om, hvad stratificering er. Hvordan den kommer i stand. Hvordan den kan bruges. Hvad er fordelen for mig og min praksis?

2. Konsulentbistand til igangsætning og vedligeholdelse

Særligt praksis, hvor FY er inkompatibel med nuværende rutiner og kultur, kan have brug for hjælp til at fjerne usikkerhed og til at komme i gang med at bruge ydelsen, ICPC-kode, oparbejde nye rutiner i egen organisation, planlægge og gennemføre struktureret opfølgning, fortolke data o.lign. Hjælpen kan eventuelt formidles fx gennem personlige efteruddannelsesbesøgere (PEB), hot-line, manualer.

3. Afprøvningsperiode.

FY er beskrevet som et 3-årigt forsøg, og det kan for mange være et langt skridt ind i fremtiden og usikkerheden. Det må antages, at flere skeptikere vil tilmelde sig, hvis de kan se frem til en kortere afprøvningsperiode. De skal kunne – og informeres om, at de kan – melde fra igen efter fx det første år.

4. Dokumentation og evaluering.

En beskrivelse af erfaringerne fra de praksis, som bruger FY, kan tjene to formål: Dels kan succes-historier påvirke skeptikerne til alligevel at melde sig under fanerne; dels kan en velstruktureret monitorering og procesevaluering give grundlag for kvalitetsfremmende justeringer undervejs af ydelsens indhold, databearbejdning, feedback mm.

Selve forløbsydelsen og dens formål

Forløbsydelsens målsætning er bl.a. at give den praktiserende læge et instrument til systematisering og kvalitetsudvikling af behandlingen og kontrollen af diabetespatienter. Ydelsen beskrives som et første skridt til, at almen praksis skal varetage hovedparten af indsatsen for patienter med kroniske sygdomme (*in casu*: diabetespatienter). Der forventes opsøgende arbejde fra praksis' side, FY skal angiveligt være med til at øge opmærksomheden på tværsektorielt samarbejde, herunder i forhold til de kommunale tilbud, og på patienternes egenomsorg.

Det har været et af denne undersøgelses erklærede mål at vurdere, hvordan FY kan komme til at fungere i praksis med mange sårbare patienter; og i det følgende vil diskussionen primært forholde sig til FYs betydning og anvendelighed i forbindelse med disse patienter og i disse praksis.

Opsøgende virksomhed

Der er en del eksempler fra undersøgelsens registreringer på, at patienter udebliver fra aftalt kontrol, og af interviewene med lægerne fremgår det, at møde-compliance særligt hos de sårbare patienter i mange tilfælde er dårlig. FY lægger op til, at praksis genindkalder udeblivere og i det hele taget anlægger en opsøgende profil over for diabetespatienter. Men det er tydeligt fra undersøgelsen, at en sådan opsøgende virksomhed kan støde an mod to slags barrierer: *Dels* er det nytænkning, og i nogle praksis er det så meget et udtryk for en ændret rolle, at den kan være svær at vænne sig til. *Dels* vil det være meget tidskrævende at gennemføre denne opsøgende virksomhed, fordi det er svært at kommunikere med personer med dårlige danskundskaber og læsesvagheder – der vil i mange tilfælde skulle bruges tolk (som ikke altid forløber uproblematisk) og/eller skrives til patientens pårørende, fra hvem man så må forvente – men måske ikke altid får – den nødvendige assistance. Den opsøgende/opfølgende virksomhed er så tidskrævende, at den næppe kan forventes gennemført i alle praksis.

Mht. særligt sårbare patienter, herunder mange indvandrerpatienter med komplekse samlede levekår og måske med et sygdomsbillede præget af flere samtidige sygdomme foruden den dysregulerede diabetes, er det måske et spørgsmål, om almen praksis kan eller skal løfte den opsøgende opgave. Måske burde det overvejes, om den case manager-funktion, som i Sundhedsstyrelsens kronikerrapport⁷ anbefales mhp. at støtte patienter med avanceret eller kompliceret sygdom, kunne bruges i forbindelse med almen praksis' sårbare diabetespatienter. I hvert fald anbefaler rapporten en sådan funktion til "patienter med dårlig sygdomsforståelse og manglende evne til at fastholde behandling og hensigtsmæssige levevaner".

Stratificering og tværfagligt samarbejde

FY har som et af sine indbyggede redskaber en patientrelateret dataudveksling mellem praksis og en central database, hvorefter man kan stratificere alle patienter som tilhørende et af tre nærmere definerede risikolag. Det er jo ideen, at stratificeringen skal sikre, at behandlingsniveauet og behandlingsintensiteten dermed kan tilpasses patientens behov. Det er blevet foreslået,⁸ at HbA1c-niveauet kan være et kriterium at inddele patienterne efter, sådan at et niveau på 7-9% fx skulle betragtes som det mellemste risikolag (og patienten skulle dermed behandles på almen praksis niveau). Det forekommer os imidlertid at være et for smalt, ensidigt kriterium. Der er en række andre forhold, som kan overvejes medindtænkt i en risikovurdering, men som altså ikke lader sig måle eller statistisk bearbejde, fx sårbarhed, patientens sociale forhold, co-morbiditet, sygdomsopfattelse, compliance-villighed. Og det er da også sådanne faktorer, som praktiserende læger i dag vurderer, når de tager stilling til visitation.

FY lægger op til – eller har direkte som en af sine præmisser – at stratificeringen af diabetespatienterne er et redskab til at fremme shared care, hvori bl.a. indgår en arbejdsdeling mellem almen praksis og sygehuse og kommuner m.fl. Vores undersøgelse har imidlertid eksempler på, at almen praksis' samarbejdspartnere ikke er på plads eller ikke i alle tilfælde fungerer optimalt. Således kan almen praksis ikke henvise direkte til diætist; en af de inkluderede praksis er begyndt at opstarte insulinbehandling, fordi ambulatoriet ikke altid har fungeret optimalt; og en af de interviewede læger fortalte frustreret om, hvordan der i hans kommune ikke er et motionsstilbud rettet mod indvandrere (som ifølge lægen ikke har en motionskultur). Derudover peger undersøgelsen også på at kommuni-

⁷ Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom: Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode patientforløb. København 2005.

⁸ Brix Jensen P. Forløbsydelsen for diabetespatienter i almen praksis. Practicus, Nr. 180: 70-71, 2006.

kationen mellem almen praksis og hjemmeplejen såvel som sekundærsektoren i forhold til sårbare patientgrupper ikke er optimal, hvilket synes at medføre et relativt øget ressourceforbrug i almen praksis. Også andre undersøgelser har påvist problemer i det tværfaglige samarbejde omkring sårbare indvandrerpatienter.^{9, 10}

Der synes således at være behov for udvikling af samarbejdsmodeller, fx ved at diabetesambulatorier kan tilbyde afgrænsede indsatser såsom diætvejledning og insulinopstart,¹¹ ligesom der synes at være et behov for en stadig optimering af informationsudvekslingen mellem de forskellige behandlende instanser. Derudover forekommer organisationsudvikling/kvalitetsudvikling af relationen mellem almen praksis og kommunerne at være afgørende for en adækvat arbejdsdeling i håndteringen af diabetes. Dette har særlig aktualitet i og med, at kommunerne i forbindelse med strukturreformen nu har fået ansvaret for forebyggelses- og rehabiliteringsopgaver. Der er dog stor usikkerhed om, hvorvidt og hvordan kommunerne kommer til at løfte disse opgaver. Uden velfungerende samarbejdspartnere og -relationer kan snakken om tværfaglighed og shared care forblive hul retorik.

Datafeedback

Det ligger i FY-konceptet, jf. Brix Jensen¹², at det datafangstmodul, som installeres i lægens edb-system, automatisk vil opsamle de fleste nødvendige data til en statistisk bearbejdning i en central database. Én gang om året – i forbindelse med årskontrollen – skal lægen supplere dette med yderligere data i et særligt pop up-vindue.

Lægerne i vores undersøgelse var ikke i stand til at forestille sig, i hvilken form de bearbejdede data kommer tilbage til dem, og dermed heller ikke hvordan de så vil kunne bruge dem. Derudover er det indtrykket fra interviewene, at feedback-data i form af opgørelser over parakliniske fund holdt op mod kvalitetskriterier for de samme variable – og/eller sammenlignet med andre praksis i regionen – ikke bidrager til at løse lægernes største problem med de sårbare patienter. Ganske vist giver sådanne data praksis godt overblik, og de kan vise noget om, hvor mange og hvilke patienter der ligger på hvilket stratifikationsniveau, eller hvor mange og hvilke patienter der ikke er kommet til de planlagte kontroller i det forgangne år. Men de giver ingen anvisninger på, hvordan læge eller personale succesrigt kan motivere patienterne for en hensigtsmæssig livsstil, fremme patienternes compliance med et ordineret behandlingsregime, eller sikre fremmøde til næste kontrol. Sådanne statistiske opgørelser er heller ikke det værktøj, nogle læger kunne ønske sig, når de står med sårbare patienter, som har behov for diætistvejledning, motionstilbud mm.

For nogle indvandrerpatienter er der derudover massive forståelsesproblemer grundet deres ringe danskkundskaber, en anderledes sygdomsopfattelse, og en kompleks og kompliceret livssituation i øvrigt, som stiller særligt store krav til læger og personale.

⁹ Jacobsen E, Karise S, Dyhr L. Mødet mellem 1. generationsindvandrerkvinder & det danske sundhedsvæsen. Rapport fra et pilotprojekt. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2004.

¹⁰ Dyhr L. Udvikling af en indvandrerkonsulentfunktion i almen praksis. København: Forskningsenheden for Almen Praksis/CeKAP. 2006.

¹¹ Christiansen M, Nielsen AM, Institut for Folkesundhedsvidenskab. Kortlægning af aktiviteter om forebyggelse og sundhedsfremme tilrettelagt for etniske minoriteter i Danmark. København: Sundhedsstyrelsen 2005. http://www.sst.dk/Forebyggelse/Maalgrupper_og_forebyggelsesmiljoer/Etniske_minoriteter/Publikationer/publikationer_danske/Kortlaegning.aspx?lang=da

¹² Brix Jensen P. Forløbsydelsen for diabetespatienter i almen praksis. Practicus, Nr. 180: 70-71, 2006.

Egenomsorg

Overenskomstteksten til forløbsydelsen lover ikke, at ydelsen vil fremme egenomsorg, men at den vil give *øget fokus* på patientens egenomsorg. Det står dog ikke klart, om den øgede fokusering vil være hos patienten eller hos lægen/praksis/sundhedsvæsenet, eller om der vil være tale om egenomsorg som et partnerskab mellem behandler og patient.¹³ Det fremgår heller ikke af teksten, hvilke (årsags-virknings)mekanismer der vil føre til den øgede fokusering.

Begrebet egenomsorg er ikke nærmere defineret i overenskomstteksten, men i Sundhedsstyrelsens rapport om kronisk sygdom betragtes egenomsorg som ”individets evne til at håndtere symptomer, behandling, fysiske og sociale konsekvenser og adfærdsændringer som følger med at leve med en kronisk sygdom”.

Vi har gennem udvælgelsen af deltagere til denne undersøgelse sikret os medvirken af praksis med mange sårbare patienter. ”Sårbare patienter” er iflg. Sundhedsstyrelsens definition personer, som på baggrund af lavt uddannelsesniveau, øvrig mangel på ressourcer samt evt. anden etnisk baggrund end dansk kan have svært ved at fastholde behandling og relevante adfærdsændringer. Det er da også tydeligt ud fra mange af undersøgelsens registreringer og patient-cases, at patienterne udviser en forskellig grad af egenomsorg – men nok så interessant at det er af forskellige årsager. Derfor har de enkelte patienter behov for en *forskellig* indsats fra sundhedsvæsenets og andres side. Fx kunne Huriye, bilag H, have brug for en case manager, mens flere af de andre kunne have glæde af en fokuseret diætrådgivning. En anden af patienternes (Majid’s) samlede livssituation og personlige baggrund er så kompliceret, at hans læge ikke forventer en adækvat egenomsorg. Patienternes evne til egenomsorg er med andre ord ikke givet.

De interviewede læger og personale i vores undersøgelse udtrykker også skepsis med hensyn til deres egne muligheder – og FYs bidrag hertil – for at påvirke de sårbare patienters diabetesrelaterede egenomsorg. Der tales ikke kun om patientbarriererne (dårlig compliance, manglende sygdoms-erkendelse osv.), men også om strukturelle barrierer: mangel på tid til at håndtere de komplicerede sager, problemer med tolkefremmøde og tolkning, mangel på relevante værktøjer til at motivere og til at hjælpe patienterne til en bedre egenomsorg, et ikke-tilstrækkeligt eller ikke-adækvat samarbejde med eksterne partnere.

En rapport fra en arbejdsgruppe nedsat af Sundhedsstyrelsen¹⁴ stiller forslag til patientrettede indsatser over for diabetespatienter fra etniske minoriteter. Bl.a. anbefales en særligt tilrettelagt patientuddannelse, som sikrer, at patienten kan varetage en relevant egenomsorg. Dette og andre forslag peger tilsammen på, at den patientrettede indsats skal baseres på koordinerede tværfaglige og tværsektorielle tiltag. Nogle af de foreslåede indsatser kan udmøntes i de eksisterende strukturer/organisationer, mens andre kræver organisationsudvikling. Almen praksis forventes ikke at kunne løse problemerne alene.

¹³ Denne skelnen mellem egenomsorg fra behandlerens perspektiv, fra patientens perspektiv eller som partnerskab er nærmere udfoldet i Dørfler L, Hansen HP. Egenomsorg – et litteraturbaseret udredning af begrebet. København: Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen, 2005.

¹⁴ Indstilling uarbejdet af arbejdsgruppe angående: Strategi for indsats vedrørende diabetes blandt etniske minoriteter. (Arbejdsgruppen bestod af: Vibe-Petersen J, Dyhr L, Sandø N et al.).
www.sst.dk/upload/forebyggelse/cff/etniske%20minoriteter/nyhedsbrev_5/diabetesstrategi06.pdf

Konklusion

Undersøgelsen peger på, at forløbsydelsen vil blive modtaget forskelligt i forskellige praksis. Fordelen ved at tilmelde sig er ikke indlysende for alle læger – det kan være svært at få øje på, hvad ydelsen vil give af gevinster for praksis og patienter.

Den skepsis og usikkerhed, som nogle læger måtte have over for forløbsydelsen, kan bedst imødegås gennem en målrettet oplysningsindsats om ydelsen, hvor de potentielle brugere gives klarhed over ydelsens relative fordele for dem. De mest skeptiske vil nok vente med at beslutte sig for eller imod tilmelding til ydelsen, indtil de har set erfaringer, evalueringer og dokumentation for, at den synes at være forenelig med deres egen praksis, og at den har en række fordele for dem. Desuden synes konsulentbistand til planlægning, igangsætning og vedligeholdelse af nye arbejdsgange mm. at være relevant for at fremme implementeringen af ydelsen.

Undersøgelsens fokus på praksis med mange sårbare patienter peger på, at der dér kan være trange kår for forløbsydelsens erklærede målsætning om kvalitetssikring gennem systematisering, opsøgende virksomhed, og øget fokus på tværsektorielt samarbejde og patienternes egenomsorg. Opsøgende virksomhed over for sårbare patienter er yderst tidskrævende; samarbejde over sektorgrænser målrettet sårbare patienter er ikke altid muligt – eller ikke altid af tilstrækkelig kvalitet – fordi relevante tilbud ikke er på plads; og patienternes egenomsorg er vanskeliggjort af komplicerede og komplekse sociale, sygdomsmæssige og kulturelle problemstillinger.

Det kan næppe betvivles, at forløbsydelsen gennem sin dataindsamling og feedback kan skabe systematisering og overblik. Men ydelsen fjerner ikke vanskelighederne i de patientopsøgende aktiviteter i disse praksis; den bidrager ikke i sig selv til tværfagligt og tværsektorielt samarbejde; og den medfører ikke uden videre øget egenomsorg. Dertil kræves andre værktøjer og løftestænger.

Bilag

Bilag A:

PLO'orientering, December 2006

Fakta om forløbsydelsen for diabetespatienter

Forløbsydelsen for diabetespatienter er en helt ny form for ydelseshonorering, som almen praksis kan tilmelde sig.

Formålet med forløbsydelsen er at udvikle og sikre kvaliteten i behandlingen af kronisk syge i almen praksis og at give den praktiserende læge et instrument til planlægning, risikostratificering og kvalitetssikring af behandlingen og kontrollen af diabetespatienter i praksis.

Ikrafttræden

Praktiserende læger har mulighed for at tilmelde sig forløbsydelsen fra 1. april 2007. Ydelsen kan anvendes fra 1. maj 2007

Ydelsesbeskrivelse mv.

Ydelsesbeskrivelse, bilag og laminat ark vil blive udsendt til alle praktiserende læger primo 2007.

Tilmelding

For at kunne anvende ydelsen skal den praktiserende læge via sit ydernummer tilmeldes ydelsen. Tilmelding er frivillig og sker elektronisk. Efter tilmelding og installation af datafangstmodul afregnes der overfor hver fuldtidslæge et engangsbeløb på 7.500 kr.

Hvilke diabetespatienter omfattes af forløbsydelsen?

Ved tilmelding omfattes alle tilmeldte gruppe 1 sikrede diabetikere, som kontrolleres i praksis, af forløbsydelsen. Gruppe 2 sikrede, som kontrolleres i praksis, omfattes ligeledes af forløbsydelsen. Man kan således ikke vælge kun at lade udvalgte diabetespatienter, som kontrolleres i praksis, være omfattet.

Diabetespatienter, som kun kontrolleres på sygehus ambulatorium eller ved speciallæge kan ikke omfattes af ydelsen.

Efter tilmelding til ydelsen skal alle praksis diabetespatienter registreres med ICPC kode T90. Diabetespatienter som forlader praksis afmeldes automatisk fra databasen.

Ydelsens indhold

Forløbsydelsen omfatter for såvel type-1 som type-2 diabetikere de elementer, der følger af DSAMs vejledning fra 2004, "Type 2-diabetes i almen praksis". Dvs. at ydelsen omfatter en årskontrol og mellemliggende aftalte kontroller efter lægens skøn. Alle kontroller skal kodes med T90.

Årskontrol

I forbindelse med årskontrol angives det i et pop-up vindue på lægens pc, hvor mange diabeteskontroller der er planlagt inden næste årskontrol, (min. 1 mellemliggende kontrol). Efter gennemført

årskontrol fremsendes regning med ydelse 0107 til regionen. Årskontrol er en lægelig ydelse.

Aftalte kontroller

Efter gennemført kontrol fremsendes regning (uhonoreret) med ydelse 0108 til regionen. Aftalt kontrol kan gennemføres ved klinikpersonale.

Tillægsydelser og laboratorieundersøgelser

Tillægsydelser og laboratorieundersøgelser som evt. udføres forud for årskontrol eller aftalt kontrol, afregnes efter Landsoverenskomstens almindelige regler.

Tillægsydelser og laboratorieundersøgelser som evt. udføres i forbindelse med årskontrol eller aftalt kontrol, afregnes sammen med årskontrol (0107) eller aftalt kontrol (0108).

Behandles der undtagelsesvis andre problemer i forlængelse af årskontrol eller aftalt kontrol, kan der afregnes med almindelig konsultation 0101.

Ydelseshonoraret

Forløbsydelsen honoreres efter hver gennemført årskontrol, dvs. 1 gang årligt. Honoraret udgør 1.099,17 kr. Der anvendes ydelsesnummer 0107 og afregning sker på sædvanlig måde overfor regionen. På afregningen kan ligeledes anføres ydelsesnumre for gennemførte tillægsydelser og laboratorieundersøgelser ved årskontrol, jf. ovenfor.

Lægen kan opkræve egenbetaling for gruppe 2 patienter udover det tilskud, som udbetales fra regionen.

Patienthenvendelser udenfor årskontrol/aftalt kontrol

Henvender patienten sig imellem de aftalte kontroller med andre problemer end diabetes, afregnes efter Landsoverenskomstens almindelige regler dvs. 0101 eller 0106 + evt. tillægsydelser og laboratorieundersøgelser.

Henvender patienten sig imellem de aftalte kontroller med problemer i forbindelse med sin diabetes, afregnes den konkrete konsultation med ydelse 0101 + evt. tillægsydelser og laboratorieundersøgelser.

Giver henvendelsen anledning til, at der aftales flere eller færre kontroller før næste årskontrol, er disse kontroller en del af forløbsydelsen som afregnes med ydelse 0108 (intet honorar) + evt. tillægsydelser og laboratorieundersøgelser.

Tekniske forudsætninger og dataindsamling

Praksis læge system skal på lægens pc installere et datafangstmodul og sikre opkobling til sundhedsdatanettet.

Dataindsamling sker automatisk fra tidspunktet for patientens tilmelding til forløbsydelsen. Enkelte data indsamles i forbindelse med årskontrol, på baggrund af lægens registrering i et pop-up vindue, som automatisk kommer frem på lægens pc skærm.

Forløbsydelsens afgrænsning

Indtil årskontrol er udført på en diabetespatient honoreres kontrol af patienten i henhold til Landsoverenskomsten med konsultation (0101) eller aftalt forebyggelseskonsultation (0106).

Når en diabetespatient har fået udført en årskontrol og honorar for forløbsydelsen derved er kommet til udbetaling, kan aftalt forebyggelseskonsultation (0106), supplerende specifik forebyggelsesindsats (2304) og opsøgende hjemmebesøg (2305), ikke anvendes i forbindelse med diabeteskontrol og behandling.

Henvises en patient midt i et forløb til vedvarende kontrol på sygehusambulatorium eller hos speciallæge, udgår patienten af forløbsydelsen.

Undervisning

Da der er tale om en helt ny type ydelse, har Landsoverenskomstens parter lagt megen vægt på, at alle læger tilbydes undervisning i anvendelsen af den nye forløbsydelse. Undervisningen vil blive udbudt decentralt i 1. kvartal 2007.

Bilag B: Diabeteshåndtering i konsultationen

Patientens CPR-nr.:				Dato:				Behandler:				Løbe-nr.						
Aktiviteter med pt.- eller pårørende-kontakt												Aktiviteter uden pt.- eller pårørende-kontakt (evt. udført, mens pt. er til stede)						
Kontaktform		Aktivitet			Indhold							Tolk		Angiv antal min.				
TK	Kons.	”3 mdr.s kontrol”	”Årskontrol”	Andet, ikke planlagt kontrol	”Para-klinik”	Livsstilssamtale	Undervisning	Lægemidler	Andet	Givet ny tid	Opfordret til tidsbestilling	Professionel	Pårørende	Indkaldelse af udeblevne	Intern konference	Forberedelse af kons.	Ekstern samarbejdspartner	Andet, nemlig:
	planlagte min.																	
forbrugte min.	forbrugte min.													min.	min.	min.	min.	min.

Bemærkninger og overvejelser:

- Hjemmeplejen
 - Lægemiddelstyrelsen
 - Socialforvaltningen
 - Øjenlæge
 - Fodlæge
 - Anden speciallæge
 - Ambulatorium
 - Apotek
 - Andre, nemlig

Vejledning

Skemaet udfyldes vha. *afkrydsning* i de relevante felter eller med *angivelse af antal minutter*.

Der udfyldes ét nyt skema for hver kontakt/aktivitet uanset om pt. tidligere er indgået.

Bemærkninger og overvejelser: Beskriv gerne enkelte aktiviteter og handlinger nærmere. Var der evt. problemer i at følge DSAM's vejledning eller anvisningerne i forløbsydelsen helt eller delvis – og hvorfor og hvordan? Var der tolkeproblemer? Var der ting, du ikke nåede? Hvordan forløb samarbejdet med ekstern partner? Osv.

Bilag C:

Vejledning til udfyldelsen af skemaet ”Diabeteshåndtering i konsultationen”

Der udfyldes et skema pr. patientkontakt eller aktivitet med relation til patienter med diabetes type 2.

Der anvendes krydser til at markere aktivitet, indhold og evt. brug af tolk.

For de øvrige punkter angives antal minutter.

Behandler: Læges eller personales initialer.

Løbe-nr.: udfyldes efter nærmere givne instrukser i den enkelte praksis.

Aktiviteter med patient- eller pårørende-kontakt

Kontaktform: Her angives for **telefonkonsultation** det forbrugte antal minutter i runde tal. Ved aftalt **konsultation** anføres det planlagte antal minutter til diabeteshåndtering samt det reelt forbrugte antal minutter i runde tal. Hvis der ikke på forhånd var nævnt noget om diabetes som henvendelsesårsag, skrives 0 under planlagte minutter. Hvis patienten på forhånd havde angivet flere henvendelsesårsager end diabetes, anføres det antal minutter, som behandleren på forhånd har skønnet skulle anvendes på diabetes.

Aktivitet: Her anføres, om konsultationen har været en planlagt 3-mdr’s kontrol eller årskontrol (eller forberedende og opfølgende konsultationer hertil), eller om konsultationen ikke har været planlagt som et led i disse kontroller.

Indhold: Her afkrydses i ”**Para-klinik**”, hvis der er gennemført en eller flere af de undersøgelser, som er anført i DSAM’s diabetesvejledning og markeret på det laminerede ark, som er uddelt i dette projekt. På samme måde afkrydses **Livsstilssamtale**, henholdsvis **Undervisning**, hvis der er gennemført elementer som anført på det laminerede ark. **Lægemidler** afkrydses, hvis der under konsultationen er ordineret medicin eller drøftet forskellige aspekter ved brugen af (tidligere) ordinerede lægemidler. Hvis konsultationen har omfattet andre diabetes-relaterede aktiviteter (fx behandlinger, henvisninger) markeres dette med et kryds under **Andet**, og dette specificeres i boksen nedenunder.

Givet ny tid afkrydses, hvis behandleren under konsultationen har givet patienten en konsultationstid. Hvis behandleren har bedt patienten eller den pårørende om at bestille tid hos sekretæren afkrydses **Opfordring til tidsbestilling**.

Tolk: Hvis der i konsultationen er anvendt tolkning, bedes det anført, om tolken var professionel eller en pårørende til patienten.

Aktiviteter uden patient- eller pårørende-kontakt

Her angives aktiviteterne med antal forbrugte minutter. NB: Disse aktiviteter kan godt være gennemført, selv om patienten og/eller en pårørende er til stede (fx en opringning til en ekstern samarbejdspartner, en intern konference eller andet).

Indkaldelse af udeblevne markeres med angivelse af minutforbrug i runde tal, når patienten ikke er kommet som aftalt, og behandleren derfor kontakter patient eller pårørende for at aftale ny tid. **Intern konference** angiver, at behandlere og personale sammen forbereder en konsultation eller konfererer med hinanden under konsultationen. I modsætning hertil angiver **Forberedelse af konsultation**, at behandleren *alene* forbereder en diabetesrelateret konsultation. Ved kontakt til **Ekstern samarbejdspartner** præciseres i boksen nedenunder hovedskemaet, hvem samarbejdspartneren er. Kontakten til den eksterne samarbejdspartner kan komme i stand på lægens foranledning (fx telefonopkald eller skriftlig henvendelse) eller på samarbejdspartnerens foranledning (fx ved fremsendt epikrise – tidsforbruget angår i dette sidste tilfælde lægens læsning og stillingtagen til epikrisens indhold).

Under **Bemærkninger og overvejelser** præciserer behandleren nogle af afkrydsningerne og tidsangivelserne ved fx at anføre, om der var problemer i konsultationen, om og hvorfor DSAM's vejledning ikke blev fulgt (fx pga. irrelevans, tidspres, manglende eller dårlig tolk, kommunikationsproblemer ud over det rent sproglige).

Bilag D: Diabetes-håndtering i receptionen

Der udfyldes ét skema for hver kontakt med relation til diabetes.

Der angives tidsforbrug i ”runde”, anslåede hele minut-tal i de relevante felter.

Patientens CPR-nr.			Dato			Løbe-nr.		
Henvendelser fra patient. el. 3. person						Sekretærs el. praksis' initiativ		
Tidsbestilling	Prøvesvar	Sygdomsrelaterede spørgsmål	Praktiske/tekniske spørgsmål	Medicinbestilling	Andet (beskriv i fodnote)	Indkaldelse af udeblevne	Intern konference	Kontakt til eksterne samarbejdspartnere
min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.	min.

Fodnote:

Bilag E: Registreringer fra praksis A

Løbe nr.	Dato	Tidsforbrug						
		m. pt.kontakt			uden pt-kon			
		Skranke	Læge	Sgpl.	Skranke	Læge	Sgpl.	
1		1						Ændring af tid
				20				3 mdr. kontrol
						5	5	Intern konference. Omstilling af medicin
				35			25	Opfølgning på 3 mdr, overgår til ny type medicin, tlf. orientering af datter, apotek
				10			3	Justering af insulinindosis
						3	3	Intern konference, justering af insulinindosis
				8			8	Justering af insulinindosis
			?					Justering af insulinindosis
				10				Justering af insulinindosis
				10		5	5	Justering af insulinindosis + intern konference
2				15			3	3 mdr. kontrol + forberedelse af kons
3				2				Givet tid
		2						Hustru meldt afbud. Får ny tid
				30				Årskontrol
				45				Undervisning. Livsstilssamtale
			30					Årskontrol. Livsstilssamtale
4				25			3	Årskontrol. Ekstra forbrug af tid pga BT-målinger
						1		Vurdering af resultater fra årskontrol
						8		Pt udeblevet fra årskontrol. Forberedelse
		2						Pt glemt tid i går. Bestiller ny tid
			20					Årskontrol. Livsstilssamtale. BT for højt, fokus herpå + medicin
			10	10				BT-kontrol, opfølgning fra årskontrol
5				20			3	3 mdr. kontrol. Livsstil, motivation. Sprogbarrierer. Pårørende tolk

					3	2	Meget højt BS. Notat til sgpl.: skal have insulin
			10		3		Vurdering af lab.svar
			25				Årskontrol. Ekstratid pga BT
					3	3	Intern konference om BT
					3		Forberedelse af kons
			10				BT-kontrol
7			20				Årskontrol. Pårørende tolk
							udeblevet til læge (IKKE INDKALDT IGEN)
8	20?						Kommer med bon fra apotek, hvorpå sagsbehandler har skrevet, at lægen skal søge kronikertilskud. Tidsbestil til læge
		15					Us af medicinering og tilskudsberettigelse
9			20				Årskontrol. Afsat for kort tid
		20					Årskontrol
10	5						Pt's datter beder sekr. meddele morens blodprøver fra sidste kons
			?				3 mdr. kontrol. Kun paraklinik. Dialog ikke mulig pga sprogbarriere
					5	3	Intern konference
			10				Opfølgn. på 3 mdr. Livsstilssamtale. Pårørende tolk. Pt. indkaldes til dec. med tolk
	2						Tidsbestilling
			3?				Givet ny tid via søn, i forbindelse med en drøftelse
			20			3	Årskontrol
		20					Årskontrol. Livsstilssamtale. Professionel tolk
11	7						Pt's mand ønsker tid til pt dagen før Ramadan. Accepterer opfordring til at vente
	8						Pt insisterer på 3 mdr. kontrol, på trods af Ramadan
			15			3	3 mdr kontrol
					1		Vurdering af prøveresultat
							Pt udeblevet til opfølgn. på 3 mdr kontrol
12	2						Tidsbestilling
			35				Årskontrol. Ekstra BT-måling. Ekstra tid afsat til motivationssamtale
					5	5	Intern konference
	3						Tidsbestilling
		25					Årskontrol. BT-behandling intensiveres.

13		5					Tidsbestilling + sygdomsrelaterede spørgsmål
				?			3 mdr kontrol
						3	Intern konference
						3	Intern konference
			10				Opfølg. på 3 mdr kontrol + ændret medicin
			15				Opfølg. på 3 mdr kontrol + medicinøgning
14			10				Ikke planlagt diabetes-kons. Professionel tolk
15		4					Tidsbestilling. Ny pt., bedes tage al medicin med og rekvirere gl journal
			10				Ikke planlagt kontrol. Ny pt., får tid til kontrol
16			20				Ikke planlagt kontrol. Opfordres til tidsbestilling
			40				Oplæring af ny diabetes-pt. Kost, motion, livsstil
			-			?	Pt udebliver til undervisning og opsamling på forrige kons
			30				Ny pt, har meget brug for info. Livsstilssamtale og undervisning
17			30			5	Årskontrol. Professionel tolk
			20				Årskontrol. Professionel tolk.
18			10				Ikke planlagt diabetes-kons. Status nu pga uregelmæssigt fremmøde sidste år. Pårørende tolk
			15				Årskontrol. Pt uinteresseret i sin diabetes. Pårørende tolk
		6					Tidsbestilling. Svigerdatter ringer, fordi hun er bekymret for pt's selvmålte blodsukker på ca. 9
			10				Andet end 3 el. 12 mdr kontrol
		3					Medicin bestilt af svigerdatter
19		17					Tidsbestilling. Pga store sprogproblemer indkaldes pt også pr. brev og der bestilles tolk.
			30				Årskontrol. For kort tid. Skal indkaldes til opfølgning. Professionel tolk.
		15					Pt ringer om sygdomsrelaterede spørgsmål, er blevet dårlig under fasten. Sprogproblemer
			5				TK. Ønsker kontrol af blodsukker pga Ramadan. Sprogproblemer
			2		5	5	TK. Efterfølgende intern konference. Pt indkaldes til ny tid
			10				Årskontrol. Pt lidt vred, vil helst tale om sin sociale situation. BT for højt. Professionel tolk.
			5		5	5	BT-kontrol, medicinregulation
			5				BT-kontrol, medicinregulation
		4					Tidsbestilling og forvirret snak om helbred, BT, familie mv. Får subakut tid.
			5				Kommer pga menostasi, men taler springende om diverse incl mangel på sukkersygepiller
		9			1	?	Tidsbestilling, sygdomsrelaterede spørgsmål, medicinbestilling, intern konf., bestilling af tolk

			5				BT-kontrol
20			10		3	5	Opstart og justering af medicinsk behandling + forberedelse + intern konference
			15				Årskontrol
							Udeblevet til årskontrol hos læge (IKKE INDKALDT EFTERFØLGENDE)
22		5				60	Læge nævner mulig NIDDM, ½ time senere står datter grådkvalt i klinikken - kriseterapi (60 min.)
	3						Tidsbestilling
23	2				9		Uoverensstemmelse ml. læges og hjemmeplejens medicinliste
						30	Hjemmeplejen kontaktes og problemstillingen søges udredt og afklaret (21/12 + 28-29/12)
25			?				3 mdr. kontrol. Pga "kuk i tidsbestil" ingen forberedelse (og mangelfuld registrering?)
		5					3 mdr. kontrol. God støtte fra børn, men forskellig opdatering af dem er et problem. Pårørende tolk
		15					3 mdr. kontrol + andet. Pårørende tolk
26		15					Ikke-planlagt diabetes kons. Paraklinik og livsstil pga. diabetes hos mor som 40-årig. Har ikke NIDDM
27	8						Tidsbestilling + medicinbestilling
			23			3	3 mdr. kontrol. Megen snak om medicin, kun lidt om livsstil
			10			3	Opfølgning på 3 mdr. kontrol
		15					Div. spørgsmål om bivirkninger og sammenhæng ml. diabetes og hjerte problemer
			20				Årskontrol
			10				Ekstra BT-kontrol i forb.m. årskontrol
28			?			2	3 mdr. kontrol
					3	3	Intern konference
					5	5	Intern konference
			15				Opfølgning på 3 mdr. kontrol
			15			3	Opfølgning på 3 mdr. kontrol. BT og BS måling
			10			5	Spørgsmål om medicin
	2						Medicinbestilling
			20			3	3 mdr. kontrol
			10				Forebyggelsesopfølgning på 3 mdr. kontrol
29	1		15			3	Paraklinik

30					10	10	Uklarhed om medicin, intern konference
			60				Kontakt til eksterne samarbejdspartner: hjemmepleje og ambulatorium
			30				Medicinjustering og status
			5				Lægemedler
31		10			2		Pt kommer akut pga hovedpine, mavepine, opkast. Udreder medicin, kontakter diabetesambulatorium, hvor pt følges
32		3					3 mdr. kontrol. Men pt insisterede på us. af andre helbredsproblemer. Professionel tolk
					10	10	Intern konference
				10			Pt indkaldt pr. brev. Bestilling af tolk
			20			5	Årskontrol
33			20			3	3 mdr. kontrol
			10		5	8	Opfølgning på 3 mdr. kontrol + forberedelse + intern konference
	3						Medicinbestilling
34			15				3 mdr. kontrol. Pårørende tolk
35		?					Opfordret til tidsbestilling
36		?				2	3 mdr. kontrol, men ingen kontrol da pt. ikke er mødt fastende. Info om forløb af kontrol
					5	5	Intern konference
			20			10	3 mdr. kontrol. Ny pt, kunne have brugt mere tid + forberedelse
			10			3	Opfølgning på 3 mdr. + forberedelse
37		15					Pt haft gestationel diabetes. Kom m. barn til 5 ugers us. Talte om vigtighed af kost og motion
38			15			10	Ikke planlagt kontrol. Afdækning og afhjælpning af pt's problem. Kontakt til apotek (10 min)
	20						Praktiske spørgsmål ang. BS-apparat, opkald til apotek. Pårørende tolk
		5			2	2	Spørgsmål om behov for recept til nåle til insulinpennen + intern konference (2 min) HENVIST TIL DIABETESAMB
	2						Medicinbestilling
39			15				3 mdr. kontrol. Pt uimodtagelig for livsstil og undervisning.
			10			3	Opfølgning på 3 mdr. kontrol
40			20				Årskontrol. Afsat for kort tid. Pårørende tolk
		20					Årskontrol. Demonstreret NOVO-pen mhp opstart af insulinbehandling. Pårørende tolk

41		5					Pt kommer for andet, men kons kommer også til at handle om pt's diabetes og manglende interesse i opfølgning
42	2						Tidsbestilling
		20					Årskontrol
43			20		3		3 mdr. kontrol
44	6						Tidsbestilling + sygdomsrelaterede spørgsmål
			30		5		Årskontrol. Samtale tager længere tid end beregnet. Pårørende tolk.
	3						Tidsbestilling + sygdomsrelaterede spørgsmål
45			20				3 mdr. kontrol. Ingen forberedelse da der var kuk i tidsbestilling. Tolk (?)
		10					3 mdr. kontrol. Kommer for sent. Frygter diabetes-rel. hjerte problemer. Ønsker EKG på sig selv og konen. Søn tolker
					1		Vurdering af blodprøvesvar
		15					3 mdr. kontrol og andet ikke planlagt. Orienteres om diabetes-kontroller. Ønsker kun at gå til lægen. Søn tolker
46			20		3		Årskontrol
					3	3	Intern konference
			15				Opfølgning på 3 mdr. kontrol. Tager ekstra tid, da pt snakker meget
47		20					3 mdr. kontrol
48			20				3 mdr. kontrol
					5	3	Intern konference. Pt skal øges i medicin
						3	Pt udeblevet til opfølgning på 3 mdr. kontrol
	5			1	?	?	Datter ringer. Medicinbestilling. Sekr. ser at pt er udeblevet. Datter kan ikke overskue ny tid. + Intern konf.
49			25		2		3 mdr. kontrol. Pt svær at korrigere omkring kost/motion/livsstil, da han intet mærker til sin diabetes
					3?	3?	Intern konference om medicinering
					3	6	Opfølgning på kons, svar på prøver og justering af medicin. + forberedelse (3 min) og intern konference (3 min)
			20		3		3 mdr. kontrol. "Kører på skinner"
					2	2	Intern konference om medicinering
			20				Undervisning. Kost info
50		10					Andet, ikke planlagt kontrol. Pt med gestationel diabetes. Set ved svangerskabsus.

51			20				Andet, ikke planlagt kontrol. kendt NIDDM, kom i andet ærinde. Følte sig sløj. BS 20
			25		5	5	3 mdr. kontrol. Tårnhøjt BT - hvileBT. Ny pt. + Intern konference
			30			3	Livsstilssamtale, undervisning, lægemidler. Tager meget længere tid end beregnet
			10	10			BS- og BT-kontrol
							Pt udeblevet til opfølgende kontrol
			10				Lægemidler. BT og optitrering af metformin
			15		10	10	3 mdr. kontrol. For høje BS-værdier. Skift til insulin drøftes på intern konference. Indkades skriftligt til insulin behandling (5 min)
			30				Undervisning. Planlægning af insulinopstart i januar. Kontakt til sagsbehandler, bevilling til hjælpemidler
52			30			5	3 mdr. kontrol. Ikke nogen nem pt - umulig at motivere og svær at stikke. Vil på sigt være ekstra tidskrævende
					5	5	Intern konference om hvordan denne pt kan håndteres
54			10				3 mdr. kontrol
			15				BT-kontrol og kontrol af blodtryksapparat
			10			5	Uformel årskontrol (til projektet)
			5				Skriftlig indkaldelse af pt
			10			5	Pt indkaldt pr. brev, forhøjet Ualb. Ny prøve sendt
			5				Andet, ikke planlagt kontrol. Paraklinik
55			10				Diætbehandlet NIDDM-pt. Udeblevet til kontroller. Præsenterer velkendte thoraxsmerter, vil hellere drøfte hustrus situation
			15				3 mdr. kontrol
58	2						Medicinbestilling
	2						Medicinbestilling
59	2						Tidsbestilling
60					5		Indkaldelse af udebleven
	2						Praktiske/tekniske spørgsmål
61	2						Medicinbestilling
62	3						Pt ville bestille BS-medicin, men notater viser, at det er tid for 3 mdr. kontrol. Booking af tid og rp.fornyelse
63	2						Tidsbestilling (pt ønsker blodsukkermåling)
							Pt udebliver

64		4					Medicinbestilling. Ser at pt ikke har været til kontrol siden juni 06. Får tid til januar
65		3					Medicinbestilling
66		3					Tidsbestilling (gennem søn) Afbestiller tid igen
67				10			Indkaldelse af udebleven (3 min) + intern konference (7). Pt har ikke NIDDM
68		2					Tidsbestilling til BT-kontrol på opfordring af tyrkisk læge
69		2		10			Tidsbestilling til BS-måling Paraklinik. Pt har ikke NIDDM
70		2					Medicinbestilling
71		11					Tidsbestilling + bestilling af tolk og efterfølgende brev til pt om tidspunkt. Forprøver til 3 mdr. kontrol, da pt overtages fra diabetesambulatorium
			20				

Bilag F: Registreringer fra praksis B

Løbe nr.	Dato	Tidsforbrug						
		m. pt.kontakt			uden pt-kon			
		Skranke	Læge	Sgpl.	Skranke	Læge	Sgpl.	
1				2				Paraklinik
			10					Lægemedler
		3						Medicinbestilling
				2				Paraklinik
				2				Paraklinik
			15			5		Livsstilssamtale. + kontakt med fodlæge (5 min)
2				3				Paraklinik
			15					Årskontrol. Undervisning. Pårørende tolk. Pt analfabet, dårlig (ingen) kommunikation
3				2				Paraklinik
				2				Paraklinik
			10					Ingen egentlig kommunikation med denne pt. Burde have samtale m. tolk og grundig instruktion i diabetessygdom
				2				Paraklinik
			5					Lægemedler
4				2				Paraklinik
			10					Livsstilssamtale
				2				Paraklinik
			10					Livsstilssamtale, lægemidler
5				5				Paraklinik. Vaccination
			20					Paraklinik. Livsstilssamtale. Pårørende tolk (manden må oversætte, tidskrævende og uforberedt)
				4				Paraklinik
			10					Livsstilssamtale. Dårlig kommunikation
6								
				3				Paraklinik
			10					Livsstilssamtale. Undervisning
				2				Paraklinik

7		15				Livsstilssamtale. Lægemidler. Pårørende tolk
8			2			Paraklinik
		10				Livsstilssamtale. Lægemidler
9			2			Paraklinik
		10		5		Undervisning. Lægemidler. + Kontakt til øjenlæge
			3			Paraklinik
		15				Livsstilssamtale. Undervisning. Lægemidler
			3			Paraklinik
10	3					Medicinbestilling + praktiske/tekniske spørgsmål
11	2					Medicinbestilling
12	2					Medicinbestilling
	2					Medicinbestilling
13			2			Paraklinik
		15				Livsstilssamtale. Ikke nok tid til gennemgribende livsstilssamtale
	1					Medicinbestilling
14			2			Paraklinik
		10				Lægemidler. Pt kunne trænge til en tolk
			3			Paraklinik
			2			Paraklinik
15			2			Paraklinik
		10				Undervisning
16	1					Medicinbestilling
			2			Paraklinik
		10				Lægemidler. Søn tolker. Ufuldstændig us. grundet tidsmangel
	1					Medicinbestilling
			2			Paraklinik
		5				Komplikationer til diabetes. Søn tolker. Tid til professionel tolk ville være en fordel
	1					Medicinbestilling

		1				Medicinbestilling
			2			Paraklinik
		10				3 mdr. kontrol. Pårørende tolk
17		1				Medicinbestilling
18			4			Paraklinik
		15				Livsstilssamtale. Undervisning. Udlevereret DSAM's vejledning
		4				Sygdomsrelaterede spørgsmål. Afbud til diabeteskontrol, da pt. er startet diabetesbehandling på hospital
19			2			Paraklinik
		10				Lægemedler
			2			Paraklinik
		10				Livsstilssamtale. Lægemedler
			2			Paraklinik
		10				Livsstilssamtale. Lægemedler
20		2				Medicinbestilling
		2				Medicinbestilling
21			2			Paraklinik
		15				Undervisning
			2			Paraklinik
		15				Undervisning. Samtale om sendiabetiske komplikationer. Lægemedler. Dårlig kommunikation
22		10				Undervisning
23		3				Medicinbestilling. Praktiske/tekniske spørgsmål
		2				Medicinbestilling. Sygdomsrelaterede spørgsmål
24		1				Medicinbestilling
25		2				Medicinbestilling. Sygdomsrelaterede spørgsmål
		1				Medicinbestilling
26		10				Livsstilssamtale. Undervisning
			2			Paraklinik

27	1						Medicinbestilling
28	3						Medicinbestilling
29			5				Paraklinik
		15					Lægemedler. Samtale om kopimedicin, som pt ikke kan sluge
		15					Lægemedler.
			6				Paraklinik
		10					Livsstilssamtale. Lægemedler
			4				Paraklinik
		15					Livsstilssamtale. Lægemedler
			5				Paraklinik
			3				Andet, ikke planlagt kontrol. Paraklinik
		15					Livsstilssamtale. Undervisning.
30			2				Paraklinik
		10					Livsstilssamtale. Lægemedler
		10					Livsstilssamtale. Lægemedler
31			2				Paraklinik
		10					Livsstilssamtale
32			2				Paraklinik
			2				Paraklinik
		20					Lægemedler. Samtale om øjensygdom
			2				Paraklinik
33	2						Medicinbestilling
34	2						Tidsbestilling
			2				Paraklinik
		10					Livsstilssamtale. Lægemedler
35	1						Medicinbestilling
	1						Medicinbestilling
	2						Medicinbestilling

		2					Medicinbestilling
36		1					Medicinbestilling
		1					Medicinbestilling
37		2					Medicinbestilling. Praktiske/tekniske spørgsmål
38		1					Medicinbestilling
39				3			Paraklinik
			15				Samtale om hjertet + blod i afføring. Dårlig sprogkontakt. Burde have tolk
				3			Paraklinik
			10				Undervisning, lægemidler. Ikke tolk, dermed ringe kommunikation
				2			Medicinbestilling. Praktiske/tekniske spørgsmål
40				3			Paraklinik
			10				Livsstilssamtale. Undervisning
				3			Paraklinik
			15				Livsstilssamtale. Undervisning
				3			Paraklinik
41				2			Paraklinik
			15				Livsstilssamtale. Lægemidler
				4			Paraklinik
			10				Lægemidler
42				4			Paraklinik
				4			Paraklinik
			10				Undervisning
		1					Tidsbestilling
				4			Paraklinik
			10				3 mdr. kontrol. Pårørende tolk
43				5			Paraklinik. Vaccination
			15				Livsstilssamtale
				2			Paraklinik
			10				Undervisning. Undervisning. Hustru tolker, dårlig kommunikation

44		1					Medicinbestilling
45				2			Paraklinik
			10				Lægemedler
				2			Paraklinik
				2			Paraklinik
46		2					Medicinbestilling. Sygdomsrelaterede spørgsmål
				2			Paraklinik
				2			Paraklinik
		2					Medicinbestilling. Praktiske/tekniske spørgsmål
		1					Medicinbestilling
		1					Tidsbestilling
				4			Paraklinik
			10				Sårpleje, diabetisk fodsår. Pårørende tolk.
		2					Medicinbestilling
47				4			Paraklinik
			15				Livsstilssamtale. Lægemedler
		4					Tidsbestilling. Medicinbestilling
				5			Paraklinik
			15				Livsstilssamtale. Lægemedler. Incontinensproblemer rel. til DM?
48		1					Medicinbestilling
		1					Medicinbestilling
		1					Medicinbestilling
		1					Medicinbestilling
		1					Medicinbestilling
49				2			Paraklinik.
			10				Lægemedler. Pt forstår intet dansk. Compliance elendig. En god diabeteskontrol ville kræve minimum ½ time med tolk hver 3. måned
				3			Paraklinik.
50		1					Medicinbestilling
				2			Paraklinik

		1						Medicinbestilling
51		2						Medicinbestilling
52				2				Paraklinik
			10					Livsstilssamtale. Undervisning.
53		2						Medicinbestilling
		3						Medicinbestilling. Praktiske/tekniske spørgsmål
54		1						Medicinbestilling.

Bilag G: Registreringer fra praksis C

Løbe nr.	Tidsforbrug							
	m. pt.kontakt			uden pt-kon				
	Dato	Skranke	Læge	Sgpl.	Skranke	Læge	Sgpl.	
1			37					Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler) + Gigtsmerter. Pårørende tolk
2		5			4			Oplysninger om pt. til ekstern samarbejdspartner
3			30					Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler)
4			40					Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler). Besøg. Professionel tolk
5			20					3 mdr. kontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler)
6		5						Medicinbestilling. Har ikke været til kontrol ???
7			38					Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler). Pt ønsker at tale om svær KOL-sygdom, selvom det <i>ikke</i> er aftalt. Forværring af akut nyrefunktion. Skaffe akuttid på Herlev
8					3			Intern konference ang. medicin
9		2			6			Oplysning pr. telefon til pt
					3			Kontakt til ekstern samarbejdspartner
10			30					Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale). Kons kom kun i mindre grad til at handle om diabetes. Snak om pt's syge mand og om angst for cancer
11			35					Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler) + INR-kontrol for apopleksi
12			30				5	Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler) + rekvireret journal (ny pt)
13		7						Medicinbestilling + udspørgen af pt, hvor han får kontrolleret sin diabetes (ang. på Glostrup)
14			30					3 mdr. kontrol (livsstilssamtale, lægemidler). Professionel tolk

15	5		6		Oplysninger pr. tlf. til pt + kontakt til ekstern samarbejdspartner
			5		Kontakt til ekstern samarbejdspartner
16		10			Andet, ikke planlagt kontrol
	3		4		Oplysninger om pt pr. tlf. Kontakt med ekstern samarbejdspartner
17	5				Tidsbestilling + sygdomsrelaterede spørgsmål. Pt følges på Steno
		10			Andet, ikke planlagt kontrol, paraklinik
18	5		4		Oplysninger om pt pr. tlf.
19		25			3 mdr. kontrol (paraklinik og lægemidler)
20	5				Medicinbestilling. Tjekker i journal vedr. DM-kontrol og ser, at pt har været her i oktober
21		20			3 mdr. kontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler)
22		20			3 mdr. kontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler)
23		28			Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler)
24		5			Andet, ikke planlagt kontrol. Har ikke været til us. i 9 mdr., trods flere opfordringer
25	3				Tidsbestilling + prøvesvar
26		?		10	Lægemidler + Forberedelse af kons
27		30			Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler)
28	5				Medicinbestilling. Pt. også gjort opmærksom på diabeteskontrol, som han så fik en tid til
29		30			Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, undervisning, lægemidler). Meget snak om kontrol og medicin, som pt ikke vil tage.
30		20			Andet, ikke planlagt kontrol (paraklinik, livsstilssamtale, undervisning). Første møde efter diagnose, havde oprindelig tid til andet
31		20			Kommer i anden anledning (BT) men ønsker også at tale om diabetes. Dårligt dansk. Ingen tolk, tidskrævende

32			25		5	3 mdr. kontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler). Brugte ikke hele den planlagte tid, da pt ikke var særligt modtagelig/motiveret for ændringer. + intern konf
33		25				3 mdr. kontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler) + impotenssnak og hjerte inkompensation
34		5				Andet, ikke planlagt kontrol (paraklinik). Nyopdaget DM ved blodprøvesvar
35		20				3 mdr. kontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler). Svært at motivere pt, vil gerne snakke om alt muligt andet
37	4					Oplysninger pr. tlf. om pt
38		20				3 mdr. kontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler)
39	3			4		Oplysninger pr. tlf. om pt
40		35				Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale). Har kræft, brugte en del tid på dette
41		25			22	Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler). Complianceproblemer m. antihypertensionsmed. Næste gang aftales tid m. tolk. + Intern konf (20 min) og forberedelse (2 min)
	4			4		Oplysning om pt. pr. tlf. Kontakt med ekstern samarbejdspartner
42			30		5	3 mdr. kontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler). Har sår på hæl som gør, at pt ikke kan motionere + Intern konference
43		30				3 mdr. kontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler) + snak om ???
44	8			4		Oplysninger pr tlf. om pt. Kontakt til ekstern samarbejdspartner
45		30				Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler)
47	10					Tidsbestilling. Pt's kone ringer og spørger til brev ang. lab. og tider. Forklares om vigtigheden ved at komme til kontrol
		40				Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler). Svær at motivere for bedre BT-behandling
48		30				3 mdr. kontrol (paraklinik, livsstilssamtale, undervisning, lægemidler)
50		30				Årskontrol (livsstilssamtale, undervisning, lægemidler). Søn tolker

51			30				3 mdr. kontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler). Snakker en del om motion, da pt bekymret for om han kan holde motionsraten efter at være gået på efterløn
52		31					Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, undervisning, lægemidler)
53		15					Andet, ikke planlagt kontrol (paraklinik). Netop overgået til kontrol hos os fra hosp. Snak ang. pt.forløb og hvornår sidst taget blodprøver
54		30					3 mdr. kontrol (paraklinik, livsstilssamtale, undervisning, lægemidler). Voldsom overvægt, dårlige parametre, overtales til bedre behandling
55		35		8			Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, undervisning, lægemidler). Optimering af DM, men pt svær at motivere Kontakt til samarbejdspartner
56		30					3 mdr. kontrol (paraklinik, livsstilssamtale, undervisning, lægemidler)+ andet: allergi + ??
57		20					3 mdr. kontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler). + snak om D-vitamin-mangel og menopausale problemer
58		40					Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler). Besøg. Deprimeret, øresmerter
59			30				3 mdr. kontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler). Brugt en del tid på prøvesvar. Nyopdaget diabetes, hvorfor en del vejledning
60		30					Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler)
61		30					Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler). Utløst kun sat tid af til kvartalskontrol (20 min), men det drejede sig om årskontrol
62		30					Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler)
63	3			4			Oplysning pr. tlf. om pt. Kontakt med ekstern samarbejdspartner
64					?		Brev om tid og lab
65		20					3 mdr. kontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler). + planlagt anæmi-snak
66					5		Kommunikation med ekstern samarbejdspartner: afd.

67			30					Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, undervisning, lægemidler) + impotens. Velmotiveret pt
68		3						Medicinbestilling. Skrev til pt og erindrede om DM-kontrol sidst på måneden
69			20					3 mdr. kontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler)
70			25					3 mdr. kontrol (paraklinik, livsstilssamtale, undervisning, lægemidler)
71			30					Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler). Kun sat 20 minutter af (burde have været 30) – internt problem
72			30					Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler)
73			30					Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, undervisning, lægemidler)
74			31					3 mdr. kontrol (paraklinik, livsstilssamtale, undervisning, lægemidler)
75			30					Årskontrol (paraklinik, livsstilssamtale, lægemidler)
76			20					Andet, ikke planlagt. Snak om medicin pga blodsygdom

Bilag H: Patient-cases

Vi har bedt de deltagende praksis om at beskrive i anonymiseret og kamoufleret form nogle typiske diabetes patientforløb. Patienternes navne er fiktive.

Huriye

67 årig kvinde. Påvist NIDDM i 1999. Senkomplikationer i form af hjertekarsygdom (forhøjet blodtryk, tidl AMI, hjerteinsufficiens.). Endvidere slidgigt. BMI: 34

Socialt

Født og opvokset i Mellemøsten. Kommet til DK med ægtefælle og 5 børn i 90'erne. Analfabet, ”husmor”. Ikke været i arbejde i DK. Taler og forstår sparsomt dansk. Taler dialekt, som kun få professionelle tolke behersker optimalt. Børnene er voksne. Nogle bor i nabolaget, andre i Jylland og England. Alle børnene er tilsyneladende rimeligt socialt integrerede i DK (uddannelse, arbejde og danskundskaber). Efter ægtefælles pludselige død i 2002 bliver Huriye tiltagende inaktiv og isoleret: Huriye: ”Jeg er ligesom en statue”. Der er ikke tegn til demens eller egentlig depression. Huriye sidder for det meste i en stol, bevæger sig ikke, laver nødtørftigt mad og bliver tykkere. Hun går usikkert pga. gigt i ryg og hofter og børnene tør ikke rigtigt gå rundt med hende af angst for, at hun falder. Motion er det derfor så som så med. Børnene kommer på skift og bor hos hende eller hun hos dem.

Kontakter til sundhedsvæsenet

Huriye har mange og diffuse lægekontakter hos den praktiserende læge, lægevagt og skadestue pga. forskellige helbredsklager, som oftest relateres til ikke optimal kontrol af de to kroniske sygdomme (højt og svingende blodsukker, vejrtrækning, brystmerter, hævede ben, hoftesmerter). Endvidere kontakter på baggrund af en social problematik (frustrerede pårørende, som ikke rigtigt tør lade hende være alene). Hjemmeplejen har også adskillige løbende kontakter, da vi har anmodet dem om at administrere medicinen.

Kontakter og aktiviteter i almen praksis i registreringsperioden med relation til diabetessygdommen kontakt/aktivitet 1

Akut tid på opfordring fra søn 1 pga.. hævede ben især om aftenen, og Huriye ”er blevet dårligere og obs meget skævt blodsukker”. Ved objektiv undersøgelse findes let ankelødem og tegn på vand i lungerne i let grad. Den vanddrivende medicin øges. Der aftales opfølgende tid med tolk, da flere uafklarede problemstillinger, herunder kontrol og ikke er optimal regulation af diabetes-sygdommen.

kontakt/aktivitet 2

Planlagt forebyggelseskonsultation (årskontrol) med tolk, datter 1 med. Fokus bliver på afklaring af sociale situation, som er påtrængende for familien. Der lægges en plan mhp visitation til Dagcenter og evt. hjælpemidler i hjemmet, samt paraklinisk kontrol af type 2 diabetes, som oplæg til fortsættelse af ”årskontrollen”, som udgangspunkt for en målrettet behandlings- og forebyggelsesindsats

kontakt/aktivitet 3

Laboratorieseddel faxes mhp blodprøvetagning i hjemmet. Besked om, at tidspunktet skal koordineres med at et af børnene kan være i hjemmet og åbne. Der medgives mobil-nr. til datter 3, som orienteres

kontakt/aktivitet 4

Medicinordination efter anmodning fra hjemmeplejen

kontakt/aktivitet 5

Medicinordination efter anmodning fra hjemmeplejen

kontakt/aktivitet 6

Fax til hjemmeplejen, med anmodning om nærmere specifikation af rekvisitionen

kontakt/aktivitet 7

Kontakt til hjemmeplejen vedr. medicinordination

kontakt/aktivitet 8

Kontakt til hjemmeplejen vedr. medicinordination

kontakt/aktivitet 9

Ny anmodning om blodprøvetagning i hjemmet, da de sidste gang måtte gå forgæves

kontakt/aktivitet 10

Brev til patienten om at bestille ny tid, da blodsukker-regulationen er dårlig

Lægekomentar

Forud for kontakt 1 har vi adskillige gange indkaldt og/eller foreslået Huriye/pårørende 3-mdr's kontrol, som ikke er gennemført pga. bortrejse eller andre "påtrængende problemstillinger". Som vi ser det, er de noterede aktiviteter nødvendige at gennemføre som led i udøvelsen af de forebyggende kontroller som foreslået i DSAM-vejledningen, idet de har haft som formål at afklare:

1. Hvad medicin får og har Huriye fået?

Der er en del lægevagtskontakter på initiativ af børn, idet kun lægevagten er tilgængelig på de tidspunkter, hvor de har mulighed for kontakt; det samme gælder skadestuebesøg. Endvidere har Huriye via den ene datter konsulteret privatlæger i England, som også ordinerer medicin. Huriye har poser af medicin, som på vor opfordring medtages i konsultationen og fylder halvdelen af bordet. Flere glas med samme indhold! Er for længe siden henvist til medicinadministration via hjemmeplejen. Kommunikationen til hjemmeplejen har ikke været optimal. Der har været skiftende sygeplejersker tilknyttet, hvilket har skabt en vis forvirring og diskontinuitet. Derudover kræver det også, at den ordinerede medicin hentes, førend den kan administreres af hjemmesygeplejersken. Så hvis den fx ikke er hentet pga. manglende koordinering blandt børnene, bestiller såvel hjemmeplejen som familie nyt hos os!

2. Hvordan har Huriye det egentlig? Hvilke symptomer har Huriye?

Der er sprogbarriere. Den akutte henvendelsesform og problemer med at skaffe optimal tolk medfører, at børnene ofte oversætter. Det er indtrykket, at fremstillingerne også præges af deres øjebliksbilleder og afmagt.

3. Kontakten til pårørende er krævende pga. sprogbarriere og sociale situation.

Der er gennemført relativt tidskrævende samtaler mhp optimal kommunikation, som præges af desperation, tvivl, afmagt, skyldfølelse, manglende viden om rettigheder og pligter i det i det danske samfund.

Hans

50-årig mand. Påvist NIDDM i 2004 (diætbehandlet). Forhøjet blodtryk. BMI 32

Socialt

Født og opvokset i DK. Afsluttet folkeskole. Diverse ufaglærte job. Sidste mange år rengøring. Beskriver sig selv, som én, der kan "lide at nyde livet", men også "voksen nok til at beslutte, hvad der er godt for eget liv". Har tidligere følt sig rask

Kontakter til sundhedsvæsenet

Hans har haft få og uregelmæssige kontakter til almen praksis i forbindelse med blodtrykskontrol og regulation. Hans NIDDM bliver opdaget i 2004 til en forebyggelseskonsultation på eget initiativ: "Jeg fylder rundt (50 år) og bliver rundere (trykker sig på maven)". Hans har i starten regelmæssige kontakter, læser informationsmateriale, melder sig ind diabetesforeningen, søger information på Internettet. Taber sig markant i starten pga. kostændring ("ikke leverpostej og en basse til morgenmad"), men tager stille og roligt på igen. Blodtrykket er ikke velreguleret, kolesterol er for højt og HbA1c viser stigende tendens. Der har været rigtig mange konsultationer, hvor egenindsats og muligheder herfor er drøftet. Hans har ofte andre dagsordener end læge eller sygeplejerske, som til sidst foreslår supplerende medicin. Hans er ikke umiddelbart interesseret i medicinering. Han vil hellere diskutere evt. medicinbivirkninger og generelle betragtninger om, hvorvidt "det er sundt at tage medicin". Følger de anbefalede kontroller. På opfordring af sygeplejerske er det kort forinden registreringsperioden besluttet at evt. initiativer til at øge egenomsorgen ligger på Hans' boldgade, da vi ikke har flere redskaber til at øge denne motivation.

Kontakter til almen praksis i registreringsperioden med relation til diabetessygdommen

kontakt/aktivitet 1

Blodprøvetagning, vægt, højde som forberedelse til 3-mdr's kontrol. Hans' blodtryk var dysreguleret ved sidste årskontrol (var ophørt med aktuelle blodtryksmedicin pga. træthed; der blev udskrevet anden medicin, men han udeblevet til kontrol heraf).

kontakt/aktivitet 2

3-mdr's kontrol. Lidt pænere reguleret end sidst. Men ikke optimalt. Fortæller at han vil "arbejde på vægttab i det nye år".

kontakt/aktivitet 3

Medicinudskrivning

Lægekommentar

Praksis har i registreringsperioden ikke haft eller foranlediget mange kontakter med Hans. De kontakter, vi har haft med ham, kan vi ikke fagligt være tilfredse med, da han ikke er optimalt reguleret. Så selvom Hans rent tidsmæssigt ikke har fyldt meget, har møderne givet anledning til refleksioner

og diskussioner i vor praksis. Vi er ikke enige. Nogle af os ser det som en anledning til refleksion over, om vi evt.. kan finde andre måder at kommunikere på. Andre at det er hans og ikke vort problem. Nogle gange skifter vi mening.

Jasmina

Kvinde i 80'erne, flygtning fra Ex-Jugoslavien. Påvist NIDDM ved ankomsten til Danmark i 1993. Hun har ikke dansk kundskaber, men et solidt, familiært netværk i form af både søn og barnebarn, som passer deres pårørende og medvirker ved alle kontroller hos lægen. Patientens compliance i forhold til sukkersygen skønnes god, dog med behov for enkelte justeringer af specielt kosten hen ad vejen. Alderssvarende er hun generelt svag med gigtsmerter i benene, nedsat hørelse og arteriosclerotisk hjertesygdom med dyspnø tendens. Hun er i medicinsk behandling med såvel sukker-syge medicin som en vifte af antianginøs hjertestimulerende medicin.

Kontakter til sundhedsvæsenet

Patienten har som følge af alderssvækkelsen og hjertesygdommen haft flere akutte indlæggelser med lungeødem med opjustering af medicin til følge. Hun har derudover nedsat hørelse.

Kontakter i registreringsperioden

I alt 6 kontakter såvel ved konsultation som telefonkonsultation. Der er tale om den månedlige, rutinemæssige kontrol af blodsukker samt blodtryk og samtale om værdierne. Desuden livsstilssamtale specielt mhp. kosttilpasning til sukkersygen. Patientens søn og barnebarn har medvirket som tolk, idet de er gode til dansk, men øget tid til gennemgribende samtale med professionel tolk kunne være ønskelig, men ikke indpasselig i den almindelige arbejdsrytme. Pga. alder har det ikke været muligt for patienten at foretage hjemmeblodtryksmålinger, og hun er tryk ved at komme en gang om måneden frem for til mere gennemgribende og sjældne kontroller.

Lægekommentar

Det er mit indtryk, at denne patient fastholdes i god livsstil og rigtig kost som følge af hyppige kontroller med indskærpelse af levereglerne. Det er også vigtigt, at patientens nærmeste pårørende deltager, idet de i høj grad bestyrer madlavningen og medicineringen i hjemmet. Det er mit indtryk, at netop denne patient er meget godt beskyttet af omgivelserne, som er meget omhyggelige med pasning af deres gamle pårørende.

Parkshan

56 årig kvinde. NIDDM siden 2001. Ikke tegn til senkomplikationer. Slidgigt i ene knæ. BMI: 37

Socialt

Født og opvokset i Pakistan. Kom til DK i 1990 i forbindelse med familiesammenføring. Har flere voksne børn, hvoraf flere er opvokset i Danmark og er socialt belastede. Kortvarig skolegang i hjemland, hvor hun har arbejdet som medhjælpende "hustru" i familielandbruget, mens ægtefælle arbejdede og opholdt sig i Danmark en stor del af tiden. Taler og forstår sparsomt dansk. Børnene er voksne, bor i nabolag og eller med Parkshan. Der er ikke sociale kompetencer i familie netværket til at støtte Parkshan i en egenomsorg udover at medvirke til at der etableres kontakt til sundhedsvæsenet. Parkshan udvikler kort efter sin ankomst til DK lammelser i kroppen på et uafklaret medicinsk grundlag. Har været til flere genoptræningstiltag med nogen effekt.

Kontakter til sundhedsvæsenet

Parkshan har mange og meget tidskrævende lægekontakter hos den praktiserende læge, men også mange kontakter til lægevagt og skadestue pga. smerteklager, fald eller dårligt reguleret blodsukker. Parkshan har været henvist til diabetesambulatoriet på det lokale sygehus mhp regulation. Hun er afsluttet efter aftale, idet denne indsats ikke bedre kontrollen af hendes sukkersyge

Kontakter og aktiviteter i almen praksis i registreringsperioden med relation til diabetessygdommen

kontakt/aktivitet 1

Medicinordination

kontakt/aktivitet 2

Planlagt 3 mdr's kontrol. Dysreguleret. Uklarhed om aktuelle medicinering. Har "vist været på sygehus". Parkshan har mest fokus på sine smerter og sociale situation, som hun ikke er tilfreds med. Ønsker vor medvirken til flere sociale foranstaltninger, herunder genoptræning. Vi kontakter Dagcenter mhp fortsat støtte til genoptræning (kondicykel), som vil være godt for bl.a. hendes diabetesregulation. Der informeres om kostråd, som søn 2 noterer sig.

kontakt/aktivitet 3

Rod i medicinstatus. Sekretær og sygeplejerske sættes på afklaring: epikriser fra lokale sygehus, kontakt til hjemmeplejen mhp administration

kontakt/aktivitet 4

Hjemmebesøg mhp vurdering af medicinstatus og sociale situation

kontakt/aktivitet 5

Fax og tlf.-kontakt til hjemmeplejen vedr. medicinændring og administration

kontakt/aktivitet 6

Brev til patienten vedr. medicinadministration via hjemmeplejen

kontakt/aktivitet 7

Medicinbestilling via hjemmeplejen

kontakt/aktivitet 8

Opringning fra hjemmepleje: rod i medicinen. Oplyser, at de nu giver Parkshan insulin!

kontakt/aktivitet 9

Opringning til Diabetesambulatoriet for at høre, om de alligevel følger Parkshan. Dette er tilfældet, idet Parkshan blev henvist af en sengeafdeling, hvor hun kortvarigt var indlagt efter fald. Vi aftaler igen, at de skal sende os notater efter hvert besøg mhp koordinering.

kontakt/aktivitet 10

Opringning fra nabo, som synes, at Parkshan har det dårligt, vil gerne komme med hende til lægen. Taler om sukkersyge og smerter

kontakt/aktivitet 11

Medicinbestilling og ordination

kontakt/aktivitet 12

Medicinbestilling og ordination fra hjemmeplejen. Uoverensstemmelse igen. Diabetesambulatoriet har ikke fulgt op på Parkshan, da de ikke har modtaget blodsukker-profiler. Dvs. i realiteten er hun alligevel ikke overgået til ambulatoriet. Vi aftaler "shared care": Vi kontakter hjemmesygeplejen mhp måling af profiler, de sørger for opfølgning og evt. medicinændring, samt at sende notater efter hver kontakt med Parkshan.

Lægekommentar

Parkshan er fulgt jævnlige i praksis, da hun og familie ikke har været i stand til at yde "egenomsorg". Kontakterne er afhængige af, om familien kan hente og bringe Parkshan, så derfor lejlighedsvis afbrudt, men hyppige, da hun efter eget udsagn profiterer heraf/synes det er rart at komme i praksis. De forebyggende konsultationer har været præget af fokus på den sociale situation og smerteproblematik på initiativ af Parkshan og især datter 1.

Medicinjustering og forebyggelsesaktiviteter kompliceres af den sociale situation, herunder Parkshan's behov for sygerolle, som medfører hyppige kontakter til et "ikke samarbejdende" sundhedsvæsen (se også Huriye, punkt 1). Almen praksis prøver at leve op til sin rolle som gatekeeper, tovholder, og her vel egentlig også case manager. Men det koster mange ressourcer og trækker tænder ud. Alt imens stiger Parkshan's BMI og HbA1c niveau. Der har været direkte kontakter med søn 1 og 2 og datter 1 samt ægtefælle mhp afklaring af deres rolle og ansvar. Endvidere socialmedicinsk møde i forvaltningen. Der blev afdækket adskillige "strukturelle" barrierer, som forvaltningen ikke mente sig i stand til at overkomme.

Imran

50-årig mand fra Sydøst Asien. NIDDM siden 2004 som komplikation til højdosis steroid i forbindelse med reumatologisk lidelse.

Socialt

Født og opvokset i Sydøst Asien. Boet i DK i mere end 20 år. Gift med hustru fra fødeland. Har 3 voksne børn, der alle er født og opvokset i DK. Aldrig uddannelse. Tidligere i fængsel pga. misbrug. Dette er ophørt. De 2 børn klarer sig godt, den ene er i gang med akademisk uddannelse. Det 3. barn er ikke kommet i gang med uddannelse og er i kontakt med et kriminelt miljø. FP i 2004 pga. reumatologisk sygdom og lungelidelse. Hustruen er også FP pga. ledsmerter og migræne. Hun har aldrig fået uddannelse eller været i arbejde.

Kontakter til sundhedsvæsenet

Frem til 2003 få og fredelige kontakter til sundhedsvæsenet. Fra 2003 rammes pt. af flere kroniske sygdomme, først den reumatologiske lidelse, så type-2 DM som komplikation til steroid behandling, så nyresygdom og svær D-vitaminmangel. I 2003 22 kontakter til praksis, i 2004 13 kontakter til praksis, i 2005 9 kontakter, i 2006 21 kontakter. I samme periode fulgt i flere hospitalsambulatorier. Har fulgt kvartalskontroller af type-2 DM i praksis.

Kontakter og aktiviteter i almen praksis i registreringsperioden med relation til diabetessygdommen
Kun set x 1 til årskontrol.

Lægekommentar

Jeg kender Imran og familien godt. De har gode ressourcer på trods af, at begge får FP. De har nogle andre forventninger til lægen end mine patienter uden indvandrerbaggrund, men kan bringes i dialog sv. t. danske forventninger. De er begge glade for deres FP og har store forventninger til deres børn. Vedr. diabetes er pt. medicinkompliant, motion begrænses af den kroniske lungelidelse. Pt. er normalvægtigt. DM er velkontrolleret.

Mohammed

65-årig, gift mand af palæstinensisk oprindelse. Flygtede af politiske årsager (blev forfulgt) til DK i 1989 og blev senere familiesammenført med hustru og 4 børn. Patienten modtager førtidspension pga. kronisk stresstilstand. Han har aldrig lært dansk og udtrykker sig angiveligt også dårligt på sit eget sprog, muligvis som følge af psykiske defekter i stresstilstanden. Patienten har siden 1999 udviklet type 2 diabetes og er i tabletbehandling. Har endvidere forhøjet blodtryk.

Kontakter til sundhedsvæsenet

Patienten er gennem mange år kommet så vidt muligt til månedlige, men ofte sporadiske kontakter, idet han ikke har noget godt tidsbegreb. Der gennemføres så vidt muligt månedlige kontakter, men patientens ustabile fremmøde forhindrer almindelig anvendelse af tolk, og egentlig kommunikation kan kun finde sted, når patientens datter, som er uddannet tolk, medvirker. Hun skal i så fald hente ham og huske ham på tiden. Patient compliance har været elendig, idet patienten stort set ikke vil acceptere farerne ved sukkersyge trods ihærdige forklaringer fra både lægens og familiens side.

Kontakter i registreringsperioden

I alt to med to måneders mellemrum. Patienten er ved den ene kontakt informeret om vigtigheden ved at huske at tage sin medicin, hvilket svigter ifølge edb-kontrollen.

Lægekomentar

Det er mit indtryk, at denne patient vil være meget svær at fastholde i mere stratificeret behandlingsforløb, idet compliance både i forhold til sygdom og mødestabilitet er mildest talt elendig. En gennemført kontrol vil kræve tolk, og man må imødesee flere spildte halve timer med manglende fremmøde af patienten. En fastholdelse i sygdommen er for mig at se den eneste mulige løsning, så vidt muligt hyppige kontroller og på et niveau, som patienten kan overskue.

Bayram

58 årig mand. Påvist NIDDM i 1996. BMI: 24. Ingen senkomplikationer. Er opstartet i ”nat”-insulinbehandling i efteråret 2005, som han selv administrerer.

Socialt

Født og opvokset i Tyrkiet. Kom til DK i slutningen af 60'erne. Landmand. Kortvarig skolegang. Kan læse og skrive tyrkisk og noget dansk. Ufaglært arbejde i DK. Taler og forstår noget dansk. Har voksne børn, hvoraf nogle bor i nabolaget. Alle børn har afsluttet dansk folkeskole. Bayram synes socialt velintegreret i DK (forsøger at leve op til forståelse og overholdelse af sociale rettigheder og pligter). Bayram har stor tillid til lægepraksis, hvor han har været tilknyttet i mange år. Kommer til aftalte kontroller. Synes velmotiveret for at yde egen indsats og lydhør overfor lægens råd. Fx dyrker Bayram motion (cykler) og spiser efter givne kostråd.

Kontakter til sundhedsvæsenet

Har haft løbende kontakt til sundhedsvæsenet, især egen læge. Kontakter synes lægefagligt velbegrandede. Bayram har efter ønske ind imellem haft voksne børn med i konsultationen.

Kontakter til almen praksis i registreringsperioden med relation til diabetessygdommen

kontakt/aktivitet 1

3 mdr's kontrol. Har været på flere mdr's ophold i Tyrkiet. Blodsukre har været svingende. Enkelte tilfælde af føling. Har glemt dagbogen, lover at komme med den inden næste opfølgende konsultation.

kontakt/aktivitet 2

Afleverer dagbog med blodsukkerprofiler

kontakt/aktivitet 3

Intern konference mellem læge og sygeplejerske, hvor det besluttes at øge insulin dosis og type

kontakt/aktivitet 4

Bayram informeres om medicinændring, som betyder at han skal tage medicinen før aftensmaden mod tidligere ved sengetid. Grundig instruktion i, at det er en lidt anden slags insulin, som virker både kort og lang tid. Instrueres i at tage blodsukkerprofiler, som kan følge effekten af denne ændring. Datter er med

kontakt/aktivitet 5

Bayram afleverer dagbog

kontakt/aktivitet 6:

Intern konference. Blodsukre stadig for høje. Insulindosis øges

kontakt/aktivitet 7

Orienteres om øgning af dosis. Der aftales ny kontroltid

kontakt/aktivitet 8:

Bayram afleverer dagbog

kontakt/aktivitet 9

Orienteres om yderligere dosisøgning

kontakt/aktivitet 10

Bayram afleverer dagbog

kontakt/aktivitet 11

Orienteres om yderligere dosisøgning. Beskrive tilfælde af insulinføling, som han har håndteret ved at spise et stykke rugbrød, han altid har i lommen. Bayram har ikke registreret tidspunkter og eller blodsukkerværdier for disse hændelser.

kontakt/aktivitet 12

Intern konference, da effekten af dosisøgningen ikke er tilfredsstillende. Blodsukker profiler er atypiske, bl.a. er nogle fasteblodsukre tilfredsstillende men andre ikke trods samme niveau ved aftensmåltidsmåling. Endvidere drøftelse af håndtering af evt. hypoglykæmitilfælde, som især den ene søn er meget bekymret for

kontakt/aktivitet 13

Udspørges til hændelser. Instrueres i at tage blodsukre ud over aftalte tidspunkter. Som fx ved føling. Fortæller, at han hvis blodsukker er meget højt inden han går i seng, cykler en lang tur.

Lægekommentar

Bayram er en såkaldt compliant patient. Han følger vores råd og gør, hvad vi beder ham om. Men heller ikke andet – sådan umiddelbart. Han er ikke vant til at læse for at skaffe sig information. IT

er ikke hans redskab. Bayram har mere tillid til, hvad lægen siger, end hvad han læser eller hører fra andre. Når han bliver bedt om at tage blodsukkerprofiler, hvilket er en væsentlig forudsætning for at regulere sin egen sygdom, tager han dem på de tidspunkter, vi har krydset ind i skemaet på forhånd. Han har bidt mærke i informationen om at spise ved føling. Bayram har ikke sat det i sammenhæng med, at det også kunne være godt at måle blodsukkeret på dette tidspunkt (lægen havde ikke sagt det). Men det lærer han – efterhånden. Han fortæller og spørger i det hele taget ikke så meget selv. Han forventer at lægen eller sygeplejersken tager initiativet, da de ved bedst. Fx afklares det, at nogle af de umiddelbart uforståelige ændringer i morgenfastebloodsukre hænger sammen med, at Bayram tager sig en lang cykeltur før sengetid, de dage han måler meget højt blodsukker. Han har ikke fortalt det, førend vi spørger til, hvad han lavede de specifikke dage. Vi er ikke sikre på Bayram's dansk-kundskaber (relativt sparsomt ordforråd). Vi er derfor nødt til at se ham for at sikre den rette forståelse/få fornemmelsen af egen faglig tryghed, også når han informeres om væsentlige medicinændringer. Evt. med tolk og eller børn, som ønsker medansvar for behandlingen. Ved længere samtale med hans ene søn får vi således afklaret, at han har dramatiseret nogle af de beskrevne insulinfølingstilstande. Bayram har ikke tidligere lært at "skulle tage ansvar for egen sygdom". Men han vil det – og kan godt lære det. Det tager bare tid.

Majid

Mand, 42 år, fra Pakistan. Type-2 DM fra 2005 uden tegn til senkomplikationer.

Socialt

Født og opvokset i Pakistan. Kom til DK i 2003 i forbindelse med ægteskab med kvinde (enke), som også er født og opvokset i Pakistan. Parret har sammen fået 3 børn. Hustru har børn fra tidligere ægteskab, som også bor i hjemmet. Kortvarig skolegang i Pakistan, arbejder med rengøring i DK. Taler og forstår sparsomt dansk. Det samme gælder hustru, der dog har lidt bedre danskkundskaber.

Kontakter til sundhedsvæsenet

Pt. har udover type-2 DM få kontakter til sundhedsvæsenet. Har gennemført diabeteskole ved sygdomsdebut, følges herefter i praksis. Møder til kontroller som aftalt. Svær D-vitaminmangel med efterfølgende complianceproblemer i fht medicin

Kontakter og aktiviteter i almen praksis i registreringsperioden med relation til diabetes sygdommen

Set til planlagt årskontrol. De parakliniske data viser dårligt reguleret diabetes. Medicincompliance ikke optimal. Livsstilsfaktorer er uændrede: 1. stort tobaksforbrug (ophør umuligt pga. irritation), 2. ingen motion, 3. uændret vægt (i familien er der mange overvægtige) 4. kun måltid x 2 om dagen.

Lægekommentar

Rigtigt svær pt, som i ung alder har type-2 DM. I familien er der overvægt. Familiens ressourcer til at indgå i radikale livsstilsændringer er få. Han er et godt ex på, at det også er rigtigt svært at have sådan en sygdom, fordi hans dagligdag er travl med små børn, nogle er ikke hans egne, han skal tjene penge, finde ud af at være i landet, og leve livet. Så den måde han håndterer sin type 2 d er at gå til læge hver 3. måned. Han har også været på diabeteskole. Han har ikke mere plads på RAM'en. Ikke plads til egenomsorg. Ikke på den måde, som jeg synes det skulle være. Men det kan godt være, han selv synes det. Han fortæller fx til mig, at han ikke kan holde op med at ryge, fordi så bliver han så irriteret, så hans familie ikke kan holde det ud. Også hustru og den ældste datter har fået mange livsstilsændrende konsultationer uden virkning. På sigt en familie, der løber stor risiko for alvorlig sygdom. Kulturkløften i livsstilsændringen er meget stor, og datter har ikke formået at

være brobygger. Hun er selv dårlig til medicincompliance og livsstilsændringer på trods af gymnasieuddannelse.