

Diskussionsoplæg om samarbejdet i diabetesbehandlingen mellem lægepraksis og ambulatorier

Baggrund

I Sundhedsstyrelsens redegørelse om den fremtidige diabetesbehandling i Danmark, 1994, fremhæves ønsket om og nødvendigheden af et bedre organiseret samarbejde mellem primær- og sekundærsektor til opnåelse af de stillede behandlingsmål inden for overskuelige ressourcer.

For at finansiere en styrkelse af det tværfaglige samarbejde og effektiv komplikationsbehandling - med henblik på at sikre diabetikerne en næsten normal livslængde uden alvorlige komplikationer - påpeger Sundhedsstyrelsen behovet for en delt kontrol i hensigtsmæssige patientforløb.

Bortset fra introduktion af praksiskoordinatorer/-konsulenter indeholder redegørelsen imidlertid meget få anvisninger på, hvordan dette samarbejde kan organiseres.

Diabetesforeningen har søgt bistand fra nogle sagkyndige praksiskoordinatorer. Assistance er ligeledes ydet af overlæge, dr.med. Ole Hother Nielsen, Odense Universitets Hospital, og overlæge Kurt Clemmensen, Frederikshavn/Skagen Sygehus. Udkast til denne rapport har været drøftet i Diabetesforeningens Diabetesråd, som består af:

Ulla Lendal, formand, næstformand i Diabetesforeningens Hovedbestyrelse.

Birthe Palmvig, næstformand, ledende klinisk diætist.

Jens Sandahl Christiansen, professor, dr.med., formand for Lægerådet.

Kjeld Hermansen, overlæge, dr.med., formand for Kostrådet.

Christian Hansen, praksiskoordinator, praktiserende læge.

Elisabeth Nordentoft, diabetessygeplejerske, formand for Sygeplejefagligt Råd.

Anne Rasmussen, statsaut. fodterapeut, medlem af Fodterapirådet.

Johnny Rasmussen, socialrådgiver.

I afsnit 1 er forsøgt opstillet en ramme for den fordeling af debutundersøgelse, rutinekontrol og årsstatus mellem de 2 sektorer for henholdsvis type 1 diabetes og type 2 diabetes.

Nogle af de i amter opstillede aftaler er optrykt i denne rapport's afsnit 2. De kan forhåbentlig tjene til inspiration for de amtslige diabetesudvalg, således at der ikke alene udarbejdes aftalegrundlag, men at samarbejdet også kommer til at fungere efter det aftalte.

Der er taget udgangspunkt i tids-, ressource- og efteruddannelsesmæssige begrænsninger, som sundhedsvæsenet på dette område må arbejde under. Forslagene rummer en vejledning, som kan tjene til realisering af de mål, som Sundhedsstyrelsen har opstillet i redegørelsen. Afsnit 1

Forslag til samarbejde mellem lægepraksis og diabetesambulatorier om diabetesbehandling

A) Type 1 diabetes

Udgangspunktet er, at type 1 diabetikere behandles i ambulatorierne. Efter diagnosen foretages debutstatus og indstilling i diabetesambulatoriet.

De efterfølgende konsultationer og undersøgelser foregår i diabetesambulatoriet, indtil der er opnået stabile, tilfredsstillende behandlingsmål, jf. rekommandationer fra Sundhedsstyrelsen og de lægefaglige selskaber.

Afslutning til behandling i lægepraksis kan ske i følgende tilfælde på anførte vilkår:

Diabetikeren skal have valgmulighed. For at lette en beslutning om at blive afsluttet i ambulatoriet bør det overvejes at give diabetikeren adgang til spontane, ikke-behandlingskrævende henvendelser til diabetesteamet i ambulatoriet. En registrering og efterfølgende tilbagemelding som ved skadestuebesøg kan overvejes.

Årsstatus udføres altid i ambulatoriet, medmindre praksislægen tester for alle parametre, jf. *bilag 1* (s. 94 i Sundhedsstyrelsens redegørelse). I så fald kan årskontrollen udføres i almen praksis hvert andet år. En forudsætning herfor er, at der i de amtslige overenskomster (§ 2 aftaler mellem sygesikringen og praksissektoren) gives praksislægerne mulighed for at afsætte fornøden tid til instruktion i egenomsorg og til drøftelse af ændringer i livsstil og hjemmemonitorering.

Diabetikeren *skal* på udskrivningstidspunktet være velbehandlet/-reguleret i henhold til de fastsatte, individuelle behandlingsmål for:

HbA1c

Blodtryk

Kolesterol

Vægt

Mikroalbuminuri

Opdateret viden om kost, sociale og lovmæssige forhold

De fastsatte behandlingsmål meddeles praksislægen.

Såfremt diabetikeren herefter får symptomer på komplikationer, hvis regulationen ikke længere lever op til behandlingsmålene, eller andre forhold taler herfor, henvises diabetikeren af praksislægen til en statusundersøgelse og vurdering i ambulatoriet.

Efter gensidig aftale tages herefter stilling til, om patienten kan udskrives til fortsat behandling hos egen læge.

Ved udskrivning bør der lægges vægt på diabetikerens evne til selv at gå aktivt ind i regulationen, herunder hjemmemonitorering og anvendelse af monitoreringsresultater.B) Type 2 diabetes.

Udgangspunktet er, at type 2 diabetikere behandles i almen praksisDebutstatus og eventuel henvisning til øjenlæge, diætist eller statsaut. fodterapeut *bilag 2*, (s. 95 i Sundhedsstyrelsens redegørelse) med behørig hensyntagen til konsensus efter 1994 udføres af praksislægen, medmindre diagnose er stillet under indlæggelse. Efterfølgende rutinekontrol og årsstatus (*bilag 2*) udføres hos praksislæge.

I følgende situationer skal statusundersøgelse udføres i et ambulatorium:

A) *Alder*. Diabetikeren er 40 år eller derunder på diagnosetidspunktet. I så fald henvises diabetikeren til ambulatoriet allerede efter diagnosen. På samme måde henvises diabetikere, der er over 40 år på diagnosetidspunktet, hvis de er omfattet af beskrivelsen under c eller e.

B) *Dysregulering*. I følgende situationer overvejes henvisning af diabetikeren til statusundersøgelse og evt. ændret behandling i ambulatorium:

Hvis der ikke opnås en reduktion i HbA1c i løbet af 3-5 kontinuerede målinger.

Efter status og opfølgende konsultation fortsætter diabetikeren behandling hos praksislæge. Diabetikeren kan fortsætte i ambulatoriet eller omfattes af delt kontrol, således at min. 1 årlig kontrol (=årskontrol) foretages i ambulatoriet.

Hvis medicinering for hypertension ikke reducerer blodtrykket svarende til rekommandationer reageres som nævnt oven for under HbA1c.

Hvis kolesterol efter intervention ikke nedbringes i henhold til rekommandationer reageres som nævnt under HbA1c.

C) *Komplikationer*. Diabetikere med truende eller behandlingskrævende komplikationer, fx angina pectoris, myocardie-infarct, synsforstyrrelser, bensår, nyrepåvirkning (mikroalbuminuri) mv. henvises til statusundersøgelse og vurdering i ambulatorium. Når indstilling/ behandling er stabil, fortsætter diabetikeren til fortsat behandling i lægepraksis. Diabetikeren kan fortsætte i ambulatoriet eller omfattes af delt kontrol, således at min. 1 årlig kontrol (=årskontrol) foretages i ambulatoriet.

Hvis den ønskede forbedring ikke opnås, kan delt kontrol mellem praksislæge og ambulatorium aftales, således at patienten mindst én gang årligt tilses i ambulatoriet.

D) Omstilling fra tabletter til insulin eller fra tabletter til tabletter og insulin bør sædvanligvis ske i ambulatorium, hvis forbedring i forhold til førnævnte rekommandationer på vigtige parametre ikke opnås efter, fx 2 kontinuerede konsultationer.

Statusundersøgelse og evt. ændret medicinering kan - afhængig af behandlingseffekt - følges op af fortsat behandling hos praksislæge eller delt kontrol, hvor patienten tilses mindst én gang årligt i ambulatoriet.

E) Sammenfald af flere risikofaktorer. Efter en observationsperiode, hvor hver enkelt af følgende parametre ikke i sig selv er høj-risiko-skabende, men hvor den samtidige tilstedeværelse af flere af faktorerne tilsiger en statusundersøgelse i ambulatoriet:

Tobaksrygning

Fysisk inaktivitet

Kraftig overvægt

Forhøjet blodtryk

Forhøjet kolesterol

Evt. familiehistorie med hensyn til sygdomsforløb (formodet genetisk disposition)

Statusundersøgelse og efterfølgende evaluering af behandlingseffekt er afgørende for enten fortsat udskrivning til behandling i lægepraksis eller aftale om delt kontrol.

Bilag 1 Side 94 i Sundhedsstyrelsens redegørelse. Bilag 2

Side 95 i Sundhedsstyrelsens redegørelse. Afsnit 2 Eksempler på samarbejde i diabetesbehandlingen mellem lægepraksis og ambulatorierne

Nordjyllands Amt (type 2) *bilag 3*.

Fyns Amt *bilag 4*.

Kolding *bilag 5*. Bilag 1

Tilstand		Handling
Diabetesdebut		Medicinsk behandling (medikamentel behandling og/eller diæt) Undervisning Sædvanlig laboratorie- screening Andet
2-3 måneders interval		Blodglukose HbA1c Vægt Blodtryk Øvrigt: Behovsorienteret, fx behandlingsjustering, undervisning, vurdering af selvmonitorering

Årlig kontrol			Som ved 3-6 måneders kontrol* + oftalmoskopi Urin-albumin (mikroalbuminuri) Fodinspektion Blodtryk
Evt. ved årlig kontrol			Lipid status Rygevaner Evt. EKG Kostrevision S-kreatinin Injek.teknik Selvm.teknik Øvrigt: Individuelt behovs orienteret.

* Hvis der ved disse statusundersøgelser påvises tegn på sendiabetiske komplikationer, bør patienten overgå til behandlingsvurdering for den pågældende komplikation samt intensiveret screening for øvrige komplikationstyper (for behandlingsindikation, se kapitel 5). Bilag 2

Tilstand		Handling
Diagnosetidspunkt		Medicinsk behandling Undervisning Oftalmoskopi Fodinspektion Urin-albumin Blodtryk EKG Vægt S-kreatinin samt sædvanlig

			laboratorie screening inkl. lipidstatus*
3-6 måneders interval			Blodglukose HbA1c Vægt Blodtryk Behovsorienteret behandlingsjustering
Årlig kontrol			Som ved 3-6 måneders kontrol + Urin-albumin Oftalmoskopi Fodinspektion Evt. Lipidstatus*
3-årlig kontrol			Som ved årlig kontrol + EKG

* Lipidstatus bør sædvanligvis forbeholdes yngre patienter (<65 år), jf. konsensus.