

Styr på diabetes®

Et kvalitetsprojekt der afprøver gennembrudsmetoden til at implementere
Standarder for forløbet for patienter med type 2 diabetes i Århus Amt" i et antal almen
praksis

Forandringskatalog

Indholdsfortegnelse

Indledning	2
Kapitel 1	3
1.2 Samtalen om diagnosen	4
1.3 Henvisning til diabetescenter for nyopdagede diabetespatienter	4
1.4 Afslutning på diabetescentret	5
1.5 Indhold i epikrise til almen praksis	6
1.6 Epikrise til patient og almen praksis	6
Kapitel 2	7
2.1 Besked om tid og sted for undersøgelse	7
2.2 Undersøgelsestidspunkt	7
2.3 Sammensætning af diabetesteam	8
2.4 Kontakt person	8
2.5 Tilbud om deltagelse i gruppeundervisning	8
2.6 Undervisning	8
2.7 Indholdet i diabetesundervisningen	8
2.8 Tilbud om individuel vejledning hos diætist	10
2.9 Indhold i individuel vejledning hos diætist	10
2.10 Information om gældende lovgivning, sociale ydelser og patientforening	10
2.11 Tovholder på patientforløbet	10
Kapitel 3	11
3.1 Rutinebesøg og justering hos egen læge	11
3.2 Indhold af rutinebesøg og justering hos egen læge	12
3.3 Fodterapeut	13
3.4 Sekundær henvisning til diabetescentret	13
3.5 Henvisning til diabetes diætist	14
3.6 Afslutning efter sekundær henvisning	14
Egenomsorg og empowerment	15
Struktur i arbejdet med type 2 diabetes	16
Kompetenceudvikling i almen praksis	16
Intern organisering af arbejdet	17
Virksomhedsudvikling	18
Lægefaglig behandling	18

Indledning

Forandringskataloget er omdrejningspunktet i Gennembrudsmetoden og indeholder en række konkrete forandringstiltag, der kan arbejdes med i projektet Styr på Diabetes. Deltagerne i projektet skal således anvende kataloget som et konkret arbejdsredskab gennem hele projektperioden.

Kataloget er et ”dynamisk” dokument, hvilket betyder, at det vil blive opdateret og udvidet med nye forandringstiltag på baggrund af erfaringer fra deltagerne, samt fra projektets styregruppe og ekspertpanel.

Forandringskataloget er udarbejdet af projektsekretariatet. Indholdet i kataloget er tilvejebragt via indsamling af faglitteratur, samt informationer og materialer fra eksperter og praktikere.

Strukturen i forandringskataloget er tilpasset publikationen: ”Standarder for forløbet for patienter med type 2 diabetes i Århus Amt”, 2006. Herudover er der tilføjet andre og tværgående temaer inspireret af erfaringer fra fagpersoner, der har arbejdet systematisk med at forbedre indsatsen for patienter med diabetes.

Da almen praksis er forskellige i relation til bl.a. organisering, patientsammensætning og erfaringer, vil dét, der virker for nogle ét sted, ikke nødvendigvis kunne overføres direkte. De konkrete forandringstiltag i forandringskataloget vil derfor altid skulle tilpasses den lokale kontekst og de konkrete forhold i almen praksis. I Gennembrudsmetoden sker dette via en afprøvning af forandringstiltaget i lille skala, førend afprøvningen udvides til større skala. Resultatet af disse afprøvninger sikrer en løbende justering og tilpasning af forandringstiltaget til de aktuelle forhold i almen praksis, førend endelig implementering. Det er centralt for Gennembrudsmetoden, at der lægges op til mange og samtidige afprøvninger af forandringstiltag for at kunne opnå en markant kvalitetsforbedring på det pågældende område.

Forandringskataloget er struktureret i fire kolonner:

1. Standarder for forløbet for patienter med type 2 diabetes i Århus Amt, august 2006
2. Forslag til konkrete forandringstiltag
3. Referencer
4. Udarbejdede materialer/bilag.

Standarder for forløbet for patienter med type 2 diabetes i Århus Amt, august 2006	Forslag til konkrete forandringstiltag	Referencer	Vedlagte bilag
Kapitel 1: Screening og diagnosticering i almen praksis. Primær henvisning til diabetescentret og epikrise til almen praksis.			
<p>Screening og diagnosticering finder sted i almen praksis. Screening er ikke populationsbaseret, men omfatter primært højrisikogrupper. Praksis screener højrisikogrupper ifølge DSAM's kliniske vejledning, måler blodglukose hos alle patienter med mistanke om symptomer på diabetes og hos patienter med adipositas, hypertension, iskæmisk hjerte-kar sygdom, hyperlipidæmi samt personer med diabetes blandt forældre eller søskende, og personer med tidligere gestationel diabetes. Screeningen foregår ca. hvert 3. år. Efter diagnosticering i almen praksis henvises patienten til diabetescenter for yderligere behandling og vejledning. Den efterfølgende opfølgning sker i almen praksis.</p> <p>1.1 Diagnosticering Ved diagnosticering af patienter hvor der er mistanke om diabetes følges DSAM's kliniske vejledning. Der kræves 2 diagnostiske værdier på 2 forskellige dage <i>eller</i> oplagte symptomer og én diagnostisk værdi.</p>	<p>1. Indfør systematisk screening og diagnosticering</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Kend dine/jeres patienter. b) Vær særlig opmærksom på de patienter du ikke synes du kender så godt c) Registrer den konkrete risiko med en kode i journalen for den enkelte patient i risikogrupperne d) Tal med den enkelte patient i risikogruppen om diabetes, risikofaktorer og muligheden for forebyggelse e) Brug tjekliste ved screening og diagnosticering f) Registrer screeningsaktivitet og resultat i patientjournalen med dato og kode g) Udskriv lister med patienter i risikogrupperne for at tjekke om alle er screenet 	<p>Addition-projektet ved Torsten Lauritzen</p> <p>Niels Olivarius og T Drivsholm</p>	<p>Bilag: <i>Hvad gør nogle af de læger, som opnår flotte resultater...</i></p> <p>Bilag: <i>Tjekliste udarbejdet af Jette Kolding Kristensen</i></p>

Standarder for forløbet for patienter med type 2 diabetes i Århus Amt, august 2006	Forslag til konkrete forandringstiltag	Referencer	Vedlagte bilag
<p>1.2 Samtalen om diagnosen I samtalen om diagnosen sikrer den praktiserende læge sig, at patienten har forstået, at vedkommende har diabetes. Lægen spørger patienten om, hvordan egen sygdomssituation opfattes. Pjecen "Patientvejledning – type 2 diabetes" skal forefindes i praksis og udleveres til patienten.</p>	<p>2. Sæt fokus på den gode samtale om diabetes a) Lav egen standard for "den gode samtale om diagnose" b) Brug tjekliste for samtale c) Brug spørgeguide</p>	<p>Addition- projektet, incl. Sune Rubaks PhD 2005 om motiverende samtale i diabetesbehandling</p>	<p>Bilag: <i>Calcary-Cambridge Observation Guide</i></p>
<p>1.3 Henvisning til diabetescenter for nyopdagede diabetespatienter Alle nyopdagede diabetespatienter tilbydes henvisning til diabetescenteret inden 3 måneder efter diagnosticeringen. Henvisning fra praksis skal indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> – faktuelle oplysninger (tlf.nr, kontaktperson, behov for tolkebistand og oplysning om sprog) – kort anamnese og objektive fund – relevante undersøgelsesresultater (lipider, HbA1c, højde, vægt og blodtryk) – problemformulering, herunder lægens samlede vurdering – oplysning om indhold af information til patient og pårørende – oplysning om aktuel medicin – Patienten informeres om henvisningens indhold. 	<p>3. Tilstræb share care for patienter med type 2 diabetes med egen læge som tovholder a) Lav en lokal standard for hvad din /jeres almen praksis tilbyder nydiagnosticerede type 2-diabetikere – inkl. hvad I vil tilbyde i den første periode efter diagnosen er stillet b) Informer patienten om diabetes-centrets/-centrenes tilbud c) Informer patienten om hvilke tilbud din/jeres almen praksis til nydiagnosticerede diabetikere d) Tal med patienten om dennes konkrete behov og ønsker e) Lav en aftale om det videre forløb f) Brug tjekliste for henvisninger g) Brug elektronisk henvisning i journalsystemet h) Registrer henvisningen inkl. datoen i patientjournalen</p>		

Standarder for forløbet for patienter med type 2 diabetes i Århus Amt, august 2006	Forslag til konkrete forandringstiltag	Referencer	Vedlagte bilag
<p>Kommentar til standarden: Af standarden fremgår det at diabetescentret tilbyder patienten..</p> <ul style="list-style-type: none"> – Undersøgelser og samtaler udført af diabetesspecialister – Undervisning (i grupper/diabetesskole) – Mulighed for at sætte egne mål – Individuel vejledning hos diætist – Information om gældende lovgivning mm – Individuelle behandlingsmål – Behandlingsplan <p>Men almen praksis kan ikke tage for givet at det lokale diabetesambulatorium svarer til denne standard. Det skal undersøges konkret, jf. pkt. 1.i) i 2.kolonne</p>	<p>i) Skaf opdateret viden om hvad diabetesambulatoriet tilbyder på det enkelte sygehus, herunder viden og holdninger til type 2 diabetes deres indsats er baseret på</p>		
<p>1.4 Afslutning på diabetescenter Patienter med type 2 diabetes afsluttes snarest muligt (sædvanligvis inden 3 måneder) efter endt undervisning og fastsættelse af individuelle behandlingsmål til opfølgning i almen praksis. Undtagelsen herfra er: svære senkomplikationer, som kræver hyppig behandlingsjustering graviditet</p>	<p>j) Spørg til patientens oplevelse af forløbet i diabetescentret (ambulatorium/skole) undervejs i forløbet, hvis der er anledning til det (typisk i forbindelse med konsultation om et andet emne)</p> <p>k) Kontakt centret/ambulatoriet eller praksiskonsulenten, hvis du undrer dig over, at en eller flere henviste patienter endnu ikke er afsluttet</p>		

Standarder for forløbet for patienter med type 2 diabetes i Århus Amt, august 2006	Forslag til konkrete forandringstiltag	Referencer	Vedlagte bilag
<p>1.5 Indhold i epikrise til almen praksis Epikrise til patientens egen læge skal indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> – kort beskrivelse af indlæggelsesforløb og aktuel medicinering – individuelle mål for: <ul style="list-style-type: none"> a) HbA1c b) blodtryk c) lipider d) vægt e) livsstil (motion, kost, rygning) – status vedrørende: <ul style="list-style-type: none"> a) retinopati b) nefropati c) neuropati d) storkarsygdom – aktuel behandlingsplan 	<ul style="list-style-type: none"> l) Journaliser/registrer epikrisens oplysninger i patientjournalen m) Tag stilling til de enkelte oplysninger om medicinering, undersøgelsesresultater, mål og plan n) Ring til epikrisens afsender, hvis noget undrer dig/jer 		
<p>1.6 Epikrise til patient og almen praksis Ved afslutning fra diabetescentret modtager patienten kopi af epikrisen, som gennemgås med patienten. Epikrisen fremsendes samtidig til patientens egen læge.</p>	<ul style="list-style-type: none"> o) Tal med patienten om det afsluttede forløb 		

Standarder for forløbet for patienter med type 2 diabetes i Århus Amt, august 2006	Forslag til konkrete forandringstiltag	Referencer	Vedlagte bilag
Kapitel 2: Diabetescentret			
Diabetes er en livslang sygdom, som kræver betydelig oplæring i egenomsorg. Et diabetescenter skal derfor besidde faglige og pædagogiske kompetencer målrettet mod type 2 diabetes. Da centret endvidere varetager behandling af senkomplikationer (jf. kapitel 3) skal der eksistere et etableret samarbejde med relevante specialafdelinger. Diabetescentret tilbyder efter aftale aktuell undervisning og rådgivning af sundhedspersonalet i primær sundhedstjeneste	<p>p) Undersøg – via internettet eller praksiskonsulenten - de faktiske kompetencer ved de relevante diabetesambulatorier/-centre</p> <p>q) Deltag i udbudt undervisning</p> <p>r) Benyt rådgivningsmuligheden</p> <p>s) Efterspørg den undervisning I har behov for i jeres almen praksis</p>		
2.1 Besked om tid og sted for undersøgelse Diabetescentret sikrer, at både patienten og patientens egen læge senest 8 hverdage efter centrets modtagelse af henvisningen, modtager skriftlig besked om tidspunkt og sted for undersøgelse.	<p>a) Registrer hvornår I modtager beskeden og tid og sted for undersøgelsen i patientens journal</p> <p>b) Ryk for besked, hvis I ikke modtager den</p> <p>c) Aftal med patienten hvordan en evt. ventetid kan anvendes, hvis denne er længere end forventet ved henvisningen.</p>		
2.2 Undersøgelsestidspunkt Diabetescentret undersøger patienten senest 8 uger efter modtaget henvisning. Skal gælde for 95 % af patienterne.	Se 2 e)		

Standarder for forløbet for patienter med type 2 diabetes i Århus Amt, august 2006	Forslag til konkrete forandringstiltag	Referencer	Vedlagte bilag
2.3 Sammensætning af diabetesteam Centret har et (basis)diabetesteam bestående af endokrinologisk speciallæge, diabetessygeplejerske, klinisk diætist og fodterapeut.	Se 2 a)		
2.4 Kontaktperson Diabetescentret sikrer, at patienten ved første besøg på diabetescentret får tildelt kontaktperson og kontaktkort.	Se 1 q) d) Noter kontaktpersonens navn og telefonnummer/mail i patientjournalen, hvis patienten oplyser det		
2.5 Tilbud om deltagelse i gruppeundervisning Alle henviste patienter tilbydes deltagelse i gruppeundervisning.	Se 1 q)		
2.6 Undervisning Diabetescentret har en beskrivelse af, hvilken systematiseret undervisning patienten modtager. Formål, mål, indhold, pædagogisk metode og evalueringsmetode skal indgå i beskrivelsen	Se 1 q) i) Rekvirer og læs diabetescentrets/centrenes beskrivelse, så du/I ved hvilken undervisning henviste patienter modtager		
2.7 Indholdet i diabetesundervisningen Diabetesundervisningen foregår i dialog med patienten og med inddragelse af dennes erfaringer. Undervisningen indeholder information og lægger op til refleksion, som giver patienter og pårørende: – forståelse for forskelle og ligheder mellem	j) Følg op på denne undervisning, når patienten er afsluttet fra centeret/diabetesskolen k) Tilpas din/jeres egen patient-undervisning denne standard l) Sørg for at være opdateret i		

Standarder for forløbet for patienter med type 2 diabetes i Århus Amt, august 2006	Forslag til konkrete forandringstiltag	Referencer	Vedlagte bilag
<p>type 1 og type 2 diabetes</p> <ul style="list-style-type: none"> – kendskab til risikofaktorer – forståelse for sammenhænge mellem årsager og symptomer – mulighed for at sætte egne mål i relation til livsstilsændringer – forståelse for livsstilsfaktorerens indvirkning på behandling og sygdomsprognose for at kunne anvende og vurdere disse med henblik på mestring af diabetes – indøvelse af praktiske færdigheder til at håndtere hverdagen (fx blodglukose-måling, madlavning og motion) – færdigheder i at analysere og vurdere egne kliniske værdier samt individuelle og optimale behandlingsmål – forståelse for samarbejdet mellem egen læge og patient, således at patienten bliver i stand til at konsultere sundhedspersonalet, når der er behov for rådgivning for at kunne mestre egen sygdomssituation – mulighed for at udtrykke, hvordan diabetes påvirker hverdagen fysisk, psykisk og socialt. Patienten opfordres til senere at diskutere sine personlige livsstilsændringer med egen læge 	<p>dette pensum, så patienten oplever at almen praksis har den fornødne viden til at være tovholder</p> <p>m) Brug patientens viden, forståelse, færdigheder aktivt i det videre forløb</p> <p>n) Hjælp med at få afklaret eventuelle spørgsmål, som udspringer af undervisningen</p>		

Standarder for forløbet for patienter med type 2 diabetes i Århus Amt, august 2006	Forslag til konkrete forandringstiltag	Referencer	Vedlagte bilag
2.8 Tilbud om individuel vejledning hos diætist Alle diabetespatienter tilbydes individuel vejledning hos diætist.	o) Spørg til patientens udbytte af denne vejledning		
2.9 Indhold i individuel vejledning hos diætist Den individuelle vejledning indeholder: <ul style="list-style-type: none"> – kortlægning af patientens kostvaner – vurdering af forandringspotentialer i forhold til kostvaner – vejledning i gode kostvaner – målsætning for forandring af kostvaner 	p) Noter oplysninger i patientjournalen som er relevante at følge op på		
2.10 Information om gældende lovgivning, sociale ydelser og patientforening Patienten informeres om gældende lovgivning (herunder forhold vedrørende kørekort) og personalet sikrer sig, at patienten har modtaget pjecen "Patientvejledning – type 2 diabetes" (udgivet af DSAM og diabetesforeningen).			
2.11 Tovholder på patientforløbet Ved afslutning på diabetescentret sikrer personalet, at patienten ved, at egen læge er tovholder i det videre forløb og at det er egen læge, som patienten skal henvende sig til vedrørende kontrol etc.	q) Aftal/beslut og beskriv hvad der ligger i tovholderrollen r) Differentier tovholderfunktionen afhængig af patientens behov, situation og kapacitet s) Lav konkret aftale med den enkelte patient om fordeling af roller/opgaver/ansvar		

Standarder for forløbet for patienter med type 2 diabetes i Århus Amt, august 2006	Forslag til konkrete forandringstiltag	Referencer	Vedlagte bilag
Kapitel 3: Opfølgning i almen praksis. Screening for sendiabetiske manifestationer. Sekundær henvisning.			
Da type 2 diabetes er en progressiv lidelse med tendens til udvikling af komplikationer af såvel mikro- som makrovaskulær karakter, er regelmæssig screening for sendiabetiske manifestationer et kardinalpunkt i omsorgen. Patienternes egen læge har ansvaret for, at de til enhver tid gældende screenings-rekommandationer følges, og de fleste af undersøgelserne foregår i almen praksis. Relevante samarbejdspartnere medinddrages ved behov.	4. Følg op på den enkelte patients diabetes-udvikling med henblik på at forebygge og behandle senkomplikationer <ul style="list-style-type: none"> a) Hold dig/jer løbende ajour med de gældende screenings-rekommandationer b) Brug tjekliste på computer skærm og/eller lamineret papir, så I husker alt, hvad der skal tjekkes 	Forløbsstandard afsnit 3.2 DSAM's kliniske vejledning om type 2 diabetes i almen praksis	Bilag: <i>DSAM's nye evidensbaserede kliniske vejledning...</i>
3.1 Rutinebesøg og justering hos egen læge Rutinebesøg hos egen læge sker med 3 – 6 måneders interval og én gang årligt udføres udvidet opfølgning	<ul style="list-style-type: none"> c) Lav en plan for hvordan rutinebesøg og årskontroller kan gennemføres i din/jeres almen praksis d) Lav et system med påmindelser, så du/I og patienten husker den regelmæssige kontrol e) Aftal med patienten hvordan I konkret får det til at fungere 		
3.2 Indhold af rutinebesøg og justering hos egen læge Rutinebesøg (3 – 6 måneders interval)	<ul style="list-style-type: none"> f) Sørg for at patienten får taget blodprøver cirka en uge inden det aftalte rutinebesøg, så 		

Standarder for forløbet for patienter med type 2 diabetes i Århus Amt, august 2006	Forslag til konkrete forandringstiltag	Referencer	Vedlagte bilag
indeholder: <ul style="list-style-type: none"> – opfølgning af individuelle mål <ul style="list-style-type: none"> a) HbA1c b) vurdering af hjemmeglukosemålinger og eventuel måling af blodglukose c) blodtryk d) vægt e) livsstil (motionsvaner, kostvaner, rygestatus) f) evt. fodundersøgelse 	laboratoriesvaret er klar når I mødes. <ul style="list-style-type: none"> g) Afsæt tid til både undersøgelse og samtale h) Forbered rutinebesøget ved at læse i journalen og repetere rekommandationer i) Bed patienten om at forberede sig ved at overveje, hvad der er brug for at tale om j) Beskriv den gode standard for forløbet af et rutinebesøg k) Brug tjekliste l) Registrer oplysninger i patientjournal m) Brug skabelon/registreringsark 		
1 års opfølgning indeholder: <ul style="list-style-type: none"> – opfølgning af individuelle mål og undervisningsforløb <ul style="list-style-type: none"> a) HbA1c b) vurdering af hjemmeglukosemålinger og eventuelt måling af blodglukose c) blodtryk d) vægt e) livsstil (motionsvaner, kostvaner, rygestatus) f) lipidstatus g) evt. EKG h) urin-albumin/kreatinin ratio i) p-kreatinin 	<ul style="list-style-type: none"> n) Sørg for at patienten får taget blod- og urinprøver ca. 1 uge før det aftalte rutinebesøg, så analyseresultaterne er klar, når I mødes. o) Afsæt tid til både undersøgelse og samtale p) Forbered årsopfølgningen ved at læse i journalen og repetere rekommandationer q) Bed patienten om at forberede sig ved at overveje hvad der er brug for at tale om r) Beskriv den gode standard for 		

Standarder for forløbet for patienter med type 2 diabetes i Århus Amt, august 2006	Forslag til konkrete forandringstiltag	Referencer	Vedlagte bilag
j) fodstatus med screening for sensibilitet k) v.h.a. monofilament eller stemmegaffel l) sikring af, at de af øjenafdelingen fastlagte individuelle normer for fundusfotografering overholdes (efter konkret anvisning og med tilbagemelding til praktiserende læge) m) samtale om erektil dysfunktion	forløbet af en års opfølgning s) Brug tjekliste t) Registrer oplysninger i patientjournal u) Brug skabelon/registreringsark		
3.3 Fodterapeut Egen læge skal opfordre patienten til at konsultere en statsautoriseret fodterapeut	v) Kend fodterapeuternes navne, adresser, kompetencer og ydelser og priser w) Hav en liste med de statsautoriserede fodterapeuter klar til udlevering til patienten		
3.4 Sekundær henvisning til diabetescentret Da diabetes type 2 er en progressiv lidelse vil der typisk udvikles behandlingssvigt målt ved stigende HbA1c. Patienten henvises på ny til diabetescentret, såfremt patienten har behov for undervisning eller hvis de opstillede individuelle mål ikke kan opnås: a) HbA1c b) blodtryk c) lipider d) stigende mikroalbumin udskillelse og/eller stigende p-kreatinin e) Patienter med fodsår henvises straks til diabetescentret. f) Patienter med nytilkomne hjertekar	g) Vurder løbende patientens behov for undervisning h) Følg med i om den enkelte patient opnår sine individuelle mål i) Tilbyd ny konsultation, hvis der er problemer med målopnåelse ved rutinebesøget j) Overvej og tal med patienten om at justere mål og/eller plan k) Reager på tegn på forværring l) Søg rådgivning fra diabetescentret/ambulatoriet, hvis der er brug for det.		

Standarder for forløbet for patienter med type 2 diabetes i Århus Amt, august 2006	Forslag til konkrete forandringstiltag	Referencer	Vedlagte bilag
sygdomme eller forværring af samme henvises til diabetescentret			
3.5 Henvisning til diabetescentrets diætist Egen læge har mulighed for at henvise til diætist med henblik på opfølgning af de individuelle behandlingsmål for forandring af kostvaner og vægttab. Henvisningen sendes til diabetescentret med specifikation af, om der ønskes: <ul style="list-style-type: none"> – generel undersøgelse og vejledning på centret – individuel vejledning hos diætist 	Benyt muligheden for at henvise til diætist, hvis patienten behøver og/eller efterspørger mere støtte til at ændre kostvaner og opnå vægttab end du/I kan tilbyde i din/jeres almen praksis		
3.6 Afslutning efter sekundær henvisning Efter fastsættelse af nye individuelle behandlingsmål afsluttes patienter med type 2 diabetes til fortsat opfølgning i almen praksis. Ved afslutning på diabetescentret modtager patienten kopi af epikrisen, som samtidig fremsendes til patientens egen læge.	Journaliser/registrer epikrisens oplysninger i patientjournalen. Tag stilling til de enkelte oplysninger om medicinering, undersøgelsesresultater, mål og plan. Ring til epikrisens afsender, hvis noget undrer dig/er. Følg op på ambulatoriets/diætistens/diabetesskolens indsats.		

Standarder for forløbet for patienter med type 2 diabetes i Århus Amt, august 2006 (Tekst fra forløbsstandarder er slut) Temaerne nedenfor i denne kolonne supplerer forløbsbeskrivelsen med nogle tværgående temaer	Forslag til konkrete forandringstiltag	Referencer	Vedlagte bilag
Egenomsorg og empowerment	5. Støt patientens egenomsorg a) Hjælp den enkelte patient med at definere egne/personlige mål for livsstilsændringer og behandlingsindsats b) Lad patienten fortælle uden at afbryde c) Indhent informeret samtykke d) Introducer patienten for diabetesdagbog som redskab e) Inddrag pårørende. Lad en pårørende komme med og hjælpe med at lytte (gælder især nydiagnosticerede og andre der har brug for særlig støtte) f) Anvend samtaletype, som passer til den enkeltes patients behov og ønsker g) Stil information til rådighed via hjemmeside h) Benyt spørgeskemaer til at afdække/undersøge/måle patientens viden om, holdninger til og bekymringer ved at leve med diabetes i) Tilbyd henvisning til	Chronical care model: IHI + NHS Hansen L.J. Praktiserende lægers diabetesbehandling. Månedsskr Prak Lægegern 2003; 81(12):1589-1599 Liane Langdon, NHS; UK ”Diabetesbehandling – den fynske model” i Månedsskrift for Praktisk Lægegerning Jan.2006 Den motiverende samtale Coaching Kognitiv terapi mm www.Sundhed.dk www.netdoktor.dk PAID-spørgeskema Litteratur om “self-rated health” (SRH)	Bilag: <i>How to Make Systems Changes for Improved Care...</i> Bilag: <i>Encouraging structured personalised diabetes care...</i> Bilag: <i>Test din risiko for diabetes</i>

Standarder for forløbet for patienter med type 2 diabetes i Århus Amt, august 2006 (Tekst fra forløbsstandarder er slut) Temaerne nedenfor i denne kolonne supplerer forløbsbeskrivelsen med nogle tværgående temaer	Forslag til konkrete forandringstiltag	Referencer	Vedlagte bilag
	<p>diabeteskole/gruppebaseret undervisning</p> <p>j) Differentier indsatsen, så den passer til den enkelte patients motivation, situation, ressourcer mv.</p> <p>k) Gør opmærksom på selvhjælpsgrupper, motivationsgrupper mv.</p>	<p>Jf forløbsstandarden</p> <p>www.diabetes.dk</p>	<p>Bilag: <i>Din egen journal m.m.</i></p>
Struktur i arbejdet med type 2 diabetes: regelmæssig opfølgning, registrering og reaktioner på afvigelser fra standarden	<p>6. Indfør administrative rutiner, der understøtter systematik og monitorering</p> <p>Etabler et diabetesregister.</p> <p>Udskriv lister med patienter der ikke er velregulerede og indkald dem til kontrol, hvis du/I ikke allerede har en indsats i gang.</p> <p>Etabler et system med påmindelser.</p> <p>Lav en lokal manual/håndbog, der beskriver hvordan I håndterer diabetes (Se også forslag til tiltag nr. 1).</p>	<p>Litteratur om "Structured diabetes care", fx Olivarius</p> <p>Lægecentret Korsør www.lc-k.dk</p> <p>www.IHI.org</p>	<p>Bilag: <i>Diabetesmappe 2006</i></p> <p>Bilag: <i>Struktur på diabetesbehandlingen i almen praksis</i></p> <p>Bilag: <i>ICIC: Forstering Improvement: Collaboratives...</i></p> <p>Bilag: <i>Arbejdsredskaber fra afd. M, Århus Sygehus</i></p>
Kompetenceudvikling i almen praksis	<p>7. Arbejd målrettet med egne kompetencer</p> <p>Lav en kompetenceprofil for hver</p>	<p>Specialægeuddannelsen</p>	

Standarder for forløbet for patienter med type 2 diabetes i Århus Amt, august 2006 (Tekst fra forløbsstandarder er slut) Temaerne nedenfor i denne kolonne supplerer forløbsbeskrivelsen med nogle tværgående temaer	Forslag til konkrete forandringstiltag	Referencer	Vedlagte bilag
	<p>faggruppe, der er involveret i diabetesindsatsen.</p> <p>Gør status på den enkeltes aktuelle kompetencer.</p> <p>Deltag i monofaglige og tværfaglige kurser og efteruddannelse.</p> <p>Indfør tværfaglig supervision.</p> <p>Gennemfør løbende intern undervisning.</p> <p>Følg med i faglitteraturen.</p> <p>Benyt hospitalernes/diabetescentrenes konsulentfunktioner (incl. praksiskonsulentordningen).</p> <p>Benyt facilitatorordningen.</p> <p>Deltag i relevante forskningsprojekter.</p> <p>Tag på studietur/sitevisit.</p> <p>Tag praktikophold i et diabetesambulatorium.</p> <p>Arranger træning/sidemandsoplæring.</p>	<p>Lægecenter Korsør</p> <p>RIV_dk</p>	
Intern organisering af arbejdet	<p>8. Udnyt kompetencerne og personaleressourcerne i jeres almen praksis bedst muligt</p> <p>Aftal roller internt i almen praksis.</p> <p>Uddeleger opgaver fra læge til sygeplejerske.</p> <p>Uddeleger opgaver fra læge til sekretær.</p>	<p>Lægecentret Korsør</p>	

Standarder for forløbet for patienter med type 2 diabetes i Århus Amt, august 2006 (Tekst fra forløbsstandarder er slut) Temaerne nedenfor i denne kolonne supplerer forløbsbeskrivelsen med nogle tværgående temaer	Forslag til konkrete forandringstiltag	Referencer	Vedlagte bilag
	Indfør teamorganiseret arbejde. Lav regelmæssige interne møder, hvor indsatsen kan koordineres. Benyt konsulentfunktioner i praksisudvikling.		
Virksomhedsudvikling	9. Brug kvalitetsarbejdet med diabetes som anledning til generel organisationsudvikling i almen praksis Dialog om fælles mål. Dialog om fælles holdninger. Investering i udvikling. Strategiarbejde. Øg tilgængeligheden til jeres almen praksis for jeres patienter.	Lægecenter Korsør Chronic Care Modellen i USA Maturity Matrix	Bilag: <i>ICIC: Tools for Improvement: ACIC Survey</i>
Lægefaglig behandling	10. Tilbyd patienten den optimale behandling Diæt Motion Medicin	Giv et KRAM DSAM kliniske vejledning	Bilag: <i>Tjekliste udarbejdet af Jette Kolding Kristensen</i>