

Tanangermodellen

Organisert kronikeroppfølging i primærhelsetjenesten.
Diabetes som systemsykdom.

■ KRISTIAN JONG HØINES • Fastlege/spesialist i allmennmedisin, Tananger Legesenter

Ved Tananger Legesenter har vi startet et samarbeid med Stavanger Universitetssykehus (SUS) der vi har overtatt mer av ansvaret for oppfølging av våre diabetespasienter. Dette startet for å lette den store pågangen til SUS fra primærhelsetjenesten, men ble samtidig en spennende og svært givende endring i vår tilnærming til diabetes. Men det har og gitt oss gode innspill og motivasjon til å se på organiseringen av kontroller av andre kroniske sykdommer.

Høsten 2008 startet vi ved Tananger Legesenter opp arbeidet for å organisere oppfølgingen og behandlingen av diabetespasienter ved Tananger Legesenter. Det ble iverksatt et samarbeid mellom endokrinologer ved Stavanger Universitetssykehus og primærhelsetjenesten med bakgrunn i det SUS opplevde som betydelig økning i henvisninger. Belastningen på sykehuspoliklinikken var etterhvert så stor at man var bekymret for kapasiteten. Det ble derfor tatt initiativ til å tenke nytt i form av å øke kompetansen i primærhelsetjenesten slik at denne var i bedre stand til å ta seg av de problemstillinger som kunne, og burde, håndteres på dette nivået.

Etter å ha jobbet i primærhelsetjenesten siden 2004 hadde jeg et ganske tydelig inntrykk av at det forekom en stor variasjon i måten diabetespasientene ble utredet, fulgt opp og behandlet på. Ikke bare mellom de forskjellige sentrene, men og internt ved hvert senter. Dette samsvarte også med endokrinologenes opplevelse fra sykehuspoliklinikkene. Sammen med, ikke helt ukjente, John Cooper fra endokrinologisk avdeling på SUS startet vi ett samarbeid om bedre pasientforløp i primærhelsetjenesten.



ILLUSTRASJONSPOTO: COLUREBOX

Ved vårt senter har vi pr i dag ca 5800 listepasienter. Det er fire fastleger + turnuslege og vi har 2,4 årsverk sykepleiere og to årsverk legesekretærer, totalt fordelt på sju medhjelpere. Personlig synes jeg det var utfordrende å få struktur innenfor diabetesfeltet, særlig på årskontrollen. Videre hadde vi på senteret en tanke om at vi ønsket oss en mer generell kompetanseheving og så på området som noe som var rimelig og nyttig å fokusere på.

Praktisk implementering

Høsten 2008 startet vi arbeidet med å omorganisere tenkningen rundt diabetesomsorgen. Tanken var å lage små «diabetesteam» i primærhelsetjenesten. Hos oss ble tenkningen at dette burde bestå av fastlegen for den enkelte pasient og diabetesansvarlig sykepleier, men også med et fokus på at alle medhjelpere er svært viktige for å sikre at behandlingkjeden er godt ivaretatt. Sykepleieren måtte nødvendigvis kurses, og samarbeidet med fagansvarlig fastlege var viktig.

Det ble gjort diagnosemessige datauttrekk hvor vi identifiserte 25 pasienter med diabetes type I og 325 med diabetes

type II. Det var en viss utfordring å vaske bort en del pasienter fra listen som var «feildiagnostisert», som hadde fått diabetes som arbeidsdiagnose og som ikke lenger var aktive pasienter ved senteret. Vi valgte, ut fra vanlig nasjonal praksis, å fokusere på type II pasientene.

I den daglige drift

Etter utredning vil pasienter som får diagnosen diabetes bli satt opp til samtale hos diabetesansvarlig sykepleier. Det er hun som ringer opp pasienten og informerer om behovet for time og avtaler dette med pasienten. Hun får melding om dette fra fastlegen. Samtalene inneholder opplæring om diabetes, opplæring i måling av blodsukker samt plan for videre kontroll og behandling. Fastlege kommer inn mot slutten av konsultasjonen for å samordne mål for behandling og avtale ny kontroll. Pasienter med redusert glukosetoleranse får tilbud om lik samtale, generelle kost- og livstilsråd og anbefalinger om ny kontroll årlig.

Til årskontrollene kalles pasientene inn etter liste, vi bruker innkallingslistene i journalsystemet og pasienten møter ca en

uke før timen for å ta fastende blodprøver og levere urinprøve. Vi sikrer oss dermed at dette er klart i systemet. Det er viktig å få inn samtykkene til Diabetesregisteret slik at pasientene kan komme inn i datagrunnlaget til registeret. Denne informasjonen er det også sykepleier som gir. Sykepleier går gjennom stegene i årskontrollen, gjør undersøkelse av blodtrykk og monofilament, og sjekker at Noklus diabeteskjema er utfyllt. Deretter kommer fastlege inn og går gjennom resultatene og videre behov for behandling og behandlingsmål. Etter noe prøving og feiling har vi kommet frem til at det er like greit at vi bare kaller inn til årskontrollen litt uavhengig av hvordan kontrolloppdraget forøvrig har fungert. Dette da det har vist seg lett å bli rot i oppfølgingen dersom vi forsøker å justere årskontrollen i forhold til de øvrige, løpende kontrollene.

Barrierer og utfordringer

Det er en viss innsats som må til for å komme i gang med systemet. Man kan i dag få

hjelp til å finne sine aktuelle diabetespasienter ved hjelp av Noklus diabetesregister. Man må så sortere ut de som er aktuelle. Det må også gjøres en innsats på opplæring og kursing av medarbeider (og lege). I implementeringsfasen koster det litt tid, men denne opplevelsen av tidsbruk går betydelig ned når systemene er innarbeidet. Kostnadmessig går det i balanse med økt bruk av medhjelpere så lenge man passer på å være til stede i konsultasjonene på en slik måte at det kan anses som en konsultasjon mellom legen og pasienten.

Når dette er på plass er opplevelsen at oppfølgingen av pasienter med diabetes blir mye lettere i det daglige. Man har mye bedre oversikt og kan være langt tryggere på at pasientene får den oppfølging og behandling de har behov for. Økt fokus på strukturert behandling, har forbedret alle ledd av behandlingsskjeden hos oss. Det har også vært inspirerende å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring, og dette har inspirert oss til å jobbe med kvalitetsforbedring og systematisering også innenfor andre fagområder.

Videre er ikke minst tilbakemeldingene

fra pasientene overveldende positive. De aller fleste opplever det som trygt å ha et rammeverk å forholde seg til. Pasientene føler seg tatt på alvor og ivaretatt.

Etter å ha jobbet en stund med konseptet har jeg funnet ut at også andre kontorer har utviklet lignende modeller for å strukturere oppfølgingen av pasienter med diabetes. Det er behov for en viss nasjonal samkjøring av slike systemer slik at vi kan legge mer trykk bak ønsket om å bedre rammebetingelsene for å drive strukturert kronikeroppfølging i primærhelsetjenesten. Videre kan da nye kontorer som ønsker å starte lignende opplegg slippe å finne opp alt selv, men heller velge det beste fra eksisterende systemer. Vi opplever at det er stor interesse for å organisere oppfølgingen av diabetespasienter på en mer strukturert måte. Vi har jenvlig kontakt med andre kontorer som ønsker å lære mer om modellen for å se på om det er mulig å gjøre noe lignende.

Om andre skulle ønske å se hvordan vi jobber er de velkommen på besøk!

■ KRISTIAN.HOINES@ME.COM