18-11-2016

Sag nr. 15/2122

Dokumentnr. 58736/16

Skabelon til indstilling af emner til lærings- og kvalitetsteams (LKT)

Nedenstående skabelon skal benyttes ved indstilling af emne til et lærings- og kvalitetsteam.

**Indstillingen bedes sendt til** [**LKTeams@regioner.dk**](mailto:LKTeams@regioner.dk) **senest onsdag den 8. februar 2017**.

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **Sygdoms- eller indsatsområde hvor der indstilles lærings- og kvalitetsteam**  *(Her angives det specifikke kliniske område/den klinisk problemstilling for hvilket, der ønskes etableret et LKT )*  Gestationel diabetes med særlig fokus på postpartum opfølgning for at sikre tidlig opsporing og behandling af type 2 diabetes og følgetilstande. |
| **2.** | **Hvem indstiller**  *(Fagligt selskab, Klinisk kvalitetsdatabase, DMCG, Patientforening, Region, Kommune, Styrelse osv.)*  Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi |
| **3.** | **Titel, navn og arbejdssted for kontaktperson**  (*Hvem kan sekretariatet i Danske Regioner eller regional tovholder kontakte vedrørende indstilling til LKT)*  Jeannet Lauenborg, overlæge, ph.d., lektor; Gynækologisk-obstetrisk afdeling; Herlev Hospital |
| **4.** | **Begrundelse for indstilling af LKT**   * Kan der dokumenteres utilfredsstillende behandlingskvalitet på området (*f.eks. afvigelse fra best practise som eksempelvist kliniske retningslinjer, standarder, pakkeforløb etc.*)?   Der foreligger ikke landsdækkende data for hvor mange med tidligere gestationel diabetes, der tilbydes og gennemfører regelmæssig opfølgning efter graviditet kompliceret med gestationel diabetes for udvikling af diabetes og evt. følgetilstande. Ej heller foreligger tal for, hvor mange med risikofaktorer, der bliver undersøgt for gestationel diabetes. Der foreligger internationale studie af manglende behandling af gestationel diabetes og betydning for ikke mindst foster og nyfødt.   * Er der (dokumenterbar) uønsket variation i behandlingskvaliteten og/eller forløbet?   Der indsamles ikke information for denne patientgruppe om opfølgning. Tilstanden rammer dog oftere kvinder med lavere social status, hvorfor der antages af være en social ulighed i forekomst af følgetilstande. Af fødselsregisteret fremgår   * Er der undersøgelser/evidens, alvorlighed i sygdom eller andet indenfor sygdomsområdet, som begrunder behovet for at skabe nationale forbedringer på området?   En medicinsk historik med gestationel diabetes er en af de bedste risikofaktorer for udvikling af type 2 diabetes, idet 40 % udvikler diabetes i gennemsnit 10 år efter en graviditet kompliceret af gestationel diabetes. Halvdelen vil være uerkendte ved undersøgelse for diabetes. Type 2 diabetes er symptomløs i adskillige år før de klassiske symptomer som tørst og infektioner opstår. I de år, hvor der ikke sættes ind overfor diabeten og dens følgetilstande, opstår varig skade, især på kar. Tidligere gestationel diabetes er også en risikomarkør for andre medicinske sygdomme som hypertension og hyperlipidæmi.   * Er der andre forhold som begrunder behovet for forbedringer på området*(bedre samarbejde på tværs i sundhedsvæsnet, effektivisering, økonomiske gevinster etc.)*   Afdækning af, om man er i risikogruppe afhænger af screenesdækning i graviditet. En vigtig faktor herfor er om svangrejournal, udfyldt hos egen læge, om den indeholder de oplysninger, der skal til for at vurdere, om pt. allerede ved graviditetens indtræden er i risikogruppe. Opsporing af og behandling efter gestationel diabetes har samfundsøkonomisk gevinst idet debutalderen er lavere for denne gruppe og der vil være flere år at vinde ved en aktiv og tidlig indsats.   * Hvilke (kvalitets) data ligger til grund for indstillingen?   Dansk undersøgelse med follow-up af kvinder med tidligere gestationel diabetes, hvor der fandtes høj forekomst af diabetes, hypertension og hyperlipidæmi (Lauenborg et al 2004 og 2006). Dansk Diabetes Database (stigende forekomst) |
| **5.** | **Beskriv (og afgræns) hvilke kliniske- eller organisatoriske problemstillinger, som bør indgå og forbedres i et LKT.** *(Hvis et indsatsområde inkluderer en række (omfattende) problemstillinger, kan der angives en prioritering af problemstillingerne eller en opdeling i relevante faser, hvor et lærings- og kvalitetsteam f.eks. kan behandle den første fase).*  Den praktiserende læge modtager efter en fødsel en fødselsanmeldelse, hvoraf det vil fremgå, om patienten har haft gestationel diabetes. Da patienter med små børn ofte har kontakt til egen læge pga. de rutinemæssige børneundersøgelser vil det være oplagt at inkludere opfølgning af mor i den anledning. Anbefalingen er opfølgning første gang 2 måneder efter (ofte effektueret af fødested), herefter 1 år fra fødsel og så med 1-3 års interval afhængig af niveau for seneste opfølgning, hyppigst ved værdier svarende til prædiabetes. Det er velkendt at behandling af forstadier til diabetes også har en positiv effekt på livsforløbet. Postpartum indsats prioriteres frem for afdækning af risikofaktorer inden graviditet, da der i graviditeten også er andre aktører, der risikovurderer patienterne. |
| **6.** | **Hvad er/kan være den organisatoriske kontekst for indsatsen?** *(Hvilke typer af afdelinger, enheder, parter i primærsektoren eller private aktører og organisationer vil være relevante deltagere for indsatsen?*  Praktiserende læger, andet praksispersonale i primærsektor, føde-afdelinger inkl. Jordemødre. Evt. Diabetesforeingen som formid-ler.  *Kan indsatsen potentielt vedrøre et bredt udsnit af sundhedsvæsnet eller afgrænser den sig til særlige specialer, forløb, sammenhænge mellem sektorer m.v.)*  Primært praktiserende læger og endokrinologiske afdlinger. og fødested. Senere mellem den praktiserende læge og diabetes-afdeling |
| **7.** | **Er der indenfor sygdoms- eller indsatsområdet bred klinisk anerkendelse af behovet for at løfte kvaliteten?** **Og evt. også af de indsatser, som er nødvendige for at løfte kvaliteten (hvis disse er kendte)?** *(Her kan f.eks. anføres andre interessenter udover indstiller, som ville finde et LKT relevant. Har emnet f.eks været drøftet i kliniske kredse som eksempelvist faglige selskaber, sundhedsfaglige råd etc.)*  Gestationel diabetes er en velkendt risikofaktor for udvikling af type 2 diabetes og der er bred anerkendelse af at tidlig indsats allerede ved forstadier til type 2 diabetes er en helbredsmæssig effekt. |
| **8.** | **Kan sygdoms- eller indsatsområdet relateres til de nationale mål og indikatorer i det nationale kvalitetsprogram?**  Se mål og indikatorer her: [**http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~/media/Filer%20-%20Publikationer\_i\_pdf/2016/Nationale-maal/SUM-Nationale-maal-L-april-2016.ashx**](http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Nationale-maal/SUM-Nationale-maal-L-april-2016.ashx)  Tidlig opsporing og behandling forventes at have en effekt på de nationale mål for ”forbedret overlevelse” og ”flere sunde leveår”. Dette forventes af have effekt på indikatorerne ”Akutte indlæggelse pr diabetespatienter”, ”Middellevetid” og ”Daglig rygere”. |
| **9.** | **Hvad er bruger/patientvolumen på området?**  Ca 40% af gravide har risikofakoter for gestationel diabetes og bør screenes. Med ca 60.000 fødsler pr år vil det være ca 24.000 der screenes. Ca 3-4% får konstateret gestationel diabetes, sv.t. godt 2.000 pr år. De bør screenes for diabetes med 1-3 års interval. |
| **10.** | **Er der evidens for best practise på området?**  (*Eksempelvist kliniske retningslinjer, standarder, pakkeforløb etc.?)*  Der er en national godkendt guideline for screening og behandling af gestationel diabetes. Det indgår desuden i Svangerprofylaksen at screene for gestationel diabetes. Der er ikke en national strategi for opfølgning efter fødsel men gravide anbefales opfølgning via egen læge. |
| **11.** | **Er der eksisterende projekter, resultater eller erfaringer med at arbejde med kvalitetsforbedringer indenfor området?** *(Danske såvel som internationale erfaringer og resultater – indsæt gerne links)*  På Rigshospitalet har man tidligere tilbudt opfølgning med ca 2 års interval efter graviditet med gestationel diabetes. Dette tilbud blev modtaget af over halvdelen af i en årrække efter fødsel. |
| **12.** | **Begrund hvorfor et nationalt lærings- og kvalitetsteam er en velegnet metode til en kvalitetsindsats på området**  Gestationel diabetes er en af de bedste risikofaktorer for senere udvikling af type 2 diabetes. Screening er nem og hurtig og med ringe gene for patienten (blodprøve, evt. blodtryk). Det er en patientgruppe, som allerede er kendt i sundhedsvæsenet og således en nemt tilgængelig gruppe for en indsats |
| **13.** | **Hvilke ambitioner/målsætninger kan realistisk opsættes for forbedringsindsatsen på området?  *(****Hvis muligt at anføre dette, eksempelvist på baggrund af eksisterende standarder og retningslinjer)*  At 80% af kvinder med tidligere gestationel diabetes tilbydes regelmæssig screening for type 2 diabetes med 1-3 års interval i minimum 10 år efter graviditet kompliceret af gestationel diabetes.  **Hvilken (målbar) effekt kan der forventes at være ved at hæve kvaliteten til dette ambitionsniveau på området? Beskriv specifikt resultat og udbytte for patienten.**  Ved tidlig opsporing og behandling forventes færre senfølger til diabetes hvilket forventes at bedre livskvalitet for patienten. En målbar effekt vil være at færre kvinder har sendiabetiske komplikationer på diagnosetidspunktet. |
| **14.** | **Hvordan kan effekten af forbedringerne måles? Herunder eksisterer der indikatorer og data på området til måling af effekten?**  Ved diagnosen diabetes vil denne indberettes til LPR. Derudover er der Dansk Diabetes Database. For andelen af tilfælde gestationel diabetes eksisterer fødselsdatabasen. |
| **15.** | **På hvilken måde kan patienter, pårørende, brugere inddrages i at skabe forbedringer på området?**  *(Kan patienter, pårørende, brugere eksempelvist bidrage direkte og aktivt i udviklingen af løsninger på problemstillingen?)*  Patienten kan inddrages i udvikling af opsporende kampagner mhp. hvordan man mest optimalt når ud til patienten. |
| **16.** | **Er der særlige risici eller forhold som kan påvirke om en indsats kan gennemføres**  *(F.eks. generelle strukturelle ændringer, mangel på specifikke ressourcer (specialiseret udstyr, kompetencer) m.v.)*  Kommunale tilbud med livsstilsintervention som rygestop kan påvirke effekten. Ligeledes vil samarbejdet mellem primær sektor og hospitalssektor have betydning for både opsporing og opfølgning. Samarbejdet mellem primær sektor og stat kan ligeledes være afgørende idet den praktiserende læge evt. pålægges en ekstra opgave med øget indsats for tidlig opsporing. |
| **17.** | **Kan en indsats forventes at generere et ressourceforbrug (udover de ressourcer der går til forbedringsarbejdet, herunder ekspertteam og læringsseminarer)?**  (*F.eks. nyt/mere udstyr, kompetenceudvikling af personalegrupper, yderligere personale til nye arbejdsgange – ressourcer som ikke kan indhentes ved effektivisering og forbedring af området).*  Ressourceforbruget er minimalt. Der skal tages en blodprøve som er nationalt anerkendt af SST som screeningsmetode for type 2 diabtes. Hvis man samtidig vælger at supplere med måling af et BT, kan dette evt. gøres ved en sygeplejerske eller lignende fra primær sektor. |
| **18.** | **Eventuelle overvejelser der vedrører forankring, spredning af viden og fastholdelse af resultater af indsatsen?** *(Faser i et projekt, spredning eller overgang fra projekt til drift)*  Første fase vil være at sætte fokus på opsporing, især efter fødsel. Forankring kunne ligge i Diabetesforeningen med relevante samarbejdspartnere i det obstetriske speciale og PLO. Fastholdelse af resultater af indsatsens forventes på sigt at være på niveau med eller højere end ved indsatsen for at opspore type 2 diabetes generelt. |
| **19.** | **Eventuelle andre bemærkninger til indstilling til LKT?** |