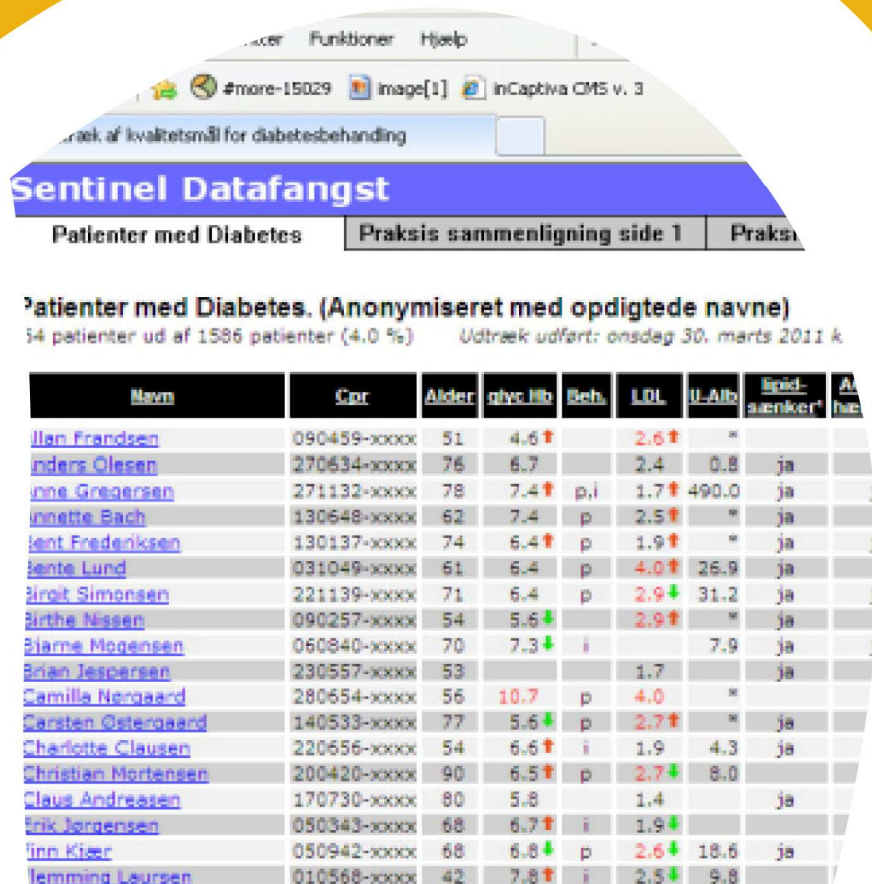


Optimering af diabetesbehandling vha. risikostratificering og datafangst

Delrapport 2 under OTAP-projektet 2010-2012



Udtræk af kvalitetsmål for diabetesbehandling

Sentinel Datafangst

Patienter med Diabetes Praksis sammenligning side 1 Praksis

Patienter med Diabetes. (Anonymiseret med opdigtede navne)
14 patienter ud af 1586 patienter (4.0 %) Udtræk udført: onsdag 30. marts 2011 k

Navn	Cpr	Alder	glucose	Beh.	LDL	HbA1c	Lipid-sænker	Alkohol
Ilan Frandsen	090459-xxxx	51	4.6 ↑		2.6 ↑	*		
Inders Olesen	270634-xxxx	76	6.7		2.4	0.8	ja	
Inne Gregersen	271132-xxxx	78	7.4 ↑	p,i	1.7 ↑	490.0	ja	
Innette Bach	130648-xxxx	62	7.4	p	2.5 ↑	*	ja	
Jant Frederiksen	130137-xxxx	74	6.4 ↑	p	1.9 ↑	*	ja	
Jente Lund	031049-xxxx	61	6.4	p	4.0 ↑	26.9	ja	
Jorit Simonsen	221139-xxxx	71	6.4	p	2.9 ↑	31.2	ja	
Birthe Nissen	090257-xxxx	54	5.6 ↓		2.9 ↑	*	ja	
Blarne Mogensen	060840-xxxx	70	7.3 ↓	i		7.9	ja	
Brian Jespersen	230557-xxxx	53			1.7		ja	
Camilla Nergaard	280654-xxxx	56	10.7	p	4.0	*		
Carsten Ostersgaard	140533-xxxx	77	5.6 ↓	p	2.7 ↑	*	ja	
Charlotte Clausen	220656-xxxx	54	6.6 ↑	i	1.9	4.3	ja	
Christian Mortensen	200420-xxxx	90	6.5 ↑	p	2.7 ↓	8.0		
Claus Andreasen	170730-xxxx	80	5.8		1.4		ja	
Erik Jørgensen	050343-xxxx	68	6.7 ↑	i	1.9 ↓			
Inn Kier	050942-xxxx	68	6.8 ↓	p	2.6 ↓	18.6	ja	
Temming Laurson	010568-xxxx	42	7.8 ↑	i	2.5 ↓	9.8		

Januar 2013



Center for Kvalitet
Region Syddanmark

Forord

Denne delrapport om den praktiserende læges rolle som tovholder udgør den anden ud af tre udgivelser under projektet Organisatorisk Tovholder i Almen Praksis (OTAP). Udover "Optimering af diabetesbehandling vha. risikostratificering og datafangst" består OTAP-projektet af delprojekterne "Tidlig opsporing af type 2 diabetes" og "Opfølgning og koordination efter udskrivning".

OTAP-projektet er finansieret af midler fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse som led i en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom. Projektet har til hensigt at undersøge aspekter af den praktiserende læges rolle som tovholder for patienter med kronisk sygdom.

Dette projekt undersøger tovholderrollen i forhold til udarbejdelse af en individuel behandlingsplan for patienten. Specifikt er det undersøgt, hvorvidt diabetesbehandlingen i almen praksis kan optimeres, hvis praksispersonalet systematisk anvender datafangst som et redskab til at sikre et overblik over behandlingen.

Tak til de 7 praksis, som har deltaget i projektet.

Forord	2
Indledning	4
Baggrund	4
Projektets fokus	6
Design og metode	6
Dataindsamling	7
Datagrundlag	9
Dataopgørelse	10
Kvalitative data	12
Sammenfatning	14
Litteratur	15
Bilagsoversigt	16

Indledning

Ifølge strategien for kronikerbehandling i Region Syddanmark (RSD) indebærer tovholderrollen, at den praktiserende læge varetager følgende opgaver (RSD 2008:15):

- Primær udredning og information af patienten
- Udarbejdelse af Patientens Plan – en individuel behandlingsplan – og vejledning
- Henvielse til specialiseret udredning ved kompleks sygdom
- Henvielse til kommunal koordinator ved behov for udvidet kommunal indsats
- Kontroller samt opfølgning af egenbehandling, undtagen for de mest komplekse tilfælde
- Tidlig opsporing
- Revision af behandlingsplan

I dette projekt er fokus på det aspekt af tovholderroller, der handler om, at den praktiserende læge skal vurdere behovet for henvisning til både sygehus og kommune, vurdere kontrolbehov og kontrolhyppighed samt udarbejde en individuel behandlingsplan for patienten. I det specifikke forløbsprogram for type 2 diabetes står, at:

”Tovholderfunktionen indebærer, at lægen i sin journal etablerer og vedligeholder en individuel behandlingsplan for den enkelte person med diabetes” (RSD 2010).

Baggrund

Et redskab, som kan støtte den praktiserende læge i varetagelsen af tovholderrollen er softwareprogrammet datafangst. Datafangst er et program, som automatisk giver tilmeldte praksis en oversigt over patienternes data, det drejer sig om laboratorieresultater, diagnoser, medicin og lægeydelser (se illustration på forsiden). Systemet er baseret på diagnoser, og forudsætter derfor korrekt diagnosekodning (ICPC-koder).

En af de første diagnoser, der blev implementeret i datafangstmodulet, er type 2 diabetes. Det er dermed den diagnose, som de fleste praktiserende læger har erfaring med i programmet. Det er dog ikke alle praktiserende læger i RSD, der er tilmeldt datafangst endnu¹. Ifølge den nuværende overenskomst for almen praksis skal alle praktiserende læger være tilmeldt datafangst pr. april 1. 2013.

¹ D.15. januar 2013 er 74,7 % af praktiserende læger i RSD tilmeldt datafangst (<http://dak-e.dak-it.dk/statistik.php>).

Et typisk behandlingsforløb for en type 2 diabetiker indebærer en række kontroller, hvor sygdommes udvikling følges, dette indebærer bl.a. en stillingtagen til hvilket risikostratificeringsniveau patienten befinder sig på (RSD 2010). Patienterne vurderes ud fra sygdommens sværhedsgrad, komplikationer og risiko for komplikationer i sygdommen. Stratificeringen, som bygger på de af DAK/DGMA udviklede stratificeringskriterier med tilhørende vejledning til en graderet indsats, skal bidrage til, at den enkelte patient løbende sikres den bedste og mest hensigtsmæssige behandling (Andersen m.fl. 2006). Stratificeringskriterierne danner grundlag for beslutning om placering af behandlingsansvaret, kriterierne inddeler patienterne i tre niveauer:

"Niveau 1 omfatter patienter med velreguleret diabetes uden betydelige komplikationer, niveau 2 omfatter patienter med diabetes, der er dårligt reguleret/svær at regulere eller med begyndende komplikationer til deres diabetes, og niveau 3 omfatter patienter med kompleks diabetes eller alvorlige komplikationer ved deres sygdom" (RSD 2010)

Stratificering i de angivne niveauer er vejledende, og patienter kan således flytte sig fra et niveau til et andet i takt med at sygdommen udvikler sig, eller kommer under bedre kontrol som følge af behandlingen.

Forløbsprogrammet for type 2 diabetes i Region Syddanmark, som henviser til Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning for type 2 diabetes², anbefaler en regelmæssig opfølgning på sygdommen med 2-4 konsultationer årligt:

"Når patienten er udredt med en samlet risikovurdering, og der er lagt en plan for behandlingen, anbefales det, at der fremover fortsættes med kontroller, som individualiseres efter patientens behov mht. antal og indhold, fx kontroller 2-4 gange årligt inkl. årskontrollen. Regelmæssig undersøgelse og kontrol er vigtigt for at fastholde og motivere til livsstilsændringer, regulere metaboliske faktorer og dermed forebygge udvikling af diabetiske komplikationer. Hyppighed af kontroller må besluttes af den enkelte patient og den praktiserende læge ud fra en samlet vurdering. Én gang årligt gøres status for behandlingen, herunder målsætning for indsatsen med livsstilsændringer og den farmakologiske behandling" (DSAM 2012)

² Forløbsprogrammet henviser til DSAMs vejledning fra 2004. Vejledningen blev i december 2012 opdateret.

Flere praksis i regionen arbejder efter en model, hvor patienten 1 gang årligt har en konsultation ved den praktiserende læge, en årskontrol, og hvor en sygeplejerske fra praksis varetager de mellemliggende kontroller, antallet heraf varierer efter sygdomskompleksiteten.

Erfaringer viser, at der kan være flere gevinster ved at lade sygeplejersker stå for en del af opgaverne i forbindelse med patienter med kronisk sygdom (Sundhedsstyrelsen 2005, Nielsen 2009). Et eksempel på opgaveglidning fra læge til praksispersonale ses i en kompagniskabspraksis i Korsør, hvor patienterne har tilknyttet både en fast læge og en sygeplejerske som deler ansvaret for både de praktiske og faglige forhold omkring diabetesopfølgningen. Denne praksis anvender datafangst som et redskab til at danne sig overblik over populationen og systematisere arbejdet med kvalitetsdata (Lassen m.fl. 2006). Både læger og sygeplejersker oplever *"at arbejdet med egne data er processkabende og medvirkende til overblik, selvevaluering og selvrefleksion"* (Lassen m.fl. 2006, Lassen 2012).

Netop det at arbejde med egne data fra datafangst, er hvad dette projekt vil undersøge nærmere.

Projektets fokus

Formålet med projektet er at undersøge om diabetesbehandlingen optimeres, hvis praksispersonalet systematisk anvender data fra datafangst i behandlingen af type 2 diabetes.

Design og metode

Projektet er designet som en før–efter måling, hvor det undersøges hvilke indsatser praksis vælger at iværksætte og om indsatserne samlet set optimerer diabetespatienternes status. Datafangst anvendes som et redskab, som praksispersonalet kan anvende i arbejdet med at sikre en systematik i arbejdet.

Projektets forløb

1. Praksispersonale udarbejder en statusopgørelse på de patienter, der i datafangst er stratificeret til niveau 2 eller 3, med henblik på at vurdere om behandlingen kan optimeres. Denne statusopgørelse udgør før-målingen.
Statusopgørelsen vil være baseret på variable fra datafangst hhv. blodtryk, HbA1c, LDL, rygestatus samt BMI. Disse variable er udvalgt, da de vurderes at være modificerbare inden for projekts dataindsamlingsperiode på 9 måneder.
Praksispersonalet vurderer ligeledes, hvorvidt patienten kan have gavn af en intensiveret indsats.
2. En plan for en intensiveret indsats udarbejdes for de patienter, hvor det vurderes muligt at optimere behandlingen (se bilag 1), planen kan fx indeholde:

- Indkaldelse til livsstilssamtale
- Intensiveret medikamentel behandling
- Intensiveret kontrolhyppighed
- Henvielse til: kommunale tilbud, uddannelses tilbud på sygehuset, diabetesambulatorium, øjenlæge, autoriseret fodterapeut eller diætist.
- Genindkaldelse ved udeblivelse fra kontrol

Planen afstemmes med lægen.

3. Ni måneder efter udarbejdes en ny statusopgørelse på de patienter, der indgik i før-målingen, dette udgør efter-målingen. De to målinger sammenlignes.
4. Efterfølgende laves en indsamling af erfaringer og oplevelser i forbindelse med anvendelsen af datafangst som en hjælp til optimering af diabetesbehandling.

Der blev udsendt invitation til de praksis i regionen, der pr. juni 2011 havde været tilmeldt datafangstmodul i ca. 1 år. I alt 39 praksis modtog en invitation (se bilag 2). En forudsætning for deltagelse i projektet var, at praksis enten havde en medarbejder, der kunne frigøres til arbejdet eller havde planer om ansættelse heraf.

I alt 7 geografisk spredte praksis har deltaget i projektet.

Center for Kvalitet har afholdt et møde med alle praksis inden projektets start (se dagsorden bilag 3). Alle praksis har modtaget en mappe med en vejledning samt skemaer til udfyldelse.

De deltagende praksis har modtaget honorering for deres indsats i projektet.

Dataindsamling

Der er indsamlet data i perioden fra 1.12.2011 – 1.9.2012.

Datagrundlaget er en kombination af kvalitative og kvantitative data. Den kvalitative del består af interview med minimum én fra hver af de 7 deltagende praksis, oftest en sygeplejerske.

Den kvantitative del udgøres af de skemaer, som praksis har anvendt til statusopgørelse – se skema på side 7. På skemaet dokumenteres patientens værdier ved hhv. før og efter målingen samt stratificeringsniveauet³. Derudover har hver praksis angivet hvilken indsats de har igangsat for de enkelte patienter i perioden.

³ I dataindsamlingsperioden ændrede Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed (DAK-E) forsiden i datafangstvinduet for diabetes, hvilket betød at stratificeringskolonnen udgik. Det har derfor ikke været muligt at opgøre stratificeringsniveau ved efter-målingen.

Plan for intensiveret indsats				Center for Kvalitet Region Syddanmark			
Patientens navn: _____				Cpr.: _____			
NOVEMBER 2011 (angiv værdier)				SEPTEMBER 2012 (angiv værdier)			
BT		Glyc Hb		BT		Glyc Hb	
LDL		Rygestatus		LDL		Rygestatus	
BMI				BMI			
Stratificeringsniveau <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/> Niveau 3				Stratificeringsniveau <input type="checkbox"/> Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/> Niveau 3			
<input type="checkbox"/> Det vurderes at patientens behandling ikke kan optimeres yderligere							
<i>På baggrund af en helhedsvurdering af patientens tilstand er det vurderet, at følgende indsatser vil være relevante at igangsætte i et forsøg på at optimere patientens diabetesbehandling.</i>							
Indsatser				Planlagt indsats (kryds)	Påbegyndt indsats (dato)		
Indkaldelse til livsstilssamtale (fokus på KRAM faktorerne)							
Intensiveret medikamentel behandling:							
- Diabetesmedicin							
- BT medicin							
- ACE/ACII hæmmer							
- S kolesterol							
- andet (angiv):							
Henvisning til uddannelsesstilbud (kommune og/eller sygehus)							
- "Lær at leve med kronisk sygdom"							
- rygestopkursus							
- Diabetesskole/kursus							
- Livsstilssamtale							
- motionsvejledning							
- andet (angiv):							
Henvisning til:							
- Diabetesambulatorium							
- Øjenlæge							
- Autoriseret fodterapeut							
- Diætist							
Intensiveret kontrolhyppighed							
Genindkaldes til kontrol							
Andet (angiv)							
Planen er godkendt af lægen d. _____							

Datagrundlag

7 praksis (18 læger) har bidraget til projektet, de har tilsammen returneret 398 udfyldte skemaer. De deltagende praksis varierer både i forhold til størrelse, antal læger samt antal diabetikere pr. læge. Herunder ses en oversigt over antallet af returnerede skemaer fra de 7 praksis:

Tabel 1

	Antal skemaer pr. praksis	Antal læger pr. praksis
Praksis 1	82	3
Praksis 2	31	2
Praksis 3	99	4
Praksis 4	65	3
Praksis 5	16	1
Praksis 6	11	1
Praksis 7	94	4
I alt	398	18

Ved før-målingen havde praksis mulighed for at angive, hvorvidt de vurderede, at den pågældende patients behandling kunne optimeres. For 142 patienter gjaldt det, at praksis vurderede at behandlingen ikke kunne optimeres yderligere, disse er derfor ekskluderet.

Den efterfølgende opgørelse viser, at der i en del af skemaerne er manglende data. 21 skemaer er vurderet som så mangelfulde, at der ikke er lavet videre analyse på dem. Missing data kan skyldes flere ting; praksis er ikke orienteret og informeret tilstrækkeligt om projektet, projektet er blevet "glemt" i den travle hverdag, projektet har været baseret på manuel registrering men de fleste praksis arbejder elektronisk eller det kan skyldes noget helt andet.

Det samlede antal inkluderede patienter er 235.

Kvalitative data

Der er gennemført interviews med minimum én fra hver praksis. En konsulent fra Center for Kvalitet har gennemført disse ud fra en semistruktureret interviewguide (se bilag 4). Interviewene er gennemført efter registreringskemaerne er indsendt til Center for Kvalitet, de er optaget på diktafon og er efterfølgende gennemlyttet med det formål at give flere perspektiver på den kvantitative opgørelse.

Dataopgørelse

I følgende afsnit opgøres de kvantitative data. Data fremstilles på aggregeret niveau. Analysen af data på HbA1c, BT, LDL og BMI laves som en gennemsnitsanalyse.

Resultaterne vurderes også på individniveau, fordelt på praksis. Dette giver mulighed for at få et indtryk af sygdommens udvikling for den enkelte patient, og en helhed for den enkelte praksis (se bilag 5).

Tabel 2 viser fordelingen af de 235 inkluderede patienter.

Tabel 2

Stratificeringsniveau ved projektstart		
	Antal	%
Niveau 2	202	86
Niveau 3	23	10
Uoplyst	10	4
I alt	235	100

Størstedelen, 86 %, af de i alt 235 patienter er stratificeret til niveau 2 ved før-målingen, det er således patienter med en moderat sygdomskompleksitet. 10 % er stratificeret til niveau 3.

I alt 174 af de 235 patienter får enten en indsats (fx medicin, livsstilssamtale) eller en henvisning (fx til uddannelsesstilbud, øjenlæge). Der er således 68 patienter der ikke får en indsats eller en henvisning. Se fordelingen af antal indsatser og henvisninger i tabel 3.

Tabel 3

Antal Henvisning(er)/ Indsats(er)	0	1	2	4	5	6	7
Antal	68	32	31	28	8	3	3

Herunder i tabel 4 ses den gennemsnitlige opnåede ændring hhv. med og uden indsats eller henvisning. Idet der som tidligere er nævnt er en del missing data, er det i parentes efter hvert tal angivet antal af patienter, hvor både før- og efterværdien er oplyst.

Tabel 4

Gennemsnitlig ændring	Systolisk BT	Diastolisk BT	HbA1c	LDL	BMI
Uden indsats/henvisning	-0,6 (54)	0,2 (54)	-0,01 (58)	-0,08 (52)	-0,46 (32)
Med indsats/henvisning	-5,22 (170)	-1,53 (170)	-0,11 (172)	-0,22 (161)	-0,44 (134)

Gennemsnitsværdierne kan dog dække over store individuelle udsving, ligesom det ikke kan udelukkes, at ændringen er udtryk for almindelig variation i diabetestilstanden. Der er ikke udregnet statistisk signifikans, idet der som det fremgår af tabellen, er der tale om små ændringer, som ikke vurderes at have afgørende klinisk betydning. Et mere nøjagtigt billede af udviklingen i diabetestilstanden vil kræve hyppigere målinger, som kan følge udviklingen over tid – frem for udelukkede på to udvalgte tidspunkter.

På trods af det spinkle datagrundlag ses en tendens til en sammenhæng mellem målrettet indsats og en forbedring af den enkelte patients tilstand.

Kvalitative data

Overordnet set giver alle de deltagende praksis i interviewene udtryk for, at de oplever datafangst som et godt og brugbart program, der kan hjælpe med at skabe overblik og systematik. Især fremhæves den grafiske fremstilling af data som et godt redskab både til at skabe overblik over populationens aktuelle status samt i samtalen med patienten. Erfaringen er, at man gennem overblik får en bedre føling med patienterne. En sygeplejerske nævner, at farvekoderne – rød, gul, grøn – er med til at give hende et hurtigt overblik over patienternes tilstand. Ligesom det er en motivationsfaktor, når billedet skifter og der er overvægt af ”grønne” værdier⁴.

Datafangst anvendes meget forskelligt fra praksis til praksis, en forklaring herpå kan være, at der i nogle praksis er afsat arbejdstid til specifikt at arbejde med data fra datafangst, mens anvendelse i andre praksis ikke er systematiseret og prioriteret i samme grad. I to praksis er der flere sygeplejersker ansat, i disse er det valgt at opdele patienterne mellem sygeplejerskerne, således at én har ansvaret for diabetespatienter og en anden KOL patienter. Dette giver for sygeplejersken mulighed for et større kendskab til populationen, samt mulighed for at fokusere på få diagnoser. For én praksis har deltagelse i projektet været med til at sætte fokus på genindkaldelse af patienter, som er udeblevet fra kontrol. Disse er blevet kontaktet enten telefonisk eller pr. brev, og det er lykkedes at få en del til konsultation. Denne praksis overvejer at bruge erfaringerne fra projektet til at indføre en årlig gennemgang af status for årskontrol for en række diagnoser. Ligesom projektet har inspireret til at arbejde med systematisk gennemgang af andre diagnosegrupper.

De deltagende praksis giver udtryk for, at det påvirker anvendeligheden af datafangst, at de ikke selv kan omkode patienter, eksempelvis i de tilfælde, hvor der er obs på diabetes hos en patient men hvor vedkommende senere frikendes. Desuden bliver det ved anvendelsen af datafangst tydeligt, at konsekvent kodning er en nødvendighed, ellers kan der opstå situationer, hvor de aktuelle værdier ikke læses i systemet.

Interviewene giver et indtryk af, hvor forskelligt det daglige arbejde med diabetesbehandling struktureres i de forskellige praksis – lige fra antallet og varigheden af konsultationer til genindkaldelsesprocedurer og opgavefordelingen blandt praksispersonalet. Dette har også indflydelse på, hvordan og hvor meget datafangst anvendes som et redskab i dagligdagen. I flertallet af de deltagende praksis er datafangst et redskab, som er til gavn for både læger og sygeplejersker. Kun for en praksis gælder det, at det primært er lægen der anvender datafangst, I nogle praksis er det fast procedure, at patienter inden de forlader konsultationen, har fået en ny tid. Ringer en patient og aflyser en tid, spørges der til, hvornår tiden skal flyttes til, på den måde

⁴ Grøn farve indikerer enten tilfredsstillende værdier eller en positiv udvikling i forhold til sidste måling

sikres det, at de fastholdes i systemet. En praksis fortæller, at når patienter udebliver fra en aftale, kontaktes patienten inden for 48 timer, så en ny tid kan aftales.

Sammenfatning

Projektet undersøger om diabetesbehandlingen optimeres, hvis praksispersonale i samarbejde med lægersystematisk anvender data fra datafangst i behandlingen af type 2 diabetes.

I forhold til at arbejde systematisk med data fra datafangst giver alle deltagere udtryk for, at de oplever, at datafangst er et godt arbejdsredskab, som bl.a. giver et overblik over den samlede patientpopulation – et overblik, som man ikke tidligere har haft.

Sygeplejerskerne fortæller, at det har været givende at have afsat tid til at gennemgå alle patienter og dermed blive opdateret på alle patienters aktuelle status. Dette giver en indsigt i, hvor der kan sættes mere målrettet ind.

Deltagelse i projektet har skærpet opmærksomheden på at få alle patienter ind i et kontrolforløb, det betyder bl.a. at patienter, som er udeblevet fra kontrol, er blevet genindkaldt - ligesom det for nogle praksis har været en øjenåbner for potentielle fokusområder, hvor de ikke har været så aktive fx i forhold til at få vejret patienter eller henvist til relevante patientuddannelses tilbud.

Alle praksis ser flere muligheder for at anvende datafangst og en systematisk tilgang til arbejdet, som de vil udforske i fremtiden.

Den kvantitative opgørelse viste en tendens til, at der er en sammenhæng mellem målrettet indsats og en forbedring af den enkelte patients tilstand. De kvantitative data er dog inkonsistente og ukomplette. Yderligere vanskeliggør de mange forskelligartede indsatser en tolkning af resultaterne.

I de 7 deltagende praksis har en sygeplejerske stået for gennemgangen af patienterne, hvilket for alle giver god mening. I alle praksis er det en sygeplejerske der varetager størstedelen af kontrollerne, og som derfor har en tæt kontakt med patienten og dennes behandling.

Sygeplejersken og lægen varetager så at sige tovholderrollen i samarbejde, idet de er fælles om at opretholde en behandlingsplan for patienten. Det er dog vekslende de 7 praksis imellem, hvor mange ressourcer der generelt er afsat til at arbejde med datafangst.

Litteratur

Dansk Selskab for Almen Medicin (2012): *Klinisk vejledning for almen praksis: Type 2 diabetes – et metabolisk syndrom*. <http://vejledninger.dsam.dk/type2/>

Lassen, Berit; Andersen, Jørgen og Madsen, Helge (2006): *Struktur på diabetesbehandlingen i almen praksis*. Månedsskrift for Praktisk Lægegering, Oktober 2006, 84. årgang.

Lassen, Berit (2012): *Klinikpersonalets arbejde med datafangst*. BestPractice september 2012.

Nielsen, Sanne Maria (2009): *Ekspertsygeplejersker i andre lande*. Ugeskrift for Læger 171 (26)

Region Syddanmark (2008): *Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark*. 9. version, juli 2008.

Region Syddanmark (2010): *Forløbsprogram for voksne patienter med type 2-diabetes i Region Syddanmark*, April 2010

Sundhedsstyrelsen 2005: *Kronisk sygdom, patient, sundhedsvæsen og samfund – forudsætninger for det gode forløb*

Bilagsoversigt

1. Plan for en intensiveret plan
2. Invitation til praksis
3. Dagorden til indledende møde
4. Interviewguide
5. Praksisspecifik dataopgørelse