

Arbetsbeskrivning diabetesteam vårdcentraler

Övergripande mål för diabetesvården i Sörmland:

En god och likvärdig personcentrerad diabetesvård utifrån Socialstyrelsens Nationella riktlinjer till regionens invånare med diabetes typ 2

Inledning:

Idéer/förslag vid Diabetesforum 2014 hur vi bäst bedriver diabetesvården i Sörmland har sammanställts och ligger som grund för arbetsbeskrivningen.

Arbetet på Diabetesforum utgick från SKL 's 7 Framgångsfaktorer i diabetesvården *Inspiration för utveckling av diabetesvården*.

För att nå framgång med diabetesvården på länets vårdcentraler har denna arbetsbeskrivning tagits fram av Diabetesprocessen i samråd med Hälsoval och Hälso- och sjukvårdsledningen.

SKL 's 7 framgångsfaktorer:

1. Fokus på patientens målvärden
2. Riktade insatser till patienter med sämre värden
3. Enhetens resultat ständigt på agendan
4. Tillgänglig kunskap och tydliga förväntningar
5. Uppföljning och återkoppling av resultat
6. Området prioriteras med långsiktigt förbättringsarbete
7. Ägarskap för resultat och fokus på prevention och kultur att följa riktlinjer

Vägledande dokument i patientarbete:

- Sörmlands riktlinjer för handläggning av diabetes "Fickkortet"
- Länsgemensam vårdöverenskommelse Diabetes Primärvård och Medicinkliniker
- Vårdprogram för Region Sörmland "Diabetes och graviditet"
- "Reklistan" Rekommenderade läkemedel fastställda av Läkemedelskommittén
- Behandlingsrekommendationer "Läkemedelsbehandling av de mest sjuka äldre"
- Vårdrutin: Rutin avseende dosjustering av läkemedel inom diabetesvården för diabetessjuksköterskor inom Region Sörmland
- Riktlinje för användandet av intermittent scanning CGM (isCGM) för vuxna i Sörmland

Grundläggande förutsättningar

- Diabetesansvarig läkare ska finnas på vårdcentralen.
- Diabetsansvarig sjuksköterska ska finnas med vidareutbildning inom diabetes minst 15 hp. Enligt framtagna ledtal av SFD, SFSD och diabetsförbundet förordas att en heltids diabetessjuksköterska finnas för 400 personer med diabetes. För att säkra bemanningen ska helst 2 diabetessjuksköterskor finnas.
- Arbetet med diabetesmottagning ska vara tydligt avsatt för diabetessjuksköterskan i tjänstgörings schemat.
- Telefonframkomlighet till diabetessjuksköterskan ska finnas alla vardagar.
- Tillgång ska finnas till rökavvänjare, dietist, fotvårdsspecialist, beteendevetare och sjukgymnast.
- Diabetespatienterna kallas till årliga besök hos läkare besöksfrekvens efter patientens behov är överordnat.
- Diabetespatienterna kallas till ett eller vb. flera besök/år hos diabetessjuksköterska. Patientens behov avgör antalet besök.
- Följsamhet till vårdöverenskommelse. "Diabetes Primärvård och Medicinkliniker".
- Följsamhet till nationella och regionala diabetesriktlinjer.
- Följsamhet till rekommendationer om ordnat införande samt upphandlingarna gällande diabetestekniska hjälpmedel.
- Diabetesteamen på varje vårdcentral deltar vid Region Sörmlands årliga Diabetesforum.
- Diabetessjuksköterskor, dietister och fotvårdsspecialist i länet deltar i diabetesvårdens nätverksträffar 2ggr/år.
- Alla i diabetesteamet tar del av diabetesrådets minnesanteckningar. (En distriktsläkare och diabetessjuksköterska från varje länsdel representerar primärvården i diabetesrådet.)



Diabetesteamets uppdrag

Skapa forum där enskilda patientärenden kan diskuteras vid behov mellan olika professioner.

Regelbundna teamträffar:

- Planering
- Resultatgenomgång NDR
- Rapportera resultat till vårdcentralsledningen

Fokusera på patientens målvärden:

- Kalla alla patienter
- Målinriktad läkemedelsbehandling
- Vården ska bedrivas personcentrerad
- Dokumentera patientens målvärden i läkarjournalen under sökord "Behandlingsmål"

Riktade insatser till patienter med sämre värden:

- Tidig identifiering av patienter med sämre värden
- Besöksfrekvens som anpassas till patientens behov
- Gör patienten delaktig

Nationella diabetesregistret NDR:

Alla läkar- diabetessjuksköterske- och SÄBO-besök ska registreras, såväl rutinkontroller som uppföljningsbesök. Registreringen utförs av diabetessjuksköterskan med hjälp av direktöverföring via Medrave. Rekommendationerna är att överföra och rätta vårdcentralens data en gång/vecka. OBS! Det är viktigt att anteckningar dokumenteras under rätt sökord för att överföringen ska bli fullständig. Möjligheten finns fortfarande för manuell registrering i NDR, vid behov.

Ta fram statistik från registret minst 2 ggr/år.

Någon i diabetesteamet ansvarar för att statistik tas fram och följs upp.

Identifiera patienter med dåliga värden:

- HbA1c
- Blodtryck
- Lipider
- Rökare

Rekommenderat medlemskap:

SFSD Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård.

SFD Svensk förening för diabetologi.

www.dagensdiabetes.se uppdateras varje dag med senaste forsknings och kliniska data inom diabetesområdet. (Finns som app till smartphones.)

Alla diabetesteam är välkomna att vid behov kontakta diabetessamordnarna i länet. Vi stödjer er gärna vid frågor, förbättringsarbete eller annat ni vill få hjälp med på er diabetesmottagning!

diabetesprocessen@regionsormland.se



REGION
SÖRMLAND