

Arbetsbeskrivning för diabetesteam i primärvård

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 Sveriges kommuner och regioner 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.

Övergripande mål för diabetesvården i Sörmland:

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

Sveriges kommuner och regioner (SKR) 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
- Länsgemensam vårdöverenskommelse Diabetes Primärvård och Medicinkliniker
- Medicinskrutin för Region Sörmland: Diabetes och graviditet
- Rekommenderade läkemedel fastställda av Läkemedelscentrum
- 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

Arbetsbeskrivning för diabetesteam i primärvård

Diabetesansvarig läkare ska finnas på vårdcentralen.

Diabetesansvarig sjuksköterska ska finnas med vidareutbildning inom diabetes minst 15 hp. Enligt framtagna ledtal av SFD, SFSD och diabetesförbundet 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.

Personer med diabetes typ 2 kallas till årliga besök hos läkare besöksfrekvens efter patientens behov är överordnat.

Personer med diabetes typ2 kallas till ett eller vid behov flera besök per 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 2 gånger per år.

Alla i diabetesteamet tar del av diabetesrådets minnesanteckningar. En distriktsläkare och diabetessjuksköterska från varje länsdel representerar primärvården i diabetesrådet.

Arbetsbeskrivning för diabetesteam i primärvård

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):

- All registrering följer Riktlinjer för handläggning av diabetes.
- Rättning och att skicka till NDR sker 1 gång per vecka av diabetessjuksköterskan med hjälp av direktöverföring via Medrave. OBS! Det är viktigt att anteckningar dokumenteras under rätt sökord för att överföringen ska bli fullständig. Möjligheten finns fortfarande för manuell registrering i NDR.
- Ta fram statistik från registret minst 2 gånger per år.
- Diabetesteamet ansvarar för att ta fram statistik utifrån de indikatorerna som är prioriterade mål. Dessa mål är utformade i samverkan med Hälsoval för patienterna inom primärvården med diabetes typ 2.

Rekommenderat medlemskap:

SFSD svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård och SFD svensk förening för diabetologi. www.dagensdiabetes.se uppdateras varje dag med senaste forsknings och kliniska data inom diabetesområdet. 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: diabetessamordnarna@regionsormland.se