

Teamet på Herrgårdet

- Teamledare: Magdalena Sjöholm, verksamhetschef och kurator
- Anders Olsson, Distriktsläkare
- Marlene Jonasson, ST-läkare
- Maria Mäkinen, Diabetessköterska
- Rose-Marie Isberg, Diabetessköterska

- Antal listade patienter: ca 11 800
- Antal diabetespatienter: ca 420 varav ca 40% är kvinnor

Användning av NDR då och nu

Då...

- Innan projektet rapporterades värdena över av diabetessköterska via RAVE
- Vi använde inte NDR nämnvärt i det dagliga diabetesarbetet

Nu...

- Vi har börjat använda det lite mer i form av att dra ut diabetesprofilen till patienterna vid sköterskebesöken.
- Statistik planeras att rapporteras vid större möte ex APT var 3:e månad. Dock kommer ej vi läkare in då vi ej har kod.

Kartläggning

- Vi har ”brainstormat” och med hjälp av fiskbensdiagram skapat våra problemområden som sedan legat till grund för vår handlingsplan nedan

Handlingsplan Herrgårdet VC

Problemområden	Mål	Åtgärder	Ansvarig för genomförande	Tidsplan (klart när?)
Dokumentation vad som tas upp på läkarens årskontroll	Korrekt dokumentation + omhändertagande	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Upprättar en mall för dokumentation + innehållet i årskontroll/läkare. ➤ OBS! Målvärde individuellt! ➤ Vb meddela till diabetes om extra uppföljning. Läkemedelslistan 	Marlene	Finns en standard i cosmic
Kallelsebrev	Patienten förberedd, Effektivare besök	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utarbeta nya kallelseblanketter. Blodtryck/läkare. Förbättra det som finns. Se vad tidigare grupper gjort. 	Maria, Rose-Marie	September Standardbrev i cosmic + bifogat frågeformulär inför besök
Delaktighet hos all berörd personal	Alla ska känna till rutiner och mål	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Informationsmaterial, Flödesschema, Diagnoskriterier, Målvärden m.m. ➤ Implementation och kontinuerlig uppdatering 	Maria, Rose-Marie Marlene Anders	Implementering oktober på läkarmöte + APT
Diagnossättning Diabetes	Tydliga rutiner vid ny diagnos (inkl HbA1c)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Riktlinjer för provtagning vid förhöjt b-glukos 	Rose-Marie (kollar med Oili och Ivar)	30/9
Hur nå målvärden? (Personalens åtgärder)	Dokumentera målvärde för alla. (under planering) Förbättring av målvärdena.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ HbA1c, blt, Lipider, Rökning = bästa möjliga varje gång ➤ Uppföljning och behandlingsjustering ➤ FaR vid behov med uppföljning ➤ Dietist om kostbesvär ➤ Grupputb av även ej nydebuterade typ II diabetiker som ej når sitt målvärde. 	Alla Alla Alla Rose-Marie och Maria	Kontinuerligt Kontinuerligt Kontinuerligt 16 juni 2014

Kommentarer till handlingsplan

- Dokumentationsmall läkare; Övergång till cosmic där färdig mall fanns således ingen ytterliggare åtgärd
- Tillägg till kallelsebrev inför uppföljning; Tilläggsbrev utformat med frågor om bla. tobak, fysisk aktivitet, läkemedelslista, känningar.
- Delaktighet hos all personal; Alla nya och befintliga läkare har fått en mapp med hur vi handlägger diabetespatienter samt diagnoskriterier
- Diagnossättning diabetes; tydliga instruktioner är upprättade utifrån vårdprogrammet och nya riktlinjer
- Målvärden (vårdpersonal); ingen tidsplan utan kontinuerlig uppföljning, individuella målvärden ska dokumenteras i journalen

Statistik	Alla läkare ska känna till våra mål ang målvärdena samt hur vi ligger till.	⇒ Var 3:e mån genomgång av statistik från NDR Läk/ssk möte 15 min	Anders Magdalena	Okt på APT samt kontinuerligt
(Läkar)kontinuitet	Träffa samma läkare varje gång vid uppföljningar (Vid full bemanning kan PAL erbjudas)	⇒ Kontroller av svårare fall hos specialist inom allmänmedicin. ⇒ Lättare fall kontrolleras hos ST ⇒ Förbestämda tider för diabetesuppföljning som endast får bokas för annat veckan innan om obokad ⇒ Diabetes ssk ska sina läkare som ansvarar för hennes diabetespat.	Rose-Marie Maria	Kontinuerlig Alla nydebuterade ska fördelas enl detta
Hur nu målvärde? (patientens åtgärder)	Alla ska känna till sina målvärden samt riktlinjer för målvärdena.	⇒ Diabetesprofil vid alla årsbesök till diabetessköterska men mål ⇒ Individuella mål bestäms hos läkare vid årskontroller.		Dec 2015?

- Statistik; Ej kunnat genomgå kontinuerlig genomgång pga avsaknad av inloggning för läkare i NDR som ansvarar för detta
- Läkarkontinuitet; I nuläget svårt pga läkarbrist sköterska får stå för kontinuiteten i nuläget i den mån det går ska de få träffa samma läkare
- Målvärden (pat); Påbörjat att informera alla pat om deras individuella målvärden samt att de får sin diabetesprofil vid sköterskebesöket

Egenvård	Bättre målvärden. Alla ska vid behov få hjälp med hänvisning till ställen de kan få hjälp med ökad aktivitet utöver FaR	⇒ Alltid följa upp livsstilsförändringar (läk/ssk/usk) ⇒ Grupputbildning med dietist vid 1 tillfälle bokas i dietist tidbok. Kan upprepas vid behov. ⇒ (Träning för överviktiga tillsammans med sjukgymnast)	Information från Rose-Marie, Maria, Anders och Marlene till övrig personal som involveras i genomförandet Jonna (dietist) Sjukgymnast	APT Okt 16 Juni 2014 ?
Psykisk ohälsa (pga sjukdomen alt som påverkar sjukdomen)	Eget målvärde	⇒ Ökad information så de känner en trygghet med sjukdomen och dess behandling.	Rose-Marie Maria	Kontinuerligt vid varje besök
	Förbättrad psykisk hälsa	⇒ Psykisk ohälsa som påverkar diabetes bör behandlas innan maximal insatts mot diabetes kan sättas in.	Läkarna	Kontinuerligt
Uteblivna besök	Regelbundna uppföljningar för alla patienter	⇒ Meddela diabetes ssk vid uteblivna och avbokade besök ⇒ Bokad telefontid med läkare eller diabetes ssk för information om värden och beh mm	Rose-Marie Maria	Kontinuerligt
.Diagnostisera och sätta in tidig beh vid prediabetes	Rutin vid prediabetes	⇒ Skriva ner vår rutin. Lika för alla, vilket innebär information till alla läkare	Marlene	Oktober 2014

- Egenvård; FaR vb, planerar att starta gruppträning hos sjukgymnast, haft gruppträff till dietist dock liten uppslutning troligen pga kort varsel, planerar ett nytt försök våren 2015
- Psykisk ohälsa; kontinuerlig bedömning vid besök och beh vb mot depression, tydligare information ang diabetes vb
- Uteblivna besök; se till att diabetessköterska informeras när detta sker
- Bättre omhändertagande vid prediabetes; har satt upp riktlinjer så att diabetessköterska alltid får kännedom om dessa

Handlingsplan Fotvård Herrgårdets VC

Problemområde	Mål	Åtgärder	Ansvarig	Tidsplan
1. Tidigare remiss OTA vid behov	Alla som har behov ska få remiss till OTA	Diabetes sköterska bokar läkartid för remiss vid behov	Maria Makinen Rose-Marie Isberg	Kontinuerligt Utvärdering maj 2015
2. Tidigare remiss Kärlikirurg vid behov	Alla ska få remiss vid behov	⇒ Diabetes sköterska tar ankeltryck vid kalla, bleka fötter eller annan misstanke om nedsatt cirkulation ⇒ Diabetes sköterska bokar läkartid vid misstanke om nedsatt cirkulation ex specifika hudförändringar, dåliga pulsar	Maria Mäkinen Rose-Marie Isberg	Kontinuerligt Utvärdering maj 2015
3. Handläggning av fotsår	2 sköterskor och 2 läkare som är ansvariga för sår behandling hos diabetespatienter	Föreläsning från infektionsläkare till alla sköterskor och läkare	Marlene Jonasson Maria Mäkinen Rose-Marie Isberg	

Kommentarer:

Samverkansdokument är på gång gällande sårvård inkl diabetessår

3. Kontakt har tagit med infektionskliniken och såransvarig sköterska och läkare är inplanerade för en 2-tim föreläsning 29/1
2 sköterskor och 2 läkare är utsedda som såransvariga för diabetespatienter

Formulär för utgångsstatistik för medicinska variabler samt rökning

Enhet:.....Herrgårdets vårdcentral..... Period: 2013-01-01 t.o.m 2013-12-31

Variabel 18 – 79 år	Målvärden i projektet	Verkligheten vid start Måluppfyllelse i %	Gapet i % vid start 100 % "start%"	Antal patienter som statistiken bygger på	Enhetens mål i % vid projektslut (halva gapet) Projektslut
Hba1c	≤52	65 %	35 %	320	82,5 %
Totalkolesterol	<4,5	45 %	58 %	288	71 %
LDL-kolesterol	<2,5	22 %	78 %	142	61 %
Systoliskt blodtryck	≤130	51 %	49 %	320	75,5 %
Andel rökare OBS ! Procentandel	Ingen skall röka	rökare = 11 % okänt = 11 %	11-22 %	314	0 %
Hba1c ålder 18 – 65 år	≤52	60 %	41 %	161	80 %

Formulär för utgångsstatistik för medicinska variabler samt rökning

Enhet:.....Herrgårdets vårdcentral.....

		Utgångsstatistik	2013-01-01— 2014-01-31	Period 1	2014-02-01— 2014-09-30
Variabel 18 – 79 år	Målvärden i projektet	Verkligheten vid start Måluppfyllelse i %	Antal patienter som statistiken bygger på	Måluppfyllelse i % för perioden	Antal patienter som statistiken bygger på
Hba1c	≤52	65 %	320	62 %	231
Totalkolesterol	<4,5	42 %	288	41 %	155
LDL-kolesterol	<2,5	22 %	142	27 %	133
Systoliskt blodtryck	≤130	51 %	320	56 %	222
Andel rökare OBS ! Procentandel	Ingen skall röka	Rökare = 11 % okänt = 13 %	314	Rökare = 21 % okänt = 0 %	131
Hba1c ålder 18 – 65 år	≤52	60 %	161	58 %	113

Lärdomar

- Man kan alltid bli bättre.
- Ibland svårt att hålla motivationen uppe

Sen då...

Vi kommer att fortsätta att jobba utifrån våra handlingsplaner. Mycket är gjort men vi har mål och problemområden som hela tiden måste följas upp.