

Hudiksvall Din hälsocentral





Deltagare i NDR IQ-5

Hudiksvall Din hälsocentral

- Anna-Lena Örtbrink-Träff,
Diabetessköterska
- Ann-Charlotte Höglin, Medicinsk
sekreterare



Enhetens övergripande mål

- Öka patientens kunskap om sin sjukdom och dess behandling för bättre delaktighet i behandlingen.
- Att använda NDR som ett verktyg i den dagliga kontakten med patienten.
- Aktivt jobba mot de gemensamt uppsatta målen för projektet.



Delmål

- Aktivare registrering i NDR.
- Effektivare patientbesök, fylla i NDR-profil vid besöket och målformulera
- Mera aktiv behandling av blodtryck och lipider.



Bakgrund

- Hudiksvall Din hälsocentral har en etablerad, diabetesmottagning sedan slutet av 80-talet.
- Registrering årligen i NDR sedan 2007.
- Diabetesteam: 1 Diabetessjuksköterska, 1DAL, 1 Dietist, 1 Fotvårdsterapeut, och tillgång till psykosocialt team.



Bakgrund

- 14 700 patienter listade
- 24 000 invånare i tätorten
- Kartläggningen av diabetespopulationen är gjort utifrån NDR data.



Personal

- 60 anställda varav sju distriktsläkare
- 1 diabetssköterska 80%
- 1 fotvårdsspecialist 70%
- Vi har även sjukgymnaster, arbetsterapeuter och psykosocialt team.
- 2 löpande stafettkedjor som i första hand sköter akuta patienter.



Problemområden före projektsstart

- Endast årlig registrering i NDR
- Inga registreringar vid läkarbesök
- Underbehandling av blodtryck och lipider
- Avsaknad av delaktighet i egenansvar hos patienten
- Dålig kännedom om NDR i personalgruppen
- Dålig kunskap om hur patienten upplever sin sjukdom.



Genomförda förändringar

- Varje besök registreras i NDR av diabetessjuksköterska och fotvårdsterapeut. Läkarpbesök lämnas till den medicinska sekreteraren för registrering.
- Diabetesprofilen med resultat och målvärden lämnas till patienten.
- Från februari 2014 har väntelistan hos läkare för diabetespatienter lagts över till diabetessköterska.
- Prover tas 1 ggr/år (krea, microalbumin, lipider, Hb, vikt) på lab.



Genomförda förändringar

- Prover och fotstatus tas hos diabetessköterska (blodsocker, HbA1c, blodtryck)
- Reserverade läkartider för diskussion kring diabetespatienter och behandling
- NDR-profil skickas hem till patient
- Uppföljning : väntelista, ordna recept och hjälpmedel, ev remiss ögonkliniken, fotvård, dietist



Summering

- En klar ökning av antalet registrerade patienter.
- Bra rutiner, använda diabetesprofilen i det dagliga arbetet.
- Strukturerat arbetssätt kring patienten med lika provtagning för alla, införande i NDR, uppföljning. För andra sjukdomstillstånd erbjuds läkarbesök som tidigare.
- Redovisning av diabetesstatistiken vid läkarmöten kontinuerligt.



Viktigaste lärdomar

- Förändringsarbete tar mycket tid
- Flera yrkeskategorier bör vara delaktiga och stötta varandra i förändringsarbetet
- Struktur och extra arbetsinsatser ger på sikt bra resultat
- Att delta i projektet har varit lärorikt och gett inspiration



Nästa steg

- Fortsatt registrering i NDR.
- Diabetesprofil till patienten.
- Utvärdera resultaten av patientens upplevda hälsa.
- Mer aktiv rökavvänjning.
- Förbättra alla parametrar i NDR.
- Mera delaktighet i personalgruppen.
- Fortlöpande statistikgenomgång.