

VÅRDUTVECKLINGSPLAN

för diabetesansvarig
distriktssköterska/sjuksköterska i
primärvård

ENHETEN FÖR FORTBILDNING 2014



Marianne Pegelow,
Kaija Seiboldt,
Marina Stenbäck
*Vårdutvecklingsledare
Distriktssköterskor*

Nouha Saleh Stattin
*Sjuksköterska, Medicine Doktor
Vårdutvecklingsledare*

Monica Pehrsson
*Dietist
Vårdutvecklingsledare*

Lena Törnkvist
*Distriktssköterska, Docent
Vårdutvecklingschef
Enheten för Fortbildning
Akademiskt Primärvårdscentrum*

Referensgrupp:

Granskat av:

Annika Staaf, distriktssköterska Salems Vårdcentral

Karin Grosenius, diabetessjuksköterska, Capio Ringens Vårdcentral

Liisa Samuelsson, vårdutvecklingsledare Akademiskt Primärvårdscentrum, distriktssköterska

Birgitta Flood Åsberg, vårdutvecklingsledare Akademiskt Primärvårdscentrum,
distriktssköterska

Lena Insulander, diabetessjuksköterska, Spånga Vårdcentral

Josefin Appelstam, vårdutvecklingsledare Akademiskt Primärvårdscentrum, dietist

Vad är en vårdutvecklingsplan?

En vårdutvecklingsplan är ett förbättringsverktyg för både vårdpersonal och vårdutvecklingsledare som omfattar viktiga kvalitetssäkringsområden.

Vårdutvecklingsplanen består av tre delar

- Struktur (vilka förutsättningar som behövs t ex i form av kompetens och hjälpmedel)
- Process (hur arbetet ska genomföras)
- Resultat (vad som ska uppnås för patienten) samt mått som är kopplade till de olika delarna.

För vårdpersonalen bidrar planen till att konkretisera vilka förutsättningar och arbetssätt som behövs för att uppnå ett kvalitetsmål.

För vårdutvecklingsledaren bidrar planen till att samla evidensbaserad kunskap som är relevant för en målgrupp i ett visst sammanhang. Den är också ett stöd i att avgränsa uppdraget, tydliggöra vad fortbildningsaktiviteter ska fokusera på, mäta, värdera, identifiera brister och göra åtgärdsplaner tillsammans med vårdpersonal. Därmed ökar möjligheterna att kvalitetssäkra ämnes-/problemområdet.

Vårdutvecklingsplanen tas fram av en utsedd arbetsgrupp med bl. a vårdutvecklingsledare, vårdpersonal och specialister inom ämnesområdet. Det skall även finnas en referensgrupp med viktiga samarbetspartners. Underlaget utgörs av bl. a SBU-rapporter, Socialstyrelsens riktlinjer, lagar och förordningar, vårdprogram samt forskning.

Vårdutvecklingsplanen kan användas som ett underlag för ett lokalt vårdprogram och kvalitetsindikatorerna/måtten finns som stöd för att utvärdera vården.

Reviderad juni 2014 genom Marina Stenbäck, vårdutvecklingsledare diabetes

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING.....	5
INLEDNING.....	5
VÅRDUTVECKLINGSPLAN - ÖVERSIKT.....	7
STRUKTUR.....	8
Mandat från ledningen.....	9
Diabetesansvarig sjuksköterska i primärvård.....	9
Adekvat ämneskunskap.....	9
Adekvat pedagogisk kompetens.....	10
Avsatt tid för diabetesvård.....	10
Möjlighet till kontinuerlig fortbildning.....	10
Diabetesteam.....	11
Dietistens roll.....	11
Lokalt vårdprogram.....	11
Hjälpmedel/verktyg.....	11
Riktlinjer för journalföring.....	13
Rutiner för registrering i Nationella diabetesregistret (NDR).....	13
STRUKTURMÅTT.....	14
PROCESS.....	14
Samverkar inom diabetesteamet.....	13
Organiserar och planerar arbetet utifrån lokalt vårdprogram.....	13
Erbjuder patientutbildning individuellt och/eller i grupp.....	14
Erbjuder kulturanpassad utbildning individuellt och i grupp.....	15

Erbjuder kontinuerligt stöd i egenvården.....	15
Förskriver förbrukningshjälpmedel.....	15
Justerar läkemedelsdoser utifrån ordination enligt generella direktiv.....	15
Dokumenterar på ett sätt som möjliggör överföring till NDR.....	15
Bedriver utvecklingsarbete	15
Informerar övrig personal om nyheter	15
Utvärderar utbildningsinsatserna.....	15
Handleder studenter.....	16
Processmått.....	16
RESULTAT	17
RESULTATMÅTT	17
REFERENSLISTA.....	18
Bilagor.....	20

Omvårdnad av personer med typ 2 diabetes

SAMMANFATTNING

Denna vårdutvecklingsplan har tagits fram som ett stöd för dig som distriktssköterska/diabetessjuksköterska i vården av personer med typ 2-diabetes.

Omvårdnad vid diabetes omfattar patientutbildning och stöd med syfte att göra personen delaktig i vården och ge denne möjlighet att fatta välgrundade egenvårdsbeslut.

Patientutbildning är av stor betydelse för att personer med diabetes ska kunna hantera vardagen med sjukdomen. Målet med utbildningen är att stärka patientens förmåga till en välfungerande egenvård med god kontroll av riskfaktorer för ohälsa samt bibehållen god livskvalitet (Socialstyrelsen, 2010a).

För att kunna skapa de rätta förutsättningarna för ett bra omhändertagande krävs en väl genomtänkt organisation, en diabetesansvarig sjuksköterska (DAS) med aktuell kunskap i ämne och pedagogik, tid avsatt för att arbeta och möjlighet till fortbildning. Dessutom behövs stöd i form av ett lokalt vårdprogram, praktiska hjälpmedel, riktlinjer för journalföring och överföring av data till det nationella diabetesregistret (NDR) samt verktyg för utvärdering av patientutbildningen.

INLEDNING

Personer med diabetes har rätt till en kvalitetssäkrad och likvärdig vård. Vårdutvecklingsplanen är framtagen som ett stöd i arbetet för diabetesansvariga sjuksköterskor i primärvården. Diabetes mellitus är en kronisk sjukdom, som omfattar störningar av glukosmetabolismen, rubbningar av lipid- och proteinomsättningen samt av koagulationsförmågan, vilket medför ökad risk för komplikationer till sjukdomen. Dessa komplikationer kan till exempel vara hypertoni, hjärtinfarkt, angina pectoris, stroke, neuropati, nefropati och retinopati. Det finns idag ett starkt vetenskapligt stöd för att diabeteskomplikationer kan fördröjas eller förhindras genom att förebygga de allvarligaste riskfaktorerna för komplikationer. Vid nyupptäckt typ 2-diabetes leder intensiv glukossänkande behandling till minskad risk för hjärt-kärlsjukdom och för allvarliga skador på ögats näthinna (SBU, 2009).

I Stockholms län har ca 6 procent av den vuxna befolkningen diabetes. Mellan 85 och 90 procent av dessa har typ 2-diabetes, varav flertalet behandlas i primärvården. De ca 10-15 procent som har typ 1- diabetes har oftast sin vårdkontakt på sjukhusens medicin- och endokrinkliniker. Närmare 40 000 personer i länet kan ha diabetes utan att veta om det och därför behöver primärvården arbeta med riktad screening (Stockholms Läns Landsting, 2012, Socialstyrelsen, 2010 a).

Föreliggande vårdutvecklingsplan utgår ifrån Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010 som ligger som grund för hur diabetesvården ska bedrivas i hälso- och sjukvården i Sverige. Riktlinjerna består av rekommendationer på gruppnivå. För den enskilda patienten ska vårdgivaren alltid göra en individuell bedömning. Patientutbildning i egenvård

är av stor betydelse för att personer med diabetes ska kunna förstå och hantera sjukdomen. Målet för utbildningen är en välfungerande egenvård, att undvika komplikationer samt att upprätthålla en god livskvalitet (Socialstyrelsen, 2010 a). I utvärderingen av diabetesvården 2011 framgår att följsamheten till riktlinjerna är relativt god, men att det förekommer betydande skillnader mellan såväl landstingens medicinkliniker som landstingens primärvårdsenheter. Socialstyrelsen lyfter i sin utvärdering fram ett antal förbättringsområden, såsom att öka förekomsten av gruppbaserad och kulturanpassad patientutbildning, att öka antalet icke-rökare och att öka andelen fysiskt aktiva personer (Socialstyrelsen, 2012). För att kvalitetssäkra omvårdnaden vid typ 2-diabetes behöver vissa förutsättningar finnas på arbetsplatsen och ett visst arbetssätt användas. I denna vårdutvecklingsplan kommer detta beskrivas mer detaljerat

Vårdutvecklingsplanen är indelad i följande tre huvuddelar:

Struktur: Beskriver vad som behövs.

Process: Beskriver vilket arbetssätt som krävs.

Resultat: Beskriver det förväntade resultatet ur patientperspektiv.

VÅRDUTVECKLINGSPLAN - ÖVERSIKT

Kvalitetsmål: Personer med typ 2-diabetes känner sig trygga med sin kunskap och förmåga att hantera sjukdomen samt erbjuds ett jämnlit omhändertagande i primärvården.

STRUKTUR	PROCESS	RESULTAT
<p>Diabetesansvarig sjuksköterska bör ha:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mandat från ledningen på arbetsplatsen • adekvat ämnes- och pedagogisk kunskap, avsatt tid för diabetesvård och möjlighet till fortbildning • ett diabetesteam • lokalt vårdprogram. <p>Hjälpmedel/verktyg:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nationella och regionala styrdokument och riktlinjer. • Ordination enligt generella direktiv. • Pedagogiskt material/patientinformation. • Individuell vårdöverenskommelse. • Förråd av upphandlade blodsockermätare och injektionshjälpmedel. • Praktiska hjälpmedel (Våg, måttband, stadiometer, monofilament, stämgaffel och doppler). • Verktyg för utvärdering. 	<p>Diabetesansvarig sjuksköterska ska:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ samverka inom diabetesteamet och med olika externa samarbetspartners ▪ organisera och planera arbetet utifrån lokalt vårdprogram ▪ erbjuda utbildning individuellt och/eller i grupp ▪ erbjuda kulturanpassad utbildning individuellt och/eller i grupp ▪ erbjuda kontinuerligt stöd i egenvården ▪ förskriva förbrukningshjälpmedel ▪ justera läkemedelsdoser utifrån ordination enligt generella direktiv ▪ dokumentera på ett sätt som möjliggör överföring till NDR ▪ bedriva utvecklingsarbete ▪ informera övrig personal om nyheter ▪ utvärdera 	<p>Patienten känner ökad tilltro till egen förmåga och ökad kontroll genom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kunskap om diabetessjukdomen • kunskap om egenvård • delaktighet i behandling och målsättning.

<p>Riktlinjer för journalföring</p> <ul style="list-style-type: none"> • Journalmall anpassad för omvårdnad vid diabetes <p>Rutiner för registrering i NDR</p>	<p>utbildningsinsatserna</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ handleda studenter. 	
<p>Strukturmått:</p> <p>Finns på arbetsplatsen (ja/nej):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mandat från ledningen. • Diabetesansvarig sjuksköterska/DAS. • Diabetesteam. • Adekvat kompetens i ämne och pedagogik. • Avsatt tid för DAS. • Lokalt vårdprogram. • Hjälpmedel. • Journalmall anpassad för omvårdnad vid diabetes. 	<p>Processmått (ett eller flera mått kan användas):</p> <p>Andel personer med diabetes listade på vårdcentralen som:</p> <ul style="list-style-type: none"> • erbjudits/deltagit i individuell patientutbildning/ stöd – se ovan • erbjudits/ deltagit i grupputbildning <p>Resultat i NDR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parametrar i NDR som förbättrats sedan föregående år på vårdcentralsnivå 	<p>Resultatindikatorer (ett eller flera mått kan användas)</p> <p>Andel patienter som:</p> <ul style="list-style-type: none"> • har kunskap om sin sjukdom enligt VAS-skala • känner ökad handlingsberedskap och delaktighet i vården enligt VAS-skala • känner tilltro till sin egen förmåga • känner ett ökat välbefinnande och minskat diabetesbördan enligt ”Ta tempen på din

<ul style="list-style-type: none"> • Rutiner för NDR registrering och granskning/ uppföljning av NDR resultat. • Rutiner för att erbjuda grupputbildning. • Verktyg för utvärdering. 		hälsa". *
---	--	-----------

*förklaring sid 12

STRUKTUR

Strukturen beskriver vad som behövs på vårdenheten för att t kunna bedriva god diabetesvård.

Mandat från ledningen

Ledningen ansvarar för att förutsättningar finns för att organisera diabetesvården på ett strukturerat och kvalitetssäkrat sätt. Diabetesansvarig sjuksköterska (DAS) och diabetesansvarig läkare (DAL) har fått i uppgift att genomföra en lokalt organiserad diabetesvård.

Diabetesansvarig sjuksköterska i primärvården

Diabetesansvarig sjuksköterska har en viktig roll i diabetesvården. Det är önskvärt sjuksköterskan har genomgått fördjupad utbildning inom diabetesvård, t ex 15 högskolepoäng (Agardh & Berne, 2010). I dagsläget ställs inga formella krav på vad som fordras för att få benämna sig diabetessjuksköterska. Ett beslut i utbildningsdepartementet i september 2013 har dock öppnat för möjligheten för att ta fram en examensbeskrivning för diabetessjuksköterska, vilket i framtiden innebär att det kan bli en skyddad yrkestitel (Regeringen, 2013). För både primärvård och sjukhusvård gäller att varje diabetesansvarig sjuksköterska bör ha tillräckligt stort patientantal för att upprätthålla kompetensen (SFSD, 2009).

Diabetesansvarig sjuksköterska behöver kunna identifiera varje enskild persons behov av kunskap och skapa en vårdrelation. Hon/han ansvarar för kontinuitet, uppföljning, stöd i egenvård samt utgör en fast punkt för personen att relatera till i det dagliga livet med diabetessjukdomen (Edwall, 2011). I Framgångsfaktorer i diabetesvården (SKL, 2013) beskrivs tillgång till DAS som en av framgångsfaktorerna. Patienter med sämre vården ska erbjudas individuellt anpassad omvårdnad med hög tillgänglighet och ökad besöksfrekvens till DAS.

Adekvat ämneskunskap

Enligt Socialstyrelsen bör personer med diabetes ha kontakt med en vårdgivare som har adekvat kompetens inom diabetesområdet. En väl integrerad kunskap om olika aspekter av sjukdomen är viktigt både för vårdgivaren och för vårdtagaren. Indikatorer- Nationella riktlinjer för diabetesvården (2010b) tar upp vikten av avsatt tid och ämneskunskap i

indikatorn: Andel av tjänstetrymme för diabetessjuksköterska med minst 15 högskolepoäng diabetesvård, omräknat till antal heltidstjänster/antal diabetespatienter.

Adekvat pedagogisk kompetens

Högskoleutbildning inom pedagogik för sjukvårdspersonal finns på flera lärosäten i landet. Få DAS har 7,5 hp eller mer inom pedagogik, men många har genom långvarig yrkeserfarenhet omfattande kunskaper vilket också kan tillgodoräknas (Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Nationella riktlinjerna beskriver också pedagogisk kompetens som:

- Att vara väl insatt i pedagogiska metoder och teorier (förhållningssätt) som används i det aktuella utbildningsprogrammet.
- Pedagogisk kunskap om vuxenlärande.
- Engagemang.

Avsatt tid för diabetesvård

Vid sidan av diabetesmottagning för patienter ansvarar DAS ofta för organisation och planering av diabetesvården på vårdcentralen. För detta behövs avsatt tid.

SFSD (Svensk förening för sjuksköterskor inom diabetesvård) presenterade 2004 tillsammans med SFD (Svensk förening för diabetologi) och Svenska Diabetesförbundet en gemensam rekommendation för ledtal när det gäller tjänstetrymme för diabetesansvariga sjuksköterskor. Ledtalet på 400-500 patienter per heltidsanställd diabetessansvarig sjuksköterska i primärvården är en rekommendation baserad på uträknad tidsåtgång för de olika arbetsmoment som ingår i arbetet. En uppföljande tidsstudie genomfördes, som visade att det rådde en betydande skillnad mellan det beräknade behovet av tid och den tid som faktiskt användes till de olika arbetsmomenten. (Andersson M, Carlsson B-M, Adolfsen E, & Wikblad K, 2009). Studien belyser behovet av utökad tid för diabetesansvariga sjuksköterskor i primärvården. Sjuksköterskeledda mottagningar förekommer vid olika kroniska sjukdomstillstånd. Dessa har i olika studier visat sig kunna bidra till förbättrad egenvårdsförmåga hos patienterna och reducerade kostnader för sjukvården (New et al., 2003) Utvärderingar som är gjorda vid sjuksköterskeledda diabetesmottagningar har visat sig ge goda resultat framför allt när det gäller att uppnå god glykemisk kontroll och att lyckas med livsstilsförändringar (Wong et al., 2005). Komplikationer minskar och det har också visat sig vara kostnadseffektivt med sjuksköterskeledda mottagningar då det gäller att sänka kolesterol samt blodtryck hos personer med diabetes (New et al., 2003; Mason, Freemantle, Gibson & New, 2005).

Möjlighet till kontinuerlig fortbildning

Medicinska mål och omvårdnads mål för diabetesvården förändras kontinuerligt genom forskning och kvalitetsarbete. Detta innebär ett ökat krav på fortbildning för uppdatering av kunskap och kompetens. Utrymme för kontinuerlig fortbildning bör finnas med i DAS enskilda utvecklingsplan. Ett sätt att ta del av nyheter är att regelbundet delta i nätverksmöten som anordnas av ett kunskapsteam inom diabetes på Akademiskt primärvårdscentrum.

Diabetesteam

Enligt de Nationella Riktlinjerna för diabetesvård behöver alla patienter ha tillgång till ett interprofessionellt diabetesteam. Att arbeta i team med en tydlig ansvarsfördelning är en betydande framgångsfaktor för diabetesvården (SKL, 2013) Diabetesansvarig sjuksköterska (DAS) har tillsammans med diabetesansvarig läkare (DAL) en central roll i teamet. Även andra yrkesgrupper kan ingå, till exempel dietist, foterapeut, kurator och sjukgymnast.

Dietistens roll

Dietisten innehar spetskompetensen gällande hur maten påverkar kroppen vid diabetes. Dietistens kostråd baseras på en sammanvägning av aktuella resultat från forskningen och dietisten är specialiserad på att översätta dessa till mat samt att individanpassa råden.

Patienter med diabetes blir ofta osäkra på vilka kostråd som gäller och kan känna en vilsenhet på grund av olika ”dieter” som förordas i olika sammanhang, även inom vården. Då kostbehandling är så central i diabetesbehandlingen bör alla som önskar få träffa en dietist. Många dietister har gruppbehandling för diabetespatienter. Ibland önskas en remiss från sjuksköterska eller läkare för bästa patientomhändertagande. Att remittera till dietist kan vara särskilt aktuellt:

- för att utreda blodsockersvängningar som misstänks bero på matintaget
- då man känner osäkerhet gällande vilka kostråd som passar en patient
- då en patient har olika problem att få ihop en bra matordning av praktiska skäl
- vid gastropares
- vid undernäring och diabetes.

Det kan starkt rekommenderas att samarbeta med dietisten i utformandet av grupputbildning på vårdcentralen där hon/han kan bidra med föreläsningar om mat och delta i diskussioner. Dietister kan även ofta föreläsa för andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården om mat och diabetes.

Läkarens och foterapeutens roll beskrivs i separata vårdutvecklingsplaner.

Lokalt vårdprogram

Ett lokalt vårdprogram baserat på nationella riktlinjer för diabetesvården kan underlätta organisationen av diabetesmottagningen. Vårdprogrammet i VISS kan användas som utgångspunkt och anpassas efter lokala resurser.

Exempel på vad som kan ingå i vårdprogrammet (se bilaga I).

Hjälpmedel/verktyg

NATIONELLA OCH REGIONALA STYRDOKUMENT OCH RIKTLINJER

Nationella riktlinjer för diabetesvården (Socialstyrelsen, 2010a)

De Nationella riktlinjerna utgör grund för hur diabetesvården ska bedrivas i Sverige. Syftet med riktlinjerna är att vara ett stöd för beslutsfattare och vårdgivare. De ska fungera som

vägledning och bidra till införande av nya metoder och utfasande av ineffektiva och skadliga metoder.

Kost vid diabetes – en vägledning för hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2011a)

En av diabetessjuksköterskans uppgifter är att vägleda, utbilda och ge stöd om kostens betydelse. De senaste åren har det lanserats flera olika kostmodeller som kan vara bra för viktning och särskilt lämpliga för personer med diabetes. Vägledningen kan användas som ett stöd i mötet med patienterna.

Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (Socialstyrelsen, 2011b)

Riktlinjerna beskriver rekommendationer om metoder för att förebygga sjukdom genom att stödja patientens förändring av ohälsosamma levnadsvanor. Hälsosamma levnadsvanor kan förebygga typ-2 diabetes. Riktlinjerna tar upp tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.

Vårdinformation Storstockholm (VISS)

VISS är en informationsbank med medicinsk, administrativ och omvårdnadsinformation riktad till personal inom primärvården i Stockholms län. Informationsbanken fungerar som ett beslutsstöd vid omhändertagande av patienter. De vårdprogram som publiceras i VISS, granskas av specialitetstråd och läkemedelskommitténs expertgrupp (SPESAK). Övergripande förslag på omvårdnadsåtgärder, resultat och mål finns på hemsidan som uppdateras regelbundet (www.viss.nu) (Stockholms Läns landsting, 2013).

Ordination enligt generella direktiv

Utifrån ordination enligt generella direktiv SOSFS 2001;17 kan DAS justera insulin och tabletdoser. Ordination enligt generella direktiv omfattar läkemedel som får ges av sjuksköterska efter behovsbedömning utan kontakt med läkare. De läkemedel som sjuksköterskan får justera ska finnas dokumenterade. Dokumentet fastställs av verksamhetschef eller medicinskt ansvarig läkare och förvaras lämpligen i apotekspärmen på enheten. I dokumentet som skrivs ska det finnas information om indikationer och kontraindikationer, dosering, titreringschema och riktlinjer för hur det ska dokumenteras. Det kan vara praktiskt att utgå från ordination enligt generella direktiv vid t ex titrering av insulindoser, men det krävs att DAS är erfaren och tillräckligt initierad i olika läkemedelsverkan (se bilaga II).

Pedagogiskt material/patientinformation

Patientbroschyrer finns framtagna från Diabetesförbundet och de flesta företag som tillverkar diabetesprodukter. Vårdcentralen avgör själv vilka broschyrer som ska finnas tillgängliga. LUCD har granskat och sammanställt ett förslag på pedagogiskt material. Se www.akademisktprimärvårdscentrum.se.

Individuell vårdöverenskommelse

Individuella vårdöverenskommelser underlättar för personer med kroniska sjukdomar att känna till vad vården kan göra och vad de själva kan bidra med. En viktig del av kvalitetsutvecklingen av vården är därför att stärka patientinflyandet. Vårdöverenskommelsen kan användas som ett pedagogiskt hjälpmedel. Exempelvis diabetesprofilen i NDR kan användas.

Förråd av upphandlade blodsockermätare och demonstrationsmaterial

Via företagen eller Medicarrier beställer DAS kostnadsfritt de mätare som är upphandlade i Stockholms län. Dessa lämnas sedan ut till patienterna. Demonstrationsmaterial för insulingivning beställs via företagen.

Praktiska hjälpmedel

För kontroll av mätvärden behöver DAS tillgång till: våg, väggfast mätsticka (stadiometer) samt måttband för midjemått och blodtrycksmätare. Dessutom behövs för kontroll och riskgruppering av fötter: monofilament för undersökning av yttlig känsel, stämgaffel för undersökning av djup känsel/vibrationssinne och doppler för mätning av ankeltryck.

Verktyg för utvärdering av behandlingstillfredsställelse, utbildningsbehov och egenvårdsförmåga

Validerade instrument för utvärdering av patienttillfredsställelse bör användas regelbundet vid grupp-utbildning. Diabetesspecifika utvärderingsinstrument är t ex ” Ta tempen på din hälsa” och VAS. Vid individuella utbildningstillfällen kan en 10 gradig VAS-skala användas för att exempelvis mäta motivation till förändring och/eller uppskattad förmåga till förändring.

”Ta tempen på din hälsa”- Utvärdering av diabetesbörda

Diabetessjukdomen kan uppfattas som en börda i vardagen. Efter genomgången patientutbildning kan diabetesbördan mätas genom ett validerat instrument. Instrumentet består av fyra olika termometerskalor där patienten fyller i sin fysiska och emotionella hälsa, socialt välbefinnande och livskvalitet, före och efter utbildningen. ”Ta tempen på din hälsa” mäter diabetesbördan. Se bilaga III (Wikblad, 2012).

VAS-skala

Vid individuella besök kan en vanlig VAS skala mellan 1-10 vara lämplig att använda för utvärdering av till exempel stress, motivation, förmåga till förändring eller bedömning av egen förmåga att lyckas med en förändring.

Riktlinjer för journalföring

Dokumentationen bör ske med noggrannhet så att framtagande av resultatindikatorer är möjlig. Enhetliga medicinska diagnoser bör användas och omvårdnadsdiagnoser ställs i samråd med patienten.

Systemgemensamma mallar och checklistor finns för t.ex. journalsystemen Take Care och Prof Doc. Nya mallar ger automatiskt rätt sökord för att föras över från RAVE till NDR. Se diabetesmall för sjuksköterskor (bilaga IV). Rave är ett rapportverktyg som överför information från journalen till NDR.

I de journalsystem där så är möjligt är det bra att upprätta väntelista för kallelse till årskontroller och eventuell ögonbottenfotografering Detta för att försäkra sig om att alla patienter erbjuds de årliga kontroller de är berättigade till. I vissa journalsystem kan automatisk påminnelse för kallelse läggas in.

Rutiner för registrering i Nationella diabetesregistret (NDR)

NDR är både ett nationellt resultatregister för diabetesvården och ett pedagogiskt verktyg i kvalitetsarbetet på de enskilda vårdenheterna. Registret ger en unik möjlighet att följa resultat

och kvalitet, men det krävs kontinuerlig registrering av patientdata. Mått som berör livskvalitet och upplevelser av vårdkvalitet ur patientens perspektiv är under utveckling (Agardh & Berne, 2010).

När inte NDR registreras manuellt bör någon/ några ansvara för att föra över data från journal, via Rave till NDR. Detta bör ske regelbundet, t ex en gång per månad.

STRUKTURMÅTT

Diabetesteamet gör en årlig genomgång av checklistan för att kontrollera måluppfyllelse och föreslår utifrån resultatet åtgärder för utveckling. Frågorna i checklistan besvaras med ja, delvis eller nej (se bilaga V).

PROCESS

Processen beskriver Vad DAS ska göra för att nå de uppsatta målen.

Samverkar inom diabetesteamet

Att samverka i team betyder att samtliga teammedlemmar bidrar med sina kunskaper mot ett gemensamt mål. Ofta fungerar DAS som en koordinator när det gäller planering och samordning mellan de olika teammedlemmarna. Diabetesrond är ett exempel på forum för mer direkt samverkan. Diabetesteamet sätter tillsammans med patienten upp individuella mål för behandlingen. (Socialstyrelsen, 2010a). I omvårdnaden av personer med diabetes är en helhetsbild av patientens livssituation nödvändig för att diabetesteamet ska kunna stödja patienten i dennes egenvård. Budskapet till patienten bör vara enhetligt (Wikblad, 2012; Agardh & Berne, 2010). Teamet samverkar även med t ex endokrinologens dagvårdsavdelning och ansvariga inom hemsjukvården. Kontinuerlig kontakt mellan DAS och personalen i hemsjukvården bör upprättas för de patienter som har diabetes. Vårdprogram för hemsjukvården har tagits fram av Nationella programrådet och finns att hämta via www.skl.se (SKL, 2014).

Organiserar och planerar arbetet utifrån lokalt vårdprogram

Patienterna kallas och följs upp regelbundet hos DAS och DAL enligt rutiner i det lokala vårdprogrammet. Arbetet bedrivs enligt överenskommen ansvarsfördelning, vilken också bör framgå av vårdprogrammet.

Exempel på viktiga uppgifter som diabetesteamet bör ta sig an är: Ta fram utdata på antal diabetespatienter, organisera system för kallelse, skapa mall för provtagning, skapa rutin för ögonbottenundersökning och regelbunden fotkontroll.

Erbjuder patientutbildning individuellt och/eller i grupp

Patientutbildning

Patientutbildning handlar, utöver att förmedla information, även om att bearbeta de känslomässiga påfrestningar och reaktioner som sjukdomen medför samt att skapa motivation för förändring av levnadsvanor. Vid utbildningstillfällena bör ett patientcentrerat

förhållningssätt användas. Behandlingen vid diabetes består i hög grad av egenvård och syftet med utbildningen är att personer med diabetes ska uppnå trygghet och oberoende för att kunna hantera sjukdomen i vardagen. Vikten av patientutbildning kan därmed likställas med den medicinska behandlingen. Det är också viktigt att beakta att en person med diabetes kommer att behöva kontinuerlig utbildning och stöd och att patientutbildningen inte endast ska ses som en engångsinsats vid sjukdomsdebut. Målet bör vara att integrera livserfarenheter med ny kunskap om sjukdomen och öka patientens förutsättningar för en välfungerande egenvård (Socialstyrelsen, 2010a; Wredling & Johansson, 2007). Enheten bör integrera patientutbildningen i vårdprogrammet. Om vårdcentralen inte har möjlighet till detta kan remiss till dagvårdsavdelningarna på de större sjukhusen skickas.

Individuell utbildning

Vid nyupptäckt diabetes erbjuds patienten vanligen 1-3 besök hos DAS/distriktssköterska för individuell utbildning. Se förslag till rutin (bilaga VI). Vid dessa besök utbildas patienten teoretiskt och praktiskt i egenvård. Vanligen behövs även diskussioner om livsstilsförändring.

Grupputbildning

I Nationella riktlinjerna lyfts grupputbildning som ett viktigt komplement till individuell utbildning. Samtalen och diskussionerna i gruppen bidrar till att patienterna och deras anhöriga har möjlighet att diskutera och jämföra erfarenheter av att leva med sjukdomen. Vårdpersonalen får på detta sätt också värdefull insikt över patientens situation (Socialstyrelsen, 2011c). Grupputbildning har i studier visat sig ha god effekt på glukoskontroll (Hörnsten, 2005). Det bör finnas resurser för utbildningar både individuellt och i grupp. Grupputbildningen har bäst effekt då man har ämnes- och pedagogiskt kompetent personal som följer ett evidensbaserat grupputbildningsprogram (Socialstyrelsen, 2010a).

Enligt Steinsbekk et.al (2012) ger gruppbaserad patientutbildning för personer med typ 2-diabetes en signifikant förbättring av blodglukos, ökad kunskap om diabetes, ökad egenvårdsförmåga, ökad self-efficacy och empowerment. Dessa resultat är generaliserbara på vuxna personer med typ 2-diabetes om grupputbildning sker på det egna språket och om hänsyn tas till den kulturella bakgrunden.

Grupputbildningsmaterial finns att beställa genom:

- Nationella programrådet har utarbetat ett gemensamt grupputbildningsmaterial för vuxna med typ 2 diabetes. Materialet finns att hämta på www.skl.se (SKL,2014)
- Grupputbildningsmaterial som är framtaget av LUC-D finns att hämta via www.akademisktprimärvårdscentrum.se
- Diabetesförbundet har grupputbildningsmaterial. Se www.diabetes.se

Erbjuder kulturanpassad utbildning individuellt och i grupp

De Nationella riktlinjerna förordar också kulturanpassad grupputbildning för patienter med annan etnisk bakgrund (Socialstyrelsens, 2010a). Idag finns inte riktlinjer för kulturanpassad patientutbildning, men den kan bedrivas på olika sätt individuellt eller i grupp.

Erbjuder kontinuerligt stöd i egenvården

Det är viktigt att DAS är tillgänglig för patienterna. Detta kan uppnås genom tillgänglighet per telefon eller ”Mina vårdkontakter”. Vid särskilda tillfällen, som till exempel vid start av insulinbehandling och livsstilsförändring kan tätare besök än vanligt vara befogat.

Förskriver förbrukningshjälpmedel

Förbrukningsmaterial rekvireras via Beställningsportalen enligt gängse rutiner i Stockholms län. DAS bör vara väl förtrogen med de mätinstrument och den utrustning som lämnas ut till patienterna. Det är viktigt att göra en avvägning när det gäller hur mycket material som behövs utifrån individuella behov. Praktisk utbildning i förskrivning är web-baserad och sker via Beställningsportalen.

Justerar läkemedelsdoser utifrån ordination enligt generella direktiv

Ordination enligt generella direktiv kan användas av DAS för att titrera insulindoser och diabetesläkemedel enligt befintligt dokument. Sjuksköterskan för in ändringen i sin journalanteckning. Patientens ordinarie läkare eller dennes ställföreträdande, ska informeras avseende dosjustering. Läkaren ska införa nya ordinationen i patientens läkemedelslista.

Dokumenterar på ett sätt som möjliggör överföring till NDR

Journalmallen följs för diabetesbesök. Förslag till lämpliga omvårdnadsdiagnoser finns framtaget.

Bedriver utvecklingsarbete

Syftet med kvalitets- och förbättringsarbete är att utveckla diabetesvården. Det kräver förutom engagemang från personalen en tydlig ledning som ger stöd till detta arbete.

Uppföljning av NDR- data i förbättringsarbete

Det finns olika metoder för att mäta förbättringsarbete, det enklaste brukar vara att använda ett *PDSA- hjul (Plan- do- study - act metoden)* (Wikblad, 2012). Metoden innebär att först kartlägga det som behövs utvecklas, sedan planera det som ska göras. Genomförandet av aktiviteten görs och sedan utvärderas effekten, vilket i den sista fasen innebär att eventuella ändringar utförs utifrån resultatet av utvärderingen. Det förändrade arbetssättet vidmakthålls genom fortsatta diskussioner och utvärderingar av arbetet (Wikblad, 2012). Resultaten kan diskuteras regelbundet på APT-möten för att uppnå de förbättringar man tänkt sig på enheten.

Informerar övrig personal om nyheter

Det är viktigt att DAS uppdaterar kollegor med nyheter som berör det dagliga arbetet. Nyheterna får DAS till exempel via LUC-Ds nätverksmöten, kurser, konferenser, olika nyhetsbrev och företag.

Utvärderar utbildningsinsatserna

För utvärdering av patientutbildning individuellt eller i grupp ska ”Ta tempen på din hälsa” eller VAS-skala användas.

Handleder studenter

Diabetesansvarig sjuksköterska handleder studenter fortlöpande enligt vårdcentralens rutin och organisation gällande studenter.

Processmått

Processmått mäter de aktiviteter som utförts.

Andel personer med diabetes, listade på vårdcentralen som:

- erbjudits/fått individuell patientutbildning/stöd
- erbjudits/deltagit i grupputbildning.

Resultat i NDR

- Parametrar i NDR som förbättrats sedan föregående år på vårdcentralsnivå

RESULTAT (Vad som behöver uppnås för personer med typ 2-diabetes)

Det önskvärda resultatet av att DAS arbetar enligt de förutsättningar som beskrivs ovan är att: Personer med typ 2-diabetes som har kontakt med DAS har kunskap om diabetessjukdomen och känner tilltro till sin förmåga att hantera egenvården med bibehållen livskvalitet. I kombination med den medicinska behandlingen förväntas detta ge förbättrade värden i NDR på såväl individ- som gruppnivå.

RESULTATMÅTT

Andel personer med typ 2-diabetes som vid utvärdering bedömer att de har:

- kunskap om sin sjukdom
- handlingsberedskap och delaktighet i vården
- tilltro till sin egen förmåga att hantera sjukdomen i vardagen
- ökat välbefinnande enligt ”Ta tempen på din hälsa”
- minskad diabetesbörda enligt ”Ta tempen på din hälsa”

REFERENSLISTA

- Andersson.M, Carlsson, B-M., Adolfsson, E., Wikblad, K. (2010) *Diabetessjuksköterskans roll i diabetesvården – en tidsstudie*. Hämtad 2013-12-03
www.diabetesnurse.se
- Agardh, C-D & Berne, C. (2010). *Diabetes. (4:e uppl.)* Stockholm; Liber
- Edwall, L (2011). *Rutinbesöket hos diabetessjuksköterskan. Vårdmötet och dess innebörd för personer med typ 2 diabetes*. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Sahlgrenska akademien Göteborgs Universitet.
- Hörnsten, Å., Lundman, B. Stenlund, H.& Sandström, H. (2005) Metabolic improvement after intervention focusing on personal understanding in type 2-diabetes *Diabetes Research and Clinical Practice*,(68) 65-74.
- New,JP. Mason, JM., Freemantle, N.,Teasdale, S., Wong, LM. Bruce, NJ. Burns, JA. & Gibson, JM. (2003) Specialist nurse-led intervention to treat and control hypertension and hyperlipidemia in diabetes (SPLINT): a randomized controlled trial. *Diabetes Care* Aug; 26(8):2250-5.
- Mason, JM., Freemantle, N., Gibson, JM., &New, JP. (2005) Specialist nurse-led clinics to improve control of hypertension and hyperlipidemia in diabetes: economic analysis of the SPLINT trial. *Diabetes Care* 28(1):40-6.
- Regeringen (2013) Utbildningsdepartementet.*Uppdrag om samverkan om och uppföljning av specialistsjuksköterskeexamen* U2013/4058/UH. Hämtad 2014-02-10
<http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/220418>.
- SBU rapport: Intensiv glukossänkande behandling vid diabetes - en systematisk litteraturöversikt 2009. <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Intensiv-blodglukoskontroll-vid-typ-1--och-typ-2-diabetes/>
- Steinsbekk, A., Rygg, L. Lisulo, M., Rise, M. & Fretheim, A., (2012) Group based Diabetes selfmanagement education compared to routine treatment for people with type 2-diabetes.A systematic review with meta-analysis. *BMC Health services research* (12) 213-219.
- Svensk Sjuksköterskeförening. (2010) *Kompetensbeskrivning och förslag till utbildning för legitimerad sjuksköterska med specialisering i diabetesvård*. Hämtad 2013-06-12
<http://www.swenurse.se/Documents/Kompetensbeskrivningar/Kompetensbeskr%20diabetes.pdf>.
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). (2013) *Framgångsfaktorer i diabetesvården. Inspiration för utveckling av diabetesvården*. Hämtad 2013-12-04.

<http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/halso-och-sjukvard/framgangsfaktorer-i-diabetesvarden-en-jamforande-studie-av-diabetesvard-i-primarvard.html>

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). (2014) *Vårdprogram, riktlinjer och utbildningsmaterial för diabetesvården*. Hämtad 2014-02-10

www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/diabetes/vardprogram-riktlinjer-och-utbildning

Socialstyrelsen.(2010a.). *Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010- stöd för styrning och ledning*. Västerås; Edita Västra Aros.

Socialstyrelsen.(2010b)Indikatorer Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010 Bilaga 2

http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordiabetesvarden/Documents/Bilaga_2_Diabetesindikatorer.pdf. Hämtad 2013-12-05

Socialstyrelsen (2011a) *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder – stöd för styrning och ledning* Västerås: Edita Västra Aros

Socialstyrelsen (2011b) *Kost vid diabetes – en vägledning för hälso – och sjukvården*.

Västerås: Edita Västra Aros

Socialstyrelsen. (2011c) *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal*. Västerås; Edita Västra Aros.

Socialstyrelsen. (2012) *Nationell utvärdering 2011 diabetesvård*. Landstingens och kommunernas insatser. Västerås: Edita Västra Aros

Stockholms Läns Landsting (2012). Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, *Diabetes i Primärvården 2012*. Diarienummer: HSN 1111-1399

Stockholms Läns Landsting (2013). Vårdinformation Storstockholm (VISS)
Hämtad 2013-06-12 <http://www.viss.nu/Handlaggning/Menyer/Endokrina-organ/>

Wikblad, K. (Red.) (2012). *Omvårdnad vid diabetes* Lund: Studentlitteratur.

Wong, F.K.Y., Mok, M.P.H., Chan, T., & Tsang, M.W.(2005). Nurse follow-up of patients with diabetes: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 50(4); 391-402.

Wredling,R., & Johansson, UB. Kvalitetsindikatorer för patienter med diabetes. I E. Idwall (Red.). (2007). *Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad*. (5:e uppl.)(ss 37- 43) . Svensk Sjuksköterskeförening. Växjö; Gothia Förlag

Wredling, R. & Johansson, UB. Mätning av patientens välbefinnande, behandlingstillfredsställelse och rädsla för hypoglykemi. I K Wikblad (Red.). (2012). *Omvårdnad vid diabetes*. (2:a uppl.) (ss 429-434). Lund: Studentlitteratur.

BILAGA I

Förslag på vad ett vårdprogram kan innehålla:

- Informationsansvariga
- Ansvarsfördelning i teamet
- Mål för omhändertagande
- Mål för behandling av blodsocker, blodtryck och lipider
- Handläggning av nyupptäckt diabetes
- Behandling av typ 2- diabetes
- Års- och halvårskontroller. Provtagningsrutiner, ögon- och fotundersökningar och andra mätvärden
- Screening för komplikationer
- Vilka diagnoser som är lämpliga att använda
- Checklista
- NDR
- IVÖ
- Diabetesrund
- Graviditetsdiabetes
- Screening diabetes/prediabetes
- RAVE, NDR registrering och uppföljning av data.

Ordination enligt generella direktiv

SOSFS 2000:1

Avser: Behandling av blodsocker gällande patienter med diagnosen diabetes mellitus

Gäller för :

Namn:.....

Personnummer:.....

För legitimerad sjuksköterska med vidareutbildning inom diabetesvård(hp)

Vid vårdenheten:.....att handha
arbetsuppgifter enligt nedan:

Dosjusteringar: Efter ordination av läkaren.

OBS ! Texten nedanför är ett exempel.

Till patienter med diabetes mellitus få utföra dosjusteringar gällande insulin samt minska/öka dosen av blodsockersänkande tabletter avseende (glipizid)Mindiab, (Glimepirid) Amaryl, (Glibenklamid) Daonil, Novonorm samt Metformin.

Insulinjusteringen avser 2- 4 E justering var 3:e dag till dess att målvärde har uppnåtts.

Sjuksköterskan för in ändringen i sin journalanteckning. Patientens ordinarie läkare eller dennes ställföreträdande, ska informeras inom en vecka avseende dosjustering. Läkaren ska införa nya ordinationen i patientens läkemedelslista.

Indikation: Patienter som ligger lägre eller högre i blodsocker än vad som anges som målsättning i nationella riktlinjer för diabetes eller som avviker från den personliga målsättningen(individuell vårdöverenskommelse; IVÖ)

Kontraindikation:

Vid avvikande provsvar gällande leverprover och/eller njurfunktionsprover, kontaktas läkare.

Ovanstående gäller from nedanstående datum och omprövning sker årligen

.....

Ort och datum

Medicinskt ledningsansvar.....

Det åvilar var och en att vara förtrogen med innehållet i : SOSFS 2000:1 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso – och sjukvården, kap 1 §3 och kap3,§9.*

Det åvilar var och en att fortlöpande ta del av de tillkommande föreskrifter och instruktioner som kan gälla ovanstående uppgifter

Ordination enligt generella direktiv ska finnas in den lokala instruktionen för enhetens läkemedelshantering

BILAGA III

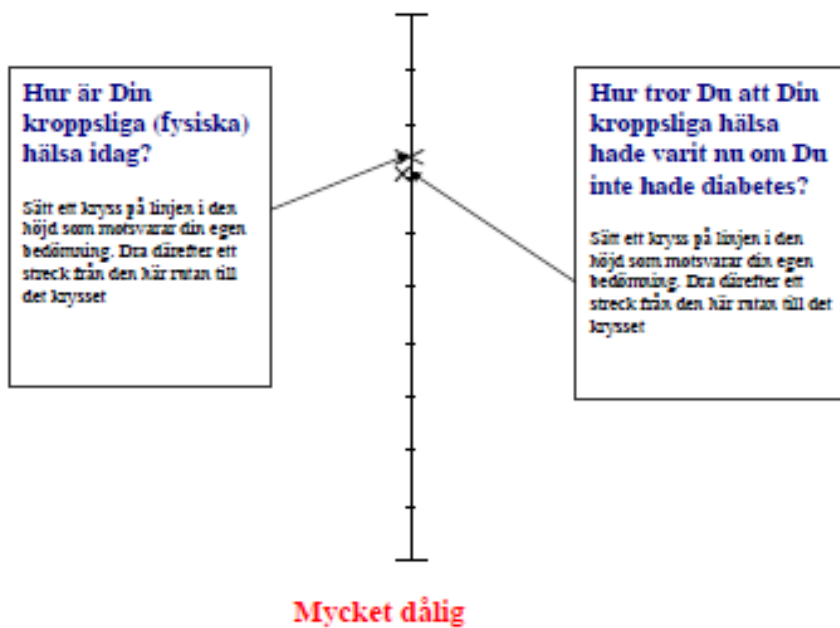
Exempel ” Ta tempen på din hälsa” © Karin Wikblad. Uppsala Universitet.
Finns att hämta på www.viss.nu

Här nedan ser Du ett exempel på hur man fyller i de följande sidorna.

”Termometern” nedan är graderad från 0 till 100 och var tionde grad är markerad på ”termometern”

Den kroppsliga hälsan

Mycket god



Förklaring till diabetesmall för sjuksköterskor – med svarsalternativ

Sökord	Förklaring till sökord	Exempel
Sammanhållen journalföring	Rullist: Information given	
Diagnos enl ICD-10, ICD-10P	Sätt besöksdiagnos diabetes vid alla diabeteskontroller. Använd E10 diagnos för typ 1 och E11 diagnos för typ 2.	
Operations-åtgärds kod	KVÅ-kod som är lämplig för besöket	
Vårdkontaktsregistrering	Godkänn vårdkontakt	
Kontakttyp	Planerat/oplanerat mottagningsbesök eller ev. hembesök	
Besöksorsak	Kan utgå från både patienten och den som bokat besöket	T ex Kommer för förhöjda blodsockervärden
Patientsamtycke till kvalitetsregister	Nationella diabetesregistret- ja Nationella diabetesregistret- nej	
Omvårdnadsansvarig sjuksköterska primärvård	HSAN-id	Skriv in ditt id här
Anamnes		
Sjukdomsdebut, diabetes	Årtal för diabetes-debut ska registreras i NDR . För att Rave ska	

	hitta detta årtal måste det vara journalfört vid ett tillfälle.	
Hälsohistoria/vårderfarenhet		Ex vårdats för t ex hjärtinfarkt/stroke
Ögon	Skriv in när senaste ögonkontroll är genomförd eller planeras. Kommer inte att registreras i NDR	Ny kontroll 2011
Ögonbottenstatus	Rullist: Avvikande / normalt (NDR)	Obs tänk på att skriva in ögonbottenstatus när ögonremissen kommer in till vårdcentralen, det räcker inte att bara scanna in dokumentet. Du behöver dokumentera enligt sökordet
Ärftlighet		
Social bakgrund	Familj, arbete mm	
Ärftlighet	Nära släkting med diabetes	
Levnadsvanor	Underrubrikerna och strukturerade svarsalternativ följer nationella riktlinjer för levnadsvanor	
- Stress enligt VAS	Skriv in 1 – 10. 1 känner ingen stress, 10 mycket stressad	
- Kostindex	Ohälsosamma matvanor 0-4 p Mindre ohälsosamma matvanor 5-8 p Hälsosamma matvanor 9 -12 p	
- Matvanor - Grönsaker /rotfrukter	En gång /vecka eller mer sällan (0p) Några gånger /vecka (1 p) En gång /dag (2 p) Två gånger eller oftare /dag (3 p)	

- Matvanor - Frukt och bär	En gång /vecka eller mer sällan (0 p) Några gånger /vecka (1 p) En gång /dag (2 p) Två gånger eller oftare /dag (3 p)	
- Matvanor - Fisk och Skaldjur	Nåra gånger /månad (0 p) En gång /vecka (1 p) Två gånger /vecka (1 p) Tre gånger eller mer /vecka(3 p)	
- Matvanor - Sötsaker	Två gånger /dag eller oftare (0 p) En gång /dag (1 p) Några ggr/vecka (2 p) En gång/vecka eller mer sällan(3 p)	
- Matvanor - frukost	En gång /vecka eller mer sällan (0 p) Några ggr/vecka (1 p) Nästan varje dag (2 p) Dagligen (3p)	
- Aktivitetsminuter	Ingen fysisk träning Uppnår inte rek. 150min/vecka Uppnår rek. 150min/vecka	
- Vardagsmotion / veckamin	Skriv i raden hur många min /vecka som patienten utövar vardagsmotion
- Fysisk träning /veckamin	

- Rökvanor - tobak	<p>.....cig/dag</p> <p>Har aldrig varit rökare</p> <p>Har varit rökare men slutat</p> <p>Röker men inte dagligen</p> <p>Röker annan tobak än cigarett</p>	
- Rökvanor – datum för rökstopp	datum	
- Snusvanor	<p>.....snusdosor/vecka</p> <p>Har aldrig varit snusare</p> <p>Har varit snusare men slutat</p> <p>Snusar men inte dagligen</p>	
- Snusvanor – datum för snusstopp	Datum.....	
- Alkoholvanor – Standardglas /vecka	
- Alkoholtilfälle med minst 4 resp. 5 glas /tilfälle/månad	
Självtest diabetes	Rullist: Ja/nej (NDR)	
Insulin, administrationsmetod	Rullist: Injektion/pump (NDR)	
Svår hypoglykemi, förekomst	Enligt rullist: (NDR) Ingen senaste 6 månaderna	

	1 -2 ggr senaste 6 månaderna 3-5 ggr senaste 6 månaderna Mer än 5 ggr senaste 6 månaderna	
Egenvårdsmotivation	Motivation till egenvård och livsstilsförändring enligt rullist	
Omvårdnadsstatus		
Nutrition	Måltidsordning, portions storlek, Hunger/sug, mättnad, aptit, under/övervikt, specifika problem som t ex gastropares	
Hud/vävnad	Injektionsställe, lipohypertrofi, klåda, svampinfektion	
Fotstatus	Inspektion av fötter – förekomst av egenvård.	Du kan också lägga till mall, dvs fotstatusmallen. För att fotstatus ska komma in i NDR måste skriva något i sökordsraden fotstatus, e j enbart fylla i riskbedömningen
Diabetesfot/riskkategori	Strukturerade svarsalternativ enl rullist. Riskgrupp 1 , 2 , 3, 4 (NDR)	
Smärta		Om patienten har smärta i knä, rygg eller annat påverkar blodsockret
Sexualitet/reproduktion	Förekomst av sexuell dysfunktion kopplat till diabetes, både män och kvinnor	
Sömn	Sömnproblem, förekomst av sömnapné mm	
Psykosocialt	Nedstämdhet, depression, sorg, glädje	
Välbefinnande	Helhetsbedömning. Samlad bild baserad på patientens upplevelse och sjuksköterskans bedömning av	

	balansen mellan egenvårdsförmåga och funktion samt krav i dagligt liv.	
Egenvårdsuppgift	Blodsockervärden enligt dagbok eller mätare	Även P-glukos taget med Hemocue vid besöket för jämförelse med egen mätare
Läkemedel	Läkemedel relaterat till diabetessjukdomen. En beskrivning kring läkemedelssituationen. Obs! Aktuell ordination hålls uppdaterad i läkemedelslistan.	Ex. tablettbehandlad, insulinbehandlad
Omvårdnadsdiagnos	Skriva in fritext eller enligt NANDA-I.	
Mätvärden	Blodtryck (NDR), puls, vikt (NDR), längd (NDR), fpBgl avd och pGL avd, dvs med er Hemocuemätare	Kom ihåg att skriva i längd varje år annars räknas inte BMI ut.
Omvårdnads mål	Skriv in patientens mål utifrån omvårdnadsdiagnosen.	
Omvårdnadsåtgärd		
Medverkan	Patientens åtagande	
Information/undervisning	Patientutbildning	Ex. Allt ifrån genomgång av blodsockermätare till samtal kring egenvård och livsstilsförändring och titrering av insulindoser
Stöd	Stöd till livsstilsförändring, stödsamtal ang.....	
Livsstilssamtal	Välj metod i listan	Ex Empowerment eller

		MI
-Åtgärd matvanor	<p>Underrubrikerna och strukturerade svarsalternativ följer nationella riktlinjer för levnadsvanor</p> <p>Enkla råd</p> <p>Kvalificerade råd</p> <p>Rådgivande samtal</p> <p>Rådgivande samtal med särskild uppföljning</p> <p>Enkla råd</p>	
-Åtgärd fysisk aktivitet	<p>Rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination</p> <p>Rådgivande samtal med tillägg av stegräknare</p> <p>Rådgivande samtal med särskild uppföljning</p> <p>Kvalificerad rådgivande samtal</p> <p>Fysisk träning inom hälso- och sjukvårdens ramar</p> <p>Enkla råd</p> <p>Rådgivande samtal</p> <p>Rådgivande samtal med tillägg av läkemedel</p>	
-Åtgärd tobak	<p>Rådgivande samtal med särskild uppföljning</p> <p>Kvalificerad rådgivande samtal</p>	
	<p>Kvalificerad rådgivande samtal med tillägg av läkemedel</p> <p>Proaktiv telefonrådgivning</p>	

-Åtgärd alkohol	<p>Webb eller datorbaserad rådgivning</p> <p>Enkla råd</p> <p>Rådgivande samtal</p> <p>Rådgivande samtal med särskild uppföljning</p> <p>Kvalificerad rådgivande samtal</p> <p>Webb eller datorbaserad rådgivning</p>	
Förbrukningshjälpmedel	Utfärdande av hjälpmedelskort.	
Samordning	Kontakt med andra vårdgivare	Om du samråder med läkaren eller vårdgivare
Uppföljning	Nästa gång ni ska göra en uppföljning av det ni bestämt tillsammans med patienten	Åter per telefon om 14 dagar. Lämnar en blodsockerkurva för uppföljning av insulindosering
Omvårdnads mål		
Omvårdnads resultat	Resultat av patientens mål	
<i>Omvårdnadsplan</i>	Finns som en mall i Take care, ej ett	

	sökord	
Tillägg term	Du kan lägga till någon term som du vill ha just för detta besök. Tex Målvärde Hba1C	
Tilläggs mall	Du kan lägga till en mall tex fotstatusmall	

BILAGA V

CHECKLISTA för måluppfyllelse av kvalitetsindikatorer ”Diabetes i primärvården för diabetesansvarig sjuksköterska”

Struktur, process och resultat

Enhetens namn:				
Uppgiftslämnare:				
Datum:				
Kvalitetsindikatorer STRUKTUR	Grad av måluppfyllelse			Utvecklingsplan
På enheten finns det för DAS:	Ja	Delvis	Nej	
Mandat från ledningen				
Ämneskompetens				
Pedagogisk kompetens				
Avsatt tid för diabetesmottagning				
Möjlighet till fortbildning				
Ett diabetesteam				
Lokalt vårdprogram				
Ordination enligt generella direktiv				
Material(Broschyrer, förråd av egenmätare, våg, monofilament, stängaffel, mm				
Utvärderingsinstrument				

Journalmall				
Rutiner för NDR (registrering, uppföljning)				
Kvalitetsindikatorer PROCESS	Ja, antal	Nej, antal	Kommentar:	
Andel listade diabetes patienter som erbjudits individuell utbildning/stöd				
Andel patienter som erjudits grupputbildning				
Kvalitetsindikatorer RESULTAT	Ja, antal	Nej, antal	Kommentar:	
Andel patienter som har ökad kunskap om sin sjukdom enligt VAS- skala				
Andel patienter som använt ” Ta tempen på din hälsa”				
Parametrar i NDR som förbättrats från föregående år	Vilka?	Vilka ska vara i fokus nästa år?	Kommentar:	
Parametrar				

Anteckningar:

Förslag till rutin för besök hos diabetessjuksköterska på vårdcentral

Nydebuterad: (2-4 besök)

Besök 1: (45-60 min)

- Utrymme för patientens frågor, förförståelse, farhågor och förväntningar kopplat till diagnosen
- Information om sjukdomen
- Information om rutiner för uppföljning/kontroller på vårdcentralen
- Ev. påbörja diskussion om levnadsvanor och generella kostråd (mer specifika kostråd efter blodsockerkurvor, se besök 2)
- Lämna mapp med skriftlig information
- Registrera KVÅ-kod D004
- Fråga om samtycke till NDR
- Placera på väntelista

Besök 2: (30-45 min) (fokus på blodsockermätning)

- Uppföljning från besök 1. Frågor som uppkommit mm.
- Patientutbildning i egenvård
- Genomgång av levnadsvanor: mat-, motion, tobak och alkohol
- Diskutera behandlingsmål
- Längd, vikt, midjemått, blodtryck
- Fotstatus, egenvårdsråd+ ev. remiss till med. fotterapeut
- Utlämnning och demo av blodsockermätare, info om kartläggning av blodsockret, målvärden, broschyr, dagbok, info om förbrukningsmaterial från One med
- Förskrivning av förbrukningshjälpmedel
- Ev. registrering av lämplig KVÅ-kod för samtal om levnadsvanor

Besök 3-4: (30 min)

- Uppföljning från besök 2.
- Diskussion utifrån registrerade blodsockerkurvor, stödja patienten i att börja tolka blodsockervärden
- Diskussion om livsstilsförändring och vad patienten kan tänka sig arbeta med (ev. KVÅ-kod)
- Diskutera individuell målsättning
- Överenskommelse om fortsatt uppföljning/utbildning efter individuella behov
- Information om patientförening

Insulinställning: (45 min)

- Läkare ordinerar startdos efter val av injektionshjälpmedel via diabetessjuksköterska
- Praktisk & teoretisk utbildning om injektionsteknik, hantering av insulin mm.
- Aktuell blankett ”ordination enligt generella direktiv” ska finnas om titrering ska ske via DAS
- Titrering av dos (oftast per telefon) enligt schema
- DAS informerar ansvarig läkare regelbundet om dosändringar
- Reseintyg

Årskontroll: (45 min)

- Ev. beställning av prover inför besök enligt överenskommelse med läkare
- Patientens frågeställningar utifrån erfarenheter i vardagslivet
- Diskussion utifrån registrerade blodsockerkurvor
- Genomgång av levnadsvanor/ uppföljning livsstilsförändring (Ev. KVÅ-kod)
- Diskutera följsamhet till behandling respektive rädsla för behandling
- Fotstatus, riskgruppering, remiss fotterapeut
- BMI, Midjemått, blodtryck
- Kontroll av injektionsställen
- Beställning av förbrukningsmaterial
- Diskussion om målsättning
- Kontrollera med patienten att ögonbottenfotografering erbjudits

Prediabetes: (45 min)

Information och diskussion om vinsten med förändrade levnadsvanor (1 tillfälle)

Övriga uppgifter

- Överföring av data till NDR via Rave 1 g/ vecka eller 1 G/månad beroende på rutin på enheten. Vem för över data till NDR?
- Beställning av material till mottagningen (blodsockermätare, skriftlig patientinformation, mm.)
- Delta i nätverksträffar 1g/ halvår via LUC-D/Akademiskt primärvårdscentrum
- Kommunikation med övriga vårdgivare på enheten samt kommun, hemtjänst mm
- Diabetesrund
- Eventuella besök i hemsjukvården
- Kontakt med företag
- Fortlöpande information till kollegor på APT