

# Statistikformulär för medicinska variabler samt rökning

Enhet: Odensvi läkarmottagning

Variabel	Målvärden i projektet	Utgångsstatistik 2013-01-01 t.o.m 2014-01-31		Period 1 2014-02-01 t.o.m 2014-09-30	
		Verkligheten vid start Måluppfyllelse i %	Antal patienter som statistiken bygger på	Måluppfyllelse i % för perioden	Antal patienter som statistiken bygger på
Hba1c	>52	58%	298	52%	254
Totalkolesterol	<4,5	37%	268	47%	234
LDL-kolesterol	<2,5	7%	27	32%	210
Systoliskt blodtryck	≤130	44%	305	51%	254
Andel rökare OBS ! Procentandel	Ingen skall röka	19%	297	20%	231

## NDR-IQ Redovisning av utbildningsfasen Odensvi

### ÖVERGRIPANDE MÅL

Att fler diabetespatienter ska må bra i sin diabetes. Att förebygga komplikationer genom att de lär sig förstå sin sjukdom och hur de själva kan ta ansvar för den samt att vi i vården ska bli bättre på att stötta patienten i detta och sätta in adekvat behandling.

### MÅL/ DELMÅL

1. Bättre förberedda besök *genom kallelser med frågor inför besöket*
2. Mer effektiva besök. Ta bort onödiga moment i besöken *genom att skapa vy i ProfDoc*
3. Mindre tidsåtgång. Korta ner tiden för kallelser till läkarna för att frigöra mer tid till *patientarbete för diabetessköterskorna. Annan yrkeskategori*
4. Fler kontroller. Tillsätta *Lipidstatus till grupproverna och bli mer aktiv i behandlingen av hyperlipidemi.*
5. Fler ska nå målblodtryck *genom att optimera mätningarna.*
6. Fler ska nå målblodtryck *genom att Använda 24-timmars blodtrycken vid höga värden. Implementera målen.*
7. Fler med målblodtryck *genom Aggressivare blodtrycksbehandling.*
8. Fler med målblodtryck *genom Mer FaR och mer kunskap till patienten om egenvårdens betydelse.*
9. Förbättra information och insikt hos patienten om dess betydelse *genom egenvård vid debut. Pre- diabetiker Ex livsstilsår. Att fler personalkategorier engageras i arbetet med detta. DSK – livsstilscoach. Dietist enskilt och i grupp. Grupper.*

10. *Nå bättre följsamhet i behandlingen genom att Förtydliga patientens mål; Ökad information; Ökat motivationsarbete med patienten. Fler besök/ kontakter.*
11. *HbA<sub>1c</sub> Fler ska nå målet genom att vi drar ut lista på alla patienter som inte når målet. Lämnas till diabetes sköterska och läkare med 3 månaders intervall.*
12. *HbA<sub>1c</sub> Fler ska nå målet genom att arbeta med förbättrad compliance vid alla möten. Ta reda på Patientens mål; Hur de tänkt sig nå målen; Vilka åtgärder ska de utföra för att nå målen.*
13. *Minska antalet rökare genom att samtala mer om rökning erbjuda rökslutarhjälp*

## **BAKGRUND:**

Vid starten hade vi 8622 listade patienter varav 406 diabetiker. Av dem 36 på SÄBO.

I samband med NDR-IQ projektet har vi kartlagt patienterna via NDR.  
Patientuppgifterna förs över via RAVE.

I utgångsstatistiken för medicinska variabler och rökning fick vi en inblick i hur stor andel i % som behövde förbättras inom de olika områdena.

Ovan har vi listat de olika områdena och målen med dessa.

Innan projektet startade användes inte NDR utan information togs fram enbart genom RAVE.  
Under projekttiden har alla diabetessköterskorna och verksamhetschefen tillgång till NDR.  
Inte alla läkare. Läkare har uttryckt oro att det skulle ta för lång tid att gå in i systemet. De måste ändå dokumentera i Prof Doc.

En diabetessköterska går in i NDR vid de flesta besöken. Diabetesprofilen skrivs ut och lämnas till patienten.

Dokumentationen sker dock inte i NDR utan i ProfDoc. Aktuella värden från besöket noteras för hand i diabetesprofilen. Riskmotorn används till vissa patienter.

## FÖRÄNDRINGAR

Kallelser med frågor, mall för blodsockerkurvor, och målformuleringsblankett, som patienten ska fylla i inför besöket skickas hem till patienten.

Undersköterskorna på LAB kallar patienterna till läkarnas årskontroller. Diabetessköterskor fortsätter kalla sina egna patienter. Grupp proverna ändrade. Nu tar alla lipidstatus inför läkarbesöken.

Blodtrycken: Vi mäter 3 ggr och väljer lägsta trycket.

Egenvård vid debut: Två DSK som arbetar med livsstilsprojekt tar hand om pre- diabetikerna.

Vi har anställt en dietist som tar patienter enskilt och livsstilsgrupper startar efter nyår.

Grupper har genomförts för nydebuterade diabetespatienter.

Följsamhet i behandlingen: Vi har målformuleringsblanketten som vi diskuterar målen kring.

Grupper har startat för patienter med otillfredsställande värden. Fler extra besök sätts in idag till dem med behov av mer stöd.

För att hitta patienterna med höga värden har listor dragits ut från NDR och varje läkare och diabetes sköterska har fått information om sina patienter.

Riskmotorn används för vissa diabetiker i riskzonen, där t.ex. rökande patienter nås bättre i motivation att sluta röka.

## **SUMMERING**

Kallelserna är mer effektiva. Underlättar samtalet. Ger möjlighet att koncentrera sig på det viktiga. Man behöver inte fråga om.

Målformuleringsblanketten till läkarna tas bort. De fylls sällan i.

De ska finnas kvar i kallelsen till diabetessköterskan som diskuterar mer om det.

Vi har inte gjort någon vy i Prof doc som automatiskt tar fram repetitiva frågor. Ex debut, arv mm. Eftersom Cosmic snart ska införas.

Vi har inte lyckats få all personal med på "tåget" ännu. Vi ska bli bättre på att informera. Avsätta mer tid till gemensam genomgång angående diabetesläget.

Positivt är att synen på diabetesbehandlingen har blivit bättre.

Vi har upptäckt att det kan bli överföringsfel till RAVE och från RAVE till NDR.

## **NÄSTA STEG**

Att en gång i kvartalet presentera aktuella siffror från NDR till medarbetarna

Att en gång i kvartalet dra ut listor, till respektive läkare och diabetessköterskor, på patienter som ligger över 52 mmol/mol och för de som ligger över 73 mmol/mol.

Odensvi Läkarmottagning  
Odensviplatsen 2  
72342 Västerås  
Namn

Pers.nr

Diabeteskontroll hos diabetessköterska:  
Namn

Dag            den            /            Kl

LAB för provtagning den            /            Kl

- Ej fastande
- Fastande från kl. 24:00 kvällen innan provtagningen

Kom ca 15 min innan besöket för anmälan i receptionen.

Om tiden inte passar, vänligen kontakta mottagningen så snart som möjligt så vi kan kalla annan patient. Tel. 021- 152500.

Om Du uteblir från besöket debiteras du med besöksavgift + 50 kr extra i (faktureringsavgift). Detta gäller även om du har frikort eller är över 85 år.

---

Om Du har en blodsockermätare och brukar kontrollera blodsockret, ta med en blodsockerkurva från två av varandra följande dygn nära inpå besöket. Under dessa dygn är det viktigt att du lever så som du brukar göra mest.  
Vid nattliga känningar eller mycket höga morgonvärden ska du även ta ett nattvärde

Datum	f.Fr	e.Fr	f.Lu	f.Mi	Kväll
-------	------	------	------	------	-------

Dags för kontroll av din diabetes

Diabetes är en kronisk sjukdom som kräver regelbundna kontroller för att minska risken för komplikationer. Besöket kommer att handla om din diabetes och dess följsjukdomar. För att ge ditt besök ett bättre innehåll ber vi dig boka en ny tid om du har frågor om andra besvär.

VÄNLIGEN FYLL I INFÖR BESÖKET

Hur mår du allmänt just nu?

Hur påverkar din diabetessjukdom din vardag

Är du nöjd med din diabetesbehandling?

Självtestar du blodsocker? Ringa in ditt svar.

Aldrig; <1g/månad; varje månad; Varje vecka; dagligen;

Hur många lätta insulinkänningar , som du klarat själv, har du cirka/månad?

Ingen ; 1-5; 6-10; >10stycken

Hur många svåra insulinkänningar som krävt hjälp av någon utomstående har du haft under senaste halvåret? Ringa in ditt svar.

Ingen ; 1-5; 6-10; >10stycken

Röker du? (ringa in ditt svar) aldrig varit rökare; Ja, dagligen antal... ..cigaretter /dag; röker men inte dagligen; slutat röka? När? ... ..

Hur många standardglas alkohol dricker du en vanlig vecka? Ett standardglas motsvarar: Folköl:1burk 0,5 liter; Starköl:1flaska 33cl; Vin: 1 litet glas 12cl; Starksprit 4cl. (Ringa in ditt svar)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 eller fler

Hur många dagar per vecka motionerar du minst 30 minuter så du blir varm? (ringa in ditt svar)

0 1 2 3 4 5 6 7

Vad vill du själv prata om när det gäller din diabetes?

Vilka är dina personliga mål när det gäller din diabetessjukdom?



Namn

Person.nr

**Uppge de mediciner som du faktiskt använder**

Namn

styrka

ant./dag

ant. vid behov

**Vilka mediciner behöver förnyas?**

Namn

styrka

ant./dag

ant. vid behov

**Diabeteshjälpmedels som behöver förnyas**

Sort

Antal/dag

Antal vecka

Antal/månad

Teststickor

Lancetter

Kanyler till insulin pennan

**VÄL MÖTT PÅ DIN DIABETESKONTROLL!**

**DINA MÅL**

**Långsiktigt mätbart mål**

T.ex långtidsblodsocker HbA1c; blodtryck; blodfetter; vikt; motion; att vara icke rökare

---

---

---

---

**Åtgärd du vill utföra för att nå det långsiktiga målet**

---

---

---

---

**Åtgärd enligt ovan. Skriv en konkret handling som är tidsbestämd och mätbar. Ex: hur många ggr/vecka ; Hur lång tid ; Hur mycket osv**

---

---

---

# DIABETESGRUPP

## Träff 1

Välkommen

Det som sägs stannar i rummet

Presentation av deltagarna - de säger vad de känner för.

Ex. När upptäcktes deras diabetes? Hur upptäcktes deras diabetes? Vilken behandling har de?

Hur upplever de sin diabetes?

Deras mål med sitt deltagande i gruppen. Skriv på blädderblock och spara

Genomgång av kortet med behandlingsmålen Jämföra med sina egna värden.

Funderingar kring häftet Din vårdguide vid diabetes, som de fått hemskickat.

Alla patienter ska reflektera och uttrycka sig. Låt frågorna i samtalet gå varvet runt.

## Skriv upp på blädderblock

Frågor till dietisten.

### Läxa till nästa gång:

Mat och blodsockerdagbok

## Träff 2

Reflektion från förra gången.

Vi går igenom Mat och blodsockerdagboken

Dietisten svarar på patienternas frågor.

Alla patienter ska reflektera och uttrycka sig. Låt frågorna i samtalet gå varvet runt.

## Skriv upp på blädderblock

Vilka frågor de har till läkaren

### Läxa till nästa gång:

Blodsockerkontroll före och efter motion.

### Träff 3

Reflektion från förra gången.

**Läkaren** svarar på patienternas frågor.

Alla patienter ska reflektera och uttrycka sig. Låt frågorna i samtalet gå varvet runt.

**Diabetessköterskan:** Förebyggande fotvård

### Skriv upp på blädderblock

Vilka frågor de har till sjukgymnasten.

### Läxa till nästa gång:

Fundera över sina mål: kortsiktiga 6 månader och långsiktiga. Samt hur de tänkts sig att uppnå dessa.

### Träff 4

Reflektion från förra gången. Genomgång av hemuppgiften motion och blodsockerkontroll

### Sjukgymnasten

Sjukgymnasten svarar på patienternas frågor.

Målsättning fram till uppföljningen om 6 månader

Boka datum till uppföljningen om 6 månader

### UTVÄRDERING av de här tillfällena

### Träff 5

Reflektion hur månaderna har varit sedan de deltog i gruppen.

Jämföra sina prover med före och efter grupputbildningen

Diskutera möjligheter och hinder att uppnå sina mål

Måluppfyllelsen

**Utvärdering av hela grupputbildningen.**