

Diabetes-Stöd i olika boenden

Diabetesvård i kommunen



Ann-Sofie Nilsson Neumark fil mag. Diabetes/Distriktsjuksköterska
Mönsterås Hälsocentral, Processgrupp diabetes
Landstinget Kalmar län



Sammanhållande vård och omsorg Landsting - Kommun

Samordning –
svag och otydlig

Journalssystem

Stagnerad
Kompetensutveckling

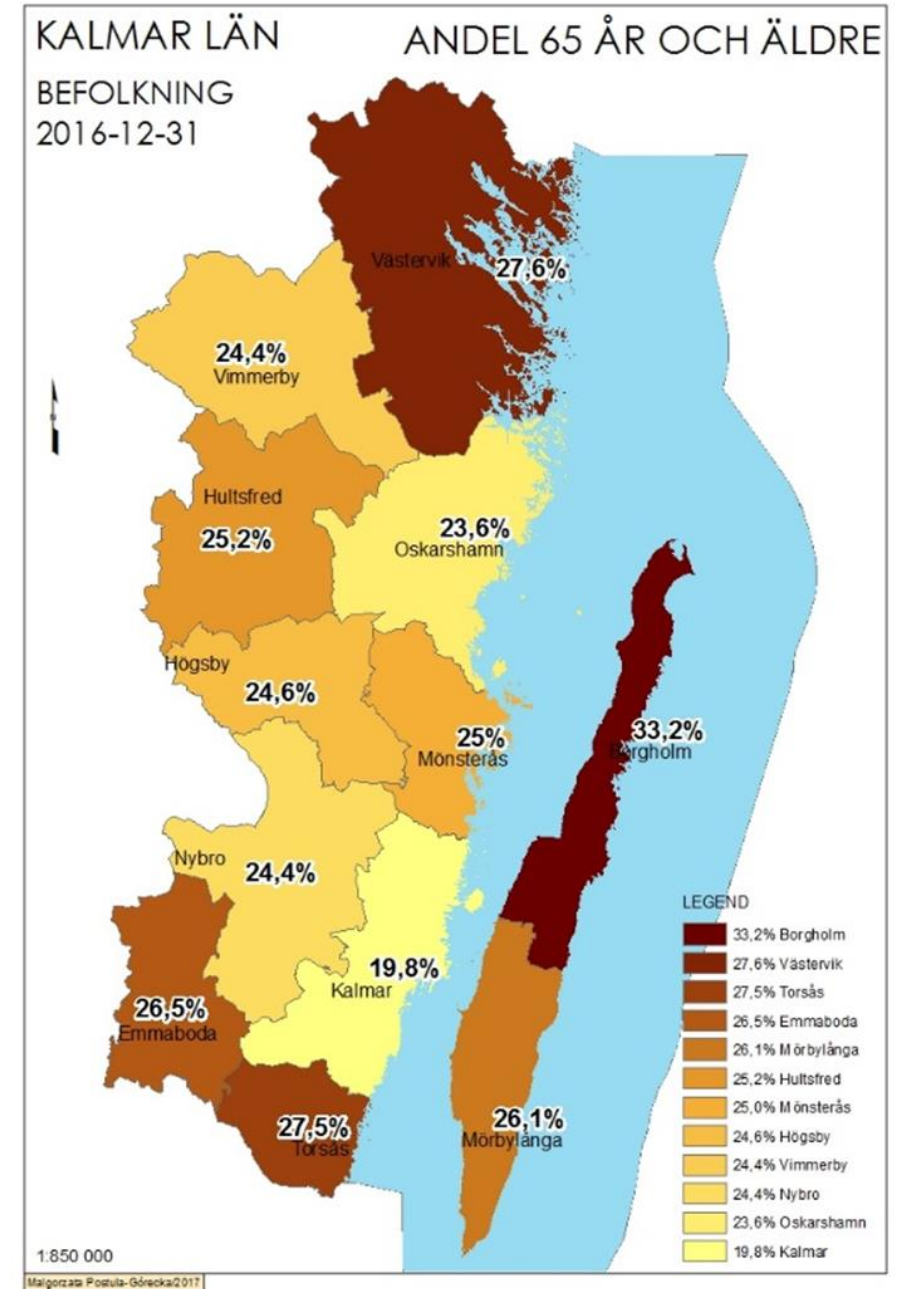


Utvecklingsarbete och samverkan

Kalmar län

- Hög andel äldre
- Diabetesprevalens 16% hos 75 år och äldre
- Äldresamordnare i LKL
- Möte med samtliga MAS/Verksamhetschefer
- Studie från länet visar brister i uppföljning av äldre med diabetes i kommunal hemsjukvård*

*A-S Neumark et al. *Adherence to national diabetes guidelines by monitoring of quality indicators -comparison of three types of care of the elderly with special emphasis on HbA1C. Primary Care Diabetes* 2015.



Socialstyrelsen åtgärdsförslag

Identifiering av mest sköra äldre i primärvård

Åtgärdsförslag för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre – Primärvård och korttidsboende – vad behöver förändras? (2015)
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19739/2015-2-45.pdf>

Geriatrisk Riskprofil för patienter 75 år och äldre

Namn:

Personnr:

Ålder: år

Instruktion

1. Patient 75 år och äldre bedöms enl. nedanstående formulär av sjuksköterska vid besök på mottagningen.
2. Patient med 3 poäng eller mer bedöms som en geriatrisk riskpatient
3. Patient med 3 poäng eller mer erbjuds ett hälsosamtal.

Fylls i av personal på mottagningen	Poäng	Bedömningspoäng
1 Fem eller fler läkemedel Gäller alla läkemedel, vid behov, receptfria	1	
2 Social situation (1 poäng oavsett alternativ som stämmer in) <ul style="list-style-type: none">- Bor ensam- Har behov av hjälp från annan person avseende personlig omvårdnad-	1	
3 Svårighet att gå eller förflytta sig/ har nyligen fallit (senaste 12 månader) Har patienten svårighet att gå på plan mark och i trappa utan hjälpmedel?	1	
4 Kontakter med vården (1 poäng oavsett alternativ som stämmer in) <ul style="list-style-type: none">- Varit inlagd på sjukhus inom de senaste 3 månaderna- Sökt akuten senaste 30 dagarna- 5 läkarbesök eller mer på hälsocentralen senaste året- Annat högfrekvent kontaktsökande	1	
5 Kognitiv svikt (desorienterad, demens, konfusion/förvirring) eller psykiska besvär (ångest och depression)	2	
Införs i Cosmic under Geriatriksriskprofil i Medicinska bakgrundsdata	Summa:	
Min bedömning är att patientens vård och omsorgssituation kan samordnas bättre	Nej	Ja
Bedömning gjord av:	Datum:	



HÄLSOSAMTAL

Namn.....

Datum.....

Svara på nedanstående frågor och ta med dig frågeformuläret till besöket! Ta hjälp av någon om du vill exempelvis anhörig eller hemtjänst.

Bor du ensam?

Ja

Nej

Om ja, hur ofta har du kontakt med någon annan än ev. hemtjänsten?

.....gånger i veckan.

Är det något i din vardag (dagliga livsföring) som du har svårt att utföra?

Ja

Nej

Om ja, kan du få hjälp av någon annan att utföra detta eller önskar du hjälp?

Kommentar:

Vad är viktigast för dig för att kunna bo kvar i din nuvarande bostad?

Kommentar:

Hur fungerar det att hålla ordning på dina läkemedel?

Bra

Ganska bra

Dåligt

Mycket dåligt

Långsiktigt samordning

- Riktad utbildningskoncept till kommun-sjuksköterskor

Utbildningsprogram i ämnesområden:

-Vårdprogram äldre med diabetes

-Diabetes, olika typer

-Läkemedel vid diabetes

-Fotvård

-Injektionsteknik och blodsockermätning

-Tekniska hjälpmedel

-Patientfall/Individuell vårdplan

- Direktiv för utsättning av Metformin och ACE hämmare
- Meddelandefunktion via Cosmic - patientjournal
- Läkemedelsgenomgångar enligt PHASE 20 – Team(PAL,PAS, PAS i kommun)
- Implementering av "Nationellt vårdprogram för äldre med diabetes"
- Implementering av SIP/ individuell vårdplan diabetes
- Gemensamma utbildningsinterventioner
- Anställa diabeteskompetent sjuksköterska i kommunal hemsjukvård

Identifiering av problemområden inom hemsjukvården

Oklara insulinordinationer

Glukoskontroller?

Avsaknad av vårdplan

Olika rutiner på vårdcentralerna

Praktiska

Organisatoriska



Resultat

- Insikter i tekniska hjälpmedel och läkemedel
- Ökad medvetenhet om typ 1 diabetes bland äldre
- Injektionsteknik och fotvård
- Blodsockerkontrollernas betydelse
- Patientfall som skapar reflektion och diskussion

Uppföljning

- ☐ Utmaning att bedöma effekter av interventionen
 - Ökad livskvalitet, för omsorgstagare/äldre ?
 - Större delaktighet, -"-
 - Säkrare vård, -"-
- ☐ Mätbara uppföljningsvariabler
 - Ökning av antal vårdplaner
 - Följsamhet till individuella målvärden
 - Samstämmighet i rutiner

Ex. Individuell Vårdplan insulinordination

Diabeteshandboken:

<http://www.diabeteshandboken.se/innehåll/bilaga-mall-insulinordination-hemsjukvården-30870109>

Insulinordination

Datum:

Ansvar Läkare:

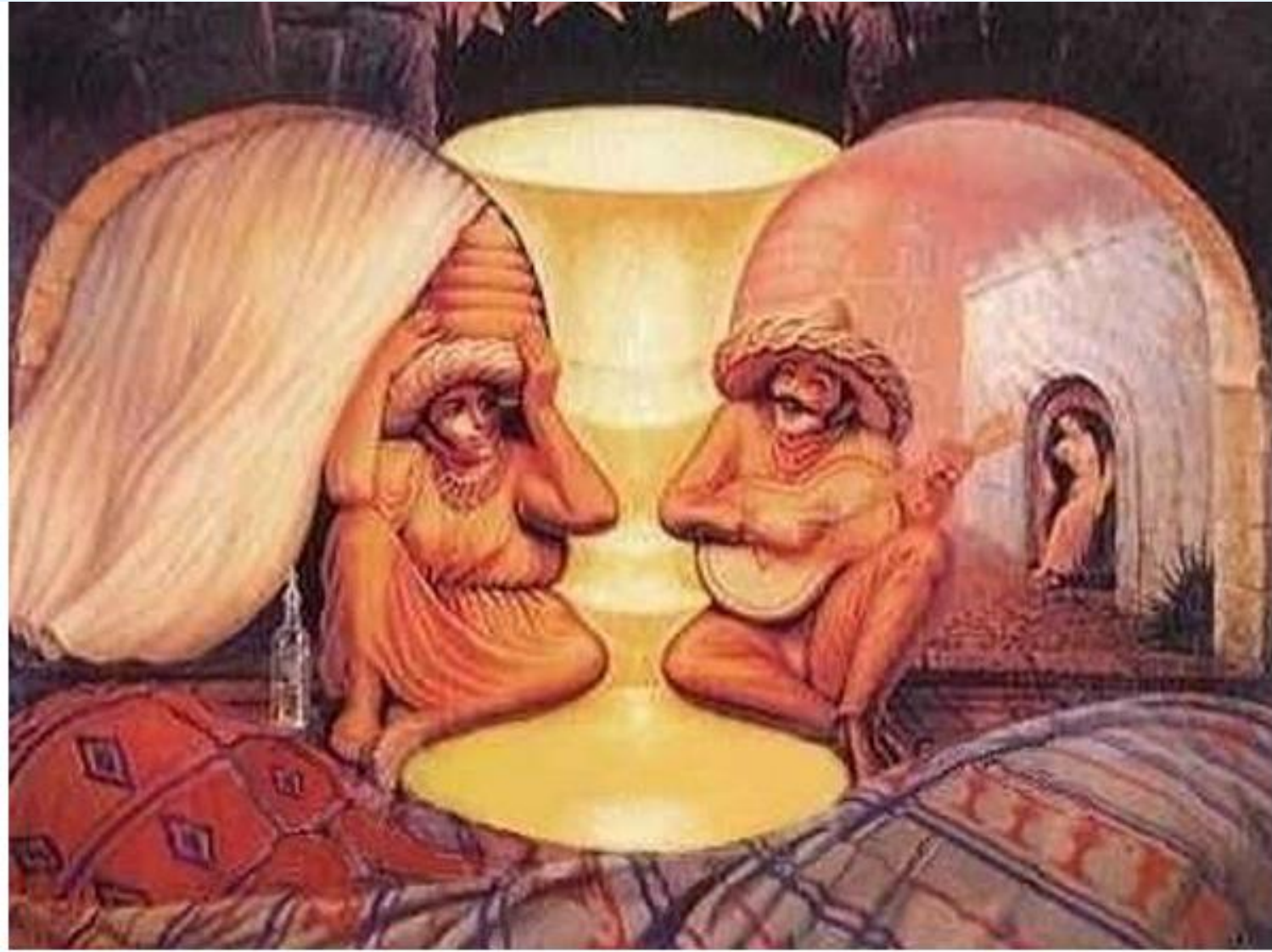
Pat-ID:

MÅL (P-Glukos):	Fastevärde 5,5-8,5 mmol Postprandiellt 8-15 mmol Inför sänggående ej under 8 mmol
Grundordination:	Morgon: Humalog MIX 50 26E Kväll: Humalog Mix 50 16E
När ska P-Glu kontrolleras:	Varje dag fastande, före lunch och middag samt inför sänggående .
Ändrad dos pga P-glukosvärde:	
När ska P-glukos kontrolleras om:	Extra kontroller vid försämring ex. oro/förvirring, sänkt uppmärksamhet, feber
Vad göra om patienten inte äter:	
Vad göra vid lågt blodsocker:	Vid blodsocker under 5 mmol ge 50% av insulindos. Kvällstid ge smörgås och mjölk kontrollera om blodsocker 2tim.
Vad göra vid högt blodsocker:	Reflektera över möjliga orsaker, ge extra dryck. Vid värden över 25 mmol kontakt med PV.
Uppföljning:	Blodsockerlista via messenger(cosmic). HbA1c kontroll + vikt i mitten av mars 2017.

Äldre skall leva ett värdigt liv och känna välbefinnande



Nationell värdegrund för äldreomsorgen i Sverige



TACK