

Diabetes typ 2 på hälsocentral och i kommunal verksamhet - Rutin - Hälsoval Region Gävleborg

Titel: Diabetes typ 2 på hälsocentral och i kommunal verksamhet – Rutin – Hälsoval Region Gävleborg	Dokumentkategori: Styrande	Omfattning: Hälsoval Region Gävleborg
Dokumentägare: VC Primärvård VO Gävle	Dokumentansvarig: Diabetessamordnare Region Gävleborg	Beslutsinstans: VC Primärvård VO Gävle
Diarienummer:		Datum för översyn: Se giltigt t.o.m.

Innehåll

1.	Syfte och omfattning	2
2.	Innehåll	2
2.1.	Fördelning av patienter med diabetes inom Region Gävleborg	2
2.2.	Omhändertagande	2
2.3.	Patienter inskrivna i kommunal verksamhet	3
2.4.	Graviditetsdiabetes	4
2.5.	Prediabetes	4
2.6.	CGM vid diabetes typ-2	6
2.7.	Ledtal diabetessköterska	6
2.8.	Kvalitetsuppföljning av diabetes på hälsocentralen	6
3.	Kommunikation och implementering	6
4.	Medverkande och granskare	6
5.	Referenser	7

1. Syfte och omfattning

Syftet med rutinen är att utgöra ett komplement till kunskapsstöd på ”1177 Vårdpersonal” för att skapa en jämlik, personcentrerad och evidensbaserad diabetesvård inom primärvården i Region Gävleborg.

2. Innehåll

2.1. Fördelning av patienter med diabetes inom Region Gävleborg

- På hälsocentralen omhändertas majoriteten av patienter med diabetes typ2, graviditetsdiabetes efter förlossning, prediabetes och läkemedelsutlöst diabetes.
- På medicinkliniken omhändertas patienter med diabetes typ 1, LADA, MODY, graviditetsdiabetes, diabetes sekundär till pankreassjukdom/ pankreasresektion och andra sällan förekommande diabetestyper.

2.2. Omhändertagande

Diabetespatienter kan med fördel hanteras genom sköterskeledd mottagning.

Diabetesteamet ansvarar gemensamt för att uppnå bästa möjliga hälsa sett till den individuella patientens förutsättningar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt. Tid för konsultation (läkare och diabetessjuksköterska) planeras regelbundet.

Diabetessköterskan:

- Träffar patienterna utifrån individens behov.

- Ansvarar för provtagning enligt rekommendation (se [Diabetes typ 2, uppföljning - 1177 för vårdpersonal](#)).
- Ansvarar för dokumentation, information till patienten, uppföljning och fortsatt planering.
- Erbjuder patienten att vara delaktig i vården utifrån individuella förutsättningar.
- Grupputbildning ses som en självklar del i basbehandlingen och kan med fördel ske tillsammans med andra hälsocentraler.

Läkaren:

- Ytterst ansvarig för patientens diabetesbehandling.
- Ansvarig för receptförskrivning
- Ska främja och uppmuntra till en god dialog kring bedömning, val av behandling och vidare åtgärder samt tillsammans med patient och diabetessköterska bestämma och dokumentera individuella målvärden.
- Genomför ett besök i samband med diagnos, därefter läkarbesök endast vid behov.
- Utbildningsläkare ska träffa patienter med diabetes och kan då lämpligen ta patienter från sköterskans väntelista samt delta på konsultationen.

Övriga yrkesroller:

Kom ihåg att dietist, fysioterapeut, medicinsk fotterapeut och psykosociala teamet (PST) också utgör en viktig del i diabetesteamet och ta hjälp av dem utifrån behov. Remiss för fotvård skrivs enligt rutin.

2.3. Patienter inskrivna i kommunal verksamhet

Hemsjukvård, Särskilt boende (SÄBO), LSS och personer med psykisk funktionsnedsättning:

- I den här patientgruppen är det extra viktigt med kontinuitet i läkaransvar
- Kontakten med diabetessjuksköterska på hälsocentralen avslutas men kan i utvalda fall vara kvar som ett konsultativt ansvar mot kommunens sjuksköterska som övertar det patientnära arbetet.
- Läkaransvaret övergår till SÄBO-ansvarig läkare.
- Läkaren utformar och dokumenterar en individuell behandlingsplan utifrån patientens medicinska förutsättningar.
- Sjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård har en viktig roll vid omhändertagande av patientens diabetesvård och förväntas utföra sjuksköterskeuppgifter i samråd med läkaren utifrån den individuella behandlingsplanen.
- Årlig fotstatus ska göras av kommunens sköterska och registreras i patientens journal. Blanketten "[Fotstatus – utförande och dokumentation. Primärvården Region Gävleborg - 09-894110](#)" rekommenderas som underlag. Blanketten lämnas till hälsocentral och Riskbedömningen dokumenteras i ansvarig läkares namn.
- Läkaren ansvarar för att förskriva diabeteshjälpmiddel och remiss för medicinsk fotvård enligt rutin.
- Sticksäkra kanyler är en arbetsgivarfråga och tillhandahålls av Kommunen.

2.4. Graviditetsdiabetes

Remiss ska skickas till primärvården för fortsatt omhändertagande. Erbjud ett besök hos diabetessköterskan för kartläggning och information 6-12 mån efter partus. Använd diagnoskod O249 (graviditetsdiabetes) vid både besök och administrativ åtgärd.

Vid besöket:

- Inför besöket kontrolleras fp-glukos, HbA1c, lipidprofil, kreatinin, u-alb/kreakvot, blodtryck, vikt och längd
- Kartläggning av levnadsvanor, som kost, motion, tobak och alkohol, och ärftlighet för diabetes
- Använd gärna FINDRISC. [risktest.pdf \(diabetes.se\)](https://www.diabetes.se/risktest.pdf)
- Belys patientens egen förmåga att optimera både sina och familjens levnadsvanor, hänvisa gärna till broschyren [Levnadsvanor prediabetes 5 sept 2018.pdf \(swenurse.se\)](https://www.swenurse.se/Levnadsvanor%20prediabetes%205%20sept%202018.pdf)

Uppföljning:

- Planera uppföljning av fp-glukos, HbA1c, blodtryck och vikt. Lämpligt intervall kan förslagsvis vara 1-3 år. Resultat av FINDRISK är ett hjälpmedel i bedömningen.
- Om fortsatt normala provsvar är information via brev till patienten fullt tillräckligt. Planera för ny uppföljning med lämpligt tidsintervall.
- Vid avvikande provsvar hänvisas till flödet för prediabetes eller diabetes.

2.5. Prediabetes

Där fasteblodsocker >6.0 upptäcks:

- Beställ fp-glukos och HbA1c, lipidprofil, kreatinin, u-alb/kreakvot, blodtryck, vikt och längd, provsvar till diabetessköterska. Skicka FINDRISC [risktest.pdf \(diabetes.se\)](https://www.diabetes.se/risktest.pdf) tillsammans med kallelsen, samtliga svar till diabetessköterskan.
- Utifrån provsvar och utfall på FINDRISC gör diabetessköterskan en bedömning av vidare åtgärder utifrån tabellen nedan.
- Glukosbelastning rekommenderas inte vid fp-glukos 6.2-6.9 med normalt HbA1c då det vetenskapliga underlaget är tveksamt. Dessa bedöms som prediabetes.
- Vid besök, telefonkontakt och administrativa åtgärder använd diagnoskod R730B (latent diabetes).

FINDRISK/Fp-glukos	Fp-glukos <6.1	Fp-glukos 6.1-6.9
FINDRISK <7	Mycket liten risk till att utveckla diabetes. Brev med svar till patienten. Använd inte diagnoskod R730B.	Information till patienten per brev. Uppmaning till patienten att på eget ansvar kontakta hälsocentralen för nytt fp-glukos om två år. Diagnoskod: R730B
FINDRISK 7-14	Telefonsamtal angående levnadsvanor + skicka broschyr Levnadsvanor prediabetes 5 sept 2018.pdf (swenurse.se) Uppföljning fp-glukos och HbA1c om två år. Diagnoskod: R730B	Erbjuda besök diabetessköterska för samtal fysiskt/digitalt angående levnadsvanor. Uppföljning fp-glukos och HbA1c om två år Diagnoskod: R730B
FINDRISK 15-26	Erbjuda besök diabetessköterska för samtal fysiskt/digitalt	Erbjuda besök diabetessköterska för samtal fysiskt/digitalt

FINDRISK 15-26

Vid besöket hos diabetessköterskan:

- Värdera redan tagna prover, med fördel kan [score2](#) användas.
- Kartläggning av levnadsvanor som kost, motion, tobak och alkohol.
- Ärftlighet för diabetes.
- Prata om patientens allmänna mående och sin egen förmåga att förändra sina levnadsvanor.
- Broschyr som är lämplig att lämna till patienter med risk att utveckla diabetes typ2. [Levnadsvanor prediabetes 5 sept 2018.pdf \(swenurse.se\)](#)
- Använd Diagnoskod R730B (latent diabetes, nedsatt glukostolerans) för besöket

Uppföljning efter genomfört besök:

- Planera uppföljning av fasteblodsocker, HbA1c, vikt, lipidprofil, kreatinin, u-alb/kreakvot, blodtryck, vikt och längd med ett intervall på 1-3 år beroende på hur hög risk patienten bedöms ha att utveckla diabetes i närtid, individuell bedömning ska göras. Resultat av FINDRISK är ett hjälpmedel i bedömningen.
- Om fortsatt normala prover efter 1-3 år räcker det med brevsvaret till patienten och påminnelse om levnadsvanorna. Planera för ny uppföljning med lämpligt tidsintervall.
- Vid stigande värden planera för tätare uppföljning alt. hantera som diabetes om värden stigit så diagnoskriterier uppfylls. Vid behov erbjud nytt besök (med fördel digitalt) för samtal kring levnadsvanor. Läkarbesök planeras endast då särskilt behov av sådant framkommer.

2.6. CGM vid diabetes typ-2

Utifrån MTP-rådets rekommendation, rekommenderas att CGM kan användas till:

- patienter med typ2- diabetes som behandlas med basinsulin i kombination med måltidsinsulin och som har ett HbA1c över 60mmol/mol
- patienter med återkommande allvarliga hypoglykemier trots ansträngningar att anpassa insulindoserna.
- För att en patient som uppfyller ovanstående punkter ska få nyttja CGM behöver patienten själv också vara motiverad och ha förmåga att själv justera sina doser.
- CGM kan också användas som ett kartläggningsinstrument vid typ 2-diabetes och insulinbehandling, som ett steg i en personcentrerad vård.

Vid val av CGM ska gällande upphandling i Region Gävleborg följas.

2.7. Ledtal diabetessköterska

Ledtal för diabetessköterska i Primärvården är 400 patienter på en heltid. Tidsåtgången kan variera beroende på ansvarområde och vid sköterskeledd mottagning blir antalet patienter per heltid lägre då mer tid krävs. Omhändertagande av graviditetsdiabetes och prediabetes är inte inkluderat i ledtalet på 400 patienter

2.8. Kvalitetsuppföljning av diabetes på hälsocentralen

För att uppnå god kvalitet på diabetesvården behöver diabetesläkare och diabetessköterska tillsammans med VEC kontinuerligt utvärdera resultat i NDR och utifrån det arbeta strukturerat med förbättringsarbete på enheten. Jämförelser av statistik från andra enheter och informationsutbyte mellan enheter uppmuntras. Det rekommenderas att diabetessköterskan är kontaktperson för NDR på enheten. Deltagande i Regionens diabetesutbildning och informationsflöde uppmuntras.

3. Kommunikation och implementering

Information och diskussion i ledningsgrupp där vårdenhetschefer och medicinska rådgivare deltar och sedan informerar på enheternas arbetsplatsträffar och yrkesträffar. Publiceras på samverkanswebben för samverkan med Privata Hälsocentraler och Kommunerna. Skickas till HVK och MAS. Dokumentet är ett normerande styrdokument och får inte brytas ner utan samråd med dokumentansvarig.

4. Medverkande och granskare

Innehållet i dokumentet baseras på tidigare version av rutinen och har omarbetats av ordförande och samordnare i LAG-diabetes. Synpunkter har inhämtats från berörda diabetessköterskor, läkare, chefläkare, verksamhetschef, medicinskt ansvariga sjuksköterskor MAS, och representant från Svenska Diabetesförbundet.

5. Referenser

Dokumentnamn
Diabeteshandboken: Diabeteshandboken.se
Diabetes, kliniskt kunskapsstöd: Sök - 1177 för vårdpersonal
Finnish Diabetes Risk Score: FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score)
Internetmedicin: Graviditetsdiabetes – hyperglykemi under graviditet (internetmedicin.se)
Regionernas samverkansmodell för medicinteknik: Kontinuerlig glukosmätare för diabetes FreeStyle Libre - Samverkanmedicinteknik
Svensk förening för Sjuksköterskor i diabetesvård (SFSD), Riktlinjer och dokument: https://www.swenurse.se/sektionerochnatverk/svenskforeningforsjukskoterskorinomdiabetesvard.4.17badfa01722c2fa1731011e.html