

[2017-06-10]

## Kriterier för god specialistvård för diabetes

Kriterier för god vård bygger på de nationella riktlinjerna för diabetesvården i Sverige och andra officiella kunskapskällor om diabetes från exempelvis det nationella programrådet för diabetes, SKL.

Kriterierna är utvalda för att tillsammans avspegla de sex centrala områdena i ”God vård” som lyfts fram av Socialstyrelsen (SOSFS 2005:12). Den ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig. De är indelade i: *tillgänglighet, kompetens, process och utvärdering*.

Varje kriterium omfattar verksamhetens struktur, process och resultat från nationella och regionala kvalitetsregister. Vissa data saknas i dessa register och får tas fram separat.

## Bakgrund

Diabetes omfattar två huvudtyper av kronisk sjukdom, dels typ 1-diabetes som främst, men inte uteslutande, drabbar barn och ungdomar och dels typ 2-diabetes och är en av de stora folksjukdomarna. Av alla med diabetes uppskattas ca 85% ha typ 2-diabetes och ca 10-15% typ 1-diabetes. Ungefär 5-6% procent av Sveriges befolkning uppskattas ha diabetes och 10-15 procent har prediabetes, som är ett förstadium till typ 2-diabetes. Typ 2-diabetes är vanligast hos vuxna över 30-40 års ålder och sjukdomen betingas dels av en relativt stark genetisk komponent och dels av en eller flera faktorer som till stor del beror på livsstilen.

All diabetes kan medföra sena komplikationer, som brukar hänföras till effekter av störningar av blodglukos- och blodlipid-nivåerna samt hemostatiska rubbningar (dvs störningar i blodets levringsförmåga, vilket kan öka risken för blodpropp). Till dessa komplikationer räknas bl a kardiovaskulära sjukdomar (hjärtinfarkt, hjärtsvikt, stroke och claudicatio intermittens) samt mera specifik organpåverkan, bl a i ögon, njurar och nerver. Dessa komplikationer kan leda till allvarliga konsekvenser som nedsatt syn, njursvikt och bidra till fotsår och amputation av t ex fot eller underben.

Sammantaget leder dessa komplikationer till stort lidande för de drabbade patienterna, samt stora kostnader för sjukvården och samhället. Flera studier har beräknat att av den totala hälso- och sjukvårdsbudgeten tas 10-15% i anspråk för vård av personer med diabetes.

## Tillgänglighet

**Kriterium 1.** Patienten ska identifieras tidigt och överföras eller remitteras till rätt vårdnivå för diagnostik, vård, behandling och uppföljning.

Personer som insjuknar med typ 1-diabetes får snabbt tydliga symtom, bl a ökade urinmängder, ökad törst, viktnedgång och trötthet, som oftast leder till att patienten söker sjukvården akut och behandling med insulin inleds.

Patienter med typ 1-diabetes bör erhålla fortsatt vård och kontroller vid specialistklinik på sjukhus.

Flera svenska studier har visat att många personer med typ 2-diabetes är odiagnostiserade. Av tre personer som faktiskt har sjukdomen är en fortfarande oupptäckt. Dessa, liksom personer med prediabetes, har inga eller mycket subtila symptom och därför ingen anledning att söka sjukvården för att få en diagnos. Andra med sjukdomen upptäcks vid sjukvårdskontakt pga andra sjukdomar som allvarliga infektioner, hjärtinfarkt och stroke eller i samband med steroidbehandling på grund av t ex astma, tumörsjukdom eller reumatisk sjukdom. Det har visats att nära hälften av dem som för första gången får diagnosen typ 2-diabetes även har tecken på någon diabetisk komplikation.

Att tidigt identifiera personer med typ 2-diabetes är således viktigt men kan vara problematiskt. Nationella riktlinjerna för diabetesvården rekommenderar riktad screening för diabetes hos personer med ökad risk för sjukdomen (men inte befolkningsinriktad screening). Viktiga markörer för diabetesrisk är bl a typ 2-diabetes hos nära släktingar (föräldrar och syskon), övervikt, tobaksbruk, fysisk inaktivitet och kardiovaskulär sjukdom inklusive hypertoni. Kvinnor med tidigare graviditetsdiabetes har också stor risk att få diabetes, främst typ 2-diabetes, senare i livet och under inverkan av andra riskfaktorer. Diabetesriktlinjerna rekommenderar även program för livsstilspåverkan till personer med dessa riskfaktorer eller som redan utvecklat prediabetes.

Personer med typ 2-diabetes som upptäcks i samband med annan, akut sjukdom får ofta inledande behandling på sjukhus (medicinsk eller endokrinologisk klinik) och vissa av dessa får fortsatt vård och kontroller på sjukhuset. I de flesta landsting och regioner finns emellertid mer eller mindre uttalad praxis att personer med typ 2-diabetes i första hand ska behandlas och följas upp inom primärvården.

Det finns stora vinster för patienter med typ 2-diabetes genom samarbete mellan primärvård och sjukhusbaserad vård. Vården kan optimeras genom att de olika delarna i vårdkedjan griper in i varandra och insatserna görs där de är som mest effektiva. I de flesta landsting finns också sådant samarbete, där patienter med speciella problem som t ex otillfredsställande blodglukoskontroll remitteras från primärvården för att behandlas och kontrolleras vid sjukhus. Många gånger bedrivs detta som dagvård, vid

s k diabeteskola etc. Efter avslutad sjukhusvård återremitteras ofta patienten för fortsatta kontroller i primärvården. För vissa patienter blir det adekvat med återkommande perioder av sjukhusvård även om primärvården fortsätter att ha huvudansvaret för diabetesvården.

**Kriterium 2.** Specialistenhet/specialenhet ska finnas för vård, behandling och uppföljning av patienter med diabetes.

Specialistenhet för diabetesvård, s k diabetesmottagning vid medicinklinik eller endokrinologisk klinik, bör finnas på samtliga sjukhus. Detta gäller för vård i såväl offentlig som privat regi. Personer med diabetes som vårdas i primärvården skall ha möjlighet att få remiss till specialistenhet, när primärvården ser det problematiskt att kunna förbättra en otillfredsställande kontroll av diabetessjukdomen eller hjälpa patienten med behandling av diabeteskomplikationer.

Nationella riktlinjerna för diabetesvården rekommenderar att även större primärvårdsenheter har speciell utformning för patienter med företrädesvis typ 2-diabetes. Detta innebär i första hand tillgång till läkare och diabetessköterska(or) som har specialkunskap om diabetes.

## **Kompetens och utrustning**

**Kriterium 3.** Resurser och kompetens ska finnas för utredning av patienter med diabetes

Personalkompetens:

Läkare med specialkunskaper om diabetes

Diabetessjuksköterska

Dietist

Fotvårdsspecialist/podiater

Kurator och/eller psykolog (ev)

Fysioterapeut/sjukgymnast (ev)

Beroende på förekomst av sena diabeteskomplikationer bör det finnas tillgång på kompetens och resurser inom andra specialiteter, bl a oftalmiatrik, nefrologi, kardiologi och neurologi. Nationella riktlinjerna prioriterar högt att det skall finnas ett multidisciplinärt fotteam för utredning och behandling av fotsår. I detta fotteam skall ingå, förutom fotvårdsspecialist och diabetesläkare, ortoped, ortopedtekniker (-skomakare), infektionsläkare och ibland även kärlkirurg. Därtill bör finnas särskilt rum för bedömning och behandling av infekterat fotsår.

### **Utrustning**

Diabetesmottagningen skall ha utrustning för en sedvanlig fysikalisk undersökning, inkluderande blodtrycksmätning och undersökning av perifer nervfunktion (nålfilament och stämgaffel eller biotesiometer).

I de flesta fall remitteras patienter till sjukhusets övriga resurser/kliniker för röntgenundersökningar, fysiologiska undersökningar (perifer cirkulation, EKG), neurofysiologiska undersökningar (EnEG, EMG) och ögonbottenfotografering. Även tillgång till mikrobiologiskt laboratorium och kliniskt kemi-laboratorium behövs.

## **Diagnostik, vård och behandling**

### **Kriterium 4.**

Det bör finnas rutiner för diagnostik, vård, behandling och uppföljning enligt nationella riktlinjer. Socialstyrelsen har i samarbete med professionen och mot bakgrund av data från det nationella diabetesregistret (NDR) tagit fram ett antal indikatorer för att kunna bedöma diabetesvårdens kvalitet och följsamhet gentemot de nationella riktlinjerna för diabetesvård. Diabetesvården skall samla in data som gör det möjligt att bedöma dessa indikatorer.

Mottagningen bör ha rutiner för att följa upp resultat, som visar om verksamheten når till uppsatta mål. Detta inbegriper att mottagningen redovisar till NDR (se kriterium nr 8).

Övergripande indikatorer (inga definierade målnivåer, men så lågt som möjligt)

- A1. Dödlighet i hjärt-kärlsjukdom
- A2. Amputation ovan fotled
- A3. Patienter med diabetesnefropati som börjat aktiv uremivård
- A4. Dödföddhet och neonatal dödlighet vid enkelbörd
- A5. Allvarliga fosterskador
- A6. Förekomst av proliferativ diabetesretinopati
- A7. Laktacidosis vid metforminbehandling

Riktlinjespecifika indikatorer (mål inom parentes)

- B1. HbA1c < 52 mmol/mol (ingen definierad målnivå)
- B2. HbA1c > 70 mmol/mol (Typ 1: < 20%; typ 2: < 10%)
- B3. Blodtryck < 140/85 mmHg (Typ 1: ≥ 90%; typ 2: ≥ 65%)
- B4. Statinbehandling efter grad av risk för kardiovaskulär sjukdom (Ingen målnivå)
- B5. Uppmätt makroalbuminuri (Ingen definierad målnivå)

- C1. Fotundersökning (Typ 1:  $\geq 95\%$ ; typ 2:  $\geq 99\%$ )
- C2. Ögonbottenundersökning (Typ 1:  $\geq 98\%$ ; typ 2:  $\geq 96\%$ )
- C3: Mätning av albuminutsöndring i urinen (Ingen definierad målnivå)
- D1. Utövande av fysisk aktivitet (Ingen definierad målnivå)
- D2. Icke-rökare bland personer med diabetes (Typ 1:  $\geq 95\%$ ; Typ 2:  $\geq 95\%$ )

#### Strukturindikatorer

- E1. Diabetesutbildad sjuksköterska (Ingen definierad målnivå)
- E2. Gruppbaseade utbildningsprogram med stöd av personal med ämneskompetens och pedagogisk kompetens (Ingen definierad målnivå)

Patientrapporterat utfall (detta är f n under utveckling för att sedan ingå i rapporteringen till nationella diabetesregistret)

- F1. Hur jag mår, hanterar min diabetes och hur diabetes påverkar mig och mitt liv (PROMs)
- F2. Tillgång till och erfarenheter av hjälp och stöd från diabetesvården (PREMs)

**Kriterium 5.** Verksamheten skall bedrivas av personal med kompetens som möter patientens behov och resurser.

Ansvarig läkare, sjuksköterska, dietist, podiater och kurator/psykolog ska hålla sig uppdaterade om kunskapsläget inom området genom regelbunden fortbildning. Diabetessjuksköterska bör ha specialutbildning om diabetessjukdomarna och även i pedagogik, sammanlagt 30 hp.

Det bör finnas tydliga regler för hur personalen får nödvändig vidareutbildning samt hur verksamheten arbetar för att vidmakthålla god och nödvändig kompetens.

## **Process**

**Kriterium 6.** Vården ska bedrivas i form av multiprofessionellt/multidisciplinärt teamarbete/interprofessionell samarbete.

Vid en diabetesmottagning, inom såväl primärvård som specialistvård, skall ett diabetes-team bestå av åtminstone en läkare och åtminstone en sjuksköterska med speciell diabetesutbildning. Dessa båda yrkesgrupper bör ha regelbundna konferenser/möten för att diskutera gemensamma patienter och deras problem. Till teamet knyts efter behov även dietist och sjukgymnast.

Ett multidisciplinärt fotsårsteam skall träffas regelbundet för att bedöma och behandla patienter med fotproblem, vilket bl a omfattar personer med infekterade fotsår, fötter med felställningar (s k Charcot-fötter) och fötter-underben med gravt

nedsatt känsel). Teamet består vanligen av endokrinolog, podiater, diabetessköterska, ortoped, ortopedskomakare, infektionsspecialist och i vissa fall kärlkirurg. Om någon av dessa specialister inte deltar direkt i team-arbetet skall det finnas klara anvisningar (helst skriftliga) hur dessa specialister nås och kan inkluderas i teamets arbete.

En annan sorts team är s k HND-mottagning, som innebär att personen med diabetes kan på samma mottagning träffa läkare och/eller sjuksköterska med specialkunskaper om hjärtsjukdomar (H), njursjukdomar (N) och diabetes (D).

**Kriterium 7.** Vården ska utgå från individens och närståendes behov, resurser och delaktighet.

Vården skall kännetecknas av vårdprocesstänkande genom att tidigt identifiera individuella behov och förutsättningar. Vidare skall vården, i samarbete med patienten, skapa en skriftlig behandlingsplan och rutiner för att överföra information mellan olika delar av vårdkedjan.

Mottagningen bör ha resurser och kunskap för utbildning av patienter i egenvård, vilket kan omfatta undervisning om matens och motionens betydelse samt egenmätning av blodglukos, insulininjektion och fotinspektion.

Patienten bör vara informerad om hur mottagningen kan kontaktas per telefon (eller om det finns andra möjligheter, t ex kontakt via 1177/Mina vårdkontakter).

Behandlingsplanen skall innehålla mål för flera olika parametrar, som HbA1c, blodtryck, lipidstatus, urinalbumin, kroppsvikt (BMI, midjemått), fysisk aktivitet, tobaksstopp för ev rökare och snusare, regelbundenhet för undersökning av fotstatus respektive ögonbottnar.

Behandlingsmål skall anpassas till patientens ålder, erfarenhet och mognad, kulturella och språkliga bakgrund, samt andra samtidiga sjukdomar och individuella förutsättningar.

Vid samordnad vårdplanering övergår det medicinska ansvaret för patienten från en vårdgivare till en annan, till exempel från sjukhuset till vårdcentral eller till hemsjukvården. Rutiner bör finnas för kontakter med hemsjukvård. Vid vårdplaneringen deltar utöver patienten, sjuksköterska och vid behov biståndsbedömare från kommunen. Även andra yrkesgrupper som till exempel sjukgymnast, arbetsterapeut och läkare kan delta. Om patienten önskar att närstående ska vara med, skall det gå bra. Vid behov kan även tolk närvara.

Vid planeringsmötet diskuteras patientens fortsatta behov av omvårdnad och stöd. Det kan gälla allt från medicinsk vård till hjälp i hushållet. Besluten som fattas ska skrivas

in i en vårdplan. Om det finns behov av rehabilitering ska en rehabiliteringsplan upprättas.

## **Uppföljning**

### **Kriterium 8.**

Såväl PV- som SV-enheter skall fortlöpande registrera personer med diabetes till det nationella diabetesregistret (NDR). Täckningsgraden bör vara minst 90% av samtliga kända patienter vid enheten, som skall kontinuerligt använda data rörande den egna verksamheten från NDR i ett systematiskt kvalitetsförbättringsarbete.

### **Referenser**

Nationella riktlinjer för diabetesvård; stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen 2015.

Nationella riktlinjer för diabetesvård - utvärdering; Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Socialstyrelsen, 2015