

Regionala riktlinjer för typ 2 diabetes, besöks- och remissrutiner

Riktlinjer för utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne, framtagna i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Riktlinjen är fastställd av hälso- och sjukvårdsdirektören.



INNEHÅLL

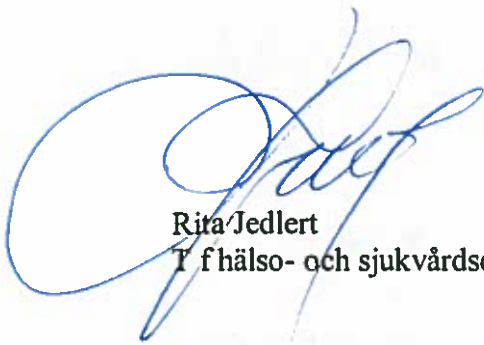
1. FÖRORD	3
2. DOKUMENTINFORMATION.....	4
3. SAMMANFATTNING.....	5
4. UPPDRAG	5
5. ARBETSGRUPPGRUPP.....	5
6. FÖRANKRING OCH REMISSYTTRANDE.....	5
7. AVGRÄNSNING	5
8. EPIDEMIOLOGI.....	6
9. VÅRDRIKTLINJERNA AVSER.....	6
10. BEHANDLINGSMÅL.....	6
11. NYUPPTÄCKT TYP 2 DIABETES.....	7
12. ÅTERBESÖK TILL LÄKARE MINST EN GÅNG OM ÅRET	7
13. ÅTERBESÖK DIABETESSJUKSKÖTERSKA INDIVIDUALISERAT UTIFRÅN BEHANDLINGSMÅL,.....	8
14. REMISSRUTINER.....	8
15. REFERENSER - LÄNKAR.....	10

1. FÖRORD

Typ 2 diabetes är en folksjukdom med stigande prevalens på grund av en åldrande befolkning. Personer med typ 2 diabetes har en hög risk att drabbas av allvarliga komplikationer och förtida död. Merparten av dessa patienter behandlas för sin diabetes i primärvården.

Rutiner för uppföljning skiljer sig åt mellan olika vårdenheter. De regionala riktlinjerna har tagits fram för att skapa enhetliga besöks- och remissrutiner.

Fastställt 2017-12-15



Rina Jedlert
T f hälso- och sjukvårdsdirektör

2. DOKUMENTINFORMATION

	Namn	Position	E-postadress
Huvudförfattare	Tomas Kanter	Specialist allmänmedicin	Tomas.Kanter@skane.se
Fastställt av	Rita Jedlert	T f hälso- och sjukvårdsdirektör	Rita.jedlert@skane.se
Sakkunniggrupp	Expertgrupp diabetes		
Kontaktperson Koncernkontoret	Petra Widerkrantz	Medicinsk rådgivare	Petra.Widerkrantz@skane.se
Administrativ kontaktperson	Ingrid Håkansson	Publicerare	Ingrid.hakansson@skane.se

GILTIGHETSTID

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2017-12-15	2018-10-31	Tomas Kanter
Revidering			

3. SAMMANFATTNING

Grundförutsättning för uppföljning

Kontinuitet är en framgångsfaktor för god diabetesvård, liksom rutiner för regelbunden uppföljning, minst årligen, utifrån individens behov.

Som grundregel föreslås minst ett besök hos läkare respektive diabetessjuksköterska årligen. Hänsyn tas till patientens behov, komorbiditet och målsättning med behandlingsintensiteten. Som ett komplement bör även grupputbildning erbjudas till personer med typ 2 diabetes.

Vid läkarbesök ställs diagnos, genomgång av sjukdomen och dess behandling såväl farmakologisk som icke farmakologisk. Ställningstagande till när återbesök görs efter samlad klinisk bild och metabol målsättning, i samråd med patienten.

Framförallt vid besök hos diabetessjuksköterska intensifieras informationen om sjukdomen och sambandet med levnadsvanor. Uppföljning av insatt behandling och eventuellt kompletterande provtagning, remittering och registrering i Nationella diabetesregistret (NDR).

Dietist, fysioterapeut och kurator är andra viktiga personer i diabetesteamet.

4. UPPDRAG

De regionala riktlinjerna har tagits fram för att skapa enhetliga besöks- och remissrutiner. Uppdraget är initierat av avdelningen för hälso- och sjukvårdstyrning via expertgrupp diabetes.

5. ARBETSGRUPP

- Tomas Bjarnevik, Specialist i Allmänmedicin, Örestadskliniken Malmö
- Tomas Kanter, Specialist i Allmänmedicin, Vårdcentralen Anderslöv
- Katarina Klang Larsson, Diabetessjuksköterska Vårdcentralen Lomma

6. FÖRANKRING OCH REMISSYTTRANDE

Expertgrupp diabetes, AKO (allmänläkarkonsult), förvaltningar och branschråd har fått inkomma med synpunkter.

7. AVGRÄNSNING

Vårdriktlinjerna avser att komplettera andra styrande dokument, såsom Socialstyrelsens Nationella riktlinjer och Läkemedelsrådets behandlingsriktlinjer.

8. EPIDEMIOLOGI

Typ 2 diabetes är en vanlig sjukdom. Enligt en färsk svensk studie har 4 procent av kvinnorna och 5,5 procent av männen diabetes. Prevalensen är i Sverige förhållandevis låg jämfört med exempelvis Mellanöstern där prevalensen är 15-20 procent. Incidensen ökar med stigande ålder och cirka 20 procent av personer över 80 år har diabetes typ 2. Däremot ses ingen incidensökning av sjukdomen i åldersstandardiserat material.

9. VÅDRIKTLINJERNA AVSER

- Åtgärder och provtagning vid nybesök och uppföljande kontroller för patienter med typ 2 diabetes
- Indikationer och praktisk hantering av remisser till dietist, fysioterapeut, medicinsk fotvård och endokrinolog

10. BEHANDLINGSMÅL

Individuellt behandlingsmål målsätts av personen med diabetes utifrån rekommendationer och information som tillhandahålls av diabetesteamet genom ett personcentrerat förhållningssätt.

- a) Blodtryck < 140/85
Målet bör utformas utifrån individuell bedömning av nytta/risk. Användning av många läkemedel ökar risk för biverkningar, särskilt hos äldre.
 - b) LDL- kolesterol < 2,5 mmol/L alternativt behandling efter värdering enligt riskmotorn i NDR
 - c) HbA1c < 52 mmol/mol
Målet för HbA1c bör utformas utifrån individuell bedömning av nytta/risk.
 - Vid nydiagnostiserad diabetes, debut i lägre åldrar och låg risk för oupptäckt kärlsjukdom bör man eftersträva HbA1c-värden i eller nära normalområdet (44-48 mmol/mol).
 - Frekvent svår hypoglykemi, svåra mikro- eller makrovaskulära komplikationer, lång diabetesduration annan sjukdom eller begränsad livslängd är motiv för högre nivå (60-70 mmol/mol)
-

11. NYUPPTÄCKT TYP 2 DIABETES

Nybesök läkare:

- samtal om sjukdomen och kort information
- råd om rökstopp
- eventuell insättning av Metformin
- somatisk basundersökning (hjärtauskultation, blodtryck, fotstatus)
- EKG
- provtagning: Vikt/längd, BMI, fp-glukos, HbA1c, lipidstatus, Hb, kalium, kreatinin, u-albumin/kreatinin index
- diagnos registreras
- eventuell remiss till ögonbottenundersökning

Remiss/meddelande till vårdenhetens diabetessjuksköterska

Första besök hos diabetessjuksköterska bör helst ske inom 1 - 2 veckor:

- samtal kring patientens frågor och funderingar
- information om sjukdomen, muntlig och skriftlig
- samtal kring levnadsvanor enligt Region Skånes vårdprogram
- kostbehandling utifrån Socialstyrelsens vägledning
- eventuellt introduktion av egenmätning och utlämnande av blodglukosmätare med tillbehör
- kompletterande provtagning: ANDIS-prover, midjemått
- registrering i NDR
- remiss för ögonbottenundersökning om detta inte är gjort

Fortsatta besöksintervall efter de 2 (två) första besöken bör individualiseras utifrån patientens behov

12. ÅTERBESÖK TILL LÄKARE MINST EN GÅNG OM ÅRET

- somatisk undersökning (framför allt hjärtauskultation, fotstatus, blodtryck)
 - överväg EKG
 - provtagning: Vikt, BMI, HbA1c, kalium, kreatinin, lipidstatus, Hb, u-albumin/kreatinin index, kobalaminer tas vartannat år vid Metforminbehandling
-

13. ÅTERBESÖK DIABETESSJUKSKÖTERSKA INDIVIDUALISERAT UTIFRÅN BEHANDLINGSMÅL, MINST EN GÅNG OM ÅRET

- uppföljning av måluppfyllelse, samtal kring patientens frågor och önskemål
- samtal kring levnadsvanor enligt Region Skånes vårdprogram och uppföljning av kostbehandling enligt Socialstyrelsens vägledning
- NDR registrering. NDR- checklistan i PMO kan användas som manual
- somatisk undersökning (fotstatus, blodtryck, inspektion av injektionsställen)
- provtagning: Vikt, BMI, HbA1c, p-glukos
- kvalitetssäkring av patientens glukosmätare
- samtal kring behandlingsmål till kommande besök
- eventuellt återkoppling till behandlande läkare

14. REMISSRUTINER

Remisser – Hänvisningar

- **Barn vid misstanke om diabetes- Akut remiss:** Alla barn remitteras akut till barnklinik. Telefonkontakt tas med jourhavande barnläkare - remiss utan dröjsmål
 - **Vuxna med påverkat allmäntillstånd- Akut remiss:** Vuxna nydebuterade med akuta symptom exempelvis B-ketoner och påverkat allmäntillstånd ska remitteras till akutklinik
 - **Diabetessjuksköterska:** Vid debut remiss/meddelande från läkare till vårdenhetens diabetessjuksköterska
 - **Ögonbottenundersökning:** Vid första besök hos läkare/diabetessjuksköterska remiss till ögonklinik för ögonbottenundersökning.
 - **Förebyggande fotvård:** Skrivs företrädesvis av diabetessjuksköterska. Berättigad till förebyggande subventionerad medicinsk fotvård är person med komplikationer i form av angiopathi, neuropathi, deformitet och tidigare diabetetsfotsår. Vilka mottagningar som bedriver subventionerad medicinsk fotvård kan hämtas via 1177.
 - **Fotsår:** Remiss från läkare, distriktssköterska eller diabetessjuksköterska till angränsande diabetesfotmottagning. Ska ske tidigt i fotsårsanamnesen.
 - **Metabol konsultation:** Remiss till endokrinolog vid behov. Initial telefonkontakt med endokrinolog förordas.
 - **Dietist:** Bör ingå tidigt i behandlingen. Remiss vid frågeställningar angående kost. Lämplig samarbetspartner vid grupputbildningar.
-

- **Fysioterapeut:** Bör ingå tidigt i behandlingen. Möjlighet till fysisk aktivitet på recept (FAR) finns för de som är i behov av ökad fysisk aktivitet. FAR skrivs ut som ett komplement till övrig behandling. Mottagare av FAR finns kommunvis på www.farskane.se. Lämplig samarbetspartner vid grupputbildning.
- **Aktiv ortopedteknik:** Remiss för skor/inlägg/fotbäddar vid fotkomplikationer. Skrivs av läkare enligt hjälpmedelsanvisningarna för ortopedtekniska hjälpmedel på www.vardgivare.skane.se.

15. REFERENSER - LÄNKAR

Alla Nya Diabetiker I Skåne – ANDIS

Jansson, SP., Fall, K., Brus, O., Magnuson, A., Wändell, P., Östgren, CJ., Rolandsson, O.(2015). Prevalence and incidence of diabetes a nationwide population based pharmaco-epidemiological study in Sweden. *Diab Med* Oct;32(10):1319-28. doi: 10.1111/dme.12716

Kost vid diabetes. Socialstyrelsen 2011

Läkemedelsverket 5:2014. Att förebygga aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom med läkemedel

Nationella diabetesregistret (NDR)

www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordiabetesvard

Terapigrupp endokrinologi

Läkemedelsrådet Region Skåne

Skånelistan

[Diabetes - a global threat. Lancet 373:1735.](#)

Vårdprogram Levnadsvanor – Region Skåne
