

**Information om husläkarmottagningen**

Mottagningens namn  
Doktor.se Nacka Strands Vårdcentral

Verksamhetschef  
Andrej Sannesten

Verksamhetschefens e-post  
andrej.sannesten@doktor.se

## **Nacka Strands VC Kvalitetsarbete 2023**

### **del 1 och del 2: Förbättra vården av patienterna med diabetes typ-2 och förhöjt blodtryck**

#### **Instruktioner till mottagningen**

Denna mall avser dels planen (del 1) och dels slutredovisningen (del 2). Mallen med **del 1** ifylld och döpt till "Enhet tema år del 1" t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1" skickas per e-post till funktionsbrevlåda forbattringsarbeten.apc.slso@regionstockholm.se senast den **28 februari 2023**, **obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen.**

Denna mall med även **del 2** ifylld (klipp inte bort del 1) och döpt till "Enhet tema år del 2" t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2" skickas till samma funktionsbrevlåda senast den **31 januari 2024** **obligatoriskt för att kunna få den målrelaterade ersättningen..**

Mer information finns på <https://vardgivarguiden.se/> sök på *förbättringsarbete* och/eller *målrelaterad ersättning* i sökfältet

Frågor kan även skickas till [rita.fernholm@regionstockholm.se](mailto:rita.fernholm@regionstockholm.se).

**Radera EJ text i grå fält.**

#### **DEL 1 – Planen**

**Kontaktperson för kvalitetsarbetet med namn, profession och e-postadress:**

Namn: Jonna Mathiasson

Profession: Distriktssköterska

E-post: [jonna.mathiasson@doktor.se](mailto:jonna.mathiasson@doktor.se)

**Att involvera flera**

Ett förbättringsarbete har större chanser att få goda resultat om flera olika yrkesgrupper deltar.

- Sätt ihop ett förbättringsteam med olika yrkeskategorier, 2–5 personer.

- Inkludera gärna en ST-läkare eftersom förbättringsarbete ingår i deras målbeskrivning men låt inte hela arbetet förlita sig på en ST-läkare som kanske delar av året är på sidotjänstgöring, det kan bli sårbart.
- Fundera över hur ni kan involvera era patienter i förbättringsarbetet (som val av förbättringsområde eller på vilket sätt patienterna anser att något bör förändras).

A: Ange övriga teammedlemmar med namn och deras professioner

B: Ange hur ni kan involvera patienters synpunkter och erfarenheter i utformningen av arbetet, som intervjuer, förslagslådor eller liknande.

A: Jonna Mathiasson (diabetesdistriktssköterska), Isabell Gullestad (diabetesdistriktssköterska).

B: Ambitionen är att agera så snart vi identifierat patienter med blodtryck >140/85 mmHg genom att vidta relevanta åtgärder såsom att öka patientdelaktigheten, ha tätare uppföljningar och sätta in rätt åtgärd och behandling.

För att lyckas sänka ett förhöjt blodtryck krävs ofta både läkemedelsbehandling och livsstilsförändringar. För en god compliance krävs kunskap, förståelse och engagemang hos patienten. Detta vill vi uppnå genom att öka patientens delaktighet genom personcentrerad undervisning under patientmötet, men också genom patientbroschyrer med riktad information. Ett frågeformulär om livsstil kommer att skickas till patienter inför diabetesbesöket som en utgångspunkt för livsstilssamtal samt för att redan innan besöket ge patienten tid för reflektion och förbereda eventuella frågeställningar. I samtalet med patienter kommer ett personcentrerat förhållningssätt att tillämpas och därmed ge patienter möjlighet att ge synpunkter kring sin egen vård.

### **Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?**

Ett förbättringsarbete börjar med att studera verksamhetens patientrelaterade resultat.

- Finns det något område där ni presterar sämre än Stockholmsgenomsnittet? (titta i PrimärvårdsKvalitet t.ex.)
- Har det kommit nya riktlinjer där följsamheten skulle kunna öka? (som hjärtsvikt eller diabetes t.ex.)
- Finns det bra exempel från andra enheter att ta inspiration från?

Resultat när det gäller kvaliteten på vården och era processer finns t.ex. i medrave m4, PrimärvårdsKvalitet (PVQ), Nationella Diabetesregistret (NDR) osv.

Börja gärna med att titta på era siffror t.ex. i medrave m4 (oftast från programmenyn) där även PrimärvårdsKvalitet (PVQ) finns med (under huvudmeny -rapporter-PrimärvårdsKvalitet) med en översiktssida för er vårdcentral. Välj helst ett område där ni ligger under medel.

Ni kan lära er mer om PrimärvårdsKvalitet på: <https://skr.se/primarvardskvalitet>

Tidigare arbeten hittar ni här:

<http://www.gups.sll.se/L%C3%A4nkar%20till%20kvalitetsrapporter%202021.html>

Stödmaterial finns här: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verkygslada-forbattningstrappa/>

Och här:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verkygslada-patientsamverkan/>

Samt att stöd kan fås från APCs kunskapsteam:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

### **Kartläggning. Vad vill ni åstadkomma och varför?**

**Vi vill sänka den procentuella andelen patienter med typ 2-diabetes och blodtryck >140/85 mmHg.** Eftersom vi är en nyöppnad vårdcentral finns det en risk med att endast mäta procentuell sänkning då listningsantalet ständigt stiger. För att undvika detta kommer vi även att studera och redovisa definitiva tal. Vi har valt värdet 140/85mmHg som gräns då detta går i linje med de nationella riktlinjerna (Socialstyrelsen, 2017).

### **Varför vill vi sänka blodtrycket hos patienter med diabetes typ 2?**

- Ett förhöjt blodtryck ökar risken för flera komplikationer vid typ 2-diabetes såsom hjärt-kärlkomplikationer, njurkomplikationer och ögonkomplikationer. Vi vill förbättra omhändertagandet av våra patienter i den valda kategorin för att undvika dessa komplikationer.

### **Kartläggning**

- Vid startläge har Doktor.se Nacka Strands VC totalt 40 patienter med diagnos typ 2-diabetes. Av dessa har 21 patienter ett uppmätt blodtryck <140/85mmHg. Denna siffra är oberoende av hypertoni-diagnos. Den procentuella andelen med blodtryck <140/85 är således 52%. Detta kan jämföras nationellt där den procentuella andelen hos patienter med typ 2-diabetes och samtidigt högt blodtryck uppgår till 66% (Primärvårdskvalitet, PVQ, 2024-01-31).
- Doktor.se Nacka Strands VC är en nyöppnad vårdcentral sedan ett år tillbaka och därför är det viktigt för oss att tidigt implementera ett strukturerat arbetssätt för bästa möjliga omhändertagande för patientgruppen.

### **Val av tema för förbättringsarbetet:**

Utifrån er kartläggning av verksamhetens patientrelaterade resultat, vilket tema har ni valt för förbättringsarbetet? Beskriv kortfattat med ett eller ett par ord.

Typ 2-diabetes.

### **Mål (Vad vill ni uppnå?)**

Vilka patientrelaterade resultat vill ni uppnå med arbetet?

Länk till "Målformulering": <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktyslada-forbattringstrappa/>

**Formulera här era mål:**

År 2024 vill vi öka den procentuella andelen av patienter med typ 2-diabetes och blodtryck <140/85 mmHg till 65%.

### Orsaker (Till att ni inte redan presterar som målet)

Exempel på verktyg för att kartlägga orsaker: Fiskbensdiagram. Länk till fiskbensdiagram: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

### Idéer till lösningar (För att nå målen)

Initiala idéer till lösningar (För att nå målen) Vad kan ni göra för att förbättra resultaten? Ta även tillvara idéer utanför teamet och hos patienterna, här finns en verktygslåda för patientsamverkan: <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-patientsamverkan/>

1: Bristfällig journalföring vilket innebär saknad informationsöverföring till MedRave

1.1: Genomgång av journalmallar för att säkerställa att relevanta sökord är inkluderade  
1.2: Genomgång för att säkerställa att personal har kunskap om termerna

2: Ingen flödesrutin för patienter med typ 2-diabetes och förhöjt blodtryck

2.1: Skapa en flödesrutin för patienter med typ 2-diabetes och förhöjt blodtryck  
2.2: Öka användning av 24-h-blodtrycksmätningar

3: Inget strukturerat arbetssätt för att identifiera patienter med typ 2-diabetes och förhöjt blodtryck

3.1: Regelbundet (1 g/månad) göra sökning i MedRave för att identifiera patienter med typ 2-diabetes och förhöjt blodtryck  
3.2: Utforma åtgärdsplan för identifierade patienter

### Mått och mätetal (indikatorer)

- Vad ska öka eller minska för att ni ska se att ni rör er mot era mål?
- Hur kan det mätas?
- Finns färdiga indikatorer eller behöver ni sätta ihop egna mätetal?

**Notera 2–5 indikatorer i tabellen nedan och dessa indikatorer ska koppla antingen direkt till era mål eller till era idéer för lösningar som ni angivet ovan.**

Länk till "Familj av mått" som förklarar utfallsmått, processmått och balanserade mått:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Mät utfallsmått (det som gör skillnad för patienterna, t.ex. andel personer med diagnosen hypertoni som har blodtryck <140/90) men gärna även det ni gör (= "processmått", t.ex. antal årskontroller varje månad av patienter med diabetes. Antal snabbspirometri per vecka. Antal läkemedelsgenomgångar som görs varje månad.)

APC:s olika kunskapsteam kan utgöra bollplank för att ta fram användbara indikatorer:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/kunskapsteam2/undersida-kunskapsteam/>

Mät gärna ofta, minst 1 gång per månad för processmått och följ i ett Excelark över tid, så ni kan byta eller justera er förbättringsidé om den inte leder mot ert mål. Om ni vill kan ni ta med ett "balanserat mått" om man tror att förändringen kan påverka något annat negativt (som kostnader, arbetsmiljö, undanträngningseffekter). Självklart kan ni fortsätta att mäta indikatorerna efter

årsskiftet även om det är nuvarande år ni redovisar här. **En indikator ska börja med Antal eller Andel.**

	<b>Indikatornamn</b> T.ex. <b>Andel</b> patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol.	<b>Nuläge = Startläge</b> (% eller antal)	<b>Datum/period för startläge</b>	<b>Mål</b> (% eller antal)	<b>Källa</b> (t.ex. Medrave)	<b>Datum för att uppnå målvärdet</b>
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter med typ 2-diabetes och blodtryck <140/85 mmHg	52% (21 patienter)	2024–03	65%	Med Rave	2024–12
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter med typ 2-diabetes som genomfört en 24-h-blodtrycksmätning	0% (0 patienter)	2024–03	10 %	Med Rave	2024–12
<b>Indikator 3</b>	Andel patienter med typ 2-diabetes och blodtryck >140/85 mmHg som använder ett eller flera blodtryckssänkande läkemedel	47% (8 patienter)	2024–03	40%	Med Rave	2024–12

### Action (detta steg påbörjar ni nu och fyller på under året)

Dags att testa idéer, först i liten skala! PGSA (Planera, göra, studera, agera) är det så kallade förbättringshjulet. Länk till verktyget PGSA:

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/enheter/kvalitetsstod--fortbildning/verktygslada-forbattningstrappa/>

Skriv upp varje steg:

- Planera – Hur ska ni göra, när, vem gör vad?
- Göra – Håller ni er till planen? Vilka avvikelser från planen har ni gjort? Vad har gått bra hittills?
- Studera – Lyckades ni genomföra de aktiviteter ni planerat? Blev resultatet som ni tänkt? Såg ni några andra positiva eller negativa bieffekter? Vilka slutsatser kan ni sen dra?
- Agera – Hur föll det ut? Ska något ändras innan vi fortsätter? Ska vi skala upp? Ska vi byta idé?

- Initialt skapar teammedlemmar i förbättringsarbetet en flödesrutin för patienter med typ 2-diabetes och uppmätt förhöjt blodtryck. Denna flödesrutin ska vara färdigställd senast 2024-03-15
- Ser över frågeformulär som skickas hem till patienten innan diabetesbesök sker senast 2024-03-15
- Rutin för omhändertagande av patienter med högt blodtryck. Denna punkt går hand i hand med flödesrutinen och syftar till att på ett strukturerat sätt kalla tillbaka uppmärksammande patienter för ny blodtryckskontroll, 24h-blodtrycksmätning, alt. Direkt till läkarbesök. Liksom flödesrutinen planeras denna rutin vara utformad den 2024-03-08, men med fortlöpande genomgång och förbättringsutrymme.
- Journalmallar går igenom och relevanta sökord läggs till. Personalgruppen informeras och inkluderas i förbättringsarbetet. MedRave-sökning görs för den valda patientgruppen. Följande åtgärder sätts då in efter MedRave-sökning
  - Om ett snart besök ska bokas in eller är inbokat noteras "åtgärd blodtryck" i bokningskommentar.

- Om inget snart besök är bokad skickas brev där patientens ombedes att kontakta mottagningen för en uppföljande blodtryckskontroll.

**Redovisningen av indikatorernas utfall sker i slutredovisningen i del 2 nedan.**

**Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 1**  
**t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1"** utan att klippa bort del 2 och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 28 februari 2023 till: [forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattningsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)

## **DEL 2 – Slutredovisningen (dokumentet skickas in i sin helhet Del 1 + 2)**

**Vilka förbättringsidéer har ni testat och vilka arbetssätt har ni infört och standardiserat?**

När ni testat att förbättringsidéerna fungerar i liten skala kan ni standardisera det nya arbetssättet. **I den här rutan beskriver ni VAD ni gjort (vilka idéer har ni valt att jobba vidare med) och HUR ni infört era idéer. Skriv så pass noggrant att andra enheter förstår vad ni gjort och kan ta efter goda exempel och lära av era erfarenheter**  
Justeringar i del 1 går bra att göra. Bilagor får gärna klistras in eller bifogas

Initialt skrevs en ny flödesrutin för hur våra patienter med typ 2-diabetes och högt blodtryck ska följas upp. Denna rutin presenterades på ett APT så att både sjuksköterskor och läkare var väl informerade. Som en följd av denna rutin har kunskapen och insikten av betydelsen av att sänka ett förhöjt blodtryck ökat märkbart i personalgruppen. Om ett högt blodtryck uppmäts bokas patienten in för antingen återbesök för ny kontroll, läkarbesök eller för 24h-mätning beroende på hur högt blodtryck som uppmäts och patientens anamnes. När en läkare sedan sätter in ett nytt läkemedel bokas alltid tid för uppföljning in via sjuksköterske- eller undersköterskemottagning. Parallellt med detta projekt har även vår VC öppnat upp en sjuksköterskeledd hypertoni-mottagning. I och med detta har diabetessköterskan ytterligare en samarbetspartner för de patienterna med typ 2-diabetes och högt blodtryck.

Kallelsemallen för diabeteskontroll hos läkare har även setts över. Nu har vi bifogat ett formulär där vi, för de patienter som har en egen blodtrycksmätare, efterfrågar mätningar 2 gånger om dagen i 5 dagar inför besöket (Bilaga 2). Vi skickar även med ett frågeformulär avseende livsstil så att patienten redan innan besöket får möjlighet till reflektion. Noteringar om förhöjt blodtryck har gjorts i bokningsunderlag inför årskontrollsbesök.

Journalmallar för läkare och sjuksköterska är korrigerade. Sökord har lagts till och bytts ut för att korrekt data ska överföras till Medrave. Vi har haft samtal med en kontaktperson på Medrave för att få hjälp med att rätt sökord blev tillagda.

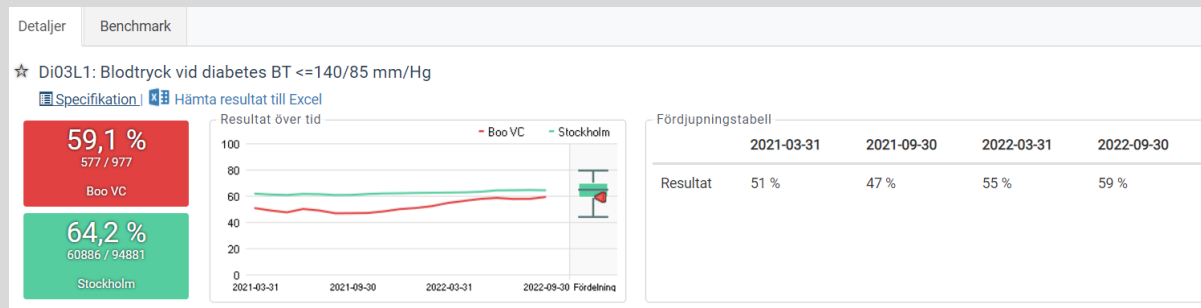
Vi har gjort regelbundna sökningar i Medrave (minst 1 g/månad) för att hålla oss uppdaterade om hur vi ligger till och om ytterligare åtgärder behöver sättas in. Under året som gått har personalgruppen bekantat sig mer med Medrave som verktyg, vilket har lett till ett nytt arbetssätt då exempelvis diabetessköterskan nu fått ökad förståelse för statistiken och hur denna kan användas i ett hälsofrämjande arbetssätt. När en patient med typ 2-diabetes och ett förhöjt blodtryck uppmärksammas i Medrave skrivs detta antingen in som en påminnelse i bokningsunderlagen på väntelistan alternativt kallas patienten för en extra kontroll.

Patientantalet har ökat, liksom användningen av 24-h-blodtrycksmätare, och detta har resulterat i att VC har investerat i ytterligare en mätare.

Regelbundna genomgångar av ansvarsområden på sjuksköterskemöten har införts. Genomgång av hur patienter med typ 2-diabetes handläggs på VC (bilaga 1) fick positiv respons från medarbetarna och har ökat den breda kunskapen.

## Resultat

Vilka resultat har ni uppnått? Ange startläge, datum och mål (**klistra/kopiera in från del 1 om ni vill**) samt **resultatet** och **datum/period** för när resultatet togs ut. Om ni mätt under tiden får ni gärna inkludera det i en bilaga (t.ex. över tid i form av ett linjediagram eller i ett Excelark som visar mätvärdena över tid). **Om ni använder PrimärvårdsKvalitet i Medrave finns färdiga diagram över tid om ni kan klistra in. Exempel:**



	Indikatornamn T.ex. Andel patienter med DM med HbA1c över 70 mmol/mol	Startläge (% eller antal)	Datum/period för startläge	Mål (% eller antal)	Resultat (% eller antal)	Källa (t.ex. Medrave)	Datum/period för resultatvärdet
<b>Indikator 1</b>	Andel patienter med typ 2-diabetes och blodtryck <140/85 mmHg	52% (21 patienter)	2024-03	65%	61% (41 patienter)	MedRave	2024-12
<b>Indikator 2</b>	Andel patienter med typ 2-diabetes som genomfört en 24-h-blodtrycksmätning	0 % (0 patienter)	2024-03	10 %	22 % (15 patienter)	MedRave	2024-12

<b>Indikator 3</b>	Andel patienter med typ 2-diabetes och blodtryck >140/85 mmHg som använder ett eller flera blodtryckssänkande läkemedel	47% (8 patienter)	2024-03	40%	34% (11 patienter)	MedRave	2024-12
--------------------	---	-------------------	---------	-----	--------------------	---------	---------

### Medrave-sökningar under årets gång (Bilaga 3).

#### Kommentarer:

Eftersom Doktor.se Nacka Strands VC endast varit öppen i snart två år växer listningsantalet ständigt. Detta leder till att det är svårt att endast utgå från den procentuella ökningen. Vi har därför valt att även redovisa definitiva tal. Trots detta har samtliga indikationer förbättrats sedan projektstart, vilket vi är mycket stolta över.

Något som påverkar resultatet är ett antal patienter med förhöjt blodtryck som listat av sig, men som ändå speglas i statistiken.

### Slutreflektion

Vad har ni lärt er?

Vi har lärt oss mycket, både i den egna yrkesrollen, men även som arbetsgrupp. Vi har enskilt fått ökad förståelse och kunskap och gemensamt förbättrat vårt samarbete för omhandtagande av dessa patienter. Som tidigare skrivet är vi en relativt ny vårdcentral som ständigt implementerar nya rutiner och således också utformar grunden för ett så optimalt arbetssätt vi kan.

Genom detta arbete samt regelbunden reflektion under året som gått så har vi dragit slutsatsen att den tiden vi lägger på regelbundna MedRave-sökningar kommer att löna sig i ökad hälsa för våra patienter. Den kommer också att bidra till en mer jämställd vård.

Vi har fått öva ytterligare på att ge patientutbildning samt samarbete mellan yrkeskategorierna för att uppnå bästa möjliga förutsättningarna för patienten.

Hur har ni använt kunskap från patienter under olika delar av förbättringsarbetet? Hur har arbetet strävat efter att öka era patienters delaktighet eller involvering i vården?

Tack vare ökad kunskap och insikt i statistiken har ämnet penetrerats mer vid patientbesök och lett till positiva diskussioner och även ökad compliance. Frågeformulär som skickas ut i samband med kallelsebrev har justerats och har givit en god grund för patientsamtalet under besöket. Patienter med förhöjt blodtryck har erhållit patientbroschyr om hypertoni och ämnet har vidare diskuterats utifrån broschyren som underlag. Inför uppföljningsbesök har patienterna ombetts samla tankar och funderingar kring det som lyfts, och vid



uppföljningsbesök har detta diskuterats vidare utifrån patientens individuella behov och förutsättningar.

Vad har ni för plan framåt gällande detta område? Här beskriver ni hur ni planerar att vidmakthålla positiva förändringar, eller om det inte blev som tänkt om ni avser att lägga ner eller förändra ansats.

Vi har för avsikt att vidmakthålla den nya framgångsrika flödesrutin vi skapat genom att kontinuerligt utvärdera och revidera arbetssättet. Det lyckade resultatet i detta förbättringsarbete leder till ökad motivation. Kommentar om förhöjt blodtryck i bokningskommentar för årskontroll har givit goda resultat då fler patienter blir uppmärksammade och åtgärder sätts in.

I samband med att vi gör NDR-sändning månatligen kontrolleras även patienterna med typ 2-diabetes och förhöjt blodtryck. Vår ambition är att hålla oss ständigt uppdaterade i vår statistik och fort sätta in åtgärder om den dalar.

APT och sjuksköterskemöten ger möjlighet till att uppdatera resterande arbetsgrupp och ha diskussionsforum. Vi håller nu veckovis genomgångar av olika ansvarsområden och kommer att vid dessa tillfällen fortsätta prata om det ämne som behandlats i årets förbättringsarbete. Vår förhoppning är att detta ska öka kunskapen ytterligare hos kollegor, vilket leder till att fler än diabetessköterskan uppmärksammar patienter med förhöjt blodtryck. Vi kommer att fortsätta vårt nu täta samarbete med hypertonsjuksköterska och fortsatt vara generösa med att boka in patienter med förhöjt blodtryck för 24-h-blodtrycksmätningar.

**Spara detta dokument med namn enligt: Enhet tema år del 2**

**t.ex. "Boo VC diabetes 2023 del 1 och 2"** och skicka in i **WORDFORMAT** som **BILAGA** namngivet med **er vårdcentral** enligt ovan senast 31 januari 2024 till funktionsbrevlådan [forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se](mailto:forbattringsarbeten.apc.sls@regionstockholm.se)

**Bilagor** sparas ned under namnet på er vårdcentral och Bilaga 1, 2 osv om ni vil bifoga bilagor. Eventuella rutiner och lathundar/flödesscheman kan även klistras in här på slutet.

## **Bilaga 1**

### **Genomgång av typ 2-diabetes på sjuksköterskemöte**

#### **Diabetes på VC**

- Typ 2 diabetes
- Prediabetes

*OBS! Typ 1 diabetes följs på Endokrinmottagning.*

*Finns flera andra typer av diabetes, t ex: graviditetsdiabetes, MODY, LADA, i samband med pankreassjuk, i samband med steroidbehandling etc.*

#### **Symtom som kan vara tecken till diabetes:**

- Ökad törst
- Ökad diures
- Trötthet
- Upprepade svampinfektioner
- Fotsår
- Domningar i händer och fötter
- Synpåverkan

#### **Akut observandum hos patienter med diabetes:**

- Hypoglykemi (för lågt blodsocker, ofta på grund av insulintillförsel), blodsocker 3 mmol/l eller lägre. Symtom: Hungerkänsla, skakningar, blekhet, oro, hjärtklappning, sänkt uppmärksamhet, förvirring, akut synstörning, stickningar/domningskänsla runt munnen, neurologiska symtom som halvsidig förlamning, kramper, koma.
- Mät alltid blodsocker på en patient med diabetes som inte mår bra!
- Behandling hypoglykemi, medvetslös: Glukos 30% i.v. tills patienten vaknar. Om ej fri venväg: Glukagon 1 mg i.m. När patienten vid medvetande: 2 dl mjölk och en smörgås.

#### **Typ 2 diabetes**

**Diagnoskriterier:** HbA<sub>1c</sub> ("långtidssocker") 48 mmol/mol eller högre vid två tillfällen. Fastande blodsocker 7 mmol/l eller högre vid två tillfällen. Icke-fastande blodsocker 11 mmol/l eller högre. Glukosbelastning (OGTT) 12,2 mmol/l eller högre.

Kronisk diagnos. Behandling: Levnadsvanor. Metformin (om bra njurfunktion). Ibland krävs tillägg av andra läkemedelsgrupper, t ex SGLT2-hämmare, GLP1-analoger, DPP-4-hämmare eller långtids-/måltidsinsulin.

Följs 2 ggr årligen på VC. Läkarbesök 1 g/år och diab.ssk-besök 1 g/år med 6 månaders mellanrum. *Individanpassas givetvis (följs ibland tätare, framför allt vid dålig metabol kontroll samt nydiagnostiserad).*

Inför läkarbesök: Bokning lab -> Provpaket "Diabetes – årskontroll" (fastande + urinprov) samt blodtryck.

Läkarbesök: 30 min.

Inför diab.ssk-besök: Bokning lab -> HbA<sub>1c</sub> samt blodtryck.

Diab.ssk-besök: 60 min.

## **OBS! Blodtryck**

Om förhöjt blodtryck (>140/85 mmHg), utan känd hypertoni-diagnos, bokas patienten in för 24-h-blodtrycksmätning och uppföljande besök hos husläkaren för ställningstagande till läkemedelsbehandling.

## **Prediabetes**

Ofta ett förstadium till Typ 2 diabetes. Inte en kronisk diagnos, utan man kan "bli av med den". Det finns olika typer; vanliga patienter som vi följer har IGT (nedsatt glukostolerans -> de som har avvikande höga blodsockervärden efter mat-/dryckesintag, bra med glukosbelastning) och/eller IFG (förhöjt fastblodsocker -> de som har avvikande höga blodsockervärden fastande på morgonen, behöver ej ha höga avvikande värden efter mat-/dryckesintag).

Följs vartannat år av diab.ssk. Läkarbesök vb. *Individanpassas givetvis.*

Inför diab.ssk-besök: Bokning lab -> HbA1c + fastande blodsocker samt blodtryck.

## **Blodsockermätare**

Patienter med typ 2 diabetes har rätt till att få en blodsockermätare. Vissa patienter (om de uppfyller olika kriterier) har rätt till blodsockersensor.

Vi lämnar oftast ut blodsockermätare AccuChek Instant.

SSK med förskrivningsrätt/DSK kan förnya och beställa uttag på teststickor och lancettrummor (nålar till pennan) i Beställningsportalen. Diab.ssk gör nyförskrivningar.

## **Bra att veta vid telefonrådgivning**

- Förskrivning, hur ofta mäta / 1177 / vilken mätare
- Remiss ögonbottenfotografering vanligen var 3:e år.
- Medicinsk fotvård – patient har rätt till det om avvikande fotstatus (fotstatus-kontroll görs av diab.ssk 1 g/år).
- Metformin – OBS vid dehydrering finns en risk för mjölksyraförgiftning! Om vätskebrist ska patienten göra uppehåll med Metformin. Se [https://janusinfo.se/download/18.10adba9e1616f8edbc9c69d/1535626534903/patinfo\\_metformin\\_171120.pdf](https://janusinfo.se/download/18.10adba9e1616f8edbc9c69d/1535626534903/patinfo_metformin_171120.pdf)
- Sår -> Prioritera patient med diabetes-diagnos.
- Kortison och infektioner höjer blodsocker.
- Ett tillfälligt högt blodsockervärde är inte farligt, låga värden mer observant. Insulinbehandling? Behöver patienten minska dosen insulin? Rådgör med diab.ssk eller läkare.
- Individuella värden, högt är olika, lågt är lågt.
- Diab.ssk har diabetesmaterial på sina rum som går bra att låna/lämna ut till patienter. Titta gärna vad som finns.
- Förbättringsarbete Nacka Strands VC: Mål att sänka blodtryck för typ 2 diabetes-patienter.

**Bilaga 2****Levnadsformulär i kallelsebrev för årligt läkarbesök**

TA MED DETTA FORMULÄR OCH LÄMNA VID DITT BESÖK

Dina svar kommer att utgöra en del av din patientjournal i TakeCare.

Nationella diabetesregistret är ett nationellt kvalitetsregister som samlar in uppgifter om värden och behandling hos patienter med diabetes. Samtycker du till att dina uppgifter registreras i Nationella diabetesregistret? JA  NEJ

**Levnadsvanor - självskattning**

Markera ett alternativ på varje fråga - det du brukar göra!

**1. Mina rökvanor - tobak**

Jag har aldrig varit rökare  Jag har varit rökare men slutade den: \_\_\_\_\_

Jag har slutat röka för mer än 6 månader sedan

Jag röker, men inte dagligen

Jag röker dagligen \_\_\_\_\_ cigaretter

Jag röker annan tobak än cigaretter dagligen

**2. Mina snusvanor - snusdosor**

Jag har aldrig varit snusare  Jag har varit snusare men slutade den: \_\_\_\_\_

Jag har slutat snusa för mer än 6 månader sedan

Jag snusar, men inte dagligen

Jag snusar dagligen, \_\_\_\_\_ dosor/vecka

**3. Mina alkoholvanor**

Standardglas ≡ 50 cl folköl / 33 cl starköl / 12-15 cl rött, vitt eller rosévin / 8 cl starkvin / 4 cl sprit

Hur många standardglas dricker du en vanlig vecka?

Jag dricker \_\_\_\_\_ standardglas per vecka



**Bilaga 3****MedRave-statistik för indikatorerna under årets gång****2024-06-05 (totalt 51 patienter med typ 2-diabetes)**

Indikator 1: 43% (22 patienter)

Indikator: 2: 14% (7 patienter)

Indikator 3: 30% (15 patienter)

**2024-09-04 (totalt 58 patienter med typ 2-diabetes)**

Indikator 1: 45% (26 patienter)

Indikator: 2: 19% (11 patienter)

Indikator 3: 65% (15 patienter)

**2024-10-16 (totalt 60 patienter med typ 2-diabetes)**

Indikator 1: 52% (31 patienter)

Indikator 2: 20% (12 patienter)

Indikator 3: 50% (12 patienter)

**2024-12-11 (totalt 67 patienter med typ 2-diabetes)**

Indikator 1: 57% (38 pat)

Indikator 2: 21% (14 pat)

Indikator 3: 40% (12pat)