

## Rutin

Godkänd av: Therese Varre Almesjö

Reviderat senast: 2025-07-25

## Rutin Nydiagnostiserad Diabetes

### Syfte

Säkerställa god och säker vård för diabetiker.

### Ansvarig i verksamheten

MLA/Verksamhetschef

### Omfattning

Vårdgivare

### Definitioner

Förklaringar av specifika begrepp eller termer som används i dokumentet, vid behov.

### 1. Diagnos och initial handläggning

- Diagnos ställs av läkare.

### Initiera spåret (görs av läkare)

#### Pat digital:

a) Telefon: Skicka länk

b) Visiba: Spår 6a

c) På rummet: Informera pat att de ska ta blodprover + ge dem papperslapp med QRkod för att fylla i formulär.

## Pat ej digital

1. Informera pat om att komma och ta blodprover fastande
2. Sätt upp pat på admintid till usk (Camilla) om att samla in formulärsvar för spår Diabetes. Usk avgör om det kan tas över telefon eller pat behöver komma in.

## 2. Svar inkommer formulärtid bokas för usk + dsk (30+45 min)

### 2. Undersköterska inhämtar data inför/i samband med sjuksköterskebesök:

- Samla in formulär, prover och undersökningar:
  - Blodtryck
  - Längd, vikt och midjemått
  - EKG
  - tåtrycksmätning
  - Säkerställa att prover är tagna.

## SSK besök

Områden som ska täckas:

Område	Innehåll
HbA1c-kontroll	Bedöm blodsockernivåer. Gå igenom egenkontroll vid behov.
Hälsokontroll	Fotstatus, munstatus.
Vikt/metabol kontroll	Information om viktens påverkan på blodsockret.
Kost och motion	Kostrådgivning och fysisk aktivitet. FaR vid behov.
Stöd och rådgivning	Hjälp patienten nå behandlingsmål. Utvärdera utbildningsbehov.
Tekniska hjälpmedel	Visa glukosmätare. Rekommendera mätfrekvens.

Remisser	Vid behov till dietist, fotterapeut eller andra specialister.
Ögonundersökning	Görs vid diagnos, därefter minst vart tredje år.
NDR	Registrera i Nationella Diabetesregistret.
Planering	Boka tid till läkare inom två veckor

Nästa steg: Lägg över ärendet i Visiba till allmänna inkorgen men markera att det ska till ansvarig läkare. Be läkaren om att ta ställning till om de kan sätta in mediciner och sätta målvärden på distans eller om de ska kalla in pat.

#### 4. Läkbesök

Områden som ska täckas:

Område	Innehåll
Medicinsk bedömning	Genomgång av hälsa, prover och tidigare behandling.
Behandlingsmål	Sätt individuella mål för blodsocker, blodtryck och blodfetter. Viktigt med tydlig plan och mål så att sköterskan kan följa upp patient.
Behandlingsöversyn	Bedöm måluppfyllelse och justera läkemedel vid behov.
Sjukdomsinformation	Informera om sjukdomsförlopp och komplikationer.
Specialistremisser	Vid behov.
Prover	Beställ nya prover.

Nästa steg: Sjuksköterska följer upp behandlingen

5. Sjuksköterskekontroll efter behov tills behandlingsmål uppnådda(video/telefon)

Områden som ska täckas:

Område	Innehåll
Symptomfrihet	Kontrollera frånvaro av hyperglykemisymtom.
Diagnosbekräftelse	Säkerställ att patienten förstått diagnosen.
Blodsockermål	Sätt och dokumentera individuella mål.
Insulinförståelse	För insulinbehandlade – säkerställ dosförståelse.
Insulinresistens	För typ 2 – informera om motion, vikt och läkemedel.
Symtomkunskap	Åtgärder vid hypo- och hyperglykemi.
Kostgenomgång	Minst 1–2 möten med diabetessköterska eller dietist.
Blodsockertester	Säkerställ att patient/närstående kan testa korrekt.
Långsiktiga risker	Informera om komplikationer och förebyggande åtgärder.
Blodtryck	Minst två kontroller. Behandla vid behov.
Ögonundersökning	Informera om vikten av regelbunden screening.
Fotvård	Råd om egenvård och bedöm behov av fotterapeut.
Urinprov	Förklara syftet med albuminprov.
NDR	Registrera i Nationella Diabetesregistret.

När mål uppnådda, sätt upp pat på väntelista.

## 6. Fortsatt uppföljning

Läkarkontroll efter 6 månader

Sköterskebesök efter 12 mån

Kallelser sker via väntelistan.

## **RUTIN FÖR ÅRSKONTROLL DIABETES – GUSTAFKLINIKEN**

### **🎯 SYFTE**

Att säkerställa en enhetlig, högkvalitativ och strukturerad årskontroll för alla patienter med diabetes, oavsett digital vana, samt att följa vårdspåret enligt Gustafklinikens rutiner.

Alla patienter med diabetes ska finnas på väntelistan för årskontroll. Detta är allas ansvar.

### **VID KONTAKT MED PATIENT:**

- Kontrollera att diagnosen diabetes är registrerad.
- Om patienten saknas på väntelistan → lägg upp med 6 månader från senaste läkar-/ssk-besök.

## **DSK BESÖKET (var 6:e mån)**

### **1. PATIENTEN KALLAS FRÅN VÄNTELISTAN**

#### **A. DIGITAL PATIENT**

##### **1. Om patienten står på väntelista:**

- a. Boka in på *Diabeteskontroll*-tidbok.

b. Skicka kallelsebrev + bilaga [Förberedelse diabeteskontroll.](#)

c. Lägg in prover: HBA1c

## 2. Om patienten är på annan linje:

a. **Visiba:** Starta spår 6a + beställ prover HBA1C

b. **Telefon/MBX:** Starta "Spår Diabetes" + informera patient om provtagning

c. **Fysiskt besök:** Ge pappersversion av *Förberedelse diabeteskontroll*+ *beställ prov HBA1C*

3. **Informera:** Inget händer om patienten inte fyller i formuläret – men uppmana att göra det.

## B. ICKE-DIGITAL PATIENT

1. Ring patienten och inhämta formulärsvar.

2. Informera om fastande prover (10 timmar innan) + beställ prover HBA1C

3. Boka besök: **USK + DSK**, tidstyp: *spårpatient läk/ssk/usk*.

## 2 . FORMULÄRSVAR INHÄMTADE & PROVER TAGNA

När formulär finns (via Visiba eller telefon) **och** prover är tagna:

### BOKA:

- **30 min USK**
- **45 min diabetessköterska (DSK)**  
Tiderna ska ligga **direkt efter varandra**.
- Tidstyp Spårpatient

## 3. USK + DSK BESÖK

### USK GÖR:

- Vikt & längd
- Midjemått
- Blodtryck
  - Vid högt BT → initiera hembloodtrycksmätning

- EKG
- Tåtrycksmätning (ABI)
- Kontrollera om formulär är ifyllt (digitalt el. papper)

### **DSK GÖR:**

- Enligt diabetessköterskerutin:
  - Genomgång av prover (HbA1c m.fl.)
  - Fotstatus
  - Läkemedelsgenomgång
  - Levnadsvanor
  - Planering inför läkarbesök vid behov

## **4. SÄTT UPP PATIENTEN PÅ VÄNTELISTA**

(Flöde nod #6)

När patienten är stabil och målvärden uppnåtts:

- Sätt upp på **väntelista för läkarbesök om 6 månader**.

## **Läkarbesöket (var 6:e mån)**

### **FRÅN VÄNTELISTAN**

1. Kalla till läkare (specialist i allmänmedicin).
  2. Boka in som "**Årskontroll Diabetes**".
  3. Skicka kallelsebrevet som ligger i TC.
  4. Beställ prover: "**Spår Diabetes Årskontroll**"
    - a. Sätt läkaren som vidimeringsansvarig.
  5. Sätt upp patienten på väntelista för **Diabetes DSK om 6 månader**.
- Kontrollera målvärden enligt tabellen i [Rutin Diabetes](#).

<b>Parameter</b>	<b>Kategori</b>	<b>Målvärde</b>	<b>Kommentar</b>
<b>HbA1c</b>	Normalt sett	<53 mmol/mol	
	Sköra äldre	<70 mmol/mol	Fokusera på symptomfrihet
	Nydiagnostiserad	42-48 mmol/mol	
	Debut lägre ålder	<42-48 mmol/mol	
	Avsaknad av manifest hjärt/kärl	<42-48 mmol/mol	
	Frekventa hypoglykemier	<70 mmol/mol	
	Svåra mikro- eller makrovaskulära komplikationer	<70 mmol/mol	
	Begränsad återstående livslängd	<70 mmol/mol	
<b>Blodtryck</b>	≤ 70 år	<130/80	Mottagningen
		<120-125/70-75	Hemblodtryck
		<120-125/70-75	24h mätning
	Albuminuri	<130/80	Mottagningen

		<120-125/70-75	Hem blodtryck
		<120-125/70-75	24h mätning
	> 70 år	≤140/80	Mottagningen
		<130-135/70-75	Hem blodtryck
		<130-135/70-75	24h mätning
	Äldre och sköra (över 85)	Högre tryck	
<b>LDL</b>	Ateroskleros	<1,4 mmol/l	
	Mikrovaskulära komplikationer från minst 3 lokaler	<1,4 mmol/l	Retinopati, mikroalbuminuri, neuropati
	Njurskada	<1,4 mmol/l	eGFR < 45 ml/min
			eGFR 45-59 ml/min + mikroalbuminuri
			Makroalbuminuri
	Mycket hög risk	<1,8 mmol/l	
	Måttlig risk	<1,8 mmol/l	
	<50 år + <10 års sjukdom + ej organskada + ej aterosklerotiska riskfaktorer	<2,6 mmol/l	
<b>Totalkolesterol</b>	Vid uttalad riskökning	<4,0 mmol/l	Ischemisk hjärt sjukdom eller stroke, rökning,

			hypertoni, hypertriglyceridemi, lågt HDL eller organskada som proteinuri
		<4,5 mmol/l	
<b>HDL</b>	Män	>1,0 mmol/l	
	Kvinnor	>1,3 mmol/l	
<b>Triglycerider</b>		<1,7 mmol/l	
<b>U-alb/krea index</b>		<3,0 mg/mmol	Utesluter mikroalbuminuri
		3,0-30,0 mg/mmol i 2 av 3 prover	Mikroalbuminuri
		>30 mg/mmol	Makroalbuminuri

### **Avvikelser och åtgärder**

*Avvikelse efter sedvanliga rutiner*

### **Dokumentation och arkivering**

*Dokumentation i patientjournal*

### **Uppföljning och revidering**

*Årligen*

*Verksamhetschef/MLA*