

2009-09-03

Socialstyrelsen  
Projektledare Tony Holm

## **Nationella riktlinjer för diabetesvården 2009**

Svenska Diabetesförbundet har inbjudits till att lämna synpunkter på den preliminära versionen av "Nationella riktlinjer för diabetesvården – beslutsstöd för prioriteringar". Vi har nedan angivit de avsnitt där vi antingen vill kommentera, önskar en ändring eller att en översyn görs. Det finns också några avsnitt där vi vill ha en tydligare, mer lättillgänglig text. Sidangivelserna avser beslutsstödet, när det vetenskapliga underlaget avses anges det speciellt.

### **Sidan 8**

#### **Kostnad för förebyggande åtgärder**

Sista meningen "Dessa kostnadsökningar....." vill vi att den tas bort. Det ligger hos respektive landsting att se över hur man kan balansera sina kostnader. Att i texten ange, att minskade kostnader kan uppnås genom att minska på förskrivningen av testmaterial och dyra läkemedel, kan ge legitimitet till att dra in på förskrivningen av till exempel blodsockerstickor. Förskrivningen av blodsockerstickor är redan idag ett stort problem för personer med typ 2-diabetes och bör inte ges som exempel på hur man kan spara pengar.

#### **Motivationshöjande samtal rekommenderas inte**

Det är många inom vården som gått utbildningar i motivationshöjande samtal (MI) och det har uppkommit en rad frågor kring att metoden inte rekommenderas när det gäller att motivera personer med diabetes till beteendeförändring. Vissa delar av metoden kan vara applicerbara när det gäller motivation till livsstilsförändringar som tiull exempel vid rökavvänjning.

I det vetenskapliga underlaget anges att metoden inte ger någon signifikant skillnad i HbA1c men det kan inte vara rätt mått för att utvärdera metoden. En livsstilsförändring med till exempel rökstopp ger andra fördelar än ett sänkt HbA1c.

Det är därför olyckligt att det anges som "bör inte användas".

Se vidare kommentarer till sidan 28, Motivationshöjande samtal.

### **Sidan 8-9**

#### **Glukoskontroll – egenmätning och läkemedel**

Sista stycket på sidan 9

Eftersom det är mycket diskussion kring egenmätning och typ 2 är det viktigt att det tydligt står vad som avses.

Texten "Däremot kan **det** vara motiverat vid speciella situationer ...."

**Det** syftar på systematisk egenmätning, är det korrekt?

Se vidare kommentarer till sidan 28-29, Glukoskontroll.

## **Diabetesfoten**

Sista stycket ”De patienter som har hög risk för fotsår eller som har felställningar i foten”, skriv ut **riskgrupp 2-4** (enligt NDR), då förtydligas budskapet.  
Se vidare kommentarer till sidan 34-35, Diabetesfoten.

## **Sidan 15**

### **Diabetes hos äldre**

I tredje stycket skrivs ”Frihet från symtom av högt blodglukos är ett absolut mål”. Där behöver även ”lågt blodglukos” anges som ett absolut mål. Det är vanligt att man inom vården inte uppmärksammar att blodsockersänkande mediciner ofta behöver minskas eller tas bort hos en åldrande person med diabetes.

I enlighet med ovanstående görs tillägg i fjärde stycket, sista meningen, med ”och för lågt blodsocker” efter ... risk för undernäring ...

Femte stycket, där skrivs begreppet ”assisterad egenvård”, det behöver förtydligas vad som menas med beteckningen, vem utför assisterad egenvård, landstinget, kommunen, anhörig?

## **Sidan 16**

### **Vård på lika villkor**

I andra stycket är det svårt att se vad som menas på grund av felskrivning, ta bort ett ”har en”.

## **Sidan 17**

### **Diabetessjukvården idag**

Där anges att fem procent av kvinnorna och sju procent av männen mellan 18-84 år har diabetes, den siffra som används i andra sammanhang är att cirka 4% av befolkningen har diabetes, varför den angivna uppdelningen?

### **Multiprofessionella team vanligt**

I andra stycket efter ”mål för behandlingen” behövs ett tillägg med ”och nedtecknas i en skriftlig Individuell vårdöverenskommelse”.

Det är också endast de medicinska riskerna som beskrivs, det bör tilläggas en rad om att livskvaliteten ska vägas in i målen för behandlingen.

### **Lång tradition av kvalitetsuppföljning**

Uppdatera antalet registrerade i NDR.

I sista stycket anges att en viktig framgångsfaktor är att personalen har erforderlig kompetens. Här skulle kunna anges den skrivna kompetensbeskrivning som finns för diabetessjuksköterskan, se vidare kommentarer till sidan 26-27.

## **Sidan 25**

### **Ögonbottenundersökning**

Under rubriken rekommendation behövs tillägget att ögonbottenfoto också ska göras vid debuten av typ 2-diabetes, det finns med i NR 1999 och beskrivs på sidan 112 i det vetenskapliga underlaget.

## **Sidan 25-28**

### **Omvårdnad**

#### **Utbildning**

Personer med diabetes har rätt till att få kunskaper om sin sjukdom, hur de ska uppnå ett bra blodsocker och en bra livskvalitet och det är positivt att gruppbaseade utbildningsprogram till personer med typ 2-diabetes har prioritet 3. När det gäller att utbildningsprogrammen ska ledas av personer med både ämneskompetens och pedagogisk kompetens är det viktigt att landstingen har tillgång till sådan kompetens hos den personal som träffar personer med diabetes.

Den personalkategori inom vården som står för merparten av grupputbildning är diabetessjuksköterskan och denna måste ha rätt kompetens (ämneskompetens och pedagogisk kompetens) för detta arbete.

Det är därför viktigt att landstingen anställer redan utbildade eller utbildar de sjuksköterskor som ska arbeta som diabetessjuksköterska. Utbildningen finns beskriven i ”Kompetensbeskrivning och förslag till utbildning för legitimerad sjuksköterska med specialisering i diabetesvård”, utgiven av SFSD och SSF. Det är bra om den skriften finns angiven på lämplig plats i riktlinjerna (till exempel på sidan 17 ”Lång tradition...”) så arbetsgivaren får vetskap om hur utbildningen till diabetessjuksköterska ska planeras. Ett stort problem är att utbildning till diabetessjuksköterska inte finns tillgänglig på många håll i Sverige. Det borde uppmärksammas på något sätt.

#### **Rekommendation**

Här rekommenderas grupputbildning till personer med typ 2-diabetes och gruppleadaren ska ha både ämneskompetens och pedagogisk kompetens. Vid typ 1-diabetes finns inte samma krav utskrivna på gruppleadaren. Det ser konstigt ut, även om det inte finns några studier i ämnet så borde rekommendationen av personal som ska leda gruppverksamhet vara densamma för både typ 1 och typ 2.

#### **Kulturanpassad diabetesvård och utbildning**

I det vetenskapliga underlaget finns överst på sidan 96 beskrivet vad kulturell anpassning kan omfatta och där anges – ”skrivet material översatt till patientgruppens språk”. Informationsmaterial översatt till andra språk finns knappast idag och behovet av det är mycket stort.

Landstingen måste ta sitt ansvar så att även personer som inte behärskar svenska språket kan få en skriftlig information om diabetes.

#### **Motivationshöjande samtal**

För den som har diabetes är den motivationshöjande delen i samtalet för att uppnå ökad motivation till beteendeförändring mycket viktig. När det gäller MI-metoden finns den beskriven i det vetenskapliga underlaget för NR. Den består av fyra principer där bland annat att ”stärka patientens egen förmåga att genomföra förändringar” samt ”att minska patientens eget motstånd till förändring” är två viktiga delar.

För den som ”utbildar” patienten och försöker att motivera till livsstilsförändring är det viktigt att man behärskar olika tekniker. Delar av MI-metoden kan vara ett redskap/teknik i sådana samtal.

Det är olyckligt att det är satt ett ”icke-göra” för metoden på grund av att den inte medfört en sänkning av HbA1c - allt kan inte räknas i HbA1c sänkningar!

Om det ändå anges som ett "icke göra" borde det förtydligas att det är metoden i sin helhet som avses och att det inte är fel att använda vissa delar i metoden. Det är extra olyckligt med ett "icke-göra" här då flera landsting har satsat på att utbilda sin personal i metoden.

## **Glukoskontroll**

### **Sidan 28-29**

När det gäller *riktad* egenmätning i förhållande till *systematisk* är ordvalen svåra att förstå. Kan *tillfällig eller sporadisk* samt *kontinuerlig* blodsockermätning bättre förklara vad som menas med de två olika sätten? Benämningen "sporadisk" har använts på sidan 37 (B10, näst sista stycket) i det vetenskapliga underlaget. Eftersom prioriteringarna kring blodsockermätning diskuteras och ifrågasätts så är det viktigt att de nationella riktlinjerna är tydliga genom att ha samma benämning i all skrivning.

Det är mycket viktigt att NR klart anger att riktad egenmätning har prioritet 3, alltså en hög prio, för att undvika diskussioner om att personer som inte har insulinbehandling inte ska få de blodsockersticker de behöver.

### **Sidan 53**

**Ekonomiska konsekvenser**, första stycket, anges att besparingarna på blodsockermätare beror på "hur många färre mätare som behövs för att täcka behovet *tillfälliga*(ytterligare en benämning på riktad-sporadisk) egenmätningar av blodglukos".

Resonemanget är märkligt. Mätare och lancetter måste finnas till hands för alla personer med diabetes då man måste ha dessa hjälpmedel oavsett om man ska göra riktade eller systematiska mätningar.

### **Sidan 55**

Samma resonemang som ovan, när det gäller att undervisa personer med diabetes i att använda blodsockermätare, finns i **Organisatoriska konsekvenser**, andra stycket. Där skrivs "Om den förändrade vårdpraxisen även leder till att färre personer per år påbörjar egenmätningar av blodglukos kan diabetesvården minska tid för introduktion och utbildning i hur teststickor och mätare används".

Även här är resonemanget felaktigt, man måste få kunskap om hur blodsockertestning utförs även om man ska använda det för riktad egenmätning.

I andra stycket diskuteras alternativ till mindre förpackningar. Där anges att landstingen skulle kunna göra en besparing med 85 miljoner kronor om en person med diabetes, som gör tillfälliga blodsockermätningar, under ett år endast skulle hämta ut en förpackning om 50 teststickor.

Det här är en olycklig formulering, den har redan missförstått och spridits bland personer med diabetes och vårdpersonal att nationella riktlinjerna föreslår att personer med typ 2-diabetes utan insulinbehandling endast får 50 stickor per år.

### **Sidan 30-31**

#### **Läkemedel vid typ 2-diabetes**

##### **Hälso- och sjukvården bör/kan**

Vid tillägg till metformin ges SU-preparat samt insulin prioritet 4 och behandling med meglitinider prioritet 8.

Många personer med typ 2-diabetes upplever tillägg med SU som problematiskt då insulinkänningar lätt uppkommer, speciellt vid oregelbundna måltider och spontan motion. Här finns ett alternativ, meglitinider, som tas i samband med måltid och därmed ger en

mycket större frihet i valet av tid för att äta. Meglitinider har också en mycket kortare duration vilket gör det lättare att motionera spontant. När det gäller alternativet insulin som tillägg, är det alltid ett större känslomässigt motstånd till att börja med måltidsinsulin än att ta en tablett.

De studier som ligger till grund för prioriteringsordningen visar att meglitinider har en HbA1c sänkning som är likvärdig den med SU (sidan 44, B 18 i det vetenskapliga underlaget).

Vi anser att livskvalitet (inte lika bunden av strikt måltidsordning, risken för insulinkänningar, möjlighet till spontan motion) ska vägas in och ge en högre prioritet för meglitinider.

## **Sidan 31-32**

### **Insulinbehandling vid typ 2-diabetes**

För de personer som har behandling med långverkande insulinanalog kan det vara oroande med skrivningen att hälso- och sjukvården inte bör välja den behandlingen som förstahandsval. Det är önskvärt att ett tillägg görs med att de som redan har en välfungerande behandling med långverkande insulinanalog inte behöver avsluta den och övergå till NPH-insulin. Kan också vara bra för sjukvården att få det förtydligat.

På sidan 64, under *organisatoriska konsekvenser* skrivs att ”långverkande insulinanaloger torde vara kostnadseffektiva för personer med typ 2 diabetes ”i bland annat hemsjukvården där assistans för injektion behövs”. Det behöver ligga mer centralt i skrivningen för att uppmärksammas eftersom annars långverkande insulinanaloger är ett ”bör inte” göra.

## **Sidan 34-35**

### **Diabetesfoten**

När det gäller diabetesfoten och bedömning av allvarlighetsgraden av problemen har vi till vår hjälp att använda riskgrupperna som numera finns mellan 1-4 enligt Nationella diabetesregistret. För att fotvården ska prioriteras på rätt sätt är det viktigt att riskgrupperna som avses i rekommendationerna och även i texten i övrigt i nationella riktlinjerna anges. För personer med diabetes är det viktigt att få tillgång till den fotbehandling som är rekommenderad till den typ av skada foten har och här ger angivande av riskgrupperna en vägledning.

### **Sidan 34**

#### ***Rekommendation***

Riskgrupp skrivs som ett tillägg till texten, ”vid allvarliga fotproblem som svårläkta fotsår och infektioner samt fotdeformiteter (*riskgrupp 3-4*), erbjuda .....

### **Sidan 35**

#### ***Rekommendation***

Riskgrupp skrivs som ett tillägg till texten ”erbjuda preventiv fotterapi vid diabetes (*riskgrupp 2*), när ....

Riskgrupp skrivs som ett tillägg till texten ”erbjuda ortopedteknisk behandling med skor eller fotbäddar till individer som bedöms ha hög risk (*riskgrupp 3*) att .....

## **Sidan 75**

### **Individuellt anpassad information**

I sista stycket beskrivs förtydligande av information från läkaren. Det är en något föråldrad beskrivning att det är läkaren som ger informationen (som sedan behöver upprepas), den som ofta står för merparten av informationen till patienterna är diabetessjuksköterskan.

## **Sidan 77**

### **Etiska överväganden inom diabetesvården**

I första stycket skrivs angående sjukdomen ”och inte sällan kan diagnosen till och med ge upphov till en upplevd kris”. När det gäller att få diagnos på en kronisk sjukdom med avancerad behandling är det sannolikt mer vanligt än ovanligt att det utlöser en kris. ”Till och med tas bort och ersätts med ”och det är vanligt att diagnosen ger upphov till en upplevd kris”.

Svenska Diabetesförbundet som ovan

Margareta Nilsson  
Ordförande

Åsa Jönsson  
Utredare/hälso- och sjukvårdsfrågor