

**FreeStyle Libre****Dokumenttyp**

Riktlinje

**Giltigt till och med**

2024-08-10

**Fastställt**

2021-07-26

**Reviderat**

2022-08-10

**Dokumentnr / Version**

577888 / Version 2

**Processägare****Handläggare**

Ida Eliasson Viklund (ivd005)

**Fastställare**

Åsa Bellander (abr013)

**Gäller för**

Primärvård Sollefteå Kramfors  
Primärvård Sundsvall Ånge  
Primärvård Sundsvall Härnösand  
Primärvård Örnsköldsvik  
Länsövergripande uppdrag primärvård  
Livsstilsmedicin Österåsen  
Privata vårdgivare

**Ytterligare information**

## Utvärdering om patient kan ha nytta av en kontinuerlig blodsockermätare (CGM), t.ex. FreeStyle Libre

**Patientens namn och personnummer:****Checklista**

För diabetessjuksköterska att svara på		Ja	Nej
1.	Har patienten fyrdos insulin		
2.	Är HbA1c över 60		
3.	Har patienten behövt hjälp av andra personer på grund av låga blodsockernivåer mer än en gång sista månaden		
Namnunderskrift			

För ansvarig läkare att svara på		Ja	Nej
1.	Finns tecken att det är en typ 1 diabetes		
2.	Finns kontraindikationer till alla andra behandlingsregimer än insulin (eg GFR<15)		
3.	Har andra diabetesregimer prövats och misslyckats		
4.	Ska patienten remitteras till medicinkliniken enligt behandlingslinje/kvalitetssäkrad vårdprocess diabetes		
5.	Uppfyller patienten kriterier för att prova kontinuerlig blodglukosmätning		
Namnunderskrift			

**Utvärdering:**

Om **diabetessjuksköterskefråga** 1 besvarats med Ja och minst en av frågorna 2 eller 3 besvarats med Ja, samt om **läkarfrågorna** 2 eller 3 besvarats med Ja och fråga 1 och 4 med Nej tar ansvarig läkare ställning till om fråga 5 ska besvaras med ja. Förskrivning av CGM på prov i sex månader kan då ske efter att vederbörande chef skrivit under att ordinationen är korrekt och att hälso-/vårdcentralen därmed betalar för apparat och sensorer.

Utskrivet av

Utskriftsdatum

Observera att ett utskrivet dokument kan vara inaktuellt, det gällande finns alltid på Intranätet

---

*Namnunderskrift, verksamhets-/enhetschef, ort och datum*

### Checklista för utvärdering efter sex månader om patient bör fortsätta med kontinuerlig blodsockermätare (CGM)

För diabetessjuksköterska att svara på		Ja	Nej
1.	Har patienten klarat att använda apparaten		
2.	Är HbA1c under 60		
3.	Har HbA1c sjunkit mer än tio enheter		
4.	Har patienten behövt hjälp av andra personer på grund av låga blodsockernivåer mer än en gång sista månaden		
<i>Namnunderskrift</i>			

För ansvarig läkare att svara på		Ja	Nej
1.	Uppfyller patienten kriterier för att fortsätta med kontinuerlig blodglukosmätning (HbA1c ska ha sjunkit, hypoglykemiförekomst ska ha minskat)		
<i>Namnunderskrift</i>			

#### Uppföljning:

Om patienten haft påvisad nytta av mätaren och uppfyller kraven för att fortsätta med kontinuerlig blodglukosmätare skriver chef under att ordinationen är korrekt och att hälso-/vårdcentralen därmed betalar för apparat och sensorer.

Checklista för utvärdering av CGM ska därefter användas en gång per år vid årligt besök hos diabetessjuksköterska samt skrivs under av chef.

---

*Namnunderskrift, verksamhets-/enhetschef, ort och datum*

### Relaterad information