

Kravspecifikation diabetes typ 2

Diabetes är en av landets största folksjukdomar med en registrerad prevalens på cirka 6 % av Sveriges befolkning (1). Majoriteten av personer med diagnostiserad diabetes, omkring 90–95 %, lever med diabetes typ 2 (2). Region Västernorrland har den fjärde högsta prevalensen av typ 2-diabetes bland Sveriges 21 regioner (3). Förekomsten av diabetes typ 2 bland personer under 40 år har nästan fördubblats 2006–2021 (4). De allra flesta personer med diabetes typ 2 behandlas i primärvården.

Kravspecifikationens syfte och mål

Syftet med kravspecifikationen för diabetes typ 2 är att ge en struktur för hur diabetesvården ska följas upp i primärvården. Uppföljningen ska bidra till kunskap om hur delar av vården fungerar, hur resultaten utvecklas och var det finns behov av förbättringar. Kunskap om resultat, utfall och variation ska ge förutsättningar för dialog och utveckling, vilket i sin tur kan stödja och styra insatser för att nå målen med en säker, strukturerad och jämlik diabetesvård av hög kvalitet i hela regionen.

Kravspecifikationen beskriver inte hela innehållet i diabetesvården, utan lyfter ut de delar som regionen särskilt vill följa upp och mäta. Vården och det medicinska innehållet vägleds och regleras av kunskapsstyrningen såsom nationella riktlinjer, läkemedelsrekommendationer från läkemedelskommittén, regionala behandlingslinjer och professionens ansvar.

Organisation och kompetens

Vårdgivaren ska se till att vårdcentralen har tillgång till nödvändig kompetens och tillräckliga resurser för att ge en säker och sammanhållen diabetesvård. Det ska finnas en diabetessjuksköterska med dokumenterad kompetens inom diabetesvård, eller en plan för hur sådan kompetens och det utrymme som krävs för uppdraget ska byggas upp.

Organisationen ska möjliggöra att patienter med diabetes får en samordnad och behovsbaserad uppföljning av relevanta professioner.

Strukturerad uppföljning och komplikationsprevention

Patienter med diabetes typ 2 ska omfattas av ett systematiskt uppföljningsarbete. Uppföljningens innehåll och intervall ska anpassas efter patientens individuella riskprofil, glykemiska kontroll, komplikationsstatus och samsjuklighet, i enlighet med evidens som stödjer behovsbaserad och individualiserad uppföljning.

Uppföljningen ska omfatta de delar som krävs för rapportering till Nationella Diabetesregistret (NDR). Vid avvikande värden eller behov av tätare uppföljning ska vårdkontakten intensifieras utifrån en individuell bedömning och med lämplig profession.

Vårdgivaren ska säkerställa att det finns rutiner, eller en plan för att ta fram sådana rutiner, som möjliggör att årskontroller aktivt erbjuds patienter med diabetes typ 2.

Vårdgivaren ska även säkerställa att komplikationsförebyggande kontroller genomförs enligt nationellt kliniskt kunskapsstöd 1177 för vårdpersonal.

Levnadsvanor och egenvårdsstöd

Vårdgivaren ska erbjuda stöd vid ohälsosamma levnadsvanor enligt nationella kliniska kunskapsstöd 1177 för vårdpersonal.

Vårdgivaren ska erbjuda patientutbildning vid nydebuterad diabetes och vid behov, med syfte att stärka patientens egenvård och förmåga att hantera sin sjukdom.

Dokumentation och kvalitetsarbete

Vårdgivaren ska årligen registrera patienter med diabetesdiagnos som godkänt hantering av personuppgifter i NDR enligt nationella riktlinjer. Dokumentation ska ske strukturerat så att erforderliga uppgifter överförs till kvalitetsregister.

Vårdgivaren ska använda NDR-data i sitt systematiska kvalitetsarbete, följa upp resultaten regelbundet och analysera dem i team med syfte att identifiera och åtgärda förbättringsområden.

Samverkan

Vårdgivaren ska samverka med;
specialistvård vid behov,
kommunal hälso- och sjukvård för patienter med hälso- och sjukvård i hemmet eller stora omsorgsbehov.

Vid inskrivning för hälso- och sjukvård i hemmet eller särskilt boende bör en vårdplan upprättas.

Uppföljning

Uppföljning av kraven i specifikationen sker årligen vid dialogsamtal med verksamheterna, se även indikatorer för uppföljning, bilaga 1, Uppföljning – indikatorer och kriterier.

Bilaga 1. Uppföljning – indikatorer och kriterier

Indikatorerna i tabell 1 är uppföljningsverktyg med olika syften. Strukturindikatorer mäter förutsättningar och system, processindikatorer mäter vad verksamheten gör och resultatindikatorer mäter resultat och risk på grupp nivå.

Indikator	Kriterier enligt specifikation	Typ av indikator	Uppföljning
Förekomst av diagnos diabetes typ 2	PVQ Diabetes Di01	Strukturmått	Observeras
Andel patienter med diabetes som har dokumenterade uppföljningsparametrar	PVQ Diabetes Di05U	Struktur- och processmått	Observeras
Andel patienter med diabetes som varit på fysiskt besök och har dokumenterade uppföljningsparametrar, sjuksköterska	PVQ Diabetes Di05S	Struktur- och processmått	Observeras
Andel patienter med diabetes som varit på fysiskt besök och har dokumenterade uppföljningsparametrar, läkare	PVQ Diabetes Di05L	Struktur- och processmått	Observeras
Andel patienter med diabetes typ 2 som har HbA1c >70	PVQ Diabetes Di02H	Resultatmått	Målnivå <10%
Andel patienter med diagnos diabetes typ 2 som har fått fotundersökning	PVQ Diabetes Di08	Processmått	Observeras*

Tabell 1. Indikatorer och uppföljning per vårdenhet. * Målnivå se Nationella riktlinjer för diabetesvård, Socialstyrelsen.