



DIABETOLOG
NYTT

År 2022 Årgång 35 Nr 3

SVENSK FÖRENING FÖR DIABETOLOGI

Mål och målsättningar svensk diabetologi 2022



SVENSK FÖRENING FÖR DIABETOLOGI
SWEDISH SOCIETY FOR DIABETOLOGY

Redaktör

Doc Stig Attvall
stig.attvall@medicine.gu.se

Ansvarig utgivare

Docent
Magnus Löndahl
Endokrinologen
Skånes Universitetssjukhus SUS
Lasarettsgatan 15
221 85 Lund

Annonsansvarig

annons.dn@gmail.com

Adress till redaktionen

Doc Stig Attvall
Diabetescentrum, Blå Stråket 5
SU/Sahlgrenska
413 45 Göteborg

Internet

www.diabetolognytt.com
www.dagensdiabetes.se
med dagliga uppdateringar av
diabetesnyheter
www.svenskdiabetes.se

Medlemsavgift

200:- per år
Bankgiro: 5662-5577
Swishkonto: 123 084 9125

Tryck

Danagård LITHO



Miljömärkt Trycksak 3041 0196

ISSN 1401-2618



DIABETOLOGNYTT

Medlemstidning för Svensk Förening för Diabetologi

År 2022 Årgång 35 Nr 3 Specialnummer – uppdaterad version 221026

Förord	5
1. Livskvalitet	6
2. Diagnos	7
3. Egenvård	9
4. Prediabetes	10
5. Glykemisk kontroll vid typ 1 diabetes	11
6. Glykemisk kontroll vid typ 2 diabetes	12
7. Lipid kontroll	13
8. Blodtryckskontroll	14
9. Rökfrihet	15
10. Skydda synen	16
11. Skydda njurarna	17
12. Skydda hjärtat	18
13. Skydda fötterna	19
14. Kvalitetsarbete	20
15. Språkbruk	21
Lästips	22
Måluppfyllelse och visioner	23

Förord

Över en halv miljon personer i Sverige har diabetes och sjukdomen kan debutera i alla åldrar. Diabetes är en komplex livslång sjukdom, som påverkar individens dagliga liv och som kräver regelbunden kontakt med hälso- och sjukvården. Behandlingen inkluderar en omfattande och kontinuerlig egenvård liksom en strategi för multifaktoriell riskreduktion för att undvika kort- och långsiktiga hälsorisker associerade med sjukdomen. Data, som stödjer den hälso- och livskvalitetsförbättrande nyttan av ett flertal interventioner, är omfattande.

Svenska Förening för Diabetologi (SFD) vill med detta dokument lyfta fram femton särskilt viktiga och aktuella aspekter kring sjukdomen och dess behandling hos vuxna med diabetes. Allt i syftet att främja god hälsa och livskvalitet på kort och lång sikt för personer med diabetes.

Dokumentet utgör inte en behandlingsriktlinje eller ett vårdprogram utan är att betrakta som ett reflektionsunderlag. De kvalitetsmål som följer merparten av punkterna är satta av SFDs styrelse för att belysa vad som torde vara möjligt att nå i en avgränsbar framtid.

All behandling utgår från en individuell bedömning, där hos vuxna, biologisk men inte kronologisk, ålder kan ha betydelse. Svensk diabetesvård bygger på ett nära samarbete mellan patient och diabetesteamets alla medlemmar; diabetessjuksköterskans funktion är av stor betydelse. Alla öppenvårdsenheter med patientansvar för diabetesvård har en namngiven diabetesansvarig läkare. Allokeringen av diabetessjuksköterske-, dietist- och läkarresurser ska matcha vårdbehovet och är grunden för långsiktigt framgångsrika behandlingsresultat.

Tillsammans, med hjälp av klokskap, livsstilsförändringar, moderna läkemedel, medicinsktekniska landvinningar och humanism, skapas god livskvalitet.

Helsingborg maj 2022

Styrelsen för Svensk Förening för Diabetologi

Magnus Löndahl
Ordförande

Neda Rajamand Ekberg
Vetenskaplig sekreterare

Stig Attvall

Soffia Gudbjörnsdottir

Margareta Hellgren

Jarl Hellman

Stefan Jansson

Julia Otten

Sophia Rössner

Frida Sundberg

1. Livskvalitet

Syftet med diabetesvård är att möjliggöra god hälsa och livskvalitet på kort och lång sikt för personer med diabetes. Personer med diabetes lever med sjukdomen dygnet runt och fattar självständiga beslut kring behandlingen i varje dag.

För att kunna ge individanpassat stöd och god personcentrerad vård måste diabetesteamet känna och möta den unika personens behov och önskan. Kontinuitet i vården är angeläget och särskild uppmärksamhet behövs vid perioder i livet då personen med diabetes byter vårdkontakter, till exempel i överföring mellan barn- och vuxensjukvård, och då många vårdkontakter behövs, exempelvis vid samsjuklighet och om komplikationer uppstått. Uppföljning av personer med diabetes behöver individanpassas, såväl avseende fysiska besök på mottagning eller distansbesök som riktad utbildning, individuellt eller i grupp. Alla möjligheter att förbättra livskvaliteten bör beaktas och utvärderas.

Hälsorelaterad livskvalitet bör inkluderas som en naturlig del i såväl samtalet med patienten som i utvecklings- och forskningsprojekt.

2. Diagnos

Det finns idag en stor grupp personer med odiagnostiserad diabetes. Tid med förhöjda glukosvärden påverkar både komplikationsutveckling och livskvalitet och det är därför angeläget att minimera den. Riktad och återkommande screening av personer med förhöjd risk, såsom de med prediabetes, ärftlighet för diabetes, tidigare gestationsdiabetes, genomgången kardiovaskulär sjukdom, hypertoni, hyperlipidemi eller obesitas ökar möjligheten för tidig diagnostik och därmed insatt behandling.

Metoder för diagnostik av diabetes. I avsaknad av tydliga kliniska symtom ska resultatet bekräftas med samma eller annat test vid senare tidpunkt. Venösa blodprover			
Metod	Normalt	Prediabetes	Diabetes
Faste-glukos (mmol/l)	- 6,0	6,1 - 6,9	7,0 -
2h OGGT (mmol/l)	- 7,7	7,8 - 11,0	11,1-
HbA1c	- 41	42 - 47	48 -
Slumpmässigt glukosvärde (mmol/l)			11,1 -

Vid fasteglukos nära diagnosgränsen eller hög misstanke om diabetesdiagnos rekommenderas peroral glukostoleranstest. Hos barn är slumpmässigt tagna glukosprov en metod att rekommendera.

Vid nydiagnostiserad diabetes är blodketonmätning en bra metod för att identifiera individer med behov av oförförlig insulinbehandling.

Initial handläggningsnivå vid nydiagnostiserad diabetes	
Barn med misstanke om diabetes	Remitteras alltid omgående till barnakuten.
Vuxna med primär misstanke om typ 1 diabetes	Remitteras till medicinakuten eller efter direktkontakt med läkare till en endokrin- eller medicinmottagning.
Vuxna med primär misstanke om typ 2 diabetes	Omhändertas primärt inom primärvården. Vid höga blodglukosnivåer avgör allmäntillstånd och nivå av blodketoner om patienten skall remitteras till medicinkutmottagning.

Diabetes mellitus är ett kluster av olika sjukdomar med den gemensamma nämnaren att glukosregleringen är påverkad genom minskad insulinfrisättning och/eller minskad insulinkänslighet. Då orsaken till diabetes-sjukdomen kan påverka såväl prognos som behandling är det angeläget att klassificera sjukdomen rätt; inte minst gäller detta diabetes med absolut insulinbrist, monogen diabetes och diabetes orsakad av andra endokrina sjukdomar. Hos medelålders personer med typ 2 diabetes-insjuknande, men utan typiskt BMI eller annan riskprofil bör utredning avseende pankreas-malignitet övervägas.

KVALITETSMÅL DIABETESDIAGNOSTIK

- Samtliga barn med misstänkt eller nydiagnosticerad diabetes bedöms på barnakutmottagning samma dag som misstanken väckts
- Samtliga enheter som behandlar personer med diabetes kan mäta blodketoner på sin enhet

3. Egenvård

Egenvård är av mycket stor betydelse för personer med alla typer av diabetes. Egenvården omfattar de flesta aspekter av behandling samt förebyggande åtgärder och inkluderar större delen av individens tid. Regelbunden glukosmätning, förmåga att värdera glukosnivåer och vidta lämpliga åtgärder utifrån dessa, god följsamhet till läkemedelsordinationer, regelbunden fysisk aktivitet, goda kost- och sömnvanor är några av dessa.

Det ingår i den legitimerade sjukvårdspersonalens arbetsuppgifter att definiera vad som är egenvård och att tillsammans med personen med diabetes planera hur denna skall genomföras i den individuella egenvårdsplanen. För personer som av olika orsaker, som ålder eller funktionsvariation, inte själv kan genomföra egenvården ingår den i det personliga omsorgsbehovet. Sjukvården har då ansvar för att utfärda en skriftlig egenvårdsplan och utbilda omsorgspersonalen i egenvårdens genomförande.

Utbildning och stöd till egenvård utgör grundpelarna för en god diabetesvård. Metoderna bör individanpassas utifrån patientens behov och förmåga och kan utöver individuella fysiska besök inkludera gruppbesök, diabeteskolor, digital information och konsultation.

Personer med diabetes bör liksom alla andra genomföra någon form av fysisk aktivitet med måttlig intensitet eller högre minst 150 minuter i veckan fördelat över tre eller fler tillfällen. Regelbunden träning av styrka och balans är viktigt och betydelsen av detta ökar med stigande ålder. Stillasittande bör undvikas.

Vid övervikt rekommenderas viktminskning. Viktreducerande strategier bör vara långsiktiga. Vid BMI över 25 kg/m² rekommenderas en viktning av minst 5 %.

KVALITETSMÅL EGENVÅRD

- Samtliga enheter som behandlar personer med diabetes har minst tre olika strategier/metoder för stöd till egenvård
- Alla personer med diabetes ska ha en individuell utformad egenvårdsplan
- Alla personer med behov av stöd för genomförande av egenvården skall ha en skriven individuell egenvårdsplan där konkreta behov av insatser definieras

4. Prediabetes

Prediabetes inkluderar alla med förhöjd fasteglukos, nedsatt glukostolerans vid 75 g 2-timmars glukosbelastning eller HbA1c mellan 42-47 mmol/mol. Gränsen för förhöjd faste-glukos varierar mellan de stora diabetesorganisationerna. SFD rekommenderar att WHO-gräns om 6,1 mmol/l tillämpas i Sverige.

Risken för ohälsosamma effekter av en påverkad metabolism är hos individer med prediabetes större än hos de med lägre glukosnivåer, men lägre jämfört med de med etablerad typ 2 diabetes. Risken att insjukna i typ 2 diabetes inom en fem årsperiod är mellan 25 och 50 % hos de med ett HbA1c mellan 42 och 47 mmol/mol.

Ökad fysisk aktivitet och viktreduktion förbättrar den metabola kontrollen och första linjens behandling bör fokusera på detta. Även om formell indikation saknas kan tidigt insättande av metformin övervägas hos de yngre med prediabetes.

Alla med prediabetes bör kontrollera fasteglukos och HbA1c åtminstone årligen.

5. Glykemisk kontroll vid typ 1 diabetes

Ett lägre HbA1c förebygger och senarelägger risken för diabetesrelaterade komplikationer och förtida död. Idag eftersträvas att majoriteten av alla med typ 1 diabetes har ett normaliserat HbA1c utan förekomst av allvarliga hypoglykemier. Detta kan uppnås genom kunskap, psykosocialt stöd, aktiv läkemedelsjustering och hög användningsgrad av medicinsktekniska hjälpmedel.

Kontinuerlig glukosmonitorering (CGM) ökar möjligheten till stabila glukosprofil, lägre antal hypoglykemier och lägre HbA1c. Tid inom ett visst glukosfönster (t.ex. ”time-in-range” TIR) och realtidsinformation om glukoskoncentrationen är stabil, stigande eller sjunkande utgör viktiga redskap för detta. Patientens användning av dessa bör diskuteras med diabetesteamet.

Faktorer som stärker möjligheten till god glukoskontroll och förbättrad livskvalitet för personer med typ 1 diabetes är bland annat

- utbildning i kolhydraträkning
- tillgång till kontinuerlig glukosmätning
- att patientens medicinska behov styr tillgång till insulinpump, inklusive hybridpumpsystem
- att patienter med pumpbehandling, liksom de med ökad risk för ketoacidosis, har tillgång till egenmätning av blodketoner
- god kännedom om åtgärder vid hypoglykemi, inklusive glukagonbehandling vid allvarlig hypoglykemi. Glukagon förskrivs utifrån patientens önskemål och behov. Gravida med typ 1 diabetes har tillgång till glukagon

KVALITETSMÅL GLYKEMISK KONTROLL VID TYP 1 DIABETES VUXNA UPP TILL 75 ÅR

- Andel med HbA1c under 52 mmol/mol överstiger 35 %
- Andel med HbA1c under 57 mmol/mol överstiger 75 %
- Andel med HbA1c under 70 mmol/mol överstiger 87 %
- Mer än 70 % av tiden eftersträvas glukos mellan 3,9 och 10 mmol/l
- Andel av tid med glukos under 3,9 mmol/l respektive 3,0 mmol/l understiger 4 respektive 1 %

6. Glykemisk kontroll vid typ 2 diabetes

Ett lägre HbA1c förebygger och senarelägger risken för diabetesrelaterade komplikationer och förtida död. Idag eftersträvas att mer än två tredjedelar av alla med typ 2 diabetes utan förekomst av allvarliga hypoglykemier har ett HbA1c på prediabetesnivå eller lägre.

Redan vid debut av diabetes är det viktigt att snabbt uppnå en god glukoskontroll för att minska risken för komplikationer. Detta kan åstadkommas genom kunskap, psykosocialt stöd, regelbunden uppföljning och aktiv läkemedelsanvändning.

Vid typ 2 diabetes utgör viktkontroll och ökad fysisk aktivitet förstahandsbehandling tillsammans med metformin. Kontinuerlig glukosmätning bör erbjudas alla med basal-bolus insulinbehandling, som inte uppnår sitt glykemiska mål utan hypoglykemier.

HbA1c-mål bör inte användas för sköra äldre. Där är de primära behandlingsmålen livskvalitet och undvikande av symtomgivande hyper- och hypoglykemier.

Hos individer med aterosklerotisk kärlsjukdom, hjärtsvikt eller njurkomplikationer skall behandling med SGLT-2 hämmare eller GLP-1-receptoragonist erbjudas, såvida uppenbara skäl däremot inte föreligger, se punkterna 11 och 12.

KVALITETSMÅL GLYKEMISK KONTROLL VID TYP 2 DIABETES VUXNA UPP TILL 75 ÅR

- Andel med HbA1c under 48 mmol/mol hos de med diabetesduration kortare än 2 år överstiger 80 %
- Andel med HbA1c under 52 mmol/mol överstiger 70 %
- Andel med HbA1c under 57 mmol/mol överstiger 85 %
- Andel med HbA1c under 70 mmol/mol överstiger 93 %
- Andel av de med aterosklerotisk kärlsjukdom, hjärtsvikt eller njurkomplikation som har behandling med SGLT-2 hämmare eller GLP-1 receptor överstiger 70 %

7. Lipid kontroll

Vid diabetes föreligger ofta lipidrubbingar, vilket bidrar till den förhöjda risken för hjärtkärlsjukdom. Vid typ 2 diabetes utgörs lipidrubbingarna oftast av låga HDL-nivåer, förhöjda triglyceridnivåer samt förlängd hyperlipidemi efter måltid. Vid typ 1 diabetes är HDL snarast något förhöjt, men det är oklart om detta innebär ett skydd mot hjärtkärlsjukdom.

Lipidstatus kontrolleras vid diabetesdiagnos, därefter årligen och bör omfattas totalkolesterol, HDL-kolesterol, triglycerider samt LDL-kolesterol. Livsstilsåtgärder i kombination med statin är förstahandsbehandling. Vid otillräcklig effekt kompletteras behandlingen i första hand med ezetimib, i andra med PCSK-9 hämmare.

Primärprevention

Individer i åldern 40-75 år utan hjärtkärlsjukdom bör erbjudas statin i måttligt-hög dos i kombination med livsstilsåtgärder. Hos yngre individer (20-39 år) kan statinbehandling övervägas om det finns övriga riskfaktorer.

Vid hög risk såsom multipla riskfaktorer bör hög-intensiv statinbehandling initieras och tidigt kombineras med ezetimib med målet att reducera LDL-nivån med minst 50 %.

Sekundärprevention

Hög-dos statinbehandling skall sättas in oavsett ålder tillsammans med livsstilsåtgärder, i kombination med ezetimib vid otillräcklig behandlingseffekt. Vid diabetes och hjärtkärl-sjukdom där risken bedöms hög bör PCSK-9 hämmare övervägas om målnivåer inte uppnås.

Hos äldre patienter avgör patientens sammanvägda medicinska tillstånd om/när lipidsänkande behandling initieras eller seponeras.

KVALITETSMÅL DYSLIPIDEMI HOS INDIVIDER 40 TILL 75 ÅR

- Vid hög kardiovaskulär risk, andel med LDL under 1,8 mmol/l mer än 85 %
- Andel med LDL under 2,5 mmol/l mer än 85 %
- Andel med årlig uppföljning mer än 90 %

8. Blodtryckskontroll

Högt blodtryck är en riskfaktor för kardiovaskulär sjukdom och mikrovaskulära diabeteskomplikationer såsom nefropati och retinopati. Behandling minskar risken för kardiovaskulära händelser, mikrovaskulära komplikationer och hjärtsvikt.

Blodtryck mäts sittande efter 5 minuters vila och höga blodtrycksvärden ska konfirmeras med blodtrycksmätning en annan dag. 24-timmars blodtrycksmätning bör finnas tillgängligt vid samtliga vårdenheter som behandlar personer med diabetes. Individer med blodtryckssänkande behandling bör regelbundet genomföra hembloodtrycksmätning och kontakta sitt diabetesteam vid upprepade dysreglerade nivåer.

Även hos personer med diabetes bör möjlighet av sekundär hypertoni beaktas.

Läkemedelsbehandling initieras senast vid blodtryck överstigande 139/84 mm Hg. Hos yngre individer, individer med förhöjd kardiovaskulär risk eller albuminuri eftersträvas blodtryck lägre än 130/80 mm Hg.

Hos äldre individer, personer med autonom neuropati eller ortostatism bör blodtrycket sänkas med försiktighet och lägre nivåer undvikas.

Blodtryck, S-kreatinin och elektrolyter bör kontrolleras minst årligen hos dessa patienter.

KVALITETSMÅL BLODTRYCK HOS INDIVIDER MELLAN 18 OCH 75 ÅR

- Andel med blodtryck understigande 140/85 mm Hg överstiger 70 %
- Vid etablerad njursjukdom eller förhöjd kardiovaskulär risk, blodtryck understigande 130/80 mm Hg överstiger 80 %
- Andel med årlig dokumenterad blodtryckskontroll överstiger 90 %

9. Rökfrihet

Rökning utgör en av de vanligaste orsakerna till makro- och mikrovaskulära komplikationer och förtida död hos personer med diabetes. Tobaksanamnes bör tas årligen.

Diabetesvården behöver arbeta preventivt, så att ingen person med diabetes börjar använda tobak. Särskilt viktigt är detta preventiva arbete under barn- och ungdomsåren. För den som etablerat beroende av tobak, är rökstopp en mycket viktig preventiv åtgärd för att minska risken för komplikationer. Att sluta röka ger stora säkerställda positiva effekter på framtida sjuklighet och förtida död.

Personer som röker bör erbjudas kvalificerat rådgivande samtal eller stöd från enheten eller rökavvänjningsmottagning med tillägg av läkemedel för rökavvänjning.

SFD förordar en nollvision, dvs att ingen med diabetes ska röka.

KVALITETSMÅL AVSEENDE RÖKNING HOS INDIVIDER UNDER 75 ÅR

- Andelen icke-rökare ska överstiga 92 %
- Samtliga tobaksanvändare erbjuds årligen intervention för att uppnå rökstopp

10. Skydda synen

Risken för att utveckla retinopati ökar med stigande HbA1c och börjar redan vid HbA1c omkring 50 mmol/mol. Normaliserat HbA1c, god blodtryckskontroll och rökstopp minskar risken för diabetesrelaterad synpåverkan såsom nedsatt visus, färgsinne, synfält och blindhet.

Vid allvarlig retinopati ska skyndsamt beslut tas avseende anti-VEGF eller fokal laserbehandling.

SFD förordar en nollvision, d.v.s. att ingen med diabetes behöver riskera allvarlig synnedsättning.

En förutsättning för detta är att ögonbottenfotoundersökningar görs enligt Socialstyrelsens riktlinjer och att enbart medicinska faktorer avgör tid till behandling. Behandlande läkare för patientens diabetes har ett delansvar i att ögonbottenundersökningar sker enligt rutin med en fungerande vårdkedja för patienten.

Vid hastigt uppkommen synnedsättning kontaktas ögonläkare akut. Patienter med allvarlig diabetesretinopati bör ha en namngiven patientsvarig specialist i ögonsjukdomar.

Ögonbottenfotoundersökning ska göras i tidig graviditet hos samtliga med känd diabetes.

KVALITETSMÅL AVSEENDE SYNSKYDDANDE ÅTGÄRDER HOS INDIVIDER UNDER 75 ÅR

- Andel med juridisk blindhet p.g.a. diabetes understiger 0,1 %.
- Andel som inom nationella riktlinjer genomförd ögonbottenfotoundersökning överstiger 95 %
- Hos de med nydiagnostiserad typ 2 diabetes, andel med genomförd ögonbottenfotoundersökning inom 3 månader från diagnos överstiger 95 %

11. Skydda njurarna

Diabetesnefropati är en potentiellt allvarlig diabeteskomplikation som kan leda till dialys och transplantation. Tillståndet är en stark riskfaktor för hjärtkärlsjukdom och förtida död.

God metabol kontroll, god blodtryckskontroll och rökstopp är viktiga åtgärder för att minska risken för nefropati och njurfunktionsnedsättning. Eftersom njursjukdom sällan ger symptom initialt är det nödvändigt med en regelbunden, minst årlig, screening av albuminuri och njurfunktion.

Vid diabetesnefropati eller njurfunktionsnedsättning bör behandling med ACE-hämmare eller ARB i kombination med SGLT-2 hämmare initieras såvida kontraindikationer inte föreligger. I nästa steg övervägs GLP-1 receptor agonist.

Vid avsaknad av egen insulinproduktion förordas särskild försiktighet vid insättning av SGLT2-hämmare på grund av ökad risk för ketoacidosis.

KVALITETSMÅL AVSEENDE NJURSKYDDANDE ÅTGÄRDER HOS INDIVIDER UNDER 75 ÅR

- Typ 1 diabetes, andel med albuminuri understiger 9 %
- Typ 2 diabetes, andel med albuminuri understiger 18 %
- Andel med eGFR < 60 ml/min/m² understiger 10 %
- Typ 2 diabetes och eGFR < 60 ml/min/kg, andel med SGLT-2 hämmande behandling överstiger 70 %
- Andel i behov av aktiv uremivård understiger 0,5 %.

12. Skydda hjärtat

Aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom och hjärtsvikt är allvarliga komplikationer till diabetessjukdomen. För att förebygga och behandla aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom och hjärtsvikt ska helst multipla riskfaktorer påverkas samtidigt; övervikt, fysisk aktivitet, hälsosamma matvanor, rökning, hypertoni, dyslipidemi, blodsocker och albuminuri.

Diabetesrelaterad neuropati kan maskera klassiska ischemiska symptom på aterosklerotisk kärlsjukdom, såsom bröstsmärta och fönstertittarsjuka. Atypiska symptom (t.ex. oförklarlig dyspné, obehag i bröstet), tecken för kärlsjukdom (stroke, TIA, blåsljud över karotiderna, claudicatio, perifer kärlsjukdom) eller avvikande EKG (t.ex. Q-våg) bör därför med stor lyhördhet föranleda kardiell utredning.

Hypoglykemi, i synnerhet hos de med autonom neuropati, är en riskfaktor för allvarlig arytmi och bör således undvikas i denna patientgrupp.

Vid känd aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom rekommenderas behandling med acetylsalicylsyra. Dubbel trombocythämning ges i minst ett år efter akut koronart syndrom. Vid stabil kranskärlssjukdom övervägs lågdos rivaroxaban. Vid aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom eller hjärtsvikt överväg behandling med ACE-hämmare eller ARB.

Vid typ 2 diabetes och hjärtsvikt rekommenderas behandling med SGLT-2 hämmare.

Vid typ 2 diabetes och etablerad kardiovaskulär sjukdom rekommenderas behandling med SGLT-2 hämmare och/eller GLP-1 receptoragonist.

Vid ökad risk för aterosklerotisk kärlsjukdom övervägs behandling med GLP-1 receptoragonist eller SGLT-2 hämmare.

Vid avsaknad av egen insulinproduktion förordas försiktighet vid insättning av SGLT2-hämmare på grund av ökad risk för ketoacidosis.

KVALITETSMÅL FÖR ATT SKYDDA HJÄRTAT HOS INDIVIDER UNDER 75 ÅR

- Typ 2 diabetes och genomgången kardiovaskulär händelse, andel med SGLT-2 hämmare eller GLP-1 receptoragonist överstiger 70 %
- Typ 2 diabetes och hjärtsvikt med reducerad ejektionsfraktion, andel med SGLT-2 hämmare överstiger 70 %
- Individer med genomgången kardiovaskulär händelse och perifer neuropati, nolltolerans för allvarlig hypoglykemi

13. Skydda fötterna

Fotsår är en allvarlig och vanligt förekommande komplikation till diabetes och utgör i västvärlden fortsatt den vanligaste orsaken till icke-traumatiska amputationer i nedre extremiteterna.

Fotkomplikationer medför inte sällan en påtagligt försämrad livskvalitet för patienten och höga kostnader för samhället, inklusive hälso- och sjukvården. Trots en medianålder kring 65 år, är femårsdödligheten hos personer med diabetesrelaterade fotsår hög, och är jämförbar med de som diagnostiserats med tjocktarmscancer.

Primärpreventiva åtgärder som hälsofrämjande levnadsvanor, god glukos- och lipidkontroll, god egenvård och årlig fotundersökning utgör basen för att undvika fotkomplikationer.

Patienter med perifer neuropati, perifer arteriell kärlsjukdom eller fotdeformiteter skall erbjudas preventiva åtgärder i form av professionell fotvård och ortopedtekniska hjälpmedel.

Patienter med fotsår, som inte har läkt inom två veckor, remitteras till behandling i specialiserad vård (till exempel diabetesfotmottagning, multidisciplinärt fotteam eller sårcentrum). Detta är en avgörande faktor för snabb läkning och för att kunna undvika amputation. Omhändertagande och behandling i specialiserad vård sker i samverkan med primärvården.

Före amputation ska alla patienter, såvida vitalindikation inte föreligger, bedömas på diabetesfotmottagning.

KVALITETSMÅL

- Andel med dokumenterad årlig fotundersökning överstiger 95 %
- Andel med inom 2 veckor ej läkt fotsår som haft besök vid specialiserad vårdenhet inom 6 veckor överstiger 90 %
- Antal amputationer ovan ankel understiger 5 per 100000 invånare och år

14. Kvalitetsarbete

En förutsättning för god livskvalitet och hälsa för personer med diabetes är tillgång till god vård. Förutsättningen för förbättrad vård och behandling är forskning, fortbildning och kvalitetsutveckling. Forskningen behöver bedrivas både avseende grundläggande sjukdomsprocesser (preklinisk forskning) och integrerat med vård och behandling (klinisk forskning).

Det Nationella Diabetesregistret NDR spelar en avgörande roll för kvalitetsutvecklingen av en god och jämlik diabetesvård i Sverige.

En annan förutsättning för att kunna bedriva god klinisk diabetesforskning är en sjukvård med välfungerande struktur avseende vårdplatser, bemanning, lärande, utveckling, finansiering och IT.

Långsiktighet och huvudmannens förtroende för att den verksamhetsnära kompetensen bäst organiserar och utvecklar lokal verksamhet är nyckelfaktorer.

KVALITETSMÅL

- Samtliga patienter med diabetesdiagnos registreras i NDR
- Registreringsgraden av nyckelparametrar såsom HbA_{1c}, blodtryck, LDL, albuminuri, njurfunktion, retinopati och fotundersökning överstiger 90 %
- Samtliga inom hälso- och sjukvården som arbetar med diabetes erhåller årligen diabetesrelaterad fortbildning

15. Språkbruk

Ett uppmuntrande och positivt språkbruk kan bidra till utveckling, välmående, hälsa och ökad självkänsla, ett negativt till dess motsatser. Språkbruket kring diabetes har historiskt bitvis varit skuldbeläggande och mäsrande.

Även om det i år är tio år sedan Diabetes Australia publicerade det första konsensusdokumentet för förbättrade kommunikation med och om personer med diabetes, finns det fortfarande mycket att göra.

Ett passiviserande och negativt språk kan vara skadligt. Subjektifiering av sjukdomar, där begreppen astmatiker och diabetiker kanske utgör de vanligaste exemplen, hör inte hemma i ett modernt språkbruk.

Betydelsen av ett positivt språkbruk och svenska exempel på detta presenterade Nationella Diabetes Teamet 2018 i dokumentet Diabetes språk – ett reflektionsunderlag. I dokumentet lyfts betydelsen av ett mer omsorgsfullt bruk av språk som:

1. Främjar aktivt engagemang. Att diskutera strategier hur personen bäst hanterar livet med diabetes och egenvårdsstrategier, uppmuntrar personer med diabetes att vara aktivt involverade i beslut om deras egen hälsa;
2. Stödjer de egenvårdsinsatser som personer gör. Hälsoresultat beror till stor del på aktivitet och det val som individen gör utanför hälsokonsultationerna. Att använda ett respektfullt och ett begripligt språk kan hjälpa personen att inse att hen är kapabel och motiverad att ta välgrundade beslut, och att valet respekteras;
3. Bekräftar frustration, oro, skuld och stress, som många personer med diabetes upplever.

Svensk Förening för Diabetologi uppmanar till ökad reflektion, förordar användandet av ett mer engagerande och positivt språkbruk och undvikande av ett mindre inspirerande språk, ett språk som kan orsaka onödig rädsla, skuldkänsla eller obehag.

KVALITETSMÅL SPRÅKBRUK 2022

- Termen ”diabetiker” har utgått ur svenskt medicinskt språkbruk
- Använd ett informerande och uppmuntrande språk i stället för ett dömande och skuldbeläggande
- Individualisera inte enbart behandling utan även språkbruk, fokusera på det näbara.

Lästips

En uppdaterad portal om det senaste inom diabetes
www.dagensdiabetes.se

Internationella behandlingsriktlinjer och state-of-the-art diabetes
https://care.diabetesjournals.org/content/44/Supplement_1

Konsensusrapport från ADA och EASD kring behandling av typ 2 diabetes
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00125-021-05568-3>

Position statement från Primary Care Diabetes Europe
[https://www.primary-care-diabetes.com/article/S1751-9918\(22\)00031-6/fulltext](https://www.primary-care-diabetes.com/article/S1751-9918(22)00031-6/fulltext)

Europeiska kardialogsällskapets behandlingsriktlinjer
<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Diabetes-Pre-Diabetes-and-Cardiovascular-Diseases-developed-with-the-EASD>

Internationella Diabetes Federationen Diabetes Atlas
<https://diabetesatlas.org>

Nationella Diabetes Registret
www.ndr.nu

Svensk Förening för Diabetologis hemsida
www.svenskdiabetes.se

FÖRSLAG

Låt gärna hela ditt diabetesteam läsa igenom denna skrift.

Kopiera fritt eller skriv ut pdf av skriften från www.dagensdiabetes.se

På ett gemensamt möte diskuteras fram en lokal strategi för diabetes 2022, 2023.

Eller ta några kapitel åt gången och diskutera på separata olika lokala möten.

Svensk diabetologi idag och imorgon

Måluppfyllelse och visioner

	2021 NDR-utdata	Mål 2023	Vision
HbA1c < 52 mmol/mol T1D 18-75 år (%)	30,7 (21,5-36,9)	>35	>50
HbA1c < 70 mmol/mol T1D 18-75 år (%)	83,3 (76,1-86,9)	>87	>95
HbA1c ≤ 52 mmol/mol T2D 18-75 år (%)	45,3 (35,7-51,0)	>70	>80
HbA1c < 70 mmol/mol T2D 18-75 år (%)	91,0 (88,3-94,6)	>93	>96
LDL < 2,5 mmol/l 40-75 år (%)	62,9 (51,5-73,4)	>70	>85
Blodtryck < 140/85 mm Hg (%)	59,0 (54,1-66,3)	>70	>90
Andel icke-rökare (%)	85,8 (83,2-90,2)	>92	>98
Andel med utförd fotundersökning (%)	74,0 (60,5-89,0)	>95	>98
T2D och genomgången kardiovaskulär händelse, andel med SGLT-2 hämmare eller GLP-1 RA		>70	>80
T2D och nefropati eller eGFR<60, andel med SGLT-2 hämmare eller GLP-1 RA		>70	>80
T2D och hjärtsvikt, andel med SGLT-2 hämmare (%)		>70	>80

AVSÄNDARE: REDAKTION DIABETOLOGNYTT, STIG ATTVALL, JA WADMANS VÄG 16, 433 51 ÖJERSJÖ



SVENSK FÖRENING FÖR DIABETOLOGI
SWEDISH SOCIETY FOR DIABETOLOGY