

Möte med diabetesrådet 210914

Deltagare: Roger Larsson, Stina Ehrling, Peter Hallgren, Elin Bromander och Anna Garmo.

Deltagare via TEAMS: Maria Svedbo, Mari Steger, Kerstin Sandström, Mirja Kostela Waldenström och Kristina Lindbom Östberg.

Ej närvarande: Jessica Häggqvist, Hans Larsson, Anders Fritzberg, Sofia Thyni och Bernice Hanses.

1. Roger hälsar välkommen. Positivt att några ur diabetesrådet nu kan träffas fysiskt. Som vanligt några med på länk också. Vi går sedan **Laget runt** och rapporterar hur diabetesvården fortsatt fungerar under Coronapandemin.

Stina: kommer, tillsammans med fotterapeuterna på Diabetes-endokroinmottagningen Falu lasarett, att uppdatera bildspelet med patientinformation om förebyggande egenvård.

Peter: patienterna kommer till mottagningen i större utsträckning. Sedan i juni är diabetesmottagningen placerad i provisoriska lokaler i de så kallade modulerna på Falu lasarett. Orsak – Mag-tarmmottagningen behöver större lokaler för att klara av screeningen (coloncancer) av alla 60-åringar som startar i år.

Elin: Har fortsatt med rutiner att ta prover innan besöken och utifrån dem prioritera brev/telefon/återbesök. Dock fler nu som kommer på återbesök till vårdcentralen.

Maria: längtar efter att komma till en arbetsplats och träffa sina arbetskamrater "live". Hon berättar också att hon just spelat in ett föredrag som ska presenteras på EASD.

Mari: tufft i Orsa. Mari är ensam diabetessjuksköterska och har mellan 2-300 patienter i kö som redan borde ha varit på besök. Har ingen fast diabetesläkare utan endast konsultmöjlighet via telefon en gång/vecka.

Kerstin: det mesta av hennes arbetstid handlar fortfarande om Covid-19. Hon har dock planer på att få till en bättre rutin för fotundersökning av alla med diabetes på SÄBO och i gruppboenden i Mora kommun.

Mirja: har börjat träffa patienterna fysiskt på vårdcentralen ingen. Tycker att det fungerar bättre. Diabetesteamet fokuserar på patienter med HbA1c > 70 mmol/mol. Diabetessjuksköterskorna går i pension en efter en. Man har nu en distriktssköterska som går 7,5 hp diabetes. Vårdcentralen ska också anställa en fotterapeut.

Kristina: ligger efter ett år i väntelistan. Får hjälp av sina kollegor att beta av detta.

Anna: mest suttit på diabetesmottagningen när hon arbetat som samordnare. Nyligen hälsat på vår nya Hälso- och sjukvårdsdirektör och berättat lite om diabetesrådet.

Roger: har varit slitigt med allt jobb under pandemin. Hans andningshål är en dag i veckan då han jobbar med diabetespatienter på Tiskens vårdcentral. Är med och pratar om God Nära Vård i olika konstellationer.

2. Det har kommit ett ärende till region Dalarna från Jönköpings län och utvecklingsledarna Kerstin Ramfelt, Christina Petersson och Sofia Segersson. De har varit med om att skapa och driva en **social plattform för unga** (13-30 år) personer med diabetes typ 1, <https://pioneers-young.haaartland.com/>). Där finns möjlighet för medlemmarna i plattformen att ge feedback hur de upplever sina kontakter med Hälso- och sjukvården. Diabetesrådet beslutar att skicka informationen om detta till verksamhetscheferna på medicinklinikerna och BUM för vidarebefordran till diabetesteamen. Information kan även ske genom anslag i väntrummen.
 3. I somras kom fråga från Eva Nordin Olsson, vårdcentralchef i Mora, angående ersättningsläkemedel när Mindiab avregistreras. Samma fråga har även kommit från VC Tisken. Eva hade hittat bra information från region Östergötland. Roger ska träffa läkemedelskommittén ganska snart och ska ta med sig frågan då. Vi frågar diabetesrådsmedlemmarna från primärvården hur de gjort? Mari säger att i Orsa var det fråga om 10 patienter och inte något stort problem.
 4. Abbott, som är leverantör av Freestyle Libre, har via diabetessamordnaren, kommit med ett erbjudande om utbildning (diabetesskola). Initiativet, vilka patienter som ska erbjudas, ska självklart komma från respektive diabetesteam. Representant från Abbott samt någon från vårdcentralens diabetesteam är med vid utbildningstillfällena. Utbildningen sker via webinarier (alternativt på plats på respektive mottagning om coronarestriktionerna tillåter det) vid två tillfällen och däremellan stöttande mejl. I utbildningen ingår också att Abbott bjuder på två sensorer till Freestyle Libre. Deras erfarenhet är att kunskaps- och erfarenhetsutbytet mellan ledare/deltagare ökar om deltagarna kan utgå från sin egen glukoskurva. Det är ingen självklarhet att patienten får fortsätta med Freestyle Libre efter utbildningens slut. Det är upp till patientens diabetesteam att bestämma utifrån den enskildes behandling. Diabetesrådets åsikt är att detta får bli upp till varje vårdcentral efter att Abbott varit i kontakt med respektive vårdcentralschef. Patientutbildning i grupp är prioriterat i Nationella riktlinjer. Att få draghjälp av ett företag
-

kan vara viss hjälp. Viktigt att komma ihåg är dock att analysprogrammet LibreView inte kan användas i samband med detta eftersom det just nu inte är tillåtet på regionens datorer (se nästa punkt och även diabetesrådets minnesanteckningar april 2021).

5. Förhandlingarna mellan Abbott och juristerna i Region Uppsala (som haft ärendet med LibreView på sitt bord) har stannat av helt. Nu är det upp till varje region själva att avgöra om man kan skriva PUB-avtal med Abbott. Frågan har därför varit uppe i Region Dalarnas applikationsråd den 17 juni. Enligt uppgift (finns inget protokoll på INTRA än) så kunde applikationsrådet inte ta ett sådant beslut utan frågan måste lämnas vidare till regiondirektören för beslu om fortsatt handläggande. Under augusti togs ett beslutsunderlag fram av Uppdragsledare/Uppdragskoordinator MiT Beställningsstöd. Även diabetessamordnaren var inblandad genom att göra en konsekvensanalys för hur patienter med diabetes drabbas om analysverktyget inte får användas. Beslutsunderlaget i sin helhet godtogs inte utan behöver skrivas om. Ärendet ska sen förmodligen beslutas politiskt i Hälso- och sjukvårdsnämnden/Regionstyrelsen.

6. På senaste RAG diabetes diskuterades uppföljning efter graviditetsdiabetes. Det har också kommit frågor till diabetessamordnaren från enskilda diabetessjuksköterskor i vår region om detta. Upplevelsen är att det är lite rörigt med de olika uppföljningstiderna (3 månader vid insulinbehandling, 6 månader vid tablettbehandling och 1 år vid kostbehandling) samt att en del kvinnor inte vill göra oral glukosbelastning. Frågan som infunnit sig är om det inte skulle vara minst lika bra att ta fP-glukos och HbA1c.

På regionala diabetesrådets möte visades en standardremiss som används i region Västmanland. Denna avslutas med följande skrivning:

” Rekommendationen är att göra en glukosbelastning 6 månader efter förlossning men ett minimum är uppföljning med HbA1c, fastevärde och postprandiellt värde 1,5-2 h efter måltid. Om detta utfaller normalt - uppföljning vid förnyad graviditet eller med 1-2 års mellanrum. Varje år rekommenderas om stark hereditet och gränsvärden eller planerar flera graviditeter, medan vartannat år om helt normala värden och ej hereditet.”

Diabetesrådet ska, via Peter Hallgren, visa denna standardremiss för spec-MVC och efterhöra deras åsikt.

Blir också diskussion om hur dessa kvinnor kallas. Har man dem på en väntelista eller kan ansvaret överlämnas till kvinnan själv att boka tid? Roger ska kolla upp om kvinnan t ex skulle kunna få påminnelse via sms från 1177.se om att det är dags för provtagning. Peter, som ofta är på spec-MVC, kan försöka ta reda på hur många kvinnor med graviditetsdiabetes det rör sig om per år.

7. Fråga har kommit från VC Långshyttan om inte dokumentet "Lokal rutin dosjustering diabetessjuksköterska" bör uppdateras. Varken DPP4 eller SGLT2-hämmare finns med i dagsläget.
Diabetesrådet konstaterar att detta dokument enbart innefattar läkemedel som diabetessjuksköterskor med beskriven kompetens kan *dosjustera*. Behörighet att ordinera ett läkemedel har endast läkare. DPP4- och SGLT2-hämmare kan visserligen dosjusteras men då krävs nytt recept varför det blir läkaren som gör dosjusteringen = en ny ordination.
 8. I samband med läkemedelsdiskussionen ovan lyfter Elin frågan om primärvårdens favoritordinationer på SGLT2-hämmare. Forxiga och Jardiance borde, precis som Metformin, ha ett tillägg i doseringsanvisningen för recept om att läkemedlet inte ska tas vid uttorkning (t ex magsjuka, hög feber). Roger pratar med läkemedelsavdelningen om detta eftersom det är den enheten som ansvarar för favoritordinationerna i TakeCare.
 9. Vårdprogram diabetesnefropati måste uppdateras. Detta var med på diabetesrådsmötet även i april. Under sommaren träffade Anna Mattias Tejde i Gastronomen. Han uttalade då något om just vårdprogrammet. Anna ber honom att förtydliga via mejl.
 10. Diskussion om huvuvida det ska finnas blodketonmätare på alla vårdcentraler. Risken för att det kommer patienter med begynnande ketoacidosis, med samtidig normoglykemi, har ökat i och med användningen av SGLT2-peparat. Kemlab har upphandlat apparat och priset är 10 000 kr/styck. Dyrt kan tyckas men ett vårddygnet på IVA är inte heller helt gratis. Kanske bättre att uppmärksamma läkare och sjuksköterskor i primärvården på att risken finns och kan öka. Vi funderar också över hur många patienter som legat på IVA av just den anledningen. Anna kontaktar IVA och ställer frågan.
Diabetesrådet, som rådgivande organ, menar att det är lika viktigt att kunna utesluta ketoner/begynnande ketoacidosis som att få det bekräftat. Vi förordar alltså att blodketonmätare införs. Region Sörmland är föregångare och har denna apparat på alla sina vårdcentraler. Roger får föra diskussionen vidare med Helen Kastemyr som är divisionschef för primärvården.
 11. Elin och Mirja fick vid vårt förra möte uppdrag att se över hur många av deras respektive vårdcentralers patienter där indikation för SGLT2 eller GLP1 finns som verkligen har det. Dvs diabetes och samtidig hjärt-kärlsjukdom. De har hämtat statistik från MedRave. En felkälla som de båda upptäckt är att MedRave uppdaterar diagnoskoder var 18:e månad. Det innebär att om patienten inte fått hjärtdiagnosen uppdaterad inom 18 månader så räknas hen inte med i statistiken.
-

I Leksand har Mirja då kommit fram till att endast 26% av de som borde få dessa läkemedel har det och i Svärdsjö är motsvarande siffra 31%.

En fråga de funderar på är om patienter med diabetes + hjärtkärlsjukdom men med bra blodsocker/HbA1c ska behandlas eller om läkemedlen endast ska sättas in vid dåligt reglerat blodsocker.

12. Vi har via RAG diabetes (tidigt i morse via mejl) fått utskickat ett preliminärt förslag på hur det *personcentrerade vårdförloppet vid diabetes och hög risk för fotsår* kommer att se ut. Stefan Jansson, region Örebro, som är med i NAG diabetes och även ordförande i gruppen som arbetat med vårdförloppet har gett oss denna möjlighet. Han behöver svar senast 29/9. Anna behöver svar senast 24/9 för att kunna sammanställa.
13. Kristina berättar att VC Gagnef inlett ett samarbete med kommunen. Det finns en diabetessjusköterska i kommunen som kommer att vara med i diabetesteamet på vårdcentralen. Hon funderar över hur man ska göra för att kommunpatienterna ska bli rapporterade till NDR. Enda sättet är att VC-läkare skriver i diabetesmallen i TakeCare eller att man gör en on-line rapportering på www.ndr.nu.

Anteckningarna gjorda av

Anna Garmo
