Region Stockholm

4

Diabetsplan 2020-2022

VKN 2020-0183

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Planeringsenhet
Anne Siltamäki
Mats Ek
Helena Holmgren
Josefine Johansson

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2020-11-27

VKN 2020-0183

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Diabetsplan 2020-2022

Ärendebeskrivning

Hälso- och sjukvårdsnämnden uppdrogs i budget 2020 att upprätta Diabetesplan 2020-2022 för Regionen. I bilaga 1 presenteras förslag till diabetesplan för perioden 2020-2022.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande.
Bilaga 1. Diabetesplan 2020-2022 Region Stockholm.

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

1. Diabetesplan 2020-2022 Region Stockholm antas.

2. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att inom ramen för den regionala kunskapsstyrningen implementera och följa upp Diabetesplan 2020-2022 Region Stockholm.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Hälso- och sjukvårdsnämnden uppdrogs i budget 2020 att upprätta Diabetesplan 2020-2022 för regionen. Föreslagen Diabetsplan 2020-2022 har till huvudsakliga syfte att stödja ökad följsamhet nationella riktlinjer inom primärvården. Att stödja följsamhet till nationella riktlinjer är ett uppdrag inom den regionala kunskapsstyrningen.
I och med att vårdens kunskapsstyrningsnämnd har ansvaret för den regionala kunskapsstyrningen har uppdraget flyttats och Diabetesplan 2020-2022 föreslås antas av vårdens kunskapsstyrningsnämnd.

Typ 1- och typ 2-diabetes är vanliga sjukdomar som ökar i förekomst. I Region Stockholm har cirka 100 000 personer diabetes. Majoriteten har typ 2-diabetes (85 procent). Gemensamt för typ 1- och typ 2-diabetes är förhöjda blodglukosnivåer och en ökad risk för komplikationer ju längre tid man haft sjukdomen och ju högre blodglukosnivån legat över tid. Diabetes är en allvarlig sjukdom som kan orsaka för tidig död främst genom hjärtkärlsjukdomar. Det finns flera orsaker till att typ 2-diabetes utvecklas. Ärftlighet, levnadsvanor, högt BMI (Body Mass Index) och ålder är några av dessa. Innan en person utvecklar typ 2-diabetes finns förstadium till sjukdomen som kallas prediabetes.

Behandling av diabetes liksom behandling av komplikationer till diabetes upptar en betydande del av hälso-och sjukvårdens resurser. Förebyggande insatser för att minska risken att utveckla typ 2-diabetes, tidig upptäckt och följsamhet till en strukturerad och väl utvecklad behandling som inkluderar stöd till egenvård är därför väsentligt. Genom att kontinuerligt följa och behandla de riskfaktorer som har starkast samband med sjukdomsförloppet vid diabetes kan försämring och komplikationer fördröjas eller förhindras.

Många resultat inom diabetesvården har förbättrats under de senaste åren, men det finns fortfarande områden där regionen inte når nationella målnivåer eller har resultat under medelvärde för riket. Dock finns felkällor som till exempel exporten av uppgifter från journal till register vilket medför att vissa uppgifter är underrapporterade. Detta gäller till exempel fotundersökning. Det finns också områden där Region Stockholm som helhet når ett nationellt mål men där det finns skillnader mellan vårdgivare inom regionen. Utrymme för förbättringar kan bland annat ses rörande förekomst av rökning hos personer med diabetes och läkemedelsbehandling. I socioekonomiskt svagare områden finns ökad förekomst i befolkningen av typ 2-diabetes.

Överväganden
Diabetesplan 2020-2022 är framtagen utifrån budgetuppdraget, regionens resultat i Nationella Diabetesregistret (NDR) och det regionala forskningsprojektet Testmiljö Diabetes. De regionala programområdena (RPO) inom den regionala kunskapsstyrningsorganisationen, RPO Nära vård/Primärvård, RPO Endokrina sjukdomar och RPO Levnadsvanor har varit delaktiga i framtagandet av planen och patientorganisationerna har lämnat synpunkter under arbetets gång. Arbetet med att ta fram planen har fördröjts på grund av prioritering av arbete med Covid-19-pandemin.

Typ 1- och typ 2 diabetes skiljer sig betydligt i förekomst, behandling och egenvård. Typ 1-diabetes utvecklas oftast när man är barn eller i tonåren, medan medelålder för insjuknade i typ 2-diabetes är cirka 60 år. Gemensamt för typ 1- och typ 2-diabetes är förhöjda blodglukosnivåer och en ökad risk för akuta och långsiktiga komplikationer. Diabetesplanen har fokus på typ 2-diabetes i enlighet med uppdraget.

Syftet med framtagen diabetesplan är att förbättra diabetesvården i regionen med fokus på typ 2-diabetes så att personer med diabetes ska få en god och jämlik vård och att bästa möjliga hälsa och livskvalitet uppnås för dessa personer. Syftet är också att bidra till att förebygga och minimera antalet personer som utvecklar typ 2-diabetes i Region Stockholm.

Förslaget till diabetesplan 2020-2022 omfattar tre övergripande mål. Dessa är formulerade utifrån det politiska uppdraget och rekommendationerna i nationella riktlinjer för diabetesvård:

1. Minska insjuknande i typ 2-diabetes

2. Öka följsamhet till nationella riktlinjer och Kloka listan

3. Öka hälsan och livskvaliteten hos personer med diabetes.

Under varje målområde beskrivs delmål och åtgärder i syfte att förbättra diabetesvården i huvudsak avseende typ 2-diabetes. Dessa delmål och åtgärder utgår ifrån identifierade förbättringsområden inom regionen. Några av åtgärderna beskriver pågående arbete. De viktigaste förbättringsområdena i korthet:

- Riktade insatser som råd vid ohälsosamma levnadsvanor och stöd till viktminskning till riskgrupper.
- Riktade insatser till socioekonomiskt svagare områden.
- Fortbildning för medarbetare.
- Användningen av läkemedel, dels direkt mot diabetes, dels läkemedel mot högt blodtryck och höga blodfetter.
- Stöd till systematiskt förbättringsarbete genom att tillvarata uppföljningsresultat genom ökad användning av datadrivet arbete.
- Stöd till egenvård.

Diabetesplanen bör ses som en del i den regionala kunskapsstyrningen och åtgärder som föreslås kanaliseras genom organisationen för kunskapsstyrning.

Det finns olika syn i professionen kring värdet av att certifiera vårdcentraler för diabetes. När erfarenheter från liknande certifieringar summeras bedöms det föreligga risk för undanträngningseffekter av andra patientgrupper och en ökad administration varför certifiering inte föreslås i diabetesplanen. Typ 2-diabetes är en folksjukdom, och alla husläkarmottagningar behöver därför ha god kompetens i omhändertagandet.

Ekonomiska konsekvenser
Genomförande av de olika åtgärderna förväntas ge initiala kostnader, såsom till exempel framtagande av utbildningar och ökat stöd till förbättringsarbete, men på sikt förväntas planen bidra till ökad hälsa och minskade kostnader. Innebörden i diabetesplanen är att vården ska ske på mest resurseffektiva nivå, där prioriteringsdiskussion om resurstillskott för att stärka förutsättningar för implementering och uppföljning kan bli aktuellt.

Förvaltning av planen kostar. För Hälso- och sjukvårdsförvaltningens del bedöms arbetet med att planera, genomföra och följa upp implementeringen av diabetesplanen generera en betydande arbetsinsats. Det är i dag svårt att bedöma omfattningen av arbetsinsatsen.

Konsekvenser för patientsäkerhet
De mål, delmål och åtgärder som beskrivs i Diabetesplan 2020-2022 bedöms stärka patientsäkerheten eftersom förutsättningar för egenvård och delaktighet förbättras. Fortbildning till medarbetare bedöms också öka förutsättningarna för en säker diabetesvård.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
En satsning på en mer jämlik diabetesvård enligt förslagen i diabetesplanen bedöms öka både jämlikhet och jämställdhet. Genom att uppmärksamma regionens behov av både generella insatser och riktade insatser där risk för ohälsa finns skapas förutsättningar för en ökad jämlikhet i diabetesvården.

Miljökonsekvenser
En ökad satsning på samverkan mellan vårdgivare och olika vårdformer samt utveckling av digitala verktyg och egenvård bedöms ha positiva konsekvenser på miljön, genom minskat resande och ett mera effektivt nyttjande av resurser.

Administrativa konsekvenser
Diabetesplanen bedöms inte ha några större administrativa konsekvenser för vårdgivarna.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Akten

Godkänd av Magnus Thyberg, 2020-11-27

Diabetesplan
2020-2022
Region Stockholm

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
08-123 132 00

Region Stockholm

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Innehållsförteckning

1 Inledning 3
1.1 Syfte 3
1.2 Beslut om diabetesplanen 3
1.3 Avgränsning 3
1.4 Uppföljning av diabetesplanen 3
2 Bakgrund 4
2.1 Olika typer av diabetes 4
2.2 Diabetes i sjukvården 4
2.3 Nationella riktlinjer 5
2.4 Kvalitetsregister 5
2.5 Framgångsfaktorer för diabetesvården 6
2.6 Nationell kunskapsstyrning 6
3 Regional nivå 7
3.1 Regionala styrdokument 7
3.2 Vårduppdrag och utvecklingsarbete 9
4 Mål och åtgärder 13
4.1 Mål 1 Minska insjuknande i typ 2-diabetes 14
4.2 Mål 2 Öka följsamhet till nationella riktlinjer och Kloka listan 16
4.3 Mål 3 Öka hälsan och livskvaliteten hos personer med diabetes 18
5 Förslag till fortsatt arbete för vissa frågor 20

1 Inledning

1.1 Syfte

Typ 1- och typ 2-diabetes är vanliga sjukdomar som ökar i förekomst. Dessutom finns ett stort mörkertal gällande typ 2-diabetes vilket gör att typ 2-diabetes är ett växande samhällsproblem i världen. Det finns därför starka incitament att både arbeta aktivt för att förebygga sjukdomen och att ge de personer som lever med diabetes den bästa behandlingen och stöd till egenvård för att undvika komplikationer. Det sker idag en påtaglig utveckling rörande läkemedel, behandlingshjälpmedel och vårdprocess, bland annat med digitala vårdinslag. Det finns potential till olika förbättringar.

Syftet med diabetesplanen är att personer med diabetes oavsett typ ska få en god och jämlik vård så att bästa möjliga hälsa och livskvalitet uppnås. Syftet är också att bidra till att förebygga och minimera antalet personer som utvecklar typ 2-diabetes.

1.2 Beslut om diabetesplanen

I Region Stockholms budget 2020 har hälso- och sjukvårdsnämnden givits i uppdrag att ta fram en Diabetesplan. Uppdraget lyder:

”Vården för individer med diabetes samt andra endokrina sjukdomar behöver förbättras för att säkerställa följsamhet till nationella riktlinjer. Kunskapen hos primärvården behöver vara god kring riktlinjer för upptäckt, diagnosticering och uppföljning av de stora folksjukdomarna. Hälso- och sjukvårdsnämnden ges i uppdrag att ta fram en diabetesplan för 2019–2022 i samråd med patientorganisationerna. Egenvård och god tillgång till specialistvård samt kunskapsutveckling i primärvården ska prioriteras.”

1.3 Avgränsning

Typ 1- och typ 2 diabetes skiljer sig betydligt i förekomst, behandling och egenvård. Typ 1-diabetes utvecklas oftast när man är barn eller i tonåren, medan medelålder för insjuknade i typ 2-diabetes är cirka 60 år. Gemensamt för typ 1- och typ 2-diabetes är förhöjda blodglukosnivåer och en ökad risk för akuta och långsiktiga komplikationer. Diabetesplanen har fokus på typ 2-diabetes i enlighet med uppdraget.

1.4 Uppföljning av diabetesplanen

Former för uppföljning kommer att etableras i samråd mellan avtals- och kunskapsstyrning.

2 Bakgrund

2.1 Olika typer av diabetes

Diabetes är en folksjukdom som ökar och idag har cirka en av tjugo invånare i Region Stockholm diabetes. De vanligaste formerna av diabetes är typ 1- och typ 2-diabetes. Majoriteten har typ 2-diabetes (85 procent). Gemensamt för typ 1- och typ 2-diabetes är förhöjda blodglukosnivåer och en ökad risk för komplikationer ju längre tid man haft sjukdomen och ju högre blodglukosnivån legat över tid. Diabetes är en allvarlig sjukdom som kan orsaka stort lidande och en för tidig död, främst genom hjärtkärlsjukdomar.

Typ 1-diabetes är delvis en ärftlig sjukdom, som anses vara autoimmun men orsakerna till att den uppstår är flera och delvis okända.

Det finns många olika orsaker till att typ 2-diabetes utvecklas. Ärftlighet, levnadsvanor, högt BMI och hög ålder är några riskfaktorer som ökar benägenheten att utveckla typ 2-diabetes. Det finns stora möjligheter att minska risken för komplikationer med egenvård och rätt åtgärder inom hälso- och sjukvården.

Innan en person utvecklar typ 2-diabetes finns förstadium till sjukdomen som kallas prediabetes. I Europa beräknas cirka 10 procent av befolkningen i åldern 20-79 år ha prediabetes. Prediabetes och diabetes har en betydligt ökande förekomst hos äldre. Av personer med prediabetes utvecklar cirka 15-30 procent typ 2-diabetes inom fem år.

Personer med rötter från Mellanöstern och Asien har betydligt högre prevalens av typ 2-diabetes än majoritetsbefolkningen i Sverige och insjuknar i typ 2-diabetes vid betydligt lägre BMI. Vid etablerad typ 2-diabetes har man även en betydligt förhöjd risk för kardiovaskulär sjukdom jämfört med majoritetsbefolkningen.

Kvinnor som har haft graviditetsdiabetes (övergående glukosstegring under en graviditet) löper ökad risk för typ 2-diabetes senare i livet.

Personer med diabetes har oftast multisjuklighet, det vill säga förekomst av andra kroniska sjukdomar eller andra sjukdomstillstånd. I Region Stockholm har en person med diabetes i genomsnitt tre andra sjukdomar, exempelvis högt blodtryck, övervikt/fetma, ischemisk hjärtsjukdom eller cancer.

2.2 Diabetes i sjukvården

De flesta personer med typ 2-diabetes har den regelbundna vårdkontakten med sin husläkare på vårdcentralen men flera har också kontakt inom den specialiserade

vården. Personer med typ 1-diabetes, graviditetsdiabetes och barn med diabetes har vanligen sin vårdkontakt vid sjukhus och specialistmottagningar.

Behandling av diabetes liksom behandling av komplikationer till diabetes upptar en betydande del av hälso-och sjukvårdens samlade resurser. Förebyggande insatser för att minska risken att utveckla typ 2-diabetes, tidig upptäckt och följsamhet till en strukturerad och väl utvecklad behandling som inkluderar stöd till egenvård är därför väsentligt. Det är också viktigt att hälso-och sjukvården erbjuder stöd till att förändra ohälsosamma levnadsvanor, både för att förebygga och behandla sjukdomen. Relevanta undersökningar, uppföljning av behandlingsresultat, stöd till egenvård och behandling skall erbjudas för att så långt som möjligt undvika olika komplikationer.
Vid uppföljning av diabetesvården i Region Stockholm ses såväl bra, som mindre bra resultat. Utrymme för förbättringar kan bland annat ses rörande förekomst av rökning hos personer med diabetes och läkemedelsbehandling. I socioekonomiskt svagare områden finns ökad förekomst i befolkningen av typ 2-diabetes, samt sannolikt ett behov av en anpassad vårdprocess vilket kan vara en utmaning för vårdgivare. Ökat stöd till vårdgivare för processförbättringar kan här behövas.

2.3 Nationella riktlinjer

Socialstyrelsen gav ut nationella riktlinjer för diabetesvården 2015. Riktlinjerna innehåller prioriteringar samt vilka kvalitetsindikatorer som är väsentliga att följa. Det finns bland annat rekommendationer om förebyggande arbete avseende typ 2-diabetes, diabeteskomplikationer, patientutbildning, kontroll av blodglukosnivån och multidisciplinära fotteam. Riktlinjerna har uppdaterats och nya rekommendationer om glukossänkande läkemedelsbehandling vid typ 2-diabetes, viktminskande kirurgi och medicintekniska produkter för kontinuerlig subkutan glukosmätning och insulintillförsel införts.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor beskriver evidensbaserade åtgärder för att stödja individen att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Riktlinjerna fokuserar på grupper med ökad risk att utveckla ohälsa och sjukdomar som typ 2-diabetes. Det är särskilt angeläget att hälso- och sjukvården stödjer denna grupp att förändra sina levnadsvanor till det bättre för att undvika ohälsa och för tidig död.

2.4 Kvalitetsregister

Inom diabetesområdet finns sedan flera år det nationella diabetesregistret (NDR) med ett stort antal kvalitetsindikatorer både för typ 1- och 2-diabetes. Registret ger god tillgång till information om olika enheters och regioners resultat för kvalitetsindikatorerna. NDR bygger på Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvården och utformades för att kunna jämföra i vilken mån diabetesmottagningar och primärvård följer riktlinjerna samt visa medelvärden för

olika medicinska mått. I förfrågningsunderlaget avseende husläkarverksamhet samt i avtal med sjukhus och specialistmottagningar ingår krav att rapportera till NDR.

För några år sedan skapades ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården (Primärvårdskvalitet) med syfte att stödja förbättringsarbete och uppföljning genom analys, reflektion och lärande. Primärvårdskvalitet samlar in strukturerade data från patientjournaler vid de vårdcentraler som anslutit sig till systemet och redovisar olika kvalitetsmått för jämförelser mellan verksamheter och för den egna verksamheten över tid. I oktober 2019 var cirka 180 av regionens 209 husläkarmottagningar anslutna till Primärvårdskvalitet. Avseende diabetes redovisas 6 indikatorer som är uppdelade i 18 delindikatorer. Kvalitetsindikatorer finns även för rådgivning till personer med ohälsosamma levnadsvanor och typ 2 diabetes.

2.5 Framgångsfaktorer för diabetesvården

Inom ramen för överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner (SKR) för vissa utvecklingsområden etablerades år 2013 ett nationellt programråd för diabetes. Programrådet har identifierat framgångsfaktorer för en god diabetesvård. Studien som främst omfattar vårdenheternas patientnära arbete, beskriver följande faktorer som kvalitetskritiska för diabetesvården:
1. Fokus på patientens målvärden
2. Riktade insatser till patienter med sämre värden
3. Enhetens resultat ständigt på agendan
4. Tillgänglig kunskap och tydliga förväntningar
5. Huvudmännens uppföljning och återkoppling av resultat
6. Området prioriteras med långsiktigt förbättringsarbete
7. Ägarskap för resultat och fokus på prevention.

2.6 Nationell kunskapsstyrning

Region Stockholm har anslutit sig till den nationella kunskapsstyrningen i hälso- och sjukvården vilket innebär att gemensamt utvecklade kunskapsstöd ska tillämpas. Kunskapsstyrningens vision är ”Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa”. Det nationella programrådet för diabetes har numera övergått till en nationell arbetsgrupp för diabetes inom ramen för den nationella kunskapsstyrningen och Nationellt programområde (NPO) Endokrina sjukdomar. Andra NPO med bäring på diabetesvården är NPO Primärvård och NPO Levnadsvanor. Inom den nationella kunskapsstyrningen kommer bland annat att tas fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Ett vårdförlopp avseende personer med diabetes med hög risk för fotsår är planerad att införas 2021. NPO Levnadsvanor planerar att ta fram ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för levnadsvanor som ska docka in i andra vårdförlopp. Detta kan bidra till förändring av ohälsosamma levnadsvanor vid olika tillstånd och därmed även påverka förekomst och behandling av typ 2 diabetes.

3 Regional nivå

I detta avsnitt beskrivs vårduppdrag, kunskapsstyrning och utbildningsuppdrag avseende diabetesvården i regionen. Vidare beskrivs några regionala utvecklingsuppdrag inom diabetesvården.

3.1 Regionala styrdokument

Primärvårdsstrategin

I juni 2019 fattade regionfullmäktige beslut om en övergripande primärvårdsstrategi, med mål för en stärkt primärvård. En primärvård som ska finnas nära och vara tillgänglig för länets alla invånare. I januari 2020 beslutades även om en genomförandeplan för hur målen i strategin ska uppnås. Primärvårdsstrategin ger ramarna för utvecklingen av primärvården 2019 - 2025 och är en viktig förutsättning för det långsiktiga metodiska arbete som behövs för att stärka primärvården. Det övergripande målet för primärvården i Region Stockholm 2025 är: ”En tillgänglig och nära vård för en jämlik och förbättrad hälsa hos invånarna”. Vårdcentralerna ska utgöra navet för invånarnas hälso- och sjukvård och ha helhetsansvar för såväl somatisk som psykisk hälsa. Arbetet för att nå målet med en stärkt primärvård 2025 sker inom fem strategiska inriktningar:

- Tillhandahålla en primärvård med hög upplevd och faktiskt tillgänglighet, medicinsk kvalitet, kontinuitet och förtroende som kontinuerligt förbättras utifrån invånarnas behov.
- Säkerställa effektiv resursanvändning, ändamålsenlig uppföljning och goda förutsättningar för vården att förbättra de medicinska resultaten för invånarna.
- Ställa om till en mer förebyggande, hälsofrämjande och sammanhållen nära vård med invånaren som medskapare.
- Utveckla, behålla, attrahera och uppgiftsväxla rätt kompetenser efter både nuvarande och framtida behov.
- Skapa förutsättningar för att realisera de möjligheter en systematisk digitalisering ger.

För varje strategisk inriktning finns ett antal åtgärder i genomförandeplanen. Det finns starka samband mellan flera av åtgärderna och dessa ska därför ses som en sammanhängande helhet. Exempel på prioriterade åtgärder:

- Säkerställ länstäckande nät av vårdcentraler med helhetsansvar för somatisk vård och lätt till måttlig psykisk ohälsa.
- Stärk tillgänglighet, kontinuitet och service genom digitalisering och utökade öppettider.
- Erbjud alla som vill att bli listade på namngiven läkare.
- Skapa förutsättningar för ökad delaktighet så att fler av invånarnas behov kan mötas genom egenvård.

- Minska detaljstyrningen och skifta uppdrag, ersättningsmodell och uppföljning mot resultat och kvalitet.
- Ge vårdcentralerna ansvar för att koordinera samverkan mellan vård- och omsorgsgivare inom kommuner/stadsdelsförvaltningar i det geografiska närområdet.
- Effektivisera utveckling, spridning och implementering av kunskap för bättre primärvård.

Egenvårdsstrategin

I regionens primärvårdsstrategi identifieras egenvård som en viktig, hälsofrämjande hörnsten i den förändrade kartan över hälso- och sjukvårdens organisation och uppdrag. I enlighet med regionens egenvårdsstrategi, som antogs 2019, kan strukturerade egenvårdsinsatser öka möjligheten att skapa delaktighet och självständighet, att individanpassa vården och stötta egenansvar. Egenvården är också en del av vårdkedjan med utvecklingsmöjlighet som kan optimera och effektivisera vårdinsatserna.

Egenvård bör implementeras systematiskt i vårdens alla delar och erbjudas utifrån individens behov och förutsättningar. Vårdens medarbetare har i uppdrag att bedöma behov av, planera för och följa upp egenvård. De ska även stödja patienten att hitta rätt egenvårdsinsatser och digitala stöd. Stöd och utbildning i att hantera sin diabetes liksom kunskap om egenvård och levnadsvanor bör erbjudas personer med diabetes. Hälso- och sjukvårdens kompetens inom egenvård är viktig och fortbildningsinsatser bör erbjudas.

Regional kunskapsstyrning

Regionen har implementerat den nya organisationen för kunskapsstyrning, vilken speglar motsvarande organisationen på nationell nivå. Målet är att det ska vara enkelt att arbeta kunskapsbaserat, och att bästa tillgängliga kunskap ska användas vid varje vårdmöte. Regionala programområden (RPO) bildades med uppdrag att följa upp vården och bidra till regional implementering av bland annat nationella riktlinjer och personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Diabetesvården är särskilt aktuell inom följande regionala programområden: endokrina sjukdomar, primärvård, levnadsvanor, äldres hälsa, barn och ungdomars hälsa samt hjärt- och kärlsjukdomar. Av stor vikt är att alla former av styrning verkar åt samma håll sett från en vårdgivare eller individ. Det är även av stor vikt att styrningen av vården, oavsett om det sker via avtal eller via kunskap, är så opartisk och objektiv som möjligt. Jävsprövning kan tillämpas.

Region Stockholms läkemedelskommitté

Region Stockholms läkemedelskommitté är ett rådgivande expertorgan med huvuduppdrag att verka för en säker, rationell och kostnadseffektiv användning av läkemedel och läkemedelsnära medicinteknik inom Region Stockholm. Läkemedelskommittén granskar evidens, ger rekommendationer, bland annat Kloka

listan, fortbildar och leder ordnat införande av nya läkemedel och medicintekniska produkter.

Förskrivning av läkemedel och läkemedelsnära medicinteknik ska ske i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt rekommendationer som utfärdas eller förmedlas av Region Stockholms läkemedelskommitté.

Nya diabetesläkemedel och ny mätteknik införs löpande och det är av största vikt att rätt patient får tillgång till dessa läkemedel på rätt indikation. Det finns nya läkemedel som minskar komplikationsrisken. Användningen av dessa är ännu inte optimal. Ordnat införande under ledning av läkemedelskommittén samt uppföljning genom läkemedelsregistret är centralt. För att underlätta val av läkemedel för patienter med typ 2-diabetes och som har en eller flera samtidiga sjukdomar finns en ny behandlingsöversikt i Kloka listan. I Kloka listan ges även råd kring levnadsvanor vid typ 2-diabetes.

3.2 Vårduppdrag och utvecklingsarbete

Egenvård

Diabetes är en sjukdom där individens egna insatser är av största betydelse för hälsan och för vårdresultatet. Alla vårdverksamheter har till uppgift att informera om, bedöma behov av, planera för och följa upp stöd till egenvård. Hälso- och sjukvården ska vara personcentrerad och på bästa sätt stötta och motivera individen att hantera sin sjukdom optimalt. För att axla den rollen behövs olika former av stöd för till exempel verksamhetsutveckling och fortbildning. Diabetesskola, som erbjuds inom olika verksamheter, kan ge den som utvecklat diabetes bra baskunskap och främja förutsättningar för att kunna ta eget ansvar för egenvård. Motsvarande diabetesskola, i digitalt eller fysiskt format, är en viktig del i vårdprocessen och bör systematiskt erbjudas dem som utvecklat diabetes. Det är angeläget att utveckla utbudet. Utbildningen kan med fördel utvecklas regionalt och behöver kvalitetssäkras så att regionens invånare erbjuds en jämlik vård. Det är viktigt för individens egenvårdsförmåga att vårdens kompetens är tillgänglig utifrån individens behov och förmåga.

Primärvård

Typ 2-diabetes är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna som omhändertas inom husläkaruppdraget. Uppföljningen av typ 2-diabetes inom primärvården är god och mer regelbunden än för andra vanliga kroniska sjukdomar. Diabetesvården har också mycket hög täckningsgrad i det nationella diabetesregistret (NDR). I årsuppföljningen av vårdgivare med avtal för husläkarverksamhet ingår indikatorer avseende diabetes och hälsofrämjande insatser. En stor andel av de kvalitetsarbeten som bedrivits inom husläkarmottagningar mot särskild ersättning har handlat om diabetes.

Personer med typ 2-diabetes har ofta andra kroniska sjukdomar. Husläkaren och sjuksköterskan har att tillsammans med individen att väga samman alla faktorer och utforma en vård som för individen ger sammantaget så bra resultat som möjligt. Av stor vikt är i sammanhanget att det finns en god kontinuitet i individens vårdkontakter. Diabetesteam på husläkarmottagningar finns på många platser och kan ses som goda exempel. Råd kring levnadsvanor vid diabetes och andra kroniska sjukdomar har ofta liknande innehåll varför råden kan ge synergieffekter för flera sjukdomstillstånd.

Typ 2-diabetes är en folksjukdom, och alla husläkarmottagningar behöver därför ha god kompetens i omhändertagandet. Arbetssätt och processer som främjar helhetssyn och kontinuitet är i linje med Primärvårdsstrategin och kan gynna både de som är i riskzonen för typ 2-diabetes och de som har utvecklat diabetes. Olika former av certifiering av vårdverksamheterna har diskuterats. När erfarenheter från liknande certifieringar summeras bedöms det dock föreligga risk för bortträngningseffekter.

När det gäller kunskapsstyrning och spridning av ny kunskap och goda exempel är den regionala kunskapsstyrningen en viktig del. Både vad gäller medicinskt omhändertagande, hälsofrämjande/förebyggande och att stödja till egenvård. Den regionala kunskapsstyrningen är en relativt ny organisation och som tidigare nämnts så är det flera regionala programområden (RPO) som är aktuella inom området diabetes. En del i Primärvårdsstrategin handlar om att utveckla kunskapsstyrningen.

Samtliga husläkarmottagningar som har avtal med regionen, har som uppdrag att arbeta med hälsofrämjande och förebyggande insatser. Husläkarmottagningar ska uppmärksamma personer med ohälsosamma levnadsvanor (tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor) och erbjuda åtgärder enligt regionalt vårdprogram för ohälsosamma levnadsvanor. Vidare finns ett särskilt uppdrag till husläkarmottagningar verksamma i socioekonomiskt utsatta områden. Uppdraget omfattar hälsofrämjande, befolkningsinriktade insatser i de lokala miljöer där målgrupperna vistas. Det befolkningsinriktade uppdraget omfattar insatser som till exempel information om hälsosamma levnadsvanor och psykisk hälsa. Befolknings-inriktade insatser kan ske i form av erbjudande om blodtrycksmätning och blodsockermätning i lokalmiljön. Vårdgivarna samverkar med lokala aktörer i närområdet såsom föreningslivet, kommuner, apoteket, andra vårdgivare eller Svenska för invandrare (SFI). Idag är 15 vårdcentraler verksamma inom uppdraget. Patientföreningar samarbetar idag med kunskapsenheter som Akademiskt primärvårdscentrum (APC) och Centrum för diabetes vid Akademiskt specialistcentrum (ASC) men det finns sannolikt en potential för ökat lokalt samarbete mellan husläkarmottagningar och föreningar.

Primärvårdsuppdraget inom fotsjukvård är för närvarande reglerad i förfrågningsunderlag för fotsjukvård som en del av vårdval. Det finns idag drygt 130 etableringar/ fotsjukvårdsmottagningar. En årlig basal fotundersökning kan utföras av läkare eller sjuksköterska som vid behov remitterar till regelbunden fotsjukvård. Från och med den första januari 2022 kommer fotsjukvården inte att vara ett eget vårdval. Fotsjukvård kommer då att ingå i förfrågningsunderlag för Husläkarmottagning med

basal hemsjukvård. Genom att inkludera ansvaret för medicinsk fotsjukvård inom vårdval husläkarmottagning med basal hemsjukvård ökar möjligheten till ett teambaserat omhändertagande och en mer sammanhållen vård för personer med diabetes och/eller svåra fotsjukvårdsbehov. Den geografiska spridningen av medicinsk fotsjukvård kommer att öka då husläkarmottagningarnas etablering är mer spridd i länet än dagens fotsjukvårdsmottagningar.

Specialiserad och högspecialiserad vård

Personer med typ 1-diabetes, graviditetsdiabetes och personer med svårinställd typ 2-diabetes kontrolleras och får vård via medicin- och endokrinkliniker på sjukhus och vid Akademiskt specialistcentrum. Den specialiserade vården ger också konsultativt stöd till primärvården och utbildning för personer med typ 2-diabetes.

Karolinska Universitetssjukhuset bedriver alla former av vård och forskning inom diabetologi och närliggande områden. Man har bland annat kompetens inom transplantation av ö-celler och bukspottkörtel. Som enda centra i Norden har Karolinska Universitetssjukhuset kunnande rörande inopererade insulinpumpar.

Barn med diabetes har sin vårdkontakt vid barnklinikerna vid Karolinska Universitetssjukhuset och vid Södersjukhuset.

Ögonbottenfotografering är en prioriterad undersökning och ett tilläggsuppdrag inom vårdval ögonsjukvård. Uppdraget omfattar ögonbottenfotografering av personer med både typ 1- och typ 2-diabetes. Det finns i nuläget 26 vårdgivare inom vårdvalet som är godkända att utföra tilläggsuppdraget. Regelbunden undersökning, och vid behov behandling av ögonbottnarna hos personer med diabetes har medfört att olika typer av synnedsättning har minskat.

Akademiskt specialistcentrum, Centrum för diabetes

Centrum för diabetes vid Akademiskt specialistcentrum (ASC) är en akademisk enhet för specialiserad öppenvård inom specialiteten endokrinologi/diabetologi. Centrum för diabetes är en del av Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och har ett vårduppdrag och ett utvecklingsuppdrag. Vårduppdraget avser öppen vård för personer med typ 1-diabetes eller svårbehandlad typ 2-diabetes. Uppdraget omfattar utredning, diagnostik, behandling och uppföljning av personer med diabetes samt konsultativt stöd till primärvården. Det finns också möjlighet för primärvården att remittera personer med svårbehandlad typ 2-diabetes till Centrum för Diabetes liksom att konsultera en diabetessjuksköterska eller en diabeteskonsultläkare dagligen per telefon. Centrum för Diabetes bedriver diabetesskola för personer med typ 2-diabetes vilken innefattar både förändring av levnadsvanor och optimering av diabetesbehandling. Här medverkar de regionala patientorganisationerna och ger information om verksamheten och deras utbildningar och egenvårdsstöd.

I utvecklingsuppdraget ingår att skapa förutsättningar för forskning, utveckling, utbildning och innovation (FoUUI). Det innebär bland annat att utveckla nya arbetssätt

samt innovativ användning av medicinsk teknik och e-hälsolösningar. Ett annat mål för verksamheten är att delta i utvecklingen av universitetssjukvård utanför akutsjukhus.

Akademiskt primärvårdscentrum

Akademiskt primärvårdscentrum (APC) finns organisatoriskt under Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) men har i uppdrag att stödja all regionfinansierad primärvård i regionen. APC är den centrala FoUU-verksamheten för primärvården och har dels en central verksamhet, dels åtta Akademiska vårdcentraler (AVC) spridda över länet som fungerar som noder gentemot all primärvård i länet.

APC är regionens mötes- och samarbetsplats där universitet, högskolor och primärvårdens medarbetare kan mötas för fortbildning, utvecklingsarbete och forskning. Årligen arrangeras ett stort antal fortbildningstillfällen.

På APC finns kunskapsteam med specialistläkare, diabetessjuksköterskor, fotterapeuter, dietister och fysioterapeuter som erbjuder fortbildning och stöd till primärvårdens medarbetare avseende typ 2-diabetes, obesitas, levnadsvanor och motiverande samtal. APC utformar även material för utbildning av patienter.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) tillhör organisatoriskt Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och ska bidra till en god och jämlik hälsa genom kunskapsutveckling, kunskapsspridning och befolkningsinriktat folkhälsoarbete. I uppdraget ingår bland annat att bistå med expertkunskap om hälsofrämjande insatser samt stöd till implementering och utvärdering. CES stödjer även andra samhällsaktörer än hälso- och sjukvården att främja hälsan i befolkningen.

Utvecklingsprojekt

DiaCert

Inom ramen för 4D-projektet medverkade Akademiskt Primärvårdscentrum (APC) i framtagandet av en standardiserad vårdprocess för typ 2-diabetes, DiaCert. DiaCert är baserat på de framgångsfaktorer som identifierades av SKR (se 2.5 Framgångsfaktorer för diabetesvården). Ett utbildningspaket, DiaCert Workshop, togs även fram vilket APC använder i sina utbildningar för primärvårdens medarbetare. I juni 2020 hade 43 vårdcentraler genomgått utbildning med DiaCert. Vid vissa vårdcentraler medverkar en regional patientorganisation.

DentDi

DentDi är ett tvärprofessionellt samarbetsprojekt mellan Akademiskt primärvårds-centrum, Folktandvården Stockholm samt Karolinska Institutet. DentDi, som står för Dent (tänder) och Di (diabetes), är en metod att screena för diabetes hos tandvården. Det finns en koppling mellan parodontit (tandlossning) och diabetes. Har man diabetes

ökar risken för parodontit och omvänt. I dagsläget pågår samarbetet på sju vårdcentraler och närliggande folktandvårdskliniker och ytterligare en ska starta inom kort.

Testmiljö diabetes

Testmiljö diabetes är ett forskningsprojekt som ingår i Region Stockholms strukturerade samverkan med läkemedelsindustrin. Syftet med projektet är att skapa en ökad kunskap om hur diabetes utreds och behandlas idag samt att försöka identifiera områden där vården och omhändertagandet vid diabetes kan förbättras. Projektets resultat är bland annat att det finns regionala skillnader i förekomst, riskfaktorer, läkemedelsbehandling och HbA1c för diabetespatienter, vilket även noterats i NDR. En faktor som projektet identifierade är den psykiatriska samsjukligheten. Av vuxna personer med typ 1- och typ 2-diabetes har 30 procent psykiatriska sjukdomar registrerade i sin sjukdomshistoria.

Hälsokontrakt

Hälsokontrakt (Health Impact Bonds) är en ny modell för preventiva insatser, som kommer att testas i länet (beslut i HSN 2020-06-16, ärende 2019-1786). Modellen har tre olika delar: preventiva insatser, effektmätningsmodell som beräknar kostnadsbesparingar och finansieringsmodell. De preventiva insatserna finansieras genom att Region Stockholm ger ut en obligation där avkastningen styrs av hur väl projektet faller ut. Målet är ökad hälsa för individen och lägre kostnader för Region Stockholm. Modellen är särskilt anpassad till de stora folksjukdomarna såsom typ 2-diabetes. Testgruppen kommer att bestå av 925 personer med påvisad ökad risk att insjukna i typ 2-diabetes. Med stöd av digitala verktyg och en hälsocoach får testpersonerna verktyg för att ändra sina levnadsvanor och göra hälsosamma val vilket minskar risken för att utveckla sjukdomen.

4 Mål och åtgärder

Jämlik hälsa och vård är centralt i diabetesplanen men även andra områden såsom egenvård och den enskildes delaktighet betonas. Åtgärder som föreslås bör kanaliseras och prioriteras genom organisationen för kunskapsstyrning.

Diabetesplanen är utformad utifrån tre övergripande mål. Målen bygger på följsamhet till nationella riktlinjer för diabetes och förbättringsområden i Region Stockholm som identifierats främst i projektet Testmiljö diabetes samt med hjälp av resultat i nationella diabetesregistret, NDR.

- Mål 1 Minska insjuknande i typ 2-diabetes
- Mål 2 Öka följsamhet till nationella riktlinjer och Kloka listan
- Mål 3 Öka hälsan och livskvaliteten hos personer med diabetes

Under varje målområde beskrivs delmål och åtgärder i syfte att förbättra diabetesvården. De viktigaste förbättringsområdena i korthet:

- Riktade insatser som råd vid ohälsosamma levnadsvanor och stöd till viktminskning till riskgrupper.
- Riktade insatser till socioekonomiskt svagare områden.
- Fortbildning för medarbetare.
- Användningen av läkemedel, dels direkt mot diabetes, dels läkemedel mot högt blodtryck och höga blodfetter.
- Stöd till systematiskt, datadrivet förbättringsarbete genom att tillvarata uppföljningsresultat.
- Utveckla stöd till egenvård och erbjud systematiskt kvalitetssäkrad diabetesutbildning för personer med prediabetes, typ 1- eller typ-2 diabetes.

4.1 Mål 1 Minska insjuknande i typ 2-diabetes

Bakgrund om förebyggande insatser

Prevalens av typ 2-diabetes skiljer sig mellan kommuner, kommundelar och stadsdelar i regionen. De områden som har stor socioekonomisk utmaning har även högre ohälsotal, och ohälsosamma levnadsvanor är mer vanligt förekommande. I hälso- och sjukvårdens förebyggande uppdrag ingår att verka för en god och jämlik hälsa i befolkningen genom insatser som på bred front skapar möjlighet till hälsosamma val. Visionen i regionens Folkhälsopolicy lyder: Region Stockholm skapar förutsättningar för en god, jämställd och jämlik hälsa för alla genom aktivt hälsofrämjande arbete.

Idag finns inga sätt att påverka uppkomsten av typ 1-diabetes men det är möjligt att påverka risken att utveckla typ 2-diabetes. Typ 2-diabetes är nära kopplat till levnadsvanor varför befolkningsinriktade insatser som adresserar levnadsvanor är relevanta. Detta sker bland annat i samarbete med kommuner i regionen. Kunskapscentrum i regionen har befolkningsinriktade uppdrag som sträcker sig utanför vården liksom uppdrag att stötta befolkningsinriktade uppdrag inom vården.

I Socialstyrelsens riktlinjer Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor förtydligas hälso- och sjukvårdens uppdrag rörande levnadsvanor. Råd och stöd ska erbjudas den som har ohälsosamma levnadsvanor men personer med diabetes inkluderas i de riskgrupper som särskilt ska prioriteras. Råd om förändring av ohälsosamma levnadsvanor har en positiv påverkan på flera sjukdomstillstånd. Därför kan stöd till mer hälsosamma levnadsvanor vid en annan sjukdom än diabetes i förlängningen minska risk för insjuknande i typ 2-diabetes. Vid rådgivning om hälsosamma levnadsvanor ska Regionalt vårdprogram Ohälsosamma levnadsvanor följas.

Hälso-och sjukvården behöver säkerställa att bemötandet i vården främjar hälsa och anpassas utifrån individens förmåga och behov. Det är den enskilda verksamhetens ansvar att den information som tas fram eller delges är användbar och förståelig och individuellt anpassad för mottagaren.

Delmål 1 Minska insjuknande i typ 2-diabetes

1.1 Levnadsvanor i grupper av befolkningen med hög risk att utveckla diabetes har förbättrats.
1.2 Primärvården har god kunskap i om prediabetes, riskfaktorer och riskbeteenden.
1.3 Personer med prediabetes har god sjukdomsinsikt liksom motivation och kunskap om relevant egenvård.
1.4 Insjuknande i typ 2-diabetes efter graviditetsdiabetes har minskat.

Åtgärder 1 Minska insjuknande i typ 2-diabetes

- Samarbeta med andra samhällsaktörer inom preventionsarbetet för att nå särskilt utsatta grupper.
- Erbjuda stöd till att förändra ohälsosamma levnadsvanor till personer som har ökad risk att utveckla diabetes inklusive personer med prediabetes.
- Erbjuda stöd till verksamheterna för förbättringsarbete och fortbildning inom ramen för kunskapsstyrningen. Det innefattar utveckling av kunskapsstöd, beslutsstöd, uppföljning och analys samt fortbildningsinsatser för medarbetare som inkluderar evidensbaserad behandling vid diabetes och prediabetes, förändring av levnadsvanor, stöd till egenvård samt användning av relevanta digitala verktyg.
- Utveckla och erbjud systematiskt kvalitetssäkrad diabetesutbildning för personer med prediabetes, typ 1- eller typ-2 diabetes och deras närstående. Detta kan med fördel ske i samverkan med patientrepresentanter. Utbildningen bör inkludera kunskap om diabetes, levnadsvanor, egenvård och digitala verktyg samt vara tillgänglig såväl fysiskt som digitalt.
- Öka uppmärksamhet för risk för diabetes i andra relevanta vårdprocesser, exempelvis vid högt BMI.
- Frikostig provtagning av blodsockervärden ska alltid ske vid förekomst av riskfaktor. I områden med högre prevalens och/eller högre andel oupptäckt diabetessjukdom bör provtagning ske särskilt frikostigt, och gärna i särskilda fokuserade insatser. Patientens egen provtagning (PEP) är ett sätt att tillgängliggöra provtagning.
- Erbjud kvinnor med risk att utveckla graviditetsdiabetes individanpassad intervention för förändring av levnadsvanor. I samband med graviditet finns ofta ett stort ”motivationsfönster” att ta vara på.
- Erbjud individanpassad intervention för förändring av levnadsvanor till kvinnor med graviditetsdiabetes och förbättra uppföljningen efter graviditetsdiabetes utifrån gällande regionala riktlinjer.
- Beakta och ta lärdom av resultaten av utvecklingsprojekt såsom Hälsokontrakt.
- Öka samverkan mellan sjukhusansluten specialistvård och primärvård för att stärka kunskapsöverföring och samarbeten
- Öka samverkan med patientorganisationerna för att bättre förstå patientens behov och kunna möta dem.

4.2 Mål 2 Öka följsamhet till nationella riktlinjer och Kloka listan

Bakgrund

Många resultat inom diabetesvården har förbättrats under de senaste åren, men det finns fortfarande områden där regionen inte når nationella målnivåer eller har resultat under medelvärde för riket. Det finns också områden där Region Stockholm som helhet når ett nationellt mål men där det finns skillnader mellan vårdgivare inom regionen. Sammansättningen av patientgrupper och andra förutsättningar skiftar på olika enheter. Detta gäller särskilt typ 2-diabetes där det finns ett starkt socioekonomiskt samband.

Det finns studier som visar att diabeteskomplikationer och hjärt-kärlsjukdomar minskar vid långsiktigt god kontroll av blodglukos (blodsocker), blodtryck och blodfetter samt rökstopp både avseende typ 1- och typ 2-diabetes. Ett viktigt behandlingsmål är därför god blodsockerkontroll mätt som HbA1c (medelblodsocker senaste 3 månaderna).

Det nationella målet är HbA1c under 52 mmol/mol men i anslutning till insjuknandet och åren därefter är ett lägre mål ofta aktuellt (42-48 mmol/mol). Socialstyrelsen har som målnivå angett att det ska vara färre än 10 procent av personer med typ 2-diabetes som har ett HbA1c högre än 70 mmol/mol. Region Stockholm når det nationella målet men det finns skillnader mellan vårdcentraler.

Avseende typ 1-diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån att färre än 20 procent ska ha ett HbA1c högre än 70 mmol/mol. Regionen uppnår det nationella målet även avseende typ 1-diabetes men det finns skillnader mellan sjukhusens resultat vilket till viss del beror på patientpopulationen.

Efter en längre tid med diabetes är risken för hjärt-kärlsjukdom påtagligt ökad. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård bör hälso- och sjukvården förutom stöd till förändring av ohälsosamma levnadsvanor, erbjuda personer med diabetes och

- mycket hög risk för hjärtkärlsjukdom: intensiv behandling med statiner (prioritet 1)
- hög risk för hjärtkärlsjukdom: standardiserad behandling med statiner (prioritet 2).

NDR:s riskmotor visar att av alla som är 30-79 år med typ 2-diabetes i primärvården, har 68 procent en hög eller mycket hög risk att drabbas av hjärtkärlsjukdom inom fem år. Här föreligger en uppenbar förbättringspotential och med hjälp av NDR är det lätt att identifiera dessa patientgrupper på den egna vårdenheten.

Nedan beskrivs förbättringsområden som identifierats i Region Stockholm och vilka delmål och åtgärder som föreslås i syfte att förbättra resultaten. De flesta av delmålen

är indikatorer som ingår i nationella riktlinjer och åtgärderna är insatser för utveckling av vårdprocess, dokumentation, utbildning eller riktade insatser till ett geografiskt område. På sikt kan justering av vårdavtal komma att bli aktuellt. Målet är att resultaten successivt förbättrats. Delmålen och åtgärderna presenteras separat för typ 2-diabetes och typ 1-diabetes.

Delmål 2 Typ 2-diabetes

Öka följsamhet till nationella riktlinjer och Kloka listan

2.1 Förbättra resultatet avseende andel personer med diabetes som har HbA1c> 70 mmol/mol.
2.2 Förbättra resultatet avseende andelen personer med diabetes som har blodtryck <140/85 mmHg.
2.3 Förbättra resultatet avseende andelen personer med diabetes som behandlas med statiner.
2.4 Förbättra resultatet avseende andelen personer med diabetes som genomgått en enkel fotundersökning.
2.5 Förbättra resultatet avseende andelen personer med diabetes utan dokumenterad retinopati som har genomgått ögonbottenundersökning.
2.6 Öka andelen patienter 40-60 år med kort diabetesduration (0-2 år) som får läkemedelsbehandling.
2.7 Öka andelen icke-rökare bland personer med typ 1- och typ 2-diabetes.

Åtgärder Delmål 2 Typ 2-diabetes

Öka följsamhet till nationella riktlinjer och Kloka listan

- Erbjud stöd i utveckling av vårdprocess särskilt till husläkarmottagningar som har lägre följsamhet till nationella riktlinjer. Erfarenheter från DiaCert kan många gånger användas.
- Öka kunskapen om diabetes i primärvård. Ett sätt kan vara genom att medarbetare i primärvården auskulterar inom specialistvården.
- Öka möjligheten att vid svårbehandlad diabetes eller komplexa behov konsultera specialistvården, som till exempel hjärt-, njur- och diabetesmottagningar (HND), Centrum för diabetes eller multidisciplinära fotteam.
- Erbjuda stöd till verksamheterna för förbättringsarbete och fortbildning inom ramen för kunskapsstyrningen, se åtgärd under Mål 1.
- Erbjud fortbildningsinsatser med särskilt fokus på vårdcentraler verksamma i socioekonomiskt svaga områden.
- Utveckla och erbjud systematiskt kvalitetssäkrad diabetesutbildning för personer med prediabetes, typ 1- eller typ-2 diabetes och deras närstående. Detta kan med fördel ske i samverkan med patientrepresentanter, se åtgärd under Mål 1.
- Öka anslutning till och användning av det nationella systemet för kvalitetsdata i primärvården (Primärvårdskvalitet).
- Utveckla och öka användandet av digitala kunskaps- och beslutsstöd för diagnosticering, behandling och monitorering av sjukdom men också för förbättrad tillgänglighet till vården och enklare samverkan mellan vårdgivare.

- Tydliggör riktlinjer för behandling vid obesitas för att optimera behandling av diabetes.
- Stötta verksamheterna att utveckla rutin för arbete med hälsosamma levnadsvanor enligt regionalt vårdprogram för ohälsosamma levnadsvanor.

Delmål 2 Typ 1-diabetes

Öka följsamhet till nationella riktlinjer och Kloka listan

2.8 90% av patienterna skall registreras i NDR.
2.9 Uppnå Socialstyrelsens nationella mål ≥90 procent av personer med typ 1-diabetes med senaste blodtryck <140/85.
2.10 Uppnå Socialstyrelsens nationella mål <20 procent av personer med typ1-diabetes med HbA1c över 70 mmol/mol.
2.11 Uppnå Socialstyrelsens nationella mål ≥99 procent avseende fotundersökning en gång per år.
2.12 Uppnå Socialstyrelsens nationella mål ≥98 procent av personer avseende ögonbottenundersökning vartannat år.
2.13 Uppnå målvärde för andel av personer med diabetes som är rökfria.

Åtgärder Delmål 2 Typ 1-diabetes

Öka följsamhet till nationella riktlinjer och Kloka listan

- Krav i specialistvårdens/sjukhusens avtal på rapportering till NDR.
- Särskild uppföljning av resultat på indikatorerna för specialistsjukvårdens/sjukhusens avtal. Vid bristande måluppfyllelse kan målrelaterad ersättning tillämpas enligt avtalens kvalitetsmodell.
- Stötta verksamheterna att utveckla rutin för arbete med hälsosamma levnadsvanor enligt regionalt vårdprogram för ohälsosamma levnadsvanor.

4.3 Mål 3 Öka hälsan och livskvaliteten hos personer med diabetes

Genom att kontinuerligt följa och behandla de riskfaktorer som har starkast samband med sjukdomsförloppet vid diabetes kan försämring och komplikationer fördröjas eller förhindras. Därför är de åtgärder som beskrivits tidigare av största vikt för upplevelse av hälsa hos personer med typ 1- eller typ 2-diabetes.

Rapporter visar att patienter generellt upplever bristande helhetssyn, kontinuitet och delaktighet. Patientrepresentanter för diabetes har också framfört att patientgruppen önskar få mer kunskap för att själva kunna ta ansvar för sin hälsa och sin sjukdom.

Delmål 3 Öka hälsan och livskvaliteten hos personer med typ 1- och typ 2-diabetes

3.1 Personer med diabetes har en namngiven kontaktperson med särskild kunskap om diabetesvården hos sin vårdgivare. Patienter med diabetes har god kunskap om till vem

och på vilket sätt man får kontakt med sin vanliga vårdenhet samt känner sig trygg med det.
3.2 Patienter med diabetes erbjuds minst årlig uppföljning av individuella mål och interventioner. Årliga uppföljningar ska vara förutbestämda i tid och utformas utifrån individens behov.
3.3 Alla patienter med nydiagnostiserad diabetes erbjuds kvalitetssäkrad utbildning om diabetes, egenvård och levnadsvanor. Patientföreningar är en resurs avseende erfarenhet om att leva med diabetes och stöd till egenvård.
3.4 Vårdpersonal erbjuds fortbildning om diabetesutbildning för personer med typ 1- och typ 2-diabetes inklusive stöd till egenvård.
3.5 Stöd till egenvård är integrerat i vårdförlopp och lokala rutiner är etablerade
3.6 Andelen personer med diabetes som röker, minskar årligen.

Åtgärder Delmål 3 Öka hälsan och livskvaliteten hos personer med typ 1- och typ 2-diabetes

- Utöka fortbildningssatsning för vårdpersonal så att möjlighet till kontaktperson med särskild kompetens inom diabetes säkerställs.
- Integrera arbete med årlig vårdplan i vårdprocessen.
- Utveckla och erbjud systematiskt kvalitetssäkrad diabetesutbildning för personer med prediabetes, typ 1- eller typ-2 diabetes och deras närstående. Detta kan med fördel ske i samverkan med patientrepresentanter, se åtgärd under Mål 1.
- Erbjuda stöd till verksamheterna för förbättringsarbete och fortbildning inom ramen för kunskapsstyrningen, se åtgärd under Mål 1. De verksamheter som inte når socialstyrelsens målnivåer ska prioriteras.
- Förstärk samverkansrutinen mellan primärvård och specialiserad vård till exempel med en digital plattform, för att utveckla vården.
- Utveckla de digitala verktygen och stöd till vårdpersonalen för att öka nyttan av digitala verktyg, för monitorering av sjukdom, för förbättrad dialog, tillgänglighet och förenklad samverkan mellan vårdgivare.
- Förbättra uppföljningen av upplevd hälsa hos personer med diabetes med hjälp av patientrapporterade utfallsmått som finns i NDR.
- Erbjud samordnade besök för personer med diabetes och andra diagnoser avseende besök hos flera professioner för att individanpassa behandling och tillsammans med patienten sätta upp individuella mål.

5 Förslag till fortsatt arbete för vissa frågor

Under arbete med diabetesplanen har olika frågeställningar och förslag lyfts som inte ryms inom detta arbete men som bör utredas och bedömas vidare. Här följer en kort beskrivning av dessa frågeställningar.

- **Samsjuklighet med psykisk ohälsa och möjlig påverkan på följsamhet till behandlingsrekommendationer.** Inom projektet Testmiljö identifierades att det finns en relativt hög psykiatrisk samsjuklighet hos personer med diabetes. Av vuxna personer med typ 1- och typ 2-diabetes har 30 procent psykiatriska sjukdomar registrerade i sin sjukdomshistoria.
- **Ökat stöd för identifiering, förebyggande och behandling vid typ 2-diabetes avseende personer med funktionsnedsättning.** Personer med intellektuell funktionsnedsättning utvecklar typ 2-diabetes i högre grad än befolkningen generellt. På grund av funktionsnedsättningen behövs insatser för förståelse av symtom likväl som av konsekvenser. Gruppens beroende av andra för identifiering och stöd i behandling, egenvård med bland annat lämplig mat och fysisk aktivitet, är avgörande för följsamhet till behandling. Diabetes-sjuksköterska tillsammans med LSS-personal behöver samverka med individen och anpassa diabetesutbildningen för att hen ska nå ett hälsosamt liv med diabetes. Samma typ av problem finns även i basal hemsjukvård och särskilda boenden för äldre.
- **Möjligheten för personer med diabetes att få stöd av vården vid enklare akuta frågor och undvika besök på akutmottagning.** En patientförening har framfört att man saknar möjlighet till enklare konsultation i akuta eller subakuta problem som är relaterade till diabetes.
- **Export av uppgifter om läkemedelsbehandling till det nationella diabetesregistret, NDR.** Det finns en felkälla i exporten av uppgifter som beror på juridiska problem vilket medför att läkemedelsbehandlingen kan vara underrapporterad, framför allt i regioner med många privata vårdgivare. Utveckla förenklad och enhetlig journaldokumentation så att all data fångas upp i kvalitetsregister. Det ska var lätt att göra rätt.
- **Likvärdig ersättning vid digitala besök inom olika vårdavtal**. Ersättningsmodeller utvecklas över tid vilket gör att det finns avtal med olika sorters modeller från fast till rörlig ersättning. Det finns skillnader mellan avtal när det gäller digitala kontakter vilket kan vara ett hinder i utvecklingen mot fler digitala besök.
- **Patienter med typ 1-diabetes inom äldrevården.** Genom den förbättrade vården av diabetes, börjar det idag finnas patienter med typ 1-diabetes som når så hög ålder att äldrevårdens insatser behövs. En av flera utmaningar kan då vara behandling med insulin hos patient som har kognitiva problem.

- **Aktuella utvecklingsområden rörande framför allt typ 1-diabetes.** Det pågår ett tekniskt språng rörande hjälpmedel som idag huvudsakligen riktar sig till personer med typ 1-diabetes. Det gäller olika former av mätning av glukosvärden, men även pumpar för insulin, där det nu börjar komma alltmer utvecklade kopplingar mellan dessa, med funktion för s k closed-loop. Detta ställer ökade krav på balansgång med ett ordnat införande så att effektiva hjälpmedel snabbt kommer till gagn för rätt personer med diabetes. Utvecklingen ställer nya krav på egenvårdskompetens, utbildning för densamma och krav på nya förmågor hos vårdgivarna. Möjligheten att kunna få hjälp med akuta frågor oavsett tidpunkt av till exempel teknisk natur bör också adresseras. Sammantaget bör dessa frågor hanteras, vilket bland annat kan ske inom ramen för kunskapsstyrning via NPO respektive RPO Endokrina sjukdomar och regionens egenvårdsstrategi.