

Granskning av diabetesvården

Landstinget Blekinge



EY

Anders Hellqvist

Innehåll

1. Inledning	5
1.1. Bakgrund	5
1.2. Syfte.....	5
1.3. Ansvariga nämnder	5
1.4. Revisionskriterier	5
1.5. Genomförande.....	6
2. De nationella riktlinjerna betonar levnadsvanornas betydelse ..	7
3. Organiseringen av diabetesvården är uppdelad mellan sjukhus och primärvård.....	7
3.1. Vårdcentralerna arbetar med diabetes typ 2 och sjukhusen i huvudsak med typ 1	7
3.2. Gränsöverskridande styrning av landstingets diabetesvård.....	9
4. Vårdprocessen.....	9
4.1. Diabetes typ 2.....	10
4.2. Diabetes typ 1.....	10
5. Patientföreningen ser behov att förbättrade samverkanskanaler med sjukvården	11
6. Landstinget Blekinges diabetesvård i nationellt kvalitetsregister	11
7. Kunskapsstyrning av diabetesvården i Blekinge	12
7.1. Följsamhet mot Socialstyrelsens prioriterade faktorer i de nationella riktlinjerna	13
8. Sammanfattande slutsatser och rekommendationer	16
8.1. Sammanfattande bedömning och rekommendationer	17
Bilaga 1: Intervjuade funktioner och enkätsvar.....	19

Sammanfattning

EY har på uppdrag av landstingets revisorer genomfört en granskning av diabetesvården. Syftet är att ge revisorerna ett underlag för att bedöma om Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för primärvård och folktandvård har säkerställt en effektiv diabetesvård och följsamhet till nationella riktlinjer och vårdprogram.

Den sammanfattande bedömningen är att diabetesvården i Landstinget Blekinge i stort bedrivs efter de nationella riktlinjerna. Tillgängligheten till de kritiska kompetenserna är i flera fall god men det finns brister, framför allt för patienter med diabetes typ 2 vilka är hänvisade till primärvården.

Granskningen visar att det finns flera utvecklingsområden. Främst är det samordningen och kunskapsstyrningen som uppvisar brister. Det finns idag ingen sammanverkansstruktur för hela diabetesvården. Vården är uppdelad i vård av diabetes typ 1 vid sjukhusen och typ 2 vid vårdcentralerna. Därutöver finns det ett flertal patienter med diabetes typ 2 som periodvis vårdas vid sjukhusens diabetesmottagningar. Vår bedömning är att denna uppdelning av vården gör att samordningsbehovet är stort. Det faktum att patientgruppen är väldigt stor (cirka 5000 patienter) gör samordningsbehovet än centralt för att säkerställa en god och likvärdig vård. Ett ytterligare argument för att samordningen och den gemensamma styrningen behöver utvecklas är att flera intervjupersoner pekar på behovet av en starkare samordning. Att olika behandlingsstrategier finns blir synligt när patienter rör sig mellan vårdcentral och sjukhus. Dessutom är det diabetesråd som tidigare funnits nedlagt.

Kosthållning är en enligt riktlinjerna och diabetesforskningen en mycket central faktor för att hjälpa patienterna att bli symtomfria (typ 2) eller till god livskvalitet vid typ 1-diabetes. Det har utvecklats olika strategier i östra och västra länsdelen avseende kostråden. Detta bedömer vi inte vara något negativt i sig eftersom utveckling bör ske men det finns idag ett behov av att vårdgivarna utvecklar ett gemensamt förhållningssätt till de nationella riktlinjerna om kostråd. Vi ser risker för att patienter får olika råd beroende på vem de möter.

Vi bedömer även att det finns en brist i samsyn mellan olika yrkeskategorier om hur kostråden ska presenteras. Vi har i intervjuerna mött olika bilder av vilka kostråd som ges av de olika vårdgivarna. Dessa faktorer gör sammantaget att vi ser ett behov av att utveckla en tydligare och sammanhållen strategi för diabetesvården i länet.

Ett annat utvecklingsområde är tillgängligheten till sjuksköterskebesök och läkarbesök inom primärvården. Flera vårdcentraler klarar inte av att ge den besöksfrekvens som rekommenderas i vårdprogrammet vilket är olyckligt med tanke på ur svårt det är att påverka patienters levnadsvanor.

Mot bakgrund av vad som framkommit i denna granskning ges följande rekommendationer:

- ▶ Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för primärvård och folktandvård rekommenderas att tillse att strukturer för strategisk samverkan kring diabetesvården som helhet upprättas.
- ▶ Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för primärvård och folktandvård rekommenderas att initiera en analys av orsaker till

skillnaderna i blodfettsnivåerna hos patienter i östra respektive västra länsdelen. Dessutom bör vårdgivarna överväga om åtgärder behöver vidtas utifrån skillnaderna och i så fall vilka.

- ▶ Nämnden för primärvård och folktandvård rekommenderas att tillse att det reviderade vårdprogrammet för primärvården implementeras vid samtliga vårdcentraler och att alla känner till detsamma.
- ▶ Nämnden för primärvård och folktandvård rekommenderas att vidta åtgärder för att säkerställa en tillgänglighet för återbesök till vårdcentralerna.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Diabetes är en av det moderna samhällets folksjukdomar. Sjukdomen uppträder i olika former. Diabetes typ 1 innebär att immunförsvaret felaktigt förstört eller reducerat bukspottkörtelns förmåga att producera insulin och inträder ofta i låg ålder. Diabetes typ 2 innebär att kroppen kan producera insulin för att stabilisera blodsockret men inte i tillräcklig grad. Konsekvensen blir att levern utsöndrar socker i blodet. Typ 2 uppträder ofta i senare i livet och successivt. Diabetes typ 2 är ofta livsstilsrelaterat och kan leda till en rad följsjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar och nedsatt syn. Nio av tio diabetiker har diabetes typ 2 och andelen av befolkningen som får diabetes typ 2 ökar.

I Sverige finns det upp emot en halv miljon personer som har diabetes. I Blekinge finns det cirka 5000 patienter som lider av sjukdomen enligt Socialstyrelsens statistik men det är ca 7000 personer som hämtar ut förskrivna läkemedel. Dessutom är diabetes starkt kopplat till övervikt vilket innebär att riskgruppen är betydligt större.

1.2. Syfte

Syftet med granskningen är att bedöma om Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för primärvård och folktandvård har säkerställt en ändamålsenlig hälso- och sjukvård avseende diabetes.

För att uppnå syftet besvaras ett antal revisionsfrågor som beskrivs med kortfattade svar i det avslutande kapitlet:

1.3. Ansvariga nämnder

Granskningen avser Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för primärvård och folktandvård.

1.4. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterier kan ofta hämtas från lagar och förarbeten, föreskrifter och interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut.

I denna granskning har revisionskriterierna utgjorts av:

- ▶ Hälso- och sjukvårdslagen (HSL), 28-29 §
 - I HSL 28 § framgår att ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.
- ▶ Reglemente för Nämnden för Blekingesjukhuset och nämnden för primärvård och folktandvård
- ▶ Nationella riktlinjer för diabetesvård, Socialstyrelsen 2015

- ▶ Landstingsplan 2017-2019 och budget 2017

1.5. Genomförande

Granskningen har genomförts genom granskning av dokument och intervjuer med nyckelpersoner i den aktuella vårdprocessen. Intervjuade funktioner framgår av bilaga 1.

2. De nationella riktlinjerna betonar levnadsvanornas betydelse

Diabetesvården styrs på nationell nivå av Socialstyrelsens riktlinjer vilka reviderades senast 2015. Riktlinjerna innehåller 140 rekommendationer ”varav ett femtiotal har bedömts ha särskilt stor betydelse för hälso- och sjukvårdens ekonomi och organisation samt för att personer med diabetes ska få en god och jämlik vård”. I riktlinjerna lyfts fem centrala rekommendationer fram för arbetet med att förebygga och bota/vårda diabetes:

- ▶ Påverkan av levnadsvanor
- ▶ Förebyggande av diabeteskomplikationer
- ▶ Patientutbildning
- ▶ Kontroll av blodglukosnivå (blodsocker)
- ▶ Multidisciplinära fotteam

Dessa presenteras närmare i avsnitt 8 om kunskapsstyrning.

I riktlinjerna beskrivs att rekommendationerna generellt kan innebära ökade kostnader på kort sikt men i några fall kan åtgärderna leda till frigjorda resurser på lång sikt. Vanliga komplikationer vid diabetessjukdom som orsakar patientlidande och kostnader för hälso- och sjukvården är nervskador, njurskador, förändringar i ögonbotten, hjärt- kärlsjukdomar, cirkulationsproblem, stroke m.m.

En ytterligare faktor i vården vars betydelse betonas i riktlinjerna är multidisciplinära team bestående av diabetessjuksköterskor, läkare, dietister, fotvårdsterapeuter, kuratorer och sjukgymnaster. Behandlingsmålen bör sättas upp av teamet tillsammans med patienten och för att behandlingen ska få ett bra resultat måste patienten vara väl insatt i och ta ett eget ansvar för sin vård.

3. Organiseringen av diabetesvården är uppdelad mellan sjukhus och primärvård

3.1. Vårdcentralerna arbetar med diabetes typ 2 och sjukhusen i huvudsak med typ 1

Landstingets resurser för att förebygga diabetes och hjälpa patienter är uppdelade i sjukhusresurser och vårdcentraler. Sjukhusen och vårdcentralerna bildar inte komponenter i en vårdkedja utan arbetar mot olika patientgrupper. I grova drag kan sjukhusmottagningarna i Karlskrona och Karlshamn sägas arbeta mot patienter med diabetes typ 1 medan vårdcentralerna arbetar med patienter som drabbats av diabetes typ 2. Numerärt är patienter med diabetes

typ 2 den dominerande gruppen (80-90 procent) men vården är i flera avseenden likartad.

Det finns avvikelser från denna uppdelning. Patienter med diabetes typ 2 och som drabbas av mer komplexa symtom eller akuta besvär remitteras eller kommer via akutmottagningen till diabetesmottagningarna vid sjukhusen och återremitteras efter behandling till primärvården för uppföljning. Vid diabetesmottagningen i Karlskrona hade 250 av 850 av patienter diagnosen typ 2 då granskningen genomfördes i juni 2017. Motsvarande antal patienter i Karlshamn var 100 av cirka 550 patienter. Dessa hade komplexa besvär och följsjukdomar och behövde därför även vård från andra specialiteter. Det finns även enstaka typ1 patienter som gör sina kontrollbesök vid vårdcentral och då oftast efter eget önskemål.

Anledningen till denna uppdelning har inte klart framkommit i granskningen men samtliga svarande i enkäten svarar att uppdelningen av patienterna fungerar bra. När patienter vårdas både inom primärvård och sjukhus blir skillnaderna i behandlingsfilosofi dock synliga vilket vissa intervjupersoner har kommenterat.

Diabetesmottagningarna

Vid de båda sjukhusen finns det diabetesmottagningar med diabetesteam bestående av läkare och diabetessjuksköterskor. Teamen har även tillgång till dietister och fotvårdsterapeuter samt i viss mån kuratorer. Samtliga patienter erbjuds minst 1 besök hos fotvårdsterapeut, vid behov flera. Dietister finns organiserade inom Rehabkliniken.

Alla patienter erbjuds även ögonbottenundersökning med olika frekvens via remiss till ögonmottagningen.

När det gäller dietister finns det ingen färdigställd behandlingsplan för diabetiker. Det som erbjuds idag är ett till två besök till nyupptäckta patienter med insulinbehandling och därefter dietistkontakt vid behov.

Vårdcentralerna

Vid de landstingsdrivna vårdcentralerna finns det oftast utbildade diabetessjuksköterskor men i olika omfattning. Resursen diabetessjuksköterska varierar från ca 25 procents tjänst till 100 procent mellan olika vårdcentraler. Resursens storlek korrelerar inte med antalet listade patienter. Andelen patienter med diabetes typ 2 av de olika vårdcentralernas listade patienter behöver inte vara densamma. Även i relation till vårdcentralens antal registrerade patienter med diagnos typ 2 varierar sjuksköterskeresursens omfattning.

De flesta vårdcentraler tillämpar principen att alla läkare ska vara kompetenta att möta diabetespatienter men det finns exempel där en läkare har ett speciellt intresse för diabetesvård och därför möter de flesta av vårdcentralens diabetespatienter.

Samtliga landstingsdrivna vårdcentraler uppger att de kan remittera samtliga patienter till ögonbottenundersökning och till fotvårdsterapeut och att tillgängligheten till dessa tjänster är god. Däremot har primärvården inte tillgång till resursen dietister. Kunskapen om kostråd för diabetiker förväntas i allmänhet diabetessjuksköterskorna inneha. Regelboken för hälsovalet ställer inga krav på att vårdcentralerna ska kunna erbjuda dietistkompetens.

3.2. Gränsöverskridande styrning av landstingets diabetesvård

Följande forum för utveckling och koordinering av diabetesvården existerar idag enligt de intervjuade.

Regional expertgrupp	Södra sjukvårdsregionen har ett antal kunskapsgrupper och en av dessa är Regional medicinsk kunskapsgrupp för endokrina sjukdomar. Gruppen består av läkare och diabetessjuksköterskor från samtliga ingående landsting/regioner. Gruppen träffas två gånger per år. uppdraget är att verka för likvärdig vård i Södra sjukvårdsregionen, samordna införandet av nya metoder och stödja hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.
Sjukhusens diabetesteam	Hela teamen inkl. dietister träffas en gång per termin på respektive ort och en gång per år gemensamt för båda mottagningarna. Fotvårdsteamet har egna träffar.

I övrigt finns det inga fungerande samverkande organ eller forum för gemensam styrning och utveckling. Enligt diabetesansvarig läkare vid Karlskronas medicinklinik fanns det tidigare ett s.k. "diabetesråd" och en diabetessamordnare i länet med dessa funktioner är avvecklade. Försök pågår för att återuppväcka diabetesrådet som även hade politikerdeltagande. Enligt flera av de intervjuade vid sjukhusen finns det ett påtagligt behov av en tätare samverkan mellan olika aktörer, framför allt mellan diabetesmottagningarna och vårdcentralerna men detta har ännu inte kunnat etableras av olika skäl.

Vid frågan *anser du att samverkan med sjukhusens diabetesmottagningar fungerar bra* framgår det att det inte finns någon etablerad samverkansform men att det fungerar väl när kontakt sökes för överläggning eller konsultation.

4. Vårdprocessen

Vårdcentralerna möter de patienter som söker för symtom som är kopplade till diabetes typ 2, eller de som redan har diagnosen och gör kontrollbesök till sjuksköterska och läkare. Det händer även att en patient med en icke upptäckt diabetes blir akut sjuk och uppsöker akutmottagningen i Karlskrona eller medicinkliniken i Karlshamn. Då är det diabetesmottagningarna som ansvarar för vården till dess att patienten stabiliserats och kan remitteras till vårdcentralen för vidare vård och kontroller.

Även om patienten debuterar med diagnos ställd vid vårdcentralen är det väsentligt att vårdprogrammet och eventuell medicinering startas så tidigt som möjligt vilket också sker.

4.1. Diabetes typ 2

Diabetes typ 2 är en sjukdom som oftast är livslång och därför varar vårdkontakten med dessa patienter ofta livet ut. Det finns möjlighet att bli symptomfri, vilket har visat sig i fall där exempelvis ändrad kost gjort att medicinering kunnat upphöra. Samtliga 7 vårdcentraler som svarat på enkäten svarar att målet är att alla patienter ska erbjudas ett besök till distriktssköterska eller diabetessköterska per år och ett läkarbesök per år. Alla ska alltså erbjudas två besök per år. Tre av de sju svarande vårdcentralerna svarar att de klarar eller nästan alltid klarar av att erbjuda denna besöksfrekvens. Övriga svarar nej eller inte alltid. I dessa fall prioriteras de patienter som mår sämst. Orsaken till den bristande tillgängligheten kan vara dels brist på diabetessköterskor dels läkarbemanningen vid vårdcentralen.

Vid besöken tas prover och mätningar görs för att justera ordinationen av läkemedel och insulin tillförsel. En stor del av besöken ägnas åt rådgivning avseende livsstil eftersom kost och fysisk aktivitet kan ha mycket stor inverkan på sjukdomens förlopp. Denna rådgivning utförs av diabetessköterskorna i första hand och samtliga påtalar behovet av att anpassa rådgivningen utifrån individens förutsättningar. Skillnader i levnadssätt, utbildning, ålder, sociala förhållanden påverkar förmågan att ändra livsstil.

Enligt de genomförda intervjuerna har vårdcentralerna ingen möjlighet att arbeta förebyggande utom när det gäller patienter som har sökorsaker som inte leder till diabetesdiagnos men där riskerna för att insjukna i diabetes är stora.

4.2. Diabetes typ 1

Typ 1 innebär att patienten har fått en rubbning i insulinproduktionen och inträffar vanligen i yngre år men kan debutera även senare. Symtomen kommer ofta fort och patienten kan bli allvarligt sjuk inom en kort tid. Därför är starten av behandling speciellt viktigt. Om patienten inte kommer in via akutmottagningen utan via vårdcentralen så remitteras patienten direkt till sjukhusen där den efterföljande vården också sker. Det har i granskningen inte framkommit något som tyder på att vården har problem att ge insatser tidigt i det akuta skedet.

Även för dessa patienter ska ett besök till läkare erbjudas varje år. besök till diabetessjuksköterska erbjuds i Karlshamn 3-4 gånger per år. I Karlskrona är besöksfrekvensen 1 besök/per år till respektive sjuksköterska och läkare som standard. Mottagningen i Karlskrona har tidigare haft problem med att kunna erbjuda den frekvensen men uppger vid intervjutillfället att balans råder mellan besöksbehov och genomförda besök. Ett flertal patienter besöker mottagningen oftare beroende på hälsotillståndet. Det är diabetessköterskorna som läser av patientens behov och kopplar in övriga kompetenser i teamet vid behov, d.v.s. dietist, fotvårdsterapeut och kurator. Om andra följsjukdomar uppstår kopplas andra specialiteter in.

Gravida som visar symptom på graviditetsdiabetes remitteras alltid till diabetesmottagningen som ger ett speciellt vårdprogram just för gravida kvinnor.

I Karlshamn har en *levnadsvanemottagning* startats för att förbättra rådgivningen för patienter med övervikt, låg fysisk aktivitet, rökning eller riskbruk av alkohol. Patienter från hela länet kan, om de utifrån fastställda kriterier

bedöms vara tillräckligt motiverade, remitteras till detta team. Levnadsvanemottagningen består av följande kompetenser.

- Läkare
- Sjuksköterska
- Sjukgymnast
- Dietist
- Kurator

Hit kan diabetespatienter, både typ 1 och 2, remitteras.

5. Patientföreningen ser behov att förbättrade samverkanskanaler med sjukvården

I Blekinge finns det en patientförening för diabetes som är aktiv. Föreningen har cirka 440 medlemmar och en styrelse med 7 ledamöter. Det krävs en aktiv handling för att medlemmarna ska bli anslutna och för att medlemskapet ska förnyas varje år. Föreningen anordnar seminarier, föreläsningar och andra arrangemang i syfte att sprida kunskap om sjukdomens förlopp, levnadssätt och tekniska hjälpmedel. Dessutom ges en medlemstidning ut med fyra nummer per år. Bland artiklarna i tidningen presenteras delar av landstingets diabetesvård och personal. Ett exempel är en artikel om den levnadsvanemottagning som nyligen etablerats i Karlshamn.

I föreningens stadgar står det bland annat att föreningen ska bedriva ett *intressepolitiskt påverkansarbete avseende diabetesvården i Blekinge*.

Enligt intervjuad ordförande fanns föreningen representerad i det tidigare diabetesrådet. Nu saknar man det forumet och hoppas att det ska återuppstå.

6. Landstinget Blekinges diabetesvård i nationellt kvalitetsregister

Vården i siffror presenterar en rapport kring diabetesvården där olika jämförande indikatorer presenteras landstingsvis och sjukhusvis. Rapporten bygger helt på data från det nationella diabetesregistret. Nedan återges ett urval av resultaten från Blekinge. Om inget annat anges är resultaten från 2016.

- Antalet personer med diabetes typ 2 per 100 000 invånare varierar i landet mellan 2800 och ca 5700. I Blekinge finns det ca 4000 personer.
- Andelen patienter (typ 2) som är fysiskt inaktiva är lägre i Blekinge än i riket. (25 % jämfört med 33 % för riket). Indikatorn visar andelen personer med diabetes i primärvård som är fysiskt aktiva, bland dem som det finns uppgift om utövande av fysisk aktivitet för. Att vara fysiskt

aktiv innebär att minst en gång i veckan utövar fysisk aktivitet, motsvarande 30 minuters promenad.

- Andelen som får fotundersökning är marginellt högre än för riket för både typ 1 och 2.
- Andelen som får ögonbottenundersökning (typ 2) är samma som för riket, ca 89 %.
- Medelvärdet för LDL-kolesterol vid diabetes typ 2 är lägre i Blekinge totalt än i riket men högre i västra länsdelen där det ligger högre. Se vidare nästa avsnitt om kunskapsstyrning. Andelen patienter som får blodfettssänkande behandling är i nivå med snittet för riket.
- Andelen patienter med blodtryck under gränsvärden är något lägre än i riket. (typ 1 och 2)
- Dödligheten och överdödlighet i hjärt- och kärlsjukdom bland personer med diabetes ligger högre i Blekinge jämfört med riket. (Detta gäller inte bara för diabetiker)
- Andelen blodfettssänkande behandling för patienter med typ 1 är högre i Blekinge än i riket. Önskat värde är högt.

7. Kunskapsstyrning av diabetesvården i Blekinge

Som tidigare beskrivits finns det nationella riktlinjer för diabetesvården och dit hörande råd om kost. Vissa vårdcentraler uppger att de antingen arbetar efter de nationella riktlinjerna, andra refererar till ett PM som utfärdats för primärvården i Blekinge 2013. Det förekommer även att det finns lokala riktlinjer som utfärdats vid aktuell vårdcentral.

Ett av de dokument som tillhandahållits i granskningen är ett dokument som heter "*Mall för lokalt VÅRDPROGRAM DIABETES Primärvården Landstinget Blekinge*" (2013). Detta uppges vara det vårdprogram som finns upprättat för de landstingsdrivna vårdcentralerna. Vårdprogrammet innehåller:

- Diagnosindikationer vid olika typer av diabetes
- Vårdrutiner vid nyupptäckt diabetes, besöksfrekvens och rekommenderad besökslängd hos respektive sjuksköterska och läkare
- Remisser vid debut – ögonbottenundersökning och fotvård
- Innehåll av åtgärder vid besöken
- Kostråd från nationella riktlinjer
- Farmakologisk behandling och riktlinjer för röntgenundersökningar

Det finns även lokala riktlinjer som utformats vid den specifika vårdcentralen. De vi tagit del av innehåller i stort samma riktlinjer som ovan beskrivna PM men med mer summarisk beskrivning av arbetet med levnadsvanor. Bland annat är kostrådsinformationen mer utvecklat i ovan beskrivna vårdprogram än i de lokala.

Vid sjukhusen används de nationella riktlinjerna i kombination med lokala PM för graviditetsdiabetes, diabetesmottagning m.m.

I västra länsdelen genomfördes för cirka femton år sedan en studie, *Karlshamnsstudien*, som fått tämligen stor uppmärksamhet nationellt och är väl känd bland de som arbetar med diabetesvård. Studien gick ut på att testa kostvanor hos två grupper med patienter. Den ena gruppen åt traditionell kost enligt tallriksmodellen. Den andra gruppen åt kost med låg halt av kolhydrater och uppvisade tydliga effekter av bland annat viktnedgång och minskat behov av insulinbehandling. Utvecklingen inom kostområdet har varit och är intensiv och Socialstyrelsens riktlinje för kostråd vid diabetes innehåller sedan 2011 även lågkolhydratkost som ett av fyra rekommenderade råd.

Flera patienter som idag vårdas vid Karlshamns mottagning och vid vårdcentralerna i västra länsdelen har förvärvat kostvanor enligt lågkolhydratmetoden vilket av de intervjuade har att göra med ovan nämnda studie. Situationen för diabetessjuksköterskorna och läkarna är problematisk när det gäller vilka kostråd de ska ge eftersom kostråden i de nationella riktlinjerna är flera och till viss del motstridiga¹. Den intervjuade dietisten uppger att när sjukhusen möter typ 2-patienter från primärvården kan det uppstå situationer där bedömningen görs att kosthållningen behöver förändras. De allra flesta intervjuade betonar dock att en individuell anpassning behöver göras när rådgivningen utformas och att det i viss mån är upp till patienten att välja mellan de olika kostråden.

I de data som lämnas till det nationella diabetesregistret framgår det att patienter som vårdas i västra länsdelen har högre blodfettvärden². Flera av de intervjuade har kommenterat detta och att det behövs analyser och ställningstaganden kring om förhållandet bör mötas med vårdstrategiska åtgärder. Kunskapsläget är i detta avseende inte heller entydigt³.

7.1. Följsamhet mot Socialstyrelsens prioriterade faktorer i de nationella riktlinjerna

¹ Traditionell kost enligt tallriksmodellen innehåller en hel del kolhydrater vilket förespråkarna för lågkolhydratkost anser vara olämpligt vid diabetes.

² Blodfetter är främst kolesterol och triglycerider. Triglyceriderna används som energi i kroppen, och kolesterolet behövs för att bygga celler och bilda hormoner.(1177-vårdguiden)

³ Det finns olika åsikter om var gränsen för lämplig kolesterolhalt ligger och det råder även diskussion om huruvida det är ändamålsenligt att enbart mäta LDL-kolesterolet eftersom det enligt vissa forskare är sammansättningen av LDL-kolesterol och HDL-kolesterol samt triglycerider som ger en bild av risknivån.

Riktlinjerna	I Landstinget Blekinge
<p>Hälso- och sjukvården bör kunna erbjuda strukturerade program för påverkan av levnadsvanor för att förebygga diabetes 2 och för att hantera identifierade risker för diabetes. Framför allt betonas kost och fysisk aktivitet.</p>	<p>Typ 1-patienter får rådgivning i levnadsvanor vid mottagningarna. Det finns dock inget strukturerat program utan sker utifrån riktlinjerna och utifrån diabetessjuksköterskornas och dietisternas bedömning av de individuella förutsättningarna hos patienten. Typ 1 går inte att förebygga utan det handlar om att mildra symtomen.</p> <p>Rådgivning för typ 2-patienter sker företrädesvis via diabetessjuksköterskor. Dietister finns inte att tillgå för dessa patienter inom primärvården. Även här betonas bedömning av patientens individuella förutsättningar.</p> <p>De nationella riktlinjerna anger fyra olika kosttyper för diabetesvården vilket gör att patienter själva till stor del får välja vilken inriktning de vill ha. Vare sig landstinget eller primärvården har formulerat ett gemensamt ställningstagande till hur man ska förhålla sig till dessa kostråd.</p>
<p>När diabetessjukdom har konstaterats är arbetet med att förebygga diabeteskomplikationer av stor vikt. Blodtrycks- och blodfettsbehandling bör sättas in och liksom stöd för rökavvänjning och fysisk aktivitet. Viktnedgång kan ha en positiv inverkan på flera av de faktorerna. Även kirurgisk viktreduktion (fettkirurgi) kan vara en lämplig behandlingsform.</p>	<p>Typ 2-patienter får rådgivning i levnadsvanor av diabetessjuksköterskorna. Blodtrycks- och blodfettsbehandling ges i samma utsträckning som i riket i övrigt. Patienter i västra länsdelen har högre blodfettshalter än i östra. Analys av orsakerna och eventuell åtgärd är inte genomförd.</p>
<p>Patienter med diabetes kan ha stor hjälp av patientutbildning. Hälso- och sjukvården bör kunna erbjuda gruppbaserad patientutbildning av personer med såväl ämneskompetens som pedagogisk kompetens. Detta rekommenderas för både typ 1 och typ 2 diabetes.</p>	<p>Den patientutbildning som sker är den rådgivning som sker genom diabetessjuksköterskor.</p> <p>Gruppbaserad utbildning för typ 2 patienter sker inte inom primärvården, främst p.g.a. resursskäl. Vissa vårdcentraler har försökt men inte fortsatt.</p> <p>Patienter kan utifrån vissa kriterier remitteras till levnadsvanemottagningen i Karlshamn.</p>
<p>Kontroll av blodglukosnivån är central i behandlingen. Kontroller är därför viktiga för att kunna sätta in rätt läkemedelsbehandling eller insulinbehandling.</p>	<p>Detta sker regelbundet vid besök varje år både för typ 1 och 2. Ibland oftare på förekommen anledning. Patienterna gör också egna kontroller.</p>

<p>Det har visat sig att multidisciplinära fotvårdsteam är en framgångsrik strategi för att förhindra eller minska behovet av amputationer. "Detta kräver att hälso- och sjukvården utvecklar samverkansformerna mellan det multidisciplinära fotteamet och primärvården eller hemsjukvården".</p>	<p>Både typ 1 och 2-patienter får träffa fotvårdsterapeut med en tillfredsställande tillgänglighet. Däremot är inte fotvårdsteam etablerade för alla patienter utan för diabetespatienter med fotsår. Alla behöver inte träffa hela temaet enligt de intervjuade.</p>
--	---

8. Sammanfattande slutsatser och rekommendationer

Syftet med granskningen är att ge revisorerna underlag för att bedöma om Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för primärvård och folktandvård har säkerställt en ändamålsenlig hälso- och sjukvård avseende diabetes.

Nedan beskrivs i komprimerad form de bedömningar som görs utifrån respektive revisionsfråga. Därefter redogörs för slutsatser och svar på den övergripande revisionsfrågan.

Revisionsfråga	Svar
1. Har de nationella riktlinjerna för diabetesvården implementerats till landstinget Blekinges lokala förhållanden? Säkerställs en efterlevnad till riktlinjerna?	I stort följs de nationella riktlinjerna och rapportering sker till diabetesregistret. Sjukhusen använder de nationella riktlinjerna samt lokala PM för exempelvis graviditetsdiabetes och diabetesmottagning. En lokal anpassning av riktlinjerna finns inte i en sammanhållen mening inom primärvården. Inom primärvården förekommer olika riktlinjer för olika vårdcentraler. Det finns ett för primärvården framtaget vårdprogram som används av vissa vårdcentraler men det finns ingen struktur för uppdatering och implementering av en sammanhållen kunskapsstyrning av diabetesvården i landstinget.
2. Finns det en fungerande styrning av vårdprocessen för diabetiker över de organisatoriska gränserna?	Nej. Det finns en praxis att patienter med diabetes typ 1 hänvisas till sjukhusens diabetesmottagningar och typ 2 till vårdcentralerna. Frånvaron av samordning och strategiska forum för en god och likvärdig diabetesvård är påfallande vilket är anmärkningsvärt med tanke på det stora antalet patienter och den stora risk som finns för följsjukdomar som tar sjukvårdens resurser i anspråk.
3. Finns det lokalmässiga, materiella och kompetensmässiga resurser som svarar mot behovet när det gäller diabetesvården?	Ja när det gäller lokaler och materiella resurser men delvis när det gäller tillgång till adekvat kompetens. Flera vårdcentraler har svårt att genomföra den frekvens av besök som är rekommenderat. Detta bedöms som en väsentlig brist på grund av en central framgångsfaktor för vården är möjligheten att

	<p>påverka patienternas levnadsvanor.</p> <p>Systematisk förebyggande verksamhet för att förhindra insjuknande i typ 2-diabetes förekommer inte.</p>
<p>4. Finns det adekvata resurser för livsstilsorienterade och förebyggande insatser för både patienter och riskgrupper?</p>	<p>Delvis. Systematiskt arbete för att förebygga diabetes för riskgrupper finns inte. Däremot finns det resurser för livsstilsorienterade insatser för de som fått diagnosen diabetes typ 2.</p>
<p>5. Följer landstinget de i de nationella riktlinjerna prioriterade rekommendationerna från 2015?</p>	<p>Delvis. Granskningen påvisar brister i det livsstilspåverkande arbetet när det gäller kost vilket är en av de främsta faktorerna för att förbättra patienternas hälsa. Det finns ingen sammanhållen strategi för vilka kostråd som ska ges och hur de ska ges.</p>
<p>6. Tillvaratas patientföreningarnas synpunkter i utvecklingen av diabetesvården?</p>	<p>Nej inte i tillräcklig utsträckning. Det finns en aktiv förening som söker strukturer för att närmare samverka med vården. Det tidigare diabetesrådet är nedlagt sedan en tid tillbaka. Diabetesråd finns ett flertal andra landsting.</p>

8.1. Sammanfattande bedömning och rekommendationer

Den sammanfattande bedömningen är att diabetesvården i Landstinget Blekinge i stort bedrivs efter de nationella riktlinjerna. Tillgängligheten till de kritiska kompetenserna är i flera fall god men det finns brister, framför allt för patienter med diabetes typ 2 vilka är hänvisade till primärvården.

Granskningen visar att det finns flera utvecklingsområden. Främst är det samordningen och kunskapsstyrningen som uppvisar brister. Det finns idag ingen sammanverkansstruktur för hela diabetesvården. Vården är uppdelad i vård av diabetes typ 1 vid sjukhusen och typ 2 vid vårdcentralerna. Därutöver finns det ett flertal patienter med diabetes typ 2 som periodvis vårdas vid sjukhusens diabetesmottagningar. Vår bedömning är att denna uppdelning av vården gör att samordningsbehovet är stort. Det faktum att patientgruppen är väldigt stor (cirka 5000 patienter) gör samordningsbehovet än centralt för att säkerställa en god och likvärdig vård. Ett ytterligare argument för att samordningen och den gemensamma styrningen behöver utvecklas är att flera intervjupersoner pekar på behovet av en starkare samordning. Att olika behandlingsstrategier finns blir synligt när patienter rör sig mellan vårdcentral och sjukhus. Dessutom är det diabetesråd som tidigare funnits nedlagt.

Kosthållning är en enligt riktlinjerna och diabetesforskningen en mycket central faktor för att hjälpa patienterna att bli symtomfria (typ 2) eller till god livskvalitet vid typ 1-diabetes. Det har utvecklats olika strategier i östra och västra länsdelen avseende kostråden. Detta bedömer vi inte vara något negativt i sig eftersom utveckling bör ske men det finns idag ett behov av att vårdgivarna utvecklar ett gemensamt förhållningssätt till de nationella riktlinjerna om kostråd. Vi ser risker för att patienter får olika råd beroende på vem de möter.

Vi bedömer även att det finns en brist i samsyn mellan olika yrkeskategorier om hur kostråden ska presenteras. Vi har i intervjuerna mött olika bilder av vilka kostråd som ges av de olika vårdgivarna. Dessa faktorer gör sammantaget att vi ser ett behov av att utveckla en tydligare och sammanhållen strategi för diabetesvården i länet.

Ett annat utvecklingsområde är tillgängligheten till sjuksköterskebesök och läkarbesök inom primärvården. Flera vårdcentraler klarar inte av att ge den besöksfrekvens som rekommenderas i vårdprogrammet vilket är olyckligt med tanke på ur svårt det är att påverka patienters levnadsvanor.

Mot bakgrund av vad som framkommit i denna granskning ges följande rekommendationer:

- ▶ Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för primärvård och folktandvård rekommenderas att tillse att strukturer för strategisk samverkan kring diabetesvården som helhet upprättas.
- ▶ Nämnden för Blekingesjukhuset och Nämnden för primärvård och folktandvård rekommenderas att initiera en analys av orsaker till skillnaderna i blodfettsnivåerna hos patienter i östra respektive västra länsdelen. Dessutom bör vårdgivarna överväga om åtgärder behöver vidtas utifrån skillnaderna och i så fall vilka.
- ▶ Nämnden för primärvård och folktandvård rekommenderas att tillse att det reviderade vårdprogrammet för primärvården implementeras vid samtliga vårdcentraler och att alla känner till detsamma.
- ▶ Nämnden för primärvård och folktandvård rekommenderas att vidta åtgärder för att säkerställa en tillgänglighet för återbesök till vårdcentralerna.

Bilaga 1: Intervjuade funktioner och enkätsvar

Samordningsansvarig läkare för diabetesvården och sektionschef vid medicinkliniken

Ansvarig läkare diabetesmottagningen Karlshamn

Avdelningschef diabetesmottagningen Karlskrona

Avdelningschef diabetesmottagningen Karlshamn

Diabetessjuksköterskor vid diabetesmottagningarna i Karlskrona och Karlshamn

Avdelningschef vid vårdcentralen Trossö i Karlskrona

Vårdcentralchef vid landstingets vårdcentral i Sölvesborg

Ordförande i Blekinges diabetesförening

En enkät skickades ut till samtliga landstingsdrivna vårdcentralers chefer.
Enkätsvar har inkommit från:

Lyckeby vårdcentral

Nättraby vårdcentral

Sölvesborgs vårdcentral

Wämö vårdcentral

Brunnsgårdens vårdcentral

Jämjö vårdcentral

Olofströms vårdcentral

Trossö vårdcentral

Enkätsvar har inte inkommit från:

Samaritens, Bräkne-Hoby, Kallinge och Ronneby vårdcentraler

Rödeby vårdcentral