

Diabetesvård

Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning



2015

Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015

Diabetesvård

Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN	978-91-7555-273-6
Artikelnummer	2015-2-1
Omslagsfoto	Matton
Sättning	Edita Bobergs AB
Tryck	Edita Bobergs AB, Falun, februari 2015 Andra upplagan, maj 2015



MILJÖMÄRKT Trycksak lic nr 3041 0359

Förord

Socialstyrelsen har genomfört en utvärdering av följsamheten till de nationella riktlinjerna för diabetesvården. Den här rapporten presenterar följsamheten till rekommendationerna med utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård från 2010 och 2015. Socialstyrelsen publicerade även en utvärdering av diabetesvården 2011 som identifierade ett antal förbättringsområden för hälso- och sjukvården. Även dessa områden har använts som utgångspunkt för bedömningarna i denna rapport.

Resultatet av utvärderingen presenteras i två rapporter. *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015 – Diabetesvård. Indikatorer och underlag för bedömningar* innehåller det fullständiga underlaget till utvärderingen, inklusive en beskrivning av använda metoder samt resultat för samtliga indikatorer. Denna rapport sammanfattar det viktigaste ur den ovanstående rapporten och innehåller även Socialstyrelsens rekommendationer och bedömningar.

Utvärderingen vänder sig främst till beslutsfattare och verksamhetsledningar på olika nivåer inom hälso- och sjukvården men den kan även vara till nytta för andra aktörer såsom patientföreningar, berörda yrkesgrupper inom vården och medier.

Projektledare för utvärderingen har varit Christina Broman. Övriga projektmedarbetare som har bidragit till rapporten är Mikael Nyman, Sara Billfalk och Jesper Hörnblad. Externa experter i arbetsgruppen har varit Christian Berne, Katarina Eeg-Olofsson, Tony Holm, Stefan Jansson, Katarina Steen Carlsson och Karin Wikblad.

Ett särskilt tack riktas också till företrädare för kvalitetsregistren Nationella diabetesregistret och Svenska njurregistret, som har bidragit med underlag till utvärderingen. Ansvarig enhetschef har varit Björn Nilsson.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Förbättringsområden för landsting och regioner	7
Förbättringsområden för kommuner	8
Ökat läkemedelsuttag i enlighet med riktlinjerna	9
Ny utvärdering inom några år	9
Inledning	10
Rekommendationer och bedömningar	16
Förbättringsområden för landstingen och regionerna	16
Förbättringsområden för kommuner	21
Bedömning utifrån god vård och omsorg	22
Metod	25
Fördjupad redovisning av rekommendationer och bedömningar – landsting och regioner	29
Fördjupad redovisning av rekommendationer och bedömningar – kommunerna	79
Ökat läkemedelsuttag i enlighet med riktlinjerna	84
Referenser	86
Bilaga 1. Projektorganisation	88

Sammanfattning

Socialstyrelsen har utvärderat diabetesvården med utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella riktlinjer från 2010 och 2015. Utgångspunkten har även varit de förbättringsområden som framkom i utvärderingen av diabetesvården från 2011.

Utvärderingen visar att flera av rekommendationerna i riktlinjerna har fått genomslag i verksamheterna, bland annat som underlag för vårdprogram, läkemedelsterapirekommendationer eller som underlag för andra beslut.

Men utvärderingen visar också att det finns ett antal förbättringsområden inom såväl landstingen och regionerna som kommunerna, där hälso- och sjukvården behöver lägga ytterligare kraft för att i ännu högre grad följa riktlinjerna samt att framöver även uppnå de målnivåer som Socialstyrelsen fastställt för vissa indikatorer.

Förbättringsområden för landsting och regioner

Svensk diabetesvård visar i de flesta fall positiva resultat och trenderna tyder på stadig förbättring, både för sjukvårdens processer och för dess resultat.

Resultaten är sämre inom vissa områden där sjukvården och patienten behöver ha en mer fördjupad, frekvent och varaktig kontakt. Exempel på detta är att utvärderingen visar på bristande måluppfyllelse för HbA1c-värden (långtidsblodsocker) och blodtryck, något som kan få långsiktiga negativa konsekvenser. Dessutom visar resultaten på otillräckliga insatser från hälso- och sjukvården för att stimulera patienterna till ökad fysisk aktivitet och rökstopp. Resultaten i rapporten pekar även på betydande skillnader mellan landstingens diabetesvård både vid medicinkliniker och i primärvården.

Socialstyrelsen har i utvärderingen identifierat följande förbättringsområden för landstingen och regionerna, baserat på de nationella riktlinjerna:

- Minska andelen personer med diabetes som har ett HbA1c-värde över 70 mmol/mol.
- Minska andelen personer med diabetes som har ett blodtryck över 140/85 mmHg.
- Öka andelen personer med diabetes som regelbundet och minst tre gånger per vecka är fysiskt aktiva.
- Minska andelen rökare bland personer med diabetes.
- Öka andelen personer med diabetes som årligen genomgår en fotundersökning.
- Öka andelen personer med diabetes som genomgår en ögonbottenundersökning.
- Öka andelen personer med diabetes som får förebyggande åtgärder mot karies och parodontit.
- Öka förekomsten av kulturanpassad utbildning.
- Öka förekomsten av gruppbaserad utbildning till personer med typ 2-diabetes inom primärvården.
- Öka andelen diabetessjuksköterskor med utbildning i pedagogik vid sjukhusmottagningarna.
- Förbättra samverkan kring multidisciplinära fotteam för att patienter med fotproblem ska få ett kvalificerat omhändertagande.
- Öka stödet till fysisk aktivitet med hjälp av kvalificerade rådgivande samtal.
- Öka stödet till rökstopp med hjälp av kvalificerade rådgivande samtal.

Förbättringsområden för kommuner

Socialstyrelsen har identifierat följande förbättringsområden för kommunernas hälso- och sjukvård när det gäller diabetesvård:

- En höjd utbildningsnivå inom diabetes för samtlig personal som vårdar personer med sjukdomen.
- Regelbundna fotkontroller och möjlighet till preventiv fotvård.

Ökat läkemedelsuttag i enlighet med riktlinjerna

Sedan 2010 ökar antalet personer som tar ut glukossänkande läkemedel, och det tyder på att landstingen följer rekommendationerna i riktlinjerna om förbättrad glukoskontroll. Den största delen av läkemedelsförskrivningen utgörs av etablerade läkemedel som använts i decennier i svensk diabetesvård.

Ny utvärdering inom några år

Socialstyrelsen kommer inom några år att utvärdera diabetesvården på nytt och då följa upp resultaten från denna rapport. Myndigheten kommer främst att fokusera på de förbättringsområden som identifierats, men även andra indikatorer kommer att följas upp. Målsättningen är att hälso- och sjukvården ska kunna använda rapporterna som en utgångspunkt i arbetet med att ytterligare förbättra diabetesvården.

Inledning

Socialstyrelsen följer upp, utvärderar och rapporterar om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, anger att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. För att uppfylla det målet ska hälso- och sjukvården enligt HSL uppfylla kraven på en god vård. Myndigheten använder begreppet god hälsa, vård och omsorg. Det innebär att vården och omsorgen ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

En del i Socialstyrelsens uppdrag är att stödja kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det uppdraget innefattar bland annat att ta fram nationella riktlinjer, indikatorer, målnivåer och öppna jämförelser samt utvärderingar av vård och omsorg för specifika sjukdomsgrupper.

År 2011 publicerade Socialstyrelsen en utvärdering av diabetesvården med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna för diabetesvård från 2010 [1]. Utvärderingen visade att beslutsfattarna inom landstingen och regionerna upplever att de har ett gott stöd av de nationella riktlinjerna för diabetesvård [2]. Riktlinjerna används exempelvis i uppdragsbeskrivningar och i politiska viljeinriktningar för att få en jämlik diabetesvård. Flera av rekommendationerna i riktlinjerna har också fått genomslag i verksamheterna.

Men utvärderingen visade också att det finns ett antal förbättringsområden inom såväl landstingen och regionerna som kommunerna, där hälso- och sjukvården behöver lägga ytterligare kraft samt i ännu högre grad följa riktlinjerna.

Den här rapporten utvärderar vården utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård från 2010 och 2015 [2,3]. Utgångspunkten har även varit de förbättringsområden som framkom i den förra utvärderingen av diabetesvården från 2011.

Diabetesvården i fokus

I Sverige fanns 2013 cirka 408 000 personer med läkemedelsbehandlad diabetes. Av dessa har cirka 12–13 procent typ 1-diabetes och får i första hand vård vid sjukhusens diabetesmottagningar. Det är alltså närmare 90 procent som har typ 2-diabetes, av vilka de flesta tas omhand inom primärvården. Ett mindre antal mer komplicerade fall får sin vård vid sjukhusmottagningar. Många äldre med främst typ 2-diabetes kräver dessutom betydande omvårdnadsinsatser inom kommunal hemsjukvård och särskilda boenden.

Syfte och avgränsningar

Utvärderingens syfte

Den här rapporten är en utvärdering av landstingens och regionernas strukturer, processer och resultat samt kommunernas strukturer för diabetesvården. Syftet är att öppet jämföra och utvärdera den svenska diabetesvården utifrån följande frågeställningar:

- Bedrivs vården i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer i riktlinjerna?
- Har landstingen och kommunerna förbättrat vården utifrån de synpunkter som framkom i utvärderingen från 2011?
- Bedrivs vården i enlighet med de sex kriterierna för en god vård, det vill säga är vården kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig?

Utvärderingens avgränsningar

Utvärderingen inkluderar både typ 1- och typ 2-diabetes hos vuxna, men inte diabetes hos barn. En vägledning om behandling av barn med diabetes finns i det nationella vårdprogrammet [4]. Resultaten följs upp i det nationella kvalitetsregistret Swediabkids som har närmast total täckning.

Den här utvärderingen inkluderar inte rekommendationer om kost vid diabetes, som i stället tas upp i Socialstyrelsens vägledning Kost vid diabetes från 2011 [5].

Uppgifterna i rapporten avser år 2013 och tidigare, och därför är rapporten inte primärt en utvärdering av hur rekommendationerna

i de uppdaterade riktlinjerna från 2015 tillämpas. Däremot utvärderas följsamheten till kvarvarande rekommendationer från 2010 samt utvecklingen sedan Socialstyrelsen senast utvärderade diabetesvården. Rapporten är också en utgångspunkt för framtida analyser och bedömningar av riktlinjernas effekter på diabetesvårdens strukturer, processer och resultat.

Målnivåer inom diabetesvård

Socialstyrelsen har även haft regeringens uppdrag att ta fram målnivåer för relevanta indikatorer för vården av personer med diabetes [6]. Målnivåerna anger hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss undersökning eller behandling.

Grunden för arbetet är den modell för att fastställa målnivåer som Socialstyrelsen tog fram och testade inom de nationella riktlinjerna för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård [7] och som senare vidareutvecklats under arbetet med målnivåer för hjärtsjukvård och strokevård [8]. Socialstyrelsens expertgrupp för indikatorer i diabetesvård har gjort ett urval av indikatorer som är lämpliga för målsättning. Därefter har en konsensusgrupp bestående av sakkunniga, patientrepresentanter, företrädare från specialistföreningarna och huvudmannaföreträdare diskuterat sig fram till ett gemensamt förslag till målnivåer för de aktuella indikatorerna utifrån befintliga underlag. Dessa har slutligen fastställts av Socialstyrelsen.

Myndigheten har fastställt följande målnivåer:

- HbA1c > 70 mmol/mol typ 1-diabetes (< 20 procent)
- HbA1c > 70 mmol/mol typ 2-diabetes (< 10 procent)
- blodtryck < 140/85 mmHg typ 1-diabetes (≥ 90 procent)
- blodtryck < 140/85 mmHg typ 2-diabetes (≥ 65 procent)
- fotundersökning typ 1-diabetes (≥ 99 procent)
- fotundersökning typ 2-diabetes (≥ 99 procent)
- ögonbottenundersökning typ 1-diabetes (≥ 98 procent)
- ögonbottenundersökning typ 2-diabetes (≥ 96 procent)
- icke-rökare bland personer med typ 1-diabetes (≥ 95 procent)
- icke-rökare bland personer med typ 2-diabetes (≥ 95 procent).

Målnivåerna ovan träder i kraft först 2015. I rapporten används de dock som en måttstock på hur stort förbättringsutrymme respektive landsting har under de närmaste åren.

Resultat i två rapporter

Utvärderingen av diabetesvården publiceras i två rapporter;

Denna rapport *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015 – Diabetesvård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*, innehåller de viktigaste slutsatserna och rekommendationerna från utvärderingen.

Den andra rapporten *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015 – Diabetesvård. Indikatorer och underlag för bedömningar* innehåller en beskrivning av de använda metoderna och en redovisning av resultatet för samtliga indikatorer som ingår i utvärderingen. Där redovisas även uppgifter baserade på kön, ålder och socioekonomiska faktorer när skillnader kan påvisas.

Båda rapporterna kan beställas eller laddas ner från Socialstyrelsens webbplats www.socialstyrelsen.se/nationellutvardering.

Intressenter

Utvärderingen riktar sig främst till beslutsfattare på olika nivåer; politiker, tjänstemän och verksamhetschefer inom landstingen respektive kommunerna. Den kan även vara till nytta för andra intressenter såsom patientföreningar, vårdprofessioner och medier. Avsikten är också att rapporten ska vara en källa till att öppet redovisa resultat för kvalitetsutveckling samt ett stöd för den offentliga debatten om vården för personer med diabetes.

Samverkan och kommunikation

Arbetet har bedrivits av en arbetsgrupp bestående av utredare på Socialstyrelsen och externa experter. Arbetsgruppen har samverkat med Nationella diabetesregistret (NDR), Svenskt njurregister (SNR) samt för arbetet med målnivåer, med det nationella programrådet för diabetes på Sveriges kommuner och landsting (SKL).

Landstingen och regionerna startade 2012 ett nationellt programråd för diabetes [9]. Syftet är att arbeta för en mer jämlik och kunskapsbaserad vård med samverkan på lokal, regional och nationell nivå. Några exempel på programrådets uppgifter är att bidra till bättre dialog, följa och analysera skillnader i vårdpraxis, identifiera goda exempel och utarbeta nationella vårdprogram. Programrådet har bland annat använt de förbättringsområden som framkom i utvärderingen från 2011 [1] som utgångspunkt för sitt arbete.

Utvärderingens upplägg och genomförande har presenterats för den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK), en grupp bestående av huvudmannaföreträdare och statliga hälso- och sjukvårdsmyndigheter. Vidare informerades Nationella diabetesteamet, en organisation som består av flera professionsföreningar verkssamma inom diabetesvården, i samband med projektstarten. De fick ange om det fanns någon särskild fråga som de ville att utvärderingen skulle omfatta.

Ett stort antal personer har på olika sätt bidragit till arbetet med rapporten, både inom och utanför Socialstyrelsen.

Projektorganisationen presenteras i bilaga 1.

Rapportens disposition

Efter denna inledning följer kapitlet *Rekommendationer och bedömningar*. Kapitlet innehåller Socialstyrelsens rekommendationer, som bygger på resultaten från utvärderingen.

Därefter följer kapitlet *Metod*, som innehåller en beskrivning av förutsättningarna för att följa upp diabetesvården samt en kortfattad beskrivning av vilka datakällor som har använts i utvärderingen.

I de två följande kapitlen om *Fördjupad redovisning av rekommendationer och bedömningar - landsting och regioner* samt *Fördjupad redovisning av rekommendationer och bedömningar - kommuner* redovisas resultaten som ligger till grund för Socialstyrelsens rekommendationer.

Efter det följer kapitlet *Ökat läkemedelsuttag i enlighet med riktlinjerna*. Det baseras på läkemedelsstatistik som speglar förändringar i läkemedelsuttag.

Rapporten avslutas med en bilaga som innehåller projektorganisationen. För det fullständiga underlaget till utvärderingen, inklusive

indikatorbeskrivningar och landstingsprofiler, hänvisas till rapporten *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015 – Diabetesvård. Indikationer och underlag för bedömningar* som kan laddas ner från Socialstyrelsens webbplats (www.socialstyrelsen.se/nationellutvardering).

Rekommendationer och bedömningar

I detta kapitel redovisar Socialstyrelsen rekommendationer riktade till landstingen och regionerna samt till kommunerna. Rekommendationerna gäller de områden där utvärderingen visat att det finns stora regionala skillnader och Socialstyrelsen bedömer att vården inte når upp till önskvärd kvalitet. I de fallen bör resultaten förbättras.

Tanken är att rekommendationerna och bedömningarna ska kunna stödja huvudmännen och verksamheterna i deras kvalitets- och förbättringsarbete.

Förbättringsområden för landstingen och regionerna

Minska andelen personer med diabetes som har ett HbA1c-värde över 70 mmol/mol

Otillräcklig glukoskontroll är ett allvarligt hälsotillstånd som medför stor risk för komplikationer, och hälso- och sjukvården behöver stödja den patientgrupp som påverkas. Det är dock oroväckande att denna grupp snarare har ökat inom vissa patientgrupper. Dessa personer kan behöva tätare besök hos diabetessjuksköterskor och läkare, och de har ofta särskilda behov av stöd och behandlingsinsatser. Långa intervall mellan besöken kan vara förödande för möjligheten att få bättre kontroll över blodsockernivån.

Hälso- och sjukvården kan förbättra diabetesvården genom att

- minska andelen personer med diabetes som har ett HbA1c-värde över 70 mmol/mol.

Minska andelen personer med diabetes som har ett blodtryck över 140/85 mmHg

Högt blodtryck är den viktigaste orsaken till stroke och bidrar i hög utsträckning till ökad risk för hjärtinfarkt, nedsatt cirkulation i benen

och njursvikt. Av den anledningen är det viktigt att hälso- och sjukvården erbjuder personer med diabetes och högt blodtryck åtgärder för att åstadkomma ett bra blodtryck i enlighet med aktuella riktlinjer. Trots en positiv trend under 2007–2013 för personer med typ 2-diabetes bör fler nå målvärdet.

Hälso- och sjukvården kan förbättra diabetesvården genom att

- minska andelen personer med diabetes som har ett blodtryck över 140/85 mmHg.

Öka andelen personer med diabetes som är fysiskt aktiva

Regelbunden fysisk aktivitet har tydliga samband med en minskad risk för hjärt- och kärlsjukdom, typ 2-diabetes, övervikt och förtida död. Landstingen skiljer sig mycket åt i andelen personer med diabetes som regelbundet och minst tre gånger per vecka är fysiskt aktiva. Skillnaderna syns både inom primärvården och inom den sjukhusanknutna diabetesvården.

Hälso- och sjukvården kan förbättra diabetesvården genom att

- öka andelen personer med diabetes som regelbundet och minst tre gånger per vecka är fysiskt aktiva.

Minska andelen rökare bland personer med diabetes

Rökstopp är en av de viktigaste preventiva åtgärderna för att minska riskerna för diabeteskomplikationer och förtida död. Trots det finns en alldeles för hög andel rökare bland personer med diabetes, och särskilt bland yngre personer med typ 2-diabetes.

Hälso- och sjukvården kan förbättra diabetesvården genom att

- minska andelen rökare bland personer med diabetes.

Fler personer med diabetes bör genomgå fotundersökning

Långvarig diabetes kan leda till allvarliga fotproblem såsom svårläkta sår, infektioner och fotdeformiteter. Fotundersökning är därför en viktig åtgärd ur både medicinsk och pedagogisk synvinkel. Årliga undersökningar av känsel, blodcirkulation och felställningar i fötterna är en viktig åtgärd för att identifiera ökad risk för svårbehandlade fotsår vid diabetes.

Hälso- och sjukvården kan förbättra diabetesvården genom att

- öka andelen personer med diabetes som årligen genomgår en fotundersökning.

Fler personer med diabetes bör genomgå ögonbottenundersökning

Regelbunden undersökning är en viktig åtgärd för att upptäcka behandlingskrävande ögonbottenförändringar som på sikt riskerar att vara synhotande. Förutom behandlingar inom ögonsjukvården är insatser för att förbättra blodglukos- och blodtryckskontrollen av stor betydelse vid ögonbottenförändringar

Hälso- och sjukvården kan förbättra diabetesvården genom att

- öka andelen personer med diabetes som genomgår ögonbottenundersökning.

Öka andelen personer med diabetes som har god munhälsa

Personer med diabetes har i högre grad inflammationssjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat än personer utan diabetes, vilket även kan påverka glukoskontrollen. Insatser för förbättrad munhälsa har därför en gynnsam effekt på HbA1c-värdet. Rekommendationen är ny i de nationella riktlinjerna för diabetesvård men landstingen behöver uppmärksamma detta område och skapa förutsättningar för förebyggande åtgärder. Ett sätt är att informera per-

soner med diabetes om vikten av en god tandhälsa. Diabetesvården och tandvården bör också samverka kring arbetssätt för regelbunden förebyggande och behandlande tandvård. I enkäten till landets diabetesmottagningar frågade Socialstyrelsen om diabetespatienter rutinmässigt rekommenderades att ta kontakt med tandvården. Resultatet visade att endast 9 av 93 diabetesmottagningar (9,7 procent) gjorde detta rutinmässigt.

Hälso- och sjukvården kan förbättra diabetesvården genom att

- öka andelen personer med diabetes som får förebyggande åtgärder mot karies och parodontit.

Öka andelen personer med diabetes som erbjuds kulturanpassade utbildningar

Diabetesvården bör vara jämlik och patientfokuserad, och ett sätt att uppfylla detta är att erbjuda utbildningar som ges med respekt och lyhördhet för varje patients behov. Det är dock bara ett fåtal vårdenheter som erbjuder kulturanpassad utbildning till personer med annan kulturell bakgrund. Samverkan mellan olika vårdenheter och mellan näraliggande landsting kan öka möjligheten att erbjuda kulturellt anpassad utbildning. Det nationella programrådet för diabetes vid SKL verkar för att ta fram material till stöd för en ökad kulturanpassning av diabetesvården.

Hälso- och sjukvården kan förbättra diabetesvården genom att

- öka förekomsten av kulturanpassad utbildning.

Erbjuda fler gruppbaseade utbildningar i primärvården

Patientutbildningar i egenvård är viktiga eftersom personer med diabetes varje dag fattar många viktiga beslut om hanteringen av sin sjukdom. Drygt 24 procent av primärvårdsenheterna erbjuder personer med typ 2-diabetes gruppbasead utbildning som utgår från patientens behov, under ledning av vårdpersonal med både ämnesutbildning och pedagogisk utbildning. Det är oroväckande att en stor andel av personer med diabetes inte erbjuds grupp-utbildning.

Hälso- och sjukvården kan förbättra diabetesvården genom att

- öka förekomsten av gruppbaserad utbildning till personer med typ 2-diabetes inom primärvården.

Öka andelen diabetessjuksköterskor med utbildning i pedagogik vid sjukhusmottagningarna

Diabetesutbildade sjuksköterskor står ofta för utbildningsinsatser för personer med diabetes. Utbildaren behöver ha såväl ämneskompetens som pedagogisk kompetens för att kunna ge stöd till personer med diabetes.

En stor del av diabetessjuksköterskorna vid sjukhusens diabetesmottagningar uppger att de saknar pedagogisk utbildning. Forskningen visar dock att utbildning som ges av personer med pedagogisk kompetens ger avsevärt bättre effekt än utbildning under ledning av personer som saknar pedagogisk utbildning.

Hälso- och sjukvården kan förbättra diabetesvården genom att

- öka andelen diabetessjuksköterskor med utbildning i pedagogik vid sjukhusens diabetesmottagningar.

Förbättra samverkan kring multidisciplinära fotteam

En god fotvård är viktig för personer med diabetes. Vid risk för allvarliga fotsår behövs ofta insatser av olika specialistfunktioner och därför bör ett multidisciplinärt fotteam stödja patienten, och flera olika vårdaktörer genom hela vårdkedjan behöver samverka för att möjliggöra en god vård.

Resultatet av utvärderingen visar att 30 procent av sjukhusens diabetesmottagningar angav att patienter med fotproblem inte kan få tillgång till ett multidisciplinärt fotteam.

Hälso- och sjukvården kan förbättra diabetesvården genom att

- förbättra vårdgivarnas samverkan kring multidisciplinära fotteam för att patienter med fotproblem ska få ett kvalificerat omhändertagande.

Öka andelen personer med diabetes som får stöd till fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet är en central del i diabetesbehandlingen och det är därför viktigt att vården ger stöd till patienten. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder ger olika grader av rådgivande samtal god effekt. Fysisk aktivitet är en underutnyttjad resurs i diabetesvården, trots hjälpmedel såsom fysisk aktivitet på recept och kvalificerad rådgivning. Skillnaderna syns både inom primärvården och bland sjukhusens diabetesmottagningar.

Hälso- och sjukvården kan förbättra diabetesvården genom att

- öka stödet till fysisk aktivitet med hjälp av kvalificerade rådgivande samtal.

Öka andelen personer med diabetes som får stöd till rökstopp

Rökstopp är ett av de i särklass viktigaste målen inom diabetesvården eftersom rökning är förenad med stor risk för komplikationer och förtida död. Totalt 96 procent av diabetesmottagningarna har olika metoder för att få personer med diabetes att sluta röka. Den rekommenderade metoden kvalificerad rådgivning används dock endast av 35 procent av mottagningarna. Landstingen behöver i större utsträckning erbjuda kvalificerad rådgivning för rökstopp.

Hälso- och sjukvården kan förbättra diabetesvården genom att

- öka stödet till rökstopp med hjälp av kvalificerade rådgivande samtal.

Förbättringsområden för kommuner

Öka andelen personal som har utbildning i diabetesvård

Kompetens och utbildning är centralt för personalen som vårdar personer med diabetes. I många fall tar personalen inom den kommunala hälso- och sjukvården över ansvaret för att stötta dessa personers

egenvård. Därmed är det också viktigt att personalen som vårdar personer med diabetes har goda kunskaper om sjukdomen och vet hur man hanterar eventuella komplikationer till behandling. Kommuner-
na och stadsdelarna kan förbättra diabetesvården genom att erbjuda personalen utbildning eller fortbildning i diabetesvård. Nationella programrådet för diabetes vid SKL har utarbetat en webbutbildning för att underlätta kommunernas arbete med att öka personalens kompetens inom diabetes.

Kommunerna kan förbättra diabetesvården genom att

- höja utbildningsnivån inom diabetes för samtlig personal som vårdar personer med sjukdomen.

Öka andelen personer med diabetes som får preventiv fotvård

Personer med diabetes löper högre risk för att utveckla fotsår, och risken ökar med stigande ålder. För att förhindra svårläkta sår är det centralt med en preventiv fotvård.

Kommunerna kan förbättra diabetesvården genom att

- se till att personer med diabetes regelbundet får sina fötter kontrollerade och vid behov får preventiv fotvård.

Bedömning utifrån god vård och omsorg

Socialstyrelsens bedömning utgår huvudsakligen från de indikatorbaserade resultaten och syftar till att analysera om diabetesvården är kunskapsbaserad, individanpassad, säker, effektiv, jämlik och tillgänglig.

De indikatorer som ingår i redovisningen är dock inte tillräckliga för att göra en fullständig bedömning av diabetesvården. I denna rapport redovisas därför endast perspektiven kunskapsbaserad vård, individanpassad vård och jämlik vård.

Kunskapsbaserad vård

Merparten av de indikatorer som presenteras i rapporten utgår från kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård. Anledningen till detta är att de hämtats från riktlinjerna, som i sin tur utgår från evidensbaserade rekommendationer. Utifrån detta resonemang måste man fråga sig om diabetesvården kan sägas vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig.

I flera avseenden lever svensk diabetesvård upp till rekommendationerna i riktlinjerna och inom flera områden har vården förbättrats under senare år. Exempelvis minskar antalet amputationer ovan fotled från år till år i riket. Det finns dock en skillnad i amputationsfrekvens mellan olika landsting och regioner. Genomförandet av ögonbottenkontroller tycks fungera bra i Sverige och skillnaderna mellan landstingen är relativt små.

Det finns också resultat inom diabetesvården som behöver förbättras. Ett sådant exempel är andelen personer med diabetes som utövar fysisk aktivitet regelbundet och minst tre gånger per vecka. Det finns i dag skillnader mellan landstingen och mellan medicinkliniker samt inom primärvården. Nivån i riket som helhet ligger en bra bit under den önskvärda nivån, vilket innebär att landstingen och sjukhusen inte följer rekommendationen i riktlinjerna i tillräckligt hög utsträckning.

I vissa avseenden når diabetesvården alltså inte upp till målet att vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, men Socialstyrelsen bedömer att utvecklingen ser gynnsam ut. På vissa områden är det dock önskvärt att öka takten i förbättringsarbetet.

Individanpassad vård

Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig och diabetesvården ska vara patientfokuserad. Ett sätt att nå det målet är att erbjuda utbildningar som ges med respekt och lyhördhet för varje patients behov. Patientutbildningar i egenvård är viktiga eftersom personer med diabetes varje dag fattar många viktiga beslut om hanteringen av sin sjukdom. Målet med utbildningen är därför att ge verktyg till personer med diabetes för hur de kan få en väl fungerande egenvård med god kontroll av riskfaktorerna för ohälsa och med bibehållen god livskvalitet. Patientutbildningar kan utföras individuellt eller i grupp.

Jämlik vård

Jämlik vård innebär att vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor. Alla medborgare ska ha samma möjligheter att få vård och omsorg och bli likvärdigt behandlade oavsett faktorer såsom bostadsort, kön, ålder, utbildning och födelseland.

Jämlikhet har stor betydelse för hur indikatorerna och deras resultat presenteras och kommenteras i denna rapport. Socialstyrelsen har tagit hänsyn till såväl könsperspektiv och ålder som geografiska skillnader vid bedömningen av varje indikator. Enligt riktlinjerna rekommenderas även att vården tar hänsyn till varje individs bakgrund samt anpassar vården och utbildningen efter detta. I Sverige finns i dag människor från många olika kulturer och diabetesutbildning till personer från andra kulturer behöver anpassas efter det. Kulturanpassad utbildning förekommer dock knappast alls trots att åtgärden fått en hög prioritet i riktlinjerna, vilket är i högsta grad anmärkningsvärt.

Skillnader förekommer också när det gäller utbildningsnivå och födelseland. Högre utbildningsnivå innebär både högre andel fysiskt aktiva personer och högre andel icke-rökare. Det gäller både för typ 1- och för typ 2-diabetes.

Personer med såväl typ 1- som typ 2-diabetes födda i Sverige är i högre grad icke-rökare jämfört med personer födda utomlands. Personer med typ 1-diabetes på medicinklinikerna, födda utanför EU, är dock den grupp som är mest fysiskt aktiva. Bland primärvårdens patienter med typ 2-diabetes finns inga skillnader baserade på födelseland.

Metod

Denna rapport presenterar en utvärdering av följsamheten till rekommendationerna med utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård från 2010 och 2015 [2,3]. Socialstyrelsen publicerade även en utvärdering av diabetesvården 2011 [1] som identifierade ett antal förbättrings-områden för hälso- och sjukvården. Även dessa områden har använts som utgångspunkt för bedömningarna i denna rapport. Rapporten ger ett underlag för fortsatt kvalitetsarbete inom området. Utvärderingen bygger på uppgifter från de nationella kvalitetsregistren och Socialstyrelsens register samt från enkäter till landstingens diabetesmottagningar för vuxna, primärvårdsenheter och kommuner.

Datainsamling

Uppgifterna har i huvudsak hämtats från Socialstyrelsens register och från nationella kvalitetsregister.

Urval av indikatorer

Indikatorerna i utvärderingen är hämtade från de nationella riktlinjerna. I bilaga 2 finns en teknisk beskrivning av indikatorerna. Bilagan kan hämtas på Socialstyrelsens webbplats <http://www.socialstyrelsen.se/nationellutvardering>.

Indikatorförteckning

Varje indikator har i namnet en bokstav samt en siffra. Dessa beteckningar används konsekvent i rubriker till den löpande texten, i diagrammen och vid hänvisningar.

Tabellen nedan listar de indikatorer som ingår i utvärderingen.

Tabell 1.1 Indikatorer för diabetesvård

Övergripande indikatorer för diabetesvård	
Indikator A1	Dödlighet i hjärt- och kärlsjukdom
Indikator A2	Amputation ovan fotled
Indikator A3	Patienter med diabetesnefropati som påbörjat aktiv uremivård
Indikator A4	Dödföddhet och neonatal dödlighet bland enkelbörder
Indikator A5	Allvarliga fosterskador
Indikator A6*	Förekomst av proliferativ diabetesretinopati
Indikator A7	Laktacidosis vid metforminbehandling
Riktlinjespecifika indikatorer för diabetesvård	
Indikator B1	HbA1c < 52 mmol/mol
Indikator B2	HbA1c > 70 mmol/mol
Indikator B3	Blodtryck < 140/85 mmHg
Indikator B4	Statinbehandling vid diabetes ¹
Indikator B5	Uppmätt makroalbuminuri
Indikator C1	Fotundersökning
Indikator C2	Ögonbottenundersökning
Indikator C3	Mätning av albuminutsöndring i urinen
Indikator D1	Utvärdering av fysisk aktivitet
Indikator D2	Ikke-rökare bland personer med diabetes
¹ I de nationella riktlinjerna från 2015 heter denna indikator Statinbehandling vid diabetes efter graden av risk för hjärt- och kärlsjukdom.	
Strukturindikatorer för diabetesvård	
Indikator E1	Diabetesutbildad sjuksköterska
Indikator E2	Gruppbaseade utbildningsprogram givna med stöd av personal med ämneskompetens och pedagogisk kompetens
Patientrapporterat utfall	
Indikator F1*	Hur jag mår, hanterar min diabetes och hur diabetes påverkar mig och mitt liv
Indikator F2*	Tillgång till och erfarenheter av hjälp och stöd från diabetesvården
* Utvecklingsindikator.	

Resultatet för samtliga indikatorer redovisas utförligt i rapporten *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015 – Diabetesvård. Indikatorer och underlag för bedömningar*. I denna rapport redovisas endast resultatet för de indikatorer som resulterat i en rekommendation från Socialstyrelsen, se kapitlet *Rekommendationer och bedömningar*.

Uppgifter har även hämtats in via enkätundersökningar till landsting och kommuner.

Enkätundersökning i landsting och kommuner

För att samla information om rekommendationerna i de nationella riktlinjerna har Socialstyrelsen genomfört två egna enkätundersökningar: en till samtliga kommuner och stadsdelar i landet (316 stycken) och en till samtliga diabetesmottagningar för vuxna (93 stycken). Socialstyrelsen har även medfinansierat en nationell undersökning till samtliga primärvårdsenheter (1154) som utförts av Centrum för klinisk forskning i Västerås, som är knutet till Uppsala universitet.

Använda källor

Utvärderingen baseras i första hand på uppgifter från de nationella kvalitetsregistren, Socialstyrelsens hälsodataregister och dödsorsaksregistret. De kvalitetsregister som bidragit med underlag till rapporten är:

- Nationella diabetesregistret, NDR
- Svenskt njurregister, SNR

Uppgifter har även hämtats från fem register vid Socialstyrelsen:

- patientregistret
- läkemedelsregistret
- dödsorsaksregistret
- medicinska födelseregistret
- tandhälsoregistret.

Tre enkätundersökningar har genomförts för att samla in uppgifter till utvärderingen. Information om individens utbildningsnivå har hämtats från Statistiska centralbyråns (SCB:s) utbildningsregister, och uppgifter om födelseland har hämtats från patientregistret.

Åldersstandardisering

I denna rapport har resultaten för flera indikatorer åldersstandardiserats genom en så kallad direkt standardisering. Ålderskategorierna har då viktats för att ge varje jämförd grupp standardpopulationens åldersfördelning. Åldersstandardisering underlättar jämförelser

mellan kön, regioner och år genom att eliminera de skillnader som hänger samman med olikheter i ålderssammansättning. Vid samtliga åldersstandardiseringar använder rapporten standardpopulationen från NDR eller från rikets standardpopulation för män och kvinnor, och den är från 2010. När beräkningarna rör incidens eller prevalens bland alla läkemedelsbehandlade personer med diabetes används det genomsnittliga antalet läkemedelsbehandlade personer med diabetes år 2010.

I presentationen av Socialstyrelsens målnivåer används genomgående ostandardiserade uppgifter i diagrammen, alltså faktiska fall, för att tydliggöra vilken förbättringspotential som varje landsting har i förhållande till målnivån. Därmed kan uppgifterna i målnivådiagrammen skilja sig från övriga landstingsredovisningar.

Jämförelser av data

I rapporten presenteras och jämförs indikatorerna utifrån organisatorisk nivå (riket och landsting), patientkaraktäristika (kön och ålder), födelseland och socioekonomisk bakgrund (utbildning). Syftet med att jämföra uppgifter på dessa olika nivåer är att synliggöra eventuella ojämlikheter i vården.

Fördjupad redovisning av rekommendationer och bedömningar – landsting och regioner

Utvärderingen omfattar 21 indikatorer för diabetesvård samt enkätundersökningar avseende vårdens strukturer med utgångspunkt i de centrala rekommendationerna i riktlinjerna. Här presenteras Socialstyrelsens bedömning av resultaten för de indikatorer och rekommendationer som redovisades i kapitlet *Rekommendationer och bedömningar*. En fullständig beskrivning av samtliga indikatorer och rekommendationer som ingår i utvärderingen, med tillhörande diagram, finns i underlagsrapporten *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015 – Diabetesvård. Indikatorer och underlag för bedömningar* som finns publicerad på Socialstyrelsen webbplats (www.socialstyrelsen.se/nationellutvardering). Där redovisas även felkällor och tolknings-svårigheter för respektive indikator.

HbA1c över 70 mmol/mol (B2)

HbA1c-värdet återspeglar den långsiktiga blodsockerkontrollen och har ett starkt samband med risken att utveckla diabeteskomplikationer. HbA1c är en viktig kvalitetsindikator och det främsta måttet på hur den blodsockersänkande behandlingen har lyckats. En god kontroll över blodsockernivån är avgörande för att minska risken för komplikationer hos personer med typ 1- och typ 2-diabetes.

Ett högt HbA1c-värde medför en kraftigt ökad risk för diabeteskomplikationer. Den här indikatorn ska synliggöra högriskgruppen med ett värde över 70 mmol/mol, som ska vara så liten som möjligt, och uppmuntra till extra vårdinsatser för de berörda. Med insatser från personen med diabetes och från vården går det att minska höga HbA1c-värden. Det kan ge markanta förbättringar av prognosen och bidra till bättre hälsa och livskvalitet.

Utfall och variation

Under perioden 2007–2012 ökade andelen personer med diabetes som har ett HbA1c-värde över 70 mmol/mol (diagram B2.1), och sedan noterades ett litet trendbrott 2013. Andelen är högst i åldersgruppen under 30 år, både inom primärvården och inom medicinklinikerna (diagram B2.2).

För personer med typ 2-diabetes inom landstingens primärvård var andelen 11–16 procent (diagram B2.3) år 2013, och för typ 1-diabetes vid landstingens medicinkliniker var den 21–33 procent (diagram B2.5).

På sjukhusen var andelen 13–42 procent för personer med typ 1-diabetes. Täckningsgraden för denna variabel är hög både inom medicinklinikerna och i primärvården med överlag små skillnader mellan landstingen.

Bedömning av resultat

Socialstyrelsen bedömer det oroväckande att denna grupp med hög risk för diabeteskomplikationer har blivit större även om man ser ett lovande tecken till trendbrott 2013. Dessa personer kan behöva särskilda resurser i form av tätare besök hos diabetessjuksköterskor och läkare. Långa intervall mellan besöken kan vara förödande för möjligheten att få bättre kontroll över blodsockernivån. Även med extra kontakter med vården är det dock en stor utmaning att uppfylla detta mål. Många har haft en hög glukosnivå under lång tid och en del kan ha behov som kräver särskilda insatser, till exempel av kurator eller psykolog, eller olika former av samhällets stöd utanför diabetes-sjukvården.

Inom primärvården är andelen med höga HbA1c-värden glädjande nog liten. Detta kan i sig innebära ett problem eftersom antalet patienter med svårigheter att uppnå en acceptabel glukoskontroll per läkare/diabetes sjuksköterska kan vara litet, varför samarbete om hur dessa patienter bästa skall omhändertas kan vara en hjälp att lösa patienternas problem.

Ett problem både vid medicinklinikerna och i primärvården är dock att andelen är högst bland de unga som riskerar att exponeras för höga blodsockervärden under lång tid, vilket ökar risken för svåra komplikationer. Samtidigt minskar andelen individer med höga HbA1c-värden i högre åldersgrupper, men det är oklart om detta

beror på en bättre kontroll av blodsockernivåer eller på förtida död i diabeteskomplikationer. För att få svar på den frågan behövs en särskild analys av materialet, vilket inte varit möjligt att genomföra inom ramen för denna utvärdering.

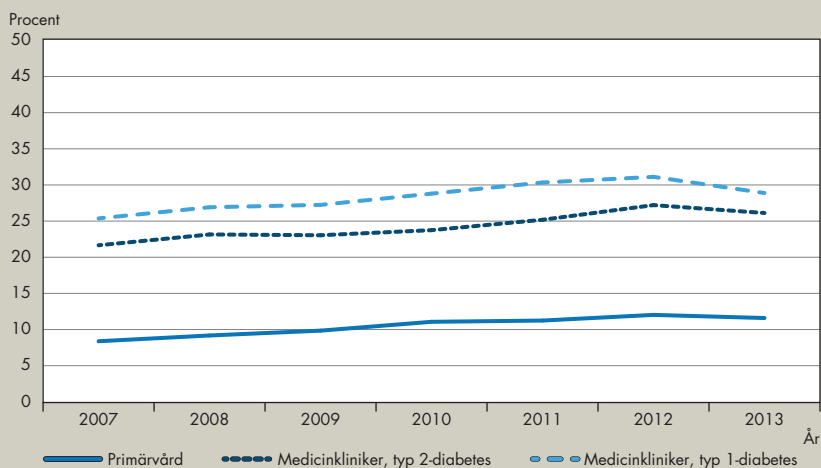
Män med typ 2-diabetes har något sämre kontroll över blodsockernivån än kvinnor, medan höga HbA1c-värden är vanligare bland kvinnor än bland män med typ 1-diabetes. Vid typ 2-diabetes i primärvården är skillnaderna relativt små mellan landstingen, men de är anmärkningsvärt stora mellan olika landsting och regioner när det gäller personer med typ 1-diabetes. Det behövs särskilda åtgärder för denna grupp av patienter med en otillfredsställande kontroll över blodsockernivån, särskilt hos de vårdgivare där över 20 procent av personerna med diabetes har ett HbA1c-värde på över 70 mmol/mol.

Socialstyrelsen har fastställt målnivåer för denna indikator. Dessa presenteras under *Utvecklingsbehov för att nå Socialstyrelsens fastställda målnivå* nedan.

Nationella programrådet för diabetes har tagit fram ett vårdprogram till stöd för vården i arbetet med de patienter som långsiktigt har höga HbA1c-värden [10].

Diagram B2.1. HbA1c över 70 mmol/mol

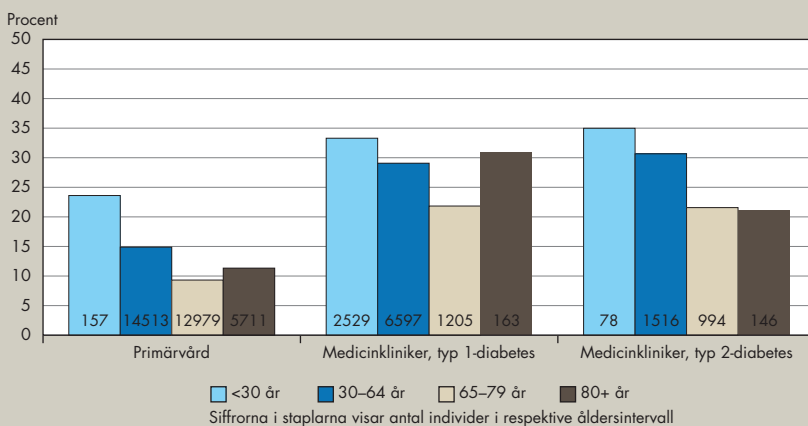
Andel HbA1c >70 mmol/mol för personer med diabetes vid medicinkliniker och i primärvården.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram B2.2 HbA1c över 70 mmol/mol

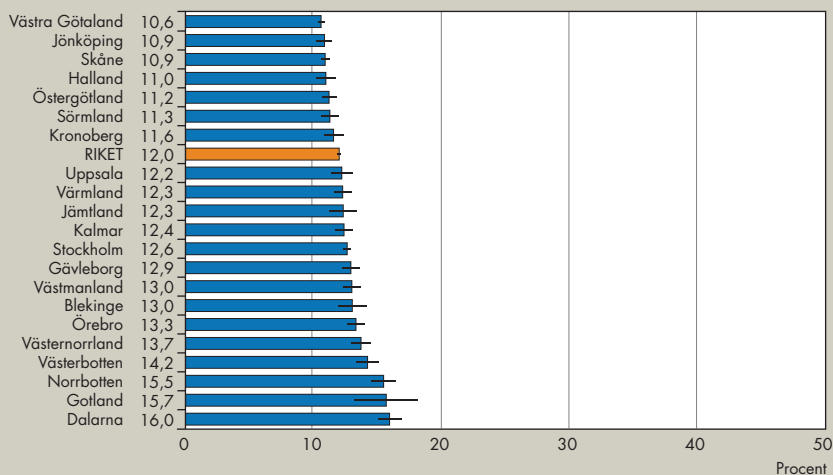
Andel HbA1c >70 mmol/mol för personer med diabetes uppdelat på åldersgrupper vid medicinkliniker och i primärvården, år 2013.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram B2.3 HbA1c över 70 mmol/mol

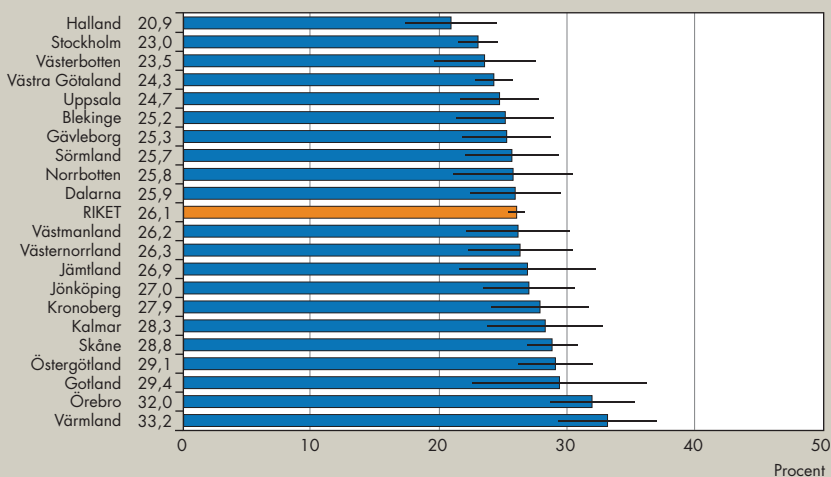
Andel HbA1c >70 mmol/mol för personer med diabetes i primärvården, år 2013.
Åldersstandardiserade värden.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram B2.5 HbA1c över 70 mmol/mol

Andel HbA1c >70 mmol/mol för personer med typ 1-diabetes vid medicinkliniker, år 2013.
Åldersstandardiserade värden.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Utvecklingsbehov för att nå Socialstyrelsens fastställda målnivå

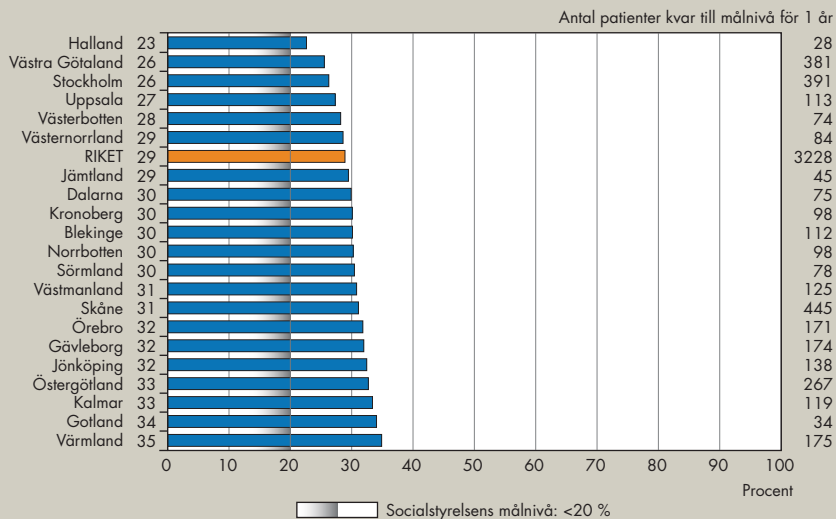
För indikatorn HbA1c över 70 mmol/mol bland personer med typ 1-diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån till < 20 procent. Målnivån för typ-2 diabetes har fastställts till < 10 procent.

Med utgångspunkt i 2013 års uppgifter innebär målnivåerna att ytterligare cirka 3 200 personer med typ 1-diabetes och 4 600 personer med typ 2-diabetes bör nå en HbA1c-nivå under 70 mmol/mol, i riket som helhet.

För fullständig motivering till de fastställda målnivåerna, se rapporten *Målnivåer för diabetesvård* [6]. Rapporten kan laddas ner från Socialstyrelsens webbsida (www.socialstyrelsen.se/nationellutvardering).

Diagram B2.8 HbA1c > 70 mmol/mol, typ 1-diabetes

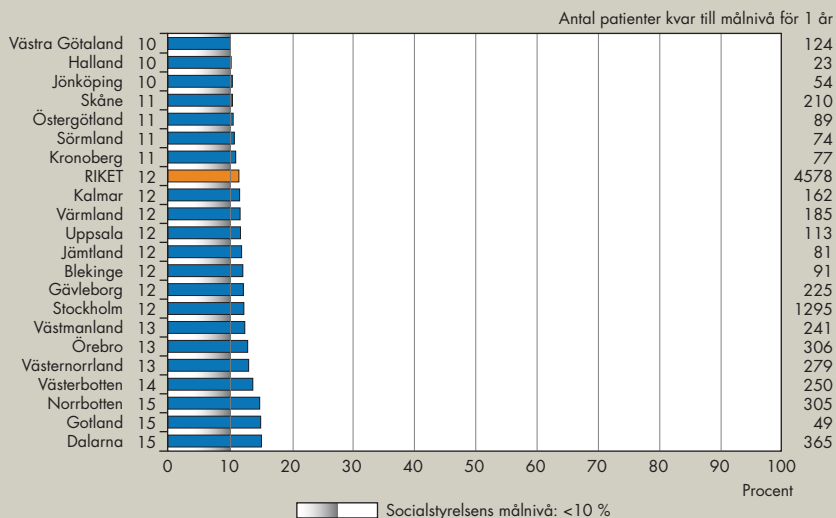
Andel personer med typ 1-diabetes som har HbA1c >70 mmol/mol, år 2013.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram B2.9 HbA1c > 70 mmol/mol, typ 2-diabetes

Andel personer med typ 2-diabetes som har HbA1c >70 mmol/mol, år 2013.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Blodtryck under 140/85 mmHg (B3)

Denna indikator har fått ett nytt behandlingsmål sedan utvärderingen 2011 [1], då de nationella riktlinjerna för diabetesvård har uppdaterats i enlighet med ny evidens och i enlighet med internationella riktlinjer [3]. Tidigare var behandlingsmålet vid diabetes under 130/80 mmHg. Behandlingsmålet är dock fortsatt konsensusbaserat vilket bör beaktas vid analys inom landstingen.

Det är viktigt med en effektiv behandling av högt blodtryck hos personer med diabetes för att minska risken för makro- och mikrovaskulära komplikationer. De makrovaskulära komplikationerna, det vill säga stroke, hjärtinfarkt och perifer kärlsjukdom, står för merparten av den ökade sjukligheten och dödligheten vid både typ 1- och typ 2-diabetes. De medför stort lidande och sänkt livskvalitet för individerna och en stor kostnad för sjukvården och samhället. Högt blodtryck ökar risken för diabetesnefropati (njurskador) som är en väldokumenterad riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom och död. Om en person med diabetes har ökad äggviteutsöndring i urinen ökar risken för förtida död i hjärt-kärlsjukdom två till fyra gånger.

Behandlingsmålet, ett blodtryck under 140/85 mmHg, ska anpassas individuellt och lägre blodtrycksmål kan övervägas för unga patienter och för patienter med förhöjd albuminutsöndring i urinen (makroalbuminuri) liksom om behandling kan ges utan besvär för patienten. Högre blodtrycksmål kan övervägas vid hög ålder samt vid risk för läkemedelsbiverkningar särskilt om man använder många läkemedel samtidigt.

Utfall och variation

Under perioden 2007–2013 ökade i riket andelen personer med diabetes som uppnådde blodtrycksmålet. Ökningen är konstant över tid för personer med typ 1-diabetes på medicinklinikerna och personer med typ 2 -diabetes i primärvården. För personer med typ 2-diabetes som behandlas på medicinklinikerna ökade andelen fram till 2010 men har därefter varit relativt konstant. På medicinklinikerna är det en högre andel kvinnor som når målet. Däremot finns ingen könsskillnad för personer med typ 2-diabetes i primärvården.

För personer med typ 2-diabetes i landstingens primärvård var det 43–66 procent som uppfyllde blodtrycksmålen 2013 (diagram B3.2).

När det gäller typ 1-diabetes vid medicinklinikerna i landstingen var andelen 62–75 procent (diagram B3.4). Värdena varierade för kvinnor och män, och redovisas på landstingsnivå både inom primärvården för typ 2-diabetes och vid medicinklinikerna för typ 1-diabetes. Medelvärdet för samtliga med systoliskt blodtryck inom primärvården var 132–138 mmHg, och på sjukhusen var det 130–133 mmHg.

Cirka 47–86 procent av alla med typ 1-diabetes och systoliskt blodtryck < 140 mmHg behandlades på sjukhusens medicinkliniker.

Täckningsgraden för denna variabel är hög både vid medicinklinikerna och i primärvården med överlag små skillnader mellan landstingen.

Bedömning av resultat

Under perioden 2007–2013 ökade andelen personer med diabetes som når ett blodtryck under 140/85 mmHg. Trots den positiva trenden för personer med typ 2-diabetes bör fler nå behandlingsmålet.

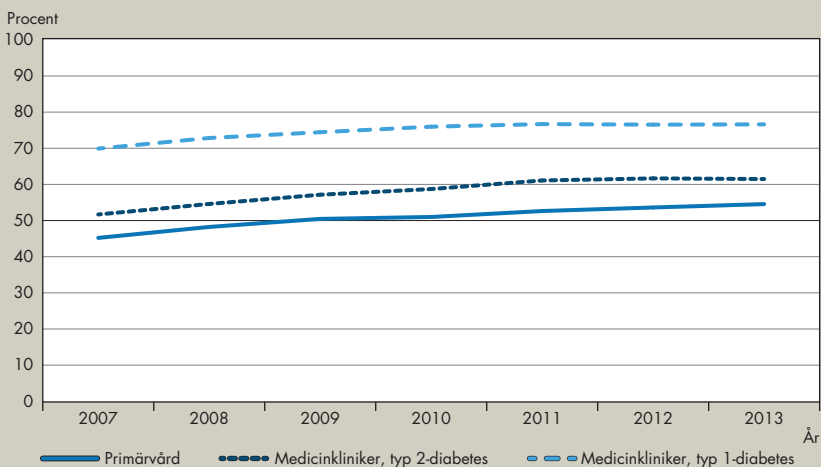
Variationen är relativt stor mellan olika landstingen för personer med diabetes som behandlades inom primärvården, och den uppgår till 23 procentenheter. För personer med typ 1-diabetes är variationen dock bara 13 procentenheter. När det gäller typ 1-diabetes är det i de flesta landsting en högre andel kvinnor än män som har ett blodtryck under 140/85 mmHg och skillnaderna i en del landsting är mycket stora och har ökat sedan 2011. Orsaken till denna ojämlikhet bör undersökas. För personer med typ 2-diabetes i primärvården finns det däremot ingen stor könsskillnad. Medelvärdet för systoliskt blodtryck för personer med diabetes uppvisar en större spridning i primärvården jämfört med personer med typ 1-diabetes behandlade på medicinklinikerna. På landstingens olika medicinkliniker är variationen i andelen personer med typ 1-diabetes som når målvärdet 49 procentenheter, vilket är en stor skillnad som varje landsting bör analysera. Ett högt blodtryck, > 140/85 mmHg medför ökad risk för diabeteskomplikationer. I likhet med personer som har höga HbA_{1c}-nivåer är det viktigt för landstingen att även känna till denna grupp av individer som har höga blodtryck, i det högre intervallet, som bör vara så liten som möjligt. Extra vårdinsatser kan behöva göras för att prognosen för denna högriskgrupp ska förbättras. Andelen personer med blodtryck över 140/85 för riket är 18 procent (14-25 procent mellan olika landsting) för typ 1-diabetes och 25 procent (20-34 procent

mellan olika landsting) för typ 2-diabetes. Dessa åldersstandardiserade resultat redovisas inte i diagrammen.

Socialstyrelsen har fastställt målnivåer för denna indikator. Dessa presenteras under *Utvecklingsbehov för att nå Socialstyrelsens fastställda målnivå* nedan.

Diagram B3.1 Blodtryck under 140/85 mmHg

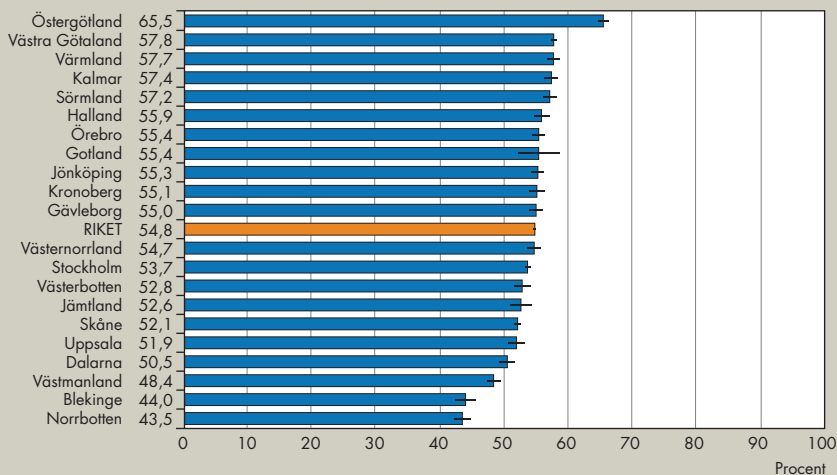
Andel blodtryck <140/85 mmHg för personer med diabetes vid medicinkliniker och i primärvården.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram B3.2 Blodtryck under 140/85 mmHg

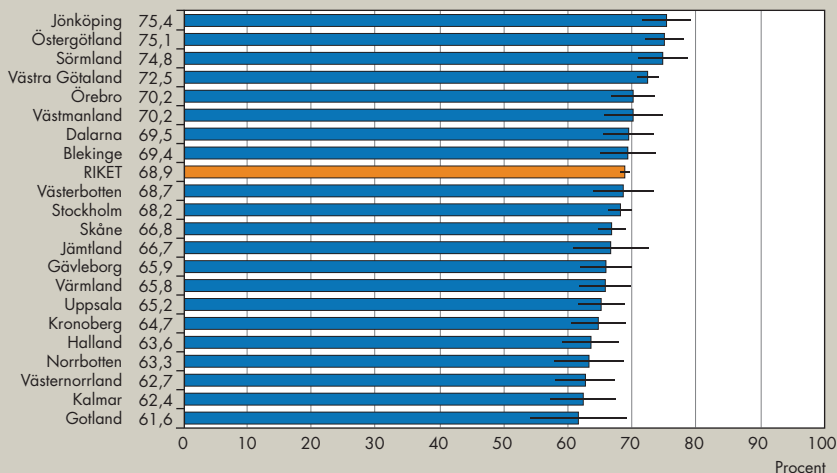
Andel blodtryck <140/85 mmHg för personer med diabetes i primärvården, år 2013.
Åldersstandardiserade värden.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram B3.4 Blodtryck under 140/85 mmHg

Andel blodtryck < 140/85 mmHg för personer med typ 1-diabetes vid medicinkliniker år 2013.
Åldersstandardiserade värden.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Utvecklingsbehov för att nå Socialstyrelsens fastställda målnivå

För indikatorn blodtryck under 140/85 mmHg bland personer med typ 1-diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 90 procent.

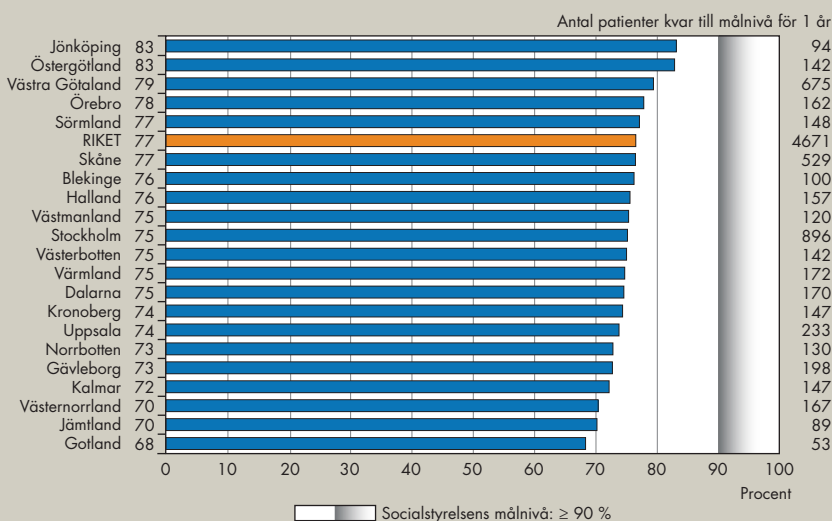
Målnivån för typ-2 diabetes har fastställts till ≥ 65 procent.

Med utgångspunkt i 2013 års uppgifter innebär målnivåerna att ytterligare cirka 4 700 personer med typ 1-diabetes och 29 800 personer med typ 2-diabetes bör nå ett blodtryck under 140/85 mmHg, i riket som helhet.

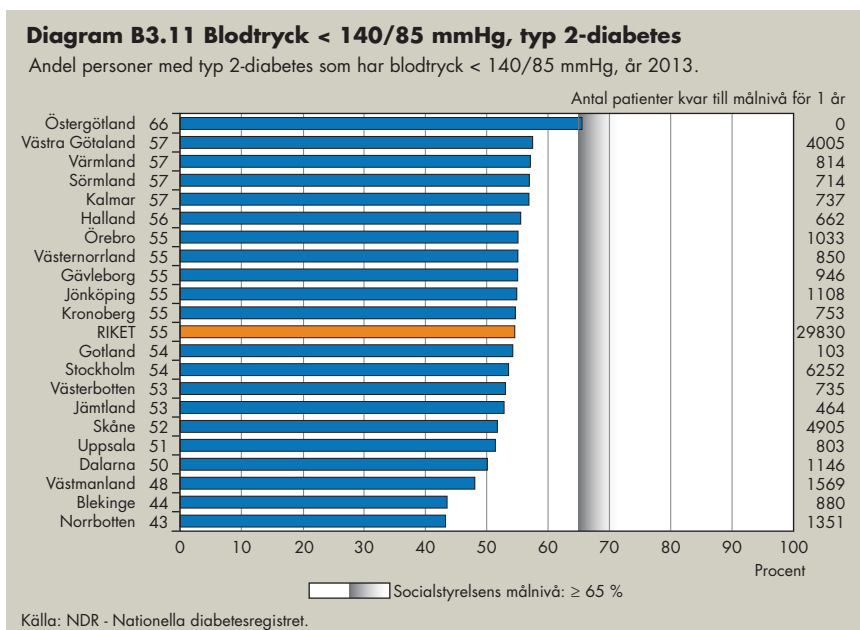
För fullständig motivering till de fastställda målnivåerna, se rapporten *Målnivåer för diabetesvård* [6]. Rapporten kan laddas ner från Socialstyrelsens webbsida (www.socialstyrelsen.se/nationellutvardering).

Diagram B3.10 Blodtryck < 140/85 mmHg, typ 1-diabetes

Andel personer med typ 1-diabetes som har blodtryck < 140/85 mmHg, år 2013.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.



Fotundersökning (C1)

Personer med diabetes bör få sina fötter kontrollerade regelbundet. Det är viktigt att tidigt upptäcka fotdeformiteter, känselnedsättning och försämrad cirkulation för att i tid kunna sätta in preventiv fotvård, ortopedtekniska behandlingar och kärlkirurgi. Dessa åtgärder kan förhindra svårläkta fotsår, långdragna infektioner och amputationer som medför stort lidande och nedsatt livskvalitet.

Utfall och variation

Under perioden 2007–2013 ökade andelen personer med diabetes i riket som genomgick en enkel fotundersökning, både inom primärvården och vid medicinklinikerna för typ 1- och typ 2-diabetes. År 2011–2012 kom dock en tillfällig nedgång bland dem som behandlades på medicinkliniker. Den största ökningen under perioden gällde personer med typ 2-diabetes i primärvården, från knappt 88 procent år 2007 till 95 procent år 2013 (diagram C1.1).

Inom landstingens primärvård 2013 var det 81–100 procent som fick en enkel fotundersökning (diagram C1.3), och vid medicinklinikerna för typ 1-diabetes var andelen 90–100 procent (diagram C1.5).

Andelen bland personer med typ 1-diabetes på sjukhusens medicinkliniker var 61–100 procent samma år.

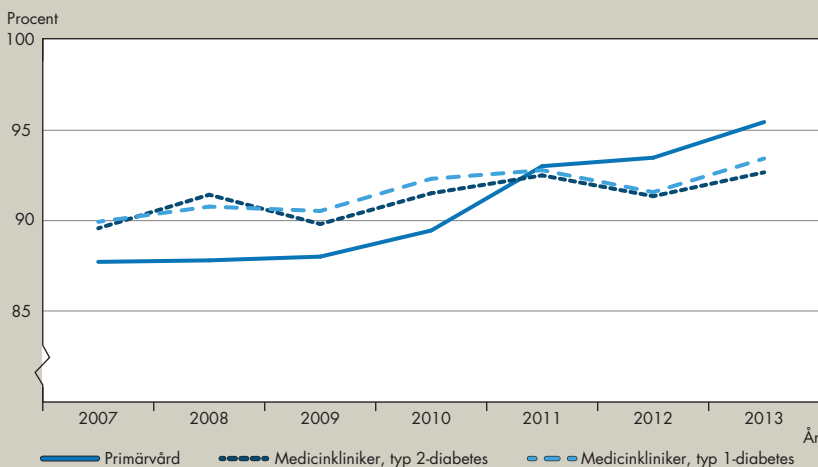
Bedömningar av resultat

Sammanställningen visar en ökning av andelen som genomgår en fotundersökning. Både för primärvården och sjukhusens medicinkliniker har gapet minskat i andelen fotundersökningar mellan olika landsting jämfört med utvärderingen av riktlinjerna 2011 [1]. Resultaten är överlag bra, både på sjukhusnivå och på region- och landstingsnivå. Fotundersökningarna utförs vid läkarbesök och vid besök hos diabetessjuksköterskor och fotterapeuter. I vissa fall beror otillfredsställande resultat på att hälso- och sjukvården har svårt att erbjuda ett läkar- eller fotterapeutbesök varje år.

Det är dock acceptabelt med längre intervall för unga människor med nydiagnostiserad typ 1-diabetes och god blodsockerkontroll. Sammanfattningsvis följer diabetesvården riktlinjernas rekommendationer om hur viktigt det är med regelbundna, årliga fotundersökningar.

Diagram C1.1 Fotundersökning

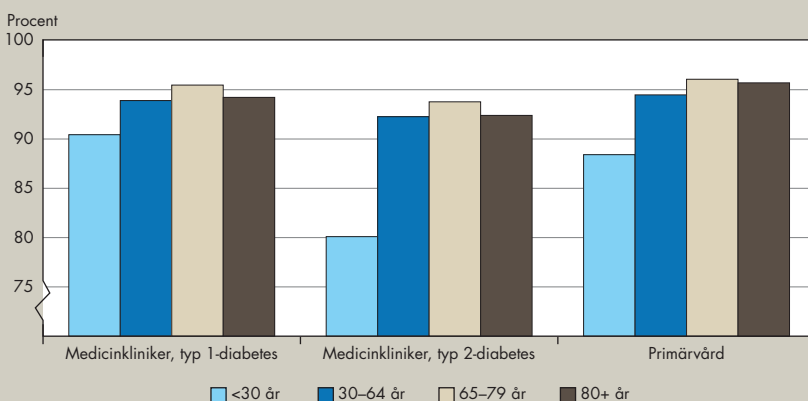
Andel personer med diabetes som genomgått en enkel fotundersökning. Medicinkliniker och primärvården år 2007–2013.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram C1.2 Fotundersökning

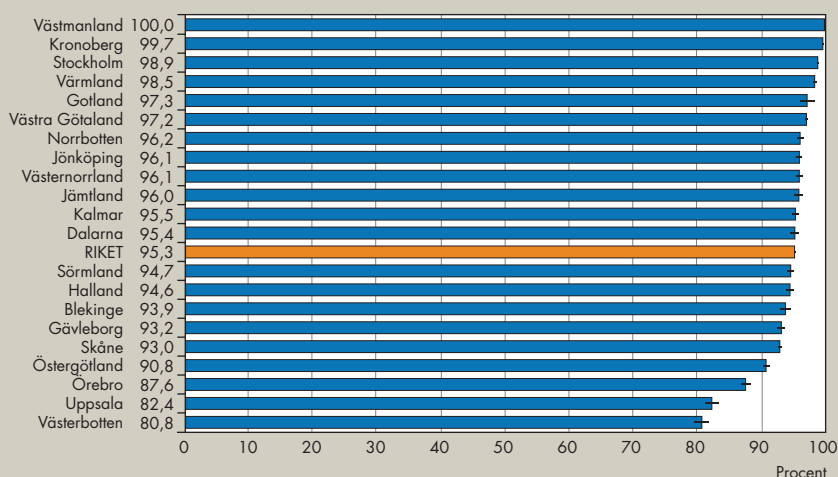
Andel personer med diabetes som genomgått en enkel fotundersökning uppdelat på åldersgrupper, år 2013.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram C1.3 Fotundersökning

Andel personer med diabetes som genomgått en enkel fotundersökning i primärvården, år 2013. Åldersstandardiserade värden.

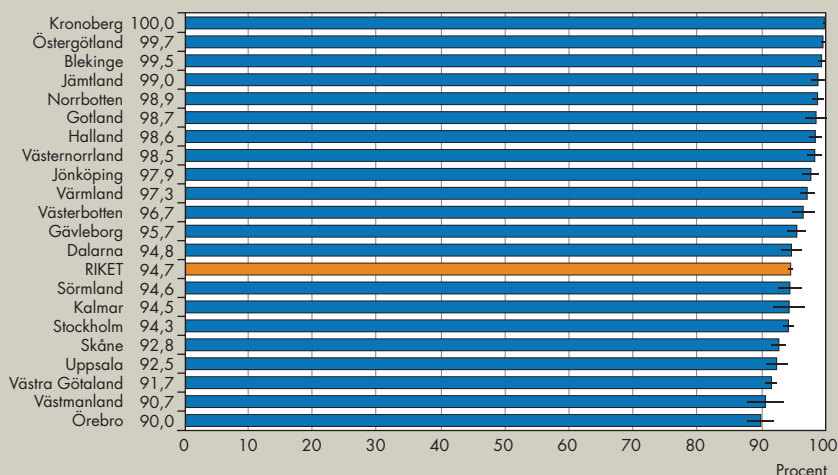


Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Socialstyrelsen har fastställt målnivåer för denna indikator. Dessa presenteras under *Utvecklingsbehov för att nå Socialstyrelsens fastställda målnivå* nedan.

Diagram C1.5 Fotundersökning

Andel personer med typ 1-diabetes som genomgått en enkel fotundersökning vid medicinkliniker, år 2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Utvecklingsbehov för att nå Socialstyrelsens fastställda målnivå

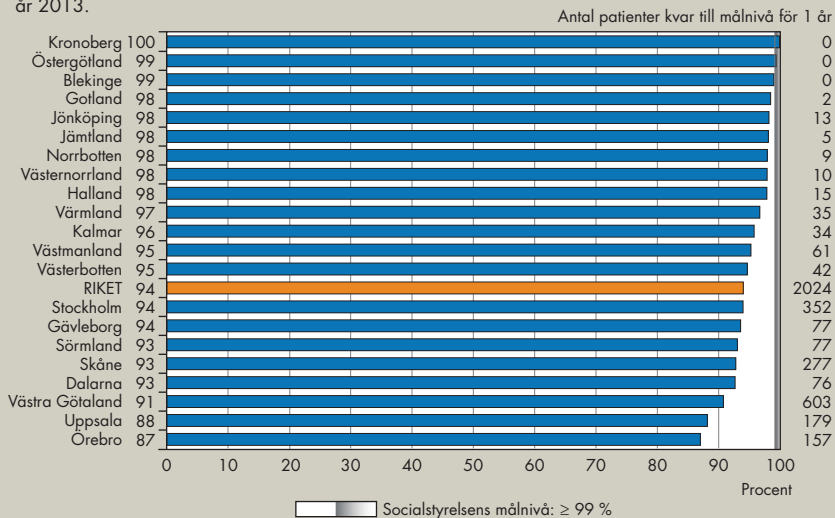
För indikatorn fotundersökning bland personer med typ 1- och typ 2-diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 99 procent.

Med utgångspunkt i 2013 års uppgifter innebär målnivåerna att ytterligare cirka 2 000 personer med typ 1-diabetes och 8 700 personer med typ 2-diabetes bör genomgå en enkel fotundersökning, i riket som helhet.

För fullständig motivering till de fastställda målnivåerna, se rapporten *Målnivåer för diabetesvård* [6]. Rapporten kan laddas ner från Socialstyrelsens webbsida (www.socialstyrelsen.se/nationellutvardering).

Diagram C1.8 Fotundersökning, typ 1-diabetes

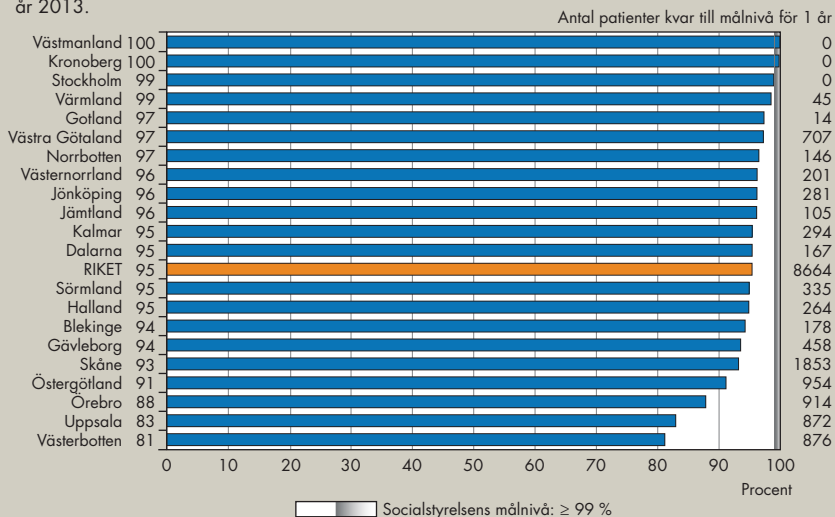
Andel personer med typ 1-diabetes som genomgått en enkel fotundersökning det senaste året, år 2013.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram C1.9 Fotundersökning, typ 2-diabetes

Andel personer med typ 2-diabetes som genomgått en enkel fotundersökning under det senaste året, år 2013.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Ögonbottenundersökning (C2)

Personer med diabetes kan drabbas av synnedsättning på grund av att diabetessjukdomen leder till skador på de små blodkärlen i ögonbotten och därmed skada på näthinnan (retinopati). Med regelbundna ögonbottenfotograferingar går det dock att tidigt upptäcka förändringar i ögonbotten. Då kan lämpliga åtgärder vara att förbättra blodtryck och blodsockerkontroll, eller genomföra behandling hos ögonläkare, exempelvis med laser.

I dag ställs diabetesdiagnosen tidigare i sjukdomsförloppet, vilket gör att både prevalensen och incidensen av retinopati minskar. Tack vare laserbehandling är det även färre personer med diabetes som blir blinda eller får synnedsättningar, men framförallt kontrollen av blodsockernivå och troligen också blodtryckssänkande behandling minskar risken för att utveckla kärlskador i ögonbotten.

Rekommendationen i riktlinjerna är att personer utan känd retinopati ska göra en ögonbottenundersökning vartannat år om de har typ 1-diabetes och vart tredje år om de har typ 2-diabetes. Personer med känd retinopati bör undersökas oftare.

Utfall och variation

Under perioden 2011–2013 ses en marginell minskning av andelen patienter i riket som fick en kontroll av sin ögonbottenstatus, och det gäller både typ 1- och typ 2-diabetes vid medicinklinikerna. Andelen minskade även något bland personer med typ 2-diabetes inom primärvården. Det fanns inga skillnader mellan män och kvinnor. För personer med typ 2-diabetes inom landstingens primärvård var andelen 79–98 procent år 2013. Motsvarande variation vid medicinklinikerna var 87–99 procent för personer med typ 1-diabetes och 90–100 procent för dem med typ 2-diabetes.

Bedömning av resultat

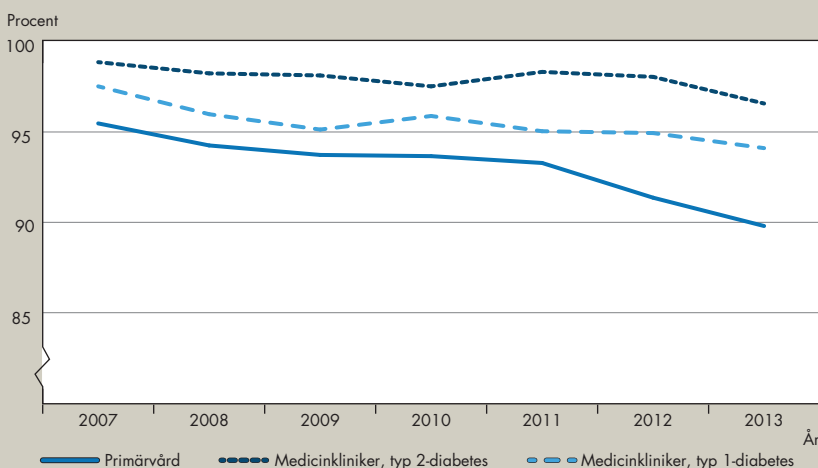
Genomförandet av ögonbottenkontroller tycks fungera bra i Sverige och skillnaderna mellan landstingen är relativt små. Det är känt att verksamheter som bedriver ögonbottenkontroll på flera ställen lider brist på personal, men trots det är resultaten överlag goda. Den något minskande trenden kan tyda på resursbrist för ögonbottenundersökning vid ögonklinikerna. I de nationella riktlinjerna 2010 rekomen-

derades en ökning av kontrollintervallet hos personer utan retinopati och med kost- eller tablettbehandlad typ 2-diabetes, från 2 till 3 år mellan undersökningarna. Detta kan ha sänkt resultatet något på grund av jämförelsen med tidigare år där intervallet i allmänhet var kortare. Tyvärr har många landsting ett oroväckande stort bortfall i rapporteringen av denna viktiga variabel. Detta kan i vissa fall bero på bristande kommunikationskanaler mellan ögonkliniker och primärvården, och de måste i så fall förbättras.

Socialstyrelsen har fastställt målnivåer för denna indikator. Dessa presenteras under *Utvecklingsbehov för att nå Socialstyrelsens fastställda målnivå* nedan.

Diagram C2.1 Ögonbottenundersökning

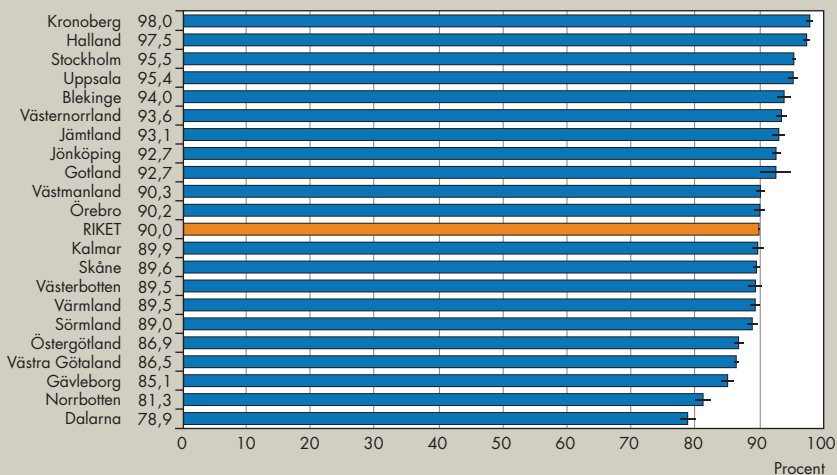
Andel personer med diabetes utan retinopati som genomgått kontroll av ögonbottenstatus: under de senaste två åren typ 1-diabetes vid medicinkliniker, under de senaste tre åren typ 2-diabetes vid medicinkliniker och i primärvården.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram C2.2 Ögonbottenundersökning

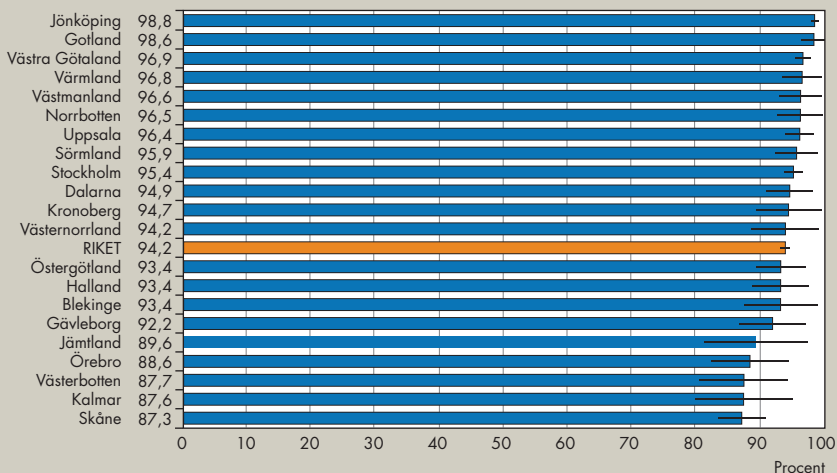
Andel personer med diabetes utan retinopati som genomgått kontroll av ögonbottenstatus under de senaste tre åren i primärvården, år 2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram C2.4 Ögonbottenundersökning

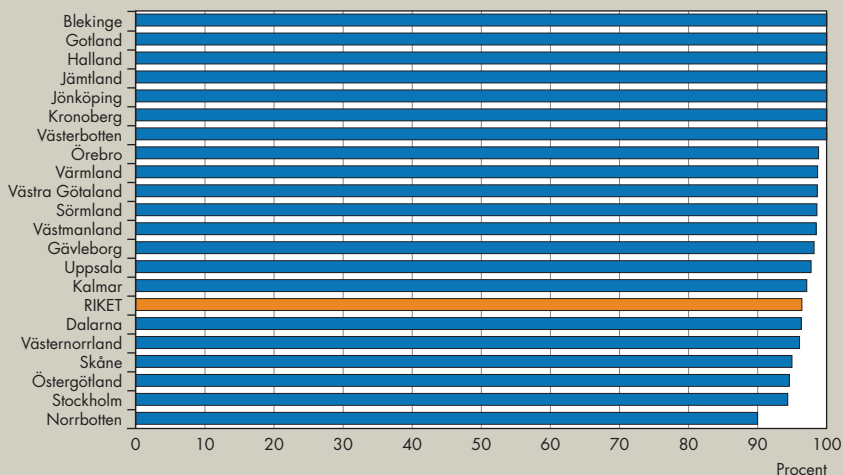
Andel personer med typ 1-diabetes utan retinopati vid medicinkliniker som genomgått kontroll av ögonbottenstatus under de senaste två åren, år 2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram C2.5 Ögonbottenundersökning

Andel personer med typ 2-diabetes utan dokumenterad retinopati vid medicinkliniker som genomgått kontroll av ögonbottenstatus, under de senaste tre åren, år 2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Utvecklingsbehov för att nå Socialstyrelsens fastställda målnivå

För indikatorn ögonbottenundersökning bland personer med typ 1- diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 98 procent. Målnivån för typ 2-diabetes har fastställts till ≥ 96 procent.

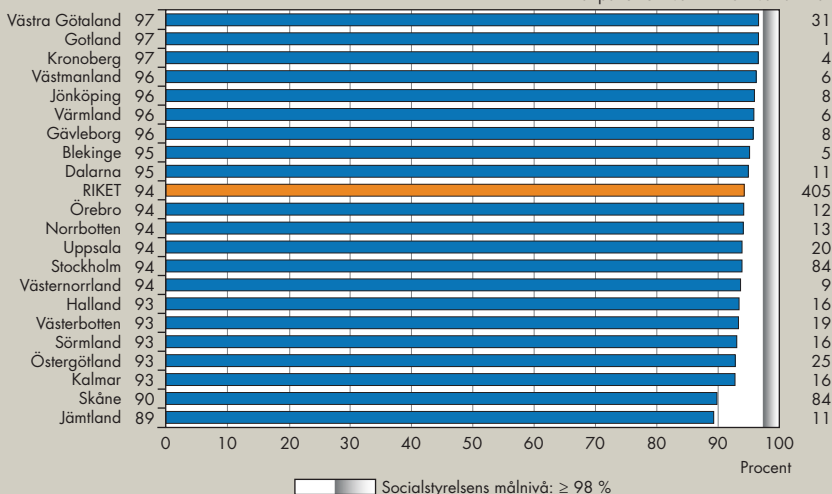
Med utgångspunkt i 2013 års uppgifter innebär målnivåerna att ytterligare cirka 400 personer med typ 1-diabetes och 8 300 personer med typ 2-diabetes bör genomgå en ögonbottenundersökning, i riket som helhet.

För fullständig motivering till de fastställda målnivåerna, se rapporten *Målnivåer för diabetesvård* [6]. Rapporten kan laddas ner från Socialstyrelsens webbsida (www.socialstyrelsen.se/nationellutvardering).

Diagram C2.7 Ögonbottenundersökning, typ 1-diabetes

Andel personer med typ 1-diabetes utan dokumenterad retinopati som genomgått ögonbottenundersökning under de senaste två åren, år 2013.

Antal patienter kvar till målnivå för 1 år

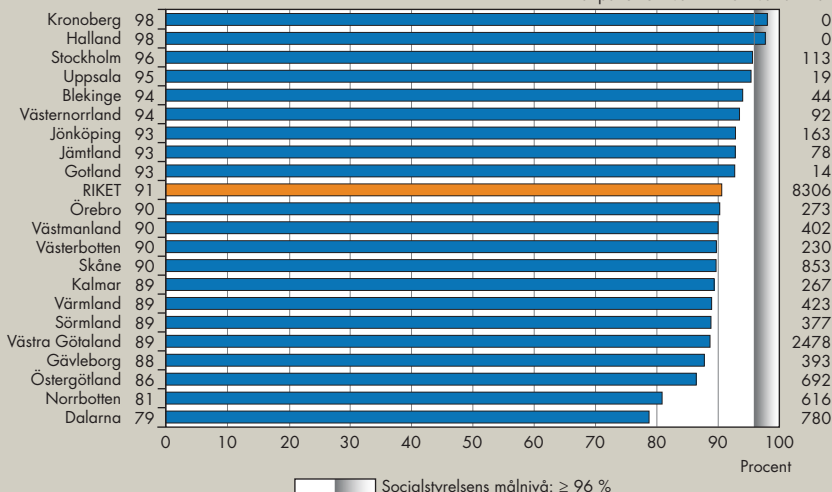


Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram C2.8 Ögonbottenundersökning, typ 2-diabetes

Andel personer med typ 2-diabetes utan dokumenterad retinopati som genomgått ögonbottenundersökning under de tre senaste åren, år 2013.

Antal patienter kvar till målnivå för 1 år



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Utövande av fysisk aktivitet (D1)

Regelbunden fysisk aktivitet minskar risken för hjärt- och kärlsjukdom, övervikt och förtida död. Det senaste vetenskapliga underlaget visar också att personer med typ 2-diabetes kan sänka sitt HbA1c-värde med 6,5 mmol/mol om de är fysiskt aktiva och följer kostråd. Rekommendationer om fysisk aktivitet är en starkt integrerad del i bland annat Nationella riktlinjer för hjärtsjukvården 2008/2011 [11], men trots hjälpmedel såsom fysisk aktivitet på recept (FaR) är åtgärden en underutnyttjad resurs i diabetesvården. När det gäller personer med typ 2-diabetes ska dock rekommendationer om fysisk aktivitet, utöver dagliga promenader, föregås av en omsorgsfull undersökning, och råden ska anpassas till deras ökade risk för hjärt- och kärlsjukdom. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder innehåller högt prioriterade rekommendationer om stöd till ökad fysisk aktivitet i form av olika nivåer av rådgivande samtal [12]. När det gäller typ 1-diabetes saknas vetenskapligt underlag för åtgärdens effekt men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet och observationsstudier. Sannolikt ger regelbunden fysisk aktivitet vid typ 1-diabetes samma vinst som hos personer utan diabetes.

Utfall och variation

Under de två första åren av perioden 2007–2013 ökade andelen kvinnor och män som har diabetes och som regelbundet var fysiskt aktiva. Under perioden 2009–2011 minskade andelen men har därefter varit konstant.

Inom primärvården var totalt 51 procent regelbundet fysiskt aktiva år 2013, och motsvarande värde vid medicinkliniker var 55 procent för typ 1-diabetes. Under samma år var 42–61 procent regelbundet fysiskt aktiva bland personer med typ 2-diabetes i landstingens primärvård (diagram D1.3). Vid landstingens medicinkliniker för typ 1-diabetes var andelen 42–80 procent (diagram D1.5). Värdena varierar för kvinnor och män, och redovisas på landstingsnivå både inom primärvården för typ 2-diabetes och vid medicinklinikerna för typ 1-diabetes.

En uppdelning på utbildningsnivå och födelseland för 2013 visar en högre andel fysiskt aktiva bland personer med hög utbildning jämfört med låg utbildning, och detta gäller både för typ 1- och typ

2 diabetes. Högst andel fysiskt aktiva med typ 1-diabetes finns bland personer födda utanför EU (övriga världen). För personer med typ 2-diabetes finns ingen skillnad beroende på födelseland.

Bedömning av resultat

Andelen fysiskt aktiva började minska 2009 och det fortsatte fram till 2011 då kurvan planade ut för typ 1-diabetes och typ 2-diabetes i primärvården. För medicinklinikernas patienter med typ 2-diabetes fortsatte andelen fysiskt aktiva dock att minska under hela perioden. Detta kan bero på att dessa många gånger multisjuka patienter inte klarade den efterfrågade graden av fysisk aktivitet. Att inte fler ökar sin fysiska aktivitet är mycket ogynnsamt och den nedåtgående trenden bör vändas.

I varje möte med patienten bör omfattningen av fysisk aktivitet diskuteras och patienten erbjudas förslag på olika aktiviteter som lämpar sig för den enskilde. FYSS-bokens [13] kapitel om fysisk aktivitet vid diabetes utgör en bra grund. Även Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder bör vara underlag för valet av metod att på bästa sätt förmedla råd och uppföljning av fysisk aktivitet [12]. För både typ 1- och typ 2-diabetes bör andelen fysiskt aktiva vara minst 75 procent i åldersgrupperna upp till 80 år. De allra äldsta har ofta samsjuklighet och andra inverkande faktorer, och för dem är målet mer svårbedömt.

Landstingen skiljer sig omotiverat mycket åt i andelen fysiskt aktiva. Sedan den förra utvärderingen 2011 [1] har skillnaden minskat i primärvården men ökat mellan medicinklinikerna. I primärvården är skillnaden 19 procentenheter mellan högsta och lägsta värdet, och för medicinklinikerna är variationen 38 procentenheter för typ 1-diabetes. I alla primärvårdens landsting är fler män än kvinnor fysiskt aktiva. Detta är oförändrade resultat jämfört med förra utvärderingen, vilket är anmärkningsvärt och vars orsak närmare bör analyseras. För personer med typ 1-diabetes finns inget tydligt mönster utan resultaten varierar mellan olika landsting.

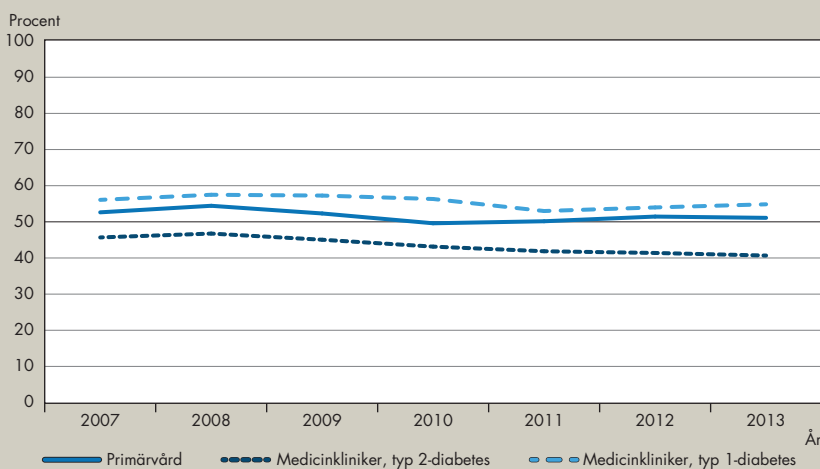
Högre utbildningsnivå innebär högre andel fysiskt aktiva personer, både för typ 1- och för typ 2-diabetes. Landstingen bör utarbeta en strategi för att underlätta för personer med låg utbildning att i högre grad bli mer fysiskt aktiva. Personer med låg utbildning har nämligen ofta en högre absolut risk för att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar

och andra ogynnsamma följder av diabetes jämfört med högutbildade. Personer med typ 1-diabetes på medicinklinikerna, födda utanför EU, är den grupp som är mest fysiskt aktiva. Bland primärvårdens patienter med typ 2-diabetes finns ingen skillnad när det gäller födelseland.

Sammanfattningsvis bör fysisk aktivitet hos personer med diabetes öka mot bakgrund av dess gynnsamma effekter på livskvalitet och hälsa.

Diagram D1.1 Utövande av fysisk aktivitet

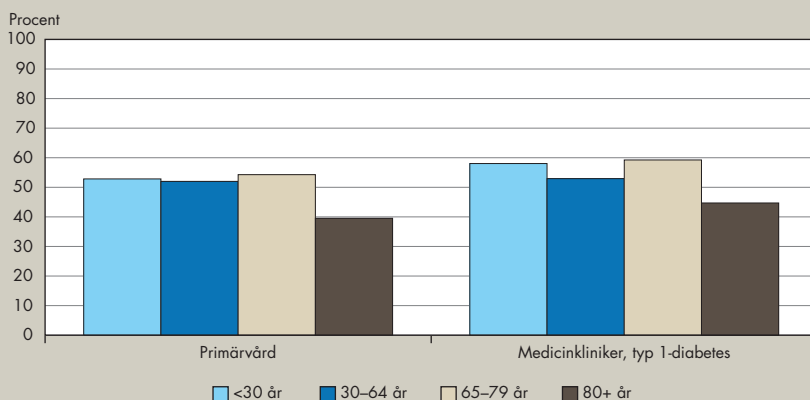
Andel personer med diabetes som utövar fysisk aktivitet regelbundet minst 3 ggr/vecka vid medicinkliniker och i primärvården.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram D1.2 Utövande av fysisk aktivitet

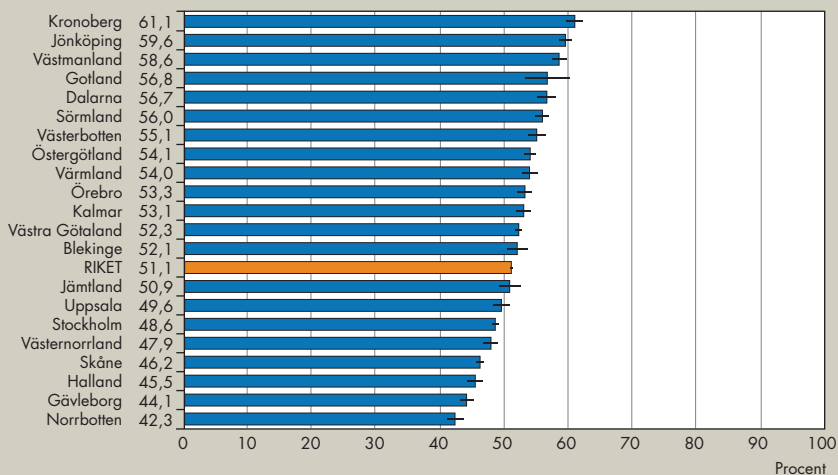
Andel personer med diabetes som utövar fysisk aktivitet regelbundet minst 3 ggr/vecka, uppdelat på åldersgrupper, år 2013.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram D1.3 Utövande av fysisk aktivitet

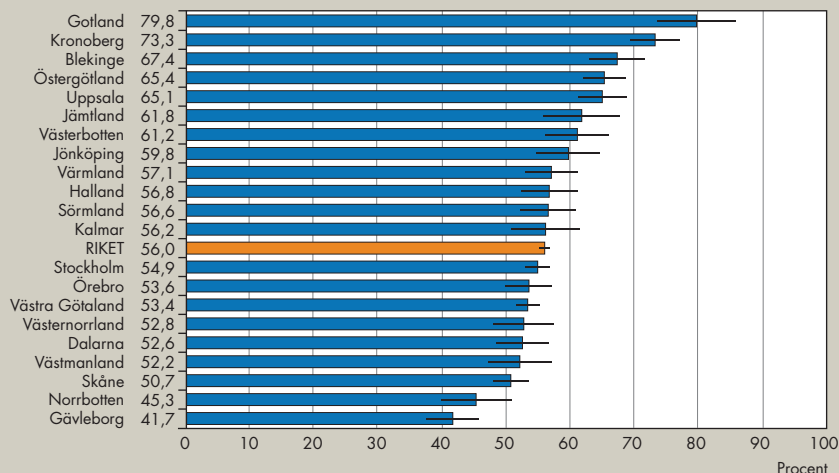
Andel personer med diabetes som utövar fysisk aktivitet regelbundet minst 3 ggr/vecka i primärvården, år 2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram D1.5 Utövande av fysisk aktivitet

Andel personer med typ 1-diabetes vid medicinkliniker som utövar fysisk aktivitet regelbundet minst 3 ggr/vecka, år 2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Icke-rökare bland personer med diabetes (D2)

Rökstopp är en av de viktigaste preventiva åtgärderna för att minska riskerna för diabeteskomplikationer, främst hjärt- och kärlsjukdomar och njurskador. Det är statistiskt säkerställt att redan 5–10 år efter rökstoppet minskar sjukligheten och dödligheten hos personer utan diabetes. Effekten är inte särskilt studerad för personer med diabetes men sannolikt är nyttan lika stor.

Utfall och variation

Under perioden 2007–2013 var andelen icke-rökare bland personer med typ 1- respektive typ 2-diabetes vid medicinklinikerna i stort sett oförändrad. Under det sista året ses dock en viss ökning av andelen icke-rökare bland personer med typ 1-diabetes medan det omvända gällde för typ 2-diabetes. Inom primärvården minskade andelen icke-rökare bland personer med typ 2-diabetes, från 86 procent år 2007 till 84 procent år 2011, för att sedan återigen öka till 85 procent år 2013 (diagram D2.1). Förändringen var likartad både för kvinnor och för män.

Inom landstingens primärvård 2013 var andelen icke-rökare 82–88 procent (diagram D2.3), och vid landstingens medicinkliniker för personer med typ 1-diabetes var den 84–93 procent (diagram D2.5).

På sjukhusmottagningar 2013 var andelen icke-rökare 74–96 procent bland patienter med typ 1-diabetes vid medicinklinikerna.

En uppdelning på utbildningsnivå och födelseland visar en högre andel icke-rökare bland personer med hög utbildning jämfört med låg utbildning, och detta gäller både för typ 1- och typ 2-diabetes. Högst andel icke-rökare med typ 1- och typ 2-diabetes finns bland personer födda i Sverige.

Bedömning av resultat

Ökningen av andelen rökare bland personer med typ 2-diabetes i primärvården ser ut att ha brutits de sista två åren. Liknande resultat ses för typ 1-diabetes. För typ 2-diabetes vid medicinklinikerna, ofta personer med hög samsjuklighet, ökar andelen rökare. Mot bakgrunden att målsättningen i riktlinjerna är rökstopp är resultaten fortfarande nedslående.

Bland yngre personer med typ 2-diabetes är rökarna fortfarande relativt många. En liten förbättring syns dock i den yngsta åldersgruppen (< 30 år). Unga har en lång återstående livslängd, varför rökstopp är särskilt viktigt.

Andelen icke-rökare varierar fortfarande mycket mellan landstingen men variationen har minskat sedan förra utvärderingen. I primärvården är andelen icke-rökare vid typ 2-diabetes lika stor bland kvinnor och män, medan det är färre kvinnor som är icke-rökare bland personer med typ 1-diabetes vid medicinklinikerna. Det återspeglar sannolikt den ogynnsamma trenden i befolkningen med fler rökare bland unga kvinnor.

Rökning medför stora kostnader, särskilt vid diabetes där den bidrar till att öka risken för diabeteskomplikationer. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 visade att det är nödvändigt med en satsning på effektiva och i vissa fall mera resurskrävande rökavvänjningsmetoder som kvalificerad rådgivning[12].

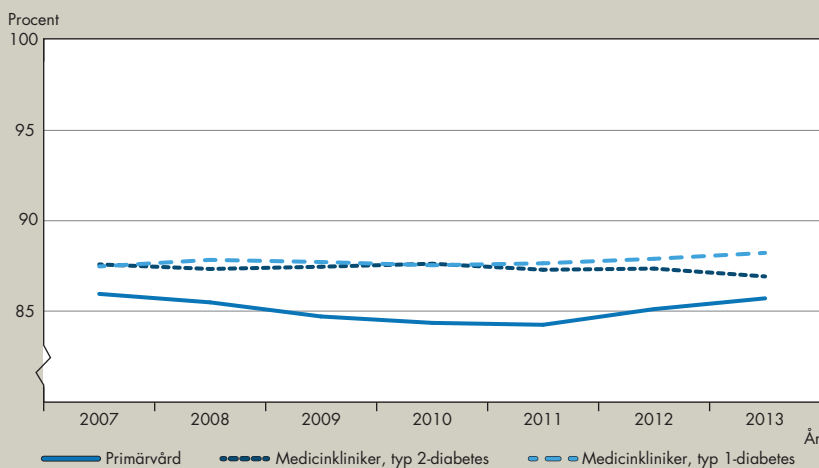
Högre utbildningsnivå innebär högre andel icke-rökare bland personer med både typ 1- och typ 2-diabetes. Det är förstås viktigt att alla som röker slutar att röka, men landstingen bör särskilt underlätta för att personer med låg utbildning i högre utsträckning får hjälp med

röksstopp. Personer med låg utbildning har en högre risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar och andra ogynnsamma följder av diabetes jämfört med högutbildade. Personer med såväl typ 1- som typ 2-diabetes födda i Sverige är i högre grad icke-rökare jämfört med personer födda utomlands. Landstingen bör se över om hinder till hjälp med rökstopp för utlandsfödda föreligger, t ex kan information om rökstopp behöva språk- och kulturanpassas.

Socialstyrelsen har fastställt målnivåer för denna indikator. Dessa presenteras under *Utvecklingsbehov för att nå Socialstyrelsens fastställda målnivå* nedan.

Diagram D2.1 Icke-rökare bland personer med diabetes

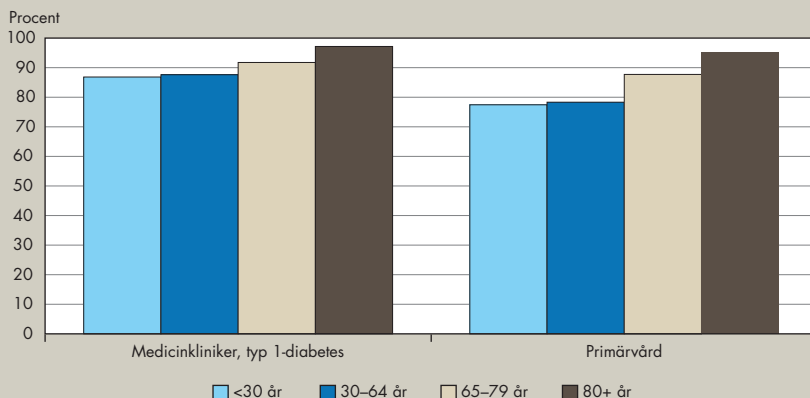
Andel icke-rökare, personer med diabetes vid medicinkliniker och i primärvården.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram D2.2 Icke-rökare bland personer med diabetes

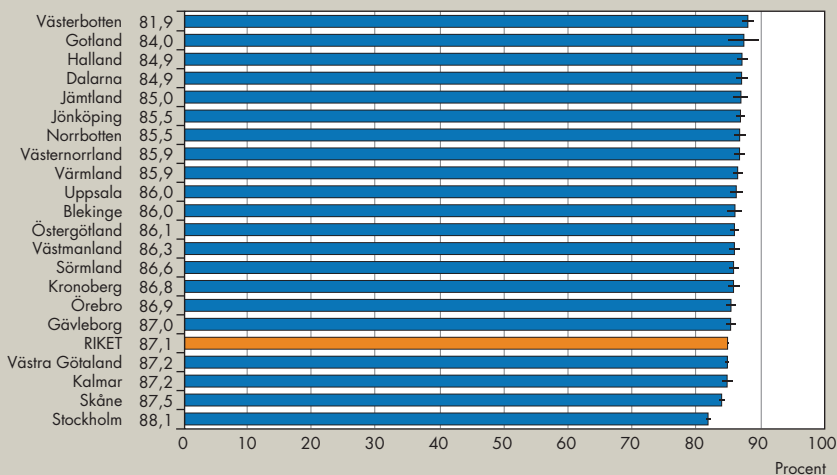
Andel icke-rökare, personer med diabetes uppdelat på åldersgrupp, år 2013.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram D2.3 Icke-rökare bland personer med diabetes

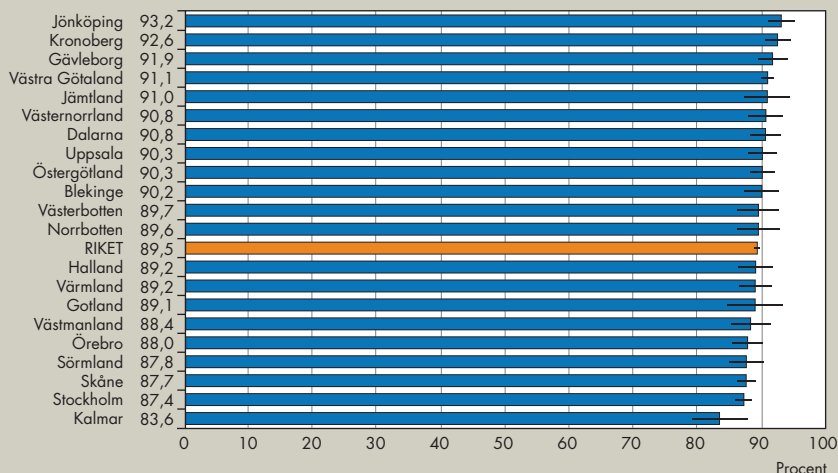
Andel icke-rökare, personer med diabetes i primärvården, år 2013. Åldersstandardiserade värden.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram D2.5 Icke-rökare bland personer med diabetes

Andel icke-rökare, personer med typ 1-diabetes vid medicinkliniker, år 2013.
Åldersstandardiserade värden.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Utvecklingsbehov för att nå Socialstyrelsens fastställda målnivå

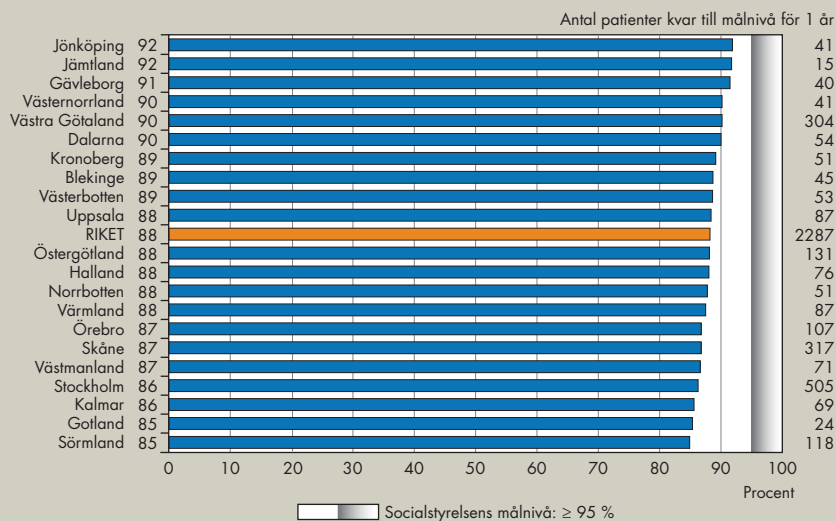
För indikatorn icke-rökare bland personer med typ 1- och typ 2-diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 95 procent.

Med utgångspunkt i 2013 års uppgifter innebär en målnivå på ≥ 95 procent att ytterligare cirka 2 300 personer med typ 1-diabetes och cirka 23 700 personer med typ 2-diabetes bör få hjälp och stöd att sluta röka.

För fullständig motivering till de fastställda målnivåerna, se rapporten *Målnivåer för diabetesvård* [6]. Rapporten kan laddas ner från Socialstyrelsens webbsida (www.socialstyrelsen.se/nationellutvardering).

Diagram D2.10 Icke-rökare bland personer med typ 1-diabetes

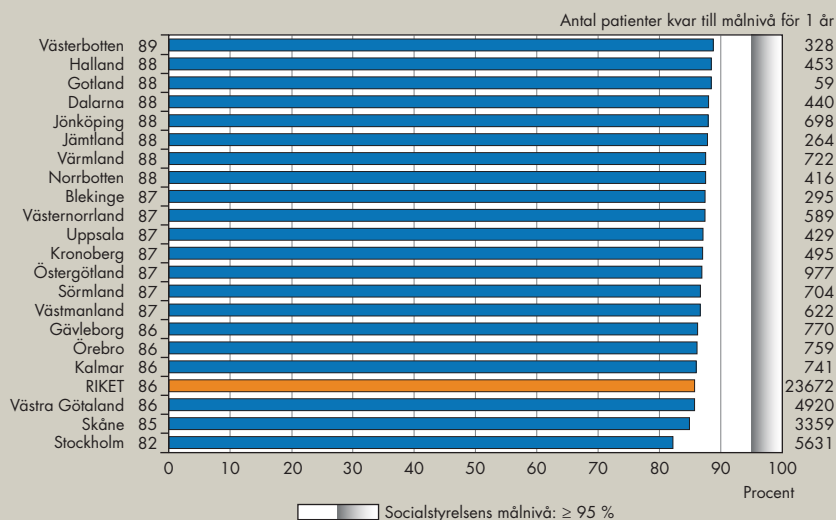
Andel icke-rökare, personer med typ 1-diabetes, år 2013.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diagram D2.11 Icke-rökare bland personer med typ 2-diabetes

Andel icke-rökare, personer med typ 2-diabetes, år 2013.



Källa: NDR - Nationella diabetesregistret.

Diabetesutbildad sjuksköterska (E1)

Den svenska diabetesvården eftersträvar ett multiprofessionellt arbetssätt, med ett diabetesteam där personen med diabetes är en aktiv medlem. Med multiprofessionella diabetesteam blir det lättare för vårdpersonalen att göra bedömningar som kräver flera perspektiv. Det blir också lättare att identifiera problem, finna lösningar och erbjuda en god egenvård för personer med diabetes. En diabetesutbildad sjuksköterska har, tillsammans med en diabetesansvarig läkare, en central roll i teamet. Målet med god diabetesvård är att personer med diabetes ska må bra trots sin sjukdom samt ha tillräcklig kunskap för att kunna fatta egna välinformerade beslut om sin egenvård. Målet är också att förhindra eller senarelägga diabeteskomplikationer. Enligt nationella riktlinjer för diabetesvård bör diabetesutbildade sjuksköterskor ha såväl ämneskompetens som pedagogisk kompetens för att kunna ge stöd till personer med diabetes.

Utfall och variation

Enkäten skickades till samtliga diabetesmottagningar och primärvårdsenheter. Svarsfrekvensen var 87 procent respektive 76 procent. Enkäterna redovisas på riksnivå och i vissa frågor även på landstingsnivå.

Sjukhusens diabetesmottagningar för vuxna

Vid sjukhusens diabetesmottagningar fanns under första kvartalet 2014 totalt 210 diabetesutbildade sjuksköterskor med ämneskompetens, varav 67 av dessa (32 procent) hade både ämneskompetens och pedagogisk kompetens. Av de 210 diabetessjuksköterskorna hade 7 procent upp till 15 högskolepoäng i diabetesvård, 53 procent hade 16–30 högskolepoäng, 36 procent hade 31–40 högskolepoäng och 4 procent hade fler än 40 högskolepoäng.

Endast en sjuksköterska saknade helt diabetesutbildning. När det gäller pedagogisk utbildning uppgav 16 procent att de hade 7,5 högskolepoäng i pedagogik och 15 procent hade förvärvat fler än 7,5 högskolepoäng i ämnet. Totalt 69 procent av diabetessjuksköterskorna saknade helt pedagogisk utbildning.

Primärvården

Av totalt 1 154 primärvårdsenheter i Sverige har 881 stycken (76 procent) deltagit i en nationell kartläggning av diabetesvården i primärvården i Sverige (Centrum för klinisk forskning landstinget Västmanland, Uppsala universitet). Resultatet visar att de flesta primärvårdsenheter, 97 procent, har minst en sjuksköterska med ämneskompetens i diabetesvård (minst 15 högskolepoäng). Dock saknar totalt 95 diabetessjuksköterskor ämnesutbildning.

När det gäller specifik utbildning i pedagogik uppgav 55 procent att de hade 7,5 högskolepoäng eller mer i pedagogik eller vuxenlärande. Totalt 40 procent av diabetessjuksköterskorna saknade dock helt pedagogisk utbildning.

De diabetesutbildade sjuksköterskorna uppskattade att de i genomsnitt ägnade 22,4 timmar per vecka åt diabetesrelaterade uppgifter.

Bedömning av resultat

Enkätsvaren från diabetesmottagningarna visar att det finns diabetesutbildade sjuksköterskor med ämneskompetens på samtliga diabetesmottagningar, men Socialstyrelsen kan inte bedöma om antalet motsvarar behovet. För det krävs egna analyser på landstings- eller kliniknivå. Under 2015 ska några lärosäten starta utbildningar omfattande 60 högskolepoäng som leder till specialistexamen i diabetesvård. Det ger personalen betydligt bättre förutsättningar för att nå en högre ämneskompetens och pedagogisk kompetens.

Jämfört med mätningen 2011 har antalet diabetessjuksköterskor vid sjukhusens diabetesmottagningar minskat från 257 till 210 stycken. Anledningen går inte att utläsa av enkätsvaren.

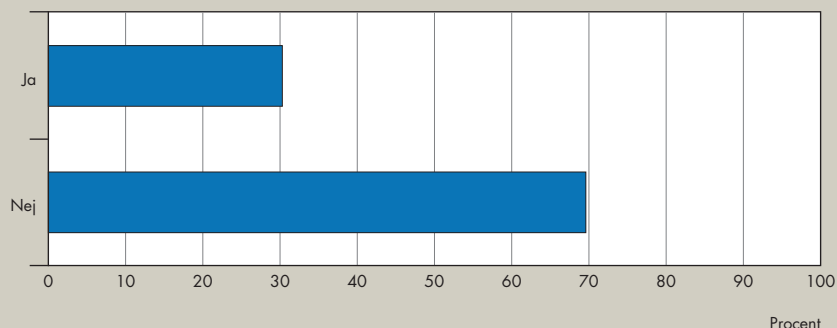
En av diabetessjuksköterskans viktigaste uppgifter är att ge patienten goda förutsättningar att öka sina kunskaper så att han eller hon kan bedriva en god egenvård. Det är därför inte tillfredsställande att 69 procent av diabetessjuksköterskorna vid sjukhusens diabetesmottagningar helt saknar utbildning i pedagogik eller vuxenlärande. Av 81 diabetesmottagningar vid sjukhusen är det 34 som inte har någon sjuksköterska med pedagogisk utbildning. Detta är ett viktigt förbättringsområde.

Inom primärvården arbetar 1 422 diabetessjuksköterskor, och 1291 (91 procent) av dessa har 15 högskolepoäng eller mer i diabetesvård. Av samtliga primärvårdsenheter har 97 procent minst en diabetesut-

bildad sjuksköterska. Detta kan jämföras med 2011 års mätning då andelen var knappt 90 procent. Vid 2011 års mätning saknade 32 procent av diabetessjuksköterskorna pedagogisk utbildning. Vid 2014 års mätning var andelen 40 procent. Denna siffra är dock osäker eftersom det interna bortfallet på frågan var stort. Förmodligen finns dock även här utrymme för förbättring.

Diagram E1.3 Diabetesutbildad sjuksköterska

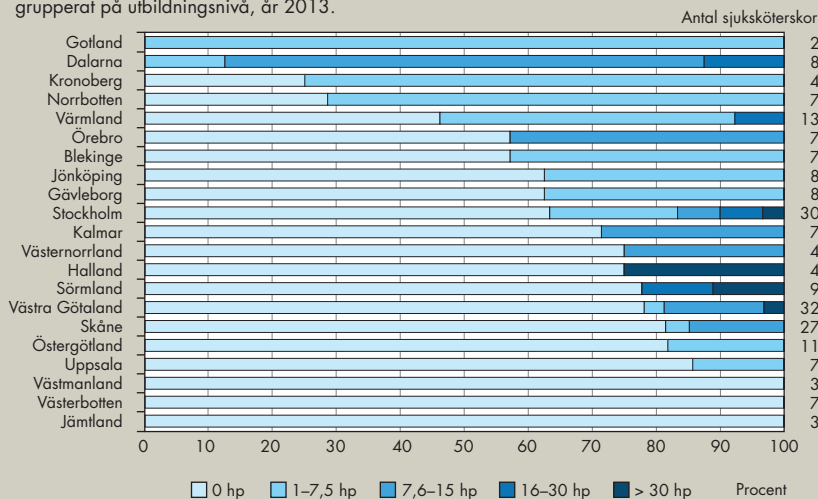
Andel diabetessjuksköterskor vid sjukhusens diabetesmottagningar med pedagogisk kompetens om minst 7,5 hp.



Källa: Socialstyrelsens enkät, maj 2014.

Diagram E1.4 Diabetesutbildad sjuksköterska

Pedagogikutbildningsnivån hos diabetessjuksköterskorna vid sjukhusens diabetesmottagningar, grupperat på utbildningsnivå, år 2013.



Källa: Socialstyrelsens enkät, maj 2014.

Gruppbaserade utbildningsprogram som ges av personal med ämneskompetens och pedagogisk kompetens (E2)

Diabetesvården bör vara patientfokuserad, och ett sätt att uppnå detta är att erbjuda utbildningar som ges med respekt och lyhördhet för varje patients behov. Patientutbildningar i egenvård är viktiga eftersom personer med diabetes varje dag fattar många viktiga beslut om hanteringen av sin sjukdom. Målet med utbildningen är därför att dessa patienter ska veta hur de kan få en välfungerande egenvård med god kontroll av riskfaktorerna för ohälsa och med bibehållen god livskvalitet. Patientutbildningar kan utföras individuellt och/eller i grupp.

Vårdpersonalen bör regelbundet utvärdera de genomförda utbildningarna, men resultatet beror till stor del på utbildarens ämneskompetens och pedagogiska kompetens. Ämneskompetens innebär att utbildaren har goda kunskaper om diabetessjukdomen och dess behandling. Pedagogisk kompetens innebär att personen är väl insatt i de pedagogiska teorier och metoder (förhållningssätt) som används i det aktuella utbildningsprogrammet. Vidare måste utbildaren vara engagerad och ha kunskap om vuxenlärande.

Utfall och variation

Svarsfrekvensen var 87 respektive 76 procent. Enkätresultatet redovisas på riksnivå och i vissa fall även på landstingsnivå.

Sjukhusens diabetesmottagningar

Gruppbaserade utbildningsprogram till personer med typ 1-diabetes erbjuds av 66 procent av diabetesmottagningarna. Resterande 34 procent uppger att de har brist på tid och resurser samt att bristande patientmedverkan leder till dålig uppslutning.

Gruppbaserade utbildningsprogram till personer med typ 2-diabetes erbjuds av 33 procent av sjukhusens diabetesmottagningar. Denna lägre siffra uppges bland annat bero på att patientunderlaget är för litet.

Primärvården

Inom primärvården finns 208 primärvårdsenheter (24 procent) som erbjuder grupputbildning som leds av personer med kompetens i

både ämnet och i pedagogiken. I vissa landsting finns förhållandevis många primärvårdsenheter som erbjuder utbildningen. Den utbildning som ges utgår sällan från patientens behov (endast 8 procent) utan har ett förutbestämt innehåll. Däremot bedriver 867 primärvårdsenheter (98 procent) individuella utbildningar. Av dessa utgår 60 procent från patientens behov medan 40 procent av primärvårdsenheterna använder en checklista med ett förutbestämt innehåll.

Kulturanpassad grupputbildning

Kulturanpassad grupputbildning genomförs sällan, och bara 3 av 81 diabetesmottagningar (4 procent) uppgav att de erbjöd sådan utbildning. Inom primärvården är motsvarande siffra 3 procent. Anledningen angavs främst vara att behovet inte fanns eller att patientunderlaget var för litet, men tidsbrist var också en orsak.

Bedömning av resultat

Av sjukhusens diabetesmottagningar erbjuder 66 procent grupputbildning till personer med typ 1-diabetes och 33 procent erbjuder utbildning till personer med typ 2-diabetes. Bilden är likartad jämfört med 2011 års mätning.

På 24 procent av primärvårdsenheterna erbjuds personer med typ 2-diabetes en gruppbaserad utbildning som leds av vårdpersonal med både ämneskompetens och pedagogisk utbildning. Detta är ungefär samma nivå som i 2011 års mätning, då andelen var 20 procent. Det är oroväckande att en stor andel av personer med diabetes inte erbjuds någon grupputbildning trots att denna rekommendation har hög prioritet i de nationella riktlinjerna. Nu finns ett nationellt grupputbildningsprogram som är framtaget på initiativ av det nationella programrådet för diabetes. Förhoppningen är att denna satsning ska stödja huvudmännen i arbetet med att erbjuda gruppbaserad patientutbildning till fler personer med diabetes [14].

Flertalet enheter rapporterar att de fortfarande utgår från ett förutbestämt innehåll och att checklista används i stor utsträckning. Positivt är dock att merparten av primärvårdsenheterna bedriver individuell utbildning. Samtidigt har gruppbaserad utbildning ett starkare vetenskapligt stöd än individuell utbildning, och därför bör huvudmännen sträva efter att öka andelen grupputbildningar.

Enligt de nationella riktlinjerna bör vården ta hänsyn till varje

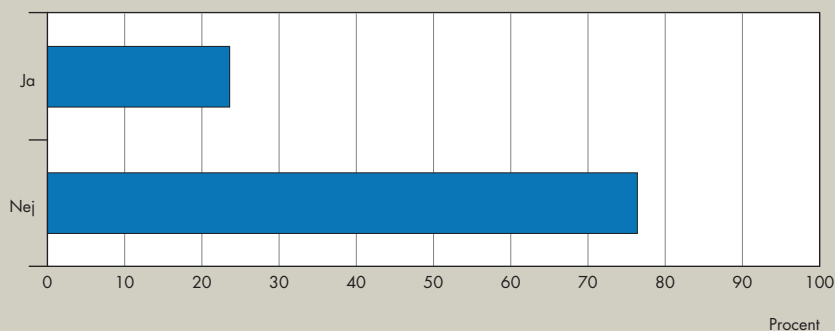
individuella kulturella bakgrund och rutiner, och vården bör anpassas till dem. Resultatet visar dock att endast 4 procent av diabetesmottagningarna och 3 procent av primärvårdsenheterna erbjuder kulturanpassad grupputbildning, trots att åtgärden har hög prioritet i de nationella riktlinjerna. Det går heller inte se någon nämnvärd förbättring sedan föregående utvärdering, för år 2011 var andelen 5 procent av primärvårdsenheterna och 3 procent av diabetesmottagningarna. Med tanke på de låga siffrorna finns det ett mycket stort utrymme för förbättring, och det är därför av yttersta vikt att vårdenheterna satsar mer på kulturanpassad utbildning till personer med diabetes och annan kulturell bakgrund. En större samverkan mellan vårdenheterna kan sannolikt också vara nödvändig för att öka möjligheten att erbjuda kulturanpassad utbildning.

När det gäller den pedagogiska kompetensen är situationen oförändrad sedan utvärderingen 2011 [1] då 40 procent av diabetessjuksköterskorna fortfarande saknar pedagogisk utbildning.

Många mindre primärvårdsenheter anger att patientunderlaget är för litet för att de ska kunna ge någon utbildning, men det bör man kunna avhjälpa genom en utökad samverkan mellan vårdenheterna och landstingen. Det är viktigt att utbildningen utgår från patientens behov för att säkerställa att han eller hon får sina kunskapsbehov tillfredsställda. På så sätt ökar förutsättningarna för en optimal egenvård.

Diagram E2.5 Gruppbaserad utbildning

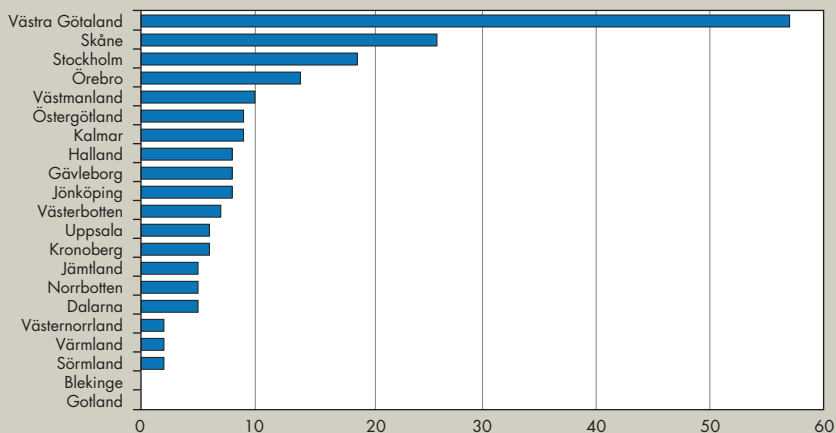
Andel primärvårdsenheter som uppgett att de bedriver gruppbaserad patientutbildning.



Källa: Centrum för klinisk forskning Västerås, Uppsala universitet.

Diagram E2.6 Gruppbaserad utbildning

Antal primärvårdsenheter per län/region som uppgett att de bedriver gruppbaserad patientutbildning.

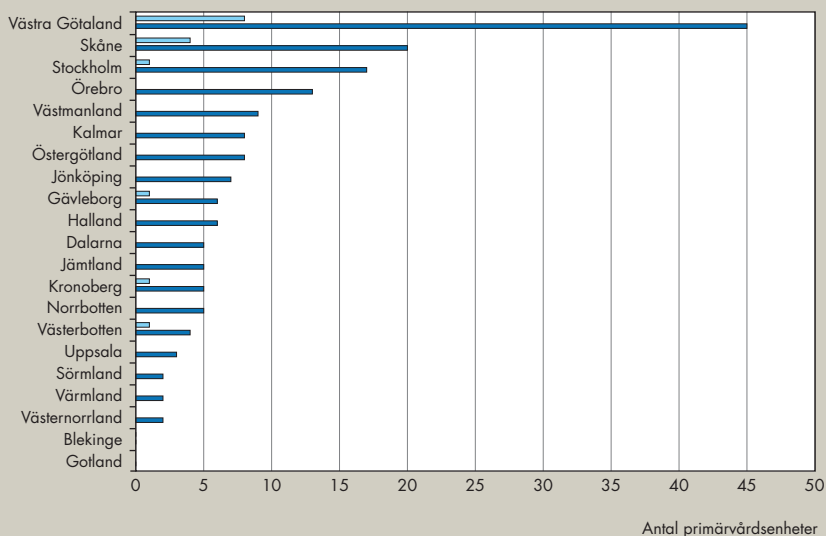


Källa: Centrum för klinisk forskning Västerås, Uppsala universitet.

Antal primärvårdsenheter

Diagram E2.7 Gruppbaserad utbildning

Primärvårdsenheters tillvägagångssätt vid grupputbildning.



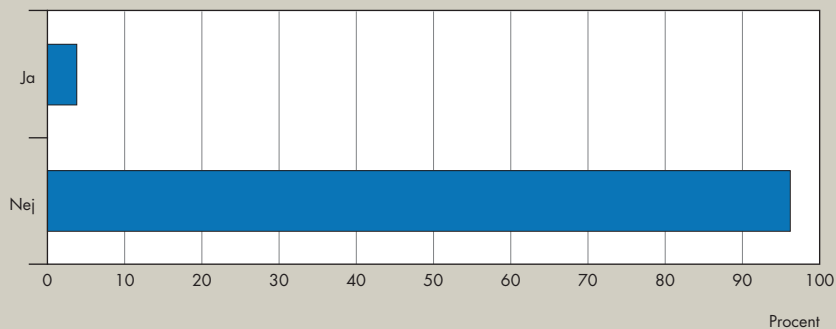
Källa: Centrum för klinisk forskning Västerås, Uppsala universitet.

Antal primärvårdsenheter

■ Utbildning som utgår ifrån patientens behov
■ Utbildning med förutbestämt innehåll

Diagram E2.8 Kulturanpassad gruppbaserad utbildning

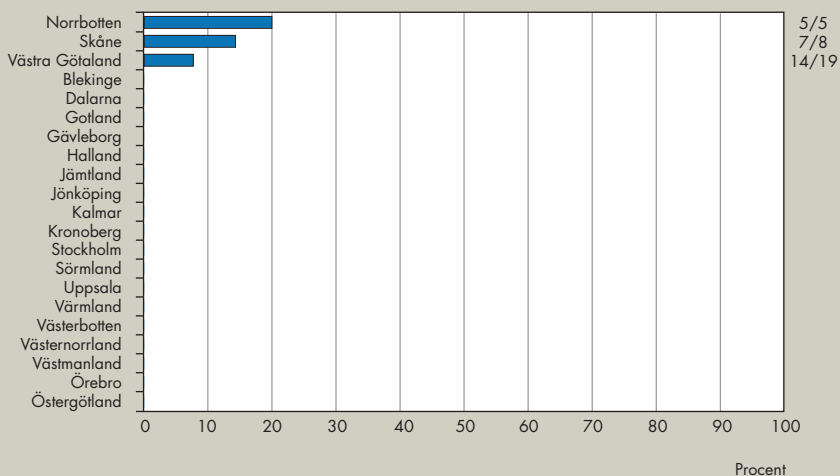
Erbjuder er diabetesmottagning kulturanpassad utbildning i grupp?



Källa: Centrum för klinisk forskning Västerås, Uppsala universitet.

Diagram E2.9 Kulturanpassad gruppbaserad utbildning

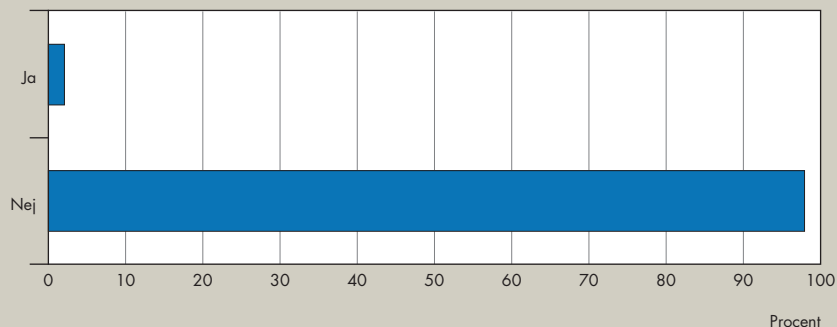
Andel diabetesmottagningar som erbjuder kulturanpassade grupputbildningar.



Källa: Socialstyrelsens enkät, maj 2014.

Diagram E2.10 Kulturanpassad gruppbaserad utbildning

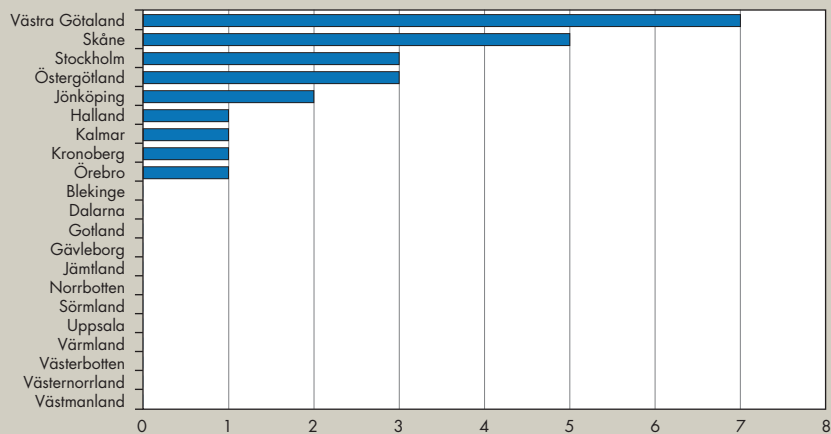
Andel primärvårdsenheter som erbjuder kulturanpassad grupputbildning.



Källa: Centrum för klinisk forskning Västerås, Uppsala universitet.

Diagram E2.11 Kulturanpassad gruppbaserad utbildning

Antal primärvårdsenheter per län/region som erbjuder kulturanpassad grupputbildning.



Källa: Centrum för klinisk forskning Västerås, Uppsala universitet.

Förbättra samverkan kring multidisciplinära fotteam

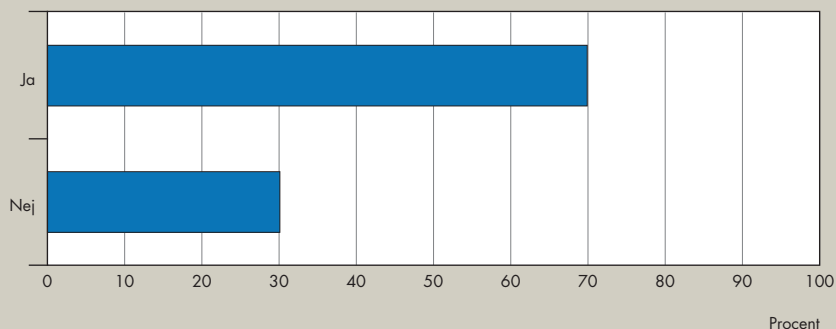
Fotvård är en viktig del i behandlingen av personer med diabetes. Därför är också preventiv fotterapi och tillgång till multidisciplinära fotteam högt prioriterade rekommendationer i de nationella riktlinjerna.

En god fotvård är viktig för personer med diabetes, och ett sätt att uppmärksamma detta är att upprätta multidisciplinära fotteam som kan uppmärksamma allvarliga problem. Under våren 2014 genomförde Socialstyrelsen en enkätundersökning riktad till 93 diabetesmottagningar vid sjukhusen. Svarsfrekvensen var 87 procent. Syftet var att följa upp hur personer med diabetes får tillgång till en kunskapsbaserad och jämlik vård.

Fortfarande har 30 procent av diabetesmottagningarna dock inte tillgång till multidisciplinära fotteam, och 31 procent av mottagningarna samverkar inte med primärvård och hemsjukvård när det gäller allvarliga fotproblem (diagram 2.9 och 2.11).

Diagram 2.9 Multidisciplinärt fotteam

Erbjuder er diabetesmottagning ett multidisciplinärt fotteam till personer med diabetes som har allvarliga fotproblem?



Källa: Socialstyrelsens enkät, maj 2014.

Diagram 2.10 Multidisciplinärt fotteam

Andel diabetesmottagningar som erbjuder ett multidisciplinärt fotteam till personer med diabetes som har allvarliga fotproblem.

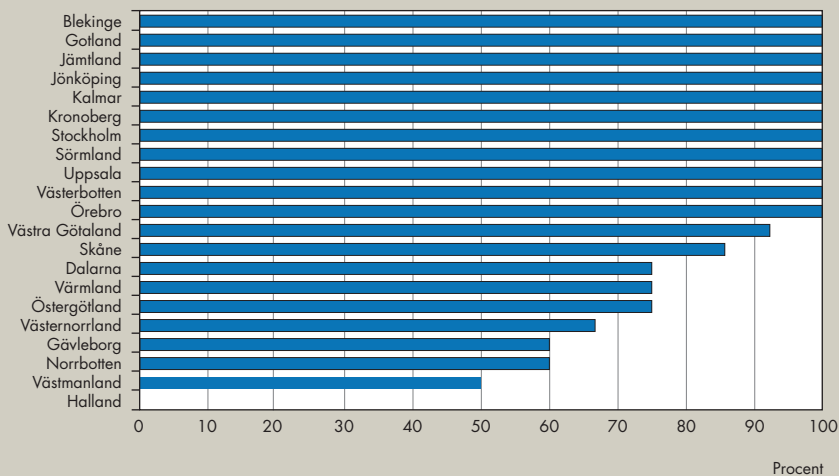


Diagram 2.11 Samverkan avseende allvarliga fotproblem

Samverkar er diabetesmottagning med både primärvård och hemsjukvård avseende allvarliga fotproblem?

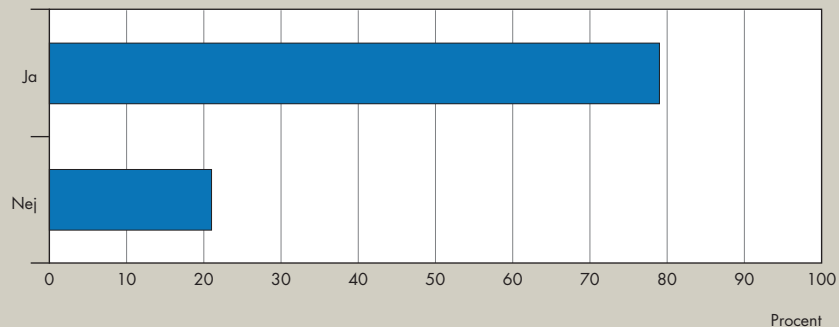
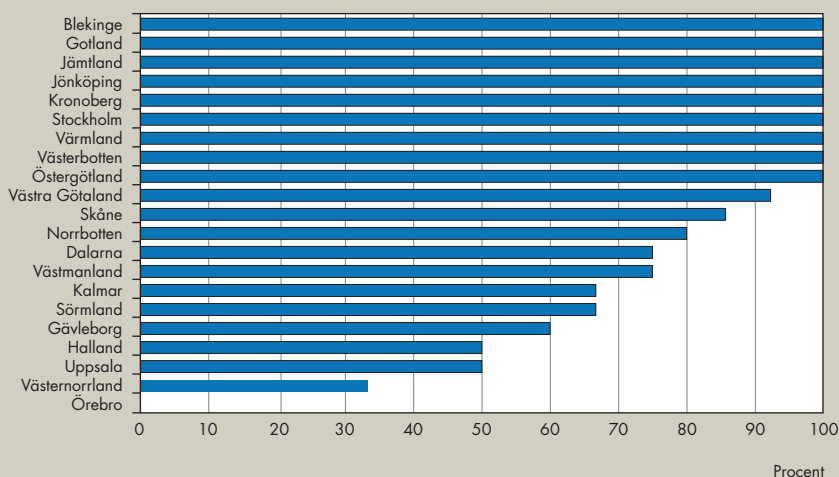


Diagram 2.12 Samverkan avseende allvarliga fotproblem

Samverkar er diabetesmottagning med både primärvård och hemsjukvård avseende allvarliga fotproblem?



Bedömning av resultat

I 2011 års utvärdering hade 81 procent av sjukhusens diabetesmottagningar tillgång till ett multidisciplinärt fotteam. Resultatet i 2014 års utvärdering visar att endast 70 procent av mottagningarna har tillgång till ett multidisciplinärt fotteam för patienter med fotproblem, alltså en lägre andel än vid tidigare utvärdering. Trots detta fortsätter andelen patienter som genomgått en fotundersökning att öka, se indikator C1 (Fotundersökning).

Öka stöd till fysisk aktivitet med hjälp av kvalificerade rådgivande samtal

Fysisk aktivitet har flera gynnsamma effekter ur ett befolkningsperspektiv eftersom regelbunden fysisk aktivitet har tydliga samband med minskad risk för hjärt- och kärlsjukdom, typ 2-diabetes och övervikt. När det gäller personer med typ 2-diabetes är det viktigt att rekommendationer om fysisk aktivitet, utöver dagliga promenader, föregås av en omsorgsfull undersökning och anpassas till en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdom.

Fysisk aktivitet är en underutnyttjad resurs i diabetesvården, trots hjälpmedel såsom fysisk aktivitet på recept (FaR) och kvalificerad rådgivning. Landstingen skiljer sig också mycket åt när det gäller andelen personer med diabetes som regelbundet och minst tre gånger per vecka är fysiskt aktiva utöver dagliga promenader, se indikator D1 (Utövande av fysisk aktivitet).

Drygt 70 procent av sjukhusens diabetesmottagningar erbjuder samtal med enkla råd om fysisk aktivitet medan cirka 40 procent erbjuder kvalificerade rådgivande samtal (diagram 2.13). Enligt de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder är kvalificerade rådgivande samtal den mest effektiva metoden för att förändra beteendet hos personer med otillräcklig fysisk aktivitet [12].

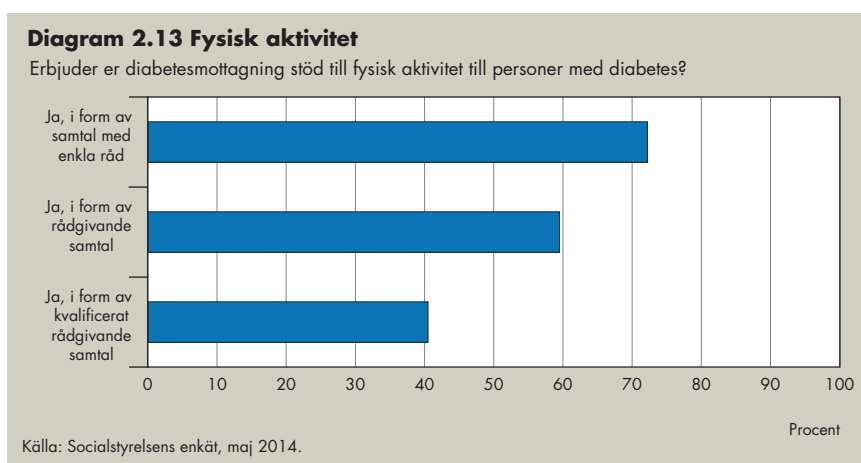
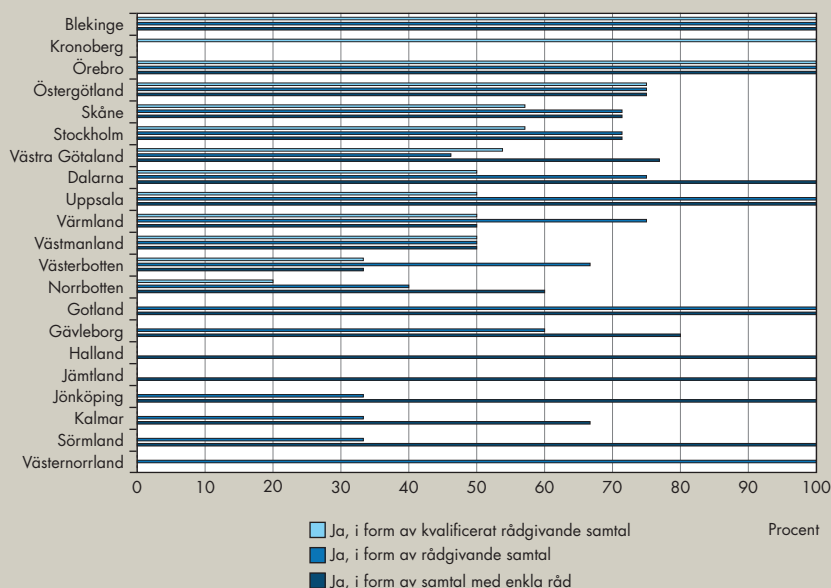


Diagram 2.14 Fysisk aktivitet

Erbjuder er diabetesmottagning stöd till fysisk aktivitet till personer med diabetes?



Källa: Socialstyrelsens enkät, maj 2014.

Bedömning av resultat

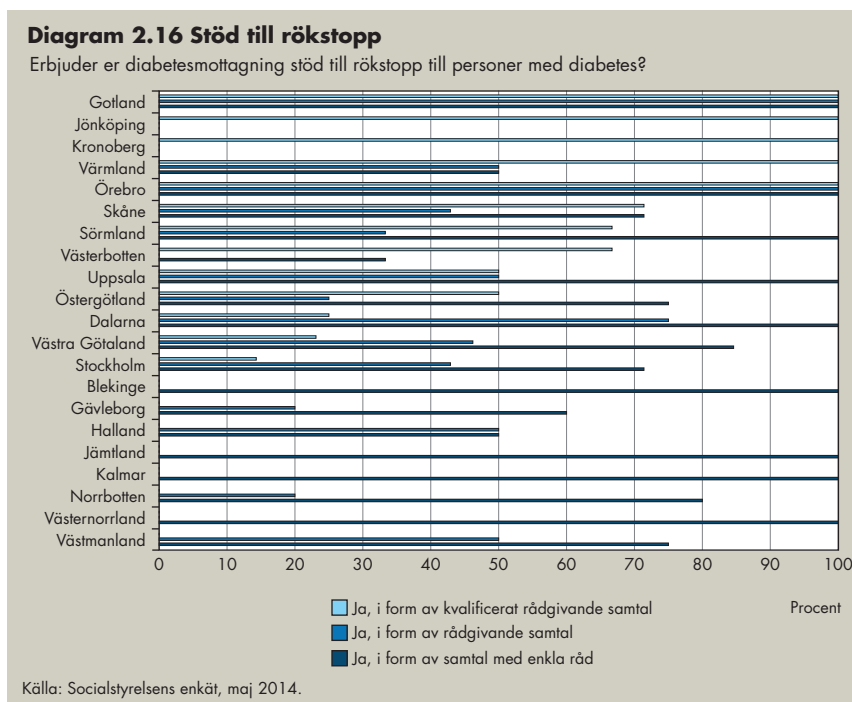
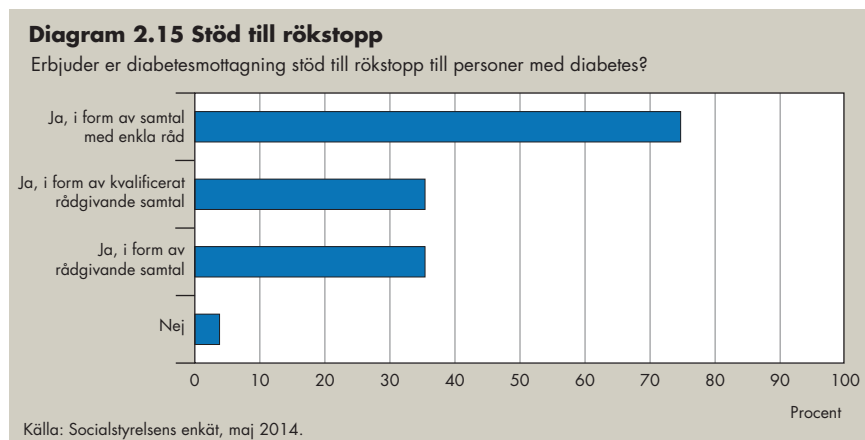
Fysisk aktivitet är en central del i diabetesbehandlingen och det är därför viktigt att vården ger stöd till patienten, i form av exempelvis enkla råd eller kvalificerade rådgivande samtal. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder är kvalificerade rådgivande samtal att föredra framför enkla råd. Andelen som erbjuder kvalificerad rådgivning bör därför öka.

Öka stöd till rökstopp med hjälp av kvalificerade rådgivande samtal

Enligt forskningen finns även ett klart samband mellan rökning och för tidig död. Att sluta röka är därför en av de viktigaste åtgärderna för personer med diabetes.

Ungefär 75 procent av sjukhusens diabetesmottagningar anger att de erbjuder enkla råd för rökstopp och drygt 35 procent att de ger kvalificerat rådgivande samtal. Det är 4 procent av diabetesmottag-

ningarna som uppger att de inte ger något stöd för rökstopp (diagram 2.15). Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder är kvalificerade rådgivande samtal, eventuellt kombinerat med läkemedel, det effektivaste sättet att hjälpa personer med diabetes att sluta röka [12].



Bedömning av resultat

Totalt 96 procent av diabetesmottagningarna har olika tillvägagångssätt för att få personer med diabetes att sluta röka. Det är bara 35 procent som använder kvalificerad rådgivning, den rekommenderade metoden för rökstopp. Andelen som erbjuder kvalificerad rådgivning bör därför öka.

Öka andelen personer med diabetes som får förebyggande åtgärder mot karies och parodontit

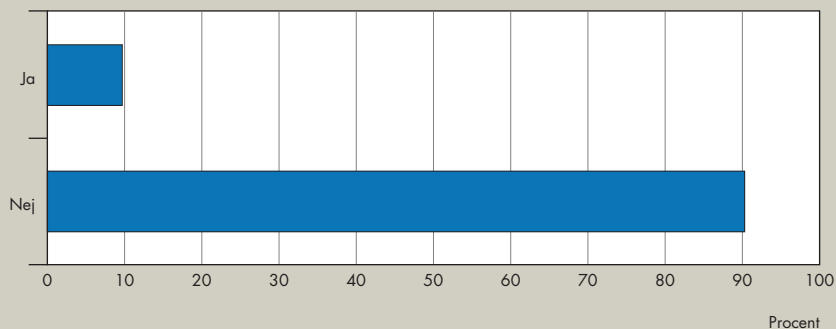
Begreppet parodontal sjukdom (tandlossningssjukdom) används för att beskriva inflammatoriska processer som påverkar tändernas stödjevävnader inklusive gingivan och alveolära benet. Sjukdomen kan resultera i att dessa vävnader förstörs liksom att parodontala fickor bildas runt tänderna. Det finns ett samband mellan diabetes och parodontal sjukdom, och därför är det viktigt att personer med diabetes får möjlighet till regelbundna tandvårdsbesök.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård bedöms förebyggande åtgärder för karies och parodontit vara mycket viktiga och har fått prioritet 3, vilket innebär att hälso- och sjukvården bör hänvisa personer med diabetes till tandvården för att se om det är aktuellt med förebyggande åtgärder eller behandling mot karies och parodontit [3].

I enkäten till landets diabetesmottagningar frågade Socialstyrelsen om diabetespatienter rutinmässigt rekommenderades att ta kontakt med tandvården. Resultatet visade att endast 9 av 93 diabetesmottagningar (9,7 procent) gjorde detta rutinmässigt (diagram 2.19).

Diagram 2.19 Munhälsa

Rekommenderar er diabetesmottagning rutinmässigt alla personer med diabetes att ta kontakt med tandvården för förebyggande åtgärder för karies och parodontit?



Källa: Socialstyrelsens enkät, maj 2014.

Statistik över tandvårdsbesök

Socialstyrelsen belyser också förekomsten av tandvårdsbesök hos personer med diabetes jämfört med befolkningen i allmänhet. Färre eller mindre regelbundna tandvårdsbesök kan få större konsekvenser för personer med diabetes eftersom högt blodsocker ökar risken för parodontit och vice versa. Därför kan få eller inga tandvårdsbesök tyda på att det behövs tydligare strategier för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården. Dessutom kan det vara aktuellt med insatser för att identifiera hinder för den enskilde eftersom tandvård omfattas av andra former av offentligt stöd än hälso- och sjukvårdens insatser.

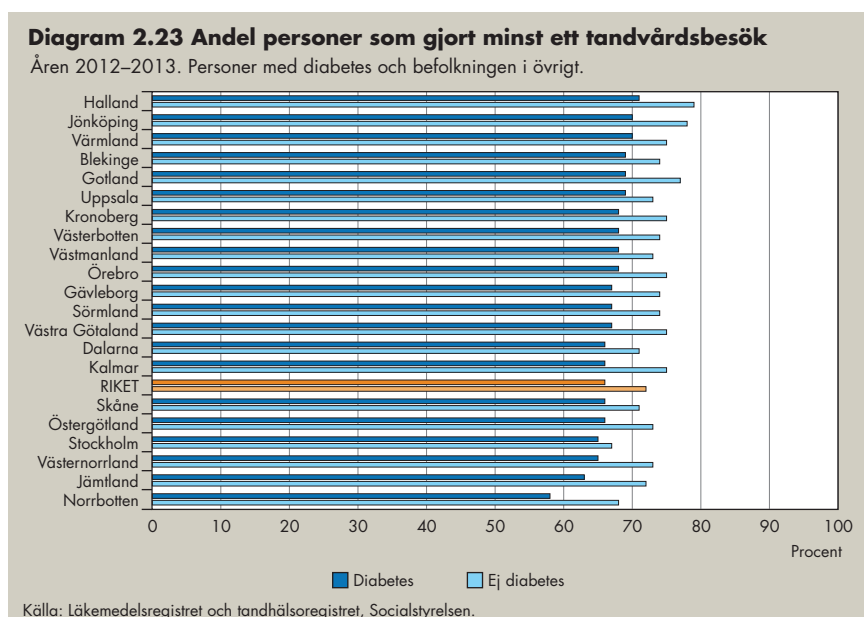
Statistiken som Socialstyrelsen sammanställt visar att personer med diabetes som grupp i flera fall har färre tandvårdsbesök än personer med samma ålder och kön i befolkningen. En betydande andel har inte besökt tandvården alls under en tvåårsperiod. Det kan alltså finnas hinder för att personer med diabetes får de förebyggande åtgärder eller behandling av karies och tandlossningssjukdom som de behöver.

Regional variation i tandvårdsbesök

Totalt 66 procent av alla personer med diabetes besökte tandvården någon gång under åren 2012 och 2013, jämfört med 72 procent av övriga befolkningen. Antalet personer med diabetes som inte gjorde något tandvårdsbesök varierade mellan landstingen. I befolkningsrika landsting såsom Stockholm, Västra Götaland och Skåne var det

omkring 20 000 personer som inte besökte tandvården på två år (24 000, 20 000 respektive 18 000 personer). Antalet i övriga landsting varierade från drygt 2 000 upp till 6 000 personer, och på Gotland var det omkring 800 personer.

Diagram 2.23 visar att andelen med minst ett tandvårdsbesök var mindre bland personer med diabetes än bland den övriga befolkningen i samtliga landsting. I båda fallen hade Halland högst andel personer med tandvårdsbesök (personer med diabetes 71 procent, övriga 79 procent) och Norrbotten lägst andel (personer med diabetes 58 procent, övriga 68 procent).



Skillnaderna mellan andel tandvårdsbesök bland personer med och utan diabetes var relativt små inom respektive landsting. Diagram 2.23 visar att skillnaden var minst i Stockholm och Uppsala (mindre fyra procentenheter i båda fallen) och störst i Jönköping, Kalmar, Jämtland och Norrbotten (större än åtta procentenheter för alla fyra landsting).

Bedömning av resultat

Statistiken från tandhälsoregistret tyder på att det kan finnas ett betydande gap mellan behovet av tandvård och den faktiska tandvårdskonsumtionen bland personer med diabetes.

Enligt de nationella riktlinjerna finns det ett klart samband mellan diabetes och munhälsoproblem, och hälso- och sjukvården bör informera personer med diabetes om detta samband. Det är dock uppenbart att diabetesvården ännu inte prioriterat detta, för endast 9 av 93 diabetesmottagningar uppger att de regelmässigt uppmanar patienterna att ta kontakt med tandvården. En enkel åtgärd (putsning och borttagning av tandsten) ger en påtaglig effekt på glukoskontrollen och därför är det viktigt att hälso- och sjukvården uppmanar patienterna att regelbundet söka tandvård för undersökning samt förebyggande och behandlande åtgärder.

Tandvården bekostas dock till största delen av den enskilda individen och det kan utgöra ett hinder. Enligt nuvarande regelverk kan personer med diabetes och mycket höga blodglukosvärden ($\text{HbA}_{1c} > 73 \text{ mmol/mol}$) få ett särskilt tandvårdsbidrag (STB) från Försäkringskassan, men det innebär att enbart 11 procent av alla med diabetes [15] kan beviljas bidraget. STB omfattar 600 kronor per halvår, och kräver att en läkare skriver ett intyg och att tandläkaren bedömer rätten till bidrag [16].

Ur ett patientperspektiv är det viktigt att se över vilka hinder som finns för att personer med diabetes ska ha ett ändamålsenligt tandvårdsutnyttjande. Alla kanske inte känner till möjligheterna att få bidrag till tandvårdskostnader från det särskilda tandvårdsbidraget. Det är därför viktigt att hälso- och sjukvården upplyser om möjligheterna att få del av bidraget. Ett annat hinder kan vara att regelverket för att få ta del av bidraget är för snävt och bortser från samhällsekonomiska kostnader för utebliven tandvårdskonsumtion till följd av försämrad blodglukoskontroll.

Fördjupad redovisning av rekommendationer och bedömningar – kommunerna

Diabetes är en stor folksjukdom som kan leda till svåra följsjukdomar, och därför vill Socialstyrelsen i utvärderingen av följsamheten till riktlinjerna kartlägga olika aspekter av diabetesvården inom kommunernas och stadsdelarnas hälso- och sjukvård. En referenspunkt för detta är den utvärdering av följsamheten till nationella riktlinjer för diabetesvård som publicerades 2011 [1].

Här presenteras Socialstyrelsens fördjupade redovisning av personalens utbildning, fortbildning och kompetens i diabetesvård, samt tillgång till preventiv fotvård och tillgång till multidisciplinärt fotteam som redovisades i kapitlet *Rekommendationer och bedömningar*. En fullständig beskrivning av de aspekter av diabetesvården inom kommunernas hälso- och sjukvård som ingår i utvärderingen finns i underlagsrapporten *Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015 – Diabetesvård. Indikatorer och underlag för bedömningar* som finns publicerad på Socialstyrelsen webbplats (www.socialstyrelsen.se/nationellutvardering).

Öka andelen personal som har utbildning i diabetesvård

Kartläggningen gäller utbildning och fortbildning som är kostnadsfri för personalen och som sker på betald arbetstid. För sjuksköterskor avser särskild kompetens i diabetesvård minst 15 högskolepoäng eller motsvarande. För vårdbiträden och undersköterskor avses regionala eller lokala kurser och utbildningar i diabetesvård.

För att studera detta skickade Socialstyrelsen ut en enkät till samtliga 290 kommuner och de 26 stadsdelarna i Stockholm, Göteborg och Malmö. Totalt inkom 256 svar, vilket innebär en svarsfrekvens på 81 procent.

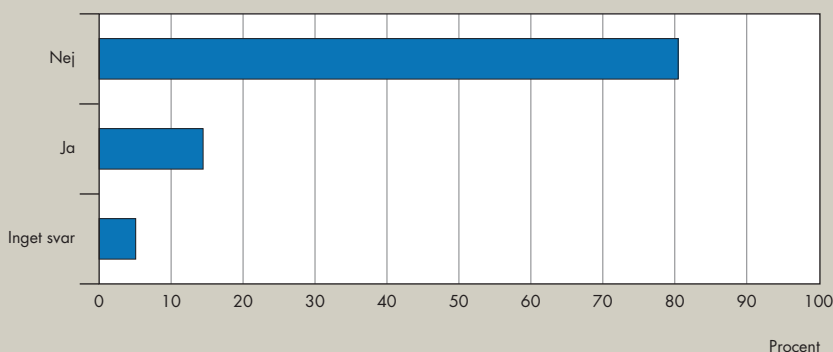
Resultaten från enkäten visar att totalt 37 kommuner och stadsdelar (14,5 procent) erbjuder utbildning och fortbildning i diabetesvård till personalen (diagram 3.1). Med personal menas här all personal.

Erbjudandet omfattar till största delen regionala och lokala kurser och föreläsningar, allt från 1,5 timme till en heldagsutbildning. Av de 37 kommunerna och stadsdelarna är det 8 stycken som erbjuder sin personal att gå en utbildning som ger 15 högskolepoäng. Det är företrädesvis sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden som erbjuds utbildning.

Andelen sjuksköterskor med särskild kompetens i diabetesvård varierar mellan kommuner och stadsdelar samt mellan boendeformerna i samma kommun eller stadsdel. På riksnivå hade drygt hälften av kommunerna och stadsdelarna sjuksköterskor och undersköterskor med sådan särskild kompetens. Av vårdbiträdena hade drygt 40 procent särskild kompetens i diabetesvård. På länsnivå är det ytterst få kommuner som erbjuder någon som helst utbildning till sin personal. I Jämtlands, Jönköpings och Värmlands län kan sjuksköterskor i samtliga kommuner dock gå en kurs i diabetesvård motsvarande 15 högskolepoäng.

Diagram 3.1 Utbildning i diabetesvård

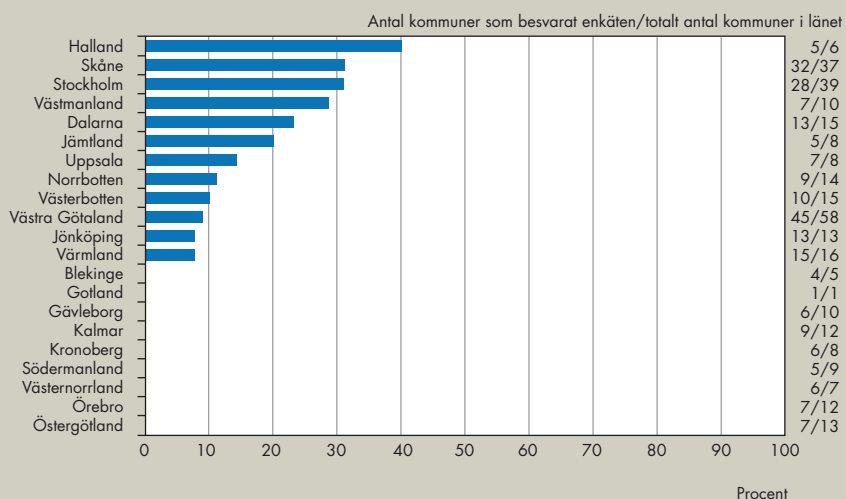
Erbjuder kommunen/stadsdelen någon form av utbildning i diabetesvård till personalen som arbetar inom de olika boendeformerna?



Källa: Socialstyrelsens enkät, maj 2014.

Diagram 3.2 Utbildning diabetesvård

Andel kommuner/stadsdelar som erbjuder någon form av utbildning i diabetesvård till personalen som arbetar inom de olika boendeformerna.



Källa: Socialstyrelsens enkät, maj 2014.

Bedömning av resultat

Resultatet från Socialstyrelsens enkät visar att det fortfarande finns ett antal förbättringsområden inom kommunernas och stadsdelarnas diabetesvård sedan den föregående utvärderingen 2011 [1]. Det gäller bland annat personalens utbildningsnivå. Redan år 2000 påtalades att utbildningsinsatserna bör förstärkas inom kommunernas och stadsdelarnas hälso- och sjukvård i hela landet [17] eftersom huvudmännen pekade på bristande kunskaper hos undersköterskor och vårdbiträden. Resultatet visar dock en klar försämring i erbjudanden om utbildning i diabetesvård jämfört med 2011 års mätning. Då erbjöd 40 procent av kommunerna och stadsdelarna utbildning i diabetesvård till sin personal, och nu var andelen 14,5 procent. Anledningen till denna kraftiga minskning är okänd och behöver analyseras vidare av respektive kommun. Nationella programrådet för diabetes vid SKL har tagit fram en webbutbildning inom området diabetes för personal inom den kommunala äldre vården, och kommer att lansera den under 2015. Denna utbildning bygger på det nationella vårdprogrammet för äldre med diabetes [18]. Förhoppningsvis kan satsningen stödja huvudmännen i arbetet med att kompetensutveckla personalen.

Se till att personer med diabetes regelbundet får sina fötter kontrollerade och vid behov får preventiv fotvård

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård 2010 respektive 2015 rekommenderas att specialistvård, primärvård och hemsjukvård i samverkan erbjuder behandling och diagnostik hos ett multidisciplinärt fotteam [2,3]. Ett multidisciplinärt fotteam kan bestå av diabetolog, diabetesutbildad sjuksköterska, kärlkirurg, infektionsläkare, ortoped, fotterapeut, ortopedingenjör, radiolog och klinisk fysiolog.

Resultaten från Socialstyrelsens enkät visar att endast 28 procent av kommunerna och stadsdelarna anger att de erbjuder preventiv fotvård till sina boende med diabetes (diagram 3.8), och färre än hälften anger att de har tillgång till ett multidisciplinärt fotteam.

Gotlands län med en enda kommun erbjuder preventiv fotvård till alla med diabetes men har inte tillgång till något multidisciplinärt fotteam. I fyra län (Gävleborg, Halland, Västernorrland och Örebro) anges att de inte erbjuder preventiv fotvård i någon av sina kommuner (diagram 3.9) och att tillgången till multidisciplinära fotteam är liten. Endast Södermanlands län har full tillgång till multidisciplinära fotteam i samtliga kommuner.

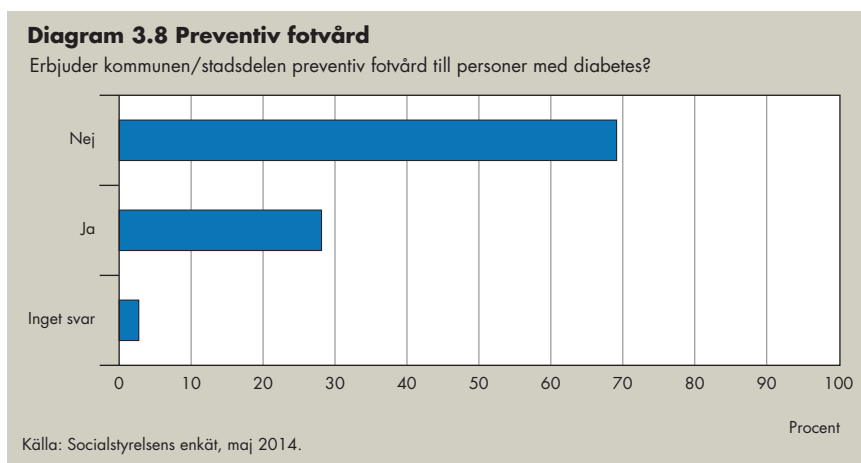
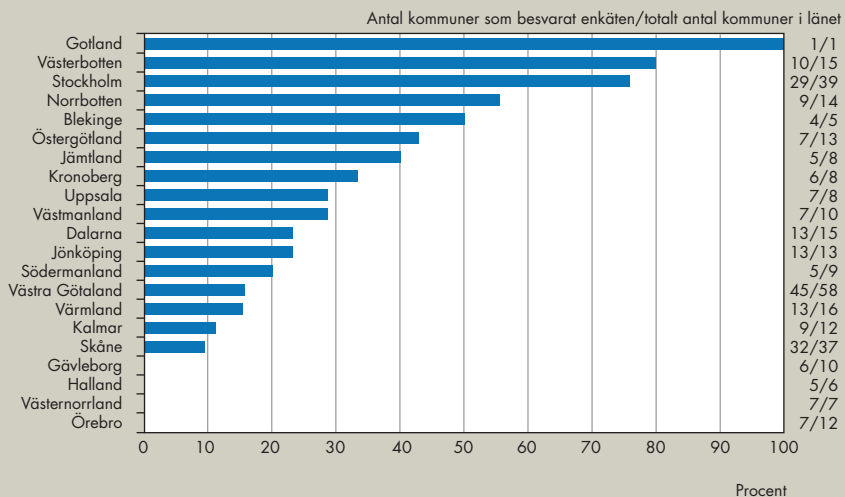


Diagram 3.9 Preventiv fotvård

Andel kommuner/stadsdelar som erbjuder preventiv fotvård till personer med diabetes.



Källa: Socialstyrelsens enkät, maj 2014.

Bedömning av resultat

En stor andel av de personer med diabetes som genomgår en amputation är äldre än 80 år. Detta förstärker behovet av preventiv fotvård och en säker samverkan med och tillgång till ett multidisciplinärt fotteam. Omkring 70 procent av kommunerna och stadsdelarna anger att de inte erbjuder möjlighet till preventiv fotvård för personer med diabetes, och fler än hälften anger att de inte har tillgång till ett multidisciplinärt fotteam vid sjukhus. Det är oroväckande att denna samverkan inte tycks vara etablerad, med tanke på att personer med diabetes löper en uppenbar risk för att drabbas av allvarliga fotkomplikationer.

Ökat läkemedelsuttag i enlighet med riktlinjerna

Socialstyrelsen har analyserat läkemedelsstatistik för perioden 2007–2013 för personer med läkemedelsbehandlad diabetes. Statistiken visar fortsatta förändringar i läkemedelsuttaget som är i linje med rekommendationerna i *Nationella riktlinjer för diabetesvård 2010* [2] och även de uppdaterade *Nationella riktlinjer för diabetesvård 2015* [3]. Detta är de viktigaste resultaten:

- År 2013 tog 36 000 fler personer ut blodglukossänkande läkemedel jämfört med år 2010 – en ökning från 372 000 till 408 000 personer.
- Andelen personer i riket med minst ett uttag av insulin, blodglukossänkande tabletter eller GLP-1-analoger ökade från 4,0 procent år 2010 till 4,2 procent år 2013. Ökningen i andelen personer med uttag av diabetesläkemedel är i linje med rekommendationerna i riktlinjerna från 2010 som gav högsta prioritet till intensivbehandling för personer med typ 1-diabetes och för personer med typ 2-diabetes utan känd hjärtsjukdom.
- Uttaget av blodtryckssänkande och blodfettssänkande läkemedel bland personer med diabetes fortsätter att öka i samma takt som ökningen i antalet personer med läkemedelsbehandlad diabetes. Den genomsnittliga kostnaden per år per person med diabetes minskade med 500 kronor för blodtryckssänkande läkemedel och med 400 kronor för blodfettssänkande läkemedel.
- Sedan 2010 har vissa förskjutningar mellan läkemedelstyper skett för blodtrycks- och blodfettssänkande läkemedel. De stora förändringarna i antal personer och kostnader kan delvis förklaras av att patent för ett ARB-läkemedel och ett blodfettssänkande läkemedel gick ut under perioden.
- De totala årliga kostnaderna för diabetesläkemedel ökade med 6 procent, från 1,27 miljarder till 1,34 miljarder kronor. Den totala uttagna volymen ökade med 10 procent, från 174 miljoner till 191 miljoner definierade dygnsdoser.
- Den genomsnittliga årliga kostnaden per person med uttag av diabetesläkemedel minskade med drygt 3 procent, från 3 400 till 3 300 kronor.

För personer med typ 2-diabetes rekommenderar riktlinjerna i första hand behandling med metformin. Om behandling med enbart metformin ger otillräcklig glukoskontroll rekommenderar Socialstyrelsen i första hand tillägg med insulin (prioritet 3) respektive repaglinid eller sulfonureider (prioritet 4). Hälso- och sjukvården kan också erbjuda GLP-1-analoger (prioritet 6) eller DPP-4-hämmare (prioritet 7) medan två äldre (akarbos och pioglitazon) och en nyare läkemedelsgrupp (SGLT-2-hämmare) ges lägre prioritet.

Läkemedelsstatistiken visar att antalet personer med uttag av perorala diabetesläkemedel och GLP-1-analoger ökade mer än antalet personer med uttag av insulin. Samtidigt minskade kostnaderna för insulin som andel av de totala kostnaderna för diabetesläkemedel i riket, från 78 procent år 2010 till 71 procent år 2013. Statistiken visar också att det finns också betydande skillnader mellan landstingen, och kostnadsandelen var 64 procent i Värmland år 2013 medan den var 81 procent på Gotland.

På nationell nivå minskar antalet personer med uttag av både äldre läkemedelstyper såsom sulfonureider och akarbos, och nyare läkemedelstyper såsom pioglitazon och repaglinid. Samtidigt ökade uttagen av metformin, ett läkemedel som funnits i decennier, och uttagen av de nyare läkemedelstyperna DPP-4-hämmare och GLP-1-analoger. Analysen av läkemedelsstatistiken visar att det finns betydande variationer mellan landstingen i uttaget av de flesta diabetesläkemedel, med undantag för metformin och tvåfasinsulin. Dessa variationer kan inte förklaras av prevalens av diabetes.

Referenser

1. Nationell utvärdering 2011. Diabetesvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
2. Nationella riktlinjer diabetesvård 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
3. Nationella riktlinjer för diabetesvård 2015. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
4. Sjöblad S. Barn- och ungdomsdiabetes. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2008.
5. Kost vid diabetes – en vägledning till hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
6. Målnivåer för diabetesvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
7. Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård. 2012-01-24. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011 (Dnr 22497/2011).
8. Målnivåer för hjärtsjukvård och strokevård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
9. Nationella programrådet för diabetes vid SKL. Behandlingsstrategier. Hämtad 2014-12-02 från <http://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/kunskapsstyrningnationellaprogramrad/diabetesvard/programraddiabetes.1813.html>
10. Nationella programrådet för diabetes vid SKL. Hämtad 2014-12-02 från <http://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/kunskapsstyrningnationellaprogramrad/diabetesvard/kunskapsunderlag.1352.html>
11. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvården 2008/2011. Stockholm: Socialstyrelsen.
12. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
13. FYSS 2008. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet: Statens folkhälsoinstitut; 2008. R 2008:4.

14. Nationella programrådet för diabetes vid SKL. Hämtad 2014-12-02 från <http://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/kunskapsstyrningnationellaprogramrad/diabetesvard/kunskapsunderlag/grupputbildningsmaterial.2739.html>
15. Nationella diabetesregistret. Årsrapport 2013 års resultat. Hämtad 2014-12-10 från https://www.ndr.nu/pdf/Arsrapport_NDR_2013.pdf
16. Försäkringskassan. Särskilt tandvårdsbidrag. Hämtad 2014-12-01 från: http://www.forsakringskassan.se/tandvard/statligt_tandvardsstod/sarskilt_tandvardsbidrag/.
17. Ödegård A, Andersson DK. Knowledge of diabetes among personnel in homebased care: how does it relate to medical mishaps? *J Nurs Manag* 2001; 9(2):107–14.
18. Sveriges kommuner och landsting. Vårdprogram - äldre och diabetes. Hämtad 2014-12-01 från: <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/halso-och-sjukvard/vardprogram-aldre-och-diabetes.html>

Bilaga 1. Projektorganisation

Styrgrupp

Björn Nilsson, enhetschef
Mona Heurgren, tf avdelningschef
Lars Grönvik, enhetschef
Arvid Widenlou Nordmark, tf enhetschef
Karin Palm, tf enhetschef

Projektarbetsgrupp

Christina Broman	projektledare
Tony Holm	rådgivare
Mikael Nyman	administratör

Expertstöd

Christian Berne	professor emeritus, Uppsala universitet och Akademiska sjukhuset, Uppsala
Stefan Jansson	med.dr, specialist i allmän medicin, distriktsläkare, Brickebackens vårdenhet, Örebro
Katarina Eeg-Olofsson	med.dr, överläkare, Sahlgrenska universitetssjukhuset; utdatagruppen, Nationella diabetesregistret
Katarina Steen Carlsson	fil.dr nationalekonomi, projektledare vid Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE); forskare vid Institutionen för kliniska vetenskaper, Malmö, Lunds universitet
Karin Wikblad	professor emeritus, Uppsala universitet

Övriga projektmedarbetare

Sara Billfalk, utredare
Andreas Cederlund, sakkunnig
Karin Gottvall, utredare
Mikael Havasi, statistiker
Jesper Hörnblad, statistiker
Anders Järleborg, statistiker
Frida Lundgren, statistiker
Ellen Lundkvist, utredare
Filippa Svensson, produktionsledare
Katrin Tonnes, kommunikatör

Intressentgrupper

Diabetesförbundet
Svensk förening för diabetologi
Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård

Kvalitetsregister

Soffia Gudbjörnsdottir	registerhållare för Nationella diabetesregistret
K-G Prütz	registeransvarig för Svenskt njurregister
Maria Stendahl	generalsekreterare för Svenskt njurregister
Ann-Marie Svensson	biträdande registerhållare för Nationella diabetesregistret

Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015 – Diabetesvård syftar till att utvärdera följsamheten till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård. År 2011 publicerade Socialstyrelsen en utvärdering av diabetesvården där ett antal förbättringsområden för hälso- och sjukvården identifierades. Även dessa områden är en utgångspunkt i rapporten.

Rapporten sammanfattar de viktigaste resultaten från utvärderingen av diabetesvården. Den innehåller även Socialstyrelsens bedömning av vårdens insatser samt rekommendationer till hälso- och sjukvården om prioriterade förbättringsområden. På Socialstyrelsens webbplats finns dessutom en underlagsrapport, som innehåller en utförligare beskrivning av samtliga resultat.

Rapporten är främst avsedd som ett stöd till politiker, tjänstemän och verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården. Rapporten kan även vara till nytta för berörda yrkesgrupper och patientföreningar.

**Nationella riktlinjer – Utvärdering 2015 – Diabetesvård
– Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning
(artikelnr 2015-2-1)**

kan beställas från Socialstyrelsens publikationsservice

www.socialstyrelsen.se/publikationer

E-post: publikationsservice@socialstyrelsen.se

Fax: 035-19 75 29

Publikationen kan även laddas ner från
www.socialstyrelsen.se