



REGIONALT VÅRDPROGRAM 2008
DIABETES OCH ÄLDRE

Innehållsförteckning

DIABETES HOS ÄLDRE I VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN	3
Introduktion och mål	3
Epidemiologi	3
Kost	3
Tandhälsa	3
Blodsockermål och val av farmakologisk behandling	3
Blodrycksbehandling.....	4
Lipidbehandling	4
Polyfarmaci	4
Fötter	4
Ögon	4
ORGANISATION OCH SAMVERKAN	4
Individuell vårdplan är nyckeln till god och säker vård.....	4
Kunskap och utbildning	5
Nationella Diabetes Registret.....	5
Referenser.....	6

Arbetsgrupp

Peter Fors	Överläkare, Alingsås lasarett
Lena Johansson	Distriktsläkare, Skene vårdcentral
Thor Ulnes	Distriktssköterska, Göteborg
Carita Karlsson	MAS, Karlsborg
Jan Alvång	Distriktsläkare, Källstorps vårdcentral, Trollhättan
Aina Johansson	Diabetesföreningen

DIABETES HOS ÄLDRE I VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Introduktion och mål

Vid en biologisk ålder > 80-85 år börjar organen i kroppen att svikta och den förväntade överlevnaden är ca 5-8 år. Detta innebär andra prioriteringar än för yngre patienter. Vården av äldre bör fokusera på *välbefinnande*, en *god livskvalitet* och inriktas på följande *tre huvudmål*:

- Fullgod nutrition
- Säkerhet
- Förhindra uppkomsten av fotsår

Epidemiologi

Vid utgången av år 2005 fanns i regionen 82 149 invånare över 80 år. Med en diabetesförekomst på ca 20 % i dessa åldrar innebär det ca 16 500 personer över 80 år med diabetes. Inventering i några kommuner visar att andelen diabetiker bland inskrivna i kommunal hemsjukvård är 15-25%.

Kost

I första hand måste patienten ha en fullgod nutrition. För att tillgodose det basala energibehovet krävs 1500-2000 kcal per dygn vilket ofta kräver energirik och näringstät (välsmakande, aptitlig) mat. Förutom HbA1c skall patientens kroppsvikt följas.

Tandhälsa

Parodontit, tandlossning, muntorrhet och svampinfektioner är vanligare hos diabetiker. God munhälsa är avgörande för en god nutrition.

Blodsockermål och val av farmakologisk behandling

För att undvika att hamna i en katabol situation bör den farmakologiska behandlingen i första hand inrikta sig på att hålla blodsockret under 15 mmol/l (HbA1c 7-8 ev 9 %). Samtidigt ska risken för insulinkänningar minimeras och man bör undvika värden under 5 mmol/l.

Med stigande ålder bör man iaktta försiktighet med tabletter. Metformin kan ge biverkningar från mag- tarmkanalen och innebära risker vid nedsatt njurfunktion. SU-preparat kan medföra risk för långdragna svåra hypoglykemier.

Vid otillräcklig metabol kontroll bör man istället inleda insulinbehandling. För typ 2 bör man i första hand använda mixinsulin eller basinsulin i en eller tvådos och undvika direktverkande måltidsinsulin p.g.a. risken för känningar. Typ 1-diabetiker bör dock om möjligt fortsätta med flerdosregim.

Blodtrycksbehandling

Blodtryck kan med fördel mätas i sittande, helst i stående. Blodtrycksmålen måste individualiseras och ligga på en nivå som minskar risken för ortostatisk reaktion. Höga värden (över 180/100) bör behandlas i första hand för att förebygga risken för stroke.

Lipidbehandling

Vetenskapligt underlag saknas för primärprevention av patienter över 75-80 år. Redan insatt behandling bör också omvärderas för patienter över 80 år p.g.a. risken för biverkningar och interaktioner.

Polyfarmaci

Ju äldre patient och ju fler läkemedel desto större risker för interaktioner och biverkningar. Noggrann uppföljning av insatt behandling är nödvändig och att det är viktigt att regelbundet ifrågasätta redan insatt behandling.

Fötter

De flesta äldre patienter har högriskfötter och bör då erbjudas medicinsk fotvård och avlastningar med fotbäddar och lämpliga skor. Detta kräver minst årlig undersökning av läkare eller diabetessköterska. Patienter som inte kan sköta sin egenvård får hjälp med detta av personal i hemtjänsten som också bör vara vaksamma för att om möjligt tidigt upptäcka tryckpunkter och sår.

Ögon

Lågriskpatienter (kost och tablettbehandlade utan synhotande retinopati) med hög ålder samt patienter som inte kan medverka till laserbehandling bör tas ur screeningprogrammen. Patienter med hög risk (mångårig diabetes, förekomst av synhotande förändringar och insulinbehandling) och som kan medverka till eventuell laserbehandlig bör dock fortsätta som tidigare.

ORGANISATION OCH SAMVERKAN

Individuell vårdplan är nyckeln till god och säker vård

En vårdplan skall upprättas för alla patienter som är inskrivna i hemsjukvården.

- Den ska vara skriftlig och finnas tillgänglig för all personal som har kontakt med patienten.
- Namngiven PAL (Patientansvarig läkare) och PAS (Patientansvarig sköterska) eller OAS (Omvårdnadsansvarig sköterska) skall vara angivet. Diabetessköterska i primär-/länssjukvård skall vara angiven om det är relevant.
- Planen ska omvärderas minst en gång/år i samråd med patient/anhörig, PAL och PAS/OAS.
- Det skall tydligt framgå vem som ansvarar för en årlig genomgång samt när den ska göras.

Planen ska minst innehålla:

- Uppgifter om typ av diabetes och andra kroniska sjukdomar
- Mål för blodsockerläge, när blodsocker ska kontrolleras och hur det skall hanteras.
- När ska HbA1c kontrolleras.
- Mål för blodtrycksbehandling samt när och hur detta skall kontrolleras.
- Riskbedömning för utvecklande av fotsår.
- Om och hur ögonkontroller ska genomföras
- Planerade kontroller och återbesök, av vem, när och var.
- Speciell hänsyn, t.ex. vid nedsatt njurfunktion.

Medicinlista förs separat.

Vårdplanen ska utgöra underlag för vårdplanering rörande insatser från hemsjukvården och hemtjänsten.

Kunskap och utbildning

All personal som vårdar diabetespatienter i kommunal omvårdnad bör ha en minsta kunskapsnivå som motsvarar en välinformerad patient/anhörig.

Absolut krav för omvårdnadspersonal är

- att känna till symtom på insulinkänning (hypoglykemi) och veta hur dessa ska åtgärdas
- att förstå betydelsen av regelbundet och bra matintag
- att vara uppmärksam på tidiga fotproblem, veta hur de ska förebyggas och kontakta sjuksköterska vid problem.

Fungerande rutiner för informationsöverföring mellan vårdpersonal, sjuksköterska och läkare måste finnas.

Regionen har ansvar för läkarmedverkan i direkta patientärenden. Dessutom har regionen ansvar för att ge stöd, handledning, information och hjälpa till med utbildning av kommunens sjuksköterskor.

Nationella Diabetes Registret

Samtliga patienter skall rapporteras till NDR och ansvarig för registreringen är PAL. Syftet är delvis att utvärdera vårdkvaliteten vilket kommer att kräva att vi utarbetar egna kvalitetsindikatorer för åldringsvården. Sammanställningar och rapporter från NDR kommer också att behöva åldersdifferentieras. En bra registrering kommer också att öka våra kunskaper om utfallet av diabetesvården hos de yngre patienterna samt våra kunskaper om diabetes hos äldre.

Referenser

1. Barbieri M, Rizzo M, Manzella D, et al. Age related insulin resistance: is it an obligatory finding? *Diabetis Meab Res Rev.* 2001;17:19-26
2. Morley J, The elderly yp 2 diabetic patient; special consideration. *Diabet Med* 1998;15 (suppl4):s41-6
3. Socialstyrelsen: Folksjukdomar/folkhälsoproblem – diabetes. in: Socialstyrelsen editor. *Folkhälso-rapport 2005.* p. 92-104
4. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus.* 1999
5. Sinclair A. *Diabetes in old age.* In: Pickup J, Williams G, editors. *Textbook of Diabetes.* Oxford: Blackwell Science;2003. p. 67.1-18
6. California healthcare foundation/American geriatric society panel on improving care for elders with diabetes. *Guidelines for improving the care of the older people with diabetes mellitus.* *J Am Geriatric Soc.* 2003;s1:s265-80
7. Hedner K, Socialstyrelsen. *Hur tillämpas de nationella riktlinjerna för typ 2-diabetes? Verksamhetstillsyn i primärvård och kommunal hemsjukvård: Socialstyrelsen generell tillsynsaterföring 109-1; 2001*
8. Tovi J, Cederholm J, Nilsson P, Eliasson B, Gudbjörnsdottir S. *Behandlas de äldre diabetikerna enligt vetenskap eller enligt beprövad erfarenhet? Nordisk Geriatrik nr 1 2006. s. 14-18*
9. Asplund K, Wilholm B, Lundmab B. *Severe hypoglycemia during treatment with glipizide.* *Diabetic Med* 1991;8:726-31
10. Asplund K, Wilholm B, Lithner F. *Glibenclamide-associated hypoglycemia: a report of 57 cases.*
11. Shorr R, Ray W, Daugherty J, et al. *Incidence and riskfaktors for serious hypoglycaemia in in older persons treated with insulin or sulfonylueas.* *Arch Intern Med* 1997 1681-6;157
12. Löfgren UB, Rosenqvist U, Lindström T, et al. *Diabetes control in swedish communitydwelling elderly: moe often tight than poor.* *J Int Med* 2004;255:96-101
13. Lernfeldt B. *Högt blodryck hos äldre.* *Nordisk Geritatrik.* 205(4):40-2
14. Gueyffier F, Bulpitt C, Boisel J, et al. *Antihypertensive drugs in very old people. A subgroup metaanalys of randomised controlled rials.* *INDIANA Group. Lancet* 1999;353:793-6
15. Mattila K, Haavisto M, Heikinheimo R. *Blood Pressure and five year survival in the very old.* *Br Med J* 1988;296:887-9
16. Shepherd J, Blauw G, Murphy M, et al. *Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial.* *Lancet* 2002;360(9346):1623-30
17. Weverling-Rijnsburger A, Blauw G, Lagaay A, et al. *Total Cholesterol and risk of mortality in the oldest old.* *Lancet* 1997;350(9085):1119-23
18. Schupf N, Costa R, Luchsinger J, et al. *Relationship between plasma lipids and all cause mortality in nondemented elderly.* *J Am Geriatric Soc* 2005;53:219-26