



REGIONALT VÅRDPROGRAM/ RIKTLINJER 2008  
**DIABETES - INDIVIDUELL VÅRDÖVERENSKOMMELSE**

## Innehållsförteckning

<b>DIABETES - INDIVIDUELL VÅRDÖVERENSKOMMELSE .....</b>	<b>2</b>
Bakgrund – patientens delaktighet i diabetesvården .....	2
Praktiskt användande.....	2
IT .....	3
<b>PATIENTDEL - VÅRDÖVERENSKOMMELSE.....</b>	<b>3</b>
Överenskommelsen ska också innehålla: .....	3
Vid varje besök bör diskuteras: .....	3
Minst en gång per år bör Du få undersökt/diskuterat:.....	4
Minst en gång vartannat år bör Du få undersökt:.....	4
Du kan göra mycket själv .....	4
Referenser.....	5
Arbetsgrupp.....	5
<b>BILAGA VÅRDÖVERENSKOMMELSE DIABETES .....</b>	<b>6</b>

# DIABETES - INDIVIDUELL VÅRDÖVERENSKOMMELSE

## Bakgrund – patientens delaktighet i diabetesvården

Betydelsen av patientens delaktighet i den egna vården betonas i överenskommelsen mellan staten och landstinget 1999. För att kunna vara delaktig i behandlingen behöver patienten få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om tillgängliga metoder för behandling. Att stärka patientens ställning har ett egenvärde, men utgör dessutom ett egenvärde i behandlingen som gynnar bra vårdresultat. Nationella riktlinjer, lokala vårdprogram och individuella vårdöverenskommelser underlättar för personer med kroniska sjukdomar att känna till vad vården kan göra och vad de själva kan bidra med. Denna bild av en aktiv patient bygger på respekt för att individen är kapabel att ta ett större ansvar för sin behandling och rehabilitering. En viktig del av kvalitetsutvecklingen av vården är således att stärka patientinflytandet, vilket gör att vårdpersonalen får en ny pedagogisk roll (Socialstyrelsen 1999) och vårdöverenskommelsen kommer att bli ett starkt pedagogiskt dokument i framtidens diabetesvård. Detta innebär att kraven på fortbildning av vårdpersonalen ökar.

## Vårdöverenskommelsens innehåll

En vårdöverenskommelse innehåller, se bl.a. Socialstyrelsen, följande delar:

- **Struktur** – information om personer i diabetesteamet samt hur man kommer i kontakt med dessa. Information om närmaste lokala diabetesförening se [www.diabetes.se](http://www.diabetes.se)
- **Ansvar** – vårdens respektive patientens roll i behandlingen tydliggörs och diskuteras.
- **Behandlingsmål** och planering – långsiktiga och kortsiktiga mål med diabetesvården diskuteras och klarlägges. Egna mål sätts. En plan för att nå dit görs. Här ingår också kartläggning av behovet av kunskap inom olika områden samt vilka möjliga vägar som finns för att tillgodose detta behov.
- **Samtycke och information** - om kvalitetsarbete i diabetesvården, Nationella Diabetes Registret (NDR)

Rätt använd kan en individuell vårdöverenskommelse leda till att patientens ställning i vården stärks genom ökad trygghet, medvetenhet och ökat eget ansvar skriver Socialstyrelsen. Patientföreningen Svenska Diabetesförbundet betonar också vikten av att en vårdöverenskommelse upprättas se mer info på [www.diabetes.se](http://www.diabetes.se)

## Praktiskt användande

I Västra Götaland har en mall för individuell vårdöverenskommelse, se bilaga, som innehåller väsentliga delar av det som Socialstyrelsen skriver att en vårdöverenskommelse skall innehålla, tagits fram. I journalsystemet Journalia DiabBase finns Diabetesbrevet med motsvarande funktion som kan skrivas ut till patienten i samband med besöket. En annan möjlighet är att använda Diabetesprofilen på NDR's hemsida [www.ndr.nu](http://www.ndr.nu). Kärnsjukhuset Skövde har tagit fram Kompassen för sina insulinbehandlade patienter. Regionala Diabetes Rådet (RDR) rekommenderar att Individuell vårdöverenskommelse i skriftlig form (förslagsvis någon av ovanstående) används i Västra Götaland från 2008.

Vårdöverenskommelsen innehåller en planering framåt på så sätt att behandlingsmål sätts tillsammans, en plan för hur målet nås upprättas samt hur uppföljning skall ske.

## IT

Oavsett vilken modell man använder bör integrering med journalsystem ske. Den mall som framtagits i Västra Götaland bör kunna integreras i journalsystemen så att den lätt kan fyllas i, skrivas ut och även sparas. I journalsystemet Journalia DiabBase finns Diabetesbrevet med motsvarande funktion som kan skrivas ut till patienten i samband med besöket. En annan möjlighet är att använda Diabetesprofilen på NDR's hemsida [www.ndr.nu](http://www.ndr.nu) som också kan skrivas ut och lämnas till patienten.

## PATIENTDEL - VÅRDÖVERENSKOMMELSE

För att Din behandling ska fungera så bra som möjligt är det viktigt att det upprättas en vårdöverenskommelse mellan Dig och din diabetesläkare och diabetessjuksköterska. Denna överenskommelse innebär att ni diskuterar din vård och behandling. Initiativet till vårdöverenskommelsen tas av vårdgivaren men Du som patient kan också fråga efter denna. Tillsammans bör ni komma överens om målen för behandlingen, både på kort och lång sikt. Genom överenskommelsen bör Du få veta vad som ingår i din vård och behandling.

Överenskommelsen bör också tydligt visa vem som har ansvar för vad och hur målen ska följas upp.

Vid varje besök hos läkaren eller teamet bör Du få möjlighet att diskutera målen utifrån dina resultat av prover och undersökningar. Pekar resultaten på att behandlingen behöver ändras ska Du vara delaktig i beslutet om ändringen. Ta även upp egna frågor och eventuella problem.

Tänk igenom Dina frågor i förväg och skriv gärna ned dem.

### Överenskommelsen ska också innehålla:

- uppgifter om ansvarig läkare, sjuksköterska och övriga i diabetesteamet, som dietist, fotvårdsterapeut och kurator med telefonnummer och telefontider
- vart Du ska vända dig när mottagningen är stängd
- vilka som är ersättare under semester eller annan frånvaro
- information om din lokala diabetesförening
- regelbundna kontroller

En viktig del av vården och behandlingen är regelbunden uppföljning av Dina värden och Ditt hälsotillstånd för att undvika komplikationer till sjukdomen. En del sådana kontroller kan Du själv göra, som till exempel att mäta Din blodsockernivå.

### Vid varje besök bör diskuteras:

- Din roll och målen för Din behandling
- Dina testresultat och ändringar i Din behandling baserat på Dina blodsockertester
- frågor och problem som Du har
- fortsatt utbildning
- insulinkänningar

### **Minst en gång per år bör Du få undersökt/diskuterat:**

- HbA1c
- mikroalbuminuri (utsöndring av små mängder äggvita i urinen)
- vikt
- blodtryck
- blodfetter
- rökning
- motion
- fötterna (fotstatus)
- matvanor
- självtester
- hjälpmedel
- injektionsteknik/injektionsplatser

### **Minst en gång vartannat år bör Du få undersökt:**

- ögonfoto detta skall göras vid debuten men kan sedan göras tätare än vart annat år eller mer sällan beroende på individuella förhållanden.

### **Du kan göra mycket själv**

Diabetes är en livslång sjukdom. Genom utbildning får Du kunskap som ger Dig kontroll över Din diabetes och Din livssituation. Ditt diabetesteam ska regelbundet erbjuda Dig den utbildning Du behöver. Själv har Du ett ansvar att delta i utbildningen och försöka använda det Du lärt dig. Ytterst syftar utbildningen till att Du ska kunna känna Dig trygg och leva ett gott liv. Egenvård är ett viktigt inslag i utbildningen. Du bör bland annat få svar på dessa frågor:

- Hur kan jag själv kontrollera mitt blodsocker?
- Vilka hjälpmedel kan jag använda vid injektion och självkontroller?
- Vad kan jag göra för att förhindra komplikationer?
- Hur kan jag upptäcka tecken på komplikationer så tidigt som möjligt?
- Vilken betydelse har maten?
- Hur kan jag få hjälp att sluta röka?
- Hur och hur ofta bör jag själv undersöka mina fötter?

Försäkra Dig om att Dina anhöriga känner till din diabetes. De kan också behöva utbildning för att ge Dig hjälp och stöd. Se även informationen om [Nationella Riktlinjer](#) på [www.diabetes.se](http://www.diabetes.se)

## Referenser

Blohmé, G. (2002). I C.D. Agardh, C. Berne & J. Östman (Red.), *Diabetes* (s. 375). Stockholm, Sveige: Liber.

Socialstyrelsen (1999). *Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus*  
[www.sos.se](http://www.sos.se)

Svenska Diabetesförbundet. *Din och Vårdens roll*, [www.diabetes.se](http://www.diabetes.se)

Svenska Diabetesförbundet. *Nationella Riktlinjer*, [www.diabetes.se](http://www.diabetes.se)

## Arbetsgrupp

Lars Kronquist, Diabetesföreningen Borås med omnejd

Hans Ernholm, ordförande Diabetesföreningen Västra Götaland

Britt-Marie Carlsson, Regionala Diabetes Rådet (RDR)

Stig Attvall, Regionala Diabetes rådet (RDR)

## BILAGA VÅRDÖVERENSKOMMELSE DIABETES

<b>Namn:</b>					<b>År för Diabetesdebut:</b>	
<b>Personnummer:</b>						
<b>Min läkare:</b>						
<b>Tel.nummer:</b>				<b>Tel.tid:</b>		
<b>Min diabetessjuksköterska:</b>						
<b>Tel.nummer:</b>				<b>Tel.tid:</b>		
<b>BEHANDLING</b>						
<b>För blodsockret:</b>						
<b>För blodtrycket:</b>						
<b>För blodfetterna:</b>					<b>Blodproppsförebyggande:</b>	
	<b>Medicinskt önskvärt</b>	<b>Aktuella värden/undersökningar</b>				<b>Egna mål</b>
		<b>Datum</b>				
<b>HbA1c</b>	<b>6,0 %</b>					
<b>Kolesterol</b>	<b>4,5 mmol/l</b>					
<b>LDL-Kolesterol</b>	<b>2,5 mmol/l</b>					
<b>HDL-Kolesterol</b>	<b>1,0 mmol/L</b>					
<b>Triglycerider</b>	<b>1,7 mmol/l</b>					
<b>Blodtryck</b>	<b>130/80, 125/75</b>					
<b>Vikt</b>						
<b>Midjemått</b>						
<b>BMI</b>						
<b>Urinalbumin</b>						
<b>Fotundersökning</b>						
<b>Ögonbottenfoto</b>						
<b>Rökning</b>	<b>Rökfri</b>					
<b>Motion</b>	<b>30-45 min/dag</b>					
<b>Blodsockermätning</b> Hur ofta? När?						
<b>Mål för blodsocker?</b>						
<b>Mål:</b>	<b>Så här gör jag för att nå målet:</b>					
	<b>Uppföljning:</b>					
<b>Datum:</b> <b>Underskrifter:</b>						

Diabetesmottagningen .....följer gällande vårdprogram/riktlinjer för vård och behandling vid diabetes samt deltar i **Nationella Diabetesregistret**, [www.ndr.nu](http://www.ndr.nu), för att säkerställa en god och säker vård.