

Diabetes typ 2 hos vuxna – utredning och uppföljning

Hitta i dokumentet

[Syfte](#)

[Länk till nationella kunskapsstöd](#)

[Bakgrund](#)

[Processbeskrivning](#)

[Ansvarsfördelning](#)

[Närsjukvård](#)

[Utredning och bedömning](#)

[Nybesök och årsuppföljning](#)

[Nybesök](#)

[Årsuppföljning](#)

[Uppföljning - Graviditetsdiabetes och gravida med diabetes typ 2](#)

[Remissgång](#)

[Närsjukvård till medicinkliniken](#)

[Återremiss från medicinmottagning till närsjukvård](#)

[Kvinnohälsovården](#)

[Patienter som har hemsjukvård eller SÄBO](#)

[Fothälsa](#)

[Munhälsa](#)

[Medicintekniska hjälpmedel](#)

[Kvalitetsregister](#)

[Process som vårdriktlinjen är relaterad till](#)

[Dokumentation](#)

[Uppföljning](#)

[Bilagor](#)

[Länkar](#)

[Uppdaterat från föregående version](#)

Syfte

Att utredning, behandling och uppföljning av typ 2-diabetes genomförs likvärdigt inom Region Halland, samt att tydliggöra ansvarsfördelningen inklusive remissgång mellan närsjukvård och specialistvård

Länk till nationella kunskapsstöd

[Nationella riktlinjer för diabetesvård](#)

Bakgrund

Diabetesvården är en kontinuerlig process som omfattar diagnos, behandling, utbildning, uppföljning och patientstöd. En effektiv diabetesvård kräver en helhetssyn där patientens individuella behov beaktas och behandlingen anpassas därefter. Vikten av ett nära samarbete mellan vårdgivare och patient är en central del för att uppnå goda behandlingsresultat samt förhindra komplikationer på lång sikt.

Processbeskrivning

Processbeskrivning Diabetes typ 2 – vuxna

Ansvarsfördelning

Närsjukvården

Närsjukvården ansvarar för att:

- Genomföra utredning vid misstanke om diabetes
- Initiera och följa upp långsiktig behandling för patienter med:
 - Icke-diabetisk fastehyperglukemi (IFG)
 - Nedsatt glukostolerans (IGT)
 - Diagnostiserad diabetes typ 2

- Uppföljning av kvinnor som haft graviditetsdiabetes
- Ge information och stöd till patienten i egenvård
- Att vid behov remittera patient till specialistmottagning

Samverkan med hemsjukvård

Vid insatser där hemsjukvård är involverad ska följande genomföras:

- Årlig provtagning och kontroll hos diabetessjuksköterska och läkare sker i samordning mellan närsjukvård och hemsjukvård
- Närsjukvården ansvarar för att:
 - Bevaka patienten via väntelista
 - Registrera i Nationella Diabetesregistret (NDR)
- Hemsjukvården kontakter ansvarig läkare eller diabetessjuksköterska vid behov av insatser eller förändrat vårdbehov (se avsnitt [Patienter med hemsjukvård eller SÄBO](#))

Medicinemottagningen

- Ansvarar för vissa patienter med komplicerad diabetes typ 2 och LADA
- Insulinbehandlad graviditetsdiabetes samt gravida med diabetes typ 2
- Remitterar patienten till närsjukvården för uppföljning efter förlossning.
- Ger stöd till närsjukvården genom konsultation

Kvinnohälsovården

- Kvinnor med graviditetsdiabetes som är kost- och/eller tablettbehandlade
- Att skicka remiss till närsjukvården efter förlossning för fortsatt uppföljning

Kvinnohälsovården och medicinemottagningen delar ansvaret för kvinnor med graviditetsdiabetes och gravida med diabetes typ 2.

Ögonmottagningen

- Att utföra ögonbottenfotografering, återkoppla till patienten samt skicka remissvar till närsjukvården
- Behandling av ögonkomplikationer relaterad till diabetes

Närsjukvård

Utredning och bedömning

Distanskontakt – initial bedömning

Vid första kontakten gör sjuksköterskan en strukturerad bedömning med stöd av verksamhetens rådgivningsstöd.

- Vid behov ska patienten bokas till läkare, helst samma dag om patienten är allmänpåverkan och/eller misstanke om ketoacidosis – bedöm vårdnivå utifrån rådgivningsstöd
- Vid misstanke om typ 2-diabetes och lindriga symtom utan allmänpåverkan bokas patienten till läkare eller diabetessköterska.

Bedömning vid fysisk kontakt

Vid första kontakt gör sjuksköterska en strukturerad bedömning med stöd av rådgivningsstöd. Bedömningen omfattar:

- Symtom: ökad törst, ökad urinmängd, trötthet, viktnedgång, dimsyn, infektioner.

- Riskfaktorer: ärftlighet, övervikt/bukfetma, hypertoni, dyslipidemi, tidigare graviditetsdiabetes.
- Samsjuklighet: hjärt-kärlsjukdom, psykisk ohälsa, endokrina sjukdomar.
- Kontrollera P-glukos direkt
- Beställ prover för fastande P-glukos och HbA1c
- Bedöm provsvar enligt [Diagnostiska värden vid diabetes och nedsatt glukostolerans \(Terapirekommendationer Halland\)](#)
- Vid allmänpåverkan och/eller misstanke om ketoacidosis - överväg akut handläggning enligt [Rutin Transport akut och planerad – beställning av ambulanstransport och sjukresor](#)

Vid förhöjda värden

Om analys visar förhöjt P-glukos eller HbA1c:

- Bokas patienten till diabetessjuksköterska eller läkare för fortsatt bedömning
- För att fastställa diabetesdiagnos krävs:
 - Upprepade fastande glukosmätningar (minst två tillfällen) av samma parameter, eller
 - HbA1c i kombination med en annan glukosparameter
- Diagnosen baseras alltid på en samlad klinisk bedömning, inklusive symtom, anamnes och riskfaktorer

Vid fortsatt misstanke om IGT, IFG eller typ 2-diabetes

Om misstanke kvarstår efter icke-fastande provtagning genomförs:

- Ett uppföljande besök hos diabetessjuksköterska planeras
- Fastande provtagning genomförs inför eller under besöket
- Vid behov utförs OGTT (oral glukosbelastning)
- Vid typ 2-diabetesdiagnos rekommenderas nybesök hos både läkare och diabetessjuksköterska.

Vid misstanke om atypiska former av diabetes (ex. LADA, MODY)

- Överväg provtagning av GAD-antikroppar och C-peptid.
- Vid behov av remittering till specialistvården, se avsnitt [Remissgång](#)

Nybesök och årsuppföljning

Nybesök och årsuppföljning hos läkare och diabetessjuksköterska är centrala delar av den långsiktiga behandlingen. Diabetessjuksköterskan arbetar för att öka patientens förståelse för diagnosen, skapa trygghet och stödja egenvård. Besöken ger möjlighet att lägga grunden för fortsatt behandling samt stödja patienten att hantera sjukdomen i vardagen med fokus på delaktighet. Läkaren gör en medicinsk helhetsbedömning, följer upp behandling, upptäcker eventuella komplikationer och justerar insatser vid behov. Ett nära samarbete mellan läkare, diabetessjuksköterska och övriga vårdgivare är avgörande för en sammanhållen och effektiv vård.

Nybesök

Vid nybesök hos diabetessjuksköterska eller läkare görs en helhetsbedömning av patientens hälsa, inklusive anamnes, status, provtagning och livsstilsfaktorer. Syftet är att skapa en individuell vårdplan och lägga grunden för fortsatt egenvård och uppföljning.

Som stöd vid besöket rekommenderas att använda följande bilagor:

Diabetessjuksköterska

- Vid IFG och IGT använd [Bilaga 1](#).
- Vid nydiagnostiserad diabetes typ 2 använd [Bilaga 2](#).

Läkare

- Vid nydiagnostiserad diabetes typ 2 använd [Bilaga 4](#).

Årsuppföljning

Diabetes typ 2

Årsuppföljning innebär årlig provtagning och undersökning och kan samordnas med andra vårdkontakter, även om dessa gäller annan sjukdom. Patienten bör träffa läkare cirka en gång per år, helst sex månader efter besök hos diabetessjuksköterska eller annan vårdkontakt där diabetesprover tagits. Som stöd vid besöket rekommenderas att använda följande bilagor:

Diabetessjuksköterska: [Bilaga 3](#).

Läkare: [Bilaga 5](#).

IFG och IGT

Årsuppföljning sker hos läkare eller diabetessjuksköterska, fysiskt eller på distans. Fasteblodsocker och HbA1c kontrolleras årligen. Vid samsjuklighet bör uppföljningen ske hos läkare. Uppföljning sker enligt [Bilaga 1](#).

Uppföljning - Graviditetsdiabetes och gravida med diabetes typ 2

Graviditetsdiabetes

Efter förlossningen ska kvinnor som haft graviditetsdiabetes följas upp i närsjukvården. Syftet är att upptäcka kvarstående glukosrubbnings och förebygga framtida typ 2-diabetes. Se avsnitt [Kvinnohälsovården](#). Uppföljningen bör innehålla:

- Kontroll av längd, vikt, BMI, blodtryck, p-glukos och HbA1c
- Eventuellt ny OGTT enligt remissen.
- Samtal om livsstilsfaktorer.
- Information om risken att utveckla diabetes typ 2 och vikten av att kontrollera sitt blodsocker med 1–2 års mellanrum.
- Beroende på utfall av provtagning erbjuds åtgärder.
- Om kvinnan ammar erbjuds ytterligare en tid 6 månader efter avslutad amning.

Gravida med diabetes typ 2

Efter inkommen remiss från kvinnohälsovården eller medicinmottagningen erbjuds kvinnan besök till diabetessjuksköterska sex månader efter förlossning. Se avsnitt [Kvinnohälsovården](#). Uppföljning sker enligt [Bilaga 3](#).

Remissgång

Närsjukvård till medicinkliniken

Medicinmottagning

- Vid misstänkt nydebuterad diabetes typ 1 eller LADA skickas remiss till medicinmottagningen för fortsatt omhändertagande.
- Gravid kvinna med diabetes typ 2 ska snarast remitteras till medicinmottagningen.
- Patienter med otillräcklig metabol kontroll eller komplicerade fall konsulteras medicinmottagningen telefonledes och/eller skickas remiss till medicinmottagningen för konsultation eller tillfälligt övertag för optimering.

Akutmottagning

- Patienter med allmänpåverkan och/eller ketoacidosis remitteras till akutmottagningen för bedömning.

Njurmedicin/njurmottagning

- Patienter med avancerad eller snabbt progredierande njursjukdom remitteras till njurmottagningen för bedömning.

Återremiss från medicinmottagning till närsjukvård

Vid ut- eller återremittering till närsjukvården ska följande information framgå i remissen:

- Vilken behandling som satts in
- Rekommenderad uppföljning i närsjukvården
- Om patienten har ordinerats kontinuerlig glukosmätning (t.ex. FreeStyle Libre), ska detta tydligt framgå i remissen:
 - hur länge patienten ska ha den
 - hur bedömningen gjorts
 - hur planeringen ser ut
 - vilken information patienten fått

Kvinnohälsovården

Graviditetsdiabetes

Graviditetsdiabetes upptäcks oftast inom kvinnohälsovården och följs under graviditeten enligt [Diabetes - Graviditetsdiabetes](#).

Efter förlossningen normaliseras P-glukos i de flesta fall, men över hälften av kvinnorna utvecklar senare diabetes typ 2. Uppföljning rekommenderas i närsjukvården om inte annat planerats av diabetesmottagningen. Ansvarig barnmorska skickar remiss till närsjukvården i samband med efterkontrollen. Remissen ska innehålla:

- Typ av behandling under graviditeten.
- Rekommenderad uppföljning
- Information om att patienten själv bokar tid på sin vårdcentral efter avslutad amning.

Gravida med diabetes typ 2

Gravida kvinnor med typ 2-diabetes följs under graviditeten enligt [Diabetes – typ 2-diabetes under graviditet och förlossning samt insulinbehandlad graviditetsdiabetes](#)

I samband med utskrivning från förlossning/BB skickas en epikriskopia till kvinnans ordinarie vårdcentral för kännedom och fortsatt uppföljning.

Patienter som har hemsjukvård eller SÄBO

Vård och behandling vid diabetes ska alltid individanpassas. Hos de äldsta och mest sköra finns det extra skäl till försiktighet kopplat till faktorer som samsjuklighet och nedsatt funktionsförmåga. Fokus bör ligga på patientsäkerhet och symtomfrihet. Högsta prioritet är att undvika för låga blodsockervärden. Rekommenderad nivå är 5–15 mmol/l. Värden <4 mmol/l ska betraktas som hypoglykemi.

Fothälsa

Patienter med diabetes har en ökad risk för fotsår. Därför är det viktigt med regelbunden kontroll och förebyggande insatser såsom:

Årlig fotundersökning

- Genomförs av läkare och/eller diabetessjuksköterska
- Inkluderar bedömning och riskkategorisering enligt nivå 1–4, med stöd av [Diabetes - fothälsa \(Terapirekommendationer Halland\)](#)

Vid hög risk (kategori 4, och vid behov kategori 3)

- Hänvisas till vårdriktlinje: [Fot, Multidisciplinära diabetesfotteam Hallands sjukhus](#)

Egenvård och patientutbildning

- Patienten bör årligen få utbildning i egenvård av fötter.
- Utbildningen baseras på materialet [Fina fötter - förebyggande fotvård](#)
- Information till patienten om vikten av att kontakta sjukvården vid sår eller förändringar på fötterna.

Munhälsa

Munhälsa är en viktig del av den samlade diabetesvården och bör följas upp regelbundet.

Bedömning och uppföljning

- Regelbunden bedömning av munstatus bör ingå i diabetesuppföljningen enligt [Diabetes - munhälsa \(Terapirekommendationer Halland\)](#)

Vid varje vårdkontakt

- Fråga om patienten har aktuell kontakt med tandvården.
- Uppmana patienten att söka tandvård, tex vid tecken på inflammation i munhålan eller vid bristande munhygien, se [Munhåla och tandvård \(Terapirekommendationer Halland\)](#)
- Vid behov utfärdar läkare intyg för särskilt tandvårdsbidrag, patienten själv överlämnar intyget till sin tandläkare [Läkarintyg för särskilt tandvårdsbidrag](#). Patienter som kan ha behov av intyget:

- Patienter med HbA1c > 73 mmol/mol kan vara berättigade till särskilt tandvårdsbidrag.
- Muntorrhet relaterat till långvarig läkemedelsbehandling
- Syftet är att förbättra blodsockerkontrollen genom förbättrad munhälsa.

Medicintekniska hjälpmedel

Blodsockermätning

- **Blodsockermätare:** För manuell mätning via blodprov från fingertoppen. Lämnas ut av diabetessköterska vid behov.
- **Kontinuerlig glukosmätning (CGM):** Sensorer som mäter blodsockret dygnet runt, se [FreeStyle Libre - Vårdgivare](#)

Insulin- och läkemedelshantering

- **Insulinpennor:** Engångspennor och insulinampuller för injektion av insulin, förskrivs via Cosmic läkemedelslista.

Förbrukningsmaterial

- **Pennkanyler och lancetter:** För injektion och blodprovstagning.
- **Teststickor:** För blodsocker- och ketonmätning.

Förbrukningsmaterial förskrivs i Cosmic i den mängd som beräknas gå åt och med hänsyn till hållbarhet och förvaring.

Kvalitetsregister

[NDR \(Nationella Diabetesregistret\)](#)

Process som vårdriktlinjen är relaterad till

Diabetesprocessen

Dokumentation

Vårdbesöket dokumenteras i Cosmic enligt [Vårddokumentation](#) samt med stöd av bilaga Nybesök/Årsuppföljning.

Vid registrering av diagnoskod och KVÅ-kod (Klassifikation av vårdåtgärder) i närsjukvården används [ICD-10-SE Baslista Primärvården](#) och [Cosmic - Klassificering av vårdkontakter i primärvården - anvisningsstöd](#).

Vårdplan

Vid upprättande av vårdplan eller revidering av befintlig vårdplan ska detta dokumenteras enligt [Cosmic - Vårdplaner](#). Rätt KVÅ-kod för vårdplanen ska också registreras.

Uppföljning

Uppföljning sker genom registrering av KVÅ-koder och Nationella diabetesregistret (NDR)

Bilagor

[Bilaga 1. Besök hos diabetessjuksköterska vid IFG och IGT](#)

[Bilaga 2. Nybesök hos diabetessjuksköterska vid nydiagnostiserad diabetes typ 2](#)

[Bilaga 3. Årsuppföljning hos diabetessjuksköterska vid diabetes typ 2](#)

[Bilaga 4. Nybesök hos läkare vid nydiagnostiserad diabetes typ 2](#)

[Bilaga 5. Årsuppföljning hos läkare vid diabetes typ 2](#)

Länkar

[Endokrina organ - 1177 för vårdpersonal](#)

Uppdaterat från föregående version

Ny vårdriktlinje

Bilaga 1.**Besök hos diabetessjuksköterska vid IFG och IGT**

Informera om tillståndet och ge stöd till livsstilsförändringar för att förebygga diabetes

1. Kontrollera:

- Längd: _____
- Vikt: _____
- BMI: _____
- Blodtryck: _____

2. Ärftlighet

- Finns ärftlighet för diabetes typ 2? ☐ Ja ☐ Nej
- Finns ärftlighet för hjärt-kärlsjukdom? ☐ Ja ☐ Nej

3. Information till patienten

- Information kring provresultat
- Saklig och individanpassad information om innebörden samt risken att utveckla diabetes typ 2
- Vilka egenvårdsåtgärder som kan vidtas för att förhindra eller fördröja sjukdomsutvecklingen

4. Levnadsvanor

Samtal om levnadsvanor bör inkludera:

- **Kostvanor:**
 - Hälsosam och balanserad kost enligt [Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor \(Terapirekommendationer Halland\)](#)
 - Vid behov remiss till dietist
- **Fysisk aktivitet:**
 - Se [eFyss – Diabetes typ 2](#) för diagnosspecifika råd.
 - Vid behov förskriv FaR – Fysisk aktivitet på recept, se [Fysisk aktivitet på recept - FaR - Vårdgivare](#)
 - Vid behov hänvisning till fysioterapeut för stöd med fysisk aktivitet.
- **Tobak och alkohol:** Rådgivning vid behov.
- **Sömn och stress:** Patientens upplevelse och behov av stöd.

5. Personcentrerad planering

- Sammanfatta samtalet, överenskomna mål och åtgärder i individuell vårdplan

6. Uppföljning

- Planera återbesök hos läkare och/eller diabetessjuksköterska

7. Dokumentation

- Dokumentera i Cosmic enligt rutin [Vårdokumentation](#)
- Diagnos- och åtgärds-koda enligt [Cosmic - Klassificering av vårdkontakter i primärvård - anvisningsstöd](#)

Bilaga 2.

Nybesök hos diabetessjuksköterska vid nydiagnostiserad diabetes typ 2

Informera om sjukdomen, initiera behandling och stödja egenvård

1. Kontrollera:

(Om inte redan kontrollerat de senaste två veckorna)

- Längd: _____
- Vikt: _____
- BMI: _____
- Blodtryck: _____

2. Ärftlighet

- Finns ärftlighet för diabetes typ 2? ☐ Ja ☐ Nej
- Finns ärftlighet för hjärt-kärlsjukdom? ☐ Ja ☐ Nej

3. Information till patienten

- Informera och samtala om:
 - Aktuella provresultat
 - Diagnosen diabetes typ 2
 - Individanpassad information om sjukdomens innebörd och behandlingsmål
 - Vilka egenvårdsåtgärder som är viktiga för att uppnå god blodsockerkontroll och minska risken för komplikationer
- Vaccination:
 - Ge information om folkhälsomyndighetens rekommendation om vaccination mot covid-19, säsongsinfluensa samt pneumokocker till personer med diabetes typ 2

4. Individuella målvärden

- Gå igenom de individuella behandlingsmålen för HbA1c, blodtryck och lipider
- Använd som stöd [Behandling Diabetes typ 2 \(Terapirekommendationer Halland\)](#)

5. Levnadsvanor

Samtal om levnadsvanor bör inkludera:

- **Kostvanor:**
 - Hälsosam och balanserad kost enligt [Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor \(Terapirekommendationer Halland\)](#)
 - Vid behov skickas remiss till dietist enligt [Dietist inom Vårdval Halland](#)

- **Fysisk aktivitet:**
 - Se [eFyss – Diabetes typ 2](#) för diagnosspecifika råd.
 - Vid behov förskriv FaR, se [Fysisk aktivitet på recept - FaR - Vårdgivare](#)
 - Vid behov hänvisning till fysioterapeut för stöd med fysisk aktivitet.
- **Tobak och alkohol:** Rådgivning vid behov.
- **Sömn och stress:** Patientens upplevelse och behov av stöd.

6. Status

- Kontrollera fotstatus inklusive riskfotklassificering, se avsnitt [Fothälsa](#)
 - Genomförs med stöd av [Fotundersökning vid diabetes - nationellt vårdprogram för prevention av fotkomplikationer vid diabetes](#)
 - Vid behov skickas remiss för subventionerad medicinsk fotvård enligt [Diabetes - fothälsa \(Terapirekommendationer Halland\)](#)
- Kontrollera munstatus, se avsnitt [Munhälsa](#)

7. Ögonbottenundersökning

- Skicka remiss för ögonbottenfoto enligt [Diabetes - Granskningsmall](#)

8. Blodsockermätning i hemmet

- Bedöm behov av blodsockermätning i hemmet enligt [Hjälpmedel](#)

9. Personcentrerad planering

- Sammanfatta samtalet, överenskomna mål och åtgärder i den individuella vårdplanen

6. Uppföljning

- Planera återbesök hos läkare och diabetessjuksköterska

10. Dokumentation

- Dokumentera i Cosmic enligt rutin [Vårdokumentation](#)
- Diagnos- och åtgärds-koda enligt [Cosmic - Klassificering av vårdkontakter i primärvård - anvisningsstöd](#)
- Registrera i NDR:s webformulär [Nationella Diabetesregistret](#)

Obs, Informera kvinnor i fertil ålder att ta kontakt med sjukvården vid graviditetsönskan, se [Diabetes typ 2 hos kvinnor i fertil ålder \(Terapirekommendationer Halland\)](#)

Bilaga 3.

Årsuppföljning hos diabetessjuksköterska vid diabetes typ 2

Uppföljning av blodsocker, livsstil, egenvård och tidiga komplikationer

Provtagning och mätningar *inför* eller *under* besöket:

- HbA1c
 - Glukos
 - Vikt, längd, BMI och blodtryck
-

Under besöket:

1. Uppföljning av vårdplan

- Gå igenom individuell vårdplan
- Följ upp målvärden för HbA1c, blodtryck och lipider
- Bedöm läkemedelsbehandling och justering enligt [Läkemedel - Sjuksköterskors justering av dosering](#)

2. Information till patienten

- Informera och samtala om:
 - Aktuella provresultat
 - Nuvarande hälsoläge kopplat till diabetes typ 2
 - Individanpassad information om sjukdomens utveckling, aktuell behandling och uppföljda behandlingsmål
 - Vilka egenvårdsåtgärder som är viktiga för att bibehålla eller förbättra blodsockerkontrollen och minska risken för komplikationer
- Vaccination:
 - Ge information om folkhälsomyndighetens rekommendation om vaccination mot covid-19, säsongsinfluensa samt pneumokocker till personer med diabetes typ 2

3. Levnadsvanor

Samtal om levnadsvanor bör inkludera:

- **Kostvanor:**
 - Hälsosam och balanserad kost enligt [Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor \(Terapirekommendationer Halland\)](#)
 - Vid behov skickas remiss till dietist enligt [Dietist inom Vårdval Halland](#)
- **Fysisk aktivitet:**
 - Se [eFyss – Diabetes typ 2](#) för diagnosspecifika råd

- Vid behov förskriv FaR – Fysisk aktivitet på recept, se [Fysisk aktivitet på recept - FaR - Vårdgivare](#)
- Vid behov hänvisning till fysioterapeut för stöd med fysisk aktivitet
- **Tobak och alkohol:** Rådgivning vid behov
- **Sömn och stress:** Patientens upplevelse och behov av stöd

4. Status

- Kontrollera fotstatus inklusive riskfotklassificering, se avsnitt [Fothälsa](#)
- Genomförs med stöd av [Fotundersökning vid diabetes - nationellt vårdprogram för prevention av fotkomplikationer vid diabetes](#)
- Vid behov skickas remiss för subventionerad medicinsk fotvård enligt [Diabetes - fothälsa \(Terapirekommendationer Halland\)](#)
- Kontrollera munstatus, se avsnitt [Munhälsa](#)

5. Ögonbottenundersökning

- Skicka remiss för ögonbottenfoto enligt [Diabetes - Granskningsmall](#)

6. Blodsockermätning i hemmet

- Ta ställning till behov av egenmätning i hemmet, se avsnitt [Hjälpmedel](#)

7. Personcentrerad planering

- Sammanfatta samtalet, överenskomna mål och åtgärder i den individuella vårdplanen

8. Uppföljning

- Planera fortsatt uppföljning tillsammans med patienten

9. Dokumentation

- Dokumentera i Cosmic enligt rutin [Vårdokumentation](#)
- Diagnos- och åtgärds-koda enligt [Cosmic - Klassificering av vårdkontakter i primärvård - anvisningsstöd](#)
- Registrera i NDR:s webformulär [Nationella Diabetesregistret](#)

Obs, Informera kvinnor i fertil ålder att ta kontakt med sjukvården vid graviditetsönskan, se [Diabetes typ 2 hos kvinnor i fertil ålder \(Terapirekommendationer Halland\)](#)

Bilaga 4.

Nybesök hos läkare vid nydiagnostiserad diabetes typ 2

Bekräfta diagnosen, bedöma eventuell samsjuklighet och initiera medicinsk behandling

Inför läkarbesöket – provtagning och mätningar:

- U-Albumin/Kreatinin-kvot (stickprov som screening, morgonurin för bekräftelse)
 - Urinsticka
 - HbA1c och P-glukos
 - HDL, LDL, totalkolesterol, triglycerider
 - Hb
 - Na, K, Kreatinin
 - ALAT
 - TSH
 - Längd, vikt, BMI och blodtryck
 - Överväg EKG vid samsjuklighet
 - Individuella tillägg vid behov
-

Under läkarbesöket:

1. Genomgång av undersökningsresultat

- Dialog med patienten kring provsvar och mätvärden
- Identifiera behov av åtgärder eller justeringar

2. Information och samtal

- Informera om hur diabetes kan påverka livet
- Utforska patientens livsprioriteringar och hur dessa påverkar behandlingsmål

3. Status

- Allmäntillstånd, aktuella symtom och klinisk undersökning
- Kontrollera fotstatus inklusive riskfotklassificering, se avsnitt [Fothälsa](#)
- Genomförs med stöd av [Fotundersökning vid diabetes - nationellt vårdprogram för prevention av fotkomplikationer vid diabetes](#)
- Vid behov skickas remiss för subventionerad medicinsk fotvård enligt [Diabetes - fothälsa \(Terapirekommendationer Halland\)](#)
- Munstatus, se avsnitt [Munhälsa](#)

4. Behandlingsplanering

- Ställningstagande till behandling enligt [Behandling Diabetes typ 2 \(Terapirekommendationer\)](#)

- Diagnossättning sker i enlighet med [Diagnos \(Terapirekommendationer Halland\)](#) och [Klassifikation \(Terapirekommendationer Halland\)](#)

5. Personcentrerad planering

- Fastställ individuella målvärden för HbA1c, blodtryck och lipider
- Fasta vårdkontakter dokumenteras
- Sammanfatta samtalet, överenskomna mål och åtgärder i den individuella vårdplanen

6. Uppföljning

- Boka in nybesök hos diabetessjuksköterska om patienten inte haft detta besök redan
- Planera fortsatt uppföljning tillsammans med patienten

7. Dokumentation

- Dokumentera i Cosmic enligt rutin [Vårdokumentation](#)
- Diagnos- och åtgärdscode enligt [Cosmic - Klassificering av vårdkontakter i primärvård - anvisningsstöd](#)
- Registrera eventuellt i NDR:s webformulär [Nationella Diabetesregistret](#)

Obs, Informera kvinnor i fertil ålder att ta kontakt med sjukvården vid graviditetsönskan, se [Diabetes typ 2 hos kvinnor i fertil ålder \(Terapirekommendationer Halland\)](#)

Bilaga 5.

Årsuppföljning hos läkare vid diabetes typ 2

Att få en samlad bild av patientens hälsa, behandlingsmål och komplikationsstatus

Prover och mätningar inför besöket:

- U-Albumin/Kreatininkvot
 - P-glukos och HbA1c
 - Hb
 - HDL, LDL, Totalkolesterol
 - ALAT
 - K och Kreatinin
 - Kobalamin
 - Längd, vikt, BMI och blodtryck
 - Överväg EKG vid samsjuklighet
 - Individuella tillägg vid behov eller samsjuklighet
-

Under besöket:

1. Genomgång av undersökningsresultat

- Dialog med patienten kring provsvar och mätvärden
- Identifiera behov av åtgärder eller justeringar
- Utforska patientens livsprioriteringar och hur dessa påverkar behandlingsmål

2. Information och samtal

- Vikten av egenvård för att minska risk för komplikationer
- Vaccination:
 - Information till patienten om folkhälsomyndighetens rekommendation om vaccination mot covid-19, säsongsinfluensa samt pneumokocker för personer med diabetes typ 2

3. Status

- Allmäntillstånd, aktuella symtom och klinisk undersökning
- Kontrollera fotstatus inklusive riskfotklassificering, se avsnitt [Fothälsa](#)
 - Genomförs med stöd av [Fotundersökning vid diabetes - nationellt vårdprogram för prevention av fotkomplikationer vid diabetes](#)
 - Vid behov skickas remiss för subventionerad medicinsk fotvård enligt [Diabetes - fothälsa \(Terapirekommendationer Halland\)](#)
- Munstatus, se avsnitt [Munhälsa](#)

4. Levnadsvanor

Samtal om levnadsvanor bör inkludera:

- **Kostvanor:**

- Hälsosam och balanserad kost enligt [Prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor \(Terapirekommendationer Halland\)](#)
- Vid behov skickas remiss till dietist enligt [Dietist inom Vårdval Halland](#)
- **Fysisk aktivitet:**
 - Se [eFyss – Diabetes typ 2](#) för diagnosspecifika råd.
 - Vid behov förskriv FaR – Fysisk aktivitet på recept, se [Fysisk aktivitet på recept - FaR - Vårdgivare](#)
 - Vid behov hänvisning till fysioterapeut för stöd med fysisk aktivitet.
- **Tobak och alkohol:** Rådgivning vid behov. Använd eventuellt skattningsskalor.
- **Sömn och stress:** Patientens upplevelse och behov av stöd.
- **Sexualfunktion** (erektil dysfunktion hos män)

5. Behandlingsplanering

- Genomgång av aktuell behandling enligt [Behandling Diabetes typ 2 \(Terapirekommendationer Halland\)](#)
- För patienter >75 år eller med >5 läkemedel, följ rutin [Läkemedel - Läkemedelsgenomgång](#)
- Vid insättning av statiner ska detta följas upp med provtagning efter minst en månads behandling
- Kontrollera läkemedelsdoser (underlag för sjuksköterskans dosjustering)

6. Personcentrerad planering

- Individuell vårdplan – revidering:
 - Fastställ individuella målvärden för HbA1c, blodtryck och lipider
 - Fastställ livsstilsinsatser
- Sammanfatta samtalet, överenskomna mål och åtgärder i den individuella vårdplanen

7. Uppföljning

- Planera fortsatt uppföljning tillsammans med patienten

8. Dokumentation

- Dokumentera i Cosmic enligt rutin [Vårdokumentation](#)
- Diagnos- och åtgärds-koda enligt [Cosmic - Klassificering av vårdkontakter i primärvård - anvisningsstöd](#)
- Registrera eventuellt i NDR:s webformulär [Nationella Diabetesregistret](#)

Obs, Informera kvinnor i fertil ålder att ta kontakt med sjukvården vid graviditetsönskan, se [Diabetes typ 2 hos kvinnor i fertil ålder \(Terapirekommendationer Halland\)](#)