

## Yttrande över personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp – Diabetes med hög risk för fotsår

Region Jönköpings län, Region Kalmar län och Region Östergötland har valt att yttra sig gemensamt inom ramen för samverkan inom den Sydöstra sjukvårdsregionen. Beredningen av ärendet och en övergripande analys av systemeffekter har skett med stöd av regionala programområden och regionala samverkansgrupper.

RSG Strukturerad vårdinformation  
RSG Upphandling  
RPO Rörelseorganens sjukdomar  
RSG Metodrådet  
RPO Endokrina sjukdomar  
RSG Uppföljning och analys  
RPO Äldres hälsa  
RSG Läkemedel  
RPO Primärvård

### 1. Beskrivning av vårdförlopp

#### 1.1 Om diabetesrelaterade fotkomplikationer

##### **RSG Strukturerad vårdinformation**

Termen “komplikationer” kan feltolkas som att det handlar om en vårdskada. Föreslår att använda “diabetesrelaterad fotsjukdom” istället.

##### **RPO endokrina sjukdomar**

Behov av förtydligande och omformulering! (sista stycket sid 5)

” Idag rekommenderas att patienter remitteras till specialiserad vård om ett diabetesrelaterat fotsår inte läkt inom tio dagar efter sårdebut [10].”

Observera att denna ovanstående mening är tagen ur sitt sammanhang se broschyr SKR [7585-689-6.pdf \(skr.se\)](#) där framgår att formuleringen relateras till Riskgrupp 4. ” pågående allvarlig fotsjukdom upptäcks inom sjukvården och/eller omsorgen och tecken till läkning inte skett inom tio dagar”

#### 1.2 Omfattning

##### **RSG Strukturerad vårdinformation**

Hur definieras “hög risk”?

### 1.3 Vårdförloppets mål

#### **RSG Strukturerad vårdinformation**

RSG Saknar något om hur det övergripande målet “öka delaktigheten hos patienter” ska nås genom de punkter som listas. Det är relevant att förtydliga detta för att sedan kunna koppla indikatorerna till respektive mål.

### 1.4 Ingång och utgång

#### **RSG Strukturerad vårdinformation**

Som detta vårdförlopp beskrivs nu blir det cirkelresonemang i att det som är resultat av Åtgärd A1 är det som ska ligga till grund för ingång, vilket gör att det blir svårt att fånga patientgruppen. RSG föreslår istället att detta, för att kunna fånga patientgruppen på ett enhetligt sätt, beskrivs i kronologisk ordning, dvs. Ingång blir då:

- vid uppföljningsbesök för diabetes
- om man som patient har uppmärksammat fotproblem
  - här bör då även beskrivas vilka fotproblem som bör ligga till grund för patientens misstanke om diabetesrelaterad fotsjukdom, för att kunna uppnå målet “ökad medvetenhet om tillståndet bland allmänhet och vårdgivare.”

Om man gör om ingången enligt ovan behövs även en utgång för riskgrupp 1 utifrån basal strukturerad fotundersökning.

#### **RPO endokrina sjukdomar**

Behov av förtydligande av riskkategorier:

Riskkategori 3: ”Tecken på distal neuropati eller kärlsjukdom, förekommit fotsår/amputation, fotdeformitet, hudpatologi (t ex callus/fissur)”. Avses distal neuropati eller kärlsjukdom SAMT tidigare fotsår/amputation? Förslag på formulering:

Tecken på distal neuropati eller kärlsjukdom SAMT

- Tidigare förekomst av fotsår eller amputation
- Aktuell förekomst av fotdeformitet eller allvarlig hudpatologi (callus/fissur)

Riskkategori 4: ”Föreligger pågående fotsår, oavsett neuropati eller kärlsjukdom, eller grav osteopati eller smärtsyndrom.” Vad för sorts smärtsyndrom avses? Enligt NDR definieras riskkategori enligt följande: Pågående allvarlig fotsjukdom som sår, kritisk ischemi, infektion, Charcotfot. Det är en bättre beskrivning.

”uppfyller ett eller flera av följande kriterier:”

En väldig risk för slentrianmässiga remisser för att såret inte rent fysiologiskt får den tid att läka på som behövs. 10 dagar förefaller vara allt för kort i vissa sammanhang. Därför bör differentiera riskgrupperna 2 och 3 gällande sårhelingsstid förslagsvis upp till 4 veckor innan remiss i detta vårdförlopp skickas. Däremot vid riskgrupp 4 och utan sårhelning på 10 dagar remiss enligt förslaget.

#### **RPO Primärvård**

Texten i detta stycke är otillräckligt definierad och borde tydligare hänvisa till undersökningsmetod som avses beträffande riskgrupp 2. Detta kan delvis utläsas senare under åtgärd med en

källhänvisning, men exakt definition saknas i dokumentet. Ej palpabel puls, avvikelser vid undersökning med monofilament, avvikande vibrationssinne.

## 1.5 Flödesschema för vårdförloppet

### **RPO endokrina sjukdomar**

Schemat måste tolkas som att det är omöjligt att avsluta kontakten med specialistvården om inte såret är läkt, genomgått amputation eller anslutits till palliativ vård. Hur tänker man kring kroniska sår som trots optimalt omhändertagande står kvar under månader till år? Är det kostnadseffektivt att fortsätta omhändertagandet inom ramen för specialiserad vård?

Överföring till den kommunala Hälso- och sjukvården och inom SÄBO? Hur involveras kommunerna i vårdförloppet?

## 1.6 Vårdförloppets åtgärder

### **RSG Strukturerad vårdinformation**

Enligt kommentar i 1.4 om ingång behöver åtgärd A1 inleda åtgärdstabellen. Utifrån den bedömningen behövs en beslutspunkt för 2 + 3, alternativt 4. Först därefter har man vetskap om patienten tillhör riskgrupp 2, 3 eller 4 och kan fortsätta med åtgärder utifrån riskgrupp.

### **RSG Metodrådet**

Relevant påpekande om avlastning och ödembehandling då vätskande sår inte läker. Saknar beskrivning av vacuumbehandling som alternativ vid vätskande sår.

### **RPO endokrina sjukdomar**

#### (B3a) Avlastning

Vad avses med formuleringen ”Avlastning icke-plantara fotsår: • Vid icke-plantara sår rekommenderas i första hand knähög, avtagbar avlastning.” Man kan uppfatta att alla sår på dorsalsidan skall ha en knähög avlastning, vilket knappast kan vara vad som avses.

”Standardskor eller behandlingsskor rekommenderas primärt inte som behandling av diabetesrelaterade fotsår.”

-Märklig rekommendation, bättre att vara tydlig i vad som rekommenderas och inte vad som inte!

#### (B3b) Cirkulation

Enligt det som anges i Vårdprogram Kritisk ischemi

Ska patienter med diabetes och fotsår ingå i vårdförloppet om det finns misstanke om KI även när ankel- eller tåtryck överstiger angivna riktvärden om: • patienten har diabetiska fotsår som inte läkt på 2 veckor • patienten har patologiskt förhöjt ankel/brachialindex ( $ABI > 1.31$ ). Samma skrivning bör således finnas i denna skrivning.

Saknar referens på följande påstående:

”Vid uppkomst av fotsår som inte läker inom tio dagar är tid till behandling i specialiserad vård (till exempel diabetesfotmottagning, multidisciplinärt fotteam eller sårcentrum) en avgörande faktor för snabb läkning och för att kunna undvika amputation.”

### (B3c) Infektion

”Ett sår bedöms som infekterat om såret inte läker och minst två avföljande tecken på infektion finns: • rodnad • värmeökning • ömhet eller smärta • svullnad • ödem • varig sekretion.” Varför har svullnad och ödem var sin punkt?

### (B3d) Metabol och kardiovaskulär riskintervention

Två kommentarer på detta stycke

”Använd SGLT-2-hämmare endast efter särskilt övervägande hos patienter med aktiva fotsår eller KI, på grund av möjlig ökad risk för amputation”. dvs budskapet kan förstärkas och detsamma gäller kommentaren

”Överväg behandling med acetylsalicylsyra (ASA) och hos patienter med perifer ischemi, även lågdos (NOAK)”, dvs kunde vara tydligare.

Är ASA fortfarande standardbehandling för riskintervention?

### **RSG Läkemedel**

B3c: ”Välj i första hand flukloxacillin om njurfunktionen inte är allvarligt sänkt. Resistens mot flukloxacillin är mycket ovanligt i Sverige men bör beaktas om såret uppkommit utomlands”

RSG läkemedel anser att formuleringen avseende njurfunktion är olycklig. Flukloxacillin kan mycket väl användas även till patienter med allvarligt sänkt njurfunktion. Dosjustering behöver övervägas först vid höga doser (1,5 g x 3) och gravt sänkt njurfunktion (GFR<15 ml/min). I vårdförloppet omnämns andra preparat där det egentligen är av större vikt att ta hänsyn till njurfunktion, t ex gabapentin (under B3g). Njurfunktion behöver dock alltid vägas in vid ordination av läkemedel och detta ska inte behöva påpekas i vårdförloppet. Vårt förslag är att kommentaren om njurfunktion stryks från meningen om flukloxacillin.

Gällande meningen om resistens så får det gärna framgå att det är resistens mot stafylokokker som avses.

B3d: ”Överväg behandling med acetylsalicylsyra (ASA) och hos patienter med perifer ischemi, även lågdos (NOAK)”.

RSG läkemedel anser att det borde stå acetylsalicylsyra eller klopidogrel. Gällande NOAK så är det bara rivaroxaban som har denna indikation. I så fall bör det stå rivaroxaban och inte NOAK generellt men det kanske finns olika lokala behandlingstraditioner?

Under B3d anges målnivåer för blodtryck och lipider. RPO funderar på om en tabell i ett vårdförlopp är rätt forum för sådan information. Det blir en väldigt förenklad bild där det inte framgår att målnivåerna måste anpassas utifrån varje enskild patients riskfaktorer.

B3g: ”Vid neuropatiska smärtor, prova i första hand läkemedel med bevisad nyttoeffekt såsom gabapentin, pregabalin, duloxetin eller tricykliska antidepressiva läkemedel”.

Vi är tveksamma till pregabalin på grund av missbrukspotentialen även om preparatet förvisso har bevisad nyttoeffekt vid neuropatisk smärta.

### **RSG Metodrådet**

Då diabetiker med nedsatt arteriell perfusion ofta har en perifert distribuerad atheromatos som omöjliggör effektiva cirkulationsbefrämjande operativa åtgärder blir den rationella åtgärden ofta primär amputation vid kritisk ischemi. Denna åtgärd sparar ofta patientlidande ischemiska smärtor och stinkande sår som inte läker. Amputation får inte uppfattas som ett misslyckande vid dessa tillstånd. Detta gäller även vid sår under den bärande delen av hälen där även om sårhäkning kan ske så duger sällan huden till att belastas med kroppsvikten.

## 1.7 Personcentrering och patientkontrakt

### **RPO Äldres hälsa**

Man har i framtagande av dokumentet inte beaktat särskilda svårigheter vid multisjuklighet och inte beaktat kognitiva svårigheter och de effekter det kan ha kring compliance, sjukdomsinsikt och svårigheter med egenvård.

Dokumentet betonar ganska starkt egenvård/egen kontroll och riskerar behov av omhändertagande av äldre personer med kognitiva svårigheter att inte beaktas.

## 2. Uppföljning av vårdförlopp

### **RSG Metodrådet**

Otydligt i vilken mån tillfredställande befintliga register finns eller i fall dessa saknas.

### **RPO endokrina sjukdomar**

”Uppföljning inom den kommunala hälso- och sjukvården och i SÄBO hur görs den? med vilka uppföljningsinstrument (journaldokumentation) kan vi få fram resultatmått.

## 2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

### **RSG Strukturerad vårdinformation**

Varför finns ingen kommentar om NDR med? Är det så att indikatorerna inte alls sammanfaller med vad NDR följer?

### **RSG Uppföljning och analys**

Eftersom det för de flesta indikatorerna saknas nationella datakällor kommer arbete med hur det ska tas ut ur respektive regions journaldatasystem vara den mest utmanande uppgiften och ske i samverkan med regionerna. Det är ofta svårt att skapa en samsyn kring definitionen av datauttag och kommer att kräva en hel del arbete. För flera av de största regionerna med många privata utförare kan detta vara svårt, men krävs om det ska gå att jämföra nationellt.

## 2.2 Indikatorer för uppföljning

### **RSG Strukturerad vårdinformation**

För indikatorn “Andel patienter med diabetes och fotsår som den specialiserade vården fått kännedom om inom 21 dagar från sårdebut, av totala antalet patienter med fotsår som remitterats till enheten” - hur definieras “sårdebut” respektive “fått kännedom om”?

### **RSG Metodrådet**

Om antalet amputationer ovan fotled används som kvalitetsvariabel riskerar regionerna att fördröja/låta bli att utföra nödvändiga ingrepp. Ischemiska smärtor kan inte behandlas tillfredsställande farmakologiskt.

### **RPO endokrina sjukdomar**

Uppföljning av indikatorer (processmått/resultatmått) enligt rekommendationer ska utföra årligen. Bör redan i dagsläget genomföras för att få ett utgångsläge innan implementeringen av vårdförloppet. För att på så sätt kunna göra jämförelser om processen.

### **RSG Uppföljning och analys**

Det är föreslaget 10 indikationer som ska följas upp. Hälften av dessa indikationer bör vara relativt enkla att hitta data för, resterande är sannolikt mycket utmanande att fånga och kräver sannolikt förändringar i befintliga journalsystem. Är 4 mätvärden med nya begrepp, Prio och riskgrupper, som inte dokumenteras på ett sätt som går att mäta idag.

Mätvärdet från Nationell patientenkät är sannolikt inte möjligt att fånga i befintlig struktur, därför anges förslag om ny metod att rikta frågor till specifika diagnosgrupper. Denna nya metod är ännu inte presenterad, så svårt att bedöma om den fungerar. Utöver det så genomförs denna enkät inom den specialiserade sjukvården endast vart annat år.

### **RPO Primärvård**

Är det verkligen rimligt med så många kvalitetsindikatorer? Viktigt med teknisk lösning för automatisk informationsöverföring för att minska risken för en ökad administrativ börda för vårdgivaren med minskad tid för patienter som följd.

## 3. Bakgrund till vårdförlopp

### 3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter

#### **RSG Metodrådet**

Figur 2 ger en fin narrativ sammanfattning av patienternas upplevelse av att leva med diabetes med hög risk för fotsår.

Jämlig vård i hela Sverige är bland de viktigaste målen med vårdförlopp. Det som i synnerhet saknas i aktuellt vårdförlopp är handfasta data över vilka regioner i landet har kommit långt i att uppfylla de mål som vårdförloppet föreskriver och vilka Regioner har störst behov av förbättringar.

### 3.2 Kompletterande kunskapsunderlag

### 3.3 Arbetsprocess

#### 4. Referenser

##### Appendix

##### **RPO endokrina sjukdomar**

Kan dessa hänvisningar länkas?

##### Synpunkter och återkoppling på det separata dokumentet Konsekvensbeskrivning

##### **RSG Upphandling**

I stycke 2.5 nämns några områden med potentiellt ökade kostnader vid införande av föreslaget vårdförlopp. Att beakta ur ett inköpsperspektiv:

- Eventuella inköp av utrustningar för cirkulationsmätning.
- Eventuell utökning av användargrupper (IT-system, inklusive bildöverföringssystem, bör inkludera samtliga vårdgivare inom vårdkedjan) behöver förhandlas och skriftligen regleras med resp leverantör av IT-system. Även utökade funktioner (möjlighet till bildkommunikation mellan vårdgivare förbättra medicinsk kvalitet via distansbedömning) och investeringar i att öka interoperabiliteten mellan olika system kan krävas.

##### **RSG Metodrådet**

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp- Diabetes med hög risk för fotsår betonar vikten av disciplinära team och nära samarbete med ortopedtekniker och kärlkirurger.

Vårdförloppet syftar inte till att minska skillnaderna i behandlingsresultat mellan regionerna! Målet är att förbättra resultaten för alla regioner och att man ställer stora krav på organisation och resurskapacitet för att täcka behoven.

Personalförsörjning är redan idag ett stort problem för många regioner. Organisatoriska förbättringar där man bättre tar tillvara kompetensen hos undersköterskor och foterapeuter med utbildning och utökade ansvarsområden för dessa kan vara ett sätt. Dessutom måste andra rekryteringsbefrämjande åtgärder till för att kunna rekrytera erforderlig medicinsk personal.

Konsekvensbeskriven är väl beskriven och relevant. Det handlar dock om en mycket stor patientgrupp vilket gör att eventuella konsekvenser kan bli stora, men vårdförloppet är i enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer och inriktat mot basalt omhändertagande. Vissa regioner kan påverkas då de idag inte uppfyller riktlinjerna, men detta bedöms innebära angelägna prioriteringar.

##### **RPO endokrina sjukdomar**

Saknar kostnadsberäkning för upprättande av vårdplan och uppförande av patientkontrakt. Hur skall detta göras i praktiken? Hur många minuter tar det? Vad skall tas bort från återbesökstiden eller skall den förlängas? I t.ex. Jönköping skulle det handla om 500 patientkontrakt (2000 patienter med typ 1, 25% har riskkategori och över). Om varje kontrakt tar 10 min att upprätta, dokumentera och skriva ut så handlar det om 5000 min = 83 tim = 110 patientbesök som skulle falla bort.

Man anger att de instanser som idag följer socialstyrelsens riktlinjer inte får någon merkostnad och att övriga instanser kan behöva omfördela resurser. Finns siffror som anger hur många av landets diabetesmottagningar som idag följer socialstyrelsens riktlinjer?

Saknar kostnadsberäkning för hur en rimlig specialiserad fotmottagning skall dimensioneras i förhållande till antal diabetiker. Hur många tider bör kunna erbjudas på en specialiserad fotmottagning i förhållande till antal diabetiker? Hur många heltidstjänster fotvårdare, diabetolog, ortoped, infektionsläkare, kärkirurg, ortopedtekniker bör finnas i förhållande till antal diabetiker?

Måste även beakta att Alla patienter bor inte nära specialistvård (inom kollektivåkande avstånd)  
Till vilken ökad kostnad då med transporter?

Saknas i hela vårdförloppet -Vem utför omläggningar mellan besöken till specialistvården?  
Eller skall omläggningar utföras 2gg/vecka hos specialistvården? Ska våra patienter transporteras 15x2 mil per omläggning?

Övergripande eller övriga synpunkter på vårdförloppet

### **Regionsjukvårdledningen, Sydöstra sjukvårdsregionen**

Viktig grupp att prioritera för vårdförlopp. Förloppet behöver ses i sammanhang med de andra förloppen på sårområdet, inklusive det kommande förloppet svårläkta sår.

Insatserna är resurskrävande i specialiserad vård. Beroende på aktuellt gap kan de därmed ta tid att införa. Flera RPO och RSG i Sydöstra sjukvårdsregionen lyfter behov av anpassning till förhållanden i tex glesbygd och för patienter med komplex, multipel sjuklighet. Önskvärt vore att förloppet tydligare inkluderade insatser inom ramen för kommunal hälso- och sjukvård.

Önskvärt vore också att förloppet i högre utsträckning tog hänsyn till behovet av utveckling av nära vård med möjlighet till innovativa arbetssätt där patienten kan nås av rätt kompetens och insatser även utanför traditionell specialistvård.

### **RPO Äldres hälsa**

Äldre personer borde rimligen vara en stor del av målgruppen för insatserna i detta vårdförlopp. Trots det omnämns gruppen ytterst lite och det riskerar försämrat stöd och användning av insatserna för dessa grupper, se kommentar punkt 1.7.

### **RSG Läkemedel**

Vårdförloppet är detaljerat när det gäller läkemedel. RSG ser både fördelar och nackdelar med denna detaljnivå. I vissa vårdförlopp hänvisas istället till vårdprogram, exempelvis i vårdförloppet för Inflammatorisk tarmsjukdom. Det kanske går att nå en större samsyn kring detaljnivån i vårdförloppen?