Framtagen av: Processtöd för implementering i primärvård, PRIMP
Innehållsansvar: RPT Kritisk benischemi, RPT Diabetes med hög risk för fotsår, RPT Svårläkta sår
Granskad och godkänd av: Samordningsgrupp primärvårdsråd, SOR Primärvård 24-09-19
Giltig till: 2027-12-31

Tillgänglighetsanpassad primärvårdsversion

Vårdförlopp Prevention bensår och kritisk benischemi

Bakgrund och syfte

Primärvårdsversionen exemplifierar arbete i enlighet med vårdförloppen Kritisk benischemi, Diabetes med hög risk för fotsår, Venös sjukdom i benen och Svårläkta sår ur ett primärvårdsperspektiv. Dokumentet ger stöd till lokalt förbättringsarbete i samverkan med andra vårdgivare samt stöd i den kliniska vardagen.

Återkommande kardiovaskulär riskscreening, screening av manifesta kärlkomplikationer och fotundersökning/riskfotsgradering

Patientens fasta läkare, tillsammans med fast sjuksköterska om aktuellt

Medicinsk riskbedömning

Patientens fasta läkare

- Screening av riskfaktorer för hjärt/kärlsjukdom: hög ålder, förekomst av etablerad hjärt/kärlsjukdom och/eller diabetes, perifer neuropati, ohälsosamma levnadsvanor, övervikt/bukfetma, hypertoni och hyperlipidemi
- Screening för manifesta kärlkomplikationer. Hjärta: allmäntillstånd inklusive pittingödem, hjärt/lung-auskultation, EKG vid behov. Njure: elstatus och S-albumin/kreatinin-kvot vid diabetes/behov. Perifer

kärlsjukdom:perifera pulsar aa dorsalis pedis och tibialis posterior, ABI vid behov
- Screening för behov av ortopedtekniskt hjälpmedel för avlastning
- Förekomst av varicer, anamnes på venös insufficiens och/eller djup ventrombos

Årlig fotundersökning/riskfotsgradering vid diabetes

Fast läkare eller ansvarig sjuksköterska enligt överenskommelse

Stöd för riskfotsgradering, se länk Fotundersökning vid diabetes nedan

Fotundersökning vid diabetes SKR (swenurse.se)

Fina fötter (diabetes.se)

Nivå 1: Frisk fot, inga tecken på neuropati eller perifer kärlsjukdom

Nivå 2: Det finns tecken på distal neuropati och/eller perifer kärlsjukdom

Nivå 3: Distal neuropati och/eller: kärlsjukdom, fotdeformitet, tidigare fotsår, tidigare amputation, hud/nagelpatologi

Nivå 4: Pågående fotsår, oavsett neuropati eller kärlsjukdom, alternativt grav osteoartropati eller smärtsyndrom

Strukturerad psykosocial kartläggning utifrån behov

Ansvarig sjuksköterska, patientens fasta läkare, arbetsterapeut

- Involvera om relevant och möjligt närstående
- Kartlägg patientens egna resurser
- Funktionspåverkan: konsekvenser av aktuella symtom på vardagsaktiviteter och arbete
- Psykologiska konsekvenser av långvarig sjukdom
- Sömn och dygnsrytm
- Patienten kan ansöka om hjälp att utföra egenvård via biståndshandläggare om detta dokumenterats av ansvarig vårdpersonal, se länk Dokumentation egenvårdsbeslut nedan

Patientinformation goda levnadsvanor gör skillnad (vgregion.se)

Patientinformation 1177 Hjälpmedel för förflyttning (1177.se)

Dokumentation egenvårdsbeslut (1177.se)

Information till patienten om syfte och mål med preventiv behandling och uppföljning

Patientens fasta läkare eller ansvarig sjuksköterska enligt överenskommelse

- Förklara vad utredningen visat, sammanvägda bedömningen av risk för komplikationer, vad som påverkar risken och rekommendationer om fortsatt handläggning.
- Journalför år för diagnos (vid nyupptäckt), tidigare/nuvarande sjukdomar och levnadsvanor
- Informera om behandlingsalternativ för att förebygga sår och vikten av prevention
- Dialog utifrån skriftlig vårdöverenskommelse för prevention av sår

Vårdöverenskommelse för att läka och förebygga sår (vgregion.se)

Vårdöverenskommelse specifikt för personer med diabetes att beställa på marknadsplatsen: VGR18226 A4 Vårdöverenskommande, Förebyggande vård av fötterna, Regionalt Processteam Diabetes

Kardiovaskulär riskprevention och sårförebyggande fotvård

Patientens fasta läkare ansvarar för att det tas fram en vårdplan i primärvården

Förebyggande fotvård och anpassade skor/fotbäddar för patienter med diabetes utifrån riskfotsgradering

Fast läkare eller ansvarig sjuksköterska enligt överenskommelse

Fotundersökning vid diabetes, SKR (swenurse.se)

Fina fötter (diabetes.se)

RMR Remittering till medicinsk fotvård (vgregion.se)

Nivå 1 (risk) Frisk fot, inga tecken på neuropati eller perifer kärlsjukdom

- Egenvård/självfinansierad fotvård, skor och fotbäddar.
- Under första året efter diabetesdiagnos remiss för ett besök hos fotterapeut för fotbehandling samt profylaktisk kunskapsförmedling baserad på broschyren Fina fötter från Svenska Diabetesförbundet

Nivå 2 (hög risk) Det finns tecken på distal neuropati och/eller perifer kärlsjukdom

- Kunskapsförmedling till patient om att ALLTID ta kontakt med sjukvården om det sker en förändring på fötterna
- Vid behov remiss till Ortopedteknisk avdelning för anpassade skor för att förebygga tryckskador
- Samlad bedömning av behov av fotvård utifrån risk för sår och patientens förmåga till egenvård. Remiss förebyggande fotvård 2-4 gånger per år vid uttalade förhårdnader, sprickor, eller nagelpatologi med risk för sår. Egenvård/självfinansierad fotvård vid fina fötter.

Nivå 3 (mycket hög risk) Distal neuropati, kärlsjukdom, fotdeformitet, tidigare fotsår, tidigare amputation, uttalad hud/nagelpatologi

- Kunskapsförmedling till patient om att ALLTID ta kontakt med sjukvården om det sker en förändring på fötterna
- Skydda fötterna från tryckskador => förskrivning/anvisning till Ortopedteknisk avdelning (OTA) för anpassade skor och fotbäddar för både inomhus- och utomhusbruk.
- Remiss förebyggande fotvård 6 gånger per år.

Nivå 4 (pågående skada)

- Se Primärvårdsversion vårdförlopp Svårläkta sår och tecken på kritisk benischemi OBS! ofta behov av kontakt med specialistsjukvård inom 2 veckor
- Kunskapsförmedling till patient om att ALLTID ta kontakt med sjukvården om det sker en förändring på fötterna.
- Remiss för behandling av sår och förebyggande fotsjukvård, ofta minst 12 gånger per år

Primärvårdsversion vårdförlopp Svårläkta sår och tecken på kritisk benischemi (vgregion.se)

Stöd till hälsosamma levnadsvanor och egenvård

Fast läkare och/eller ansvarig sjuksköterska med kontinuitet över tid

- Kartläggning av levnadsvanor. Hjälp till rökstopp, hälsosamma kostvanor och fysisk aktivitet, viktnedgång vid övervikt och låg alkoholkonsumtion högprioriterat
- Överväg samtalsstöd
- Överväg remiss till dietist eller stöd av fysioterapeut
- Överväg läkemedel för att underlätta förändrade levnadsvanor vid behov
- Förebyggande kompressionsbehandling vid venös insufficiens

Levnadsvanor-stöd för hänvisning till rätt åtgärd

Hälsocoach Online (vgregion.se)

Sluta röka-linjen (1177.se)

Alkoholhjälpen | Alkoholhjälpen

REK-listan VGR avsnitt om alkoholberoende och nikotinberoende (vgegion.se)

Optimerad farmakologisk behandling för kardiovaskulär riskprevention

Fast läkare

- Optimering av läkemedelsbehandling vid diabetes typ 2 enligt VGR RMR Diabetes - Typ2 (vuxna) och avsnitt Diabetes i REK-listan VGR
- Behandling av lipidrubbningar, hypertoni och aterosklerotisk sjukdom enligt avsnitt Hjärta - kärl i REK-listan VGR, VGR RMR Lipidsänkande behandling vid kardiovaskulär prevention och VGR RMR Hypertoni
- Uppföljning enligt vårdplan av sjuksköterska och/eller läkare. Förekomst av samsjuklighet beaktas

REK-listan VGR avsnitt Hjärta – kärl (vgregion.se)

VGR RMR Diabetes typ 2 (vuxna) (vgregion.se)

VGR RMR Lipidsänkande behandling vid kardiovaskulär prevention (vgregion.se)

VGR RMR Hypertoni (vgregion.se)

Stödja patientens delaktighet i vården (efter förmåga)

Fast läkare och ansvarig sjuksköterska

- Levnadsvanor
- Sekundärprevention
- Symtom som föranleder vårdkontakt
- Kontaktvägar till vården

Vårdöverenskommelse för att läka och förebygga bensår (vgregion.se)

Vårdöverenskommelse specifikt för personer med diabetes finns att beställa på marknadsplatsen: VGR18226 A4 Vårdöverenskommande, Förebyggande vård av fötterna, Regionalt Processteam Diabetes

Kommunala insatser

Utförare utifrån biståndsbehov

- Till exempel hemtjänst, rehabiliterande insatser eller hemsjukvård
- Patienten kan ansöka om hjälp att utföra egenvård via socialsekreterare om detta dokumenterats av ansvarig vårdpersonal, se länk Dokumentation egenvårdsbeslut nedan

Dokumentation egenvårdsbeslut (vgregion.se)

Patientinformation egenvård

Rehabilitering och hjälpmedel

Arbetsterapeut, fysioterapeut

- Stöd till en fungerande vardag
- ADL-bedömning
- Fysioterapi
- Råd om egenträning -FaR
- Hjälpmedel för förflyttning
- Hjälpmedel i hemmet

Plan för fortsatt uppföljning och avstämning mellan involverade professioner utifrån behov

- Involverade professioner följer upp sina insatser och dokumenterar/kommunicerar till fast läkare och övriga
- Fast läkare ansvarar för helhetsbedömningen
- Fortsatt plan för uppföljning? När, vem, varför, vad, hur?
- Behov/nytta av remiss till specialistsjukvården?

Remiss till specialistsjukvård på sjukhus vid behov

Patientens fasta läkare

- Remiss ortopedtekniska vid riskfot 2-4

Checklista remiss (vgregion.se)

Återremiss

Patientens fasta läkare

Checklista återremiss (vgregion.se)