



Framtagen av: Processtöd för implementering i primärvården
Innehållsansvar: RPT Kritisk benischemi, RPT Diabetes med hög risk för
fotsår, RPT Svårläkta sår
Giltig till: 2027-12-31

Tillgänglighetsanpassad primärvårdsversion

PSV Prevention bensår och kritisk benischemi

Bakgrund och syfte

Primärvårdsversionen exemplifierar arbete i enlighet med PSV Kritisk benischemi, PSV Diabetes med hög risk för fotsår, PSV Venös sjukdom i benen och PSV 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 \(swenurse.se\)](#)

[Patientinformation fina fötter förebyggande fotvård \(diabetes.se\)](#)

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 \(vgregion.se\)](http://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 sårforebyggande 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 \(swenurse.se\)](http://swenurse.se)

[Patientinformation Fina fötter förebyggande fotvård \(diabetes.se\)](http://diabetes.se)

[RMR Remittering till medicinsk fotvård \(vgregion.se\)](http://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/självfinsierad 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 PSV 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 PSV Svårläkta sår och tecken på kritisk benischemi \(vgregion.se\)](http://vgregion.se)

Stöd till hälsosamma levnadsvanor och egenvård

Fast läkare och/eller ansvarig sjuksköterska med kontinuitet över tid

- Kartläggning av levnadsvanor. Hjälptill 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

[Socialstyrelsens indikatorfrågor \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se)

[Hälsocoach Online \(vgregion.se\)](https://vgregion.se)

[Sluta röka-linjen \(1177.se\)](https://1177.se)

[Alkoholhjälp \(alkoholhjalpen.se\)](https://alkoholhjalpen.se)

[REK-listan VGR avsnitt om alkoholberoende och nikotinberoende \(vgregion.se\)](https://vgregion.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 lipidrubbingar, 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 \(vgregion.se\)](https://vgregion.se)

[VGR RMR Diabetes typ 2 \(vuxna\) \(vgregion.se\)](https://vgregion.se)

[VGR RMR Lipidsänkande behandling vid kardiovaskulär prevention \(vgregion.se\)](https://vgregion.se)

[VGR RMR Hypertoni \(vgregion.se\)](https://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 \(vgregion.se\)](https://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

- T. ex. hemtjänst, rehabiliterande insatser eller hemsjukvård
- Patienten kan ansöka om hjälp att utföra egenvård via biståndshandläggare om detta dokumenterats av ansvarig vårdpersonal, se länk Dokumentation egenvårdsbeslut nedan

[Dokumentation egenvårdsbeslut \(vgregion.se\)](#)

Rehabilitering och hjälpmedel

Arbetsterapeut, fysioterapeut

- Stöd till en fungerande vardag
- ADL-bedömning
- Fysioterapi
- Råd om egen träning -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 \(vgregion.se\)](#)