

Subkutana blodsockermätare och insulinpumpar i slutenvård

Kontinuerlig och intermittent subkutan blodsockermätning

Det stora flertalet typ1diabetiker kontrollerar idag sitt blodsocker via intermittent eller kontinuerlig subkutan mätning, med en sensor som sitter fast på huden och en liten spets som går ner i subkutan vävnad. Resultatet läses av med handenhet eller mobiltelefon. Systemen kan vara med och utan larm, och en del kräver kalibrering med kapillärt prov ett par gånger dagligen.

Under vissa omständigheter kan subkutan mätning bli opålitlig och måste verifieras med kapillärt prov.

Sådana omständigheter kan vara svår sjukdom och nedsatt perifer cirkulation. Kapillär kontrollmätning skall alltid utföras vid symtom på lågt eller högt blodsocker som inte stämmer med mätarens värden, eller om mätaren visar ”check blood glucose” symbol. Tecken på hög blodglukos kan till exempel vara törst, stora urinmängder, trötthet, kräkningar. Vid låga nivåer ses till exempel hjärtklappning, svettningar, oro, koncentrationsstörning och förvirring.

Eftersom vårdgivaren ansvarar för patientens blodglukosbehandling under vårdtiden rekommenderas kontroll med avdelningens kapillära mätare (HemoCue) morgon och kväll för jämförelse. Extradoser givna av vårdpersonal ska **aldrig** baseras på sensorns värden utan verifieras kapillärt. Bra om patienten har en egen lista vid sängen där blodglukos och tagna insulindoser noteras. Observera att det kan skilja 15 % mellan vävnadsglukos och kapillär glukos, och att det finns en tidsfördröjning på cirka 15 minuter, vilket kan göra större skillnader om värdet håller på att ändras snabbt. Sensorvärden får *inte* skrivas in i journalen under ”blodglukos”.

Vid allvarlig sjukdom ska man helt övergå till kapillär mätning och inte låta patienten ansvara för glukosmätning och insulintillförsel själv. Tekniken är inte godkänd för användning vid kritisk sjukdom.

Insulinpump

Cirka 1/3 av vuxna patienter med typ 1 diabetes använder insulinpump för kontinuerlig subkutan tillförsel av basinsulin samt bolusdoser för korrigerande och måltider. Pumpen är inte ”automatisk” utan kräver tillsyn och manuella doser (t.ex. till måltider) av bäraren. Det innebär att en ineliggande patient

som är allvarligt sjuk, kognitivt påverkad eller ”instabil” inte kan förmodas hantera sin insulinpump själv och alltså inte ansvara för sin livsnödvändiga insulintillförsel. Här måste vi således ta bort insulinpumpen och ersätta med subkutana injektioner i ekvivalent dos (se nedan).

Man får **aldrig** avsluta insulinpumpbehandling och ersätta med ”insulin vid behov”. Insulinbehovet vid typ 1-diabetes är kontinuerligt och oavsett ev. matintag, även om mängden insulin behöver justeras.

För att omvandla insulindoserna i pumpen till subkutana injektioner kan hela dygnets ”basaldos” ersättas med långverkande insulin, t.ex. Abasaglar eller Lantus i samma mängd, fördelat på 1-2 doser per dygn. Bolusdosor till måltid ersätts med motsvarande mängd snabbverkande insulin. Uppgifter om doser finns ofta i diabetessköterskornas anteckningar (och i själva pumpen).

Kontakta gärna endokrinjuren (sökare 93125) på kontorstid och annars bakjuren på Medicin för hjälp med insulinordinationen.