



DIABETESVÅRD

TIDNING FÖR SVENSK FÖRENING FÖR SJUKSKÖTERS KOR I DIABETESVÅRD

NR 3-4 2024

LÄRANDE HOS VUXNA MED TYP 1 DIABETES

ATT STÖTTA
EGENVÅRD HOS
MIGRANTER

DIABETES OCH TOBAK

FYSISK AKTIVITET, LIVSKVALITET
OCH KARDIOVASKULÄR SJUKDOM

ATT VÅGA FULLT UT - RESA TILL GRÖNLAND

Medtronic

Användare har i snitt 80 % TIR (tid i målområdet)¹

Den mest
användarvänliga
insulinpumpen²

Nyhet! Ny sensor Simplera Sync™



MiniMed™ 780G-systemet

Att räkna kolhydrater är inte alltid lätt, och ibland kan man missa att ta en bolus. Men även om det ibland blir fel kan resultatet bli bra.

- ✓ Den enda pumpen, som utöver autobasal kan ge **autokorrekationer var 5:e minut**, ex. vid missade bolusar.
- ✓ **Allt-i-ett sensor** som är lätt att applicera
- ✓ Endast **ett byte av infusionsset och sensor per vecka**.
- ✓ Systemet går både att uppdatera och uppgradera.
- ✓ Unik följarapp med insulin och kolhydrathistorik.

¹Medtronic-data från CareLink: Analys av MiniMed™ 780G-datasamladatsupprivilligt av 12870 användare i Europa, Mellanöstern och Afrika till CareLink™ Personal, mellan augusti 2020 och juli 2021 samt data från 41,159 användare från augusti 2020 till juli 2022. Ett genomsnitt på 80% tid i målområdet uppnåddes av personers omhändertagande rekommenderade inställningarna (2 aktiv insulin tid och 5,5 mmol/l som glukosmål).

²Enligt Seagrove Partners 2023 Global VIEW HCP Perspectives-undersökning (december 2023) N=291 (totalt), 284 General Section, 231 CGM Section, 227 Pump Section. Skandinavien. Bedömning av sjukvårdspersonal

Systemet är indicerat för personer med typ 1 diabetes över 7 års ålder med total daglig dos > 8 enheter insulin. Vänligen se användarhandboken för detaljerad information om bruksanvisning, indikationer, kontraindikationer, varningar, försiktighetsåtgärder, och möjliga risker. För mer information, kontakta din lokala Medtronic-representant.

SE-GDB-2400026 © 2023 Medtronic. Medensamrätt. Medtronic loggan, Engineering the extraordinary är varumärken som tillhör Medtronic. Alla andra varumärken är varumärken som tillhör Medtronic-företag.



ORDFÖRANDE HAR ORDET

Vill tacka alla medlemmar för att jag fick ert förtroende som ordförande i ytterligare 2 år, det är ett mycket hedrande uppdrag och jag är stolt över att få representera en sådan professionell yrkesgrupp som besitter stor kompetens och erfarenhet inom diabetesvården. Jag lyfter på hatten och bugar!

Styrelsen i SFSD har inte genomgått någon stor förändring men Cathia Blomqvist har avgått, vi tackar för din insats – du har varit en frisk fläkt. Och nu hälsar vi Åsa Hammarström välkommen och ser fram emot gott samarbete. Vi har också tagit oss friheten att adjungera Kristina Eklöv – Olsson till styrelsen under ett år. Kristina går med som ”lärling” under året för att sedan väljas in (om ni vill det) och ta över det viktiga arbetet som sekreterare i föreningen.

Sedan förra numret har vi haft vårt symposium i Malmö och det blev tyvärr inte så välbesökt som vi hade önskat trots ett digert program, men vi som var på plats var nöjda med programmet i alla fall, värre var det för utställningsdelen och vi har tagit lärdom från utvärderingen och gör om och rätt tills nästa gång. Då kommer vi att ha mötet ihop med SFD, endokrinföreningen och endokrinsjuksköterskorna i Linköping 26-28/3 2025, reservera datumen i kalendern redan nu så kommer programmet lite senare i år.

Under sommaren har jag deltagit i Almedalsveckan och som vanligt varit ansvarig för barn- och ungdomslägret i Skåne, det kommer en liten presentation längre fram i tidningen.

När det gäller diabetes så finns det ju en del i pipeline vad gäller läkemedel- kan vi fördröja

insjuknandet i typ 1 diabetes? Nya insuliner är på ingång och det kommer en hel del resultat om GLP1 – analogernas förträfflighet – men det råder fortfarande brist i världen och Sverige. Rådet är fortfarande att ha en buffert för minst en månad hemma. EASD kongressen pågår i Madrid och från styrelsen har vi Sheyda där, hoppas att hon kan ge oss en liten sammanfattning till nästa nummer. Under 2023 publicerades de nya Nordiska näringsrekommendationerna (NNR) och Livsmedelsverket ser nu över de svenska kostråden, en hearing sker i slutet av september och därefter kommer de ut på remiss till olika instanser. Vi får se om det blir några revolutioner i kostråden.

I skrivande stund har jag varit ny på arbetet i ca en månad och det känns väldigt bra. I Hässleholm är våra kända ”ledtal” inget problem och man arbetar efter RAK ”Rätt använd kompetens”, små sjukhus kan. Utanför mitt fönster så öser regnet ned just nu, kanske ett typiskt septemberväder men sista veckan har vi ju blivit bortskämda med tropisk värme och över 20 grader varmt på nätterna, dagarna har varit väldigt varma och torra men som den hästägare jag är välkomnar jag regnet – för nu växer gräset ytterligare och stödutfodring med hö kan vänta ett tag till.

”Let’s be careful out there”.

Vi hörs och ses.



Agneta Lindberg
Ordförande SFSD



**SFSD- Svensk Förening för
Sjuksköterskor i Diabetesvård (Sverige)**

Det finns många fördelar med att vara med i en Facebook-grupp som SFSD:

Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård.

Här är några exempel:

- Dela kunskap och erfarenheter med andra diabetessjuksköterskor

- Få stöd och råd från kollegor som har mer erfarenhet inom området

- Lära dig om nya behandlingsmetoder och forskningsresultat

- Delta i diskussioner och debatter om aktuella frågor

- Få information om kommande konferenser och utbildningar

- Knyt kontakter med andra diabetessjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal

- Delta i SFSD:s olika projekt och verksamheter

Allt detta kan hjälpa dig att utvecklas som diabetessjuksköterska inom diabetesområdet och kan bidra till att förbättra vården för individer med diabetes.

SFSD HEMSIDA WWW.SFSD.SE

SFSD är en ideell förening vars syfte är att samla och organisera Sjuksköterskor som i sin yrkesutövning arbetar med och har specialintresse för diabetes. På hemsidan kan du hitta värdefull information vad gäller aktuella nyheter, dokument, litteratur och länkar.

SFSD:s uppgift är:

• att verka för sjuksköterskans professionella utveckling inom diabetesvården

• att stimulera och medverka till vidareutveckling av den medicinska- och omvårdnadsvetenskapliga forskningen inom diabetesvården

• att medverka till en likvärdig och kunskapsbaserad diabetesvård i alla delar av landet

• att utgöra ett forum för remisser av utredningar avseende diabetesvården i Sverige

• att utveckla samverkan med andra organisationer, nationellt och internationellt, som har betydelse för diabetesvårdens utveckling

Du hittar mer information genom att klicka på "meny" i övre högra hörnet på sidan i alla flikar.

Tidningens **INNEHÅLL**

**06. SVENSKA
DIABETESFÖRBUNDET**

10. RAPPORT SYMPOSIUM

16. RAPPORT ALMEDALEN

20. DIABETES OCH TOBAK

**26. MÅTTLIG KOLHYDRATKOST
SÄNKER MEDELGLUKOS HOS
VUXNA MED TYP1 DIABETES**

**30. VILKA FOTKRÄMER
REKOMMENDERAS I SKÅNE**

**34. ATT STÖTTA EGENVÅRD HOS
MIGRANTER MED TYP2 DIABETES**

**36. FYSISK AKTIVITET, LIVS-
KVALITET OCH KARDIO-
VASKULÄR SJUKDOM**

**44. UPPSATS LÄRANDE HOS VUXNA
MED TYP 1 DIABETES**



ALMEDALEN 2024

Den 25-28 juni tillbringade vice ordförande Ebba Målvist och påverkansansvarig Clara Bengtsson några intensiva dagar i Visby under Almedalsveckan. De höll ett seminarium tillsammans med Ung Cancer på temat "psykisk hälsa hos unga med svår/kronisk sjukdom" vilket blev lyckat. De pratade också med intressanta personer, bemötte fördomar om diabetes och nätverkade med andra organisationer som, precis som vi, ger ungas perspektiv på viktiga samhällsfrågor.

Medverkan i Almedalen bidrog till stor motivation och vi ser nu fram emot att fortsätta med vårt påverkansarbete under hösten, inte minst att få släppa resultaten från vår egen enkätundersökning!

ÄVENTYRSLÄGER 2024

Torsdagen den 11 juli mötte tre ledare från Ung Diabetes upp deltagarna på tågstationen i Nässjö för att sedan ta sig med buss mot Isaberg mountain resort. Väl framme serverades lunch och det blev sedan en lugn eftermiddag för att installera sig i stugorna. Kvällen avslutades sedan med middag och sällskapsspel. På fredagen startade dagen med höghöjdshinderbana och rodelbana, på kvällen blev det kubb och sedan bad och bastuflotte. Lördag morgon var det dags att paddla kanot och på eftermiddagen äventyrgolf. Kvällen avslutades sedan med spel, lekar, snacks och samtal om allt möjligt. Efter frukost på söndagen fanns tid för att packa innan bussen gick tillbaka mot Nässjö. Där åt vi lunch och sen var det dags för nöjda deltagare att säga hej då till varandra och ta sig vidare hemåt.



Amanda Rydén
Ordförande Ung Diabetes





INFORMATIONSFILMER OM TYP 2



Foto: Kristina Sahlén

Svenska Diabetesförbundet har tillsammans med läkemedelsbolaget Boehringer Ingelheim tagit fram korta animerade informationsfilmer om Typ 2. Filmerna har följande rubriker:

- Prediabetes – vad är det?
- Nydebuterad med diabetes typ 2 – vad ska jag tänka på?
- Motivation för dig som levt med diabetes typ 2 ett tag
- Ung med diabetes typ 2
- Anhörig till person med diabetes typ 2

Filmerna ligger på Svenska Diabetesförbundet Youtube-kanal, i en spellista som heter – Filmer om typ 2 diabetes. Tipsa gärna personer med diabetes och deras anhöriga om dessa filmer.

På Svenska Diabetesförbundets Youtube-kanal finns även informationsfilmer om komplikationer vid diabetes; fötter, ögon, njurar och hjärta-kärl. Prenumerera på kanalen så får du notis om alla nya filmer som publiceras.

Teaser

Vi kan också berätta att en egenproducerad film om Diabetes typ 1 kommer att släppas inför Världsdiasabetesdagen. Det är en film i samma manér som den julfilm som visades i julas i våra kanaler. Vi hoppas att den kommer att både beröra och sprida kunskap, öka förståelse och ingjuta hopp. Allt på fyra minuter.

Vi ska fira 14 november i Riksdagen!

Precis som de två föregående åren kommer vi i år att släppa Diabetesbarometern. I år kommer vi att göra detta live på en diabeteskonferens i Riksdagen. Svenska Diabetesförbundet blev inbjudna att arrangera konferensen tillsammans med Moderaterna och Socialdemokraterna, ett erbjudande vi inte kunde tacka nej till.

Konferensen börjar vid lunchtid med en lansering av årets Diabetesbarometer och fortsätter sedan med forskare som presenterar de senaste rönen när det gäller både diabetes typ 1 och diabetes typ 2. Detta sker i samtal med Johanna Paues Darlington från vår podcast Diabeteslabbet.

Som en avrundning på konferensen kommer vi att ha ett politikersamtal om hur vi kan föra diabete-

SysToe

HELAUTOMATISK TÅTRYCKSMÄTARE

vården i Sverige framåt och därmed skapa flera och nya förbättringar i denna i hela landet. I samtalet medverkar även Björn Ehlin.

Naturligtvis är detta något vi kommer att uppmärksamma i alla våra kanaler.

Svenska Diabetesförbundet har fått en fana av Kungen

Varje år den 6 juni, på Sveriges Nationaldag, hyllar Stiftelsen Sveriges Nationaldag svenskt föreningsliv genom att dela ut fanor till föreningar och organisationer runt om i landet. I år ansökte Svenska Diabetesförbundet om att bli tilldelad en fana och utsågs då till att vara en av tio organisationer och föreningar som får en fana tilldelad av H.M. Konung Carl XVI Gustaf under nationaldagsfirandet på Sollidensscenen på Skansen i Stockholm.

Förbundsordförande Björn Ehlin tog emot fanan av Konungen på Sollidensscenen och Amanda Rydén, ordförande i Ung Diabetes råd, förde fanan till Logården på Kungliga Slottet, där hon tillsammans med Kungafamiljen och inbjudna representanter för regering, riksdag, delar av den diplomatiska kåren och det officiella Sverige, avslutade nationaldagsfirandet med att lyssna på Arméns tapto. Hela firandet sändes på SVT och går att titta på i efterhand på SVT Play.

Den tilldelade fanan användes för första gången redan den 10 september vid Riksmötets öppnande. Björn Ehlin och Amanda Rydén var officiella fanbärare och mötte riksdagsledamöter och inbjudna gäster vid Rikspan då de anlände till det högtidliga öppnandet av riksmötet.



Varför välja SysToe tåtrycksmätning

- Inför kompressionsbehandling
- När ankeltryck inte är mätbart eller tillförlitligt; patienter med diabetes m.fl.
- Ger enkelt automatiskt uträknat TBPI - tå-brakial index
- Automatisk och smidig procedur som är oberoende av användare
- Lätt att ta med sig, batteridrivnen
- Snabbare och adekvat behandling av patienter på plats och i god tid
- Tids- och ekonomieffektiv för vårdgivare

För mer information besök www.nesve.se eller ring 070-546 29 23

NeSve AB
telefon: 070-546 29 23
e-post: info@nesve.se
www.nesve.se

Ne
Sve



NDR NYTT

NDR hälsar alla nya och gamla användare av diabetesregistret välkomna in på hemsidan <https://ndr.registercentrum.se/>

Vi på NDR vill rikta ett stort tack till alla berörda för ert tålamod med den nya hemsidan och för att ni hört av er när det uppstått problem. Hittar du något som du inte tycker fungerar som det ska, så tveka inte att kontakta oss. Hittills har det mesta kunnat åtgärdas relativt enkelt. Vi hoppas på flitigt användande av statistikverktygen Knappen och Profilen som finns tillgängliga för alla på hemsidan, med syfte att följa och förbättra diabetesvården. Kolla gärna upp era och andra vårdenheters resultat inför höstens teamträffar.

Något som vi fortfarande jobbar med och som är lite mer komplicerat att åtgärda, är att kunna vara inloggad under ett helt diabetesbesök, som ibland är upp till en timme långt. Den automatiska utloggningen sker efter 30 minuters inaktivitet i inloggat läge och är till för att skydda personuppgifter om datorn skulle lämnas obevakad.

Verktyg för att registrera eller se sin egen data finns i inloggat läge

Vårdpersonal kan se mer ingående på den data som registrerats från den egna enheten och en del enheter registrerar också via hemsidan. Då behöver man ha behörighet och logga in med SITHS-kort.

Om du inte har behörighet så ansök om detta på NDRs hemsida. Är du inloggad men inte hittar söklistan, rapporteringsgradstabellen eller registreringsapplikationen? I inloggat läge finns de under "Verktyg för registrerare", klicka på knappen högst upp till höger på sidan, se bild 1.



Bild 1. Skärmdokument från <https://ndr.registercentrum.se/>

Vårdenheter och patienter har börjat använda Diabetesenkäten på 1177.se

Diabetesenkäten finns sedan i våras på 1177.se och alla vårdenheter som använder 1177 kan få tillgång till den och använda den inför och under besöket. Den finns i två versioner, en för typ 1- och en för typ 2-diabetes. Enkäten används redan av ett litet antal enheter och vi hoppas att fler av er ska bli nyfikna och vilja testa.

I Västra Götalandsregionen är Diabetesenkäterna för både typ 1- och typ 2-diabetes sökbara i formulärtjänst på www.1177.se Vårdenheter i andra regioner behöver ta kontakt med sin regionala förvaltning för formulärhantering i 1177 för att göra enkäten sökbar. På NDRs hemsida under "För vårdpersonal" hittar du specifik information om vad du behöver för att din region ska kunna prenumerera på Diabetesenkäten. Längre fram kommer NDR att skapa variabler så att svaren, som blir poäng på frågeområden också ska gå att registrera i NDR. Det här planeras att göras tidigast under nästa år.

Snart kommer glukossänkande läkemedel i Knappen

Nu är registreringen av variablerna om glukossänkande läkemedel uppe i en genomsnittlig rapporteringsgrad på cirka 70% i primärvården, drygt 60% på medicinkliniker och nästan 90% för barnklinikerna. Variablerna finns redan i söklistan så du kan i inloggat läge söka information om hur läkemedlen används på din vårdenhet. Under hösten kommer vi att ta fram nya indikatorer som ska göra det möjligt att också kunna jämföra mellan regioner och vårdenheter i Knappen. Vi återkommer om detta under hösten via NDRs nyhetsbrev och uppdaterar också på vår hemsida när de nya indikatorerna finns tillgängliga.

Direktöverföring till nya plattformen Stratum

Ungefär 90% av all data skickas till NDR via någon typ av direktöverföring. Resterande kommer in som manuellt registrerade data på NDRs hemsida.

Sedan NDR gick över till Stratum i mars 2024 har all direktöverföring gått via en brygga från NDRs gamla plattform in till Stratum. Detta har fungerat väl, men denna brygga kommer inte kunna underhållas för framtida förändringar av variabler och andra uppdateringar så den stängs den sista december 2024. Därefter kommer data att behöva skickas direkt in till NDRs nya plattform Stratum. Alla dataleverantörer som direktöverför data till NDR är väl medvetna om detta. Eftersom det krävs en del programmering på leverantörernas sida, så kommer detta ske succesivt för olika överföringssystem under hösten. Några leverantörer är i stort sett klara och beräknas börja skicka skarpt till Stratum redan under september månad.

Forskning på NDR data

Forskning på NDR-data fortsätter att visa intressanta resultat. Ett närliggande exempel av Trullenque-Eriksson och medarbetare, som har använt data bland annat från Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit (SKaPA) och NDR, sätter på nytt ljuset på sambanden

mellan diabetes och tandhälsa. Studien som publicerades i BMJ Open i juni 2024, visar att det finns en ökad risk för parodontit hos personer med både typ 1- och typ 2-diabetes och att det finns en tydlig koppling till bristande glukoskontroll. Studien visade också att parodontit var associerad med ökad risk för både retinopati och albuminuri.

På NDRs hemsida finns en flik för forskning där det finns information bland annat kring hur man går till väga för att göra datauttag från NDR för forskning och NDRs variabelista. Där finns också en lista på publikationer som helt eller delvis bygger på NDR-data. Ser du att någon publikation saknas får du gärna höra av dig så lägger vi till den.

Barn med diabetes, prevalens och incidens

Barndiabetesfonden har tidigare i år publicerat en rapport som visar en ökning av typ 1-diabetes i åldersgruppen under 5 år de senaste åren. Rapporten finns att läsa på Barndiabetesfondens hemsida, www.barndiabetesfonden.se

Rapporten baseras på data från Socialstyrelsens statistikdatabas för diagnoser som Socialstyrelsen redovisar på sin hemsida. De siffror som det hänvisas till i rapporten för år 2018 tom 2022 är antal barn i ålder 0-4 år med huvuddiagnos typ 1-diabetes som haft besök i öppen specialistsjukvård på sjukhus och visar en tydlig ökning av antal små barn med typ 1-diabetes.

För att kunna jämföra olika datakällor har NDR tagit fram siffror för att redovisa hur det ser ut i NDR både vad gäller förekomsten av typ 1-diabetes (prevalens) och insjuknandet i typ 1-diabetes (incidens) hos barn (bild 2 och 3). Barnkliniker registrerar flitigt i NDR och täckningsgraden i NDR för barn med typ 1-diabetes har beräknats till 96% för riket, vilket innebär att data på de flesta barn med typ 1-diabetes finns i NDR. Enligt statistik från NDR och Statistikmyndigheten SCB har prevalensen för barn med typ 1-diabetes i Sverige ökat något de senaste åren för alla åldersgrupper under 18 år (bild 2).

INFORMATION

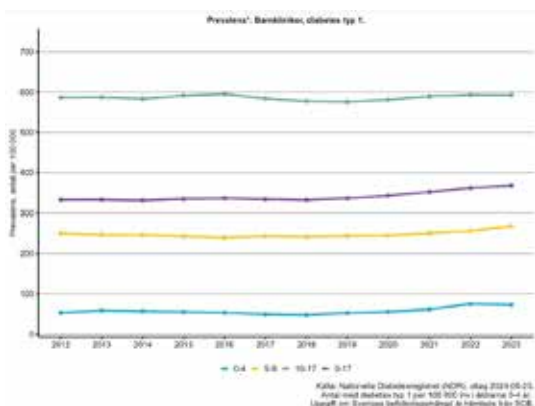


Bild 2. Prevalens av typ 1-diabetes hos barn i Sverige

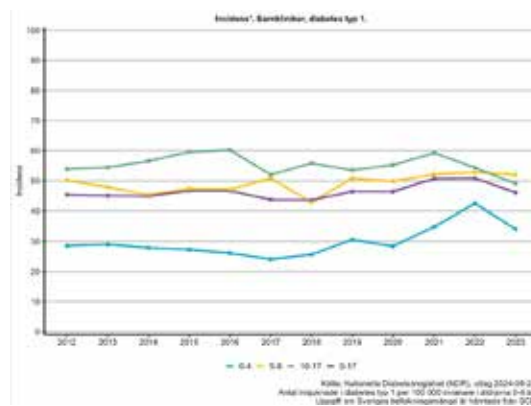


Bild 3. Incidens av typ 1-diabetes hos barn i Sverige

Tittar vi i NDR på incidensen, det vill säga insjuknandet i typ 1-diabetes bland barn per år, så ser den ut att öka. För barn 0-4 år är det en tydlig ökning från 30 barn per 100 000 år 2019 till 42 barn per 100 000 år 2022. Under år 2023 har incidensen gått ner igen men det är ännu en osäker siffra (bild 3).

Ökningen av både förekomsten och insjuknandet i typ 1-diabetes hos barn ser inte ut att vara dramatisk när vi tittar på NDR-data. Det är fortfarande ett förhållandevis kort perspektiv med en ökning framför allt de senaste åren, men det är en ökning som måste följas upp och studeras närmare. NDR välkomnar forskare och kliniskt aktiva att använda NDR-data för att belysa olika frågeställningar som denna.

Tack till alla i diabetesvården

NDR är till för att förbättra värden för alla personer med diabetes i Sverige. NDR finns tack vare de patienter som bidrar med sin data i registret och tack vare alla er som registrerar och använder NDR-data för att jämföra resultat och jobba med ständig förbättring av vården. Stort tack till er alla!

Katarina Eeg-Olofsson
registerhållare NDR

NY BOK PÅ VÄG!

Omvårdnad vid diabetes är skriven för alla som arbetar med eller lever med diabetes.

Boken tar upp viktiga ämnen som teamsamverkan, stöd och utbildning i egenvård och kvalitetsförbättring inom diabetesvård, och den innehåller både praktiska exempel och teoretiska insikter för att förbättra vården för personer med diabetes, oavsett livssituation. Den riktar sig särskilt till diabetessjuksköterskor och andra inom diabetesvården.

Håll utkik!

STEGET FÖRE



En tablett, tre indikationer*

Jardiance minskar risken för komplikationer vid:

Typ 2-diabetes

CV-död (kardiovaskulär död) hos patienter med typ 2-diabetes och kardiovaskulär sjukdom jämfört med placebo (RRR 38%, ARR=2,2%, $p<0,0001$)¹

Hjärtsvikt

CV-död eller sjukhusinläggning för HF jämfört med placebo (HF_rEF: RRR 25%, ARR 5,3%, $p<0,0001$, HF_pEF: RRR 21%, ARR 3,3%, $p=0,0003$)¹

Kronisk njursjukdom

CV-död eller njursjukdomsprogression jämfört med placebo (RRR 28%, ARR 3,8%, $p<0,0001$)¹



Etablerad säkerhets- och toleransprofil ¹



Enkel dosering: en tablett, en gång dagligen, ingen titrering ¹

1. JARDIANCE® produktresumé, se FASS.se.

JARDIANCE® (empagliflozin), filmdragerade tabletter 10 mg och 25 mg. Rx. (F)*. SGLT2 hämmare. **Indikationer:** Behandling av vuxna och barn från 10 års ålder med otillräckligt kontrollerad diabetes mellitus (DM) typ 2 som ett komplement till diet och motion: som monoterapi när metformin inte tolereras alternativt som tillägg till andra antidiabetika. Behandling av vuxna med symtomatisk kronisk hjärtsvikt. Behandling av vuxna med kronisk njursjukdom. **Varningar och försiktighet:** Kan användas vid nedsatt njurfunktion; Initiering rekommenderas inte vid eGFR < 20 ml/min/1,73 m². Vid DM typ 2 bör ytterligare glukossänkande behandling övervägas om eGFR sjunker under 45 ml/min/1,73 m². Avbryt omedelbart behandling vid misstänkt ketoacidosis. Ska inte användas vid typ 1-diabetes. Ökad risk för genitala svampinfektioner. Bör undvikas under graviditet. Ska inte användas under amning. **Boehringer Ingelheim AB**, tel 08 721 21 00. För ytterligare information samt priser se www.fass.se. Senaste översyn av produktresumén: 12/2023.

*Subventioneras endast 1) vid typ 2-diabetes som tillägg till behandling med metformin eller när metformin inte är lämpligt (gäller 10 och 25 mg), 2) för patienter med symtomatisk kronisk hjärtsvikt (gäller 10 mg) och 3) vid kronisk njursjukdom som tillägg till behandling med RAAS-blockad, eller där behandling med RAAS-blockad inte är lämplig (gäller 10 mg).

RAPPORT

SFSD SYMPOSIUM I MALMÖ

Återigen fick deltagarna mycket kunskap av föreläsarna och av varandra samt från utställarna. Vi är tacksamma alla för deltagandet. Powerpointbilder finns på hemsidan om ni vill läsa mer samt att denna rapport i sin helhet läggs in på hemsidan.

BETYDELSEN AV PERSONCENTRERAD VÅRD

Andreas Rantala, Lunds universitet
Symposiets första dag började med en föreläsning som genomsyrade de två dagarnas fokus, personcentrerad vård. Vi behöver utgå från personcentrerad vård. Gör vi det?

Personcentrerad vård innebär INTE:

- Att patienten ensam bestämmer
- Att det är för krävande för patienten
- Samma sak som patientcentrering
- Som värdebaserad vård
- Något som är begränsat till vissa delar
- Ett alldeles för tidskrävande arbetssätt
- Bara en ”sjuksköterskegrej”

Personcentrerad vård – vad är grejen? Det har kommit många studier vad gäller personcentrerad vård där resultatet visar att det främjar självbestämmande, involverar patienten som en aktiv samarbetspartner. Den utgår från personen med en sjukdom och inte att personen är en sjukdom.

Vad kan man göra:

Personens berättelse är i fokus och det bör dokumenteras. Initiera partnerskap utifrån berättelsen och hens behov. Fånga det som är viktigt för patienten. Berättelsen kompletterar din checklista.

Det finns mycket att diskutera kring detta ämne som bör finnas med i utbildningar och i alla personalgrupper inom hälso- och sjukvården.

Distriktssköterskor upplevde att hälsoinformation på nätet och framför allt egenvårdsråd var något positivt som avlastade primärvården, så länge som informationen var tillförlitlig. Felaktig information och svårigheter för patienter att sälla bland och tolka internetinformation, ansågs inte sällan leda till meningsskiljaktigheter samt onödig oro och förvirring bland patienter.

//Kaija Seiboldt

GRUPPBASERAD PATIENTUTBILDNING FÖR PERSONER MED DIABETES TYP 2

Marianne Lundberg, sekreterare i SFSDs styrelse, började med att berätta om en nationell kartläggning med syfte att undersöka i vilken utsträckning gruppundervisning bedrivs i primärvården för personer med diabetes typ 2. En enkät skickades ut våren 2023 till de regioner där det finns diabetessamordnare, som sedan skickade sedan enkäten vidare till alla vårdcentraler i sina respektive regioner. Kartläggningen avsåg frågor kring om gruppundervisning erbjuds, vilken pedagogisk modell man i så fall använder och hur man utvärderar utbildningen efteråt samt hur många av diabetessjuksköterskorna i regionen som har någon form av pedagogisk utbildning. Det fanns även en fråga kring den huvudsakliga orsaken till om man inte erbjuder gruppundervisning.

Resultatrapporten kan ni läsa mer om på SFSDs hemsida. En slutsats är lite av moment 22. Det finns inte så många lärosäten som erbjuder fristående kurser för ”lärande vid diabetes”. Enligt

de Nationella riktlinjerna för diabetesvården (Socialstyrelsen, 2017) bör diabetessjuksköterskan ha pedagogisk kompetens för att bedriva *Grupp-baserade utbildningsprogram (Prio3)*, vara väl insatt i pedagogiska metoder och teorier samt ha kunskap om vuxnas lärande. Att bedriva grupp-utbildning utan pedagogisk kompetens är enligt evidensen "Icke göra" (Socialstyrelsen, 2017), få diabetessjuksköterskor har pedagogisk kompetens, det saknas utbildningsmöjligheter och inte minst så finns det utmaningar på den enskilda arbetsplatsen att få avsatt tid för grupputbildning.

Lena Jutterström, lektor vid institutionen för omvårdnad vid Umeå universitet, fortsatte med att föreläsa om att riktlinjer förespråkar att vårdpersonal använder sig av en personcentrerad approach eftersom de resulterar i förbättringar på hälsoparametrar såsom HbA1c. Trots detta väljer inte vårdpersonal att arbeta på detta sätt. Egenvårdssupport enligt Umeåmodellen presenterades där personer med diabetes diskuterar olika aspekter av att leva med diabetes med varandra. Denna support anses vara personcentrerad eftersom de olika teman som supporten bygger på är genererat från intervjuer samt att personerna som deltar får förmedla sin syn på sjukdomen. De lär känna personerna bättre, förstår hur personen tänker kring sin sjukdom och varför de gör de val som de gör. Det innebar dock en rollförändring och en nedtoning av expertrollen. Diabetessköterskor behöver komma till en *turning point* och se att de behöver vara mer än en kunskapsförmedlare, våga gå utanför sin komfortzon och prova nya angreppssätt vid patientmöten för att effektivare stödja personer med diabetes.

Marianne Lundberg, sekr@sfsd.se,

Lena Jutterström, lena.jutterstrom@umu.se

WORKSHOP TITEL: ÄLDRE PERSONER MED DIABETES OCH INSULINPUMP

Vi diabetessamordnare i Region Skåne samverkar med kommuner i Skåne och ser hur komplext det är med både behandling och teknik kring våra personer med diabetes. Det dök upp frågor angående hur vi gör för att sjuksköterskor ska få möjlighet att vidareutbilda sig på arbetstid. Det

diskuterades också att uppdragskurser i allra högsta grad är viktiga i nuläget när våra patienter ökar i större takt än vad det utbildas nya diabetes-sjuksköterskor. Det kommer att behövas många nya sjuksköterskor med diabeteskompetens i kommunal primärvård. Det framkom att idag avslutas ibland pumpbehandling på äldre personer med diabetes typ 1 för att det saknas kompetens angående pumpbehandling i kommunal primärvård. Det diskuterades i vår grupp angående huruvida det skulle finnas speciella pumpkonsulter i framtiden. Ja, vem vet hur framtiden kommer att se ut? Vi vet att en vårdplan ger en helhetssyn och det är därför viktigt att den upprättas. Vi vet också att samverkan mellan regional och kommunal primärvård är en förutsättning för att den enskilda patienten ska få adekvat vård.

Många goda idéer kom fram, nu måste vi få våra politiker att förstå hur verkligheten ser ut.

//Kristina Eklöf- Olsson och Christine Jonazon

HUR KAN DIABETESTEAM HJÄLPA OCH STÖDJA PATIENTER MED OLIKA NEUROPSYKIATRISKA FUNKTIONSNEDSÄTTNINGAR (NPF)

Arbetsterapeut **Helena Svensson** från barnkliniken i Lund, belyste ämnet.

Livet kan vara svårt att få ihop för alla oavsett ålder och ännu svårare kan det vara för dem som har en funktionsnedsättning. Vi i professionen informerar gärna patienterna om vad de skall göra, men undrar ofta varför de inte gör som vi säger? Arbetsterapeuter besitter kunskap i att hjälpa till genom att strukturera upp vardagen, hitta knep och olika lösningar som stöd och hjälp i den dagliga egenvården.

Personer med olika NPF-diagnoser kan ha flera olika svårigheter, så som svårigheter med arbetsminne, planeringsförmåga, impulsivitet eller avvikelser från vardagliga rutiner. Arbetsterapeuten kan då hjälpa patienten bland annat med att skapa scheman och olika bildstöd. Även vårdpersonalen kan få råd kring att stötta individen för att underlätta vårdmötet. Det kan gälla hur en kallelse är utformad samt förberedelser inför besöket. För patienter med ADHD kan kallelsen behöva utformas

RAPPORT

med bildstöd för vad som ska tas med och vad som kommer att ske på mottagningen. Det är viktigt att tänka på att varje möte är ett nytt möte och att varje individ är unik. Man kan med fördel fråga patienten om just deras behov: hur de behöver att kallelsen utformas, vilken tidpunkt på dagen som passar bäst, antal närvarande personer, samt hur många möten som är lämpligt att lägga på samma dag.

Det är även viktigt att anpassa mötet på mottagningen. Under själva besöket kan det vara bra att använda stödord:

- Vad ska vi göra idag?
- Rimliga individuella kortsiktiga och hållbara mål, som veckomål eller egna mål.
- Att knyta ihop en ny vana med en gammal vana.
- Stöd att hitta egna vägar och lösningar, som att komma ihåg att ta med sig allt på morgonen innan skola eller arbete eller att ta insulin innan måltid.
- Hjälpen kan vara bildstöd på väskan, påminnelse i skåpet i skolan, bakgrundsbild i telefonen eller på musmattan på jobbet. Bästa sättet som fungerar är det som kommer från den enskilde individen.

//Cathrine Astermark

ANDRA FORMER AV DIABETES OCH OM DIABETES YTTRAR SIG OLIKA BEROENDE PÅ ETNICITET

Louise Bennet som är läkare och adjungerad professor Lunds universitet.

I Sverige finns det 1,6 miljoner utrikesfödda personer. Louise Bennet berättade att typ 2 diabetes är vanligare och utvecklas i yngre ålder bland migranter i Europa. Trots en hög medvetenhet om diabetes är den glykemiska kontrollen sämre bland migranter. Komplikationer relaterade till diabetes är också en större börda för dessa grupper. Diabetesläkemedel påverkar vissa grupper mer gynnsamt än andra, ex. personer med afrikanskt ursprung har bättre effekt av metformin än personer med europeiskt ursprung. Hon diskuterade även flera hinder för livsstilsförändringar bland migranter, såsom förväntningar på kost (vad, när och mängd mat), brist på traditioner kring fysisk aktivitet och ekonomiska begränsningar.

Till slut gav Louise Bennet oss konkreta råd för att hantera diabetes under Ramadan: Starta dialog med patienten 6–8 veckor innan Ramadan för att utvärdera och informera om riskerna med fastan, kontrollera blodsockret mer frekvent, undvik kolhydratpåslag när fastan bryts (Iftar), exempelvis högst 2-3 dadlar per dygn samt att säkerställa tillräckligt vätskeintag.

RETINOPATI VID TYP 1 OCH 2 DIABETES

Shilan Seyed Ahmadi, ST-läkare på Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra och doktorand på Göteborgs Universitet. Hon berättade om stadiindelning vid retinopati och karaktäristika vid de olika formerna. Vidare tog hon upp nyckelstudier som varit viktiga för att hitta riskfaktorer vid retinopati vid både typ 1 och typ 2 diabetes, samt vad den senaste forskningen visat (studier från Nationella Diabetesregistret). Hon tryckte på att behandla följande riskfaktorer: dålig metabol kontroll, hypertoni, hyperlipidemi och obesitas.
//Sheyda Sofizadeh

STIGMA WORKSHOP

Dan Grabowski & Bryan Cleal

Studier tyder på att de flesta ungdomar och vuxna med diabetes någon gång i livet upplever någon form av diabetesrelaterad stigmatisering. Diabetesstigma kan få allvarliga konsekvenser för livet och hälsan för personer med diabetes: Personer med diabetes som känner sig stigmatiserade på grund av sitt tillstånd är mer benägna att uppleva större diabetesångest, depression, ångestsymtom och har lägre självkänsla och svårigheter att upprätthålla en hälsosam sjukdomsidentitet. Trots detta saknas forskning om effektiva interventioner för att minska stigmatiseringen av diabetes och dess effekter bland personer med diabetes.

Gruppdiskussioner inleddes efter presentation och frågorna som ställes för diskussion var: "Hur ser diabetesstigma ut för dig? Hur kommer det till uttryck i ditt arbete? Vad kan man göra åt det?"

Slutligen diskuteras den nyligen publicerade internationella konsensusen om stigma kring diabetes. Ni

kan gå in på enddiabetesstigma.org där kan ni läsa mer hur ni kan bidra med att minska diabetesstigma och stödja personer med diabetes med egenvård.

//Nouha Saleh Stattin

POSTER PRESENTATION

Det blev tre intressanta posterpresentationer:

1. Exponering för flerdimensionellt lärande och uppfattningar om patientens förmåga – Intervjuer med personer som lever med typ 2-diabetes.

Alma Dautovic presenterade sin studie som en kvalitativ deskriptiv där femton personer med typ 2 diabetes intervjuades. Syftet med studien är att utforska patienters upplevelser av hur man kan leva ett fullvärdigt liv med typ 2-diabetes och att identifiera deras behov av lärande och stöd inom modern diabetesvård. Slutsatser är att patientens resurser och behov bör ligga till grund för diabetesvården. Generellt efterfrågade patienterna större möjligheter att diskutera sina känslor och ökade e-hälsokontakter när de lärde sig om utmaningarna med att leva med diabetes. Patienterna identifierade diabetesspecialistsjuksköterskor som viktiga, kunniga och pålitliga partners i den moderna diabetesvården.

2. Samverkan mellan regional och kommunal primärvård avseende vården av personer med diabetes typ 2: sjuksköterskors erfarenheter.

Christina Jonazon diskuterade en viktig fråga om samverkan om sjuksköterskors erfarenheter av samverkan mellan regional och kommunal primärvård och om en individuell vårdplan för diabetes kan underlätta vid samverkan och vårdandet av äldre multistjuka patienter. En individuell vårdplan skulle kunna skapa förutsättningar för trygga bedömningar av patienterna, ge en övergripande och konkret plan, helhetssyn på patienten och mer personcentrerad vård.

3. Personers perspektiv på att leva med prediabetes: En kvalitativ studie i primärvården.

Katri Harcke

Interventionsprogram där fokus är att förändra levnadsvanor och som genomförs i forsknings-sammanhang fördröjer eller förebygger typ 2-dia-

betes hos personer med prediabetes. Dessa program är dock svåra att implementera i primärvård. En anledning kan vara att de förebyggande programmen inte utformats tillsammans med de som ska använda dem, i detta fall personer med prediabetes och vårdpersonal. Syftet med denna studie är att utforska och beskriva hur personer med prediabetes uppfattar diagnosen och vilken typ av stöd (kunskap och verktyg) de behöver.

PREVENTIVA ARBETET FÖR ATT FÖREBYGGA FOTKOMPLIKATIONER

Ann Lindström fotterapeut och **Ulf Ahnlid** podiater samverkan mellan två professioner. I denna föreläsning diskuteras också den personcentrerade vården. Foten är en del kroppen, tänk så?

En gång per år har patienten rätt till att vården undersöker foten och gör en fotstatus, enligt Socialstyrelsens riktlinjer. Och om foten uppnår riskgrupp 2 – 4 ska dessa patienter ha en remiss till medicinsk fotsjukvård. Och i de fall där det uppstått sår ska en ortopedtekniker/ingenjör göra en bedömning om ortopediska skor samt remiss till specialistklinik- multidisciplinärt fotteam.

Egenvård till patienten:

- Tydliga råd
- Även inneskor är viktigt för sårhäkning
- Se över hur patienten går, kontroll av slitning skor
- Att skon har en hälkappa
- Information om samarbete både ortopedteknik och fotterapeut

Denna workshop inkluderade diskussion kring fotstatus, dels hur fotstatus genomförs, dels vem som ska göra det och hur det fungerar i kommunen. Det var värdefullt att diskutera med podiater om hur man jobbar på en ortopedteknisk mottagning fungerar, då många kanske inte har haft möjlighet att besöka en sådan mottagning.

Läs mer:



RAPPORT FRÅN ALMEDALEN 2024

I år var jag ensam från SFSD i Almedalen, vi har i styrelsen resonerat fram och tillbaka om det egentligen ger så mkt att vara på plats, så i år blev det minsta möjliga representation. Det blev båttur och retur från Oskarshamn och buss från Kalmar (passade på att besöka barn och barnbarn där) sedan ett väldigt enkelt och funktionellt boende utanför Visby och cykel som transportmedel. Helt perfekt då det var medelhavsvärme i Visby denna vecka. Vi hade som vanligt ett seminarium tillsammans med Diabetesförbundet och SFD men innan dess gick jag på ett intressant seminarium ”Bättre hälsodata ger personcentrerad vård – ett partnerskap där patienten blir en aktiv medskapare”. Deltagare var bland annat Peter Adolfsson barnöverläkare, Region Halland, Thomas Magnusson ordförande, Diabetes Sverige samt en digitaliseringsdirektör och några regionråd. Det blev en bra diskussion med diabetesvårdens syn på tillgång till data som stöd för egenvården där alla var överens om att data behöver tillgängliggöras bättre.

Jag deltog i ett rundabordssamtal kring ”Screening för typ 1 diabetes – hur kan vi hitta personer i riskzonen?” som anordnades av Sanofi, här är de viktigaste punkterna som framkom.

- Barnåren är jätteviktiga – går sjukdomen att skjutas upp några år är det önskvärt, mindre traumatiskt insjuknande och en bra inställd diabetes från början.
- Screening av barn – fördelaktigt för hälsan och livskvaliteten, nackdel att vissa tror att de aldrig kommer att insjukna.
- Mer kunskap behövs och de ekonomiska modellerna behöver ses över.

Seminariet som vi i SFSD, SFD och Diabetesförbundet höll tillsammans med Novo Nordisk: ”Är det kunskapsstyrning eller ekonomistyrning som implementeras i svensk hälso- och sjukvård?” var väldigt välbesökt och de punkter som diskuterades i stort var:

- Floran av delvis motsägande medicinska kunskapsstöd ska synkas ihop och fokus ligga på implementering, enligt en avsiktsförklaring mellan regeringen och SKR. Men vilken kunskap ska implementeras?

- Den som gynnar individen med diabetes bäst eller den som kortsiktigt gynnar regionernas ekonomi?
- Vem ansvara för utbildning/fortbildning då det är det första som arbetsgivaren håller igen på i ekonomiska bistra tider?

Här kommer en liten sammanfattning av mitt inlägg i diskussionen:

Har diabetesvården blivit bättre med Nationell kunskapsstyrning och produktionen av Nationella kliniska kunskapsstöd?

Inte om man följer resultaten över tid i NDR, vi har fortfarande stora skillnader mellan regionerna men även inom regionerna och dessa skillnader har inte minskat, trots kunskapsstyrningen. Det har publicerats sex kunskapsstöd på 1177 för vårdgivare, dessa innehåller vissa motsägelsefulla råd och riktlinjer, hänvisar till länkar som inte finns och till våra Nationella riktlinjer som nästan är 10 år gamla. Vi som arbetar med diabetes och har lång erfarenhet kan värdera dessa, men våra nya kollegor och de under utbildning, hur ska de göra?



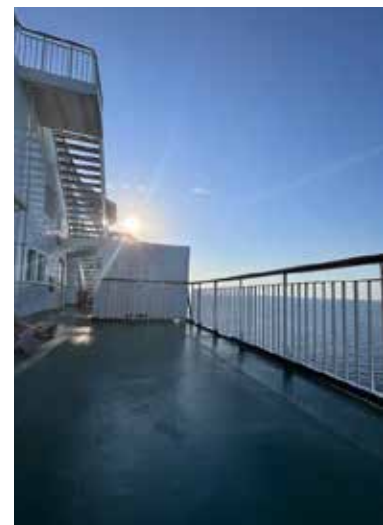
Bild från platsen där vårt seminarium hölls, Södra kyrkogatan vid Stora torget



Agneta Lindberg under vårt seminarium



Boel Mörck, Peter Adolfsson, Thomas Magnusson



Färjan från Visby mot Oskarshamn

Vi behöver en Nationell samordning inom diabetesvården!

Trots att det är 2024 fokuseras fortfarande på produktion inom vården – vi arbetar inte med Volvobilar utan människor! Ett personcentrerat förhållningssätt måste genomsyra hela organisationen från politiken, till tjänstemännen till de närmsta cheferna för att ”vi på golvet” skall kunna ha ett personcentrerat förhållningssätt gentemot personerna med diabetes. Vem ser mig och vad jag behöver för påfyllning av kunskap för att kunna erbjuda bästa möjliga vård? Vi behöver bli sedda av cheferna och Regionerna behöver ta sitt ansvar i utbildnings/fortbildningsfrågan först då kan resultaten i kvalitetsregistren och patienternas upplevelse av vården förbättras!

Ordförande i SFD Jarl Hellman deltog via länk och hans synpunkter handlade mest om vikten av fortbildning

Andra som deltog i paneldebatten var:
Björn Ehlin, ordförande, Svenska Diabetesförbundet
Olivia Wigzell, generaldirektör, Socialstyrelsen
Mats Bojestig, ordförande, styrgrupp nationellt

system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård
Edvin Bernhardsson, politiskt sakkunnig hos sjukvårdsministern, (KD)

Seminarier modererades av Jonas Vikman.

Slutorden från panelen var – kunskapsstöden behöver synkas, behövs det en nationell samordning förutom kunskapsstyrningen?

Som representant för SFSD ser jag fram emot en fortsättning.



Agneta Lindberg

EN ANNORLUNDA RAPPORT FRÅN ÅRETS DIABETESLÄGER I SKÅNE



Korvgrillning på kvällen



På väg ut på paddling



Agneta och Tore

Som vanligt har jag och min ”vapendragare” Tore Vigård, diabetesläkare på barn i Malmö, klarat av årets läger. Planeringen börjar redan på hösten med utskick till alla barndiabetesmottagningar i Skåne om att alla barn med diabetes som vill kan lämna intresseanmälan att delta på lägret. Därefter börjar proceduren att hitta lämpliga ledare, många återkommer år från år men i takt med att de får sambo, gifter sig, skaffar barn eller flyttar så behövs hela tiden ny rekrytering av lämpliga personer. Så man kan säga att sommarläger kräver arbete året runt.

Trots allt arbete är det ändå något som gör att man år efter år fortsätter. Lägerverksamhet ger en hel del tillbaka när man ser barn bli självständiga och fixa saker de inte kunnat innan, en del skaffar vänner för livet och träffas även utanför verksamheten. Som diabetessjuksköterska blir du en fena på allt praktiskt som har med diabetesteknik att göra man lär sig hur det fungerar i verkliga livet och att se hur barnen och ledarna med diabetes löser problem i vardagen gör dig ödmjuk, allt kan hända och vissa saker fixas långt ifrån PM och riktlinjer.

I takt med att allt fler har avancerade hybrid closed loop system (AHCL) kan man invaggas i en falsk trygghet och tänka att tekniken löser allt. Men en sen kväll på läger tre med ungdomar 13-14 år kommer en av ledarna och påtalar lågt blodsocker och faller plötsligt ihop i en hypoglykemi med kramper och medvetslöshet som följd. Glucagon blandas och sprutas men det tar ett tag innan vederbörande vaknar till liv igen. Då kan man ställa sig frågan – hur kunde det hända? Hen har en 780G pump som ju är tillförlitlig – men sensorn hade lagt av på morgonen och hen hade inte haft tid att sätta en ny, under dagen hade vi varit ganska aktiva och hen hade fyllt på med för lite kolhydrater och pumpen hade gått i manuellt läge. Vid sådana här händelser är det viktigt att göra en analys av händelseförloppet och se om det hade gått att undvika. Trots alla hjälpmedel och teknik så får vi aldrig glömma att diabetes är en allvarlig sjukdom och kan få katastrofala följder. I fallet ovan gick det bra och vederbörande är återställd. Tore och jag ligger i startgrupparna för nästa års lägerplanering.

*Vid datorsn
Agneta Lindberg*

PRESSRELEASE

LÄKEMEDELSBEHANDLING FRÅN OVÄLKOMMET TILL STÖDJANDE

Riktlinjer rekommenderar att patienter börjar med glukossänkande läkemedel redan i samband med typ 2-diabetesdiagnosen tillsammans med livsstilsförändringar. Tidigare rekommendationer möjliggjorde några månader med enbart livsstilsförändringar före införandet av läkemedel för att utvärdera effekten utan medicin. Påverkar den tidiga medicininsättningen patienternas förståelse och motivation för egna livsstilsförändringar?

Nyligen publicerades studien i "International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being". En fenomenografisk studie genomfördes och tre kvalitativt olika uppfattningar om att få glukossänkande läkemedel i samband diagnosen visades: "Läkemedel som något ovälskommet", "Läkemedel som stöd" och "Läkemedel som ett medel för att uppnå ett mål".

Slutsatser: Studien har identifierat olika perspektiv på patienternas förståelse av livsstilsförändringarnas roll för att hantera sin sjukdom. Patienterna genomgår en process, och perspektiven varierar, vilket ger en mer heltäckande och nyanserad förståelse. Det är därför inte lämpligt att tillämpa checklista enligt rutin. Ett personcentrerat förhållningssätt kan vara mer framgångsrikt vid behandling med glukossänkande läkemedel och livsstilsförändringar.

Läs mer:



Susanne Andersson
Docent i vårdvetenskap
FoU-strateg och innovationsledare Skaraborg
Sofia Dalemo
Spec. Allmänmedicin. Universitetslektor
Göteborgs Universitet

Diabetes Foot Screening

– Mät känslan för att säkerställa fotstatus

VibroSense Meter®II är ett instrument som ger tillförlitligt stöd för diagnostik av nervskador i diabetesfötter. Åtgärder och behandling kan sättas in tidigt för att förebygga risken för allvarliga komplikationer.

Läs mer på www.vibrosense.com



DIABETES OCH TOBAK

Röker du? En relevant fråga som ofta ställs i mötet med patienter. I de flesta fall blir svaret nej, men inte alltid. Andelen rökare i Sverige är lågt och målet om mindre än fem procents dagligrökare till år 2025 ser ut att kunna uppnås. En effekt av ändrade attityder i befolkningen med stöd av en restriktiv tobakspolitik och ett målmedvetet arbete under lång tid för att minska användningen i befolkningen (www.folkhalsomyndigheten.se). Men det kvarstår stora skillnader mellan utbildningsgrupper och inkomstnivåer.

Att röka påverkar alla kroppens organ och ökar risken för flera sjukdomar främst cancer, hjärt-kärlsjukdom och lungsjukdomar. Rökning förvärrar också befintliga sjukdomar och försvagar effekten av många medicinska behandlingar.

Diabetes är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna i Europa. Enligt WHO kan 1 av 10 européer ha diabetes år 2045. Rökstopp är ett av de i särklass viktigaste målen inom diabetesvården eftersom rökning är förenad med stor risk för komplikationer och förtida död.

Rökning och diabetes i kombination har också identifierats som två stora kardiovaskulära riskfaktorer.¹

Rökning och snusning kan orsaka typ 2 diabetes. En riskökning med 70% för den som röker ett paket cigaretter alternativt snusar en dosa eller mer per dag. Ett samband som delvis kan förklaras av en överrisk för bukfetma hos rökare och snusare. Det påverkar insulinresistensen och minskar känsligheten för insulin vilket gör det svårare att få kontroll på blodssockret.²

Nikotin resulterar i en lätt förhöjd ämnesomsättning till följd av ökad insöndring av adrenalin och andra stresshormoner i kroppen. Det ökar risken för högt blodssocker och medför att hungern minskar. Många, men inte alla, går till följd av detta upp i vikt vid ett rökstopp. Men även ökat sug, behovet av att ha något i munnen och bättre lukt- och smaksinne bidrar. I genomsnitt fyra kilos viktökning ses det första året efter rökstopp. En ökad risk för storrökare (> 15 cig/dag), och som tycks gälla även för storsnusare som slutar. En

långtidsuppföljning av personer med diabetes (fyra år) visade dock att de efter rökstopp hade en minskad risk för kardiovaskulära händelser, detsamma som för patienter utan diabetes.

När det gäller kroniska komplikationer av diabetes är rökning en oberoende riskfaktor för dödlighet av alla orsaker hos båda könen.

Att sluta röka ger betydande fördelar när det gäller att hantera diabetesrelaterade komplikationer, då risken för hjärtinfarkt, ischemisk stroke och diabetisk neuropati avsevärt minskar. Detta understryker vikten av att erbjuda evidensbaserad information om fördelarna med ett rökstopp för personer med diabetes som röker.³

Hur ser rökares motiv ut för fortsatt riskbeteende? I intervjuer framkommer att pauser, lugn, belöning och vanor är kraftfulla faktorer för fortsatt rökning. Vanorna ses som det största hindret för att sluta röka.

I en studie där personer med en kronisk sjukdom (KOL) intervjuades framkom att vid rökstoppsförsök kan ett pressliknande tillstånd uppstå som påverkar negativt. En rädsla för att bli kritiserad av omgivningen (vänner, anhöriga, vårdpersonal) vid misslyckande. Den yttre motivationen kan vara viktig för att initialt komma i gång men för att bibehålla långsiktigheten och faktiskt åstadkomma förändring behöver man en inre, självbestämmande motivation.

För att vårdpersonal ska kunna skapa en individualiserad rökavvänjningsplan måste kunskap om rökarnas motivation för fortsatt rökning fördjupas.



Ett validerat bedömningsformulär (TTQ = trying to quit smoking) kan vägleda samtalet och öka förståelsen av hinder. Faktaruta 1. ⁴

Men tobaksbruk handlar i grunden om ett ofta livslångt och kostsamt nikotinberoende. De receptorer för nikotin som utvecklas vid rökningen kräver allt större doser och leder till toleransutveckling och ett kemiskt beroende. Tobaksavvänjning kan därför med fördel kombineras med farmakologisk behandling. Se Läkemedelslista. Det saknas vetenskapligt stöd för att rekommendera snus och nya nikotinprodukter för rökavvänjning. E-cigarett har i några studier visat en kortsiktig effekt. Men många använder dem parallellt med konventionella cigaretter vilket visat sig försvåra för människor att sluta röka.

Socialstyrelsens riktlinjer för prevention och behandling redovisar rekommenderade insatser i vården vid tobaksbruk. Nationellt vårdprogram vid ohälsosamma levnadsvanor prevention och behandling (1177.se) är ett stöd för vårdpersonal i att uppmärksamma, åtgärda och följa upp åtgärderna. ⁵

Rökavvänjning hör till sjukvårdens mest kostnadseffektiva behandlingar. Den ideella föreningen Sjuksköterskor mot Tobak sprider ökad kunskap och metoder i att förebygga och behandla tobaksberoende. Läs mer på www.sjukskoterskormottobak.com

REF.

1. Tramunt B, Rouland A, Durlach V, Vergès B, Thomas D, Berlin I, Clair C. *Smoking and Diabetes: Sex and Gender Aspects and Their Effect on Vascular Diseases.* *Can J Cardiol.* 2023 May;39(5):681-692.
2. Carlsson S, Andersson T, Araghi M et al. *Smokeless*

tobacco (snus) is associated with an increased risk of type 2 diabetes: results from five pooled cohorts, *Journal of Internal Medicine,* online 6 februari 2017, doi: 10.1111/joim.12592

3. Walicka M, Krysiński A, La Rosa GRM et al.

Influence of quitting smoking on diabetes-related complications: A scoping review with a systematic search strategy. *Diabetes Metab Syndr.* 2024

May;18(5):103044.

4. Lundh L, Hylander I, Törnkvist L. *The process of trying to quit smoking from the perspective of patients with chronic obstructive pulmonary disease.* *Scand J Caring Sci.* 2012 Sep;26(3):485-93

5. Post A. *Tobaksavvänjning inom psykiatin.* *Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin.* *Faktablad* 2019:7.

TTQ
(trying to quit smoking)
bedömningsformulär



TOBACCO RÖKFRITT
ENDGAME SVERIGE
2025

KÄNSLA AV PRESS

- ▶ Jag känner mig kritiserad för att jag inte slutar röka (av t.ex. anhöriga, vänner, sjukvårdspersonal)
- ▶ Jag kritiserar mig själv för att jag inte slutar röka.
- ▶ Jag tänker ständigt på att sluta röka.
- ▶ Jag känner mig misslyckad för att jag ännu inte lyckats sluta röka
- ▶ Jag vill helst inte visa att jag röker

PRESSLINDRANDE STRATEGIER SOM ÄR NEGATIVA

- ▶ Jag behöver inte sluta röka eftersom jag ändå inte kan bli bra
- ▶ Jag behöver inte sluta röka eftersom jag ändå är så gammal
- ▶ Jag behöver inte sluta röka, det räcker om jag drar ner antalet cigaretter
- ▶ Jag känner det inte meningsfullt att sluta röka

AMBIVALENTA TANKAR

- ▶ Jag saknar stöd och uppmuntran i mina försök att sluta röka från t.ex. anhöriga, vänner, sjukvårdspersonal
- ▶ Jag känner oro för hur min kropp kan reagera om jag slutar röka
- ▶ Jag känner mig tvungen att sluta röka
- ▶ Jag vill prova nya metoder och hjälpmedel för rökavvänjning
- ▶ Jag vill inte ha information om eventuella försämringar av min sjukdom

Läs mer:



Ann Post
Med.dr.
Distriktssköterska
Kanslichef Tobaksfakta – oberoende tankesmedja

PREVALENCE AND RISK FACTORS FOR DIABETIC RETINOPATHY AT DIAGNOSIS OF TYPE 2 DIABETES: AN OBSERVATIONAL STUDY OF 77681 PATIENTS FROM THE SWEDISH NATIONAL DIABETES REGISTRY

Diabetesretinopati (DR) är den vanligaste mikrovaskulära komplikationen vid diabetes (1). Hög blodglukos och förhöjda HbA1c-nivåer över tid är kritiska riskfaktorer för utveckling av DR (2-4).

Dessa förhöjda glukosnivåer uppstår ofta flera år innan diagnosen av typ 2-diabetes (T2D) ställs (5). Det svenska Nationella Diabetesregistret (NDR) visar att diabetesvården i Sverige har förbättrats avsevärt över tid (6). Oupptäckt hyperglykemi före diagnos är sannolikt minst lika skadlig som efter diagnos eftersom screeningprogram för komplikationer och preventiv behandling som t ex kolesterol- och blodtrycksbehandling inte då fokuseras (5). Studien syftade till att utvärdera förekomsten av DR vid nyupptäckt T2D i Sverige för att öka förståelsen i vilken grad T2D upptäcks i ett relativt sent skede. Vi undersökte också riskfaktorer associerade med DR.

Vi genomförde en registerbaserad studie. Från Nationella Diabetesregistret (NDR) inkluderade vi 138 888 vuxna med nydiagnostiserad T2D mellan 1 januari 2015 och 31 december 2019. Av dessa saknade 61 207 (44%) personer data om DR inom två år efter diagnos. Totalt återstod 77 681 (56 %) vuxna personer med T2D vilka inkluderades i huvudkohorten.

Vi beräknade prevalens av DR (simplex retinopati eller sämre) vid diagnos. Vi analyserade också följande patientkaraktäristika och riskfaktorer i relation till DR med logistisk regression: ålder, kön, rökning, HbA1c-nivå, BMI, blodtryck, utbildningsnivå, födelseregion, diabetesmediciner, njurkomplikationer och kardiovaskulära sjukdomar.

Patientegenskaperna var liknande mellan de som hade information avseende om DR förelåg (huvudkohorten) inom två år efter diagnos och de som inte hade det, utöver att HbA1c var något högre

hos de som hade information om DR. Medelåldern var cirka 62,7 år och 41% var kvinnor. De flesta var födda i Sverige (76%). Förekomsten av samsjuklighet som hjärtsjukdom och stroke var liknande mellan grupperna, Totalt hade 17,2% av patienterna DR vid diagnos av T2D.

Resultaten visade att DR var vanligare bland äldre personer och män jämfört med kvinnor. Andra faktorer som var förknippade med DR inkluderade lägre utbildningsnivå, tidigare stroke, kronisk njursjukdom, samt behandling med acetylsalicylsyra, ACE-hämmare och alfa-blockerare. DR var också mer vanligt bland individer födda i Asien och i europeiska länder utanför Sverige. Risken för DR ökade med högre systoliskt blodtryck (OR 1.33 för ≥ 140 mmHg jämfört med 110–119 mmHg, men minskade med högre BMI (OR 0.75 för BMI 30–34.9 kg/m² och OR 0.72 för BMI ≥ 35 kg/m² jämfört med 18.5–24.9 kg/m²). Rökning visade ingen signifikant association med DR.

Studien understryker behovet av att intensifiera screeningen för typ 2-diabetes i klinisk praxis i Sverige. Nästan en femtedel av personerna har retinopati vid diagnos vilket tyder på att de har haft högt blodsocker under en längre tid. Det finns ett behov av ytterligare forskning för att utveckla effektiva strategier och program som inte bara fokuserar på slumpmässig screening för T2D, utan också på en mer strukturerad screening för att identifiera sjukdomen tidigare. Detta är särskilt viktigt eftersom många individer kan ha förhöjda blodglukosnivåer före diagnosen och därför missar möjligheten att dra nytta av förebyggande åtgärder mot komplikationer.

Sofizadeh, S., Eeg-Olofsson, K., & Lind, M. (2024). Prevalence and risk factors for diabetic retinopathy at diagnosis of type 2 diabetes: an observational study of 77 681 patients from the Swedish National Diabetes Registry. *BMJ open diabetes research & care*, 12(3), e003976. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2023-003976>

Läs mer:



Sheyda Sofizadeh
diabetessjuksköterska
Närhälsan, Dalabergs Vårdcentral

TIPSRUTA

Grupputbildning

Här finns tips att använda bilder vid grupputbildning.

Finns på svenska och arabiska.

Läs mer:



Med i både nationella diabetes målsättningar och riktlinjer för kronisk njursjukdom^{1,2}

För dina patienter med typ 2-diabetes och kronisk njursjukdom (med albuminuri)



Minska progressionen av kronisk njursjukdom^{3a}



Minska risken för kardiovaskulära händelser (vilket primärt drevs av delmättet sjukhusinläggning för hjärtsvikt)^{3b}

a) Renalt utfallsmått terminal njursvikt, eGFR < 15 ml/min/1.73 m², minskning av eGFR minst 40%, eller renal död. HR (95% KI) 0,82 (0,73; 0,93) p = 0,0014.

b) Kardiovaskulärt utfallsmått: sammansättning av tid till första uppkomst av kardiovaskulär död, icke-fatal hjärtinfarkt, icke-fatal stroke, sjukhusinläggning för hjärtsvikt HR 0,87 (95% CI 0,76 - 0,98) 13% RRR, 2,1% ARR (95% CI 0,4 - 3,5) (efter 3,5 år). Effekten drevs primärt av delmättet sjukhusinläggning för hjärtsvikt^a.

Referens: 1. Nationellt vårdprogram för kronisk njursjukdom 2024 2. Svensk förening för diabetologi 2024: https://dagensdiabetes.se/images/filer_att_ladda_ner/DN_Mal_och_malsttningar_3_A5_2024_compressed.pdf 3. Kerendia SPC februari 2023 4. Pitt, B, et al; FIGARO-DKD Investigators. Cardiovascular Events with Finerenone in Kidney Disease and Type 2 Diabetes. *NEJM* 2021;385(24):2252-2263.

Kerendia (finerenon) är en ickesteroid, selektiv mineralokortikoidreceptorantagonist. ATC kod C03DA05, tablett 10 mg, 20 mg Rx (F). **Indikation:** Kerendia är avsett för behandling av kronisk njursjukdom (med albuminuri) associerad med typ 2-diabetes hos vuxna. För studieresultat avseende renala och kardiovaskulära händelser, se avsnitt 5.1 i SPC. **Subventioneras endast för behandling av kronisk njursjukdom (med albuminuri) associerad med typ 2-diabetes hos vuxna. Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Samtidig behandling med starka hämmare av CYP3A4. Addisons sjukdom. **Varningar och försiktighet:** Hyperkalemi har observerats hos patienter behandlade med finerenon. Vissa patienter löper högre risk att utveckla hyperkalemi. Riskfaktorer inkluderar lågt eGFR, högt serumkalium och tidigare episoder av hyperkalemi. Hos dessa patienter ska tätare kontroller övervägas. Om serumkalium är > 5,0 mmol/l ska behandling med finerenon inte initieras. Om serumkalium är > 4,8 till 5,0 mmol/l kan initering av behandling med finerenon övervägas med ytterligare kontroller av serumkalium under de första 4 veckorna baserat på patienttegenskaper och serumkaliumnivåer. Om serumkalium är > 5,5 mmol/l ska behandling med finerenon avbrytas. Risken för hyperkalemi kan också öka vid samtidig användning av läkemedel som kan öka serumkaliumnivåer. Behandling med finerenon ska inte initieras hos patienter med gravt nedsatt leverfunktion, eller vid gravt nedsatt njurfunktion (eGFR < 25 ml/min/1,73 m²). Användning vid graviditet och amning bör ej ske. Datum för senaste översynen av produktresumén feb 2023. Bayer AB. Box 606. 169 26 Solna. Tel. 08-580 223 00. För ytterligare information, pris samt före förskrivning vänligen läs produktresumé på www.fass.se

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning till Läkemedelsverket. MA-M_FIN-SE-0018-5

KOLHYDRATRÄKNING, EMPOWERMENT OCH GLUKOSKONTROLL HOS UNGDOMAR OCH UNGA VUXNA MED LÅNGVARAKTIG DIABETESDURATION

Sammanfattning av artikeln:

“Empowerment and Glycemic Outcomes in Adolescents and Young Adults with Long Duration of Type 1 Diabetes.”

Behandlingen vid diabetes typ 1 (T1D) är komplex och inkluderar bland annat insulindosering till varje måltid, och en kontinuerlig kontroll av glukosnivåer. För insulindosering rekommenderas avancerad kolhydraträkning (ACC). Vid ACC beräknas insulindos utifrån kolhydratsmängden i måltiden och eventuell korrigeringsdos för högt glukosvärde. Kolhydraträkning för beräkning av insulindos till måltider har använts vid diabetesbehandling sedan 1990-talet och anses bidra till att uppnå tillfredsställande glykemisk kontroll, samtidigt som den tillåter flexibilitet i matval. För barn och ungdomar är dessa dubbla egenskaper önskvärda och internationella riktlinjer rekommenderar ACC från diabetesdiagnos.

Vid T1D är kostkunskap, god egenvårdsförmåga och empowerment faktorer som har visat sig vara associerade med glykemisk kontroll (HbA1c). Empowerment kan beskrivas som ”En process eller ett resultat som uppstår genom kommunikation med sjukvården och en ömsesidig delning av information som rör sjukdom, vilket förstärker patientens känslor av kontroll, egenförmåga, coping-förmåga och förmåga att uppnå förändringar i deras tillstånd”

I denna studie utforskade vi ACC som standardbehandling och dess samband med glykemisk kontroll och empowerment hos ungdomar och unga vuxna med T1D.

Personer med debut av T1D mellan 2010 och 2013 (n = 364) på Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Stockholm, inbjöds att delta i studien. Period valdes eftersom ACC infördes som standardbehandling för alla nydiagnostiserade barn med T1D på Astrid Lindgrens barnsjukhus i januari 2012. Datainsamlingen inkluderade glykemisk kontroll (HbA1c),

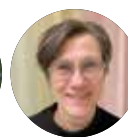
ett studiespecifikt frågeformulär om användning av ACC och The Gothenburg Young Persons Empowerment Scale (GYPES) för att mäta empowerment. Frågeformuläret besvarades av 111 deltagare, 10 – 28 år, med en diabetesduration mer än 9 år och ett medel-HbA1c på 55,4 mmol/mol.

Vi fann att de flesta deltagarna (79,3%) som lärt sig ACC, vid debut eller senare, fortsätter att använda metoden. En högre nivå av empowerment var associerad med lägre HbA1c (p=0,021), vilket gör empowerment till en viktig faktor för att uppnå optimal glykemisk nivå. Inga samband hittades mellan ACC och empowerment eller HbA1c. Ett viktigt bifynd var att de personer som använde en blandad strategi, (använder ACC ibland) vid insulindosering till måltider hade lägst nivå av empowerment och högre HbA1c. En blandad strategi borde därför motivera extra utbildning och stöd från diabetes-teamet för att förstärka doseringsstrategin.

Slutsatsen som kunde dras var att empowerment är en avgörande faktor för att nå tillfredsställande glukoskontroll. Avancerad kolhydraträkning som standardbehandlingsmetod bidrar till en tillfredsställande glukoskontroll. ACC är väl använd och accepterad, och bör läras ut vid diabetesdebut, i enlighet med gällande riktlinjer; det är dock aldrig för sent att börja.

Jelleryd E, Brorsson AL, Smart CE, Käck U, Lindholm Olinder A. Carbohydrate Counting, Empowerment and Glycemic Outcomes in Adolescents and Young Adults with Long Duration of Type 1 Diabetes. *Nutrients*. 2023 Nov 18;15(22):4825. doi: 10.3390/nu15224825. PMID: 38004219; PMCID: PMC10675281.

Läs mer:



Anna Olinder Lindholm, Docent
Karolinska Institutet och Uppsala Universitet
Anna Lena Brorsson, PhD
Karolinska Institutet och Astrid Lindgrens barnsjukhus

Contour next

System för blodsockerkontroll

Endast det bästa är bra nog för gravida med diabetes!



smartLIGHT®-funktionen
ger omedelbar återkoppling
på blodsockermätningarna.*



**Second-Chance®
-efterfyllnad** ger
patienterna 60 sekunder
att applicera mer blod
på samma sticka.**

- Kom igång direkt, utan inställningar.
- Personliga målintervaller som kan ställas in i mätaren.
- Medelvärden (7, 14, 30 eller 90 dagar), som kan läsas från mätarens minne.



Kan användas tillsammans
med den kostnadsfria
CONTOUR®DIABETES-appen
som är enkel och intuitiv.
Appen är kompatibel† både
med Android och iOS.

Ge dina patienter en CONTOUR®NEXT-mätare idag!

* Färgade lampor indikerar om mätresultatet är över, inom eller under patientens målintervall.

** Mätaren har en 60-sekunders nedräkning på skärmen så att man kan tillsätta mera blod på samma teststicka om det förstaprov inte räcker.

† Besök <http://compatibility.contourone.com/> för en lista över kompatibla enheter.

1. Minimikrav på noggrannhet enligt ISO15197:2013 standarden: enligt punkt 6.3, ska $\geq 95\%$ av de uppmätta värdena ligga inom $\pm 0,83$ mmol/L vid blodsockerkoncentrationer på $< 5,5$ mmol/L eller inom $\pm 15\%$ vid blodsockerkoncentrationer på $\geq 5,5$ mmol/L. En ad hoc-analys visade att 95% av resultaten låg inom felintervall $\pm 0,3$ mmol/L eller $\pm 5,3\%$ av laboratoriets referensvärden för glukoskoncentrationer på $< 5,5$ mmol/L respektive $\geq 5,5$ mmol/L. Metoden baserad på hexokinas (HK) (Cobas Integra 400 Plus; Roche Instrument Center, Rotkreuz, Schweiz).



Ascensia Diabetes Care AB
Gustav III Boulevard 34, plan 4
69 73 Solna
020 83 00 84 (knappval 2)
diabetes@ascensia.com



MÅTTLIG LÅGKOLHYDRATKOST SÄNKER MEDELGLUKOS HOS VUXNA MED TYP 1-DIABETES

Trots alla tekniska hjälpmedel som finns tillgängliga idag är det många personer som lever med typ 1-diabetes som inte når sina blodsockermål. Många experimenterar med olika typer av kost och det har varit populärt att minska andelen kolhydrater i kosten, att äta någon form av lågkolhydratkost, trots att det tidigare saknats evidens för fördelar- och nackdelar med denna typ av kost.

Få studier har tidigare undersökt effekten av att minska kolhydratmängden i kosten hos personer med typ 1-diabetes. De studier som redan utförts har varit små, icke-randomiserade eller observationsstudier, vilket gör det svårt att dra definitiva slutsatser från resultaten.

Syftet med den här studien var att undersöka hur en måttlig lågkolhydratkost, med särskilt fokus på en hälsosam sammansättning av kolhydrater och fett, påverkar blodsockerkontrollen. Dessutom utvärderades om den var säker att använda eller om det fanns någon påverkan på blodfetter, eller ökad risk för hypoglykemier eller ketoacidosis.

Studien var en randomiserad, multicenterstudie av typen crossover som genomfördes på fyra diabetesmottagningar i Sverige. Totalt inkluderades 54 vuxna individer med typ 1-diabetes och ett HbA1c >58 mmol/mol. Deltagarna fick testa en måttlig lågkolhydratkost där 30 procent av energin kom från kolhydrater, jämfört med traditionell kost med högre kolhydratinnehåll där 50 procent av energin kom från kolhydrater. Studien startade med en inledande period ("run-in"), varefter deltagarna randomiserades till att starta med antingen den måttliga lågkolhydratkosten eller den traditionella kosten under en period av 4 veckor. Efter detta följde en fyra veckor lång "wash-out" period, där deltagarna återgick till sin vanliga kost, innan de bytte till den andra kosten under ytterligare fyra veckor.

Blindad kontinuerlig glukosmätning (CGM) användes för att säkerställa att effekterna på glukoskontrollen mättes med samma system. Deltagarna använde också sina egna CGM-enheter som vanligt. Det primära utfallsmåttet var skillnaden i medelglukosnivå mellan de sista 14 dagarna av varje kostperiod. Sekundära utfallsmått inkluderade skillnader mellan kostperioderna för andra CGM-mätvärden, såsom tid inom målområdet (TIR), tid över målområdet (TAR), tid under målområdet (TBR), samt ketoner, blodfetter, blodtryck och vikt. Förekomsten av oförutsedda händelser, inklusive ketoacidosis och allvarliga hypoglykemier, övervakades noggrant vid varje kontakt med deltagarna.

Deltagarna kom på sex besök till kliniken totalt och följdes upp regelbundet via telefon under kostperioderna av dietist och diabetessjuksköterska. Kostintaget mättes genom att deltagarna fyllde i matdagböcker under fyra dagar under inledningsperioden och i slutet av varje kostperiod. Fysisk aktivitetsnivå, behandlingstillfredsställelse och hypoglykemirädsla mättes med formulär vid baseline och efter varje kostperiod.

I studien var båda kosterna planerade och individanpassade av dietister, med fokus på att båda skulle vara hälsosamma vad gäller fett- och kolhydratkvalitet. Kosterna innehöll främst omättade fetter, fullkorn, fiberrika kolhydratkällor, samt mycket grönsaker, nötter och baljväxter. Den störs-



Foto: Sofia Sterner Isaksson

ta skillnaden mellan kosterna var kolhydrat- och fettandelen, medan proteinandelen var likartad. Deltagarna uppmanades att inte ändra sin fysiska aktivitetsnivå mellan kostperioderna, och kosterna var beräknade för att hålla deltagarna viktstabla. Initialt fick deltagarna råd om hur de skulle justera sina insulindoser för att passa den nya kosten, men under de sista 14 dagarna av varje kostperiod justerade de doserna själva.

Studien som publicerats i *The Lancet Regional Health – Europé*, är den första lite större i sitt slag och visar att medelglukos sänktes med 0,6 mmol/l mer med måttlig lågkolhydratkost jämfört med traditionell kost ($p < 0,001$). Tid i målområdet (glukosvärden mellan 3,9–10 mmol/l) ökade med 4,7% (68 minuter/dygn), $p = 0,008$. Tid över målområdet (> 10 mmol/l) minskade med 5,9% (85 minuter per dygn), $p = 0,003$, mer med måttlig lågkolhydratkost

jämfört med traditionell kost. Behandlingstillfredsställelsen ökade med 1,4 poäng mer med måttlig lågkolhydratkost jämfört med traditionell ($p = 0,026$).

Inga negativa effekter observerades på blodtryck, blodfetter eller risken för ketoacidosis. Ketonnivåerna var stabila och inga höga ketonvärden noterades. Medelvärdet för ketoner var 0,17 (SD 0,14) mmol/l under traditionell kost och 0,18 (SD 0,13) mmol/l under måttlig lågkolhydratkost ($p = 0,002$). Det fanns ingen signifikant skillnad i tid i hypoglykemi eller glukosvariabilitetsmått som CV och MAGE mellan kostperioderna. Ingen skillnad i vikt, fysisk aktivitetsnivå eller hypoglykemirädsla observerades heller mellan kostperioderna.

Matdagböckerna visade att deltagarna vid studiens start hade ett genomsnittligt intag på 40 energiprocent (200g) kolhydrater per dag. Under den mått-

FORSKNING

liga lågkolhydratfasen sjönk detta till 34 energiprocent (155g), medan det under den traditionella kostfasen låg på 41 energiprocent (187g) kolhydrater per dag.

Resultaten av studien visar att en måttlig lågkolhydratkost ger en något bättre glukoskontroll än en traditionell kost med högre kolhydratinnehåll, utan att orsaka några negativa effekter. Eftersom individer har olika livsstilar och matpreferenser är det viktigt att varje person får möjlighet att hitta en individuell kost som passar dem och som är säker. Vi noterade också att deltagarna hade ett lägre genomsnittligt kolhydratintag vid studiestart än rekommenderat, och att de inte fullt ut nådde de planerade 30 respektive 50 energiprocenten. Trots detta observerades skillnader mellan grupperna.

Sammanfattningsvis visar studien att för vuxna med typ 1-diabetes som behöver sänka sina glukosnivåer, kan en måttlig lågkolhydratkost vara ett bra alternativ. Det är dock viktigt att vårdgivare kan erbjuda stöd och uppföljning vid kostförändringar, med särskilt fokus på kvaliteten på fett och kolhydrater i kosten. Det är också viktigt att inte sänka kolhydratmängden för mycket, så att kosten förblir säker.

Läs mer:



Foto: Malin Arnesson

Sofia Sterner Isaksson
Dietist
Göteborgs Universitet

PODD-tips

Det finns många Poddar som är värt att lyssna på. Gå in och titta där poddar finns. Här kan du söka på diabetes.

typ2podden – att leva med diabetes. Janeth Leksell och Anna- Karin Andersson samtalar om att leva med diabetes. Flera olika avsnitt som du kan rekommendera dina patienter att lyssna på.

Nära Vård har nyligen lanserat ett avsnitt som handlar om att vara ung och att leva med en kronisk sjukdom samt om transitionen från barn till vuxenvården. Hur kan vi säkra en trygg och personcentrerad vård i övergången mellan barn och vuxenvård? Vi behöver ha verktyg till alla, så att man kan leva det liv man vill, även om man är sjuk.

Lyssna till Tintin Forssbergs och Elin Cederbrandts erfarenheter med att leva med diabetes, av sjukvården och egenvården. Om utmaningar och om hur vården kanske behöver utvecklas.

Här är några citat från intervjun som var tänkvärda:

- Sjukdomen ska inte begränsa mig
- Livet är inte över
- Sjuksköterskan var involverad i mitt liv
- Tryggare att veta att de bryr sig
- Jag vill bli sedd som en hel människa
- Förstod inte varför vissa saker ska göras.

Besöket var inte till för mig, det är till för registret

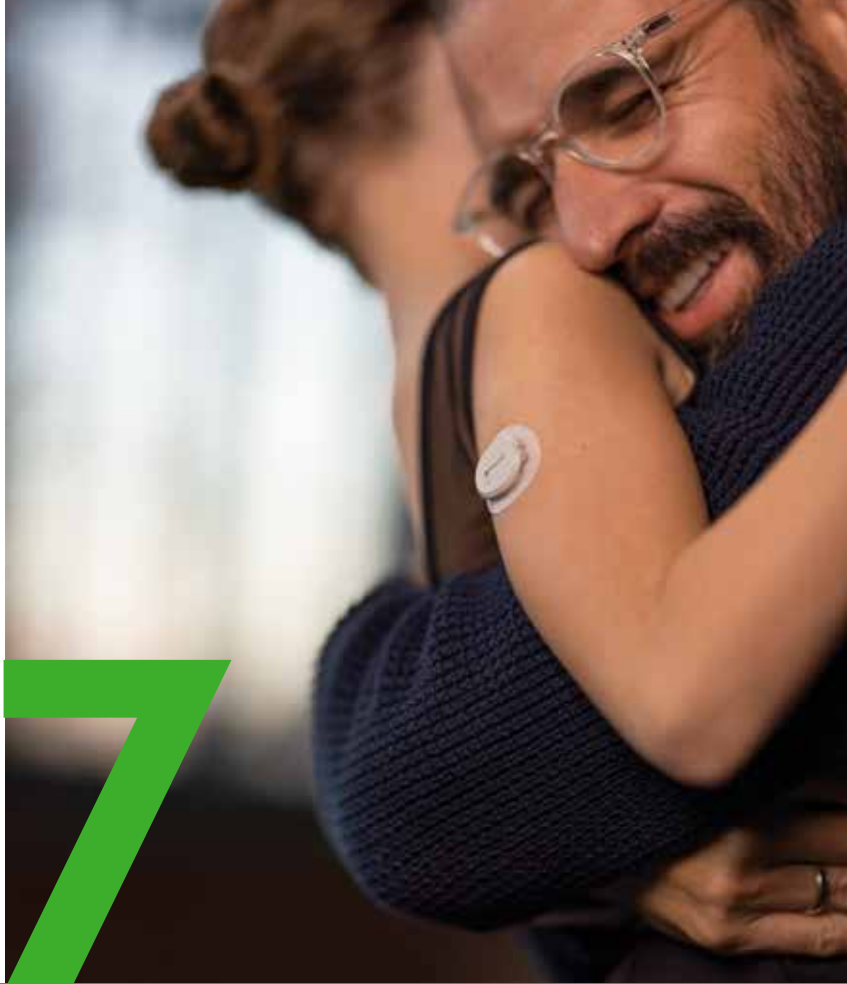
- Stirra ej på siffrorna enbart

// Kaija Seiboldt

Dexcom G7

vår minsta, smartaste
och mest exakta sensor
någonsin*

G7



- Bättre mätnoggrannhet jämfört med G6
- <30 min uppvärmningstid
- Kalibreringsfri men med möjlighet till kalibrering
- Allt-i-ett sensor
- Clarity och TIR direkt i appen
- Nya varningar för ännu större individuell anpassning
- 12 timmars flextid (extra tid före byte av sensor)

Läs mer på: diabetesinfucare.com | makingdiabeteseasier.se | facebook.com/MakingDiabetesEasierSverige | @makingdiabeteseasier_se



NordicInfu Care AB (Distributör)
Box 14026 · 167 14 Bromma, telefon 08-601 24 40 · www.infucare.com

Tillverkare för Dexcom: Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA. dexcom.com

*Jämfört med tidigare generationer av Dexcom



DIA.SE.337-01-MAR2023



VILKA FOTKRÄMER REKOMMENDERAS AV SJUKSKÖTERSKOR I SKÅNE?

Bakgrund: Internationella (1) och nationella (2) riktlinjer anger att patienter med diabetes som har torra fötter ska smörja regelbundet med mjukgörande kräm. Däremot saknas information om detta i Vårdhandboken (3). Det saknas dessutom vetenskapliga studier som utvärderat vilken fotkräm som är bäst för personer med diabetes och torra fötter.

Vi identifierade nyligen en mindre studie från Spanien (4). De utvärderade effekten av fotkräm med karbamid som finns att köpa i dagligvaruhandeln. Studiegruppen bestod av 10 patienter med diabetes och torra fötter. Deras studie visade att förhårdnader och andra mindre hudförändringar hade förbättrats efter några veckors behandling på 19 av 20 fötter. Frågan är dock vilken typ av fotkräm som är förstahandsvalet och varför sjuksköterskor rekommenderar dessa krämer. Därför som en del i Malmö universitets projekt Skin and Wound Care vill vi undersöka vilken typ av fotkräm som rekommenderas av sjuksköterskor till patienter med diabetes och torra fötter, och vilken typ av fotkräm som används på mottagningarna.

METOD

En digital enkät med frågor som utvecklats specifikt för ändamålet skickades 2022 ut till 542 identifierade sjuksköterskor som arbetar med patienter som har diabetes i primärvården, på sjukhusen och i kommunerna i Skåne. Tre påminnelser skickades ut och enkäten besvarades av totalt 60 sjuksköterskor (11%). Bland respondenterna var 16 distriktssköterskor, 8 hade andra specialistsjuksköterskeexamen, och

15 uppgav att de var diabetessjuksköterska (flera svarsalternativ var möjliga). Medianåldern på de som svarade var 49 år med en spridning på 27-63 år. De hade tillsammans i median 7 (0-32) års erfarenhet av att arbeta i diabetesvården och 34 sjuksköterskor uppgav att de arbetade i kommunen eller på särskilt boende medan 22 arbetade på vårdcentral och 2 på sjukhus (58 svarade).

I enkäten ställdes de övergripande frågorna: Vilka hudvårdsprodukter används vid din arbetsplats för att behandla fötter på personer med diabetes? och Vilka hudvårdsprodukter rekommenderar du patienten att använda hemma?

RESULTAT

Sammanställningen visade att fotkrämer med karbamid var mest vanlig att använda på arbetsplatsen och också den typ av kräm som sjuksköterskorna rekommenderade till sina patienter att använda. Näst vanligast var krämer med glycerol som aktiv substans, följt av fotkrämer med glykol. Sju av sjuksköterskorna använde inga fotkrämer alls på mottagningen och fyra rekommenderade inte någon fotkräm till sina patienter.

Tabell 1: Använda och rekommenderade fotkrämer

Fotkräm	Använd på arbetsplatsen	Rekommenderad till patient
Karbamid	52 (86%)	41 (68%)
Glycerol	14 (23%)	17 (28%)
Glykol	4 (6%)	0
Övriga	6 (10%)	7 (11%)
Ej angivna märken	13 (21%)	21 (35%)
Inget	7 (11%)	4 (6%)

På frågan om hur sjuksköterskorna följde upp effekten av fotkrämerna (56 svarade) så var det vanligaste svaret att de följde upp det vid nästkommande besök eller genom återkoppling från undersköterskor eller vårdbiträden i de fall patienterna hade hemsjukvård eller bodde på särskilt boende. Ingen av sjuksköterskorna uppgav att de använde något systematiskt bedömningsinstrument för att bedöma graden av torrhet på fötterna och därigenom eventuell effekt av fotkrämen. För att bedöma graden av torrhet användes egen klinisk bedömning, där sjuksköterskan med sin blick och sina händer (och ibland med sin näsa) bedömde fotstatus. Några uppgav att de även kontaktade fotvårdsspecialist för bedömningen. Det framgick inte av svaren hur undersköterskor eller vårdbiträden bedömde graden av torrhet på patientens fötter.

Femtiosju av sjuksköterskorna berättade om vilka egenvårdsråd de ger patienterna och 49 (81%) av dessa uppgav att de uppmanade patienterna (eller undersköterskor/vårdbiträden) att smörja fötterna. Tolv (20%) sjuksköterskor uppmanade patienterna att gå till fotvårdare, helst en med diabeteskompetens.

Sjuksköterskorna gav också råden att använda hudvårdsprodukter som inte var starkt parfymade och att patientens ekonomi fick styra valet av hudvårdsprodukt. Övriga produkter för förebyggande fotvård som sjuksköterskorna rekommenderade var nagelklippare, mjuka bomullsstrumpor, sköna bekväma inneskor, mild tvål, rena strumpor och välsittande skor. Rådfråga fotvårdsspecialist eller på apoteket föreslogs också. Fyra (6%) sjuksköter-

skor uppgav inga andra rekommendationer än att patienterna ska använda fotkräm utan att nämna någon specifik produkt.

DISKUSSION

Då det är viktigt att skydda hudens barriär är förebyggande fotvård en omvårdnadsåtgärd som många sjuksköterskor ägnar sig åt. Både genom undervisning av patienter, anhöriga och vårdpersonal. Vår studie visade att de sjuksköterskor som besvarat enkäten i första hand använde karbamidbaserade fotkrämer och glycerolbaserade i andra hand. Det saknas för närvarande evidens för vilken typ av produkt som har bäst effekt på torra fötter hos personer med diabetes. Därför genomför Institutionen för Vårdvetenskap och Institutionen för Biomedicinsk vetenskap vid Malmö universitet tillsammans en randomiserad kontrollerad studie för att undersöka just detta. Sjuksköterskorna i enkäten uppgav att de bedömde effekten av den utförda eller rekommenderade behandlingen vid nästa besök. Det kan dock dröja länge mellan vissa patientbesök, vilket försvårar en systematisk uppföljning. Ingen av sjuksköterskorna bedömde graden av torrhet med något validerat instrument trots att det finns verktyg som är relativt enkla att använda. Ett exempel på instrument som kan användas kliniskt för bedömning av graden av torrhet är Xerosis Severity skalan¹. Graden av torrhet bedöms med en 7-gradig (från 0-6) skala och delas in i klassificeringarna "Mild, Moderat och Svår" torrhet.

En tidigare studie har visat att apoteken i Sverige inte ger de egenvårdsråd som personer med diabetes efterfrågar avseende behandling av torra fötter (5). Sjuksköterskor i diabetesvården behöver systematiskt bedöma och följa upp hudstatus hos alla sina patienter med diabetes. De rekommenderar olika former av hudvårdsprodukter för förebyggande fotvård där produkter innehållande Karbamid är vanligast. De saknar idag verktyg för bedömning av hudens torrhetsgrad och därav förlitar de sig på sin kliniska erfarenhet. Dessutom bör sjuksköterskor använda och rekommendera produkter som har utvärderats med vetenskaplig metod, men då detta

FORSKNING

saknas i dagsläget finns ett behov av fler studier för att veta vilken fotkräm som passar bäst till vilken patient.

Författare: Anna Ericsson

Anna Ericsson ¹, Christine Kumlien ^{1,2}, Victoria Lazer ¹ och Magdalena Annersten Gershater ¹

¹Malmö universitet, Fakulteten för Hälsa och samhälle, Institutionen för vårdvetenskap.

²Skånes universitetssjukhus, Malmö

Verksamhetsområde Thorax och kärl, Kärlenheten

REFERENSER

1. Schaper NC, van Netten JJ, Apelqvist J, et al. Practical guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease (IWGDF 2023 update). *Diabetes Metab Res Rev*. 2024;e3657. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3657>

2. Nationellt programområde endokrina sjukdomar (2023) Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Diabetes med hög risk för fotsår. https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se/globalassets/nkk/media/dokument/kunskapsstod/vardforlopp/diabetes_med_hogrisk_for_fotsar_personcentrerat-och-sammanhallet-vardforlopp.pdf

3. Vårdhandboken (accessed 2024-04-26) <https://www.vardhandboken.se/vard-och-behandling/hud-och-sar/sarbehandling/fotsar-hos-personer-med-diabetes/>

4. Tejeda Ramírez S, Tardáguila-García A, López-Moral M, Sanz-Corbalán I, García-Madrid M, Lázaro-Martínez JL. Randomized Double-blind Cost-effectiveness Comparison of Two 10% Urea Creams in Patients with Diabetic Foot Syndrome. *Adv Skin Wound Care*. 2024 May 1;37(5):1-7. doi: 10.1097/ASW.000000000000141. PMID: 38648245.

5. Hellstrand Tang U, Scandurra I, Sundberg L, Annersten Gershater M, Züchner R. Patients' Expectations of Evidence-Based Service at the Pharmacy Regarding Information on Self-Care of the Feet for Persons with Diabetes at Risk of Developing Foot Ulcers - A Cross-Sectional Observational Study in Sweden. *Patient Prefer Adherence*. 2023 Dec 27;17:3557-3576. doi: 10.2147/PPA.S435632. PMID: 38169667; PMCID: PMC10758569.



Från vänster: Anna Ericsson, Christine Kumlien, Victoria Lazer, Magdalena Annersten
Foto: Norekofoto

LIVSMEDELSVERKET SKA UNDER 2025 UPPDATERA KOSTRÅDEN

Livsmedelsverkets förslag på de nya råden, ska nu på remiss till bland annat forskare och myndigheter och detta kommer att presenteras i början av 2025.

De nya kostråden innebär bland annat att vi bör äta mindre rött kött från nöt, gris, får och vilt för mer hälsosamma levnadsvanor. Rekommendationen sänks till 350 gram i veckan, från tidigare 500 gram. Bara en liten del bör vara charkprodukter som skinka, salami och korv. Mängden grönsaker, frukt och bär bör vara minst 500 gram om dagen, precis som tidigare, men at vi nu bör lägga till baljväxter som bönor, ärtor och linser. De innehåller protein, fibrer, järn och andra mineraler och vitaminer.

Enligt nya kostråden möjliggör hälsosamma levnadsvanor och kan minska risken för kranskärslsjukdom, stroke, cancer eller typ 2-diabetes ytterligare.

FAKTA

Livsmedelsverkets kostråd i korthet (läs mer: www.livsmedelsverket.se)

- Ät minst 500 gram grönsaker, frukt och bär om dagen.
- Ät baljväxter som bönor, ärtor och linser ofta.
- högst 350 gram rött kött i veckan
- Välj rapsolja eller andra nyckelhålmärkta matfetter.
- Ät mer fullkorn
- 20–30 gram nötter om dagen. Fröer kan också ingå i kosten.
- magra, osötade mejeriprodukter
- fisk 2–3 gånger i veckan
- Begränsa konsumtionen av sötsaker
- högst 6 gram salt om dagen
- Begränsa alkoholintag



Glukosmätning du kan lita på

- + Enkel att använda med basfunktioner såsom hög- och lågvarningar
- + Tillförlitliga glukosvärden för säkra behandlingsbeslut
- + För personer med typ 1-diabetes som inte har behov av en smart-CGM samt för personer med typ 2-diabetes



dexcom one+

ATT STÖTTA EGENVÅRD HOS MIGRANTER MED TYP 2 DIABETES

Hur optimerar vi egenvården hos immigranter med typ2 diabetes? Vilket behov och kunskap behövs hos både hälso-sjukvårdspersonalen och personer med diabetes för att möjliggöra detta?



Personen på bilden har inget med artikeln att göra men har gett tillstånd till publikation av bilden.

Det övergripande **syftet med min avhandling** var att inhämta kunskap som kan bidra till att optimera stöd av egenvård hos migranter med typ 2 diabetes då Diabetes Mellitus (DM), särskilt typ 2 diabetes, är ett växande globalt hälsoproblem, med en prevalens som förutspås uppgå till 783 miljoner år 2045. Typ 2 diabetes leder ofta till personligt lidande och egenvård är den viktigaste hörnstenen i behandlingen, där kunskap och patientutbildning är en förutsättning för adekvat

egenvård. Den svenska hälso- och sjukvården följer diabetesvårdens nationella riktlinjer gällande undervisning och diabetesvård, men det har framförts kritik på bristande kulturell anpassning för migranter, särskilt eftersom kulturellt anpassad patientutbildning påvisar förbättrade resultat gällande kunskap om sjukdomen och glykemisk kontroll. Prevalensen av typ 2 diabetes hos migranter i Europa utgör stora utmaningar, med kulturella och språkliga barriärer som kan påverka migranter hälsa och forskning visar att migranter löper större risk för bristande kunskap om sin sjukdom och dålig glykemisk kontroll jämfört med den infödda befolkning.

I min avhandling studerar jag hälsorelaterat beteende med fokus **på patientens egenvård, patientens kompetens gällande diabetes samt kulturell kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal.**

Egenvård definieras som en dynamisk process som kräver kompetens, och som är baserad på kunskap, färdigheter, attityder och personliga egenskaper. Även kultur spelar en avgörande roll när det gäller att utföra egenvård och påverkar även föreställningar om hälsa och sjukdom. Kulturell kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal är av största vikt för att tillhandahålla kulturellt anpassad vård och inkluderar förståelse av hur kultur påverkar individer och hur vårdstrategier behöver modifieras därefter.

Detta genomförs metodmässigt genom att i den första studien jämföra migranter och svenskfödda personer diagnostiserade med typ 2 diabetes, för att undersöka om det finns skillnader i kunskap om diabetes och glykemisk kontroll samt undersöka bestämningsfaktorer för kunskap om diabetes.

I den andra studien beskrivs kulturell kompetens hos primärvårdspersonal som arbetar inom diabetesvården samt relaterade faktorer som kan påverka kulturell kompetens. I min tredje studie beskrivs processen där vi utvecklar ett kulturellt anpassat verktyg för att stötta egenvård hos migranter med typ 2 diabetes. Slutprodukten blir en kulturellt anpassad webbsida med information om diabetes och egenvård på arabiska. Webbsidan är mobilanpassad och kan således användas på dator, mobil eller annan teknisk enhet. I den fjärde studien utvärderas webbsidan genom att såväl patienter som vårdpersonal får testa den mobilanpassade webbsidan och därefter utvärdera dess genförbarhet. Avhandlingens fyra studier, har genomförts med kvantitativ eller kvalitativ metod, där två var tvärsnittsstudier, en var en medskapande studie och en var genomförbarhetsstudie.

Avhandlingens resultat indikerar en betydande lucka i kompetens, i form av låg kunskap om diabetes och bristande glykemisk kontroll, hos migranter med typ 2 diabetes, särskilt hos personer som var födda i Mellanöstern. Avhandlingen betonar också hur kulturella faktorer påverkar egenvård, och belyser således behovet av kulturell kompetens hos hälso- och sjukvårdspersonal i deras arbete med patienter med annan kulturell bakgrund än majoritetsbefolkningen. En betydande andel av hälso- och sjukvårdspersonalen upplevde sig själva som öppna och medvetna om patienters' kulturella bakgrund, men upplevde bristande organisatoriskt stöd från arbetsplatsen för att förbättra sin kulturella kompetens. I utvecklingen av ett kulturellt lämpligt verktyg, för att stötta egenvården hos migranter med typ 2 diabetes, uttryckte såväl patienter som hälso- och sjukvårdspersonal en önskan om förbättrad kompetens hos migranter med typ 2 diabetes. Ett verktyg som ger kulturellt anpassad information om diabetes och diabetesvård, bland annat på patientens eget språk var något som både patienter och hälso- och sjukvårdspersonal önskade. En prototyp av en kulturellt anpassad digital plattform utvecklades i syfte att förbättra patienters kompe-

tens och därmed stötta egenvården hos migranter med typ 2 diabetes. Den digitala webbsidan utvecklades därefter till en mobilanvändarvänlig webbsida som patienter och hälsosjukvårdspersonal fick testa och utvärdera. Såväl patienter som hälso- och sjukvårdspersonal upplevde webbsidan kulturellt anpassad med information på lagom enkel nivå och på patientens eget språk (Arabiska) samt att informationen presenterades på flera olika sätt, såsom i skrift, bilder, videos och ljudfilmer och är på så vis tillgänglig även för de som inte kan läsa. Vidare uttryckte deltagarna att den planerade strategin för implementering ansågs rimlig och att webbsidan i hög utsträckning ansågs passa in som ett kompletterande kulturellt anpassat verktyg i befintlig infrastruktur inom primärvården.

Avhandlingens slutsats är att det finns utsatta grupper i samhället såsom migranter födda i Mellanöstern, med typ 2 diabetes. Denna avhandling belyser vikten av hur patientens kompetens och kultur samt hälso- och sjukvårdspersonalens kulturella kompetens påverkar patienters egenvård. Utvecklingen av ett kulturellt anpassat verktyg, såsom en webbsida, föreslås som ett kompletterande verktyg att förbättra patientens kompetens och egenvård samt för att stötta och underlätta för hälso- och sjukvårdspersonal att leverera kulturellt kompetent vård.

Läs mer:



Sara Pettersson
PhD, Linköpings universitet

FYSISK AKTIVITET, LIVSKVALITET OCH KARDIOVASKULÄR SJUKDOM VID TYP 2 DIABETES



Foto: Region Stockholm

BAKGRUND

Typ 2 diabetes och kardiovaskulär sjukdom delar flera egenskaper, inklusive riskfaktorer. Båda har en genetisk predisposition som verkar tillsammans med miljöfaktorer i utvecklingen av sjukdomen. Kardiovaskulär sjukdom är den främsta orsaken till sjuklighet och dödlighet i diabetespopulationen (1). En diabetesdiagnos innebär i genomsnitt en 2 till 4 gånger ökad risk för makrovaskulära händelser såsom hjärtinfarkt och stroke (2), som också är den vanligaste orsaken till förkortad livslängd (3).

Livsstil eller levnadsvanor är paraplybegrepp för hur vi lever vårt liv, vilka i sin tur påverkar vår hälsa. Den modifierbara levnadsvanan fysisk inaktivitet är en känd riskfaktor för typ 2 diabetes och kardiovaskulär sjuklighet och i förlängningen förtidig död (4, 5). Därför är fysisk aktivitet en hörnsten i både primär och sekundär sjukdomsprevention. Att uppmuntra och stödja patienter i egenvård rörande levnadsvanor är dock en utmaning för vårdgivaren (6).

Typ 2 diabetes är idag en allt vanligare folksjukdom, där god kontroll innebär mycket arbete och resurser både av hälso- och sjukvården och av patienten själv. Behandlingen syftar främst till att minska risken för komplikationer, såsom kardiovaskulära komplikationer och att förbättra livskvaliteten. Nyligen försvarade Madeleine Hummel, ST-läkare i Allmänmedicin, avhandlingen ”Diabetes, cardiovascular events, and lifestyle – from epidemiology to clinic”.

Hypertoni är en av de starkaste riskfaktorerna för kardiovaskulär sjukdom och en vanlig följsjukdom hos personer med typ 2 diabetes. Optimering av kardiovaskulär riskfaktorkontroll, inklusive blodtryck, är ett av de viktigaste behandlingsmålen hos personer med typ 2 diabetes. Idag står nästan 80% av alla personer med typ 2 diabetes i Sverige på blodtryckssänkande läkemedel (7).

Med ökande förekomst av typ 2 diabetes och begränsade resurser inom hälso- och sjukvården, behövs nya lösningar för att stödja patienter i egenvård mot hälsosammare levnadsvanor och riskfaktorkontroll. Evidensbaserade och validerade eHälsa/mHälsa-lösningar kan vara ett sätt för att minska gapet mellan klinikbaserad vård och hembaserad egenvård.

Doktorsavhandlingen omfattar studier som undersökt effekten av en mHälsa-intervention som främjar fysisk aktivitet hos personer med typ 2 diabetes, validering av två automatiska blodtrycksmätare för hemmätning och en studie

som undersöker associationen mellan fysisk aktivitet och risken för hjärtinfarkt och stroke.

STUDIE 1.

TOTAL FYSISK AKTIVITET RESPEKTIVE FYSISK AKTIVITET PÅ FRITIDEN OCH RISK FÖR HJÄRT-INFARKT OCH STROKE

Fysisk inaktivitet och låg fysisk aktivitet anses av WHO vara den fjärde viktigaste riskfaktorn för sjukdom (8), och bedöms vara ansvariga för 3,2 miljoner dödsfall globalt varje år (9). Baserat på självrapporterade data uppfyller två av tre vuxna i Sverige rekommendation om fysisk aktivitet (10), men vid objektiva mätningarna har denna siffra visat sig endast vara 7% (11). De flesta studier på fysisk aktivitet har fokuserat på en typ av fysisk aktivitet som t.ex. träning/fysisk aktivitet på fritiden, och därmed inte givit en övergripande bild av fysisk aktivitet som total fysisk aktivitet över dygnet. Få studier har dessutom undersökt förhållandet hos män och kvinnor separat.

Syftet med studie I var att studera sambandet mellan total fysisk aktivitet och fysisk aktivitet på fritiden, och risken för stroke och hjärtinfarkt hos kvinnor och män. Studien baserades på den populationsbaserade prospektiva kohortstudien Riksmarschen (12), med länkning till nationella register. Totalt följdes 31 580 individer från 1997 till 2016. Total fysisk aktivitet respektive fysisk aktivitet på fritiden självrapporterades av deltagarna i en validerad enkät vid studiestart och hjärtinfarkt och stroke hämtades från Patientregistret och Dödsorsaksregistret. Den fysiska aktiviteten kategoriserades i tertiler: ”låg”, ”medel”, och ”hög”, för kvinnor respektive män. Den fysiska aktivitetens association till utfallen skattades genom överlevnadsanalys med Cox-regression.

I studien fann man en 22 % lägre risk för hjärtinfarkt hos kvinnor i den högsta tertilen av total fysisk aktivitet jämfört med den lägsta tertilen (Hazard Ratio (HR): 0,78; 95 % Konfidensintervall (KI): 0,63–0,97). Män i den högsta tertilen av fysisk aktivitet på fritiden hade en lägre risk för

hjärtinfarkt (HR: 0,78; 95 % KI: 0,62–0,98) och en lägre risk för stroke (HR: 0,78; 95 % KI: 0,61–0,99) jämfört med män i den lägsta tertilen.



Foto: Region Stockholm

STUDIE 2 OCH 3.

EN SMARTPHONE-APP FÖR FYSISK AKTIVITET HOS PERSONER MED TYP 2 DIABETES LEDDE TILL BÄTTRE HÄLSORELATERAD LIVSKVALITET

Fysisk aktivitet har gynnsamma effekter på glykemisk kontroll och är känd för att minska risken för flera kardiovaskulära riskfaktorer (13). Därutöver kan fysisk aktivitet förbättra den hälsorelaterade livskvaliteten, som oftare är nedsatt hos personer med typ 2 diabetes jämfört med friska individer (14). Interventioner med fysisk aktivitet för personer med typ 2 diabetes har dock visat sig vara svåra att implementera i hälso- och sjukvården (15). Idag när fler har tillgång till smartphones kan användningen av mHälsa vara en framkomlig strategi för att stödja patienter till levnadsvaneförändringar. Idag finns det många kommersiella smartphone-appar som är inriktade på levnadsvanor, vilket gör det svårt för både patienten och vårdgivaren att välja den mest lämpliga att använda.

Med syfte att förse vårdpersonal och personer med typ 2 diabetes med ett vetenskapligt utvärderat digitalt verktyg som fokuserar på fysisk aktivitet genom dagliga steg genomfördes studie 2 och

FORSKNING

3. Studierna baserades på data från DiaCert-studien, en tvåarmad randomiserad kontrollerad studie som inkluderade 181 personer med typ 2 diabetes. Deltagarna fördelades slumpmässigt till interventionsgruppen eller kontrollgruppen. Interventionsgruppen fick utöver standardvård tillgång till smartphone-appen Diacert som uppmuntrar till fysisk aktivitet genom att mäta dagliga steg, vid baslinjen och 3 månader framåt. Kontrollgruppen fick endast standardvård.

Utfallen var fysisk aktivitet på måttlig till hög intensitet (MVPA, min/dag, primärt utfall) objektivt uppmätt med accelerometer, fysisk och mental hälsorelaterad livskvalitet skattat med frågeformuläret RAND-36, samt flera andra kardiometabola variabler (sekundära utfall). För att studera interventionseffekten vid upprepade mätningar användes generalized estimation equations (GEE) och linjära mixade modeller.

Även om effekten på fysisk aktivitet uteblev, sågs en förbättring av hälsorelaterad livskvalitet för tre hälsokoncept: rollbegränsningar orsakade av fysiska hälsoproblem, (-16,9; 95 % KI -28,5 till -5,4), rollbegränsningar orsakade av emotionella problem (-13,9; 95 % KI -25,8 till -2,1) och emotionellt välbefinnande (-5,7 95 % CI -10,4 till -1,0) i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen efter 3 månaders intervention. Ingen effekt observerades på övriga utfallsmått.

STUDIE 4. VALIDERING AV AUTOMATISKA BLODTRYCKSMÄTARE MED BLUETOOTH- FUNKTION VISADE ATT DET FINNS KOMMERSIELLA MÄTARE SOM INTE ÄR TILLRÄCKLIGT BRA

För diagnos och kontroll av hypertoni är standardmetoden idag upprepade mätningar på en vårdmottagning med manuell blodtrycksmätning. Automatiska mätare för hemmätning av blodtryck blir allt vanligare och har visat sig öka följsamheten till blodtryckssänkande behandling (16). Dessutom kan hemmätning ge mer tillförlitliga mätningar avseende vita-rocken-

syndromet (dvs högt blodtryck endast vid mätning på vårdmottagning) och maskerad hypertoni (dvs högt blodtryck vid mätning i hemmiljö, men normalt vid mätning på vårdmottagning), där den senare är känd för att vara vanligare hos personer med typ 2 diabetes (17). Med dagens teknik har vissa automatiska blodtrycksmätare möjlighet att överföra data till t.ex. en smartphone-app, vilket underlättar egenmätning för patienten i hem-miljö som sedan kan delas med vårdgivaren.

I en av delstudierna i avhandlingen validerades två automatiska blodtrycksmätare med Bluetooth-funktion (Beurer BM 85 och Andersson Lifesense BDR 2.0) för hemmätning, mot manuell blodtrycksmätning hos 180 personer med typ 2 diabetes. Blodtrycket mättes först av studiepersonal med manuell blodtrycksmätning. Därefter mättes blodtrycket med de två automatiska mätarna utan specifik ordning. För att beräkna eventuella skillnader i systoliskt respektive diastoliskt blodtryck mellan mätmetoderna, beräknades differensen mellan den manuella mätningen och den automatiska mätningen för respektive mätare.

I studien fann man en medelskillnad mellan den automatiska blodtrycksmätaren Andersson Lifesense BDR 2.0 och den manuella blodtrycksmätningen på 3,2 (SD 10,8) mmHg för systoliskt blodtryck och 4,2 (SD 7,2) mmHg för diastoliskt blodtryck. För Beurer BM 85 var motsvarande medelskillnad 11,1 (SD 11,2) mmHg för systoliskt blodtryck och 8,0 (SD 8,1) mmHg för diastoliskt blodtryck, vilket är en för stor skillnad för att kunna användas kliniskt.

SLUTSATSER OCH KLINISK RELEVANS

Sammanfattningsvis visar resultaten att

- en högre nivå av fysisk aktivitet är associerad med en lägre risk för hjärtinfarkt och stroke, samt att det verkar finnas könsskillnader avseende total fysisk aktivitet och fysisk aktivitet på fritiden för risken att få hjärtinfarkt och stroke (18).
- smartphone-appen som främjade fysisk aktivitet genom dagliga steg visade en effekt på såväl

fysisk som mental hälsorelaterad livskvalitet hos personer med typ 2 diabetes, men den ökade inte den fysiska aktiviteten nämnvärt (19, 20).

• valideringen av de automatiska blodtrycksmätarna visade en skillnad jämfört med manuella blodtrycksmätningen som inte kan anses vara kliniskt acceptabelt (21).

Våra resultat visade vikten av att noggrant studera mHälsa-lösningar för egenvård innan de rekommenderas av hälso- och sjukvården. Med ett ökande behov av implementering av digitala lösningar inom hälso- och sjukvården kommer även forskningen om digitalisering i hälso- och sjukvården behöva öka.

Denna artikel finns på www.sfsd.se med alla referenser.

Läs mer i avhandlingen



Läs mer



Madeleine Hummel
ST läkare, Gustavsbergs Vårdcentral, Stockholm
PhD Karolinska Institutet

FRÅGOR & SVAR

1. Hur många patienter har ni på enheten med diabetes och hur många % jobbar du med diabetes?
2. Vilka utmaningar ser du i diabetesvården på din enhet. Vilka utvecklingsmöjligheter ser du i diabetesvården på din enhet.
3. På vilket sätt jobbar ni med samverkan med kommunen ?



MARIE JONSSON
STENSÖ HÄLSOCENTRAL, KALMAR

1. Vi har ca 400 patienter med diabetes och jag arbetar ca 20-25% som diabetessjuksköterska. Mina kollegor jobbar 60% resp. 20%.
2. Tiden vi behöver komma i fas med våra väntelistor och att hinna träffa patienterna enligt plan.

Samt att kunna träffa patienter oftare ibland relaterat till behov av mera stöttning och hjälp vid nydebuterad diabetes. Att vi alltid är lätt nåbara för patienten. Vill kunna jobba mera personcentrerat samt att kunna ha möjlighet att jobba mera med grupputbildningar. För att nå både patient och anhöriga och på så sätt få till en god och bra diabetesvården för våra patienter och deras anhöriga.

3. Genom kontakt med kommunsjuksköterskor i den kommunala primärvården, oftast via messages/telefon gällande gemensamma patienters behandling. Stöttning utifrån patientens mående.

Samt via våra vårdsamordnare på hälsocentralen kan vi lyfta vissa frågor gällande gemensamma patienter. Vi har jobbat med kommunen med att få till riktlinjer för vem som är ansvarig för patienter som har hemsjukvård.

DIABETESSJUKSKÖTERSKA SOM VILL VARA ANONYM

1. Jag arbetar deltid hos 2 arbetsgivare där den ena är på regionen och den andra privat, båda hälsocentraler. På den privata arbetar jag lite varierat men ca 40-50% och har då 230 pat. På regionen är vi två diabetessjuksköterskor där jag ansvarar för ca 120 patienter på 30%, men då tar vi på oss andra arbetsuppgifter också på kanske 10%. Det här med arbetstid utefter hur många patienter man har är svårt, då det verkar variera stort vad man gör. Vi lägger våra scheman och bokar patienter både till oss och till läkare. Däremot sköter vi inte NDR registret. På regionen har vi hand om hjälpmedel men inte på den privata hälsocentralen etc.

2. Utmaningar finns mååånga men för att nämna några; bemanningsläkare och andra läkare på kortare vikariat samt ofta också mindre erfarna läkare kan vara utmaning på olika sätt. Tiden och orken förstås, många av dessa patienter är "svåra" och har ofta hamnat i denna diagnos då de har det svårt på många sätt. Jag kunde önska mer utbildning i hur vi ska "komma åt" dessa och få dessa till hållbara livsstilsförändringar. Finns ju massor mer att förbättra!

3. Samarbetet med kommunen är ytterst oklart just nu hur det ska fungera men vi håller på att styra upp det. Idag löser vi det från fall till fall.

ATT STÖDJA PERSONER MED TYP 2 DIABETES, PREDIABETES OCH METABOLA RISKFAKTORER KRING HÄLSOSAMMA RÖRELSEVANOR

För personer med typ 2 diabetes, prediabetes eller metabola riskfaktorer är hälsosamma rörelsevanor en viktig del i behandlingen då det både kan förebygga och kontrollera sjukdomen. Att stödja kring hälsosamma rörelsevanor inom hälso- och sjukvården är en utmaning och mer kunskap behövs kring effektiva metoder som kan användas inom primärvården.

Avhandlingen "Supporting healthy movement behaviours in people with metabolic risk, prediabetes, or type 2 diabetes in primary health care" försvarades vid Sophiahemmet Högskola i September 2023.

BAKGRUND

Diabetes är en kronisk sjukdom som blivit ett av de snabbast växande folkhälsoproblemen i världen. Att förebygga sjukdomen eller motverka att den försämras, är ett prioriterat område. I Sverige har cirka 7% av den vuxna befolkningen diabetes, där den vanligaste formen är typ 2-diabetes. Hälsosamma rörelsevanor såsom mer fysisk aktivitet och mindre stillasittande kan både förebygga och kontrollera sjukdomen. Hälsosamma rörelsevanor minskar risken för hjärt-kärlsjukdom, förbättrar blodsockerkontrollen och främjar viktminskning, och kan därmed fördröja eller förhindra utvecklingen av typ 2-diabetes och är en viktig pusselbit i behandlingen.

Många personer med 2-diabetes eller prediabetes är inte tillräckligt fysiskt aktiva för att uppnå de medförda hälsofördelarna. Att skapa hälsosamma rörelsevanor och bibehålla dem över tid kan vara svårt och utmanande. Hälso- och sjukvården och främst primärvården, spelar en viktig roll för att stödja personer med typ 2-diabetes, prediabetes och metabola riskfaktorer till hälsosamma rörelsevanor. Men det behövs mer kunskap kring vilka

metoder som är effektiva att använda i primärvården, och även mer kunskap kring vad hälso- och sjukvårdspersonal upplever för hindrande och möjliggörande faktorer kring att stödja till fysisk aktivitet.

SYFTE

Syftet med avhandlingen var att undersöka om en intervention inom primärvården med stegräknare kan vara effektivt för att stödja personer med prediabetes eller typ 2-diabetes till hälsosammare rörelsevanor. Ytterligare ett syfte var att undersöka erfarenheter hos hälso- och sjukvårdspersonal kring att stödja personer med metabola riskfaktorer till att öka sin fysiska aktivitet.

METOD OCH RESULTAT

Tre delarbeten i avhandlingen baserades på en randomiserad kontrollerad studie, Sophia Step Study, som var en tvåårig, tre-armed intervention där datainsamlingen pågick mellan år 2013-2020. Syftet med Sophia Step Study var att stödja personer med prediabetes eller typ 2-diabetes till mer hälsosamma rörelsevanor.

Deltagarna i studien blev slumpmässigt lottade till en av tre grupper. Den första gruppen fick mäta sina steg varje dag med hjälp av en stegräknare och sedan registrera stegen på en hemsida, samt att dom fick extra rådgivande samtal både indi-



viduellt med sin diabetessköterska och i grupp tillsammans med andra deltagare. Den andra gruppen fick bara mäta sina steg och registrera de på hemsidan. Dessa två grupper jämfördes mot en kontrollgrupp som fick sedvanlig vård. Studien hade tre grupper för att kunna ta reda på om endast stegräknare är effektivt för uppnå hälsosamma rörelsevanor och därmed förbättra blodsockret och förbättra riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom, eller om extra rådgivning kan ge någon ytterligare effekt, eller om det inte skiljer sig mot kontrollgruppen.

Övergripande visade resultaten att Sophia Step Study inte hade någon effekt på det primära utfallet långtidsblodsocker (HbA1c). Däremot fann vi en statistiskt säkerställd effekt för gruppen som bara fick stegräknare; de ökade sin tid i måttlig till hög fysisk aktivitet vid sex månader jämfört med kontrollgruppen. Gruppen som dessutom fick rådgivning utöver stegräknare ökade också sin tid i måttlig till hög fysiska aktivitet över hela tvåårsperioden. Ingen effekt kunde ses för fysisk aktivitet på låg intensitet, stillasittande, antalet steg per

dag eller någon av riskfaktorerna för hjärtkärlsjukdom. Vid fördjupade analyser delade vi in deltagarna i två grupper, 1) de som ökade ≥ 500 dagliga steg och 2) de som minskade antalet dagliga steg eller ökade < 500 steg. Dom här analyserna visade att de som ökade ≥ 500 dagliga steg vid sex månader hade lägre antal steg vid studiens start. Vid 24 månader var det fler män, yngre deltagare och de med högre tilltro på sin egen förmåga till fysisk aktivitet (self-efficacy) vid studiens start som ökade ≥ 500 steg per dag.

Ett delarbete var en kvalitativ studie där sjuksköterskor, läkare och fysioterapeuter intervjuades i grupp, varje profession för sig. Studien undersökte erfarenheter kring att stödja personer med metabola riskfaktorer till att förbättra sina rörelsevanor, inom primärvården. Studien resulterade i fyra övergripande kategorier: 'Patientens beredskap för förändring', 'Stödja förändringsprocessen', 'Den professionella yrkesrollen' och 'Organisationen inom primärvården'. I tabell 1 finns mer detaljer med underkategorier kopplat till kategorierna.

FORSKNING

Kategori	Patientens beredskap för förändring	Stödja förändringsprocessen	Den professionella yrkesrollen	Organisationen inom primärvården
Underkategori	Patientens attityd till fysisk aktivitet	Samtal som främjar motivation och beteendeförändring	Professionernas egen uppfattning	Stöd från ledningen
	Patientens insikt i sin egen sjukdom	Användbarheten av verktyg som stödjer fysisk aktivitet	Uppfattning kring vilken profession som ansvarar för fysisk aktivitet	Prioriteringar av tid och resurser kopplat till ekonomiska konsekvenser
			Den egna kompetensen och kunskapen	Rollen av prevention och prioriteringar inom primärvården
			Samarbete mellan professioner	Primärvårdens samarbete med andra aktörer

SLUTSATS/KLINISK IMPLIKATION

Den övergripande slutsatsen med avhandlingen var att stegräknare kan vara en effektiv metod för att uppnå hälsosamma rörelsevanor och att extra rådgivning inte verkade förstärka effekten. Interventionen hade ingen effekt på metabol kontroll eller risken för hjärt-kärlsjukdom. Dessutom identifierades hindrande och möjliggörande faktorer för att stödja personer med metabola riskfaktorer på flera nivåer inom primärvården, från patienterna och vårdpersonalen som individer, till en högre

organisatorisk nivå. Inom primärvården bör alla dessa nivåer omfattas vid implementering av stöd med avsikt att öka fysisk aktivitet hos personer med metabola riskfaktorer, prediabetes och typ 2-diabetes.

Läs mer:



Kristina Larsson
Hälsopedagog,
Postdoktor Umeå Universitet

TIPSRUTA

Högskolan Väst har startat upp två nya kurser. Se QR koderna nertill.

- **Behandling med kontinuerlig glukosmätning vid typ 1 och typ 2 diabetes, 3 hp (hv.se)**
- **Behandling med insulinpump, 4,5 hp (hv.se)**



En tablett dagligen till dina vuxna patienter med typ 2-diabetes*

RYBELSUS[®]

semaglutid tablett



Signifikant** bättre HbA_{1c}-sänkning än Jardiance[®] (empagliflozin)¹

RYBELSUS[®] har också visat:



Genomgående viktninskning i studieprogrammet¹



RYBELSUS[®] påverkar kardiometabola riskfaktorer och har visat kardiovaskulär säkerhet¹



BESÖK NOVOKUNSKAP.SE



* Se fullständig indikation i förkortad förskrivningsinformation nedan.

** $p < 0,05$ (ej kontrollerat för multiplicitet) RYBELSUS[®] 14 mg vs Jardiance[®] 25 mg (vecka 52)

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. **RYBELSUS[®]** (semaglutid) Rx, (F), ATC-kod: A10BJ06. RYBELSUS[®] 3, 7 och 14 mg tabletter. Diabetesmedel. Glukagonlikpeptid-1-receptor (GLP-1) analoger. **Indikation:** Behandling av vuxna med otillräckligt kontrollerad typ 2-diabetes mellitus för att förbättra glykemisk kontroll som ett komplement till kost och motion; som monoterapi när metformin anses olämpligt på grund av intolerans eller kontraindikationer eller i kombination med andra läkemedel för behandling av diabetes. **Varningar och försiktighet:** Semaglutid ska inte användas till patienter med typ 1-diabetes mellitus eller vid behandling av diabetesketoacidosis. Det finns ingen erfarenhet från patienter med kronisk hjärtinsufficiens NYHA-klass IV och semaglutid rekommenderas därför inte till dessa patienter. Akut pankreatit är en sällsynt biverkan av RYBELSUS[®]. Patienter bör informeras om de karakteristiska symtomen på akut pankreatit. Vid misstänkt pankreatit ska behandlingen med semaglutid upphöra. Om pankreatit fastställs, ska semaglutid inte sättas in igen. Hos patienter med diabetesretinopati som behandlas med insulin och semaglutid har en ökad risk för att utveckla komplikationer av diabetesretinopati observerats. Försiktighet ska vidtas när semaglutid används till patienter med diabetesretinopati som behandlas med insulin. **Graviditet och amning:** Semaglutid ska inte användas under graviditet och under amning. Fertila kvinnor rekommenderas att använda en preventivmetod när de behandlas med semaglutid. Semaglutid ska sättas ut minst 2 månader före en planerad graviditet på grund av den långa halveringstiden. För fullständig förskrivningsinformation och pris, se fass.se. Datum för översyn av produktresumén 08/2024. **Subventioneras endast för patienter med typ 2-diabetes som först har prövat metformin, sulfonureider eller insulin, eller när dessa inte är lämpliga.** Augusti 2024 SE24RYB00099

Referens: 1. RYBELSUS[®] produktresumé, www.fass.se



Novo Nordisk Scandinavia AB
Tel 040-38 89 00 www.novonordisk.se

RYBELSUS[®]
semaglutid tablett

DIABETESSJUKSKÖTERSKORS ERFARENHETER AV LÄRANDE HOS VUXNA PERSONER MED NYDEBUTERAD DIABETES TYP 1

Magisteruppsatsen utfördes inom ramen för specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot diabetesvård. Begreppen lärande och transition har en central roll i examensarbetet då personen som insjuknar i en långvarig sjukdom som diabetes typ 1 både har ett stort behov av att lära samt genomgår en övergång där diabetessjuksköterskan har en viktig roll i att stötta personen.

Diabetes typ 1 är en långvarig sjukdom som kan drabba människor i alla åldrar och klassificeras som en autoimmun sjukdom. För att klara av att leva med diabetes typ 1 krävs en exogen insulintillförsel med flertalet injektioner av insulin dagligen samt en regelbunden kontroll av blodsockret. Den komplexa egenvården pågår ständigt och innefattar en process där personen försöker balansera kolhydratintag, insulindosering, stress, fysisk aktivitet och andra faktorer som inverkar på blodsockret.

Länge har utgångspunkten i diabetesutbildning varit att kunskapsöverföring från vårdpersonal till patient resulterar i ett lärande och därmed i god metabol kontroll. Nyare forskning framhäver däremot vikten av att få bearbeta de emotionella aspekterna av att insjukna i en långvarig sjukdom vilket visat sig kunna resultera i en bättre glykemisk kontroll, ökad tilltro till egen förmåga och en tillfredsställande egenvård. Diabetessjuksköterskan spelar en central roll i att stödja lärandet vid nydebuterad diabetes.

SYFTE

Syftet var att beskriva diabetessjuksköterskors erfarenheter av lärande hos vuxna personer med nydebuterad diabetes typ 1.

METOD

En kvalitativ metod med induktiv ansats tillämpades. Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor genomfördes med åtta diabetessjuksköterskor

i Västra Götalandsregionen och Region Halland. Inklusionskriterierna omfattade diabetessjuksköterskor verksamma vid medicinmottagning. Delta-garna skulle ha minst 15 högskolepoäng i diabetes och minst två års erfarenhet av att arbeta med patientgruppen. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman.

RESULTAT

Resultatet presenteras i form av ett övergripande tema, tre kategorier och åtta subkategorier (figur 3).

HINDER FÖR PATIENTENS LÄRANDE

- **Emotionella reaktioner:** Diabetessjuksköterskorna framhöll vikten av att identifiera den enskilda personens emotionella reaktion då det finns stora variationer. Den emotionella reaktionen med chock som ofta drabbar personen som precis insjuknat i diabetes beskrevs genomgående. Reaktionen beskrevs ofta kunna leda till att patienten har svårt att lära och ta in ny kunskap. Vidare beskrevs att det kan ta tid innan personen med diabetes har bearbetat och accepterat sin diagnos. Att personen kan nå acceptans framhölls som centralt då detta annars kan utgöra ett hinder för lärande.

- **Sjukvårdens brister:** Diabetessjuksköterskor vid sjukhusansluten diabetesmottagning beskrev utmaningar med bristande samstämmighet mellan vårdpersonal på vårdavdelning och diabetesmottagningen som ett hinder för patientens lärande.

Figur 3: Översikt av tema, kategorier och subkategorier

Vikten av att möta personen där den befinner sig		
Hinder för patientens lärande	Främjande faktorer för patientens lärande	Diabetessjuksköterskans strategier för att stödja patientens lärande
• Emotionella reaktioner	• God vårdkvalitet	• Emotionellt stöd
• Sjukvårdens brister	• Sociala förutsättningar	• Att anpassa metoder för lärande
• Patientens biopsykosociala förutsättningar		• Kommunikationens betydelse

Flera beskrev en kunskapsbrist om diabetes typ 1 hos vårdpersonal i slutenvården på diabetesavdelning samt på andra avdelningar. Kunskapsbrist kunde bestå av okunskap kring både sjukdomen, dess allvar och insulinets effekt. Andra diabetessjuksköterskor lyfte även att den varierade informationen från många olika personer kan utgöra hinder för personens lärande.

“Det är okunskap bland övrig vårdpersonal som är det absolut största problemet. Man ger antingen ingen information eller fullständigt //.. liksom ger helt fel information. Jag tycker att det är en utmaning att när man ska börja sätta in insulin eller överhuvudtaget när man ligger inne med insulinbehandlad diabetes så har man ingen aning om hur insulin fungerar.”

• Patientens biopsykosociala förutsättningar:

Flera diabetessjuksköterskor lyfte fram att faktorer som kognitiva eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, hög ålder, nedsatt kroppslig förmåga och språkförbistring kan ha en negativ inverkan på patientens förmåga att lära sig hantera sin diabetes. Ytterligare exempel på hinder för lärande beskrevs vara om personen upplever andra bekymmer i livet, närståendes åsikter och tankar och felaktiga informationskällor. Personens livssituation med till exempel hög arbetsbelastning eller barn i åldrar som behöver mycket uppmärksamhet beskrevs kunna hindra lärandet.

FRÄMJANDE FAKTORER FÖR PATIENTENS LÄRANDE

• **God vårdkvalitet:** Tid, lugn och kontinuitet framhölls som främjande faktorer för patientens lärande. Att få möjlighet att sitta ned med patienten i lugn och ro och med gott om tid beskrevs

underlätta för patienten att öppna upp och reflektera samt möjliggöra för diabetessjuksköterskan att besvara patienten frågor. Kontinuitet gällande både diabetessjuksköterska och läkare beskrevs som viktigt. God och enhetlig information från vårdpersonal som är trygg i sin roll framhölls även som en främjande faktor för lärandet.

- Sociala förutsättningar: Möjlighet till sjukskrivning för patienten ansågs underlätta lärandet då utrymme för reflektion skapades. Patienten kunde under denna tid ta sig an den nya vardagen och ha en tät kontakt med diabetessjuksköterska. Att patientens anhöriga är involverade och att patienten har en positiv inställning till teknik framhölls även som underlättande faktorer för lärandet.

DIABETESSJUKSKÖTERSKANS STRATEGIER FÖR ATT STÖDJA PATIENTENS LÄRANDE

• **Emotionellt stöd:** Diabetessjuksköterskorna beskrev vikten av att skapa trygghet, särskilt vid det första mötet med patienten och i början efter insjuknandet. Det var viktigt att låta personen vara i en sorg och hjälpa personen att skapa acceptans för de känslor som kan uppkomma. Att sedan succesivt i takt med patienten bidra till att skapa hopp, självförtroende och vägar framåt. En strategi som ofta användes var att förklara orsakerna till diabetes för att hjälpa patienten släppa eventuella skuldkänslor.

”Man måste ju följa patienten tills den verkligen, verkligen är omhändertagen. Vi släpper aldrig någon, aldrig någonsin, för det är patienten som är absolut viktigaste i det här, den upplevelse som du får när du är nydebuterad, för du kan inte ta igen det, du kan liksom inte ändra på den om du har upplevt att det har varit tryggt och bra eller om du upplevt kaos”

UPPSATS

• **Att anpassa metoder för lärande:** Diabetessjuksköterskorna beskrev genomgående vikten av att möta patienterna där dom befinner sig. Detta beskrevs innefatta att identifiera patientens emotionella reaktioner, inventera kunskaper och inlärningsmöjligheter samt att skapa sig en uppfattning om hur patienten landat i diagnosen. Informationsnivån behövde initialt ligga på en basal nivå, för att sedan byggas på efterhand. Fokus låg även initialt på lärandet av praktiska moment och att svara på patientens frågor.

“Mina erfarenheter är att det är ganska mycket känslor hos patienten i början som är väldigt viktigt att man liksom stämmer av först innan man börjar med sitt, liksom information om sjukdomen.”

Tillvägagångssätt för patientutbildning inkluderade bland annat visuella lärandetekniker, bildmaterial, appar, informationsfilmer och injektionsmallar. Under den första tiden efter insjuknandet lämnades skriftlig information ut till patienten och inte sällan användes en checklista som utgångspunkt för lärandet vid nydebuterad diabetes. Att stödja patienten att lära av erfarenheter var ytterligare en teknik som användes.

Diabetessjuksköterskorna påtalade vikten av att utforska och bemöta personens tidigare föreställningar om diagnosen och framhöll det som viktigt att ta hänsyn till patientens egna frågor och önskemål om upplägg samt att bedöma vad patienten är mottaglig för och anpassa lärandet efter det. Ibland kunde diabetessjuksköterskorna tydligt prioritera vilken information som var viktigast att i stunden lägga fokus på om det upplevdes finnas en oro hos patienten. Det framhölls även som viktigt att inte tappa patienten från början och att glesa besök initialt kunde resultera i upplevelsen att patientens diabetes inte togs på allvar och det blev därmed svårare att nå goda resultat i framtiden.

• **Kommunikationens betydelse:** Diabetessjuksköterskorna framhöll vikten av att ha en dialog med patienten där hänsyn tas till vad patienten själv vill veta. Att bedriva envägskommunikation och endast utgå ifrån sina egna punkter beskrev

diabetessjuksköterskorna vara något som försökte undvikas. Att be om återkoppling från patienten beskrevs vara en strategi som användes för att säkerställa att informationen diabetessjuksköterskorna givit förstås på rätt sätt.

“Förstår du hur jag menar, eller hur tolkar du det jag säger, hur tänker du när du hör detta eller så vidare så att man hela tiden har en avstämning och kanske försöker fånga upp om patienten har förstått någonting på ett annat sätt än vad jag faktiskt menade.”

KLINISKA IMPLIKATIONER

Kliniskt bidrar arbetets resultat med en ökad medvetenhet kring de utmaningar som föreligger vid lärandet hos vuxna personer med nydiagnostiserad diabetes typ 1 och vilka faktorer och strategier som kan underlätta lärandet. Vidare skulle resultatet kunna ligga till grund för utvecklingen av en checklista som beaktar både den basala informationen och nödvändiga kunskaper personen behöver lära sig men även de holistiska aspekterna som att kartlägga emotionella reaktioner, var personen befinner sig i lärande- och övergångsprocessen och att bemöta tidigare föreställningar om diabetes. Arbetet visar även på behovet av kontinuitet samt ökad diabeteskompetens hos vårdpersonal inom slutenvården. Mer forskning behövs kring ämnet för att kunna utveckla och förbättra vården för patienter med nydebuterad diabetes typ 1.

Läs mer



Vä i bild: Lovisa Åkersted
Diabetessjuksköterska
inom Göteborgs Stad,
Hö i bild: Ingrid Ekman Schmidt
Diabetessjuksköterska
Diabetesmottagningen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset



FreeStyle
Libre 2

NYHET!

FreeStyle Libre 2 Plus – vår första 15-dagars sensor

15

Det användarvänliga FreeStyle Libre 2-systemet¹ – nu med 15-dagars sensor



Förbättrad noggrannhet, även i det lägre glukosintervallet²



Godkänd från 2 år och äldre, inklusive gravida



Scanna QR-koden och registrera dig för att få den senaste informationen eller besök Pro.FreeStyle.Abbott

Bilderna är endast för illustrativt syfte. Inte riktiga patientdata.

1. Haak T., Diabetes Ther. (2017): <https://doi.org/10.1007/s13300-016-0223-6>. 2. Arkivdata, Abbott Diabetes Care, Inc.

© 2024 Abbott. Sensorns hölje, FreeStyle, Libre, och relaterade varumärken tillhör Abbott. Övriga varumärken tillhör respektive ägare. ADC-93643 v1.0 06/24

www.FreeStyle.Abbott · 020-190 11 11 · Abbott Scandinavia AB · Hemvärnsgatan 9 · Box 1498 · 171 29 Solna

 **Abbott**
life. to the fullest.®

MIN UPPLEVELSE AV ADA THE 84 SCIENTIFIC SESSIONS ORLANDO

RAPPORT RESESTIPENDIET



Midsommarafton den 21 juni började med en tidig hotellfrukost med min dotter Alicia. Vädret i Orlando var fantastiskt, 28 grader. Förväntansfull inför att få ta del av ny kunskap och nyheter inom diabetesforskningen, promenerar jag till ADA the 86th Scientific Sessions, en konferens med 11 000 besökare.

En enorm byggnad möter mig. Först går jag in i fel del av byggnaden där det pågår en volleybollturnering, där möter jag flera som verkar lika desorienterade som mig. Till slut landar jag rätt, i West Hall, en fyra våningar stor konferenslokal med 37 hektar golvyta inomhus.

Dagen började med ett samtal med Joseph, en endokrinolog från Idaho. Han berättade att två av tio personer med typ 1 inte når målet <7 % (53 mmol/mol) och att två av tre personer med typ 1

är överviktiga. I USA använder man Ozempic och Victoza också på individer med typ 1. Det leder till att de får en större insulinkänslighet och att även individer med typ 1 går ner i vikt, Breakthrough typ 1 hade en presentation om det också.

Charles Henderson (CEO) inledde konferensen med att berätta att det kommer hållas över 200 talarsessioner och 2 000 presentationer. Han presenterade också ADA:s initiativ the Obesity Association, (<https://obesityassociation.org/>).

Kardiologen Robert M. Cardiff, och kommissionär för FDA, betonade att USA leder inom utveckling av medicinska hjälpmedel och behandlingar för diabetes. Men trots att USA spenderar mest pengar på sjukvård ökar inte medellivslängden i samma takt som i andra västländer.

Cardiff pekade ut obesitas som den stora utmaningen. 63% av befolkningen intar för mycket socker, 77% för mycket fett och 90% för mycket salt. Gruppen med sämst matvanor är tonåringarna. En del av strategin har varit att få producenterna att sätta, socker, salt och fett på innehållsförteckningarna, och FDA kräver nu att livsmedelsprodukter ska märkas med "Healthy Claim". Trots utmaningarna ser FDA positivt på framtiden för typ 1-diabetes, särskilt med framsteg inom genterapi och forskning.

Måndagens första symposium, "Consensus on Monitoring Guidance in Early Stage Type 1 Diabetes", var en av konferensens mest intressanta med mycket nyheter. Breakthrough T1D (tidigare JDRF) ledde arbetet, med ett stort stöd från både ADA och EASD (European Association for the Study of Diabetes). Konsensusen publicerades samtidigt i Diabetes Care och Diabetologia. Screeningen av antikroppar borde minska risken

för ketoacidosis och förbättra utbildningen om diabetes för drabbade familjer. På sikt kan detta minska både diabetesbördan och komplikationer som kan uppstå senare i livet. Italien ska börja screena alla barn.

Före symposiet fick jag veta av Sanofi, Breakthrough T1D och TrialNet att det finns gratis screening för typ 1-diabetes via vissa organisationers webbplatser i USA, till exempel Screen for Type 1, TrialNet, ASK Health och Sanford Health.

Det är ett viktigt steg mot en bättre förståelse av typ 1-diabetes. Men kommer sannolikt leda till ökad användning av läkemedel som Tzield (teplizumab-mzwv) och fördröja diagnosen redan i steg 2 av typ 1 diabetes. Läkemedlet är inte godkänt i Europa när ADA pågick. Det finns risk för en del biverkningar. Förhoppningsvis ger detta mer ringar på vattnet. Diamyd fick efter ADA klartecken från FDA för sina studier, vilket tyder på att mer utveckling är på väg.

På konferensen höll Steve Edelman, MD från TCOYD föreläsningen "Therapeutic Inertia in the Treatment of Diabetes –Are We Making Progress?" "Terapeutisk tröghet" definierade han som att misslyckas med att påbörja eller intensifiera behandling av patienter vid behov. Det är ett stort hinder för att uppnå optimal blodsockerkontroll och andra hälsorelaterade mål hos patienter med typ 1- och typ 2-diabetes. Edelman visade på att, enligt studier, ligger 30 % av hindren hos patienterna, som oro för biverkningar, missförstånd om behandlingen, rädsla för injektioner och socioekonomiska faktorer.

Stor del av hindren, 50 %, ligger hos vårdgivarna, där ett stort problem är att bara 5 % av tiden under grundutbildningen läggs på trots att 35 % av de patienter som besöker vården har diabetes. Behandlare av diabetes

- har otillräcklig kunskap om aktuella farmakologiska framsteg och framsteg inom diabeteshantering,
- håller sig inte à jour med nyheter och nya riktlinjer från ADA och andra diabetesorganisationer.

- har en rädsla för att patienten ska drabbas av biverkningar som hypoglykemi.
- ägnar för lite tid åt patientbesök och bokar in för glesa besök
- har bristande och otydlig kommunikation med patienten.

Andra hinder som Edelman lyfte fram är, kostnader och tillgänglighet av mediciner, byråkratiska och fragmenterade sjukvårdssystem, otillräckliga sjukvårdsresurser och stödsystem, brist på individualiserade riktlinjer etc. en hel del känner en igen.

Edelman visade att ökningen av antal läkemedel för behandlingen av typ 2 diabetes från 2005 till 2022 har haft en väldigt liten effekt på de kliniska behandlingsresultaten.

Ser man på skillnaderna mellan kostnadsökningen för behandling och komplikationer hos diabetes typ 1 som gått från 4 miljarder usd 2007 till 10 miljarder 2020, och för behandlingen av typ 2 har den på samma tid gått från 110 miljarder usd till 363 miljarder usd, det är mycket pengar.

På ADA lyftes det också fram hur graviditetsdiabetes påverkar modern men också fostret och att man därför tjänar på att använda CGM.

Där lyftes vikten att förebygga typ 2 diabetes redan vid prediabetesstadiet, där är gränsen 39 mmol/mol för prediabetes. Livsstilsförändringar och att använda hjälpmedel som CGM redan i ett tidigt stadium är en viktig del.

På ADA fick jag som besökare ta del av kunskap om allt inom diabetes, och i alla dess former. Påfylld med inspiration och kunskap begav jag mig hemåt med hopp om att utvecklingen fortsätter framåt och att vi kan förbättra behandlingen och livskvaliteten hos patienter med diabetes hemma i Sverige.



Magnus Hiis
Diabetessjuksköterska
Ersta Sjukhus

LYSTRING ALLA MEDLEMMAR!

MEDLEMSAVGIFTEN:

Vi skickar ut inbetalningskort med första tidningen varje år. Vi är mycket tacksamma om ni betalar er medlemsavgift så snart ni fått inbetalningskortet, detta för att underlätta hanteringen för kassören och medlemsanvarig.

I år har vi haft flera som inte betalat trots påminnelser.

Vi har full respekt om ni vill avsluta er prenumeration, men vi vore tacksamma om ni meddelar oss detta.

Tidigare har vi plockat bort personen i medlemsregistret om man inte betalt till juli innevarande år, men i år kommer ni vara kvar. Nästa år behöver vi gå tillbaka till den rutinen.

ADRESSÄNDRING:

Kom ihåg att meddela oss vid adressändring! Tidningar som inte hittar sin ägare kommer tillbaka till SSF's kontor i Stockholm. Och som sedan skickas om igen till rätt adress.

Detta gäller också om ni byter efternamn.

Medtronic

Medtronic introducerar allt-i-ett sensor till MiniMed™ 780G-systemet



MiniMed™ 780G är ett sk "Advanced Hybrid Closed Loop" -system som hjälper användare att uppnå bättre behandlingsresultat med mindre ansträngning. Systemet förutser användarens insulinbehov, justerar basaldoseringen automatiskt, korrigerar höga värden och förhindrar låga värden. MiniMed™ 780G är den enda pumpen på marknaden som doserar både basaldoser och autokorrekationer upp till var 5:e minut, ex. vid missade bolusdoser eller när kolhydratuppskattningen inte var rätt. Infusionssetet och sensor byts en gång i veckan. Systemet är uppgraderingsbart och har följarfunktion för upp till 5 anhöriga. Följare kan se både sensor- och pumpdata i realtid och få meddelanden om användaren närmar sig höga eller låga värden. Pumpen speglas i en app i smarta mobiler eller Apple Watch och är dessutom vattentät i upp till 30 minuter.

Användare av MiniMed™ 780G-systemet som har de rekommenderade inställningarna i pumpen uppnår i snitt 80% tid i målområdet och HbA1c under 53 mmol/mol.¹ I höst introduceras sensorn **Simplera Sync™** till systemet, en allt-i-ett-sensor som appliceras snabbt och enkelt på under 10 sekunder och, kräver inte någon övertjejp.

Systemet kan av personer som är över 7 år med en total daglig dos av insulin 8 enheter användas per dag.

1. Medtronic-data från CareLink: Analys av MiniMed™ 780G-data som laddats upp frivilligt av 12 870 användare i Europa, Mellanöstern och Afrika till CareLink™ Personal, mellan augusti 2020 och juli 2021 samt data från 41,159 användare från augusti 2020 till juli 2022. Ett genomsnitt på 80 % tid i målområdet uppnåddes av personer som hade de rekommenderade inställningarna (2h aktiv insulintid och 5,5 mmol/l som glukosmål). [medtronic-diabetes.se](https://www.medtronic-diabetes.se)

ALLTID STEGET FÖRE

Control-IQ™-teknologin **förutser sensorvärdet om 30 minuter** och korrigerar automatiskt insulindoseringen var femte minut.

Insulinpumpssystemet förbättrar behandlingsresultatet¹ och ökar tiden i målområdet – **redan från första dagen.**

rubinmedical.se

Insulinpumpen Tandem t:slim X2™ kan integreras med både **Dexcom G7*** och **Dexcom G6 CGM.**



SE-1931-240321

*Vissa regionala skillnader i tillgänglighet av Dexcom G7 kan förekomma.

¹ RW Beck et al. A Meta-Analysis of Randomized Trial Outcomes for the t:slim X2 Insulin Pump with Control-IQ Technology in Youth and Adults from Age 2 to 72. *Diabetes Technol Ther.* 2023. doi: 10.1089/dia.2022.0558.

WARNING: Control-IQ™-teknologin ska inte användas av personer under 6 år. Det ska heller inte användas till patienter som använder mindre än 10 enheter insulin per dygn eller som väger mindre än 25 kilo. För ytterligare viktig säkerhetsinformation, besök www.tandemdiabetes.com/safetyinfo

© 2024 Rubin Medical AB. Alla rättigheter förbehålles. Tandem Diabetes Care är ett registrerat varumärke och t:slim X2™, Control-IQ™ är varumärken som tillhör Tandem Diabetes Care Inc. Dexcom, Dexcom G7 och Dexcom G6 är registrerade varumärken som tillhör Dexcom Inc.

HALVERING AV FOTSÅR OCH AMPUTATIONER VID DIABETES MED HJÄLP AV AI – HAI PROJEKTET



Personerna som är med i Projektet.

Inom diabetesvården kan AI användas för att förutsäga risken för att utveckla fotsår, och identifiera de individer som har hög risk för fotsår. Genom att analysera data från exempelvis elektroniska journaler och sensorer, kan AI identifiera individer som löper hög risk och möjliggöra tidiga insatser. Detta kan minska risken för fotsår och amputationer, förbättra patienternas livskvalitet och sänka vårdkostnaderna. Västra Götalandsregionen (VGR) satsar på AI för att utveckla lösningar och förbättra vården.

BAKGRUND

Fotsår vid diabetes är en allvarlig komplikation som påverkar livskvaliteten och kostar vården stora summor. I Sverige uppstår årligen cirka 25 000 fotsår och 1 200 amputationer, vilket belastar regionerna och orsakar lidande för patienterna. Trots rekommendationen om årliga fotundersökningar, får endast 12 % av äldre i kommunal omsorg denna vård.

Projektet HAI (Halvera Antalet Amputationer med AI) syftar till att minska antalet fotsår och amputationer genom AI. Genom att analysera data som

AI, eller artificiell intelligens, är en teknik där datorer utför uppgifter som vanligtvis kräver mänsklig intelligens, såsom att känna igen mönster och fatta beslut. Genom att bearbeta stora mängder data kan AI hitta samband som annars kan vara svåra att upptäcka.

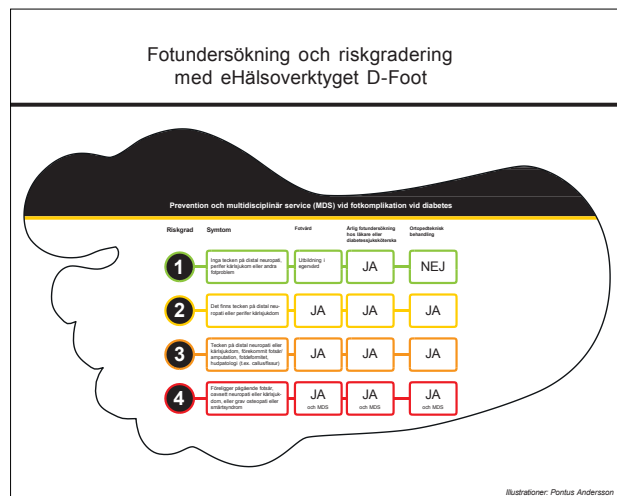
fotstatus, nervfunktion och glukosvärden kan AI förutse risker och sätta in förebyggande åtgärder i tid.

METOD

Projektet är ett samarbete mellan Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Amrita University Hospital i Indien. Flera steg krävs innan innovationer kan testas och införas. Framgångsfaktorer inkluderar modiga chefer, sammanhållen journalföring, engagerade medarbetare och att innovationerna möter patienternas behov. Patientrepresentanter deltar aktivt i våra projekt. För att utveckla AI-modeller krävs strukturerad data som glukosvärden, stegfrekvens, blodtryck och fottemperatur. Viktiga parametrar inkluderar fotstatus, nerv- och kärlfunktion, fotdeformiteter, tidigare sår, gångfunktion och fotbilder. Projektet använder data från D-Foot, MyFoot och journaler från primärvården i Västra Götaland. behövs den enskilde användaren även ta hänsyn till olika faktorer som exempelvis insulinets variabilitet, mängden aktivt insulin, träningsregim och -duration.



D-Foot verktøget.



Flödesschema.

HAI PROJEKTET I INDIEN

Titeln "Minska diabetesrelaterade fotsår genom utveckling av AI-baserade prediktionsmodeller för tidig upptäckt och förebyggande vård: Ett samarbete mellan Indien och Sverige - D-Foot- AI" ett samarbete som utforskar hur AI kan användas för att förbättra fothälsan för personer med diabetes med risk för fotsår.

BAKGRUND OCH BEHOV

Diabetesrelaterade fotsår (Fotsår) utgör ett akut globalt hälsoproblem och kräver innovativa lösningar för tidig upptäckt och prevention. Globalt riskerar cirka 250 miljoner människor att utveckla fotsår, vilket är en enorm belastning för både individen och deras familjer, samt för sjukvårdssystemen. D-Foot är ett redan etablerat verktyg för att bedöma och karakterisera patienter som riskerar att utveckla Fotsår. D-Foot syftar till att effektivisera processen för fotscreening, genom att skapa ett systematiskt tillvägagångssätt för att bedöma risknivåer och erbjuda personanpassade vårdplaner.

SYFTE

D-Foot_AI bygger vidare på D-Foot-verktyget och syftar till att utnyttja AI-drivna prediktionsmodeller för att proaktivt hantera och förhindra Fotsår. Målet är att halvera förekomsten av fotsår i Indien och Sverige på lång sikt. En minskning av fotsår är

fördelaktigt för både individen och samhället, och kan leda till stora kostnadsbesparingar. I Sverige uppskattas de årliga besparingarna till cirka 2 miljarder SEK genom att förebygga fotsår och amputationer.

METOD

Projektet innebär utveckling av AI-prediktionsmodeller för att både förebygga och behandla fotsår, vilket främjar en konstruktiv och bilateral lärandeprocess. En avgörande del av projektet är den tvärkulturella valideringen och tillförlitlighetsbedömningen av D-Foot vid Amrita University i Indien. D-Foot, ett innovativt digitalt stödverktyg och screeningverktyg från Sverige, kommer att valideras i en annan kulturell kontext, se faktaruta D-Foot. De indiska AI-modellerna för fotsårsprevention återanvänder foton och patientdata som samlas in under studiens gång, medan de svenska motsvarigheterna drar insikter från tidigare insamlade data.

FÖRVÄNTAT UTFALL

Samarbetet som startade 2023 har långsiktigt mål som syftar till att minska förekomsten av fotsår och amputation därigenom bidra till hållbarhetsmålet (SDG) 3, God hälsa och välbefinnande med målet att "Säkerställa hälsosamma liv och främja välbefinnande för alla i alla åldrar." Under 2025

ARTIKEL

planeras digifysiska workshops mellan parterna för att utbyta kliniska erfarenheter kring multi-professionellt omhändertagande av patienter med fotsår. Parallellt kommer D-Foot i en indisk version och testas avseende tillförlitlighet på 100 patienter.

SAMARBETE OCH KUNSKAPSUTBYTE VID WORKSHOP PÅ SAHLGRENSKA

Ett framgångsrikt samarbete mellan Amrita University och Sahlgrenska Universitetssjukhuset pågår med målet att förebygga fotsår och amputationer vid diabetes. Under två dagar möttes kliniker, patientrepresentanter och forskare. Samarbetet är en del av ett pågående forskningsprojekt om hållbar prevention av fotsår mellan Amrita University Hospital i Indien och Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Syftet är att utnyttja teknik och internationell expertis för att utveckla hållbara metoder för att förebygga fotsår och förbättra patientutfall.

IMPLIKATION TILL KLINISK VERKSAMHET

Samarbete visar hur internationellt samarbete och avancerad teknik kan leda till bättre förebyggande och behandling av diabetesrelaterade fotproblem. Genom att använda digitala verktyg och AI för att designa prediktionsmodeller, arbetar forskare och kliniker tillsammans för att förbättra patientutfall och skapa hållbara vårdlösningar.

Läs mer:



Ulla Hellstrand Tang
Med. Dr. och överortopedingenjör
Ortopedteknik
Göteborg

FAKTARUTA D FOOT

D-Foot är ett digitalt beslutsstöd utvecklat för att underlätta och förbättra vården av personer med diabetes, med särskilt fokus på att förebygga och hantera fotsår [1, 3].-Foot syftar till att stödja vårdpersonal i att identifiera, bedöma och behandla patienter med hög risk för att utveckla dessa komplikationer.

D-Foot använder algoritmer och ger vårdgivare konkreta rekommendationer och åtgärdsplaner baserade på patientens individuella riskprofil. Riskgraderingen, se bild 1, är baserat på det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för personer med hög risk för fotsår [2]. Systemet samlar in och analyserar data från patientens journaler, undersökningar och egenmonitorering för att ge en helhetsbild av patientens hälsotillstånd. Detta inkluderar information om blodcirkulation, nervfunktion, fotstatus och tidigare fotsår, vilket är avgörande faktorer för att bedöma risken för nya eller återkommande sår, se bild 1.

Genom att erbjuda realtidsstöd hjälper D-Foot vårdpersonal att fatta snabba och välgrundade

beslut om behandling och förebyggande åtgärder. Till exempel kan systemet varna för potentiella risker och föreslå specifika åtgärder, som att remittera patienten till en specialist, ordinera anpassade skor eller starta en behandlingsplan för att förbättra blodcirkulationen i fötterna.

D-Foot kan utvecklas för att standardisera vården, vilket säkerställer att alla patienter får en konsekvent och högkvalitativ behandling oavsett var de befinner sig. Det kan integreras med befintliga journalsystem, vilket gör det enkelt att använda inom olika vårdmiljöer, från primärvård till specialistkliniker.

Sammanfattningsvis bidrar D-Foot till att förbättra både förebyggandet och behandlingen av fotsår hos personer med diabetes. Genom att erbjuda vårdpersonal ett kraftfullt verktyg för riskbedömning och beslutsfattande kan D-Foot minska komplikationer, förbättra patienternas livskvalitet och minska sjukvårdskostnaderna.

FAKTARUTA MYFOOT DIABETES

MyFoot Diabetes är en digital plattform och applikation designad för att stödja egenvård och prevention av fotproblem hos personer med diabetes [4, 5]. MyFoot syftar till att förbättra fotvården för diabetespatienter genom att erbjuda ett system för övervakning,

dokumentation och rådgivning. Tjänsten är utformad för att hjälpa patienter att hålla koll på sin fotstatus, identifiera tidiga tecken på komplikationer och ge rekommendationer för att förebygga allvarliga fotproblem som sår och infektioner.

FUNKTIONER OCH KOMPONENTER

1. Monitorering av fotstatus

Patienter kan dokumentera observationer av sina fötter, inklusive bilder och beskrivningar av eventuella förändringar eller problem. Applikationen kan användas för att registrera symptom som nedsatt nervfunktion, nedsatt blodcirkulation, fotdeformiteter, hudskador eller sår.

2. Riskbedömning

MyFoot Diabetes använder insamlade data för att bedöma risken för fotkomplikationer. Detta inkluderar information om riskfaktorerna som beskrivs ovan, och historik av tidigare fotproblem. Plattformen kan ge varningar och rekommendationer baserade på risknivån.

3. Utbildning

MyFoot erbjuder utbildningsmaterial om fotvård specifikt anpassat för diabetespatienter. Detta kan inkludera råd om daglig fotvård, vikt av rätt skor och hur man undviker skador. Patienter får tillgång till råd baserade på nationella riktlinjer

4. Integrering

MyFoot Diabetes kan integreras med andra hälso- och sjukvårdssystem för att möjliggöra delning av data mellan patienter och vårdgivare. Detta bidrar till en mer sammanhållen vårdprocess där vårdpersonal kan följa upp patienters fotstatus och ge snabbare och mer anpassad vård.

5. Dataanalys och AI

MyFoot är en källa för hälsodata. Hälsodata behöver lagras i en plattform för att kunna återanvändas och med AI ge prognoser och rekommendationer. AI modeller kan hjälpa till att upptäcka mönster och trender som kan indikera ökade risker för fotproblem.

SLUTKLÄM

AI är en teknologi i utveckling, och att det är värdefullt att skaffa sig kunskap redan nu. AI i vården finns idag i vården men i begränsad omfattning. Trolig är att AI kommer att vara en självklar del av vårdssystemet inom de komman-

de 10 åren. Att förstå och hålla sig uppdaterad om AI är därför viktigt för sjuksköterskor för att vara beredd på de förändringar som kommer att påverka patientbehandlingarna.

ATT VÅGA FULLT UT!

Jag är verkligen så obeskrivligt tacksam för dagens utveckling inom diabetes. Det har gjort allt möjligt för mig och jag fullgör mina drömmar som jag inte kunnat gjort innan insulinpumpen och sensors tid.

Jag fick typ1 1984 och det var som ni vet en tid med blodsocker i fingrarna och sprutor i både mage och lår. En tid som var högst oberäknelig på många sätt och främst genom att man inte kunde ha den minutiösa kontroll som man har idag. Det innebar många hypoglykemier när man minst önskade det och ständig kontroll utan att egentligen lyckas.

Sedan insulinpumpen och sensorn kom har det helt förändrat mitt liv. Nu vågar jag satsa allt i varje situation, jag vågar att resa själv, jag vågar att utmana mina drömmar.

I förra veckan var jag själv från Sverige på en expedition i Grönland som innebar både flyg, båtar, hela dagar och utflykter. Jag hade ingen jag kunde reflektera med utan fick lita på min instinkt, sensor och pump. Jag tvekade aldrig! Vi kan göra alla de resor vi tidigare drömt om och vi lever bara en gång. Därför tvekade jag aldrig. För att vara på den trygga sidan går jag aldrig en meter utan extra kolhydrater, kombinerad blodsockermätare eller insulinpennor. Jag vet ju aldrig om det skulle hända pumpen något, sensorn skulle få fnatt eller om blodsockret går lågt. Nu är jag trygg!!

Via Köpenhamn flög vi över Färöarna och Island över Grönland. Vi landade i Kangerlussuaq som egentligen är en tidigare Amerikansk militärbas. Det är den enda flygplatsen som får ta emot internationellt flyg. Vi besökte inlandsisen som är 10 000 år gammal och fick se samhället som egentligen bestod av baracker. Vid utflykten fick jag även se Myskoxar och den arktiska öknen som består av sand som isen släpar med sig.



Resan fortsatte med flyg till huvudstaden Nuuk och museumbesök och träffa lokalbefolkningen. Vi gick på en båt som sedan tog oss längst västkusten ändå upp till Ilullisat. Det var en resa bland glaciärer, is, kyla och hårda vindar. Även om det var 20 grader i Sverige så var det svidande kallt på båten med vind och 0 grader. Möjligheten att få stå ensam där med diabetes kändes som en stor seger. VI KAN!

Under resan fick jag även uppleva Grönlandsval, Knölval, Grönlandshundar och mycket mer. Det gav mig hopp om att fortsätta testa gränserna och speciellt när man klarar ensamheten i ett land så avsides.

Nästa år tänkte jag testa att åka till Nepal för att se dess kultur, mat, sjukvård och besöka byar. Det blir en start med Katmandu för att sedan avsluta med en helikoptertur till Mount Everest Base Camp 1.

Jag känner inga hinder längre utan möjligheter så länge man tar det säkra före det osäkra och är öppen för utmaningar!

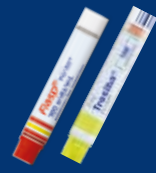
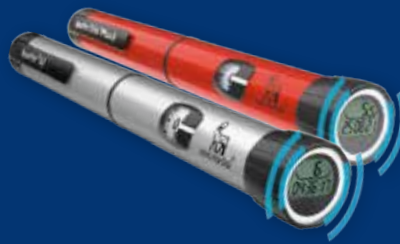
Jag har även Addisons sjukdom, giftstruma och astma men liksom mina andra arktiska besök i Svalbard, Island och Lofoten gick det bra.



Martin Norrman
martin@addison.se

Har du patienter som använder Tresiba® (insulin degludek) eller Fiasp® (insulin aspart) i förfylld injektionspenna?

"Tog jag mitt insulin?"



Injektionsvätska, lösning
i cylinderampull 100 enheter/ml

- NovoPen® 6 visar när senaste insulindosen togs, samt hur mycket
- **Reducerar koldioxidutsläpp med 7,1 ton och plaståtgång med 1,6 ton per år/1000 patienter vid byte från FlexTouch® till NovoPen® 6 eller NovoPen Echo® Plus vid behandling med Tresiba® U100 + Fiasp®*1**

Vill du veta mer om NovoPen® 6,
beställa demonstrationspenna
eller patientbroschyrer?



Scanna QR-koden för att komma direkt
till hemsidan <https://pro.novonordisk.se/diabetes/typ-2/novopen-6.html>

* För patienter som behandlas med Tresiba® U100 40 E/dag + Fiasp® 40 E/dag. Koldioxid- och plastavtryck för Tresiba® U100 + Fiasp® i FlexTouch® och NovoPen® 6 eller NovoPen Echo® Plus avser ett års behandling med produkten för en patient. Koldioxid- och plastberäkningarna inkluderar hjälpmedel, aktiv farmaceutisk ingrediens, nålar och förpackning. Beräkningarna baseras på antagandet om att en genomsnittlig insulinmängd per patient är 40 E/dag, hållbarhet för NovoPen® 6 och NovoPen Echo® Plus är 5 år och att cylinderampullen innehåller 300 E. Referensregionen är EU.

Referens:

1. FlexTouch® incl. API and needle, product carbon footprint, Novo Nordisk, Corporate Environmental Strategy, version 3.1, September 2021 (rev. 2023). NovoPen® 5/NovoPen® 6 incl. Penfill® and needle, Novo Nordisk, Corporate Environmental Strategy, version 3.1, September 2021 (rev. 2023) <https://www.novonordisk.com/sustainable-business/esp-portal/environmental.html>

Tresiba® (insulin, degludek), Rx, (F), ATC-kod: A10AE06

100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna, 100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i cylinderampull, 200 enheter/ml injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna. Tresiba® är ett basinsulin för subkutan administrering en gång dagligen vid valfri tidpunkt, men lämpligen vid samma tidpunkt varje dag. **Indikation:** Behandling av diabetes mellitus hos vuxna, ungdomar och barn från 1 års ålder. **Varningar och försiktighet:** En övergång till annan typ, annat märke eller annan tillverkare av insulin måste ske under medicinsk övervakning och kan leda till att dosen måste justeras. Patienterna måste instrueras att alltid kontrollera etiketten på insulinet före varje injektion, för att undvika förväxling mellan de båda styrkorna av Tresiba® eller med andra insulinpreparat. Hypoglykemi kan uppträda om insulindosen är för hög i förhållande till insulinbehovet. Otillräcklig dosering och/eller avbruten behandling hos patienter som har behov av insulin kan leda till hyperglykemi och potentiellt till diabetisk ketoacidosis, tillstånd som potentiellt är dödliga. Fall av hjärtsvikt har rapporterats när pioglitazon använts i kombination med insulin, särskilt hos patienter med riskfaktorer för att utveckla hjärtsvikt. Detta ska beaktas om man överväger kombinationsbehandling med pioglitazon och Tresiba®. **Graviditet och amning:** Behandling med Tresiba kan övervägas under graviditet om det är kliniskt motiverat. För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se. Datum för översyn av produktresumén 02/2024. **Subventioneras vid typ 2-diabetes endast för patienter där annan insulinbehandling inte räcker till för att nå behandlingsmålet på grund av upprepade hypoglykemier.** Novo Nordisk Scandinavia AB www.novonordisk.se SE24TSM00006

Fiasp® (insulin aspart), Rx, F, ATC-kod: A10AB05

100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i injektionsflaska; 100 enheter/ml Penfill® injektionsvätska, lösning i cylinderampull; 100 enheter/ml FlexTouch® injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna; 100 enheter/ml PumpCart® injektionsvätska, lösning i cylinderampull. Fiasp® är en snabbverkande formulering av insulin aspart och är ett måltidsinsulin för subkutan administrering. **Indikation:** Behandling av diabetes mellitus hos vuxna, ungdomar och barn från 1 års ålder. **Varningar och försiktighet:** Doseringen av Fiasp® är individuell och ska fastställas utifrån den enskilda patientens behov. Hypoglykemi kan uppträda om insulindosen är för hög i förhållande till insulinbehovet. Otillräckliga doser eller avbruten behandling, i synnerhet hos patienter som har behov av insulin, kan leda till hyperglykemi och diabetisk ketoacidosis, tillstånd som potentiellt är dödliga. Pediatrisk population: För att undvika nattlig hypoglykemi rekommenderas noggrann övervakning av blodglukosnivåer om detta läkemedel administreras efter att dagens sista måltid inlets. **Graviditet och amning:** Fiasp® kan användas under graviditet. Det finns inga begränsningar för behandling med Fiasp® under amning. Dosen kan dock behöva justeras. För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se. Datum för översyn av produktresumén 08/2021. Novo Nordisk Scandinavia AB. www.novonordisk.se SE23FSP00002

INFORMATION

**STYRELSE:**

www.diabetesnurse.se

Ordförande:

Agneta Lindberg
Diabetes/endokrinmottagning
Hässleholm,
Box 351, 281 25 Hässleholm
Besöksadress: Esplanadgatan 19,
Hässleholm
agneta@sfsd.se

Vice ordförande:

Janeth Leksell
Uppsala Universitet
Janeth@sfsd.se
Janeth.Leksell@medsci.uu.se

Sekreterare:

Marianne Lundberg
Malmö
sekr@sfsd.se

Kassör/Medlemsavgifter:

Guðrun Andersson
Centrum för Diabetes, plan 5
Stockholm
guðrun@sfsd.se

Vetenskaplig sekreterare:

Nouha Saleh Stattin
Akademiskt primärvårdscentrum
Stockholm
nouha@sfsd.se

Medlemsärenden:

Åsa Hammarström
Medicinmottagningen,
Diabetesmottagningen
Sundsvalls Sjukhus
asa@sfsd.se

Styrelseledarmot:

Cathrine Astermark
Barn och ungdoms-
medicinmottagning,
Lund
cathrine@sfsd.se

Ansvarig hemsidan

Chefredaktör
Kaija Seiboldt
Akademiskt Primärvårdscentrum
Stockholm
kaija@sfsd.se

Sociala medier

Sheyda Sofizadeh
Närhälsan Dalaberg Vårdcentral
Uddevalla
sheyda@sfsd.se

TIDNING - DIABETESVÅRD

Diabetesvård ges ut av Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård (SFSD). SFSD är en ideell förening vars syfte är att samla och organisera sjuksköterskor som i sin yrkesutövning arbetar med och har specialintresse för diabetes.

SFSD:S UPPGIFT ÄR

- att verka för sjuksköterskans professionella utveckling inom diabetesvården
- att stimulera och medverka till vidareutveckling av den medicinska och omvårdnadsvetenskapliga forskningen inom diabetesvården
- att medverka till en likvärdig och kunskapsbaserad diabetesvård i alla delar av landet
- att utgöra ett forum för remisser av utredningar avseende diabetesvården i Sverige
- att utveckla samverkan med andra organisationer, nationellt och internationellt, vilka har betydelse för diabetesvårdens utveckling

UTGIVARE:

Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård, SFSD
Adress:
c/o SSF, Baldersgatan 1, 114 27 Stockholm

PRENUMERATIONER:

Pris 250 SEK per år.
Gör din beställning genom att kontakta redaktören via e-mail:
Mail: kaija@sfsd.se

ADRESSÄNDRING:

Medlemmar i SFSD kontaktar medlemsansvarig:
Åsa Hammarström
Mail: asa@sfsd.se
Övriga kontaktar redaktören, se ovan.

ANSVARIG UTGIVARE:

Agneta Lindberg
Mail: ordf@sfsd.se

CHEFREDAKTÖR:

Kaija Seiboldt, mail: kaija@sfsd.se

REDAKTION:

Kaija Seiboldt, mail: kaija@sfsd.se
Sheyda Sofizadeh, mail: sheyda@sfsd.se

ANNONSERING:

Annonsstopp för Diabetesvård
Nr 1, 2025 är 13 januari med utgivning i februari
Nr 2, 2025 är 5 maj med utgivning i juni
Nr 3-4 2025 är 12 september förutgivning i oktober

ANNONSUTRYMME BOKAS HOS

Kaija Seiboldt, mail: kaija@sfsd.se
eller ulrika.westin@stema.nu
0761-75 06 22

TRYCKERI:

Stema SpecialtryckAB, Box 969, 501 10 Borås
033-23 74 70
www.stema.nu
ISSN-nummer:
ISSN 1652-697X (Print)
ISSN 2004-4623 (Online)

KALENDARIET

KONGRESSER OCH MÖTEN 2025

19-22 Mars, 2025

ATTD, Internationell teknik-och diabetesmöte. Amsterdam.
www.attd.kenes.com

26-28 Mars, 2025

Gemensamt möte med SFD, Svenska Endokrinologföreningen samt SFSD. Linköping.

Anmälan kommer in på denna länk:
www.sfsdmoten2025.se

7 - 10 April 2025

IDF Internationella Diabetesorganisationen. Bangkok. Thailand www.idf.org

9-13 Juni, 2025

ICN International Council of Nurse. Helsinki. ICN Congress 2025 Helsinki
ICN - International Council of Nurses.

Nyheter om diabetesforskning

diabetesportalen.se är en ny hemsida från Lunds universitets Diabetescentrum.

diabetesportalen.se vänder sig till alla som är intresserade av diabetesforskning.

Tonvikten ligger på populärvetenskapliga artiklar från forskningsfronten och aktuella fördjupningsartiklar.

Du kan prenumerera på nyheter.

Du kan fråga om diabetesforskning.



LUNDS
UNIVERSITET

Välkommen till

www.diabetesportalen.se



Åsa Hammarström

NY MEDLEMSANSVARIG!

SFSD's nya medlemsansvarig är Åsa Hammarström. Specialistsjuksköterska. Medicinmottagningen Sundsvalls sjukhus. Regionsrepresentant för NDR.

Kontakta Åsa om du har frågor eller synpunkter, om du byter adress eller byter namn.

VET DU HUR **GIP** FUNKERAR I KROPPEN?

GIP och GLP-1 är två inkretinhormoner som frisätts i tarmen.¹ GIP ansvarar för nästan 2/3 av inkretineffekten hos friska individer och är en mer potent insulinfrisättare än GLP-1.²



SKANNA QR KODEN FÖR ATT
LÄSA MER OM **GIP**

GIP, glukosberoende insulinfrisättande peptid; GLP-1, glukagonlik peptid 1.

References:

1. Nauck MA, Meier JJ. *Lancet Diabetes Endo.* 2016;4(6):525-536
2. Nauck MA, Meier JJ. *Diabetes.* 2019;68(5):897-900.

PP-LD-SE-1170 | November 2023

lilly.com/se

© 2023 Eli Lilly and Company. All rights reserved.

Lilly is a registered trademark of Eli Lilly and Company.

The Lilly logo, written in a red, cursive script.