



# DIABETESVÅRD

TIDNING FÖR SVENSK FÖRENING FÖR SJUKSKÖTERS KOR I DIABETESVÅRD

NR 1 2024

**HUR PÅVERKAS FAMILJEN  
VID SCREENINGSSTUDIER**

**SYMPOSIUM  
23-24 MAJ I MALMÖ**

**DIABETES OCH  
FÖRMAKSFLIMMER**

**343 SAKER  
ATT GÖRA**

**GRUPPBASERAD  
PATIENTUTBILDNING  
- ENKÄT**

Medtronic

# Ökad tid i målnområdet, även när kolhydraträkningen inte är exakt.

MiniMed™ 780G insulinpumpsystem med SmartGuard™-teknik.

**80%\***  
Tid i målnområdet

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

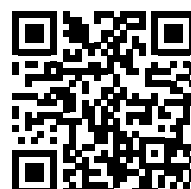
Användare av MiniMed™ 780G-systemet uppnår i genomsnitt 80% tid i målnområdet\*.

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



\* Arrieta A, et al. Diabetes Obes Metab. 2022; doi: 10.1111/dom.14714. Mean 80% TIR is reached using the recommended optimal settings of 2 hours active insulin time and 100 mg/dL (5.5 mmol/L) glucose target for at least 90% of the time.

SE-GDB-2300017© 2022 Medtronic. Medtronic, Medtronic loggan, Engineering the extraordinary är varumärken som tillhör Medtronic. Alla andra varumärken är varumärken som tillhör ett Medtronic-företag.



# ORDFÖRANDE HAR ORDET

Nu är det kris i den svenska sjukvården – denna rubrik möts man av överallt i media. I stort sett alla regioner i Sverige går back ekonomiskt. Något måste väl vara fel? På min arbetsplats har vi haft samma budget sen 2017, trots inflation och framför allt kostnadsökning vad gäller den tekniska behandlingen i diabetesvården.

Att patienter med diabetes lever längre och är friska verkar inte ha betydelse, nu skall vi vända på varje sten och leta kronor och ören i ett kortsiktigt perspektiv.

Jul- och nyårshelgen har passerat och vi här nere i söder har blivit av med snön och ser med tillförsikt fram emot ljuset och fågelsången. Styrelsen arbetar på med frågor som berör oss, bland annat projektet med grupputbildning, behovet av nationell samordning i diabetesvården och ledtal för oss diabetessjuksköterskor. Du har möjlighet att påverka och ha synpunkter i samband med årsmötet så ta tillfället i akt att göra din röst hörd där! Årsmötet är planerat till 23/5 15,45 under symposiet i Malmö. Program och anmälan finns på [www.sfsdmoten.se](http://www.sfsdmoten.se) 23-24/5, hoppas vi ses.

Fler och fler sjuksköterskor väljer att utbilda sig till specialistsjuksköterska inom diabetesvården och det är en positiv utveckling och ger diabetessjuksköterskan högre status. Läs gärna artikeln i tidningen om ”Diabetessjuksköterskan – navet i diabetesvården” skriven av Marianne Lundberg, sekreterare i SFSD och samordnare i Region Skåne.

Glöm inte bort att utnyttja din möjlighet att nominera en kollega till utmärkelsen årets diabetessjuksköterska 2023, vi har fått en del nomineringar men jag vet att det finns gott om kollegor ”där ute” som är värda utmärkelsen, skicka till [ordf@sfsd.se](mailto:ordf@sfsd.se) ”Årets diabetessjuksköterska” kommer att utses under middagen på symposiet i Malmö 23/5.

Den tekniska utvecklingen i diabetesvården går med rasande fart och vi matas i sociala medier med nya sätt att mäta glukosvärdet på, vissa av dessa är mindre seriösa i sin marknadsföring och kan vara direkt livsfarliga att förlita sig på. Allt som syns i media är inte sant och det är bra att förhålla sig till vissa saker med sund skepticism, jag brukar alltid tänka ”om något verkar för bra för att vara sant, så är det oftast så”.

I skrivande stund är det snart dags för NDR:s årliga koordinatormöte i Göteborg och presentation av årsrapporten 2023. Ska bli intressant om kvalitetsutvecklingen fortsatt är positiv eller den ekonomiska svångremmen blir synlig även här. NDR har bytt plattform och vissa förändringar i utdata kommer att ske, vi som profession och användare av NDR i vardagen hoppas på att denna förändring inte kommer att försvåra vårt på enheten så viktiga kvalitetsarbete.

”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. NDR
- 08. SVENSKA  
DIABETESFÖRBUNDET
- 12. AXPLOCK FRÅN EASD
- 16. SCREENINGSTUDIER FÖR  
TYP1 DIABETES
- 18. DIABETES OCH FÖRMAKS-  
FLIMMER
- 26. GRUPPBASERAD PATIENT-  
UTBILDNING
- 36. UNGAS ÖVERFÖRING FRÅN  
BARN TILL VUXENKLINIK
- 42. VÅRDFÖRLOPP DIABETES  
MED RISK FÖR FOTSÅR
- 56. DIABETESSJUKSKÖTERSKAN  
- NAVET I DIABETESVÅRDEN

QR-koder som du hittar vid artiklar, läses bäst med nerladdad QR-kod app!



## UNG DIABETES UNGDOMSLÄGER I GREKLAND

**Den 1 november samlades 16 taggade deltagare tillsammans med tre ledare från Ung Diabetes och en sjuksköterska på Arlanda för att påbörja resan ner mot Athen. Vid mellanlandning i Schweiz serverades middagen och vi var sedan framme i varma Aten sent på kvällen.**

Torsdagen spenderades till största del på stranden men efter middagen på hotellet tog vi spårvagnen in till stan för att ta del av det lugna men aktiva kvällslivet i Aten. Vi promenerade i timmar där vi fick möjlighet att prata, umgås, utforska staden, kolla på marknadsstånd med prylar, äta glass, shoppa, lyssna på musik och känna på Atens kultur.

På fredagen blev det dags att turista. En Hop-on Hop-off buss tog oss igenom staden och vi fick ta del av många vackra platser i Aten. Vi hoppade slutligen av vid en hållplats för att äta lunch och sedan begav vi oss till den berömda platsen Akropolis.

Lördagen var en planerad shoppingdag där vi fick ta del av grekiska föremål på den vackra marknaden på Monastiraki och shoppa i butiker. Under kvällen blev den avslutande aktivitet att måla på dricksglas, detta blev en souvenir för alla deltagare att ta med sig hem som minne från resan.



Söndagens hemresa startade redan kl 05 och ca 14.30 landade hela gänget nöjda, belättna och oskadda i Sverige igen.



Amanda Ryden  
Ordförande , Ung Diabetesvård



## Ett nytt spännande NDR-år har börjat!

Vi som jobbar på NDR-kontoret imponeras över hur engagerade så många är i att följa och förbättra diabetesvården och göra det allra bästa för de som lever med diabetes. Vi har under året som gått träffat vårdpersonal, patientrepresentanter och chefer på olika nivåer och förstår hur tufft det är att få resurserna att räcka till. Ändå finns en stor drivkraft att ständigt förbättra. Vi är tacksamma för att vi under 2023 bjudits in till flera regioner för att prata om och utbilda i hur NDR bäst kan användas.

Vill ni att vi kommer till er? Kontakta oss på NDR om ni har frågor, synpunkter eller vill ha stöd i förbättringsarbete. Vi har möjlighet att träffa er på videomöte eller kanske på plats.

## NY WEBBPLATS

Du som läser detta har kanske hört att NDR byter webbplats och eventuellt har den lanserats när tidningen är i tryck. Om inte, så dröjer det nog inte länge. Den nya webbplatsen har i stort sett samma innehåll som den gamla och det finns dels en helt öppen sida, dels en för vårdpersonal som kräver inloggning. Den största skillnaden är just inloggningen och hur man hittar de funktioner som finns i inloggat läge. Det kommer att finnas instruktioner att läsa på den öppna sidan om man känner sig osäker och det går också utmärkt att kontakta NDR vid eventuella frågor.

Gå gärna in på NDR och läs under Nyheter för att hålla dig uppdaterad om den nya webbplatsen. Den gamla webbadressen [www.ndr.nu](http://www.ndr.nu) kommer att fortsätta fungera som vanligt även för den nya webbplatsen.

## NYA VARIABLER SOM INFÖRDES 2023

Under 2023 gjordes en förändring av variabeln diabetesbehandling för att kunna visa tydligare vilken läkemedelsbehandling som används. Bakgrunden till förändringen är den alltmer komplexa behandlingen vid typ 2-diabetes, där det



Skärmdokument från Startsidan, NDRs nya webbplats

är önskvärt att kunna följa och jämföra hur olika regioner och vårdenheter använder olika läkemedelsbehandlingar. Förändringen genomfördes under våren 2023 för alla som rapporterar manuellt på NDR:s webbsida. De IT-system som används för överföring av data från journal till NDR håller på med anpassning till de nya variablerna. Några regioner är klara medan några har arbete kvar att göra för att kunna överföra de nya variablerna. Detta innebär att NDR får vänta lite med att redovisa statistik om glukossänkande läkemedel tills merparten av vårdenheterna har kommit i gång att registrera på de nya variablerna.

# SysToe

## HELAUTOMATISK TÅTRYCKSMÄTARE

### FORSKNING

Forskningsaktiviteter med hjälp av NDR-data fortsätter att vara hög. På internationella diabetesmöten, EASD i Hamburg och ISPAD i Rotterdam hösten 2023, presenterades flera spännande abstract där data från NDR fanns med och bidrog till resultaten. Bland annat handlade arbetena om risk för hjärtinfarkt och hjärtsvikt hos yngre personer med typ 1- och typ 2-diabetes (Dikaiou et al), riskfaktorer associerade med underbens-amputation (Jansson et al) och förekomst och riskfaktorer för retinopati hos personer med nydiagnostiserad typ 2-diabetes (Sofizadeh et al). Vi ser fram emot dessa kommande publikationer.

I Diabetes Care i november 2023 publicerades ett arbete av Avdic et al om risk för perifer arteriell sjukdom vid typ 2-diabetes. Studien visar tydligt att klassiska riskfaktorer gällande hjärta och kärl (HbA1c  $\geq 53$  mmol/mol, systoliskt blodtryck  $\geq 140$  mmHg, LDL  $> 2.5$  mmol/L, rökning och eGFR  $< 60$  mL/min/1.73 m<sup>2</sup>) spelar stor roll för risken att utveckla perifer arteriell sjukdom.

På NDR:s nya webbsida finns en flik för forskning där det finns information bland annat kring data-uttag för forskning, lista över referenser till publicerade artiklar och NDR:s variabellista.

Många forskargrupper har under 2023 begärt och fått ut data från NDR för att besvara olika kliniska forskningsfrågor, ofta genom att också samköra med andra nationella register. Vi hoppas att det fortsätter så under 2024.

Stort tack till er som registrerar till NDR eller arbetar med NDR-data på annat sätt. Tack också till alla de patienter som genom sin data bidrar till att vi har ett så bra diabetesregister att det kan användas för att förbättra vården för alla personer med diabetes i Sverige.

---

Katarina Eeg-Olofsson  
registerhållare NDR  
med all personal



### Varför välja SysToe tåtrycksmätning

- Inför kompressionsbehandling
- När ankeltryck inte är mätbart eller tillförlitligt som vid exempelvis diabetes
- Ger enkelt automatiskt uträknat TBPI - tå-brakial index
- Smidig och enkel procedur som är oberoende av användare
- Enkel att ta med sig, batteridrivna
- Snabbare och adekvat behandling av patienter på plats och i god tid
- Tids- och ekonomieffektiv för vårdgivare

**För mer information besök [www.nesve.se](http://www.nesve.se)  
eller ring 070-546 29 23**

**NeSve AB**  
telefon: 070-546 29 23  
e-post: [info@nesve.se](mailto:info@nesve.se)  
[www.nesve.se](http://www.nesve.se)

Ne  
Sve



## DIABETESBAROMETERN 2023 BLOTTAR STORA VÅRDSKILLNADER

**Gapet mellan regionerna är tydligt när Svenska Diabetesförbundet rankar vården som personer med diabetes får. Störst utmaningar finns i typ 2-vården.**

På Världsdabetesdagen den 14 november släpptes Diabetesbarometern 2023, den årliga rapporten från Svenska Diabetesförbundet som tar tempen på svensk diabetesvård.

Landets 21 regioner poängsätts i 15 olika kategorier som speglar hur bra vård du får.

Första rapporten publicerades 2022. Årets barometer bygger på 3 530 enkätsvar från förbundets medlemmar och vårdresultat som regionerna har rapporterat in till Nationella diabetesregistret, NDR.

– Det ger en unik helhetsbild där uppfattningen hos den som vårdas också vägs in, säger Björn Ehlin, ordförande i Svenska Diabetesförbundet. De stora skillnaderna mellan olika regioner – både när det gäller vilken vård som ges, behandlingsresultat och hur personer med diabetes upplever vården – är det som sticker ut i rapporten.

– Det är fortfarande ett postkodlotteri vilken vård du får, och att vi har det så i Sverige år 2023 är vansinnigt, konstaterar Björn Ehlin.

**JÄMFÖRT MED FÖRRA** året har många hälso-parametrar som blodsocker och blodfetter förbättrats – ett gott betyg för vården. Det som blivit sämre är kontinuiteten. Många vittnar om att de inte har träffat sin diabetessjuksköterska eller läkare det senaste året och att samordningen mellan olika vårdinsatser fungerar dåligt. Fler möter också olika läkare och sjuksköterskor vid

sina besök. Utmaningarna är störst för personer med typ 2-diabetes, som oftast hör till primärvården. Nästan en av fyra svarar att läkaren vid besöken är ny.

– Det är allvarligt. När du har en kronisk sjukdom är en läkare som har en strategi för din behandling och följer upp hur det går en grundförutsättning för att du ska få bra vård, säger Björn Ehlin.

– I NDR registreras dessutom bara de som får besöken och därmed får vård. De som det inte fungerar för syns inte i statistiken. I vår enkät säger oroväckande många att de inte har träffat vården.

**LISTAN TOPPAS ÄVEN** i år av Uppsala med 38 poäng, Blekinge och Gävleborg intar en delad bottenplats med 7 poäng var. I rapporten ger Svenska Diabetesförbundet 17 förslag på förändringar för en bättre diabetesvård.

– Kontinuitet och tillgänglighet är de frågor som vi fokuserar extra på, bland annat i ett seminarium som vi håller i riksdagen den 24 januari, berättar Björn Ehlin.



Läs hela Diabetesbarometern på [Diabetes.se/diabetesbarometern2023](https://Diabetes.se/diabetesbarometern2023)

Läs mer:





# STEGET FÖRE <sup>\*1-5</sup>



## Trippelt skydd i en tablett\*

**JARDIANCE® skyddar patienter med:**

### Typ 2-diabetes

minskad risk för CV-död (kardiovaskulär död) hos patienter med typ 2-diabetes och kardiovaskulär sjukdom<sup>†5</sup>

### Hjärtsvikt

minskad risk för CV-död eller sjukhusinläggning för HF<sup>†3,4</sup>

### Kronisk njursjukdom - NYHET!

minskad risk för CV-död eller njursjukdomsprogression<sup>\*1,2</sup>



## Etablerad säkerhets- och toleransprofil<sup>§1</sup>



## Enkel dosering: en tablett, en gång dagligen, ingen titrering <sup>1</sup>

#### REFERENSER

**1. JARDIANCE®** produktresumé, se FASS.se. **2.** Herrington WG, Staplin N, Wanner C, et al. EMPA-KIDNEY Collaborative Group. Empagliflozin in patients with chronic kidney disease. N Engl J Med. 2023;388(2):117-127. (EMPA-KIDNEY results and the publication's Supplementary Appendix.) **3.** Packer M, Anker SD, Butler J, et al; EMPEROR-Reduced Trial Investigators. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. N Engl J Med. 2020;383(15):1413-1424. (EMPEROR-Reduced results and the publication's Supplementary Appendix.) **4.** Anker SD, Butler J, Filippatos G, et al; EMPEROR-Preserved Trial Investigators. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. N Engl J Med. 2021;385(16):1451-1461. (EMPEROR-Preserved results and the publication's Supplementary Appendix.) **5.** Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al; EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2015;373(22):2117-2128. (EMPA-REG OUTCOME® results and the publication's Supplementary Appendix.)

**JARDIANCE®** (empagliflozin), filmdragerade tabletter 10 mg och 25 mg. Rx. (F)\*. SGLT2 hämmare. **Indikationer:** Behandling av vuxna 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 m<sup>2</sup>. Vid DM typ 2 bör ytterligare glukossänkande behandling övervägas om eGFR sjunker under 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. 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: 07/2023. **\*Subventioneras endast vid 1) typ 2-diabetes som tillägg till behandling med metformin eller när metformin inte är lämpligt (gäller 10 och 25 mg) och 2) för patienter med symtomatisk kronisk hjärtsvikt (gäller 10 mg).**

# ISPAD ANNUAL CONFERENCE

**International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) är en multiprofessionell organisation för de som arbetar med barn och unga med diabetes. I organisationen finns 1200 yrkesverksamma medlemmar från 98 olika länder. Varje år anordnas en konferens, i år var den i Rotterdam, och samlade 1600 personer från 100 olika länder.**

Temat för årets konferens var "Pediatric Diabetes in a rapidly changing world". Innehållet i konferensen vänder sig alltid till hela diabetesteamet. I år hade jag möjlighet att åka, delvis tack vare ett resebidrag från SFSD.

De olika professionerna har alltid egna mötestider. Trots att mötet för diabetessjuksköterskor i år var tidigt på morgonen, var det fullt i lokalen, mycket trevligt att få höra erfarenheter från diabetessjuksköterskor från jordens alla hörn. Konferensen inleddes med att vinnaren av 2023 års pristagare av "Prize of Achievement", Roman Hovorka talade. Han har utvecklat algoritmen CAM APS fx som nu används med Ypsopumpen. Han talade om avancerade hybrid closed loop pumpar (HCL-pumpar, som doserar insulin efter sensorglukosvärden), mest om CAM APS fx men även om alla olika modeller som finns. CAM APS fx pumpar har studerats bland småbarn, tonåringar, vuxna och gravida, studierna visar att de fungerar bra i alla åldrar. HCL-pumpar ger inte bara förbättrade glukosnivåer, utan även förbättrad livskvalitet. Han menar att dessa pumpar ska erbjudas alla, i synnerhet alla barn. Det är viktigt att vi i diabetesteamen lär oss mer om dessa pumpar, så vi kan vägleda och ge råd till användarna.

**Sarah Koning** från Nederländerna talade om kolhydraträkning och HCL-pumpar. Att dosera insulin efter mängden kolhydrater är rekommenderat, men räkningen kan kanske förenklas med hjälp av HCL-pumpar. Om en dos till måltid inte tas kan HCL-pumparna i viss mån öka dosering av insulin vid måltider. I en studie av Shalit et al, (2023), fick 14 vuxna pröva att



äta utan måltidsdos i 90 dagar och sedan med måltidsdos ytterligare 90 dagar. Studien visade att utan måltidsdoser var tid inom målområdet (4-10mmol/L) lägre ( $67,5\% \pm 12,5\%$  vs.  $77,7\% \pm 9,5\%$ ;  $P < 0,01$ ), pumpen kunde klara mindre mål (20 g kolhydrater) bra, men vid större kolhydratsmängder (60-80g) fungerade det inte så bra. I en randomiserad studie med 34 tonåringar av Petrovski et al, (2023), jämfördes en förenklad måltidsdosering med tre personligt förinställda fasta kolhydratsnivåer och vanlig kolhydratsräkning. Studien visade att vanlig kolhydratsräkning gav bättre tid i målområdet ( $80,3 \pm 7,4\%$  vs.  $73,5 \pm 6,7\%$ ,  $p = 0,043$ ), men att fasta doser kan vara ett bra alternativ för de som inte klarar kolhydraträkning. Sarah Koning talade också om alkohol och HCL-pumpar. Vid alkoholkonsumtion bland tonåringar är det vanligt med hyperglykemi under kvällen, men sedan risk för hypoglykemi under natten och morgonen efter. Vid behandling med HCL-pump ökas då basaldosen på kvällen och automatiska korrigeringsdoser ges, vilket ytterligare ökar risken för hypoglykemi på natten. Ett tips är

att använda träningsläge på pumpen både under kvällen och natten efter. Det kan också vara bra med en speciell partyprofil (gäller tandempumpen), med lägre basal och högre kvoter. Det är viktigt att ta måltidsdoser till det man äter, men tonåringar kanske inte bör ta till alkoholen.

Hudreaktioner från plåstren på CGM-sensorer och pumpkanyler är vanliga, och ett hinder för användande. **Thomas Rustemeyer** och **Anna Korsgaard Berg** talade om detta. Deras budskap var att hudreaktioner är vanliga och de kan vara både irriterande och allergiska, reaktionerna kan komma efter några timmar eller flera dagar. Små barn och personer med atopisk hud drabbas oftare. Det är viktigt att förebygga genom korrekta råd och att upptäcka reaktioner i tid för att undvika stora problem. Samarbete mellan olika professioner och kontakt med hudklinik är viktigt. Allergitestning bör alltid göras vid misstanke om en allergisk reaktion. De betonade också nödvändigheten av att kunna få en korrekt innehållsdeklaration av plåstren från firmorna. Det var även en diskussion om användandet av cortisonnässpray innan applikation av sensor eller pumpkanyl, Anna Korsgaard Berg betonade att detta bör studeras mer. Det finns risk för att långtidsanvändande kan förtunna huden.

**Marthe de With** hade en föreläsning om användandet av "Person Reported Outcomes" (PROMs) i kliniska studier. Enligt riktlinjer från FDA 2009 ska PROMs användas vid utvärdering av olika interventioner. Marthe och hennes forskargrupp hade gjort en sammanställning av användandet av PROMs i registrerade studier som inkluderat personer med diabetes, under de senaste 5 åren. Totalt 1543 studier identifierades, av dessa hade mindre än hälften (43,6%) använt någon typ av PROM, bland läkemedelsstudier var det endast 14% som använt PROM. Jill Wenchberg-Benchell talade om vikten av att inte bara mäta individuella PROM-faktorer när det gäller barn och unga med diabetes. Frågeformulär bör även undersöka

andra faktorer som påverkar egenvården och det psykosociala måendet, till exempel sociodemografiska faktorer och faktorer som föräldrar/vårdnadshavare, familj, skola och vänner. I egen forskning har jag upplevt en brist på översatta och validerade frågeformulär för att mäta PROM bland barn och unga i Sverige, min forskargrupp håller just nu på att översätta och validera MyQ, ett frågeformulär utvecklat av Marthe de With, som mäter livet med diabetes i ett bredare perspektiv. Kontakten med Marthe innan översättningen började har skett via mail. Tack vare konferensen fick jag möjlighet att prata med Marthe personligen, och berätta ur översättningsarbetet fortskred.

**Elisabeth Jelleryd**, dietist och doktorand från Sverige, talade i symposiet "Small children – Big challenges in diabetes management" om utmaningen med måltidsproblem bland små barn med diabetes. Problem med mat, matvägran, matpreferenser mm är en del av den normala utvecklingen hos barn. Dessa problem medför stora utmaningar för föräldrar till barn med diabetes. Föräldrarna har stort behov av support från diabetesteamet för stöd och för att hitta rätt väg till lösning.

ISPAD-konferensen innehöll givetvis många fler föredrag och stora möjlighet till diskussioner och utbyte med kollegor, jag har bara berättat om en liten del. Alla föredrag kommer att finnas på ISPADs hemsida. Nästa år är konferensen i Lissabon, börja redan nu att planera för att åka dit, sök resebidrag.

Läs mer:



Anna Lindholm Olinder  
diabetessjuksköterska  
Sachska Barnsjukhus

# AXPLOCK FRÅN EASD 2023



**European Association for the Study of Diabetes (EASD) höll i år sin kongress i Hamburg, Tyskland, 2-6 oktober. Kongressen erbjuder en unik mötesplats för att utbyta de senaste framstegen inom diabetesforskning. Professor Åke Lernmark från Lunds universitet hyllades med EASD Claude Bernard Prize 2023 för hans forskning inom diabetes. Här nedan kommer en sammanfattning av några studier som presenterades:**

Insulin en gång i veckan för personer med typ 1 diabetes (T1DM): Resultaten från ONWARDS 6-studien om insulin icodec som tas en gång i veckan för vuxna med T1DM visade att den är lika effektiv som daglig insulin deglucec i att uppnå glykemiska mål under en 26 veckors studieperiod, men med någon ökad risk för hypoglykemi.

Hybrid Closed-Loop system för gravida med T1DM: En studie från Storbritannien visade att hybrid closed-loop system förbättrar den glykemiska kontrollen hos gravida med T1DM jämfört med sedvanlig diabetesvård.

Screening för T1DM hos barn: En presentation från USA belyste möjligheten för screening för T1DM hos barn och att det kan bli verklighet inom fem år. Screeningförfarandet, som fokuserar på att identifiera individer i tidiga, presymptomatiska stadier av sjukdomen, skulle då kunna inkludera blodprov för autoantikroppar.

Tirzepatide för personer med typ 2 diabetes (T2DM): En metaanalys av 22 randomiserade kontrollerade studier rapporterade att tirzepatide, en dual GIP/GLP-1 receptoragonist, är överlägsen semaglutid, GLP-1-receptagonist, för kontroll av blodsocker och viktminskning hos patienter med T2DM. Tirzepatide var effektivt både för patienter med tidig debut av T2DM och för de som diagnosticerats senare i livet.

Från Sverige presenterade flera forskare sina studier. Deras arbete speglar Sveriges engagemang i diabetesforskning och dess betydelsefulla roll i att bidra till internationell medicinsk vetenskap:

En studie av **David Nathanson** utvärderade effekten av intermittent-skannad kontinuerlig

glukosövervakning (isCGM) jämfört med blodglukostestning (BGM) hos vuxna med T2DM på HbA1c-förändring och akut sjukhusinläggningsfrekvens. Data från Svenska Nationella Diabetesregistret (NDR), Läkemedelsregistret och svenska patientregistret användes. De identifierade 2 876 vuxna med T2DM och multipla dagliga insulininjektioner (MDI) och 2 292 med T2DM och basinsulin som startade isCGM efter 30 juni 2017. Resultaten visade att isCGM-användare hade signifikant lägre HbA1c-nivåer och minskad risk för sjukhusinläggning jämfört med BGM-användare. Denna effekt var jämförbar för individer med antingen multipla dagliga insulininjektioner (MDI) eller enbart basalinsulin. Studien indikerar att isCGM kan vara ett fördelaktigt verktyg för förbättrad diabeteskontroll och minskat behov av sjukhusvård för personer med T2DM.

**Katarina Eeg-Olofsson** presenterade effekten av isCGM jämfört med BGM på HbA1c och akut sjukhusinläggningsfrekvens hos 11 822 vuxna,  $\geq 18$  år med T1DM i Sverige. Studien inkluderade data från NDR och svenska patientregistret, med fokus på personer över 18 år som börjat använda isCGM efter juni 2017. Resultaten visade att isCGM-användare hade en signifikant större minskning av HbA1c jämfört med BGM vid 24 månader. Det observerades också en minskad frekvens av sjukhusinläggningar för hypoglykemi, diabetes ketoacidosis och totala sjukhusinläggningar hos isCGM-användare. Studien visar att isCGM kan vara ett effektivt verktyg för att förbättra glykemisk kontroll och minska behovet av akutvård för diabeteskomplikationer hos personer med T1DM.

**Sheyda Sofizadeh** presenterade en studie som utvärderade förekomsten av diabetesretinopati (DR) hos individer nyligen diagnostiserad med T2DM för att förstå behovet av intensifierad screening. Studien inkluderade patienter från NDR och fokuserade på de som genomgått ögonbottenfotografering inom två år efter T2DM-diagnos. Av 77 681 individer hade 17,2% DR vid diagnos. DR var vanligare hos äldre personer, män, personer med lägre utbildning, tidigare stroke, kronisk njursjukdom, behandling med

acetylsalicylsyra och ACE-hämmare. Dessutom var DR vanligare hos personer födda i Asien. Ökat systoliskt blodtryck var också en riskfaktor, medan högre BMI visade en inverse association. Studien indikerar ett behov av intensifierad screening för T2DM och prediabetes i Sverige, särskilt eftersom nästan en femtedel av personer med T2DM hade DR redan vid diagnos, vilket tyder på långvarig hyperglykemi före diagnos.

**Shilan Seyed Ahmadi** presenterade en studie där de tittat på riskfaktorer för DR hos barn och vuxna med T1DM. Totalt inkluderades 10398 barn och vuxna med T1DM från NDR mellan 2001 till 2017. Resultaten visade att HbA1c var den starkaste riskfaktorn för DR. Andra riskfaktorer inkluderade systoliskt och diastoliskt blodtryck, BMI och rökning, medan högre nivåer av HDL ledde till minskad risk för DR. LDL, triglycerider och totalt kolesterol var inte associerade med DR. Studien understryker vikten av hälsosamma livsstilsvanor för att förebygga DR hos barn och unga vuxna med T1DM.

**Stelios Karayiannides** presenterade analyser från 2017-2022 där de tittat på hur väl behandlingsmål för HbA1c, blodtryck och lipider uppnåddes bland män och kvinnor med T1DM och T2DM. Resultaten visade att för personer med T1DM uppnådde en ungefär lika stor andel män och kvinnor glykemiskt mål med HbA1c  $< 52$  mmol/mol. För personer med T2DM uppnådde en större andel kvinnor än män målet. Blodtrycksmålet ( $< 130/80$  mmHg) uppnåddes av fler kvinnor än män med T1DM och T2DM, medan lipidmålet (LDL  $< 2,5$  mmol/L) uppnåddes av fler män än kvinnor. Studien fann en generell förbättring i hur väl behandlingsmål har nåtts över tid för båda könen även om vissa skillnader fortfarande kvarstår. Kvinnor med T1DM uppnådde bättre glykemisk kontroll, medan behandling av lipider hos kvinnor och blodtryck hos män kräver mer uppmärksamhet.

**Stefan Jansson** presenterade en svenska kohortstudie som undersökte riskfaktorer för underbenamputation (lower limb amputation, LLA) hos personer med nydiagnostiserad diabetes. Studien

## RAPPORT

baserades på data från NDR och inkluderade över 66 000 individer diagnostiserade med diabetes mellan 2007 och 2016. Under en medianuppföljningstid på 4 år inträffade 133 LLA. Resultaten visade att högre ålder, manligt kön och att vara skild ökade risken för LLA. Högre fotsrisk vid baseline, insulinbehandling, rökning och låg fysisk aktivitetsnivå var också associerade med ökad LLA-risk. Intressant nog var fetma associerat med lägre risk för LLA. Studien understryker vikten av att övervaka dessa riskfaktorer för att förebygga LLA hos personer med diabetes.

**Kajsa Sjöholm** rapporterade om sin studie som undersökte dödlighet på lång sikt hos personer med både fetma och T2DM som antingen genomgått fetmakirurgi (338 personer) eller fått sedvanlig fetmavård (248 personer). Studien pågick under en medianuppföljningstid på 26,2 år.

Resultaten visade att deltagare som var i diabetesremission två år efter antingen fetmakirurgi eller sedvanlig fetmavård hade lägre dödlighet på lång sikt jämfört med de som inte var i remission, framförallt på grund av lägre kardiovaskulär död.

**Sofia Sterner Isaksson** har studerat effekterna av kost med varierande kolhydratinnehåll på glukoskontroll hos vuxna med T1DM. Totalt inkluderades 54 vuxna med T1DM och otillräcklig glykemisk kontroll (HbA1c  $\geq 58$  mmol/mol) i studien. De randomiserades till antingen en kost med måttlig kolhydrathalt (30% av den totala energin från kolhydrater) eller en traditionell diabetesdiet med högre kolhydratinnehåll (50% av den totala energin från kolhydrater) i 4 veckor, följt av en 4 veckors wash-out period för att sedan få prova den andra kosten (crossover-design). Studien använde blindad kontinuerlig glukosövervakning för att mäta effekterna på glukoskontroll. Resultaten visade att deltagarna som åt måttlig kolhydratkost hade lägre genomsnittlig blodglukosnivå jämfört med de på traditionell diabetesdiet. Det fanns även en ökning i tid inom målområdet (TIR) och en minskning av tid över målområdet (TAR) med måttlig kolhydratkosten, utan ökad risk för hypoglykemi. Denna studie

visar att en kost med måttlig kolhydrathalt kan vara mer effektiv än en traditionell diabetesdiet med högre kolhydrat-innehåll för att förbättra blodglukoskontroll hos personer med T1DM.

**Pigi Dikaiou** har undersökt skillnader i kardiovaskulär risk mellan unga personer med T1DM och T2DM. Studien använde data från NDR och patientregistret och inkluderade personer mellan 18 och 34 år. Resultaten visade att personer med T2DM hade en mer ogynnsam riskprofil med högre BMI, högre blodtryck och mikroalbuminuri, men lägre genomsnittligt HbA1c, jämfört med patienter med T1DM. Under uppföljningen utvecklade en högre andel av personer med T2DM akut hjärtinfarkt och hjärtsvikt jämfört med personer med T1DM, även efter justering för ålder och BMI. Studien indikerar att T2DM hos unga individer är förknippad med högre risk för allvarliga kardiovaskulära händelser.

**Peter Adolfsson** presenterade en multinationell studie där de tittat på effekterna av en smart insulinpenna på glykemisk kontroll hos personer med insulinbehandlad T1DM eller T2DM och som redan använder kontinuerlig glukosmonitorering (CGM). Studien inkluderade 8 931 vuxna från 18 länder som började använda NovoPen 6 för bolusinsulininjektioner tillsammans med en CGM-app. Resultaten visade en ökning av TIR och en minskning av time below range (TBR) efter 3 månader med smart insulinpenna, särskilt bland deltagare med lägst TIR vid baseline. Vid 6 månader observerades liknande förändringar, men de var inte statistiskt signifikanta på grund av färre deltagare med data vid denna tidpunkt. Studien indikerar att användningen av en smart insulinpenna kan förbättra glykemisk kontroll, särskilt hos de med störst behov.



Sheyda Sofizadeh  
diabetessjuksköterska  
Västra Götaland



# FreeStyle Libre 3

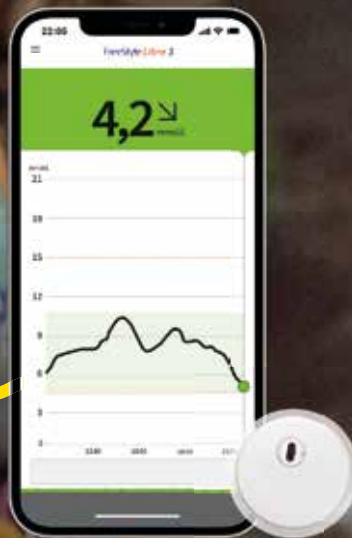
CONTINUOUS GLUCOSE MONITORING SYSTEM

Dina patienter  
förstår tidigare.  
Agerar snabbare.  
Är redo att undvika  
hypoglykemi.

Det är enklare att  
ha **koll**

Dina patienter kommer vara väl  
förberedda för att undvika hypoglykemi  
genom det enda CGM systemet  
som överför glukosvärden till  
smarttelefonen<sup>1</sup> varje minut.

Världens minsta, tunnaste<sup>2</sup>,  
och mest diskreta<sup>3</sup> sensor.



Nästa generations  
system för kontinuerlig  
glukosövervakning (CGM)

**Abbott**  
*life. to the fullest.®*

Bilder och simulerade data är endast i illustrativt syfte, det är inte från någon verklig patient.

1. FreeStyle Libre 3 appen är endast kompatibel med vissa mobila enheter och operativsystem. Kontrollera kompatibilitetsguiden för mer information om enhetskompatibilitet innan appen används. Delning av glukosdata kräver registrering i LibreView. 2. Bland patientapplicerade glukossensorer. 3. Arkivdata, Abbott Diabetes Care, Inc.

© 2023 Abbott. FreeStyle, Libre, och relaterade varumärken tillhör Abbott. Övriga varumärken tillhör respektive ägare. ADC-54493 v2.0 02/23  
www.FreeStyle.Abbott · 020-190 1111 · Abbott Scandinavia AB · Hemvärnsgatan 9 · Box 1498 · 171 29 Solna

## SCREENINGSTUDIER FÖR TYP 1 DIABETES – HUR PÅVERKAS FAMILJEN?

**Under mina år som forskningssjuksköterska i longitudinella studier som följer barn födda med förhöjd genetisk risk för typ 1 diabetes, har jag haft möjligheten att följa familjer, från resultatet av screeningprovet efter förlossningen och under uppföljningstiden fram tills barnen fyller 15 år. Denna erfarenhet har väckt frågor om hur familjerna upplever och påverkas av sin medverkan, vilket ledde till att jag 2017 påbörjade min doktorandutbildning.**

Beslutet att screena sitt nyfödda barn för ökad genetisk risk för typ 1 diabetes, en sjukdom som idag inte går att förebygga eller bota, och delta i observationsstudier under barnets uppväxt är inte självklart. För och nackdelar med screening för typ 1 diabetes har debatterats i många år. De som är emot screening framhäver att det kan skapa mer oro hos föräldrarna, de kan börja behandla det friska barnet som sjukt och relationen mellan barn och föräldrar kan påverkas. Fler och fler publikationer framhåller dock de positiva aspekter av screening för typ 1 diabetes, familjerna känner sig trygga och omhändertagna och de kan lära sig om sjukdomen och vilka symtom de ska vara uppmärksamma på. Studier har också visat att barn som följs inom forskning oftare får en tidig diagnos, är asymtomatiska och färre drabbas av svåra komplikationer så som ketoacidosis.

Den svenska studien, Diabetes Prediktion i Skåne (DiPiS) och den internationella The Environmental Determinants of Diabetes in the Young (TEDDY) studien är båda longitudinella observationsstudier där barn screenats för ökar risk för typ 1 diabetes vid födseln. Båda studierna följer barnen under deras uppväxt tills de fyller 15 år med regelbundna besök (1–4 gånger om året) med bland annat intervjuer, frågeformulär och venösa blodprover. Blodprovet analyseras för autoantikroppar, markörer för typ 1 diabetes, som kan upptäckas i ett barns blod när den autoimmuna processen har påbörjats. Risken att insjukna i typ 1 diabetes ökar med antalet autoantikroppar, barn som utvecklar 2–4 autoantikroppar har en 70% risk att drabbas av typ 1 diabetes inom 10 år. Vad som triggas den auto-

immuna processen är idag oklart. Denna typ av studier är viktiga för att ha möjlighet att förstå och kartlägga omgivningsfaktorer som påverkar den autoimmuna processen som leder till autoantikroppar hos barnet och varför endast vissa barn utvecklar sjukdomen. Kunskap som framöver eventuellt kan leda till förebyggande eller botande behandling.

**Syfte** med min avhandling var att undersöka hur familjer reagerar, upplever och påverkas av att delta i studier där barnet screenats vid födseln för ökad risk för typ 1 diabetes och följts under uppväxten tills de fyllt 15 år. Avhandlingen består av fyra delarbeten varav två presenteras närmare här nedan.

I delarbete ett var syftet att undersöka föräldrars oro efter fem års deltagande i DiPiS studien och vilka faktorer som påverkar oron. I det tredje arbetet var syftet att undersöka hur nöjda föräldrar var med sitt deltagande i TEDDY studien vid två tidpunkter, efter 1 respektive 4 års deltagande. Vi var även intresserade av att undersöka vilka faktorer som hade betydelse för föräldrars studienöjdhet.

### METOD

Både i DiPiS och TEDDYs uppföljning ingår ett årligt frågeformulär till båda vårdnadshavarna med frågor kring föräldrars oro, uppfattning om barnets risk för sjukdom samt nöjdhet med sitt deltagande i studien. Oro när föräldrarna tänker på sitt barns risk att utveckla typ 1 diabetes mäts med en förkortad version av Stat-Trait-Anxiety Inventor (STAI). Den förkortade versionen (SAI-6)



består av 6 frågor som ger poäng, ju högre värde desto högre oro hos föräldern. Studienöjdhet mäts med tre frågor, hur nöjda de är med sitt beslut att delta, hur de känner för deras barns deltagande och om de kan tänkas rekommendera studien till andra familjer. Svaren på frågorna ger en sammanlagd poäng, ju högre poäng desto mer nöjd är föräldern med sitt deltagande i studien. Båda forskningsstudierna samlar även in information om hereditet och sociodemografiska data, variabler som i dessa delarbeten används för att förstå vilka föräldrar som är mer oroliga i DiPiS och mer nöjda i TEDDY studien.

## RESULTAT

Majoriteten av de 2088 föräldrarna i DiPiS studien som svarat på frågeformuläret när deras barn var fem år hade inga förhöjda nivåer av oro. Mammornas orosnivå var något högre än pappornas. En ökad risk för oro fann vi bland föräldrar i familjer där någon redan har typ 1 diabetes, vars barn utvecklat en eller flera autoantikroppar, bland föräldrar som ansåg att deras barn hade en ökad risk att drabbas av typ 1 diabetes och bland föräldrar med lägre utbildningsnivå.

I det tredje projektet fann vi att majoriteten av de deltagande föräldrarna i TEDDY var väldigt nöjda med sitt deltagande både efter 1 och 4 års uppföljning. Vi fann att mammor hade något högre nöjdhet än pappor och att svenska och amerikanska föräldrar var något mer nöjda än föräldrar från Finland och Tyskland. Föräldrar som anser att deras barn har en högre risk att drabbas av typ 1 diabetes och de som tror de kan göra något för att förhindra att sjukdomen bryter ut var med nöjda. De med högre utbildningsnivå och de med depression var mindre nöjda med sitt studiedeltagande. Bland europeiska föräldrar var man mer nöjd om man träffade samma personal vid majoriteten av sina besök men detta var inget som påverkade nöjdheten hos föräldrarna från USA.

Screeningstudier för kroniska sjukdomar, däribland typ 1 diabetes, blir allt vanligare. Kunskapen om hur föräldrar reagerar och påverkas kan användas för att i framtida studier skapa de bästa

förutsättningar för familjerna. Detta genom att ge personal som arbetar i forskningsstudier information om vilka familjer som behöver extra stöd och information för att minska risken för oro samt vilka strategier som kan hjälpa familjerna att fullfölja studien och öka deras nöjdhet med sitt deltagande.

### FAKTARUTA TEDDY

- Syftet är att identifiera omgivningsfaktorer som triggar den autoimmuna processen som leder till autoantikroppar och typ 1 diabetes
- Screenade över 420 000 nyfödda barn mellan åren 2004-2010 för ökad genetisk risk för typ 1 diabetes.
- Vid screeningen var över 21 000 barn behöriga och föräldrar till 8 676 valde att delta i uppföljningen.
- Barn från både USA, Tyskland, Finland och Sverige deltar.
- Följs från 3 månaders ålder tills de fyller 15 år.
- Besök 4 gång per år tills barnet fyller fyra år, därefter 2 gånger per år.
- Barn som utvecklar autoantikroppar följs var tredje månad.
- Datainsamlingen avslutas i februari 2025, då yngsta barnet fyller 15 år

### FAKTARUTA DIPIS

- Syftet är att identifiera riskfaktorer för typ 1 diabetes i barnets omgivning hos barn födda med förhöjd risk för sjukdomen.
- Screenade över 35 000 barn på alla skånska förlossningskliniker under 2000-2004.
  - Vid screeningen var ca 7800 barn behöriga och föräldrar till 3 889 barn valde att delta i uppföljningen.
  - Barnen följdes från 2 års ålder till 15 års ålder.
  - Insamling av frågeformulär och blodprov från barnet gjordes 1 gång om året.
  - Barn som utvecklade autoantikroppar följdes 4 gånger per år.
  - Datainsamlingen avslutades 2019

Läs mer:



Jessica Melin  
PhD och Leg sjuksköterska  
Malmö

# DIABETES OCH FÖRMAKSFLIMMER

**Förmaksflimmer är en hjärtrytmrubbning som påverkar ungefär 3% av den vuxna befolkningen, och dess prevalens ökar, främst på grund av åldrande befolkning. Tillståndet ökar risken för kardiovaskulära problem, inklusive tromboemboliska händelser, hjärtsvikt, och död.**

Förmaksflimmer kan förekomma i varierande grad och omfattning, där vissa individer endast har korta episoder med förmaksflimmer med perioder av sinusrytm (paroxysmalt förmaksflimmer) till att förmaksflimmer förekommer konstant (persisterande eller permanent förmaksflimmer). Denna variation är betydelsefull för den kliniska hanteringen och den medicinska behandlingen av patienter med förmaksflimmer. På grund av den höga tromboemboliska risken bör de flesta patienter erbjudas behandling med antikoagulantia. Behandlingen av hjärtrytmen fokuserar på att antingen normalisera hjärtfrekvensen eller att försöka återställa hjärtat till normal rytm (sinusrytm). Den vanligaste behandlingen för att återställa hjärtrytmen är elkonvertering, där patienten får en strömstöt genom hjärtat under kort narkos. Trots att sinusrytm ofta återställs, är återfallsrisken hög.

Diabetes mellitus typ 2 är en vanlig sjukdom som ökar med stigande ålder. År 2040 förväntas 642 miljoner personer med typ 2-diabetes finnas runt om i världen, varav hälften förblir odiagnostiserade, eftersom sjukdomen ofta utvecklas smygande. Diabetes typ 2 är en väldokumenterad riskfaktor för att utveckla förmaksflimmer och medför en ökad risk på cirka 30%. Två svenska populationsstudier, baserade på data från NDR, har visat att både typ 1-diabetes och typ 2-diabetes ökar risken för att drabbas av förmaksflimmer. Dessutom är omfattningen av denna risk associerad med graden av diabetesnefropati och glykemisk kontroll.

Diabetesduration har också kopplats till förmaksflimmer, där varje år med diabetes medför en 3-procentig ökning av risken. Studier indikerar att personer utan diabetes, men med nedsatt glukostolerans eller metabolt syndrom, löper en högre risk för att insjukna i förmaksflimmer. Till och med förhöjt fasteglukos på prediabetesnivå är associerat med en 20% högre risk för förmaksflimmer. Diabetes mellitus typ 2 är också förknippat med en ökad risk för flera kardiovaskulära komplikationer, inklusive hjärtinfarkt, stroke, hjärtsvikt och ökad dödlighet. De senaste europeiska behandlingsriktlinjerna för förmaksflimmer understryker vikten av att tidigt detektera och behandla riskfaktorer för att minska risken för återinsjuknande i förmaksflimmer. Dessutom rekommenderas opportunistisk screening för förmaksflimmer, genom palpation eller EKG, bland personer med diabetes  $\geq 65$  år enligt de nya 2023 Europeiska Kardiologföreningens riktlinjer för behandling av kardiovaskulär sjukdom. Systematisk EKG-screening rekommenderas för att upptäcka förmaksflimmer hos patienter med diabetes  $\geq 75$  år eller de med hög risk för stroke.

Koexisterande förmaksflimmer och diabetes är förknippade med högre risk för dödlighet och kardiovaskulära komplikationer jämfört med riskerna för varje tillstånd isolerat. Bland patienter med diabetes, hade de med förmaksflimmer en ökad risk för dödlighet, allvarliga kranskärl och cerebrovaskulära händelser samt hjärtsvikt. Kombinationen av förmaksflimmer och diabetes



var, efter justering, associerad med högre risk för hjärtsvikt, hjärtinfarkt, ischemisk stroke och dödlighet jämfört med personer utan diabetes. Kombinationen av diabetes och förmaksflimmer fördubblade den standardiserade mortalitetskvoten (SMR) jämfört med befolkningen i allmänhet, medan den standardiserade mortalitetskvoten hos dem med förmaksflimmer men utan diabetes endast ökade något. Dessutom var koexisterande förmaksflimmer bland patienter med diabetes förknippat med ökad risk för makrovaskulära komplikationer, diabetesnefropati och diabetesfot.

Studier av glukosomsättningen med glukosbelastningstest hos patienter med kranskärslssjukdom, både efter hjärtinfarkt och inför planerad kranskärslsoperation visar att en stor andel, upp till 60–65%, har en odiagnostiserad störning i glukosomsättningen, antingen diabetes eller nedsatt glukostolerans. Dessa störningar verkar vara förknippade med en sämre prognos. Det finns tecken på att tidigare odiagnostiserade störningar i glukosomsättningen är vanligt förekommande även hos personer med förmaksflimmer. I en nyligen pub-

licerad studie där personer med förmaksflimmer som genomgick kateterablation screenades med glukosbelastning, hade 55% störningar i glukosomsättningen (prediabetes eller diabetes).

Ett tidigt och intensivt omhändertagande av riskfaktorer och livsstil hos patienter med diabetes typ 2 och hög kardiovaskulär risk har visat sig minska hjärtkärlkomplikationer, inklusive hjärtsvikt, enligt STENO-2 studien. Sedan 2015 har också nya diabetesläkemedel, såsom GLP-1-agonister och SGLT-2-hämmare, visat sig kunna förhindra hjärtkärlkomplikationer och död. Dessa läkemedelsgrupper har positiva resultat avseende kardiovaskulär och total mortalitet samt insjuknande i hjärtsvikt hos individer med etablerad hjärtkärlsjukdom och hög kardiovaskulär risk. Det finns därför anledning att tidigt identifiera individer med diabetes och nedsatt glukostolerans som har hög risk för hjärtkärlkomplikationer, för att tidigare kunna erbjuda preventiv behandling.

Hos individer med förmaksflimmer har det på senare tid kommit flera studier som fokuserat på

## FORSKNING

förändrad livsstil, framför allt viktnedgång, och som visat ett minskat återinsjuknande i förmaksflimmer. Denna positiva effekt av viktnedgång gäller även för patienter med diabetes och nedsatt glukostolerans. Vad gäller andra livsstilsfaktorer har man visat att risken för insjuknande i förmaksflimmer hos personer med typ 2-diabetes ökar

med rökning och alkoholkonsumtion och minskar med fysisk aktivitet.

En diabetessjuksköterska har en viktig roll i att stödja patienter som lider av både diabetes och förmaksflimmer. Några av de saker som en diabetessjuksköterska kan göra för att optimera vården och stödet för dessa patienter är:

1. Utveckla individuella vårdplaner: Diabetessjuksköterskan kan skapa individuella, skräddarsydda vårdplaner som tar hänsyn till både diabetes och förmaksflimmer. Det kan vara av värde att behandla samtliga riskfaktorer ännu mer aggressivt hos dessa patienter och samtidigt lägga fokus på att minska risken för hypoglykemi.
2. Utbilda och informera: Diabetessjuksköterskan spelar en viktig roll i att utbilda patienterna om diabetes. Specifik information hos patienter med diabetes och förmaksflimmer kan inkludera hur livsstilsförändringar kan förbättra båda tillstånden.
3. Livsstilsrådgivning: Att leva med både diabetes och förmaksflimmer kräver ofta betydande livsstilsförändringar. Diabetessjuksköterskan kan erbjuda rådgivning och stöd för att patienten ska kunna hantera kost, motion och andra livsstilsfaktorer på ett sätt som gynnar båda tillstånden. Livsstilsåtgärder är ännu viktigare hos patienter som har både diabetes och förmaksflimmer.
4. Övervakning av komplikationer: Patienter med diabetes och förmaksflimmer löper en ännu högre risk för komplikationer och diabetessjuksköterskan bör vara ännu mer uppmärksam för utveckling v diabeteskomplikationer.
5. Stöd för mental hälsa: Att leva med två kroniska sjukdomar kan vara påfrestande för patienterna. Diabetessjuksköterskan kan erbjuda stöd och resurser för att hantera den psykiska och emotionella påfrestningen som dessa sjukdomar kan medföra.

Sammanfattningsvis finns det anledning att misstänka att okänd diabetes och nedsatt glukostolerans är vanligt förekommande hos individer med förmaksflimmer och att detta har betydelse för individens prognos. En tidig identifiering av dessa individer skulle på sikt kunna möjliggöra ett tidigare insättande av preventiv behandling. Genom att erbjuda en holistisk och samordnad vård kan diabetessjuksköterskan spela en nyckelroll i att

förbättra livskvaliteten för patienter med både diabetes och förmaksflimmer samt minska risken för komplikationer.



Stelios Karayiannides  
Överläkare, Med.dr.  
Stockholm

**eversense** E3

Continuous Glucose Monitoring System



# GE DINA PATIENTER FRIHET MED EN 6-MÅNADERS\*-CGM

**Upptäck nya Eversense E3  
Det enda långtids-CGM-systemet**

**LÄNGRE SENSORANVÄNDNING**  
Inga självinsättningar och endast 2 sensorer per år.

**HÖG NOGGRANHET**  
MARD på 8,5 %.<sup>4</sup>

**BÄTTRE SENSORHÄFTMEDEL**  
Hudvänligt plåster i silikon som byts ut dagligen.

**UNIKA VIBRATIONSVARNINGAR**  
Avtagbar sändare som vibrerar på huden.\*\*



\*Upp till 6 månader  
\*\*Ingen glukosdata genereras när sändaren är borttagen.

#### Ansvarsfriskrivning

Eversense® E3 Continuous Glucose Monitoring (CGM) -systemet är indicerat för kontinuerlig mätning av glukosnivåer i upp till 180 dagar hos personer med diabetes som är 18 år och äldre. Systemet är indicerat för att ersätta mätningar av blodsocker med fingerstick för behandlingsbeslut om diabetes. Mätningar av blodsocker med fingerstick krävs fortfarande för kalibrering. Efter dag 21 behövs endast ett fingerstick om symptomen stämmer överens med CGM-informationen. Flera stick kan behövas om värdena inte stämmer överens, eller när man tar mediciner i klassen tetracyklin. Proceduren för insättning och borttagning av sensor utförs av en vårdgivare. Eversense E3 CGM-systemet kräver en läkares förskrivning och patienter bör prata med sin vårdgivare för ytterligare information.

<sup>4</sup>MARD är den genomsnittliga absoluta relativa skillnaden mellan sensoravläsningar och matchade referensvärden; ju lägre MARD desto bättre är noggrannheten hos de sensorer som utvärderas.

För viktig säkerhetsinformation, se <https://global.eversensediatetes.com/safety-info>

Eversense, Eversense E3 Continuous Glucose Monitoring och Eversense-logotypen är varumärken som tillhör Senseonics, Incorporated.

Ascensia och logotypen Ascensia Diabetes Care är varumärken och/eller registrerade varumärken som tillhör Ascensia Diabetes Care Holdings AG. Alla andra varumärken tillhör deras respektive ägare och används enbart för informativa syften. Inget samband eller sponsring ska antas eller antyd.



Distribuerat av Ascensia Diabetes Care Sweden AB  
Gustav III:s Boulevard 34, plan 4, 169 73 Solna  
Kundsupport | 020-83 00 84 | [www.diabetes.ascensia.se](http://www.diabetes.ascensia.se) Tillverkad av  
Senseonics, Inc. 20451 Seneca Meadows Parkway Germantown, MD  
20876-7005

© 2024 Senseonics, Inc.  
Med ensamrätt.  
© 2024 Ascensia Diabetes Care Holdings  
AG. Med ensamrätt.

**VILL DU VETA MER?**

Besök vår hemsida

**[diabetes.ascensia.se](http://diabetes.ascensia.se)**

eller ring Ascensia Diabetes Cares

kundsupport på **020 - 83 00 84**



# I SKUGGAN AV OKUNSKAP

UNGAS KAMP MED TYP 1-DIABETES

**I en värld där kunskapen om typ 1-diabetes är begränsad, kämpar ungdomar och barn dagligen med mer än bara sjukdomen. De möter oförståelse och stigma, vilket påverkar det psykiska måendet och ökar känslan av utanförskap. I Barndiabetesfondens nyaste rapport från 2023 lyfts ungas röster och erfarenheter i syfte att bidra till en ökad förståelse och medvetenhet om de unika utmaningar som unga med typ 1-diabetes står inför.**

Inom den medicinskt förankrade diabetesvården ligger ofta en förbisedd berättelse – den om unga människor som lever med typ 1-diabetes. Denna kroniska sjukdom, som ofta drabbar individer från tidig ålder, är mer än en medicinsk utmaning; många beskriver en daglig kamp som påverkar varje aspekt av livet. I Barndiabetesfondens rapport ”Typ 1-diabetes 2023, undersöks hur det är att vara ung och ha en allvarlig, obotlig sjukdom. I rapporten ges en djupgående inblick i unga individers erfarenheter. Med en kraftfull blandning av personliga berättelser och vetenskaplig forskning, belyser rapporten de psykologiska och sociala konsekvenserna av att leva med en relativt osynlig sjukdom. Från dagliga rutiner till långsiktiga drömmar, från skolmiljöer till sociala sammanhang, målar rapporten en bild av en ungdomsgrupp som modigt navigerar genom livets utmaningar, samtidigt som de hanterar de komplexa kraven i en mycket krävande sjukdom. Många ungdomar kämpar enligt rapporten med oro, rädsla att bli bedömd av andra och en känsla av utanförskap.

## BAKGRUND

Typ 1-diabetes, som är en autoimmun sjukdom, och där nästan tre barn insjuknar varje dag karaktäriseras av kroppens oförmåga att producera insulin. Denna brist kräver daglig övervakning och kontinuerlig hantering av blodsockernivåer. Sjukdomen kräver mycket av individen utifrån ett mentalt perspektiv. Det är en sjukdom som ständigt kräver uppmärksamhet,

påverkar självbild och sociala interaktioner. Ungdomar med typ 1-diabetes måste varje dag kämpa och ta sig fram i en värld av osäkerhet, ständigt medvetna om de potentiella riskerna och utmaningarna som deras tillstånd innebär.

## METODBESKRIVNING

För att sammanställa rapporten ”Typ 1-diabetes 2023” användes en kombination av kvalitativa och kvantitativa data. Det innefattade intervjuer med 234 unga personer som lever med typ 1-diabetes, samt enkäter riktade till ungdomar, i åldern 11-18 år. Datan samlades in under fyra veckor sommaren 2023.

## HUVUDBUDSKAP

Typ 1-diabetes är inte bara en fysisk sjukdom, utan den bär med sig en tyngd av psykiska och sociala utmaningar som sällan får uppmärksamhet. Ungdomarna berättar om isolering, oro för framtiden och kämpar mot fördomar och missförstånd. I rapporten framkommer att 80 % av ungdomarna i åldern 11–18 år upplever låg kunskap kring diabetes typ 1 hos allmänheten och att det i sig resulterat i ökat lidande, känslor av skam och upplevd stigmatisering. Många ungdomar upplever att allmänheten inte förstår hur svår sjukdomen är.

Mer än vart tredje barn upplever också ett dåligt stöd i skolan, och detta upplevdes förvärras ju äldre barnet blev. Skolan har inte tillräcklig kunskap om sjukdomen och förståelse för hur blod-

sockernivåer påverkar inlärningsförmågan och barnet på olika sätt. Detta leder hos många till känsla av att inte få rätt stöd och känsla av utanförskap.

I rapporten framkom också att 60 % av ungdomarna känner oro kopplat till diabetesen och beskriver att diabetesen påverkar hur de mår psykiskt. Oron kretsar kring framtiden, såsom att kunna klara sig själv utan föräldrar, kommande eventuell graviditet och begränsningar i arbetslivet samt att någon ska ge insulin vid hypoglykemi, vilket skulle kunna vara livsfarligt.

Barndiabetesfonden lyfter också att den psykiska ohälsan är tre gånger vanligare hos personer med typ 1 diabetes och att ätstörningar är dubbelt så vanligt. Särskilt tjejer med typ 1 diabetes är mer drabbade av ätstörningar. I en intervju berättar Vedija som lever med typ 1 diabetes sen 13 års ålder om hur omgivningens kommentarer om hennes kostintag och fördomar om diabetes fick henne att utveckla en allvarlig ätstörning. Hon beskriver också att det var väldigt tufft att vara tonåring och hantera oroliga föräldrar, hon var trött på frågor om blodsocker och ville vara självständig.

Majoriteten (81%) av ungdomarna i rapporten beskriver att de någon gång känt sig annorlunda pga. diabetesen och en tredjedel har blivit retade eller mobbade pga. sin sjukdom. Det finns en rädsla att inte bli accepterad av andra och hälften av ungdomarna har känt sig utanför. Nästan 9 av 10 i undersökningen upplever att andra tror att man får typ 1 diabetes för att man äter för mycket socker. Detta är såklart mycket sorgligt och inte alls förenat med vad vi vet är sant. Typ 1 diabetes är inte livsstilsrelaterat.

Genom att ge röst åt dessa erfarenheter belyser rapporten behovet av större empati och förståelse från samhället och från medmänniskor, samt vikten av riktat stöd och resurser för att underlätta ungdomarnas vardag. Det är också önskvärt att kunskap om sjukdomen sprids mer i media och

i sociala medier, vilket vi alla kan ansvara för. Okunskap från allmänheten ska inte få bidra till emotionell smärta hos barn och ungdomar som redan kämpar varje dag med sin sjukdom.

Barndiabetesfonden trycker också på att den bristande kunskapen om typ 1 diabetes resulterar i minskat stöd till forskning. Utan pengar till forskning kan ett botemedel aldrig finnas, så det finns således många skäl till att utveckla kunskapsspridningen av vad typ 1 diabetes egentligen innebär.

### IMPLIKATIONER FÖR KLINISK VERKSAMHET

Resultaten från rapporten ”Typ 1-diabetes 2023” har betydande implikationer för klinisk praxis. Den belyser behovet av en mer holistisk och beteende medicinsk vårdmodell som inte bara hanterar de medicinska aspekterna av typ 1-diabetes, utan också de psykosociala. Detta inkluderar större fokus på mental hälsa, anpassade utbildningsprogram för skolor och vårdgivare, samt utvecklingen av stödgrupper och resurser specifikt riktade till ungdomar. Att integrera dessa insikter i klinisk praxis kan leda till förbättrad vård och stöd för unga med typ 1-diabetes.

Jag skulle önska att vården kunde screena för psykisk ohälsa via självskattningsformulär och också våga prata mer om psykisk hälsa och ohälsa och vanliga känslomässiga reaktioner som ungdomar upplever som en del av sin sjukdom. Det skulle också vara önskvärt att erbjuda kunskap om hur man kan prata om känslor och lyfta viktiga teman som en ung person med typ 1 diabetes kan behöva hantera och få mer kunskap om. Ett digitalt behandlingsprogram skulle kunna vara ett resurseffektivt alternativ för att fånga så många som möjligt.

### AVSLUTNING

I Barndiabetesfondens rapport, understryks det akuta behovet av en ökad medvetenhet och stöd

## FORSKNING

för unga som lever med typ 1-diabetes. Det är avgörande att samhället, inklusive skolor och hälsovårdssystem, anpassar sig för att bättre möta dessa individers behov. Tillsammans kan vi arbeta för en framtid där ungdomar med typ 1-diabetes känner sig förstådda, stödda och kapabla att leva ett fulländat liv. En tydlig bild framträder i undersökningen, ungdomar med typ 1-diabetes är inte bara patienter, de är individer med unika berättelser, drömmar och utmaningar. Rapporten fungerar som en bro mellan den kliniska världen och dessa ungdomars vardagliga verklighet. Den

lyfter fram en viktig aspekt som ofta förbises i den medicinska världen – människan bakom blodsockervärdet, pumpen, statistiken.

Genom att sätta fokus på individuella erfarenheter, ger rapporten en mer nyanserad bild av sjukdomen och dess påverkan. Detta ger viktiga insikter för läkare, forskare, politiker och samhället som helhet, om hur vi kan forma en mer inkluderande och förstående miljö för unga med typ 1-diabetes.

**TIPS FRÅN RAPPORTEN:****Till ungdomar**

- Var öppen. Våga släppa in folk. De flesta vill väl och livet blir mycket enklare om du berättar vad du går igenom och hur du mår.
- Skäms aldrig. Du har inte gjort något fel som har fått typ 1-diabetes. Du har bara haft otur. Om någon säger något dumt, behåll lugnet och berätta hur sjukdomen funkar.
- Förneka inte sjukdomen. I tonåren vill man vara som alla andra. Men du är inte som alla andra. Konsekvenserna blir stora om du förnekar sjukdomen.
- Ha tålamod med dina föräldrar. Det är jättejobbigt med föräldrarnas oro, men de tjarar för att de bryr sig om dig. Berätta hur du vill ha det framåt.
- Det blir bra. Du kan göra allt som alla andra kan, det kräver bara mer planering. Du kan leva ett jättebra liv!

**TIPS FRÅN RAPPORTEN:****Föräldrar**

- Våga släppa taget. Släpp din tonåring fri men håll ändå ett vakande öga. Finns alltid där som stöd, även när ditt barn har gjort något obetänksamt.
- Fråga om annat än om blodsockret
- Gör en plan tillsammans med din ungdom kring hur stödet ska se ut hemma
- Lärare
- Förstå hur sjukdomen påverkar. Lär dig hur koncentrationsförmågan påverkas av lågt eller högt blodsocker. Ge möjlighet till omprov eller längre provtid – det är elevens rättighet. Ha förståelse för att en elev inte är på topp efter en stökig natt.



**TIPS FRÅN RAPPORTEN:****Alla andra**

- Våga fråga. Ställ gärna frågor och intressera dig för vad typ 1-diabetes innebär. Döm eller kritisera aldrig. Ge inte en massa råd.

**TIPS FRÅN RAPPORTEN:****Vårdpersonal**

- Fråga mer om tankar och känslor.
- Hur du bemöter ungdomen påverkar ungdomens inre motivation

Som psykolog och mor till en dotter med typ 1-diabetes i tonåren, har jag en god inblick i de komplexa utmaningar som sjukdomen kräver. Varje dag ser jag kampen och modet det kräver att hantera sjukdomen, både hos barnet och föräldern. Det är en resa fylld av osäkerhet, men också av oanade styrkor. Att balansera rollen som psykolog och förälder ger mig en förståelse för de känslomässiga och praktiska utmaningarna familjer står inför. Jag påminner mig varje dag om att inte prata för mycket om blodsocker eller hamna i att "tjata om diabetesen fällan". Jag försöker fokusera på andra kvaliteter som finns i min dotters liv och fråga henne om hur vi ska lösa olika situationer. Jag kan relatera till varje historia i rapporten, inte bara genom min professionella erfarenhet, utan genom ögonen av en mor vars hjärta både värker

och svämmar över av stolthet över hur min dotter och andra unga modigt navigerar sin vardag med typ 1-diabetes. De är riktiga hjältar.

**REFERENS**

Rapporten om typ 1-diabetes 2023. Hur är det att vara ung och ha en allvarlig, obotlig sjukdom?  
www.Barndiabetesfonden.se

Läs mer:



Foto: David Brohede



Sara Hammer  
Leg psykolog  
Stockholm

## MEDLEMSAVGIFT 2024

Glöm inte att betala medlemsavgiften för 2024. Fyll i webbformulär på [plusgiro 392582-3](#) eller [bankgiro 5400-2852](#). Glöm inte ange ditt namn och bostadsort på inbetalningen samt i vilken region/kommun du jobbar i.

Eller betala med swish på nummer: 123 443 4536.

# GRUPPBASERAD PATIENT- UTBILDNING VID TYP2 DIABETES - EN NATIONELL KARTLÄGGNING

**Målet med gruppbaserad patient utbildningen är att öka patientens förmåga att fatta dagliga beslut om hanteringen av sin livslånga sjukdom samt att integrera diabetes som en naturlig del av livet. En genomgång av Socialstyrelsens nationella riktlinjer visar att gruppbaserade utbildningsprogram, ledda av personer med både ämnes- och pedagogisk kompetens, förbättrar glukoskontrollen.**

För att lyckas med gruppbaserad patientutbildning är en gemensam syn inom diabetesteamet viktig. Pedagogisk utbildning inom diabetesvården, särskilt för diabetessjuksköterskor, inkluderar lärande teorier, kommunikationsfärdigheter, delat beslutsfattande och anpassning till olika behov.

Tre nordiska modeller - Herre på täppan, Personlig förståelsemodell och Person-Centrerad kommunikation och reflekterande modell - betonar patientens perspektiv och integrering av sjukdomen i egenvården.

Studiens syfte var att undersöka implementeringen av gruppbaserad diabetesutbildning för personer med typ 2-diabetes i Sveriges regioner. Genom att använda diabetessamordnare som nyckelpersoner genomfördes en kartläggning av primärvårdsenheter. En frågeguide utarbetades för att samla in information om antalet listade patienter med diabetes typ-2, huruvida diabetessjuksköterskor erbjöd gruppbaserad patientutbildning, och vilken förberedelse som genomfördes för dessa utbildningar.

Resultaten visar en heterogen fördelning av gruppbaserad patientutbildning, där Gävleborg och Örebro utmärker sig positivt. Utmaningar inklude-

rar brist på tid, ointresse och kompetensbrist. En minoritet av diabetessjuksköterskorna har pedagogisk utbildning, och användningen av pedagogiska modeller eller mallar var begränsad.

Diskussionen betonar behovet av att övervinna utmaningarna för att implementera gruppbaserad diabetesutbildning. Det personcentrerade tillvägagångssättet, särskilt med delat beslutsfattande, framhålls som en viktig faktor för att förbättra diabetesvården. Vårdpersonalens pedagogiska kompetens anses central för en framgångsrik implementering.

Sammanfattningsvis belyser studien vikten av att införa gruppbaserad patientutbildning för att förbättra metabol kontroll och livskvalitet för personer med typ 2-diabetes i Sverige. Utmaningarna kräver ytterligare forskning och resurser för att säkerställa en effektiv implementering i klinisk praxis.

OBS! Rapporten i sin helhet finns på SFSD hemsida [www.sfsd.se/riktlinjer](http://www.sfsd.se/riktlinjer) och dokument

Läs mer:



Styrelsen i SFSD

## Insulin utan penna eller slang?

Testa hur det känns att använda  
Omnipod DASH!

Beställ en kostnadsfri demo-pod\* att prova och öppna upp den virtuella Omnipod DASH PDMen\*\* på din mobil för att få en verklighetstrogen upplevelse av den frihet, enkelhet, diskretion och flexibilitet som Omnipod DASH innebär.

Virtuell PDM - skanna med  
mobilen för att öppna

\*\* Den virtuella PDMen tillhandahålls  
för demonstration. Vid behandling  
används en separat Omnipod  
DASH PDM



Skanna med mobilen för att  
beställa en Omnipod demo-pod

\*Demo-poden är en  
nålfri-icke-fungerande demopod



Vill du inte skanna? Gå istället in på [diabetesinfucare.com/sv/omnipod-dash](https://diabetesinfucare.com/sv/omnipod-dash)

Läs mer på: [diabetesinfucare.com](https://diabetesinfucare.com) | [makingdiabeteseasier.se](https://makingdiabeteseasier.se) | [facebook.com/MakingDiabetesEasierSverige](https://facebook.com/MakingDiabetesEasierSverige) | [@makingdiabeteseasier\\_se](https://@makingdiabeteseasier_se)

# ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY FÖR VUXNA MED TYP 1-DIABETES



**Att leva med typ 1-diabetes innebär en ökad risk för psykisk ohälsa. Diabetesrelaterad stress är vanligt förekommande och höga nivåer har ett samband med högt HbA1c. Avhandlingen "Experiences of living with type 1 diabetes and improving psychological flexibility through an Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention" försvarades vid Sophiahemmet Högskola i oktober 2023.**

En kurs som baserades på Acceptance and Commitment Therapy (ACT) med fokus på att leva med typ 1-diabetes ledde till en ökad psykologisk flexibilitet hos deltagarna. Begreppet innebär ett förändrat förhållningssätt till stressande tankar och känslor, samt ett ökat ändamålsenligt handlande utifrån personliga livsvärderingar. Erfarenheter av att leva med typ 1-diabetes som vuxen och högt HbA1c beskrevs som både begränsande och hanterbara i varierande grad. Det sammanfattande temat var "en livslång följare" som visade sjukdomens obehagliga närvaro men med skiftande inverkan på livet.

## BAKGRUND

Drygt en tredjedel av vuxna personer med typ 1-diabetes i Sverige har HbA1c-värden inom området för den generella behandlingsrekommendationen  $\leq 52$  mmol/mol (1,2). Rekommendationen baseras på forskning för att förebygga mikro- och makrovasikulära komplikationer (3). Att leva med typ 1-diabetes innebär en ökad risk för psykisk ohälsa

t.ex. depression, ätstörning och diabetesrelaterad stress. Tidigare studier har visat ett samband mellan psykisk ohälsa, bristfällig egenvård och höga HbA1c-nivåer (4). ACT har visat sig vara hjälpsamt vid andra långvariga sjukdomstillstånd (5). Grundtesen är acceptans av stressande tankar och känslor och samtidigt utveckla ett ändamålsenligt handlande (6). Detta kan leda till en ökad psykologisk flexibilitet vilket visat sig vara en nyckelkomponent för en god psykisk hälsa (7). Personliga värderingar för vad som upplevs som viktigt i livet ska vägleda det ändamålsenliga handlandet. Det kan innefatta värden inom hälsa, relationer och arbetsliv (6). Diabetesförbundet genomförde en undersökning 2021 som visade att 40% av deltagarna mellan 18–30 år uppgav behov av psykosocialt stöd (8). Således finns det ett behov av utveckling och forskning kring psykologiska interventioner i diabetesvården. Det är också i livet med diabetes som stressande tankar och känslor kan uppstå och därför är det viktigt att få kunskap hur det kan upplevas att leva med typ 1-diabetes som vuxen och med höga HbA1c-värden.

## SYFTE

Syftet med avhandlingen var att utvärdera effekten av en ACT-kurs för vuxna med typ 1-diabetes och att beskriva erfarenheter av att leva med typ 1-diabetes som vuxen med högt HbA1c. Dessutom syftade avhandlingen till att översätta formuläret Acceptance and Action Diabetes Questionnaire (AADQ) och därefter utvärdera formulärets mätgenskaper.

## METOD

För att utvärdera effekten av ACT-kursen utfördes en randomiserad kontrollerad studie och 81 personer från en diabetesmottagning i Stockholm inkluderades. Kriterier för att delta i studien var typ 1-diabetesdiagnos sedan minst två år tillbaka, ålder mellan 18–70 år och HbA1c > 60 mmol/mol. Inkluderade deltagare lottades till antingen att gå ACT-kursen utöver sedvanlig vård eller sedvanlig vård och plats på väntelista till kursen vid senare tillfälle. ACT-kursen gavs kvällstid vid sju tillfällen i 2-timmarspass och leddes av en diabetessjuksköterska och en diabetespsykolog med ACT-utbildning. Kursen gavs i fem omgångar mellan 2016–2019 med sex-nio deltagare per grupp. Vid sex tillfällen under två år mättes HbA1c kapillärt samt skickades självskattningsformulär för depression, stress, ångest, psykologisk flexibilitet (generell och diabetesspecifik), livskvalitet, diabetesrelaterad stress och egenvårdsaktivitet. Gruppernas medelvärden (med och utan ACT) jämfördes sedan med hjälp av linjära mixade modeller för att se om någon statistiskt säkerställd skillnad kunde observeras i utfallen. Därutöver undersöktes mätgenskaperna hos formuläret för diabetesspecifik psykologisk flexibilitet (AADQ). Det gjordes med baslinjedata för ACT-studien samt enkäter från ytterligare rekryterade deltagare från samma diabetesmottagning. Totalt deltog 120 personer i studien. Svardsdata från enkäten analyserades med Rasch-analys för att utvärdera mätgenskaperna. Den sista delstudien var en kvalitativ intervjustudie där deltagare rekryterades via en annons i ett väntrum på en diabetesmottagning i Stockholm, på Diabetesförbundets hemsida samt via

sociala medier. Sjutton personer anmälde sitt intresse och tretton av dessa intervjuades via en digital plattform. Samma kriterier för deltagande som i ACT-studien användes förutom en borttagen övre åldersgräns. I studien deltog personer från nio olika sjukvårdsregioner från norra till södra Sverige. Intervjuerna transkriberades ordagrant och analyserades sedan genom kvalitativ innehållsanalys.

## RESULTAT

I ACT-studien var deltagarnas medelvärde av HbA1c 73,5 mmol/mol vid studiens start. Medelåldern var 40 år och ca två tredjedelar var kvinnor. Drygt hälften av deltagarna hade symtom på hög nivå av diabetesrelaterad stress. I ACT-gruppen sjönk medelvärdet av HbA1c med 11,8 mmol/mol. Vid jämförelse med kontrollgruppen som fick sedvanlig vård kunde dock ingen säkerställd statistisk skillnad mellan grupperna observeras. Däremot kunde en förbättring i psykologisk flexibilitet noteras (skattat med det generella formuläret för psykologisk flexibilitet, Acceptance and Action Questionnaire, AAQ). Skillnaden var också statistiskt säkerställd vid jämförelse av grupperna. Många deltagare föll bort från studien under de två åren med mätningar. En av orsakerna var Covid19-pandemin som inföll under delar av uppföljningen. Vi två-årsmätningarna saknades mätningar för fler än hälften av deltagarna vilket gör det svårt att dra slutsatser från studien.

Den svenska versionen av formuläret AADQ visade acceptabla mätgenskaper men också eventuella brister. Två frågor togs bort innan analys pga. tveksam frågekonstruktion. Det fanns också indikationer på att det var för många alternativ på svars-skalan vilket kan göra det svårt att välja. Detta behövs undersökas vidare med ytterligare studier.

Den kvalitativa intervjustudien genererade genom innehållsanalys ett övergripande tema ”en livslång följare” samt två huvudkategorier i beskrivningen av erfarenheter: Begränsande och Hanterbara. Under huvudkategorin Begränsande fanns kategorierna Förpliktande kontroll - att känna att

## FORSKNING

Tabell 1: Uppdelningen av tema, huvudkategorier, kategorier och underkategorier

TEMA	HUVUDKATEGORI	KATEGORI	UNDERKATEGORIER
Livslång följare	Begränsande	Förpliktande kontroll	Aldrig känna sig fri Alltid ligga ett steg före Utföra konkreta handlingar dagligen och att uppleva hinder
		Förlust av kontroll	Uppleva inverkan från olika situationer Möta fysiska och psykologiska hinder Uppleva komplexitet i egenvården Uppleva brist på kunskap hos andra
		Omgivningens inverkan	Att inte känna sig förstådd Vara inspekterad Att vara beroende av hälso-och sjukvård men inte lyssnad till
		Konsekvenser	Uppleva akuta- och långtidskomplikationer Känna oro för komplikationer Utveckla känslö- och beteendemässig respons
	Hanterbara	Vardagen	Uppleva att diabetes är en del av livet Anpassning Att ha behandlingshjälpmedel (sensor, pump etc.)
		Förhållningssätt till diabetes	Att lära och utforska Inte känna någon större oro Att leva här och nu Personlig utveckling
		Stöd i livet	Att känna sig trygg med familjen Att diabetesvården står på ens sida

man måste ha kontroll, Förlust av kontroll - att känna man inte har full kontroll, Omgivningens inverkan - att känna sig påverkad av omgivningen, Konsekvenser - att uppleva konsekvenser av typ 1-diabetes. Kategorierna som underbyggde huvudkategorin Hanterbara var Vardagen - att känna att livet pågår, Förhållningssätt till diabetes - att navigera genom livet med diabetes, Stöd i livet - Att känna att stödet finns där när det behövs. Se även Tabell 1 för närmare beskrivning av kategorier och underkategorier.

## KLINISK IMPLIKATION

Förhållningssätt till stressande tankar och känslor kan ha en inverkan på egenvården och den psykiska hälsan. Ett undvikande beteende kan tex ha en

grund i rädsla och ett ohjälpsamt sätt att förhålla sig till svåra tankar. Att ta in kunskap från närstående discipliner, som psykologin i vårddarbetet, kan gynna omhändertagandet av personer med typ 1-diabetes. ACT utgår från människans egna livsvärderingar och passar väl in i ett personcenterade förhållningssätt. Den personliga berättelsen om livskontext och värderingar är grundläggande i vårddmötet för att kunna identifiera en persons unika behov av stöd. Artikeln med referenserna hittar du på hemsidan. Litteratur/artiklar

Läs mer:

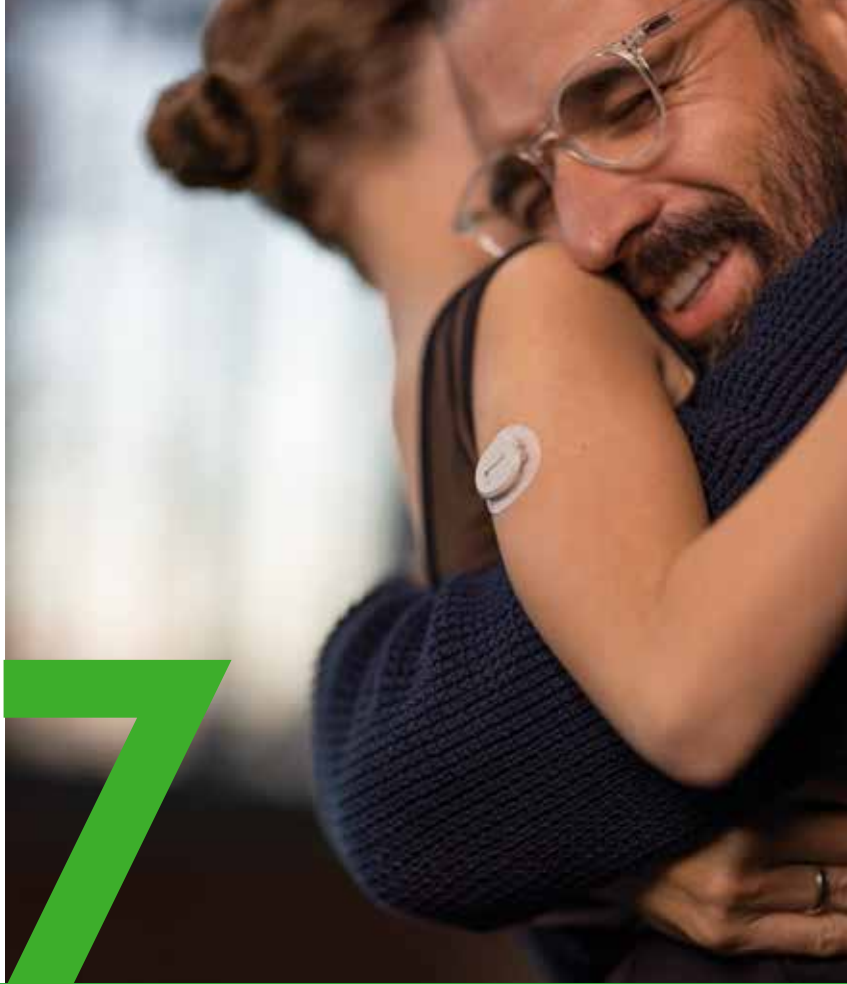


Ingrid Wijk  
Diabetessjuksköterska  
Stockholm

# 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](https://diabetesinfucare.com) | [makingdiabeteseasier.se](https://makingdiabeteseasier.se) | [facebook.com/MakingDiabetesEasierSverige](https://facebook.com/MakingDiabetesEasierSverige) | [@makingdiabeteseasier\\_se](https://@makingdiabeteseasier_se)



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

Tillverkare för Dexcom: Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA. [dexcom.com](https://dexcom.com)

\*Jämfört med tidigare generationer av Dexcom



DIA.SE.337-01-MAR2023



Foto: Therese Asplund

## FRÅGOR & SVAR

UNN-BRITT JOHANSSON  
PROFESSOR, SJUKSKÖTERSKA STOCKHOLM  
SOPHIAHEMMET HÖGSKOLA

### 1. VILKA OMRÅDEN INOM DIABETESFORSKNINGEN ÄR DU MEST ENGAGERAD I JUST NU?

a) Under hösten har två avhandlingar sammanställts och försvarats vid Sophiahemmet Högskola. Där jag medverkat som huvudhandledare samt bihandledare.

Ingrid Wijk. Experiences of living with type 1 diabetes and improving psychological flexibility through an Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention.

Kristina Larsson. Supporting healthy movement behaviours in people with metabolic risk, prediabetes, or type 2 diabetes in primary health care.

b) Periodisk kontinuerlig glukosmätning med dataanalysrapport (INSIGHT) för att stödja ett personcentrerat förhållningssätt under vårdmötet för personer med typ 2 diabetes. En randomiserad kontrollerad studie som utförs som multicenterstudie vid flera primärvårdsmottagningar och i samverkan med OneTwo Analytics.

c) Utveckling av ett forskningsbaserat individanpassat digitalt stöd för att stödja fysisk aktivitet, matvanor och mentalt lugn. En utveckling som sker i samverkan Sophiahemmet Högskola samt andra lärosäten med Longlife Active.

### 2. VILKA FÖRBÄTTRINGAR HOPPAS DU KUNNA GENOMFÖRA INOM DESSA OMRÅDEN UTIFRÅN PATIENTENS PERSPEKTIV?

a) Omhändertata personens erfarenheter om hur det är att leva med typ 1 diabetes. Kunskap som sedan visar betydelsen av ett personcentrerat för-

hållningssätt i sjukvården för att kunna identifiera behovet av stöd hos varje unik person med typ 1-diabetes. Identifiera verktyg för att stödja personer med typ 1-diabetes för att främja hälsa, både ur ett psykologiskt och ett fysiologiskt perspektiv. Kunskap om egenmonitorering av steg för att uppnå hälsosamma rörelsevanor och hindrande och möjliggörande faktorer för att stödja personer med metabola riskfaktorer inom primärvården utifrån vårdpersonalens erfarenheter.

b) Intervention att använda periodisk kontinuerlig glukosmätning och med dataanalysrapport (INSIGHT) för att stödja ett personcentrerat förhållningssätt under vårdmötet för personer med typ 2 diabetes avser att främja hälsa, förebygga och behandla diabetessjukdomen. Effekten har studerats i begränsad omfattning vid typ 2 diabetes. Digitala tjänster är en förväntad och självklar del av en persons dagliga liv.

c) Att utveckla och involvera patienter i samskapandet av ett individanpassat digitalt stöd för att stödja fysisk aktivitet, matvanor och mentalt lugn. Bidra till forskningsbaserade digitala verktyg.

### 3. HUR TROR DU DIN FORSKNING PÅVERKAR DIABETESSJUKSKÖTERSKANS PRAKTISKA ARBETE MED PERSONER MED DIABETES?

a) Kunskap om Acceptance and Commitment Therapy (ACT) kan bidra med hjälpsamma strategier för personer som lever med typ 1-diabetes.

b) Kunskap om hur diabetessjuksköterskans digitala vårdmöten kan optimera egenvård och stärka personens delaktighet, välbefinnande och behandlingstillfredsställelse hos personer med typ 2 diabetes.

c) Att främja omställningen till ett mer personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande arbetssätt. Kunskap om hur vi kan samverka med utvecklarna för att ta vara på innovationskraften för nya digitala verktyg som ska främja nya arbetssätt inom primärvården.

Projekt b och c utgörs av multidisciplinärt forskarteam som stärker utvecklandet av innovationer och att testbäddar möjliggörs inom primärvården och stärker omställningen till god, nära och samordnad vård.



# STORA DIABETESKOKBOKEN

RECEPT OCH RÅD FÖR STABILT BLODSOCKER

Ingrid Larsson, näringsfysiolog, docent, Sahlgrenska universitetssjukhuset har i uppdrag av SFD (Svensk förening för Diabetologi) skrivit en artikel på deras hemsida gällande den nya boken som kommit ut.

Ingrid skriver att boken innehåller författarnas åsikter uppblandat med icke-evidensbaserade råd. Rekommendationerna som finns i boken saknar vetenskapligt underlag och kan i många fall vara förvirrande för personer med diabetes.

Något som också diskuterats är att:

- Finns det en extern faktagranskare med i arbetet med boken?
- Vem bär ansvaret då man förmedlar att kolesterolsänkande läkemedel inte är nödvändiga, när en stor andel av patientgruppen har blivit ordinerade och tar blodfettssänkande läkemedel?

Läs gärna recension på [www.dagensdiabetes.se](http://www.dagensdiabetes.se)

SFSD rekommenderar dig att läsa denna artikel, eftersom vi ofta får frågor kring maten och nya böcker eller annan litteratur som kommer ut på marknaden, i strid ström.

Kokbok för patienter med diabetes. Recension.

Förvillelser - Dagensdiabetes.se - Det senaste inom diabetologi



## Diabetes Foot Screening

*- Mät känslen 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](http://www.vibrosense.com)



# EN VIRTUELL KLINIK FÖR UNGDOMAR MED TYP-1 DIABETES

**Övergången från barn - till vuxenvård för unga vuxna med typ 1-diabetes innebär unika utmaningar. Virtuella diabetesvård med hjälp av smartphone-applikationer skulle kunna vara ett sätt för att stödja egenvård och förbättra kommunikationen med vårdgivare. En randomiserad väntelista kontrollerad studie.**

Syftet med denna studie var att utvärdera effekterna av en virtuell diabetesklinik på glykemisk kontroll, behandlingstillfredsställelse och livskvalitet hos unga vuxna med typ 1-diabetes.

## METODER

79 deltagare med typ 1-diabetes i åldrarna 18–25 år inkluderades i en prospektiv, randomiserad, väntelista-kontrollerad studie. Deltagarna fördelades slumpmässigt antingen till interventionsgruppen eller väntelista-kontrollgruppen. Interventionsgruppen fick omedelbar tillgång till en virtuell vårdplattform kallad Vista Dialog, vilken underlättade realtidskommunikation mellan patienter och vårdgivare. HbA1c, tid inom målintervallet (TIR), tid under målintervallet (TBR), behandlingstillfredsställelse vid diabetes och livskvalitet bedömdes vid baslinjen och efter 6 månader.

## RESULTAT

Bakgrundsdata var liknande mellan interventions- och kontrollgrupperna, förutom utbildningsnivå där det fanns en snedvriden fördelning (interventionsgruppen hade lägre utbildningsnivå). Vid 6-månadersuppföljningen fanns det inga signifikanta skillnader i HbA1c-nivåer, TIR, TBR eller behandlingstillfredsställelse vid diabetes mellan de två grupperna. Dock uppvisade interventionsgruppen en signifikant minskning av belastningen på fysisk hälsa jämfört med kontrollgruppen, vilket indikerar en förbättrad livskvalitet.

## SLUTSATSER

Implementeringen av en virtuell diabetesvård med hjälp av plattformen Vista Dialog resulterade inte i signifikanta förbättringar av glykemisk kontroll eller behandlingstillfredsställelse jämfört med sedvanlig vård. Dock visade den potentiella fördelarna genom att minska belastningen på fysisk hälsa och förbättra livskvaliteten hos unga vuxna med typ 1-diabetes. Ytterligare forskning behövs för att undersöka de långsiktiga effekterna och optimala användningen av virtuella kliniker vid diabetesbehandling.

## REFERENS

Janeth Leksell, Eva Toft, Jessica Rosman, Jan W. Eriksson, Johan Fischier, Anna Lindholm-Olinder, Andreas Rosenblad & Elisabet Nerpin. Virtual clinic for young people with type 1 diabetes: a randomised wait-list controlled study. *BMC Endocrinol Disord* 23, 255 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12902-023-01516-x>

Läs mer:



Janeth Leksell  
Diabetessjuksköterska, Docent  
Uppsala Universitet

## Vårens föreläsningar



Våren 2024 presenterar vi 6 nya webinarier. med fokus på diabetes – en möjlighet till fortbildning för dig som dagligen gör skillnad inom primär- och specialistvården.

Möt några av landets främsta experter inom diabetesvård. Här delar de sina kunskaper och erfarenheter, presenterar den senaste tekniken, nya riktlinjer och uppdaterade forskningsrön. Ta tillfället i akt att förkovra dig, utveckla din expertis och delta i intressanta diskussioner.

Våra lunchwebbinarier börjar klockan 12.15 och pågår i ca 30 minuter, därefter tid för frågor fram till klockan 13.00.



### **30 januari: Fysisk aktivitet och diabetes (förinspelat webinar)**

Peter Adolfsson, Överläkare, Frölunda Specialistsjukhus. Hur hanterar man på bästa sätt sin diabetes vid fysisk aktivitet. Webbinariet är förinspelat men föreläsaren kommer delta för att svara på frågor.

### **6 februari: Diabetesbehandling under Ramadan**

Wathik Alsalim, Överläkare, Endokrinologen, Helsingborg Lasarett. Lär dig mer om vad som är viktigt att tänka på avseende diabetes och diabetesbehandling inför och under Ramadan.

### **26 mars: Highlights från ATTD - 3 saker att ta med sig från kongressen**

Jarl Hellman, Överläkare och diabetesansvarig vid Endokrinsektionen, Akademiska sjukhuset Uppsala. Vad är viktigast att ta med från ATTD 2024. Dr Hellman belyser de viktigaste rönen från mötet.

### **16 maj: Diabetes och dess konsekvenser på njuren**

Maria Svensson Eriksson, Professor/överläkare i njurmedicin, Uppsala universitet och Akademiska sjukhuset i Uppsala. Konsekvenser av diabetes på njurarna kan va mycket allvarliga. Föreläsningen belyser de viktigaste och vikten av att nå målvärdet.

### **30 maj: Samtalet kring diabetes**

Sheyda Sofizadeh, Diabetessjuksköterska, Dalabergs Vårdecentral. Vad är viktigt i samtalet med en person med nydiagnosticerad diabetes. Hur diskuterar man risker, behandling och eget ansvar.

### **13 juni: Diabetes i primärvården - patientfallsdiskussion**

Neda Rajamand Ekberg, Läkare, Centrum för diabetes. Dr Ekberg går igenom inskickade patientfall och diskuterar frågeställningar och ger förslag på tillvägagångssätt.

## **Anmäl ditt deltagande via QR koden eller:**

<https://webapp.spotme.com/login/sanofi17/diabeteswebbinar-vt-2024>

# UNGA VUXNAS ERFARENHETER AV ÖVERFÖRING FRÅN BARN- TILL VUXENSJUKVÅRD VID DIABETES TYP 1

**Diabetes typ 1 är en komplex långvarig sjukdom som ställer stora krav på individens egenvård. För unga vuxna kan egenvården utgöra en utmaning, särskilt under perioden då överföringen från barn- till vuxensjukvård äger rum. Det är en period då andra övergångar sker samtidigt och studier visar på försämrad metabol kontroll. För att motverka komplikationer på kort och lång sikt är övergångsprocessen en viktig del i vårdkedjan.**

## BAKGRUND

I årsrapporten från NDR (2021) finns en egen del för unga med diabetes (15–30 år) där trenden visar sämre måluppfyllelse sett till HbA1c från 15 års ålder och ligger som högst mellan 19–22 års ålder. De omfattande och komplexa överväganden som krävs kan bland annat förklara varför många ungdomar och unga vuxna med diabetes typ 1 inte når de rekommenderade behandlingsmålen mätt med HbA1c.

Det som är gemensamt för alla transitioner är att de ger ökad sårbarhet och kräver ofta ändrade beteenden eller vanor. Transitionsteorin beskrivs som de ständiga förändringar som livet innebär såsom att gå från frisk till sjuk eller från ungdom till vuxen. Oavsett om händelsen som orsakar övergången är förväntad eller inte, och om händelsen är på kort eller lång sikt, är övergången en process. Det kanske mest genomgripande kännetecknet för övergången beskrivs som en känsla av avbrott.

När överföringen till vuxensjukvården sker förväntas unga vuxna att ta över allt ansvar, föräldrarna tvingas ta ett steg tillbaka och besöken på vuxenkliniken sker mer sällan än tidigare. Sjuksköterskor kan inom ramen för sitt omvårdnadsansvar ge stöd och underlätta för patienter både vid planerade och oplanerade övergångar.

Syfte med examensarbetet var att beskriva unga vuxnas erfarenheter av överföring från barn- till vuxensjukvård vid diabetes typ 1.

## METOD

Arbetet har utgått från en kvalitativ ansats där två olika datakällor använts. Datakälla 1 var svar på öppna frågor i en enkätstudie från ett pågående forskningsprojekt, Stepstones-Diabetes. Datakälla 2 var semi-strukturerade intervjuer vars syfte var att fördjupa samma frågeställningar som i enkäten. Samma inklusionskriterier användes till datakälla 1 och 2. Datakälla 1 analyserades med summativ innehållsanalys enligt Hsieh & Shannon och till datakälla 2 användes kvalitativ innehållsanalys enligt Elo & Kyngäs.

Resultat presenteras utifrån den process som studeras i arbetet, dvs erfarenheter inför och efter överföringen, uppdelat på datakälla 1 och 2. En sammanställning av analyserna presenteras i slutet för att väga samman resultat från de båda datakällorna.

## ERFARENHETER INFÖR ÖVERFÖRING (DATAKÄLLA 1)

Tre koder beskriver unga vuxnas erfarenheter inför överföring baserat på enkätsvaren i datakälla 1. Dessa var Bristande förberedelser, Tillfredsställelse förberedelser samt Vikten av ett bra avslut.

**Bristande förberedelser**

Unga vuxna upplevde brist på information om överföringsprocessen men också om praktiska saker som hur allting fungerar på vuxensjukvården och vad man kan vänta sig. De önskade bli mer inkluderade och delaktiga i den informationen som skickades till vuxensjukvården. De unga ansåg att barnsjukvården behövde sluta behandla dem som barn för att kunna förberedas på att ta mer eget ansvar inför överföring.

**Tillfredsställande förberedelser**

Ungefär en fjärdedel (32 av 115) av deltagarna uppgav att dom var nöjda med överföringen och att det inte fanns något som barnsjukvården hade kunnat göra annorlunda för att underlätta överföringen.

**Vikten av bra avslut**

Det ansågs betydelsefullt att ha ett eller flera ordentliga avslutande besök på barnsjukvården. En del efterfrågade ett gemensamt överföringsmöte där både barnsjukvården och vuxensjukvården medverkar. Ett annat förslag var möjligheten att få en tid direkt till vuxensjukvården vid sitt avslutande besök samt möjligheten att hålla kontakt med barnsjukvården en period efter bytet.

**ERFARENHETER EFTER ÖVERFÖRING (DATAKÄLLA 1)**

Tre koder beskriver erfarenheterna efter överföring. Dessa var Förslag till förbättringar i mottagandet, Anpassat bemötande och Tillfredsställande bemötande.

**Förslag till förbättringar i mottagandet**

Förbättringar i mottagande efterfrågades och handlar om att få en ordentlig introduktion med dels längre tid på första besöket, dels få en guide både i nya lokaler och vägledning av nya rutiner. Det ansågs viktigt att ha en kontinuitet både gällande antal besök och att få träffa samma personal. Flera framförde önskan om mer påläst personal inför första besöket angående den unge.

**Anpassat bemötande**

Bemötanden handlar om att bli sedd som person utifrån behov och förutsättningar. För vissa var upplevelsen att den unge fortsatt blev behand-

lad som ett barn och för andra att personen blev behandlad som vuxen trots att den unge fortsatt kände sig som ett barn.

**Tillfredsställande bemötande**

Ungefär en fjärdedel (28 av 115) av deltagarna var nöjda med mottagandet och upplevde inte att det behövde förbättras.

**ERFARENHETER INFÖR ÖVERFÖRING (DATAKÄLLA 2)**

Två huvudkategorier framkom under analysen som handlade om de unga vuxnas erfarenheter inför överföring. Dessa var Stödjande faktorer för en tillfredsställande överföring, baserad på två underkategorier och Hinder för en tillfredsställande överföring, baserad på en underkategori.

**Stödjande faktorer för en tillfredsställande överföring**

Stödjande faktorer handlar om sådant som ansågs underlätta och skapa trygghet inför överföringen. Den mest återkommande stödjande faktorn var familjen, en annan beskriven framgångsfaktor var kunskap, då den kunde leda till en ökad känsla av beredskap inför överföringen men även till ökad självständighet och trygghet.

*Familjens betydelse för trygghet under processen*

Analysen visar att en stor del av deltagarna uppgivit stödet från familjen som mycket viktigt. Samtliga deltagare beskrev hur viktig familjen var som stöd för dem genom sin kunskap och som en fast punkt i en föränderlig tid.

*”om inte pappa stöttat mig så som han gjorde hade jag nog inte vetat hur jag skulle göra, att barnsjukvården inser hur viktiga föräldrarna är, att stötta dem också, ja faktiskt” (Deltagare 1)*

*Att förberedas inför överföring*

Förberedelser inför överföring handlade om praktiska färdigheter men också om att utveckla förmågan att föra sin egen talan och få kunskaper om sin sjukdom och behandling. Det ansågs viktigt att starta beredskapen för överföringen tidigt för att underlätta övergången.

## UPPSATS

**Hinder för en tillfredsställande överföring**

Denna kategori handlar om upplevda hinder som ansågs försvåra övergången till vuxensjukvården.

*Bristande kunskap om vuxensjukvården*

Det framkom att bristande information och otillräcklig kännedom om hur vuxensjukvården fungerar påverkade deltagarnas möjlighet att delta och besluta om sin egenvård. Flera deltagare uttryckte att det var oklart vilka krav på självständighet, förväntningar och grad av egenkontroll som vuxensjukvården skulle innebära.

*”kurator och dietist är inte nåt som jag känner att jag fått rakt till mig att det finns möjlighet till på vuxensjukhuset, det hade varit väldigt skönt att få höra att detta finns...”* (Deltagare 4)

**ERFARENHETER EFTER ÖVERFÖRING  
(DATAKÄLLA 2)**

En huvudkategori framkom som handlade om erfarenheter efter överföring; Riktat mottagande utifrån den unges förutsättningar, och baseras på fyra underkategorier.

**Riktat mottagande utifrån den unges förutsättningar**

Övergången till vuxensjukvården medförde känslor och förväntningar av olika slag, och skiljde sig

åt mellan de intervjuade personerna. Den involverade för deltagarna mer än en flytt från ett sjukhus till ett annat.

*Betydelsen av mottagande och bemötande*

Deltagarna upplevde känslor av avbrott och en saknad över att de långa relationerna i barnsjukvården upplevdes som hastigt avslutade. Det var viktigt att känna sig lyssnad till och att vårdpersonal var lyhörd under processen.

*”första besöket på vuxenmottagningen hade man inga förväntningar, man var ju en blank sida liksom, man hade blivit så omhändertagen på barnmottagningen, jag hade ju ändå skrivit det här brevet om vad jag önskade och så kommer man hit och så får man inte det...”* (Deltagare 2)

Deltagare uttryckte att det var påfrestande att etablera nya kontakter och finna sig till rätta i en ny vårdmiljö. Det uttrycktes en önskan om att bli behandlad på ett åldersadekvat sätt. Att vara öppen i sitt bemötande och se hela personen

*Familjens fortsatta betydelse för den unges egenvård*

Det framkom att de unga vuxna fortsatte att sätta sin tillit till föräldrarna och uttryckte sin uppskattning över föräldrarnas stöd, delaktighet och erfarenhet av dem och deras diabetes under uppväxtåren.

INFÖR ÖVERFÖRING

EFTER ÖVERFÖRING

<b>Datakälla 1</b>	Bristande förberedelser Tillfredsställande förberedelser Vikten av bra avslut	Förslag till förbättringar i mottagandet Anpassat bemötande Tillfredsställande mottagande
<b>Datakälla 2</b>	Stödjande faktorer för en tillfredsställande överföring  - Familjens betydelse för trygghet under processen - Att förberedas inför överföring  Hinder för en tillfredsställande överföring - Bristande kunskap om vuxensjukvården	Riktat mottagande utifrån den unges förutsättningar  - Betydelsen av mottagande och bemötande - Familjens fortsatta betydelse för den unges egenvård - Vikten av kontinuitet - Naturligt steg med överföringen

Översiktlig sammanställning av resultat baserat på datakälla 1 och 2

*Vikten av kontinuitet*

De flesta deltagare uttryckte känslor och svårigheter att behöva avsluta de långa och personliga relationerna som uppstått till personalen på barnsjukhuset. Deltagarna uttryckte att det var viktigt att träffa samma personal för att etablera tillit i början och växa in i rollen och överta ansvaret.

*”på ett år var det två punktsatser, en läkare och en sjuksköterska och jag visste inte vem nån av dem var riktigt, så det kändes väldigt ovisst”*

(Deltagare 2)

*Naturligt steg med överföringen*

Några deltagare uppgav att de inte upplevde några större bekymmer att överföras och kände sig redo, det blev ett naturligt steg att överföras till vuxensjukvården och bli mer självständig.

*”man ville ändå bryta sig loss och bli självständig så på nåt sätt var det väl ändå skönt att gå till vuxen tycker jag...”* (Deltagare 3)

**SLUTSATS OCH KLINISKA IMPLIKATIONER**

Kliniskt skulle resultatet kunna användas som förbättringsarbete med mer fokus på personcentrering av vården för de unga vuxna. Andra åtgärder skulle kunna vara utbildningar för vårdpersonalen med fokus på behov hos ungdomar och unga vuxna och vad transitionen innebär. Digitala verktyg skulle kunna underlätta överföringen som ett komplement till traditionell utbildning, där de exempelvis kunde se hur mottagningen såg ut virtuellt samt se vilken personal som jobbar där.



Lejla Handzic  
Diabetessjuksköterska  
Diabetesmottagningen Sahlgrenska



Karin Axberg  
Diabetessjuksköterska  
Diabetesmottagningen Kungälv's sjukhus

## SFSD SYMPOSIUM 2024

Välkommen till Malmö! Vi bjuder in dig till två högst spännande dagar, fullmatade med engagerande föreläsningar.

I dagens värld är utbildning, kunskapsutveckling och erfarenhetsutbyte viktigare än någonsin. Vårt vetenskapliga program kommer att vara tankeväckande och berikande, men det är inte allt. Vår konferens skapar också en mötesplats där du har chansen att knyta band med kollegor, utvidga ditt nätverk och kanske till och med starta upp spännande samarbeten. Vi ser med förväntan fram emot en sammansättning av deltagare, Sveriges diabetessjuksköterskor och sjuksköterskor med ett brinnande intresse för diabetesvård.

Och som gräddes på moset kommer vi att avsluta den första konferensdagen med en trevlig symposiemiddag på torsdag den 23 maj.

Vi ser fram emot att träffa dig i Malmö och dela denna kunskapsrika och givande upplevelse tillsammans.

Med hjärtliga hälsningar från SFSD:s styrelse, Agneta Lindberg, Ordförande

Kom ihåg att det är lägre pris om anmälan sker innan 1/3. Early Bird! Anmäl dig via denna QRkod:



## PREMICARE – FÖRBÄTTRINGSARBETE DIABETESVÅRD

**För cirka två år sedan påbörjade Premicare ett kvalitetsförbättringsarbete gällande diabetesvården med särskild tonvikt på arbetsflödet vid årskontrollerna. Förhoppningen är att det nya arbetssättet ska ge våra diabetespatienter en mer personcentrerad diabetesvård och säkerställa att alla moment alltid genomförs vid en årskontroll.**

Genom kompetensväxling samt en standardiserad och samordnad diabetesvård, ser vi att vårdkvaliteten ökar samtidigt som det ger oss bättre förutsättningar för att mäta med alla våra diabetespatienter och erbjuda samtliga en årskontroll. Kompetensväxlingen innebär att diabetessjuksköterskan genomför diabetesuppföljningen i första hand och har regelbundet rond med läkaren. Vilket gör att de personerna med bra metabol kontroll och utan behov att träffa läkaren, enbart träffar diabetessjuksköterskan.

Syftet och målet är en samordnad och standardiserad diabetesvård för att förbättra effektiviteten och kvaliteten i diabetesflödet. Detta genom att bland annat samla spetskompetens i ett dedikerat diabetesteam. Diabetesteamet utgörs av undersköterska, diabetessjuksköterska, läkare och fotterapeut. Tillsammans ansvarar de för diabetesvården för aktuellt samverkansområde inom Premicare. Fotterapeuten ingår också i diabetesronden, vilket innebär att hen får möjlighet att diskutera patientfall som utifrån fotstatus och sår eller risk för sår. Undersköterskan tar blodtryck och fotstatus inför besöken. Genom en kompetensväxling där arbetsmomenten fördelas över teamet har vi kunnat kalla fler patienter till sin årskontroll utan att öka arbetsbelastningen. Utöver kompetensväxling har vi genomfört ett stort arbete kring att ta fram standardiserade riktlinjer för årskontrollerna utifrån Socialstyrelsens riktlinjer, detta säkerställer att vi ger en jämlik vård men hjälper också oss medarbetare att hantera diabetesflödet på ett effektivare sätt.

*”För mig har det varit särskilt positivt att bland annat administrativa uppgifter har lyfts över från mig till*

*undersköterskan, vilket har gett mig mer tid till att kunna fokusera på att bedöma och behandla patienterna”,* säger Henrik Hultén som är diabetessjuksköterska på två av Premicares hälsocentraler. För att stötta det nya arbetssättet har Premicares egna IT-avdelning utvecklat ett IT-system särskilt framtaget för just detta ändamål, i vilket vi kan arbeta strukturerat och standardiserat med våra årskontroller. Genom IT-systemet kan vi plocka ut statistik och följa upp hur vi ligger till med våra årskontroller på Premicares nio hälsocentraler. Detta för att vi ska kunna kvalitetssäkra vården så att alla våra diabetespatienter får en likvärdig vård oavsett vilken av våra hälsocentraler patienten är listad på. Systemet hjälper till med flödet vid årskontroller, dvs håller koll på väntelistor, arbetsmoment, checklistor etc.

Dokumentation görs i journalsystemet och data förs in i NDR som tidigare.

Vi på Premicare vill vara en föregångare inom diabetesvården och ser redan positiva effekter i projektet för både våra patienter och medarbetare.



Henrik Hultén  
Distriktsjuksköterska Premicare, Timrå

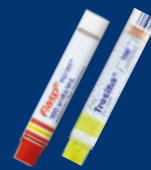
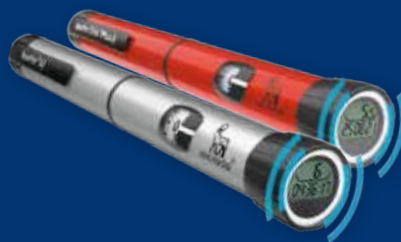


Andrietta Ogebrand  
Undersköterska



# 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). NovoPen Echo®/NovoPen Echo® Plus 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](http://fass.se). Datum för översyn av produktresumén 01/2022. **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](http://www.novonordisk.se) SE23TSM00019

**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](http://fass.se). Datum för översyn av produktresumén 08/2021. Novo Nordisk Scandinavia AB. [www.novonordisk.se](http://www.novonordisk.se) SE23F5P00002



# OMHÄNDERTAGANDE AV PERSON MED DIABETES MED HÖG RISK FÖR FOTSÅR

I diabetessjuksköterskans arbetsuppgifter ingår prevention av allvarlig fotsjukdom. Ett strukturerat basalt preventivt omhändertagande av person med ökad risk för fotsår kan minska lidande och bidra gynnsamt till samhällsekonomin. Med syftet att förbättra det basala omhändertagandet av person med ökad risk för fotkomplikationer har ett nationellt vårdförlopp sammanställts.

Denna artikel lyfter viktiga perspektiv i vårdförloppet med fokus på diabetessjuksköterskans roll i primärvården. Vårdförloppet heter ”Diabetes med hög risk för fotsår”. Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp (nationelltklinisktkunskapsstod.se)

Västragötalandsregionen (VGR) har ett process-team diabetes. Teamet har ett pågående uppdrag att utveckla och anpassa vårdförloppet ”Diabetes med hög risk för fotsår” till regionala förhållanden. Arbetsprocessen hittills har inkluderat en regional nuläges- och GAP analys samt framtagandet av förbättringsåtgärder för att möjliggöra att nuläget närmar sig vårdförloppets intentioner. Delar av processen belyses härmed.

## VÅRDFÖRLOPPET OCH PRIMÄRPREVENTION MED FOKUS PRIMÄRVÅRDEN

Vårdförloppet delas in i primärprevention, sekundärprevention och åtgärder för person som utvecklat fotsår.

I arbetet med primärprevention är fotundersökningen en central del och syftar till att identifiera faktorer som kan öka risken för att drabbas av allvarlig fotsjukdom. Fotundersökningen och bedömning skall ske minst årligen enligt riktlinjer. En riskbedömning utförs och adekvata åtgärder vidtas. Sådana åtgärder innebär egenvårdsråd, lyfta behov av assisterad egenvård (hjälp från anhörig/vän/kommunens personal), remittering till medicinsk fotsjukvård och till ortopedteknik för utprovning av avlastande hjälpmedel. Fotundersökningen och

riskbedömning skall utföras på ett standardiserat sätt och följa SKR broschyr ”Fotundersökning vid diabetes”

Nationella diabetesregistret (2022) visar stora variationer utifrån genomförd fotundersökning såväl nationellt som regionalt.

Enkätssammanställningen för VGR primärvård påvisade att det huvudsakligen är diabetessjuksköterskan som utför fotundersökningen och remitterar till medicinsk fotsjukvård. Läkare och sjuksköterskor delar på uppgiften avseende remittering till ortopedteknik. Nulägesanalysen identifierade kunskapsluckor i samtliga delar som ingår i preventionsarbetet. Kompetensen behöver även öka i den kommunala hälso- och sjukvården avseende vad som åläggs omsorgs- och omvårdnadspersonal i arbetet med personer som har diabetes och hög risk för fotsår.

Samtliga personalgrupper som ingår i vårdförloppet behöver således öka sina kunskaper. VGR har skapat två olika digitala utbildningar, som kan användas nationellt.

1. Denna utbildning syftar till att belysa vad som åläggs omsorgs- och omvårdnadspersonal vid arbete med person som har hög risk för fotsår. Utbildning: Omvårdnad av foten vid diabetes (vgregion.se) Läs mer via QR-kod på sid 45\*.

2. Denna utbildning riktar sig till sjuksköterskor och läkare. Den tar upp viktiga aspekter kring fotundersökning, riskbedömning och adekvata åtgärder utifrån bedömd risk. Utbildning: Årlig Fotundersökning vid Diabetes (vgregion.se) Läs mer via QR-kod på sid 45\*\*.

Intentionen är att alla genomgår utbildningen årligen för att uppdatera och bibehålla sin kompetens. Det regionala processteamet diabetes har dock inga mandat att påverka vilka utbildningar som skall vara obligatoriska för personalen.

I den preventiva delen av vårdförloppet har diabetessjuksköterskan i primärvården en betydelsefull och central roll.

## VÅRDFÖRLOPPET PRIMÄRVÅRDSPERSPEKTIV: OMHÄNDERTAGANDET AV PERSON MED DIABETES OCH FOTSÅR

När en person med diabetes utvecklat ett fotsår (nedanför ankeln) lyfter vårdförloppet vikten av snabb diagnostik, utredning och åtgärder. Målet är en snabb sårhäkning samt att minska risken för permanenta skador och amputation. Primärvården ansvarar för:

**1. Remiss** ska skickas till ett multidisciplinärt fotvårdsteam inom specialistvården om såret inte läkt eller väsentligen förbättrats inom två veckor. Remissen ska innehålla uppgifter om sårets lokalisering, duration, sårstatus inklusive infektion, fotodokumentation, aktuell fotsårsbehandling, tidigare fotproblem, samsjuklighet, läkemedelsbehandling och perifer cirkulation. Samverkan mellan primärvård och specialistvården under behandlingen av såret är viktigt.

**2. Bakomliggande orsak** till sår – diagnosättning. Nulägesanalysen belyser en otydlig ansvarsfördelning vid omhändertagandet av personer med diabetes och fotsår. Ibland sätts diagnos sent eller inte alls vilket medför försening av adekvata insatser och remittering till specialistvård

**3. Handläggning** av fotsår vid diabetes regionalt. I VGR pågår arbete med revidering av sådan riktlinje.

**4. Kontinuitet.** Inom primärvården är det essentiellt med kontinuitet samt att ett fåtal personal har huvudansvar för personen med fotsår. Patientens ansvariga läkare skall kopplas in tidigt i förloppet och bildar tillsammans med såransvarig sjuksköterska och diabetessjuksköterska fundamentet för omhändertagandet. Korrekt omläggning enligt riktlinjer och adekvat smärtlindring kan inte nog betonas. Viktigt är också att en vårdplan är skriven.

**5. I utredningen** ingår ankeltrycksmätning vid uteblivna palpabla fotpulsar. Om nedsatt arteriell cirkulation förekommer skall remiss skrivas till

## ARTIKEL

kärlkirurgen. Remittering skall utföras av primärvården för att inte försena omhändertagandet via kärlkirurg även om remittering till multidisciplinärt fotvårdsteam på sjukhus skickas samtidigt.

6. Fotsår skall avlastas via **ortopedtekniker** och omhändertas av medicinsk fotvårdare som arbetar i multidisciplinärt fortvårdsteam.

7. Både i det preventiva arbetet och vid befintligt fotsår skall **metabola variabler** optimeras och råd om hälsosamma levnadsvanor ges där rökstopp är en viktig del. Här får vi stöd i de nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen avseende prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor samt diabetesvård.

I vårdförloppet ingår även omhändertagande av person med diabetes som utvecklat charcotfot. Detta är ett allvarligt men sällsynt tillstånd och beskrivs inte i denna artikel.

## SEKUNDÄRPREVENTION PRIMÄRVÅRD

När såret läkt skall teamet inom primärvården remittera patienten till medicinsk fotsjukvård och ortopedteknik, för att förebygga nya fotsår. Remitteringsansvaret innehas ofta av diabetessjuksköterskan enligt vår nulägesanalys.

Foten behöver avlastas genom utprovning av ortopedtekniska hjälpmedel och personen med diabetes har rätt att gå till medicinsk fotvårdare sex tillfällen per år.

Även inom sekundärprevention har råd om hälsosamma levnadsvanor och optimering av metabola variabler en väsentlig roll.

## VÅRDFÖRLOPPET PRIMÄRVÅRD; KONTINUITET, VÅRDKONTAKT OCH PATIENTÖVERENSKOMMELSE

Vårdförloppet betonar vikten av att lyfta fram hur patientens delaktighet i utredning, behandling, uppföljning och egenvård kan optimeras.

Personen med diabetes upplever ofta en osäkerhet vad som åläggs hen både vid preventiva insatser och vid utvecklat fotsår. Omläggning av sår sker inte sällan av många olika vårdpersonal och

patienten upplever ofta oklarhet kring var hen skall vända sig.

Nulägesanalysen påvisar oklarheter i primärvård och specialiserad vård, vem som ska utgöra fast vårdkontakt för patient med sår under sårbehandlingsförloppet.

Muntlig information ges till person med diabetes, men det saknas struktur. Den skriftliga informationen som används varierar och möjligheterna till individualiserade råd är begränsade. Digitala stöd för egenvård finns, men det saknas struktur för lättillgänglig användning i VGR.

## UTBILDNING AV PATIENT

Det förekommer arbete både nationellt och regionalt avseende digitala framtida vård där egenvård ingår.

I nuläget förordar Vårdförloppet att en broschyr med egenvårdsråd från diabetesförbundet delas ut till person med hög risk för fotsår.

*FinaFötter\_kph.indd (diabetes.se)*

Diabetessjuksköterskan har med sin pedagogiska kompetens en självklar roll att stötta och individualisera utbildningsinsatser för såväl patient som anhöriga.

## PATIENTÖVERENSKOMMELSE

Personen med diabetes innehar den mest centrala rollen i diabetesteamet. Genom att tydliggöra vad som åläggs personen med diabetes och vad som åläggs vården kan vi möjliggöra för patienten att öka sin delaktighet!

En av åtgärderna i vårdförloppet som syftar till ökad delaktighet är en patientöverenskommelse som också kallas patientkontrakt, som tydliggör ansvarsfördelning mellan sjukvård och patient. Här framkommer vem som är aktuell fast vårdkontakt, vilka kontaktvägar som finns till primärvården och tydliggör när patienten skall höra av sig. Diabetessjuksköterskan har en essentiell roll att optimera trygghet, tydliggöra ansvar och belysa planen för vården framgent.

I VGR har vi tagit fram överenskommelser specifikt riktade mot vårdförloppet som för närvarande testas via pilotprojekt.

### SAMMANFATTNING

Min förhoppning är att denna artikel belyser den betydelsefulla och centrala rollen som diabetes-sjuksköterskan i primärvården har avseende vården av personer med hög risk för fotsår. Nulägesanalysen i VGR primärvård påvisar tyvärr ojämlik vård avseende omhändertagandet.

För diabetes-sjuksköterskor förekommer stora variationer mellan primärvårdsenheter gällande den tid man får lov att arbeta med diabetes, vilken möjlighet det ges till fortbildning samt tiden som får avsättas för kvalitetsutveckling (Källa; Enkät-sammanställning VGR primärvård). Dessa skillnader bidrar sannolikt i hög grad till de ojämlikheterna i diabetesvården.

En konsekvens av ojämlika arbetsförhållanden kan medföra att remittering till medicinsk fotsjukvård, remittering till ortopedteknik och egenvårdsråd uteblir. Följden blir att risken för att drabbas av allvarlig fotsjukdom ökar.

Nuläget påvisade att kunskap och kompetens behöver förbättras vilket kan vara svårt utifrån ett pressat kliniskt tidsschema. Glädjande nog skall en nationell utredning se över bestämmelserna kring specialistkompetenser och krav på kontinuerlig fortbildning. Ett möjligt lagkrav på fortbildning kan vara en del av vår framtid!

Vårdförloppet kan upplevas långt och tungt att ta sig igenom och begränsar användningen i den tidspressade kliniska vardagen. Ett tips är att utarbeta förenklade lokala flödesscheman. Lokala flöden underlättar implementering, tydliggör ansvarsfördelning, ökar möjligheten att rätt insatser görs i rätt tid samt att ny personal enkelt kan sätta sig in i det lokala flödet.

Jag vill avsluta med att lyfta det fantastiska arbetet ni alla utför trots ojämlika arbetsförhållanden. Glöm inte hur ett strukturerat och förbättrat arbetssätt enligt vårdförloppet kan minska lidande, komplikationsutveckling och ge stora samhällsekonomiska fördelar. Det gäller att vi gör rätt saker i rätt tid!

Läs mer\*:



Läs mer\*\*:



Linda Sunnerdahl  
Diabetessjuksköterska/Distriktsjuksköterska  
Västra Götaland

## KALENDARIUM

### KALENDARIET KONGRESSER OCH MÖTEN 2024

**6 - 9 Mars, 2024.** ATTD, Internationell teknik-och diabetesmöte. Florens. [www.attd.kenes.com](http://www.attd.kenes.com)

**17 - 19 April, 2024.** SFD Vårnöte. Västerås. [www.sfdmoten.se](http://www.sfdmoten.se)

**23 - 24 Maj, 2024.** SFSD Symposium. Malmö. [www.sfsdmoten.se](http://www.sfsdmoten.se)

**9-13 September,** EASD, European Association for the Study of Diabetes. Madrid. [www.easd.org](http://www.easd.org)

**7 - 10 April 2025.** IDF Internationella Diabetesorganisationen. Bangkok. Thailand [www.idf.org](http://www.idf.org)



## 3 VECKOR SOM DIABETES-SJUKSKÖTERSKA PÅ GRAN CANARIA

**En dag i somras när jag befann mig i Italien fick jag en förfrågan om jag kunde tänka mig att ta ett uppdrag som diabetessjuksköterska på Gran Canaria.**

**Det var Svenska Re som bedriver arbetslivsrehabilitering i San Augustin som behövde en diabetessköterska till sitt program Rehabilitering-Diabetes typ-2.**

Perioden det gällde var 3 veckor från den 29/11–20/12. Jag blev självklart smickrad och lite stolt över att få detta erbjudande och efter att ha kollat upp att det skulle fungera med arbete och familj så tackade jag ja. Ett möte bokades med Åsa Spängs, VD på Svenska Re, där jag fick information om upplägget av programmet och vad jag förväntades ansvara för. Deltagare som söker sig till programmet ska ha en läkarremiss med bedömningen att rehabiliteringen bidrar till en förbättrad arbetskapacitet och hälsa. Rehabiliteringsperioden på Svenska Re pågår under 3 veckor med uppföljande samtal efter 2, 5 och 8 veckor. Alla måltider ingår och intas på anläggningen och man följer Livsmedelsverkets rekommendationer och de Nordiska Näringsrekommendationerna, NNR.

Tanken med programmet är att ge deltagarna motivation till livsstilsförändring, utbildning i diabetes typ 2, samt träning och motion. Det tyckte jag lät både utmanande och spännande.

### **SVENSKA RE'S MÅLSÄTTNING MED "REHABILITERING DIABETES TYP 2" ÄR:**

- Livsstilsförändring: etablera nya och goda vanor för livsstil, kost och träning

- Förbättrat HbA1c och lipid- och kreatinin status.
- Viktnedgång, minskat midjemått och sänkt BMI
- Bromsa utvecklingen av diabetes typ 2
- Förbättrade resultat avseende hälsa och livskvalitet enligt utvärderingsverktygen KEDS och EQ5D
- Förbättrade kunskaper om livsmedel och utveckla intresset för matlagning och kunna laga minst 2 näringsriktiga middagar samt att lägga upp ett kostprogram/schema.
- Prova på och komma igång med olika former av fysisk träning och hitta aktiviteter som känns lustfyllda och kan genomföras efter hemkomsten
- Utforma en personlig handlingsplan för kost, träning och vardagsplanering att följa efter hemkomst

Mitt arbete började med ett förberedande individuellt telefonsamtal med de 8 deltagarna. Remisserna genomlästes från deltagarnas läkare för att se att resultat från provtagning, blodtryck, längd, vikt och midjemått fanns med för att vi efter vistelsen skulle kunna jämföra resultaten.

Den 29 november var det dags att kliva på planet som skulle ta mig ner till Gran Canaria. Platschefen Karin Bergh Gonzales tog emot mig och



visade mig runt, var jag skulle bo och lite hur anläggningen såg ut.

Min första uppgift var att ha en presentation av programmet för deltagarna. Jag berättade att Erik Moberg, diabetesläkare kommer och stannar en vecka och då kommer ha individuella möten med var och en av deltagarna och gå igenom och bedöma deras medicinska status.

Vi gick igenom schemat och de individuella ankomstsamtalen genomfördes samt mäta blodtryck, vikt och midjeomfång. Dokumentationen gjordes i journalsystemet Prorenata, och även mina förberedande telefonsamtal som jag haft innan vistelsen.

En av mina uppgifter under den här perioden var att leda den dagliga morgonpromenaden med stavar, en uppgjord runda på ca 45 minuter.

Så här ser för övrigt en vanlig dag ut på Svenska Re:

- 07.30 Frukost
- 09.30 Tabata eller vardagsträning
- 10.30 mellanmål,
- 11.00 Fokusgrupp
- 11.45 Vattengymnastik
- 13.00 Gemensam lunch,
- 14.00 Yoga
- 15.30 mellanmål
- 16.00 Kondition eller Core
- 18.30 Middag

Fokusgrupp hålls varje vardag i trädgården och består av ett kort tema med någon form av avslappningsövning. En del fys. pass ersattes av olika grupputbildningar varav Erik höll i 2 av dem i ämnet "Diabetes typ 2". Det var uppskattat av alla deltagare, då flera av dem tyckte att de saknade kunskaper om diabetes.

## ARTIKEL

”Livsstil 1” med Philip Lindström, leg sjuksköterska, handlade om fysisk aktivitet. Den följdes upp med ”Livsstil 2” med betoning på kost där jag deltog tillsammans med Philip. Min uppgift blev att prata om evidensbaserade råd när det gäller hälsosamma matvanor.

En viktig del under den är perioden var att arbeta fram en långsiktig handlingsplan som bygger på SMARTa mål (specifikt, mätbart, accepterat, realistiskt och tidsbestämt) att användas efter hemkomst och deltagarna fick hjälp med det i en workshop med psykolog Monica Hansen som också hade en utbildning om stress.

Henrik Marting, fysioterapeut, höll i ”Fysisk aktivitet FYSS-teori”. Där han tog upp bland annat att effekten av fysisk aktivitet sitter i upp mot 48 timmar, alla rörelser räknas, att våga pröva nya vägar och ”börja där du står”.

Två tisdagskvällar träffades vi i svenska kyrkans lokal för att laga mat. Min uppgift var att planera två middagar under vistelsen. Receptet Zucchini-biffar med avokadosås, hade jag tagit från [www.diabetes.se](http://www.diabetes.se) och till det skulle vi servera min bön- och olivsallad. Andra kvällen hade jag planerat att vi skulle laga lax i folie tillsammans med potatis och grönsaker och en yoghurtsås kryddad med dill och citron. Det blev mycket riva, hacka och blanda och allt skedde med stor entusiasm. Måltiderna

blev mycket goda, alla blev mätta och vi hade en trevlig samvaro.

De sista dagarna före avresan hade jag en avslutande gruppträff och sedan individuella avslutnings-samtal med nya självskattningsformulär, kontroll av blodtryck, vikt och midjemått, Alla var nöjda med sina resultat. Jag avslutade min första del av det här uppdraget med att skriva en resultatrapport som deltagarna fick godkänna och ta med sig och en kopia skickades till remitterande läkare och till närmaste chef.

Sammanfattningsvis har de här veckorna varit givande enligt deltagarna, att få fokusera på egen hälsa utan vardaglig stress som stör. Dagarna på Svenska Re var fyllda med olika pass och aktiviteter och min personliga åsikt är att alla deltog i de flesta med stor entusiasm.

För mig som diabetessköterska har det gjort mig en erfarenhet rikare att få följa dessa härliga personer med diabetes typ 2 under 3 veckor.

Jag har inga förbättringsförslag på den här perioden och skulle bara önska att fler personer med diabetes skulle få en sådan booster-dos av goda levnadsvanor.



Ingrid Berglund  
Diabetessjuksköterska  
Region Stockholm

## KALLELSE TILL ÅRSMÖTE 2024

FREDAGEN DEN 24 MAJ KL. 10:00 - 10:45

Verksamhetsberättelse, verksamhetsplan och ekonomisk rapport presenteras enligt stadgarna. Dokumenten kommer även att finnas på hemsidan [www.sfsd.se](http://www.sfsd.se)

Motioner till styrelsen skickas till [ordf@sfsd.se](mailto:ordf@sfsd.se), senast 6 veckor innan årsmötet.





# FÖRBÄTTRINGSARBETE PÅ BRANDBERGENS VÅRD CENTRAL

**Tanken att förbättra vården för personer med Diabetes Mellitus typ 2 på Brandbergens vårdcentral väcktes med anledning av usel statistik i Medrave och Nationella diabetesregistret kopplat till personalbrist till följd av covidpandemin. Det blev en katalysator för att uppnå en jämlik vård i vårt socioekonomiskt utsatta område och fick diabetesteamet att se över arbetssättet på vårdcentralen.**

Diabetes Mellitus typ 2 är en vanlig folksjukdom som har en ökad risk för akuta och långsiktiga komplikationer. Risken för komplikationer varierar beroende på hur långt framskriden diabetes-sjukdomen är samt hur högt blodsockernivåerna legat över tid.

För att undvika senkomplikationer samt höja kvaliteten inom hälso- och sjukvården arbetar primärvården genom att kalla patienter på årliga kontroller av blodsocker, blodtryck, lipider, fotstatus, ögonkontroll och levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2018). Enligt Orem (1985) behöver vårdpersonal bedöma och stötta patienten att utföra sin egenvård. Egenvården syftar till att främja patientens välbefinnande, normala funktioner och hälsa. Enligt Edvardsson och Backman (Red.) (2020) beskriver betydelsen av personcentrerad omvårdnad där utgångspunkten är att utgå från patientens förmåga och delaktighet i sin behandling. Patienten ska bli sedd och förstådd utifrån sina individuella behov, resurser och värderingar.

Efter att ha sett resultat från Medrave och NDR beslutas att genomföra ett förbättringsarbete för att vårdcentralen ska nå Socialstyrelsens mål enligt riktlinjer för diabetesvård, uppföljning och översyn 2017.

## PROBLEMFÖRMULERING/ UTVECKLINGSFOKUS

Genom statistik hämtad från MedRave och NDR noterades att listade patienter vid Brandbergens vårdcentral har hög andel patienter med högt HbA1c, högt blodtryck samt saknar ögonbottenfoto och fotstatus.

Syftet är att sänka andelen patienter med högt HbA1c för att fördröja eller förhindra allvarliga komplikationer.

**Delmål 1:** Andel listade patienter med Diabetes Mellitus typ 2 med HbA1c-värden > 70 mmol/l ska vara <10 %

**Delmål 2:** Andel listade patienter med Diabetes Mellitus typ 2 med saknat HbA1c-värde ska vara <6 %.

**Delmål 3:** Rapporteringsgraden från Medrave till NDR ska vara >90 %.

**Delmål 4:** Andel listade patienter med Diabetes Mellitus typ 2 med genomförd undersökning av fotstatus dokumenterad enligt diabetesmallen ska vara: 99 %.

**Delmål 5:** Andel listade patienter med Diabetes Mellitus typ 2 med genomförd ögonbottenfotografering ska vara: 96 %.

## ARTIKEL

Långsiktigt mål: Andel listade diabetespatienter med Diabetes Mellitus typ 2 med HbA1c <52 mmol/mol ska vara >65 %.

## METOD KARTLÄGGNING

På Brandbergens vårdcentral fanns 501 diabetespatienter 2020. Väntelistorna för årskontroller till läkare och diabetessjuksköterskor var inte uppdaterade. Brandbergen ligger i Haninge kommun, söder om Stockholm och karaktäriseras av låg socioekonomisk status. I dagsläget har Brandbergens vårdcentral drygt 7959 listade patienter. Fyra sjuksköterskor arbetade fram till 2019 med patienter med diabetes. Ingen hade det övergripande ansvaret för diabetesteamet och följsamheten för diabetesvårdens rutiner var låg. År 2019 slutade dessa fyra sjuksköterskor och endast en diabetessköterska arbetade kvar på 40 %. Kort därefter kom covidpandemin. På grund av detta har diabetesvården på Brandbergens vårdcentral legat efter.

År 2020 visar en sökning via Medrave visade att 17,2 % av diabetespatienter på Brandbergens vårdcentral saknade aktuella HbA1c-värden. Patienter som låg över 70 mmol/mol i HbA1c var 8,4 %. Andel diabetespatienter med HbA1c under 52 mmol/mol var 48,5 %. NDR visade att 10,6 % av diabetespatienter på Brandbergens vårdcentral hade HbA1c-värde över 70 mmol/mol i jämförelse med rikets 9 %. NDR visade även att 54,4 % av diabetespatienter på Brandbergens vårdcentral hade HbA1c-värde under 52 mmol/mol i jämförelse med rikets 56,7 %.

## TILLVÄGAGÅNGSSÄTT/ HANDLINGSPLAN

Rutinen för att kalla patienter till årskontroll hos läkare ändrades för att säkerställa att patienterna skulle kallas en gång per år till årskontroll diabetes hos läkare. Medicinsk sekreterare gjordes ansvarig för att kalla till läkarbesöken via väntelista.

Verksamhetschefen gav mandat att upprätta ett diabetesteam med en allmänläkare, ökade tjänstgöringsgraden till två diabetessköterskor (100% + 50 %) och en distriktssköterska (20 %). Diabetesrond infördes 1 timme två gånger i månaden samt diabetesmöte en gång i månaden för diabetesteamet. En gång i månaden skrevs en ny lista ut från Medrave med antal patienter som saknade aktuellt HbA1c och de patienter som låg över 70 mmol/mol i HbA1c. Dessa patienter har kallats via brev eller telefon till distriktssköterska i diabetesteamet.

Läkarna uppmanades att använda sig av diabetesmallen vid årskontroll diabetes, detta för att säkerställa att rätt sökord journalfördes under besöket.

Stort arbete lades ner för att uppdatera väntelistan och avlägsna patienter som avlidit, bytt vårdcentral, flyttat eller vårdas på annan enhet.

För att motivera patienterna till att ta hand om sin egenvård och få förståelse för sin diabetessjukdom har diabetesteamet arbetat personcentrerat både individuellt och på gruppnivå. Samarbetet i teamet har varit prestigelöst och låga trösklar att kunna konsultera varandra sinsemellan.

## PLANERAD UTVÄRDERING

Diabetessköterskan rapporterar varje vecka statistik till NDR. Via NDR följs statistik på HbA1c varje månad. Arbetssättet utvärderas kontinuerligt under diabetesteamets möten och har gett ett gott resultat vilket visas i kommande resultatdel.

Resultatet är i huvudsak baserat på statistik från NDR för att enklare kunna jämföra Brandbergens vårdcentral med andra vårdcentraler, Stockholmsregion och riket. År 2022 visar en sökning via Medrave att 4,3 % av diabetespatienter på Brandbergens vårdcentral saknade aktuella HbA1c-värden. Rapporteringsgrad av HbA1c i NDR har ökat från år 2020 88,4 % till år 2022 94,9 % på Brandbergens vårdcentral.

	2020	2022
Andel patienter med HbA1c-värden > 70 mmol/l	NDR 10,6 %	NDR 11,8 %
Andel patienter med saknat HbA1c-värde	Medrave 17,2 %	Medrave 4,3 %
Rapporteringsgraden från Medrave till NDR	NDR 88,4 %	NDR 94,9 %
Andel diabetespatienter med HbA1c < 52 mmol/mol	NDR 54,4 %	NDR 59 %
Andel diabetespatienter med genomförd fotundersökning	NDR 67,7 %	NDR 71,6 %
Andel diabetespatienter med genomförd ögonbottenundersökning	NDR 65,2 %	NDR 64,9 %

### FAKTORER SOM PÅVERKAR UTVECKLINGS-ARBETET

Vi arbetar i ett område som är socioekonomiskt utsatt där ohälsosamma levnadsvanor som lågt intag av grönsaker, högt intag av läsk, saft, sötade drycker, dagligt cigarettbruk, lite fysisk aktivitet samt hög arbetslöshet och låg inkomst är vanligt förekommande (Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2023). Detta medför att vissa patienter inte har ekonomiska förutsättningar att införskaffa vissa läkemedel såsom GLP1 och SGLT2 hämmare. Nedsatt sjukdomsinsikt och följsamhet påverkar utvecklingsarbetets resultat. Patienter med höga HbA1c faller ofta bort under uppföljningsskedet. Besök och ögonbottenfotografering avbokas, prover tas inte och telefonuppföljning besvaras inte. Blodsockerkurvor och måltidsregistreringar genomförs inte på ett tillfredsställande sätt. Stor del av våra diabetespatienter härstammar från länder med vana att äta rikligt med kolhydrater, vitt bröd, ris och stora portioner.

Stort arbete läggs ner på motiverande samtal för att skapa bättre förutsättningar för hälsosamma levnadsvanor. Språkbarriär är en förekommande utmaning för oss att nå ut med information.

Vi tolkar den höga andelen patienter med HbA1c-värden över 70 mmol/mol som att den grupp patienter som inte skött sin egenvård men nu lämnat blodprover. Den andel procent med genomförd ögonbottenundersökning kan förklaras av att patienterna uteblir samt att remissvar från ögonbottenfotograferingen inte journalförts korrekt. Genom detta förbättringsarbete framkommer även att patienternas blodtryck har förbättrats. Detta togs inte upp i syftet då det pågår ett parallellt kvalitetsarbete på Brandbergens vårdcentral med diabetespatienter med hypertoni i fokus.



Eunice Fenteng  
Diabetessköterska



Jennifer van Heesch  
Distriktssköterska

# ANSÖK OM STIPENDIUM

**På [www.sfsd.se](http://www.sfsd.se) hemsidan kan du läsa mer om de olika stipendium som du kan söka**



## ÅRETS DIABETESSJUKSKÖTERSKA

Årets diabetessjuksköterska är en utmärkelse som går till en sjuksköterska som under längre tid bidragit till ökad kvalitet inom diabetesvården genom sitt kunnande, engagemang och agerande. SFSD är stolt över att stödja och uppmuntra diabetessjuksköterskor i deras strävan att förbättra vård och behandling för diabetespatienter. Dessa stipendier och utmärkelser speglar föreningens engagemang för att främja kunskap, innovation och excellens inom diabetesvård.

Blir det du eller en kollega? Vem är en värdig vinnare? Vem ska jag nominera?

Möjligheten att nominera är öppen från nu till och med 2024-04-12. Du hittar mer information om detta på SFSD:s hemsida.

## SFSD 'S POSTERSTIPENDIUM

SFSD:s Posterstipendium är till för diabetessjuksköterskor som vill genomföra förbättringsarbeten eller vetenskapliga studier för att utveckla diabetesvården och förbättra patientresultat. Stipendiet kan sökas av en eller flera diabetessjuksköterskor inom olika vårdsektorer, med kravet att huvudsökande är medlem i SFSD. Det finns två typer av stipendier: för kvalitetsförbättring och för vetenskapligt arbete. Målet är att uppmuntra diabetessjuksköterskor till kreativitet, förändring och forskarkarriärutveckling.

Ansökan, dvs sammanfattning (abstract), ska vara registrerad senast den 2024-04-12 och abstrakt till arbete ska laddas upp på SFSD's Symposium hemsidan genom länken: [www.sfsd.se](http://www.sfsd.se)

**Välkommen med din ansökan.**

**Vid förfrågningar kontakta Nouha Saleh Stattin, på epost: [nouha@sfsd.se](mailto:nouha@sfsd.se)**

## SFSD 'S OMVÅRDNADSTIPENDIUM

SFSD erbjuder ett stipendium för projekt eller fortbildning inom diabetesvård, tillgängligt för en eller flera medlemmar. Stipendiet syftar till att stödja diabetessjuksköterskor som utvecklar och utvärderar omvårdnad baserad på evidens och bästa praxis, och kan även användas för fortbildning. För att vara berättigad måste minst en ansökande vara medlem i SFSD i minst tre år.

Ansökan ska innehålla en detaljerad beskrivning av omvårdnadsarbetet, inklusive bakgrund, syfte, metodik, eventuella resultat och en avslutande diskussion. Ansökningarna bedöms av en jury bestående av SFSD:s styrelseledamöter och ska skickas senast 2024-04-12 till Nouha Saleh Stattin via e-post: [Nouha@sfsd.se](mailto:Nouha@sfsd.se)

## RESESTIPENDIUM

SFSDs resestipendium syftar till att främja diabetessjuksköterskans kunskap i omvårdnad vid diabetes. Stipendiet ska gå till deltagande i nationellt eller internationellt möte relevant för ämnesområdet. Läs mer på hemsidan. Ansök senast 30/5 – 2024 för höstens stipendium.



Control-IQ™  
teknologi

Tandem t:slim X2™ insulinpump med Dexcom G6 CGM

**System** designat för  
**enkelhet och kontroll**

- **Kalibreringsfritt** system godkänt för behandlingsbeslut\*
- **Uppdaterbar** mjukvara
- Förutser sensorvärdet 30 minuter framåt i tiden för att hjälpa till att förhindra både hypo- och hyperglykemi och skapa **mer tid i målnområdet**
- Mycket **enkelt** att använda<sup>1</sup> med omedelbar behandlingseffekt<sup>2</sup>

För mer information om studier och långvariga behandlingsresultat, prata med din produktspecialist på Rubin Medical.

På vår nya hemsida hittar du användarberättelser, instruktionsfilmer och informationsmaterial.

[www.rubinmedical.se](http://www.rubinmedical.se)

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](http://www.tandemdiabetes.com/safetyinfo)

\*Om glukosvarningar och CGM-avläsningar inte stämmer överens med symptom eller förväntningar, använd en blodsockermätare för att fatta behandlingsbeslut

<sup>1</sup> Brown, S. Clinical acceptance of the artificial pancreas: Glycemia outcomes from a 6-month multicenter RCT. 2019 ADA 79th Scientific Sessions, San Francisco, CA.

<sup>2</sup> Breton MD, Kovatchev BP. One Year Real-World Use of the Control-IQ Advanced Hybrid Closed-Loop Technology. Diabetes Technol Ther. 2021. DOI: 10.1089/dia.2021.0097

© 2021 Rubin Medical AB. Alla rättigheter förbehålles. Tandem Diabetes Care är ett registrerat varumärke och t:slim X2™, Basal-IQ™ och Control-IQ™ är varumärken som tillhör Tandem Diabetes Care Inc. Dexcom och Dexcom G6 är registrerade varumärken som tillhör Dexcom Inc.

**t:slim X2™**  
Insulin Pump

# 343 SAKER ATT GÖRA FÖR ATT FÅ EN BRA DIABETESVÅRD – FÖR ALLA!

14 NOVEMBER 2023



**Agneta Lindberg** och **Magnus Löndahl** diskuterade de största utmaningarna inom fältet, däribland den ökande psykiska belastningen hos personer med diabetes, ett problem som växer inom vården. En annan stor utmaning som belystes var bristen på personalresurser, särskilt med tanke på det ansträngda ekonomiska läget samt utmaningar som rör resurser, tillgång till tekniska hjälpmedel och olika typer av diabetesmediciner.

**Mikael Rydén**, presenterade de senaste framstegen inom behandlingen av typ 2-diabetes, sambandet mellan fetma och kardiometabola sjukdomar och hur mycket vikt personen behöver gå ner för att uppnå diabetesremission. De senaste läkemedelsbehandlingarna, såsom semaglutid och tirzepatid, samt nya läkemedel inklusive retatrutid och icke-peptidbaserade inkretiner diskuterades. Viktnedgång för att uppnå remission av diabetes är viktigt. DIRECT-programmet, visade att en större viktnedgång är starkt korrelerat med chansen att uppnå diabetesremission. En viktnedgång på >15 kilo, motsvarande ca 15% av kroppsvikten, ledde till att ca 75% av deltagarna uppnådde remission. Riktlinjerna bör uppdateras regelbundet ej vart 5:e år, för bästa tillgängliga kunskap för patientsäkerhet, menar Mikael.

Varje år uppmärksammas **Världsdabetesdagen**, den största globala kampanjen för att öka medvetenheten om diabetes. Denna dag är dedikerad till att informera om orsakerna till, förebyggandet av, och konsekvenserna av diabetes. Dagens Medicin arrangerade tillsammans med andra aktörer aktiviteter och evenemang för att sprida kunskap om diabetes. Målet var att inspirera till insatser som kan förebygga sjukdomen, förbättra behandlingen och ge stöd till de som lever med diabetes.

**Therese Anderbro** pratade om den psykologiska bördan. Samt att utvidga diabetesteam med diabetesutbildade psykologer.

**Tanja Markestål** presenterade utmaningar av vård av personer med typ 1 diabetes i äldreården i kommunen. Många äldre med diabetes har flera andra kroniska sjukdomar och kräver därför särskilda behandlings- och omvårdnadsåtgärder. Rosengård i kommunal verksamhet genomlyste 200 patienter. Av dessa hade 100 diabetes. Man fick kontrollera detta manuellt då man inte har patienterna i kommunal verksamhet i NDR. Många är multisyuka, många har psykisk ohälsa, många har svårt med svenska språket vilket gör att det finns utmaningar i förbättringsarbetet.

De ska bygga plattformen för kommunens personal med information i olika situationer! Det ska vara lätt att hitta, vara en trygg arbetssituation för medarbetare.

**Annika Dotevall** pratade om kvinnor med graviditetsdiabetes, som har en ökad risk för att utveckla typ 2-diabetes senare i livet. Hon menade att det är essentiellt att dessa kvinnor får remiss till primärvården för noggrann uppföljning och adekvata åtgärder. Det är en fördel att ha diabetessköterskor på specialist-mödravårdscentraler (Spec MVC).

Deras expertis bidrar till att sprida kunskap, särskilt gällande insulinpumpar och sensorer. Bland kvinnor i fertil ålder med typ 1-diabetes i Sverige, enligt (NDR), använder 50% insulinpump och 96% CGM. På Spec MVC har 100% av de gravida tillgång till dessa resurser.

Gravida kvinnor med diabetes får tät uppföljning, varje eller varannan vecka. Mötena sker digitalt eller fysiskt, detta underlättar anpassningen av insulinbehandlingen efter de skiftande behoven under graviditetens gång. Vid Spec MVC ses stora fördelar med sam- arbetet med barnmorskor. Barnmorskan kan fokusera på den gravida kvinnan och mindre på diabetesbehandlingen, vilket underlättar planeringen av förlossningen och amningen, samt bidrar till kortare vårdtider.

**Anna Ek**, pratade om typ2 diabetes hos barn och unga vuxna. Många barn har prediabetes i Sverige om man jämför andra europeiska länder. I folkhälsorapporten ser man att 23 % av 6-9 åringar har övervikt eller obesitas i Sverige. I NDR (2020) kunde man se att unga med typ 2 diabetes i åldern 10 - 18 år har komplikationer bland annat retinopati (24,6%) eller mikroalbuminuri (7,2%). Denna data baseras på 130 ungdomar. Det konstaterades att tidig diagnos diabetes typ 2, ger större risk för komplikationer framgent. Hur kan vi stötta dessa ungdomar och deras familjer? Täta uppföljningar där även familjemedlemmar deltar. Stöd till levnadsvaneförändringar. Eftersom flera läkemedel inte har indikationen till barn behöver man se över behandlingen. Samarbetet med olika vårdgivare tex Överviktsenheten och BVC behöver förbättras. Satsningen i samhället och skola på tex fysisk aktivitet bör vidareutvecklas. Utbildning om typ-2 diabetes till barndiabetesteamet på kliniken är önskvärt.

**Lovisa Jäderlund Hagstedt**, presenterade Norrtälje södra vårdcentral arbete. Vårdcentralen har >800 patienter med typ 2-diabetes, och ligger i topp när det gäller målpuppfyllelse för behandling av typ 2-diabetes i NDR. De arbetar systematiskt och med hög kvalitet. De använder även modern teknik, som onlineverktyg, för att sätta individuella mål och underlätta vården.



Maja Florin, Magnus Löndahl och Agneta Lindberg

Dessutom ser de till att regelbundet hålla fortbildningar för både läkare och sjuksköterskor.

Dagen avslutades med en **workshop**. Vi diskuterade behovet av 343 innovativa lösningar för att förbättra framtida diabetesvård. Dessa områden inkluderade:

- Livskvalitet och Egenvård - förebyggande åtgärder och tidig upptäckt av diabetes
- Prevention och Tidig Diagnos - strategier för att tidigt identifiera och hantera diabetes.
- Resurser och Kontinuitet i Primärvården
- Kunskapsstyrning och Best Practice - evidensbaserad vård.
- Medicinteknik och Digitala Lösningar
- Nya Glukossänkande Läkemedel
- Nationell och Regional Samordning

Dessa diskussioner ledde till värdefulla insikter och förslag om hur vi kan fortsätta att förbättra vården för personer med diabetes i Sverige. Nationell samordnare verkar vara man prata om i flera regioner och föreningar. Från samtal till verkstad – ja det krävs att det blir en verkstad efter en innehållsrik dag, risken är annars att engagerade personer tappar intresset.

En mer omfattande rapport finns på hemsidan: [www.sfsd.se/nyheter](http://www.sfsd.se/nyheter)

Läs mer:



Kaija Seijboldt



Sheyda Sofizadeh

# DIABETESSJUKSKÖTERSKAN – NAVET I DIABETESVÅRDEN

## Akademiskt för diabetessjuksköterskor

Nu startar en akademisk utbildning av diabetessköterskor. Dels i höst en kurs om fem poäng, steg ett, vid Vårdhögskolan i Göteborg, och med ett steg två och ytterligare fem poäng. Första steget är en grundläggande utbildning i diabetessjukvård och i andra steget är tyngdpunkten lagd på sjuksköterskor med mera självständig handläggning av diabetespatienter. En 10 poängs universitetskurs för utbildning till diabetessköterska, "Formaliserad utbildning till diabetessjuksköterska", startar vid Vårdhögskolan i Lund hösten 1991. Det behövs en ny utbildning för att möta dagens krav på vård, anser Svensk Förening för sjuksköterskor i Diabetesvård, SFSD, som ligger bakom nyheterna och har uppvaktat linjenämnderna vid vårdhögskolorna i förutom Göteborg och Lund även Uppsala och Umeå, med förslag till kursplan och litteratur. — Det ska finnas en basutbildning för diabetessjuksköterskor, säger Kerstin Sparre, själv en sådan, på Karolinska

sjukhuset i Stockholm, och en av initiativtagarna till utbildningen. — I en förlängning hoppas vi att den här utbildningen leder till en behörighet. Diabetessköterskor ska ha rätt att skriva ut insulin, kunna förnya recepten utan att ha ordinationsrätt, tycker hon. Svenska Diabetesförbundet har sedan 1972 en veckolång vidareutbildning för sjuksköterskor som arbetar ute i diabetesvården med en två dagars uppföljningskurs. Ansökningsmängden har varit större än antalet kursplatser. Antagningskraven till högskolekurserna är legitimerad sjuksköterska och minst två års yrkesverksamhet inom medicinsk sjukvård. Innehåll: Medicin, information, forskningsmetodik, farmakologi, komplikationer med mera, och eget projektarbete i stället för praktik. Högskolekurserna är för dem som inte har nämnvärd erfarenhet av diabetesvård. I Göteborg kan redan verksamma diabetessköterskor söka direkt till steg två.

Några av dessa sjuksköterskor fick möjligheten att åka till Joslinkliniken i Boston i USA för att lära sig mer om diabetes. Elliott Proctor Joslin (1869 – 1962) var läkare och intresserade sig för sjukdomen diabetes redan som student och startade Joslinkliniken 1893. Joslin trodde på att ge patienten möjligheten att själv ta hand om sin diabetes och han initierade rollen för sjuksköterskor som diabetespedagoger eller utbildare (diabetes educators). Andra sjuksköterskor gavs möjligheten att gå 5-dagars kurser anordnade av Svenska Diabetesförbundet eller så kunde de delta i kortare utbildningar anordnade av olika läkemedelsföretag. På barnklinikerna fanns det på den tiden inte heller några diabetessjuksköterskor. Instruktionssjuksköterskorna från vuxenkliniken gick till barnkliniken för att instruera samt gav barnen insulin.

**Riksförbundet för sockersjuka** (Svenska Diabetesförbundet) bildades år 1943 och redan från start stod diabetesvårdens organisation på agendan. Diabetesvården bedrevs främst på sjukhusen, men man förde fram att diabetesvård också var en fråga för den öppna hälso- och sjukvården. Även Riksdagen började intressera sig för vården av personer med diabetes. En utredning tillsattes och frågan

Detta är en förkortad version av en text skriven av Marianne Lundberg publicerad i *Sydsvenska medicinhistoriska sällskapets årsskrift 2023*. I *Socialstyrelsens riktlinjer för diabetesvården från 2018 framgår att diabetessjuksköterskan har en central roll i teamet tillsammans med patienten och den diabetesansvarige läkaren samt andra professioner som till exempel dietist, fysioterapeut och kurator eller psykolog. Fram till början av 1970-talet fanns inga diabetessjuksköterskor, men väl sjuksköterskor som arbetade på sjukhus och som benämndes instruktionssjuksköterskor.*

om diabetesdispensär togs upp, det vi i dag kallar diabetesmottagning. Den första diabetesdispensären öppnade på Karolinska sjukhuset i Solna. Förbundet har hela tiden arbetat för att det skall finnas specialistutbildade diabetessjuksköterskor. Diabetesvårdens organisation började så sakteliga förändras.

**SFSD bildades 1983** och firade således 40-årsjubileum 2023. Redan på 1970-talet bildade några sjuksköterskor i Stockholm en lokal förening för sjuksköterskor som arbetade med diabetespatienter. De kontaktade därefter andra sjuksköterskor runt om i Sverige för att försöka bilda en nationell förening. År 1982 inbjöds till en nationell utbildningsdag och en enkätundersökning genomfördes då för att efterhöra om intresse fanns för att bilda en nationell diabetessjuksköterskeförening. Resultatet visade att intresse fanns och året därpå hölls det första symposiet med ett första årsmöte, stadgar antogs och en förening var bildad med 120 medlemmar.

**1987 bildade SFSD en arbetsgrupp för att se över diabetessjuksköterskans utbildning.** Hälso- och sjukvårdstjänstemannaförbundet (det som i dag är



Vårdförbundet) uppvaktades och mål presenterades för utbildning, antagningskrav och upplägg. SFSD fick till svar att satsa på fristående kurser vid universitet och högskolor. Redan två år senare kom ett förslag på en 10-poängskurs och 1992 fanns sådana kurser vid sex vårdhögskolor i Sverige. Året därpå bildades en ny arbetsgrupp för att arbeta vidare med påbyggnadsutbildning samt för att påverka så att diabetessjuksköterskan skulle erkännas som en egen profession. År 1996 fanns för första gången möjlighet till magisterexamen med inriktning mot diabetesvård vid Uppsala universitet. Riksdagen fattade 2014 beslut om att inrätta specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning Diabetesvård. Redan året därpå blev detta verklighet, något som SFSD målmedvetet arbetat för bland annat genom politiskt påtryckningsarbete. Idag finns möjlighet för sjuksköterskor att bedriva studier inom Diabetesvård på flera högskolor och universitet i Sverige från 7,5 hp till doktorsexamen.

**SFSD har utarbetat en kompetensbeskrivning** där det klargörs vilken kompetens och utbildning en sjuksköterska behöver för att arbeta inom diabetesvården. Kompetensbeskrivningen utgör en vägledning till universitet och högskolor vid planering av utbildningar och kan användas som underlag vid organisering och planering av diabetesvård på vårdenheterna. Den kan också vara till hjälp för arbetsgivare vid anställning av diabetessjuksköterskor samt att klargöra diabetessjuksköterskans kompetens för personer med diabetes och deras anhöriga.

I diabetesteamet ingår ofta en eller flera diabetessjuksköterskor, beroende på om anställningen är kopplad till primärvård, medicin- eller specialistklinik eller barndiabetesvården. Diabetessjuksköterskans roll i teamet är mångfacetterad och innebär i största möjliga utsträckning att stödja och handleda personer med diabetes att klara sin egenvård på bästa sätt i vardagen med så gott välbefinnande som möjligt. Diabetessköterskans arbete skall baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. Omvårdnad är sjuksköterskans huvudämne, men hen måste även ha medicinska kunskaper för att kunna uppmärksamma och agera utifrån förändringar i diabetessjukdomen samt

kunna uppmärksamma sjukdomens psykosociala konsekvenser. Att som diabetessjuksköterska ta sig tid att lyssna på patienternas berättelser om livet och vardagen med diabetes är i enlighet med personcentrerad vård oftast viktigare än att få svar på frågor som man som vårdgivare redan har bestämt i förväg.

Det är inte alltid lätt för personer med diabetes att klara av alla krav på egenvård för att må väl i sin vardag och för att på sikt minska risken för komplikationer. Alla når inte de personligt uppsatta målen vilket kan skapa frustration för både patienten och för professionen. Patienten kan uppleva att hen inte får tillräckligt med det stöd som behövs just då och kan uppleva att man bara är ett glukosvärde. Diabetessjuksköterskan kan i sin tur känna sig frustrerad och uppleva att hon eller han misslyckas i sitt arbete. Under åren har olika pedagogiska och mer personcentrerade modeller vuxit fram med syfte att ett välutbildat diabetesteam med personcentrerat förhållningssätt samarbetar med en välinformerad och kapabel (empowered) patient. Det har varit en resa både för patienten och diabetesprofessionen att arbeta på ett annat sätt än att informera och övertala patienten att följa vissa rekommendationer med ett förutbestämt faktainnehåll i en specifik ordningsföljd till att möta patienten där hen är och hjälpa hen att använda sin inneboende förmåga och själv ta kontroll över sin diabetes.



Marianne Lundberg  
Diabetessjuksköterska  
Diabetessamordnare i Region Skåne

#### RÄTTELSE

I förra numret i artikeln ”inte utan min pump” fattades texten till bilderna. Personerna på bilderna har inte koppling till artikeln. Uppsatsen finns i sin helhet på hemsidan under fliken litteratur.

## INFORMATION

**STYRELSE:**

www.diabetesnurse.se

## Ordförande:

Agneta Lindberg  
Skånes Universitetssjukvård  
Endokrinmottagningen Lund  
Lasarettsgatan 15  
221 85 Lund  
agneta@sfsd.se

## Vice ordförande:

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

## Sekreterare:

Marianne Lundberg  
Primärvårdens utbildningsenhet,  
CRC Jan Waldenströms gata 35  
202 13 Malmö  
sekr@sfsd.se

## Kassör/Medlemsavgifter:

Gudrun Andersson  
Centrum för Diabetes, plan 5  
Norrbäckagatan 92  
113 34 Stockholm  
gudrun@sfsd.se

## Vetenskaplig sekreterare:

Nouha Saleh Stattin  
Akademiskt primärvårdscentrum  
Stockholm  
nouha@sfsd.se

## Medlemsärenden:

Cathia Boquist  
Robertfors Vårdcentral  
Fabriksvägen 3  
915 32 Robertsfors  
cathia@sfsd.se

## Styrelseledarmot:

Cathrine Astermark  
Barn och ungdomsmedicin  
mottagning,  
Lasarettsgatan 48  
221 85 Lund  
cathrine@sfsd.se

## Ansvarig hemsidan

Chefredaktör  
Kaija Seiboldt  
Akademiskt Primärvårdscentrum  
Stockholm  
kaija@sfsd.se

## Sociala medier

Sheyda Sofizadeh  
Närhälsan Dalaberg Vårdcentral  
Lövs kogsgatan 8  
451 72 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:

kaija@sfsd.se

**ADRESSÄNDRING:**

Medlemmar i SFSD kontaktar medlemsansvarig:

Cathia Boquist

cathia@sfsd.se

Övriga kontaktar redaktören, se ovan.

**ANSVARIG UTGIVARE:**

Agneta Lindberg

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, 2024 är 12 januari med utgivning i februari

Nr 2, 2024 är 6 maj med utgivning i juni

Nr 3-4, 2024 är 13 september för utgivning i oktober

**ANNONSUTRYMME BOKAS HOS**

Kaija Seiboldt, mail: kaija@sfsd.se

eller edit.johansson@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)

# VÄRLDENS FÖRSTA OCH ENDA GLP-1 RA I EN TABLETT

## För vuxna med typ 2-diabetes



Signifikant\* bättre HbA<sub>1c</sub>-sänkning jämfört med Januvia® och Jardiance®



Viktninskning upp till 4,3 kg i genomsnitt och signifikant\*\* bättre än Victoza®



Upp till 7 av 10 patienter uppnådde HbA<sub>1c</sub>-målvärdet på <53 mmol/mol

Besök [www.novonordisk.se](http://www.novonordisk.se) för mer information.

\*  $p < 0,05$  (ej kontrollerat för multiplicitet) Rybelsus® 14 mg vs Januvia® 100 mg (vecka 78) och Jardiance® 25 mg (vecka 52)  
\*\*  $p < 0,05$  (ej kontrollerat för multiplicitet) Rybelsus® 14 mg vs Victoza® 1,8 mg (vecka 52)

GLP-1 RA = glukagon-liknande-peptid-1 receptoragonist

▼ 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 hjärtsufficiens 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 förskrivarinformation och pris, se fass.se. Datum för översyn av produktresumén 04/2023. **Subventioneras endast för patienter med typ 2-diabetes som först har prövat metformin, sulfonureider eller insulin, eller när dessa inte är lämpliga.** SE23RYB00003

**Referens:** Rybelsus® produktresumé, se fass.se



Novo Nordisk Scandinavia AB  
Tel 040-38 89 00 [www.novonordisk.se](http://www.novonordisk.se)

**RYBELSUS®**  
oral semaglutid

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

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



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](http://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.