

## Rapport SFSD symposium i Malmö

Återigen fick deltagarna mycket kunskap av föreläsarna och av varandra samt från utställarna. Vi är tacksamma alla för deltagandet.



### Betydelsen av personcentrerad vård

Andreas Rantala, Lunds universitet



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

Personcentrerad vård innebär INTE:

- Att patienten ensam bestämmer
- Att det är för krävande för patienten

- Samma sak som patientcentrering
- Som värdebaserad vård
- Något som är begränsat till vissa delar
- Ett alldeles för tidskrävande arbetssätt
- Bara en ” sjuksköterskegrej”

VAD är en person:

Ett fenomen av centralt intresse för vården

Vad är det att vara en människa

Kunskap om människan är nödvändig för vårdpersonalens yrkesutövning

När patienten inte är nöjda med vården kan det ofta vara att man inte är nöjd med bemötande, ej tagna på allvar, ej blivit lyssnad på. Vi behöver utgå från förmågor hos en person för att komma närmare personcentrering.

Personcentrerad vård – vad är grejen? Det har kommit många studier vad gäller personcentrerad vård där resultatet visar att det främjar självbestämmande, involverar patienten som en aktiv samarbetspartner. Den strävar efter att personens sociala nätverk finns med i hens vård. Många närstående är involverade i vården och vill delta i vården, vilket vi många gånger inte tar hänsyn till.

Den utgår från personen med en sjukdom och inte sjukdomen i en person. Man anpassar vård och vårdmiljö efter den enskilde personen. Vi ska sträva efter att förstå symtom och beteenden utifrån personens upplevelse och utgångspunkt.

Checklistor är inte personcentrerad vård, det ska vara behovsstyrd.

VAD KAN MAN GÖRA:

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

Det är skillnad mellan personcentrerad vård = Målet är meningsfullt liv och patientcentrerad vård = Funktionellt liv som mål, det är intressant jämförelse som vi vårdpersonal bör begrunda.

Vilka hinder kan ses för personcentrerad vård:

1. Barriärer vårdpersonal och patient är främlingar för varandra
2. Att vårdpersonalen använder fackspråk som kan försvåra partnerskapet
3. Vårdlidande. att man inte blir sedd, hörd, räknas. Patienten känner sig maktlös. Ett slags utanförskap
4. Makt- du har ett stort ansvar att inte utöva den makten
5. Försvårade omständigheter – ersättningsmodeller, fysisk miljö, flexibla tider.

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

## Gruppbaserad patientutbildning för personer med diabetes typ 2 – en kort sammanfattning från en session.

Marianne Lundberg, sekreterare i SFSDs styrelse, började med att berätta om en nationell kartläggning med syfte att undersöka i vilken utsträckning gruppundervisning bedrivs i primärvården för personer med diabetes typ 2. En enkät skickades ut våren 2023 till de regioner där det finns diabetessamordnare. Diabetessamordnarna skickade sedan enkäten vidare till alla vårdcentraler i sina respektive regioner. Kartläggningen avsåg frågor kring om grupputbildning erbjuds, vilken pedagogisk modell man i så fall använder och hur man utvärderar utbildningen efteråt samt hur många av diabetessjuksköterskorna i regionen som har någon form av pedagogisk utbildning. Det fanns även en fråga kring den huvudsakliga orsaken till om man *inte* erbjuder grupputbildning. Resultatrapporten kan ni läsa mer om på SFSDs hemsida. Resultaten från de tretton regioner som svarat visar i korthet en heterogen fördelning av gruppbaserad patientutbildning, där ett par regioner utmärker sig positivt (Gävleborg, Stockholm och Örebro). Utmaningar kan vara brist på tid, ointresse och kompetensbrist. En minoritet av diabetessjuksköterskorna har pedagogisk utbildning. Även användning av pedagogisk modell eller mall var begränsad där grupputbildning bedrevs. Metod för utvärdering saknas ofta.

En slutsats är lite av moment 22. Det finns inte så många lärosäten som erbjuder fristående kurser för "lärande vid diabetes". Enligt de Nationella riktlinjerna för diabetesvården (Socialstyrelsen, 2017) bör diabetessjuksköterskan ha pedagogisk kompetens för att bedriva *Gruppbaserade utbildningsprogram (Prio3)*, vara väl insatt i pedagogiska metoder och teorier samt ha kunskap om vuxnas lärande. Pedagogisk utbildning för diabetessjuksköterskor bör bland annat innehålla pedagogik, didaktik, lärandeteorier och kommunikationsfärdigheter. Så utmaningar finns. Att bedriva grupputbildning utan pedagogisk kompetens är enligt evidensen "Icke göra" (Socialstyrelsen, 2017), få diabetessjuksköterskor har pedagogisk kompetens, det saknas utbildningsmöjligheter i landet och inte minst så finns det utmaningar på den enskilda arbetsplatsen att få avsatt tid för grupputbildning.

Lena Jutterström, lektor vid institutionen för omvårdnad vid Umeå universitet, fortsatte med att föreläsa om att riktlinjer förespråkar att vårdpersonal använder sig av en personcentrerad approach eftersom de resulterar i förbättringar på hälsoparametrar såsom HbA1c. Trots detta väljer inte vårdpersonal att arbeta på detta sätt. Patientutbildning ges företrädesvis via information trots att grupputbildning anses vara en bra metod för patientutbildning och egenvårdssupport. Egenvårdssupport enligt Umeåmodellen presenterades där personer med diabetes diskuterar olika aspekter av att leva med diabetes med varandra. Denna support

anses vara personcentrerad eftersom de olika teman som supporten bygger på är genererat från intervjuer samt att personerna som deltar får förmedla sin syn på sjukdomen. Supporten består av 5 träffar och kan ges i grupp men även individuellt. Ett tema diskuteras vid varje träff; Bilden av sjukdomen, Innebörden av diagnosen, Utrymmet i vardagen, Ansvaret för egenvården och Framtiden med sjukdomen inräknad, men även det som personerna med diabetes önskar diskutera med andra. Diabetessköterskan fungerar som moderator vid varje träff och ser till att samtliga deltagare kommer till tals samt besvarar frågor som deltagarna har. Beräkna tidsåtgången för varje träff till ca 90 minuter vid gruppsupport.

Egenvårdssupport enligt Umeåmodeller har utvärderats både som gruppsupport och individuell support. När denna support utfördes i grupp sänktes Hba1c-värdet med 5 mmol/mol och individuellt med 4 mmol/mol. Diabetessköterskor som genomfört denna typ av support beskriver att det inte behövs några förberedelser att bedriva denna typ av support. De lär känna personerna bättre, förstår hur personen tänker kring sin sjukdom och varför de gör de val som de gör. Det innebar dock en rollförändring och en nedtoning av expertrollen. Diabetessköterskor behöver komma till en *turning point* och se att de behöver vara mer än en kunskapsförmedlare, våga gå utanför sin komfortzon och prova nya angreppssätt vid patientmöten för att effektivare stödja personer med diabetes.

Mejla gärna Lena om ni har frågor kring Umeåmodellen.

Marianne Lundberg, [sekr@sfsd.se](mailto:sekr@sfsd.se)

Lena Jutterström, [lena.jutterstrom@umu.se](mailto:lena.jutterstrom@umu.se)

## Workshop titel: äldre personer med diabetes och insulinpump.

Det var många intressanta föreläsare på plats, men speciellt en workshop intresserade oss diabetessamordnare i region Skåne.

Vi diabetessamordnare i Region Skåne samverkar med kommuner i Skåne och ser hur komplext det är med både behandling och teknik kring våra personer med diabetes. Att få träffa personer från hela Sverige och diskutera detta aktuella ämne gav många tankar och idéer. Att sitta i en grupp med specialistsjuksköterskor, personer från universitet och kommunal primärvård gav många givande diskussioner. Vi var alla överens om att kompetens är en viktig faktor. Det dök upp frågor angående hur vi gör för att sjuksköterskor ska få möjlighet att vidareutbilda sig på arbetstid. Det diskuterades också att uppdragskurser i allra högsta grad är viktiga i nuläget när våra patienter ökar i större takt än vad det utbildas nya diabetessjuksköterskor. Det kommer att behövas många nya sjuksköterskor med diabeteskompetens i kommunal primärvård. Det framkom att idag avslutas ibland pumpbehandling på äldre personer med diabetes typ 1 för att det saknas kompetens angående pumpbehandling i kommunal primärvård. Det diskuterades i vår grupp angående huruvida det skulle finnas speciella pumpkonsulter i framtiden. Ja, vem vet hur framtiden

kommer att se ut? Vi vet att en vårdplan ger en helhetssyn och det är därför viktigt att den upprättas. Vi vet också att samverkan mellan regional och kommunal primärvård är en förutsättning för att den enskilda patienten ska få adekvat vård.

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

//Kristina Eklöf- Olsson och Christine Jonazon

**Arbetsterapeut Helena Svensson från barnkliniken i Lund**, belyste ämnet om hur diabetesteam kan hjälpa och stödja patienter med olika neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF).



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

Personer med olika NPF-diagnoser kan ha flera olika svårigheter så som svårigheter med arbetsminne, planeringsförmåga, impulsivitet eller avvikelser från vardagliga rutiner. Arbetsterapeuten kan då hjälpa patienten bland annat med att skapa scheman och olika bildstöd. Även vårdpersonalen kan få råd kring att stötta individen för att underlätta vårdmötet. Det kan gälla hur en kallelse är utformad samt förberedelser inför besöket. För patienter med ADHD kan kallelsen behöva utformas med bildstöd för vad som ska tas med och vad som kommer att ske på mottagningen. Det är viktigt att tänka på att varje möte är ett nytt möte och att varje individ är unik. Man kan med fördel fråga patienten om just deras behov: hur de behöver att kallelsen utformas, vilken tidpunkt på dagen som passar bäst, antal närvarande personer, samt hur många möten som är lämpligt att lägga på samma dag.

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

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

// Cathrine Astermark

**Andra former av diabetes och om diabetes yttrar sig olika beroende på etnicitet.** Louise Bennet som är läkare och adjungerad professor Lunds universitet tog upp denna fråga.

I Sverige finns det 1,6 miljoner utrikesfödda personer. Louise Bennet berättade att typ 2 diabetes är vanligare och utvecklas i yngre ålder bland migranter i Europa jämfört med den infödda befolkningen. Trots en hög medvetenhet om diabetes är den glykemiska kontrollen sämre bland migranter. Komplikationer relaterade till diabetes är också en större börda för dessa grupper. Hon berättade också att diabetesläkemedel påverkar vissa grupper mer gynnsamt än andra, exempelvis personer med afrikanskt ursprung har bättre effekt av metformin (större HbA1c-sänkning) än personer med europeiskt ursprung. Hon diskuterade även flera hinder för livsstilsförändringar bland migranter, såsom förväntningar på kost (vad, när och mängd mat), brist på traditioner kring fysisk aktivitet och ekonomiska begränsningar.

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

**Hur familjer påverkas av att delta i en screeningstudie för typ 1 diabetes**

**Jessica Melin** har arbetat som forskningssjuksköterska och koordinatör i TEDDY studien i 17 år. Hon disputerade förra året (2023) och berättade om sin avhandling.

TEDDY (The Environmental Determinants of Diabetes in the Young) screenade barn mellan 2004 och 2010 i USA, Finland, Tyskland och Sverige för ökad genetisk risk för typ 1 diabetes. Syftet var att identifiera omgivningsfaktorer under barnens uppväxt som påverkar och triggerar den autoimmuna processen som leder till utveckling av autoantikroppar och typ 1 diabetes.



Barn följdes från 3 månaders ålder med regelbundna besök tills de fyllde 15 år. Studien visade att barn med en autoantikropp hade 15% risk att utveckla typ 1-diabetes, medan barn med flera autoantikroppar hade 70% risk inom 10 år. Majoriteten var mycket nöjda med att delta. Faktorer som kontinuitet bland personalen, omfattande information och tillräcklig tid vid besöken bidrog till detta men också föräldramöten och åldersanpassat material visade sig vara viktiga.

TEDDY-studien avslutas i början av 2025 när de yngsta barnen fyller 15 år.

## Retinopati vid typ 1 och 2 diabetes.

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

## Stigma Workshop

Dan Grabowski & Bryan Cleal



Studier tyder på att de flesta ungdomar och vuxna med diabetes någon gång i livet upplever någon form av diabetesrelaterad stigmatisering. Diabetesstigma kan få allvarliga konsekvenser för livet och hälsan för personer med diabetes: Personer med diabetes som känner sig stigmatiserade på grund av sitt tillstånd är mer benägna att uppleva större diabetesångest, depression, ångestsymtom och har lägre självkänsla och svårigheter att upprätthålla en hälsosam sjukdomsidentitet. De är också mer benägna att dölja sitt tillstånd för andra, t.ex. genom att skjuta upp eller hoppa över egenvårdåtgärder som att ta medicin eller mäta blodsocker offentligt dvs när man är i skolan eller på arbetsplats, vilket har konsekvenser för deras hälsa. Trots detta saknas forskning om effektiva interventioner för att minska stigmatiseringen av diabetes och dess effekter bland personer med diabetes. Under denna workshop presenterade föreläsare några exempel på stigma och dess inflytande på vardagen och på egenvård av diabetes i synnerhet.

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

Slutligen diskuteras den nyligen publicerade internationella konsensusen om stigma kring diabetes. Ni kan gå in på [enddiabetesstigma.org](http://enddiabetesstigma.org) där kan ni läsa mer hur ni kan bidra med att minska diabetesstigma och stödja personer med diabetes med egenvård.

## Poster presentation

Det blev tre intressant posterpresentationer:

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

Alma Dautovic presenterade sin studie som en kvalitativ deskriptiv där femton personer med typ 2 diabetes intervjuades. Syftet med studien är att utforska patienters upplevelser av hur man kan leva ett fullvärdigt liv med typ 2-diabetes och att identifiera deras behov av lärande och stöd inom modern diabetesvård. En sammanfattning av resultatet är 3 olika tema: En önskan om att exponeras för flerdimensionellt lärande, flexibelt stöd och professionellt erkännande som en kapabel person. Slutsatser är att patientens resurser och behov bör ligga till grund för diabetesvården. Generellt efterfrågade patienterna större möjligheter att diskutera sina känslor och ökade e-hälsokontakter när de lärde sig om utmaningarna med att leva med diabetes. Patienterna identifierade diabetesspecialistsjuksköterskor som viktiga, kunniga och pålitliga partners i den moderna diabetesvården.

### **2. SAMVERKAN MELLAN REGIONAL OCH KOMMUNAL PRIMÄRVÅRD AVSEENDE VÅRDEN AV PERSONER MED DIABETES TYP 2: SJUKSKÖTERSKORS ERFARENHETER**

**Christina Jonazon diskuterade** en viktig fråga om samverkan om sjuksköterskors erfarenheter av samverkan mellan regional och kommunal primärvård och om en individuell vårdplan för diabetes kan underlätta vid samverkan och vårdandet av äldre multisjuka patienter.

Semistrukturerat frågeunderlag i fokusgrupper har använts, analyserats med tematisk analys. Två fokusgrupper med sex sjuksköterskor i varje grupp. Resultatet visade att det var viktigt med varaktiga professionella relationer och att sjuksköterskorna kring patienten känner sig inkluderade i vårdandet. Bristande rutiner och kommunikation kring patienterna och hög personalomsättning var hinder som identifierades. En individuell vårdplan skulle kunna skapa förutsättningar för trygga bedömningar av patienterna, ge en övergripande och konkret plan, helhetssyn på patienten och mer personcentrerad vård.

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

**Katri Harcke**



Interventionsprogram där fokus är att förändra levnadsvanor och som genomförs i forskningssammanhang fördröjer eller förebygger typ 2-diabetes hos personer med prediabetes. Dessa program är dock svåra att implementera i primärvård. En anledning kan vara att de förebyggande programmen inte utformats tillsammans med de som ska använda dem, i detta fall personer med prediabetes och vårdpersonal. Syftet med denna studie är att utforska och beskriva hur personer med prediabetes uppfattar diagnosen och vilken typ av stöd (kunskap och verktyg) de behöver för att genomföra, bibehålla och integrera förändringar i levnadsvanor i sin vardag. Personer med prediabetes från fyra vårdcentraler i Region Stockholm (n=21) intervjuades individuellt. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys. I preliminära resultat två teman har identifierats: "Effekten av att ha prediabetes" och " Jag måste hantera prediabetes själv men behöver stöd ". Uppfattning om att ha prediabetes och beskrivning av egenvården med behovet av stöd kommer att beaktas i den kommande fasen av co-design, idéskapande, där modellen för genomförande av interventionen utformas tillsammans med personer med prediabetes och vårdpersonal som arbetar med prediabetes.



## Blodtryck och U- albumin/krea index, hur svårt kan det vara

[Karl.dreja@skane.se](mailto:Karl.dreja@skane.se)

Karl Dreja från Lunds Universitet hade en session om urinalbumin.



50 % av njurpatienterna med njurinsufficiens har diabetes. Att ha diabetes har man en mycket stor risk att få njursvikt. Njursvikt är ofta orsakad av diabetes, hypertoni, glomerulonefrit, PKD polycystisk sjukdom. Njursvikt delas in i olika stadium. Nationellt vårdprogram vid kronisk njursjukdom finns tillgängligt, [www.kunskapstyrningvard.se](http://www.kunskapstyrningvard.se) . Det gjordes en uppdatering 2022. Ni kan också hitta KDIGO Guidelines 2024, via [www.kdigo.org](http://www.kdigo.org)

Albuminuri är en stor risk för njurskada, en markör som vi måste vara uppmärksamma på. En gång per år bör urinalbumin genomföras enligt riktlinjerna. Med uppföljning om avvikande svar finns. Enligt NDR är det många patienter där det saknas prov. Rapporteringsgraden varierar från 56- 84 % mellan olika regioner. Hur ska detta förbättras?

Vid dålig njurfunktion och insulinbehandling är det störst risk att få hypoglykemi, vilket gör att det kan vara svårt att uppnå god metabol kontroll. Vad ska vi då tänka på? Sätt in långverkande insulin såsom Tuojeo eller Abasaglar till dessa patienter. isCGM kan vara aktuellt också. Ofta behöver man sänka dosen insulin vid njursvikt.

Hypoglykemi- fråga alltid efter hypoglykemi. Har du haft det? Hur kändes det då? Tog du ett blodsocker? Behövde du hjälp av annan eller kunde du häva det själv ?

Välj läkemedel som har liten risk för hypoglykemi. Var försiktigt vid insulininsättning, börja med låg dos. Gör en bedömning gällande undernäring, finns risk för undernäring? Har personen gått ner i vikt?

CGM funkar dåligt för dessa patienter som har dialys. Extracellulära vätskan dras vid dialys och då får man ett felvärde.

Novonorm kan vara ett alternativ för dessa patienter.

Insättning av SGLT 2 hämmare.

1. Kreatinin ska alltid tas vid insättning. Risk för dehydrering? sätt inte in detta samtidigt som ACE hämmare
2. Om GFR är för lågt under 30. Då ger det ingen effekt men kan vara bar med hänsyn till hjärtsvikt.
3. Undernäring, hur ska vi då tänka ?
4. UVI? Vad gör vi då?

Annat att tänka på:

- Verkar som att utomeuropeiska personer får i högre grad njursjukdom
- Insulinresistens verkar vara en risk
- Övervikt. Hög risk om man är född i Irak

## Preventiva arbetet för att förebygga fotkomplikationer

Ann Lindström fotterapeut och Ulf Ahnlid samverkan mellan två professioner.



I denna föreläsning diskuterades också den personcentrerade vården. Egenvård gällande fötter det vet vi, hur får personen med diabetes den insikten.

Foten är en del kroppen, ibland kan frågan dyka upp. Är det så vi tänker?

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

RISKBEDÖMNING av fotproblem vid diabetes

Nivå 1 – Låg risk - Frisk fot.

Nivå 2 – Medelhög risk - Neuropati och/eller angiopati.

Nivå 3 - Hög risk - Tidigare fotsår.

Nivå 4 – Mycket hög risk - Pågående allvarlig fotsjukdom.

Egenvård till patienten:

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

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