



DIABETESVÅRD

Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård

NR 2 2023



STEPSTONE-Projektet

Symposiet

Fira med Ramadan

Längre och jämnare effekt än insulin glargin 100 E/ml¹⁻³ - till ett lägre pris!⁴



Jämn glukoskontroll över dygnet¹

•
Mindre injektionsvolym¹

•
Upp till **36 timmars duration**¹

Toujeo[®] (insulin glargin), 300 enheter/ml injektionsvätska, lösning. Långverkande insulinanalog. Rx, (F), A10AE04. **Indikation:** Behandling av diabetes mellitus hos vuxna, ungdomar och barn från 6 års ålder. **Varningar och försiktighet:** Toujeo ska ej användas för behandling av diabetesketoacidosis. För ytterligare information och prisuppgift, se www.fass.se. **Kontaktuppgifter:** Sanofi AB, Box 30052, 104 25 Stockholm, tel: +46 8 634 50 00, www.sanofi.se. Vid frågor kontakta: infoavd@sanofi.com. **Datum för senaste översyn av produktresumén;** november 2021.

Toujeo ingår i läkemedelsförmånen till alla patienter med typ 1-diabetes och till patienter med typ 2-diabetes där annan insulinbehandling inte räcker till för att nå behandlingsmålet på grund av upprepade hypoglykemier.

1. Toujeo SPC, fass.se.
2. Becker et al. Diabetes Care 2015;38(4):637-43.
3. Yki-Järvinen et al. Diabetes Care 2014; 37:3235-43.
4. Jämförelsen avser pris/enhet, fass.se 20220407.

Ordföranden har ordet

Våren är äntligen på ingående trots att nattkylan inte riktigt vill släppa taget ännu. Vi med odlingsintresse följer temperaturen noga och växter som skall avhärdas åker ut och in, inte för kallt, inte för mycket sol och se upp med vinden!



Agneta Lindberg

Symposiet i Uppsala är till ända och utvärderingarna har kommit in, det var trångt, maten kom inte i rätt tid mm men jag hoppas att ni som deltog var nöjda med programmet i stort. Uppslutningen på årsmötet var stor och det tackar vi särskilt för. Med lite sorg i hjärtat har vi avtackat Lena Insulander som har gjort ett fantastiskt jobb som vice ordförande i många år, där jag brister i ordning och struktur har Lena med sitt ordningssinne trätt in, du är saknad!

Vi hälsar en ny styrelsemedlem välkommen, Cathrine Astermark, diabetessjuksköterska från barn i Lund. Närmre presentation i tidningen kommer. Årets diabetessjuksköterska 2022 blev Tanja Markestål från Malmö stad, för första gången gick utmärkelsen till en diabetessjuksköterska verksam inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Vad händer då i diabetesvården i Sverige? En liten grupp från nationell arbetsgrupp (NAG) diabetes skriver riktlinjer för transitionsvården 18-25 år och i NDR:s årsrapport kan man följa HbA1c utvecklingen i denna åldersgrupp och det är inte direkt någon rolig läsning. Vi ser en tydlig ökning från ca 17 år till 23-24 år för att sedan plana ut. Hur kan vi stötta denna viktiga population på bästa sätt?

NAG – glukossänkande läkemedel vid typ 2 diabetes är inne på slutdelen och dessa riktlinjer kommer snart ut på remiss, ska bli spännande att se hur de tas

emot och vilka kommentarer som kommer.

På tekniksidan händer det en del och nya sensorer är på ingående. Ett nationellt hudmöte har gått av stapeln i Malmö och en hel dag ägnades åt hudbesvär och kontaktallergi av medicintekniska produkter, vi måste anmäla till läkemedelsverket när dessa besvär uppstår! Och lära ut till patienterna hud de vårdar huden i förebyggande syfte, kanske något att ta upp vid nästa års symposium som då kommer att vara gemensamt med SFD.

I styrelsen pågår full planering inför Al-medalen då vi kommer att ha ett seminarium tillsammans i Nationella diabetesteamet som handlar om nationell samordning av diabetesvården. Inför världsdabetesdagen pågår också planering tillsammans med SFD och Dagens medicin, detta år kommer dagen att se helt annorlunda ut med workshops halva dagen, flera kollegor runt om i landet kommer att bjudas in.

Glöm inte att vi har ett resestipendium som går att söka fortlöpande under året om man vill åka på konferens antingen i Sverige eller internationellt.

"Let's be careful out there"

Vi hörs och ses!

Agneta Lindberg

INNEHÅLL

Nyheter NDR	4
Rapporter	10-16
STEPSTONE-Studie	18
Kulturella aspekter med typ 2 diabetes	24
Uppsatser	30-36
Lär tillsammans om diabetes	44
Tobaksstoppprojektet	46-47
Barndiabetesfondens rådgivningstjänst	50



Vi vill börja med att rikta ett stort tack till alla som hör av sig med frågor och kommentarer och att ni gör oss på NDR-kontoret uppmärksamma när det är något som inte fungerar. På så sätt hjälper ni till att göra registret ännu bättre. I samband med uppdateringar så kan det ibland uppstå problem och då ger snabb återkoppling från er användare att vi kan identifiera och lösa eventuella problem effektivt. Alla som registrerar, patienter som deltar med uppgifter samt alla som använder registret på ett eller annat sätt bidrar till att vi har ett såpass bra kvalitetsregister som vi har för diabetesvården i Sverige. Tack för det!

Nya variabler om Glukossänkande läkemedel

En ny fråga om Glukossänkande läkemedel med följdfrågor om olika läkemedelsgrupper har införts och ersätter den gamla frågan om Diabetesbehandling. Orsaken är att vården sedan länge efterfrågat möjligheten att registrera vilken typ av glukossänkande läkemedel som patienten behandlas med för sin diabetes.

De vårdenheter som använder överföringssystem för att skicka uppgifter från journal till NDR ska inte registrera dessa nya frågor manuellt på NDR:s hemsida. Så småningom kommer dessa frågor införlivas i direktöverföringen men det tar alltid lite tid för systemen att anpassas. På grund av detta finns den gamla variabeln Diabetesbehandling fortfarande kvar att användas för direktöverföring och den blir kvar under en övergångsperiod fram till den 31/12-2023. Under denna övergångsperiod behöver överföringssystemen byta ut till de nya variablerna. Information har gått ut till alla IT-kontaktpersoner för överföringssystem i regionerna.

NDR har bjudit in till webinarium för vården för att prata om hur registrering på de nya variablerna ska göras och det kommer finnas möjlighet att ställa frågor. Det går att välja på flera datum, inbjudan har skickats ut till alla NDR:s kontaktpersoner samt länkar till inbjudan finns också på www.ndr.nu under nyheter.

Glukossänkande läkemedel	
Insulin	Ja
Metformin	Nej
GLP1 inj/tabl	Ja
SGLT2-hämmare	Nej
DPP4-hämmare	Ja
SU och Repaglinid	Nej
Pioglitazon	Nej
Övriga glukossänkande läkemedel	Nej

Nya variabler i NDR. Glukossänkande läkemedel.

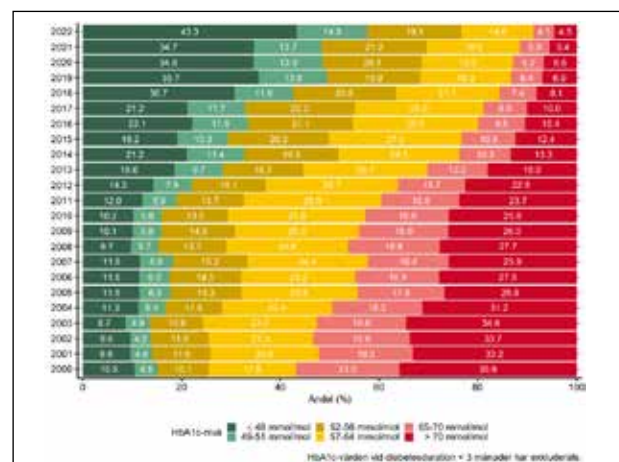


Årsrapport NDR 2022.

Årsrapporten publicerades i april.

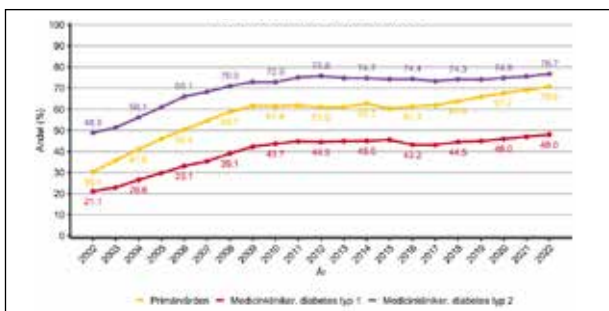
Vi är glada att årsrapporten redan är ute och den går att ladda ner på www.ndr.nu. Tack vare att registreringen till NDR är prioriterad ute på vårdenheterna har vi möjlighet att redovisa många intressanta indikatorer i årsrapporten. Årsrapporten sammanställer 2022 års resultat för både barn- och vuxendiabetesvården och rapporten är ett komplement till den dagsfärska skraddarsydd statistik för vårdenheterna som finns att hämta i Knappen www.ndr.nu/#/knappen.

Flera trender går åt rätt håll under 2022 även om det också finns skillnader som visar på förbättringsmöjligheter. Det är glädjande att en allt större andel barn med typ 1-diabetes har en mycket god glukoskontroll. Årsrapporten vill samtidigt lyfta fram att vården för unga med både typ 1- och typ 2-diabetes i åldrarna 15–30 år kan bli bättre. Läs gärna intervjun med Frida Sundberg (barndiabetesläkare i Göteborg) och Eva Toft (vuxendiabetesläkare i Stockholm) som handlar om vården i övergången mellan barn- och vuxnendiabetesvård. Här visar siffrorna i årsrapporten på utmaningar både nationellt och regionalt. I allt förbättringsarbete är kunskap om nuläget en viktig del i att få till stånd utveckling och förbättring. Här hoppas vi att årsrapporten och NDR kan bidra till detta arbete.



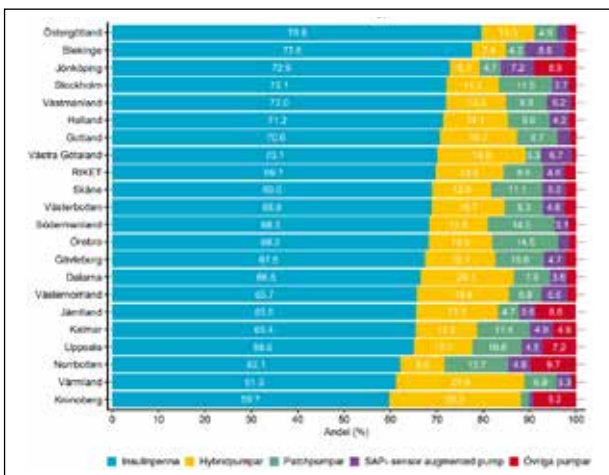
Årsrapport NDR 2022. HbA1c, barnkliniker.

I primärvården ser vi att de långa trenderna när det gäller viktiga riskfaktorer som blodtryck och blodfetter för riket går åt rätt håll. Detta arbete är av största vikt. Majoriteten av alla med typ 2-diabetes har en måttlig till hög eller mycket hög risk för hjärtkärlsjukdom om man använder NDR:s riskmotor. Som alltid behöver siffrorna i NDR tolkas av personer med kännedom om lokala och regionala förutsättningar för att vara till riktig nytta. En sak som kan vara viktig att tänka på när det gäller läkemedelsbehandling är att siffrorna i NDR visar det som finns i läkemedelslistan eller det som är inmatat i NDR-formuläret men inte uthämtade recept. Jämförelser mellan och inom regionerna är fortfarande centralt för att fler patienter ska få en så god diabetesvård som möjligt.



Lipidsänkande läkemedel.

Vid typ 1-diabetes ger den nya tekniken stora möjligheter för betydligt fler att nå bästa möjliga stabila blodsocker. Samtidigt är det viktigt att påminna om att för att tekniken med pumpar och sensorer ska vara till nytta krävs kunskap och fortlöpande utbildning för både patienter och vårdpersonal. Även vid typ 1-diabetes är riskfaktorkontrollen av blodtryck och blodfetter central. Andelen med lipidsänkande läkemedel ökar stadigt men när det gäller blodtryckskontroll vid typ 1-diabetes går trenden för riket åt fel håll. För båda dessa trender finns det exempel på regioner och enheter som går före med goda exempel.



Årsrapport NDR 2022. Metod att ge insulin, medicinkliniker.

Nyheter i Knappen

Alla intresserade kan söka resultat i det helt öppna data-uttagsverktyget Knappen www.ndr.nu/#knappen. De indikatorer som är sökbara i Knappen förändras efter vårdens behov.

Time-in-range (för vuxna) och Time-in-target (för barn) finns nu som indikatorer i Knappen. Dessa nya indikatorer har efterfrågats från medicinkliniker och barnkliniker för att kunna följa hur stor andel av patienterna som har glukosvärden inom målområdet.

Möjligheten att filtrera på diabetesduration har förbättrats. Nu går det att välja steglöst mellan 0–50+ års duration. Dessutom har perioden för redovisningen av resultat över tid utökats och ger nu en tidsperiod på sex år istället för som tidigare fyra år.

NDR byter plattform under 2024

Sveriges kommuner och regioner (SKR) har tagit fram en strategi för informationsförsörjning till kvalitetsregister, där mycket handlar om att minska antalet olika tekniska lösningar för de nationella kvalitetsregistren. I nuläget har NDR en egen teknisk lösning som har servat registret väl under många år, men det är nu dags att samverka med andra kvalitetsregister på en gemensam plattform. Syftet med att byta plattform är att effektivisera underhåll, drift och utveckling av registrets IT-lösningar samt minska sårbarhet för NDR. Den plattform som NDR kommer att byta till kallas för Stratum, som är en registerplattform på Registercentrum Västra Götaland.

Arbetet med att byta plattform kommer att pågå under hela 2023 med planerad lansering första halvåret 2024. NDR har en hög ambition att fortsätta ligga i framkant när det gäller användbarhet för vården, forskningen och andra intressenter. Höga krav ställs på funktionalitet, prestanda och webbplatsens utseende. Vi kommer att göra löpande uppdateringar om plattformsarbetet under hösten både via nyhetsbrev och information på webbplatsen. Vi planerar också att bjuda in till informationsträffar längre fram när det är möjligt att visa hur det kommer att se ut och när tidsplanen för lansering kan fastställas mer i detalj.

Katarina Eeg-Olofsson,
registerhållare NDR och NDR-teamet

Svenska Diabetesförbundet

Lite axplock från Svenska Diabetesförbundet.



Vårdnadshavare behöver mer stöd

"Med rätt stöd finns inga hinder" – en rapport kring hur stödet ser ut för barn med diabetes i förskolor och skolor från Svenska Diabetesförbundet bygger på en enkät med 545 vårdnadshavare. Rapporten fick väldigt mycket uppmärksamhet när den kom i januari, bland annat blev sakkunnig i barn- och föräldrafrågor Emma Skepp intervjuad i TV4 tillsammans med tioårige Jack som har diabetes.

En sammanfattning av rapporten: "Resultaten från undersökningen belägger den tunga börda som diabetesföräldrar bär på sina axlar, såväl i relation till sina barn och partners samt när det gäller den egna ekonomin främst till följd av dåliga möjligheter för att få VAB. Samtidigt tar de instanserna som ska minska bördan, i detta fall skolan och vården, inte alltid sitt ansvar. Det i sin tur leder till att föräldrarna får en än mer komplicerat vardag.

Sammantaget ger undersökningen en bild av att gruppen föräldrar till barn med diabetes är en oerhört stressad och belastad grupp. Det riskerar att leda till i värsta fall utbrändhet, som utöver att vara ytterligare en enorm påfrestning på familjen även skapar onödiga samhällskostnader i form av exempelvis sjuk-skrivningar och minskade skatteintäkter. Dessutom visar analysen, att barn med diabetes inte får en skolgång i likhet med

sina friska skolkamrater, vilket är orimligt. Enligt dessa resultat är det även uppenbart att vårdnadshavarna skulle behöva mer stöd för att säkerställa en rimlig återhämtning. Gruppen glömts ofta bort i den behandlingsregimen, som pressat ner barnens målvärden.

Rapporten finns att läsa i sin helhet på förbundets hemsida diabetes.se/rapporter

Svenska Diabetesförbundet är aktiva i media

– Hur ska föräldrar göra när deras barn inte får det stöd de behöver i skolan? Emma Skepp, sakkunnig i barn- och föräldrafrågor har bland annat skrivit en debattartikel i Expressen "Låt föräldrarna Vabba när de är i skolan".

- En enkät kring kostnader med personer med diabetes visade bland annat att många är i behov av tandvård men avstår för att de inte har råd. Detta genererade i ett stort antal debattartiklar i landets lokaltidningar samt i Dagens Medicin tillsammans med svenska diabetesförbundet.

- Bristen kring läkemedel har pågått under hela våren och drabbar bland annat personer med diabetes. Detta medför stora problem på olika sätt, dels genom att de kanske behöver byta en behandling som fungerar, dels att det kan bli risk för sämre blodsockervärden. Svenska Diabetesförbundet har kommit ut flera debattartiklar i ämnet. Även öppna brev

till ministrar och GD, har genomförts.

På hemsidan finns de flesta artiklar där Svenska Diabetesförbundet nämns: diabetes.se/media

Svenska Diabetesförbundet firar 80 år

I maj 1943 bildades Riksförbundet för sockersjuka på initiativ av de lokala föreningarna i Landskrona, Halmstad och Helsingborg. Det var dessa tre föreningar tillsammans med den nybildade föreningen i Malmö som lade grunden till dagens organisation.

Stort grattis till en 80-åring som fortfarande kämpar för personer med diabetes ska ha ett rättvist och friskt liv, och för att forskningen ska hitta behandlingar och botemedel. Hurra!

Ung diabetes



Hanna Blom



Oskar Sigurdson

Våra medlemmar delar med sig

Även om diabetes är en individuell sjukdom kan det vara inspirerande och motiverande att få ta del av hur andra personer med diabetes liv ser ut. Kanske känns någonting igen, eller så lyfts ett nytt perspektiv på något än själv funderat över. Under mars och april har Ung Diabetes instagram gästats av Oskar Sigurdson och Hanna Blom som delat med sig av sina vardagar. De har berättat om insjuknande, träning, trix och erfarenheter samt svarat på meddelanden från nyfikna följare. Det delades erfarenheter och tankar och inläggen har varit väldigt uppskattade.

En inspirerande kickoff

Arbetet med att uppmuntra till lokalt engagemang pågår hela tiden, men lite extra nu! Framöver planeras flera kickoffer för unga som vill inspireras och peppas att engagera sig för unga med diabetes. En kickoff fylls med aktiviteter, samtal, god mat och övningar för att lära känna varandra. Det blir en fantastiskt bra mötesplats för såväl de som engagerat dig mycket tidigare, som för de som inte gjort det men vill börja.

Med vänliga hälsningar,
Amanda Rydén
Ordförande
Ung Diabetes råd
E-post: amanda.ryden@ungdiabetes.se



SysToe

HELAUTOMATISK TÅTRYCKSMÄTARE



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 eller ring 070-546 29 23

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



Sola i Karlstad, bjöd just på sol

Den 24-25 maj gick Svensk Förening för Diabetologi (SFD) i Karlstad. Det presenterades en del studier om diabetesförebyggande åtgärder; hur vi kan minska risken av diabeteskomplikationer, förbättra riskfaktorer och fokusera på optimering av patientens livskvalitet och kvalitet i diabetesvården. SFD presenterade också en uppdaterad version av Mål och målsättningar svensk diabetologi 2023 där har de flesta kvalitetsmålen höjts.

Max Hahn fick priset för årets prekliniska avhandling 2022. Stelios Karayiannides fick priset för årets kliniska avhandling 2022. Diabetesteamet på Bra Liv Tranås vårdcentral fick årets kvalitetspris till primärvården 2022. Diabetesteamet på Danderyds sjukhus fick Årets Diabetologiska Insats 2022.

De olika föreläsningarna var en bra blandning utifrån ett typ 1 perspektiv och typ 2, då deltagarna var både var från sjukhusens diabetesmottagningar och primärvården. Tre av dessa föreläsningar nämns här och en utförligare rapport finns på hemsidan att läsa: www.sfsd.se

Ätstörning och typ 1 diabetes

Sara Vikström Greve pekar på att ätstörningar vid diabetes är komplext och kan ta sig olika uttryck, såsom diabulimi/insulinbantning, anorexi, bulimi, hetsätning, kräkningar, användning av laxermedel, avsaknad av mättnadskänsla, osäkerhet kring vad som är normalt, ångest kopplad till måltider och överdriven träning.

Det finns screeningsverktyg som är utformade specifikt för personer med diabetes för att upptäcka ätstörningar. Tex. DEPS-R, med 16 frågor eller mSCOFF, som består av 5 frågor. Det är viktigt för vårdpersonalen att våga fråga och få en bred förståelse av ätstörningsproblematiken. Användning av screeningsverktyg som mäter de specifika aspekterna som man vill undersöka är värdefullt. Teamarbete och samarbete mellan olika specialister en nyckelkomponent i behandlingen.

Förmaksflimmer och diabetes

Stelios Karayiannides. Diabetes utgör en betydande riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom och ökar risken för sämre prognos efter hjärt-kärlhändelser. Mörkertalet är dock stort och ungefär 30 procent av patienterna har inga symtom utan ett "dolt" eller "tyst" förmaksflimmer. Patienter med både förmaksflimmer och diabetes har en högre förekomst av kardiovaskulära händelser och ökad dödlighet jämfört med dem som inte har diabetes. Det framkommer också att risken för förmaksflimmer är något högre hos män med typ 1-diabetes jämfört med den allmänna befolkningen medan den är 50% högre hos kvinnliga patienter. Dessutom ökar risken för förmaksflimmer hos personer med typ 1-diabetes i samband med njurkomplikationer och dålig kontroll av blodsockernivån. Individer med typ 2-diabetes har generellt sett en 35% högre risk att utveckla förmaksflimmer jämfört med den allmänna befolkningen.

Blodtryck och puls samt höra efter om Hjärtsvikt och diabetes

Edit Floderer. Diabetes är en av de vanligaste riskfaktorerna till hjärt- och kärlsjukdom och därmed också hjärtsvikt. Patienter med diabetes har minst dubbel så stor risk att få hjärtsvikt jämfört med de som inte har diabetes. Hjärtsvikt kan delas in i olika fenotyper baserat på LVEF-mätning. Ultraljud hjärta (Hjärteko) genomförs där man mäter den andel av blodet i den fulla vänsterkammaren som kammaren tömmer sig med ett slag. Den andelen utgör normalt hälften till två tredjedelar av kammarens volym, detta kallas vänster kammarens ejektionsfraktion (LVEF). Normal ejektionsfraktion är ca 70%. En LVEF på $\leq 40\%$ indikerar HFrEF, 41-49% indikerar HFmrEF och $\geq 50\%$ indikerar HFpEF. Vid symtom som andfäddhet, trötthet och viktuppgång/ bensvullnad/ ascites bensvullnad bör EKG och NT-proBNP-test genomföras. Vi ska vara uppmärksamma på de vanliga symtomen på hjärtsvikt, såsom andfäddhet, svullnad och trötthet!

Kajja Seijboldt och Sheyda Sofizade

TYCK TILL DU SOM ÄR DIABETESSJUKSKÖTERSKA

1. Vilka utmaningar ser du när du har uppföljningar med personer med diabetes som kommer från andra länder?
2. På vilket sätt jobbar du med personcentrerad vård med dessa personer?
3. Vilka verktyg /material använder du eller saknar du i arbetet?



Aisha Nalusiba

Aisha Nalusiba, Diabetessjuksköterska Capio Kista

1. I mitt arbete som diabetessjuksköterska är det särskild utmanande att arbeta med patienter från andra länder, på grund av språkliga och kulturella barriärer.

Språkbarriärer kan vara särskild utmanande och svårt att lösa oavsett om det finns en tolk tillgängligt kan det vara svårt att beskriva sjukdomen och alla aspekter. Utöver tolk använder jag bilder och illustrationer för att kunna förklara komplexa koncept på ett enkelt sätt, även broschyrer och informationsmaterial på flera språk kan vara till hjälp för att bemöta språkbarriären.

I vissa fall finns det även bristande utbildning eller kunskap om diabetes, ofta handlar det om låg utbildningsnivå, okunskap eller tidigare vilseledande information. Det kan vara till hjälp att involvera familjen. Vårldssverige har ett väl fungerande sjukvårdssystem med subventioner i form av högkostnadskort och frikort men trots det uppstår det ekonomiska barriärer som kan försvåra behandling.

2. När språket är ett problem är det ofta svårt för patienter att läsa och skriva vilket försvårar kommunikationen med den senaste chatt och digital kommunikation.

Det ytterst viktigt att lyssna på deras oro och frågor som kan uppstå och bemöta det med respekt och empati då det kan påverka behandlingsresultatet. Vara kulturellt kompetent för att skapa en effektiv och positiv vårdrelation samt förtroende hos diabetespatienten

3. De verktyg som har fungerat bäst för mina patienter med språksvårigheter har varit bildillustrationer som beskriver diabetes och dess komplikationer. Vissa har även tagit bilder med sina mobiler som påminnelsen för sig själva.

Det som jag kan sakna är material på olika språk och alternativ kommunikation verktyg. Fysiska tolkar eller telefontolk kan ibland också vara ett hinder i kommunikationen p.g.a olika dialekter eller att det känns opersonligt med en telefontolk.

Det är mycket som kan misstolkas, med dagens teknik finns det andra metoder att bemöta kommunikations barriärer och vi måste se till att utnyttja de inom diabetesvården för att kunna bibehålla kvalitén.



FreeStyle Libre 3

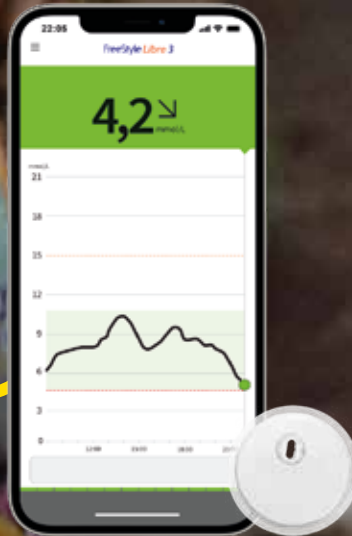
CONTINUOUS GLUCOSE MONITORING SYSTEM

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
smarttelefonen¹ varje minut.

Världens minsta, tunnaste²,
och mest diskreta³ 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 glukosensorer. 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 11 11 · Abbott Scandinavia AB · Hemvärnsgatan 9 · Box 1498 · 171 29 Solna

Rapport från ATTD

Rapport från ATTD, Advanced Technologies & Treatments for Diabetes, Berlin 22- 25/5 med ca 4000 deltagare på plats och online. En mycket intressant konferens med möjlighet att lyssna på föredragen online 3 månader efter konferensen.

Öppningsanförandet 22/2 med professor Chantal Mathieu från Belgien, president i EASD "The new face of diabetes" på 80 – 90 talet fanns typ 1 diabetes hos barn och typ 2 diabetes hos äldre och vi behandlade med insulin, SU och metformin. Typ 2 diabetes är inte längre en sjukdom hos äldre utan även hos våra yngre, hos ungdomar i USA har 1 av 5 prediabetes. Typ 1 diabetes är ingen lätt sjukdom men typ 2 diabetes är allvarlig och en komplicerad metabol sjukdom framför allt hos unga personer med debut under 40 år.

Typ 2 diabetes ökar hos våra äldre och många får sin diabetes över 75 års ålder och behöver behandling med läkemedel som knappast är prövade i denna åldersgrupp men likväl behöver de få tillgång till behandlingar som inte utlöser hypoglykemier, som är njurprotektiva och skyddar mot hjärtkärlsjukdom. Fler äldre lever längre med sin typ 1 diabetes och använder hybrid closed loop insulinpumpar som gasar och bromsar insulinintillförseln utifrån glukosvärdet som mäts kontinuerligt, de räknar kolhydrater och doserar därefter, hur bemöter vi dem i framtidens diabetesvård?

Den tekniska utvecklingen kan reducera bördan av att ha typ 1 diabetes med färre ställningstagande under dygnet och vi skall inte undanhålla tekniken från den äldre populationen, kan de använda den så låt dem göra det. Vi som arbetar i diabetesvården behöver utbilda oss så vi

hänger med i den tekniska utvecklingen för att kunna utbilda patienterna i att hantera sin egen utrustning.

Men när kan vi bota eller förebygga typ 1 diabetes? Det pågår screening av antikroppar hos personer med normoglykemi för att kunna upptäcka de i riskzonen tidigt och behandla dem. Enligt Chantal ligger det inte allt för långt bort.

Dedoc symposium "What we wish you knew – and why", dedoc är en plattform för alla med diabetes. www.dedoc.org

OPEN source AID systems in real-world-use, DIYAPS, där personer med diabetes "bygger" sina egna system via en app kostnadsfritt. Intressant att höra och dessa system är här för att stanna, lite svårt att veta hur man som diabetes-sjuksköterska ska förhålla sig till detta. I Sverige är ju hybrid closed loop systemen kostnadsfria men så ser det inte ut i alla andra länder.

Ett annat intressant symposium var "hud och diabetes" där Laurel Messer diabetes-sjuksköterska delade med sig av sina tips, trix och erfarenheter av hudreaktioner efter infusionset vid behandling med insulinpump samt CGM och sensoranvändning. Kontaktdermatit och allergisk kontaktdermatit kan uppkomma efter användning av klistret/plasten i inf set eller senorn. 80 % är kontaktdermatit och 20% allergi. För att diagnosticera behöver pricktest göras. Som det ser ut idag så vet inte alltid företaget som till-



Amic diabetesrobot kan lära barnen om hypo och hyperglykemi

handhåller sensorerna eller inf seten vad som finns i produkten. Några tips: hitta ett ställe där det inte skaver eller rör sig, se till så att det finns ordentligt med underhudsfett så att underliggande vävnad inte irriteras, tvätta med tvål och vatten, få bort kemikalier/olja från huden, torka torrt, använd inte alkohol som rengöring till sensorer. Vid införandet håll kvar 5-10 sekunder och se till att tejen fastnar genom att röra med fingrarna över tejen. Man kan låta tejen lufta en stund efter att man tagit bort pappersskyddet, finns dock ingen evidens för det. En del patienter använder barriärkrämer mm medan andra använder någon form av transparent film mellan. Viktigt är väl att lära patienterna ta hand om sin hud i förebyggande syfte, använda mjukgörande, ta bort sensor eller inf set försiktigt gärna i dusch eller med olja, smörja huden noga efteråt och byta insticksställe.

Ett annat symposium var "träning och diabetes" där Kirsten Nörsgaard redogjorde för hur träning med hybrid closed loop system går till. I minimed 780G kan man använda tillfälligt målvärde 8,3 mmol/L i 24 timmar då levererar pumpen mindre i autobasal och autokorrekturen stängs av. Tandem control IQ där använder man träningsprofilen med målvärde 7,8 – 8,9 mmol/L kan ställa utan tidsangivelse och man kan justera på måltidsdosen vid målet före. Omnipod 5 (som inte finns i Sverige ännu) kan man sätta ett tillfälligt målvärde 8,3

mmol/L i upp till 24 timmar och pumpen blir mindre aggressiv i sin dosering. Sammanfattning av detta symposium var att spontan aktivitet var svårare att genomföra med mkt mer hypoglykemier än om aktiviteten var planerad, vad råder vi då patienterna till om de vill vara spontana i sin aktivitet? Kanske kommer svaret under nästa ATTD konferens i Florens 6-9 mars 2024.

Hoppas att vi kan ses där då. Ett tips är att söka resestipendiet från SFSD.

Agneta Lindberg
Ordförande SFSD



Ulrika Sandgren



Brandenburger Tor



Vad är en resa till Berlin utan en rejäl bratwurst!

Real-world Prevalence

- Children/teens (n=144)
 - 63% current skin issues
 - Previous reactions: 90% (pump) and 46% (CGM)
- Adults (n=118)
 - 34-35% current skin issues
 - Previous reactions: 80% (pump) and 46% (CGM) previous
- Higher odds of reacting:
 - if reacting to infusion sets
 - longer wear
 - history of eczema

1 red eczema	3 dry wound	3 times to skin	3 fold scars
2 swollen skin	4 wet wound	3 changes in appearance	4 redness skin

Berg et al (2018) Pediatr Diab 19(4):733-740. doi: 10.1111/pedi.12892
Berg et al (2018) DTE https://doi.org/10.1002/dte.2018.0088

Laurel Messer

Rapport från SFSDs symposium 2023

Symposium Uppsala 20-21 April. Vilka fantastiska dagar vi fick med spännande föreläsningar och inspirerande workshop och förstås en 40 års fest med glada och överraskade stipendiater. Det är alltid en konst att sammanfatta några dagars föreläsningar men här kommer lite axplock.



Agneta inledde med ett välkomsttal som sig bör och många var tacksamma för att vi kunde ha detta symposium igen efter flera år av pandemi.

”Jämlig vård ur NDR perspektiv och nytt om diabetesenkäten”

Ebba Linder, Katrina Ees-Olofsson & Åsa Hammarström pratade runt ”Jämlig vård ur ett NDR perspektiv och nytt om diabetesenkäten” och började med att berätta om en studie som gjorts av Åsa Hammarström tillsammans med Emelie Ryde där de tittat på ett eventuellt samband mellan patientrapporterade utfallsmått och glykemisk kontrollhos personer med diabetes typ 1.

Där hade de plockat ut svar från patientenkäten och sedan jämfört om det fanns ett samband mellan inrapporterade HbA1c i NDR. I resultatet hade de kunnat se att det fanns en svag signifikans mellan 12 av 14 av deras olika kategorier. Vill man läsa mer om studien finns den att hitta på : <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1667144/FULLTEXT01.pdf>

När det kommer till diabetesenkäten i NDR är det en bit kvar innan den kan bli tillgänglig fullt ut för alla som är intresserade av att använda sig av den men målet är att alla ska få tillgång till den. Enkäterna som finns i PROM är bra med behöver justeras för att vara mer tekniskt bättre. Just kan inte vårdcentraler som vill vara med i PROM inte delta. Bara piloterna

som finns nu. Eventuellt kan 1177 vara ett alternativ att använda. Frågetecken som behöver lösas först handlar om mer teknisk karaktär så håll ut! Ebba Linder tryckte på att ”alla är NDR” och menade då att det är de värden som registreras som är utgångspunkten för all utdata via exempelvis ”Knappen”. Idag kommer 87 % av alla data in via en direktöverföring vilket säkerställer en hel del indata.

Som avslut fick vi en inblick i den nya variabeln ”Glukossänkande läkemedel” som säkert många redan sett en del av i samband med registrering i NDR.

Jämlik eller ojämlig tillgång till tekniska hjälpmedel till barn och vuxna. Vad kan vi vinna med tekniska hjälpmedel.

Anna Lindholm Olinder och Agneta Lindberg.

Från ett paradigmskifte till ett annat. Vi har många olika tekniska hjälpmedel i dagens diabetesvård. Diskussionen handlade om vi ska vi göra med alla den data vi får från alla hjälpmedel, får alla CGM som vill ha det, får alla med typ- 2 diabetes sensor som är berättigad, är det jämlikt i vårt avlånga land. När man tittar på NDR återigen ser man stora variationer i riket. Hur ska vi komma åt att kunna erbjuda mer jämlig vård? Hur ska vi kunna få det mer jämlikt när de olika systemen som finns inte alltid är ”krångelfria” vid nedladdning.

Frågorna är svår att besvara på men behöver lyftas i alla sammanhang. En annan del är också att personalen behöver gå fortbildning för att kunna erbjuda den mer tekniska lösningen till patienterna och att det ges möjlighet till det. Samt att både patienter och anhöriga behöver fortlöpande utbildning, i detta sammanhang inkluderas även de personer som är assistenter i skolor eller olika boende.

”Att inte ha kontinuerlig glukosmätning vid typ 1 diabetes är som att köra bil och titta i backspeglarna hela tiden. Du ser var du varit men har ingen aning om vart du är på väg ”

Individanpassad omvårdnad och behandling vid nefropati och retinopati

Elisabeth Granstam, ögonläkare började föreläsningen. Vi fick en snabb resumé av hur ögat ser ut och de två ögonkomplikationer som kan uppstå, diabetesretinopati med diabetesproliferativretinopati (DPR) och makulaödem. Hon tog upp ett begrepp 'early worsening' vilket kan inträffa vid snabbt förbättrad blodsockerkontroll. Om personen med diabetes inte har några skador i ögonbotten tidigare så är sannolikheten till försämring liten. Viktigast för ögonhälsan är screening. Ett screeningprogram är inte individanpassad, det är som det heter ett program som är lika för alla. Ögonsjukvården har numera en stor verktygslåda vilket har inneburit att risken för blindhet

har minskat. Gamla laserbehandlingar kan ge nedsatt synskärpa och försämrat synfält. Behandling för makulaödem är expektans och vid behov injektioner med Anti-VGF eller steroider. Det är en krävande behandling för patienten och något som de flesta är oroadade inför. Makulaödem leder inte till blindhet men till nedsatt synskärpa. Studier från Danmark visar att efter en duration på 5 år så har ca 8,8% av personer med typ 2 diabetes ögonförändringar. Elisabeth svarade på en fråga om ögonförändringar vid prediabetes, hennes svar var att vi kan skicka remisser på personer med prediabetes. Jag undrar om det fungerar i hela landet? Vilka ska prioriteras, de med diabetes eller personer med prediabetes när det är kö till ögonbottenfoto?

Jenny Stenberg sjuksköterska inom njurmedicin inleder sin föreläsning om njuren med att säga att "En av tre vuxna med diabetes får påverkan på sina njurar medan en av tio vuxna utan diabetes får påverkan på njurarna". Diabetes är alltså inte gynnsamt för njurarna. Njurarna är ett "tyst organ" och med det menas att de saknar tydliga symtom. Män har större risk att utveckla diabetesnefropati än kvinnor. I Sverige har 10 500 personer njurersättande behandling (pås- eller bloddialys, transplantation) och av dem har majoriteten diabetes. Färre med typ 1 har njurersättande behandling än de med typ 2. Dialys planeras vid ett GFR <15 ml/min. Komplikationer från njurarna hör ihop med komplikationer från ögon och nervsystem, uppträder ofta samtidigt. Screening för njurskada ska påbörjas 5 år efter diabetesduration för personer med typ 1. Vid typ 2 så ska screening ske från diabetesdiagnos. Behandling av blodtryck med målet 140/90 om patienten har albuminuri då är målet 130/80.

Att tänka på/påminnelse: Njurpåverkan ökar risk för hypoglycemi. HbA1c kan behöva tolkas annorlunda då patienten kan ha anemi. Ändring i behandling vid försämrade njurvården. Försiktig med NASID preparat. Vid påsdialys innehåller vätskan glukos motsvarande ett wienerbröd/dag. Kom ihåg att inte ta blodprov i en arm som används för dialys (dominant arm) eller en dialyskateter. Ta inte heller blodtryck i denna arm.

Sammanfattningsvis så kan man säga att varken screeningprogram för ögon eller njurar är individanpassade. De ska ske utifrån riktlinjer beroende på typ av diabetes. Det finns sedan olikheter beroende på kön, ålder hur vanlig komplika-

tionen är. Det som är individanpassat är behandlingen.

Kost vid diabetes, från evidensbaserade rekommendationer till individanpassade råd.

Elisabeth Jellerud, leg. dietist, Barndiabetesmottagningen på Astrid Lindgrens Barnsjukhus. Elisabeth har tagit fram en kostnadsfri app för kolhydraträkning och en plattform för personer med typ 1 diabetes.

Socialstyrelsen publicerade i april i år nytt Kunskapsstöd om kostbehandling av vuxna med diabetes som bygger på SBU:s rapport Mat vid diabetes från 2022. Där konstateras bland annat att rätt kost kan förbättra hälsan och att det finns ett samband mellan att äta medelhavskost och en minskad risk att dö i förtid för personer med både diabetes typ 1 och typ 2.

Målet med kostbehandling enligt Nationella Diabetesteamet är att

- Främja och att stötta ätande för att generellt gynna hälsa
- Uppnä och behålla mål för kroppsvikt
- Uppnä individuellt satta mål för blodsocker, blodtryck och blodfetter
- Möta individuella nutritionsbehov
- Behålla matglädjen
- Förse patienten med praktiska verktyg för måltidsplanering

Hälsa påverkas av det vi äter, men också av det som vi inte äter. Om vi väljer att avstå från något kan vi missa näring som kan påverka vår hälsa negativt. Alla dieter har som mål att reducera energiintaget. Skillnaden är hur man går till väga. Äta mindre – men hur? Det gäller att hitta den strategi som passar just den personen bäst. Ingen kost är överlägsen någon annan enligt Elisabeth.

För glukoskontrollen kan det vara en vinst att minska på kolhydratintaget, framför allt vid diabetes typ 2. Vid typ 1 rekommenderas inte ett lägre kolhydratintag än 100 g/dag. Minska på det synliga sockret och sockret i det vi dricker. Gör råden förstaeliga, vi kan inte förutsätta att våra patienter har den förståelse som vi kanske ofta tar för given. Det är OK att äta potatis, pasta och ris, det finns annat som är bättre att avstå ifrån. Elisabeth berättade om en ny studie som visade att intermitterant fasta inte har bättre resultat än energirestriktion. Men kan ju trots det passa vissa personer bättre. Förändring kan vara viktig, men tillvägagångssättet måste få vara individuellt. VLCD (Very Low Calory Diet) kan

ge diabetes remission. Resultat från en studie som Elisabeth talade om visade att 23 % av studiedeltagarna fortfarande var i remission efter 5 år. OBS att remission inte är det samma som att vara botad och att risken finns att sjukdomen "kommer tillbaka".

Tät uppföljning är något som Socialstyrelsen betonar i det nya kunskapsstödet och Elisabeth betonar också detta flera gånger. Samt att individanpassa råden. Utgå från patientens nuvarande matintag, ha tydliga mål och delmål. Ät efter säsong. Det är inte alltid så billigt att följa en specifik diet. En bra början kan vara att minska på söta drycker, godis och småätande. Att sluta dricka socker, oavsett om det är juice eller läsk kan vara en bra början.

Elisabeth pratade om tallriksmodellen som ett bra hjälpmedel i samtalet. Börja med att lägga på grönsakerna.

FreeStyle Libre kan vara ett bra pedagogiskt hjälpmedel så att patienten kan se på kurvorna hur olika livsmedelsval påverkar glukosvärdena.

Målet bestämmer resan, är det glukoskontrollen, svängiga värden eller vikten som är målet? Individualisera och följ upp.

Läs mer på Socialstyrelsens hemsida: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2023-4-8339.pdf>

Workshops: Förändringsarbete inom barndiabetes

Föreläsare: Anna Karlsson och Alexandra Larsson: Facilitator: Janeth Leksell

Se vidare i tidningen om deras artikel

Framgångar och utmaningar i de kommunala diabetes- nätverkens arbete

Föreläsare: Tanja Markestål och Katarina Gudmundsson. Facilitator: Marianne Lundberg

Vilka hinder och möjligheter finns för kommunala diabetesnätverk i stora respektive små kommuner? Hur kan samarbetet kring diabetesfrågor bli bättre mellan regional- och kommunal primärvård?

Hinder: Olika huvudmän primärvård och kommunal sjukvård, olika journalsystem.

Kunskapen behöver ökas vad vi gör i de olika verksamheterna, vilka ansvarsområden vi har osv. Man tror tex att kommunen gör fotkontroller, och kommunen å sin sida vet inte hur betydelsefullt det är att gå till diabetessjuksköterskan på årskontroll.

Skillnader i stora och små kommuner. Stora kommuner svårt nå ut till alla, många olika chefer. Svårt med kommunikation. Små kommuner svårt när många känner varandra, lätt att man undviker konflikter och att ta upp problem, man vill vara alla till lags. Person och profession för nära.

Möjligheter: Öka samverkan, skapa möjligheter för nyckelpersoner i den kommunala sjukvården (diabetesansvariga) och att det finns kontaktpersoner/bra kontaktvägar i och till primärvården. Skapa diabetesnätverk i kommunen som har kontakt med primärvården bättre/ökad kommunikation. Det är lättare att genomföra förändringar i liten kommun, när något väl skall genomföras.

Omställningen till Nära Vård ses som en möjlighet till bättre/ökad samarbete kommun - primärvård. "Alla släcker bränder, skapa förutsättning för kvalitetsutveckling" Det krävs TÄLAMOD, vi måste tänka i PROCESSER och SAMORDNING.

Vad kan en diabetessjuksköterska med övergripande uppdrag ha för betydelse för diabetesvården i kommunal primärvård? Förslaget och diskussionen kring inrättandet av en nationell diabetessamordnare och att det finns regionala samordnare i alla regioner skulle kunna vara framgångsfaktorer. Och att den nationella samordnaren även har "ansvar" för den kommunala diabetesvården eller att det annars skulle finnas en egen nationell diabetessamordnare för den kommunala primärvården.

Workshop:

Äldre personer med typ 1- och typ 2 diabetes i hemsjukvården. Hur skapar vi förutsättningar för en trygg och säker vård?

Föreläsare: Marianne Pegelow, Facilitator: Nouha Saleh Stattin

I hemsjukvården möter vi ofta äldre personer med diabetes som är i behov av assisterad egenvård. Tidigare har det framför allt handlat om typ 2-diabetes, men nu blir det också allt vanligare med personer med typ 1 diabetes. Patienterna är ofta sköra med samsjuklighet och olika geriatriska syndrom, inte minst

kognitiv svikt. Vården är komplex med många olika aktörer inblandade, ofta från både kommunen och regionen. Problem som ofta lyfts i möten med personalen är: kunskapsbrist, otydliga rutiner/ordinationer och bristande kommunikation och samordning mellan olika aktörer.

För att möta detta behövs:

1. I hemsjukvården och på äldreboenden finns sällan någon utbildad diabetessjuksköterska. Utbildning behövs även till personalen i hemtjänst.

2. Tydliga rutiner och ordinationer.

3. Kommunikation- hur skapar vi bra kommunikationsvägar mellan kommunen, primärvården och endokrin?

I den här workshopen diskuterar vi hur vi kan öka tryggheten för patient och närstående, men även för personalen i hemsjukvården genom förbättrade kunskaper, dokumentation och kommunikation. Frågan som visades nedan rekommendationer från grupperna:

Hur förstärker vi bron för en tryggare övergång från egenvård till assisterade egenvård? Sammanfattning av grupparbete där ca 90 diabetessjuksköterskor har deltagit i workshop som diskuterade frågan som visades nedan rekommendationer från grupperna.

1. Utbildning.

- Det saknas kunskap och uppföljning om typ 1 diabetes
- Erbjudi diabetesutbildning till personalen i hemsjukvård
- Utbildning till personalen i kommun på SÄBO
- Erbjudi 7,5 hp i diabetes gärna till hemsjukvårdssjuksköterskor och teamutbildning
- Skapa en nationell kunskapsbank där man samlar från alla regioner det material som är relevant till ämnet, tex filmer, skriftligt material osv

2. Rutiner, ordinationer och Dokumentation.

- Individuell checklista som uppdateras regelbundet.
- Rond med hemsjukvårdssjuksköterskor och diabetessjuksköterskor med jämna mellanrum.
- Gemensamt hembesök med hemsjukvården
- Delegering som utvärderas regelbundet
- Vård- och ordinationsplan
- Dokumentation – vision gemensamt journalsamtal

3. Ansvar och kontakter/kommunikationer

- Samarbete: att veta vem ska man vända sig till; direktnummer/namn
- Enklare kontaktvägar och nära kommunikation mellan enheterna
- Tydligare ansvarsfördelning
- Fördela ekonomiska resurser
- Kunna skicka ärende direkt till diabetessjuksköterska om hen är i tjänst annars till ansvarig läkare
- Bättre digitala förutsättningar för HSV-SÄBO-LSS
- Bra Chefer

För fler frågor kan ni kontakta Marianne Pegelow: marianne.pegelow@regions-tockholm.se

Workshop:

Går det att få jämlik vård i stora regioner? Samordnarens roll

Föreläsare: Linda Sunnerdahl och Victoria Carter, Facilitator: Sheyda Sofizadeh

Risker och fördelar med detaljstyrning från politiken?

Detaljstyrning kan ha nackdelar som standardiserad vård, ökad byråkrati och risk för ojämlig vård, men kan samtidigt dra fördelar genom att användas på ett välbalanserat sätt som tar hänsyn till lokala förhållanden och patienternas individuella behov. Fördelarna inkluderar förbättrad vård med tak på antalet patienter per heltidstjänst och genom att ta hänsyn till patienternas vårdtyngd och individuella behov. För att säkerställa att kraven efterföljs bör diabetessjuksköterskor enligt avtal följas och stickkontroller genomföras. Att uppnå jämlik vård i hela landet kräver beslut på högre politisk nivå samt att vårdpersonalen har nödvändig kompetens och genomför regelbundna utvärderingar och uppdateringar.

Vad önskar ni att regionens samordnare kan bidra med i ert arbete? Det är viktigt att ge stöd och information till ledningen i regionen genom att höja kompetenskraven för diabetes-sjuksköterskor, läkare och andra vårdpersonal. Att säkerställa att alla uppfyller sina prestationsmål och använda kvalitetsmått som Nationella Diabetesregistret (NDR) är också viktigt för att identifiera områden som behöver förbättras. Kvalitetskontroll är avgörande för att upprätthålla standarder och kontinuerlig utbildning, kompetensutveckling bör prioriteras med en särskild budget. Möjligheten att auskultera på andra enheter och mäta vårdtyngden är också värdefull för att lära av varandra och tilldela resurserna mer effektivt. Diabetes-samordnare kan spela en viktig roll genom att till-

handhålla utbildning och vägledning för att förbättra diabetesvården. Genom att arbeta tillsammans kan diabetessjuksköterskor och diabetessamordnare förbättra diabetesvården i regionen och säkerställa att patienterna får den bästa möjliga vården.

Moderna glukossänkande läkemedel; effekter, användning och plats i behandlingsriktlinjerna, Björn Eliasson

Det har hänt så mycket igenom de senaste 10-15 åren i läkemedelsbehandlingen. Kan vara svårt ibland att hålla reda på alla olika läkemedel, men fantastiskt vilken arsenal vi har att kunna individanpassa behandlingen. Läkemedelsstudierna har blivit annorlunda sedan dess. Man ska evaluera den kardiovaskulära risken så kallade säkerhetsstudier.

MenSocialstyrelsens riktlinjer reviderades 2017- det är bra verktyg men börjar bli gammalt. Läkemedelslistan – Läkemedelsverket- 2017, börjar också bli gammalt. Kunskapsstyrningen kommer ut 2023. Kommer den ge oss vägledning? Det är ju ett problem när man genomför riktlinjer. Studierna man tittar på just då är några år gamla, och det kommer nya läkemedel och ny kunskap i andra områden regelbundet. Diskussioner pågår hur och på vilket sätt vi ska nå ut med riktlinjerna som har färsk data. Vad är läget för Metformin nu för tiden. Den har funnits i mer 60 år. Kan hända att den fäses ut ändå, nu när det kommer andra läkemedel. Under medeltiden användes en växt vid namn Galega officinalis eller Fransk lilja som det även kallades, som ett läkemedel för "sockersjuka" (diabetes) i södra och östra Europa. Nu kan man även ge Metformin även till de patienter som har lågt GFR. Man att man ger info om att sluta med läkemedlet om man får magsjuka. Viktigt så man inte får Laktascidos. Störningen i vatten- salt balansen vid typ2 diabetes, gör att det blir ett ökat tryck i njuren och det är då en risk för hjärt – kärlsjukdom. SGLT2hämmare är nu konkurrent till Metformin? Sammantaget det finns mycket nya läkemedel och fler är på väg in. Men hur ska vi uppdatera oss och hur följer riktlinjerna med i denna snabba takt?

Karolina Härle Avancerad Specialistsjuksköterska

Masterutbildningen Linköping finns bara här och 35 st har gått den utbildningen fram till dagens datum.

Varför denna utbildning? Läkarna i Linköping åkte till Philadelphia, USA. Sjuksköterskorna på den kirurgavdelningen skötte hela avdelningen. De blev imponerade och vill att det till Sverige. Beslutet togs att starta denna utbildning 2010 i Linköping.

En vinst att ha högutbildade sjuksköterskor på avdelningen där många kirurger inte är på avdelningen dygnet runt. Många är ju på operationer större delar av dagen.

Syfte med att ha en specialistsjuksköterska är:

- Att höja kompetensen
- Möta förändringar i samhället
- Karriärsutveckling
- Öka omvårdnadskompetensen och kontinuiteten
- Bättre information till patienten och delaktigheten
- Bra för nyanställda

Det finns studier på att när man har avancerade specialistsjuksköterskor blir resultatet att: Återinläggen minskar, vi ger bättre patientinformation, patienttillfredsställelsen ökar, det föreligger att det är längre konsulttid med patienten och att konsultremisserna till andra befogande instanser ökar.

Vi som diabetessjuksköterskor har stor nytta av att titta på deras utbildning och koppla det till vårt arbete. Ofta har vi utökade befogenheter, vi jobbar självständigt och har en utbildande funktion. Bör vi vidareutveckla vår specialistutbildning inom diabetesvården?

Psykologiska aspekter av diabetesvården och egenvård. Therese Anderbro

Diabetes är en livslång sjukdom och kräver mycket för den enskilde personen. Det ställer höga krav på individens kognitiva kapacitet. Det kan också vara en större risk för psykisk ohälsa, vid psykisk ohälsa är det svårare att ha en bra sjukdomskontroll och även livskvaliteten kan försämrans. Därför är det viktigt att uppmärksamma den psykiska hälsan hos personerna vi möter i diabetesvården. Problemområden att ta hänsyn till när det gäller den psykiska hälsan:

- Diabetesbördan – Depression – Rädsla för hypoglykemi – Kognitiva kapaciteter – Egenvård – Åtstörningar

Diabetes ställer höga psykologiska krav på individen. Det visar att det finns en hög prevalens av psykisk ohälsa. Regelbunden screening är viktigt. Våga prata

om psykisk ohälsa och ge emotionellt stöd som diabetessjuksköterska. Remittera vidare till annan profession vid behov. På många enheter finns inte tillräckligt med psykologresurser Och psykologer med kompetens inom diabetes. Hur kan man gå vidare med detta?

Föreläsning Stefan Einhorn: Konsten att göra skillnad-bemötande

Det som visat sig viktigt för vårt mående är våra relationer och att vi ger, är generösa. Vi ska alltså göra skillnad för vår egen skull, för att må bra. När vi hjälper andra så visar en magnetkameraundersökning att det är samma område som aktiveras som när vi använder narkotika, utövar sex eller äter mat. Största misstaget, menade Stefan, är om vi tänker att vi kan göra så lite så vi gör inget. Goda gärningar sprider sig som tidigare sagts, som ringar på vattnet. Om det inte övertygar att vi ska bry oss om våra medmänniskor så har studier visat att de som är osjälviska tjänar mest pengar, får flest barn och är friskast. Nu är vi inte så hellylle alltid, vi ljuger 2–3 gånger per dag. De vanligaste lögnerna vi säger är: tack jag mår bra, jag ringer dig och kul att se dig. Ska vi vara brutalt ärliga? Nja, läs in situationen, lyssna på frågan och svara därefter. Vårt minne är också selektivt, vi minns oftare negativa händelser, det krävs fem positiva för att glömma en negativ händelse. Det vi är mest rädda för, det som är mest negativt är följande: att tala inför publik, konflikter och sjukdom/död. För att göra en förändring så krävs det att vi är medvetna om att vi har beteendet, att vi vill ändra på oss och att vi vill utföra det arbete som krävs. Alltså samma som för alla förändringar. När det gäller vår hjälpsamhet och världen så gäller närhetsprincipen, ju längre bort ett problem finns desto mindre benägna är vi att hjälpa. När det gäller oss som vårdpersonal och bemötande så gav Stefan oss. Den gyllene regeln 2.0 – Du ska sträva efter att bemöta andra så som du vill bli bemött. Vad vill patienterna som får en diagnos höra? 1) Du ska få den bästa vården som finns och 2) vi ska alltid finnas med dig. Kom ihåg det finns alltid något du kan göra. Sist så gav Stefan oss ett antal tips: var generös med beröm och uppmuntran – alla vinner; välj bort konflikter – skaffa inte ovänner; var ett föredöme – gör det vi gör inte det vi säger.

För styrelsen /
Lena, Kajja, Cathia, Marianne, Sheyda

Ryssland invaderar Ukraina

I gryningen 24 februari 2022 inleder Ryssland sitt anfallskrig på Ukraina. 50 000 människor flydde till Sverige och några av dem har jag träffat i mitt arbete som diabetessjuksköterska. Jag jobbar både på avdelningen och diabetesmottagningen på ett större sjukhus.

Tidigare har vi träffat en del papperslösa, men detta var i flera fall mer akut då de behövde insulin och andra diabetesprodukter. Dock kom ju inte alla samtidigt då en del kanske hade små doser insulin, så deras insulinpennor räckte längre. Men förr eller senare behöver man träffa någon som kan förskriva både läkemedel och hjälpmedel. Det var lite svårare att förskriva i början med viss osäkerhet, men sedan var det som att förskriva till vem som helst när LMA-kort var på plats och vi var bekanta med förfarandet.

Kvinna i 40-årsåldern med T1D

På våren 2022 söker hon akut vård för hypoglykemi. Hennes testremsor har tagit slut så hon tar en måltidsdos på känn som blir för stor. Jag träffar henne på avdelningen där hon är inlagd. Hon är återställd men behöver testmaterial och recept på insulin. Vill bli utskriven snabbt. Läkaren vill förstås prata med henne först. Vi denna tidpunkt är det hårt tryck på avdelningen pga pandemin så rondan dröjer. En kollega kan prata ryska och förstår att hon är frustrerad. Hon ligger högre än någonsin i blodsocker och får inte ta insulin än. Hon har haft diabetes länge och vet att hon gjorde ett misstag med den där dosen. Till slut går vi in till henne och hon kan strax bli utskriven. Ett par månader senare ringer hon till mottagningen och beställer sensorer. Hon har inte haft några fler olycksfall med sin diabetes.

Kvinna i 30-årsåldern med T1D

I maj 2022 träffar jag henne på mottagningen. Remiss från en vårdcentral. Även hon har slut på testremsor men även insulinet börjat ta slut. Gått ner flera kilo i vikt och har svårt med blodsockret. Hon använder Protaphan och Actrapid. Protaphan avregistrerades i Sverige 1987. Hennes mätare finns inte bland aktuella mätare i Sverige. Får en ny mätare och insulinet kan bytas mot Insulatard och Novorapid. Jag minns det som svårt att förskriva material vid denna tidpunkt. Antingen att vi vara ovana eller rutinerna som inte var klarlagt. Det gick i alla fall att förskriva till ett specifikt apotek. I februari 2023 träffar jag henne på ett vanligt besök. Hon har då Libre 3 och det är inga svårigheter att förskriva. Pratar lite svenska nu och tycker det fungerar bra.

Kvinna i 30-årsåldern med T1D

Remiss från vårdcentral, önskar följas upp på mottagningen. Jag träffar henne i början av 2023. Hon har bara haft diabetes sedan 2021. Använder Tresiba och något snabbverkande som förskrivits tidigare i Sverige. Vi pratar engelska och använder google translate. Under vårt besök tar hon fram en sliten pump som jag inte känner igen. Det visar sig vara en Minimed Paradigm 515. Den användes senast runt 2010 vad jag vet. Lite märkligt att ha en sådan pump om hon fick diagnos så sent som 2021. Men hon har



kanske fått den av någon. Hon berättar att den fungerar men skulle behöva några reparationer.

Reflektion

Även om vi använde andra produkter i Sverige verkar besöken vara liknade i Ukraina. De var bekanta med typen av frågor som vi ofta ställer. Det känns bra att kunna erbjuda ögonbottenfoto, då många stannar häri Sverige i flera år. Vi pratade egentligen inget om kriget, men tror många var nöjda att komma in i vanliga rutiner, likt dem som hade i Ukraina innan kriget. Flera hittade jobb under tiden.

*Skreven av Michael
Diabetessjuksköterska*

Redaktionens kommentar:

Ni är säkert flera därute som har varit med om likande situationer i ert arbete. Många patienter har varit tacksamma för den vård de har fått och den snabba omställningen hur vi ska hantera det praktiskt. En reflektion är att äldre läkemedel och hjälpmedel används fortfarande i vissa länder, jämlik vård i ett internationellt perspektiv?

NY UTÖKAD SUBVENTION
- INKLUDERAR NU HFpEF^f

JARDIANCE[®] (empagliflozin)

Hjärt-kärl och njurprotektion^f sedan 2015

Redan 2015 visade EMPA-REG OUTCOME-studien på kardiovaskulär- och njurprotektion hos patienter med typ 2-diabetes och kardiovaskulär sjukdom.^f Utöver mortalitetsvinst upptäcktes en minskad risk för sjukhusinläggning för hjärtsvikt - vilket lett till dedikerade hjärtsviktstudier^{2,3} och som 2022 resulterade i det första godkända och subventionerade läkemedlet någonsin för hjärtsvikt oavsett ejektionsfraktion. En tablett en gång om dagen utan titrering¹.



2015

EMPA-REG OUTCOME⁴



2020

EMPEROR-Reduced²



2021

EMPEROR-Preserved³



2022

Indikation och subvention vid kronisk symtomatisk hjärtsvikt - oavsett ejektionsfraktion.¹

^fFör patienter med typ 2-diabetes och hjärtkärlsjukdom: • 38 % RRR av kardiovaskulär död (ARR = 2,2 %; p<0,001) • 35 % RRR sjukhusinläggning pga hjärtsvikt (ARR = 1,4 %; p=0,002) • 39 % av utveckling av/förvärrad nefropati (ARR = 6,1 %; p<0,001).

1. JARDIANCE[®] produktresumé 07/2022 www.fass.se. 2. 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. doi:10.1056/NEJMoa2022190 (EMPEROR-Reduced results and the publication's Supplementary Appendix.) 3. 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. doi:10.1056/NEJMoa2107038 (EMPEROR-Preserved results and the publication's Supplementary Appendix.) 4. Zinman et al; EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2015; 373:2117-2128.

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. **Varningar och försiktighet:** Kan användas vid nedsatt njurfunktion; vid DM typ 2 om eGFR \geq 45 ml/min/1,73 m², vid DM typ 2 och samtidig kardiovaskulär sjukdom vid eGFR \geq 30 ml/min/1,73 m² och vid hjärtsvikt (med eller utan DM typ 2) vid eGFR \geq 20 ml/min/1,73 m². Avbryt omedelbart behandling vid misstänkt ketoacidosis. Ska inte användas vid typ 1-diabetes. Ökad risk för genitala svampinfektioner. Bör undvikas under graviditet. Ska inte användas under amning. **Boehringer Ingelheim AB**, tel 08-721 21 00. För ytterligare information samt priser se www.fass.se. Senaste översyn av produktresumén: 07/2022.

Subventioneras endast vid: 1) typ 2-diabetes som tillägg till behandling med metformin eller när metformin inte är lämpligt och 2) hjärtsvikt för patienter med symtomatisk kronisk hjärtsvikt.

Övergången från barn- till vuxen-sjukvård för unga med diabetes

Att utan förberedelse överförs till vuxensjukvård kan vara tufft för unga med långvariga sjukdomar, inte minst för dem med typ 1 diabetes. STEPSTONES- Diabetes utvärderar ett strukturerat person-centrerat program som ska underlätta övergången för dessa unga.



Ewa-Lena Bratt



Anna-Lena Brorsson



Carina Sparud Larsson

Syftet med STEPSTONE-Diabetes är att stärka dem att ta ansvar för sin sjukdom och egenvård samt att stödja dem att bli mer delaktiga i vård och behandling, inför övergången till vuxenliv och vuxensjukvård. Övergången mellan barn- och vuxenlivet innebär stora förändringar för de allra flesta och kan vara extra utmanande för unga med typ 1 diabetes. De ska under denna sårbara period ta över ansvaret för sin hälsa och sjukdom och samtidigt byta vårdgivare. Diabetesvården behöver därför anpassa bemötande, vård och behandling för att bättre möta ungas behov inför, under och efter övergång till vuxensjukvård. Detta innefattar också stöd till föräldrar att förbereda sitt barn på att succesivt bli mer självständig och ta ett större ansvar för sin hälsa, sjukdom och egenvård. Alla som arbetar med dessa ungdomar och unga vuxna vet att alltför många av dem har otillfredsställande egenvård och glukoskontroll. En bristande övergångsprocess kan leda till negativa konsekvenser på kort och lång sikt såsom ökade medicinska och psykosociala risker liksom utveckling av komplikationer samt försämrat välbefinnande och livskvalitet.

Bättre överföringsvård efterfrågas

Insatser för att förbättra följsamhet till behandling, stödja egenvårdsförmåga, förbereda för och samordna överföringen till vuxensjukvården har diskuterats sedan i början av 90-talet. Trots

detta vittnar patienter och deras föräldrar, patientorganisationerna och sjukvårdspersonal om brister i vården i samband med överföringen till vuxensjukvård (Vårdanalys, 2019). I Sverige saknas nationella riktlinjer för överföring av unga med typ 1 diabetes och de internationella riktlinjer/rekommendationer som finns baseras på begränsad, tillgänglig vetenskaplig evidens, samt beprövad erfarenhet och konsensus mellan aktörer inom barn- och vuxensjukvård, se t.ex ISPADs guidelines (2022). Det finns därför ett stort behov av att utvärdera effekter av överföringsprogram.

STEPSTONES är ett tvåårigt överföringsprogram för unga med långvariga sjukdomar. Modellen har utvecklats av barnsjuksköterskor och forskare vid Göteborgs universitet och har hittills testats i en studie riktad mot unga med medfödda hjärtfel (Acuna Mora et al., 2017). Studien är avslutad och resultaten publiceras inom kort i tidskriften Journal of Adolescent Health. Sammanfattningsvis visade resultaten att gruppen som hade fått ta del av interventionsprogrammet visade en signifikant högre grad av empowerment över tid jämfört med kontrollgruppen. De kände sig också mer förberedda inför övergången, hade en högre grad av sjukdomsspecifik kunskap och en mer positiv inställning till sin kropp. Deras föräldrars delaktighet hade minskat, vilket indikerar att ungdomarna i interventionsgruppen hade blivit mer självständiga. I en nyligen försvarad av-

handling (Saarijärvi, 2022) visade den kvalitativa delen av processutvärderingen hur övergångsprogrammet hade upplevts av de unga:

- Känsla av ökad kontroll, delaktighet och ansvar
- Ökad kunskap och förståelse om sin diagnos, uppföljning och eventuella konsekvenser för dagligt liv (nu och i framtiden)
- Att programmet utgick från deras unika behov
- Det var betydelsefullt att få träffa andra unga i liknande situation
- Att få lära känna vuxenteamet var viktigt och gav trygghet.

STEPSTONES-Diabetes

STEPSTONES-Diabetes startades sommaren 2019 vid Astrid Lindgrens barnsjukhus i Stockholm (Brorsson et al., 2020). Trots de utmaningar som pandemin fört med sig, har rekrytering av patienter med typ 1 diabetes från barndiabetesmottagningarna i både Solna och Huddinge kunnat genomföras, om än i något långsammare takt än planerat. Programmet bygger på att patienterna vid tre tillfällen, mellan 16 och 18 års ålder; träffar en särskild överföringskoordinator, som också är diabetessjuksköterska. Dessutom anordnas en ungdomskväll där de unga och deras föräldrar får möjlighet att träffa varandra och få infor-

mation från och diskutera med personal från vuxendiabetesvården. Liksom i projektet för unga med medfödda hjärtfel är det primära utfallsmåttet empowerment.

Överföringskoordinatören har genomgått utbildning som innehåller fördjupning i ungdomsmedicin och personcentrerad vård samt träning i att använda olika ungdomsvänliga samtalsverktyg och metoder; i syfte att stärka ungas egenmakt, ansvar och delaktighet. I STEPSTONES-Diabetes är det sjuksköterskan My Fröbergh som arbetar som överföringskoordinator på barndiabetesmottagningarna i Solna och Hudinge. Hon träffar ungdomarna vid de tre tillfällena samt håller i ungdomskvällen och förberedelser inför överföring till vuxensjukvård.

Vilka är vi bakom STEPSTONES?

Anna-Lena Brorsson, forskare och barnsjuksköterska med mångårig erfarenhet av att arbeta med ungdomar med typ 1 diabetes är projektledare för STEPSTONES-Diabetes och Carina Sparud Lundin, barnsjuksköterska och professor vid Göteborgs universitet är vetenskaplig ledare för projektet. Anna-Lenas och Carinas avhandlingar handlade just om empowerment hos unga med typ 1 diabetes (Brorsson, 2017) och övergången från barn till vuxenliv och vuxensjukvård för unga med diabetes (Sparud-Lundin,

2008). Dessutom deltar ett antal forskare och doktorander i forskargruppen Vård vid övergångar i hälso- och sjukvården, Göteborgs universitet som leds av Ewa-Lena Bratt, barnsjuksköterska och professor. Inom ramen för projektet genomför doktoranden Mikaela Hällström en kvalitativ intervjustudie med unga med typ 1 diabetes och deras föräldrar vid både Sachsska barnsjukhuset och Astrid Lindgrens barnsjukhus, där erfarenheter av olika former för överföringar beskrivs och analyseras. Dessutom pågår förberedelser för en ny studie, DIGI-STEPSTONES, där överföringsprogrammet ska levereras digitalt för gruppen unga med astma och allergi samt unga personer som har genomgått organtransplantation.

Projektet STEPSTONES-Diabetes stöds av Diabetesfonden, Barndiabetesfonden och Göteborgs Centrum för Personcentrerad vård (GPCC).

Referenser

Acuna Mora, M., Sparud-Lundin, C., Bratt, E-L. & Moons, P. (2017). A person-centred transition program to empower adolescents with congenital heart disease in the transition to adulthood: study protocol for a hybrid randomized controlled trial (STEPSTONES project). *BMJ Open* 17:7, p 1-11.

Brorsson, A. (2017). Diabetes during childhood and adolescence: Studies of

insulin treatment, patient-reported outcomes, and evaluation of an empowerment-based education. Doktorsavhandling Karolinska Institutet, Stockholm.

Brorsson, A., Bratt, E-L., Moons, P., Ek, A., Jelleryd, E., Torbjörnsdotter, T. & Sparud Lundin, C. (2020). Randomised controlled trial of a person-centred transition programme for adolescents with type 1 diabetes (STEPSTONES-DIAB): a study protocol. *BMJ Open* Artikel 10:e036496

Gregory, J. W., Cameron, F. J., Joshi, K., Eiswirth, M., Garrett, C., Garvey, K., . . . Codner, E. (2022). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Diabetes in adolescence. *Pediatric Diabetes*, 23(7), 857-871. doi:10.1111/pedi.13408

Saarijärvi, M. (2022). Process and economic evaluation of a transition program for adolescents with congenital heart disease: the STEPSTONES project. Doktorsavhandling Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet, Göteborg.

Sparud-Lundin, C. (2008). Living with diabetes during transition to adult life-Relationships, support of self-management, diabetes control and diabetes care. Doktorsavhandling Sahlgrenska akademien, Göteborgs Universitet, Göteborg.

Vårdanalys. Förberedd och sedd. Vårdanalys. Rapport 2019:6. www.vardanalys.se.

Hösten 2022 genomfördes en ny utbildning "Vård vid överföring från barn- till vuxensjukvård, 7,5 hp" vid Göteborgs universitet. Kursen samlade sjuksköterskor från olika patientgrupper (diabetes, organtransplanterade, astma/allergi och neuropsykiatriska funktionshinder) och deltagarna kom från både barn- och vuxensjukvård. Våren 2024 ges kursen igen som uppdragsutbildning, så håll utkik efter annonsering!

Förberedd och sedd - förutsättningar vid övergången från barn- till vuxensjukvård från Vårdanalys kom 2019. Målet var att få fram de ungas perspektiv och öka kunskapen om hur övergången från barn- till vuxenliv kan utvecklas och förbättras. Rapporten baseras på en litteraturstudie över kunskapsläget som genomfördes av Carina Sparud-Lundin och Ewa-Bratt samt att Vårdanalys genomförde intervjuer med unga, sjukvårdspersonal och representanter från patientföreningar. Vårdanalys rapport visade bland annat att övergången mellan barn- och vuxensjukvård behöver bli mer personcentrerad och att kontinuiteten är särskilt viktig vid övergångar. Dessutom behöver processen komma i gång i tid och anpassas till de ungas behov. I rapporten konstateras att tillräckligt vetenskapligt stöd för olika övergångsprogram saknas och att förutsättningarna för nationell uppföljning och utvärdering är bristfälliga.

Källa: Förberedd och sedd. Vårdanalys. Rapport 2019:6. www.vardanalys.se

Glöms äldre med T1D bort i den nya tekniska diabetesvården?

Telemedicin och ny teknik har revolutionerat vården för personer med diabetes, men vad händer med de patienterna med typ 1 Diabetes i den nya tekniska vården? Riskerar de att glömmas bort eller uteslutas när vården kräver att personen har Bank ID och avancerad teknisk utrustning?



Monika Lundh

För gruppen multisjuka äldre med typ 1 diabetes och hemsjukvård kan det vara svårt att ta sig till diabetesmottagningen för regelbundna kontroller och uppföljning. Var tredje äldre individ med diabetes har dessutom tre eller fler andra kroniska sjukdomar, vilket ökar komplexiteten i behandlingssituationen (3). Telemedicin är inte anpassad för äldre patienter som inte aktivt kan skicka in sina glukoskurvor till diabetessjuksköterskan eller har BankID och kan logga in på vårdappar.

Multisjuka äldre med typ 1 diabetes ska inte hamna vid sidan av vården på grund av digitaliseringen och svårigheter att ta sig till diabetesmottagningen. Sjukhusvården behöver ställa om och ta tillbaka gamla arbetssätt så som hembesök fast med ny teknik och kunskap. Kan en mobil diabetessjuksköterska vara den förlängda armen i vården? En som kan erbjuda hjälp och stöd till patienter och personal istället för att kräva att de äldre multisjuka med typ 1 diabetes ska komma till mottagningen?

En mobil diabetessjuksköterska kan erbjuda hembesök och ta med avancerad teknik för avläsning av glukoskurvor i hemmet. På så sätt kan patienten få den vård och uppföljning som behövs utan att behöva ta sig till mottagningen. Studier gjorda på patienter i kommunal hemsjukvård eller särskilt boende i Sverige visar att överbehandling är vanligt förekommande, vilket kan resultera i

upprepade hypoglykemier (3). Regelbundna hembesök med mobil diabetessjuksköterska kan vara en åtgärd i arbete mot överbehandling och genom noggrann individanpassad vård, tydliga omvårdnads och behandlingsstrategier (4,6).

Regionen och kommunen kan också spela en viktig roll genom att erbjuda mobil diabetesvård och kompetensutveckling. Adekvat utbildning inom diabetes ger sjuksköterskorna i kommunen mer kunskap, ökad kvalitet på vården, bättre observationer och bedömningar rörande behandling. Även sjuksköterskans självförtroende och autonomi ökar vid kunskapslyft och vården blir mer professionell (1,5). Diabetesvården behöver fortsätta att utveckla och integrera ny teknik och kompetens för att möta behoven hos äldre med typ 1 diabetes.

Förbättringsarbete på gång

Under hösten 2023 planerar Diabetesmottagningen i Ljungby (Region Kronoberg) och Hemsjukvården i Ljungby kommun inleda en nära vård samarbete. En mobil diabetessjuksköterska från diabetesmottagningen gör hembesök hos äldre patienter med T1D tillsammans med patientansvarig sjuksköterska i Ljungby kommun. I projektet: Kompetensutveckling och utveckling av nära vård genom mobil diabetessjuksköterska kommer regelbundna vårdplaneringar och utbildningar inom diabetes ske. Till

en början kommer kommunens sjuksköterskor få utbildning inom diabetes av en diabetessjuksköterska, annan omvårdnadspersonal tillkommer i ett senare skede. Diabetessjuksköterskan kan vara till en stor resurs för kommunalsjuksköterskan eftersom diabetessjuksköterskan kan stödja och utbilda sjuksköterskorna genom praktisk och teoretisk utbildning (2). FoU ansökan om medel till utvecklingsprojekt lämnas in under våren 2023. Syftet är att utarbeta ett koncept för säker behandling med anpassning av insulindos för personer med T1D som är beroende av hjälp från vård- och omsorgspersonal. Därtill stärka samarbetet mellan diabetesmottagningen i Ljungby (Region Kronoberg) och hälso- och sjukvården i Ljungby kommun genom utveckling av nära vård.

Sammanfattningsvis är telemedicin och ny teknik en viktig del av diabetesvården, men det är viktigt att äldre patienter med typ 1 diabetes inte glöms bort eller utesluts från vården när tekniken utvecklas. Istället bör vården arbeta för att integrera nya arbetssätt, ny teknik och kompetens på ett sätt som möter behoven hos alla patientgrupper.

Källor:

1. Graue, M., Dunning, T., Hausken, M F., & Rokne, B. (2013). Challenges in managing elderly people with diabetes in primary care settings in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31(4), 241-247.
2. Sörman, E. (2012). *Diabetessjuksköterskan*. I K. Wikblad. (Red.). *Omvårdnad vid diabetes*. Lund: Studentlitteratur.
3. SKL. (2017) *Vårdprogram Äldre med Diabetes 7585-036-8.pdf* (skr.se) PDF Hämtad 23.04.24
4. Socialstyrelsen. (2015) *Nationella riktlinjer - utvärdering 2015 - Diabetesvård - Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning* (socialstyrelsen.se) Hämtad 23.04.24
5. Bengtsson, L., & Sörman, C. (2020). Sjuksköterskans erfarenheter av att vårda personer med diabetes i hemsjukvården. https://gupea.ub.gu.se/bitstream/handle/2077/66060/gupea_2077_66060_1.pdf?sequence=1
6. Haltbakk, J., Graue, M., Harris, J., Kirkevold, M., Dunning, T., & Sigurdardottir, A. K. (2019). Integrative review: Patient safety among older people with diabetes in home care services. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2449-2460.

Monika Lundh
Leg Sjuksköterska
Diabetesmottagningen Ljungby

Redaktionens kommenterar:

Med tanke på att fler och fler med typ 1 diabetes blir äldre och hamnar kanske i hemsjukvård, behöver vi vara rustade med mer kunskap och kanske också annan typ av vård framgent. Projektets resultat ser vi fram emot att läsa vidare om.

Undvik risken att din medlemstidning uteblir!

Betala in din medlemsavgift för 2023 snart!

Nu kan du snabbt och lätt betala in medlemsavgiften via Swish!

Swishnummer: 123 443 4536

Har vi inte registrerat din inbetalning senast 2023-06-30 stryks du ur registret som medlem.

Uppge namn och medlemsnummer vid inbetalning!

Digital diabetesassistent

Majoriteten av de som lever med typ 1 diabetes använder idag kontinuerlig glukosmätning, CGM. Dessutom blir det allt vanligare att även personer med typ 2 diabetes använder CGM.

På OneTwo Analytics har vi tagit fram ett system som med hjälp av algoritmer och maskininlärning kan omvandla glukosdata från CGM till kunskap och rekommendationer. Med automatisk analys av CGM-data kan vi erbjuda tolkningar och förklaringar till glukosvärden utanför normalvärdet vilket i sin tur kan användas som underlag för behandlingsrekommendationer. Vår analys och tolkning är även inbyggd i en användarvänlig app, OneTwo Diabetes.

Appen har ett poängsystem som baseras på flera olika delar som måltider, insulineffekt, höga och låga värden. Med hjälp av appen kan den som lever med diabetes kostnadsfritt få tillgång till vår automatiserade analys av CGM-data. I appen får man en enkel och överskådlig helhetsbild av ett flertal parametrar och förklaringar i form av grundorsaksanalyser till både låga och höga värden. Appen syftar till att förenkla livet med diabetes genom att skapa en större förståelse för hur och varför glukosvärdena kan variera över tid.

På OneTwo Analytics drivs vi av att hitta lösningar som kan stärka egenvården och ge personer som lever med diabetes en bättre överblick och större förståelse för sin sjukdom och hur de kan påverka den. Med bättre förutsättningar till egenvård ökar individens trygghet och självständighet, samtidigt som vården avlastas.



www.onetwo-diabetes.com

OneTwo Diabetes is developed by OneTwo Analytics AB

Följ oss på sociala medier



Minska och förbättra HbA1c hos barn och ungdomar

Höga HbA1c-värden hos barn och ungdomar med diabetes kan öka risken för framtida mikro- och makrovaskulära komplikationer. Det är vanligt att HbA1c-värdena stiger under tonårstiden. För att minska risken för diabeteskomplikationer är det viktigt att ha god kontroll över blodsockret redan från diagnosen av typ 1-diabetes

Alexandra Larsson och Anna Karlsson Specialistsjuksköterskor Helsingborgs diabetesmottagning för barn och ungdomar.

Risken för komplikationer kvarstår även under flera år efter att HbA1c-värdena har förbättrats. Om HbA1c-värdena upprepat är över 64 mmol/mol ökar risken för komplikationer, och då bör utökade behandlingsinsatser initieras.

Ett förbättringsarbete påbörjades på Helsingborgs barn- och ungdomsmedicinska mottagning, där patienter med HbA1c-värden på 64 mmol/mol eller högre identifierades och stödinsatser utarbetades. Inklusionskriterierna var barn och ungdomar med diabetes med HbA1c-värden på 64 mmol/mol eller högre, medan barn och ungdomar som hade tagit HbA1c-test inom tre månader efter diagnosen eller hade blivit överremitterade till en annan klinik exkluderades. Datainsamlingen genomfördes genom en sökning i Swediabkids den 4 maj 2022, och information om patienternas ålder, kön, diabetesduration, insulinadministrationsteknik, typ av utrustning och trenden för HbA1c under det senaste året noterades.

Förbättringsarbetet hade som mål att uppnå bättre metabol kontroll för alla barn och ungdomar på kliniken, med särskilt fokus på dem med HbA1c-värden på 64 mmol/mol eller högre. Målet var att barn och ungdomar som använde

en Hybrid Closed Loop-pump skulle ha ett HbA1c-värde lägre än 58 mmol/mol, med delmålet att hålla HbA1c under 64 mmol/mol. Det övergripande målet var att högst 7% av patienterna skulle ha ett HbA1c-värde på 64 mmol/mol eller högre.

Det fanns dock hinder och problem som behövde övervinnas. Färre fysiska besök på mottagningen, delvis på grund av pandemin, ledde till utebliven kontakt med diabetessjuksköterska, och vissa patienter fick vänta mer än sex månader på en ny tid. Den administrativa personalens ansträngda situation påverkade också verksamheten. Dessutom hade inte hela teamet en klar rutin eller struktur för uppföljning av patienterna och deras HbA1c-värden. Det fanns även en bristande kunskap om den nya tekniken inom hela teamet, och sällan hölls teammöten där alla var närvarande.

Framgångsfaktorer för att minska HbA1c har i tidigare studier har visats vara en samlad kompetens hos hela diabetesteamet, schemalagda och protokollförda teamträffar, noggrann registrering i Swediabkids och systematisk kvalitetsutvärdering av diabetesvården. Aktivt stöd från verksamhetschefen var också viktigt. För att uppnå önskat resultat var det nödvändigt att hela teamet prioriterade teammöten.

För att uppnå förbättringar identifierades följande åtgärder: att identifiera patienter med avvikande HbA1c, anpassa



Anna Karlsson och Alexandra Larsson

målvärden individuellt, kartlägga patienternas situation, utarbeta åtgärdsplaner och regelbundet följa upp och utvärdera åtgärderna. En intensifierad behandlingsperiod på cirka sex månader föreslogs, där både kort- och långsiktiga mål definierades tillsammans med patienten.

Resultatet visas i följande Figur. Se power point

Den metod som användes för förbättringsarbetet var PGSA (planera, göra, studera, agera). Genom att identifiera förbättringsområden, utföra åtgärder baserade på kartläggning och följa upp resultaten kontinuerligt kunde förbättringar genomföras.

I slutändan reflekterades över besöksinnehållet och betydelsen av att ha ett levande dokument som kontinuerligt utvärderas för att förbättra vården för barn och ungdomar med diabetes.

Referenser:

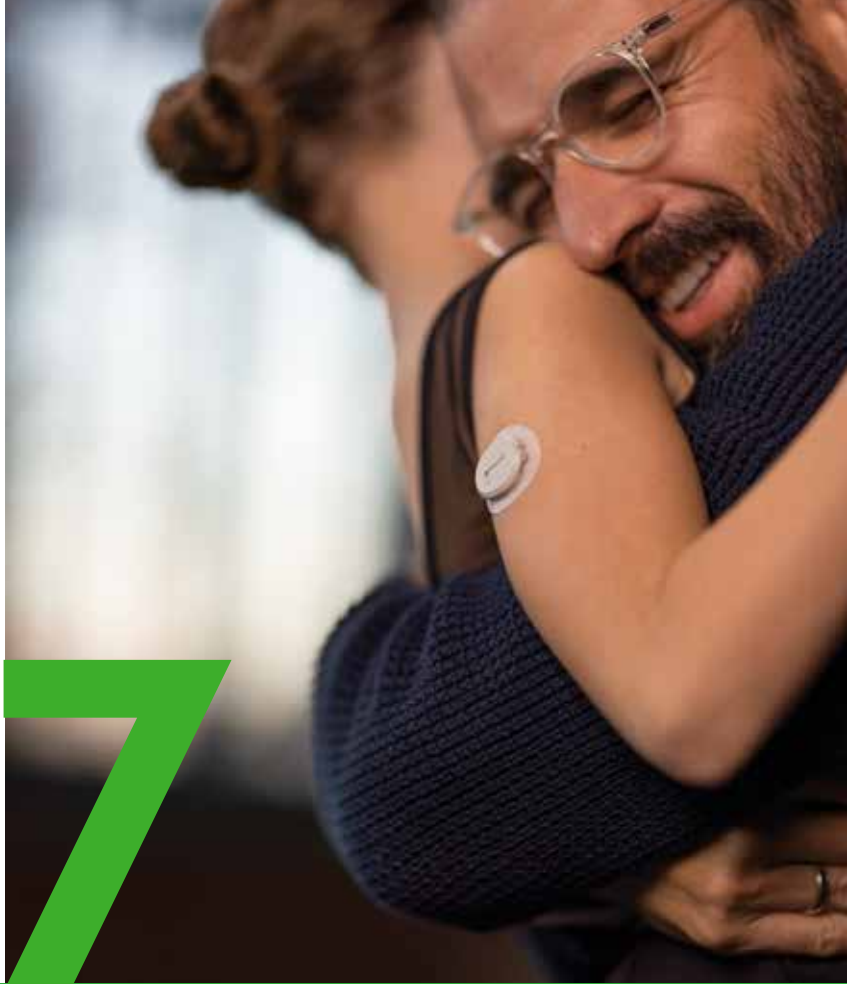
För referenser, vänligen kontakta författarna.

alexandra.t.larsson@skane.se
anna.am.karlsson@skane.se

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 flexitid (extra tid före byte av sensor)

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



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

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

*Jämfört med tidigare generationer av Dexcom



DIA.SE.337-01-MAR2023

Kulturella aspekter med typ 2 Diabetes

Det är välkänt att invandring ökar pga. politiska situationer som sker globalt. Sverige är bland de europeiska länder som har tagit emot flest invandrare under de senaste åren. Många kommer från Mellanöstern.

De flesta nykomna invandrare till Sverige, har Mellanöstern som ursprungsområde där förekomsten av typ 2 diabetes (T2D) är ett stigande problem och drabbar mellan 15-20% av befolkningen (1). T2D har ökat kraftigt bland invandrare i Sverige och uppskattas till fördubbling i prevalensen av bland invandrare som har härkomsten från Mellanöstern, jämfört med svenskfödda individer (2). Pre-migration relaterade faktorer som till exempel fattigdom och nutritionstatus är bland de viktigaste faktorer som kan leda till denna utveckling (3). Livsstilsförändringar, religion, lågt socioekonomisk status och kulturella skillnader är exempel på andra tänkbara orsaker vid migration till det nya landet. Kulteralla skillnader i matvanor, rökning och fysiska aktiviteter är viktiga bidragande faktorer dels till utvecklingen av T2D, dels försämringen av metabol kontroll hos individer som redan har T2D. Matvanor kan innebära ibland att invandrare från Mellanöstern är vana att inte äta frukost eller börjar dagen med en sen frukost. Lunchen betraktas som huvudmåltiden och har ofta ett rikligt kaloriinnehåll. Förändringar av matvanor kan också innebära att matintaget innehåller höga kalorier, mättad fett, enkla sockerarter och lågt intag av kostfiber, frukt, och grönsaker. Detta "mönster fyra" av näringsövergång är ofta förknippat med fetma och T2D (4).

Matlagningen och serveringen av måltiderna har också stora kulteralla skillnader; till exempel, ris som är mycket viktig kolhydratskälla och serveras ofta till både lunch och kvällsmat bland annat i det irakiska köket. Det tillagas med att fräsa riset med olja eller smör innan det kokas. Dadlar är också ett annat exempel som betraktas som en vardaglig frukt och konsumeras ofta varje dag. Kaloriinnehållet av dadlar är mycket högt och näringsinnehåll är mycket lågt, dvs. cirka 100 g dadlar (cirka 14 dadlar) innehåller cirka 270 kcal.

Diabetesformer

Det vanligaste form av diabetes är T2D bland individer från Mellanöstern. Prevalensen av typ 1 diabetes är något lägre hos invandare från Mellanöstern jämfört med européer. Det finns en antyd till att graviditet diabetes är överrepresenterad bland gravida kvinnor från Mellanöstern. Som påföljd är risken att utveckla T2D postpartum är betydligt högre (5). Monogen diabetes, MODY (Maturity-Onset Diabetes in the Youth) är en mycket ovanlig form av diabetes med upp till 50% av MODY är ärftlighetsbetingad. Därför är det viktigt att individer med T2D som är yngre än 35 årsålder och som har snabbt ökat insulinbehov med avsaknad av övervikt genomgå genetiska utredningen för att utesluta MODY (6,7).



Wathik Alsalm.

Medicinsk behandling

Livstilsförändringar en mycket viktig del till en lyckad metabol kontroll hos personer med T2D. Det är också viktigt med kulturellt anpassade utbildningsprogram för T2D individer. Detta har en stor betydelse för en bra metabol kontroll som kan leda till en sänkning av HbA1c med 3-8 mmol/mol enheter. Denna utbildning rekommenderas starkt enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Medicinsk behandling skiljer sig inte från de nationella eller regionala rekommendationerna. Det är ytterst viktigt att inleda behandling med metformin vid fastställande diagnos av T2D. Behandlingen med SGLT2-hämmare eller GLP1-analog kan inledas samtidigt med metformin vid etablerad hjärt-kärlsjukdom.

Diabetes och Ramadan

Majoriteten av migranterna från Mellanöstern utöver islam som religion. Ramadanfastan är en av islams fem grundpelare. Detta innebär att de flesta individer som praktiserar islam fastar en hel månad varje år. Personer som fastar avstår från att äta och dricka från soluppgången tills solnedgången (Iftar). Fastetiden kan därför i Sverige variera från några timmar på vintern till cirka 20 timmar under sommaren.

Detta kan innebära risker för både för alltför låga som alltför höga blodsockernivåer för individer diabetes. Tidigare studier har visat att upp mot cirka 60 procent av patienter med diabetes fastar under Ramadan trots ökad risk för att blodsockerkontrollen spårar ur.

Det är viktigt att skapa en dialog och planera fastan i god tid med individer som har T2D. De flesta individer med T2D rekommenderas att avstå från fastan under Ramadan med tanke på hälsotillståndet och risken med båda hyper- och hypoglykemi. Risken är däremot betydligt lägre för komplikationer om individen har välkontrollerad T2D med HbA1c < 53 mmol/mol (8).

Behandling med oralt antidiabetesmediciner liksom behandlingen med GLP-1 analog behövs i stort sett inga större dosändringar under fastan (9).

Sammanfattningsvis en ökad förståelse till de kulturella skillnader som migranterna bär med sig till Sverige minskar risken för missförståelse mellan sjukvårdspersonal och individer med T2D. På sikt kan ny teknologi utnyttjas med till exempel multispråkiga utbildningsapplikationer som patienterna laddar ned i olika "smart phones" vilket skulle kunna underlätta kommunikation för både vårdpersonal och individer med diabetes.

Genom dessa åtgärder skulle vi på sikt kunna dels förbättra den metabola kontrollen och sänka komplikationsrisken.

Wathik Alsalm
Överläkare.

Med dr, diabetes och endokrinologen,
Skånes Universitetssjukhus, Malmö

Referenser

1. Whiting DR, Guariguata L, Weil C, et al. IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract.* 2011;94(3):311-21. Epub 2011/11/15.
2. Bennet L. Hög diabetesrisk bland icke-västerländska invandrare - Riktad och strukturerad prevention behövs [Ethnic and cultural aspects of type 2 diabetes]. *Lakartidningen.* 2018 Feb 20;115:EWPF. Swedish. PMID: 29461580.
3. Montesi L, Caletti MT, Marchesini G. Diabetes in migrants and ethnic minorities in a changing World. *World J Diabetes.* 2016;7(3):34-44. Epub 2016/02/11.
4. Spanakis EK, Golden SH. Race/ethnic difference in diabetes and diabetic complications. *Curr Diab Rep.* 2013 Dec;13(6):814-23. doi: 10.1007/s11892-013-0421-9. PMID: 24037313; PMCID: PMC3830901.
5. Berntorp KE. Gestational diabetes: what's up? *Diabetologia.* 2016 Jul;59(7):1382-1384. doi: 10.1007/s00125-016-3975-7. Epub 2016 May 12. PMID: 27170367.
6. Holt RIG, DeVries JH, Hess-Fischl A, Hirsch IB, et al. The management of type 1 diabetes in adults. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia.* 2021 Dec;64(12):2609-2652. doi: 10.1007/s00125-021-05568-3. Erratum in: *Diabetologia.* 2022 Jan;65(1):255. PMID: 34590174; PMCID: PMC8481000.
7. Sjöholm Å. Atypical diabetes: a diagnostic challenge. *BMJ Open Diabetes Res Care.* 2020 Aug;8(1):e001470. doi: 10.1136/bmjdr-2020-001470. PMID: 32771985; PMCID: PMC7418657.
8. Alsalm, Wathik. Handläggning och behandling av diabetes under ramadan. *Lakartidningen*, 2022.
9. Ibrahim M, Davies MJ, Ahmad E, et al. Recommendations for management of diabetes during Ramadan: update 2020, applying the principles of the ADA/EASD consensus. *BMJ Open Diabetes Res Care.* 2020 May;8(1):e001248. doi: 10.1136/bmjdr-2020-001248. PMID: 32366501; PMCID: PMC7223028.



Personcentrerad vård (PCV) vid typ 1 diabetes hos barn

Denna studie initierades och genomfördes vid Drottning Silvias Barn- och ungdomssjukhus, Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg för cirka 10 år sedan. Studien gjordes i samarbete med forskare vid andra institutioner vid Göteborgs universitet (GU) och med finansiellt stöd av GPCC (Gothenburg Person Centered Care).



Gun Forsander

Bakgrunden var att vi kunde påvisa vid genomgång av HbA1c data på klinikens samtliga barn med typ 1 diabetes att gruppen barn med immigrantbakgrund hade signifikant sämre metabol kontroll än barnen med svensk bakgrund. Detta upplevdes givetvis som ett misslyckande och en utmaning för diabetesteamet att förbättra såväl stödet som utbildningsinsatserna och kulturkompetensen vid samarbetet med dessa familjer.

Ett omfattande arbete inleddes som bland annat utmynnade i att en satellitmottagning för barn med diabetes öppnades i en förort där en stor andel av befolkningen kom från andra länder och föräldrarna sällan var svensktalande. Dessförinnan hade diabetesteamen utbildats i personcentrerat omhändertagande, både vid den ursprungliga, sjukhusanslutna mottagningen och vid den nyöppnade satellitmottagningen.

I rutan bredvid följer en kortfattad beskrivning som är publicerad på GU's hemsida samt de publikationer som studien resulterade i.

Huvudsakliga resultat

Resultatet blev att den utsatta gruppen ungdomar med annan språklig och kulturell bakgrund efter två år uppnådde samma goda metabola kontroll som de med svensk bakgrund.

Genom person- och familjecentrerat arbetssätt med immigrantungdomar

Typ 1 diabetes är en av de vanligaste kroniska sjukdomarna hos barn och unga i Sverige idag med ett incidenstal runt 50/100 000. Dagens barn har unikt goda behandlingsresultat och betydligt lägre risk än äldre generationer att utveckla svåra skador och förtidig död till följd av sin sjukdom. Detta gäller dock inte barn ur minoritetsgrupper.

Detta projekt syftade till att genom:

- 1) djupintervjuer av ungdomar med diabetes;*
- 2) analys av videoinspelade mottagningsbesök;*
- 3) personalutbildning i PCV;*
- 4) uppbyggnad av en specialdesignad diabetesmottagning med uttalad person- och familjecentrerad vård i förort med hög andel immigrantfamiljer utveckla pedagogik och bemötande.*

med typ 1 diabetes (T1D) kunde avsevärt bättre behandlingsresultat uppnås inom två år och denna grupp fick därigenom minskad risk för såväl kort- som långtidskomplikationer till sjukdomen.

Integration av diabetesdiagnosen i den ungas tro på sig själv kunde ske genom delat ansvar i egenvården; när ungdomarnas hopp, känslor och autonomi kunde bekräftas av vårdgivarna och när dessa ställde intresserade, undersökande frågor (1-3).

Generella etiska utmaningar med att implementera PCC hos ungdomar kart-

implementera PCC kunde beskrivas: "Counselling, Self-care, Adherence Approach" – syftande till mer långsiktigt stöd för att stärka självkänslan och diabetes egenvården men också som en implementerbar modell vid andra kroniska sjukdomar (4-6).

Gun Forsander, docent, överläkare, Institutionen för kliniska vetenskaper, Göteborgs universitet, PI Principal Investigator

Publikationer

1. Boman A, Bohlin M, Eklöf M, Forsander G, Törner M. Conceptions of diabetes and diabetes care in young people with minority backgrounds. *Qual Health Res.* 2015;25(1):5-15.

2. Boman Å, Bohlin M, Eklöf M, Forsander G, Munthe C, Törner M 2017. Health Care to Empower Self-care in Adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus, and An Immigrant Minority Background. *Sage Open Medicine*, 5: 1-8. DOI: 10.1177/2050312117700056

3. Hartvigsson T, Munthe C, Forsander G 2018. Error-Trawling and Fringe Decision Competence: Ethical Hazards in Monitoring and Addressing Patient Decision Capacity in Clinical Practice. *Clinical Ethics*, 13 (3): 126-136.

4. Herlitz A, Munthe C, Törner M, Forsander G 2016. The Counselling, Self-care, Adherence Approach to Person-centred Care and Shared Decision-making: moral psychology, executive autonomy and ethics in multi-dimensional care decisions. *Health Communication*, 31 (8): 964-973.

5. Munthe C, Sandman L & Cutas D 2012. Person Centered Care and Shared Decision Making: Implications for Ethics, Public Health and Research. *Health Care Analysis*, 20 (3): 231-24.

6. Sandman L, Granger BB, Ekman I, Munthe C 2012. Adherence, Shared Decision-Making and Patient Autonomy. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 15 (2): 115-127.

TYCK TILL DU SOM ÄR DIABETESSJUKSKÖTERSKA

1. Vilka utmaningar ser du när du har uppföljningar med personer med diabetes som kommer från andra länder?

2. På vilket sätt jobbar du med personcentrerad vård med dessa personer?

3. Vilka verktyg /material använder du eller saknar du i arbetet?



Anna Eritz

Anna Eritz, Norbergs vårdcentral:

1. dom största utmaningarna ser jag hos patienter där minnet börjat svikta, tolken och pat förstår inte varandra. Jag brukar ta med en anhörig som känner pat väl och kan hjälpa till att styra samtalet men brukar bli ganska rörigt då tolken vill översätta allt.

2. ser ingen skillnad i hur jag jobbar. Försöker identifiera styrkor, svårigheter hos alla och anpassa råd medicinering efter patientens förmåga, levnadsvanor m.m.

3. Just råd kring diabetes och dess följdjukdomar, prediabetes, graviditetsdiabetes, injektionsteknik mm är det jättesvårt att hitta. Information om dom olika läkemedlen brukar vara lättare att få fram. Att använda översättningsappar känns inte säkert då jag inte kan läsa texten för att se att innebörden blev rätt.

TYCK TILL DU SOM ÄR DIABETESSJUKSKÖTERSKA

1. Vilka utmaningar ser du när du har uppföljningar med personer med diabetes som kommer från andra länder?

2. På vilket sätt jobbar du med personcentrerad vård med dessa personer?

3. Vilka verktyg /material använder du eller saknar du i arbetet?



Annelie Wallén

Annelie Wallén Diabetessjuksköterska/processledare Gränbystadens Vårdcentral, Uppsala

1. Utmaningar är språk och även kulturell bakgrund. Ibland när man inte fram eller märker på uppföljningarna att budskapet och informationen inte gått fram så som man tänkt sig. Oftast tar det flera besök innan man når ett samförstånd.

2. Man får anpassa sig efter den personen man har framför sig, ta med sig erfarenheter sedan tidigare möten. Försöka kommunicera på deras kunskapsnivå. Tittar ofta på bilder tex när det gäller kost, de kan visa mig när jag inte förstår vad de äter osv.

3. Jag använder internet en del. Tolk såklart. Kanske vore bra att få mera utbildning i olika kulturella bakgrunder.



Ingrid Berglund

Ingrid Berglund, Diabetessjuksköterska Kista Vårdcentral

1. Framförallt språkliga utmaningar att behöva tolk via telefon där det ibland känns tveksamt om det tolkas rätt. Att få patienten delaktig i sin vård.

2. Varje möte innebär att jag först och främst frågar patienten vad de vill ta upp, vad de undrar över eller om de stött på något problem sedan sist. Det innebär att det ibland inte hinns med allt som jag har tänkt mig. Att leva med en kronisk sjukdom kan innebära både stress och oro som måste tas på allvar.

3. mycket bilder eller så ritar jag och berättar med en enkel bild som förklarar ex insulinresistens. Jag använder ibland den lilla boken "leva med diabetes" som beskriver med bilder istället för ord.

Alkohol och blodtryck

En ny rapport av en internationell forskargrupp om alkoholens betydelse för högt blodtryck och hjärt-kärlsjukdom har publicerats. Svensk sjuksköterskeförening uppmärksammar rapporten alkohol och blodtryck.

Den här rapporten handlar om alkoholens försummade roll som bidragande orsak till högt blodtryck. Högt blodtryck är i sig den främsta orsaken till hjärtsjukdom, stroke, typ 2-diabetes och demens. Det är därför viktigt att vi som diabetessjuksköterskor samtalar om alkoholens betydelse för hälsan. Flera studier visar att de man trodde tidigare att alkoholen

ger gynnsamma effekter vid låg dos inte är troligt. I denna rapport diskuteras de olika mätmetoderna som är säkrare. Det är en risk med alkohol, risken för bland annat hjärt- kärlsjukdom och stroke är hög.

Läs mer här: <https://swenurse.se/publikationer/alkohol-och-blodtryck>

Involvera familjen i egenvård vid typ 2-diabetes

Family Toolbox är ett dialogverktyg som öppnar för nya möjligheter att involvera hela familjen för att personer med typ 2-diabetes kan engagera sig i sin egenvård i positiv riktning.

Egenvård är en viktig del av behandlingen vid typ 2-diabetes för att främja hälsa och förhindra allvarliga komplikationer. Det kan handla om att mäta sitt blodsocker, ta hand om fötter, äta hälsosamt och vara aktiv i vardagen. Det kan upplevas som ett stort ansvar, ensamt och ångestladdat för den enskilde. Där har familj och vänner ofta en nyckelroll i att stötta, uppmuntra och motivera. En roll som kan upplevas som positiv, men också övermäktig och svår.

För att stödja och engagera familjer där minst en familjemedlem har typ 2-diabetes att främja egenvården i positiv riktning finns nu möjlighet för personal i primärvården att använda ett helt nytt dialogverktyg.

- Det är viktigt att även involvera familj och vänner runt omkring personen med typ 2-diabetes för att kunna stötta sin familjemedlem i egenvården. Med hjälp av dialogverktyget kan vårdpersonal skapa en bra grund för att få hela familjen att jobba mot samma mål genom att upplevelser, behov, förkunskaper, förutsättningar, hinder och syn på hälsa synliggörs och diskuteras, menar Nouha Saleh Stattin, med. dr och koordinatör för kunskapsteam endokrina sjukdomar på APC och initiativtagare till att testa verktyget i svensk primärvård.

Verktyget har utvecklats av forskare Dan Grabowski och hans forskningsteam vid Steno Research Center i Köpenhamn i nära samarbete med personer med typ

2 diabetes, deras familjer och vårdpersonal som i sitt dagliga arbete är i kontakt med familjer som har sjukdomen i sina liv. Det består av fyra delar: familjespeglarna, familjeboken, familjeplanen och familjelinjen, varav tre delar nu har översatts för att testas i svensk primärvård. – Erfarenheterna från Danmark visar att användningen av verktyget förändrade hur familjerna uppfattade sig själva och hur de tillsammans kan påverka sitt hälsobeteende, säger Nouha.

Familj - brett begrepp

Verktygen kan användas i alla befintliga former för patientutbildning där personer med typ 2 diabetes tar med familjemedlemmar till utbildningstillfällena. - Helst rekommenderar vi att skapa särskilda familjeträffar och att man möts flera gånger. Efter träffarna är det meningen att man fortsätter det hälsofrämjande arbetet på egen hand.



Tanken är att så många personer som möjligt som är viktiga för personer med typ 2-diabetes ska kunna involveras.

Dan Grabowski, från Steno Diabetes Center i Köpenhamn för presentationen av "Familiekassen" (Family Toolbox) för typ 2-diabetes ha lett workshopen den 27 april med docent Nouha Saleh Stattin i Stockholm. Åtta deltagare anslutande sig till workshop som genomfördes på Akademiskt Primärvårdscentrum, Stockholm. Family Toolbox har översatts till svenska och kommer att testas vidare och valideras i Region Stockholm. Family Toolbox är mycket välbehövligt och värdefullt för personer med diabetes och vårdgivare som arbetar för att stödja personer med diabetes med egenvård i det dagliga livet.



På vår **hemsida** finns ett **bibliotek**
där du kan **lyssna** på tidigare
inspelade poddar.
Använd **länken** nedan.



”Ett samtal om diabetes” - en podd för dig som jobbar med diabetes

I podcasten ”Ett samtal om diabetes” bjuder Sanofi in nationella diabetesexperter för att diskutera nyheter, studier och forskning i Sverige såväl som internationellt.

Varje avsnitt är ca 15–20 min långt och finns på Spotify, Apple podcast och Google podcast.

Du kan bland annat lyssna på:

- CGM i primärvården med [Boris Klanger](#)
- Diabetes och psykisk hälsa med [Janeth Leksell](#)
- Time in Range – vi reder ut begreppen med [Johan Jendle](#)
- Fasta vid Ramadan och diabetes med [Wathik Alsalim](#)



Följ oss gärna!

Det gör du genom att använda qr koden.



Att fira ramadan med diabetes

En sammanfattning av en systematisk litteraturstudie inom ramen för magisteruppsats. Intervjustudierna som genomförts visar att tron hos muslimska personer med diabetes är starkare än sjukdomen. Fasta under Ramadan ses som en religiös utövning som önskas uppfyllas av många muslimska personer som lever med diabetes. Det bygger upp en känsla av viljestyrka, förbättrar förmåga att motstå frestelser samt utvecklar en större känsla av ödmjukhet, andlighet och socialt engagemang.

Introduktion och motiv för studien

Intresset för ämnet väcktes hos författarna efter att de hade genomgått en kurs i diabetes. Inom ramen diabeteskurs genomfördes ett grupparbete som handlade om ett patientfall med diagnosen diabetes och önskan att fasta under Ramadan. Därmed kom nyfikenheten för att ta reda på vilken forskning som finns om diabetes och Ramadan, och hur muslimska personer upplever sin diabetes under fastan. I omvårdnadsarbetet med muslimska personer som har diabetes och firar Ramadan är det viktigt att ha kunskap och förståelse för att kunna ge stöd. Genom att beakta personens kulturella bakgrund och religiösa sedvänjor såsom Ramadan i diabetesvården kan sjuksköterskor erbjuda en personcenterad och säker omvårdnad.

Bakgrund Diabetes

Diabetes är en kronisk sjukdom som uppstår antingen när bukspottkörteln inte producerar tillräckligt med insulin eller när kroppen inte kan använda insulinet som produceras (WHO 2019). Detta i sin tur leder till brister i insulinutskötsel och/eller insulinverkan samt störningar av kolhydratmetabolism, fettmetabolism och proteinmetabolism.

Att leva med diabetes

Studier av Lundberg & Thrakul (2011) och Wallin m.fl. (2006) undersökte muslimska personer med typ 2-diabetesupplevelser av att leva med sjukdomen och hur de hanterade diabetesrelaterade problem. Personer med typ 2-diabetes uppgav att de inte uppfattade sig som sjuka. De tänkte inte på att de hade diabetes och övervägde att leva ett normalt liv som alla andra (Wallin m.fl. 2006). Muslimska personer med diabetes upplevde hinder när det gällde förändringar av levnadsvanor och livsstil. Dålig ekonomisk situation och smaklöshet av den föreskrivna kosten nämndes bland hindren (Lundberg & Thrakul 2011). Dessutom var det svårt att ge upp den traditionella kosten och följa rekommendationen. I Lundberg & Thrakuls (2011) studie upplevde vissa muslimska personer med diabetes typ 2 kosthanteringen som fördelaktigt. De åt mindre ris och söta frukter till måltider samt minskade mängden av fett och socker.

När det gällde fysisk träning beskrevs att träning hade en fördelaktig effekt på glukosnivån därför valdes konditionsträning (Lundberg & Thrakul 2011). Andra muslimska personer med diabetes motionerade genom att gå långa sträckor varje morgon eller utföra hushållsarbete. Vinterhalvåret beskrevs ofta förhindra av promenader utomhus och upplevdes därför som ett hinder för fysisk aktivitet (Wallin m.fl. 2006). Familjens stöd be-



Lidia Iatco.

Ildikó Pappné Bartyik

skrevs som en drivkraft för självhantering av diabetesjukdomen och hjälpte till att hantera diabetes samt kontrollera glukosnivån (Lundberg & Thrakul 2011).

Islam och Ramadan

Ramadan är fastemånaden inom islam och en av islams fem pelare och anses vara en religiös skyldighet för alla muslimer i världen (Hanif m.fl. 2020; Rashid & Abdelgadir 2019; Sugiharto m.fl. 2020). Fastan betyder avstå från sexuella relationer; att äta och dricka, använda orala mediciner och att röka varje dag under Ramadan från gryningen till solnedgången. Även vatten och annan dryck innefattas i fastan på dagtid (Ibrahim m.fl. 2020). Däremot finns det inga restriktioner för mat eller vätskeintag mellan solnedgång och gryning (Al-Arouj m.fl. 2010). Fastan avbryts vid solnedgång med huvudmåltiden (Iftar), och den sista måltiden för dagen (Suhur) kan intas senast före gryning.

Enligt Pew Research Center (2013) beräknas 93 % av världens muslimer fasta under Ramadan. Ramadan är inte obligatorisk för alla muslimer; utan undantag finns (Hanif m.fl. 2020). Dessa är äldre personer med svår sjukdom eller psykiska störningar; yngre barn (före puberteten), personer som reser och inte kan fasta, kvinnor under menstruation, kvinnor som är gravida och/eller ammar (Rashid & Abdelgadir 2019). Om personen väljer att inte fasta kan det ersättas

genom att göra något bra istället, exempelvis genom att ge mat till fattiga människor (Lundberg & Thrakul 2011; Wallin m.fl. 2007). Fasta är inte obligatoriskt för en muslim som har en sjukdom exempelvis diabetes.

Risikfaktorer vid fasta

Några av de största potentiella riskfaktorer i samband med fasta hos patienter med diabetes är: hypoglykemi, hyperglykemi med eller utan ketoacidosis samt uttorkning (Ahmad m.fl. 2012; Al-Arouj m.fl. 2010). Hypoglykemi vid diabetes uppstår som resultat av den glukossänkande behandlingen (ADA 2018). Minskat matintag anses vara en välkänd riskfaktor för hypoglykemi under Ramadan (Ahmad m.fl. 2012). I EPIDIAR studien (Salti m.fl. 2004) togs upp att fasta under Ramadan ökade risken för svår hypoglykemi, vilket definierades som sjukhusvistelse. Symtom på hypoglykemi som en person kan uppleva är individuellt (ADA 2018). Personer med typ 2-diabetes upplever lägre frekvenser av hypoglykemi jämfört med personer med typ 1-diabetes. Detta beror på att personer med typ 1-diabetes behöver kontinuerlig tillförsel av insulin som är en glukossänkande behandling och som i sin tur medför en ökad risk för hypoglykemi. När det gäller personer med typ 1- och typ 2 diabetes och ställningstagande till fasta, baseras risknivån på exempelvis typ av diabetes, diabetesduration, HbA1c värden, andra komorbiditeter, eventuella komplikationer, och nuvarande läkemedelsbehandling (IDF 2021b), vilka ges olika poäng. Därefter bör respektive poäng summeras och avgör den totala risknivån vid ställningstagande till fasta.

Salti m.fl. (2004) belyste även förekomsten av svår hyperglykemi (som kräver sjukhusvistelse) med eller utan ketoacidosis som förklarades av överdrivet intag av mat och framförallt socker. Hyperglykemi kan ha orsakats av minskning av dosen av läkemedel för att förhindra hypoglykemi. Att begränsa vätskeintag under fastan, särskilt under lång tid, kan resultera i uttorkning som kan bli allvarlig vid varmt och fuktigt klimat framför allt om personen utför hårt fysiskt arbete (Ahmad m.fl. 2012). Om Ramadan inträffar vintertid i Sverige medför det färre fastetimmor och längre tid för födointag därmed mindre fara för uttorkning och hypoglykemi (Elgzyri & Frid 2011). Å andra sidan sommartid resulterar längre fastetimmor och färre tid för matintag,

ökad risk för uttorkning och hypoglykemi.

Omvårdnad vid diabetes

Sjuksköterskans omvårdnadsroll innebär att stödja och handleda personer som har diagnosen diabetes i syfte att de ska klara sin dagliga egenvård med respekt för personens val (Socialstyrelsen 2018b). Enligt Boström m.fl. (2012) har sjuksköterskan en viktig roll när det gäller att påverka diabetessjukdomens utfall hos personer med diabetes och detta kan uppnås genom utbildning och handledning i egenvård. En förutsättning för att förebygga akuta och långsiktiga komplikationer är att personen har goda kunskaper om kost och motion, samt dess påverkan på blodglukosvärden för att kunna fatta rätt beslut när det gäller hantering av diabetessjukdomen (Socialstyrelsen 2018b). Personcentrerad omvårdnad är en av förutsättningarna för en väl fungerande egenvård. Genom en ömsesidig relation och ett lösningsfokuserat förhållningssätt tillsammans med personen som lever med diabetes kan förutsättningarna för att upprätthålla de beteendeförändringar som är nödvändiga för en bra egenvård öka. En studie av Al Awadi m.fl. (2020) belyste vikten med Ramadan-fokuserad utbildning för att göra det möjligt för muslimska personer med diabetes att minska risken för akuta komplikationer under fasta. Studien tog upp vikten att utforska muslimska personers egna uppfattningar av diabetessjukdomen i samband med fasta under Ramadan och rekommenderade att fasta ska utföras i samarbete och vägledning med behandlande läkare och/eller omvårdnadssjuksköterska för att minska riskerna för komplikationer.

Syfte

Syftet med denna systematiska litteraturstudie var att sammanställa befintlig vetenskaplig litteratur om muslimska personers upplevelser av att fira Ramadan med diabetes.

Metod

För att besvara studiens syfte genomfördes en systematisk litteraturstudie med metasyntes. För att uppfylla krav på tillförlitlighet och minska risken för systematisk fel samt att undvika att felaktiga slutsatser drogs valde författarna att använda SBU:s metodhandbok (2020). Boken beskriver stegen och processen för att genomföra en systematisk litteraturstudie.

Genom att följa forskningsprocessens alla steg kunde denna systematiska litteraturstudie genomföras på ett strukturerat sätt och ett tillförlitligt resultat kunde säkerställas.

Resultat

Metasyntesen är en sammanställning av resultaten från nio kvalitativa intervjustudier som visar att tron hos muslimska personer med diabetes är starkare än sjukdomen. Att fasta under Ramadan ses som en religiös gudstjänstutövning som önskas uppfyllas av många muslimska personer trots att de lever med diabetes. Dessutom bygger det upp en känsla av viljestyrka, förbättrar förmåga att motstå frestelser för överätande samt utvecklar en större känsla av ödmjukhet, andlighet och socialt engagemang. Att ha kontroll över sjukdomen och därmed över kroppen leder till en positiv känsla av välbefinnande. Genom att hitta balans mellan intag av mat och justering av diabetesmedicinering kan muslimska personer med diabetes undvika risken för hypoglykemi om de fastar under Ramadan. Trots behovet av glukossänkande läkemedel och upplevelser av svängande plasmaglukosvärden väljer många muslimska personer med diabetes att fasta. När det gäller medicinjustering utförs denna på egen hand utan att rådfråga läkare och/eller sjuksköterska och istället förlitade de sig på socialt stöd från släktingar, vänner, erfarenheter samt tidigare upplevda erfarenheter i samband med fasta. Muslimska personer med diabetes hemlighåller planering att fasta för läkare och sjuksköterskor, trots diabetessjukdomen, för att inte bli avrättade från att fasta. Det finns önskan om utbildning och information, hur de ska fasta, justera diabetesmedicinerna och även råd angående mängd kolhydrater och inte minst instruktioner när det gäller intensitet av fysisk aktivitet. Utbildningen kan ske med hjälp av delaktighet i självhantering av diabetessjukdomen.

Implikation till klinisk verksamhet

Att fasta under Ramadan kan ge en känsla av förbättrat välbefinnande för muslimska patienter med diabetes som har fysiologiska, sociala och religiösa aspekter. Sjuksköterskan bör ha en kulturmedvetenhet som inkluderar kunskap om hur muslimska personer med diabetes önskar uttrycka sin tro, det vill säga att fasta under Ramadan. Det är viktigt att

sjuksköterskan har i åtanke att muslimska personer med typ 1- och typ 2-diabetes kan välja att fasta trots avrådan. Att erbjuda strukturerad utbildning och rådgivning angående en säker fasta under Ramadan kan underlätta för dessa personers beslut att fasta på ett säkert sätt. Valet att fasta är individuellt och genom att skapa en förtroendefull omvårdnadsrelation mellan sjuksköterskan och individen kan detta leda till ett delat beslut-

fattande. En viktig förutsättning för att lyckas med personcentrerad vård är att lyssna och försöka förstå hur muslimska personer med diabetes uppfattar sin situation och hur de tar ansvar för komplikationer fastan kan innebära. Utifrån muslimska personers behov kan sjuksköterskan erbjuda kunskap och stöd för åtgärder som kan hantera de obehagliga eller skadliga effekterna fastan kan medföra.

Vid intresse av artiklarna vad god kontakta författarna.

Författarna: Lidia Iatco (distriktsjuksköterska på BjärredsVC i Lomma kommun, lidia.iatco@icloud.com) och Ildikó Pappné Bartyik (Sjuksköterska Endoscopy- och akutmottagningen Lund SUS, ildiko.pappnebartiyik@skane.se)

Bemötande – betydelsen i diabetesvården

För att förbättra informationsutbytet inom hälso- och sjukvården är det viktigt att sjuksköterskan är medveten om de kulturella och unika individuella skillnaderna i hur sjukdomar upplevs. Medvetenhet kan bidra till att sjuksköterskan anpassar sin kommunikation och omvårdnad på ett sätt som är mer överensstämmer med patienternas förväntning. Sjuksköterskans insikter kan då spela en väsentlig roll för att främja ömsesidig förståelse.

”Du skall sträva efter att bemöta andra så som de behöver bli bemötta” sagt av Stefan Einhorn.

I alla avseende är bemötande viktigt oavsett om det är i vården eller i samhället. Ett av teman i denna tidning ligger inom detta ämne. Vi vill genom att uppmärksamma, personer med diabetes och som kommer från andra länder, publicera några artiklar och uppsatser i detta ämne.

Genom att använda ett gott bemötande kan vi få insikt i patientens egna kunskaper, erfarenheter och uppfattning om diabetes, eftersom de inte är diabetes utan har diabetesjukdomen. Det är genom mötet med varje individuell patient som vi får lära oss om deras unika kulturella bakgrund. Trots kulturella skillnader strävar vi efter att bemöta dem på ett sätt som motsvarar deras behov.

En bra kommunikation skapar en god relation och ger patienten en känsla av trygghet. En väl fungerande kommunikation är avgörande för att uppnå en effektiv behandling och för att underlätta

patientens mottagande av behandlingsplaner och förebyggande åtgärder. Det finns en del tips som är värdefullt att läsa mer om. Här kommer några:

- Kulturellt kompetent vård innebär att skraddarsy vården utifrån detta. Planeringen av vården bör präglas av medvetenhet om olika kulturer. Eftersom varje människa är unik blir mötet mellan två personer alltid transkulturellt i någon grad. I vårdhandboken föreslår man att samla in fakta om allmän information om personen, födelseland, kommunikationsform, religiös tillhörighet för att skapa en god och trygg vård utifrån det transkulturella perspektivet. Samt uppfattningar om sjukdom och hälsa och kostfrågor som kan påverka diabetesbehandlingen. Vilket stöd har man av familjen? Läs mer här: Vårdhandboken <https://www.vardhandboken.se/arbetsatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/bemotande-i-var-d-och-omsorg-transkulturellt-perspektiv/>

- I Socialstyrelsens guide Min guide till säker vård finns konkreta råd till patienter om hur de kan bli delaktiga i sin egen vård och behandling. Jämlik vård innebär att bemötande, vård och behandling sker och erbjuds på lika villkor till alla oavsett personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller religiös tillhörighet eller sexuell läggning. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-1-5.pdf>

- Metoden Teach back (eller som den heter på svenska, Förstå mig rätt) syftar till att förbättra förståelsen av informa-

tion och patientens perspektiv inom hälso- och sjukvården. Denna metod är enkel att använda för personalen och patienten, då man återberättar varandras budskap.

Läs mer här: <http://www.healthliteracy-place.scot.nhs.uk/tools-and-techniques/techniques/teach-back/>

Läs mer här; Yen, Peggy & Leasure Renee. (2019) .Use and Effectiveness of the Teach-Back Method in Patient Education and Health Outcomes. Fed Pract. 36(6): 284-289. PMID: 31258322

Exempel på frågor i teachback-anda: *Jag vill vara säker på att jag förklarat begripligt. Vill du berätta för mig vad jag sagt så att jag blir säker på att jag gjort det? Vad kommer du att berätta för dina anhöriga om de förändringar vi gjort med din medicinering?*

Vi har gått igenom en hel del saker som du kan göra när du kommer hem. Vill du med egna ord berätta vad du kommer att göra när du kommer hem?

Titta på denna film: <https://www.youtube.com/watch?v=O0h0-CZaCjk>

Bemötandet av personer med diabetes bör vara individanpassat och ta hänsyn till deras specifika behov för att främja en effektiv och personcenterad vård. Bemötandet inom diabetesvården är av stor betydelse och bör präglas av empati, sympati och respekt. Genom att visa förståelse, lyssna aktivt och ta hänsyn till patientens behov och preferenser skapas en trygghet och tillitsfull vårdmiljö.

Kajja och Sheyda

slangfri

sprutfri

krångelfri



Kontakta oss på Nordic Infucare för att få kostnadsfria Omnipod DASH demo-kit till din mottagning.

Omnipod DASH demo-kit innehåller en nålfri, icke fungerande demo-pod att testa hemma.



Låt dina patienter uppleva friheten.

Läs mer om Omnipod DASH på diabetesinfucare.com



Krångelfri: Består av enbart två delar, pod och PDM

*Omnipod DASH Användarhandbok
NordicInfu Care AB är distributörer för Omnipod och Omnipod DASH i Norden. ©2023 Insulet Corporation. Tillverkare. Omnipod, Omnipod logotypen, DASH och DASH logotypen är varumärken eller registrerade varumärken som tillhör Insulet Corporation i USA eller jurisdiktioner. Alla rättigheter reserverade. Insulet Netherlands BV Stadsplateau 7, 3521 AZ Utrecht, Pays-Bas. www.myomnipod.com



Diabetessjuksköterskors arbete med prediabetes

Diabetes räknas som en av våra folksjukdomar i Sverige. I världen sker en snabb ökning av övervikt och fetma som i sin tur ökar andel personer med metabola syndromet. Prediabetes uppstår när individen utvecklar ett metaboliskt tillstånd och utan åtgärd kan prediabetes leda till Typ 2 diabetes mellitus (T2DM). D-Uppsats – en kvalitativ intervju-stuide.

Inledning

Med livsstilsförändring kan detta bromsas eller förhindras. Innan diabetes uppstår har vanligtvis prediabetes pågått i flera år och komplikationer kan då redan ha uppkommit. Tidig upptäckt av prediabetes har därför stor betydelse för att förhindra eller fördröja insjuknandet i T2DM. Personer med prediabetes finns överallt i vården, men behandlas framförallt inom primärvården. Diabetessjuksköterskan har en viktig roll i arbetet med att stödja och främja egenvården hos personer med prediabetes.

Bakgrund

Prediabetes är ett tillstånd där blodglukosnivåerna är högre än normalt men inte tillräckligt höga för att klassificeras som T2DM. Det finns två olika typer av prediabetes (latent diabetes) i form av förhöjt fastglukos (IFG) och nedsatt glukostolerans (IGT). Hos 40 % av personerna med IFG eller IGT utvecklas T2DM inom en tioårsperiod och hos de med både IFG och IGT är risken 90%. Prediabetes ökar i världen och i studier varierar förekomsten av odiagnostiserad prediabetes mellan 3,3–14,3 %. Prediabetes är vanligtvis symtomfritt och associerat med fetma och metabolt syndrom. De främsta riskfaktorerna för prediabetes beskrivs vara hereditet, övervikt och etnicitet. Vid prediabetes kan en viktneidgång på ca 5–7 % av

kroppsvikten och regelbunden motion på minst 150 minuter per vecka minska risken för utveckling av T2DM.

I nationella riktlinjer för diabetesvård beskrivs åtgärder för att förebygga T2DM och diabeteskomplikationer. Screening av riskgrupper beskrivs kunna vara motiverat för att identifiera högriskpatienter och även ge en nationell kostnadsbesparing. Levnadsvaneförändringar vid prediabetes är ett framtaget förslag på hur primärvården kan arbeta med prediabetes. Att samtala om levnadsvanor beskrivs vara en av de mest effektiva åtgärderna för medvetenhet kring hälsosam livsstil. Utbildning och stöd är en stor del av behandlingen, vilket alla med prediabetes ska få tillgång till, antingen individuellt eller i grupp. Det föreslås att årskontroll bör ske hos diabetessjuksköterska och vartannat år hos läkare.

Diabetessjuksköterskan har en viktig roll i att kartlägga och följa upp ohälsosamma levnadsvanor och ge stöd och verktyg för att uppnå en beteendeförändring. The Health Promotion Model är en teori som kan användas för att öka förståelsen för beteendeförändring och öka patientens motivation. Först behöver en ordentlig kartläggning av patientens tidigare erfarenheter, personliga faktorer och patientens tankar kring en beteendeförändring. Efter detta diskuteras vilka för och nackdelar som finns med en beteendeförändring. Genom att undvika



Linda Olsson och Mia Lavesson Kruise

skrämsel och hot ökas patientens egen förmåga till förändring, vilket ger en positiv effekt på patientens hälsa.

Syfte

Syftet var att beskriva diabetessjuksköterskors erfarenheter av att, inom primärvården, arbeta med personer som har diagnosen prediabetes.

Metod

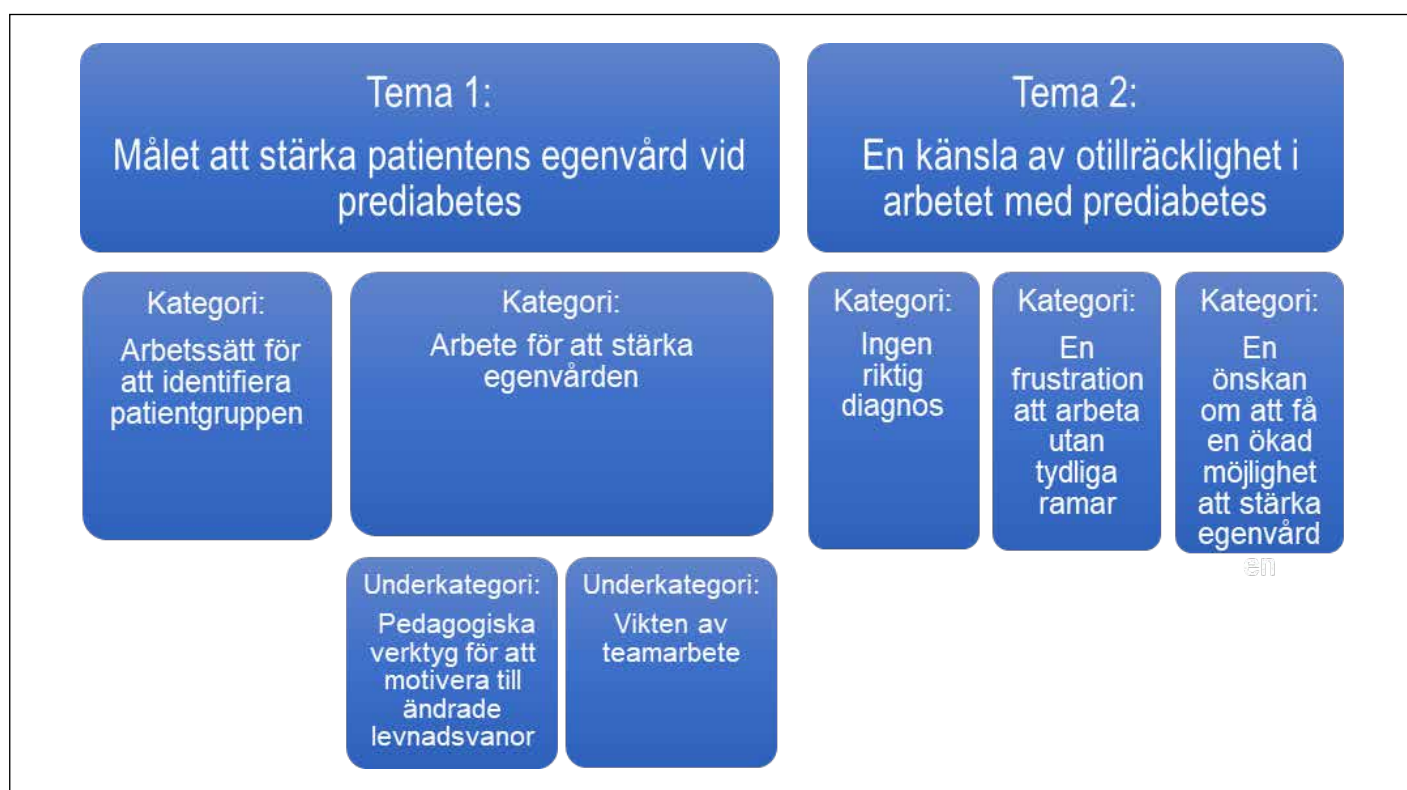
I studien deltog åtta diabetessjuksköterskor som arbetar i primärvården i Region Skåne och Västra Götalandsregionen. De hade arbetat mellan 5–29 år med diabetesvård och hade mellan 22,5–45 hp i diabetesutbildning. Semistrukturerade intervjuer utfördes. Intervjumaterialet analyserades med en manifest kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman (2004).

Resultat

Diabetessjuksköterskornas erfarenheter av att arbeta med personer med diagnosen prediabetes beskrevs handla om målet att stärka patienternas egenvård och att det fanns en känsla av otillräcklighet i arbetet.

Tema 1 "Målet att stärka patientens egenvård vid diabetes"

Diabetessjuksköterskorna beskrev att patienterna med prediabetes upptäcktes genom aktivt letande och frikostig prov-



Figur 1: Översikt av tema, kategorier och underkategorier.

tagning. Målet att stärka patienternas egenvård främjades av såväl individuella besök, teambaserat arbetssätt samt genom att ha ett partnerskap med patienten. En hörnsten var att diabetessjuksköterskorna förmedlade att patienten själv kunde påverka framtiden och bromsa utvecklingen av T2DM.

Arbetssätt för att identifiera patientgruppen

Diabetessjuksköterskorna upplevde att många patienter med prediabetesdiagnos upptäcktes av läkare som ordinerade blodglukosprov vid andra sjukdomar eller årskontroller. Förhöjda blodglukosvärden tog på allvar av läkarna, även om de inte översteg diabetesgränsen.

Vid förhöjt blodglukosvärde fick patienterna komma och lämna ett fastande blodglukosprov. Det framkom också att flera utförde glukosbelastning vid förhöjt blodglukos eller osäker diagnos. Diabetessjuksköterskorna hade noterat att få patienter sökte för symtom som kunde bero på diabetes eller prediabetes. Diagnosen hittades utifrån aktiv screening av läkare samt rutinmässigt i samband med att andra prover/uppföljningar gjordes och det handlade om att hela vårdcentralen hjälptes åt för att hitta förhöjda blodglukosvärdena.

”Det är en enorm skillnad idag, att man verkligen tar ett blodsocker. Så det går inte att jämföra med förr i tiden.”

Diabetessjuksköterska 8

Arbete för att stärka egenvården

Samtliga diabetessjuksköterskor gav information om prediabetes och kartlade patientens livssituation vid prediabetesdiagnos. De betonade möjligheten att påverka blodglukosvärdet för att undvika T2DM. Diabetessjuksköterskorna undersökte flera parametrar och gjorde en handlingsplan. Diabetessjuksköterskorna pratade om viktnedgång med patienterna, hur en viktnedgång på 5% eller mer kunde påverka blodglukos och andra faktorer positivt. Ett par diabetessjuksköterskor berättade också att de lyfte möjligheten att sätta in Metformin redan vid prediabetes.

”... vid prediabetes så har man ju faktiskt en möjlighet att återgå till normalt blodsocker... Aa i alla fall om man gör hälsoinsatser...”

Diabetessjuksköterska 7

Pedagogiska verktyg för att motivera till ändrade levnadsvanor

Diabetessjuksköterskorna gav skriftligt material tillsammans med muntlig information, ungefär hälften använde SFSD:s "Levnadsvanor vid prediabetes". De betonade att förtroende och partnerskap med patienten var viktigt för att kunna motivera till livsstilsförändringar. Fysiska besök ansågs bättre än brev eller chatt. Diabetessjuksköterskorna behövde både ha ämneskunskap och pedagogik för att kunna informera och motivera patienten. Gruppundervisning var ett verktyg som användes, men bara en av diabetessjuksköterskorna erbjöd det just nu. Erfarenheten från dessa grupper var att patienterna kom ihåg informationen bättre och förstod varningsklockorna tydligare.

”när man väl träffar patienterna på besök så kommer ju ofta mer upp man får en annan kommunikation... Det blir mer nyanserat när man träffar varandra tycker jag.”

Diabetessjuksköterska 4

Vikten av teamarbete

Diabetessjuksköterskorna betonade vikten av teamarbete vid prediabetes, men på grund av resursbrist var det svårt att få tid med dietister, och vissa patienter tackade nej. De gick igenom fördelarna med fysisk aktivitet och erbjöd kontakt med fysioterapeut vid problem i rörelseapparaten. De flesta patienter med prediabetesdiagnos hade även andra diagnoser och följdes därför av läkare eller annan vårdpersonal. Diabetessjuksköterskorna ansåg att en person med nydiagnostiserad prediabetes borde följas upp årligen, men hur detta gjordes skilde sig åt mellan vårdheterna. En del kallade till fysiskt besök, medan andra följde upp med minst en provtagning.

”... sen utefter det om det kan bli rehab med sjukgymnast eller man försöker tipsa här med träningar också...”

Diabetessjuksköterska 5

Tema 2 ”En känsla av otillräcklighet i arbetet med prediabetes”

Diabetessjuksköterskorna beskrev att de hade en önskan om att göra mer för patienterna med prediabetes. Det var flera faktorer som bidrog till känslan av otillräcklighet som till exempel resursbrist, avsaknad av tydliga ramar kring arbetet och upplevelse av diagnosen inte alltid togs på allvar av patienter och vårdpersonal. De beskrev ett växande samhällsproblem med ökad andel prediabetes i allt yngre åldrar.

Ingen riktig diagnos

Prediabetes ansågs hos många patienter som en ”lätt diagnos” eller ”ingen riktig diagnos”. Patienten kunde under flera år ha haft förhöjt blodglukosvärde utan att ha fått någon insikt i att blodglukosvärdet

var förhöjt och att det faktiskt gick att påverka så att det blev lägre. Diabetessjuksköterskorna hade erfarenhet från att förhöjda blodglukosvärden ibland kunde negligeras av läkare vid årskonroller och att patienterna fått information om att blodglukosvärdet var ”lite förhöjt” istället för att prediabetesdiagnos satts. Diabetessjuksköterskorna beskrev att tid och resursbrist kunde leda till att prediabetes inte ansågs som en viktig diagnos. Diabetessjuksköterskorna beskrev att även om patienterna fått en gedigen information om prediabetes så togs inte alltid diagnosen på allvar. Det var senare, när patienten fått en diabetesdiagnos eller hjärt- eller kärlsjukdom som patienten fick insikt i att prediabetesdiagnosen hade varit viktig.

”Så länge prediabetes är latent, lätt diagnos, patienten sätter ingen vikt vid det heller.”

Diabetessjuksköterska 2

En frustration att arbeta utan tydliga ramar

Diabetessjuksköterskorna beskrev att de i nuläget inte fanns någon uppsökande verksamhet för prediabetes. Debutåldern för diabetes sjunker p g a vår livsstil som ökar stillasittande och viktuppgång. De beskriver att ökningen av diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar i befolkningen leder till frustration och arbetsrelaterad stress. Diabetessjuksköterskorna efterlyser riktlinjer och vårdprogram på nationell och regional nivå för prediabetes samt utbildning för personalen. Tidsbrist är en faktor som påverkar uppföljning och planering. Informationskampanjer om ärftlighet och symtom på förhöjt blodglukos kan leda till att fler blir diagnostiserade. Primärvården bör arbeta mer preventivt med prediabetes, och att satsa mer på diagnos och preventivt arbete skulle gagna både individer och samhället.

”... prediabetes så är det viktigt för både den enskilde och samhället att man verkligen jobbar med det ...

Mota Olle i grind och att dom slipper utveckla diabetes”

Diabetessjuksköterska 6

En önskan om att få en ökad möjlighet att stärka egenvården

Diabetessjuksköterskorna hade en stark vilja att arbeta mer preventivt med prediabetes och använda sin kompetens till fullo. Det fanns en motivation till att förändra den vård som idag bedrevs. Diabetessjuksköterskorna beskrev att mer resurser till primärvården hade kunnat minska antalet patienter som utvecklade diabetes och tid för att stärka patientens egenvård. Mer resurser för teamarbetet och fler tider till dietister och fysioterapeuter behövs. Diabetessjuksköterskorna efterfrågade en modell för aktiv screening av patienter i riskgrupp och att få använda hjälpmedel som blodglukosmätare för ökad egenvårdsförmåga.

”... Vi pratar om att förebygga hälsa, att vi ska ju tänka hälsa och inte sjukvård.”

Diabetessjuksköterska 8

Slutsats och kliniska implikationer

I praktiken saknas det ramar, tid och resurser samt prioritet av diagnosen prediabetes, vilket skapar en arbetsrelaterad stress och känsla av otillräcklighet hos diabetessjuksköterskorna. Studieresultatet lyfter deltagarnas erfarenheter av att arbeta med prediabetes, deras målsättning och vilja att arbeta mer preventivt, för att stärka egenvården hos patienten och bromsa utvecklingen till T2DM. Kliniskt bidrar studien till ökad kunskap och medvetenhet hos vårdpersonal hur arbetet med prediabetes ser ut i nuläget. Vidare påvisas problematiken som finns och vilka områden som behöver utvecklas samt studeras vidare.

Kontakta författarna vid intresse av hela D-uppsatsen eller referenser:

Författare;:

*Mia Lavesson Kruise,
Diabetessjuksköterska på
Capio Vårdcentral Limhamn, Malmö.
Mia.lavesson@capio.se*

*Linda Olsson
Diabetessjuksköterska & Distriktsköterska
på Ugglands Vårdcentral, Göteborg.
Linda.olsson@meliva.se*

SEMAGLUTID FINNS ÄVEN I TABLETT



**GLP-1 RA till dina vuxna
patienter med typ 2-diabetes**

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. **Rybelsus**[®] (semaglutid) Rx, (F), ATC-kod: A10BJ06. Rybelsus 3, 7 och 14 mg tablett. Diabetesmedel. Glukagonlikpeptid-1-receptor (GLP-1) analoger. **Indikation:** Behandling av vuxna med otillräckligt kontrollerad typ 2-diabetes mellitus för att förbättra glykemisk kontroll som ett komplement till kost och motion; som monoterapi när metformin anses olämpligt på grund av intolerans eller kontraindikationer eller i kombination med andra läkemedel för behandling av diabetes. **Varningar och försiktighet:** Semaglutid ska inte användas till patienter med typ 1-diabetes mellitus eller vid behandling av diabetesketoacidosis. Det finns ingen erfarenhet från patienter med kronisk hjärtinsufficiens NYHA-klass IV och semaglutid rekommenderas därför inte till dessa patienter. Akut pankreatit är en sällsynt biverkan av Rybelsus[®]. Patienter bör informeras om de karakteristiska symtomen på akut pankreatit. Vid misstänkt pankreatit ska behandlingen med semaglutid upphöra. Om pankreatit fastställs, ska semaglutid inte sättas in igen. Hos patienter med diabetesretinopati som behandlas med insulin och semaglutid har en ökad risk för att utveckla komplikationer av diabetesretinopati observerats. Försiktighet ska vidtas när semaglutid används till patienter med diabetesretinopati som behandlas med insulin. **Graviditet och amning:** Semaglutid ska inte användas under graviditet och under amning. Fertila kvinnor rekommenderas att använda en preventivmetod när de behandlas med semaglutid. Semaglutid ska sättas ut minst 2 månader före en planerad graviditet på grund av den långa halveringstiden. För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se. Datum för översyn av produktresumén 06/2022. **Subventioneras endast för patienter som först har prövat metformin, sulfonureider eller insulin, eller när dessa inte är lämpliga.** SE22RYB00044

Referens: Rybelsus[®] produktresumé, se fass.se

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



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

Besök novokunskap.se



Diabetes i ett mångkulturellt perspektiv

Att ha kunskap om hur vi ska bemöta personer med diabetes är viktigt i alla avseende. Att inneha kunskap om både diabetes och bemötande av personer som kommer från annan kultur. Detta för att underlätta ett personcentrerat förhållningssätt i diabetesvården.

I utbildningen specialistsjuksköterska inom diabetesvård, ingick kursen diabetes i ett mångkulturellt perspektiv vid Uppsala universitet, den har gett mig mer kunskaper i ämnet. Här kommer några frågor och svar från kursen.

Varför är det viktigt att inneha kunskap om kulturella aspekter som sjuksköterska?

Att ha kunskap om de kulturella aspekter är viktiga för att kunna underlätta och förstå bättre de situationer som vi ställs inför och detta i sin tur gör våra egna handlingar mer förståeliga och meningsfulla. Ett ömsesidigt lärande skapas. Det kan sägas att det blir som ett verktyg för att hantera olika situationer som vårdaren möter i vårdrelationen. Kunskapen är viktigt för att tillhandhålla kvaliteten på vården och det förbättrar hälsoresultaten (Hansen, 2013).

För att kunna upprätthålla en helhetssyn behöver sjuksköterskan möta varje individ där hen befinner sig. Ibland kan olikheter skapa missförstånd och med fördjupade kunskaper kan missförståndet upphöras. För att kunna ge en optimal vård och värdefull och respektfull bemötande måste vårdaren ha förståelse och kunskap om patientens kulturella bakgrund (Bjarnason, Thompson, Cloyd, 2009)

Eftersom varje människa är unik behöver vårdaren alltid utgå ifrån varje patient individuellt för att kunna förstå dennes

livsvärld. Kulturell kompetent är en viktig aspekt i vård mötet, att visa sin medvetenhet om hens kultur, religion och världsuppfattning ger i sin tur en positiv känsla av att bli sed och bekräftat i vård mötet (Björngren Cuadra, 2010).

Beskrivning av de mänskliga rättigheterna (WHO)

Mänskliga rättigheter omfattar alla människors rättigheter oavsett land, kultur och kontext alla är födda fria och lika i värde och rättigheter. Det finns olika slags rättigheter som kallas medborgerliga och politiska rättigheter och de andra rättigheterna är en grupp så kallad ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter, några exempel på detta är allas rätt att få arbete och att försörja sig och de som inte kan får försörjningsstöd, rätten till utbildning, samt rätten till lika sjukvård för alla. Staten har det yttersta ansvaret för att skydda människors rättigheter från att kränkas. Myndigheter, kommuner och landstinget har också ansvar. Efter andra världskriget inträdde många länder och samarbete i så kallade Förenta nationerna, FN. De inrättade FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna där de tillsammans skrev ner vilka rättigheter som är viktiga. FN konventioner är styrda lagar och regler som omfattar mänskliga rättigheter vilket Sverige är med skrivit under en hel del av dessa konventioner (Regeringskansliet, 2018).



Newroz Özalp

Egna erfarenheter inom området

Att komma till ett främmande land ställer höga krav på individen eftersom det handlar om att bli konfronterad med ett främmande samhälle med andra värderingar, kultur, språk och andra vanor än det man är inlärd med. Kultur för mig är inte bara när man kommer från ett annat land som kulturen skiljer sig från det land man befinner sig. Jag kan vara en del av det folkslaget som jag tillhör och ha gemensam kultur men fortfarande ha en annan kultur i min familj som jag är uppväxt i eller vara komma från två olika städer och vara svensk i samma land men fortfarande ha en annan kultur. Därför är det viktigt som sjuksköterska ha ett bredd perspektiv att se på just kulturbegreppet. Människans värderingar, livsvärld uppfattning och vanor har lika mycket stor betydelse, man måste alltid ställa sig frågan "vem" har jag framför mig utan att tänka från vilket land hen kommer ifrån.

Mina reflektioner av att möta patienter från olika kulturer har varit olika vid varje vårdmöte. Jag jobbar på en vårdcentral som ligger i förorten. Mina patienter till en stor del kommer från en annan kultur. För mig har varje vårdmöte med patienten varit en utmaning och unik. Patientgrupper som jag har träffat i stor utsträckning är lågutbildade och har många gånger brist på språk och tolkavändning är mycket vanligt i mitt arbete. Min utländska bakgrund har varit en stor

hjälp i mötet med patienten. Jag har kunnat nå patienten på ett annat sätt, genom att kunna prata samma språk och ha kännedom om deras kulturella bakgrund har varit mycket lättare att kunna förstå patienten. Att kunna möta patienten där hon är och utgår ifrån de förutsättningar som hon har många gånger gett ett positivt resultat i mitt arbete.

Genom att prata ett gemensamt språk, och visar intresse för att försöka förstå patienten bekräftar jag patienten i hennes berättelse. Patienten får utrymme till att hon kan känna sig bekvämt och på så sätt skapar vi en ömsesidig tillit och trygghet i mötet. Jag känner språket och kultur kännedom gör att patienten kan öppna upp sig på ett annat sätt. Många gånger har tolkanvändning varit till stor hjälp när det har varit en skicklig tolk och då har det fungerat mycket bra. Men att använda sig utan tolk och prata samma moderspråk som patienten är en helt annat vilket det framkommer i samtalen att patienten uppger sin uppskattning att ha någon som kan förstå henne och att hon kan berätta sina känslor på ett helt annat sätt. Det som är viktigt i vårdrelationen enligt mina erfarenheter är att ge utrymme och backa ett steg samt lämna ordet till patienten för att kunna få patienten känna sig bekväm och få möjlighet till att berätta sin historia. Detta ger många gånger mycket mer information än om det skulle ställas direkt frågor till patienten. Jag tycker att i det mänskliga kravlösa samtalet skapas en naturlig avslappnad atmosfär som ger en känsla

lugnet. Eftersom vi lever i ett mångkulturellt samhälle anser jag att det är nödvändigt med att tidigarelägga i utbildningen integrering av kulturellt lärande innehåll i läroplanerna för omvårdnad. Kunskap är en färsk vara och som sjuksköterska behöver vi ständigt utvecklas i vårt område för att kunna ge en optimal vård och förbättra vårdbete. För att kunna förstå bättre och föra vidare ditt budskap måste du också förstå att bakom varje kultur finns en människa med individuella behov och önsningar.

*Författare: Newroz Özalp
Diabetessjuksköterska,
Hallunda Vårdcentral,
newrozcan75@gmail.com*

Referenser

Björngren Cuadra. (2010). Omvårdnad i mångkulturella rum : frågor om kultur, etik och reflektion (1. uppl.). Studentlitteratur.

Bjarnason, D., Mick, J.A., Thompson, J.A., Cloyd, E. (2009). Perspectives on Transcultural Care. Nursing Clinics of Nordf American. Vol.44 (4), 495-503 <https://doi-org.ezproxy.its.uu.se/10.1016/j.cnur.2009.07.009>

Regeringskansliet. (2018). Vad är mänskliga rättigheter. Hämtat 2022-11-03 <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/demokrati-och-manskliga-rattigheter/fakta-om-manskliga-rattigheter/vad-ar-manskliga-rattigheter/>

Wikblad, K. (2012). Omvårdnad vid diabetes. Studentlitteratur: Lund.

KALENDARIET 2023-2024

Kongresser och möten

FEND

Federation of European Nurses in Diabetes.
29-30 September
Hamburg
www.fend.org

EASD

European Association for the Study of Diabetes.
2- 6 Oktober
Hamburg
www.easd.org

Nationellt möte SFD

13 -14 Oktober
Göteborg
www.sfd.se

IDF

Internationella Diabetesorganisationen
Digital kongress
4-7 December
www.idf2022.org

ATTD

Internationell teknik- och diabetesmöte
6-9 Mars, 2024
Florens
www.attd.kenes.com

NYHET SFSD!

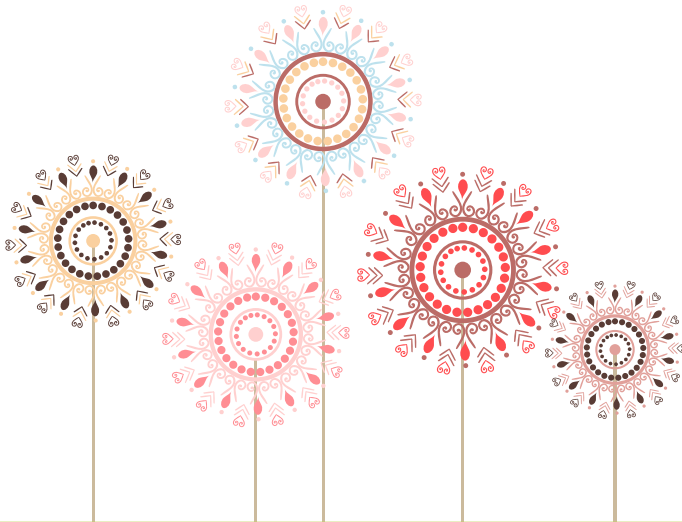
Ansök om resestipendium för medlemmar

SFSDs resestipendium syftar till att främja specialistsjuksköterskans kunskap i omvårdnad vid diabetes. Resestipendiet kan sökas av dig som varit betalande medlem i SFSD i minst ett år och verkar inom området hälso- och sjukvård för personer med diabetes. SFSD kommer att årligen dela ut ett eller flera resestipendier. Resestipendiet kan sökas för deltagande vid konferenser/symposier nationellt eller internationellt. Stipendiet kan inte sökas för utbildning. Resestipendiet kan inte sökas av förtroendevald styrelsemedlem och beviljas inte retroaktivt. Mer information finns på hemsidan: www.sfsd.se/stipendium



Årets Diabetessjuksköterska

Tanja Markestål, Malmö Stad



Årets diabetessjuksköterska är en utmärkelse som går till en sjuksköterska som under längre tid har bidragit till ökad kvalitet inom diabetesvården genom sitt kunnande, engagemang och agerande.

Motivering:

Engagerad, bidragit till flertalet förbättringar inom diabetesområdet och samtidigt inspirerat andra.

Har ett brinnande intresse i diabetes och har gått i fronten för skapande av nätverk inom området.

Har en förmåga att se patienten som helhet, sätta diabetes i ett sammanhang kopplat till komplexa samhällsförändringar men även visat att hon praktiskt kan genomföra konkreta åtgärder i det dagliga arbetet som gynnar personerna med diabetes.

Nominerad av: Christina Hansson Ravanelli

"– Det är ärofyllt att få utmärkelsen. Det tog ett tag innan jag riktigt förstod att det var jag, men nu har det sjunkit in. Jag blev ju totalt chockad när mitt namn ropades ut vid utdelningen. Benen skakade, och jag fick ju inte fram ett enda ord, hjärnan var liksom bortkopplad, jag brukar ju kunna tala för mig.

När jag hörde nomineringen så tänkte jag att hen vill jag absolut komma i kontakt med för hen jobbar ju som jag! Jag har jobbat länge som diabetessjuksköterska, sedan 2009. De senaste åren som patientansvarig distriktssjuksköterska i kommunal regi men har alltid vid sidan av det arbetet arbetat för att vården kring en patient som är inskriven i kommunal hemsjukvård ska få en bättre och jämlik vård. Jag har stundtals känt mig ensam i det arbetet men alltid haft fint stöd av kollegor, chefer och primärvårdens diabetessamordnare.

Så att få denna utmärkelse är en bekräftelse på att jag gör/gjort rätt och det är så betydelsefullt och ett erkännande att det jag gör faktiskt betyder något och är bra. Jag har fått gratulationer internt inom förvaltningen och externt tex Diabetesförbundet, Malmö stad."

ÅRETS KVALITETFÖRBÄTTRARE

Christina Wasberg, Distrikts-/Diabetessköterska Linden Din Hälsocentral



Christina Wasberg

Jag kan säga att jag har ännu inte smält det fullständigt oväntade som hände den kvällen, för vid min ålder existerar inga tankar på sådana utmärkelser så det var nästan chockartat att höra mitt namn ropas upp i det sammanhanget.

Men naturligtvis också otroligt hedrande och mycket roligt att få en sådan fin uppskattning och det har även spridit ringar på vattnet då man även uppmärksammat det här i min region både lokalt på mitt arbete och regionalt.

Och jag tänker att mycket är kopplat till mitt uppdrag som diabetessamordnare på 20 % vilket innebär något av en nyckelfunktion i arbetet med diabetesvårdens kvalitetshöjande åtgärder och har gjort mig till ett välkänt namn bland Regionens diabetessköterskor.

Motivering: Christina Wasberg har med stort mod tagit sig an uppgiften att förbättra diabetesvården i Gävleborg. Christina har jobbat i många år med att etablera samarbete med primärvård och diabetesmottagningen, där mångfald och samtal varit ledstjärnor. Christina har alltid visat nyfikenhet, engagemang och intresse och har arbetat i många år med oavbruten ambition att utveckla diabetesvården, hjälpa och stödja sina kolleger med att öka deras kompetens.

VETENSKAPLIG POSTERSTIPENDIUM

Ingrid Wijk, Sophiahemmet Högskola



Ingrid Wijk

Utvärdering av ett stresshanteringsprogram baserat på Acceptance and Commitment Therapy för personer som lever med typ 1 diabetes – en randomiserad kontrollerade studie. Sophiahemmet Högskolan

Motivering: Postern är välskriven och ämnet är en viktig del av omvårdnaden inom diabetes. Forskningsprocessen är strukturerad och logiskt uppbyggd samt att kunskapsluckan är väl beskriven. Det finns en tydlig bakgrund och syfte samt en bra beskrivning av metod och resultat som avslutas med kliniska implikationer. Dessa synliggör betydelsen av ämnet inom omvårdnad vid diabetes och inte minst för patientperspektivet och delaktigheten.

OMVÅRDNADSSTIPENDIUM

Anette Sandberg och Sophia Örjandotter Orr. Endokrinmottagningen på Skånes Universitetssjukhus Lund



Anette Sandberg och Sophie Örjandotter Orr

Diabetes typ 1 och äldre upplevelser av att leva med avancerad insulinpump.

Motivering: Projektet beskriver äldre personer med typ 1 diabetes upplevelser av att leva med avancerad insulinpump och deras upplevelser av tillhandahållet stöd. Ökad förståelse för denna grupp kan utgöra ett underlag till information och utbildning riktade till personal inom äldreomsorgen.

VETENSKAPLIGT POSTERSTIPENDIUM

Maria Manke och Ann-Marie Svensson, Skaraborgs sjukhus i Skövde



Maria Manke och Ann-Marie Svensson

Maria Manke och Ann-Marie Svensson Specialistsjuksköterskor i hemsjukvård- deras erfarenhet av äldre patienter med typ 1 diabetes.

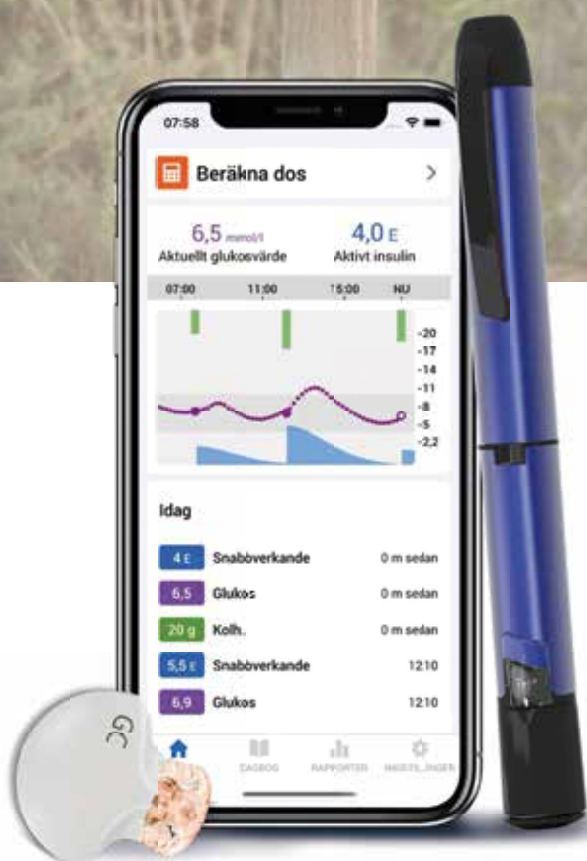
Motivering: Postern är välskriven med fokus på diabetesvård. Ämnet är en viktig del av omvårdnaden inom diabetes och har fokus på den patientgrupp och deras behov måste uppmärksammas. Forskningsprocessen är strukturerad och logiskt uppbyggd samt att kunskapsluckan är väl beskriven. Det finns en tydlig bakgrund och syfte samt en bra beskrivning av metod och resultat som avslutas med kliniska implikationer och rekommendationer. Dessa synliggör betydelsen av ämnet inom omvårdnad vid diabetes.

Medtronic

Vi introducerar Smart Pennsystem

Ett integrerat system av CGM- och smartpenna från Medtronic

Nyhet!



Ligg steget före glukosnivåerna med sensorn Guardian™ 4 och smartpennan InPen™

- ✓ Både glukos- och insulindata i en app
- ✓ Glukosvärden i realtid
- ✓ Larm vid högt & lågt
- ✓ Spårar doseringsdata automatiskt
- ✓ Påminner vid missade måltidsdoser
- ✓ Integrerade rapporter med glukos och doseringsdata

Läs mer på www.medtronic-diabetes.se

Denna information är inte medicinsk rådgivning och bör inte användas som ett alternativ till att prata med ditt diabetesteam. Diskutera indikationer, kontraindikationer, varningar, försiktighetsåtgärder, potentiella biverkningar och ytterligare information med din läkare.

SE-CMS-2300001 © 2023 Medtronic. Medtronic, Medtronics logotyp och Engineering the extraordinary är varumärken som tillhör Medtronic. Alla andra varumärken är varumärken som tillhör ett Medtronic-företag.



Lär tillsammans om diabetes – gruppbaserad patientutbildning

Grupputbildning är ofta en bortprioriterad arbetsuppgift i primärvården. Det finns flera olika anledningar till att personer med diabetes inte erbjuds grupputbildning. Kunskaps- team Endokrina sjukdomar, Akademiskt Primärvårdscen- trum erbjuder fortbildning, för att öka kunskapen om grupputbildning och har vidareutvecklat grupputbildnings- material för vårdgivare.



Marina Stenbäck

Fakta om grupputbildning:

- Såväl individuell som gruppbaserad utbildning prioriteras högt till personer med typ 2 diabetes. Utbildningen anses idag lika viktig som den medicinska behandlingen och utgör en viktig grund för att kunna hantera egenvården vid diabetes.
- Forskning visar att personer med diabetes som gått grupputbildning ledd av kunnig och pedagogisk personal förbättrar sitt HbA1c. Därför rekommenderar Socialstyrelsens riktlinjer en sådan utbildning till alla personer med typ 2 diabetes.
- Då diabetessjuksköterskan utgår från deltagarnas frågor och funderingar kring sjukdom, behandling, egenvård och hantering av sjukdomen i vardagen skapas reflektion. Deltagarna upplever delaktighet och samhörighet och lär mer om sjukdomen på en existentiell nivå. Gruppen utgör ett personligt stöd.
- Utbildningen är en förutsättning för att personen med diabetes ska kunna ta ställning till, bli motiverad och genomföra levnadsvaneförändringar.
- Evidens visar på en ökad förmåga att hantera diabetes i vardagligt liv, förbättrad livskvalitet och förbättrad metabol kontroll. Detta gäller även personer med annan kulturell bakgrund och annat språk än svenska.

Bakgrund:

För att en person med typ 2 diabetes ska kunna hantera sin egenvård har personen behov av fortlöpande stöd och utbildning. Syftet med utbildningen är att öka personens förutsättningar för att hantera sjukdomen i vardagen med bibehållen god livskvalitet. Det innebär djupare insikt och kunskap om sjukdomen, dess behandling och riskfaktorer.

Att genomföra gruppbaserad diabetesutbildning på vårdcentralen genererar att diabetessjuksköterskan kan träffa fler patienter under ett och samma tillfälle. Detta är enligt Socialstyrelsen kostnads- effektivt och borde gynna vårdenheten.

Idag förespråkas personcentrerad vård. Personcentrerade diabetesgrupper där deltagarna får möjlighet att reflektera tillsammans och där diabetessjuksköterskan tar hänsyn till varje deltagare och anpassar utbildningen utifrån deltagarnas behov och förutsättningar har alltså en positiv effekt. Då fokus ligger på deltagarnas sjukdomsupplevelse samt hänsyn tas till existentiella och emotionella aspekter av att leva med en kronisk sjukdom, kan en förbättrad hantering av sjukdomen i vardagen uppnås.

Husdal (2018) visar att vårdcentraler som hade diabetesteam och bedrev grupputbildning var associerade till med en sänkt HbA1c-nivå för personer med typ 2 diabetes. Sammantaget visar resultatet i studien att diabetesvårdens per-

sonella resurser och organisationsfaktorer har en viss association med HbA1c nivån.

Diabetesförbundets rapport "Diabetesbarometern" (2022) har tittat på hur diabetesvården fungerar i landet. Patientupplevelse när det gäller utbildning och information om levnadsvanor, svarade 39 % av personer med typ 2 diabetes, att den delen fungerar dåligt eller mycket dåligt. Det finns alltså ett stort behov av utbildning. Diabetesförbundets förbättringsförslag är därför; att alla regioner bör erbjuda regelbundna utbildningar för personer som lever med diabetes, både för nydebuterade och för de som önskar uppdatering.

Akademiskt primärvårdscentrum (APC) i Stockholm, kunskaps- team Endokrina sjukdomar arbetar fortlöpande med att ge fortbildning och stöd till primärvården i region Stockholm för att fler vårdenheter ska komma i gång med grupputbildning. Trots utbildningen kommer få vårdcentraler i regionen i gång. Senaste utvärderingen från Socialstyrelsen från 2014 visade att 18 procent av primärvårdsenheterna i landet erbjöd grupputbildning och endast 4 % av diabetesmottagningarna erbjöd kulturpassad utbildning i grupp.

Vår erfarenhet är att fortsättningsvis att få vårdcentraler erbjuder grupputbildning inom regionen. Alltså är detta en arbetsuppgift som bortprioriteras. Då vi tar upp frågan i samband med diabetes

nätverksträffar framkommer följande faktorer genomgående; bristande resurser framför allt i form av personal, avsatt tid och stöd från ledning. Hög personalomsättning förekommer på Regions Stockholms vårdcentraler. Diabetessjuksköterskorna uttrycker att arbetsituationen är ansträngd, man har även andra arbetsuppgifter som behöver prioriteras som exempelvis telefonrådgivning, mot-tagningsarbete och hemsjukvård. Få diabetessjuksköterskor saknar relevant avsatt tid för patientutbildning då andra arbetsuppgifter behöver prioriteras.

APC erbjuder utbildning till diabetessjuksköterskor för att lära sig starta diabetesgrupper. Vi erbjuder även "Öppet forum" digitalt via Teams. Deltagare i öppet forum reflekterar tillsammans hur de kan starta diabetesgrupper. Reflektionen motsvara samma upplägg som rekommenderas i patientgrupper. Samtidigt presenteras grupputbildningsmaterialet. I detta forum har även andra regioner än Stockholm deltagit.

APC har tagit fram ett komplett personcentrerat utbildningsmaterial. Materialet är därför tänkt att användas som ett komplement vid deltagarnas frågor eller då man önskar förtydliga något. Många av bilderna i powerpointpresentationen utgörs av en bild som skapar reflektion. Vår förhoppning är att fler primärvårdsenheter lättare framöver skall kunna starta diabetesgrupper nu när grupputbildningsmaterialet finns att ladda ned via länk på SFSDs hemsida www.sfsd.se/dokument. Vid grupputbildning förutsätts att diabetessjuksköterskan uppmuntrar deltagarna till gemensam diskussion och reflektion. Materialet finns i en svensk och en arabisk version. Den arabiska versionen är kulturanpassad och översatt till svenska med syftet att diabetessjuksköterskan ska veta vad som finns i det arabiska materialet. För att erbjuda en mer jämlik vård är det viktigt att vården anpassas till individens förutsättningar och behov. Vid intresse att starta gruppbaserad utbildning för personer med diabetes, som är arabisktalande, kontakta nouha.saleh-stattin@regionstockholm.se

Eftersom det har visat sig att diabetesgrupper medför en god effekt i form av bättre livskvalitet och förbättrad metabol kontroll, anser vi det som oerhört viktigt att fler inom primärvården erbjuder denna form av utbildning. Då personer med diabetes får träffa andra och dela varandras erfarenheter får de en

helt annan möjlighet att ta hand om sin egenvård. Målsättningen är att personer med diabetes ska må så bra som möjligt och kunna leva ett gott liv. Alla personer med diabetes bör ha rätt till en jämlik vård. Fortsatt stöd och utbildning till vårdpersonal om hur starta diabetesgrupper i primärvård är självklart angeläget.

Referenser:

Husdal, R., et al (2018). Resources and organisation in primary health care are associated with HbA1c level: A nationwide study of 230 958 people with Type 2 diabetes mellitus. *Primary Care Diabetes*, 12(1), 1-96.

Jutterström, L. (2013). Illness integration, self-management and patient-centred support in type 2 diabetes. <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A615238&dswid=-3769>

Jutterström, L., Hörsten, Å., Sandström, H., Stenlund, H., Isaksson, U. (2016). Nurse-led patient-centered self-management support improves HbA1c in patients with type 2 diabetes – a randomized study. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.016>

Kjellsdotter, A., Berglund, M., Jebens, E., Kwick, J., & Andersson, S. (2020). To take charge of one's life - group-based education for patients with type 2 diabetes in primary care - a lifeworld approach. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15(1), 1726856.

Socialstyrelsen. (2018). Nationella riktlinjer för diabetesvård. Stöd för styrning och ledning.

Svenska Diabetesförbundet. (2022). Diabetesbarometern, rapport.

https://www.diabetes.se/contentassets/626f2b9f35e7434f97258184c1dd1dda/svenska-diabetesforbundet_rapport_diabetesbarometern_november.pdf

Författare:

Marina Stenbäck

vårdutvecklingsledare,
diabetessjuksköterska.

Akademiskt primärvårdscentrum

Marina.stenback@regionstockholm.se

Grupputbildningsmaterial: Powerpointbilder i PDF finns på hemsidan. www.sfsd.se



Du och diabetespatienten kan få stöd från Tobaksstoppprojektet

Diabetespatienter röker mer än genomsnittet. Detta innebär att ca 50 000 personer i Sverige utsätter sig för en förödande kombination av riskfaktorer, men det finns effektiva och bra metoder att bota tobaksberoendet. Tobaksavvänjning är kostnadseffektiv, hälsobringande och bra för miljön. Den behöver nå fler, individanpassas, och optimeras via forskning, struktur och samarbete. Tobaksstoppprojektet kan bli en viktig kugge i diabetesvården.

Ogynnsam synergi

I Sverige röker ca 14-15% av patienterna med typ 2-diabetes; 11-12% av de med typ 1-diabetes. Det är mer än svenska genomsnittet (ca 6 %).

Vid diabetes är risken för hjärtinfarkt, stroke och gangrän hög i sig men är individen dessutom rökare uppkommer en samverkan. Addition av riskfaktorerna (1+1=2) gäller inte, i stället multipliceras riskerna på ett olyckligt vis och slutresultatet blir mer än 2.

Fenomenet kallas synergieffekt. Och det kommer sig av att rökning i sig är en riskfaktor för njursvikt, synskador, nervskador, svårläkta sår och amputation. Risken för amputation blir extra stor eftersom rökning främjar åderförkalkning i benets artärer; hudens kapillärer skadas t.ex. via mikrotromboser i kapillärbädden, dessutom försämras det skyddande känselsinnet.

Tobaksrökning minskar genomblödningen i kroppens periferi via kapillärsammandragning, det minskar tillförseln av syre och näring, och sätter ner förmågan att forsla bort slaggprodukter. Hemoglobinet binds till kolmonoxid i stället för syre vilket ytterligare minskar syrsättning av såret och vävnader intill. Därtill minskar syntesen av kollagen i huden.

Även snus och andra nikotinnehållande produkter försämrar sår läkningen genom försämrad genomblödning, Snus höjer pulsen och blodtrycket och ger

perifer kyla. En aktuell studie visade att snusare hade 28 % ökad risk för förtida död oavsett orsak jämfört med icke-snusare. De hade också 27 % ökad risk för död i hjärtkärlsjukdom såsom hjärtinfarkt eller stroke. Så det finns goda skäl att ge all nikotinavvänjning hög prio! Till patienten som slutat röka och fortsatt med snus säger jag att du tagit ett viktigt steg för din hälsa. Är du nöjd eller vill du bli helt fri från nikotin? Då blir hälsovinsterna ännu större och rökstoppet stabilt. Vill du ha sådan hjälp nu eller i framtiden hjälper jag dig gärna och det finns bra metoder.

Rökavvänjning är en av vårdens mest kostnadseffektiva behandlingar. När nya behandlingar/läkemedel införs i svensk sjukvård görs grannliga analyser och förhandlingar sker utifrån priset per vunnet levnadsår. En kostnad kring upp emot miljonen anses ofta rimlig. Vid effektiv rökavvänjningshjälp blir priset per vunnet levnadsår några tusenlappar.

Ungdomar som blir beroende av att röka kortar livet med i snitt tio år - om beroendet ej kan brytas.

Att vara rökfri förbättrar sår läkningen avsevärt, det skyddar på köpet mot hjärt- kärlsjukdom, cancer, KOL, impotens, tandlossning, allvarlig Covid-19, influensa, samt motverkar bakteriella lunginflammationer.

Trettioåringen som slutar röka för gott vinner 10 år; 50 åringen vinner i snitt 5-6 levnadsår, så visst – överlevnads vinster-



Tobaksstopp.

na avtar något men även vid hög ålder tillhör stöd till rökstopp de viktigaste insatserna vid diabetesvård. Rökning medför ca 15% lägre känslighet för insulin vilket ökar insulinbehovet alternativt höjer blodsockret. Efter ca 8 veckors rökfrihet återställs insulinkänsligheten. Mekanismerna är inte kartlagda. Rökning och rökstopp påverkar levermetabolismen och därmed många läkemedel, efter rökstopp ses en ökad effekt av t.ex. waran, teofyllamin och olika psykofarmaka. Efter tre månader som rökfri har risken för komplikationer vid kirurgi minskat till hälften.

Rökavvänjning är kostnadseffektivt, skapar hälsa och ger på köpet gynnsamma miljöeffekter. Tobaksproduktion och konsumtion har stor och negativ inverkan på miljön, med höga CO₂-utsläpp, kemikaliesprutning, ohälsosamt barnarbete, avskogning, vattenbrist, nedskräpning – fimpen är jordklotets vanligaste skräpföremål och skapar enorma utsläpp av mikroplast i hav och vattendrag (2). Stora arealer, inte minst i fattiga länder, används till tobaksodling. Det är mycket mat som därmed "går upp i rök".

Hur ser svensk tobaksavvänjning ut?

Det finns stora kunskapsluckor. Hur kan hjälpen till de tobaksberoende förbättras? Vilka insatser har störst effekt? Hur kan vi kvalitetssäkra Sveriges tobaksavvänjning?

Under 2020 startade en nationell databas om tobaksavvänjning - Tobaksstoppsprojektet. Forskningsprojekt utgår från Lunds universitet och stöds av bland annat FORTE/Vetenskapsrådet. I Danmark (som är förebild) har databasen avlastat tobaksavvänjarna genom hjälp med uppföljning och samtidigt genererat viktig kunskap, inte minst om utsatta och sårbara grupper som röker mest. I Danmark har man samlat kunskap från mer än 150 000 rökstopp, vilket gett möjlighet att jämföra och effektivisera behandlingarna.

Tobaksstoppsprojektet har förutsättningar att bli ett lika viktigt stöd för svenska tobaksavvänjare. Det kan generera en överblick av svensk tobaksavvänjning, var den sker, vilka former av stöd som erbjuds. Projektet ger avlastning, feedback och kunskap till tobaksavvänjare genom extern uppföljning (telefonenkät) som görs sex månader efter tobaksstoppet.

Rekryteringen till Tobaksstoppsprojektet började våren 2020, vilket tyvärr krockade med Covid-19 pandemin, då många tobaksavvänjare omplacerades, patienter var rädda för att söka, och i många fall nekades hjälp med rökavvänjning. Detta trots att studier talar för att pågående rökning ger allvarligare utgång av Covid-19; för att inte tala om hur rökning påverkar riskfaktorerna KOL, hjärtkärlsjukdom och diabetes. Trots Covid-19 har allt fler anslutit sig till projektet. När pandemin nu (förhoppningsvis) gått in i en stabilare fas är det läge för alla i Sverige som bedriver professionell tobaksavvänjning att ansluta sig, inte minst för diabetessköterskor. Många sjuksköterskor har utbildning i motiverande samtal eller annan pedagogisk utbildning vad gäller samtal om levnadsvanor. Men få har privilegiet att verka som tobaksavvänjare i primärvården.

Stort förbättringsutrymme

Sveriges rökavvänjning går dock att förbättra avsevärt. De senaste 20 åren har utbildats fler än tusen diplomerade tobaksavvänjare i Sverige. Men det finns obesvarade frågor: Får de som utbildats överhuvudtaget (utrymme att) jobba med tobaksavvänjning? En enkät visade att de som jobbar med tobaksavvänjning i många fall har för lite tid avsatt, styrs till andra arbetsuppgifter, och har osäkra anställningar, t.ex. i projektform. Detta trots att rökavvänjning har mycket hög prioritering i Socialstyrelsens riktlinjer. Hur många diabetessköterskor är för

resten diplomerade tobaksavvänjare – är du en av dem?

Även farmakabehandlingen har ett enormt förbättringsutrymme. Vareniklin (Champix) har få biverkningar och interagerar inte med andra läkemedel, och är omkring 2–3 gånger effektivare än placebo, men är indraget av tillverkaren Pfizer AB på obestämd tid. Anledningen är att halten av nitrosamin i vissa fall legat över gränsvärdet.

Pfizer AB tog på rekordtid fram vaccin mot Covid-19. Det var naturligtvis högt prioriterat av samhället, men det finns starka skäl att prioritera rökavvänjningsläkemedel på motsvarande vis. Rökning orsakar enligt WHO omkring 7 miljoner dödsfall per år, dvs i paritet med Covid-19 detta år. Dessvärre har rökning skadat och dödat på liknande vis under många decennier och man anar inget slut på den "tobaksrelaterade pandemin". Saknas läkemedel för avvänjning blir alternativet för många fortsatt tobaksrökning, som ger betydligt högre exponeringen för nitrosamin – för att inte tala om alla andra gifter i tobaksrök, som kolmonoxid och ett sextiotal carcinogener.

Cytisin är ett intressant läkemedel

Men det finns ett liknande rökavvänjningsläkemedel, nämligen cytisin. Studier visar ungefär likvärdiga resultat som vareniklin vad gäller effekt och biverkningar [3,4]. Cytisin intas normalt 6 gånger per dag initialt med succesiv utglesning under 25 dagar, vilket är den normala behandlingstiden. Det har använts i Östeuropa sedan 70-talet och säljs receptfritt i Polen. Cytisin är godkänt av Läkemedelsverket (LMV) och kan förskrivas på licens (det görs ganska enkelt via KLAS på LMVs hemsida).

Rökavvänjning tillhör sjukvårdens allra mest kostnadseffektiva behandlingar, men med cytisin kan ekvationen bli än mer fördelaktig [3,4]. Den billigaste produkten (Desmoxan) kostar mindre än 400 kronor, vilket motsvarar ca en sjättedel av kostnaden för en Champix-kur. Dessutom omfattas cytisin av läkemedelsförmån - inte oväsentligt eftersom många rökare har svag ekonomi. Författaren ger gärna tips som kan underlätta för patient och förskrivare.

Rökavvänjningsläkemedlet bupropion (Zyban) är ett annat receptbelagt alternativ med stor evidens. Vid starkt tobaksberoende har jag tidigare med fördel kombinerat bupropion och vareniklin.

Den kombinationen visar god effekt i studier, men det vore intressant att pröva även hur cytisin och bupropion kan fungera i kombination.

Vi ska förstås inte glömma det receptfria alternativet nikotinläkemedel. Mycket talar för att kombinera det mer långverkande nikotinplåstret med ett mer snabbverkande nikotinpreparat som tuggummi, sugtablett, eller munspray.

Bota en ung 30-åring från rökning och hen vinner 10 levnadsår jämfört med om rökningen skulle fortsätta. Och för en diabetespatient handlar det sannolikt om ännu stötta vinster både i livslängd och livskvalitet, hen undgår ju den förödande synergieffekten!

Genom en bred anslutning till den svenska databasen "Tobaksstoppsprojektet" kan vi tillsammans uppnå positiva synergieffekter. Kunskapen om effektiva behandlingar till olika grupper ökar, inte minst till utsatta och sårbara grupper som röker mer (t.ex. diabetespatienter). Du som deltar stimulerar och utvecklar en förbisedd men mycket angelägen medicinsk- och omvårdnadsvetenskaplig forskning.

Utmaningen är att se till så fler diabetespatienter får möjlighet till tobaksavvänjning, och vi behöver individanpassa behandlingen genom forskning, struktur och samarbete. Låt oss göra den så bra som möjligt. Tobaksavvänjning ger bättre hälsa, bättre ekonomi (för patient och samhälle) och stora miljövinster. Snacka om positiva synergieffekter!

*Matz Larsson
Överläkare, Hjärt Lung
Fysiologikliniken
Universitetssjukhuset Örebro,
docent
Kliniskt Centrum för Hälsofrämjande
Vård, Lunds Universitet*

Referenser:

1. www.tobaksstoppsprojektet.org
2. VISIRfolder_miljo_okt2019_4sidA5.pdf (visominteroker.se)
3. Courtney RJ, McRobbie H, Tutka P, et al. Effect of Cytisine vs Varenicline on Smoking Cessation: A Randomized Clinical Trial. *Jama* 2021;326(1):56-64.
4. Walker N, Smith B, Barnes J, et al. Cytisine versus varenicline for smoking cessation in New Zealand indigenous M ori: a randomized controlled trial. *Addiction* 2021;116(10):2847-58.
5. Lisa Byhamre, Avhandling. Fint som snus? – Snusning, mortalitet och vad som finns däremellan, en fördjupad bild av hur hälsan påverkas av att snusa.

Vem är vår nya styrelseledamot?

Cathrine Astermark är verksam inom barndiabetesvården och blev invald in i styrelsen under årsmötet 20 april 2023.



Cathrine Astermark

Mitt namn är Cathrine Astermark och jag är ny i styrelsen. Jag bor i Staffanstorp med min man, har 4 vuxna barn och 4 underbara barnbarn. Under hela mitt yrkesverksamma liv som sjuksköterska har jag jobbat på Universitetens sjukhuset i Lund, framför allt på barn- och ungdomsmedicinska kliniken. Jag är vidareutbildad barnsjuksköterska och diabetessjuksköterska. Jag var med i den första "kullen" sjuksköterskor som gick vidareutbildningen till Diabetessjuksköterska i Uppsala och slutförde då min Magisterexamen. Jag arbetar sedan 12 år tillbaka i barndiabetesteamet på Barn och ungdomsmedicinska kliniken.

Under mina år på barnakuten mötte jag barn och ungdomar som kom in akut med nydebuterad diabetes eller andra akuta diabetesrelaterade problem. Under dessa år gick jag olika fristående diabeteskurser i Malmö, för att till slut "knyta ihop säcken" och ta examen som Diabetessjuksköterska i juni 2017 i Uppsala, som en av de två första barnsjuksköterskor i Sverige att göra detta.

Patienter med diabetes, framför allt barn och ungdomar, har alltid haft en speciell plats i mitt hjärta. Orsaken till detta är att en av mina döttrar insjuknade i typ 1 diabetes när hon var fyra år gammal. På den tiden var familjen inskriven på sjukhuset 4 i veckor, sedan blev vi utskrivna till verkligheten. Det var en tuff tid, då plötsligt familjen skulle hitta en vardag. När dottern insjuknade gällde "stick in

fingret", insulinsprutor och fasta insulin-doser. Utvecklingen har gått framåt i snabb takt med kortare vårdtider, bättre blodsockermätare, insulinpennor, kolhydraträkning, sensorer och Closed Loop pumpar. Det är utvecklande och spännande att som diabetessjuksköterska vara delaktig i den utvecklingen.

Jag har alltid gillat nya utmaningar och känner att det ska bli spännande att få vara delaktig i styrelsen för SFSD. Jag hoppas att jag kan bidra med min erfarenhet som barndiabetessjuksköterska, "diabetesmamma" och nu även sedan några månader som mormor till ett barnbarn med nydebuterad typ 1 diabetes.



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 använda¹ med omedelbar behandlingseffekt²

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

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

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

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

² 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

Hon ger telefonrådgivning till personer med typ 1-diabetes

De senaste två åren har Eva Isacson svarat på samtal i Barn-diabetesfondens rådgivningstjänst "Råd- och stödlinje med diabetessköterska". Varje onsdag finns hon tillgänglig för att svara på alla tänkbara frågor om typ 1-diabetes.

– De som ringer är väldigt tacksamma, vilket gör att jag känner att jag gör nytta, säger hon.



Eva Isacson

I februari 2021 lanserade Barndiabetesfonden "Råd- och stödlinje med diabetessköterska" för medlemmar i Barndiabetesfondens Riksförening. Den kostnadsfria rådgivningstjänsten startades för att erbjuda personer som lever med eller nära typ 1-diabetes, en plattform att kunna ställa frågor om typ 1-diabetes under kvällstid, då många diabetesmottagningar håller stängt. För uppdraget rekommenderade Barndiabetesfondens grundare Johnny Ludvigsson den erfarna diabetessköterskan Eva Isacson, som arbetat som sjuksköterska i över 40 år, på Barn- och ungdomskliniken i Linköping i 32 år, varav de senaste 20 åren som diabetessjuksköterska.

– När Johnny Ludvigsson frågade mig om jag var intresserad så visste jag direkt att det här är något jag vill göra. Jag har jobbat med detta i så många år och vet att typ 1-diabetes hos barn och ungdomar kan vara tufft att leva med, säger Eva Isacson.

På onsdagskvällar mellan 17.00 och 20.00 kan patienter, anhöriga samt vård-, skol- och idrottspersonal som behöver råd, känner oro eller har frågor kopplat till egenvården av typ 1-diabetes, ringa till Råd- och stödlinjen.

– Frågorna kan handla om allt möjligt som berör egenvården av typ 1-diabetes. Där ingår ju till exempel insulinbehandling, fysisk aktivitet, kost, skola eller tips för småbarn som ska på kalas. Man kan ringa in med praktiska problem i vardagen

och hur man ska tänka. Inga frågor är för små eller för dumma utan alla frågor och funderingar är bra. Det viktiga att komma ihåg är att vid akuta situationer ska man inte sitta i telefonkö till mig, utan då måste man kontakta sitt sjukhus eller sin klinik, säger hon.

Inledningsvis var det mestadels kvinnor som ringde, men nu börjar fler få upp ögonen för rådgivningstjänsten, berättar Eva.

– I början var det oftast mammor, mor-mödrar, farmödrar och kvinnliga förskollärare som ringde eftersom de hade funderingar. De flesta mor- och farföräldrarna har ringt för att få tips kring hur de kan stötta sina barn och avlasta familjen där deras barn barn fått diabetes. På sistone har flera pappor och personer som själva har typ 1-diabetes ringt för att ställa frågor vilket jag tycker är jättebra. Den äldsta som har ringt in var över 85 år gammal. De som ringer är väldigt tacksamma, vilket gör att jag känner att jag gör nytta.

Samtalen med Råd- och stödlinjen är konfidentiella vilket innebär att Eva har tystnadsplikt över vad som sägs. Eftersom telefonlinjen håller öppet under tre timmar finns det gott om tid att prata igenom sina funderingar ordentligt.

– Jag har ju ingen tidsbrist utan det kan bli samtal på upp till 40 minuter vilket jag tror är värdefullt för att hinna prata igenom sina funderingar ordentligt. Det har

varit en lugnare vinter, så det finns utrymme för fler att ringa, säger Eva Isacson.

Eva Isacson tar emot samtal på onsdagskvällar mellan 17:00 och 20:00. Telefonnummer: 010-500 60 11.

Det är viktigt att veta att för personer med diabetes:

- Vid akuta problem ska man alltid vända sig till sitt sjukhus eller diabetesteam.
- Rådgivningen ersätter inte rådgivning, undersökningar eller vård som ges av ordinarie diabetesteam, läkare eller annan vårdpersonal, och utgör ingen konkurrerande verksamhet med ordinarie diabetesteam, som alltid har huvudansvaret.
- Rådgivningen resulterar inte i någon vårdrelation vilket innebär att de ansvarsförhållanden som gäller inom offentlig sjukvård, inte gäller för kontakten med Barndiabetesfondens diabetessköterska.
- Sjuksköterskan har inte tillgång till tidigare uppgifter om personens hälsa och för heller ingen journal för eventuella återkommande kontakter.
- Ingen journalföring sker.
- Du kan vara anonym när du ringer Råd- och stödlinjen.

Det här är Barndiabetesfonden

Barndiabetesfonden är en organisation som kämpar för en framtid utan typ 1-diabetes. Det är Sveriges största finansierare av typ 1-diabetesforskning och den enda aktören med enskilt fokus på sjukdomen. Genom att stötta forskningsprojekt som syftar till att förebygga, bota eller lindra typ 1-diabetes hos barn, ungdomar och vuxna, arbetar fonden för att hjälpa forskningen nå ett botemedel till år 2040. Namnet på organisationen kan vara lätt att missuppfatta, men Barndiabetesfonden arbetar för att bota alla med typ 1-diabetes, det gäller både vuxna, ungdomar och barn. Fonden har 90-konto och är medlem i Giva Sverige, båda kvalitetsstämplar för ett tryggt givande. H.K.H Kronprinsessan är sedan 1993 Barndiabetesfondens beskyddare.

Som medlem i Barndiabetesfondens Riksförening är du med i kampen mot typ 1-diabetes genom att öka stödet till drabbade, öka kunskapen om sjukdomen och öka insamlingen till den livsviktiga forskningen. Du får även tillgång till ett flertal förmåner som till exempel:

- Automatiskt tillträde till din närmsta lokalförening där du och andra drabbade kan få stöd, arrangera insamlingsaktiviteter och hjälpa till att öka kunskapen om typ 1-diabetes.
- Barndiabetesfondens medlemstidning *Sticket* där du bland annat kan läsa mer om forskningen som stötts av Barndiabetesfonden, nyheter samt tips och tricks för både barn och vuxna som lever med typ 1-diabetes.
- Fri tillgång till rådgivningstjänsten ”Råd- och stömlinje med diabetessköterska” där diabetessköterskan Eva svarar på alla dina frågor om typ 1-diabetes på onsdagskvällar.

Barndiabetesfondens målsättning är att besegra typ 1-diabetes genom att:

- Öka insamlingen till typ 1-diabetesforskningen.
- Ge stöd till drabbade och deras anhöriga.
- Öka kunskapen om sjukdomen hos allmänhet, vård och skola.

Vill du veta mer om Barndiabetesfonden och typ 1-diabetes? Beställ vår informationsfolder eller vår medlemstidning *Sticket* genom att kontakta Barndiabetesfondens kansli på e-post kansli@barndiabetesfonden.se eller telefon 013-105690.



Sachsska barn och ungdomssjukhuset, Stockholm

Tusen tack för bidraget som vi har fått från föreningen, vilket gjort att vi äntligen har, efter två års pandemiupphåll kunnat genomföra vårt skidläger till Orsa Grönklitt 13-16/3.

Vi var totalt 20 ungdomar i 14- 15 års åldern. Det var 3 skidlärare, 2 läkare, 5 diabetessjuksköterskor och en undersköterska som deltog.

Alla ungdomar har typ 1 diabetes. De hade alla kontinuerlig blodsockermätare sk CGM och de flesta har även en insulinpump. En del av syftet med resan är att ungdomarna ska kunna se hur blodsockret påverkas av fysisk aktivitet och att man kan behöva ändra insulindoserna därefter. Resultatet blev att de resonerade med varandra om allt ifrån kolhydratmängden i maten till insulindosering inför:

När vi kom upp till Grönklitt fick alla åka tre provåk i bambacken. Sedan delades de in i grupper efter erfarenhet av skidåkning. Vi hade med oss 6 stycken ungdomar som aldrig hade åkt skidor innan. Det är särskilt roligt att få följa dessa och hur snabbt de lärde sig att och åkte snart i de höga backarna. Flera av ungdomarna har fortsatt hålla kontakten efter hemkomsten

*tacksamma hälsingar från
Diabetesteamet / Tina Fontler*



Britt-Marie Carlssons Stipendiefond

För kännedom

Britt-Marie Carlssons stipendiefond inom Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård, SFSD. Britt-Marie Carlsson, diabetessjuksköterska från Västra Götaland, arbetade under många år för en bättre vård för personer med diabetes både lokalt och nationellt. Sedan början av 2000-talet var hon aktiv inom SFSDs styrelse och de senaste två åren som dess ordförande.

En av Britt-Marie Carlssons sista önskningar var att det efter hennes död skulle instiftas en minnesfond till stöd för barn, ungdomar och unga vuxna upp till en ålder av 25 år, med diabetes.

Syftet med fonden var att stötta personer med diabetes och diabetesvården genom att bidra till olika former av aktiviteter, såsom lägerverksamhet och utbildning kopplade till diabetes. Många har genom åren fått ett bidrag till sina aktiviteter.

Minnesfonden är nu avslutad.



eversense^{E3}

Continuous Glucose Monitoring System



SVENSK FÖRENING
FÖR SJUKSKÖTERSKOR
I DIABETESVÅRD

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

NU LANSERAS EVERSENSE E3 - DET NYA LÅNGTIDS-CGM-SYSTEMET

Eversense E3-sensorn har marknadens längsta livslängd. Den levererar väldigt noggrann glukosdata i upp till ett halvår. Systemet har förutom ljudlarm även vibrationslarm på huden. Eversenses hudvänliga silikonplåster byts dagligen och sändaren[†] kan enkelt tas av och på vid behov, utan att sensorn förbrukas.

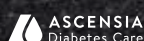


*Sensorn håller i upp till 6 månader.
†Inga glukosdata genereras när sändaren tas av.

Eversense[®] E3 CGM-system är avsett för kontinuerlig mätning av glukosnivåer hos personer med diabetes i upp till 180 dagar. Systemet är godkänt för att ersätta blodglukosmätningar med fingerstick (BG) för beslut om diabetesbehandling. Fingersticksmätningar krävs fortfarande för kalibrering, generellt en gång dagligen efter dag 21, när symtomen inte överensstämmer med CGM-informationen eller när patienter tar tetracyclinklassade läkemedel. Insättning och borttagning av sensorn utförs av vårdgivare. Systemet förskrivs av vårdgivare.

För viktig säkerhetsinformation, se <https://global.eversensediabets.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 antydast.



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
Tillverkad av Senseonics, Inc., 20451 Seneca Meadows Parkway
Germantown, MD 20876-7005



VILL DU VETA MER?

Besök vår hemsida
diabetes.ascensia.se

eller ring Ascensia Diabetes Care:s
kundsupport på **020 - 83 00 84**

© 2022 Senseonics, Inc.
Med ensamrätt.
© 2022 Ascensia Diabetes Care
Holdings AG. Med ensamrätt.

PP-SENS-GBL-0080

Lysestrands Diabetesläger 2023

Här kommer en liten sammanfattning av vårt skidläger på Hovfjället som utlovat som tack för att SFSD var med och möjliggjorde detta tack vare medel från Britt-Maries minnesfond.



Vad har varit bra med årets skidläger? "Alla nya vänner jag har lärt känna och fått vara med! Det blir väldigt bra när man har en aktivitet, som skidåkning, att umgås runt.", så säger en av närmare 40 ungdomar på årets skidläger med föreningen Lysestrands diabetesläger.

Sedan föreningen bildades 1989 har diabeteslägren avlöst varandra. Deltagare från hela Västra Götaland och Halland bjuds in via respektive barn- och ungdomsklinik att delta. Skidläger på våren för högstadiungdomar; sommarläger på Lysestrands scoutgård för mellanstadiebarn, familjehelger för de yngre barnen framåt sensommaren och lägeråret avslutas med en ungdomshelg. Att träffa andra med diabetes, utbyta erfarenheter och lära sig om sig själv och sin hälsa är sådant som vi ledare ser att deltagarna får med sig på ett fantastiskt sätt. Att ha förmånen att umgås under flera dagar ger också en helt annan insikt för oss ledare i livet med diabetes för dagens barn, ungdomar och föräldrar och förhoppningsvis blir vi bättre på vårt jobb med ambitionen att leverera världens bästa diabetesvård.

Styrelsen jobbar ideellt med att planera och förbereda årets läger. Skidlägret har, efter några år i vila, återuppstått för fyra år sedan. En utmaning för föreningen är att få loss diabeteskompetent personal i form av sköterskor, läkare och dietister från regionens barnkliniker som utgör grundstyrkan på våra läger. Därtill kommer ovärderliga föräldraledare, ung-



domsledare och andra ideella krafter. Utan alla fantastiska ledare skulle inte våra läger vara möjliga att genomföra. En annan förutsättning är de donationer och gåvor vi får som stöd från regionen, diabetesföreningar, stiftelser och företag.

I mars gick turen till Hovfjället. Ett litet, gemytligt skidområde i centrala Värmland där vi blev mottagna med öppna armar. Vi bodde i fina stugor precis vid backen och hade restaurang och värme-stuga runt knuten. På dagarna varvades skidåkning med vällagade, gemensamma måltider som gav möjligheter till att räkna kolhydrater; diskutera insulindoser och utbyta erfarenheter och tips deltagare och ledare emellan. Sorlet i matsalen, snacket i liften och fnittret från sovlöftet på kvällarna är som balsam för själen i ett barnläkarhjärta. Vilken otrolig kunskap och erfarenhet dessa ungdomar bär med sig och frikostigt delar med sig av!

På kvällarna samlades vi i värmestugan för livliga gruppdiskussioner, kurvanaly-

ser och en massa annat skoj. Några ungdomar har åkt skidor eller snowboard för första gången i sitt liv, någon annan fyllt en pumpheservoar för första gången och det har tävlats i snöskulptering och inte minst har många nya vänskapsband knutits. Att "vara ensam med sin sjukdom utan att omgivningen helt kan förstå" är något som återkommande tas upp som en av de största utmaningarna med diabeteslivet som ung.

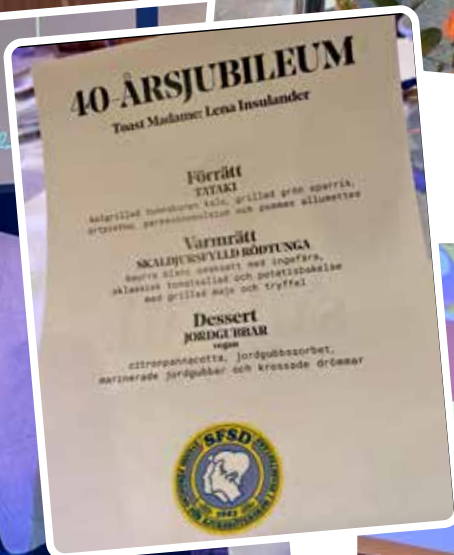
Allt detta dirigerat av allas vår Malin Carlsson, en sann eldsjäl i föreningens verksamhet som har varit med och arrangerat diabetesläger i över tjugo års tid. Att "kunna bidra till att ungdomarna med diabetes för en gångs skull får vara normen, att inte sticka ut som annorlunda, och att se glädjen och gemenskapen är det som driver mig och gör att jag fortsätter engagera mig, läger efter läger, år efter år."

*För föreningen Lysestrands diabetesläger,
Viktor Bjömsson, ordförande
och barnläkare.*

Bilder från Symposiedagarna



Bilder från Symposiedagarna





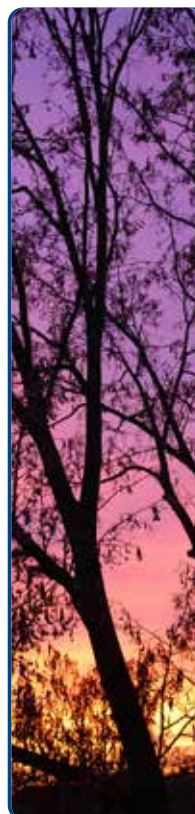
SFSD Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård (Sverige)

Det finns många fördelar med att vara med i en Facebook-grupp som SFSD: Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård. Här är några exempel:

- Möjlighet att dela kunskap och erfarenheter med andra diabetessjuksköterskor som arbetar med individer med diabetes.
- Möjlighet att få stöd och råd från kollegor som har mer erfarenhet inom området.
- Möjlighet att lära dig om nya behandlingsmetoder och forskningsresultat inom diabetesområdet.
- Möjlighet att delta i diskussioner och debatter om aktuella frågor och utmaningar inom diabetesvården.
- Möjlighet att få information om kommande konferenser och utbildningar som riktar sig till sjuksköterskor inom diabetesområdet.
- Möjlighet att knyta kontakter med andra diabetes-sjuksköterskor och andra hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med individer med diabetes.
- Möjlighet att delta i SFSD:s olika projekt och verksamheter.

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

Sheyda Sofizadeh, ansvarig för sociala medier samt Redaktion för SFSD tidning



In memorial

I slutet av 2022 avled en hedersmedlem, Kerstin Lindwall. Kerstin var aktiv i SFSD under många år och tillika föreningens ordförande under sex år mellan 1992–1998. Pengar har skänkts till föreningen i hennes namn, förra året.

Det här var Kerstin Lindwalls önskemål för framtiden när SFSD firade 15 år som förening:

- Att ge en så god vård att vi kan uppfylla S:t Vincent-deklarationen
- Att alla skall få arbetsro, förstående huvudmän och politiker som inser att sjuksköterskor som arbetar inom diabetesvården verkligen behövs.
- Att ha tillgång till dietist och fotterapeut samt en eller flera doktorer med specialistutbildning i diabetes och som är intresserade av diabetesvården, inte en doktor som "står bredvid"
- Att antalet diabetessjuksköterskor ökas eftersom vi förväntar oss en enorm anstormning av framförallt personer med typ 2 diabetes.

Nyheter om diabetesforskning

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

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

Tonvikten ligger på populärvetenskapliga artiklar från forskningsfronten och aktuella fördjupningsartiklar.

Du kan prenumerera på nyheter.

Du kan fråga om diabetesforskning.



LUNDS
UNIVERSITET

Välkommen till

www.diabetesportalen.se

SFSD:S 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:

Guðrun Andersson
Centrum för Diabetes, plan 5
Norra Backagatan 92
113 34 Stockholm
guðrun@sfsd.se

Vetenskaplig sekreterare:

Nouha Saleh Stättin
Akademiskt primärvårdscentrum
Solnavägen 1E, plan 6,
113 65 Stockholm
nouha@sfsd.se

Medlemsärenden:

Cathia Boquist
Robertsfors 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**

Kajja Seiboldt
Akademiskt Primärvårdscentrum
Solnavägen 1E, 113 65 Stockholm
kajja@sfsd.se

Sociala medier

Sheyda Sofizadeh
Närhälsan Dalaberg Vårdcentral
Lövskogsgatan 8
451 72 Uddevalla
sheyda@sfsd.se

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:

Kajja Seiboldt, mail: kaija@sfsd.se

Redaktion:

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

Annonsering:

Annonssjutt för Diabetesvård
Nr 3-4, 2023 är 15 september för utgivning i oktober
Nr 1, 2024 är 12 januari med utgivning i februari
Nr 2, 2024 är 6 maj med utgivning i juni

Annonsutrymme bokas hos

Kajja 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)

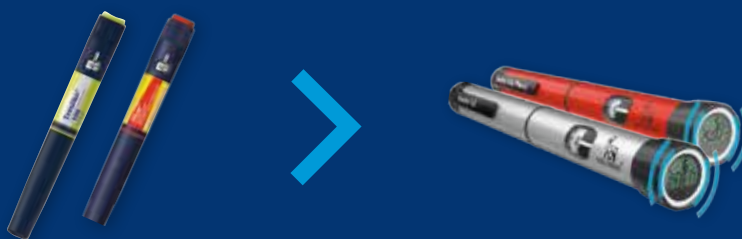


Trycksak
3041 0234

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

"Tog jag mitt insulin?"

- NovoPen® 6 visar när senaste insulindosen togs, samt hur mycket.
- Med NovoPen® 6 minskar miljöpåverkan jämfört med förfylld injektionspenna; **30% lägre koldioxidutsläpp och över 90% mindre plaståtgång.**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>



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

100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna, 100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i cylinderampull, 200 enheter/ml injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna. Tresiba® är ett basinsulin för subkutan administrering en gång dagligen vid valfri tidpunkt, men lämpligen vid samma tidpunkt varje dag. **Indikation:** Behandling av diabetes mellitus hos vuxna, ungdomar och barn från 1 års ålder. **Varningar och försiktighet:** En övergång till annan typ, annat märke eller annan tillverkare av insulin måste ske under medicinsk övervakning och kan leda till att dosen måste justeras. Patienterna måste instrueras att alltid kontrollera etiketten på insulinet före varje injektion, för att undvika förväxling mellan de båda styrkorna av Tresiba® eller med andra insulinpreparat. Hypoglykemi kan uppträda om insulindosen är för hög i förhållande till insulinbehovet. Otillräcklig dosering och/eller avbruten behandling hos patienter som har behov av insulin kan leda till hyperglykemi och potentiellt till diabetisk ketoacidosis, tillstånd som potentiellt är dödliga. Fall av hjärtsvikt har rapporterats när pioglitazon använts i kombination med insulin, särskilt hos patienter med riskfaktorer för att utveckla hjärtsvikt. Detta ska beaktas om man överväger kombinationsbehandling med pioglitazon och Tresiba®. **Graviditet och amning:** Behandling med Tresiba kan övervägas under graviditet om det är kliniskt motiverat. För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se. Datum för översyn av produktresumén 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.** SE22TSM00010.

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. **Pediatrik population:** För att undvika nattlig hypoglykemi rekommenderas noggrann övervakning av blodglukosnivåer om detta läkemedel administreras efter att dagens sista måltid inlets. **Graviditet och amning:** Fiasp® kan användas under graviditet. Det finns inga begränsningar för behandling med Fiasp® under amning. Dosen kan dock behöva justeras. För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se. Datum för översyn av produktresumén 08/2021. Novo Nordisk Scandinavia AB. www.novonordisk.se. SE21FSP00006.

Referens:

1. Koldioxidberäkningar* inkluderar den aktiva farmaceutiska ingrediensen, hjälpmedlet samt nålar, och följer "the Greenhouse Gas Accounting Sector Guidance for Pharmaceutical Products and Medical Device", som är baserat på standardiserade internationella livscykelanalyser. Beräkningarna är tredjepartsgranskade av PriceWaterhouseCoopers Advisory. (https://ghgprotocol.org/sites/default/files/ghgp/Summary-Document_Pharmaceutical-Product-and-Medical-Device-GHG-Accounting_November-2012_0.pdf. December 2022.)

*Antaganden för koldioxidberäkningar: Förfylld penna: 1 patient använder 49 stycken FlexTouch® pennor per år, baserat på en daglig insulindos på 40 E. Flergångspenna: 1 patient använder en NovoPen® 6 samt 49 stycken Penfill® ampuller per år, baserat på en daglig insulindos på 40 E.

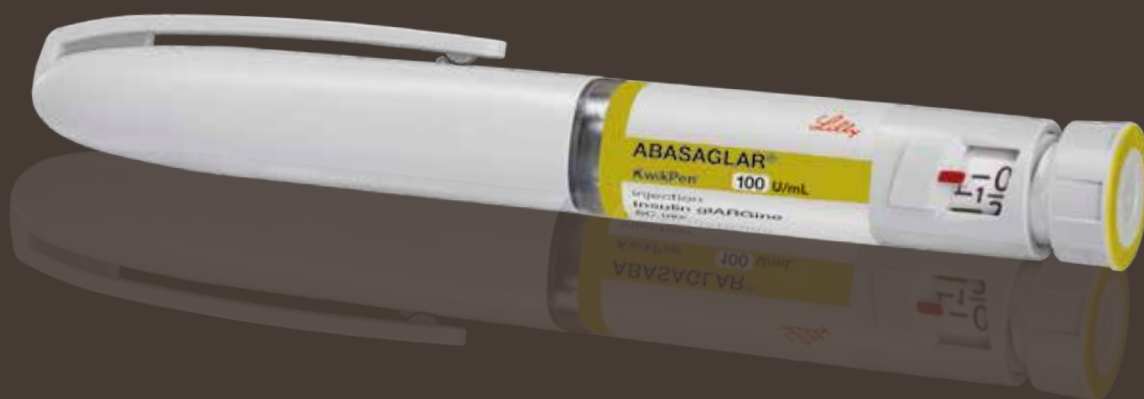


abasaglar®
insulin glargin, 100 enheter/ml

> ABASAGLAR® (insulin glargin)

- en biosimilar till Lantus® (insulin glargin)¹

16 % lägre pris* jämfört med Lantus® SoloStar®²



	ABASAGLAR®	Lantus®
Likvärdig effekt ^{1,3}	✓	✓
Likvärdig säkerhetsprofil ^{1,3}	✓	✓
Samma dosering ^{1,3}	✓	✓

* Abasaglar® KwikPen® i förpackning 2 x 5 x 3 milliliter jämfört med 2 förpackningar Lantus® SoloStar® 5 x 3 milliliter

Indikationen för ABASAGLAR är: behandling av diabetes mellitus hos vuxna, ungdomar och barn från 2 års ålder.¹

ABASAGLAR 100 enheter/ml injektionsvätska, lösning (insulin glargin) Cylinderampull, förfylld injektionsspenna (KwikPen)

ATC-kod: A10AE04, Läkemedel vid diabetes. Insuliner och analoger för injektion, långverkande. **Indikationer:** Behandling av diabetes mellitus hos vuxna, ungdomar och barn från 2 års ålder. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. **Varningar och försiktighet:** ABASAGLAR ska inte användas för behandling av diabetesketoacidosis. Behandling med vanligt snabbverkande insulin, som ges intravenöst, rekommenderas vid detta tillstånd. Vid otillräcklig blodsöckerkontroll eller vid benägenhet för hyperglykemiska eller hypoglykemiska episoder måste en kontroll av patientens efterlevnad av den föreskrivna behandlingsregimen, val av injektionsställen och injektionsteknik och alla andra relevanta faktorer göras innan en dosjustering övervägs. Om en patient sätts över till en annan typ av insulin eller till ett annat insulinmärke bör detta ske under noggrann medicinsk övervakning. Ändring av styrka, märke (tillverkare), typ (regular, NPH, Lente, långverkande, osv), ursprung (animaliskt, humant, humana insulinanaloger) och/eller tillverkningsmetod kan göra att dosen behöver ändras. Administrering av insulin kan leda till att antikroppar mot insulinet bildas. I sällsynta fall kan förekomsten av antikroppar mot insulinet kräva justering av insulin dosen för att förhindra uppkomst av hyper- eller hypoglykemi. Patienterna måste instrueras att kontinuerligt växla injektionsställe för att minska risken för lipodystrofi och kutan amyloidos. För att undvika medicineringsfel med ABASAGLAR och andra insuliner måste patienterna alltid kontrollera insulinetiketten före varje injektion. **Fertilitet, graviditet och amning:** Insulin glargin kan övervägas vid graviditet och amning. Det är viktigt med en god glykemisk kontroll vid graviditet och insulinbehovet kan variera under graviditetens olika faser och vid amning. Patienter ska kontakta sin vårdenhet om de är eller planerar att bli gravida. **Datum för översyn av produktresumén:** 2020-07-23 **För ytterligare information och priser se** www.fass.se Rx, (F) **Begränsningar av subvention:** Subventioneras vid typ 2-diabetes endast för patienter där annan insulinbehandling inte räcker till för att nå behandlingsmålet på grund av upprepade hypoglykemier. Ytterligare upplysningar om detta läkemedel kan erhållas hos ombudet för innehavaren av godkännandet för försäljning: Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna. 08-737 88 00, www.lilly.se

1. Abasaglar European Public Assessment Report (EPAR) 2. Beräknat av Lilly baserat på priser från fass.se 3. www.fass.se

Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna
Tel 08-737 88 00, www.lilly.se