



# DIABETESVÅRD

Tidning för Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård

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

NR 1 2021



**SAVE THE DATE!**  
**Årsmöte 14 april 2021 (digitalt)**

# Bättre effekt\* -Nya högre doser

trulicity®  
dulaglutid för injektion

För vuxna med typ 2-diabetes



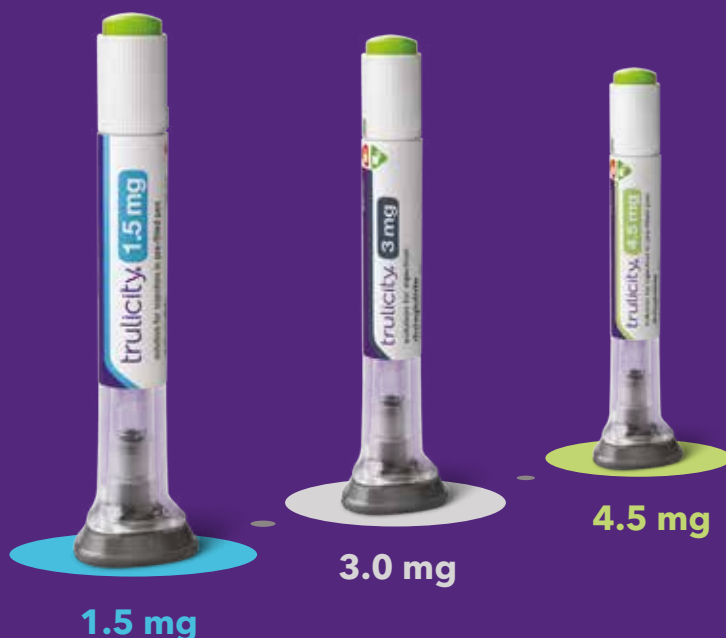
Sänker HbA<sub>1c</sub> och vikt med en dos i veckan<sup>1</sup>



Kardiovaskulär primär- och sekundärprevention<sup>\*\*</sup>,<sup>1,2</sup>



Enkel, injektionsklar penna<sup>1,3</sup>



Nu lanserar vi de nya högre doserna 3 mg och 4,5 mg som ger ytterligare effekt på HbA<sub>1c</sub>\* och vikt<sup>\*\*\*</sup>, med likvärdig biverkningsprofil för samtliga doser.<sup>1</sup>

#### Trulicity 0,75 mg, 1,5 mg, 3 mg, 4,5 mg injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna (dulaglutid).

**ATC-kod:** A10BJ05, Diabetesmedel, blodglukossänkande medel, exkl. insuliner **Indikationer:** Trulicity är avsett för behandling av vuxna med otillräckligt kontrollerad typ 2-diabetes mellitus som ett komplement till kost och motion • som monoterapi när metformin inte anses lämplig på grund av intolerans eller kontraindikationer. • som tillägg till andra läkemedel för behandling av diabetes. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. **Varning och försiktighet:** Dulaglutid ska inte användas av patienter med typ 1-diabetes mellitus eller för behandling av diabetesketoacidosis. Dulaglutid är inte en ersättning för insulin. Diabetesketoacidosis har rapporterats hos insulinberoende patienter efter snabb utsättning eller dossänkning av insulin. Dehydrering, som ibland leder till akut njursvikt eller försämrad nedsatt njurfunktion, har rapporterats hos patienter som behandlats med dulaglutid, särskilt vid behandlingsstart. Många av de rapporterade njurbiverkningarna inträffade hos patienter som upplevt illamående, kräkningar, diarré eller dehydrering. Patienter som behandlas med dulaglutid bör informeras om den potentiella risken för dehydrering, särskilt i samband med gastrointestinala biverkningar och vidta försiktighetsåtgärder för att undvika vätskeförlust. Dulaglutid har inte studerats hos patienter med allvarlig gastrointestinal sjukdom, däribland allvarlig gastropares, och rekommenderas därför inte till dessa patienter. Användning av GLP-1-receptoragonister har satts i samband med en risk att utveckla akut pankreatit. Patienterna ska informeras om de karakteristiska symtomen på akut pankreatit. Om pankreatit misstänks ska behandlingen med dulaglutid avbrytas. Om pankreatit bekräftas ska dulaglutid inte återinsättas. Utan andra tecken och symtom på akut pankreatit är förhöjda pankreasenzymer inte prediktivt för akut pankreatit. Patienter som får dulaglutid i kombination med en sulfonureid eller insulin kan löpa ökad risk för hypoglykemi. Risken för hypoglykemi kan minskas genom att dosen av sulfonureid eller insulin sänks. **Datum för översyn av produktresumén:** 2020-11-18 **För ytterligare information och priser se** [www.fass.se](http://www.fass.se) Rx, (F) **Begränsningar av subvention:** Subventioneras för patienter som först har prövat metformin, sulfonureider eller insulin, eller när metformin eller sulfonureider inte är lämpliga. Subventioneras endast för patienter som inte behandlas i kombination med basinsulin. 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](http://www.lilly.se)

\*Effekt på HbA<sub>1c</sub> och vikt: Trulicity® 1,5 mg jämfört med 3,0 mg (p<0,05) respektive 4,5 mg (p<0,001) \*\* Trulicity® jämfört med placebo (3P-MACE), p= 0,026.

\*\*\* Trulicity® är inte indicerat för behandling av övervikt och vikttnedgång var ett sekundärt effektmått i studien.

#### Referenser:

1. Trulicity (dulaglutid) produktresumé 2. Gerstein et al. Lancet 2019; 394: 121-30. 3. Matfin et al. J Diabetes Sci Technol 2015, Vol. 9(5) 1071-1079

PP-DG-SE-0260 | Januari 2021

Lilly and Trulicity® are registered trademarks of Eli Lilly and Company.

©2021 Eli Lilly and Company. All rights reserved.

Lilly

# Ordföranden har ordet

NEWS, DRUM, AB ja mycket nya förkortningar har även en gammal diabetessjuksköterska som jag fått lära mig. Är i skrivande stund numera verksam på en covidavdelning som vanlig sjuksköterska. En stor omställning tro mig.....



Agneta Lindberg

Här kommer några roliga episoder i denna allvarsamma tid: Någon av mina första dagar på avdelningen skulle jag sätta en PVK (perifer venkateter), inget jag gör till vardags, ganska många år sedan sist, fast besluten att lyckas marscherade jag in i slussen, hade säkert minst 3 uppsättningar av det som behövdes, på med all skyddsutrustning och in till patienten. Jodå taktema satt i men när jag drog ut mandrängen så kom det ut en massa "metallbitar" jag blev rädd och tänkte att det var defekt utrustning! Fick senare lära mig att det var stickskydd, jodå utvecklingen går framåt. En annan dag var jag med och skulle ta upp en patient på toa, då säger en betydligt yngre kollega – kan du hämta Sara Steady. Javisst säger jag, öppnar dörren ut i korridoren och kallar på Sara Steady, gissa om de fick sig ett gott skratt (Sara Steady är ett förflyttningshjälpmedel).

Diabetesforum 2021 har nu flyttats till 1-3/12 istället för i april. Programmet kommer att vara nästan det samma, kolla på [www.diabetesforum2021.se](http://www.diabetesforum2021.se). SFSD:s styrelse har haft en del möten via zoom och vi arbetar vidare, årsmötet kommer att ske digitalt 14/4 och en länk kommer att finnas på hemsidan, ser fram emot att så många som möjligt deltar och gör sin stämma hörd.

Transportstyrelsen har i år påbörjat ett föreskriftsarbete för att se över och revidera kapitlet om diabetes och körkort, SFSD:s styrelse kommer att delta i detta arbete.

Önskemål om ett uppdaterat Nationellt vårdprogram för insulinpump och CGM har lyfts till Nationella arbetsgruppen för diabetes och vi hoppas att ett sådant arbete kan komma igång snart.

Gruppen för Analyskvalitet diabetes har lyft några saker till hjälpmedelsindustrin att ta tag i under året bl a klisterinnehåll i alla devisers plåster, då fler och fler utvecklar kontaktallergi mot dessa ämnen. Internationellt har det bildats en arbetsgrupp med mål att ta fram en enhetlig metod för att utvärdera CGM-mätningar.

NDR har nyligen haft sitt KAS/koordinatör möte digitalt och programmet var som alltid intressant. Något som är värt att lyfta fram är ju Christina Heros avhandling där det inte fanns något tvivel om lipidbehandling för att undvika hjärt/kärlsjukdom vid typ 1 diabetes. Ett visst tapp av patienter, framförallt typ 2 diabetes finns under 2020, dock inte så stort som befarat. En del mottagningar har ställt om till fler digitala besök och då saknas framförallt blodtryck och fotundersökning.

Vi kommer i diabetesvården ha en rejäl vårdskuld att jobba oss igenom de närmaste åren, hoppas bara att patienterna inte farit illa av sin diabetes under pandemin. Nu ser vi framåt och hoppas på vaccinet men fortsatt håll avstånd, stanna hemma vid sjukdom och tvätta händerna!

"Let's be careful out there".

Vi hörs och ses

Agneta Lindberg

## INNEHÅLL

NDR nyhetsbrev s	4
Ung diabetes	6
Diabetessamordnare och certifiering	8
Tillgång till stöd hos unga vuxna	12
Sammanfattning av Magisteruppsats	30
Förbättringsarbete i primärvården	32
Perspektiv på effekten av COVID-19-pandemin	56



## Nyhetsbrev

NDR vill först och främst tacka alla i hela den fantastiska diabetesvården för allt arbete som utförts under detta exceptionella 2020. Det har varit många utmaningar med omställning till "coronasäkra" mottagningar och det är inte konstigt att det också påverkat registreringen till NDR. Hur mycket det har påverkat kommer redovisas i årsrapporten, men vi ser redan nu att det kommit in färre registreringar under 2020 avseende till exempel HbA1c, blodtryck och albuminuri.

### Rapportering av nya variabler

De sex nya variabler som infördes i början på sommaren finns att följa i översikten och söklistan på NDR:s hemsida. Variabeln Distansbesök infördes för att tillmötesgå önskemål från vården att kunna registrera om besöket är ett video- eller telefonbesök. NDR öppnade också upp fyra variabler om glukoskontrollen och en om kolhydraträkning under sommaren 2020. Dessa variabler har sedan två år registrerats från barn- och ungdomsdiabetesvården med hög rapporteringsgrad på ca 90–95%. Observera att de nya glukosmåttendast gäller patienter med insulinbehandling och som använder sensorbaserad glukosmätning.

Det är imponerande att många sjukhus redan kommit i gång att registrera de nya variablerna och NDR tolkar det som att vården ser nytta med att följa upp och utvärdera glukoskontrollen på fler sätt än med HbA1c. Så här i början kommer NDR:s redovisning av rapporteringsgrad visa låga siffror, men vi ser att rapporteringen succesivt ökar. På medicinklinikerna hade de nya variablerna på riksnivå en rapporteringsgrad mellan 21–35% i december månad år 2020, men det är stor skillnad mellan olika regioner. I Örebro och Västmanland var rapporteringsgraden i december 2020 uppe i 60–85% medan Region Skåne och Halland ännu inte kommit igång.



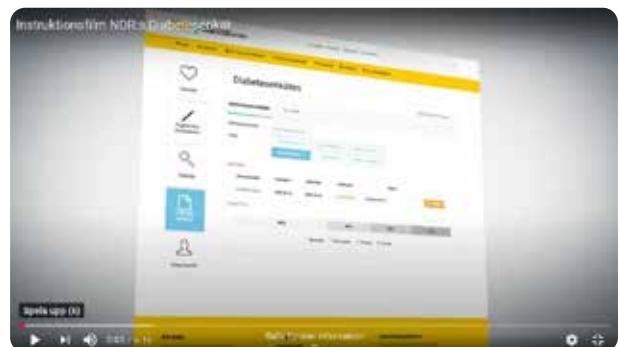
### Hur många med diabetes har haft covid-19?

Med hjälp av Socialstyrelsen har NDR samkörts en andra gång med SmiNet (dit anmälan görs av smittsamma sjukdomar enligt smittskyddslagen) och dödsorsaksregistret för att

få information om hur många av de som är registrerade i NDR (barn och vuxna) som testats positivt för covid-19 och hur många som avlidit i Covid-19. Till och med 11 september 2020 hade 646 personer med typ 1-diabetes och 7182 personer med typ 2-diabetes testats positivt för Covid-19. Totalt hade 48 personer med typ 1-diabetes och 1510 med typ-2 diabetes avlidit i Covid-19. Gå in på NDR:s hemsida för att se mer statistik angående Covid-19 och diabetes. Där ser ni antalen uppdelat på åldersgrupper. NDR kommer uppdatera informationen om Covid-19 då vi får tillgång till nya data från Socialstyrelsen i januari 2021.

### Se vår nya instruktionsfilm om hur det går till att använda Diabetesenkäten

NDR fortsätter att tillhandahålla Diabetesenkäten (för personer med diabetes från 18 år). Alla mottagningar som vill börja använda den är välkomna att höra av sig. Det går bra att använda Diabetesenkäten i samband med videobesök och det kan vara extra värdefullt att följa patienters mående och hur de upplever att diabetesvården fungerar i dessa Covid-tider. Nu finns det två korta filmer om Diabetesenkäten. Se den nya instruktionsfilmen, den ligger på startsidan på [www.ndr.nu](http://www.ndr.nu)



Slutligen, återigen vill vi säga stort tack för allt arbete som läggs ner på registrering och andra insatser för NDR. Vi hoppas på ett drägligare 2021 avseende Covid och att diabetesvården ska kunna fortsätta att fokusera på det oerhört viktiga arbetet att ständigt förbättras.

*Hälsningar från NDR-teamet*





Tandem t:slim X2™ insulinpump med Dexcom G6 CGM

## System designat för enkelhet och kontroll

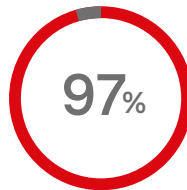
Nu finns Control-IQ™-teknologi tillgänglig som mjukvaruuppdatering för användare av Tandem t:slim X2™ insulinpump. Tillsammans med Dexcom G6 CGM ger Control-IQ-teknologi automatisk justering av insulindoseringen för att hjälpa till att förebygga och minimera höga och låga glukosnivåer. Vid behov kan även automatiska korrektionsdoser ges. Systemet är kalibreringsfritt.

I en sexmånaders studie publicerad i New England Journal of Medicine fick patienterna en genomsnittlig ökning av 2,6 timmar/dygn inom målområdet (3,9–10 mmol/l)<sup>1</sup> jämfört med en SAP. Hela 97 % av patienterna upplevde systemet som enkelt att använda<sup>2</sup>.

För mer information, prata med din produktspecialist på Rubin Medical. [www.rubinmedical.se](http://www.rubinmedical.se)



Motsvarar 2 timmar och 36 minuter mer per dygn inom målområdet<sup>1</sup>.



97 % tyckte att systemet var enkelt att använda<sup>2</sup>.

**Referenser:**

<sup>1</sup> Brown SA, Kovatchev BP, Raghinaru D, et al. Six-month randomized, multicenter trial of closed-loop control in type 1 diabetes. *N Eng J Med.* 2019;381(18):1701-1717.

<sup>2</sup> Brown, S. Clinical acceptance of the artificial pancreas: Glycemia outcomes from a 6-month multicenter RCT. 2019 ADA 79th Scientific Sessions, San Francisco, CA.

# Ung diabetes



## 2020 - ett annorlunda år

Året 2020 blev inte som någon av oss hade räknat med. Mycket blev inställt, som till exempel Ung Diabetes populära sommarläger, men en del saker kunde ändå genomföras men då i digital form. Vi ser tillbaka på ett år där vi har kunnat skapa en digital dialog och kontakt med våra medlemmar genom våra sociala medier.

I våras kunde man följa anhöriga till personer med diabetes på vår Instagram, där de fick dela med sig av sina erfarenheter av att se diabetes från ett anhörigperspektiv. I somras fick våra Instagramföljare möjlighet att ställa frågor och interagera med Ung Diabetes rådsmedlemmar då varje rådsmedlem hade en take over för att få berätta om sitt engagemang.

Under våren och sommaren genomfördes också vår stora enkätundersökning. Resultatet presenteras längre ner i nyhetsbrevet.

Vi har dessutom haft en insamlingskampanj till IDF-projektet Life for a Child under oktober månad. Pengar som går till att hjälpa barn och unga med diabetesvård, kunskap och resurser i länder där detta är bristvaror.



Årets digitala projekthelg

Vi hade även möjlighet att utföra vår årliga projekthelg Diabetesprojektet digitalt. Under helgen i september deltog 5 personer som fick möjlighet att starta upp sitt alldeles egna projekt. Deltagarna håller just nu på att arbeta vidare med projekten som bland annat innefattar diabetes och psykisk ohälsa, diabetes kopplat till fysisk aktivitet och mötesplatser på lokalnivå. Under det kommande året får deltagarna kontinuerlig hjälp och

stöd av deras mentorer som finns i Ung Diabetes råd. Vi följer deras resa med spänning!

Så även om det har varit ett speciellt år, är Ung Diabetes väldigt tacksamma över att ha kunnat fortsätta sitt arbete inom olika diabetesfrågor ur ett ungt perspektiv.

Vi blickar nu framåt mot ett spännande 2021 med nya projekt och utmaningar. Hoppas ni följer med oss!



*Stort tack till er som bidrog till insamlingen till Life for a Child! Tack vare er kan organisationen fortsätta hjälpa personer med diabetes runt om i världen.*

## Att leva med typ 1-diabetes 2020

Vårens och sommarens stora enkätundersökning har nu sammanställts och finns tillgänglig i sin helhet på Ung Diabetes hemsida. I samband med att resultatet skulle redovisas, skickades det ut ett pressmeddelande av Ung Diabetes påverkanansvariga.

Majoriteten av respondenterna var personer med typ 1 diabetes (94%) och majoriteten av dessa var kvinnor (79%). Resultatet visar att personer med typ 1 diabetes tycker att det värsta är att man aldrig kan ta ledigt från sjukdomen och i följd till detta finns en oro för eventuella framtida komplikationer.

- Att leva med diabetes påverkas i princip av allt du gör, det medför därför mycket planering i vardagen. Du lämnas med ett stort egenansvar som pågår dygnet runt, alla årets dagar. Vi i Ung Diabetes är därför inte förvånade över att 84 % uppgett att de aldrig upplever

sig lediga från sjukdomen, berättar Ida Lövgren, Ung Diabetes råd.

Det finns även en stark oro hos personer med diabetes att få lågt blodsocker, vilket gör att nästan en tredjedel av respondenterna väljer att ligga högt i blodsocker ett par gånger i veckan. Ytterligare resultat som är värt att lyfta är bristen på att ett psykosocialt stöd erbjuds samt brister på kvaliteten av ett sådant stöd.

- Det är upprörande att så få blir erbjudna psykosocialt stöd och att kvaliteten på stödet som ges brister. Vi vet att det kan vara svårt att acceptera och hantera ett liv med diabetes, tanken på att aldrig kunna bli frisk kan vara tung att bära. Därför tycker vi att det psykosociala stödet borde vara en självklar del av diabetesvården. Det borde vara rutin att bli erbjuden hjälp för att hantera de tankar och känslor som är kopplade till sin sjukdom, säger Ida Lindstén.



## Jul och diabetes

Jul och diabetes kan för många vara en knepig kombination, inte minst vad gäller att dosera rätt mängd insulin till att som finns att välja på på julbordet. Som med allt annat med diabetes skiljer sig tankarna om hur man ska tänka kring julmat och blodsockervärden från person till person.

Ung Diabetes rådsmedlem Klara har delat med sig av sina tankar om just detta på plattformen Pioneers Young. Det är ett onlineforum för personer med typ 1-diabetes mellan 13-30 år där Ung Diabetes har en egen inläggssida. Så kika gärna in där och läs Klaras inlägg!

## Ordförande tackar för sig

Hej!

Nu är året, som inte varit sig likt på många olika sätt, snart slut. För Ung Diabetes del har vi tyvärr fått ställa in läger och många representationer. Till 2021 är våra förhoppningar att vi kan träffa er alla där ute på riktigt, vilket vi ser fram emot. Inom rådet är vi många som slutar och därmed många som påbörjar sitt diabetesengagemang här hos oss. Jag vill därför passa på att tacka alla som suttit i rådet de senaste åren och varmt välkomna de nya rådsmedlemmarna.

Jag är en av de som kommer att lämna vidare ordföranderollen till Lovisa Hjalmarsson. Under mina 3,5 år i Ung Diabetes har jag haft möjlighet att få arbeta med otroligt inspirerande och engagerade personer. Det har varit ett givande arbete där vi i Ung Diabetes gjort skillnad för er unga med diabetes ute i samhället. Till 2021 väntar nya äventyr för mig, men mitt brinnande engagemang för diabetesfrågor kommer bestå. Om du har en liten glöd eller låga där inom dig eller tankar på att engagera dig på något sätt, kanske är det nu det är dags att göra det? Att engagera sig för unga med diabetes är otroligt givande och värdefullt. Därav vill jag uppmana dig till att göra detta 2021!

Ta hand om varandra, håll avstånd, njut av julgodis och dosera insulin i lagom mängd! God jul och gott nytt år önskar

*Elin Sandström, Ung Diabetes Ordförande*



*Lovisa Hjalmarsson*

Hej!

Det är jag som fått den stora äran att få ta över ordförandeskapet från och med 1 januari 2021. Jag har precis genomfört mitt första år som rådsmedlem där jag suttit på lokalposten. Jag ser nu framemot ett nytt år, med nya möjligheter och allt vad det innebär. Jag vill speciellt vara med och bygga ett starkt sam-

bete i förbundet och hoppas på att vi tillsammans runt om i landet kan hjälpa och stärka varandra.

Tillsammans med kvarstående rådsmedlem Alexander och alla nya rådsmedlemmar - som har precis den där glöden som Elin nämnde - är jag peppad och redo för att fortsätta vara en stark röst i samhället för unga personer med diabetes!

Även om julen blir annorlunda i år, önskar jag dig en fin julhelg med någon du tycker om. God jul och gott nytt år! önskar

*Lovisa Hjalmarsson,  
ny ordförande från 2021*

## Tack även till dessa rådsmedlemmar!

Utöver Elin är det dessutom 6 andra rådsmedlemmar som lämnar över stafettpipan till andra unga engagerade.

- Nu är mitt tredje och sista år som rådsmedlem snart slut - och oj, vilken upplevelse det varit. Almedalsveckan, debattartiklar, intervjuer och projekt. Är tacksam för tiden och framförallt för alla fantastiska människor jag mött längs vägen. Nu väntar nya utmaningar. Tack för mig, god jul och gott nytt år! hälsar Ida Lindstén.

- Efter två år i Ung Diabetes råd är det dags för mig att sluta i rådet vid årsskiftet och ta mig an nya utmaningar och lämna plats åt nya engagerade personer i rådet. Så jag vill passa på att tacka alla som har gjort de här åren så roliga och lärorika för mig! säger Klara Eriksson.

- Efter 2 år i rådet är nu dags för mig att avveckla mitt arbete i Ung Diabetes. Det har varit 2 fantastiska år med mycket roliga uppdrag, projekt och människomöten. Jag tar med mig många fina minnen och de personer jag arbetat med i rådet kommer att förbli vänner livet ut. Om jag ska välja ut ett speciellt minne, så var det när jag tillsammans med Maja och Robin 2019 fick representera Ung Diabetes under Almedalsveckan. Att sprida kunskap om diabetes är så viktigt och få chansen att göra det under ett sådant stort evenemang är verkligen en ära. Även om min tid i rådet tar slut nu så kommer jag aldrig sluta prata om diabetes - det finns fortfarande mycket fördomar kvar och människor i samhället som far illa pga brist på kunskap. Vi måste tillsammans fortsätta engagera oss, tveka inte att ta

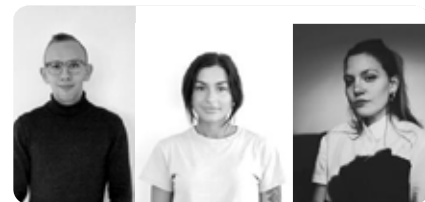
kontakt med Ung Diabetes om du vill hjälpa till! Jag önskar er alla en God Jul och ett Gott nytt år, säger Ida Lövgren om sina år i rådet.

Vi säger även ett stort tack till Anton Olsson, My Huotariinen och Greta Ehlers för er tid i rådet. Ni har alla bidragit till ett fint engagemang i Ung Diabetes!

Vi hälsar nu alla nya rådsmedlemmar varmt välkomna och ser tillsammans med kvarvarande medlemmar framemot att få ta del av er drivkraft att förbättra livet för personer med diabetes!



*Från vän: Ida Lindstén, Klara Eriksson och Ida Lövgren*



*Från vän: Anton Olsson, My Huotariinen och Greta Ehlers*

## Något att se framemot

Vad som händer och hur nästa år kommer att se ut är till stor del fortfarande oklart, men vi kan redan nu meddela att detta kommer ske från Ung Diabetes håll:

- Ung Diabetes släpper en dokumentär om att leva med typ 1-diabetes! Vi kommer att få följa med när Ung Diabetes tillsammans med 30 personer med typ 1 diabetes besteg Kebnekaise 2017 (#keb17) i syfte om att visa att ingenting är omöjligt trots en diabetesdiagnos. Dokumentären släpps under våren och mer information kommer!

- Ung Diabetes planerar ett ungdomsläger och ett vuxenläger till sommaren! Vi hoppas innerligt att vi 2021 inte ska behöva ställa in våra populära läger ännu en gång och arbetar för fullt för att dessa ska gå att genomföra i någon form. Vi hoppas såklart att just DU blir en av deltagarna. Fortsättning följer...

God Jul och Gott Nytt År önskar Ung Diabetes

Glöm inte att följa oss på våra sociala medier!

# Diabetessamordnare och certifiering i Region Skåne

I Blåbok som kom 2014 fanns en sammanställning på tio viktiga punkter som det Nationella Diabetesteamet önskade särskilt fokus på. En av punkterna var Certifiering av vårdgivare. Det togs ganska snart därefter ett politiskt beslut i Region Skåne efter påtryckningar från Expertgrupp Diabetes i Region Skåne att certifiera diabetesmottagningar i primärvården i Skåne. Tre diabetessamordnare anställdes med arbetsplats Primärvårdens utbildningsenhet och vi började vårt arbete januari 2016.

Vårt uppdrag som diabetessamordnare är att följa kvalitén på diabetesvården i primärvården, att sprida evidensbaserad kunskap, att stimulera till kompetensutveckling och att arbeta för en jämlik och god diabetesvård i regionen. Region Skåne var först i landet med att börja certifiera hälsovalsenheter som driver diabetesvård. Certifiering innebär ett kontinuerligt förbättringsarbete av verksamheten och är ett sätt att göra vården mer evidensbaserad och jämlik. Uppföljning sker årligen. Ersättning utgår med 20 000 kr/år.

Certifieringskraven är att det på enheten skall finnas:

- Sjuksköterska/distriktssköterska med minst 15 högskolepoäng inom diabetesvård
- Medicinskt ansvarig läkare med intresse för diabetes
- Minst 100 listade personer med diabetes
- Maximalt 400 personer med diabetes/100 % diabetessjuksköterska arbetande med diabetes dvs. uppfylla det s.k. LED-talet
- Kallelsesystem för personer med diabetes
- Diabetesteamet skall dessutom årligen delta i heldagsutbildning inom diabetes-

området – arrangerad av uppdragsgivaren (= diabetessamordnarna)

Första året var det 47 av Region Skånes 164 hälsovalsenheter som uppfyllde kraven för certifiering. Siffran har ökat till 70 enheter. Den vanligaste anledningen till att enheten inte uppnår kraven för certifiering är tiden, att man inte uppnår ledtalet för diabetessjuksköterska (40 timmar/vecka/400 patienter).

## Vad gör diabetessamordnarna?

Vi planerar och genomför årliga certifieringsgrundande utbildningar om diabetessjukdomarna och dess komplikationer, behandling, levnadsvanor och prevention, personcentrerad diabetesvård samt diabetesvård i ett mångkulturellt perspektiv med mera. Dessa utbildningsdagar har tidigare varit fysiska, men genomfördes 2020 digitalt.

Vi bistår högskola och universitet med att planera och genomföra diabetessjuksköterskeutbildningar.

Vi bjuder in till och deltar i nätverksträffar för diabetessjuksköterskor på olika platser i Skåne.

Vi skickar regelbundet ut Nyhetsbrev till enheternas diabetessjuksköterskor.

Flera förbättringsprojekt genomfördes i början, men det var ofta svårt för teamen att få avsatt tid för dessa projekt.



Från vän: Katarina Klang-Larsson, Marianne Lundberg och Kristina Eklöf-Olsson

Där de kunde genomföras gavs möjlighet till att tydliggöra strukturer och processer som kunde förbättras. En viktig faktor för dessa projekt var att ledningen var involverad samt att tid avsattes för förbättringsarbetet.

Lärandeseminarier erbjuds till diabetessjuksköterskor på några enheter i taget för diskussioner kring NDR och erfarenhetsutbyte, "lära av varandra". Några diabetessjuksköterskor som om möjligt arbetar nära varandra träffas ca 6 gånger fysiskt eller digitalt.

I samarbete med NDR och IT konsulter bedrivs ett stort arbete att kvalitetssäkra direktöverföringen av data från primärvårdens journalsystem till NDR. Detta arbete fortgår kontinuerligt.

Vi är behjälpliga i praktiska frågor på enheterna. Det kan gälla NDR, riktlinjer, rutiner och olika processer. Innan pandemin gjorde vi ofta besök på de enheter som så önskade. Dessa besök ersätts tills vidare med digitala "besök".

En av samordnarna är representant i Terapigrupp Endokrinologi.

## Resultat

Det har framkommit i intervjuer med diabetessjuksköterskor på certifierade enheter att man upplever certifieringen som ökade möjligheter och ökad vårdkvalitet, men också som utmaningar



(Drevenhorn, 2019). Möjligheter i form av ökad kunskap genom fortbildningstillfällena, ökade möjligheter att ställa krav på t.ex. tid avsatt för diabetespatienter och för fortbildning. Sjuksköterskorna uppgav att de kände stolthet över att bedriva god diabetesvård, det gav dem ökad möjlighet att arbeta mer självständigt och att diabetesmottagningen hade fått en kvalitetsstämpel eftersom vissa krav uppfylldes. De mest primära utmaningarna beskrevs som personalbrist och rekryteringsproblem vilket kunde leda till svårigheter att uppfylla certifieringskraven. Att skapa medvetenhet om certifieringen kunde vara svårt om intresset för diabetes bland medarbetarna var lågt.

Under 2020 har det planerats och genomförts utbildning om diabetes, behandling och injektionsteknik för legiti-

merad personal i den kommunala sjukvården i Malmö. Eventuellt kommer det att genomföras liknande utbildningar i andra skånska kommuner under året som kommer. Det planeras också för diabetesutbildning för verksamhetschefer som ett pilotprojekt med början i Malmö-Trelleborg. Under 2020 har också ett samarbete med I177 och regionens patientföreningar bedrivits så att patienterna får kännedom att det finns diabetescertifierade vårdcentraler och vilka krav som ställs på dessa.

*Kristina Eklöf-Olsson  
Katarina Klang Larsson  
Marianne Lundberg*

Primärvårdens utbildningsenhet, Region Skåne

diabetessamordnare@skane.se

Referenser:

Blåbok (2014) Svenska diabetesförbundet [www.diabetes.se](http://www.diabetes.se)

Drevenhorn, E (2019) Vad har certifiering av diabetesmottagningen inneburit för enheten? Intervju med diabetessjuksköterskor, (Rapportserie 2019:2). Region Skåne: allmänläkarkonsult Skåne primärvårdens utbildningsenhet.

Vårdgivare i Skåne (2019) Certifiering av diabetesmottagning

<https://vardgivare.skane.se>



## Hjälp till att göra vår tidning ÄNNU bättre!

Vi önskar korta berättelser från er kliniska vardag i diabetesvården.

Vi tänker att alla tycker det är intressant att läsa om hur andra har det på jobbet.

Vi kan lära av varandra, dela framgång och besvärligheter.

Om ni vill ha hjälp att skriva kan ni kontakta oss i styrelsen.

Skicka gärna med en bild och glöm inte skriva namn och var ni jobbar eller mejladress så att den som blir nyfiken kan kontakta er.

Vi är också väldigt glada om ni vill delge era uppsatser.

För att kunna presentera fler i tidningen ber vi er skicka in abstract eller en kortare sammanfattning av uppsatsen.

Om ni inte har ett abstract kan vi hjälpa er med detta också.

# Så kan du minska risken att få typ 2-diabetes

En skrift av två erfarna och disputerade specialtläkare med lång erfarenhet inom diabetesvården.



Boken är skriven enkelt och lättläst och med tydliga förklaringar då ord från sjukvården används.

En ganska kort men tydlig förklaring på vad diabetes typ 2 är och hur man ställer diagnos.

Sedan kommer de viktiga kapitlen, hur kan man minska risken att få typ 2-diabetes. Det som är framträdande och genomsyrar hela skriften är den positiva inställningen.

Det finns inget skuldbeläggande utan bara tydliga kloka råd och även en tydlighet i vårdens ansvar och vilken hjälp den bör kunna erbjuda och förslag på hjälp utanför vården.

Även om man redan fått diagnosen typ 2 diabetes tror jag man kan hitta inspiration till förändringar vad gäller livsstilsfaktorer här. Skriften täcker kost, fysisk aktivitet, rökning, alkohol, stress och sömn.

Det finns även ett fördjupnings avsnitt för den som vill veta mer. Där går man bland annat igenom övriga diabetesdiagnoser, det är här jag hittar mitt lilla klagomål och det är att man skriver vid typ 1 diabetes "kan drabba barn och ungdomar".

För att citera en annan författare " Typ 1 drabbar i första hand unga människor.

Tidigare drog man en skiljelinje vid 30 års ålder, men nu vet man att typ 1 kan debutera i alla åldrar."

Hur får man då tag på den, på förlagets hemsida finns den inte nu men om man kontaktar NovoNordisk eller Boeringer Ingelheim så kan de tillhandahålla den.

Ett bra material att dela ut till patienter med prediabetes eller kanske med övriga parametrar för metabolt syndrom även om glukosvärden är normala.

*Victoria Hermansson Carter*



*Margareta Hellgren*



*Stig Attvall*

## NY INDIKATION

**FORXIGA (dapagliflozin)** den första och enda SGLT2-hämmaren godkänd för behandling av symtomatisk kronisk hjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion.<sup>1</sup>



## Ett nytt behandlingsalternativ vid hjärtsvikt med eller utan typ 2-diabetes



**Minskar signifikant risken för kardiovaskulär död, sjukhusinläggning för hjärtsvikt eller akutbesök för hjärtsvikt<sup>1,2</sup>**  
jämfört med placebo 26% RRR (4.9% ARR, NNT 21),  $p < 0.0001^*$



**Minskar signifikant risken för totalmortalitet<sup>1,2</sup>**  
jämfört med placebo 17% RRR (2.3% ARR)  $p = 0.0217^{**1,2}$



**Signifikant förbättring av hjärtsviktsymtomen hos patienter med HFrEF**  
både med och utan typ 2-diabetes, jämfört med placebo<sup>1,\*\*\*</sup>

1

10 mg, 1 tablett dagligen, ingen titrering, insättning vid  $eGFR \geq 30$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>

Den nya indikationen baseras på resultat från studien DAPA-HF med 4 744 patienter med symtomatisk kronisk hjärtsvikt (NYHA klass II-IV). I studien inkluderades patienter med och utan typ 2-diabetes samt patienter med  $eGFR \geq 30$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Patienterna stod på behandling med etablerade hjärtsviktsläkemedel och randomiserades till Forxiga 10 mg eller placebo.<sup>\*\*\*\*</sup>

AstraZeneca har ansökt om subvention för patienter med hjärtsvikt.

**Om du har frågor angående Forxiga – ta gärna kontakt med Medicinsk Information på telefon 08-553 260 00 eller via e-post: [medicalinformation.aznordic@astrazeneca.com](mailto:medicalinformation.aznordic@astrazeneca.com)**

\* HR 0,74; 95 % KI 0,65 till 0,85 \*\* HR 0,83; KI 0,71 till 0,97. Nominellt signifikant \*\*\* Förändring från baslinjen vid månad 8 i KCCQ-TSS, (Win Ratio 1,18 [95 % KI 1,11, 1,26];  $p < 0,0001$ ). Både symtomfrekvens och symtombörda bidrog till resultaten. \*\*\*\* Standardbehandling var: ACE/ARB (94%), ARNI (11 %), BB (96 %), MRA (71 %), implanterbar device (26 %).

RRR = relativ riskreduktion ARR = absolut riskreduktion NNT = number needed to treat

Ref 1. Forxiga SPC [www.fass.se](http://www.fass.se) 2. McMurray JJV et al. N Engl J Med. 2019;381(21):1995–2008

**Forxiga® (dapagliflozin) 10 mg, filmdragerade tabletter, SGLT2-hämmare. Rx, Hjärtsvikt: Ej Förmån.**

**Indikation:** Forxiga är avsett för vuxna för behandling av symtomatisk kronisk hjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion. **Viktig säkerhetsinformation:** Vid misstanke om den sällsynta men livshotande infektionen Fourniers gangrän (nekrotiserande fasciit i perineum) ska SGLT2-hämmare sättas ut och akut behandling påbörjas. Senaste översyn av produktresumén: 2020-11-11. För ytterligare information och priser se [www.fass.se](http://www.fass.se).

# Betydelsen av tillgång till stöd hos unga vuxna med typ 1 diabetes

Vi är två diabetessjuksköterskor som arbetar på vuxenklirik. I vår yrkesroll möter vi unga vuxna med typ 1 diabetes och vill undersöka vad vi från professionens sida kan göra för att bistå dem på bästa sätt.



Författarna Lise-Lotte Möller och Catarina Fernow

## Inledning

Diabetes är en av de vanligaste icke smittsamma sjukdomarna i världen. I Sverige beräknas ca 450 000 människor ha sjukdomen vilket innebär cirka fyra procent av den svenska befolkningen, av dem har drygt 50 000 personer typ 1 diabetes (Diabetesförbundet, 2017). Leva med typ 1 diabetes innebär att ständigt ta hänsyn till sjukdomen oavsett vilka situationer man ställs inför. Det fysiska och psykiska välbefinnandet påverkar glukosvärden direkt och kräver omedelbara åtgärder i situationer när det inte alltid finns tid och ork. Enligt Nationella Diabetesregistret (NDR, 2016) har unga vuxna med diabetes högre HbA<sub>1c</sub> (ett prov som speglar glukosnivån fyra till sex veckor bakåt i tiden) jämfört med övriga åldersgrupper. Egenvårdsansvaret som krävs för att hålla glukosnivån på en optimal nivå blir ytterligare en påfrestning i den period i livet som redan består av många utmaningar. Professionellt och socialt stöd behövs för att underlätta för unga vuxnas livsövergång till vuxenvärlden och tiden därefter. Vi är två diabetessjuksköterskor som arbetar på vuxenklirik. I vår yrkesroll möter vi unga vuxna med typ 1 diabetes och vill undersöka vad vi från professionens sida kan göra för att bistå dem på bästa sätt. Med unga vuxna avses i den här studien personer i åldern mellan 18-25 år.

## BAKGRUND

### Unga vuxna

Ungdomsåren eller tiden som ung vuxen är en svårdefinierad period. Berg Kelly (2014) beskriver en internationell trend där man utökar åldersspannet för unga människor från 10-20 år till 10-24 år. Det beror dels på samhällets förändring där få unga idag är egenförsörjande vid 20-års ålder samt att det kan ta upp till 25-års ålder innan hjälpan är helt färdigutvecklad vilket påverkar den kognitiva färdigheten (a.a). Enligt Psykologguiden (2017) innebär kognitiv färdighet att kunna förstå sammanhang, analysera och dra slutsatser. Arnett (2000) beskriver åren mellan 18-25 år som den period då ungdomar fortfarande utforskar livet och ännu inte hunnit göra alla val i hur de vill leva. De närmar sig vuxenlivet men har fortfarande inte fullt vuxenansvar. De benämns under denna period som unga vuxna (a.a). Vägen till att bli vuxen kan för många vara riskfylld och svår. Under ungdomstiden experimenterar ungdomar och provar sig fram för att hitta sin identitet. Föräldrar blir nu mindre viktiga och ungdomarna söker sig istället till vänner. Då konsekvenstänk finns i mindre grad och istället en känsla av att vara osårbar, leder det till att de ibland utsätter sig för stora risker. Som ung vuxen börjar individen hitta sin identitet och förstå mer om sig själv, de söker sig tillbaka till vuxensamhället och är mer benägna att ta emot råd från bland annat

föräldrar och sjukvård. Under denna period kommer också insikten om sin egen kapacitet vilket kan skapa oro då de inser att kommande planer inte säkert kan förverkligas. I kombination med en kronisk sjukdom inser unga vuxna att även sjukdomen påverkar framtida val och drömmar. Vid 18-års ålder flyttas ansvaret för besöken över från barn- till vuxenklirik. Personen är då myndig men den kognitiva förmågan är ännu inte fullt utvecklad och planering inför framtiden är oftast inte klar. De förväntas klara av hanteringen av sin sjukdom men har inte alltid förutsättningarna. Det är vanligt att unga vuxna uteblir från sina hälsokontroller och Berg Kelly (2014) menar att hänsyn ska tas till ungdomars sårbarhet och en ungdomsvänlig sjukvård bör erbjudas. Vuxensjukvården har här ett etiskt ansvar (a.a). Sparud-Lundin, Öhm och Danielsson (2009) beskriver unga vuxnas reflektioner två år efter att en överföring från barn- till vuxenklirik är gjord. Under denna period blir de unga vuxna mer medvetna om sin egen kapacitet men även över de brister de har. Föräldrars stöd spelar en stor roll men även det sociala spelet i relationen till andra. Internetkontakter är ett sätt att dela erfarenheter med andra och få känna tillhörighet, att inte vara ensam i sin sjukdom. Diabetessjuksköterskan har en roll i att stödja ungdomarna att ta ett ökat egenansvar för att underlätta övergången till vuxenlivet. Persson, Dahlquist, Gerdtham och Steen Carlsson



(2013) påvisar att barn med diabetes i jämförelse med friska jämnåriga, har lägre betyg i grundskolan och gymnasiet i de fall de väljer en teoretisk utbildning. Det finns ingen skillnad bland dem som går praktiska utbildningar. Personer som får sin diabetes innan fyra års ålder är mest utsatta efter att ha levt med kronisk sjukdom under många år. Både höga och låga glukosvärden ger trötthet och påverkar möjligheten till att koncentrera sig (a.a.). Skolsköterskan finns som samordnare i nätverket runt eleven med typ 1 diabetes. Genom att ha en dialog mellan skolpersonal, elev och föräldrar får skolsköterskan en bild av hur elevens dag ser ut och hur behovet av stöd kan tillgodoses. Därefter kan en plan upprättas i hur lektioner, raster och måltider schemaläggs på bästa sätt för att passa in i diabetesbehandlingen (Thorstensson, Fröden, Vikström & Andersson, 2015). En uppföljning vid 29 års-ålder visar att unga vuxna med diabetes har fast anställning i lägre grad än friska. Diskussioner finns om att det kommer att förändras då tekniska hjälpmedel förbättras och behandlingsregimer intensifieras vilket underlättar hanterandet av diabetesjukdomen (Persson et al., 2013).

### Diabetes

Antal personer med Diabetes mellitus i världen uppgår idag till 415 miljoner och beräknas öka till 642 miljoner år 2040 (IDF Diabetes atlas, 2015). Fram till idag har diabetesjukdomen delats upp i framför allt typ 1 och typ 2. I Sverige beräknas antal personer med diabetes vara ca 450 000 och av dem har 85-90% typ 2 diabetes. Drygt 50 000 personer har typ 1 diabetes varav 7 000 är barn under 18 år. Från 1980 och fram till idag har antal barn som insjuknar i diabetes/år fördubblats. Först nu börjar siffran stabiliseras (Diabetesförbundet, 2017). Ny forskning ger förslag på indelning i fem diabetesgrupper för att identifiera de patienter som löper hög risk att drabbas av komplikationer och för att bättre kunna individanpassa behandlingen (Ahlqvist, et al., 2018). Typ 1 diabetes är en autoimmun sjukdom vilket innebär att den egna kroppen förstör de insulinproducerande cellerna. Bristen på eget tillverkat insulin gör att insulin måste tillföras utifrån med hjälp av injektioner alternativt insulinpump. Utan insulin kan inte cellerna i kroppen tillgodogöra sig glukos utan stannar kvar i blodbanan vilket medför ett högt glukosvärde. Vanliga symtom är ökad törst, trötthet, stora urinmängder och viktnedgång. Ett nor-

malt glukosvärde ligger mellan 4-7mmol/l (Hanås, 2008). För att hålla glukosvärdet på normal nivå ställs stora krav på personen med diabetes gällande kunskap och förmåga till egenvård (Adamsson, Lins & Toft, 2009). Det räcker inte med att kontrollera ett glukosvärde utan det skall sedan tolkas för att avgöra vilken åtgärd som krävs. Många faktorer påverkar glukosvärdet, till exempel stress, alkohol, aktivitet, födoingtag samt eventuella infektioner (Diabetesförbundet, 2017). Nya hjälpmedel med möjlighet till kontinuerlig avläsning av glukosvärdet har tagits fram för att underlätta egenvården vid typ 1 diabetes. De förskrivs enligt SKL:s (Sveriges Kommuner och Lands-ting) vårdprogram. Vårdprogrammet inkluderar även insulinpumpförskrivning (SKL, 2017).

Efter många år med diabetes och höga HbA1c-nivåer ökar risken för påverkan på nerver och små blodkärl i framförallt ögon och njurar. Även stora blodkärl kan drabbas av förkalkning vilket medför ökad risk för hjärt-kärlsjukdomar. Risker för komplikationer minimeras med en välinställd diabetes (Hanås, 2008). Samuelsson, Anderzén, Gudbjörnsdottir, Steineck, Åkesson och Hanberger (2016) beskriver att unga vuxna med höga HbA1c-nivåer utvecklar retinopati (kärlpåverkan i ögonen) redan i ung ålder. Förbättrad diabetesvård redan hos barn och unga är av betydelse för att förebygga ökad sjuklighet senare i livet.

### Diabetessjuksköterskans roll

Diabetessjuksköterskan skall erbjuda personcentrerad vård och utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet. Vården är ett samspel mellan personen med diabetes som har kunskap om sitt liv och diabetessjuksköterskan med sin professionella kunskap (Svensk förening för sjuksköterskor inom diabetesvård, 2013). Ett stort ansvar ligger på patienten att hantera sin sjukdom. Kunskap krävs för att klara av egenvården och diabetessjuksköterskan har en betydande roll i att utbilda på individanpassad nivå (Berne & Sörman, 2009). Vid besöken hos diabetessjuksköterskan får personen med diabetes berätta sin hälsohistoria. Hur hen mår och hur hälsotillståndet varit sedan senaste besöket, om något förändrats i personens livssituation som till exempel arbete, familj, vänner eller egenvårdsmotivation. Med hälsohistorien som grund tillsammans med analys av laboratorieprover och kliniska undersökningar görs en individuell om-

vårdningsplan (Sundman, 2011). Genom att kunna sitta tyst och vänta in patienten och även fånga upp det som inte sägs i klartext kan diabetessjuksköterskan vara ett bollplank för att hjälpa patienten se sina möjligheter och begränsningar i egenvården (Andersson, Svanström, Ek, Rosén & Berglund, 2015). Enligt Svensk förening för sjuksköterskor inom diabetesvård (2013) bör besöksintervallen individanpassas efter behov av handledning, stöd och fortlöpande undervisning hos personen med diabetes.

För en optimal diabetesvård behövs ett samarbete med andra professioner, ett diabetesteam (Berne & Sörman, 2009). Läkare, diabetessjuksköterska, dietist, fotvårdsterapeut, kurator och sjukgymnast är några av de yrkesgrupper som kan ingå i ett diabetesteam. Mål för behandlingen tas fram tillsammans med patient och hänsyn tas till patientens livskvalitet samt förmåga att hantera sin behandling (Socialstyrelsen, 2017). Diabetessjuksköterskan kan behöva stödja patienten till kreativitet och inge mod till att utforska nya möjligheter för att skapa en känsla av säkerhet (Johansson, Almerud Österberg, Leksell & Berglund, 2016). I teamet arbetar samtliga professioner mot ett gemensamt mål, och allas kompetenser tas tillvara (Carlström, Kvamström & Sandberg, 2014).

### Livsvärld

Livsvärlden är den värld vi lever i, den finns inom oss och runt om oss. Den innefattar den individuella upplevelsen men även det sociala samspelet med andra. Vid kronisk sjukdom är det av vikt för vårdgivaren att ta hänsyn till patientens livsvärld för att förstå vad det innebär att leva med sjukdomen (Friberg & Öhlén, 2017). I lärandet påverkas personen med kronisk sjukdom av livsvärlden. Saker som spelar in för hur en person tillägnar sig kunskap är dels den tidigare erfarenhet som hen bär med sig men också på vilket sätt hen ser på den kunskap som skall tas in. Alla delar på en och samma livsvärld men det som spelar roll är hur personen ser på den och vad personen upplevt tidigare. Livsvärlden är ofta något som tas för given (Ekebergh, 2017). Livsvärlden är möjlig att undersöka men forskaren måste vara medveten om att hen då är en del i livsvärlden. Den kan aldrig undkommas (Bengtsson, 2005). Dahlberg, Todres och Galvin (2009) beskriver en vård de benämner som livsvärlds-ledd. Livsvärldsteorin utgår från en fenomenologisk filosofi och

ingår i vårdvetenskapen. I den är det viktigt att som vårdgivare i varje möte utgå från patientens livsvärld som inkluderar hälsa, sjukdom, lidande och välmående. Vårdaren måste fokusera på personen, vad hen mår bra av och inte enbart se till sjukdomen. Må bra är en fundamental känsla och behöver inte enbart innebära frånvaro av sjukdom. Patienten är inte enbart en vårdkonsument utan en person rik på egna livserfarenheter som konsulterar specialist vid behov. Professionen står för teoretisk expertis och formar vården tillsammans med patienten (a.a). Unga vuxna önskar att diabetesvården integreras med deras värld och det som känns aktuellt för dem, hur de ser på sig själva och vad de prioriterar i sitt liv för stunden. Vårdgivarna skall ge en individuell åldersanpassad vård, med positiv och negativ feedback utan att vara dömande (Dovey-Pearce, Humell, May, Walker & Doherty, 2005). Det kan liknas vid personcentrerad vård som utgår från personens livsvärld och utgörs av tre grundbegrepp. *Berättelsen*, där personen själv berättar om sin livssituation, förmågor och behov. *Partnerskap*, personen i fråga har rättigheter och ansvar och ska ses som en självklar del av teamet. Ett ömsesidigt förtroende finns där vårdpersonalens kunskapsöversläge balanseras med patientens värdighet, integritet och kunskap att leva med sjukdomen. Det tredje begreppet är *dokumentationen*. Här fastställs en gemensam överenskommelse som innehåller mål, strategi och den planerade uppföljningen. Dokumentationen skall finnas tillgänglig även för patienten (Kristensson Ugglå, 2014). Förhållningssättet personcentrerad vård kan jämföras med att arbeta efter livsvärldsperspektiv. I livsvärlden sker lärandet.

### Lärande

Berglund (2011) beskriver sina teser i en didaktisk modell i lärandet. Det handlar om svårigheterna med att lära sig leva med en kronisk sjukdom innan en vändpunkt nås och personen konstaterar att sjukdomen finns. Vikten av att utgå från en livsvärldsteoretisk grund, att vid upprepade tillfällen ge patienten stöd att kunna sätta ord på sin situation samt lära sig förstå hur olika situationer påverkas av handlingsättet personen väljer. Leva med kronisk sjukdom innebär att besitta en rädsla att förändras men också en rädsla för själva kunskapen om sjukdomen. Vårdgivare bör hjälpa personen att sätta ord på rädslan och reflektera över

situationen. Genom att reflektera över tidigare erfarenheter och eventuella framtidsbilder kan individen distansera sig och förena sjukdomen till en ny helhet. Ett steg i processen är att gå från man till jag och inse det egna ansvaret över hanteringen av sin sjukdom. Lärandet synliggörs genom att sätta mål och utvärdera dem och få en känsla av att ha fått ny kunskap (a.a). Johansson, Almerud Österberg, Leksell & Berglund (2015) menar också att det är genom reflektion och erfarenhet om hur kroppen reagerar vid olika situationer som ett lärande infinner sig. Genom lärandet erhålls en förståelse över hur till exempel plasmaglukosnivån kan förändras över tid och vid vilka situationer det sker. Leva med diabetes innebär att pendla mellan känslan av att ha kontroll och rädslan att förlora den. Det som tidigare bara tagits för givet måste nu hanteras, sjukdomen och behandlingen behöver införlivas i det dagliga livet (a.a). Lärandet stöds av viljan att ta eget ansvar över sin sjukdom vilket i sin tur leder till ökat självförtroende. (Johansson et al., 2016). Det är betydelsefullt att hela tiden prioritera och fråga sig: vad är viktigast i denna situation, att väga för och emot för att kunna ta ett beslut (Kneck, Klang & Fagerberg, 2012).

### Stöd

Stöd kan delas upp i professionellt stöd och socialt stöd. Det professionella stödet finns att tillgå då ett behov uppstår. Diabetessjuksköterskan står för ett professionellt stöd som bör utgå från patientens livsvärld och behov. (Thorstensson, 2012). Stöd till lärande finns i en tillåtande miljö där diabetessjuksköterska tillsammans med de unga vuxna utformar behandlingen. En förtroendefull relation underlättar för att våga prova nya sätt att hantera sin sjukdom och inga frågor är onödiga utan av vikt för att stärka lärandet (Johansson et al., 2015). Det sociala stödet kräver att det sedan tidigare finns en relation till andra människor (Thorstensson, 2012). En känsla av ensamhet kan finnas om det sociala stödet är svagt eller saknas och påfrestringarna att leva med diabetes ökar (Polonsky, 2002). Det stöds av Langford, Bowsher, Maloney och Lillis (1997) som beskriver att det sociala stödet består av fyra undergrupper där emotionellt stöd är det viktigaste, att få kärlek, tröst, empati och omvårdnad ger en känsla av tillhörighet. Det instrumentella stödet är när mer praktiska tjänster utförs, till exempel att ge ekonomiskt stöd. Tredje

undergruppen är vägledande stöd och handlar om att kunna hjälpa till med problemlösningar. Den fjärde och sista definieras av att bekräfta någon och visa att hen har ett värde, ett värderande stöd. Langford et al. beskriver att ett ömsesidigt utbyte av tjänster krävs för att socialt stöd skall fortgå.

Från att föräldrar stått för huvuddelen av stödet så får vänner och eventuella partners en större roll. Svårigheter kan uppstå då en partner utan kunskap om diabetesjukdomen vill hjälpa till med råd. De unga vuxna blir ambivalenta men många förlitar sig vid sådana tillfällen på sina föräldrar. Vikten av att bli accepterad trots sin sjukdom är stor och avgör om de känner sig älskade eller ej. Möjligheten att chatta med andra som också har diabetes har stor betydelse för självkänslan, att någon förstår och vet vad de talar om. En del i utvecklingen är att inte behöva dölja sin sjukdom utan våga tala om den (Sparud-Lundin et al., 2009). Just behovet av öppenhet beskriver Johansson et al. (2015) som viktigt för att kunna få stöd från familj, vänner och kollegor. Omgivningen ges då möjlighet att hjälpa till med hanteringen av sjukdomen.

### Diabetesrelaterad stress

Diabetesrelaterad stress är vanligt förekommande hos personer med typ 1 diabetes redan i tidiga år. Injicera insulin och kontrollera plasmaglukos inför andra är några av de uppgifter som upplevs som stressande. Diabetesrelaterad och generell stress är associerad med högre HbA1c men även till lägre livskvalitet. Stressen påverkar hantering av egenvård negativt. Allmän stress och diabetesrelaterad stress bör skiljas åt för att ge rätt behandling med bästa resultat. Screening i samband med mottagningsbesök efterfrågas av Rechenberg, Whittemore, Holland och Grey (2017). Enligt Rasmussen, Ward, Jenkins, King och Dunning (2011) innehåller livet flertalet livsövergångar. Det kan vara att flytta hemifrån, komma ut i arbetslivet, nya relationer, föräldraskap och sjukdom med mera. Förutom livsövergångar som sker och de vanliga fysiologiska förändringarna, har personer med diabetes dessutom sin sjukdom att ta hänsyn till. För att bibehålla glukosvärdet på en jämn nivå krävs strategiskt tänkande och planering vilket tar mycket kraft, det påverkar välbefinnandet och upplevs som stressande. Egenvården prioriteras då lägre vilket leder till svårigheter att kontrollera sjukdomen. Clausi och Schneider (2017) beskriver att unga

**För vuxna, ungdomar  
och barn med diabetes**  
från 1 års ålder

**Fiasp® (insulin aspart)**  
**Ett snabbare  
insulinsvar vid måltid**  
jämfört med NovoRapid® (insulin aspart)<sup>1,2</sup>

**Dessutom till ett lägre pris  
än NovoRapid®<sup>3</sup>**



**Nu även tillgänglig i  
PumpCart® kompatibel  
med Accu-Chek® Insight  
och mylife™ YpsoPump®**



**Referenser**

1. Fiasp® produktresumé, [www.fass.se](http://www.fass.se). 2. Heise T, et al. Clin Pharmacokinet. 2017;56(5):551–9. 3. AUP, [www.tlv.se](http://www.tlv.se), januari 2021.

**▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.**

**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:** av Fiasp® är individuell och ska fastställas utifrån den enskilda patientens behov.

Hypoglykemi kan uppträda om insulindosen är för hög i förhållande till insulinbehovet. Otillräckliga doser eller avbruten behandling, i synnerhet hos patienter som har behov av insulin, kan leda till hyperglykemi och diabetisk ketoacidosis, tillstånd som potentiellt är dödliga. Pediatrisk population: För att undvika nattlig hypoglykemi rekommenderas noggrann övervakning av blodglukosnivåer om detta läkemedel administreras efter att dagens sista måltid inletts.

**Graviditet/amning:** Fiasp® kan användas under graviditet. Det finns inga begränsningar för behandling med Fiasp® under amning. Dosen kan dock behöva justeras.

För fullständig förskrivarinformation och pris, se [fass.se](http://fass.se).

Datum för översyn av produktresumén 09/2020.

## D-UPPSATS

vuxna upplever diabetesjukdomen som betungande. Krav på egenvård gör att de inte känner sig fria, att alltid behöva planera sin dag, gällande hjälpmedel, mat och insulin tar mycket kraft. De känner sig fångade och kan inte fly sjukdomen som beskrivs som en annan del av kroppen. Känslan finns att inte vara normal, att inte ens vara som sina föräldrar. De vill inte identifiera sig med diabetes utan vara en person, inte en sjukdom (a.a). En uppföljande studie i Melbourne, tolv år efter diabetesdiagnos visar att fler unga vuxna med diabetes har haft psykiatrisk kontakt jämfört med kontrollgruppen. Färre har gått ur grundskolan och färre har fast arbete. En tredjedel av deltagarna har tappat kontakten med vården under överföringen till vuxenklolik, höga plasmaglukosnivåer och sämre välbefinnande speglade denna grupp (Northam, Leen, Finch, Werther & Cameron, 2010). I en studie från Finland har kvinnor och män med typ 1 diabetes i arbetsför ålder jämförts med övrig befolkning angående skattad hälsa. Över lag skattade kvinnor med typ 1 diabetes sin hälsa lägre än männen med typ 1 diabetes. I gruppen som skattade sin hälsa som god fanns hälften så många kvinnor med typ 1 diabetes jämfört friska kvinnor, och en tredjedel av männen med typ 1 diabetes jämfört med antal friska män (Hakkarainen et al., 2017). Kan professionellt alternativt socialt stöd påverka upplevelsen av mental hälsa?

### PROBLEMFÖRMULERING

I Sverige har ca 7000 barn typ 1 diabetes. Efter 18-års ålder överförs vårdansvaret från barn- till vuxenklolik. Enligt NDR:s årsrapport 2016 har unga vuxna högre

HbA1c-värden jämfört med andra åldersgrupper, vilket innebär en ökad risk för komplikationsutveckling. Perioden ung vuxen mellan 18-25 år beskrivs som att inte vara barn och inte heller vuxen. Då kraven på egenvård är höga vid typ 1 diabetes kan de vara svåra att upprätthålla som ung vuxen. Egna beslut skall tas trots att den kognitiva förmågan som är viktig vid beslutstagandet, ännu inte är fullt utvecklad. I tidigare studier har det beskrivits att unga vuxna med diabetes upplever ett försämrat välbefinnande. Frågor som uppkommer är: får unga vuxna med typ 1 diabetes det stöd de behöver från diabetesvården? Vad skiljer det professionella stödet från det sociala stödet? Behöver vården oavsett ålder vara mer lyhörd för de behov som finns? Genom ökad kunskap om dessa frågor kan utformningen av vården anpassas till unga vuxnas förutsättningar. Därför är det av intresse att undersöka hur unga vuxna med typ 1 diabetes upplever sitt behov av socialt- och professionellt stöd för att kunna anpassa vården till deras behov och förväntningar.

### SYFTE

Syftet är att belysa hur unga vuxna med typ 1 diabetes upplever socialt- och professionellt stöd i sin vardag

### METOD

En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats valdes för att beskriva upplevelser av det fenomen som studien avsåg att belysa. Det är en metod som fokuserar på tolkning av textmassor (Lundman & Graneheim, 2017). Induktiv ansats innebär att intervjuaren utgår från innehållet i texten och analyserar den förutsätt-

ningslöst (Schreier, 2012). För att besvara syftet valdes en semistrukturerad intervju vilket innebar att forskarna utgick från i förväg nedskrivna öppna frågor som samtliga deltagare fick besvara. Fördelen med en semistrukturerad intervju var att frågorna inte behövde komma i ordningsföljd och författarna kunde därför anpassa sig efter vad deltagarna berättade under intervjuens gång (Danielsson, 2017).

### Urval

För att besvara syftet på studien tillfrågades unga vuxna mellan 18 till 25 år med typ 1 diabetes om intresse av att delta i studien. För att uppfylla inklusionskriterierna skulle de förutom att ha rätt ålder och diagnos kunna förstå och besvara en fråga på svenska. Totalt tillfrågades tolv unga vuxna i samband med ett mottagningsbesök om intresse fanns för att delta i studien. Rekryteringen skedde genom bekvämlighetsurval som enligt Polit och Beck (2017) innebär att de var tillgängliga för stunden och lätta att nå. Mottagningsbesöken var inplanerade sedan tidigare och de som stämde in på inklusionskriterierna kunde därför tillfrågas på plats. Fyra unga vuxna tackade nej och åtta valde att delta. En ung vuxen tillfrågades via ett telefonsamtal inför ett besök om hen ville delta i en intervju i samband med det kommande besöket, hen tackade ja. Ytterligare en ung vuxen tillfrågades under en dagvårdsvecka om intresse för att delta, hen tackade också ja. Ingen hänsyn togs till behandlingsmetod, könstillhörighet, etnicitet eller utbildningsnivå vid urvalet. Totalt rekryterades tio unga vuxna till studien (Tabell 1).

Tabell 1. Bakgrundsfakta deltagare

Kön	Ålder vid intervju	Diabetesduration	Boende	Sysselsättning	Utbildning
K	21	15	F	S	Gy
M	22	16	S	A	Gy
K	24	1	E	S	Gy
K	21	1	S	S	Gy
M	20	12	E	S	Gy
K	24	20	S	A-S	Gy
K	25	11	S	A	Gy
K	25	11	S	A	Gy
M	20	4	E	A	Gy
M	24	20	S	A	Gy

Man/Kvinna n= 4 män, 6 kvinnor. Ålder vid intervju: Medelålder 23 år. Intervall 20-25 år. Diabetesduration: antal år.

Boende: E=Ensam, S=Sambo, F=Föräldrar.

Sysselsättning: A=Arbetar, S=Studerar, A-S=Arbetsökande.

Högsta avslutade utbildning: G=Grundskola, Gy=Gymnasium, H=Högskola, F=Folkhögskola



## Datainsamling

Kontakt togs med verksamhetschef på två kliniker i Västra Götaland för skriftligt godkännande (bilaga 1). Därefter skickades ett informationsbrev om studien till diabetessjuksköterskor på respektive mottagning som i sin tur tillfrågade unga vuxna om intresse av att delta. De personer som tackade ja kontaktades via telefon av författarna för att avtala tid och plats för intervju. De hade möjlighet att välja plats och tid som passade dem. Högskolbibliotek, diabetesmottagning och allmänt bibliotek användes som platser för intervjuer. En intervju skedde per telefon på grund av långt avstånd mellan författare och den unga vuxna. Ett informationsbrev lämnades (bilaga 2) samt undertecknades i samband med intervjun. Vid telefonintervjun skickades informationsbrevet för underskrift. De unga vuxna informerades om att intervjun skulle spelas in och sedan transkriberas ord för ord. De fick också information om att allt analysmaterial skulle avidentifieras och inget av det som berättas kommer att kunna kopplas till dem. Under intervjun närvarade endast en författare och en ung vuxen, totalt genomfördes fem intervjuer per författare. För att få ett neutralt möte hade författarna inte träffat de unga vuxna innan intervjun. Tio semistrukturerade intervjuer genomfördes, spelades in och varade i 25-65 minuter. Intervjuerna inledes med allmänna bakgrundsfakta om

ålder, kön, boende, huvudsaklig sysselsättning, högsta avslutade utbildning och ålder vid diabetesdebut (Tabell 1). Intervjuerna genomfördes med hjälp av en intervjuguide för att säkerställa att det insamlade materialet svarade på forskningsfrågan och att samtliga unga vuxna fick svara på samma frågor. En inledande fråga ställdes: hur tycker du det är att leva med sjukdomen diabetes? Efterföljande frågor var: känns det som om din diabetes påverkar dina val i vardagen, tycker du att du behöver stöd från någon annan i din vardag med diabetes, vad innebär stöd för dig, berätta om en situation som var extra stödjande, berätta om en situation som inte var stödjande, saknar du något stöd, hur skulle du vilja ha det i vården om du får drömma, och om det inte har nämnts under föregående frågor ställdes frågan: hur tycker du att stödet från din diabetessjuksköterska är. Är det något av det vi talat om som du vill tala mer om, är det något vi inte talat om som du vill ta upp? Intervjun avslutades med en öppen fråga: hur bedömer du ditt nuvarande hälsotillstånd på en skala ett till tio, där ett är avsaknad av hälsa och tio är mycket god hälsa? För att få en möjlighet till fördjupning av berättelsen användes följdfrågor (Polit & Beck, 2017). Efter intervjun fick de unga vuxna möjlighet att ställa frågor samt informerades om att de var välkomna att kontakta författarna vid ytterligare frågor eller om de ville ta del av den färdiga artikeln då den är klar.

Datainsamlingen utfördes under sex veckor, hösten 2017.

## Analys

Analysen påbörjades av författarna själva genom att transkribera (ordagrant skriva ner) textmassan i direkt anslutning till intervjun. Det transkriberade intervju-materialet består av 136 skrivna sidor, Times New Roman storlek 12 med enkelt radavstånd. Genom att lyssna och skriva samtidigt gav det bättre förutsättning till att förstå innehållet då nyanser i talet spelade roll för tolkningen (Danielsson, 2017). För att öka trovärdigheten av analysen har båda författarna var för sig lyssnat igenom materialet vid flertal tillfällen och sammanställt samtliga intervjuer. Textmaterialet återgavs och sammanfattades till en latent analys där texten tolkades på djupet enligt Graneheim och Lundman (2004). I en kvalitativ innehållsanalys räknas den data som samlas in som analysenhet (Danielsson, 2017). Ord och meningar som hörde ihop genom dess sammanhang och innehåll plockades ner till en meningsenhet, vilken därefter kondenserades (kortades ner). Efter en abstraktion av innehållet försågs den kvarvarande texten med koder. De koder som hade ett liknande innehåll delades upp i underteman som sedan abstraherades på en högre nivå till två teman (Lundman & Graneheim, 2017). (Tabell 2).

Tabell 2 Exempel på analys

Meningsenhet	Kondenserad enhet	Kod	Undertema	Tema
Ja, man ser det lite som ett stöd inombords och nu med den här diabetesgalan och det så ser man ju den här stora bilden och man känner igen dem lite som man har någonting gemensamt med människor och man delar stories och allt sådant.	Gemenskap med andra som har sjukdomen	Samhörighet	Att få prata med någon som vet hur det är	Ett delat ansvar
Att man har kompisar och eller för alla som man kan prata med men även för specialister, diabetessköterskan eller så, för jag gillar liksom att man inte bara har en att prata med för att det känns, då känner jag mig som en börda.	Vill ha möjlighet att prata, både med kompisar och diabetessköterskan. Vikten av att inte vara en börda för någon. Sprider samtalen	Behov av att prata	Att ha någon att rådgöra med, bolla tankar med	Ett balanserat stöd

### Etiska överväganden

Enligt Vetenskapsrådet (2002) ska individskyddskravet och forskningskravet följas vid forskning, vilket innebär att ställning skall tas till att värdet av studien skall väga tyngre än de eventuella risker som kan uppstå för deltagarna. Individskyddskravet innehåller informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav. Enligt informationskravet skall information ges om vad deltagarnas medverkande i studien rent praktiskt innebär. Det skall också framgå att deltagandet är frivilligt och när som helst kan avbrytas. Då deltagaren aktivt ska medverka i studien krävs ett godkännande enligt samtyckeskravet. Genom att de unga vuxna läste igenom informationsbrevet samt undertecknade det

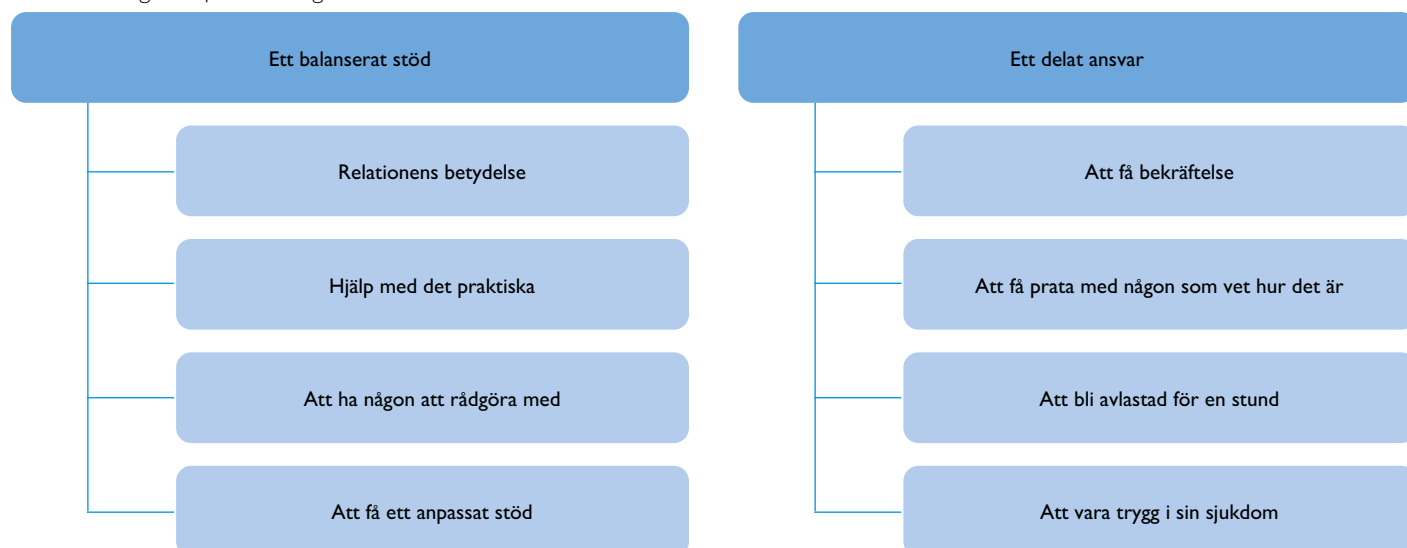
innan intervjun uppfylldes samtyckeskravet. Konfidentialitetskravet säger att deltagare ska avidentifieras. Intervjuerna i studien avidentifierades till en bokstav efter transkribering. Materialet förvarades inlåst för att inte vara tillgängligt för någon utomstående, också enligt Konfidentialitetskravet. Nyttjandekravet innebär att det datamaterial som framkommit enbart använts i studiens syfte. I forskningskravet framkommer det att forskning av hög kvalitet är viktig för utvecklingen i samhället och att inte forska om hur människors livskvalitet och hälsa kan förbättras är snarare oetiskt (a.a). Enligt Etikprövningslagen behöver studien inte genomgå etikprövning eftersom den utförs inom ramen för högskoleutbildning (Codex, 2018). För att

undvika beroendeställning har författarna valt att inte intervjua sina egna patienter utan unga vuxna som de inte har någon tidigare relation till. Dock kan medvetenheten om att respektive diabetessjuksköterska och författarna är kollegor påverkat de unga vuxna och gjort det svårare att tacka nej till att delta i studien. Då båda författarna arbetat med unga vuxna med diabetes typ 1 diabetes under flera år förekommer en förförståelse av det fenomen som studerats. Det kan medföra att analysen gjorts på ett mer subjektivt sätt.

### RESULTAT

I resultatet framkom två teman och åtta underteman (Tabell 3).

Tabell 1. Bakgrundsfakta deltagare



#### Ett balanserat stöd Relationens betydelse

Resultatet visade att professionellt stöd är betydelsefullt för de unga vuxna. Vid mötet med diabetessjuksköterskan beskrivs det som viktigt att få sitta ner och prata, lära känna varandra och skapa en relation. Det behöver inte alltid vara samtal om diabetes utan även om vardagliga saker. En förutsättning för en god relation är att mötet sker med en och samma diabetessjuksköterska.

*För har man en och samma då liksom blir det nästan inte att man måste berätta om allt på nytt och de kan liksom lite mer som person liksom än att de ska läsa någon journal. Mer trygghet tycker jag (F).*

Även om det känns bra att enbart prata och att någon lyssnar så önskar de unga

vuxna också få handfasta råd när de efterfrågar det. Genom att gemensamt med diabetessjuksköterskan hitta en lösning på ett problem stärks egenvården. Diabetessjuksköterskan skall även kunna sätta sig in i den unga vuxnes liv, få en förståelse för hur det är att leva med sjukdomen för att kunna anpassa råden till hans livsvärld. Vid besök på diabetesmottagningen finns en känsla av att bli bedömd, en känsla som de unga vuxna inte känner sig bekväma i. Oavsett hur egenvården fungerat den senaste perioden inför besöket finns en osäkerhet över om HbA1c ska motsvara förväntningarna hos de unga vuxna. Öviljan att komma till besöket förstärks när de är medvetna om att glukosvärdena varit svårhanterade och inte legat optimalt under en period. Det krävs en bra relation till diabetessjuksköterskan för att de unga vuxna med denna känsla av osäker-

het, över huvud taget ska ta sig till ett besök. *"Ibland blir det jobbigt för då har man ändå försökt eller så kanske man har slarvat jättemycket och då skyller man på sig själv lite" (A).*

De unga vuxna påtalar en frustration över när diabetessjuksköterskan eller läkaren inte är pålästa inför ett besök. Eftersom de läser sin journal på nätet märker dom dels när journaltexten är felaktig som till exempel en uppgift om resultatet av undersökning som inte är genomförd, samt när professionen ställer frågor om det som redan finns dokumenterat. Det upplevs som ointresse hos personalen och gör att tid tas från besöket för att upprepa och uppdatera personalen vilket ger mindre tid över till det som de unga vuxna hade tänkt att ta upp.

**Smarta påminnelser och larm**

**Realtidsvärden- utan skanning**

**Du slipper kalibrera**

**Sov lugnt och tryggt**

**4.9**  
mmol/L

# GÖR LIVET ENKLARE OCH TRYGGARE!

Med Dexcom G6 har du full kontroll på dina glukosvärden och kan fokusera på annat.

## dexcomG6®

infucare.com  
cgm.infucare.nu  
facebook.com/MakingDiabetesEasierSverige/  
diabetessupport@infucare.se

**i**<sup>nordic</sup>  
**INFUCARE**  
(Distributör)



### Hjälp med det praktiska

Det professionella stödet beskrivs till en stor del handla om praktiska åtgärder såsom förnyelse av hjälpmedel, intyg och recept. Glukosvärden tolkas och diskuteras på besöken och insulindoser justeras. För att kunna förklara och ge råd till åtgärd krävs att professionen har kunskap om diabetessjukdomen och dess behandling. Studiens resultat visar att vården i nuläget inte lever upp till de önskemål de unga vuxna har gällande tillgänglighet. Det skall vara lätt att nå sin diabetessjuksköterska, fler och längre telefontider efterfrågas. I dagsläget är de unga vuxna ändå nöjda med vetskapen om, att om de inte når diabetessjuksköterskan direkt kan de alltid lämna ett meddelande och bli kontaktade inom ett dygn. *"Jag vet att jag kan alltid nå henne inom ett dygn så det är skönt om det nu skulle vara något" (I).*

Även möjlighet att komma på diabeteskontroll efter kontorstid efterfrågas. De unga vuxna förlorar pengar när de måste

ta ledigt för att ta sig till sjukhuset och känner dåligt samvete gentemot sina arbetskollaboratorer. De jämför med gymnasietiden då de kunde lämna skolan utan dåligt samvete. Det framkommer ingen efterfrågan om att vilja använda sig av alternativa besök som till exempel Skype. Delaktighet i att få vara med och bestämma besöksintervall däremot är något som uppskattas. Vid behov kan besöken vara varannan vecka men när diabetesbehandlingen fungerar och de mår bra kan det räcka att komma en gång i halvåret. Det finns dock en känsla av att vara bortglömd när besöken glesas ut när de inte har efterfrågat det, det gäller framförallt uppföljningar hos läkare och till ögonbottenfotoograferingar.

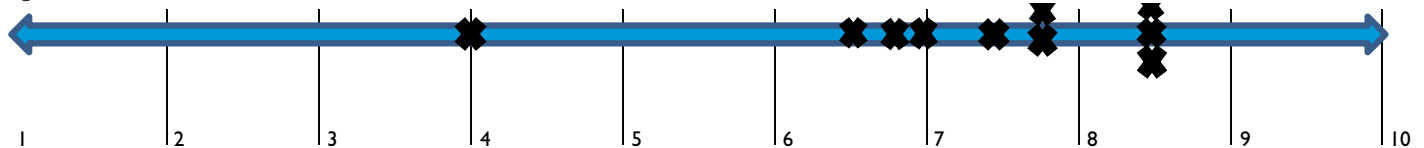
### Att ha någon att råd göra med

När stöd efterfrågas, är det inte det professionella stödet de unga vuxna nämner i första hand. Anhöriga och vänner är viktiga supportrar och finns till hands dygnet alla timmar på ett sätt som vården inte kan uppnå. En balans

mellan professionellt- och socialt stöd efterfrågas. Ett fungerande professionellt stöd är en förutsättning för att kunna hantera sin diabetes i vardagen men det visar sig vara det sociala stödet som skattas högst. De unga vuxna beskriver vikten av att ha någon att kunna bolla tankar med, allt ifrån att prata känslor till att vilja ha ett råd. Behovet av att ha flera kontakter, både från professionen och vänner anses vara värdefullt för att ha möjlighet att sprida samtalen och inte upplevas som en belastning för en enskild individ. *"jag gillar liksom att man inte bara har en att prata med för att det känns, då känner jag mig som en börda. Att man lägger för mycket liksom så, utan det är bra att sprida ut det lite" (D).*

När socialt stöd saknas kvarstår enbart det professionella stödet vilket ger en sårbarhet hos den enskilde. Resultatet visar att den unga vuxna som skattat sig lägst på hälsoskalan stod utan socialt stöd (Figur 1).

Figur 1 Hölsodata 2



De unga vuxna befinner sig i en period i livet då många flyttar hemifrån, börjar studera eller skaffar jobb. Det innebär att deras sociala nätverk förändras då närheten till "gamla vänner" försvinner och det sociala stödet är inte lika självklart längre. När föräldrar funnits med under lång sjukdomsduration är det dem de unga vuxna vänder sig till för att få råd även om de flyttat hemifrån. Föräldrar har mer kunskap om livet med diabetes än vad en eventuell partner hunnit skaffa sig. De som lever i en relation finner stort stöd i sina partners men begränsar möjligheten till hur mycket de får engagera sig. Partnern vet hur ett lågt glukosvärde hanteras men de unga vuxna vill inte bli förknippade med sin sjukdom, därför pratas inte för mycket om diabetessjukdomen som sådan. Vetskapen om att det finns någon att ringa om eller när det behövs ger en trygghet.

*När jag kom hem så visste jag det att nu kan jag gå ut och gå, för om det händer*

*mig nått så har jag minst 20 på mobilen som jag kan be plocka upp mig och ta hem mig eller så. Men det blev det aldrig att jag gjorde ändå för jag blev ju aldrig låg (D).*

Även syskon kan vara ett stort stöd, de inger ett lugn och är inte lika oroliga som en förälder kan vara. Syskon kan sinsemellan prata om relationsproblem, eventuell stress på jobbet eller bara övriga vardagsproblem. En liknande relation ses hos nära vänner då de vet mycket om individen och därmed är insatta i livssituationen med sjukdomen.

### Att få ett anpassat stöd

Resultatet visar att diabetesdebut under pågående högskolestudier innebär stora påfrestningar och svårigheter att klara tentamina. Det tar tid från studierna att samtidigt få en diabetessjukdom och att lära sig hur den fungerar. Ett stort behov av stöd från professionen finns i samband med diabetesdebut vilket leder till

flertalet besök hos diabetessjuksköterska. Det är inte enbart besöken i sig som tar tid från studierna utan den ständigt pågående tankeverksamhet runt glukosvärden, insulindoser, val av mat, kontrollbehov och den prestationsångest som följer med sjukdomens behandling. Dessutom ger både höga- och låga glukosvärden koncentrationssvårigheter för stunden som förvärrar inlärningsmöjligheterna. Det är betydelsefullt att diabetessjuksköterskan lyssnar av och begränsar informationen utefter vad de unga vuxna orkar ta in för stunden. Även om informationen är väl anpassad till personen och de förstår innebörden av den kan de ha svårt att applicera informationen i sitt liv. Även om diabetessjuksköterskan har erfarenhet från andra i liknande situation är det inte säkert att de unga vuxna önskar få höra om andra. Det är individuellt hur olika situationer upplevs och det beskrivs som opersonligt att jämföras med andra. *"Vad vet du om mitt liv eller så bara för att hon klarade sig jättebra*



eller så, är det helt annorlunda från person till person. Så det är väl mer det, att man känner sig jämförd med andra, då känns det så opersonligt" (D)

En av svårigheterna med att få diabetes som ung vuxen är att hela tiden jämföra med hur det var innan diagnosen. Det finns ett stort behov av att prata om känslan av att ha fått en kronisk sjukdom. För att bearbeta diabetessjukdomen behövs i flera fall en samtalskontakt, flertalet av de unga vuxna har därför träffat kurator. En viss tveksamhet finns för att ta emot samtalsstöd från kurator då det anses vara skamligt, men i efterhand ses det som positivt. Initiativet till kuratorskontakten kommer inte alltid från professionen utan även från de unga vuxna själva. Kuratorskontakt som förmedlats via diabetesteamet har upplevts som stödjande gällande diabetessjukdomen men när skolkurator kontaktats blir inte mötet optimalt. Fokus hamnar mer på skolarbetet än om hur det är att leva med diabetes, något som efterfrågas. "Hur mycket jag än försökte berätta och förklara hur jag kände så var det bara, det var så skolfokuserat" (C).

Diabetessjuksköterskan bör informera om att kurator är en i diabetesteamet och att det är normalt att känna behov av att tala med någon om sin sjukdom. Informationen bör upprepas regelbundet eftersom de unga vuxna har lätt för att säga nej innan insikt sker i att det faktiskt finns ett samtalsbehov. Stödgrupper i form av diabetesdagvård erbjuds i många fall kontinuerligt men professionen får inte glömma av att även erbjuda möjlighet till enskilda samtal då det kan vara lättare att öppna sig för en enskild person än i en grupp. När egenvården uteblir av någon orsak och de unga vuxna inte orkar med att hantera sin sjukdom kan en förändring vara svår att genomföra. Täta besök hos diabetessjuksköterskan för samtal underlättar för att få hjälp att hitta motivationen på nytt. När diabetessjuksköterskan är ärlig och i vissa fall till och med visar sin oro över allvaret när egenvården uteblir kan det uppskattas och till och med öka motivationen till en förändring.

*Min diabetessjuksköterska sa liksom det att du hade en fot i graven, det här var allvarligt, men du kanske inte tyckte det? För jag hade varit inne förut liksom för samma sak men det inte varit lika allvarligt*

*så det var liksom näe, nu orkar jag inte mer nu måste jag ta tag i det (F).*

Stöd kan vara att få samtala om sin sjukdom men även att hjälpmedel är individuellt utprovade. Diskussioner sker under besöken hos diabetessjuksköterskan om användandet och förskrivning av dyra hjälpmedel. Det kan upplevas som oroande men det kan också vara en sporre till att jobba mer med sin egenvård då hjälpmedlet i sig ses som ett stöd. Diabetessjukdomen tar mycket tid i anspråk och kan vara svår att införliva i det dagliga livet. Påminnelser om att kontrollera glukosvärden kan underlätta när de unga vuxna befinner sig i skola eller på arbetet och har annat att fokusera på. Det finns möjlighet till påminnelser i flera av hjälpmedlen men det är en balans om vad som är en lagom mängd. Förståelse från professionen eftersöks om vad som är realistiskt att leva med i vardagen. "Sätt flera larm. Men då vill jag liksom, jag vill inombords säga bara ahh, finns det någon människa som har diabetes eller inte har det som har sex alarm på sig? Sex alarm, det är så orealistiskt" (E).

Det är inte enbart påminnelser i form av larm i hjälpmedel som de unga vuxna kan uppleva som irriterande. Föräldrars oro och engagemang i form av upprepade frågor upplevs som tjat och ibland leder det till att de ljuger för sina föräldrar om värden och insulindoser. Ställa en enstaka fråga är relevant och besvaras gärna då det tyder på intresse vilket uppskattas då de unga vuxna vill bli sedda.

*Då blir det också att det blir lite för tjatigt. Hon vet inte riktigt liksom gränsen mellan bra stöd och liksom för mycket stöd kanske och så blir det liksom att jag börjar ljuga liksom att jag ligger bra, du behöver inte oroa dig (F).*

Gränsen mellan lagom stöd och för mycket stöd är hårfin. Ytterligare ett exempel på hur överdrivet supportande kan vara negativt är om de unga vuxna inte fått ta tillräckligt med egenansvar i sin sjukdom, något som märks vid bytet från barnklinik till vuxenklinik. Föräldrarna supporterar i all välmening men det stjälper i stället för att hjälpa. De unga vuxna föreslår att personalen på barnkliniken fortlöpande under en längre tid ger hen möjlighet till ett ökat ansvar och

samtidigt hjälper föräldrarna att släppa på ansvaret. Därmed förbereds ungdomarna bättre inför övergången till vuxenklinik.

### **Ett delat ansvar Att få bekräftelse**

Leva med diabetes innebär att fokusera på sin sjukdom dygnets alla timmar. Omgivningen är inte alltid insatt i vad som krävs för att hantera diabetessjukdomen. Resultatet visar hur mycket de unga vuxna uppskattar att få bekräftat från andra att de förstår hur mycket jobb de lägger ned på sin diabetes. En förutsättning för att få den bekräftelsen är att de berättar att de har diabetes, något som inte är självklart att de gör. Det finns en rädsla att betraktas som sjuk om de unga vuxna skulle beklaga sig över sin sjukdom. Allmänheten bör ha bra kunskap om diabetessjukdomen som kan vara svår att förklara fysiologiskt, det finns heller ingen garanti för visat intresse från omgivningen.

*Jag vill bara säga att jag har diabetes så att ni vet det, i fall det händer något och det är bara att fråga om ni undrar något. Och en del tycker att det är jättebra och en del är sådär att: – Jag vill inte ha några problem (A).*

I de fall omgivningen inte förstår vad som krävs för att leva med diabetessjukdomen känner de unga vuxna sig omständliga och att de är till besvär. Inför till exempel en resa krävs planering. Hjälpmedel och insulin ska beställas, tillgång till druvsocker ska finnas och inför bokning av ett semesterboende bör det finnas kylskåp för förvaring av insulin. Det kräver förberedelser som tar sin tid och det kan därför vara svårt med spontana resor.

De unga vuxna beskriver att vänner som bagatelliserar förberedelserna indirekt också förminskar sjukdomen vilket ger en känsla av att vara till besvär trots att de innerst inne vet att det grundar sig i okunskap. Hanterandet av egenvården i form av insulininjektioner och kontroll av glukosvärden ger en känsla av att inte vara "normal". "Jag är väl sån att jag vill känna mig normal" (A). Stöd behöver inte alltid vara en handling utan många gånger räcker det att tänka sig in i situationen, att försöka förstå. "För mig är det förståelse tror jag. Att nån, det behöver

*inte vara att man förstår men att man försöker. Att man försöker sätta sig in i en annans situation" (C).*

Samtidigt som de unga vuxna efterfrågar bekräftelse får inte diabetesjukdomen blir en identitet eller ta för stor plats. Ett visat intresse och omtanke utan att vara dömande kan vara tillräckligt. Frågor som: behöver du hjälp eller hur mår du, ger en känsla att vara sedd. I resultatet framkommer svårigheter med att ta sitt insulin offentligt, det är olika hur omgivningen reagerar på hanterandet av insulininjektioner och blodprovskontroller. Påpekanden om att gå och ta sitt insulin på annan plats för att det anses som stötande förekommer. Liknande uttalanden kommer inte enbart från okända människor utan även från personer i de ungas vuxnas närhet. Behovet av att bli sedd och bekräftad av professionen efterfrågas också. Diabetessjuksköterskan bör kunna lyssna men även "läsa mellan raderna" eftersom många har svårt att berätta rent ut när de inte mår bra och att det finns ett behov av att prata med någon.

*De tror jag att jag skulle behöva egentligen. Det har jag tänkt på jättelänge. Men det jag vågar inte riktigt ställa det kravet för att: jag vet inte om jag har rätt till det. Jag vet inte vad det innebär, jag vet inte om det är normalt alltså. (C).*

Vid de tillfällen egenvården inte fungerar och de unga vuxna inte orkar med sin sjukdom uppskattas det att diabetessjuksköterskan inte fokuserar enbart på vården och resultat utan lyssnar och bekräftar att det är okey att må dåligt. Diabetessjuksköterskan ska inte skuldbelägga icke optimala glukosvärden utan inge trygghet om att det är normalt att känna så, det finns perioder i livet då orken inte riktigt finns att hantera diabetesjukdomen. Möjlighet att få komma på täta besök och få prata samt få hjälp att på sikt göra en behandlingsplan för att komma vidare är ett önskemål. Om diabetessjuksköterskan är stressad lyser det igenom och risken finns att de behov de unga vuxna har inte uppmärksammas, de känner sig då inte sedda.

### **Att få prata med någon som vet hur det är**

Resultatet visar att de unga vuxna i perioder mår dåligt över att de har en

kronisk sjukdom och ser det som viktigt att någon verkligen förstår hur det är. Professionen kan släppa tankarna på diabetesjukdomen när de stämplat ut från jobbet men de unga vuxna lever med sin sjukdom dygnets alla timmar och kan aldrig ta ledigt från den. Trots försök till förståelse från personalen känner de sig ensamma i sin sjukdom. Diabetessjuksköterskan har mycket kunskap om diabetes men vet inte hur det är att leva med sjukdomen. De unga vuxna som har föräldrar med diabetes beskriver att de får ett stort stöd hemifrån då föräldern vet hur det är att leva med sjukdomen, vilket gör att de hellre vänder sig till familjen. Även om sjukdomen inte försvinner så betyder det mycket att tala om hur den påverkar livet och känslan av att inte kunna påverka dess existens men ändå underlättar det att kunna dela den känslan med någon som förstår.

*Jag skrev till hen en gång, det var mitt i natten och jag var jätteledsen. Jätte arg var jag. Och så sa jag det: hur kommer man över känslan av att det här suger? För det att jag har inget annat i huvudet. Hen bara: det gör du inte. Man bara lär sig att hantera det (C).*

Vikten av att ha någon att prata med som har diabetes, påpekas av både de unga vuxna som redan har ett socialt nätverk och av dem som inte har det. Ett diabetesläger i barndomen upplevs fortfarande som motiverande just för känslan av att vara en i mängden.

*Och då tänker man, då förstår man lite sådan här motivationsboost att man ja, jag ska försöka fixa mig så jag inte hamnar i en negativ situation. För det är inte bara jag som lever med den här skiten i världen. Det är det enda motiveringsstöd jag kan tänka på liksom (E)*

När ett socialt stöd inte finns blir ansvaret större för diabetessjuksköterskan att kunna förmedla kontakter mellan individer med diabetes. Förslag som framkom under intervjuerna var att sjukvården ska hjälpa till att sammanföra individer i liknande åldrar och med samma intressen och fråga om önskemål finns att byta telefonnummer.

Ett mentorskap som anses behövas både vid debut men även efter en längre tids diabetesduration. Förslag om att även träffas i grupp och göra någon akti-

vetet tillsammans eller att bjuda in till seminarium med valt tema framkom också.

### **Att bli avlastad för en stund**

I resultatet återkommer påpekanden om att aldrig kunna vila från sin sjukdom. Om ett beslut tas att inte kontrollera sitt glukosvärde leder det till att tanken hela tiden finns att värdet kan vara högt eller lågt och att det borde kontrollerats. Det innebär att det inte hjälper att "smita" ifrån en kontroll eftersom vetskapen finns att förmodligen krävs en åtgärd vid nästkommande kontroll.

*För det är ju hela tiden att man går med det i bakhuvudet konstant och vet att (.) och även den här stressen att, väljer man att inte ta blodsockret för att man känner att man inte riktigt orkar eller att man inte har tid att gå ifrån så sitter man ju ändå konstant och tänker på att jag borde ta blodsockret (H)*

De unga vuxna beskriver att de uppskattar att någon annan tar del av ansvaret om så bara för en stund. De kan handla om att någon hämtar insulinpennan till matbordet, att någon är förberedd med druvsocker vid ett eventuellt lågt glukosvärde eller att kontrollera ett värde på natten för att de ska kunna sova. Även när det handlar om kosten finns beskrivningar om handlingar som avlastar för en stund. En sambo som tar på sig att läsa innehållsförteckningar när de handlar och väljer den produkt som är bäst lämpad. När någon har förberett en smörgås efter en utekväll för att förhindra lågt glukosvärde under natten eller att förbereda och tillaga bra mat för att förhindra inköp av snabbmat. Små vardagshandlingar som för de unga vuxna är betydelsefulla i livet med typ 1 diabetes.

*Nej, men det är inte alltid enkelt att leva, eller det ÄR inte enkelt att leva med diabetes. Eh, och ja kontrollbehov och allt sånt där, att nån gång kanske känna att inte behöva vara så stor del av det eller så där (G).*

Med tanke på att det krävs kontroll av glukosvärden större delen av dygnet så har nya hjälpmedel underlättat vardagen för många. Inte enbart ett värde visas vid avläsning utan pilar som visar åt vilket håll glukosvärdet är på väg gör att de unga vuxna kan avlastas för en stund. Om

## Ett enklare system för blodsockerkontroll\*

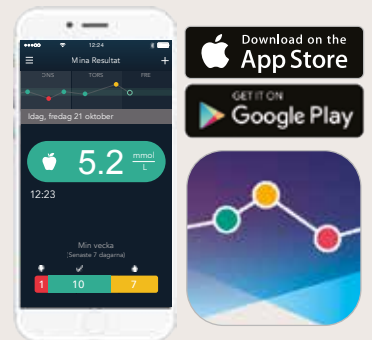


**smartLIGHT-funktionen<sup>®</sup>**  
ger omedelbar återkoppling på  
blodsockermätningar\*

- Kom igång direkt, utan inställningar<sup>†</sup>
- Personliga målintervaller
- Mätaren visar medelvärden



**Second-Chance<sup>®</sup>** nedräkning  
visar att patienterna har 60  
sekunder på sig att applicera  
mer blod på samma sticka<sup>1</sup>



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

## Vi finns här för er!

Låt oss veta hur vi kan hjälpa er.

Vi på Ascensia Diabetes Care finns här för er,  
även i den här speciella situationen:



På telefon



via e-post



online

### Ascensia Diabetes Care kundsupport:

**020 - 83 00 84** (kostnadsfritt)  
[diabetes@ascensia.com](mailto:diabetes@ascensia.com)

Läs mer:

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

<sup>†</sup> Läs CONTOUR<sup>®</sup>NEXT användarhandboken före användning för fullständiga instruktioner

**REFERENSER: 1.** Contour<sup>®</sup>NEXT BGMS användarmanual, september 2018

\* SmartLIGHT<sup>®</sup>-funktionen underlättar förståelsen av blodsockervärden. 60 sekunders nedräkning (för att tillsätta mera blod) gör det lättare att märka att stickan inte har tillräckligt med blod.<sup>1</sup>

\* Smartson-undersökning, Sverige 2017. 352 deltagare: Personer med typ 1 och typ 2 diabetes över 18 år, som testade minst 4-7 ggr per dag. Deltagarna fick kostnadsfria mätare och teststickor. Undersökningen finansierades av Ascensia Diabetes Care.

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

Apple and the Apple logo are trademarks of Apple Inc., registered in the U.S. and other countries. App Store is a service mark of Apple Inc. Google Play and the Google Play logo are trademarks of Google LLC. All other trademarks are properties of their respective owners and are used solely for informative purposes. No relationship or endorsement should be inferred or implied.

© Copyright 2020. Ascensia Diabetes Care Holdings AG. Alla rättigheter förbehålles. Datum för godkännande: April 2020.

Ascensia, Ascensia Diabetes Care logo, Contour, Smartlight, Second-Chance och Second-Chance@efterfylnadslogo är varumärken och/eller registrerade varumärken som tillhör Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

Kod: G.DC.04.2020.PP-CN-Mtr-GBL-0048

värdet är lågt men efterföljande pil pekar uppåt vet personen i fråga att ingen åtgärd krävs i nuläget.

### Att vara trygg i sin sjukdom

Att vara trygg i sin sjukdom behöver inte alltid innebära perfekta glukosvärden eller att de unga vuxna mår bra psykiskt men de som är trygga har konstaterat och tagit till sig att de har diabetes och utgår från det i sina handlingar. De låter inte sin diabetessjukdom påverka de stora valen i livet men i vardagen tar de hänsyn till sjukdomen genom att planera för mat, träning och insulin doser utan att för den skull reflektera så mycket över det. Självständighet och att inte behöva förlita sig på andra eftersträvas och behövs någon typ av stöd vet de unga vuxna att det finns att tillgå.

*Men i de här stora valen vägrar jag låta det påverka. För att det, jag skulle inte, jag skulle liksom inte kunna bara leva med, leva med, det låter jättedramatiskt men jag skulle inte kunna ta in att jag har begränsat mitt liv på grund av någonting som bara är som jag inte har haft något val över (C).*

Även motsatsen finns beskriven i resultatet där en acceptans av sjukdomen finns men inte viljan att lägga ned tid på sin sjukdom eller att införliva den förändrade livsstil som krävs i vardagen. "För det är ju lite så här att acceptera att jag har sjukdomen men inte liksom livsstilen det har jag fortfarande svårt för, att varför ska jag behöva tänka på det liksom." (F). Så länge inget intresse finns att hantera sin egen vård, är det svårt att upprätthålla en värdefull relation mellan professionen och de unga vuxna, då telefonsamtal inte besvaras och kallelsebrev inte öppnas. Det anses vara önskvärt att diabetessjuksköterskan ändå bör fortsätta höra av sig i väntan på att de unga vuxna är redo för att träffas.

### Resultatsammanfattning

Unga vuxna som lever med typ 1 diabetes kan känna en upplevd ensamhet och det finns ett stort behov av att träffa andra med sjukdomen, någon som förstår. Leva med diabetessjukdom tar mycket tid och kraft i anspråk och de unga vuxna uppskattar att bli avlastade i sin sjukdom ibland. En förutsättning för det är att de berättar för sin omgivning om sin sjukdom vilket inte är en självklar-

het eftersom det finns en rädsla att bli identifierad med sin sjukdom. Åldern mellan 18-25 år är en period i livet då många flyttar hemifrån, börjar studera eller arbeta. Nya relationer skapas samtidigt som mer ansvar läggs på att hantera sjukdomen på egen hand.

Avsaknad av socialt stöd innebär en dubbel ensamhet, både i sin sjukdom och i det dagliga livet och hälsan skattas lägre än hos de unga vuxna med ett socialt nätverk. Professionen behöver kunna identifiera avsaknad av socialt stöd för att kunna finnas till hands om det behövs. Ett balanserat stöd innebär en kombination mellan professionellt och socialt stöd. Enligt de unga vuxna är relationen till diabetessjuksköterskan av stor betydelse. De kommer till mottagningsbesök trots svårigheter att komma från arbete och studier, inte alltid för att få råd utan även för att prata och skapa relationer.

### DISKUSSION Metoddiskussion

För att besvara studiens syfte om hur unga vuxna med typ 1 diabetes upplever socialt- och professionellt stöd i sin vardag, användes en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. En induktiv ansats innebär att söka mönster i materialet samt analysera texter förutsättningslöst enligt Lundman och Graneheim (2017).

De unga vuxna tillfrågades av sin diabetessjuksköterska om intresse att delta. Både män och kvinnor hade uppgett intresse vilket ökar möjligheter till variationer i det insamlade materialet. Fyra av de tillfrågade valde att inte delta, anledningen till att de tackade nej var okänd för författarna. Vid en kvalitativ innehållsanalys är inte antal deltagare det viktiga utan innehållet i varje intervju och efter de tio intervjuerna ansåg författarna att inget nytt tillkom (Polit & Beck, 2017). Material samlades in genom en semistrukturerad intervju där samtliga unga vuxna fick svara på öppna frågor. Till hjälp använde författarna sig av ett frågeformulär. Fördelen med intervju var att det gavs en större möjlighet till att berätta fritt om sina upplevelser av stöd. Följdfrågor användes för att få en fördjupad information och frågor som kunde besvaras med ja och nej undveks. Intervjuerna gavs på så sätt rik data och kunde besvara syftet. Enkät var inte ett alterna-

tiv då det fanns risk att förlora det latent innehållet. Fem intervjuer genomfördes av respektive författare. För att inte låta de unga vuxna känna sig i underläge genomfördes intervjun av endast en författare. Den författare som inte deltog i intervjun fick ta del av det inspelade materialet vilket gjorde att båda tog lärdom av varandra och ökade möjligheten att genomföra resterande intervjuer på liknande sätt. Det ses som en styrka. Ingen av författarna hade någon tidigare erfarenhet av att intervjua vilket kan ha påverkat resultatet negativt. Varje intervjutillfälle gav en ny erfarenhet som blev användbar i följande intervjuer.

För att skapa ett gott samspel inleddes intervjun med lite småprat. Frågor om social bakgrund ställdes, information om studien gavs och ett medgivande under tecknades. Samtliga intervjuer utom en skedde med en av författarna och den unga vuxne närvarande i ett ostört rum med avslappnad miljö. Den kvarvarande intervjun utfördes per telefon. Författaren befann sig på sin arbetsplats efter arbetstid, och den intervjuade hade kommit hem från sitt arbete och befann sig i hemmet. För att säkerhetsställa sekretess påpekades att inget av det som berättades under intervjun skulle kunna härledas till enskild deltagare. Författarna arbetar som diabetessjuksköterskor och känner till de unga vuxnas vårdgivare sedan tidigare vilket kan ha påverkat intervjuerna. De unga vuxna hade aldrig träffat författarna tidigare och var medvetna om att de samtalande med någon som hade kunskap om diabetessjukdomen och dess behandling, vilket är en styrka. Trovärdigheten ökar i och med att det är stor spridning bland de unga vuxna angående diabetesduration, kön och ålder. Det fanns två anledningar till att frågor om social bakgrund ställdes. Författarna noterade i bakgrunden att unga vuxna med typ 1 diabetes kunde ha svårigheter att ta sig igenom grundskola och teoretiska linjer på gymnasiet samt att det vid tolkning av det insamlade materialet underlättar att ha kunskap om livsvillkor och personlig historia (Lundman & Graneheim, 2017).

För att öka tillförlitligheten i analysen valde författarna att vara lika delaktiga. Intervjuerna transkriberades ordagrant av författarna själva i direkt anslutning till intervjun. Varje intervju har därefter lyssnats igenom flera gånger. Båda författarna sammanställde intervjumaterialet

var för sig för att öka tillförlitligheten. Analysen genomfördes sedan gemensamt av de båda författarna med syftet i åtanke. Det latent budskapet söktes i intervjuernas innehåll genom diskussioner och reflektioner sinsemellan. För att stärka innehållet i resultatet användes citat från de unga vuxna vilket tydliggör deras röst och inte författarnas (Lundman & Graneheim, 2017). Tidigare erfarenheter hos författarna kan ha påverkat analysen. De har båda varit medvetna om sin förförståelse, diskuterat den under analysen och försökt att bortse från den vilket ökar trovärdigheten. Det finns dock ingen garanti för att kunna bortse helt från förförståelsen då den i stor grad är omedveten. En styrka i denna studie är variationen i diabetesduration då behovet av stöd kan skifta mellan en person som nyligen debuterat i sin diabetes jämfört med en som haft sin diabetes i 20 år. Intervjufrågorna i studien anses svara på syftet då insamlad data var innehållsrik på erfarenheter och upplevelser. En kvalitativ innehållsanalys möjliggjorde en tillräcklig mängd insamlad data på relativt få individer. Det här är en liten studie och därför får resultatet tolkas med försiktighet.

## Resultatdiskussion

Resultatet visar att unga vuxna med typ 1 diabetes behöver professionellt stöd för att få tillgång till de verktyg som krävs för att hantera sin diabetes i vardagen men det sociala stödet betyder mer. De unga vuxna beskriver att möjligheten att få träffa och ha en relation till någon annan person med typ 1 diabetes är betydelsefull. Genom att få prata med någon som förstår hur det faktiskt är att leva med sjukdomen får de för en stund känna sig normala och som en i mängden. Eftersom socialt stöd är betydelsefullt bör professionen screena om tillgång av socialt stöd. Vid en eventuell brist ska möjlighet till mentorskap kunna erbjudas. Det bekräftas i en studie av Lu, et al. (2015) att det finns ett stort intresse av att träffa en jämlik mentor alternativt vara mentor, hos unga vuxna med typ 1 diabetes. Den främsta anledningen att delta i mentorskapet var inte att sänka sitt HbA1c utan att få hjälp att lära sig prata om sin diabetes med anhöriga, vänner och professionen samt att göra dem delaktiga i sjukdomen (a.a.). Det spelar ingen roll vilket kön, ålder eller diabetesduration en mentor har utan det viktigaste är att hen är trygg i sig

själv och kan förmedla trygghet. Tidigare svårigheter med egenvården hos mentorm är en erfarenhet som ses som positiv i mötet. Det bottnar i en förståelse "att veta hur det är" (Rogers et al., 2014).

Enligt Friberg och Öhlén (2017) bör professionen ta hänsyn till patientens livsvärld för att kunna förstå hur det är att leva med sjukdomen. Det räcker inte enligt resultatet i denna studie. Personal kan stämpla ut, gå hem och släppa tankarna på diabetes. Professionen förstår inte hur det är att leva med diabetes tjugofyra timmar om dygnet och därför påpekas vikten av att få en mentor.

Tidigare forskning påvisar att unga vuxna beskriver en positiv förändring efter att ha berättat om sin sjukdom för sina vänner, som i sin tur stöttar dem i behandlingen genom att påminna om glukoskontroller eller insulininjektioner Johansson et al. (2015). Det visade även Rankin et al. (2014) i en studie där socialt stöd efterfrågades före och efter en utbildning i kolhydraträkning. Då deltagarna efter utbildningen öppet beräknade insulindoser och funderade över kolhydratsmängd på tallriken innan måltid, uppstod ett ökat intresse hos omgivningen. Genom att vara mer öppen med hanteringen av sin diabetes tilläts anhöriga och vänner att bli mer delaktiga genom att få en möjlighet att diskutera insulindoser och matval (a.a.). Dock finns en risk att de unga vuxna skall känna sig till besvär då hänsyn skall tas till diabetes i alla beslut gällande till exempel mat, resor eller tider. Trots ett positivt stöd från omgivningen så upplevde de sig som en belastning och hade en känsla av att inte vara normala (Persis, Kenowitz, Trast, Hep-tulla & Gonzalez, 2016). Även resultatet i denna studie visar att anhöriga och vänner fyller en stor funktion i livet med diabetes. Avsaknad av socialt stöd ger en dubbel ensamhet, dels i sin sjukdom men också i livet som helhet. Det avspeglar sig i resultatet där unga vuxna med avsaknad av socialt stöd också klassar sin hälsa lägre än övriga deltagare.

De står då utan det emotionella stöd som betyder mest enligt Langford et al. (1997). Ungdomar med typ 1 diabetes är inte mer deprimerade än jämnåriga utan diabetes men upplever inte samma livstillfredsställelse (Palladino et al., 2013). Enligt Socialstyrelsen (2017) har psykisk ohälsa hos unga vuxna över lag i

Sverige ökat med närmare 70% de senaste tio åren. Unga kvinnor mellan 18-24 år är enskilt den största gruppen (a.a.). IBM, Diabetesförbundet och Ung diabetes har under 2017 genomfört en undersökning om behovet av psykolog eller kurator för att få stöd att hantera sin kroniska sjukdom. Fyra av tio unga vuxna uppger att de har ett behov av stöd men har inte fått tillgång till det. Flertalet har inte blivit tillfrågade om behov finns men bland de som efterfrågat stöd har inte ens hälften fått hjälp, något som delvis beror på resursbrist inom sjukvården (Diabetesförbundet, 2018). Det bekräftas av denna studie där de unga vuxna ser ett behov av kuratorskontakt. De önskar att erbjudandet om att få träffa kurator upprepas vid flera tillfällen även om de tackat nej en gång då insikt inte alltid finns om behovet av att prata med någon.

Enligt Oris et al. (2016) är föräldrastöd viktigt men i denna period i livet är det inte tillräckligt. En kombination av föräldrastöd och vänner stöd leder till ett högre psykiskt välbefinnande. Professionen bör genom en screening efterhöra vilken möjlighet till socialt stöd unga vuxna har, för att vid avsaknad av stöd kunna stötta dem extra i hanteringen av deras sjukdom. Rechenberg et al. (2017) föreslår en screening gällande diabetesstress för att upptäcka den i tid efter- som stressen i sig kan leda till försämrad livskvalitet och högre HbA1c.

Med tanke på studiens resultat om hur viktigt det sociala stödet är för det psykiska välbefinnandet så finns en risk att avsaknad av socialt stöd kan vara en bidragande orsak till diabetesstress och psykisk ohälsa. Det finns således bekräftat att unga vuxna med typ 1 diabetes med fördel kan involvera omgivningen i sin sjukdom. Resultatet i denna studie visar en ambivalens över rädslan av att bli identifierad med sin diabetesdiagnos om de pratar för mycket om sin sjukdom i vardagen. Det bekräftas av Clausi och Schneider (2017).

Det gäller inte enbart i det dagliga livet utan även i mötet med diabetesjuksköterskan. Trots att diabetesjukdomen är anledningen till besöket på diabetesmottagningen vill de unga vuxna enligt Zoni et al. (2018) att diabetesjuksköterskan har en helhetssyn och ser dem som individer och inte som en person med typ 1 diabetes. Rådgivning är inte det primära



utan att bli sedda och få uppmuntran i sin självständighet i hanteringen av diabetesjukdomen.

Även denna studie visar att bara sitta och prata under besöket är betydelsefullt och skall ses som en möjlighet för diabetesjuvskötterskan att lära känna den unga vuxne. Hen får då tillfälle att bli delaktig i den unge vuxnes livsvärld och får på så sätt en möjlighet att kunna stödja och uppmuntra utefter de unika behov som erfars och inte jämföra med andra. De råd som framförs skall vara individanpassade för att inte framstå som opersonliga. Berättelsen i sig är ett av grundbegreppen i Personcentrerad vård (Kristensson Ugglå, 2014) och leder då till den vård som Dahlberg et al. (2009) benämner som livsvärlds-ledd (a.a.). Denna studie visar att diabetesjuvskötterskan skall ha förmåga att lyssna men även förstå det som inte alltid sägs rakt ut, att kunna "läsa mellan raderna". Det kan vara svårt att uttrycka sina behov och ibland är de unga vuxna inte ens medvetna om de behov som finns. Andersson et al. (2015) bekräftar betydelsen av att som diabetesjuvskötterska kunna fånga upp det som inte alltid sägs i klartext för att kunna hjälpa de unga vuxna att se sina behov.

Känslan av att känna sig trygg i sjukdom underlättar hanterandet av den. För att kunna leva med kronisk sjukdom behöver individen enligt Berglund (2011) först ta till sig vetskapen om att ha en sjukdom för att sedan kunna lära sig hantera den. En förutsättning för det är att kunna gå från man till jag och ta eget ansvar. En del av de unga vuxna i denna studie berättar att de är medvetna om att de har diabetes men vill inte leva det liv som krävs för att hantera sjukdomen optimalt. De vill inte anamma den livsstilen och behöver hjälp att kunna se fördelarna med allt arbete som krävs och att det faktiskt leder till något bra på sikt. De måste själva göra arbetet och gå från man till jag. De unga vuxna i studien som kommit längre i sin insikt och lyckats implementera sjukdomen i sin livsvärld lever istället med den.

Rankin et al. (2014) beskriver hur mycket individer med diabetes uppskattar att få stöd från anhöriga och vänner i form av exempelvis handräddning av druvsocker vid lågt glukosvärde eller hämta ut mediciner vilket gav en känsla av att vara mindre belastad av sin sjukdom. Även resultatet i denna studie visar att

det upplevs som skönt att få bli avlastad från sin sjukdom ibland och att inte alltid behöva komma ihåg och tänka på värden, sprutor och aktiviteter. De unga vuxna beskriver att om de väljer att låta bli att göra en kontroll så hänger oron över dem om vad som hänt med glukosvärdet. Johansson et al. (2015) beskriver det som att pendla mellan känslan av att ha kontroll och rädslan av att förlora den.

När de unga vuxna kallas till diabetesmottagningen för kontroll känner de en osäkerhet över att inte glukosvärden och HbA<sub>1c</sub> skall ligga på bra nivåer. Rädslan att inte värden skall vara "tillräckligt bra" kan vara en av orsakerna till att inte vilja komma till besöket. De vill inte känna sig anklagade för att de inte hanterat sin diabetes rätt och därför är diabetesjuvskötterskans bemötande betydelsefullt. Dovey-Pearce et al. (2005) trycker på vikten av att diabetesjuvskötterskan skall kunna ge råd utan att vara dömande. De unga vuxna i denna studie eftersöker möjligheten att komma på diabeteskontroll efter arbetstid då de har svårt att ta ledigt från jobb och studier. De tycker det tar mycket tid att komma på ett besök, ger förlorad arbetsinkomst och de känner dåligt samvete för att lämna sin arbetsplats. Författarna hade en förförståelse om att alternativa besöksformer som till exempel Skype-möten skulle efterfrågas men resultatet visar att det inte finns något intresse av det. De unga vuxna önskade att få träffa ansikte mot ansikte. Det motsäger Bertuzzi et al. (2018) som visade att ett bra alternativ till ett vanligt rutinbesök är att använda sig av just digitalt distansbesök via en webbaserad IT-sida. Det sparar både tid och pengar för patienten.

I resultatet av denna studie påpekades vikten av delaktighet i beslut om besöksintervall samt få möjlighet att komma på besök efter kontorstid. När behandling och egenvård fungerar optimalt kan besöken glesas ut men vetskapen finns att om behov uppstår kontaktar de sin diabetesjuvskötterska som bokar in dem för ett besök. I dagsläget kan de inte alltid nå sin diabetesjuvskötterska direkt men beskriver en trygghet i vetskapen om att de kan lämna ett meddelande och bli kontaktade inom något dygn. Även Zoni et al. (2018) beskriver att det inte är antal besök på diabetesmottagningen som räknas utan vetskapen om att det finns en support att nå (a.a.). Nya diabe-

teshjälpmedel har tillkommit under senare år och kan ses som stöd i behandlingen eftersom de inte enbart ger information om aktuellt glukosvärde utan samtidigt ger en vägledning om värdena är på väg upp eller ner. Professionen påpekar under besöken att kostnaderna har ökat för nya hjälpmedel och att de bör användas ansvarsfullt. De unga vuxna upplever diskussioner om ekonomi i vissa fall som sporrande vilket gör att de börjar jobba mer med egenvården men det kan även upplevas som hotfullt då de riskerar att mista det hjälpmedel som för dem är ett stöd.

Patienter har idag möjlighet att läsa sin journal och därför är det än mer betydelsefullt att professionen "väljer sitt språk" i dokumentationen. Användande av nedsättande ord eller en bristande kunskap hos professionen ger ingen förtroendefull relation (Woods et al., 2013). Dokumentationen är en del i Personcentrerad vård och skall bekräfta den gemensamma överenskommelse som skett under besöket (Kristensson Ugglå, 2014). Genom att läsa sin journal efter ett mottagningsbesök erhålls ett bra minnes-stöd om vad som avhandlats under besöket samt ger en ökad känsla av att få vara delaktig. Vanligt förekommande är felaktig fakta som ger frustration över brister i den ömsesidiga förståelsen (Altenius & Gustafsson, 2017). De unga vuxna läser sina journaler och har i vår studie ifrågasatt uppgifter som finns dokumenterade i journalen som de inte anser stämma med verkligheten. Inte heller en dåligt påläst personal inför ett besök skapar förtroendefull relation utan de unga vuxna upplever det som ointresse och tilltron till professionen avtar.

Tidigare forskning visar på svårigheter i samband med skolarbete vid typ 1 diabetes. Skillnader i resultat jämfört med unga vuxna utan diabetes kan redovisas framförallt i teoretiska ämnen (Northam et al., 2010). Det bekräftas i denna studie där unga vuxna som fått sin diagnos under studietiden beskriver svårigheter att hänga med i kurser samt att de varit påverkade av glukosvärden som inte legat optimalt. Extra stöd från professionen behövs med både samtal under en längre period samt hjälp med förskrivning av diabeteshjälpmedel som kan underlätta hanteringen av diabetesjukdomen.

### Konklusion

Ett optimalt stöd innebär en kombination av professionellt och socialt stöd. Relationen med diabetessjuksköterskan ligger till grund för att känna trygghet i att ta kontakt när behov uppstår samt viljan att komma på mottagningsbesök. Diabetessjuksköterskan bör ha hög tillgänglighet och i varje möte med de unga vuxna vara lyhörd för deras behov.

Det finns ett behov av att bli avlastad från sin diabetessjukdom men då krävs att de unga vuxna berättar om sin sjukdom. Avlastning innebär för de unga vuxna att inte ensam behöva tänka på sin sjukdom och ta beslut utan att ibland få dela ansvaret med någon annan. Det kan ske på olika sätt men en förutsättning är att de har ett socialt kontaktnät och tillåter omgivningen att vara delaktig. Det sociala stödet skall täcka all den tid då professionen inte är tillgänglig vilket innebär större delen av livet. Därför är anhöriga och vänner betydelsefulla. Möjligheten att ha någon att tala med om känslan av att leva med en kronisk sjukdom och hur den hanteras på bästa sätt är betydelsefull och finns oavsett tillgång av socialt nätverk. Vid frånvaro av ett socialt stöd står den unge vuxne ensam

och risken för högt HbA1c, diabetesstress och låg hälsa tilltar. Ett mentorskap initierat av professionen skulle ge en möjlighet till social gemenskap och en känsla av att inte vara ensam i sin sjukdom.

### Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Professionellt stöd kan inte ersätta ett socialt stöd men är ett komplement som går att förändra till det bättre. För att möta de unga vuxnas efterfrågan om mottagningstid efter kontorstid kan kvällsmottagning vara ett alternativ. Genom att ställa frågan: har du någon i din närhet som du kan prata med screenas det sociala nätverket och den unge vuxne erbjuds att ta med eventuella partners eller vänner till besöket. Diabetessjuksköterskan kan i samtalet få de unga vuxna att se fördelen med att låta omgivningen vara delaktig i sjukdomen för att få en möjlighet att bli avlastad i sin vardag. Idén om mentorskap som framkom i resultatet ser författarna som ett bra förslag som borde gå att genomföra. Förfrågan om intresse av att träffa en annan person med typ 1 diabetes får ställas på mottagningsbesöken. Om diabetessjuksköterskan skapat en relation

med den unge vuxne så får hen tillräcklig information om personens livsvärld för att kunna ge förslag på en samtalspartner med liknande intressen, en mentor. Psykisk ohälsa hos unga vuxna ökar i Sverige vilket är alarmerande. Resursbrist i vården av kuratorer och psykologer är något som behöver åtgärdas men professionen måste också bli bättre på att uppmärksamma problemet och efterfråga behov hos de unga vuxna. Då studien omfattar personer med olika kön och varierande ålder är resultatet troligen överförbart till andra personer med typ 1 diabetes. Möjligen kan det också gälla andra sjukdomsgrupper som kräver vård från att de är unga.

De ungas vuxnas aktuella HbA1c-värde har inte tagits i beaktande under studiens gång utan fokus har legat på upplevelser av stöd och skattad hälsa. Finns ett samband mellan bra socialt stöd och välinställd diabetes? Något som kan vara av intresse att studera framöver.

*För referenser kontakta författarna.*

*Författare: Catarina Fernow  
och Lise-Lotte Möller*



## Undvik risken att din medlemstidning uteblir!

*Betala in din medlemsavgift för  
2021 snarast! Nu kan du snabb och  
lätt betala in medlemsavgiften via Swish!*

*Swishnummer: 123 443 4536*

*Har vi inte registrerat  
din inbetalning senast 2021-06-30  
stryks du ur registret som medlem.*

*Uppge namn och medlemsnummer  
vid inbetalning!*

# Läroböcker avseende kärnkompetenser

Sjuksköterskans kärnkompetenser beskriver de sex kärnkompetenser som ingår i Svensk sjuksköterskeförenings strategi för utbildningsfrågor: personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård och information.

I dagsläget finns två publicerade böcker som handlar om Sjuksköterskans kärnkompetenser. Den tredje boken är på väg. Samtliga böcker ges ut av bokförlaget Liber.

Den första boken, Sjuksköterskans kärnkompetenser, inleds med ett kapitel om begreppet kompetens och följs av kapitel om sjuksköterskeprofessionen. Därefter följer kapitel om de sex kärnkompetenserna. Ett kapitel ger dessutom röst åt innebörden av att vara patient. Avslutningsvis följer ett kapitel om framtiden med dess förändringar, pågående eller förväntade, som får konsekvenser för hälso- och sjukvården och därmed även för sjuksköterskans roll och funktion. I den andra upplagan har ett flertal kapitel genomgått en omfattande revidering och ett nytt kapitel om Magnetmodellen har tillkommit.

Den andra boken, Vårdpedagogik - Vårdens kärnkompetenser från ett pedagogiskt perspektiv, utgår från påståendet om att ge vård och omvårdnad medför pedagogiska utmaningar i det dagliga arbetet. Dessa utmaningar kräver kunskap om bland annat lärandeprocesser, patientundervisning, rådgivning och handledning. I boken belyser författarna pedagogiska aspekter på professionella möten med studenter, kolleger, patienter och anhöriga. Boken ger både en teoretisk orientering och en praktisk tillämpning med exempel på evidensbaserade modeller och fallbeskrivningar.

Samtliga kapitel skrivs utifrån de ovan nämnda kärnkompetenserna.

Den tredje boken, Sjuksköterskans kärnkompetenser utifrån ett implementeringsperspektiv, ger konkreta exempel på hur de olika kärnkompetenserna kan förverkligas i vården. Ebba Linder, diabetessjuksköterska och utvecklingsledare vid Nationella Diabetes Registret (NDR) bidrar med ett viktigt och intressant kapitel i den kommande boken.

De första två böckerna är utgivna och den tredje boken kommer att ges ut under senare del av år 2021.

Författarna vill inspirera, problematisera och söka svar på vad sjuksköterskans profession och kompetens innebär, med avsikten att bidra till en kvalitativt god vård inom hälso- och sjukvård. I första hand är böckerna avsedda som kurslitteratur för sjuksköterskestudenter på grundläggande nivå. Men även studenter på avancerad nivå och kliniskt verksamma sjuksköterskor och andra inom hälso- och sjukvården kan ha nytta av boken.

## Huvudredaktörer för böckerna är:

JANETH LEKSELL, specialistsjuksköterska, med. dr och docent vid Institutionen för Medicinska vetenskaper vid Uppsala universitet.

MARGRET LEPP, specialistsjuksköterska, fil. dr och professor vid Institutionen



Klipp från NDR:s film om Diabetesenkäten [www.ndr.nu](http://www.ndr.nu)

för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet och Høgskolen i Østfold, Halden, Norge.

## Personcentrerad vård med hjälp av patientrapporterade utfallsmått -ett exempel från Nationella Diabetesregistret

av Ebba Linder, utvecklingsledare Nationella Diabetesregistret

Det här är rubriken på ett kapitel i den kommande utgåvan Sjuksköterskans kärnkompetenser där Janeth Leksell och Margret Lepp är redaktörer. Jag har fått äran att bidra med ett kapitel för att sprida erfarenheter av att införa användningen av en patientenkät i Diabetesvården, den så kallade Diabetesenkäten. Som utvecklingsledare på NDR är min huvudsakliga roll att utveckla och förvalta registret i takt med vårdens och patienternas behov, i enlighet med nationella riktlinjer för diabetesvården. Målet är att registret alltid ska vara ett modernt och användbart redskap i arbetet med att ständigt förbättra vård och behandling av personer med diabetes.

## Diabetesenkäten kan underlätta personcentrerad vård

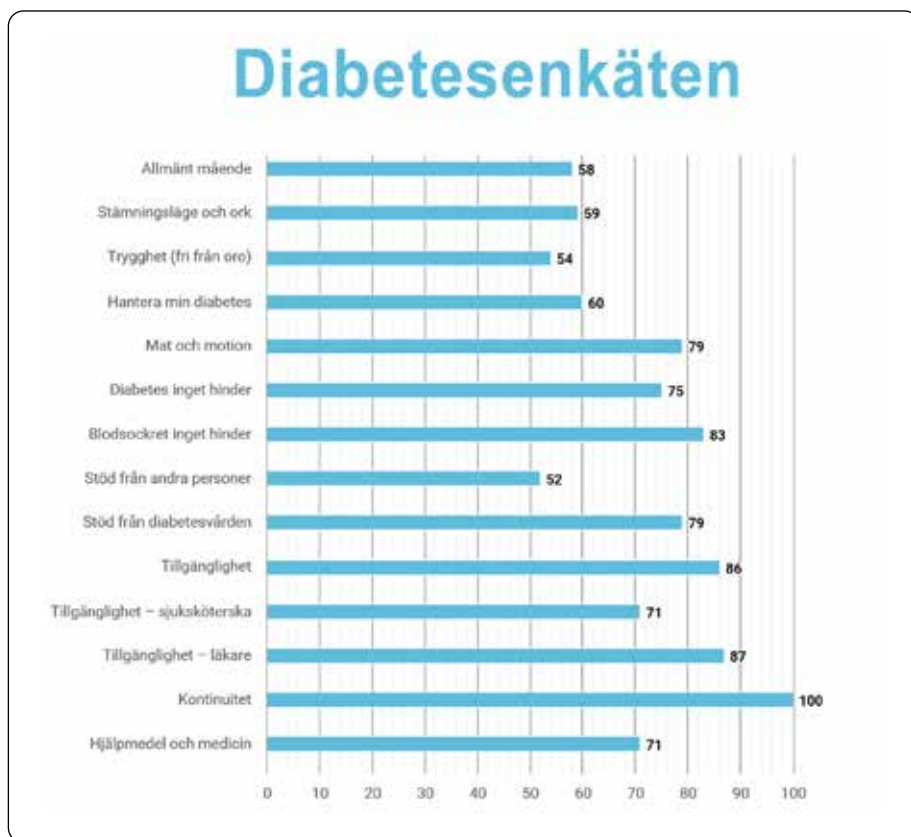
Som ett led i att utveckla registret har NDR tagit fram så kallade patientrapporterade utfallsmått och erfarenhetsmått (PROM och PREM). Dessa nya mått handlar om hur det är att leva med diabetes och hur stödet från vården

fungerar. Både Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) har under flera år påtalat vikten av att inhämta PROM i kvalitetsregister som mätt på upplevd hälsorelaterad livskvalitet, vilket nu görs i NDR genom Diabetesenkäten. Framtagandet av Diabetesenkäten finns beskrivet i två avhandlingar av Maria Svedbo Engström [CITATION Pat \ 1053 ] och Sixten Borg [ CITATION Bor20 \ 1053 ].

Det är vården som erbjuder patienten att fylla i Diabetesenkäten inför sitt läkar- eller sjuksköterskebesök och de svar som patienten ger är tänkt att sätta ljus på det som behöver tas upp och samtalas om vid besöket. Det här sättet att arbeta med Diabetesenkäten kan ge förutsättningar för en mer interaktiv diabetesvård där det är patientens behov som styr inriktningen på samtalet vid besöket på diabetesmottagningen. Diabetesenkäten tillhandahålls av NDR som också utbildar och stöttar vårdpersonalen vid implementeringen av användandet av enkäten. Diabetesmottagningarna som använder Diabetesenkäten får genom NDR tillbaka dagsfärska statistik som visar enkätresultaten i jämförelse med riket som helhet. Denna redovisning är tänkt att ge feedback och öka intresset för att analysera dessa mer mjuka aspekter, vilka kan vara minst lika viktiga som medicinska värden som HbA1c och blodtryck.

### Implementeringsstudie i Västra Götaland

I det kommande bokkapitlet beskrivs hur Nationella Diabetesregistret arbetar med att stötta vårdenheterna med implementering av Diabetesenkäten. I en pågående studie i primärvården i Västra Götaland används en utarbetad implementeringsstrategi, vilken utgår från en strategi för införande av nya verktyg och metoder inom hälso- och sjukvård som beskrivits av Moore et al [CITATION Pro \ 1053 ]. Det är en tydlig och konkret strategi som bygger på uppföljning av mätbara mål. För att stötta vårdenheterna och utvärdera hur implementeringen fortgår så får de deltagande enheterna kontinuerliga uppföljningar med diabetesjuksköterskan Viktoria Hermansson Carter som har rollen som projektledare och facilitator i projektet. Viktiga framgångsfaktorer som framkommit i arbetet med att införa Diabetesenkäten är att chefen är engagerad



Exempel på hur en persons svar på Diabetesenkäten presenteras.

och stöttar förändringen och genomför nödvändiga insatser för att det ska fungera praktiskt. I slutskedet av projektet kommer graden av implementering att utvärderas med hjälp av frågeformuläret S-NoMAD, som deltagarna får besvara efter cirka ett års användning av Diabetesenkäten. Frågeformuläret S-NoMAD mäter i vilken utsträckning ett nytt arbetssätt blivit normaliserat i arbetet på vårdenheten. Det är översatt och anpassat för den svenska vården av forskare vid Högskolan Dalarna [CITATION Ann \ 1053 ].

NDR välkomnar alla vårdenheter som vill börja använda Diabetesenkäten att höra av sig, man behöver inte delta i studien för att få tillgång till den. Vi ser fram emot att om några månader kunna börja utvärdera resultaten från studien och få ytterligare kunskap om vilket stöd som behövs då nya vårdenheter börjar använda Diabetesenkäten.

### Referenser:

1. Svedbo Engström, Maria. Patient Perspectives brought to the Fore for Diabetes Care: Descriptions as well as

Development and Testing of the Diabetes Questionnaire. Göteborg : Göteborgs Universitet, 2019.

2. Borg, Sixten. Individual perspectives on outcomes in Diabetes. Lund : Lunds Universitet, 2020.

3. Moore, GF, o.a. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. BMJ. 2015, Mars.

4. Anna Cristina Åberg, Högskolan Dalarna. Svenska versionen av The Normalization Process Theory Measure, S-NoMAD.

# Sammanfattning av Magisteruppsats

Personer över 65 år med diabetes typ 2 – deras upplevelse av sin diabetessjukdom och diabetessjuksköterskans råd.  
Författare Linnéa Heiler och Ulrika Lundgren



Ulrika Lundgren och Linnéa Heiler

Syftet var att undersöka hur personer över 65 år upplever sin diabetessjukdom samt hur de upplever diabetessjuksköterskans rådgivning och stöd. Detta gjordes genom en intervjustudie där författarna ställde öppna frågor för att få svar på studiens syfte. I studien deltog 17 personer över 65 år med diabetes typ 2. Resultatet av studien visade varierade upplevelser av hur det är att leva med diabetes typ 2 samt hur deltagarna upplevde sina respektive diabetessjuksköterskors rådgivning och stöd. Deltagarna beskrev tryggheten med regelbundna besök hos diabetessjuksköterskan, vilket ökade förståelsen för diagnosen och vikten av ändrade levnadsvanor. Andra delar av resultatet visade rädsla för komplikationer samt förnekelse av sin sjukdom bland annat på grund av avsaknad av symtom.

Resultatet av denna studie har ökat förståelsen och kunskapen för hur personer över 65 år med diabetes typ 2 upplever sin sjukdom och diabetessjuksköterskans rådgivning och stöd.

Resultatet visade bland annat att *diabetessjuksköterskans bemötande* var viktigt och hon upplevdes som lugn, trygg, lyssnande och hade mycket kunskap inom diabetesvården. Vidare framkommer det i resultatet vikten av att diabetessjuksköterskan kommer med råd och lotsar personerna i rätt riktning.

*"Diabetessjuksköterskan är jättetrevlig,*

*lugn och lyssnande. Hon kommer med råd – inte pepinnar."*

En annan del av resultatet visar *förnekelse av sin sjukdom* och en aspekt i detta kan vara avsaknad av symtom och sämre sjukdomsinsikt.

*"Jag är inte diabetiker, jag har bara högt socker. Jag känner ibland att det kan ju inte vara mina värden, eftersom jag mår bra. Jag känner mig inte som en diabetiker, min kropp har bara anpassat sig efter värdena."*

Resultatet visar vidare att deltagarna i denna studie upplever rädsla för komplikationer och detta kan ses både positivt och negativt. Författarnas tolkning är att det positiva kan vara att rädslan blir som en drivkraft att förändra sina levnadsvanor för att undvika komplikationer som kan uppstå vid diabetes. Författarnas tolkning är att den negativa aspekten kan vara rädsla för allvarliga komplikationer om personen inte lever efter de råd som diabetessjuksköterskan ger. Rädsla även kan orsakas av egna erfarenheter från anhöriga med diabetes typ 2 med allvarliga komplikationer, vilket även framkom i denna studies resultat.

*"Man ska ta komplikationer på allvar..."*

Slutsatsen av denna studie var att personer över 65 år med diabetes typ 2 upplevde diabetessjuksköterskans bemötande som tryggt. Trygghet, god relation samt kontinuitet är av stor betydelse i

mötet med diabetessjuksköterskan. Vidare är det viktigt att diabetessjuksköterskan arbetar personcentrerat, det vill säga att information och utbildning ges individuellt så att förnekelse av diabetes sjukdom kan undvikas.

Resultatet av studien visar att det är viktigt med tidiga insatser från diabetessjuksköterskan för att personen ska kunna förändra sina levnadsvanor och på så sätt undvika framtida komplikationer. Förslag på ytterligare forskning skulle kunna vara fördjupning kring rädsla för komplikationer eftersom en rädsla kan hindra personen att utföra nödvändiga förändringar som krävs vid diabetes typ 2.

Kontaktperson: Ulrika Lundgren

ulrika.lundgren@skane.se



# AUTOMATISK INSULINJUSTERING OCH KORRIGERING FÖR ETT ENKLARE\* SÄTT ATT STABILISERA GLUKOSNIVÅER<sup>1,2,3</sup>

Vårt nya, mest sofistikerade  
insulinpumpssystem:  
MiniMed™ 780G  
TILLGÄNGLIG I ALLA REGIONER

Nya MiniMed™ 780G-systemet justerar tillförseln av basalinsulin och korrektioner automatiskt, efter dina behov. Det hjälper till att förhindra höga och låga värden med mindre insatser från dig.<sup>1,2,3,4</sup> Så du kan lägga mer energi på livet - och mindre på dina glukosnivåer.

Nu med mobilappar för användare och följare!

**Mer information på: [medtronic-diabetes.se/minimed-780g-systemet](https://medtronic-diabetes.se/minimed-780g-systemet)**

\*Jämfört med MiniMed™ 670C-systemet. Vänligen läs i användarhandboken om SmartGuard™-tekniken. Viss användarinteraktion krävs. För personer med typ 1 diabetes över 7 år med total daglig dos > 8 enheter insulin.

1. Carlson, A.L. et al. 97-P- Safety and glycaemic outcomes of the MiniMed™ AHCL System in subjects with T1D. 80th ADA International Conference, June 2020, Chicago
2. Collyns, O. et al. 199-OR- Improved glycaemic Outcomes with MiniMed™ AHCL Delivery. 80th ADA International Conference, June 2020
3. Bergenstal, R. M. et al. Safety of a Hybrid Closed-Loop Insulin Delivery System in Patients With Type 1 Diabetes. *Jama*. 2016; 316 (13): 1407 – 1408
4. Data on file. Medtronic pivotal trial (age 14-75) Ahe 14-75 2020; 16 US sites

Vänligen se användarhandboken för detaljerad information om bruksanvisning, indikationer, kontraindikationer, varningar, försiktighetsåtgärder, och möjliga risker. För mer information, kontakta din lokala Medtronic-representant.  
UC202102612SV ©2020 Medtronic. Med ensamrätt. Medtronic och Medtronic loggan är varumärken som tillhör Medtronic.  
Alla andra varumärken tillhör ett Medtronicföretag.



**Medtronic**

# Diabetessjuksköterskans förbättringsarbete i primärvården

Denna studie handlar om att beskriva diabetessjuksköterskans arbete med förbättringar inom primärvården samt att beskriva faktorer som främjar respektive hindrar arbetet med förbättringar.



Cecilia Holm

Anette Jonasson

## Inledning

Diabetes är ett växande problem i Sverige liksom i övriga världen. Sjukdomen och dess komplikationer orsakar mycket lidande för de drabbade och stora kostnader för samhället. I världen beräknas att 425 miljoner vuxna personer lever med diabetes. Det betyder att var elfte person har diabetes. Därtill kommer alla de som är odiagnostiserade, vilket uppskattas vara lika många (International Diabetes Federation, 2019). I Sverige lever drygt 450 000 personer med diabetes, vilket motsvarar 4–5 % av befolkningen. Av dessa har 85–90% diabetes typ 2 (Nationella diabetesregistret, 2018). Dessutom har 10–15% av Sveriges befolkning hög risk att få typ 2-diabetes (Läkemedelsverket, 2017). Inom diabetesvården arbetar personalen för att patienter med diabetes ska leva ett gott liv med så lite lidande och komplikationer som möjligt.

För att nå de målen så behövs både medicinsk behandling, omvårdnad och egenvård. Egenvården är basen i behandlingen och diabetessjuksköterskan är en viktig resurs i det arbetet (Socialstyrelsen, 2018). För att säkra kvaliteten och utveckla vården behöver vårdpersonalen systematiskt och kontinuerligt identifiera förbättringsområden och genomföra små som stora förbättringsarbeten. Förbättringsarbeten inom diabetesvården skapar möjligheter till att förbättra vården för patienterna med dia-

betes och skapar möjligheter att ge bättre och mer jämlik vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2013). Genom att förbättra omvårdnaden och den medicinska vården kring patienten med diabetes minskar risken för komplikationer främst i form av hjärt-kärlsjukdomar och lidande för patienten (Socialstyrelsen, 2018). I diabetessjuksköterskans kompetensområde ingår att initiera, medverka och bedriva förbättringsarbete (Svensk sjuksköterskeförening, 2013).

Denna studie syftar till att beskriva diabetessjuksköterskans arbete med förbättringar inom primärvården samt att beskriva faktorer som främjar respektive hindrar arbetet med förbättringar.

## Förförståelse

Intresset för ämnet väcktes av en av författarna som arbetat som diabetessjuksköterska i 16 år både på medicinklinik och i primärvården. Under åren har det blivit många reflektioner över hur viktigt det är att identifiera förbättringsområden och göra förbättringsarbeten för att kunna ge en bra vård och omvårdnad till patienterna.

Den andra författaren har arbetat som distriktsköterska i primärvården i 10 år. Båda författarna har ett stort intresse av att reflektera över och förändra arbets sätt i syfte att få en bra struktur och organisation för arbetet och för att utveckla vården. I kvantitativa studier har förförståelsen mindre betydelse men i

denna studie kan vi se att vår förförståelse kan ha påverkat utformningen av enkäten. Dessutom finns det en del av studien som är kvalitativ och där har förförståelsen en större betydelse. Författarna har haft sin förförståelse i åtanke genom hela arbetet. Den ena författarens långa erfarenhet inom diabetesvården och den andra författarens långa erfarenheter av vård inom olika verksamheter tror vi har varit positiv i arbetet med studien.

## Bakgrund

### Diabetes

Diabetes är en kronisk, allvarlig och växande folksjukdom såväl i Sverige som internationellt. Diabetes kännetecknas av förhöjt blodsocker (Socialstyrelsen, 2018). De vanligaste formerna av diabetes betecknas typ 1 och typ 2. De båda formerna skiljer sig åt på väsentliga punkter, både vad det gäller orsakssamband och behandling. Diabetes typ 2 är den sjukdomsform av dessa två som står för den stora ökningen i befolkningen.

Diabetes typ 1 debuterar oftast i barn- och ungdomsåren, medan diabetes typ 2 oftare debuterar i vuxen ålder (American Diabetes Association, 2020). Att leva med diabetes innebär en förhöjd risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar och ökad risk att dö i förtid jämfört med den övriga populationen (Rawshani, Rawshani, Franzén, 2018). Vården av vuxna med diabetes typ 1 är organiserad

på medicinkliniker och vården av vuxna med diabetes typ 2 bedrivs i primärvården (Socialstyrelsen, 2018). Uppsatsen kommer därför att behandla typ 2 diabetes.

### Diabetes typ 2

Diabetes typ 2 karaktäriseras av relativ insulinbrist på grund av insulinresistens och minskande frisättning av insulin från de insulinproducerande cellerna i bukspottkörteln, vilket gör att blodsockret stiger. Många men inte alla med diabetes typ 2 är överviktiga eller har bukfetma. Stigande levnadsålder, ärftlighet samt kraftig ökning av personer med övervikt och fetma bidrar till ökat insjuknande i diabetes typ 2 i hela världen.

Diagnosen diabetes ställs vid fastblodsocker  $\geq 7,1$  mmol/l uppmätt vid två tillfällen eller ett slumpmässigt blodsocker över  $\geq 12,2$  mmol/l. Diabetesdiagnos kan även ställas vid HbA1c  $>48$  mmol/mol. HbA1c är ett mått på blodsockernivå under en längre tid (American Diabetes Association, 2020).

Adekvat medicinsk behandling, omvårdnad och förebyggande åtgärder är helt avgörande för hälsoutvecklingen hos en person med diabetes (Socialstyrelsen, 2018).

Diabetes typ 2 behandlas både med medicinska åtgärder och med omvårdnad i form av utbildning och stöd till egenvård. Målet med behandlingen är att minska lidandet och riskerna för att drabbas av komplikationer (Socialstyrelsen, 2018, Läkemedelsverket, 2017). Komplikationer som diabetes kan ge är hjärt-kärlsjukdomar, skador på njurar, ögon och perifera nerver (Socialstyrelsen, 2018).

Sjukdomen påverkas bland annat av osunda kostvanor och låg fysisk aktivitet, men även av psykologiska faktorer som till exempel stress och oro (Socialstyrelsen, 2018, Young-Hyman, de Groot, Hill-Briggs, Gonzalez, Hood & Peyrot, 2016). En stor del av behandlingen utgörs av egenvård och det är därför av största vikt att personen med diabetes får tillgång till adekvat och individanpassad vård, samt fortlöpande undervisning, handledning och stöd.

Diabetessjuksköterskan är en viktig resurs i arbetet med att motivera och stödja patienter till ändrade kostvanor, viktminskning och ökad fysisk aktivitet (Socialstyrelsen, 2018). Effektiv egenvård är nödvändig för att förebygga alla

vanliga komplikationer vid diabetes (Diabetes control and complications trial (DCCT) research group, 1993).

Förstahandsbehandlingen vad gäller läkemedel är metformin som ökar insulin känsligheten. Andra läkemedel kan tillkomma om det behövs (Läkemedelsverket, 2017). För att minska riskerna för komplikationer så är det, förutom att blodsockerläget optimeras, också viktigt att behandla riskfaktorer såsom högt blodtryck och höga blodfetter så tidigt som möjligt i sjukdomen (Rawshani et al., 2018).

Ofta är både läkemedel som sänker blodsockret, blodtryck och blodfetter vanliga i behandlingen vid diabetes typ 2 (Socialstyrelsen, 2018). I de Nationella riktlinjerna för diabetes (2018) anges målvärden för HbA1c, blodtryck och blodfetter, vilka är viktiga kvalitetsmått inom diabetesvården. Enligt Socialstyrelsen (2018) bör sjukvården erbjuda evidensbaserad vård till patienter med diabetes.

Det innebär bland annat stöd till egenvård med utgångspunkt från ett personcentrerat synsätt där patientens förmågor, förutsättningar och önsknings tas i beaktning (Young-Heyman et al., 2016). Diabetesvården baseras på de nationella riktlinjerna för diabetesvård. Patienter med diabetes erbjuds konsultationer med diabetessjuksköterska och läkare regelbundet.

Syftet med besöken är att behandla sjukdomen medicinskt, kontrollera för riskfaktorer och stödja i egenvårdsarbetet. Vanligtvis träffar patienterna läkare en gång per år och diabetessjuksköterska 1–4 gånger per år beroende på behov (Socialstyrelsen, 2018).

### Specialistsjuksköterska inom diabetesvård

I arbetet som specialistsjuksköterska ingår att i det dagliga arbetet verka för en god vård med hög kvalitet (SFS 1993:100). Den specialistutbildade sjuksköterskan har ett ansvar för att implementera forskningsresultat inom det specifika området och att initiera och driva kliniska förbättringsarbeten. Specialistsjuksköterskan har även ett ledarskapsansvar för verksamhetsuppföljning. Uppföljning kan initieras genom att utvärdera de kvalitetsindikatorer som följs i verksamheten (Hommel, Idwall & Andersson, 2017).

Organisationen och klimatet på en enhet har betydelse för hur den enskilda

specialistsjuksköterskan kan påverka kvalitetsutveckling (Gunningberg, Brudin & Idvall, 2010). Inom Svensk sjuksköterskeförening (SSF) finns ett 50-tal sektioner och nätverk som är sammanslutningar av sjuksköterskor med specialområden. Flera av dessa sektioner har tagit fram kompetensbeskrivningar och riktlinjer för sitt specialområde, för att visa på den kompetens som behövs och som bör utvecklas i det kliniska arbetet.

I diabetessjuksköterskans kompetensbeskrivning ingår att organisera, planera och leda en mottagning med ett team av professioner kring patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2013). Att stödja och handleda personer som har diabetes att klara sin egenvård är en stor del av innehållet i diabetessjuksköterskans arbetsuppgifter. Egenvården för personer med diabetes typ 2 innebär förbättrad kosthållning, ökad fysisk aktivitet och följsamhet till läkemedelsordinationer och självkontroll i form av blodsockermätning (Socialstyrelsen, 2018).

Kärnkompetenserna personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap för kvalitetsutveckling, säker vård samt informations- och kommunikationsteknologi är gemensamma för alla professioner inom hälso- och sjukvård och bör genomsyra omvårdnadsarbetet (Hommel et al., 2017). Ett välorganiserat team med gemensamma mål och personcentrerat perspektiv har visat sig positivt för diabetesvården och för att minska lidandet för patienter med diabetes typ 2 (Wikblad, 2012).

Diabetessjuksköterskans arbete baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet och ska erbjuda patienten en god och personcentrerad vård. Patienten har specifik kunskap om hur det är att leva med diabetes och diabetessjuksköterskan besitter generell och specifik kunskap inom diabetesvården. I mötet mellan patient och diabetessjuksköterska måste dessa perspektiv förenas. De kompetenser som är centrala för diabetessjuksköterskan är vårdvetenskap, medicinsk vetenskap, pedagogik, ledarskap samt forskning och utveckling. Diabetessjuksköterskan bör även vara insatt i de senaste forskningsresultaten för att kunna bedriva evidensbaserad diabetesvård samt för att kunna införa nya rutiner och metoder (Svensk sjuksköterskeförening, 2013).

Svensk sjuksköterskeförening har i samarbete med Svensk förening för sjukskö-



terskor i diabetesvård inför begreppet ledtal. Ledtal innebär en rekommendation om hur många patienter som anses rimligt att ansvara för per heltidstjänst som diabetessjuksköterska. Syftet med att införa ledtal är att öka patientsäkerheten och underlätta för en jämlik vård oavsett bostadsort. Ledtalet att sträva mot inom primärvården är 400 patienter per heltidsarbetande diabetessjuksköterska (Svensk sjuksköterskeförening, 2018).

### Kvalitets- och förbättringsarbete i vården

#### Förbättringsarbete

Förbättringsarbete kan definieras som de sammantagna och oupphöriga ansträngningar som vårdpersonal, patienter, studenter, forskare gör som leder till bättre hälsa, bättre vård och bättre lärande och utveckling. För att hälso- och sjukvården ska kunna hålla hög kvalitet så måste förbättringsarbete bli en naturlig del av det dagliga arbetet, för all vårdpersonal i alla delar av vårdorganisationen. Kontinuerligt förbättringsarbete ska därför vara en del av arbetet i att vara professionell, inte en extra arbetsuppgift. För att kunna utföra ett framgångsrikt förbättringsarbete behövs både professionell kunskap om ämnesområdet och kunskap om förbättringsarbete, förbättringskunskap (Batalden & Davidoff, 2007).

En modell för systematiskt förbättringsarbete som vårdpersonal kan använda är beskriven av bland annat Institute for Healthcare Improvement (2020). Den består av tre frågor och en struktur för att testa förbättringsidéer i liten skala. Del ett innebär tre frågor som behöver besvaras: 1) Vad är det vi vill åstadkomma? 2) Hur ska vi kunna veta att förändringen leder till en förbättring? 3) Vilka åtgärder behöver vi göra som vi tror leder till en förbättring? Del två innebär att testa förändringen i liten skala genom att använda Plan-Do-Study-Act-hjulet (PDSA-hjulet). PDSA-hjulet består av fyra faser. I den första fasen Plan, har ett problem identifierats och i den här fasen gör man en plan över de åtgärder som ska prövas för den tänkta förbättringen.

Den andra fasen Do, innebär att man genomför åtgärderna i liten skala. I fasen Study, studeras genomförandet och effekten av förändringen. Blev förändringen en förbättring? I den fjärde fasen Act, avgörs om förändringen ska implemen-

teras i verksamheten eller om det behöver prövas ytterligare en gång i PDSA-hjulet (IHM, 2020; Batalden & Stoltz, 1993).

#### Kvalitetsarbete

Socialstyrelsen definierar begreppet kvalitet som hur en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten avseende lagar och andra föreskrifter om hälso- och sjukvård (SOSFS 2011:9).

Åtagandena utgår från sex olika kvalitetsaspekter; säker vård, patientcentrerad vård, evidensbaserad vård, jämlik vård, vård i rätt tid och effektiv vård (Socialstyrelsen, 2009). Vårdgivarna har ett krav på sig att bedriva systematiskt förbättringsarbete.

Vårdgivaren ska identifiera, beskriva och fastställa de processerna i verksamheten som behövs för att säkerställa god vårdkvalitet (SOSFS 2011:9). Kvalitetsförbättringar har blivit en viktig del av hälso- och sjukvården med syftet bedriva säkrare, mer effektiv vård med bättre kvalitet (Socialstyrelsen, 2020).

#### Kvalitetsregister

Kvalitetsregister kan användas för att förbättra hälsa och vård och skall användas för uppföljning, kvalitetsförbättringar och förbättringsarbeten (Sveriges kommuner och regioner, 2020).

Genom kvalitetsregister kan verksamheter identifiera områden som behöver förbättras, genomföra åtgärder för förbättringar och sedan utvärdera och implementera den nya kunskapen (Nelson et al. 2016). Nationella diabetesregistret, NDR, skapades 1996 och har som syfte att underlätta systematiskt förbättringsarbete av diabetesvården (NDR, 2018).

Kvalitetsindikatorer för diabetesvård finns beskrivna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetes (Socialstyrelsen, 2017) och dessa utgör grunden för NDR (NDR, 2018). NDR utformades för att kunna jämföra hur diabetesvården följer riktlinjerna och för att kunna jämföra olika kvalitetsmått över tid och mellan olika vårdförrättningar. Det har visat sig att det finns en korrelation mellan medicinska kvalitetsresultat och registrering i NDR. Att vårdenheter använder NDR har visat sig vara en effektiv och snabb metod för utvärdering och utveckling av diabetesvården (Hallgren, Grodinsky & Törnvall, 2013). NDR är här ett viktigt redskap dels för att kunna identifiera förbättringsområden

dels för att följa upp resultatet av förbättringsarbeten över tid (NDR, 2019).

#### Att arbeta med förbättringar i vården

Forskning visar att när vårdpersonal själva får identifiera idéer om områden där förbättringar behövs så framkommer organisationsrelaterade problem som högst prioriterat område. Idéerna handlar om kliniska och administrativa processer inom och mellan olika enheter.

Det kan handla om patientflöden, psykosocial arbetsmiljö och samarbete. Nästa område som vårdpersonalen har idéer om är evidens och kvalitet. Hur ska vi kunna integrera evidensbaserad vård i praktiken? Många idéer handlar också om arbete med kvalitetsregister, kvalitetsuppföljning och implementering av vårdprogram och riktlinjer. Kompetensutveckling är också ett område som vårdpersonal har idéer om förbättringar inom. Det gäller både teoretisk och praktisk utveckling. Förslag på förbättringar inom området tekniska processer innebär att implementera nya kliniska metoder och tekniker, att ha tillgång till bra utrustning och support av IT-system. Det område som vårdpersonal ger minst förslag på förbättringar inom är förebyggande patientarbete. Det gäller patientsäkerhet, patientutbildning inom egenvård och hälsosamma vanor (Andersson, 2013).

Tidigare studier visar att det finns olika faktorer som främjar respektive hindrar förbättringsarbete. Den mest framträdande faktorn som verkar främjande för förbättringsarbete är ledningen. En viktig framgångsfaktor för att kunna genomföra förbättringsarbete är att ledningen, på olika nivåer inom organisationen, är involverad (Flynn & Hartfield, 2016). Det är även viktigt att ledningen på vårdenheten stimulerar, uppmärksammar och möjliggör förbättringsarbete (Andersson, 2013). Ledningen behöver se till att det finns rätt förutsättningar såsom tillräcklig kompetens och resurser. Personalen behöver ha tid, tillräcklig kunskap och stöd för att kunna identifiera, prioritera, analysera och vidta relevanta åtgärder av ett förbättringsområde.

Därefter ska åtgärden utvärderas (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Att ledningen har ämneskunskap inom området som ska förbättras verkar också vara en framgångsfaktor (Darker, Nicolson, Caroll & Barry, 2018). En fram-



# EN JÄMN OCH STABIL VÄG FRAMÅT MED TRESIBA®<sup>1</sup>

(insulin degludek)

## Referens

1. Tresiba® SPC, November 2020.

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

100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna, 100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i cylinderampull, 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 insulin dosen 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:** Det finns ingen klinisk erfarenhet av användning av Tresiba® hos gravida kvinnor eller under amning.

För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se.

Datum för översyn av produktresumén 11/2020.

**Subventioneras vid typ 2-diabetes endast för patienter där annan insulinbehandling inte räcker till för att nå behandlingsmålet på grund av upprepade hypoglykemier.**



**D-UPPSATS**

gångsfaktor inom diabetesvården är om ledningen för vårdenheten för en dialog med personalen kring enhetens resultat av olika kvalitetsparametrar. Det är viktigt med en diskussion om förbättringsmöjligheter, uppföljning och återkoppling av resultaten (Husdal et al., 2019).

Arbetskulturen på enheten är en faktor som är viktig i arbetet med förbättringar. Främjande faktorer är om olika vårdpersonalskategorier är positiva och motiverade till förbättringsarbetet och om det finns bra relationer mellan de olika personalkategorierna.

Om initiativet till förbättringsarbetet kommer från personalen själv så är det lättare att få till en förbättring. Likaså blir resultatet bättre om personalen själva kan identifiera områden som behöver förbättras, leda förbättringsarbetet och ta de beslut som behövs. Personalen blir då engagerade och motiverade till förbättringsarbetet (Flynn & Hartfield, 2016).

Forskning visar att i en organisation där personalen upplever att deras åsikter är betydelsefulla, att information om olika beslut delas med alla och där personalen upplever rättvisa och ärlighet från ledningen så blir kvalitén på diabetesvården bättre.

Det har också visats att kvalitén på diabetesvården ökar om medlemmarna i ett team hjälper varandra, stöttar och bryr sig om varandra (Elovainio et al., 2013). Ytterligare en faktor som verkar främjande vid större förbättringsarbeten är om ledningen, vårdpersonalen och representanter från patientgrupperna samarbetar kring planeringen och utförandet av förbättringen (Darker et al. 2018). En annan framgångsfaktor vid arbetet med förbättringar är om det finns någon i organisationen som har en underlättande roll och kan stödja personalen i processen (Rycroft-Malone, Gill & Kitson, 2002).

Det visar sig viktigt att förändringen drivs av en person som visar vägen, har kunskap om förbättringsarbete och ämnesområdet samt har en underlättande roll i förbättringsarbetet (Flynn & Hartfield, 2016). För att kunna driva ett framgångsrikt förbättringsarbete behövs dels evidensbaserad kunskap om ämnet, dels praktisk kunskap grundad på erfarenhet. Förutom evidensbaserad kunskap om ämnesområdet så behövs även kunskap om förbättringsarbete, förbättringskunskap (Batalden et al. 1993, Flynn & Hart-

field, 2016). Det är även viktigt att ha kunskaper om faktorer som främjar respektive hindrar förbättringsarbete för att kunna lyckas (Flynn & Hartfield, 2016).

Forskning visar att hinder för förbättring kan vara ekonomiska, att det inte finns den finansiering som behövs. Det kan även finnas personella hinder så som att det saknas personal med tillräcklig utbildning eller kunskap. Ytterligare hinder kan vara att det kan finnas ett generellt motstånd mot förändring och att kommunikationen kring processen är otillräcklig (Darker et al. 2018; Flynn & Hartfield, 2016).

Sjuksköterskor som doktorerat och som arbetar kliniskt bidrar till ökad evidensbaserad vård. De kan bidra till att förbättra kvaliteten på klinisk omvårdningsforskning, klinisk utbildning och utveckling av evidensbaserad vård. Typiska arbetsuppgifter för en sådan sjuksköterska som arbetar kliniskt är att utveckla och implementera olika evidensbaserade riktlinjer för den kliniska vården.

Även att leda och delta i utvecklingsprojekt, delge viktig kunskap och erbjuda en kritisk syn på hur omvårdnaden utförs är arbetsuppgifter som ingår (Orton, Andersson, Wallin, Forsman & Eldh (2019).

Det ökande antalet patienter som insjuknar i diabetes innebär ökande kostnader för ett redan ansträngt hälso-och sjukvårdssystem, vilket kräver förbättringar vad gäller effektivitet och vårdkvalitet. Diabetessjuksköterskan kan vara en bra resurs i den utvecklingen (Arts, Landewe-Cleurens, Schaper & Vrijhoef, 2012).

### **Problemformulering**

Diabetes typ 2 är ett stort hälsoproblem som ökar i världen. Lidandet för patienterna och kostnaderna för samhället är stort. Riskerna för komplikationer av diabetes går att minska genom ett strukturerat arbetssätt där vårdkvalitet står i centrum. Det ingår i diabetessjuksköterskans ansvarsområde att initiera, medverka i och bedriva förbättringsarbete i syfte att förbättra diabetesvården. Diabetessjuksköterskan ska driva vården framåt och utveckla omvårdnaden inom diabetesområdet.

Det finns mycket kunskap om förbättringsarbete generellt inom vården. Däremot saknas det kunskap om diabetessjuksköterskans arbete med förbättringar inom primärvården. Det saknas även kunskap om vilka faktorer som främjar

respektive hindrar diabetessjuksköterskans arbete med förbättringar.

### **Syfte**

Syftet med studien var att beskriva diabetessjuksköterskans arbete med förbättringar av diabetesvården inom primärvården samt att beskriva faktorer som främjar respektive hindrar arbetet med förbättringar.

### **Metod**

För att kunna besvara syftet så valdes en enkätbaserad kvantitativ tvärsnittsstudie. Syftet med kvantitativa studier är att beskriva, förklara eller undersöka en företeelse genom att mäta, observera och studera företeelsen hos en större grupp. Tvärsnittsstudier syftar till att vid en viss tidpunkt undersöka, förklara eller beskriva en företeelse. Vidare är tvärsnittsstudier observationsstudier, vilket innebär att företeelsen enbart observeras. Enkäter är en vanlig datainsamlingsmetod vid kvantitativa studier där syftet är att analysera en stor mängd data (Polit & Beck, 2017). För att få en djupare kunskap om ämnet ingick också ett kvalitativt perspektiv i form av några öppna frågor (Polit & Beck, 2017).

### **Datainsamling**

Data samlades in via enkäter som skickades i kuvert, via interpost, till verksamhetscheferna på 205 vårdcentraler i Västra Götalandsregionen. I kuvertet fanns en förfrågan till verksamhetschefen om att få tillåtelse att tillfråga diabetessjuksköterskan om de ville besvara enkäten (bilaga 1), informationsbrev till deltagaren (bilaga 2), enkäten i pappersform (bilaga 3) och adresserat svarskuvert.

Det fanns två sätt att besvara enkäten på. Antingen via pappersenkäten som medföljer i kuvertet eller via en länk som deltagarna kan nå via webbläsaren. Länken gick till [www.webbenkater.se](http://www.webbenkater.se). Det är ett gratisprogram som är tillgängligt för studenter på Högskolan Väst. De tillfrågade personerna fick två veckor på sig att besvara enkäten och därefter skickades en påminnelse. Påminnelsen skickades på samma sätt som den ursprungliga enkäten. Det första utskicket gav totalt 65 svar varav 26 var web svar och 39 var pappers svar. Efter påminnelsen inkom ytterligare 19 svar varav 13 var web svar och 6 var pappers svar. Totalt inkom 84 av 205 enkätsvar, vilket gav en svarsfrekvens på 40,3 %.

## Enkäten

Vid kvantitativa studier är det vanligt att man använder frågeformulär/enkät, observationer, data från register, instrument och skalor som metod för att samla in data. För att trovärdigheten ska vara hög så är det viktigt att metoderna är validerade, vilket innebär att de ska mäta det som avses att mätas (Polit & Beck, 2017). Inom det valda området fanns inga tidigare utformade enkäter. Därför utformades en ny enkät med frågor som skulle besvara syftet. För att öka valideringen av enkäten och kunna bedöma om deltagarna ger svar på det vi avser att fråga efter, för att veta om deltagarna förstår frågorna och för att veta hur lång tid det tar att svara på enkäten så genomfördes en pilotenkät. Pilotenkäten skickades ut till 10 diabetes-sjuksköterskor.

Fem diabetessjuksköterskor svarade. Därefter ändrades svarsalternativen på en flervalsfråga och tre frågor lades till för att ringa in problemområdet ytterligare. Svaren från pilotenkäten ingick i det slutgiltiga svaret. En pilotenkät kan enligt Polit & Beck (2017) användas för att testa ett mätinstrument, som i detta fall enkäten.

Enkäten som utformades innehöll 17 frågor (bilaga 3) varav fem var kvantitativa demografiska frågor som handlade om typ av vårdcentral, utbildningsnivå, erfarenhet som diabetessjuksköterska, reflektion i NDR och arbetsbelastning. Efter dessa följde fyra öppna frågor som handlade om hur viktigt förbättringsarbete ansågs vara, hur stor möjlighet det fanns att bedriva förbättringsarbete, hur ofta diabetessjuksköterskorna hade idéer om förbättringsarbete och om de hade haft möjlighet att bedriva förbättringsarbete.

Därefter fick de som svarat att de hade haft möjlighet att bedriva förbättringsarbete, svara på tre öppna frågor. I de öppna frågorna ombads diabetessjuksköterskorna att beskriva inom vilka områden de haft möjlighet att bedriva förbättringsarbete och vilka faktorer som varit främjande respektive hindrande i förbättringsarbetet.

De som inte haft möjlighet att bedriva förbättringsarbete, fick rangordna vad de ansåg sig behöva för att kunna bedriva förbättringsarbete. Kvantitativa frågor är frågor där svaret kan mätas objektivt och som resulterar i ett mätvärde. Kvalitativa frågor är frågor där svaret inte kan mätas matematiskt som

exempelvis en åsikt eller bedömning (Barmark & Djurfeldt, 2015). Svaren på frågorna som besvarades via webbenkäten kom automatiskt in i en Excelfil. Svaren från pappersenkäterna matades in i samma Excelfil för att sedan kunna sammanställas till ett resultat. Det tog cirka 15 minuter att besvara enkäten.

## Urval

Urvalsmetoden som användes var ett bekvämlighetsurval och inkluderade 205 diabetessjuksköterskor på samtliga vårdcentraler i Västra Götalandsregionen. Vid bekvämlighetsurval väljer forskaren de deltagare som passar bäst för att få in den information som studien syftar till att undersöka (Polit & Beck, 2017).

## Analys

Data från de slutna frågorna analyserades statistiskt och redovisades deskriptivt. Deskriptiv analys används när man vill beskriva resultatet på ett åskådligt sätt i form av exempelvis tabeller och kurvor. Syftet med deskriptiv analys är att få fram centralmått som medelvärde, tyngdpunkt, median, variationsbredd och spridning av utfallet (Polit & Beck, 2017). Data behandlades med hjälp av Excel version 2003. Variabler som analyserades var på ordinalskale-, nominalskale- och kvotskalenivå. Nominal- och ordinalskalor kallas för kvalitativa variabler, icke numeriska. Kvotskalor kallas för kvantitativa variabler, numeriska variabler. Nominalskala innebär gruppering av data och saknar meningsfull rangordning mellan grupperna. Ordinalskala har en meningsfull rangordning mellan grupperna men avståndet mellan variabelvärdena är inte konstant. Kvotskalor används om det är matematiskt mätbara data, om avståndet mellan variabelvärdena är konstant och att det finns en absolut nollpunkt (Barmark & Djurfeldt, 2015). Centralmått som användes var procent och medelvärde.

De öppna frågorna analyserade kvalitativt med hjälp av innehållsanalys och redovisades tematiskt. Innehållsanalys används ofta vid forskning inom vårdvetenskap och för tolkning av texter som exempelvis skrivna svar på en öppen fråga. Kvalitativ innehållsanalys används för att analysera innehållet i berättande data för att identifiera framträdande teman eller mönster, vilket var syftet i de öppna frågorna (Graneheim & Lundman, 2004).

Den tolkning som analys av kvalitativa data består av kan utföras i olika grad av abstraktion och djup (Polit & Beck,

2017). I denna studie har metoden använts som stöd för att se mönster i det manifesta innehållet i diabetessjuksköterskornas svar på de öppna frågorna.

Svaren på de öppna frågorna i enkäten som handlade om olika förbättringsarbeten som diabetessjuksköterskorna deltagit i överfördes till postitlappar. Omkring hundra procent postitlappar bildade ett material. De förbättringsarbeten som beskrevs kunde därefter sorteras efter det konkreta innehållet i förbättringsområdet. Innehållet i svaren var allt från korta uttryck till långa beskrivningar av förbättringsarbeten.

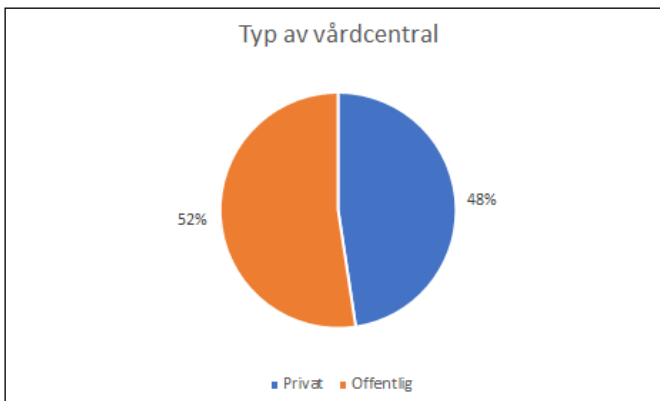
Under analysen sorterades lapparna i grupper som bildade 12 subkategorier. Dessa blev föremål för ännu en värdering och sortering av författarna, där fyra typer av förbättringsområden kunde skönjas och namnges utifrån vilket fokus i diabetessjuksköterskans arbetsfält de riktades emot. Analysen gav en översikt av förbättringarnas innehåll och åskådliggjordes i form av en tabell med teman och subkategorier. Därefter analyserades frågorna om främjande och hindrande faktorer för genomförande av förbättringsarbete på samma sätt. Svaren överfördes från enkäter till postitlappar och bildade ett material att sortera efter innehåll. Materialet bestod av 80 beskrivningar av främjande faktorer samt 60 beskrivningar av hindrande faktorer. Analysen gav en översikt av innehållet och åskådliggjordes i tabellform med teman och subkategorier.

## Resultat

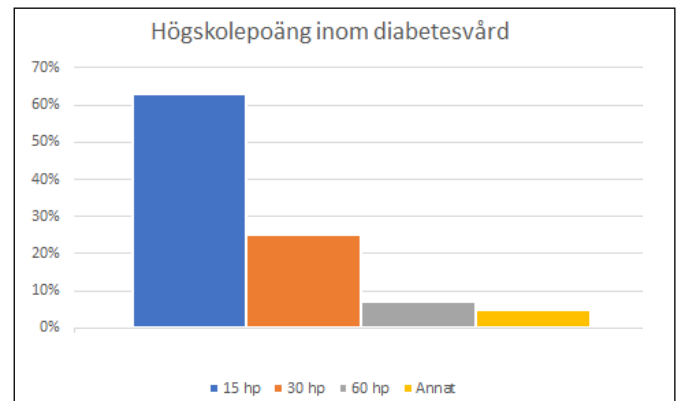
Totalt skickades 205 enkäter ut. Av dessa svarade 84 diabetessjuksköterskor vilket gav en svarsfrekvens på 40,9 %.

### Demografiska data

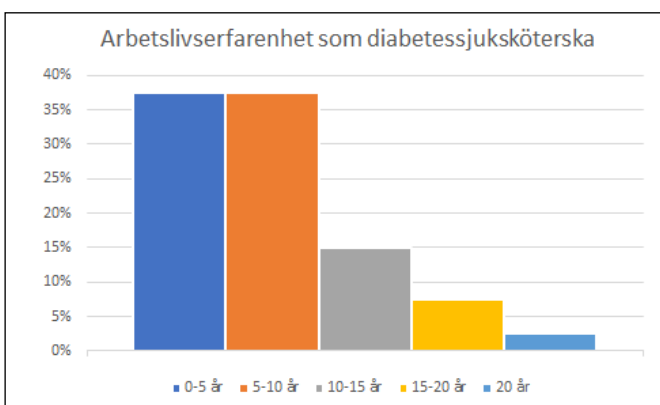
Av de som svarade arbetade 47,6 % på privat vårdcentral och 52,3% på offentlig vårdcentral (figur 1). Utbildningsnivån inom diabetesvård varierade där 63 % hade 15 högskolepoäng (hp), 25% hade 30 hp och 7 % hade 60 hp (figur 2). Arbetslivserfarenheten som diabetessjuksköterska visade att 38% hade mindre än 5 års erfarenhet inom diabetesvård och 38 % hade 5–10 års erfarenhet (figur 3). När det gäller arbetsbelastningen mätt i ledtal, där 1,0 betyder att målet för ledtalet är nått, varierade ledtalen från 0,13 till 1,43. Medelvärdet var 0,6 (figur 4). Målet på 1,0 i ledtal innebär att en heltidsarbetande diabetessjuksköterska ansvarar för 400 patienter med diabetes typ 2.



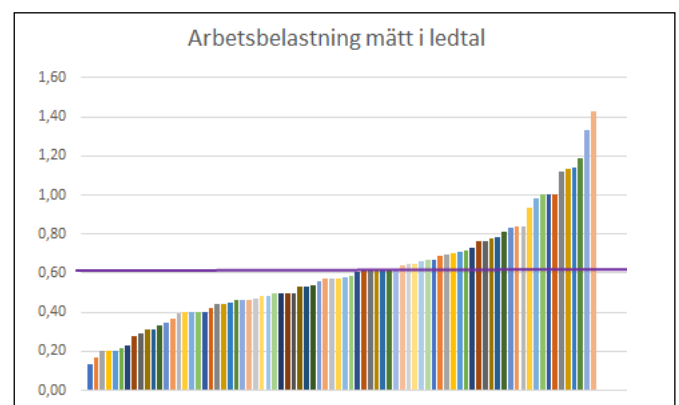
Figur 1. Typ av vårdcentral.



Figur 2. Högskolepoäng inom diabetesvård.



Figur 3. Arbetlivserfarenhet som diabetessjuksköterska.



Figur 4. Arbetsbelastning mätt i ledtal (arbetstid/antal patienter x 10). Ju högre ledtal desto mer tid/patient. Ett enkätsvar/stapel.

### Förbättringsarbete

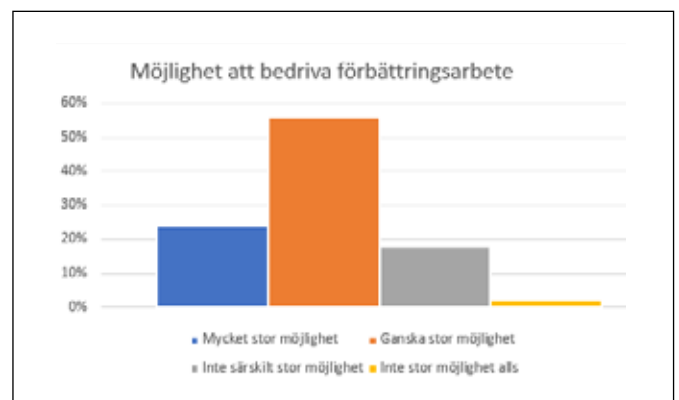
På frågorna som handlade om hur viktigt diabetessjuksköterskorna anser att det är att bedriva förbättringsarbete och hur stora möjligheter de anser att de har att

bedriva förbättringsarbete så svarade 92% att det är mycket viktigt att bedriva förbättringsarbete (figur 5) och 56% angav att de hade ganska stora möjligheter att bedriva förbättringsarbete (figur 6). 63 % av diabetessjuksköterskorna hade

ganska ofta idéer om förbättringsarbete (figur 7) och av de deltagande diabetessjuksköterskorna så hade 73 % kunnat bedriva förbättringsarbete (figur 8)



Figur 5. Hur viktigt att bedriva förbättringsarbete?



Figur 6. Möjlighet att bedriva förbättringsarbete.



# Missa inte kommande webinarier inom diabetes

Under 2021 fortsätter vi med våra uppskattade **webbsända föreläsningar** och nu har du som arbetar med diabetes möjlighet att djupdyka inom det ämne som intresserar just dig.

Föreläsningarna hålls av medicinska experter och behandlar allt från hur diabetes bör hanteras under ramadan till nya tekniklösningar.

Varje webinar beräknas ta cirka 30 minuter och hålls under lunchtid.

Varmt välkommen!



Läs mer och anmäl dig genom att skanna QR-koden, eller skriva in [sanofidiabetes.se/](https://sanofidiabetes.se/) webinar i din webbläsare

**19 jan: Handläggning och behandling av patienter med MODY och LADA i primärvård**

*Nael Shaaf, endokrinolog, Skånes universitetssjukhus*

**9 feb: Diabetes hos personer med migrationsbakgrund: bidragande faktorer, diabetestyper, komplikationer och överlevnad**

*Louise Bennet, docent, specialist i allmänmedicin, Capio Citykliniken Malmö Centrum*

**3 mars: Ramadan och diabetes**

*Wathik Alsalim, endokrinolog, biträdande överläkare, Skånes universitetssjukhus*

**23 mars: Diabetes hos den äldre patienten**

*Anders Tengblad, specialist i allmänmedicin, Wetterhälsan, Jönköping*

**13 apr: Insulinbehandling i primärvård: följsamhet, titrering och hypoglykemier**

*Pangiota Lazarido, specialist i allmänmedicin och endokrinologi, Olaus Petri VC, Örebro*

**27 apr: Sex och samlevnad vid diabetes**

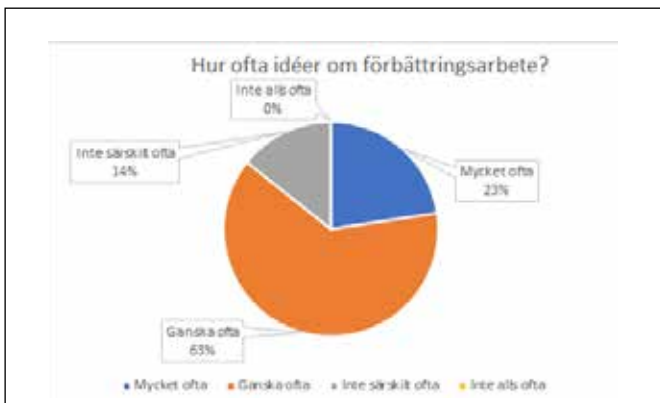
*Fredrik Forsblad, överläkare, Medicinkliniken SKAS, Lidköping*

**11 maj: Diabetes och teknik**

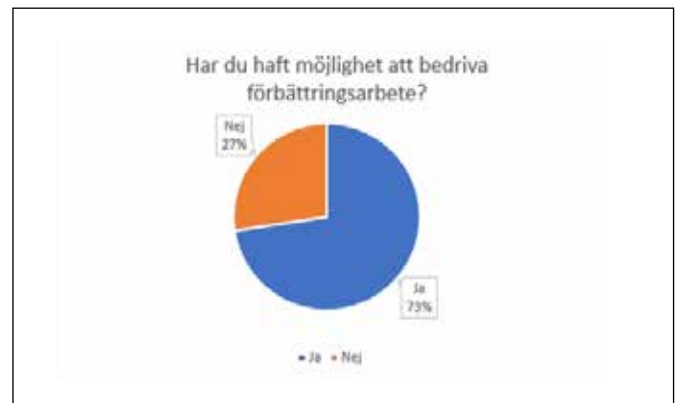
*Katarina Eeg-Olofsson, överläkare, Diabetescentrum, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg*

**25 maj: Insulinbehandling på distans**

*Märta Sjölander, diabetessjuksköterska, Universitetssjukhuset Örebro*



Figur 7. Hur ofta idéer om förbättringsarbete?



Figur 8. Möjlighet att bedriva förbättringsarbete

I tabell 1 beskrivs jämförelser av olika variabler mellan tre grupper: alla diabetessjuksköterskor, diabetessjuksköterskor som bedrivit förbättringsarbete samt diabetessjuksköterskor som inte bedrivit förbättringsarbete. Resultat visar

att ledtalen var samma i de tre grupperna och att de som bedrivit förbättringsarbete har något fler högskolepoäng. När det gäller vilken typ av vårdcentral som diabetessjuksköterskan arbetar vid så visar resultatet att det bedrivs lika

många förbättringsarbeten på privat som offentlig vårdcentral men av de som inte har bedrivit förbättringsarbete jobbar fler på offentlig vårdcentral.

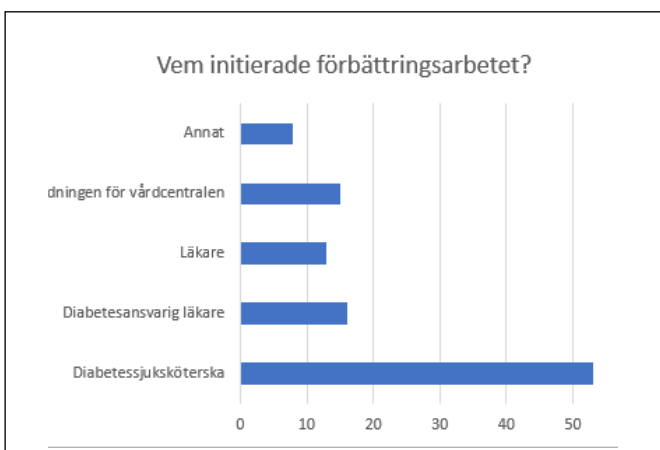
Tabell 1. Jämförelse mellan ledtal, högskolepoäng och typ av vårdcentral i grupperna: Alla diabetessjuksköterskor, diabetessjuksköterskor som bedrivit förbättringsarbete samt diabetessjuksköterskor som inte bedrivit förbättringsarbete

	Alla	Diabetessjuksköterskor som bedrivit förbättringsarbete	Diabetessjuksköterskor som inte bedrivit förbättringsarbete
Ledtalen (medelvärde)	0,6	0,6	0,6
Högskolepoäng (medelvärde)	22,3	24	17,6
Typ av vårdcentral Privat/Offentlig (%)	52/48	49/51	43/57

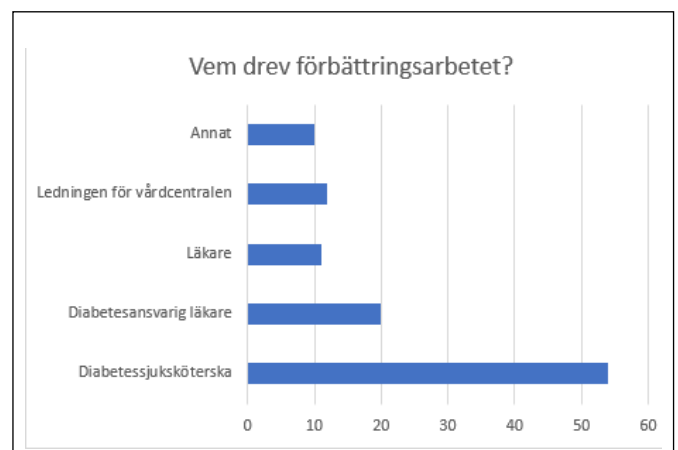
Resultatet visade att 53 av 61 förbättringsarbeten initierades och 54 av 61 förbättringsarbeten drevs av diabetessjuksköterskan. Diabetessjuksköterskor

na uppgav att de ibland initierade och drev förbättringsarbetet tillsammans med läkare, diabetesansvarig läkare eller ledningen. Övriga aktörer som initierade

och drev förbättringsarbete angavs vara läkemedelsföretag och rehabiliteringspersonal.



Figur 9. Vem initierade förbättringsarbetet?



Figur 10. Vem drev förbättringsarbetet?

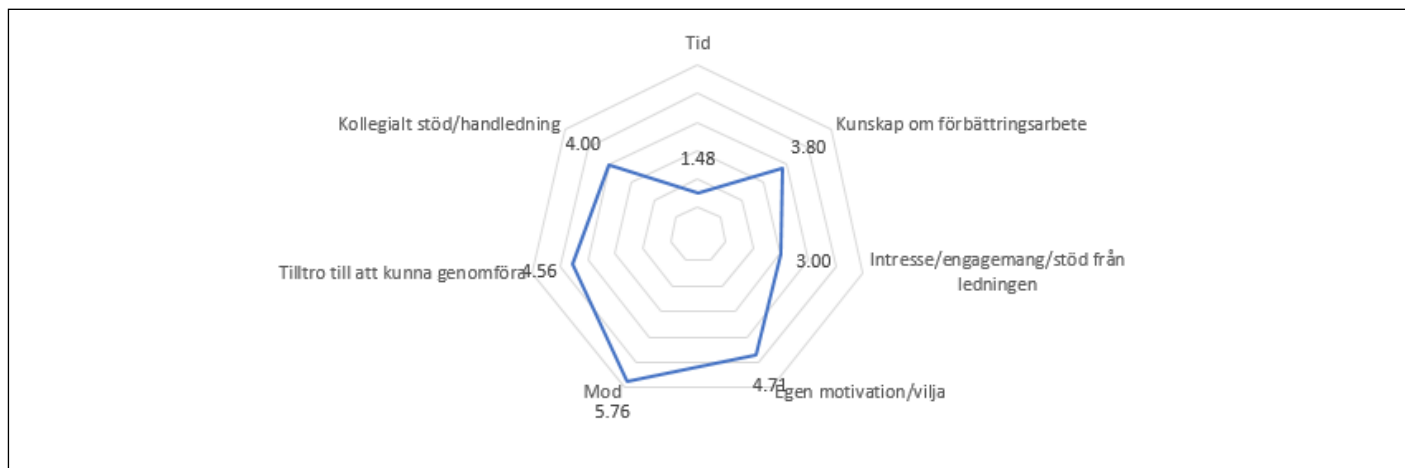


## D-UPPSATS

På frågan om vad diabetessjuksköterskorna som inte hade haft tillfälle att bedriva förbättringsarbete anser att de skulle behöva för att kunna bedriva för-

bättringsarbete rangordnades följande faktorer från viktigaste till mindre viktigt (Figur 11). Tid - Intresse/engagemang/stöd från ledningen - Kunskap om för-

bättringsarbete - Kollegialt stöd/handledning - Tilltro till att kunna genomföra - Egen motivation/vilja - Mod

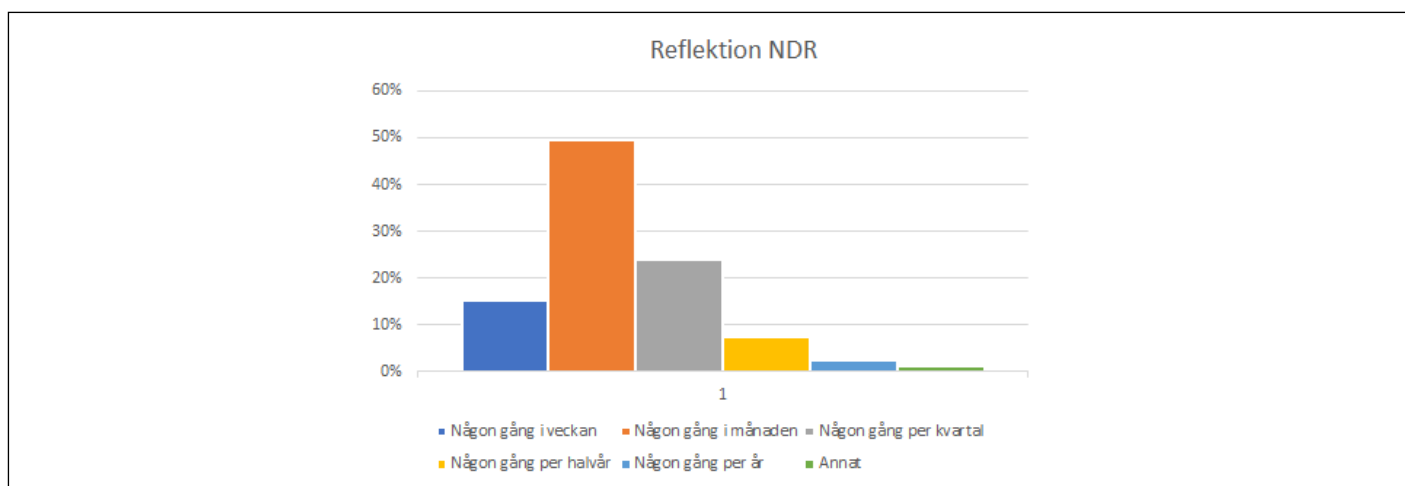


Figur 11. Vad anser du dig behöva för att kunna bedriva förbättringsarbete? Rangordning (medelvärde) skala från 1-7 där 1 är viktigast och 7 är mindre viktigt. Ju närmre mitten desto viktigare.

På frågan angående hur ofta diabetessjuksköterskorna reflekterade över vård-

centralens resultat i Nationella diabetesregistret så svarade 49 %, någon gång i

månaden.



Figur 12. Hur ofta reflekterar du över vårdcentralens resultat med hjälp av NDR?

### Förbättringsarbeten som diabetessjuksköterskan varit involverad i

I den första av de öppna frågorna i enkäten ombads deltagarna att berätta om en eller flera förbättringar där de medverkat. Det kunde vara små eller stora

förbättringar. Resultatet visade att diabetessjuksköterskan initierar, medverkar i samt bedriver förbättringsarbeten i sin verksamhet. Flertalet beskrev i enkätsvaren förbättringsområden som identifierats, samt små och större förbättringar som genomförts i deras verksamheter. De förbättringar som diabetessjukskö-

terskan gav exempel på kunde kategoriseras i fyra teman med 12 subkategorier. Dessa åskådliggörs i nedanstående tabell. (Tabell 2)

Tabell 2. Förbättringsarbeten som diabetessjuksköterskan varit involverad i.

Utveckling av riktlinjer och rutiner	Patientinriktade förbättringar	Förbättringar inriktade mot patientutbildning	Organisation och samarbete
Utarbetande av rutiner kring kallelser och väntelistor	Införande av personcentrerad vård/ behandling	Utarbetande av informationsmaterial	Införande av diabetesteam
Utarbetande av rutiner kring provtagning	Strävan efter god måluppfyllelse vad gäller olika kvalitetsparametrar	Införande av grupputbildning	Införande av externa nätverk, samarbete med hemsjukvård och diabetessjuksköterskor på andra vårdcentraler
Utarbetande av olika PM	Införande av moderna läkemedel utifrån patientens behov.		
Utarbetande av rutiner för uppföljning/årsbesök (vem, hur ofta)	Användande av NDR som ett redskap i kvalitetsförbättringen		

### Främjande faktorer för förbättringsarbete

I den andra av de öppna frågorna i enkä-

ten fick deltagarna möjlighet att beskriva faktorer de ansåg befremjande genomförande av förbättring i sin verksamhet. Under analysprocessen framkom som

ett resultat två teman med sju subkategorier, under vilka de främjande faktorer som diabetessjuksköterskan gett exempel på presenteras (tabell 3).

Tabell 2. Förbättringsarbeten som diabetessjuksköterskan varit involverad i.

En främjande kultur på arbetsplatsen	Främjande organisatoriska förutsättningar på arbetsplatsen
<b>Ledningens betydelse</b>	<b>Tid</b>
Att känna stöd från ledning/chef	Avsatt tid för förbättringsarbete
Att ha en delaktig chef	Tid för kvalitetsarbete
Att ledningen efterfrågar resultat	Tidsaspekten
Chefens inställning och förståelse för uppdraget	Tid att diskutera och analysera med kollegor
Uppmuntran från ledningen att utvärdera	Tillräckligt med personal
<b>Samarbete med läkargruppen</b>	Att få styra över sin tidbok
Engagerade läkare	Bra schema
Intresse från läkargruppen	
Att tillsammans med läkare arbeta mot gemensamma mål	<b>Kunskap/utbildning</b>
<b>Teamarbete/Samarbete</b>	Att få möjlighet att uppdatera sin kunskap
Att ha ett fungerande team	Kunskaper om diabetes
Alla i teamet arbetar åt samma håll	Egen utbildning, konferenser och föreläsningar
Gott samarbete med kollegor	Utbildning ger energi
Gruppdynamiken	Kunskapsutbyte
Samarbetsvilja	<b>Egen drivkraft</b>
<b>Arbetskultur</b>	Egen drivkraft
Tillåtande miljö	Egen vilja att förbättra
Öppenhet för förändringar	Egen passion för arbetet
Stark vilja att förbättra	Att vara påläst och ha bra argument för förbättringsarbete

### Hindrande faktorer för förbättringsarbete

Deltagarna fick i den sista öppna frågan i

enkäten att beskriva faktorer de ansåg som hindrande vid genomförande av förbättring i sin verksamhet. Under analysprocessen framkom två teman med

fem subkategorier, under vilka de hindrande faktorer som diabetessjuksköterskan gett exempel på presenteras (tabell 4).



NU MED VALBARA GLUKOSLARM  
OCH UTAN FINGERSTICK<sup>1</sup>

# FRIHET ATT DRÖMMA UTAN LANSETTER<sup>2</sup>



**Valbara larm** informerar patienten direkt  
då deras glukosnivå är för låg eller för hög

**Inga fingerstick<sup>1</sup>** ger patienter möjlighet  
att smärtfritt hantera sin diabetes<sup>3</sup>

**LARM. SKANNA. AGERA.**

  
**FreeStyle**  
**Libre 2**  
FLASH GLUKOSÖVERVAKNINGSSYSTEM

Besök oss på [www.FreeStyle.Abbott/se-sv](http://www.FreeStyle.Abbott/se-sv)



life. to the fullest.®

**Abbott**

Observera! FreeStyle Libre 2 avläsare är inte tillgänglig i alla länder.

1. Fingerstick krävs om dina glukoslarm och avläsningar inte matchar symptom eller förväntningar. 2. Skanning av sensor kräver inte lansetter. 3. Arkivdata, Abbott Diabetes Care.

I en studie som genomfördes av Abbott Diabetes Care höll de flesta användare med om att få glukosavläsning från sensor var mindre smärtsamt än att få glukosavläsning från fingerstick.

© 2020 Abbott. FreeStyle, Libre, och relaterade varumärken är varumärken som tillhör Abbott Diabetes Care Inc. i olika jurisdiktioner. Övriga varumärken tillhör respektive ägare.

ADC-18101 v2.0 02/20

Tabell 4. Hindrande faktorer för förbättringsarbete.

Hindrande kultur på arbetsplatsen	Hindrande organisatoriska förutsättningar på arbetsplatsen
<b>Ledningen</b>	<b>Tid</b>
Oengagerad verksamhetschef	Brist på tid
Otillräcklig förståelse från chefer	Otillräcklig tid för att kunna diskutera förbättringsarbeten
<b>Avsaknad av team/samarbete</b>	Svårt att få tid till samarbete med läkare/teamet
Bristande intresse från läkarna	Personalbrist
Bristande samarbete	Att inte få arbetsro
Bristande stöd/intresse från övrig personal	<b>Ekonomi</b>
Vissa läkare är inte intresserade	Begränsade ekonomiska resurser
Läkargruppen arbetar på olika sätt	<b>Brist på kontinuitet</b>
Ovilja att förändra	Hög personalomsättning
Ensamhet	

### Resultatdiskussion

Resultatet av studien visade att det har utförts många förbättringsarbeten inom diabetesvården på vårdcentralerna i Västra Götalandsregionen. Diabetessjuksköterskorna i studien tyckte att förbättringsarbete är viktigt, de ansågs sig ha ganska bra möjligheter att bedriva förbättringsarbete och de hade ofta idéer om vad de skulle vilja förbättra. Däremot angav de som inte haft möjlighet till att bedriva förbättringsarbete att de främst saknar tid och stöd från ledningen för att kunna bedriva förbättringsarbete.

### Förbättringsarbeten

Det vanligaste området som diabetessjuksköterskorna drev förbättringar inom var utveckling av riktlinjer och rutiner. Förbättringarna handlade om att utveckla ett flöde kring patienterna vad gäller kallelser, återbesök och provtagningar. Det handlade också om att utarbeta riktlinjer. Ett annat förbättringsområde som diabetessjuksköterskorna arbetade med var att individanpassa behandlingen utefter den enskilda patientens förutsättningar och behov. Att ständigt sträva efter god måluppfyllelse vad gäller olika kvalitetsparametrar var också vanliga förbättringsområden. Här användes Nationella diabetesregistret, NDR, som ett redskap i vissa fall. Resultatet visade att 49% av diabetessjuksköterskorna reflekterade över vårdcentralens resultat i NDR någon gång i månaden. Att använda NDR i vårdenhetens förbättringsarbete har Hallengren et al. (2013) visat vara en bra metod för att utveckla diabetesvården. Med hjälp av NDR kan diabetessjuksköterskan ensam eller tillsam-

mans med team eller annan personal, identifiera förbättringsområden, utföra en förbättring och sedan utvärdera förbättringen. Utarbetande av diabetesteam och samverkan med annan personal var också områden som diabetessjuksköterskan arbetade med i syfte att förbättra samarbetet kring patienterna.

Många förbättringsarbeten handlade om att få en fungerande, säker och effektiv struktur och organisation kring arbetet med patienter med diabetes. Att organisationsrelaterade förbättringsarbeten är ett område som personal inom vården ofta har idéer om beskrivs även av Andersson (2013). I denna studie angavs förbättringsidéerna som administrativa processer inom och mellan enheter, patientflöden och samarbete som vanligt förekommande idéer. Den tar även upp att idéer om förbättringsarbeten som handlar om kvalitetsuppföljning och implementering av vårdprogram och riktlinjer var vanliga. Däremot visade studien att idéer om förbättringar inom området patientutbildning kring egenvård var sällan förekommande. Diabetessjuksköterskorna i denna studie beskrev i motsats till Anderssons (2013) resultat att det var vanligt med förbättringsarbete kring patientutbildning. Det gällde då utarbetande av informationsmaterial och införande av grupputbildning för patienter med diabetes typ 2.

Enligt Batalden & Davidoff (2007) innebär förbättringsarbete det arbete som vårdpersonal kontinuerligt bedriver för att nå bättre hälsa, bättre vård och bättre lärande och utveckling. De förbättringsarbeten som diabetessjuksköterskorna beskrev i föreliggande studie, syftade till att kunna erbjuda bättre hälsa,

bättre vård och bättre lärande och utveckling. Ingen av diabetessjuksköterskorna i studien nämnde något om hur förbättringsarbetet utfördes. De angav inte om de använde någon modell som exempelvis PDSA-hjulet under sitt förbättringsarbete. Detta var heller inget som efterfrågades i enkäten. I resultatet av studien angav diabetessjuksköterskorna att det mestadels var de själva som initierade och drev förbättringsarbetet, ibland i samarbete med läkare eller ledningen.

### Främjande faktorer

Diabetessjuksköterskorna angav att det var viktigt att ledningen för vårdcentralen stödjer, uppmuntrar och visar intresse för förbättringsarbete. Att det finns en tillåtande miljö och att ledningen efterfrågar resultat var också främjande faktorer. Att ledningen är viktig vad gäller att stimulera, uppmärksamma och möjliggöra förbättringsarbete visar även Andersson (2013). En framgångsfaktor inom diabetesvården är att vårdenhetens resultat gällande kvalitetsindikatorer kontinuerligt tas upp på agendan. Det är viktigt att ledaren för vårdenheten för en dialog kring vårdenhetens resultat, diskussion kring förbättringsområden och återkoppling av resultat (Husdal et al. 2019). Engagerade och intresserade läkare liksom ett fungerande team och samarbete kring patienter med diabetes typ 2 var också främjande faktorer. Det gällde också miljön i personalgruppen där samarbetsvilja, en positiv anda kring förbättringsarbeten och en öppenhet för förändringar var gynnsamma faktorer. Detta resultat överensstämmer med Flynn & Hartfield (2016) som menar att en positiv inställning till förbättringsarbe-

ten på vårdenheten generellt och att det finns bra relationer mellan olika personalkategorier är viktigt i arbetet med förbättringar.

Vad gäller praktiska förutsättningar för att kunna bedriva förbättringsarbete angavs tiden som en viktig aspekt. Många ansåg att det behövdes tid för att kunna arbeta med förbättringar. Diabetessjuksköterskorna angav även att fortlöpande utbildning och fortbildning liksom att det finns tillräckligt med personal på vårdcentralen var viktiga faktorer som främjar förbättringsarbetet. Även Svensk sjuksköterskeförening (2014) menar att det är upp till ledningen på aktuell vårdcentral att se till att det finns förutsättningar för att bedriva förbättringsarbete. Personalen behöver ha tid, tillräcklig kunskap och stöd för att kunna identifiera, prioritera, analysera och vidta relevanta åtgärder av ett förbättringsområde

### Hindrande faktorer

Att inte ha tid att utföra förbättringsarbete beskrev som ett vanligt förekommande hinder för att kunna bedriva förbättringsarbete. Samtidigt framkom ingen skillnad i arbetsbelastningen mellan de diabetessjuksköterskor som hade utfört förbättringsarbete mot de som inte hade utfört förbättringsarbete. Enkätsvaren visade att en del diabetessjuksköterskor hade utfört förbättringsarbete trots hög arbetsbelastning samt att diabetessjuksköterskor som hade betydligt mer tid till förfogande inte hade utfört förbättringsarbete. Kan det vara så att de diabetessjuksköterskor som har hög arbetsbelastning ser förbättringsarbeten som en möjlighet att kunna påverka sin arbetssituation? Arbetsbelastningen kanske blir en drivkraft till att förbättra och organisera arbetet, detta för att underlätta det dagliga arbetet och för att kunna ge den bästa omvårdnaden till patienten.

Av de deltagarna som inte hade haft möjlighet att utföra något förbättringsarbete värderades tid som den viktigaste faktorn för att kunna utföra förbättringsarbete. Det resultatet är osäkert eftersom det var få som svarade på frågan och dessutom så missade flera av deltagarna att rangordna alla faktorema.

Förbättringsarbete för kvalitetsutveckling är en av kärnkompetenserna för

specialistsjuksköterskan (Hommel et al., 2017). Det anges även i kompetensbeskrivningen för diabetessjuksköterskor att förbättringsarbete bör genomsyra omvårdnadsarbetet (Svensk sjuksköterskeförening, 2013). I en studie av Boström, Isaksson, Lundman, Sjölander & Hömsten (2012) undersöktes diabetessjuksköterskans egen beskrivning av sin yrkesroll. Diabetessjuksköterskan såg sin yrkesroll som att vara experten på diabetesområdet, att vara fostrare till patienterna, att vara ledare, att vara utföraren samt en strävan efter att vara en förebild. Inget tema framkom som gällde förbättringsarbete. Är det så att diabetessjuksköterskor inte ser förbättringsarbete som en del av sitt dagliga arbete? Batalden & Davidoff (2007) skriver att kontinuerligt förbättringsarbete är en del av arbetet i att vara professionell, inte en extra arbetsuppgift.

I studien av Boström et al. (2012) framkom även att diabetessjuksköterskorna kände att de hade för lite tid att utveckla sina kunskaper och färdigheter. De beskrev också att de tog ansvar för att koordinera diabetesvården mellan kollegorna, läkarna och patienten. Det fanns ett intresse från diabetessjuksköterskan att utveckla olika samarbeten med annan personal kring patienten med diabetes. Detta framkom även i denna studie. Diabetessjuksköterskor arbetade för att utveckla samarbeten med andra vårdgivare för att förbättra omvårdnaden kring patienterna.

I analysen av resultatet gjordes en enkel beräkning och jämförelse av antal högskolepoäng mellan de diabetessjuksköterskor som hade bedrivit förbättringsarbete med de diabetessjuksköterskor som inte bedrivit förbättringsarbete. Resultatet visade att de som hade bedrivit förbättringsarbete hade något fler högskolepoäng än de som inte bedrivit förbättringsarbete. Tidigare forskning av Orton et al. (2012) visar att högre akademisk utbildning är betydelsefull för att kunna utveckla, leda och delta i utvecklingsprojekt. Få av de som hade bedrivit förbättringsarbete tog upp förbättringskunskap som en viktig faktor. Däremot så angav de som inte hade haft möjlighet att bedriva förbättringsarbete att kunskap om förbättringsarbete var en viktig faktor. Enligt Batalden & Davidoff (2007) är det viktigt att ha både professionell kunskap om ämnesområdet och kun-

skap om förbättringsarbete för att kunna bedriva arbete med förbättringar. Om inte diabetessjuksköterskan ser förbättringsarbete som en del av sitt arbete så efterfrågas inte heller förbättringskunskap. Den nya utbildningen till specialist-sjuksköterska inom diabetesvård, 60 hp, startade på Högskolan Väst höstterminen 2016 i samverkan med Göteborgs universitet och Högskolan i Skövde. I programmet ingår en kurs som handlar om att leda och utveckla omvårdnad som bland annat innefattar förbättringskunskap (Fredriksson-Larsson, personlig kommunikation, 24 april, 2020). Kunskapen om förbättringsarbete kommer förhoppningsvis att öka när allt fler genomgått utbildningar som denna.

Förbättringsarbete inom diabetesvården är viktigt ur ett samhällsperspektiv. Genom att förbättra vården för patienter med diabetes typ 2 minskar riskerna för komplikationer och livskvaliteten ökar, vilket leder till minskade kostnader för samhället (Socialstyrelsen, 2018). Vårdens uppgift är att utföra bästa möjliga vård så kostnadseffektivt som möjligt. Det är även viktigt ur ett jämlikhetsperspektiv att bedriva förbättringsarbeten (Svensk sjuksköterskeförening, 2013). Oavsett var man bor i riket ska man få samma goda vård. När vården använder sig av nationella register för att jämföra vårdenhetens egna resultat med rikets resultat kan vårdenheter identifiera kvalitetsbrister som behöver förbättras och därmed ökar möjligheten till mer jämlik vård över riket (Sveriges kommuner och regioner, 2020). Genom att bedriva förbättringsarbeten som strävar mot personcentrerad vård, vilket många i studien beskrev, anser författarna att möjligheterna för mer jämlik vård ökar. På samma sätt kan förbättringsarbeten som syftar till att organisera arbetet kring patienterna såsom väntelistor, kallelser och andra rutiner, öka möjligheterna för att alla patienter ska få en jämlik vård av hög kvalitet.

En fundering som väcktes under studiens gång var om möjligheten att bedriva förbättringsarbete till stor del beror på den egna personliga drivkraften och motivationen, vilket några av de svarande angivit. Förutom att förbättringsarbete kan ge bättre hälsa och vård för patienten, så kan det även ge en bättre arbetssituation för diabetessjuksköterskan. Det kan i sin tur vara en motivator



som kan leda till ett kontinuerligt förbättringsarbete som är hållbart över tid. Möjligheterna till att kunna bedriva förbättringsarbete ökar om ledningen för vårdenheten uppmuntrar, stödjer och visar intresse för arbete med förbättringar. Att det dessutom behövs tillräckliga resurser och tid visade både tidigare forskning och den här studien.

### Metoddiskussion

Studien genomfördes som en enkätbaserad kvantitativ tvärsnittsstudie. Eftersom studien syftade till att bearbeta en större mängd data för att beskriva ett fenomen så ansågs kvantitativ metod som lämplig att använda. Kvantitativa metoder används när en större mängd data ska beräknas (Polit & Beck, 2017). Eftersom studien syftade till att beskriva diabetessjuksköterskornas förbättringsarbete så var en tvärsnittundersökning den design som passade bäst. En tvärsnittsstudie har som syfte att beskriva, förklara och mäta en företeelse. Nackdelen med tvärsnittsstudier är att evidensnivån är låg (Polit & Beck, 2017), vilket betyder att man inte kan dra några säkra slutsatser av resultatet.

Datainsamlingen genomfördes med hjälp av enkäter. Fördelen med enkätbaserade studier är att de är ekonomiska och enkäter är lätta att distribuera. Fler fördelar är att de är helt anonyma och att forskaren inte kan påverka den som svarar (Polit & Beck, 2017). Innan enkäten skickades ut testades den i liten skala som en pilotenkät till ett fåtal diabetessjuksköterskor. Därefter justerades frågorna något. Syftet med pilotenkäten var att öka reliabiliteten (Polit & Beck, 2017). Genom att använda internposten var det lätt och billigt att distribuera enkäten. Nackdelen var att breven tog lång tid innan de kom fram. Att skicka fysiska brev istället för mail kan vara bättre ur svarsynpunkt eftersom mail lättare kan ignoreras (Trost & Hultåker, 2016). Dessutom var det svårt att hitta mailadresser till alla vårdcentralers chefer men det var lätt att hitta vanliga adresser. Genom att de som skulle svara kunde göra det antingen via pappersenkät eller via webbenkät så ökade möjligheterna att få in svar. Efter två veckor skickade vi påminnelse vilket gav fler svar.

Studiens urval vände sig till diabetessjuksköterskor på samtliga vårdcentraler i Västra Götalandsregionen för att få en så täckande bild över diabetessjuksköter-

skomas förbättringsarbete som möjligt. Bekvämlighetsurval ansågs vara den bästa metoden för studien. Fördelen med bekvämlighetsurval är att det är enkelt, snabbt och billigt. Nackdelen med bekvämlighetsurval kan vara att deltagarna inte alltid är representativa för hela populationen (Polit & Beck, 2017).

Svarsfrekvensen var låg 40,9 %, vilket innebär att slutsatser av studiens kvantitativa resultat bör tolkas med försiktighet. Svaren från de som svarat på pilotenkäten skilde sig inte så mycket från resterande svar och inkluderades därför. En styrka med studien var att trots den låga svarsfrekvensen stämde resultatet som framkom väl överens med tidigare forskning. Trost & Hultåker (2016) skriver att en svarsfrekvens på mellan 50–75 % är vanligt och vad man får räkna med. En tänkbar orsak till att svarsfrekvensen var låg kan vara att en del vårdenhetschefer inte gav brevet med enkäten till diabetessjuksköterskorna. En annan tänkbar orsak kan vara att diabetessjuksköterskorna inte prioriterade att svara på enkäten av olika anledningar. Med hänsyn till god forskningssed (Vetenskapsrådet, 2002) skickades enkäterna inte direkt till diabetessjuksköterskorna utan via vårdenhetscheferna. Frågan är om svarsfrekvensen blivit högre om vi hade skickat direkt till diabetessjuksköterskorna. Det visade sig att internposten var långsam och att ungefär tio enkäter som deltagare besvarat inte kom fram i tid och därmed blev ett bortfall. En längre svarstid hade gett ett mindre bortfall i studien. När svarsfrekvensen är låg så ökar behovet av att göra en bortfallsanalys för att försöka ta reda på om de som inte svarade på enkäten skulle ha påverkat så att resultatet skulle blivit något annat (Barmark & Djurfeldt, 2015). En möjlighet fanns att de som svarade på enkäten var diabetessjuksköterskor som i allmänhet var mer positiva till att arbeta med förbättringar och hade bedrivit förbättringsarbeten oftare än de som valde att inte svara.

Reliabilitet innebär om resultaten är tillförlitliga eller om slumpfel har påverkat resultatet. Vad gäller metodens reliabilitet så har den inte testats i den här studien. Genom att göra en ny mätning på samma urvalsgrupp så skulle reliabiliteten kunnat testas. Om resultatet i den andra testningen skulle vara liknande den i första testningen så skulle reliabiliteten varit hög (Polit & Beck, 2017). Reliabili-

teten påverkas av hur exempelvis frågor i en enkät är ställda. Om frågorna är otydligt formulerade eller svåra att besvara så kan det ge ökad risk för slumpsvår som påverkar tillförlitligheten. Om man inte använder en redan testad enkät så kan man genomföra en testning av frågorna via en pilotenkät. I en pilotenkät testas enkäten i en mindre skala, vilket kan öka reliabiliteten. Pilotenkäten bör testas på personer som tillhör den tänkta studiegruppen (Barmark & Djurfeldt, 2015). En mindre pilotenkät av enkäten utfördes som höjde reliabiliteten något. Pilotenkäten gjordes genom att låta diabetessjuksköterskor testa frågorna och uttala sig om dess tydlighet och hur lång tid det tog att svara på frågorna. Enkäten tog ca 15 minuter att svara på och enligt Barmark & Djurfeldt (2015) är det viktigt att enkäten inte är för lång och att frågorna är nödvändiga för studiens syfte. När slutresultatet av studien analyserades så visade de sig att två av frågorna var otydligt skrivna och några hade missuppfattat dessa frågor. På frågan om vad diabetessjuksköterskorna som inte hade haft tillfälle att bedriva förbättringsarbete skulle behöva så blev det ett internt bortfall eftersom inte alla rangordnade samtliga alternativ. Detta framkom inte i pilotenkäten och det gjorde att studiens validitet sänktes. Validitet menas om studien mäter det som var avsett att mätas, det vill säga om studiens resultat är giltigt. Systematiska fel i studiens design eller metod kan ge dålig giltighet, validitet (Polit & Beck, 2017).

Eftersom studien hade en relativt låg reliabilitet och validitet så är det svårt att generalisera resultatet. Dessutom var studiens enkät utformad för att beskriva diabetessjuksköterskors arbete med förbättringar. Därmed är det svårt att generalisera resultatet på andra grupper av vårdpersonal. Eventuellt skulle man kunna generalisera resultatet på andra specialistsjuksköterskor med egna mottagningar. Generaliserbarhet menas om resultatet för studien är giltigt för en bredare grupp än studiegruppen. För att ett resultat ska kunna generaliseras så måste studien ha en hög validitet och reliabilitet (Polit & Beck, 2017).

Eftersom studien var en kvantitativ studie med bara fåtal öppna kvalitativa frågor så fanns inte möjlighet att göra en djupare kvalitativ analys. Det som utfördes var i huvudsak sortering av kvalitativ text och inte tolkning. I kvalitativ forsk-

ning används begrepp som giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet för att värdera trovärdighet. Giltighet är den aspekt som vill bekräfta huruvida insamlade data och analysprocess stämmer med studiens syfte. Forskningens giltighet omfattar även hur väl de teman och kategorier som bildas i analysen täcker in innehållet i en text (Polit & Beck, 2017). I studien uppnås giltighet genom att insamlad data och analysprocess stämmer väl med studiens syfte. Frågornas svar är trovärdiga då de representerar deltagarnas egna ord. Med tillförlitlighet menas hur väl forskaren följer forskningsprocessen och hur forskaren påverkar resultatet (Graneheim & Lundman, 2004).

### **Forskningsetiska ställningstaganden**

Enligt Sandman & Kjellström (2018) är det god forskningssed att ledningen tillfrågas om en studie ska utföras på en arbetsplats. Av den anledningen vände vi oss till verksamhetscheferna på berörda vårdcentraler med information om studien. Samtliga deltagare informerades via informationsbrevet att deltagandet var frivilligt och konfidentiellt. De fick förhandsinformation via informationsbrevet och avgjorde då om de ville delta. Separat informerat samtycke behövde inte inhämtas till denna form av studie då det individuella samtycket ansågs ha lämnats vid retur av ifylld enkät (Vetenskapsrådet, 2002). Kontaktuppgifter till studiens författare samt till handledaren fanns tillgängligt i informationsbrevet. Enligt Helsingforsdeklarationens etiska principer för medicinsk forskning ska försiktighetsåtgärder vidtas för att skydda personuppgifter och deltagarnas sekretess (The World Medical Association, 2013). De enkäter som besvarades av webbenkätprogrammet fick en särskild deltagaridentitet. Denna identitet säkerställde anonymitet då den inte kunde kopplas till deltagaren. De enkäter som besvarades i pappersform avidentifierades i samband med att uppgifterna manuellt matades in i den gemensamma excel-filen samt då svaren på de öppna frågorna förts över som noteringar på postitlappar. Webbsidan som har använts för datainsamling har en integritetspolicy kring hur personuppgifter ska behandlas (Webbenkäter, 2020). Enkätsvaren på webbsidan samt enkätsvaren i pappersform kommer att raderas när studien är slutförd. Svaren på enkä-

ten redovisades på gruppnivå, vilket gjorde att inga enskilda personer kunde identifieras.

### **Slutsats**

Diabetessjuksköterskorna är redo och beredda på att arbeta med förbättringar. De tycker att förbättringsarbete är viktigt och har ofta idéer om vad som kan förbättras. Diabetessjuksköterskan behöver ges förutsättningar för att bedriva förbättringsarbete. Stöd från ledningen, ett fungerande samarbete med övrig personal och tid för reflektion kring förbättringsområden kan det leda till ökad kvalitet inom diabetesvården och bättre omvårdnad till patienterna med diabetes. Förbättringsarbeten ökar möjligheten till att göra omvårdnaden säkrare och mer effektiv.

### **Förslag till klinisk tillämpning**

Resultatet av studien skulle kunna användas för att visa på vilka förutsättningar som arbetsgivarna bör beakta för att kunna ge möjlighet för diabetessjuksköterskan att kunna bidra till att utveckla och förbättra omvårdnaden av patienter med diabetes typ 2. Dessutom borde förbättringsarbeten som utförts fångas upp inom vården på ett systematiskt och lättåtkomligt sätt så att framgångsrika förbättringsarbeten sprids och kan användas av andra inom professionen.

### **Förslag till fortsatt kunskapsutveckling**

Studien som utfördes kan ses som en förstudie till andra intressanta frågeställningar. Nyfikenhet väcktes för att studera diabetessjuksköterskornas förbättringsarbete vidare. Det skulle vara intressant att göra en liknande studie i ett större perspektiv, med ett större antal deltagare för att få in säkrare data. Om man dessutom kunde utföra en kvalitativ studie med intervjuer så skulle diabetessjuksköterskornas upplevelse av förbättringsarbete kunna studeras. Nyfikenhet väcktes också angående hur diabetessjuksköterskorna använder Nationella diabetesregistret eller andra kvalitetsregister för att utveckla vården. Vi saknar också kunskap om hur diabetessjuksköterskan gör när hen arbetar med förbättringar. Vilken metod används? En jämförelse mellan diabetessjuksköterskor som arbetar inom primärvården och de som

arbetar på medicinkliniker skulle också vara intressant. Är förutsättningarna för att bedriva förbättringsarbeten olika i de två grupperna?

*För referenser kontakta författarna.*

*Cacilia Holm & Anette Jonasson*

# Podden som ger tips och stöd om livet med diabetes

Allvarliga samtal om skuld, skam och rädslor blandas med fnissigt prat om mat och peppande motionstips – i Typ2podden finns plats för såväl känslosamma personliga berättelser som humor och expertråd. Ja, allt som rör livet med diabetes.

Som yrkesverksam gick Per Michelson flitigt en promenad varje dag på lunchen men när han slutade jobba kom han ur de där motionsrutinerna. Det stillasittande pensionärlivet påverkar hans diabetes. Hans läkare har till och med sagt att det kan bli aktuellt att behöva behandla med insulinsprutor om han inte kommer igång och rör på sig mer. Per Michelson berättar öppenlyst om sin situation hos studio Beppo på Södermalm i Stockholm där Typ2podden spelas in. Janeth Leksell, som är den återkommande experten i podden, lyssnar in och ger råd.

– Alla vet att det är bra med fysisk aktivitet, och extra viktigt när man har typ 2-diabetes. Ändå kan det vara oerhört svårt att se till att det blir av. Det är lätt att hitta hindren, välja det bekväma. Att bestämma i förväg när man ska röra på sig och skapa rutiner kan underlätta, säger Janeth Leksell.

Janeth Leksell är docent vid Uppsala universitet. Hon ger medicinska råd och peppande stöd till de inbjudna gästerna som delar med sig av sina upplevelser av att leva med diabetes. Journalisten Anna-Karin Andersson leder samtalen i podden och ställer frågor.

Idag har nästan 500 000 svenskar diabetes varav de allra flesta har det som brukar kallas typ 2-diabetes. Typ2podden finns till för just dem. För även om många kan leva gott och må bra med

diabetes så innebär diagnosen en ökad risk för farliga följsjukdomar och kan föra med sig mörka tankar, nedsatt sexuell förmåga och förhållningsregler kring livsstilen. Det kan vara skönt att höra att man inte är ensam i sin situation och få svar på funderingar som man kanske inte själv tänkt på att bolla med sin vårdkontakt. I ett avsnitt berättar Bengt att han inte kan i få stånd och har tappat känslan som en följd av att han har typ 2-diabetes. Typ2poddens expert ger råd om erektionsproblem och diskuterar även hur kvinnor med diabetes kan bli hjälpta med sina besvär med torrhet i slidan och minskad lust.

Det är läkemedelsföretaget Boehringer Ingelheim som står bakom satsningen. Diabetes är ett av de terapiområden som företaget har mycket kunskap om och forskar kring. Med Typ2podden vill företaget bidra till att vara behjälpliga med att ge stöd till de som lever med den vanliga folksjukdomen.

Björn Nilsson, 72 år, är en av Typ2poddens lyssnare. Han har själv diabetes och känner igen sig i Per Michelsons bekymmer med träningen och hot om sprutor och kan ta till sig av Janeth Leksells råd.

– Det är en professionell produktion och det känns verkligen som att jag kan lita på det som sägs. Och så är det smidigt att kunna lyssna när man vill. Några avsnitt har jag lyssnat på flera gånger, säger Björn Nilsson.



Janeth Leksell och Anna-Karin Andersson

Det är respons som gör Janeth Leksell glad. Ett viktigt skäl till att hon tackade ja till att medverka i Typ2podden är just att kunna nå ut till människorna som lever med diabetes.

– Det finns många vetenskapliga studier om diabetes och medicinska riktlinjer för hur sjukdomen bör behandlas. Men den informationen måste nå ut till dem det berör. Att prata om allvarliga ämnen på ett lättamt sätt som i Typ2podden är utmärkt för att förmedla kunskap utan att komma med pekpinna, säger Janeth Leksell.

utöver att föra fram sådant som kan vara värdefullt att känna till om sin sjukdom vill Janeth Leksell gärna ge lyssnarna pondus, få dem att stå på sig och vill motivera dem till att våga ställa krav på vården. För det är tyvärr långt ifrån alla som får tillräckligt med stöd genom sin diabetesmottagning eller vårdcentral.

– För mig personligen är Typ2-podden också något som förenar nytta med nöje. Det är väldigt roligt att få kliva in i radiostudion tillsammans med poddledaren Anna-Karin Andersson. Vi trivs ihop och pratar lika engagerat när micken inte är påslagen, säger Janeth Leksell.

Du hittar podden här.

<https://www.typ2podden.se/>



# Upptäck nervskador i tid!

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

Läs mer på [www.vibrosense.com](http://www.vibrosense.com)



## SAVE THE DATE 1-3 december Diabetesforum

SFSD kommer snart att utlysa stipendium. Håll utkik på SFSDs hemsida.

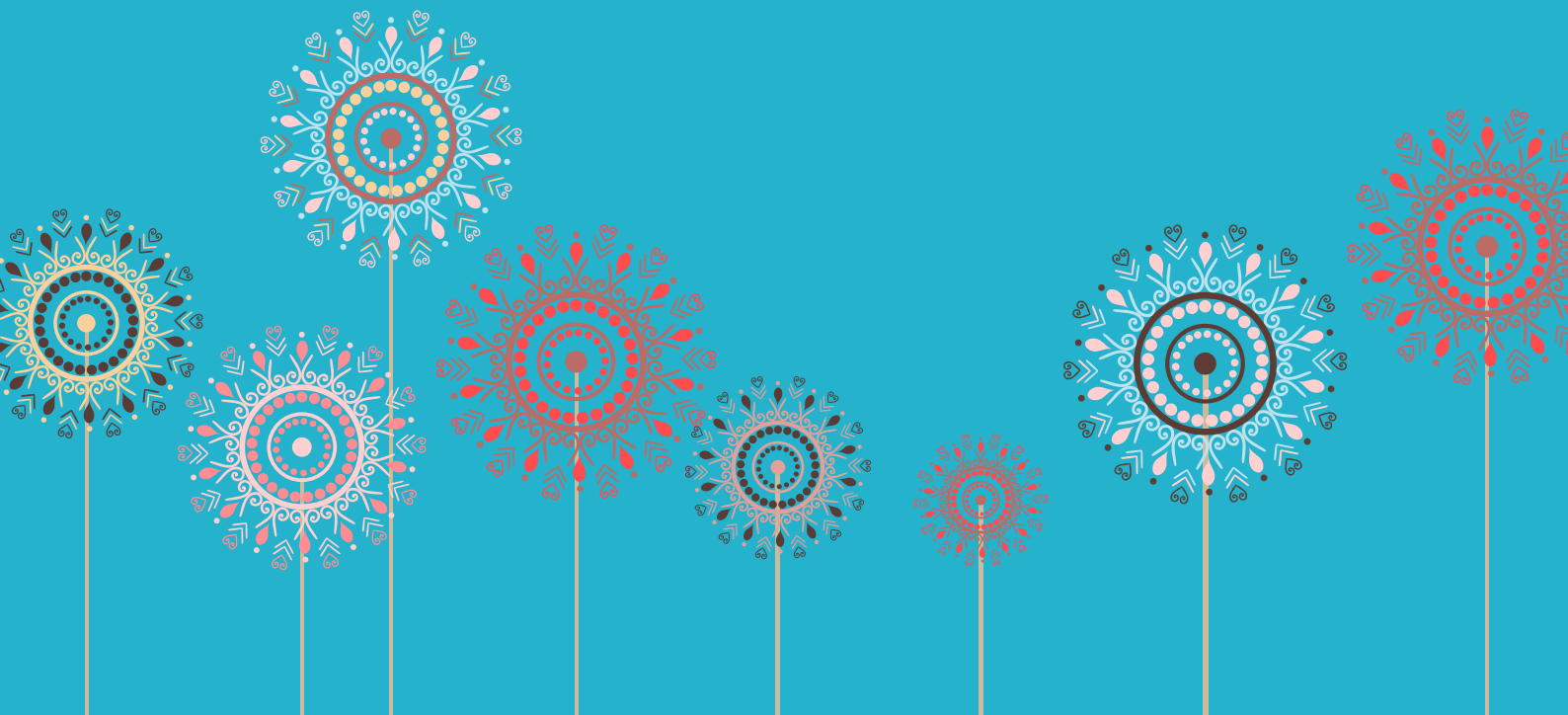
Glöm inte att också ansöka om årets diabetessjuksköterska.

Det görs många fina arbeten runt om i landet och här finns en möjlighet att lyfta dem så fler kan dela och kopiera era framgångar.

Minst en som har deltagit i arbetet måste vara medlem i SFSD.

Hur ni ansöker hittar ni på vår hemsida [www.sfsd.se](http://www.sfsd.se)

Där finner ni även mallar att använda.





FINNS ATT LADDA NER PÅ HEMSIDAN

# Riktlinje för dosjustering av läkemedel inom diabetesvården

Riktlinje för dosjustering av läkemedel inom diabetesvården för diabetessjuksköterskor  
Författningen HSLF-FS 2017: 37.



## Syfte

Att tydliggöra diabetessjuksköterskans befogenhet samt bidra till att rutiner finns som följer Socialstyrelsens författning HSLF-FS 2017: 37.

## Bakgrund

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd för läkemedelshantering inom regionernas hälso- och sjukvård. Där det övergripande ansvaret för läkemedelshanteringen ligger hos verksamhetschef.

Diabetessjuksköterskor har i över 30 år justerat och dokumenterat läkemedelsbehandling vid diabetes. Enligt författningen HSLF-FS 2017: 37, 8 § och 18 § kan läkemedel dosjusteras av sköterska.

En sjuksköterska har dock inte behörighet att ordinera ett visst läkemedel, men kan justera doseringen i en läkemedelsordination i de situationer där doseringen är beroende av en patients individuella mål- eller mätvärden. Detta har tidigare skett via generella direktiv.

Sedan 2017 finns nu i Socialstyrelsens författning HSLF-FS 2017:37 en tydligare struktur för hur dessa dosjusteringar ska göras och dokumenteras. Av vårdgivarens rutiner för ordination och hantering av läkemedel ska det framgå vilken kompetens som en sjuksköterska ska ha för att få justera doseringen i en läkemedelsordination. Doseringen får justeras en-

dast om det är förenligt med en god och säker vård av patienten och den ska göras med utgångspunkt i patientens behov. När en dosering har justerats ska det dokumenteras i patientens journal. Även de läkemedel som doseringen får justeras för ska framgå av hälso- och sjukvårdsverksamhetens rutinerna.

## Vårdnivå

Diabetesvård är i stor utsträckning egenvård och vårdtagaren gör ständigt egna dosjusteringar främst vad gäller insulin. Rekommendationer för fördelningen av ansvaret ligger förutom på egenvården både inom primärvård och sjukhusvård, med fördelningen av typ 2 diagnos inom primärvård och typ 1 diagnos inom sjukhusvård. Kompetens: Legitimerad sjuksköterska med minst 15 hp i diabetesvård.

De läkemedelsgrupper som hänvisas till är följande.

### Sjuksköterska får justera doser i samråd med läkare gällande:

- A10BH DPP4-hämmare
- A10BJ GLPI-analog (gäller dosupptitrering utöver ordination)
- A10AE 54/56 Insulin/GLP-I analog (kombinationspreparat)
- A10BG Glitazon
- A10BK SGLT2-hämmare

### Sjuksköterska får justera doser under eget ansvar gällande

- A10AA Insulin och aAnaloger
- A10BA Biguanidderivat (metformin)
- A10BB Sulfonylureaföreningar
- A10BX02 Övriga glukossänkande medel Repaglinid

### Följa upp

När en dosering har justerats ska det dokumenteras i patientjournalen. Dosjusteringar följs upp löpande i ordinarie vård och patientansvarig läkare skall underrättas om ändringar är av betydelse för vården av patienten.

### Innehållsansvarig

Victoria Hermansson Carter, Diabetes-sjuksköterska, ledamot Nationell arbetsgrupp (NAG) Diabetes, samt styrelseledamot Svensk förening för sjuksköterskor inom diabetesvård (SFSD)

## Dosjusteringar enligt Författningen HSLF-FS 2017: 37

Verksamhetsområde: Medicin/primärvård  
Verksamhetschef:  
Diabetessjuksköterska:  
Avser: Dosjustering av läkemedel enligt Författningen HSLF-FS 2017: 37  
Tidsperiod:

### Dosjusteringar

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter och allmänna råd för läkemedelshantering inom landstingens hälso- och sjukvård. Det övergripande ansvaret för läkemedelshantering har verksamhetschefen. Enligt Författningen HSLF-FS 2017: 37 §8 och §18 kan läkemedel dosjusteras av sjuksköterska, Kompetens: Legitimerad sjuksköterska med minst 15 hp i diabetesvård.

Att dosjustera av läkare insatt insulinbehandling och/eller annan blodsockersänkande medicin.

Ovanstående insulin- och medicinjusteringar görs enligt aktuellt vårdprogram för diabetes alternativt enligt rekommendationer i FASS. Justeringar skall dokumenteras i patientjournalen och patientansvarig läkare skall underrättas om ändringar av betydelse för vården av patienten.

20xx-xx-xx

20xx-xx-xx

---

Verksamhetschef  
Medicinkliniken/primärvård

---

Diabetessjuksköterska  
Medicinkliniken/primärvård

# Digitalt nationellt diabetes-samordnarmöte 28/1 2021

Sveriges diabetessamordnare träffas en gång om året för att ta del av vad som görs i de olika regionerna inom diabetesvården och för att nätverka, inspireras och lära av varandra. I år blev det ingen fysisk träff utan mötet blev digitalt. Här kommer några "årsberättelser", vad som har hänt i diabetesvården i några regioner under året. Läs övriga på [www.diabetesnurse.se](http://www.diabetesnurse.se)



## **Marie Lövnord, Region Västernorrland:**

Sedan uppdraget påbörjades med 40 % tjänstgöring från 1/1 - 2020 har många välkommande hälsningar framförts dels ifrån diabetessköterskekollegor inom primärvården och även ifrån slutenvården. Andra samarbetspartner som meddelat att de saknat en diabetessamordnare i regionen är medarbetare i terapigruppen för diabetes, hjälpmedelsupp-handlingsgruppen och hjälpmedelscentralen. I uppdraget ingår att samla länets diabetessjuksköterskor för information, dialog och erfarenhetsutbyte. Har haft fysiska och digitala möten med diabetessjuksköterskorna vid tre tillfällen. De har visat sig att de flesta har även andra arbetsuppgifter på HC/VC som många gånger prioriteras före diabetesvården. Ytterst få om ens någon enhet, når upp till ledtalen 400 patienter med typ 2 per heltidstjänst per diabetessjuksköterska inom primärvården. Informerat om uppdrag för ssk för att dosjustera läkemedel enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd HSLF -FS 2017:37 som många kollegor inte kände till och att det finns ett styrdokument om detta. Har försökt att vara behjälplig med NDR data till enheterna. I regionen sker registreringen fortfarande helt och hållet manuellt, en syssla som är tidsödande och som inte kan prioriteras överallt vilket medför att rapporteringsgraden varierar. En förhoppning är att det nationella

systemet Primärvårdskvalitet skulle kunna underlätta med en automatisk överföring av NDR data men detta har fortfarande inte kunnat införas. Försökt att öka fotvårds resurserna i länet som inte är jämlik och att inte alla patienter som har rätt till fotsjukvård inte kan erbjudas detta i vissa delar av länet. Ett beslut togs i februari 2020 om att inrätta ett Diabetesråd och har varit ordförande och sammankallande till rådet, som haft två möten. Diabetesrådet kan ha en viktig roll för utvecklingen för en god och likvärdig personcentrerad diabetesvård utifrån nationella riktlinjer till regionens alla personer med diabetes. Rådet ska utvärderas om ett år. Att med en diabetessamordnare kunna fortsätta att förbättra och arbeta strukturerat med tydliga mål och strategier. Har därför önskemål om att ta del av andras förbättringsarbeten för att kunna arbeta vassare för mot beslutsfattare, chefer men även att förmedla vidare till mina kollegor.

## **Katarina Klang Larsson, Kristina Eklöf Olsson, Marianne Lundberg, Region Skåne:**

År 2020 var ju ett speciellt år pga. Coronapandemin. Vi har arbetat hemifrån största delen av året. Vi har ställt in fysiska fortbildningsdagar och ersatt dem med digitala halvdags föreläsningar (samma program) via Teams. Fysiska besök och möten på vårdcentraler har ersatts med digitala. Vi har lyckats fortsätta med "Lärandeseminarier" digitalt

trots stor arbetsbelastning på enheterna. Vid dessa små nätverksträffar (4-8 deltagare) har diabetessjuksköterskorna möjlighet att utbyta erfarenheter och lära av varandra samt att gemensamt gå igenom respektive vårdcentralers kvalitetsdata utifrån NDR. Under året har ett samarbete med Malmö Stad, Hälsa-, Vård och Omsorgsförvaltningen, utvecklats som resulterade i en utbildningseftermiddag om diabetes i november för all legitimerad personal i den kommunala sjukvården. En film om Diabetes och Triage har gjorts och har publicerats på Utbildningsportalen (Region Skånes Intranät). Även en film om hur man registrerar till det Nationella Diabetesregistret har producerats med syfte att kvalitetsförbättra överföringen av data från PMO till NDR. Vi har som tidigare år varit behjälpliga med diabetessjuksköterskeutbildningarna vid Malmö Universitet och Högskolan i Kristianstad.

Vid genomgång av de certifierade enheterna visar det sig att trots pandemin så klarar de flesta av dessa fortsatt de diabetesspecifika certifieringskraven för 2021. Under 2020 har också ett samarbete med 1177 och regionens patientföreningar bedrivits så att patienterna kan få kännedom att det finns diabetescertifierade vårdcentraler och vilka krav som ställs på dessa. Planering för diabetesutbildning för verksamhetschefer och medicinska rådgivare i primärvården har påbörjats och kommer beroende på

Coronaläget att genomföras fysiskt eller digitalt under 2021. Vi startar i Malmö-Trelleborgsområdet och vi tänker oss att fortsätta i andra delar av Skåne utifrån utfallet av den första utbildningsinsatsen.

**Carina Hansson, Ulrica Hero och  
Kristers Gustafsson, Region  
Sörmland:**

Utöver olika nätverksträffar i begränsad omfattning och fortlöpande uppföljning av kvalitetsmått så som NDR data, amputationsstatistik har vi under 2020 arbetat med:

**Digital utveckling**

- Infört överföring av Primärvårdsdata till Nationella diabetesregistret via Medrave.
- Fortsatt driva projektet med Diasend i primärvården.
- Utvecklat "Digital diabetesutbildning för nydebuterad med typ 2" med hjälp av Inera via Stöd och behandling på I177.se.
- Infört arbetssättet "Digitala vårdmöten" på sjukhusens diabetesmottagningar i Regionen.
- Införskaffat Läsplattor till diabetesmottagningar för patientundervisning av Appar.

- Påbörjat utveckling av mobil applikationsapplikation "Primärvård Sörmland" där informationen och riktlinjerna från Region Sörmlands Insida -Diabetes speglas.

**Medicinska rutiner/riktlinjer**

- Uppdatering av Riktlinjer för handläggning av diabetes 2020 Region Sörmland.
- Vårdprogrammet Diabetes och graviditet - revideras och blir till medicinsk rutin.
- Dosjustering av diabetesläkemedel (SoS HSLFS 2017:37) -implementerad
- Blodsockerreglerande injektionsbehandling på vårdavdelning och mottagningar- implementerad
- Analyserat synergirapporter (Patient-säkerhetsenheten) på diabetesrelaterade avvikelser – vidtagit förbättringsarbete utifrån avvikelserna.

**Medicinteknik**

- Ny upphandling av diabetesteknik (mätare, pumpar, CGM) blev klar under hösten.
- Bytt ut blodketonmätaren till StatStrip på länets vårdcentraler och sjukhus.

- Utfasning av beställningar via hjälpmedel från Hjälpmedelscentralen. Från 1/1 2020 beställer mottagningarna pumpar/sensorsystem från leverantörer.

- Projekt med beställning via Proceedo påbörjat – två pilot mottagningar, målet är att arbetssättet det skall var införd i Region Sörmland under 2021.

- Lokal samverkansgrupp bildad (LSG-MT) för arbetet med ordnat införande av medicinteknik

**Utbildning**

- Samverkan med Mälardalens högskola ang diabetesjuksköterskeutbildningarna.

Vård av personer med diabetes 7,5 hp och Medicinsk behandling av diabetes 7,5 hp.

Klinisktjänstgöring samt Covid-19

Klinisk tjänstgöring 20% på klinik, vårdcentral och fotsårsmottagning samt att vi under året har varit utlånade för vårdarbete i varierande grad på grund av Covid-19.

För kontakt: Se under samordnare på [www.diabetesnurse.se](http://www.diabetesnurse.se)

**SVENSKA MÄSSAN**

**DIABETES-FORUM 2021**

Fysiskt möte 1-3 december  
på Svenska Mässan

**NATIONELLT  
DIABETES-  
MÖTE 2021**

Digitalt möte 15 april  
direkt från Svenska Mässan



## FÖLJANDE TEXT HANDLAR OM ETT FORSKNINGSPROJEKT, SOM SÖKER DELTAGARE TILL EN STUDIE.

### Har du diabetes typ 2 och vill delta i ett forskningsprojekt?

Diabetes typ 2 är en sjukdom som kan leda till komplikationer som t.ex. hjärt- och kärlsjukdomar, njurproblem och stroke. För att minska risken för komplikationer är det viktigt att ha en välfungerande egenvård med god kontroll över blodtryck, blodfetter och blodsockernivåer.

På U-CARE söker vi just nu deltagare till två forskningsprojekt som handlar om egenvård i samband med diabetes typ 2.

### Studie om formulär för diabetesstress och egenvård:

I den första studien utvärderas två självskattningsformulär som handlar om egenvård och upplevd stress relaterad till diabetes. Som deltagare får du fylla i formulär vid två tillfällen, med två veckors mellanrum, det tar ca 20 minuter första gången och ca 15 minuter andra gången. Du får också ett hemprovtagnings-kit skickat till dig för att ta ett blodprov (HbA1c). Du gör det på samma sätt som när du testar ditt blodsocker. Detta gör du endast en gång.

### Studie som testar en smartphone-app:

I den andra studien får deltagaren möjlighet att under två månader prova en smartphone-applikation där man kan registrera sina blodsockervärden och kommunicera dessa med en diabetesläkare. Som deltagare får du dessutom besvara en enkät via internet. Du får också ett hemprovtagnings-kit skickat till dig för att ta ett blodprov (HbA1c). Du gör det på samma sätt som när du testar ditt blodsocker. Dessa saker sker totalt vid två tillfällen. Själva enkäten tar ca 20 minuter per tillfälle att fylla i.

### Vi söker dig som:

- Har diabetes typ 2
- Är över 18 år
- Har tillgång till en smartphone
- Inte använder kontinuerlig blodsockermätning (CGM)

Vill du anmäla ditt intresse, eller veta mer om studierna, är du välkommen att kontakta vår studiepersonal på [dstudie-kbh@uu.se](mailto:dstudie-kbh@uu.se) eller ring 072-999 94 61.

Du kan även läsa mer om studierna och anmäla ditt intresse på [www.u-care.uu.se/dstudie](http://www.u-care.uu.se/dstudie)

Med vänliga hälsningar,  
Erik Olsson

Leg. psykolog, Docent, Uppsala Universitet



## Nyheter om diabetesforskning

[diabetesportalen.se](http://diabetesportalen.se) är en ny hemsida från Lunds universitets Diabetescentrum.

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

## KALENDARIET 2021

### NATIONELLT DIABETESMÖTE

15 April, Digitalt

### ATTD

2 – 5 Juni 2021, Digitalt

### FEND

Sept 2021, Stockholm

### EASD Annual Meeting

27 September – 1 oktober 2021  
Stockholm

### DIABETESFORUM

1 – 3 December 2021  
Göteborg

# Längre och jämnare effekt än insulin glargin 100 E/ml<sup>1-3</sup> – till ett lägre pris!<sup>4</sup>

- Jämn glukoskontroll över dygnet<sup>1</sup>
- Mindre injektionsvolym<sup>1</sup>
- Upp till 36 timmars duration<sup>1</sup>




**Toujeo**<sup>®</sup> (insulin glargin), 300 enheter/ml injektionsvätska, lösning är en långverkande insulinanalog. Rx, (F), A10AE04. **Indikation:** Behandling av diabetes mellitus hos vuxna, ungdomar och barn från 6 års ålder. **Dosering:** Dosregimen för Toujeo (dos och tidpunkt) ska anpassas individuellt. I kliniska studier har man efter initiering sett att för det med styrkan på 300 enheter/ml kan krävas i genomsnitt en 10–18% högre insulindos för att uppnå motsvande glukoskontroll som med 100 enheter/ml. **Varningar och försiktighet:** Toujeo ska ej användas för behandling av diabetesketoacidosis. För ytterligare information och prisuppgift, se [www.fass.se](http://www.fass.se). **Förpackningar:** Toujeo SoloStar 5x1,5 ml pennor och 10x1,5 ml pennor samt Toujeo DoubleStar: 3x3ml pennor. **Kontaktuppgifter:** Toujeo tillhandahålls av Sanofi AB, Box 30052, 104 25 Stockholm, tel: +46 8 634 50 00, [www.sanofi.se](http://www.sanofi.se). Vid frågor om våra läkemedel kontakta: [infoavd@sanofi.com](mailto:infoavd@sanofi.com). Datum för senaste översyn av produktresumén; november 2020. 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](http://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. [tlv.se](http://tlv.se) 20-01-22.

**SANOFI** 

SANOFI AB, Lindhagensgatan 120, 112 51 Stockholm.  
Tel 08-634 50 00, [sanofi.se](http://sanofi.se)

  
**Toujeo**<sup>®</sup>  
insulin glargin 300E/ml

# Studie om perspektiv på effekten av COVID-19-pandemin

En europeisk studie om diabetessjuksköterskors perspektiv på effekten av COVID-19-pandemin hos personer med diabetes samt på diabetestjänster.



Unn-Britt Johansson

Under början på februari klassades i Sverige det nya coronaviruset som en samhällsfarlig sjukdom och fick benämningen Covid-19. Risken för allmän spridning bedömdes som måttlig initialt för att sedan öka under året. Redan i januari klassade WHO utbrottet som ett internationellt hälsnödläge och därefter under mars månad som en pandemi. Detta innebar att hela världen fick ställa om och hitta nya arbetssätt.

Under maj månad, 2020 på uppdrag av Foundation of European Nurses in Diabetes, FEND så bildades ett europeiskt konsortium av diabetessjuksköterskor och forskare för att genomföra en enkätundersökning.

Syftet med undersökningen var att beskriva diabetessjuksköterskors perspektiv på effekten av COVID-19-pandemin hos personer med diabetes samt på diabetestjänster. Professor Angus Forbes och postdoktor Rita Forde vid King's College, London sammanställde gruppen och samordnade den europeiska undersökningen.

Undertecknad kontaktade Styrelsen för Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård som ställde sig positiv till att undersökningen skulle genomföras i Sverige och förmedlas till medlemmarna i föreningen.

En enkät hade utvecklats med frågor som var organiserade i fyra avsnitt, det första avsnittet belyste bakgrundsdata

såsom till exempel yrkeserfarenhet och inom vilken vårdkontext hen arbetade, de resterande frågorna handlade om diabetessjuksköterskornas perspektiv på hur COVID-19 har påverkat: personerna med diabetes; diabetestjänster och resurser för personer med diabetes; eget arbete och själv personligen.

Den engelska enkäten översattes sedan till svenska och till andra språk för utskick i 27 olika länder i Europa (Belgien, Bosnien och Hercegovina, Cypern, Danmark, Estland, Finland, Frankrike, Grekland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Malta, Nederländerna, Norge, Polen, Portugal, Rumänien, Schweiz, Spanien, Storbritannien, Sverige, Tjeckien, Turkiet, Tyskland och Ukraina).

Enkätundersökningen startade i Storbritannien under början på juni månad med sedan efterföljande deltagande länder och avslutades under juli månad. Länken till enkäten förmedlades via de nationella diabetessjuksköterskeföreningarna samt genom sociala medier. För att få så många svarande som möjligt uppmanades de svarande att sprida information om undersökningen till deras kollegor och nätverk.

För analys användes 1829 enkätsvar och av dessa kom 95 enkätsvar från Sverige. Deltagarna i undersökningen var diabetessjuksköterskor som gav samtycke till deltagande genom att besvara den digitala enkäten.

Majoriteten av diabetessjuksköterskorna (62%, n=1123) hade arbetat > 8 år inom diabetesvården och arbetet omfattade både personer med typ 1 och typ 2 diabetes (54%, n=992), typ 2 diabetes (24%, n=435), typ 1 diabetes (7%, n=135), barn och ungdomar (13%, n=230) och annat t.ex. gravida (2%, n=37).

Resultatet visade att diabetessjuksköterskorna upplevde att det fanns en ökad påverkan på både den fysiska och psykiska hälsan hos personer med diabetes. Psykologiska problem såsom ångest, diabetesbörda och depression rapporterades ha ökat.

Därtill rapporterade hälften av de svarande att de noterat en ökning i tillstånd såsom akut hyperglykemi samt diabetesrelaterade sjukhusinläggningar jämfört med tiden före pandemin.

Vidare en påverkan på förekomst av fotkomplikationer. Diabetessjuksköterskorna upplevde också stora störningar i diabetesvården gällande att erbjuda tjänster såsom diabetesutbildning, psykologiskt stöd samt egenvårdsstöd. Inte lika stor påverkan på stöd gällande teknik och läkemedel vid diabetes.

Två tredje delar av de svarande lyfte fram att de funnit det nödvändigt att prioritera vård till de som hade hög risk för komplikationer, nydebuterad diabe-

tes, höga glukosvärden, gravida samt de som hade tillbud såsom till exempel ketoacidosis och hypoglykemi.

Prioriterade grupper som angavs var också äldre, barn, personer med fotkomplikationer och de som hade tekniska problem. Resultatet visade också att omfattningen och formen för möten var i huvudsak virtuella mötesformer genom videomöten, e-mail och telefonsamtal under pandemin och att gruppmöten var inte lika vanligt.

Detta är en av de första studierna som belyser diabetessjuksköterskors perspektiv på effekten av COVID-19-pandemin för personer med diabetes- och

diabetestjänster i hela Europa.

Sammanfattningsvis studien visade att diabetessjuksköterskorna rapporterade en ökning av både fysiska och psykologiska problem hos personer med diabetes. Vidare att tjänster inom diabetesvården hade påverkats i stor omfattning. Vi behöver fortsätta att studera påverkan av COVID-19 pandemin i diabetesvården för att kunna minimera påverkan av pandemin för personer med diabetes.

Tack alla ni som deltagit i undersökningen och delat med er av era erfarenheter!

Den första delstudien är nu publicerad i Diabetic Medicine.

Forde R et al. The impact of the COVID 19 pandemic on people with diabetes and diabetes services: A pan European survey of diabetes specialist nurses undertaken by the Foundation of European Nurses in Diabetes survey consortium. Diabetic Medicine. <https://doi.org/10.1111/dme.14498>

Unn-Britt Johansson, professor Sophiahemmet Högskola och anknuten forskare, Institutionen för klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset, Karolinska Institutet.

*Unn-britt.johansson@shh.se*





**SFSD:S STYRELSE:**

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

**Ordförande:**

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

**Vice ordförande:**

Lena Insulander  
Vanadisvägen 11A  
113 46 Stockholm  
lena@sfsd.se

**Sekreterare:**

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

**Kassör/Medlemsavgifter:**

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

**Vetenskaplig sekreterare:**

Högskolan Dalarna  
791 88 Falun  
vetsekr@sfsd.se

**Medlemsärenden:**

Krister Gustafsson  
Diabetessamordnare Södermanland  
Medicinnmottagningen  
Mälarsjukhuset  
krister@sfsd.se

**Anna-Lena Brorsson**

Akademien Utbildning,  
Hälsa och Samhälle  
Högskolegatan 2  
791 88 Falun  
anna-lena@sfsd.se

**Victoria Hermansson Carter**

Diabetescentrum  
Sahlgrenska Sjukhuset  
Blå Stråket 5  
413 45 Göteborg  
victoria@sfsd.se

**Ingela Lavin**

Barn och Ungdoms kliniken  
NUS  
901 85 Umeå  
ingelalavin@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:  
victoria@sfsd.se

**Adressändring:**

Medlemmar i SFSD kontaktar medlemsansvarig:  
Krister Gustafsson

krister@sfsd.se

Övriga kontaktar redaktören, se ovan.

**Ansvarig utgivare:**

Agneta Lindberg  
ordf@sfsd.se

**Chefredaktör:**

Victoria Hermansson Carter, mail: victoria@sfsd.se

**Redaktion:**

Victoria Hermansson Carter, mail: victoria@sfsd.se

**Annonsering:**

Annonsstopp för Diabetesvård

Nr 2, 2021 är 10 maj med utgivning i juni

Nr 3-4, 2021 är 20 september för utgivning i oktober

Nr 1, 2022 är 12 januari med utgivning i februari

**Annonstrymme bokas hos**

Victoria Hermansson Carter, mail: victoria@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:**

1652-697X



Trycksak  
3041 0234



# NYHET!

## DET FÖRSTA OCH ENDA NASALA GLUKAGONET

Baqsimi®, glukagon näspulver i endosbehållare, är avsett för behandling av svår hypoglykemi och är designad för att vara enkel och självklar i en akut situation.



baqsimi®  
(glukagon) näspulver 3 mg



Referens: Baqsimi produktresumé [www.fass.se](http://www.fass.se)

### **Baqsimi (glukagon), ATC-kod: H04AA01, Pankreashormoner, glukogenolytiskt hormon näspulver i endosbehållare, 3 mg**

**Indikationer:** Baqsimi är avsett för behandling av svår hypoglykemi hos vuxna, ungdomar och barn från 4 års ålder med diabetes mellitus. **Kontraindikationer:** Feokromocytom  
**Varningar och försiktighet:** Hos personer med feokromocytom kan glukagon stimulera till frisättning av katekolaminer från tumören. Om patientens blodtryck ökar dramatiskt, kan icke-selektiv  $\alpha$ -adrenerg blockad ge en effektiv blodtryckssänkning. Hos patienter med insulinom kan administrering av glukagon initialt leda till en blodsockerhöjning. Dock kan administrering av glukagon direkt eller indirekt (genom en initial ökning av blodsockret) stimulera till ökad insulinfrisättning från ett insulinom och orsaka hypoglykemi. En patient som får symtom på hypoglykemi efter en dos glukagon ska ges glukos peroralt eller intravenöst. Allergiska reaktioner har rapporterats med injicerbart glukagon och omfattar generaliserat hudutslag, i vissa fall anafylaktisk chock med andningssvårigheter, samt hypotoni. Om patienten har svårigheter att andas, kontakta sjukvård omgående. Glukagon är endast effektivt för behandling av hypoglykemi om patienten har tillräckligt med glykogen i levern. Eftersom glukagon gör ringa eller ingen nytta vid svälttillstånd, binjuresvikt, alkoholism eller kronisk hypoglykemi, ska dessa tillstånd behandlas med glukos. **Datum för översyn av produktresumén:** 2019-12-16. **För ytterligare information och priser se** [www.fass.se](http://www.fass.se). Rx, EF

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](http://www.lilly.se)



# Bättre effekt\* -Nya högre doser

trulicity®  
dulaglutid för injektion

För vuxna med typ 2-diabetes



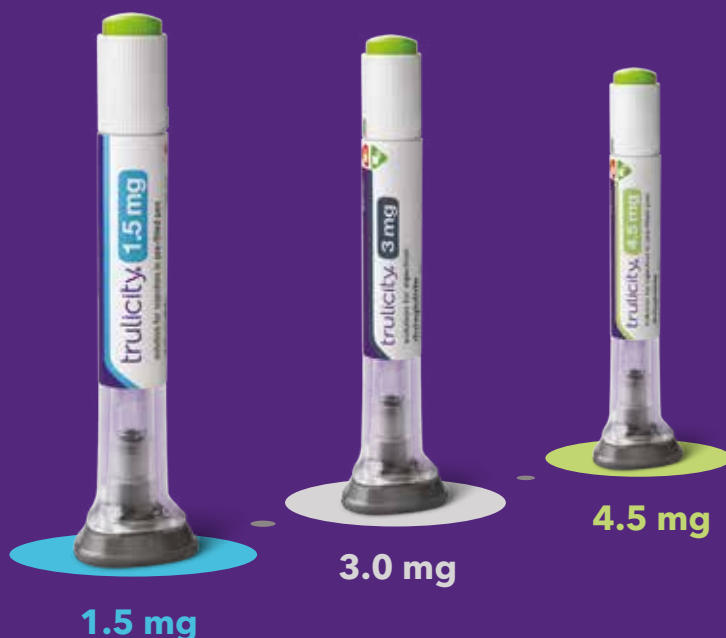
Sänker HbA<sub>1c</sub> och vikt med en dos i veckan<sup>1</sup>



Kardiovaskulär primär- och sekundärprevention\*\*<sup>1,2</sup>



Enkel, injektionsklar penna<sup>1,3</sup>



Nu lanserar vi de nya högre doserna 3 mg och 4,5 mg som ger ytterligare effekt på HbA<sub>1c</sub>\* och vikt\*\*\*, med likvärdig biverkningsprofil för samtliga doser.<sup>1</sup>

#### Trulicity 0,75 mg, 1,5 mg, 3 mg, 4,5 mg injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspena (dulaglutid).

**ATC-kod:** A10BJ05, Diabetesmedel, blodglukossänkande medel, exkl. insuliner **Indikationer:** Trulicity är avsett för behandling av vuxna med otillräckligt kontrollerad typ 2-diabetes mellitus som ett komplement till kost och motion • som monoterapi när metformin inte anses lämplig på grund av intolerans eller kontraindikationer. • som tillägg till andra läkemedel för behandling av diabetes. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. **Varning och försiktighet:** Dulaglutid ska inte användas av patienter med typ 1-diabetes mellitus eller för behandling av diabetesketoacidosis. Dulaglutid är inte en ersättning för insulin. Diabetesketoacidosis har rapporterats hos insulinberoende patienter efter snabb utsättning eller dossänkning av insulin. Dehydrering, som ibland leder till akut njursvikt eller försämrad nedsatt njurfunktion, har rapporterats hos patienter som behandlats med dulaglutid, särskilt vid behandlingsstart. Många av de rapporterade njurbiverkningarna inträffade hos patienter som upplevt illamående, kräkningar, diarré eller dehydrering. Patienter som behandlas med dulaglutid bör informeras om den potentiella risken för dehydrering, särskilt i samband med gastrointestinala biverkningar och vidta försiktighetsåtgärder för att undvika vätskeförlust. Dulaglutid har inte studerats hos patienter med allvarlig gastrointestinal sjukdom, däribland allvarlig gastropares, och rekommenderas därför inte till dessa patienter. Användning av GLP-1-receptoragonister har satts i samband med en risk att utveckla akut pankreatit. Patienterna ska informeras om de karakteristiska symtomen på akut pankreatit. Om pankreatit misstänkts ska behandlingen med dulaglutid avbrytas. Om pankreatit bekräftas ska dulaglutid inte återinsättas. Utan andra tecken och symtom på akut pankreatit är förhöjda pankreasenzymer inte prediktivt för akut pankreatit. Patienter som får dulaglutid i kombination med en sulfonureid eller insulin kan löpa ökad risk för hypoglykemi. Risken för hypoglykemi kan minskas genom att dosen av sulfonureid eller insulin sänks. **Datum för översyn av produktresumén:** 2020-11-18 **För ytterligare information och priser se [www.fass.se](http://www.fass.se)** Rx, (F) **Begränsningar av subvention:** Subventioneras för patienter som först har prövat metformin, sulfonureider eller insulin, eller när metformin eller sulfonureider inte är lämpliga. Subventioneras endast för patienter som inte behandlas i kombination med basinsulin. 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](http://www.lilly.se)

\*Effekt på HbA<sub>1c</sub> och vikt: Trulicity® 1,5 mg jämfört med 3,0 mg (p<0,05) respektive 4,5 mg (p<0,001) \*\* Trulicity® jämfört med placebo (3P-MACE), p= 0,026.

\*\*\* Trulicity® är inte indicerat för behandling av övervikt och viktneidgång var ett sekundärt effektmått i studien.

#### Referenser:

1. Trulicity (dulaglutid) produktresumé 2. Gerstein et al. Lancet 2019; 394: 121-30. 3. Matfin et al. J Diabetes Sci Technol 2015, Vol. 9(5) 1071-1079

PP-DG-SE-0260 | Januari 2021

Lilly and Trulicity® are registered trademarks of Eli Lilly and Company.  
©2021 Eli Lilly and Company. All rights reserved.

Lilly