DIABETESVÅRD

Tidning för Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård

www.diabetesnurse.se

NR 3-4 2020

SAVE THE DATE!

Diabetesforum 14-16 april 2021

Årsmöte 15 april 2021

REWIND®
Trulicity CV Outcomes Trial

trulicity®
dulaglutid för injektion

För vuxna med typ 2-diabetes:

Trulicity, enkel att använda[1]

- Sänker HbA_{1c} med en dos i veckan[2]:
  - Ingen titrering krävs[3]
  - Inbyggd dold nål[3]
  - Automatiserad injektion[3]
- Minskar risken* för hjärtkärlhändelser[2]

Trulicity 0,75 mg, 1,5 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 diabetesketoacidos. Dulaglutid är inte en ersättning för insulin. Diabetesketoacidos 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:** 2019-10-21 **För ytterligare information och priser se** 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

* Dulaglutid jämfört med placebo (3P-MACE), p= 0,026.

References:
1. Matfin et al. Journal of Diabetes Science and Technology 2015, Vol. 9(5) 1071–1079 **2.** Trulicity produktresumé **3.** Trulicity bipacksedel

PP-DG-SE-0260 April 2020
© 2020 Eli Lilly and Company. All rights reserved.
Lilly and Trulicity® are registered trademarks of Eli Lilly and Company.

Lilly

Ordföranden har ordet

Ingenting blir sig likt igen…….. skrev jag i förra numrets ordförande har ordet och det gäller fortfarande, vi ser åter en försiktig ökning av covid- 19 och i skrivande stund har t o m USA:s president insjuknat även om han vid utskrivningen från sjukhuset inte tyckte att det var någon sjukdom att bekymra sig över! Men vi kloka människor på andra sidan Atlanten fortsätter hålla avstånd, tvätta händerna och stannar hemma vid minsta symtom.

Agneta Lindberg

Jag har nyligen kommit hem från en lillsemester tillbringad på Sydkoster på en yogaretreat med fördjupning i Ashtangayoga, verkligen livgivande till kropp och själ, så nu är jag tillbaka med ro i sinnet och förhoppningsvis lite mjukare i leder och muskler.

Trots de tider vi befinner oss i så fortsätter den tekniska utvecklingen inom diabetesvården med raketfart, nu har vi ytterligare devisers i vår verktygslåda men ett stort problem för många diabetesteam runt om i landet är ju nedladdning av utrustningar. I en del stora regioner säger juristerna tvärt nej medan man i andra verkar ha fritt fram. Detta gör inte arbetet lättare för oss. Hoppas att det kan tas någon Nationell konsensus kring hur vi skall gå tillväga. Det är ju inget alternativ att använda sin egen privata laptop på arbetsplatsen för att kunna ”ladda” över patienternas utrustning.

Ett råd till alla kollegor runt om i landet i dessa tider är: logga in i ert eget NDR och kolla hur täckningsgraden ser ut, ni har fortfarande några månader på er att göra vissa justeringar om det behövs, ett litet tapp av diabetespatienter i årets statistik ser det ut att bli ändå.

SFSD kommer inte aktivt att driva något tillsammans i Nationella diabetesteamet inför världsdiabetesdagen i år, SFD kommer tillsammans med Dagens medicin att göra något webbaserat. Länsföreningen i Skåne kommer att anordna ett livesänt program med aktuella föreläsningar öppet för alla den 14/11.

Programmet för 2021 finns nu tillsammans med anmälan på www.diabetesforum2021.se då kommer vi att dela de vanliga stipendierna samt utse årets diabetessjuksköterska 2020, har ni tips på kollegor som är värda priset så skicka namn, arbetsplats samt motivering till mig på ordf@sfsd.se.

”Alla befinner sig på samma väg – en del går före – andra går efter – men ingen går under”

”Let´s be careful out there”

Vi hörs och ses

Agneta Lindberg

INNEHÅLL

NDR nyhetsbrev 4

NDR nyhetsbrev 4

Sömnproblem liten påverkan 8

Överrapportering vid förlossning 10

Diabetesteknik – Vän eller fiende? 28

Hur involverar vi patienter 44

Fetma riskfaktor vid covid-19 48

NDR NATIONELLA DIABETESREGISTRET

Nyhetsbrev

Välkomna tillbaka efter en annorlunda sommar med semester på hemmaplan och social distansering. Nu märks det att diabetesmottagningarna ute i landet kommit igång igen att jobba med NDR-data. Vi ansluter nya användare varje dag och aktiviteten på vår hemsida är på normala nivåer igen. Vi ser fram emot en aktiv höst där NDR används flitigt både inom vården och forskningen och att även fler patienter hittar till vår hemsida.

Uppföljning av nya variabler

Variabeln Distansbesök (ersätter fysiskt besök) infördes i juni 2020 för att tillmötesgå önskemål från vården att kunna registrera om besöket är ett video- eller telefonbesök. Det som ska registreras är vårdkontakt som sker via telefon eller video och innehållsmässigt ersätter ett fysiskt mottagningsbesök. Relevanta åtgärdskoder är XS004 (Distanskonsultation), ZV051 (Telemedicin), UX007 (Videobesök). NDR har också öppnat upp fyra variabler om glukoskontrollen och en om kolhydraträkning, som sedan tidigare har registrerats från barn- och ungdomsdiabetesvården med hög rapporteringsgrad på ca 90%. Vuxendiabetesvården har efterfrågat dessa variabler och nu finns dom på plats sedan juni i år.

Dessa variabler kan ses som komplement till HbA1c, men det är ytterst viktigt att HbA1c även fortsättningsvis registreras i de fall som provet tas. Nu så här i början kommer NDR:s redovisning av rapporteringsgrad av de nya variablerna visa låga siffror eftersom den baseras på de senaste 12 månaderna. Men vi ser att rapporteringen redan har kommit igång. Det är glädjande och ett tecken på att det är variabler som vården anser är värda att följa. Gå in själv och titta på er rapportering i översikten eller i söklistan på NDR. Behöver du hjälp kontakta NDR-support.

Uppdatering av statistik- Covid-19 och Diabetes

Med hjälp av Socialstyrelsen har NDR samkörts med SmiNet och dödsorsaksregistret. Gå in på NDR s hemsida för att se statistik angående Covid-19 och Diabetes. Där ser ni antalen uppdelat på åldersgrupper för personer med diabetes. NDR uppdaterar informationen om Covid-19 så fort vi får tillgång till nya data från Socialstyrelsen. Se också sidan xxxx här i tidningen.

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 sjukhusmottagningar och primärvårdsenheter 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

Tack för allt viktigt arbete som läggs ner på registrering och andra insatser för NDR! Vi önskar alla en bra höst och att vi så småningom kommer tillbaka till någorlunda normala rutiner.

NDR- teamet

Ung diabetes

Diabeteshösten är här!

Hösten är här och det betyder att diabetesmånaden november är på ingång. Även om mycket är annorlunda i år, kommer vi i Ung Diabetes givetvis fortsätta uppmärksamma Diabetesmånaden och inte minst Världsdiabetesdagen den 14 november. Håll utkik på våra sociala medier för mer information om denna dag!

Var med i #diabeteskampen

Du har väl inte missat Diabetesförbundets kampanj Diabeteskampen? I år är temat rörelse och det ordet kan man tolka på många vis. Både i den bemärkelsen i att motionera och röra på sig, men också att vi alla är en del av en stor folkrörelse i form av ett diabetesförbund! Fokus ligger på att samla in pengar till forskning och Diabetesfonden. Så vad väntar du på? Starta din egen insamling på diabeteskampen.se och sprid den med hashtagen #diabeteskampen. Tillsammans enas och förenas vi för att kämpa för ett friskt liv med och en framtid utan diabetes!

Nathalie träningspeppar!

Känner du nu att du blir sugen att träna efter att du har läst om Diabeteskampens tema rörelse? Vilken tur att vi har Nathalie Lindén med oss i detta nyhetsbrev!

Nathalie lever med typ 1 diabetes, är utbildad PT och har erfarenhet av att spela basket på elitnivå. Här delar hon med sig av sina erfarenheter

Varför tycker du att fysisk aktivitet är viktigt för din diabetes?

- Förutom min allmänna hälsa och välmående så har jag lättare att hålla ett jämnt blodsocker. Jag är mer insulinkänslig, kan sänka doserna och lättare reglera mitt blodsocker. Jag känner mig pigg, stark och glad av att vara aktiv vilket gör att jag har energi till allt som krävs av en person med diabetes. Rutiner skapar rutiner. Träning är rutin liksom mycket annat som diabetes innebär. Det hänger ihop. Skapar jag bra rutiner genom min träning skapar jag bra rutiner för mitt blodsocker.

Vad är det svåraste med att vara aktiv med diabetes?

- Att man ibland inte kan vara säker på hur blodsockret påverkas och hur mycket planering som krävs. Det här blir enklare ju oftare man gör det (älskar rutiner!!). Det är svårare att träna spontant och blir inte dagen riktigt som man tänkt sig kan det hända att det blir lite mer problematiskt. Insulinet kanske intogs för nära träningen eller så underskattade jag intensiteten i passet vilket ökar risken för ett svajigt blodsocker.

Mina 3 bästa tips med att komma igång med träningen är:

- Hitta en träningsform som passar dig. Det finns många trender som kommer och går men det finns inte en enda träningsform som magiskt får dig i form eller utklassar alla andra typer av träning. Hitta något som passar dig, din vardag och dina preferenser.

- Ha ett syfte med din träning. Vill du bli starkare, snabbare, leva mer hälsosamt eller känna glädjen av ett svettigt träningspass? Oavsett vad det är så tänk ut vad det är du vill få ut av din träning. Då blir det lättare att hålla motivationen uppe och genomföra träningen.

- Sänk tröskeln och höj den successivt. Träning behöver inte innebära blod, svett och tårar. Är du inte van att träna, börja vardagsmotionera mer!

Ni kan följa Nathalies tränings- och diabetesvardag på Instagram @ptnathalielinden

Insamlingskampanj för Life for a Child

Snart börjar Ung Diabetes insamling i förmån för Life for a Child. Life for a Child är en världsomfattande välgörenhetsorganisation som arbetar med att ge barn och unga personer med diabetes tillgång till diabeteshjälpmedel, insulin och diabetesvård runt om i världen där dessa resurser är en bristvara. Organisationen är helt beroende av donationer för att kunna genomföra sitt arbete. På vår Instagram @ungdiabetessverige kommer ni få ta del av historier om barn och vuxna som lever med diabetes och hur de har fått hjälp av Life for a Child. Vårt mål är att samla in så mycket pengar som möjligt till detta ändamål och vi hoppas att just du vill hjälpa oss. Så in och kika på vår Instagram för att få mer information om hur du kan bidra till att inget barn ska behöva dö av diabetes!

Resultat från enkätundersökningen

Under våren och sommaren genomgick vi i Ung Diabetes en enkätundersökning. Enkäten vände sig till dig som lever med någon typ av diabetes och berörde områden som behandling och hjälpmedel, vårdkontakt, barn- respektive vuxenmottagning och psykosocialt stöd. Just nu håller vi på att arbeta med resultaten och detta kommer att redovisas senare i höst. Håll ögonen öppna!

Diabetesläger i coronatider – funkar det?

I år var det stor osäkerhet om lägret skulle kunna genomföras men vi tog beslut tillsammans med Diabetesföreningen i Skåne Län att köra på men med vissa restriktioner. Barnen som kommer på läger är från Skåne och uppdelade i tre åldersgrupper, 9–11 år, 12–14 år och 15–17 år. Som vanligt är det väldigt populärt och tyvärr fick vi även i år säga nej till några som kom in med ansökan för sent.

I inbjudan till lägret poängterades att följa Folkhälsomyndighetens rekommendationer med absolut symtomfrihet och god handhygien. Handspritsflaskor fanns tillgängligt överallt.

Måltiderna genomfördes med halva gruppen åt gången, allt för att vi inte skulle överstiga 50 personer i lokalen samtidigt. Vi var också ute med ännu mer fysisk aktivitet än vanligt.

Vi hade simtävling där man simmade över sjön Immeln, vandringar med lite utmanande terräng, annan form av uteträning, löpning för de som ville, kanotpaddling samt uteyoga. På lägret för de äldsta fanns också möjlighet till en längre vandring med övernattning under bar himmel.

All aktivitet genomfördes med planering av matintag och ev dosjusteringar av insulin vilket är lärorikt för barnen och ungdomarna. Med på lägret är 10 ledare i lite olika åldrar, med gemensam nämnare att de själva har diabetes, jag som diabetessjuksköterska samt en diabetesläkare.

För er som är verksamma i eller nära Skåne, ni får gärna komma på studiebesök och delta ½ - 1 dag på våra aktiviteter, ni kommer garanterat att lära er en hel del.

Agneta Lindberg

Sömnproblem liten påverkan på typ 2-diabetiker

Patienter som medicinerar för typ 2-diabetes behöver inte oroa sig för sina sömnproblem, när det gäller långtidsblodsockernivån. En ny studie från Uppsala universitet, gjord på över 13 000 patienter, visar att det påverkar det långsiktiga blodsockervärdet (HbA1c) i väldigt liten utsträckning. För sjukdomens skull är det viktigaste att patienten fortsätter att medicinera. Studien publiceras nu i BMJ Open Diabetes Research & Care

– Det finns sedan tidigare en känd koppling mellan långvariga sömnproblem och risken att senare utveckla typ 2-diabetes. Vi ställde oss frågan om det stämmer även för dem som har typ 2-diabetes och också får läkemedelsbehandling för att hålla blodsockernivåerna på en tillfredställande nivå. I vår studie ser vi en liten koppling mellan två sömnstörningar och långtidsblodsockret, men det är inget som patienterna behöver oroa sig för, säger Christian Benedict, docent vid institutionen för neurovetenskap vid Uppsala universitet och studiens huvudförfattare.

Det här är den första större sömnstudie som har gjorts på patienter som har typ 2-diabetes och som medicineras för det.

I studien som är baserad på 13 346 blodprover från UK Biobank har forskarna tittat på halterna av HbA1c även kallat långtidsblodsocker. Patienterna som lämnat proverna har svarat på frågor om sina sömnvanor. Hur länge de brukar sova? Kortare än sju timmar per natt skattas som kort och längre än nio timmar per natt är långt. Brukar de ha svårt att somna för natten eller somna om utifall de har vaknat till? De kan ha uppgett att de har problem med snarkningar eller att de lider av trötthet på dagtid. De uppskattade sömnproblemen jämfördes med HbA1c.

Resultaten visar att patienter som behandlas för typ-2-diabetes och som antingen sover för länge (nio timmar eller mer) eller visar tecken på att lida av obstruktiv sömnapné, har en något högre risk att ha ett högre långtidssockervärde.

– Det mest intressanta är att skillnaden i HbA1c mellan patienterna med de som upplevde sömnbesvären och de som inte gjorde det var liten: 0,07 – 0,10 procent. Det är viktigt att veta eftersom många med typ 2-diabetes upplever sömnproblem och kanske oroa sig för hur sjukdomen påverkas av dem.

Det som påverkar långtidsblodsockret positivt i större utsträckning är att fortsätta med sin medicinering. Man vet till exempel att läkemedel metformin, som används som behandling när kost och ökad fysisk aktivitet inte ger tillräcklig effekt på blodsockernivåerna, minskar HbA1c mellan 1,5 och 2 procent. Det är en betydligt större skillnad än för sömnstörningarna.

– Dock måste man komma ihåg att vi i vår studie inte har undersökt andra hälsoutfall som kan påverkas av båda sömnstörningar och typ 2-diabetes, såsom kognition. Med andra ord är det fortfarande viktigt för patienter med typ 2-diabetes att kontakta vården när de har långvariga sömnproblem, säger Christian Benedict.

Tan X, Benedict C; Sleep characteristics and HbA1c in patients with type 2 diabetes on glucose-lowering medication, BMJ Open Diabetes Research and Care 2020;8:e001702. doi: 10.1136/

NU ÄR INSULIN ASPART SANOFI® TILLGÄNGLIGT FÖR FÖRSKRIVNING

25 % lägre pris jämfört med NovoRapid®[1]

LIKVÄRDIG EFFEKT OCH SÄKERHETS-PROFIL MEN TILL ETT LÄGRE PRIS, JÄMFÖRT MED NOVORAPID[1,2]

- 25 % lägre pris[1]
- Samma indikationer som för NovoRapid[3]
- 1:1 dosering – ingen doskonvertering krävs[3]
- Tillgänglig i injektionspennan SoloSTAR®[3]

Insulin aspart Sanofi

Ref: 1. www.tlv.se, 1 sep 2020. **2.** Garg SK, *et al*. *Diabetes Technol Ther.* 2020;22(2): 85-95. **3.** Insulin aspart Sanofi SPC, www.fass.se.

Insulin aspart Sanofi® (insulin aspart), injektionsvätska, lösning 100 enheter/ml. Rx, EF, A10AB05. **Indikation:** Insulin aspart Sanofi är indicerat för behandling av diabetes mellitus hos vuxna, ungdomar och barn från 1 års ålder. **Förpackningar:** Insulin aspart Sanofi SoloStar 5×3 ml, cylinderampull 5×3 ml. För ytterligare information och prisuppgift, se www.fass.se. **Kontaktuppgifter:** Insulin aspart Sanofi tillhandahålls av Sanofi AB, Box 30052, 104 25 Stockholm, tel: +46 8 634 50 00, www.sanofi.se. Vid frågor om våra läkemedel kontakta: infoavd@sanofi.com. Datum för senaste översyn av produktresumén: augusti 2020. ▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. För ytterligare information, se www.fass.se.

Sanofi AB, Box 30052, 104 25 Stockholm, www.sanofi.se

SANOFI

MAT-SE-2000177 (v1.0) AUG 2020

D-UPPSATS

Upplevelse av överrapportering vid förlossning

" Det är lite si och så "… primärvårdens diabetessjuksköterskors upplevelse av överrapportering och uppföljning av kvinnor med diagnosen graviditetsdiabetes efter förlossning - En kvalitativ intervjustudie

Författare: Eva Holm och Gunilla Nyström

Eva Holm

Gunilla Nyström

Sammanfattning

Bakgrund: Graviditetsdiabetes är ett tillstånd av hyperglykemi som uppstår eller upptäcks under graviditet och beror på hormonella förändringar som leder till gradvis påkommen insulinresistens. Diagnosen som ställs med hjälp av glukosbelastning utgör en stark riskmarkör för att senare utveckla prediabetes, diabetes typ 2 och kardiovaskulär sjuklighet. För att förebygga sjuklighet i efterförloppet är det av vikt att uppföljning och preventiva åtgärder gällande livsstilsfaktorer startar på ett tidigt stadium. Efter förlossningen ska remiss från mödravården eller endokrinmottagningen beroende på var kvinnorna haft sina kontroller skickas till primärvården och det är diabetessjuksköterskorna på de olika vårdcentralerna som därefter har huvudansvaret uppföljningen.

Syfte: Att belysa primärvårdens diabetessjuksköterskors upplevelse av överrapportering och uppföljning efter förlossningen av kvinnor som under sin graviditet fått diagnosen graviditetsdiabetes.

Metod: Kvalitativ intervjustudie med induktivt förhållningssätt. Nio diabetessjuksköterskor intervjuades fördelade på sju vårdcentraler i två regioner i mellannorrland.

Resultat: Ett övergripande tema i analysen var att diabetessjuksköterskorna upplevde att dessa kvinnor fanns på deras vårdcentraler men de var få till antalet vilket de befarade berodde på brister gällande överrapporteringen från mödravården eller endokrinmottagningen till primärvårdens diabetessjuksköterskor vilket medförde en risk att kvinnorna tappades bort inom sjukvården. När det gällde det efterföljande besöket efter förlossningen skiljde sig upplevelserna åt gällande kvinnans motivation till egenvård och livsstilsförändringarmen men de förmedlade ändå en förståelse för att livsstilsförändringar kan vara svåra framförallt när det ska kombineras med familj. Ökat ansvar för information och informationsöverföring från mödravården/endokrinmottagningen efterlystes och samverkans forum mellan vårdgivarna föreslogs.

Slutsats: En organisatorisk struktur med tydliga rutiner för kvinnor med tidigare graviditetsdiabetes gällande överrapportering kan medföra att dessa kvinnor i större grad identifieras och erhåller rätt vård, stöd och uppföljning anpassat efter kvinnans behov. Diabetessjuksköterskornas preventiva arbete samt kvinnans egenansvar kan vara grunden i hur de gemensamt går vidare för att med makt och kraft genom preventiva åtgärder förbättra egenvård, livsstil och därigenom förhindra eller försena framtida sjuklighet.

Nyckelord; Primärvård, sjuksköterska, upplevelse, graviditetsdiabetes, efter förlossning, uppföljning

BAKGRUND

Diabetessjuksköterskan i primärvården

För att möta det ökande antalet personer med typ 2 diabetes i Sverige inrättades under 1980-talet diabetessjuksköterskketjänster inom primärvården. Genom åren har yrkesrollen utvecklats och den som idag innehar en sådan tjänst har ofta både en distriktssjuksköterskeutbildning och någon form av fördjupad högskoleutbildning inom ämnet diabetes på minst 15 högskolepoäng. Önskvärt är också högskolepoäng i pedagogik då kunskap inom detta område under senare år lyfts som en framgångsfaktor i diabetesvården. Socialstyrelsens gjorde 2015 en översyn av Nationella riktlinjer för diabetesvård och undersökte bland annat kompetensen hos primärvårdens diabetessjuksköterskor. Enkäten som hade en svarsfrekvens på 76 % visade att 97 % av vårdcentralerna hade minst en diabetessjuksköterska med 15 högskolepoäng eller mer i diabetesvård och 55 % hade minst en diabetessjuksköterska med minst 7,5 högskolepoäng eller mer i pedagogik. De diabetesutbildade sjuksköterskorna uppskattade att de i genomsnitt ägnade 22, 4 timmar per vecka åt diabetesrelaterade uppgifter (Socialstyrelsen, 2015). Inom primärvården innehar diabetessjuksköterskorna en central roll för att möjliggöra en målinriktad behandling som fokuserar på patienternas glukosvärden och de bidrar till

hög tillgänglighet och kontinuitet för denna grupp konstaterar Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) i skriften "Framgångsfaktorer i diabetesvården" redan 2013. I professionen ingår att behärska dosjustering och utbildning vid insulininsättning, utprovning och förskrivning av tekniska hjälpmedel samt att kunna ge råd och stöd gällande levnadsvanor. I yrkesutövningen ingår också samarbete med andra yrkeskategorier och förmåga att utveckla den egna och andras kompetens på arbetsplatsen vilket stipuleras i Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvårds (SFSD) befattningsbeskrivning 2018. Detta innebär att yrkesrollen spänner över ett stort fält och kraven på de enskilda diabetessjuksköterskorna är mångfacetterade.

Patofysiologi vid graviditetsdiabetes

Graviditetsdiabetes eller gestationsdiabetes mellitus är ett tillstånd av hyperglykemi som uppstår eller upptäcks under graviditet och beror på hormonella förändringar som leder till gradvis påkommen insulinresistens. Hyperglykemi uppstår när kroppen inte förmår kompensera med tillräcklig ökning av insulin och medför att risken för havandeskapsförgiftning och högt blodtryck hos kvinnan under graviditeten tilltar. I senare skede ökar också risken för kejsarsnitt att barnets axlar fastnar vid utdrivningsskedet samt att barnets födelsevikt är över normalgränserna. Övervikt, fetma och etniskt ursprung från utomnordiska länder är faktorer som predisponerar för uppkomsten hos kvinnan. (Buchanan, T.A,. & Xiang, A.H, 2005. Chiefari, E et al. 2017. Mørkrid et al., 2012. Sudasinghe, Wijeyratne & Ginige, 2018).

Screening för graviditetsdiabetes

Definition av diagnosen graviditetsdiabetes baseras på resultatet av glukosbelastning och har varierat under åren både inom Sverige och internationellt. Socialstyrelsen publicerade 2015 nya rekommendationer avseende vilka p-glukosvärden som ska betraktas som graviditetsdiabetes. I rekommendationen gäller följande p-glukosvärden vid venös provtagning efter 75 g oral glukosbelastning, fastande ≥ 5,1 mmol/l, efter en timme ≥ 10,0 mmol/l och efter två timmar ≥ 8,5 mmol/l (Socialstyrelsen, 2015). Under 2018 rapporterades det i Sverige en förekomst av graviditetsdiabetes motsvarande 0,6% - 7,3% och andelen gravida som genomgått glukosbelastning varierade mellan 9 – 94 %. Spridningen förklaras av dels skilda riktlinjer gällande screening för och diagnos av graviditetsdiabetes, dels skillnad i förekomst av riskfaktorer i befolkningen (http://www.graviditetsregistret.se). Regionerna har utarbetat egna riktlinjer för vilka kvinnor som ska screenas för graviditetsdiabetes men det gemensamma är att screening för graviditetsdiabetes rekommenderas om det hos den blivande modern föreligger ärftlighet för diabetes hos nära släktingar, övervikt, och tidigare födsel av LGA barn, large for gestational age (≥ 4500g).

Hälsorisker med graviditetsdiabetes

Diagnosen graviditetsdiabetes utgör en stark riskmarkör för att senare utveckla prediabetes, diabetes typ 2 och kardiovaskulär sjuklighet varvid den senare förefaller kopplad till övervikt (Kaul, et al., 2015. Kim, 2014. Li, et al., 2015). I sin senaste översyn av Nationella riktlinjer för diabetesvård har Socialstyrelsen uppmärksammat detta och lyft behovet av att följa upp dessa kvinnor efter förlossningen. De rekommenderar systematisk uppföljning av vikt blodglukos och riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom. Stor vikt läggs också vid betydelsen av åtgärder för att förändra ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2018).

Överrapportering till primärvården

I vissa regioner kontrolleras kvinnorna med graviditetsdiabetes av mödravården som också handhar överrapportering till primärvården efter förlossning i andra regioner är det endokrin/diabetesmottagningen som har det ansvaret. Överrapporteringen sker via remiss, brev eller meddelande beroende på den rutin som finns på enheten. Varje region har utarbetat lokala rutiner för omhändertagande och uppföljning vilket innebär att det kan se olika ut mellan regionerna men även inom samma region. Gemensamt är att primärvården har det övergripande ansvaret när det gäller fortsatt uppföljning av denna grupp kvinnor. I en studie av Bernstein et al (2017) påvisades ett behov av att överbrygga klyftan mellan obstetrik och i detta fall primärvård för att säkerställa uppföljande glukostester efter genomgången graviditetsdiabetes. Studien belyste vidare vikten av att strategier måste utvecklas för att överbrygga övergången efter förlossning mellan förlossningsvården och primärvården. McCloskey et al (2014) belyste i sin studie att trots omfattanden riktlinjer gällande uppföljande glukostester efter förlossningen var deltagandet lågt. Detta markerade ett misslyckande gällande att lansera förebyggande information angående utveckling av diabetes typ 2 efter genomgången graviditetsdiabetes. Bristande uppföljning av graviditetsdiabetes efter förlossningen återspeglar ett bredare systemfel gällande överrapportering från förlossningsvård till den uppföljande vården av kvinnorna ansåg de. Detta visar att trots rekommendationer och behandlingslinjer kan överrapportering vara den svaga länken i arbetet att detektera och fånga upp denna grupp kvinnor (Aziz, Munim & Fatima, 2018. Balaji et.al., 2019. Butalia, et al., 2017. Rotem, et al., 2020). Missas kvinnorna i efterkontrollen får det konsekvenser inte bara i lidande för den enskilda men också i ett hälsoekonomiskt perspektiv och där måste kvinnor från utomnordiska länder särskilt uppmärksammas då de kan ha en upp till åtta gånger högre risk att utveckla diabetes efter förlossningen (Anderberg et al., 2012. Sudasinghe, Wijeyaratne & Ginige, 2018).

Faktorer som påverkar uppföljning i primärvården

I flera studier identifieras faktorer som påverkar preventivt arbete gällande diabetes i primärvården. Hög arbetsbelastning, brist på resurser och personalens uppfattning om patientens egen motivation utgör hinder för implementering av förebyggande åtgärder (Whitford et al, 2003, Helmink 2012, van Esch, 2013). I en svensk kvalitativ intervjustudie av Boström & Öresland (2019) framkom att diabetessjuksköterskor i primärvården upplever att de är väl införstådda i de senaste riktlinjerna gällande diabetes och att de ser sin yrkeskategori som avgörande i diabetesvården men också att de för att uppfylla kraven behöver vara fler till antalet. Med bakgrund av detta kan den kommande studien i diabetessjuksköterskornas upplevelse av fenomenet vara av vikt att belysa inför framtida översyn av rutiner kring uppföljning och omhändertagande av kvinnor efter förlossningen som under sin graviditet fått diagnosen graviditetsdiabetes.

Teoretisk ram

Enligt Henricson kan en teori användas i ett examensarbete för att problematisera och argumentera för att det finns ett problem som bör studeras. Teorin kan användas antingen deduktiv som en ingång och ram till studien eller med in-

duktiv ansats i en avslutande reflektion (Henricson, 2017). Författarna till denna studie avser att använda Merry Elisabeth Scheels omvårdnadsteori som ram i forskningsprocessen då de bedömer att den passar in på studiens syfte. Merry Elisabeth Scheel var en dansk interaktionell omvårdnadsteoretiker, sjuksköterska och filosof som av andra ses som en pionjär inom personcentrerad vård. Scheel såg etiska utmaningar i varje patientmöte och ville placera patienten i större fokus i både praktik och forskning än vad andra omvårdnadsteoretiker gjort. Hon ville också genom sin teori på bästa sätt fånga de många motstridiga uppfattningarna om hur sjuksköterskeprofessionen erkänner och förstår sin roll i ansvarsfull omvårdnad (Hall, 2016). Scheel menade att sjuksköterskans omvårdnadsarbete omfattar en specialkunskap gällande förståelsen för mänsklig existens i hälsa likväl som i sjukdom och människans möjligheter och begränsningar gällande omvårdnadshandlingar. Vilka handlingar som ska utföras i den konkreta situationen avgörs av den kvalificerade sjuksköterskans bedömning (Scheel et al, 2007). Vidare ansåg hon att omvårdnad som yrke måste tolkas i relation till samhällsutvecklingen vilket innebär att omvårdnadsverksamheten ska ha själva uppdraget som mål. Saknar yrket riktlinjer och mål för verksamheten kan yrkesutövarna inte förvärva och utveckla kunskaper vilket ökar risken att yrkeskunnande och yrkesidentitet blir oklara. Hon menade också att otydlig professionsavgränsning kan medföra otydliga roller och oklara målområden. Scheel menar vidare att omvårdnadsyrket problemställningar i praktiken har som målområde människans relation till hälsa, sjukdom men också till den miljö och det samhälle hen verkar i (Scheel, 2005). I en kvalitativ intervjustudie av Boström et al (2012) beskriver diabetessjuksköterskor i primärvården sin mångfacetterade yrkesroll som tvetydig under kategorier som expert, fostrare, ledare, verkställande och förebild. I studien framkommer att brist på tydlighet vad rollen kräver och svårigheten att förena olika roller kan ha en negativ påverkan på diabetessjuksköterskans inställning i mötet med patienten och i förlängningen också på den personcentrerade vården. Studien av Boström et al sammanfattar att det krävs ökad medvetenhet och förtydligande av diabetessjuksköterskan i primärvårdens yrkesmässiga roll om vården för patienter med diabetes ska kunna utvecklas.

Problemformulering

Med bakgrund av att diagnosen graviditetsdiabetes redan efter några år disponerar för framtida sjuklighet i form av prediabetes, typ 2 diabetes och hjärtkärlsjukdom är det viktigt att dessa kvinnor får regelbundna kontroller i efterförloppet. Diabetessjuksköterskan innehar en särskild kunskap gällande förståelsen för människan i hälsa likväl som i sjukdom och dennes förmåga gällande omvårdnadshandlingar. Yrkesrollen som ska tolkas i relation till samhällsutvecklingen ska ha själva uppdraget som mål för omvårdnaden. I primärvården är det diabetessjuksköterskorna som efter överrapportering från mödravården eller endokrinmottagningen har uppdraget att ansvara för uppföljning av kvinnor med graviditetsdiabetes efter förlossningen därför är motivet för denna studie att klarlägga diabetessjuksköterskorna i primärvårdens upplevelser av fenomenet vilket kan resultera i nya perspektiv inom området.

Syftet

Vårt syfte är att belysa primärvårdens diabetessjuksköterskors upplevelse av överrapportering och uppföljning efter förlossning av kvinnor som under sin graviditet fått diagnosen graviditetsdiabetes.

METOD

Metod och design

Studien är en kvalitativ intervjustudie med induktivt förhållningssätt och en semistrukturerad intervjuguide har använts. Intervju som metod valdes för att kunna fånga diabetessjuksköterskornas upplevelse av fenomenet genom deras egna skildringar (Willman, Stoltz & Bathsevani, 2011).

Urval

För besvara studiens syfte gjordes ett strategiskt urval av informanter som kom att utgöras av diabetessjuksköterskor som arbetat minst två år i primärvården med diabetes som specialistfunktion. Arton diabetessjuksköterskor vid femton olika vårdcentraler i två regioner tillfrågades.

Datainsamlingsmetod

En semistrukturerad intervjuguide tillämpades för att säkerställa att relevanta frågor framträdde inom aktuell tidsram (Danielson, 2017b). Den inleddes med fyra bakgrundsfrågor gällande år i yrket, utbildning, förekomst av denna grupp kvinnor på vårdcentralen samt förekomst av kvinnor med utomnordiskt ursprung därefter följde frågor om deras upplevelse av överrapportering och uppföljning av denna kvinnogrupp (Bilaga 1). Intervjuguiden hade arbetats fram för att svara mot studiens syfte och testades vid en första provintervju. Då frågorna föreföll adekvata för ämnet ändrades inte guiden efter denna som därefter sedan inkluderades i studien. Intervjuerna hölls av tekniska skäl av den ena författaren som eftersträvade att vara neutral och inte påverka informanterna med sin egen förförståelse i ämnet. På grund av den rådande Corona pandemin fick intervjuerna hållas via 2- eller 3-parts telefonsamtal. När båda författarna deltog i intervjutillfället skötte den ena tekniken och den andra genomförde intervjuerna . Alla informanter befann sig på sina arbetsplatser utom två som vistades i sina hem. Informanterna fick välja dag och tid för intervjuerna vilket var orsak till att två intervjuer genomfördes med endast den ena författaren närvarande då en gemensam tid inte gick att finna.

Tillvägagångssätt

Kontakt togs via e-post med primärvårdscheferna i de olika regionerna. I den ena regionen överlät denne beslutet om godkännande på respektive verksamhetschefer. E-post skickades ut till verksamhetscheferna på de olika vårdcentralerna med information om studiens syfte och en fråga om godkännande för genomförande bifogades. Efter det e-postade godkännandet från verksamhetscheferna skickades e-post ut till diabetessjuksköterskorna på respektive vårdcentral. E-posten innehöll informationsbrev och ett dokument för godkännande (Bilaga 2). Informationsbrevet innehöll uppgifter om studiens syfte och att deltagandet var frivilligt och när som helst kunde avbrytas. Fyra av diabetessjuksköterskorna fick informationen både via telefon och e-post.

Intervjuerna tog mellan 15 och 25 minuter att genomföra. De spelades in på mobiltelefon för att underlätta transkriberingen av intervjuerna. Ljudinspelningen överfördes därefter till ett USB minne och raderades från telefonen för att kunna sparas men också för att innehållet skulle kunna kontrolleras i efterhand för att minska feltolkningar både vid transkription och vid tolkning av resultatet (Danielson, 2017a). Intervjuerna genomfördes på två veckor under månaderna mars och april 2020 och analysarbetet påbörjades i mitten av april.

Upplev friheten med slanglös podbehandling

NYHET

omnipod® DASH™
INSULIN MANAGEMENT SYSTEM

Ett enkelt och diskret sätt att tillföra insulin

- **Slanglös, vattentät*** pod som kan placeras där du skulle ge dig en injektion
- Modern, **intuitiv pekskärm** - Personal Diabetes Manager (PDM)
- Lämplig för alla åldrar, med **justerbara inställningar** för att anpassa insulintillförseln baserat på det dagliga behovet

Nu är nya Omnipod Dash här!

Slanglös frihet!

Tillgängligheten varierar beroende på regionala avtal och upphandling.

*Poden är IP28-klassificerad och vattentät vid upp till 7,6 meters djup i 60 minuter.

©2020 Insulet International Ltd . Omnipod, Omnipod-logotypen, DASH och DASH-logotypen är varumärken eller registrerade varumärken som tillhör Insulet Corporation i USA eller i andra jurisdiktioner. Alla rättigheter förbehålles. Foto: Dan Lepp/Johnér. 1 King St, Hammersmith London W6 9HR.

nordic INFUcare
Box 14026 167 14 Bromma
08-601 24 40 www.infucare.com
Distributör

Dataanalys

Studiens metodologiska perspektiv utgår från innehållsanalys vars centrala begrepp är analysenhet, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori och tema enligt Graneheim och Lundman, (2004). Inspirerad av detta användes denna form för att genom kondenserade meningsenheter, koder och kategorier identifiera olika mönster som beskriver det manifesta innehållet. Intervjuerna som blev nio till antalet transkriberades ordagrant och lästes därefter noggrant igenom av båda författarna var för sig för att bilda en uppfattning om helheten. Därefter företogs en mer fördjupad läsning av båda författarna tillsammans. Innehåll i materialet söktes för att hitta relevanta meningar och uttryck som svarade mot studiens syfte och delades sedan in i meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna kondenserades med avsikt att korta ner textmassan utan att förlora essensen i innehållet. Genom de kondenserade meningsbärande enheterna bildades koder som ska formulera innehållet i meningsenheterna. För att kunna identifiera likheter jämfördes koderna och grupperades därefter i de underkategorier som ska sammanfatta den centrala innebörden i texten. Likartade underkategorier samlades i grupper och utvecklades till kategorier. Två kategorier kunde urskiljas som tillsammans representerar det essentiella i innehållet. Kategoriernas innehåll utmynnade därefter i ett centralt tema (Tabell 1). I enlighet med Graneheim & Lundman (2004) diskuterade och reflekterade författarna till denna studie hur koderna skulle sorteras in under kategorierna tills konsensus nåddes. Därigenom framträdde ett övergripande tema som sammanfattar resultatets huvudinnehåll.

Tabell 1. Exempel ur innehållsanalysens analysschema

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori	Tema
Inte väldigt många men…Blir det missat. Den känslan har rammat mig liksom…	Inte varit så många… Blir det missat? Den tanken har rammat mig	Upplevelse av överrapportering från Mödravården/Endokrinmottagningen till primärvården	Arbetsrutiner	Organisation	Organisatoriska strukturer av betydelse för makt och kraft i personcentrerat bemötande
Jag kallar dem årligen men tätare det första året för att hjälpa och stötta i det svåra arbetet med beteendeförändring	Kallar dem tätare det första året för att hjälpa och stödja i det svåra arbetet med beteendeförändring	Upplevelse av lokala rutiner gällande omhändertagande av kvinnor med graviditetsdiabetes			
Gruppundervisning är överhuvudtaget bra och man får träffa många på samma gång som får samma information. En dietist eller någon som kör någon träningsaktivitet kan vara bra att ha med…	Gruppundervisning är bra och man får träffa flera varje gång som får samma information	Upplevelse av hur uppföljning av kvinnor med tidigare graviditetsdiabetes kan förbättras inom primärvården			
Dom släpper dom ju i samband med förlossningen men det är en tid där i mellan som ska gå och där vet jag inte vilken behandling dom har… hur de är informerad om hur de själva ska följa sin diabetes när dom har fått sitt barn tills de kommer till oss.	Jag vet inte hur de följs efter förlossning och om de fortsätter med insulin…Hur de är informerade hur de ska föla sin diabetes	Upplevelse av Mödravårdens/Endokrinmottagningens agerande gällande kvinnor med graviditetsdiabetes	Interaktion mellan vårdgivare		
Det har varit lite si och så periodvis inte alls. …arbetsbördan på annat sätt på hälsocentralen. Man har blivit flyttat från specialistfunktion och hjälp till i övriga verksamheten…och när det fattas folk på andra håll	Periodvis har jag inte arbetat alls (som diabetessjuksköterska) det har berott på arbetsbördan på hälsocentralen man har flyttats från specialist funktionen till övriga verksamheten.	Tillgång av resurser medför prioriteringar på vårdcentralen	Behov av en stödjande regim		
Jag tycker att det här är en viktig grupp att fånga upp för att det är här det är preventionen skall vara . Fånga upp de unga kvinnorna som har risk att utveckla diabetes i framtiden. Jätte viktigt att vi får information om de här kvinnorna	Det är viktigt att fånga upp de unga kvinnorna som har risk att utveckla diabetes i framtiden. Det är här preventionen skall vara. Viktigt att vi får information om de här kvinnorna.	Upplevelse av att kvinnor med tidigare graviditetsdiabetes är en viktig patientgrupp			

Tabell 1. Exempel ur innehållsanalysens analysschema (fortsättning)

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori	Tema
Det är inte så lätt Med många krav…att dom inte alltid klarar av att hantera nya familjeförhållanden med ett eller flera barn. Många rycker och drar i olika håll för dem.	Ilnte så lätt med många krav och nytt familjeförhållande och många förpliktelser medvetenhet.	Upplevelse av kvinnan bakom diagnosen av graviditetsdiabetes	Förståelse för helheten	Personcentrerat bemötande	
Jag tycker att det är olika. En del är väldigt insatta, väldigt noggranna och måna om sig själv och fortsätter och sköter sin kost och motion, liksom. De är medveten om vad de behöver göra och sådär. Men sen är det några som…har släppt det på något vis…tappat bort det när det har gått några år	En del är noggranna och måna om sig själva och sköter sin kost, motion har en medvetenhet. Andra har släppt eller tappat bort sin motivation	Upplevelse av kvinnans förmåga till egenvård och livsstilsförändringar	Egenvård och livsstil		

Forskningsetiskt övervägande

Studentarbeten är vanligtvis inte att betrakta som forskning vilket innebär att de inte behöver granskas av regional etiknämnd (Kjellström, 2017). I lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) fastslås det att deltagarna i en studie ska före samtycket ha fått information om studien samtycket ska vara frivilligt och preciserat till den aktuella studien samt vara dokumenterat. Dessa regler ska följas även vid studentarbeten som också ska utgå från de fyra etiska principerna: principen om självständighet, skyldighet att göra gott, rättvis behandling samt respekt för individen (Kjellström, 2017). Utöver informationskravet gäller att informanten förstått informationen och har förmåga att fatta beslut. Forskarna ska också beakta sin egen ställning i förhållande till deltagaren och den egna förförståelsen i ämnet. Intervjuareffekten kan innebära att deltagaren anpassar svaret och säger det som de tror forskaren vill höra. Intervjun kan av informanten också kännas påtvingad om det finns någon form av relation till forskaren (Kjellström, 2017). Syftet med studier är att generera ny kunskap men får trots målet aldrig äventyra deltagarnas rättigheter och intressen (Helsingforsdeklarationen, 2013).

RESULTAT

Via e-post bjöds arton diabetessjuksköterskor in att delta i studien. Av de arton tackade fem nej fyra svarade inte och nio accepterade att delta. Av de fem som tackade nej angav en diabetessjuksköterska att hon inte arbetat i två år och uppfyllde därför inte kriterierna för deltagande tre ansåg att de saknade erfarenhet av denna grupp kvinnor och en angav inget skäl. Påminnelse skickades ut till de som inte svarat men inga svar inkom. De nio diabetessjuksköterskor som valde att delta var fördelade på sju olika vårdcentraler och de uppgav alla att de handhade denna grupp kvinnor på sina enheter. Gällande kvinnor med utomnordiskt ursprung svarade fyra av nio att de finns i gruppen och två angav att kvinnorna var i majoritet. Alla diabetessjuksköterskor utom en hade vidareutbildning till distriktssjuksköterska och samtliga hade någon form av diabetesutbildning och två hade även utbildning i pedagogik. Alla deltagare var kvinnor och hade svenska som modersmål.

Tabell 2. Redovisning av informanternas utbildning och antal år i yrket

Nr	Utbildning	Utbildning i diabetesvård	Utbildning i pedagogik	Antal år som diabetessjuksköterska i primärvården
1	Distriktssjuksköterska	Uppdragsutbildning i diabetes samt enstaka kurser		30
2	Distriktssjuksköterska	15 hp	7,5 hp	5
3	Distriktssjuksköterska	10 hp samt enstaka kurser		36
4	Sjuksköterska	15 hp		2,5
5	Distriktssjuksköterska	30 hp		5
6	Distriktssjuksköterska	15 hp		17
7	Distriktssjuksköterska	22,5 hp		20
8	Distriktssjuksköterska	15 hp		4
9	Distriktssjuksköterska	30 hp	7,5 hp	23

Genom kategorierna kvalitetssäkring och personcentrerat bemötande med tillhörande underkategorier framträdde studiens tema ”Organisatoriska strukturer av betydelse för makt och kraft i personcentrerat bemötande”. I tabell 3 presenteras en sammanfattning av underkategorier, kategorier samt tema

Tabell 3. Översikt av underkategorier, kategorier och tema

Underkategori	Huvudkategori	Tema
Arbetsrutiner	Organisation	Organisatoriska strukturer av betydelse för makt och kraft i personcentrerat bemötande
Interaktion mellan vårdgivare		
Behov av en stödjande regim		
Förståelse för helheten	Personcentrerat bemötande	
Egenvård och livsstil		

Organisatoriska strukturer av betydelse för makt och kraft i personcentrerat bemötande

Resultatet kan förstås utifrån primärvårdens diabetessjuksköterskors upplevelse av överrapportering och uppföljning av kvinnor med tidigare diagnos av graviditetsdiabetes. Ett övergripande tema i analysen är Organisatoriska strukturer av betydelse för makt och kraft i personcentrerat bemötande. Temat avser att belysa diabetessjuksköterskornas ansträngning att efter bästa förmåga gemensamt med kvinnan under de omständigheter som råder finna möjliga preventiva åtgärder för ett hälsosamt liv.

Organisation

Under kategorin Organisation med underkategorierna Arbetsrutiner, Interaktion mellan vårdgivare och Behov av en stödjande regim framkommer diabetessjuksköterskornas upplevelse av hur organisationen fungerar både på mödravården/endokrinmottagning och den egna arbetsplatsen. De anger förbättringsförslag som de upplever skulle främja god omvårdnad av denna grupp.

Arbetsrutiner

Det skiljde mellan regionerna men också mellan vårdcentralerna inom samma region hur överrapporteringen av kvinnor med graviditetsdiabetes från mödravården/endokrinmottagningen till primärvården var upplagd. I vissa fall gick remiss, brev eller meddelande från mödravården till läkare på vårdcentralen som i sin tur vidarebefordrade till diabetessjuksköterskan. Andra vårdcentraler hade upplägget att remissen, brevet eller meddelandet gick från mödravården direkt till diabetessjuksköterskan. Några vårdcentraler fick istället remiss, brev eller meddelande från endokrinmottagningen och även här fanns skillnaden att några skickad till läkare som vidarebefordrar till diabetessjuksköterskan medan andra hade rutinen att remiss, brev meddelande gick från diabetessjuksköterska på endokrinmottagningen till diabetessjuksköterska i primärvård. Oavsett vilken rutin som tillämpades upplevde samtliga diabetessjuksköterskor att de hade anmärkningsvärt få kvinnor i den här patientgruppen och de misstänkte att det fanns brister i överrapporteringen som innebar att kvinnorna inte kom till deras kännedom. Diabetessjuksköterskor med lång arbetslivserfarenhet upplevde att det var en skillnad i antalet remisser som inkom nu jämfört med tidigare och en diabetessjuksköterska uppgav att hon aldrig fått en sådan remiss trots många år i yrket.

”Jag har aldrig fått en sådan remiss någonstans ifrån”

”Stort mörkertal. Vi måste få ett meddelande från mödravården inte så ofta vi får det. Inte varit så jättemånga. Blir det missat? Den tanken har rammat mig”

Hos tre av diabetessjuksköterskorna hade misstanken om missad överrapportering bekräftats då de stött på kvinnor med både prediabetes och manifest diabetes i andra sammanhang där det uppdagats att kvinnorna tidigare haft en graviditetsdiabetes men aldrig fått någon uppföljning.

”När vi har våra prediabetesgrupper visar det sig att de haft graviditetsdiabetes men är inte uppföljda”

”…de har upptäckts i nåt annat sammanhang”

Med bakgrund av ovanstående upplevde diabetessjuksköterskorna att rutinerna för överrapporteringen måste säkerställas. De kom också önskemål om vad remissen skulle kunna innehålla. Många efterlyste mer bakgrundsfakta tillsammans med medicinska parametrar och flera trodde också att remisserna, breven eller meddelandena skulle vara mer omvårdnadsinriktade om den kom från diabetessjuksköterska eller barnmorska och ställdes direkt till diabetessjuksköterskan i primärvården.

”Skulle behöva påminna de som remitterar att de sköter det och är noggrann. Att man inte tappar bort dom och att man får lite bakgrund ”

Samtliga diabetessjuksköterskor uppgav att de använder sig av någon form av plan vid uppföljning av denna grupp kvinnor även om det inte alltid förefaller att finnas ett fastställt lokalt vårdprogram. I planen ingår minst en uppföljning årligen och de flesta fortsätter att kalla kvinnorna även om de inte utvecklat diabetes. I två fall uppgav diabetessjuksköterskorna att kvinnorna efter det första uppföljande besöket fick välja om de ville fortsätta kallas till årliga besök förutsatt att värdena låg tillfredställande.

”Kommer en gång per år. Det ska vara uppföljning oavsett om dom har diabetes eller inte de ska följas i alla fall ”

”Det finns ingen plan utöver diabetesplanen”

Det fanns också diabetessjuksköterskor som upplevde att kvinnorna behövde kommas mer frekvent under den första tiden efter partus för att för att de snabbt skulle kunna ge stöd och utbildning.

”Jag kallar dem årligen men oftast tätare det första året för att hjälpa och stötta i det svåra arbetet med beteendeförändringar men också för att undervisa, fylla på med kunskap allt utifrån behov och önskemål hos patienten”

EN JÄMN OCH STABIL VÄG FRAMÅT MED TRESIBA®[1]

(insulin degludek)

Referens
1. Tresiba® SPC, November 2018.

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 insulindosen är för hög i förhållande till insulinbehovet. Otillräcklig dosering och/eller avbruten behandling hos patienter som har behov av insulin kan leda till hyperglykemi och potentiellt till diabetisk ketoacidos, 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 11/2018.

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

SE19TSM00008 THE BLOCPARTNERS NORDIC 09/2020

novo nordisk®

©2020 Novo Nordisk Scandinavia AB | Tel 040-38 89 00 | www.novonordisk.se

TRESIBA®
insulin degludek

De rådde samstämmighet bland diabetessjuksköterskorna om vad de uppföljande besöken skulle innehålla och att fokus ska vara preventiva livsstilsåtgärder som råd gällande vikt kost motion rökning och alkohol. Uppföljningen ska även omfatta blodtryckskontroller och mätning av glukosläget. En av diabetessjuksköterskorna uppgav att dietist fanns att tillgå om det skulle behövas.

"Vi kontrollerar alltid det här med vikten och midjeomfång. Sen blir det dietist om dom är överviktiga"

Nästan alla diabetessjuksköterskor upplevde att kvinnorna kom till de kallade besöken och att de var endast enstaka kvinnor som uteblev eller avbokade men en diabetessjuksköterska var av avvikande åsikt och upplevde att de flesta inte kom trots att hon skickade flera påminnelser. En annan diabetessjuksköterska uppgav att hon vid sådana tillfällen även skickade brev med bakgrunden till besöket men det föreföll inte finnas någon gemensam lokal rutin för fortsatt handläggning vid uteblivna besök.

"Vi kallar alla men alla kommer inte. Kallar tre gånger sen skriver vi brev. Jag tror vi gör det allihop"

När det gäller kvinnor med utomnordiskt ursprung uppgav flertalet diabetessjuksköterskor att de inte hade några i denna patientgrupp andra däremot upplevde att de utgjorde en övervägande del men att de sammantaget var få till antalet.

"jag har inte har någon kvinna med utomnordiskt ursprung…"

"Sedan jag började här är det utomnordiska patienter och dom tidigare är ju svenska…

De intervjuade diabetessjuksköterskorna upplevde att gruppundervisning kan vara en möjlighet att förbättra uppföljningen i primärvården för kvinnor med tidigare graviditetsdiabetes. Genom gruppträffar ges tillfälle att träffa och informera många samtidigt och kvinnorna får träffa varandra och därigenom utbyta tankar och erfarenheter. De menade vidare att vid gruppverksamhet används ett annat undervisande förhållningssätt som därmed på ett tydligare sätt kan förmedla riskerna med diagnosen. Vid dessa tillfällen kan också andra aktörer inviteras som dietist eller personer med kompetens gällande träning.

" Jag tycker gruppundervisning är överhuvudtaget bra. Dels träffar man många på en gång som få samma information och kanske man även kan ha med någon dietist eller någon som kör träningsaktiviteter. Dom får ju prata med varandra i gruppen ger ju väldigt mycket. Det var väldigt roligt"

De diabetessjuksköterskor som hade erfarenhet av gruppträffar för personer med pre- eller manifest diabetes upplevde att deltagarna var överlag nöjda med denna typ av verksamhet men betonade att antalet deltagare bör vara minimerat.

"Vi kanske skulle arbeta lite annorlunda vid ett vanligt personligt besök. För när vi använder Power Point och trycker på att det här är ett förstadium till diabetes och gör man ingenting så får man diabetes punkt slut. Grupper är en bra form. Där får man mera diskussion"

En annan förbättring som framkom i intervjuerna var betydelsen av tätare kontroller initialt efter förlossningen och vikten av att hjälpa kvinnan att sätta realistiska och hållbara mål. därefter regelbunden uppföljning och avstämning livet ut för att inte missa dessa kvinnor med tidigare GDM.

"jag tänker tre till fyra månader efter förlossningen för att göra en koll och bara träffa dom och därefter om ett halvår "

"ta tag i det när det är aktuellt och en uppföljning så snart som möjlig

En diabetessjuksköterska betonade vikten av tillgänglighet till diabetesmottagningen med följsamma öppettider som till exempel öppet tidigt på morgonen eller senare på dagen samt möjlighet till provtagning utan inbokade besök där diabetessjuksköterskan ringer upp kvinnan istället. Detta ansåg hon skulle kunna vara en förbättringsåtgärd.

Andra förslag som föreslogs var att glukosbelastning borde ingå i uppföljningen för att betona allvaret i diagnosen.

"Vi kanske ska utforma ett annat…. En glukosbelastning kanske skulle säga mycket i efterförloppet och därefter gör ett starkare intryck för var det handlar om att det är en sjukdom. Går man ditt och tar ett prov i armen så vet dom inte varför dom ska ta det här provet. Tror att dom har tagit allt möjligt eller ingenting".

Interaktion mellan vårdgivare

Diabetessjuksköterskorna i primärvården upplevde att de saknade kunskap om det lokala vårdprogrammet som mödravården eller endokrinmottagningen följer för denna patientgrupp. De erfor också att kvinnorna inte föreföll medvetna om riskerna i efterförloppet med diagnosen graviditetsdiabetes och att de inte fått vetskap om att de skulle komma att följas upp via sin vårdcentral. Vidare påtalade en av diabetessjuksköterskorna att hon saknade information om tiden efter förlossningen gällande kvinnornas behandling och förmedlade en oro om kvinnan själv hade fått den informationen. De efterlyste också ett bredare teamarbete och att mödravården skulle ta ett större ansvar för denna kvinnogrupp .

"Vet inte hur mycket information dom får från sjukhuset om vad som händer sen och risker med att utveckla diabetes efter graviditetsdiabetes. Vet inte alls hur det ser ut från den sida"

"De borde informeras om att det kommer att vara en uppföljning på vårdcentralen det kanske görs jag vet inte jag har ingen aning"

I det fall där lokalt vårdprogram saknades på vårdcentralen kände diabetessjuksköterskan sig osäker på om kollegorna på den egna vårdcentralen skulle agera korrekt om de får en remiss gällande uppföljning av dessa kvinnor.

"Jag hoppas att mina kollegor förstår om de får en sån remiss att de behöver förbereda hälsosamtal och planering för vidare uppföljning dom förstår väl vad dom ska göra hoppas jag"

Samtliga diabetessjuksköterskor angav att gemensamt forum med mödravården saknades. Två uppgav att en samordningssjuksköterska nyligen tillsatts där också endokrinmottagningens diabetessjuksköterskor ingår och en diabetessjuksköterska uppgav att de tidigare haft träffar med endokrinmottagningen men att dessa utgått på grund av tidsbrist. Flera välkomnade möjligheten till gemensamma möten då informationsöverföring blir lättare om vårdgivarna har en interaktion med varandra.

"Det vore intressant med ett gemensamt forum med MVC för när man lär känna varann är det lättare med information "

Behov av en stödjande regim

Diabetessjuksköterskorna upplevde att arbetsbelastningen på den egna vårdcentralen var avgörande för hur resurserna fördelades. Omprioriteringarna medförde ofta att tid togs från specialistfunktionen.

"Periodvis har jag inte arbetat alls (som diabetessjuksköterska) det har berott på

arbetsbördan på hälsocentralen man har flyttat från specialistfunktionen till övriga verksamheter."

"Sista tiden var vi så underbemannade så jag tog akuta saker. För är man underbemannade det är inte prio riktigt tyvärr"

Det uppgavs också att patientgruppen kunde lyftas vid någon utbildning men att den däremellan försvann i det stora patientflödet som också medförde att inte heller diabetessjuksköterskorna hade tid för reflektion gällande denna grupp.

"Gruppen nämns vid utbildning på vårdcentralen men inte annars "

"Det är en liten grupp utifrån alla patienter man har "

"I yrket träffar man hela tiden patienter och hinner inte tänka i de här banorna "

En diabetessjuksköterska efterlyste att det i ledningen skulle tas hänsyn till denna grupp vid beräkning av hur många patienter en diabetessjuksköterska ska ta på en heltid. Detta för att få större utrymme att arbeta preventivt.

"Man måste ju räkna med dom här när man räknar på hur många patienter man har på en heltid som har risk och verkligen få tid för att ha förebyggande oftast hinner man inte med"

Av de diabetessjuksköterskor som träffade kvinnor med annan etnisk bakgrund angav en att hon alltid använde tolk på plats de andra var hänvisade till telefontolk. De flesta ansåg att tolk via telefon inte fungerade tillfredställande och valde bort denna form. I stället ritade diabetessjuksköterskorna eller använde Google translate. En diabetessjuksköterska uttryckte att möjligheten med tolk på plats borde finnas.

"Använder aldrig tolk men om man fick tolk på plats det skulle jag trivas med "

"telefontolk tycker jag inte fungerar så jättebra men det är vad man har att tillgå"

De intervjuade diabetessjuksköterskor upplevde att kvinnor med tidigare graviditetsdiabetes är en viktig patientgrupp som inte får tappas bort inom sjukvården. De menar att dessa kvinnor löper en stor risk att utveckla manifest diabetes i framtiden och det är av vikt att denna patientgrupp kan omhändertas i primärvården för hjälp till hälsosamma levnadsvanor samt motverka utveckling av metabola syndromet. Vidare ansåg de att det är i den här patientgruppen som preventionen skall prioriteras med förhoppning om att undvika att kvinnorna återkommer med utvecklad typ 2 diabetes.

"Jag tycker att det här är en viktig grupp att fånga upp för att det är här preventionen skall vara. Fånga upp de unga kvinnorna som har risk att utveckla diabetes i framtiden"

Flera påpekade att gruppen kvinnor med annan etnisk bakgrund som borde lyftas när det gäller preventiva åtgärder då de har en ökad risk att utveckla diabetes och upplevdes vara sårbara och hade en aggressivare diabetes än nordiska kvinnor med graviditetsdiabetes.

"Kvinnor från andra länder. Är en stor risk grupp som har en högre risk att få graviditetsdiabetes"

"De här människorna är mycket sårbara och har en aggressivare diabetes och utvecklar komplikationer lättare"

Personcentrerat bemötande

Under kategorin Personcentrerat bemötande med underkategorierna Förståelse för helheten och Egenvård och livsstil framkommer att diabetessjuksköterskorna har förståelse för att kvinnorna inte har fokus på sin egenvård på grund av familj och arbete och att kvinnorna kan uppleva det genant att inte ha följt diabetessjuksköterskornas råd vid förra besöket.

Förståelse för helheten

De intervjuade diabetessjuksköterskorna upplevde en förståelse och respekt för kvinnans upplevelse, tolkning av ohälsa och sjukdom samt deras makt och kraft till en livsstilsförändring. Diabetessjuksköterskans förhållningssätt i sin profession utgår från kvinnans upplevelse av diagnosen graviditetsdiabetes. En diabetessjuksköterska uttryckte att det var viktigt att skapa en god och förtroendefull relation i mötet med kvinnan och betonade det motiverade samtalets betydelse i interaktionen mellan diabetessjuksköterskan och kvinnan. Hon betonade att samtalet ska utgå från ett personcentrerat förhållningsätt för att hitta vägar till förändring i deras levnadsvanor som kan minska risken att insjukna med bibehållande av hög livskvalitet. Hon menade att de flesta kvinnor har kunskapen om hur de bör leva, men det är motivationen som oftast saknas. Vidare menade hon att det är viktigt att professionen skapar en god och förtroendefull relation och att i dialog få kvinnan att reflektera över hur viktig de anser att den nuvarande respektive framtida hälsan är och vad kvinnan behöver göra/förändra i sin livsstil.

"det är mycket viktigt att skapa en god och förtroendefull relation och dialog…"

En annan diabetessjuksköterska förtydligade att motivationen är grunden till alla förändringar och att många med diabetes behöver göra stora livsstilsförändringar och för att nå dit måste den enskilda individen vara i centrum.

"Det viktigaste är att jobba med motivationen till en beteendeförändring utifrån ett patientcentrerat förhållningssätt som utgår från kvinnans livsberättelse"

Flera diabetessjuksköterskor förstod att kvinnor med tidigare graviditetsdiabetes har olika individuella utmaningar post partum och att vissa kvinnor kan leva med många krav med flera barn mitt i en yrkeskarriär samt andra påverkande faktorer. De uppgav också att kvinnan efter partum kunde vara uppfylld av sin modersroll som tillsammans med tidsbrist kunde medföra att egenvården prioriterades ned.

"… är inte så lätt med många krav… att dom inte alltid klarar av att hantera nya familjeförhållanden med ett eller flera barn. Många är mitt i sin yrkeskarriär och det är mycket som rycker och drar i olika håll för dem…"

Det fanns även en förståelse för att kvinnorna inte hade möjlighet att ta ledigt från sina arbeten för att komma till ett uppföljande besök att besöket kostade för mycket och att kvinnorna kan uppleva besöket som besvärande genom att blodsockret inte nått rekommenderade nivåer och att de fortfarande har en övervikt samt att de inte motionerat trots råd från diabetessjuksköterskan.

"…kan förstå att dom inte alltid har lust att lägga ner ta ledigt från jobbet för att komma till ett besök…"

"…De kan tycka att det är pinsamt att de fortfarande har lite högt blodsocker eller att de är för tjocka och att de rör på sig…"

En diabetessjuksköterska uttryckte att de är efter några år i professionen som helheten i denna patientgrupp kan förstås

"man får väl tänka om när man träffar dom. Hur dom lever …. och utgår från deras punkt som dom befinner sig…man ser det först när man har arbetat ett tag… när man får kläm på det…"

Egenvård och livsstil

Diabetessjuksköterskornas upplevelse av dessa kvinnors egenvård och förmåga till livsstilsförändring varierade. Vissa upplevde att kvinnorna hade en god egenvård och en sund inställning till sin livsstilsförändring. De menade att gruppen upplevdes positiva, aktiva, intresserade, motiverade och positiv till en livsstilsförändring.

"Känslan är positiv och motivationen är hög till en livsstilsförändring"

Diabetessjuksköterskorna upplevde också att dessa kvinnor hade en god medvetenhet och förstod allvaret gällande utvecklingen av diabetes de upplevde vidare att kvinnor med gott egenansvar kom tillbaka till nästa besök med optimala blodsockervärden.

"… att kvinnorna har en medvetenhet gällande utveckling av diabetes och serr allvarligt på det och en kvinna kom tillbaka med bra värden. Hon tog verkligen tag i det."

De kvinnor som hade en hög motivation upplevdes av diabetessjuksköterskorna som en intressant grupp att arbeta med för att de var yngre och hade en positiv inställning och mycket att ge.

En diabetessjuksköterska beskrev en känsla av att kvinnan var intresserad av provtagning och fann en nöjsamhet i det och andra upplevde att kvinnan kom till det uppföljande besöket "bara" för att komma på en kontroll.

"…kommer för att man ska komma på kontroll. Dom är ganska obekymrade. Inte alla naturligtvis men dom allra flesta är ganska ointresserade…. har jag ett bra blodsocker och då är det väl okey…"

"…vill komma och ta prover och komma på kontrollerna och är nöjda med det"

Diabetessjuksköterskorna upplevde att en del kvinnor har en bristande egenvård och inställning till sin livsstil och saknar kunskap om vad diabetes innebär. Flera menade att kvinnorna tappar sin egenvård efter några år av olika anledningar. Kvinnorna kan klart och tydligt berätta om sina blodsockervärden och vilken behandling de har erhållit under graviditeten men förmår inte upprätthålla detta efter några år.

"… tagit emot behandling och kan redogöra för blodsockervärden. Men sedan tappat bort det när det har gått några år…"

Några upplevde att kvinnorna som kom till det uppföljande besöket var relativt obekymrade och ointresserade.

" Det är lite si och så. En del kommer tillbaka och har diabetes för att man inte har gjort någonting… varierande resultat kan jag säga"

Diabetessjuksköterskorna hade förståelse för att annan kulturell bakgrund kunde inverka. När det gällde kvinnor som uteblev från sina uppföljande besök trots flera kallelser kunde den kulturella bakgrunden vara en orsak till detta.

"…någon som inte har kommit. När maken inte hade tid att följa då kommer inte kvinnan heller…

Diabetessjuksköterskorna påpekade att det ändå är unga friska kvinnor med ett eget ansvar för sin kropp och hälsa.

"De är vuxna och friska människor så att de har ett eget ansvar i det"

DISKUSSION

Sammanfattning av resultatet

Analysen av denna studie utmynnade i ett tema genom två kategorier och fem underkategorier. Huvudtemat är Organisatoriska strukturer av betydelse för makt och kraft i personcentrerat bemötande. De kategorier som identifierades var Organisation och Personcentrerad vård.

I kategorin Organisation beskrivs de faktorer som inverkar på det uppföljande besöket och omfattar både mödravårdens/endokrinmottagningens rutiner men också egna handlingsplaner och förbättringsförslag gällande besöken, samarbete mellan vårdgivare samt belyser möjligheten till preventiva åtgärder för denna viktiga patientgrupp genom underkategorierna Arbetsrutiner, Interaktion mellan vårdgivare och Behov av en stödjande regim.

I kategorin Personcentrerat bemötande med underkategorierna Förståelse för helheten och Egenvård och livsstil redogörs för diabetessjuksköterskornas förståelse för att makt och kraft till livsstilsförändringar kan vara svårt att uppnå i vardagslivet med de krav som arbete och småbarn innebär och diabetessjuksköterskornas upplevelse av kvinnornas kapacitet till preventiva åtgärder gällande sin hälsa och att motivation till förändring kräver ett personcentrerat förhållningssätt.

Resultatdiskussion

Syftet med studien med studien var att belysa primärvårdens diabetessjuksköterskors upplevelse av överrapportering och uppföljning av kvinnor med tidigare graviditetsdiabetes efter förlossningen. Analysarbetet resulterade i två huvudkategorier; Organisation och Personcentrerat bemötande.

Organisation

I analysen framkom att diabetessjuksköterskorna träffade denna patientgrupp på sina vårdcentraler men ansåg att de var få till antalet och kvinnor med utomnordiskt ursprung inte alls förekom på vissa vårdcentraler trots en ökad benägenhet i denna grupp att utveckla graviditetsdiabetes vilket även beskrivits av Ignell et al (2013). Det har genom åren i flera studier uppmärksammats att det finns en diskrepans mellan antalet kvinnor som under sin graviditet får diagnosen graviditetsdiabetes jämfört med antalet kvinnor som följs upp via primärvård, obstetrik eller endokrinmottagning efter förlossningen. Studierna visar att kvinnorna under det första året efter barnets födelse kunde haft besök hos någon av dessa vårdgivare utan att något glukostest utfördes. Det noterades också att vissa etniska grupper föreföll erhålla uppföljning i lägre grad jämfört med andra. (Hunt et al, 2010., Shah et al, 2012,. Eggleston et al, 2016). Diabetessjuksköterskorna i denna studie befarade att bristande överrapporteringen efter förlossningen från mödravården/endokrinmottagningen till primärvården kunde vara anledningen till det låga patientantalet. Konsekvenserna av detta menade de är att kvinnorna tappas bort och hinner utveckla pre- eller manifest diabetes innan de får kontakt med primärvården vilket några av diabetessjuksköterskorna redan hade erfarit. I en studie av Baker et al (2009) undersöktes hur frekvent olika vårdgivare utför screening efter förlossningen på kvinnor som haft graviditetsdiabetes och kom fram till att en av de vanligaste orsakerna till att uppföljningen inte blev av var att kvinnorna tappats bort i systemet. Detta bekräftas i en studie av Keely et al (2010) som också kommer fram till att det inte förefaller vara någon skillnad om uppföljningen utförs av obstetrik eller annan vårdgivare resultaten är lika i båda grupperna. Vidare konstateras att det i en välfungerande hälsoorganisation beror på hur väl systemet lyckas identifiera kvinnor med genomgången graviditets-

AUTOMATISK INSULINJUSTERING OCH KORRIGERING FÖR ETT LÄTTARE* SÄTT ATT STABILISERA GLUKOSNIVÅER[1,2,3]

Vårt nya, mest sofistikerade insulinpumpssystem:

MiniMed™ 780G

TILLGÄNGLIG HÖSTEN 2020

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.[1,2,3,4] 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

*Jämfört med MiniMed™ 670G-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

diabetes för att de ska erhålla adekvat omhändertagande.

Alla diabetessjuksköterskor upplevde att de uppföljande besöken skulle fokusera på preventiva livsstilsåtgärder inte bara provtagning gällande glukosläget för att förhindra eller förlänga tiden för diagnos av diabetes typ 2. I en studie av Gillis-Januszewska et al (2017) påvisades positiva långtidseffekter av livsstilinterventioner utförda av specialistsjuksköterskor i primärvård. Interventionerna bestod av ökad fysisk aktivitet och hjälp till hälsosammare matvanor. Effekten kunde framförallt ses genom förbättrade blodfetter och minskad eller fördröjd risk för att utveckla typ 2 diabetes även om viktminskningen var modest. I en studie av Lie et al (2013) framkom att kvinnorna var mer benägna att äta mer hälsosamt när de slutat amma och att de var överlag positiva till långsiktigt stöd för att själva kunna minska risken att utveckla diabetes genom hälsosam livsstil. I denna studie upplevde de flesta diabetessjuksköterskor att kvinnorna kom till de uppföljande besöken men det fanns också avvikande åsikter. Några upplevde att det kunde vara lite " si och så" med närvaron och en diabetessjuksköterska upplevde att de flesta uteblir. I flera studier framkommer att kvinnor med tidigare graviditetsdiabetes i hög grad uteblir från uppföljningen efter förlossningen vilket kan bero på att de har fullt upp med barnet och familjen men också en oro över att få diagnosen diabetes. (Bennet et al, 2011., Nielsen et al, 2014). Korpi-Hyövälti et al (2012) visade i sin studie en tydlig ökning av antalet kvinnor som kom till de uppföljande besöken efter att kvinnorna fått en påminnelse via telefonsamtal. Bäst effekt hade detta om samtalet kom från en specialistmottagning.

Diabetessjuksköterskorna i denna studie efterlyste ett bredare samarbete med mödravården/ endokrinmottagningen för ett ökat informationsutbyte. De flesta befarade att kvinnorna inte informerats om riskerna i efterförloppet med diagnosen graviditetsdiabetes och flera önskade ett större ansvarstagande och ett kraftfullare agerande från mödravården/endokrinmottagningen gällande detta. I en studie av Tovar et al (2011), identifieras faktorer hos vårdgivarna som kan påverka andelen kvinnor som följs upp efter graviditetsdiabetes. Inkonsekventa riktlinjer, brister i dokumentationen gällande kvinnans diagnos samt dålig kommunikation mellan mödravården och primärvård tas upp som orsaker till det låga antalet uppföljda kvinnor. Resultatet bekräftas i en studieöversikt av Tandon et al (2015), som också menar att denna sårbara grupp kvinnor är lätt att identifiera vilket gör det möjligt för att preventiva åtgärder snabbt kan sättas in, ett faktum som borde ligga i alla de inblandade vårdgivarnas intresse. Förbättrad kommunikation som en nödvändighet i omhändertagandet av dessa kvinnor tas också upp i en studieöversikt Stuebe et al (2010), i studien konstateras att vårdgivarna är medvetna om riskerna med att utveckla typ 2 diabetes efter graviditetsdiabetes och att en av de viktigaste åtgärderna i arbetet att förbättra resultaten är bättre kommunikation mellan obstetrik och primärvård. I denna studie ansåg diabetessjuksköterskorna att mödravården/endokrinmottagningen skulle vara kraftfullare i sin information till kvinnorna under graviditeten. Det framkommer i en studie av Jones et al (2018), att adekvat information gällande framtida risker, nyttan av motion och goda matvanor under graviditeten kan förbättra hälsoläget under graviditeten men också minska risken för att utveckla typ 2 diabetes efter förlossningen om modern haft graviditetsdiabetes. Enligt omvårdnadsteoretiker Merry Elisabeth Scheel (2005), är dialog, kommunikation och samarbete över yrkesgränserna mycket viktigt då angelägenheter som handlar om människors hälsa och sjukdom är komplexa och sällan kan lösas av bara en yrkeskategori. Hon menar att varje yrkesgrupp bidrar till omvårdnaden ur sitt specifika perspektiv.

Diabetessjuksköterskorna i denna studie upplevde att arbetsbördan på arbetsplatsen styrde möjligheten att arbeta med preventiva åtgärder inom den egna specialiteten. De ansåg att denna lilla grupp försvann i mängden av alla andra patienter samt att den inte räknades när antalet patienter per diabetessjuksköterska skulle utvärderas sannolikt på grund av att dessa kvinnor ännu inte har en diabetesdiagnos. Det saknades också lokala vårdprogram för denna grupp vilket gav en osäkerhet om hur kollegor skulle agera och att ansvaret lades på kvinnorna som i vissa fall fick välja om de vill följas upp eller inte. Faktorer som påverkar uppföljningen post partum uppmärksammas i en studieöversikt av Messina et al (2017). I studierna framkom att primärvården sannolikt är den bästa instansen för uppföljning ur ett personcentrerat patientperspektiv och diabetessjuksköterskorna i studierna ansåg att det var i enlighet med deras uppdrag att arbeta preventivt med denna grupp men arbetsbörda, tidsbrist, resursbrist och störningar i arbetsflödet utgjorde hinder för att detta kunde utföras tillfredställande. En annan viktig aspekt var att patientgruppen med prediabetes tävlade med andra hälsoprioriteringar på vårdcentralen och detta kunde innebära att patientgruppen inte identifierades vid besöken. Dessa organisatoriska strukturer som innebär hinder i primärvårdens möjlighet att följa upp dessa kvinnor är sedan tidigare identifierade i flera andra studier som spänner över årtionden (Williams et al 2004., Vermut et al, 2012, Moses et al, 2012, Wylie et al, 2002., Mensah et al 2020). Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv borde de preventiva resurserna i arbetet med denna grupp kvinnor prioriteras. Detta gäller särskilt kvinnor med annan etnisk bakgrund (Sudasinghe, Wijeyaratne & Ginige, 2018). Det är en väldefinierad grupp som borde vara lätt att identifiera och där flera studier funnit evidens för de komplikationer diagnosen kan medföra. Vinsten är att försena och/ eller förhindra att kvinnorna utvecklar typ 2 diabetes med komplikationer samt kardiovaskulärsjuklighet vilket kan komma att belasta vårdapparaten i form av betydande kostnader och resurser (Damm, 2008., Fadl et al, 2014., McQueenie et al., 2019., Claesson, 2016). Det mänskliga lidandet som kan förhindras är omätbart. Scheel (2005) påtalar att sjuksköterskors yrkeskunnande ska bidra till att lösa samhällsproblem på ett realistiskt sätt vilket innebär att omvårdnad ska ha själva uppdraget som mål. Det är viktigt att yrkets målområde är klargjort annars finns risken att yrkeskunnande och identitet blir otydliga och att yrkesutövaren i detta fall diabetessjuksköterskorna inte kan utvecklas i yrket. För att specialistsjuksköterskan i diabetes ska vara trygg i sin roll trots arbetsbörda, tidsbrist och bristande motivation hos patienterna måste det finnas tydliga mål och riktlinjer för arbetsplatsen och det måste finnas en stödjande ledning (Boström et al, 2013).

Skillnader gällande riktlinjer och uppföljning av kvinnor med graviditetsdiabetes där ingen hänsyn till kontextuella hinder för implementering av rekommendationer tas framkom i en studieöversikt av

Personcentrerat bemötande

Resultatet visade att primärvårdens diabetessjuksköterskor upplevde att kvinnors makt och kraft till egenvård och livsstilsförändring var ”lite si och lite så”. Vissa kvinnor upplevdes vara måna om sig själva med en god motivation till sin egenvård, livsstilsförändring samt en medvetenhet gällande utveckling av diabetes typ 2, andra kvinnor upplevdes ha bristande egenvård och kunde förefalla både obekymrade och ointresserade av sin hälsa.

Muhwava et al (2019) belyste i sin studie behovet av en förbättring av hälso-och sjukvården gällande rådgivning och utbildning för kvinnor med graviditetsdiabetes i Sydafrika. Stöd från familjen och hälso- och sjukvårdpersonal var viktigt för kvinnor att uppnå livsstilsförändringar. Erfarenheterna av graviditetsdiabetes medförde en betydande psykologisk börda för kvinnorna, vilket även påverkade motivationen till livsstilsförändring. För att uppnå långsiktiga livsstilsförändringar måste beteendeinterventioner för kvinnor med tidigare graviditetsdiabetes ta itu med sin förmåga, möjlighet och motivation för livsstilsförändringar under och efter graviditeten.

I denna studies resultat framkom vidare diabetessjuksköterskornas upplevelse av förståelse för kvinnan bakom diagnosen graviditetsdiabetes. De hade en förståelse för att kvinnans egenvård och livsstilsförändring kom på ”sidan” om beroende på upprymdhet gällande barnet och den nya familjesituation som uppstått. Vid det uppföljande besöket till diabetessjuksköterskan kunde hon uppleva att makt och kraft inte harmonierade med varandra vilket kunde resultera i en orkeslöshet gällande sin egenvård, ibland en skamkänsla över att inte haft vare sig ork eller tid och därmed fortfarande en övervikt och ett blodsocker som inte normaliserats.

Dennsion et al. (2019), identifierade i sin studieöversikt sex faktorer som påverkade kvinnans inställning till en livsstilsförändring efter genomgången graviditetsdiabetes efter förlossningen. De sex faktorer som synliggjordes; modersrollen och andra prioriteringar, socialt stöd, livets krav, personliga preferenser och upplevelser, uppfattning och information gällande risk att utveckla diabetes typ 2 och ekonomi och resurser. Dessa faktorer hindrade kvinnorna till en hälsosam livsstil efter graviditetsdiabetes. Kvinnorna identifierade sig främst som mödrar och prioriterade sin familj framför sig själva och behövde resurser, tid, energi och information och stöd för att uppmuntra till sund kost och aktivitetsnivåer. Studien påvisade vidare att det även var avgörande hur kvinnorna tolkade de olika samverkande faktorerna vilket kunde motivera eller förhindra en förändring som minskar risken för diabetes. Författarna till studien betonade vikten av att strategier till en livsstilsförändring bör beaktas utifrån kvinnornas erfarenheter och behov för att främja en hälsosammare livsstil.

Diabetessjuksköterskorna upplevde en nöjsamhet hos de kvinnor som kom till det uppföljande besöket och inte hade utvecklat diabetes typ 2 och att många av dessa kvinnor hade goda kunskaper gällande både kost, motion och vad diabetes är för sjukdom. Dessa kvinnor upplevdes komma till både provtagning samt till besök hos diabetessjuksköterskan och var nöjda med det.

I denna studies resultat framkom att en del av diabetessjuksköterskorna upplevde att kvinnorna uteblev från sitt uppföljande besök trots skriftlig påminnelse. En diabetessjuksköterska upplevde att kvinnans bakomliggande kultur kan ha en viss påverkan gällande uteblivna besök till det uppföljande mötet post partum. Flertal avbokade besök kunde innebära en risk att kvinnorna tappades bort från väntelistan.

I studieöversikten av Dennison et al (2019) påvisades också ett behov av att förbättra kvinnors förståelse för typ 2-diabetes och graviditetsdiabetes och att anpassa hälso-och sjukvården under och efter graviditeten för att minska hinder och öka motivationen för testning. Att uppmuntra ett ökat utnyttjande genom att införliva dessa rekommendationer i praktiken kommer att möjliggöra tidigare hantering av diabetes och förbättra långsiktiga resultat. Scheel (2005) beskriver sjuksköterskans omvårdnadspraktik som en kombination av problemlösning, tolkning, förståelse samt moraliskt förhållningsätt i mötet med patienten. Samtliga ingår i varje enskild omvårdnadssituation. Vilka handlingar som krävs i den specifika situationen avgör sjuksköterskan genom en omvårdnadsprofessionell bedömning. Sjuksköterskan som i denna studie är diabetessjuksköterskan ska ta ansvar för att åtgärden inte inkräktar på patientens möjlighet att bevara sin självständighet och egenomsorg enligt Scheel (2005).

Flertal diabetessjuksköterskor upplevde att det var viktigt att skapa en god och stödjande relation samt lyssna in, motivera och anpassa det uppföljandet besöket efter kvinnans behov och önskemål för att stärka kvinnan i sin makt och kraft till en god livskvalitet.

Metoddiskussion

Då studiens syfte var att belysa primärvårdens diabetessjuksköterskors upplevelse av överrapportering och uppföljning av kvinnor med diagnosen graviditetsdiabetes efter förlossningen valdes en kvalitativ design med induktiv ansats för att genom deras berättelser kunna ta del av de erfarenheter som fanns gällande fenomenet. Intervju valdes som datainsamlingsmetod då den har formen av ett samtal vilket anses uppmuntra informanterna att definiera det centrala i upplevelsen samt att utveckla vad som är relevant för dem (Polit & Beck, 2018).

Trovärdighet

För att uppnå trovärdighet måste varje kvalitativ studie utvärderas i relation till det förfarande som genererat resultatet utifrån begreppen tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet enligt Graneheim & Lundman (2004). En studies tillförlitlighet beror på hur väl urval, datainsamling och analysprocess stämmer in på studiens syfte (Polit & Beck, 2018). Informanterna i intervjun bör ha varierande erfarenhet, ålder och kön för att säkerställa att ett bredare perspektiv av fenomenet belyses. I denna studie var alla informanter kvinnor då få män finns i denna yrkeskategori. Detta bör inte ha påverkat resultatet. Informanternas ålder tillfrågades inte då författarna ansåg att vidareutbildning och år i yrket var mer relevant för att fånga variationer i upplevelserna. Dessa två faktorer skiljde sig väsentligt mellan informanterna men trots detta fanns en hög samstämmighet i svaren.

Målsättningen var att rekrytera tio till tolv informanter till studien och sammanlagt tillfrågades aderton diabetessjuksköterskor varav fem tackade nej fyra svarade inte och nio valde att delta. Studien genomfördes under den tid Corona pandemin trappades upp i dessa regioner vilket kan ha påverkat möjligheten att delta. Detta var också anledningen till att endast en påminnelse via mejl skickades. Antalet informanter kan ha påverkat resultatet då mer skiftande erfarenheter hade kunnat framträda med ett bredare urval.

På grund av den pågående pandemin kunde endast telefonintervjuer genomföras. Vid telefonintervjuer kan det vara svårare att förmedla förtroende och intimitet (Polit & Beck, 2018). En av förutsättningarna för en bra intervju är också att den genomförs i avskildhet utan störningsmoment vilket kan vara en risk om intervjuerna hålls på den ordinarie arbetsplatsen (Polit & Beck, 2017). Författarna till denna studie anser inte att detta påverkade intervjuerna negativt för denna grupp informanter. En semistrukturerad intervjuguide användes vid intervjuerna för att fånga upplevelser som stämde med syftet då det anses viktigt för studiens tillförlitlighet att den mest lämpade datainsamlingsmetoden används. En semistrukturerad intervju har den fördelen att frågorna inte behöver tas i samma ordning utan kan anpassas till det som kommer upp under samtalet (Danielson, 2017a). Frågorna i guiden syftade till att ge svar på de erfarenheter som efterfrågades och det fanns möjlighet för deltagarna att lyfta relevanta reflektioner. Intervjuerna inleddes med en pilotintervju för att kontrollera om den fastställda tiden var tillräcklig och om frågeguiden täckte in det som eftersökte. Ingen av intervjuerna tog 30 minuter i anspråk vilket innebar att intervjuerna inte behövde påskyndas.

I två fall genomfördes intervjun av endast den ena författaren som också transkriberade materialet vid de övriga transkriberade den författare som spelade in samtalet. Intervjuerna och den efterföljande analysen genomfördes under kort tid med en öppen dialog mellan de båda författarna gällande skillnader och likheter i innehållet och förändrades inte över tid. Denna konsekvens anses väsentligt för giltigheten i en studie.

För att en studie ska vara överförbar till andra sammanhang är det viktigt att kontext, informanternas egenskaper, data insamling och analysprocessen är tydligt beskrivna. En fullödig redovisning av resultatet med passande citat anses också öka överförbarheten enligt Graneheim & Lundman (2004). För tillförlitlighet gäller att etablera argument för den mest troliga tolkningen. Detta ökar om interpretationen presenteras på ett sådant som tillåter läsaren att hitta alternativa tolkningar (Graneheim & Lundman, 2004)

Etisk diskussion

Informanterna fick före intervjun en inbjudan och ett informationsbrev e-postat till sin arbetsplats. Brevet innehöll en kort presentation av studien vad deltagandet innebar samt att deltagandet var frivilligt och närhelst kunde avbrytas. Bifogat var också ett dokument om skriftligt godkännande vilket inhämtades före intervjustart. De fick också bestämma dag och tid för intervjun. Detta syftar till att värna om informanternas rätt att bestämma om och hur de önskar delta i studien samt skydda informanternas frihet och självbestämmande. Alla informanter var över 18 år hade svenska som modersmål och hade varit yrkesverksamma under 2,5 - 30 år. Detta ansåg författarna säkerställde att informanterna hade förmåga att förstå informationen om deltagande och frivillighet (SFS 2003:460). Författarna har också strävat efter att minimera de risker med påverkan av svar som kan uppstå vid en intervjusituation genom att vara neutral och inte låta den egna förförståelsen i ämnet påverka svaren. För att säkerställa integritetsprincipen avidentifierades transkriberingen och namn på platser och vårdcentraler har medvetet uteslutits för att informanterna inte ska gå att identifiera då vissa vårdcentraler endast har en diabetessjuksköterska i tjänst (Kjellström, 2017). Forskningens syfte är att generera ny kunskap men får enligt Helsingforsdeklarationen inte äventyra människors rättigheter och intressen. Genom ovanstående åtgärder anser författarna till denna studie vara uppfyllt.

Inför intervjuerna hade skriftligt godkännande från respektive verksamhetschef inhämtats.

Kliniska implikationer

I studien framkommer att det finns en samstämmig misstanke hos diabetessjuksköterskorna att kvinnor med tidigare graviditetsdiabetes missas i överrapporteringen från mödravården och endokrinmottagningen till primärvården. För att lyfta denna grupp kvinnor som har mycket att vinna på tidiga preventiva åtgärder bör resultatet av denna studie lyftas till regionala samråd och samverkansgrupper för att gemensamt med mödravården utarbeta övergripande rutiner och riktlinjer som därefter implementeras lokalt. Det finns i diabetessjuksköterskegruppen också önskemål gällande gemensamt forum med mödravården och endokrinmottagningen för ett ökat utbyte av information. Denna interaktion mellan vårdgivare kan ytterligare förstärka att omvårdnaden av kvinnor med tidigare diagnos graviditetsdiabetes förbättras utifrån ett personcentrerat perspektiv.

Förslag till fortsatt forskning

Författarna till denna studie föreslår att en utvärderande studie görs när ett gemensamt forum mellan vårdaktörerna inrättats med antalet remisser och upplevelsen av hur väl orienterade kvinnorna är gällande sin diagnos och fortsatt handläggning som utfallsmått. Ökat samarbete mellan vårdgivarna kan också påverka kvinnas upplevelse av att ha diagnostiserats med graviditetsdiabetes, tiden efter förlossning och de uppföljande kontrollerna vilket kan vara en forskningsfråga för framtida studier.

Slutsats

Primärvårdens diabetessjuksköterskors upplevelse av överrapportering och uppföljning av kvinnor med tidigare graviditetsdiabetes efter förlossningen utmynnar i följande:

Det förefaller finnas behov av att gemensamma rutiner kring överrapportering av dessa kvinnor utarbetas nationellt, regionalt och därefter implementeras i hela vårdkedjan för att ge alla kvinnor möjlighet till uppföljning efter förlossningen.

Ett övergripande samarbete mellan vårdgivarna och möjlighet till gemsamma forum skulle kunna leda till förbättrad informationsöverföring, gemensamma utbildningar för både personal och kvinnorna samt ökade kunskaper om varandras handlingsplaner gällande denna grupp.

De hälsoekonomiska vinsterna med att förebygga diabetesdebut hos dessa kvinnor bör lyftas i ledningsgrupper för att säkerställa primärvårdens diabetessjuksköterskors möjlighet att kunna arbeta preventivt och utveckla behandlingsstrategier med ett personcentrerat perspektiv i fokus.

Författarna till denna studie ser fram mot Nationella Arbetsgruppen för Diabetes planerade vårdprogramarbete för behandling av graviditetsdiabetes som startar i slutet av 2020.

VIBROSENSE DYNAMICS

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

SAVE THE DATE
14-16 April 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

Där finner ni även mallar att använda.

PRELIMINÄRT PROGRAM DIABETESFORUM

Onsdag 14 april 2021	
1100-1200	**Ankomst och registrering**
1200	**Utställning öppnar**
1300	Välkomna Nationella Diabetes Teamet
1315-1430	Diabetespsykologi Föreläsare: Jon Haug
1430-1500	**KAFFE** Postrar & Utställning
1500-1730	**Val av glukossänkande behandling till individer med typ 2 diabetes** Introduktion av moderator Metformin som första linjens behandling eller… Föreläsare: Jan Eriksson Inkretiner Föreläsare: Thomas Nyström SGLT hämning Föreläsare: Björn Eliasson Riktlinjer för behandling av typ 2 diabetes (moderator) En kardiologs synpunkter på glukossänkande behandling Föreläsare: TBD Hur ser våra riktlinjer ut och hur borde de se ut? Föreläsare, Magnus, Löndahl, Stefan Jansson, Anneli Carlsson panelen, Jessica Rosman
1800	Mingel med postervandring, stipendieutdelning

Torsdag 15 april 2021				
0800-0930	**Olika typer av diabetes – vanliga och ovanliga** Anneli Carlsson & Karin Filipsson,	**Hur når vi patienten?** **Rundabordsamtal** (20 min) Moderator Janet Leksell ”Patientupplevelse” Svenska Diabetesförbundet ihop med patienter Att som barn och förälder medverka i en longitudinell studie, erfarenheter från TEDDY Föreläsare: Jessica Melin Chat istället för tjat! Digitala möten för en jämbördig dialog. Föreläsare: Johan Fischer och Eva Toft Youtube, moln, appar, you name it Erfarenheter från Centrum för Diabetes, Stockholm S Föreläsare: Anna Tisäter och Gudrun Andersson,	**Diabetesprevention** **Fetma i unga år** TID och obesitas Föreläsae: Anna Ek Fetma i vuxen ålder Föreläsare: Ylva Trolle Fetmabehandling i allmänläkarens perspektiv Föreläsare: Laureen Lissner	**Typ 2 diabetesbehandling i verkligheten** Framgångsmodeller för behandling vid typ 2 diabetes Föreläsare: Stefan Jansson Skriftlig individuell behandlingsplan (20) Föreläsare: Jessica Rosman Patientfallsbaserad diskussion Glukossänkande behandling vid typ 2 diabetes Föreläsare: Boris Klanger Margareta Hellgren
0930-1000	**KAFFE** Postrar & Utställning			
1000-1015	Vad gör vi för skillnad? **Svenska Diabetes Förbundet**			
1015-1130	The Perfect Storm Föreläsare: Prof William Jeffcoate			
1130-1230	LUNCH			

PRELIMINÄRT PROGRAM DIABETESFORUM

	Postrar & Utställning			
1230-1400	**Typ 1 diabetes** Ett historiskt perspektiv Föreläsare: Mona Landin Olsson Typ 1 diabetes stage 1, primärprevention idag och imorgon? Föreläsare: Helena Elding Larsson Sekundärprevention av typ 1 diabetes Föreläsare: Markus Lundberg Ketoner, ketonmätning och ketoacidos Föreläsare: Katarina Fagher	**Gestationsdiabetes** Bakgrund och riktlinjer Föreläsare: Helena Fadl Kostbehandling Föreläsare: Maria Rehbinder En modell från Skåne, tankar och resultat Föreläsare: Ulrika Moll En modell från Stockholm, tankar och resultat Föreläsare: Carina Ursing	**Hur når vi fram?** Unga kvinnor har behov av mer personcentrerat stöd / se människan. Föreläsare: Marie Lindström och Johanna Nirs Digital egenvårdssupport i primärvård Föreläsare: TBD Tips i mötet med personer med neurokognitiv funktionsnedsättning Föreläsare: Linda EK	**Diabetes och äldre** Hur förändras vård och behandling? Föreläsare: Peter Fors Hur förändras kostrekommendationer? Föreläsare: Inga-Lena Andersson Träning för äldre Föreläsare: Michail Tonkonogi
1400-1445	**Typ 1 diabetes är inte en autoimmnun sjukdom** Föreläsare: Olle Korsgren			
1445-1515	**KAFFE** Postrar & Utställning			
1500-1615	**ÅRSMÖTE SFD**	**ÅRSMÖTE SFSD**	**SDF samtal**	
1615-1715	**Behandling av typ 1 diabetes i framtiden** Pancreas- eller ö-cell transplantation Föreläsare: Per-Ola Carlsson Vad ser vi runt hörnet. Läkemedel och teknik Föreläsare: Johan Jendle	**Munnen tillhör också kroppen** Föreläsare: Björn Klinge	**Nationell kunskapsstyrning – hur långt har vi kommit** Föreläsare: TBD	**Diabetesvård ur ett multikulturellt perspektiv** Framgångsfaktorer vid behandling av personer med diabetes med annan kulturell bakgrund Föreläsare: Sheyda Sofizadeh Webbaserad utbildning Föreläsare: Nouha Saleh Stattin
1900	**MIDDAG**			

Fredag 16 april 2021				
0800-0920	**Nytt från NDR & Swediabkids** Föreläsare: Soffia Gudbjörnsdotter Diabetesenkäten Föreläsare: Maria Swedbo Engström Katarina Eeg Olofsson och Ebba Linder Ett recept för att bli bäst i världen Föreläsare: Karin Åkesson	**Långtidskomplikationer** Kardiovaskulär sjukdom Föreläsare: David Nathansson Den perfekta vårdkedjan vid fotsår Föreläsare: Anneli Björklund & Daniel Lund Njurfunktionsnedsättning och nefropati Föreläsare: Karl Dreja	**Remission av typ 2 diabetes** Livsstilsintervention Föreläsare: TBD Kirurgi Föreläsare: Torsten Olbers Inte remission utan behandling vid typ 2 diabetes Föreläsare: Ingrid Larsson	
0930-1050	**Pumpbehandling & kontinuerlig glukosmätning** Vad finns och när bör det användas? Föreläsare: Jarl Hellman När ska vi inte använda pump eller CGM? Föreläsare: Michael Alvarsson Hur göra? Peter Adolfsson Föreläsare: Victoria Carter	**Långtidskomplikationer** Gastropares Föreläsare: Per Hellström Sexuell dysfunktion hos kvinnor Föreläsare: Ann-Marie Wangel Synnedsättning, maculaödem och anti-VGEF behandling Föreläsare: Therese Granström		
1050-1120	**KAFFE Postrar & Utställning**			
1120-1200	**COVID-19 och Diabetes**			
1200-1300	**Organisation i Sverige & Världen** Föreläsare: Fredrik Löndahl Professor Andrew Boulton			
1300-1315	Avslutning			

D-UPPSATS

Modern diabetesteknik – Vän eller fiende?

En kvalitativ intervjustudie om diabetessjuksköterskors upplevelser av arbetet med diabetesteknik i vården av vuxna patienter med typ 1 diabetes.

Författare: Emma Gutenberg & Emma Widell

Emma Gutenberg *Emma Widell*

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Användandet av modern diabetesteknik ökar ständigt. De diabetestekniska produkterna utvecklas fortgående med nya funktioner som möjliggör individanpassning och stärker egenvården. I utländska studier beskrevs en stress över diabetestekniken hos vårdpersonal som arbetade med patienter med diabetes på grund av bristande rutiner och hög arbetsbelastning.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka hur diabetessjuksköterskor i Sverige upplevde arbetet med modern diabetesteknik i vården av vuxna patienter med typ 1 diabetes.

Metod: Kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats, semistrukturerade intervjuer genomfördes med elva diabetessjuksköterskor som arbetade med vuxna patienter diagnostiserade med typ 1 diabetes. Intervjuerna spelades in, transkriberades ordagrant och analyserades genom kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: I analysen framkom tolv underkategorier och tre huvudkategorier: Patienten och tekniken, Diabetessjuksköterskan och tekniken, Organisationen. Diabetestekniken sågs som en tillgång för patienternas egenvård men krävde individanpassning och ansvarstagande från patientens sida. Den fungerade som ett pedagogiskt verktyg för diabetessjuksköterskorna samtidigt som den skapade hög arbetsbelastning. Diabetessjuksköterskan var den diabetestekniska experten i teamet. I arbetet med diabetestekniken var det betydelsefullt med kollegialt stöd och en fungerande fysisk arbetsmiljö.

Slutsats: Användningen av modern diabetesteknik gynnar patienterna och diabetesvården. Diabetestekniken både underlättar och är en utmaning för diabetessjuksköterskor i Sverige.

Nyckelord: Typ 1 diabetes, diabetesteknik, diabetessjuksköterska, intervju, upplevelse

BAKGRUND

Antalet personer som insjuknar i diabetes ökar ständigt och återfinns hos befolkningar över hela världen. År 2014 beräknades 422 miljoner människor i världen ha en diabetesdiagnos, år 2045 beräknas antalet ha stigit till 629 miljoner. Majoriteten av dessa har typ 2 diabetes men även incidensen av typ 1 diabetes ses öka runt om i världen (World Health Organization, 2019). I Sverige beräknades närmare 440 000 människor ha en diabetesdiagnos år 2018 varav knappt tio procent av dessa hade diagnosen typ 1 diabetes (Svensson et al., 2019).

Diabetes typ 1 och typ 2

Det finns många olika klassifikationer av diabetes, varav typ 1 och typ 2 är de vanligast förekommande. Diabetes typ 1 kännetecknas av att betacellerna i pankreas förstörs, vilket främst tycks ske genom en autoimmun process. Det är inte helt fastställt hur detta fungerar och sannolikt påverkar flera andra faktorer destruktionen. Sjukdomsdebuten kan ske när som helst i livet men huvudsakligen i ung ålder. Tillståndet innebär ett livslångt insulinberoende. Diabetes typ 2 debuterar vanligen senare i livet och påverkas till stor del av livsstilsfaktorer exempelvis övervikt och otillräcklig fysisk aktivitet. Pankreas kan uppvisa en varierande betacellsfunktion och insulinresistens är vanligt förekommande. Tillståndet behöver inte kräva extern insulintillförsel utan andra behandlingsalternativ finns (World Health Organization, 2019).

Komplikationer och egenvård

Diabetes Control and Compliciations trial (DCCT) var en stor studie som undersökte om skillnader i insulinbehandling påverkade risken att utveckla vaskulära komplikationer (Nathan et al., 1993). Ungefär hälften av deltagarna tilldelades en intensivbehandling, där glukoskontroller skulle utföras minst fyra gånger dagligen och behandlingsbeslut, med ett minimum av tre dagliga insulininjektioner, togs därefter. Resterande deltagare erhöll standardbehandling vilken definierades som att vara fri från hyperglykemiska symptom, kontroll av glukos via urin eller plasma en gång dagligen samt en till två dagliga insulininjektioner. Det framkom att deltagarna som

intensivbehandlats hade en betydligt mindre risk att drabbas av kärlkomplikationer förenade med ett högt HbA1c (Nathan et al., 1993). Korrelationen mellan HbA1c och vaskulära komplikationer som framkom i DCCT-studien har även konfirmerats av dess uppföljare Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (EDIC) vilken utvärderade effekten av intensiv insulinbehandling under en längre tidsperiod. Under långtidsuppföljningen påvisades ett metabolt minne som ökade risken att drabbas av vaskulära komplikationer under åratal framåt (Nathan, 2014). Khunti et al. (2015) visade att också hypoglykemiska händelser kunde vara förenade med vaskulära komplikationer även om mekanismerna bakom fenomenet inte blivit helt klarlagda. Patienter med typ 1 diabetes som upplevt en allvarligare hypoglykemi hade en femtio procent högre risk att under de kommande fem åren drabbas av vaskulära komplikationer (Khunti et al., 2015).

Smith et al. (2018) intervjuade vuxna personer med en väl kontrollerad diabetes typ 1 om hur de klarade av att hantera sin sjukdom. Studien visade att kunskap och utbildning om diagnos och behandling var viktigt under hela livet. Rädsla för komplikationer beskrevs som en motivator för att sträva efter metabol kontroll. Regelbunden och frekvent egenmätning av glukosnivåerna var grundläggande för att uppnå förståelse för den egna kroppens reaktioner. Med en väl fungerande egenvård så upplevdes inte diabetesdiagnosen som dominerande utan individerna själva hade kontroll över det egna livet (Smith et al., 2018).

Modern diabetesteknik

I Sverige ses användandet av moderna diabetestekniska hjälpmedel öka. Majoriteten av alla vuxna patienter med typ 1 diabetes använder ett sensorbaserat system för mätning av glukosvärden. Användningen av insulinpumpar ökar kontinuerligt men insulinpump som behandlingsalternativ för insulininjektion är ännu inte dominerande (Svensson et al., 2019).

Begreppsdefinition

I föreliggande studie definieras modern diabetesteknik som sensorsystem och insulinpumpar med tillhörande programvara för avläsning och urladdning av registrerad information.

Sensorbaserad glukosmätning

Det är viktigt för personer med diabetes typ 1 att hålla glukosnivåerna på en stabil nivå för att minimera riskerna för utveckling av komplikationer (Khunti et al., 2015; Nathan, 2014; Nathan et al., 1993). Sensorbaserade system för glukosmätning består av en sensor som appliceras i underhudsfettet och registrerar glukosnivån i vävnadsvätskan (Dovc & Battelino, 2020). Flash Glucose Monitoring (FGM) måste aktivt skannas av användaren med en handenhet eller kompatibel smartphone för att erhålla ett glukosvärde. Continous Glucose Monitoring (CGM) har en sändare som kontinuerligt skickar aktuella glukosvärden till en handenhet, smartphone eller insulinpump. Ett CGM-system har till skillnad från FGM larmfunktioner (Dovc & Battelino, 2020; Svensson et al., 2019). Både FGM och CGM beskrevs vara uppskattade för att patienterna såg dem som tillgängliga och lättanvända (Lawton et al., 2018; Mattishent et al., 2019; Nana, Moore, Ang, Lee, & Bondugulapati, 2019; Sørgård, Iversen, & Mårtensson, 2019). Enligt Lawton et al. (2018) möjliggjorde sensorsystemen att glukosnivåerna mättes i situationer då det annars kunde upplevas obekvämt att kontrollera ett kapillärt plasmaglukosvärde. Systemen underlättade vardagen och dagliga rutiner samt minskade stressen för användarna (Nana et al., 2019). I en studie av Dunn, Xu, Hayter och Ajjan (2018) analyserades FGM-data från användare i flera europeiska länder och där sågs en korrelation mellan antal skanningar per dygn och förbättrade glukosvärden. Studien visade att användarna i genomsnitt skannade sexton gånger per dygn. Vidare sågs en reduktion i antalet hyper- och hypoglykemier samt att mer tid spenderades inom målområdet, i studien definierat som ett glukosvärde mellan 3,9 och 10 mmol/l (Dunn et al., 2018). Sensorbaserade system uppfattades i stor utsträckning som pålitliga (Lawton et al., 2018; Sørgård et al., 2019) och minskade behovet av kapillära plasmaglukoskontroller (Nana et al., 2019).

Sensorbaserade system beskrevs i flertalet artiklar som uppskattade hjälpmedel men de medförde även utmaningar och problem (Lawton et al., 2018; Nana et al., 2019; Polonsky & Hessler, 2013; Sørgård et al., 2019). Sensorerna kunde synliggöra diabetessjukdomen för omgivningen och därigenom upplevdes de stigmatiserande (Sørgård et al., 2019). Lawton et al. (2018) och Sørgård et al. (2019) tog upp vissa CGM-systems behov av att kalibreras två gånger per dygn som något som upplevdes negativt av användarna. Larm, som uppskattades och behövdes och var anledningen att många hade en CGM, kunde vara stressfaktorer (Lawton et al., 2018; Polonsky & Hessler, 2013; Sørgård et al., 2019). För vissa var larmen det som gjorde att de vågade somna på kvällarna medan de för andra störde sömnen. Larmen kunde även upplevas som misslyckanden i och med att de signalerade att glukosnivåerna rört sig utanför målområdet (Sørgård et al., 2019).

Studier av Lawton et al. (2018), Nana et al. (2019) och Sørgård et al. (2019) beskrev hur de sensorbaserade systemen inte bara försåg användarna med aktuellt glukosvärde utan också historik som visade mönster i glukosnivåerna. För användarna var det mest värdefullt med den trendpil som förutsåg hur glukosvärdet beräknades förändras. Enligt Lawton et al. (2018) underlättades beräkningen av måltidsdoser och korrigeringsdoser då användarna genom sensorsystemet kunde se hur glukosnivån steg eller sjönk och i vilken hastighet.

Lawton et al. (2018) och Sørgård et al. (2019) fann att användarna av sensorbaserade system såg det som positivt med möjligheterna att ta fram och analysera historiska data men att det var det få som gjorde det. Den informationen tittade användarna helst igenom gemensamt med läkare eller sjuksköterskor under planerade besök, dels för att det var en vana och något som förväntades, dels på grund av rädsla och osäkerhet i att självständigt ändra insulindoseringen baserat på data från sensorsystemen (Lawton et al., 2018; Sørgård et al., 2019).

Insulintillförsel via insulinpump

En insulinpump injicerar kontinuerligt snabbverkande insulin via en kateter som appliceras i subkutan vävnad. Denna basaldos ersätter den långtidsverkande insulininjektionen som dagligen ges vid behandling med insulinpenna. Vid måltider och vid behov av korrigeringar av höga glukosvärden kan bolusdoser tas manuellt utöver den kontinuerligt pågående basaldosen. I insulinpumpen görs individuella inställningar för beräkning av bolusdoser baserade på kolhydraträkning i kombination med beräkning av hur mycket aktivt insulin som finns i kroppen. Utöver detta finns ytterligare olika funk-

tioner som kan bidra till en förenklad insulindosering och möjliggör finjusteringar för optimerade glukosvärden (Dovc & Battelino, 2020).

Maiorino et al. (2014) och Maiorino et al. (2018) såg att olika glukosparametrar förbättrades hos de som använde insulinpump vid jämförelse med behandling med insulinpenna. Patienterna med insulinpump visade ett förbättrat HbA1c, glukosnivåerna stabiliserades, fasteglukosvärdet sänktes och de drabbades av färre hypoglykemier. Liknande resultat återfanns i observationsstudien av Orr, Hopman, Yen och Houlden (2015) där deltagarna bytte från behandling med insulinpennor till insulinpump och resultatet förblev bestående i de tio år som studien pågick. I studierna av Lawton et al. (2016) och Shulman, Miller, Daneman och Guttmann (2016) beskrevs insulinpumpen av vårdpersonal som ett hjälpmedel som ökade friheten för patienterna. Det ansågs viktigt att den som använder en insulinpump verkligen lärde sig den och dess avancerade funktioner för att ha verklig nytta av tekniken. Annars blev insulinpumpen bara ytterligare ett sätt att injicera insulin på (Lawton et al., 2016; Shulman et al., 2016). Vårdpersonalen i en studie av Lawton et al. (2016) menade att många patienter uppnådde goda behandlingsresultat med en traditionell pennbehandling bestående av flera dagliga injektioner i kombination med utbildning i kost och dosering. En insulinpump ansågs trots det vara ett värdefullt alternativ för fysiskt aktiva individer, patienter med uttalad insulinkänslighet och vid svårbehandlade nattliga hypoglykemier (Lawton et al., 2016). I studierna av Garmo, Hörnsten och Leksell (2013), Maiorino et al. (2014) och Saarinen, Fernström, Brorsson och Olinder (2014) beskrev även patienter hur behandling med insulinpump gav dem en tryggare och flexiblare vardag. Några av insulinpumpsanvändningens negativa aspekter sades av patienterna i studien av Garmo et al. (2013) vara rädsla för en eventuell ketoacidos som skapade oro och ett beroende av att arbetskamrater och familjemedlemmar kunde stötta och hjälpa till vid en eventuell nödsituation. Det upplevdes också stressande att alltid se till att ha tillgång till reservmaterial och behandling. En annan negativ aspekt var att insulinpumpen riskerar att synliggöra diabetessjukdomen för omgivningen (Garmo et al., 2013; Saarinen et al., 2014).

Modern diabetesteknik ur olika perspektiv

Patienternas behov

Enligt Garmo et al. (2013), Lawton et al. (2018), Saarinen et al. (2014) och Sørgård et al. (2019) krävde användandet av modern diabetesteknik strukturerad patientutbildning. I artikeln av Sørgård et al. (2019) framkom att utbildning för patienterna vid uppstart av sensorsystem huvudsakligen varit tillräcklig men patienterna ansåg att den kunde ha varit mer individualiserad. Studierna av Garmo et al. (2013), Lawton et al. (2018), Saarinen et al. (2014) och Sørgård et al. (2019) lyfte komplexiteten hos såväl de sensorbaserade systemen som hos dagens insulinpumpar, att stöd och fortlöpande uppföljning tillsammans med vårdpersonal sågs som en förutsättning för att maximera nyttan med systemen.

Vårdpersonal om patienter och diabetesteknik

Vårdpersonal i studien av Lawton et al. (2020) beskrev det som svårt att avgöra vilken patient som passar för vilken diabetesteknisk produkt och att behandlingsresultaten inte alltid stämde överens med förväntningarna. Under ett mottagningsbesök var det svårt att få en fullständig bild av patienterna. De som från början verkade lämpliga för en viss produkt klarade inte alltid av den, medan vissa patienter som initialt tycktes mindre lämpade kunde hantera avancerad teknik. Lawton et al. (2016) beskrev insulinpumpar som avancerade och krävande och de erbjöds i större utsträckning till patienter som vårdpersonalen ansåg lämpliga. Vårdpersonalens förutfattade meningar grundades främst på patienternas utbildningsnivå och socioekonomiska tillhörighet (Lawton et al., 2016, 2020). Det hävdades i studien av Lawton et al. (2016) att det fanns behov av ett förändrat synsätt för att bedöma vem som var lämplig för nya system och vem som klarade av att hantera dem.

Brister i rutiner och utbildning

I studier av James, Perry, Gallagher och Lowe (2016) och Perry et al. (2017) ansåg vårdpersonal att det fanns olika problem i arbetet med den moderna diabetestekniken. Brist på grundläggande utbildning och fortlöpande kompetensutveckling var en av de största svårigheterna. Flera sade att det var upp till dem själva att hålla sig uppdaterade kring utvecklingen av ny teknik. De beskrev ett behov av kollegor att utbyta kunskaper med, få delta på konferenser om nya diabetestekniska hjälpmedel, samt att få stöd och produktspecifik utbildning från företag. Även diskussioner med patienter om deras system sågs som en betydelsefull källa till kunskap (James et al., 2016). Vårdpersonalen fick i vissa fall stå för utbildningskostnader själva. Det medförde en väldigt varierad utbildningsnivå i arbetsgruppen och tenderade att ge en ojämn arbetsbelastning där de med mer utbildning fick ta mer ansvar (Perry et al., 2017). James et al. (2016) och Perry et al. (2017) beskrev organisatoriska brister gällande rutiner och dåligt utbildade kollegor som tidskrävande och frustrerande. Detta ledde till att vårdpersonal i vissa fall lämnade ut privata kontaktuppgifter till patienterna för att de skulle ha någonstans att vända sig om de fick problem med sina diabetestekniska hjälpmedel. Enligt Perry et al. (2017) riskerade vårdpersonalens diabetestekniska kompetens att påverka vilket stöd patienterna fick beträffande sina hjälpmedel istället för att vårdpersonalen utgick från de reella behoven. Kimbell et al. (2020) och Tanenbaum et al. (2017) ansåg att verksamheten gynnades om vårdpersonalen ingav trygghet, var välutbildad och arbetade strukturerat. Fanns kunskap och förmåga att förmedla den vidare till patienter så kunde det leda till mer självständiga patienter och frigjorde arbetstid för vårdpersonalen. Tanenbaum et al. (2018) menade att då vårdpersonal hade ett positivt förhållningssätt till diabetestekniken blev de mer villiga att ta till sig nya produkter. Genom att de prioriterade att avsätta tid för att analysera data och att matcha rätt patient med rätt produkt gynnades verksamheten.

Organisatoriska aspekter

I studien av James et al. (2016) beskrevs ett begränsat stöd från läkare i det gemensamma arbetet runt patienten gällande diabetestekniska hjälpmedel. Det upplevdes att läkarna förespråkade tekniken men samtidigt var ovilliga att lära sig den, vilket ökade arbetsbelastningen för övrig vårdpersonal. Xu et al. (2015) visade detta genom beräkningar av hur mycket tid diabetstekniken upptog för olika professioner. Enligt schablonuträkningar baserade på ett antal genomförda patientbesök, tog uppstart av insulinpump och initial stabilisering av behand-

FORXIGA® (dapagliflozin) för patienter med typ 2-diabetes

forxiga
(dapagliflozin)

FOR TODAY FOR TOMORROW

I DECLARE-studien, den största kardiovaskulära utfallsstudien med en SGLT2-hämmare som inkluderade 17 160 patienter, visade Forxiga en fördel i jämförelse med placebo både hos patienter **med** och **utan** etablerad kardiovaskulär sjukdom när det gäller det sammansatta effektmåttet sjukhusinläggning för hjärtsvikt eller kardiovaskulär död. Skillnaden i effekt drevs av sjukhusinläggning för hjärtsvikt. Forxiga reducerad även förekomsten av renala händelser i det sekundära sammansatta effektmåttet.

För sjukhuskrävande hjärtsvikt 27% RRR (0,8% ARR)

Riskkvot 0.73 (konfidensintervall 0.61-0.88) Forxiga gruppen 2.5% respektive Placebo gruppen 3.3%, p< 0.001[1]

Progression till nefropati 47% RRR (1,3% ARR)

Riskkvot 0.53 (konfidensintervall 0.43-0.66) Forxiga gruppen 1.5% respektive Placebo gruppen 2.8%, Nominell Signifikans: p<0.0001[1-2]
Renala komponenter i det renalt sammansatta effektmåttet, nefropati = kvarstående eGFR-minskning, njursjukdom i slutstadiet och njurdöd.[1]

Hjälp patienter att nå sina behandlingsmål i dag för att minska risken för händelser av sjukhuskrävande hjärtsvikt eller bidra till att minska risken för renala händelser i framtiden[1]

RRR = relativ riskreduktion, ARR = absolut riskreduktion

References: 1. Forxiga SPC. www.fass.se. **2.** Mosenzon O et al. Lancet Diab Endocrinol 2019, vol 7, augusti 2019. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31196815

Forxiga® (dapagliflozin) 10 mg, filmdragerade tabletter, SGLT2-hämmare. Rx, (F). Subventioneras endast som tillägg till behandling med metformin. **Indikationer:** Forxiga är avsett för vuxna för behandling av otillräckligt kontrollerad diabetes mellitus typ 2 som ett komplement till diet och motion 1) som monoterapi när metformin inte anses lämplig på grund av intolerans 2) som tillägg till andra läkemedel för behandling av diabetes mellitus typ 2. För studieresultat vad gäller kombinationer med andra läkemedel, effekter på glykemisk kontroll och kardiovaskulära händelser, samt vilka populationer som har studerats, se SPC avsnitt 4.4, 4.5 och 5.1. **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: 2019-11-19. För ytterligare information och priser se www.fass.se.

AstraZeneca AB, 151 85 Södertälje. Tel 08-553 260 00. www.astrazeneca.se

AstraZeneca

SE-6281-02-20-FO

lingen ungefär tre gånger så mycket tid för diabetessjuksköterskorna som för läkarna. Detta inkluderade utbildningar i diabetesteknik, fysiska besök och telefonkontakt (Xu et al., 2015).

Vårdpersonal beskrev hur ekonomiska aspekter kunde begränsa patienters tillgång till modern diabetesteknik genom att de i vissa fall måste finansiera sina hjälpmedel privat eller via sjukvårdsförsäkringar (James et al., 2016; Perry et al., 2017). Vid privat införskaffande hade vårdpersonalen ingen kontroll över vilka system patienterna använde och det var inte säkert att de hade tillräckliga kunskaper. Det gjorde det svårt att stötta behandlingsbeslut och kunde leda till en potentiellt patientosäker vård (Perry et al., 2017).

Teoretisk ram

I bakgrunden framkom det att hantering av diabetesteknik kunde utgöra en betungande och svårdefinierad uppgift för diabetessjuksköterskor. Tidsbrist, okunskap och bristande rutiner påverkade arbetet negativt. Lee, Tzeng och Chiang (2019) visade att det var grundläggande för sjuksköterskors hälsa med fungerande coping- och anpassningsstrategier att använda sig av i situationer där de ställdes inför något okänt eller oväntat som kunde orsaka känsla av kontrollförlust. En medveten och aktiv stresshantering påverkade den enskilda sjuksköterskans välbefinnande positivt och detta associerades med en säkrare och mer effektiv vård för patienterna (Lee et al., 2019). För en fördjupad förståelse om hur diabetessjuksköterskor hanterar olika stressorer användes i denna studie coping i kombination med Callista Roys anpassningsmodell som teoretiskt ramverk.

Det finns olika modeller som beskriver hur individer förhåller sig till och hanterar olika former av stress och krav, som i annat fall riskerar att bidra till ohälsa. Callista Roy har utvecklat en anpassningsmodell där det beskrevs att anpassning uppnåddes då individen förhöll sig till den omgivande miljön på ett positivt sätt (Roy & Andrews, 1998). Folkman och Lazarus (1988) har utarbetat en modell kring coping och olika copingstrategier. Gemensamt för dessa modeller är att de beskriver metoder eller attityder för individen att använda sig av vid hantering av olika situationer som innefattar krav eller stress. Det kan vara antingen externa krav och stressorer som kommer utifrån eller interna vilka då kommer inifrån individen själv. (Folkman & Lazarus, 1988; Roy & Andrews, 1998).

Både coping och anpassningsmodellen beskriver olika strategier eller verktyg för att individen ska kunna förändra hur den ser på sig själv och den omgivande miljön i förhållande till upplevelser av krav och stress (Lazarus, 1985; Roy & Andrews, 1998). Roy och Andrews (1998) menade att anpassning uppnås när individer använder sig av reflektion, medvetna tankesätt och försöker skapa ett fungerande samspel mellan människan och dennes omgivning. Kognitiva anpassningsmekanismer beskrevs som medvetna och innefattade hur information uppfattas och bearbetas samt inlärning, bedömning och känslor (Roy & Andrews, 1998). Lazarus (1985) beskrev vissa copingstrategier som aktiva, där individen utför någon form av handling. Det kunde vara att försöka bearbeta kravet eller hotet som stressen utgör genom att se det som en möjlighet till förändring, men det kunde också vara flyktbeteenden, som förnekande eller undvikande. Lindrande coping var en passiv strategi, där individen sökte tröst och lindring genom att reducera, eliminera eller förtränga det stressande elementet. (Lazarus, 1985). Folkman och Lazarus (1988) och Roy och Andrews (1998) menade att då coping och anpassning skedde, så upptäckte individen nya sidor hos sig själv och förmågor som tidigare varit okända.

Problemformulering

Det pågår en kontinuerlig utveckling av diabetestekniska hjälpmedel med alltmer förnyade och förfinade funktioner. För diabetessjuksköterskor som arbetar med personer med typ 1 diabetes har det blivit en del av yrkesvardagen att hantera avancerade tekniska produkter. För att patienterna ska kunna använda diabetestekniken fullt ut krävs det utbildning och stöd från diabetessjuksköterskan. Flera utländska studier beskrev patienternas behov av kontinuerlig kontakt med kunnig vårdpersonal. Samtidigt uppgav vårdpersonal att de krav som den tekniska utvecklingen skapade ledde till känslor av stress och otillräcklighet i vården av patienterna. Diabetesvårdens utformning skiljer sig åt internationellt och det saknas studier som beskriver diabetessjuksköterskors upplevelser av att arbeta med modern diabetesteknik utifrån ett nationellt perspektiv.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka hur diabetessjuksköterskor i Sverige upplevde arbetet med modern diabetesteknik i vården av vuxna patienter med typ 1 diabetes.

METOD

Ansats och design

Studiens syfte var att undersöka och sammanställa diabetessjuksköterskors upplevelser genom kvalitativ metod med induktiv ansats. Enligt Henricson och Billhult (2017) innebär en induktiv ansats att resultatet beskrivs så objektivt som möjligt och att resultatet diskuteras mot den teoretiska ramen.

Urval och deltagare

Deltagare till en intervjustudie med kvalitativ metod ska enligt Danielson (2017a) främst väljas utefter att de anses ha erfarenheter av ämnet och därigenom någonting att berätta om det. För aktuell studie tillämpades ett bekvämlighetsurval och olika diabetesmottagningar i författarnas geografiska närhet kontaktades. Sammanlagt kontaktades fem regioner som genererade kontakt med diabetessjuksköterskor från elva diabetesmottagningar. Inklusionskriteriet var diabetessjuksköterska med minst ett års erfarenhet av att arbeta på mottagning för vuxna personer med typ 1 diabetes. Detta kriterium valdes för att säkerställa att de intervjuade hade erfarenhet och förståelse för både mottagningsarbete, aktuell diagnos samt behandlingen av denna. Enligt Henricson och Billhult (2017) är det vid en kvalitativ metod viktigare med intervjuernas innehåll än dess antal. Målet var att genomföra tio intervjuer i och med att studien utfördes under en begränsad tidsperiod.

Genomförande och datainsamling

Inför studien togs en initial kontakt med verksamhetscheferna för de diabetesmottagningar som valts ut för att ta reda på eventuellt intresse av medverkan i studien. Verksamhetscheferna kontaktades i första hand per telefon, i undantagsfall då telefonnummer inte kunde inhämtas användes istället mejl. I nästa steg skickades en projektplan med separat informationsbrev och samtyckesblankett ut till samtliga intresserade verksamhetschefer för inhämtning av samtycke till studien (bilaga 1). Informationsbrevet innehöll information om studien med en

kort introduktion till ämnet, samt information om att deltagarnas medverkan baserades på informerat samtycke. De verksamhetschefer som inte lämnat sitt samtycke inom en vecka fick ett påminnelsemejl.

Samtliga verksamhetschefer som lämnat samtycke ombads att vidarebefordra ett informationsbrev (bilaga 2) till berörda medarbetare. Informationsbrevet innehöll information om studien med kort bakgrund till ämnet modern diabetesteknik, information om frivilligt deltagande med rätt att när som helst avbryta medverkan, att deltagaren väljer mellan en intervju på deltagarens arbetsplats eller per telefon, att de kommer spelas in samt beräknad tidsåtgång.

Deltagarna mejlade sedan in individuella samtyckesblanketter och information om kontaktuppgifter direkt till författarna. De deltagare som lämnade sitt samtycke svarades via mejl för att bestämma tid och plats alternativt telefonnummer för genomförande av intervjun. Av elva intervjuer genomfördes två på deltagarens arbetsplats och resterande nio genomfördes via telefon.

Datainsamlingsmetoden utgjordes av semistrukturerade intervjuer. En frågeguide sammanställdes med öppna frågor i kombination med förslag på följdfrågor.

Enligt Danielson (2017a) bör intervjuguiden ses som ett stöd för intervjuaren som måste vara väl förtrogen med frågorna. Av praktiska skäl genomfördes intervjuerna av författarna var för sig. Intervjuer som genomförs på plats och intervjuer som genomförs via telefon får ett liknande utfall enligt Danielson (2017a).

En provintervju genomfördes för att prova intervjuguiden och deltagaren informerades om att innehållet kunde komma att inkluderas i studien om det svarade på syftet. Deltagaren i provintervjun fick ta del av samma informationsbrev som övriga deltagare. Efter provintervjun arbetades intervjuguiden till viss del om och några frågor justerades (bilaga 3). I början av alla intervjuer skedde en presentation av författare, studiens syfte och upplägg samt att deltagaren när som helst hade rätt att avbryta intervjun.

Deltagarna informerades även om när diktafonen slogs på och av, samt att alla deltagare och verksamhetschefer som givit sitt godkännande ska få en färdig version av studien utskickad via tidigare uppgiven mailadress. Intervjuerna tog mellan 20 och 40 minuter att genomföra. För avidentifiering av intervjuerna skrevs tid och datum för bokade intervjuer på lappar som sedan lottades och tilldelades numren ett till elva i tur och ordning, det tilldelade numret användes sedan vid dataanalys och sammanställning av resultatet och eventuell citering.

Dataanalys

Den dataanalysmetod som använts var en kvalitativ innehållsanalys beskriven av Graneheim och Lundman (2004). Efter genomförd intervju transkriberades inspelningarna snarast möjligt av samma person som utfört intervjun. Transkriberingen var omfattande och gjordes ordagrant, detta beskrivs av Danielson (2017b) som även specificerar att det inte enbart är de talade orden ska skrivas ner utan även pauser, skratt och övriga ljud som fångats upp på inspelningen.

Med undantag för provintervjun var det endast den som intervjuade som lyssnade igenom inspelningen, de färdiga transkriberingarna lästes dock igenom av båda författarna för analys.

Samtliga transkriberingar lästes igenom upprepade gånger av författarna var för sig innan allt innehåll som stämde med syftet för uppsatsen markerades och diskuterades gemensamt.

Nya dokument sammanställdes där endast deltagarnas upplevelser inkluderades och ur dessa togs meningsenheter ut som sågs svara till syftet. Meningsenheterna kondenserades till kortare meningar och kodades för att tydliggöra textens sammanhang.

Underkategorier skapades genom att sammanföra koder med liknande betydelse. De underkategorier som sågs tillhöra samma område sammanfördes till huvudkategorier (exempel i tabell 1 på sid 33).

Forskningsetiska överväganden

Studien följde de fyra forskningsetiska krav som beskrivs av Vetenskapsrådet (2002) vilka är information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande.

De intervjuade diabetessjuksköterskorna har informerats om syftet med studien och villkoren för deras deltagande både skriftligt och muntligt innan genomförande av intervjun. Informerat samtycke gavs av de intervjuade till medverkan efter att respektive verksamhetschef godkänt att studien genomfördes på den aktuella arbetsplatsen. Samtliga informerades om och skrev under på att de var medvetna om att de hade rätt att avbryta medverkan närhelst de ville utan kritik eller andra negativa följder.

Vad gällde konfidentialiteten så har inspelat och transkriberat material, både i fysisk och digital form, förvarats inlåst eller lösenordsskyddat. Efter studiens slut kommer allt material förstöras eller raderas.

Allt material avkodades redan vid transkriberingen och tilldelades en individuell kod genom lottning. Materialet har endast använts för den aktuella studiens syfte för att uppfylla kravet på etiskt nyttjande.

Samtliga verksamhetschefer och diabetessjuksköterskor har enligt rekommendationer från Vetenskapsrådet (2002) fått information om att den färdiga uppsatsen kommer skickas ut till alla som medverkat.

RESULTAT

I följande resultat beskrivs att den moderna diabetestekniken kan påverka omvårdnaden både som behandlingsalternativ men även som pedagogiskt hjälpmedel.

Det beskrivs även hur utvecklingen av diabetestekniska hjälpmedel bidrar till ökad arbetsbelastning och ett ökat behov av utbildning både för patienterna och de intervjuade.

Samarbetet med kollegor på diabetesmottagningen och hur den fysiska arbetsmiljön påverkar arbetet beskrivs även det. Tolv diabetessjuksköterskor anmälde intresse och intervjuer bokades med samtliga, en avbröt sin medverkan av personliga skäl innan intervjun genomfördes.

Övriga elva kom att inkluderas i studien, de var utspridda på sju olika diabetesmottagningar inom alla fem regionerna.

De intervjuade hade varierande utbildningsnivå med minst grundutbildning till legitimerad sjuksköterska och fristående diabetesspecifika kurser motsvarande minst 15 högskolepoäng enligt dagens poängsystem.

De intervjuade var mellan 37-65 år och hade arbetat på diabetesmottagning med typ 1 diabetes i minst fem år till mer än 20 år.

Resultatet har delats upp genom tre huvudkategorier med sammanlagt tolv underkategorier (se tabell 2 sid 33).

Tabell 1: Exempel på analysförfarande

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
Vi ser mycket mer vi ser vad som händer med blodsockret när man äter det och det och vi kan utvärdera på ett helt annat sätt. Och det blir ju också en grund för utbildning liksom både för oss och dom som lever med diabetes.	Att se hur blodsockret påverkas vid matintag ger en grund för att kunna utbilda patienter med diabetes.	Patientutbildning	Modern diabetesteknik som pedagogiskt stöd	Patienten och tekniken
Ja, och sen har man ju ett stort egenansvar där också tänker jag att hålla sig uppdaterad kring allt som sker. Jamen det är väl kanske det här lite att man behöver vara uppdaterad på ett annat sätt.	Ett stort egenansvar att hålla sig uppdaterad på ett nytt sätt.	Egenansvar	Utbildning – det ligger i ens eget intresse	Diabetessjuksköterskan och tekniken
Det finns jättemycket intresse men det är ju vi diabetessköterskor som kan det här. Men sen är det en del av läkarna som har lite övertro och tycker att alla patienter ska ha pump och CGM och senaste möjligheten. Medans vi diabetessköterskor tänker ja men hallå där, du känner inte den här patienten, det gör jag!	Det är diabetessjuksköterskorna som kan tekniken och känner patienten, läkarna kan ha intresse men också en övertro på tekniken.	Kompetens	Diabetessjuksköterskans expertis	Diabetessjuksköterskan och tekniken
Medan andra strängt följer budgeten och då blir det lite att en del patienter får beroende på vårdgivaren bra teknik medan andra får stå tillbaka. Det kan bli konflikter i gruppen om någon är för snäll och någon är för hård.	Patienten får vård beroende på vårdgivare om alla inte tänker likadant kring budget, det kan leda till konflikter i arbetsgruppen.	Budget Konflikter	Ekonomi och arbetsmiljö	Organisationen

Tabell 2: Kategorier och underkategorier

Tabell 2: Kategorier och underkategorier	Underkategorier
Patienten och tekniken	Att lära känna sin diabetes Tekniken fungerar inte av sig själv Allt passar inte alla Modern diabetesteknik som pedagogiskt stöd Människan bakom tekniken
Diabetessjuksköterskan och tekniken	Attityder till teknik Viktigt att få lära succesivt Utbildning – det ligger i ens eget intresse Diabetessjuksköterskans expertis
Organisationen	Stödet från kollegorna Arbetsbelastning Ekonomi och arbetsmiljö

TANDEM™ DIABETES CARE

Rubin medical

t:slim X2™ insulinpump från Tandem Diabetes Care 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. Tillsammans med Dexcom G6 CGM ger Control-IQ-teknologi automatisk justering av insulindoseringen för 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)* jämfört med SAP. Hela 97 % av patienterna upplevde systemet som enkelt att använda**.

För mer information, prata med din produktspecialist på Rubin Medical. **www.rubinmedical.se**

2,6 timmar

Motsvarar 2 timmar och 36 minuter mer per dygn inom målområdet(*).

97%

97 % tyckte att systemet var enkelt att använda(**).

Referenser:

**) 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.*

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

t:slim X2™ Insulin Pump

SE-1458-200916

Patienten och tekniken

Att lära känna sin diabetes

Utvecklingen och införandet av allt mer avancerad modern diabetesteknik inom diabetesvården beskrevs av de intervjuade diabetessjuksköterskorna underlätta för patienterna att bli mer självständiga i behandlingen. Den bidrog till helt nya sätt för patienterna att förstå och hantera egenvården genom den information som tillhandahölls genom urladdning av sensorsystem och insulinpumpar.

"Det var någon som sa det till mig, en av mina patienter, att nu har jag ju liksom lärt känna min diabetes på nytt. Den har haft diabetes i trettio år och tänkt att det är såhär jag fungerar…" (intervju nr 4)

Patienternas ansvar och engagemang för diabetestekniken ansågs viktigt enligt de flesta intervjuade diabetessjuksköterskorna. De moderna hjälpmedlen med dess många möjligheter kunde ge patienterna något nytt att fokusera på och beskrevs som motiverande för behandlingen.

"Med den här tekniken så hjälper man ju dem till väldigt mycket möjligheter, till att hålla en väldigt mycket bättre metabol kontroll. Och det är ju också ganska fiffigt när de hittar det där... och det går ju bra! De börjar känna sig säkra och börjar använda det här som kanske känns väldigt konstigt." (intervju nr 5)

Samtidigt förklarade några av de intervjuade att analys av urladdad information också kunde innebära ett intrång i patientens privatliv och att det var viktigt att respektera patientens vilja till djupgående analys.

Tekniken fungerar inte av sig själv

Att få patienter intresserade av att använda diabetestekniska hjälpmedel påstods vara relativt enkelt. Enligt några intervjuade var det desto svårare att se till att hjälpmedlen nyttjades till fullo. Samtliga intervjuade menade att det fanns ett stort behov av patientutbildning och uppföljningar när patienter blev introducerade för ny diabetesteknik för att säkerställa att de tagit till sig all nödvändig information. De intervjuade beskrev hur detaljerade utbildningar eller uppföljningar inte hunnits med då nya hjälpmedel lanserats och det skett ett stort antal uppstarter under en kort tidsperiod. Då patienterna inte förstått hjälpmedlens syfte eller funktioner riskerade sensorsystem och insulinpumpar förbli outnyttjade fram till nästa planerade besök.

"[Patienterna behöver] ta mer ansvar själv, och hur ska man… Hur man ska locka fram det och hjälpa dom med det?" (intervju nr 9)

Flera av de intervjuade diabetessjuksköterskorna menade att en del i patienternas ansvar var att de såg till att ladda ur de olika systemen inför besöken på mottagningen. Då alla patienter inte hade den möjligheten underlättade det om patienterna hade inloggningsuppgifter och lösenord redo vid besöket.

"Hela besöket gå åt till att man ska försöka få till en… Att de kommer in i ett system till exempel och då känns det ju som att det är ju liksom inget bra besök. För det är ju liksom… Ja… Det är ju så mycket annat som man vill ägna sig åt på besöket." (intervju nr 7)

Några diabetessjuksköterskor beskrev en ökad flexibilitet i kontakten med patienterna då de kunde ladda ur sina system utanför mottagningen. Fysiska besök och uppföljningar behövdes inte alltid bokas utan de kunde ske till exempel över telefon.

Allt passar inte alla

Samtliga av de intervjuade beskrev hur viktigt det var att patienterna gavs tillgång till diabetestekniska hjälpmedel som svarade till deras behov och önskemål. Diabetestekniken fick inte vara för avancerad för patienterna att hantera i vardagen samtidigt som de skulle erbjudas de funktioner som de efterfrågade och hade användning för. Att vara lyhörd för patienternas önskemål innebar att vara beredd att skifta fokus och tänka nytt. Enligt några intervjuade fanns det hos dem en föreställning om att yngre patienter skulle klara av att hantera diabetesteknikens alla funktioner bättre än äldre patienter. Förutfattade meningar av det slaget stämde inte alltid, utan detta var snarare individuellt.

"Möjligheterna är många, väldigt många. Det gäller att ha rätt patient för rätt teknik. Det kan vara svårt. […] Hur ska man bedöma en patients möjligheter att använda sig av systemen på ett bra sätt?" (intervju nr 8)

Några av de intervjuade berättade hur de hade ställt krav på specifik kunskap innan uppstart av nya diabetestekniska hjälpmedel, exempelvis att patienten skulle kunna kolhydraträkna innan de startade upp en insulinpump med bolusberäkning. Det var svårt för de intervjuade att skapa rutiner i att bedöma och utvärdera patienternas kunskap och utveckling.

"Så att även om man lär sig produkten själv när man sitter på mottagningen så måste man alltid se till så att patienterna kan den för annars så använder de den inte. De är så sofistikerade de här pumparna så man måste ju lära sig dem för att kunna använda dem riktigt." (intervju nr 6)

Modern diabetesteknik som pedagogiskt stöd

Att kunna ladda ur och analysera information från diabetestekniska hjälpmedel gav enligt de intervjuade ökade möjligheter att vägleda patienterna till optimal insulinbehandling och kunna ge mer kontreka råd baserade på fakta. Genom en dialog med patienterna kring glukosvärden kontra insulindoser i olika sammanhang kunde diabetestekniken enligt några av de intervjuade bidra till en utveckling av pedagogiken i mötet. En intervjuad diabetessjuksköterska beskrev hur positivt det var att kunna använda urladdningssystemen som ett visuellt hjälpmedel och kunna visa på olika partier av den urladdade informationen och öppna för dialog med patienten:

"Man har någonting att prata om! Nämen, då kan man ju diskutera utifrån det som man ser. En del är ju inte så jättelättpratade direkt heller…" (intervju nr 3)

Människan bakom tekniken

I många av intervjuerna uttrycktes en oro att diabetestekniken tog över för mycket under patientbesöken. Flera av de som arbetat länge inom yrket upplevde att fokus med tiden skiftat från individen till de diabetestekniska hjälpmedlen. Många intervjuade poängterade att diabetestekniken riskerade att ta för mycket tid av besöken på bekostnad av patientens övriga behov.

"Det kan nog ibland bli att det blir för mycket teknikprat […] och inte så mycket om livet i sig. Att man inte får glömma bort människan i tekniken…" (intervju nr 9)

Diabetessjuksköterskan och tekniken

Attityder till teknik

Bland de intervjuade diabetessjuksköterskorna varierade det personliga intresset för teknik utanför arbetet, samtidigt beskrev samtliga att det var viktigt att vara teknikintresserad i yrket. En av de intervjuade uppskattade att ungefär åttio

procent av arbetet på något sätt berörde arbete med diabetesteknik. Den generella inställningen till utvecklingen av moderna diabeteshjälpmedel var positiv hos alla intervjuade även om flera poängterade att ny diabetesteknik också måste tillföra någonting.

"[…] alltså man är ju positiv till ny teknik så länge man ser… Alltså att det finns en vinst med det." (intervju nr 4)

Det uttrycktes att med begränsningar hos diabetessjuksköterskan så påverkades patienten, dels genom att dennes valmöjligheter och behandlingsalternativ inskränktes, dels genom minskat stöd och en oförmåga att individanpassa. Några betonade vikten av att vara öppen för ny diabetesteknik och inte vara rädd att prova sig fram för att hitta rätt alternativ för patienten. Osäkerhet och rädsla för teknik lades åt sidan då de intervjuade såg att systemen var till gagn för patienterna, bland annat genom förbättrade glukosvärden och förbättrad livskvalitet.

"I stort så upplever jag att livskvaliteten är bättre när man får ha en sensor." (intervju nr 2)

Några av de intervjuade påstod att skillnader i ålder kunde påverka arbetet med diabetestekniken och upplevde att de yngre kollegorna hade lättare att ta till sig ny teknisk information. Framförallt vid felsökningar kunde det upplevas vara en fördel för yngre diabetessjuksköterskor i och med en förmodad större vana av teknik utanför arbetet.

Viktigt att få lära successivt - om att få vara ny

Flera av de intervjuade diabetessjuksköterskorna hade mångårig erfarenhet av att arbeta på diabetesmottagning, de beskrev hur de successivt kunnat anamma de moderna diabeteshjälpmedlen allteftersom de lanserats. De som hade färre yrkesverksamma år på diabetesmottagning beskrev hur komplext yrket är och hur viktigt det är att få vara ny. Enligt en diabetessjuksköterska skapades med tiden en trygghet trots den initiala känslan av att vara överväldigad av de olika produkterna och deras avancerade utformning och funktioner.

"För den stora utbildningen just i teknik egentligen, börjar när man jobbar med den. Då när man lägger tekniken till de som är ens patienter. Jag tror man måste fatta att det här tar tid." (intervju nr 5)

Utbildning - det ligger i ens eget intresse

Rutiner för kompetensutveckling gällande modern diabetesteknik fanns inte enligt någon av de intervjuade. Flera poängterade att, för att arbetet med den moderna diabetestekniken ska fungera så behövdes utbildning från företagen. På de flesta mottagningar togs produktspecialister in i samband med att patienter startade upp eller bytte till nya system. Dessa uppstarter sågs även som utbildningstillfällen för diabetessjuksköterskorna och en chans att inhämta den senaste informationen om företagets produkter. I perioder skedde kontakten med produktspecialisterna mer sällan vilket ledde till färre tillfällen att utbildas eller uppdateras. En av de intervjuade efterlyste företagsoberoende kurser, en annan tog sitt egenansvar vidare och beslöt sig för att bekosta sina egna utbildningar. Avsaknad av strukturerad utbildning kunde skapa en stress och känsla av otillräcklighet. Några ansåg att intresserade och uppdaterade patienter kunde utgöra viktiga kunskapskällor som bidrog till inspiration och motivation. Genom att de intervjuade provade nyutkomna hjälpmedel själva eller tog lärdom av patienterna utvecklades deras kunskaper och erfarenheter av att arbeta med modern diabetesteknik med tiden.

"Så det är lite learning by doing. Man kommer ju på saker efter hand!" (intervju nr 9)

Diabetessjuksköterskans expertis

Diabetesteamen där de intervjuade diabetessjuksköterskorna ingick såg lite olika ut till omfattning, vilka professioner som var representerade och hur nära samarbetet var interprofessionellt. Under intervjuerna framkom det att i arbetet med modern diabetesteknik så var den profession som var mest involverade i diabetestekniken, förutom diabetessjuksköterskorna, läkarna. Några av de intervjuade beskrev läkarna som intresserade men många upplevde en avsaknad av förståelse och kunskap om arbetet med diabetestekniken.

"Ja men det skulle ju bli mera TYNGD bakom det hela, tänkte jag säga… Om… Om vi pratar samma språk… Doktorn och jag, tänkte jag säga…" (intervju nr 7)

Några diabetessjuksköterskor beskrev hur läkarna kunde föreslå ett system till en patient utan att ha ordentlig kännedom vare sig om systemet eller om patienten. Detta riskerade att orsaka interprofessionella konflikter och patienter som antingen blev besvikna på diabetstekniken eller startades upp med system som inte passade dem. Många läkare deltog inte vid de utbildningstillfällen som gavs och ansågs inte vara tillräckligt uppdaterade.

"...de har ingen koll på vad de föreslår. […] Det är naturligtvis vissa som har jättebra koll. Medan andra har ingen koll. Det är… svårt… Jag vet inte om det beror på att det inte finns ett intresse, eller tid eller…" (intervju nr 11)

Alla diabetessjuksköterskor var eniga om att det var de som var experterna på den moderna diabetestekniken i relation till omvårdnaden. Besluten om diabetestekniska hjälpmedel och vem som passade för vad lämnades för det mesta över till dem. Yrkesområdet beskrevs som oerhört specialiserat och insikten om att de intervjuade besatt en kunskap som inte existerade bland kollegor var utmanande men också motiverande. En av de intervjuade berättade om en händelse då dennes expertis behövdes då en patient hamnat på intensivvårdsavdelningen med en ketoacidos:

"Pumpen fungerar inte och så kommer man upp där och ber patienten att visa och man ser exakt att jo men det är ju inget flöde i slangen och så byter man det och så funkar det! […] Och här kan man fixa på en timme det som patienten tagit upp plats på IVA för…" (intervju nr 10)

Organisationen

Stödet från kollegorna

Stöd från andra de närmaste kollegorna beskrevs av flera intervjuade vara mycket viktigt i arbetet med den moderna diabetestekniken. Flera uttryckte en önskan om ännu tätare och också mer strukturerat samarbete med de närmaste kollegorna, eftersom det för de flesta endast skedde spontant och i mån av tid. Det fanns en förhoppning om att gemensam analys av urladdad information kunna leda till ökad kunskap och förståelse, speciellt eftersom kollegorna hade olika erfarenheter sedan tidigare. En annan aspekt av att ha stöttande kollegor var möjligheten att ventilera svårigheter och problem kring diabetestekniken på arbetet och inte behöva fundera vidare efter arbetstid.

Arbetsbelastning

Antalet patienter per diabetessjuksköterska överskred på flera mottagningar de rekommenderade ledtalen vilket skapade en stressig arbetssituation. En

avvägning mellan att hålla de egna kunskaperna uppdaterade och att försöka upprätthålla en kontinuerlig besöksfrekvens beskrevs vara en prioritering. Några av de intervjuade såg inte tidsbristen som ett direkt hinder utan beskrev det mer som ett moment som krävde en ny typ av planering av arbetet på diabetesmottagningen. Andra poängterade att själva planeringen också tog tid och måste göras grundligt, speciellt inför uppstarter med nya diabetestekniska hjälpmedel. En diabetessjuksköterska berättade att arbetet med diabetestekniken prioriterades högt på diabetesmottagningen men kunde inte redogöra för vad som egentligen prioriterades bort.

"Det kanske är annat som blir lidande... Det vet jag inte…" (intervju nr 1)

Andra beskrev att de medicinska momenten, så som att undersöka fotstatus eller kontrollera blodtryck, prioriterades bort från diabetessjuksköterskans besök och komprimerades till det årliga läkarbesöket. Prioriteringar framtvingade på grund av tidsbrist kunde skapa en oro och stress hos många av de intervjuade.

Ekonomi och arbetsmiljö

Ekonomiska frågor kunde leda till slitningar i arbetsgruppen då alla inte hade samma inställning till hur de skulle förhålla sig till budgeten, vilka prioriteringar som skulle göras och vem som var ansvarig för dem. Några intervjuade upplevde en stress i att ibland behöva neka patienter hjälpmedel de var i behov av på grund av ekonomiska begränsningar.

"Också sitter jag här med patienten och känner att den här skulle faktiskt behöva den här pumpen som kan stoppa innan det blir för lågt men det finns inga pengar… Det är inge kul!" (intervju nr 9)

Hinder i den fysiska arbetsmiljön utgjordes främst av problem med datorer som inte hade tillräcklig kapacitet för att ladda ur eller ens installera programvara för urladdning. De intervjuade kunde känna stress över datorernas opålitlighet då de var beroende av datorerna för att kunna utföra nödvändiga arbetsuppgifter.

"För det som är bra kan ju ta väldigt lång tid eftersom man har dåliga datorer och dåliga gamla hårddiskar." (intervju nr 10)

Flera diabetessjuksköterskor påpekade att hinder i deras arbetsmiljö även påverkade patienterna och ifrågasatte hur professionella de fick dem att framstå.

DISKUSSION

Sammanfattning

Studien visade att arbetet med modern diabetesteknik utgjorde en betydande del av en diabetessjuksköterskas arbetsuppgifter. Det var de som var experterna och som hade det största ansvaret i teamet. Diabetestekniken kunde tjäna som ett viktigt pedagogiskt stöd för diabetessjuksköterskorna och ge patienterna nya perspektiv på sin sjukdom och behandling. Samtidigt ansågs det viktigt att inte glömma människan bakom tekniken i mötet med patienten. Det saknades i många fall rutiner för utbildning och en tydlig struktur för prioritering och planering av arbetet på diabetesmottagningen. Påfrestningar i form av stress kunde uppstå på grund av brister i den fysiska arbetsmiljön och av påtvingade ekonomiska begränsningar.

Resultatdiskussion

I arbetet med diabetestekniska hjälpmedel hade diabetessjuksköterskorna helhetsbilden genom att de oftast kunde hjälpmedlens funktioner och även var ansvariga för behandlingsbeslut utifrån de tolkningar de gjorde av urladdad information. I resultatet beskrevs det betydelsefullt med aktiva och ansvarstagande patienter för att kunna utnyttja tekniken till fullo. Enligt Lawton et al. (2018) och Sørgård et al. (2019) var många patienter osäkra att ta egna behandlingsbeslut och efterfrågade stöd från vårdgivaren, samtidigt hade egenvård visat sig vara en viktig faktor för en god metabol kontroll (Smith et al., 2018). Vår studie visade att det var en fördel för diabetessjuksköterskorna att kunna använda urladdad information från olika tekniska produkter som pedagogiskt stöd för att stärka patienten i egenvården. Informationen gav ett visuellt förtydligande och blev ett verktyg för utbildning av hur glukosvärdet påverkades av de olika val som individen hela tiden gjorde. Diabetessjuksköterskorna strävade efter att engagera patienterna och ge dem tillräcklig kunskap för att själva fatta beslut om sin diabetesbehandling. Det var också viktigt för dem att anpassa hjälpmedel efter patient för att bästa möjliga livskvalitet skulle uppnås. Det framkom under intervjuerna att det kunde vara svåra bedömningar att göra, något som även Lawton et al. (2020) bekräftar.

Ett bättre organiserat samarbete över professionsgränserna efterfrågades hos flera av de intervjuade, främst med läkarna. Det här är ingen unik uppfattning utan den har beskrivits tidigare av James et al. (2016). Kanske skulle ett mer öppet klimat och en tydligare ansvarsfördelning kunna underlätta för båda professionerna? Om det fastställdes rutiner för patientbesök för både läkare och diabetessjuksköterskor där det framgår vilket ansvar det finns för urladdning, avläsning och eventuell uppstart av nya hjälpmedel skulle det troligen kunna spara en hel del frustration hos båda parter.

I många studier har patienter uttryckt hur mycket deras olika system, sensorsysten, insulinpumpar eller de båda tillsammans underlättat för dem att hantera sjukdomen (Garmo et al., 2013; Lawton et al., 2018; Saarinen et al., 2014; Sørgård et al., 2019). En liknande uppfattning uttrycktes hos de intervjuade diabetessjuksköterskorna i den här studien vilket gjorde dem positivt inställda till den diabetestekniska utvecklingen. Det är troligt att då patienter gagnas genom mer anpassade behandlingsalternativ så verkar det motiverande för personalen. Perry et al. (2017) beskrev att det fanns skillnader i intresse och kunskap hos vårdpersonal och att det innebar inskränkningar i patienternas valmöjligheter, något som var viktigt för diabetessjuksköterskorna i föreliggande studie att undvika. Här lyftes åsikten att deras okunskap eller rädsla inte fick verka begränsande för patienterna. De ville hålla sig uppdaterade om den pågående utvecklingen, skaffa mer kunskap och hitta fungerande rutiner för detta. Liknande beskrivningar gällande modern diabetesteknik har uttryckts av vårdpersonal i andra studier (James et al., 2016; Perry et al., 2017). Lazarus (1985) och Roy och Andrews (1998) beskrev att i en svårbemästrad situation, så var första steget i att hantera situationen att identifiera påfrestningen. Vidare så menade de att på vilket sätt en individ valde att hantera känslor av krav och stress är avgörande för dennes mående. Diabetessjuksköterskorna i studien var alla övertygade om att utvecklingen av de tekniska hjälpmedlen var diabetesvårdens framtid och de försökte införliva dem på ett hållbart sätt i sin yrkesvardag. Lazarus (1985) beskrev problemfokuserad coping som en väl fungerande strategi att använda för att bemöta krav och stress i olika livssituationer. De intervjuade diabetessjuksköterskorna använde sig av den genom att vara lösningsorienterade och flexibla. De tycktes prova sig

Apa Stora | Google Play

NU MED VALBARA GLUKOSLARM
OCH UTAN FINGERSTICK[1]

FRIHET ATT DRÖMMA

UTAN LANSETTER[2]

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

Inga fingerstick[1] ger patienter möjlighet
att smärtfritt hantera sin diabetes[3]

LARM. SKANNA. AGERA.

FreeStyle Libre 2
FLASH GLUKOSÖVERVAKNINGSSYSTEM

Besök oss på 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 sensorn 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

fram för att hitta vägar som kunde underlätta vid uppstart av nya system, gjorde nödvändiga prioriteringar och vände sig till sina kollegor för stöd och råd. Många av de intervjuade diabetessjuksköterskorna betonade det värdefulla i att ha stöd från de närmaste kollegorna, de som förstod arbetets innebörd. Det lyftes ur flera aspekter som möjligheten att få vara ny, att lära av varandra och att ha stöd och därmed slippa arbetsrelaterade funderingar på fritiden. Andra studier har inte beskrivit samma stöd utan snarare en frustration över ojämlik ansvarsfördelning och avsaknad av förstående kollegor (James et al., 2016; Perry et al., 2017).

Att som diabetessjuksköterska tvingas neka eller inte kunna erbjuda patienter diabetestekniska hjälpmedel på grund av ekonomiska begränsningar trots ett reellt behov beskrevs som frustrerande. Diabetessjuksköterskan var den i diabetesteamet som stod närmast patienten och kunde därmed vara den som upplevdes ansvarig om patienten drabbades av ekonomiska åtstramningar eller fick hjälpmedel som inte uppfyllde dennes förväntningar. En annan budgetrelaterad aspekt var enligt flera intervjuade att det saknades en tydlighet i hanteringen av ekonomiska medel och hur de skulle fördelas. Tanenbaum et al. (2017) och James et al. (2016) beskrev problematik kring ekonomi även om den såg annorlunda ut i de studierna. Där ansvarade patienterna själva för inköp och kostnad av sina olika system vilket gjorde att deras vårdgivare stod inför ett för dem okänt system. Det kunde göra vården patientosäker, något som inte beskrevs som en risk av de intervjuade diabetessjuksköterskorna i den aktuella studien i och med nära samarbete med produktspecialister.

Lazarus (1985) menade att förändring kan inledas och problem få sin lösning först då de är synliggjorda. I intervjuerna berättade diabetessjuksköterskorna om sina upplevelser och fick uttrycka vilka behov de tyckte fanns. Att uttala sina känslor skulle kunna tydliggöra att det faktiskt finns en problematik och därmed också medvetandegöra förbättringsområden.

I flera intervjuer framkom en frustration över hinder i den fysiska arbetsmiljön på diabetesmottagningen och hur de påverkade arbetet med den moderna diabetestekniken. Diabetessjuksköterskorna upplevde att detta kunde få trovärdigheten i professionen att ifrågasättas och kunde påverka den negativt. Flera diabetessjuksköterskor saknade tillräckligt stöd från läkarna som arbetade på mottagningarna. De beskrev en oklar ansvarsfördelning mellan professionerna och ett behov av tydligare rutiner. Större engagemang och mer kunskap från läkarna i arbetet med diabetestekniken efterfrågades. Förbättringar av dessa organisatoriska aspekter skulle kunna leda till en utveckling som gynnar det interprofessionella samarbetet, spar ekonomiska resurser och ger en bättre arbetsmiljö. I föreliggande studie så framkom det att de rekommenderade ledtalen (Svensk sjuksköterskeförening & Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård, 2018) för antal patienter per diabetessjuksköterska överskreds på flera mottagningar och det kunde ses som ytterligare en försvårande omständighet i arbetet med att implementera den moderna diabetestekniken på ett hållbart sätt.

Studier av Khunti et al. (2015), Nathan et al. (1993) och Nathan (2014) har visat att med en väl kontrollerad diabetes och god metabol kontroll så minskade risken för framtida komplikationer. Studier (Dunn et al., 2018; Maiorino et al., 2014, 2018; Orr et al., 2015) har visat på förbättrade glukosparametrar vid användning av moderna diabetestekniska hjälpmedel och andra studier (Garmo et al., 2013; Lawton et al., 2016, 2018; Maiorino et al., 2014; Mattishent et al., 2019; Nana et al., 2019; Saarinen et al., 2014; Shulman et al., 2016; Sørgård et al., 2019) har visat hur den uppskattade livskvaliteten ökade. Sammantaget borde detta inte gynna bara den enskilda patienten utan även samhället i stort som torde spara resurser genom en väl fungerande diabetesvård med preventivt fokus, där patienter uppnår behandlingsmål, har god metabol kontroll och upplever minskat lidande. Det beskrevs av flera diabetessjuksköterskor i föreliggande studie en önskan om större ekonomiskt utrymme eftersom användningen av diabetestekniska hjälpmedel sågs gynna enskilda individer. Önskvärt skulle vara att lyfta fokus från kostnaden för den enskilda och istället se ekonomiska vinster ur ett samhälleligt perspektiv med ett minskat antal framtida komplikationer.

Kliniska implikationer inom ämnesområdet

Det har framkommit att det saknas rutiner för hur den moderna diabetestekniken ska implementeras i diabetessjuksköterskans yrkesvardag. Resultatet visar att arbetet med den moderna diabetestekniken är tidskrävande och därför bör ledtalen för antalet patienter per diabetessjuksköterska respekteras för en hållbar arbetssituation. En tydligare ansvarsfördelning mellan diabetessjuksköterska och läkare skulle leda till ett förbättrat interprofessionellt samarbete och att vården runt patienten struktureras utifrån respektive professions specifika kompetens.

Metoddiskussion

Till föreliggande studie valdes en kvalitativ design eftersom syftet var att beskriva upplevelser och erfarenheter. För att stärka studiens trovärdighet diskuterades metoden utifrån begreppen giltighet, pålitlighet och överförbarhet som beskrivits av Graneheim och Lundman (2004).

Författarna kom i kontakt med de intervjuade genom att de själva anmälde intresse för deltagande i studien efter att ha fått kännedom om den från sina verksamhetschefer. Troligt är att de kände att studiens syfte var viktigt för dem och att de hade erfarenheter att dela med sig av. Enligt Henricson och Billhult (2017) var det eftersträvansvärt att hitta informanter som kunde dela med sig av mycket information om det som studeras för ett fylligt och variationsrikt material. Graneheim och Lundman (2004) menade att genom att få med olika perspektiv av ett fenomen stärktes studiens giltighet. Det kan tänkas att diabetessjuksköterskor som inte anmälde intresse för att vara med i studien hade kunnat bidra med andra upplevelser av att arbeta med modern diabetesteknik. I resultatet syntes en övergripande positiv inställning till att arbeta med diabetesteknik och till hur den påverkade omvårdnaden. Den här attityden behöver inte vara allmängiltig för alla diabetessjuksköterskor. Om de intervjuade haft mindre homogena eller helt avvikande åsikter om den moderna diabetestekniken hade detta kunnat leda till ett annat utfall.

Henricson och Billhult (2017) menade att en bredd gällande ålder och skilda könstillhörigheter gynnar ett variationsrikt resultat. Bland de intervjuade fanns ett relativt brett åldersspann vilket kunde antas bidra till en bredd i den aktuella studiens resultat. Det bör ha givit fler upplevelser och infallsvinklar kring att arbeta med modern diabetesteknik än

om alla intervjuade haft samma ålder. I den aktuella studien kom endast kvinnor att inkluderas, detta var inte avsiktligt utan endast kvinnliga diabetessjuksköterskor anmälde sitt intresse. Det kunde ses som troligt att det finns en överrepresentation av kvinnor inom yrket men det var ingenting som författarna specifikt efterfrågade. Könstillhörighet hos övriga medlemmar av diabetesteamet nämndes inte under intervjuerna angående upplevelserna av att arbeta med modern diabetesteknik varför detta kan ses som irrelevant för resultatet. Antalet års erfarenhet av att arbeta med modern diabetesteknik kunde ha påverkat resultatet. Inklusionkriteriet var minst ett års erfarenhet och de som arbetat kortast tid uppgav fem års erfarenhet. Troligtvis skulle diabetessjuksköterskor med endast ett par års erfarenhet av att arbeta på diabetesmottagning ha bidragit med andra perspektiv kring arbetet med modern diabetesteknik. Upplevelserna skulle då kunnat influerats mer av en avsaknad av yrkeserfarenhet samt av att omedelbart mötas av det stora utbudet av modern diabetesteknik. Den geografiska placeringen av de intervjuade kan också ha påverkat resultatet. Några intervjuade arbetade på samma mottagning eller arbetade inom samma region. Flera regioner var inkluderade i resultatet vilket bidrog till en variation beroende på skillnader i ekonomiska aspekter och diabetesteamens utformning. Denna studies giltighet gynnades av en variation i urvalet gällande ålder, erfarenhet och geografisk spridning enligt Graneheim och Lundman (2004).

Semistrukturerad intervju valdes för insamling av data. Intervjuer var enligt Danielson (2017a) en lämplig metod då en studie önskade fokusera på upplevelser eller erfarenheter. Henricson och Billhult (2017) menade att under en intervju var den som utför intervjun aldrig helt neutral och det kommer att påverka intervjun. Båda författarna till föreliggande uppsats arbetar på diabetesmottagning och hade en viss förförståelse för arbetet med modern diabetesteknik. Denna förförståelse skulle kunna påverka hur intervjuerna fortlöpte, för att undvika detta diskuterade författarna tillvägagångssättet noggrant i planeringen av intervjuerna. Enligt Graneheim och Lundman (2004) stärktes en studies pålitlighet genom detta medvetna förhållningssätt.

Enligt Danielson (2017a) borde provintervjun utföras gemensamt för att få en känsla för hela processen; hur intervjuguiden fungerade i praktiken och med test av inspelningsutrustning. Författarna till denna studie hade inte någon praktisk möjlighet att göra detta gemensamt, utan provintervjun utfördes av endast en av författarna. För att öka pålitligheten i detta moment enligt Graneheim och Lundman (2004) tog den andra författaren del av den fullständiga inspelningen för möjlighet att höra tonfall, pauser och liknande som kan vara svåra att framhäva i en transkribering. Då intervjuguiden kom att arbetas om efter provintervjun så gjordes detta baserat bara på den ena författarens upplevelser av att ställa frågorna och av intervjuprocessen. Trots detta hade författarna gjort liknande reflektioner och hade en samsyn om vilka justeringar som skulle göras i intervjuguiden.

Majoriteten av intervjuerna kom att utföras per telefon. Enligt Danielson (2017a) sågs ingen skillnad mellan intervjuer utförda per telefon eller ansikte mot ansikte. Detta var en erfarenhet som författarna delade efter genomförandet av intervjuerna. Av elva intervjuer utfördes nio per telefon och två på deltagarnas arbetsplats. Varken längd på intervjuerna eller intervjudata påverkades beroende på tillvägagångssätt.

Graneheim och Lundman (2004) menade att varje intervju måste ses som en egen dynamisk process samtidigt som det är viktigt för studiens pålitlighet att samtliga frågor ställs under alla intervjuer. Författarna hade ingen tidigare erfarenhet av att utföra intervjuer och det påverkade främst de första intervjuernas genomförande genom ett större fokus på intervjuguiden än på att vara följsam till det som den intervjuade berättade. Under intervjuprocessen, som pågick under en treveckorsperiod, diskuterade författarna sina upplevelser och båda utvecklades i att genomföra intervjuer. De sista intervjuerna upplevdes vid utförandet, transkribering och genomläsning mindre forcerade. Det kan antas bero på att författarna blev mer bekväma i intervjuprocessen och en tillit till att intervjuguiden fungerade i praktiken. De här erfarenheterna gjorde det lättare att vänta ut de intervjuades svar innan frågan förtydligades eller eventuell följdfråga ställdes. Resultatets giltighet torde inte ha påverkats av detta faktum, då det i analysen av det transkriberade materialet inte sågs någon skillnad på hur de intervjuade tolkade och besvarade frågorna oberoende av vilken intervju i ordningen det var.

Transkriberingen av intervjuerna försvårades ibland av att ord försvann eller blev ohörbara i inspelningen. Vid de tillfällena lyssnades inspelningen om flera gånger för att försäkra att sammanhanget inte förändrades. För att säkerställa att inget gick förlorat eller förvanskades vid transkribering av de inspelade intervjuerna så gjordes transkribering i nära anslutning till intervjutillfället och av den som utfört intervjun (Danielson, 2017a).

Den kvalitativa innehållsanalysen utfördes som beskrivet av Graneheim och Lundman (2004). De menade att en studies resultat blir mer pålitligt av en öppen dialog mellan författarna. I analysprocessen var författarna medvetna om sin egen förförståelse och strävade efter att lägga den åt sidan och koncentrera sig på det som var de intervjuades upplevelser och erfarenheter. Enligt Graneheim och Lundman (2004) var det viktigt för studiens giltighet att under analysprocessen inte förlora sammanhanget och dess betydelse för helheten. Författarna motverkade detta genom fortlöpande reflektioner enskilt och tillsammans, samt gemensamma diskussioner under processens gång.

Graneheim och Lundman (2004) menade att en studies överförbarhet till andra grupper eller sammanhang är upp till läsaren att avgöra. Danielson (2017b) påpekade att det inte gick att generalisera resultatet från en kvalitativ studie, men att det ändå kunde överföras till liknande grupper eller sammanhang. Mycket av det som framkom i resultatet upprepades av flera de intervjuade, oberoende av till exempel ålder eller mottagningens regionstillhörighet. Därför skulle det kunna antas att resultatet är överförbart till andra diabetesmottagningar nationellt.

Vidare forskning

Det sker en ständig utveckling av modern diabetesteknik. Vidare forskning behöver fokusera på hur nyttan med de diabetestekniska hjälpmedlen kan maximeras. Det här är viktigt ur flera olika perspektiv, det ekonomiska, det organisatoriska och för att skapa goda förutsättningar för patientens egenvård. Då diabetestekniken utgör en stor del av dagens diabetesvård bör det också utredas vilket ansvar olika professioner i teamet ska ha gällande den.

Slutsats

Diabetessjuksköterskorna beskrev att arbetet med den moderna diabetestekniken utgjorde en betydande del av vården av patienter med typ 1 diabetes och att det var oerhört specialiserat. De var experterna på de diabetestekniska hjälpmedlen i relation till omvårdnaden och hade kunskaper som inte fanns hos andra kollegor eller i resten av teamet. Diabetestekniken beskrevs som ett viktigt pedagogiskt verktyg och var till fördel för patienterna genom förbättrade glukosvärden, ett friare liv och en större självständighet i egenvården. Arbetet med diabetesteknik innebar utmaningar för diabetessjuksköterskorna, i form av problem i otydlig ansvarsfördelning, otillräckliga rutiner för utbildning. Även tidsbrist, hög arbetsbelastning och hinder i den fysiska arbetsmiljön gjorde det svårt att skapa fungerande rutiner vilket behövde synliggöras.

Författarna (Emma Gutenberg & Emma Widell) har i lika stor omfattning bidragit till alla delar i denna uppsats.

För referenser och bilagor till denna uppsats, vänligen kontakta författarna.

Barnindikation från 6 år NY

Toujeo godkänt för barn och unga med diabetes typ-1 och typ-2 – från 6 års ålder*[1]

Hjälp dina unga patienter hitta rätt balans[1,2]

- **Jämn glukoskontroll över dygnet**[1]
- **Mindre injektionsvolym**[1]
- **Upp till 36 timmars duration**[1]

Resultatet baseras på den första pediatriska studien som jämför en andra generationens basinsulin mot glargin 100 E/ml.

Toujeo® (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 diabetesketoacidos. För ytterligare information och prisuppgift, se www.fass.se. Förpackningar: Toujeo SoloStar 5 x 1,5 ml pennor och 10 x 1,5 ml pennor samt Toujeo DoubleStar: 3 x 3ml pennor. Kontaktuppgifter: Toujeo tillhandahålls av Sanofi AB, Box 30052, 104 25 Stockholm, tel: +46 8 634 50 00, www.sanofi.se. Vid frågor om våra läkemedel kontakta: infoavd@sanofi.com. Datum för senaste översyn av produktresumén; januari 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.

*Säkerhet och effekt har inte fastställts hos patienter under 6 års ålder.

1. Toujeo SPC, www.fass.se
2. Danne T, et al. Poster presented at the 45th Annual Conference of the International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes 2019; October 30–November 2: Boston, US. P240.

Toujeo®
insulin glargin 300E/ml

SANOFI

SANOFI AB, Lindhagensgatan 120, 112 51 Stockholm.
Tel 08-634 50 00, sanofi.se

SASE.TJO.19.12.0404

Lära och bemästra vid långvarig sjukdom

- Hur involverar vi patienter i patentutbildning på riktigt? Sjukdomspanoramat har förändrats, allt fler människor måste under lång tid av sina liv leva med en eller flera långvariga sjukdomar. Detta menar vi kräver en ändring i synen på patientutbildning.

Att gå från ytlig inlärning av information till ett genuint lärande på existentiell nivå ställer andra krav och nya förhållningssätt hos oss som vårdare. Det behövs nya modeller och metoder som både fokuserar på innehåll som är relevant för personen och där de existentiella frågorna om att ha drabbats av och tvingas leva med ohälsa eller långvarig sjukdom behandlas och den personliga förståelsen utmanas. Lärandet sett ur ett livvärldsperspektiv innebär en förändrad förståelse som skapas genom reflektion och dialog som involverar hela personens sammanhang. Ett paradigmskifte där vården utgår från personens upplevelse av sjukdom i sitt livssammanhang pågår med stöd av personcentrerad vård.

Om personer med långvariga sjukdomar på ett genuint sätt ska lära sig leva med en eller flera sjukdomar, krävs att de blir involverade i sin lärandeprocess, att innehållet för utbildningen knyter an till deras livssituation och tidigare erfarenheter. Detta borde vara självklart men i det vårdande sammanhanget, där det medicinska perspektivet har företräde, är det fortfarande ett problem. Det finns dock flera exempel på modeller och metoder som stödjer patienters lärande, ett lärande som enligt vår övertygelse sker på en existentiell nivå. Stödet för lärandet bör enligt vår mening ta sin utgångspunkt i patientens livsvärld.

Det finns några olika modeller för patientutbildning i Norden, nedan beskrivs den norska modellen för ”Læring og mestring” som på ett påtagligt vis involverar patienterna i utbildning och lärandeprocessen. Vidare beskrivs hur modellen tillämpats och spridits i Sverige. Dessutom diskuteras hur en livsvärldsteoretisk syn på lärandet skulle kunna utgöra en teoretisk förankring av denna modell.

Læring og mestring – Den norska modellen

Den norska modellen, ”Læring og mestring”, ser patienter och vårdpersonal som likvärdiga experter och lyfter fram värdet av samverkan för att stödja patienter och närståendes att ta eget ansvar att bemästra sin situation. Detta avses motverka passivitet och beroendeställning. Det unika med modellen är att gruppträffarnas planeras, genomförs och evalueras tillsammans av en vårdpersonal och en erfaren patient. Utbildning sker i dialogform med innehåll sammansatt utifrån deltagarnas behov och önskemål. Det första Laerings och mestringscentret upprättades vid Aker Sykehus 1997. Læring og mestring har sedan uppstart till största delen varit erfarenhetsbaserat men har genom kartläggning, studier och utvärderingar sökt förankring i vetenskapliga teorier så som empowerment och hälsopedagogik (Mestring.no).

Lära och bemästra tillämpningen i Sverige

I Sverige finns patientutbildning enligt Lära och bemästra modellen i sju regioner, ibland benämnd som Lärande café. Dessa är Jönköping, Kronoberg, Skåne, Uppsala, Värmland, Västra Götaland, Östergötland samt Västernorrland som precis startat upp. Detta nätverk startade 2008. Medlemmar i nätverket Patientutbildning Lära och bemästra har våren 2019 besvarat en enkät som nedan ger en lägesbeskrivning över tillämpning av modellen.

Den svenska versionen av den norska modellen Lära och bemästra planeras och leds av ett ledarpar, varav en är patient med personlig erfarenhet/förståelse av att leva med sjukdom och en är vårdare med professionell kunskap. Patientutbildningen omfattar vanligen 2 - 4 träffar om 2 - 2,5 timmar vardera (med fika) och ibland en återträff efter 3 - 6 månader. Deltagarna styr i hög grad innehållet då det är deras frågor och behov av information som fokuseras. Den pedagogiska arbetsformen bygger på att deltagarna genom dialog delar erfarenheter. Syftet är att dela perspektiv och öka förståelsen för livet med sjukdom. Vårdverksamheter initierar, bjuder in patienter och närstående samt genomför utbildning inom respektive verksamhet. Som vårdare uttrycker det;

Fördelarna som jag ser är att det är patienten som styr innehållet och man får ett annat engagemang när man måste jobba fram sina frågor. Det är ju också stort fokus på hur man ska klara av vardagsproblem och där ser jag att man lär sig väldigt mycket av varandra. Där lär sig också personalen väldigt mycket som dom inte kan läsa sig till. Det finns hur mycket möjligheter som helst med den här typen av utbildning. Det är ju inte bara patienten/anhörig som lär sig om sin sjukdom, personalen lär sig minst lika mycket som de sedan kan förmedla till andra patienter de har kontakt med. Man skulle också kunna lägga ut informationen på 1177 så att alla kan lära sig av varandra. I flera regioner finns ett centrum/forum för patientutbildning som utbildar ledarpar. Modellen för patientutbildning är vanligast inom sjukhusvård men förekommer även inom primärvård och ideella organisationer som exempelvis Röda korset. Patientutbildningar har anordnats för barn, vuxna och närstående vid följande sjukdomar, tillstånd och behandlingar: könsdysfori, barn och ungdomshabilitering, diabetes, Parkinson, epilepsi, stroke, cancer, ALS, hjärtinsufficiens, gastric by pass, övervikt, demens i tidigt stadium, lipoödem, njursvikt, KOL, MS, myelom, allogen stamcellstransplantation, långvarig IVA-vård och endometrios m.m. Planer finns att även starta grupper i kommunal vård.

Uppskattningsvis har 110 nya ledare utbildats under åren 2017-2018, som i sin tur har genomfört grupputbildning för ca 700 patienter. Intentionen är att fortsätta med utbildning av ledarpar samt inkludera fler patientgrupper. Nätverkets målsättning är att patientutbildning enligt modellen Lära och bemästra blir en naturlig del av vård och behandling. Systematiska utvärderingar saknas vilket gör de som finns svårtolkade. Medlemmar i nätverket upplever många fördelar och möjligheter med detta arbetssätt och nöjda deltagare ger positiv återkoppling i de utvärderingar som sker. Jag tycker metoden är fantastisk, har haft ganska många grupper själv inom stroke, Parkinson, depression, gastric by pass, hjärtinfarkt, postpolio, depression, psykos, psoriasis och lipoödem. Genom att tillämpa modellen Lära och bemästra kan vården praktisera personcentrerad vård menar medlemmar i nätverket. Modellen anses möjliggöra delaktighet i vård och behandling och stärker egenvårdsförmågan. Genomförandet sker med respekt för allas kunskaper och erfarenheter och är inkluderande och dynamisk. Möjligheten att träffa andra i samma situation upplevs som mycket betydelsefull; ”Det bildas också sociala grupper, patienterna träffas utanför träffarna”.

Fördelarna med lära och bemästra är synen på kunskap vilket innebär att professionell kompetens möter erfarenhetsbaserad kompetens. Närstående bjuds in att delta vilket ytterligare breddar perspektiven. Arbetsformen stimulerar till aktivt deltagande för alla involverade. Det uppfattas roligt och meningsfullt, ingen utbildningsomgång blir den andra lik eftersom innehållet varierar från grupp till grupp (ganska ofta samma delar, men i olika omfattning ordning och på ett till gruppen anpassat vis). Då innehållet planeras tillsammans med gruppen kräver modellenen ett öppet förhållningssätt för deltagarnas önskemål vilket medför mindre planerings- och förberedelsetid.

Svårigheter att arbeta enligt modellen beskrivs i form av brist på engagerad ledning, tid och personal, vilket medförde svårigheter att planera och prioritera patientutbildningen. En annan svårighet var att rekrytera lämpliga erfarna patienter och närstående som kan och vill medverka. En utmaning är den stora personalomsättningen inom vård och omsorg, samt att patienter som utbildats till ledare inte kunde fullfölja sitt uppdrag. Vidare saknar ledarna kompetensutveckling och kontinuerligt stöd i form av handledning, möjlighet till reflektion, direkt återkoppling och avstämning.

Diskussion

Personer som drabbats av långvarig sjukdom, kan till en början ”skjuta undan” sjukdomen som ett faktum och vägra erkänna den. Det finns en stark vilja att leva livet såsom innan sjukdomen gjorde entré i livet, att leva som alla andra, utan att behöva ta ansvar för sjukdomen eller en sjukdom till. Lärandet har visat sig vara en svår process och innebär en insikt om att förändras som människa, en förändring som personen inte bett om. Hur ska patienter som inte vill ha en sjukdom involveras i sin lärandeprocess, går det över huvud taget? Vi menar att ett annat förhållningsätt krävs där patienter involveras och görs delaktiga i hela utbildning och lärandeprocessen. Där utbildning utgår från patienternas behov och förståelse och patienten ses som en likvärdig partner. Vidare krävs att lärandet ses som något ständigt pågående och att patienter, närstående samt vårdare ges möjlighet för reflektion som bidrar till fördjupad förståelse. Vi menar också att lära och bemästra är en form som motsvarar framtidens krav på personcentrerad vård och samskapande. Genom att tillämpa ett livsvärldsdidaktiskt perspektiv i modellen, skulle den personliga förståelsen kunna utmanas ytterligare till fördjupad förståelse som möjliggör ett genuint hållbart lärande. En ny utmaning är att nu i pandemitider även kunna erbjuda patientutbildning digitalt i olika lärplattformar.

Läs mer: Berglund, M., Andersson, S. & Kjellsdotter, A. (2017). Att drabbas av långvarig sjukdom i (Dahlberg och Ekman, 2017). Vägen till patientens värld och personcentrerad vård. Liber.

Johannson, K. (2019). Lärande kafé – att stödja patienters och närståendes lärande i Berglund, M., & Ekebergh, M. (red). Reflektion i lärande och vård – en utmaning för sjuksköterskan. (2:a uppl). Studentlitteratur.

Mestring.no https://mestring.no/

Svenska nätverket Lära och Bemästra https://vardgivare.skane.se/kompetensutveckling/projekt-och-utvecklingsarbete/patientutbildning-nationellt-natverk/

VG-region. Magasinet Lära & Bemästra. Ett magasin från kunskapscentrum för jämnlikvård. https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/amnesomraden/jamlik-vard/lara-och-bemastra/magasinet-lara-och-bemastra/

Vågan, A. (red). (2020). Helsepedagogiske metoder. Teori og praksis. Gyldendal.

Författare:
Mia Berglund, Biträdande professor i omvårdnad, Inst. för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde

Karin Johansson, Distriktsköterska med specialisering diabetes, Samordnare diabetes och personcentrerad vård, FoUU utveckl och innovation, Region Kronoberg.

Anna Kjellsdotter, Forskningsledare, FoU-centrum Skaraborgs Sjukhus Skövde, Adjungerad lektor vid Inst. för hälsovetenskaper Högskolan i Skövde

Susanne Andersson, Specialistsjuksköterska med inriktning mot diabetes, Lektor vid Högskolan Väst samt FoU ledare Primärvården, Skaraborg.

Kontaktperson: Karin Johansson, karin.johansson@kronoberg.se

Personanpassad behandling av typ 2-diabetes testas i ny studie

Bör patienter med olika varianter av typ 2-diabetes behandlas med olika typer av läkemedel? Den frågan ska forskare på Skånes universitetssjukhus och Lunds universitet försöka besvara i en ny studie.

Typ 2-diabetes är en av världens snabbast ökande sjukdomar. Idag har över 400 000 personer i Sverige typ 2-diabetes och det uppskattas att över 300 miljoner människor har sjukdomen globalt.

– Nuvarande behandlingssätt är tyvärr otillräckliga. Det gör att åtskilliga patienter förr eller senare drabbas av komplikationer i till exempel ögon, njurar och blodkärl. Vi har fortfarande dålig kunskap om vilka mediciner som fungerar bäst för olika personer, säger Anders Rosengren, läkare på Skånes universitetssjukhus och forskare vid Lunds universitet.

Undergrupper av typ 2-diabetes

Ny forskning har öppnat upp en möjlighet att undersöka hur behandlingen skulle kunna förbättras. En studie som publicerades 2018 visade att personer med typ 2-diabetes har en stor variation i sin sjukdomsbild.

– Variationen är så pass stor att det går att särskilja flera undergrupper av typ 2-diabetes. En av dessa grupper kännetecknas av låg produktion av insulin. En annan kännetecknas av låg känslighet för det insulin som produceras, säger Anders Rosengren.

Först i världen

Detta väcker frågan: Bör patienter med olika undergrupper av typ 2-diabetes behandlas med olika typer av läkemedel? Studien som nu startar blir det första försöket i världen att pröva detta. Resultaten kan därför bli viktiga för att förstå hur varje enskild patient ska behandlas för att förbättra blodsockret och undvika komplikationer.

– Vi kommer att fokusera på två av undergrupperna, som har ett särskilt aggressivt förlopp. Den ena gruppen består av patienter som har låg produktion av insulin och den andra gruppen består av patienter med nedsatt känslighet för insulin, säger Anders Rosengren.

Dyra läkemedel

200 patienter ska rekryteras till en randomiserad prövning med två godkända diabetesläkemedel, semaglutid (Ozempic) och dapagliflozin (Forxiga). Dessa båda läkemedel används ofta i sjukvården, men de är dyra och det är ännu okänt om deras effekt på blodsockret skiljer sig mellan patienter med olika sjukdomsbild.

– Detta är en allvarlig kunskapslucka som försvårar vårdens försök att förbättra diabetesbehandlingen, säger Anders Rosengren.

Störst nytta

Målet är att undersöka om effekten av de två läkemedlen skiljer sig mellan patienter från de olika undergrupperna av typ 2-diabetes. Patienterna kommer slumpmässigt att placeras i en av två grupper där deltagarna får endera läkemedel som tillägg till läkemedlet metformin under sex månader.

– Vi utvärderar effekten primärt med att titta på personernas långtidsblodsocker. Studien kan ge ny kunskap om vilka patientgrupper som har störst nytta av existerande diabetesläkemedel och resultaten kan därför bli till stor klinisk nytta, säger Anders Rosengren.

Fakta typ 2-diabetes

Vid typ 2-diabetes har kroppen svårt att hålla sockerhalten i blodet tillräckligt låg. Det kan till exempel bero på att man har låg produktion av insulin eller nedsatt känslighet för insulin (insulinresistens). Risken att utveckla sjukdomen är till viss del ärftlig och påverkas till stor del av livsstilsfaktorer. Övervikt eller fetma ökar risken för insulinresistens och typ 2-diabetes. Även stress kan göra att risken för typ 2-diabetes ökar. Det beror på att stresshormonet kortison gör att musklernas celler blir mindre känsliga för insulin. Rökning ökar också risken att få typ 2-diabetes. Källa: 1177.se

Fakta om deltagande i studien

Personer som vill delta i studien behöver ha typ 2-diabetes, ta metformin mot sin diabetes men inga andra diabetesläkemedel. Man behöver också ha ett långtidsblodsocker (HbA1c) mellan 48 och 91. Personer som är intresserade av att delta kan boka tid för ett screeningbesök via www.diabetesstudielund.se.

TANDEM™ DIABETES CARE

Rubin medical

t:slim X2™ insulinpump från Tandem Diabetes Care 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. Tillsammans med Dexcom G6 CGM ger Control-IQ-teknologi automatisk justering av insulindoseringen för 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)* jämfört med SAP. Hela 97 % av patienterna upplevde systemet som enkelt att använda**.

För mer information, prata med din produktspecialist på Rubin Medical. **www.rubinmedical.se**

2,6 timmar

Motsvarar 2 timmar och 36 minuter mer per dygn inom målområdet(*).

97%

97 % tyckte att systemet var enkelt att använda(**).

Referenser:

**) 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.*

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

t:slim X2™ Insulin Pump

SE-1458-200916

Flera orsaker till att fetma är en riskfaktor vid covid-19

Covid-19 som orsakas av SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2) har sedan hösten 2019 snabbt spridits till mer än 100 länder över hela världen. Symptomen varierar från att likna mild influensa till mycket allvarliga sjukdomstillstånd som kräver intensivvård med andningsstöd och hög risk för död, framför allt bland äldre.

Men även vuxna i yngre åldrar har drabbats hårt. En av de definierade riskgrupperna är personer med svår fetma, med ett BMI över 40 kg/m2 (1).

En utmaning med att sammanfatta ett nytt område (våren 2020) som covid-19 är inte bristen på vetenskapliga artiklar, utan motsatsen – den stora mängden av publicerade vetenskapliga artiklar. När ett nytt område så snabbt blir påtagligt för många länder och dess invånare blir det också högintressant ur forskningssynpunkt. Det leder i sin tur till att ett mycket stort antal artiklar publiceras under kort tid. Artiklarna om covid-19 handlar om allt från beskrivningar av grupper av sjukhusvårdade patienter och så kallade viewpoints och correspondence till riktlinjer baserade på den information som finns tillgänglig.

Med tiden kommer det att visa sig att några av slutsatserna vilar på otillräckligt underlag, eller är felaktiga. Antalet tillbakadragna artiklar kommer att öka. Redan nu har en sådan artikel rönt stor uppmärksamhet: den publicerades i Lancet i maj 2020 och handlar om behandling med klorokin vid covid-19 (2). Den drogs tillbaka på grund av brister i data, resultat och slutsatser.

Det är inte konstigt att många vill bidra till att öka kunskapen om coronaviruset, då det är förhållandevis okänt i nuvarande form och som under kort tid har drabbat många. Observationer av vilka som blir sjuka, vilka sjukdomar de har sedan tidigare, symptom, hur sjuka människor blir och vilka som avlider ger oss information och underlag till hur vi kan gå vidare med behandling och rehabilitering av de svårast sjuka. Men det är också viktigt att förstå att forskare har haft kort tid på sig att samla in och analysera informationen. De vetenskapliga tidskrifterna har snabbehandlat artiklarna före publicering, vilket ökar risken för fel eller inkonsekventa resonemang. Trots dessa förbehåll är det viktigt att ta upp kopplingen mellan covid-19 och fetma.

Fetma och övervikt i den vuxna befolkningen

I gruppen 16 till 84 år har 16 procent av svenskarna ett BMI över 30 kg/m2 (Hälsa på lika villkor, Folkhälsomyndigheten). Lägger man till gruppen med övervikt blir andelen 51 procent. Längd och vikt är självrapporterade, vilket gör det troligt att den verkliga förekomsten av övervikt och fetma är högre.

Gruppen med BMI över 40 kg/m2, så kallad fetma grad 3 (3), har identifierats som en riskgrupp, och en stor andel av dem som behöver sjukvård på grund av covid-19 har fetma. Dessutom kan det finnas många människor med fetma som är oroliga för sin hälsa under covid-19-pandemin, och som undrar om man kan göra något ytterligare för sin hälsa för att minska riskerna att smittas av coronaviruset förutom de givna rekommendationerna om handhygien, social distansering och att hålla sig hemma vid sjukdom.

Pandemier i historien

När kunskapen är begränsad är det bra att ta utgångspunkt i vad man vet sedan tidigare. Historiskt sett har vi flera kända pandemier. Digerdöden (pesten eller stora döden), orsakad av bakterien Yersinia pestis, drabbade Europa på 1300-talet, 1700-talet och även under senare delen av 1800-talet. Spanska sjukan, orsakades av influensavirus av typ A, var en pandemi som drabbade världen 1918 till 1920 då mellan 20 och 50 miljoner människor dog (4). Trots att det saknas detaljerad information om historiska pandemier kan vi nog utgå ifrån att de drabbade snarare var undernärda än övernärda. Fetma var inte en försvårande omständighet vid dessa bakterie- och virusutbrott.

Nittio år efter spanska sjukan, kom H1N1-pandemin, svininfluensan 2008-2009, och personer med svår fetma drabbades särskilt hårt (5). Studier visade att även om man var vaccinerad hade personer med fetma större risk att smittas av influensa, jämfört med personer med normalvikt (6). Efter svininfluensapandemin listade amerikanska Centers for disease control and prevention (CDC) personer med BMI 40 kg/m2 eller högre som en riskgrupp vid influensa (7).

Tidigt under våren 2020 definierade Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen personer med BMI 40 kg/m2 eller högre som en riskgrupp för covid-19. Under försommaren 2020 justerade CDC gränsvärdet för BMI som ökad risk vid covid-19 till att gälla BMI 30 kg/m2 eller högre (8). De svenska myndigheterna avvaktar en justering av gränsvärdet för BMI tills det finns mer kunskap.

Varför är fetma en riskfaktor vid covid-19?

Med det aktuella informationsunderlag som publicerats under våren 2020 om covid-19, samt det man vet från svininfluensapandemin 2008-2009, vill jag lyfta fram tre aspekter av fetma och covid-19: fetma och samsjuklighet, endokrina aspekter och mekanistiska aspekter.

Fetma och samsjuklighet

Det är väletablerad kunskap att sjukdomen fetma är relaterad till många olika sjukdomsdiagnoser. Dessa innefattar typ 2-diabetes, hjärt- och kärlsjukdom, sjukdomar som påverkar andningsorganen, till exempel sömnapné, cancersjukdomar, skelett- och ledsjukdomar, fertilitetssjukdomar och psykiatriska sjukdomar (9). Flera av sjukdomarna kan dessutom öka mottagligheten för infektioner.

Sammanställningar från sjukhus i olika länder visar att mellan drygt 10 och 46 procent av patienterna med covid-19 också har fetma (10-13). Denna grupp har också allvarligare symptom av covid-19 jämfört med patienter med lägre BMI och behöver till högre grad intensivvård (10-15). Beskrivningarna visar också att de som behöver intensivvård till stor del också har högt blodtryck och typ 2-diabetes (10-12) samt kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), leversjukdom och cancersjukdom (10). En gemensam nämnare för flera av dessa sjukdomar är just fetma.

Endokrina aspekter

Fetma kännetecknas av en kronisk låggradig inflammation (16). Inflammationsmarkörer som exempelvis cytokiner och interleukiner produceras i fettvävnaden. Ju större mängd fettvävnad, det vill säga ju högre vikt man har, desto högre koncentrationer av inflammationsmarkörer har en person (16, 17). Den kroniska låggradiga inflammationen påverkar immunsystemet negativt och skulle kunna leda till att personer med svår fetma har en sänkt motståndskraft mot coronaviruset (17). Om man dessutom har fetmarelaterad samsjuklighet skulle motståndskraften kunna sänkas ytterligare, vilket skulle kunna förklara varför exempelvis typ 2-diabetes, högt blodtryck och cancer är överrepresenterade bland de kritiskt sjuka.

Forskningen visar på en annan möjlig förklaring till varför personer med fetma är särskilt sårbara: att coronaviruset (SARS-CoV-2) tar sig in i cellerna via de så kallade ACE-2-receptorerna (angiotensin-konvertasenzym-2). ACE-2 ingår i RAAS (renin-angiotensin-aldosteronsystement) som bland annat håller blodtrycket i balans och skyddar mot inflammation (18-20).

Eftersom RAAS är nära relaterat till fetma och är ett dynamiskt system är forskarnas tes att coronaviruset genom att ”kidnappa” ACE-2-receptorer rubbar balansen i RAAS och därmed bidrar till ett svårare sjukdomsförlopp med hyperinflammation och andningssvikt (20, 21). Det är dock idag inte klarlagt vilken roll ACE-2 spelar vid covid-19 (22).

Mellan 20 och 50 procent av personer som drabbats av covid-19 har typ 2-diabetes (23). I en studie på möss fann man att kroniskt högt blodsocker ledde till försvagning av ACE-2-receptorer som skulle kunna ha en direkt effekt på betaceller i bukspottskörteln som påverkar insulinproduktionen (24). När man gav mössen insulin normaliserades blodsockernivåerna och koncentrationen av ACE-2 i serum. Enligt författarna indikerar resultaten att insulin bidrar till normalisering av aktiviteten i RAAS (24). Det återstår att undersöka om detta även gäller människor, men skulle i så fall kunna förklara varför typ 2-diabetes leder till ett svårare sjukdomsförlopp i covid-19. Det är väl visat i tidigare studier att personer med typ 2-diabetes också ofta har fetma, högt blodtryck och därmed ökad risk för hjärt-kärlsjukdom.

Mekanistiska aspekter

Personer med fetma, särskilt de med ett BMI från 35 kg/m2 och över, har ofta svåra mekaniska problem med andningen och dessutom relaterade sjukdomar såsom sömnapnésyndrom. Till fetmarelaterade andningsstörningar hör obstruktiv sömnapné (obstructive sleep apnoea, OSA) som också ökar med stigande ålder (25). Förekomsten av fetma är hög i äldre åldersgrupper.

Baserat på Folkhälsomyndighetens data från 2018 i ”Hälsa på lika villkor” är förekomsten med fetma, över 30 kg/m2 i BMI, 18 procent bland personer 65-84 år. Lägger man till övervikt blir andelen 61 procent. Obstruktiv sömnapné förekommer som andningsstörningar under sömn hos mellan 30 och 80 procent av de äldre (26). I en äldre åldersgrupp, 65-90 år, hade 7,9 procent av männen och 4,9 procent av kvinnorna allvarlig obstruktiv sömnapné, definierat som mer än 30 andningsuppehåll per timme (27). Tidigare hjärtinfarkt, kärlkramp, stroke och astma var högre bland dem med obstruktiv sömnapné, oberoende av kön (27).

När coronaviruset angriper andningsorganen får den drabbade personen svårt att andas och syremättnaden i blodet sjunker. Om man redan har begränsad andningskapacitet på grund av fetma, eftersom fettdepåerna minskar utrymmet för lungorna att arbeta, blir det än svårare med andningen när lungorna angrips av coronaviruset. Detta skulle kunna vara en av förklaringarna till varför man ser en stor andel med svår fetma som behöver intensivvård med andningsstöd.

Sammantaget finns det flera delar som pekar mot varför personer med svår fetma utgör en riskgrupp vid covid-19: hög förekomst av relaterade sjukdomar som i sig ökar sårbarheten vid en infektion, den låggradiga inflammationen som kommer av att inflammationsmarkörer produceras i fettvävnaden och att personer med fetma har svårare att andas och syresätta blodet genom att fettvävnaden ger mindre utrymme för lungorna att arbeta på ett optimalt sätt.

Nutritionella aspekter vid återhämtning och rehabilitering efter covid-19

Oberoende om man har fetma eller inte före insjuknandet minskar vikten dramatiskt under lång tid av intensivvård (28). Patienterna i respirator får energi och näring genom sond. Ofta är detta inte tillräckligt för att fylla det ökade behovet av energi på grund av den svåra sjukdomen. Det är också svårt att beräkna energibehovet för en person med en svår sjukdom och som är orörlig under många veckor. Dessutom måste vården prioritera att behandla de akuta faserna av sjukdomen.

Svårigheterna kvarstår under rehabiliteringen (28). Sängläge under flera veckor leder till att en stor andel av viktförlusten är fettfri massa, det vill säga muskelmassa. Viktminskningen och förlusten av muskelmassa leder till många problem

under rehabiliteringsperioden – som förväntas bli mycket lång för många. Vid svår fetma är de nutritionella problemen lika stora som vid normalvikt (28).

Det finns risk att personer med fetma som minskar i vikt under behandling av covid-19 kan utveckla så kallad sarkopen fetma. Sarkopeni innebär en liten andel muskelmassa i förhållande till fettmassan. Detta tillstånd påverkar nutritionsstatus hos personen och i studier på äldre med sarkopeni visar också att aptiten hos de äldre minskar. Svårigheter att äta på grund av eventuella skador efter intubering leder till ytterligare nutritionella utmaningar.

Vid rehabilitering av patienter med covid-19 är det alltså flera aspekter man behöver ta i beaktande, inte minst förlusten av muskelmassa som påverkar nutritionsstatus generellt och även aptiten (28). Mat, energi och näring kommer sannolikt att vara en mycket central del under rehabiliteringen av covid-19.

Fetma vid social isolering

En av de bärande rekommendationerna till befolkningen för att minska spridningen av coronaviruset är att minska sociala kontakter och hålla sig hemma så mycket som det går. En del kan fortsätta att arbeta tack vare tekniska lösningar, medan andra har blivit permitterade från sitt arbete på grund av den ekonomiska situationen. Andra är arbetssökande före pandemiutbrottet och påverkas ytterligare av isoleringen.

När strukturerna i vardagen, arbete, skola eller sysselsättning försvinner och isoleringen ökar, och detta kombineras med ökad oro för att bli smittad av covid-19, försöker människor hantera situationen. För de som har fetma och försöker hantera sin oro med hjälp av mat finns en risk att vikten ökar ytterligare.

Vid isolering eller vid karantän finns en rad rekommendationer för god nutrition (29) och som också gynnar en begränsad viktökning vid fetma:

• att försöka hålla regelbunden måltidsordning

• att äta varierat med stor andel grönsaker och frukt

• att begränsa intaget av energität mat såsom snabbmat, sötsaker och snacks

• att använda vatten och andra energifria drycker som törstsläckare

• att dagligen utöva fysisk aktivitet antingen i form av program hemma eller promenader

Pandemin som motivation för livsstilsförändring?

Kan en pandemi motivera till livsstilsförändring mot lägre vikt bland personer som lever med fetma? Det vet vi inte, men studier visar att en majoritet av personer som lever med fetma rapporterar att de ständigt försöker minska eller kontrollera sin vikt (30), så tanken är inte orimlig.

Vi vill alla ha en god hälsa och vara friska. När nu svår fetma identifierades som risk vid covid-19 tidigare i år, är det inte konstigt om många börjar fundera över vad man kan göra för att minska risken att bli drabbad av coronaviruset. Oavsett vilken anledning man har för att göra en livsstilsförändring för lägre vikt vid fetma, är det gynnsamt för hälsan. En del önskar stöd i förändringsarbetet och därför det är viktigt att hälso- och sjukvården erbjuder kunskapsbaserade behandlingsprogram.

Om man på egen hand vill påbörja förändringsarbetet kan man ta utgångspunkt i det amerikanska registret The National Weight Control Registry (NWCR) som systematiskt samlat kunskap om vad personer gjort som minskat mycket i vikt och kunnat hålla vikten (31) och gjort det under mer än 10 års tid (32). NWCR har kommit fram till sju framgångsfaktorer för lägre vikt under lång tid (31).

• Framgångsfaktorer för bestående viktminskning enligt NWCR

• Framgångsfaktor

• Praktiskt råd – kommentar

• Minska energiintaget

• Ta inte om av maten, väg maten enligt ett kostråd.

• Ät mindre fett och sött

• Ät mycket mindre av energität mat och dryck mellan måltider, såsom godis, choklad, bakverk, glass, snacks och sockersötade drycker.

• Planera för att äta måltider regelbundet under dagen

• Tre till fyra huvudmåltider som fördelas regelbundet som exempelvis frukost, lunch, middag och kvällsmål. Undvik småätande mellan måltiderna. Frukt som mellanmål rekommenderas.

• Ät frukost varje dag
Den som äter frukost har lättare att äta lagom mycket under resten av dagen, och inte minst förhindra stora måltider kvällstid.

• Regelbunden vägning
Upprätta en vägningsrutin, dagligen eller några gånger per vecka. Det blir då lättare att fånga upp och justera mindre viktökningar.

• Skriva matdagbok
Med matdagbok (en app, skrivbok eller liknande) håller man koll på måltidsmönster och vad man äter. Det är lättare att förändra något man är medveten om. Det finns appar som kan beräkna kalorier, för dem som önskar.

• Vara fysisk aktiv minst en timme per dag
Med hög energiomsättning och muskelarbete blir det lättare att behålla en lägre vikt och svårare att öka i vikt. Ett sätt att komma igång är att välja ut tre till fem av ovanstående punkter och testa dessa. De som fungerar i vardagen behåller man. Det viktigaste för viktminskning är att energiintaget är lägre än energiförbrukningen och att man kan upprätthålla denna obalans över tid. Den som använder covid-19-pandemin som ett incitament till en levnadsvaneförändring för en lägre vikt kan utnyttja pandemin på ett konstruktivt sätt – för att generellt minska risken för fetmarelaterad sjukdom.

Publicerat i: nutritionsfakta.se
Publicerat: 2020-08-14

Hälsoområden Inflammation Vikthantering

Text av: Ingrid Larsson, näringsfysiolog, docent, universitetssjukhusöverdietist, Enheten för klinisk nutrition och Regionalt obesitascentrum, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg.

GÖR LIVET ENKLARE OCH TRYGGARE!

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

Dexcom G6®

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

nordic INFUcare
(Distributör)

DIA.SE.076-01-MAJ2020

Munnen är en del av kroppen – projekt DentDi

Parodontit och diabetes har en koppling till varandra då båda är inflammatoriska processer. Har man diabetes ökar risken för parodontit (tandlossning) och har man parodontit ökar risken för diabetes.

Illustratör: Thomas Milanovits

En av tre personer med typ 2 diabetes är oupptäckt. Screeningen i primärvården sker vid riskfaktorer såsom hypertoni, övervikt, läkemedel och lipidrubbningar. Tandvården i sin tur träffar en stor del av befolkningen och de gör alltid en riskbedömning av munhälsan. Dålig munhälsa, så som hög kariesfrekvens och tandlossning kan vara markörer för ohälsa, vilket i sin tur kan indikera prediabetes eller typ 2-diabetes. Då vi vet att det finns en koppling mellan munhälsan och diabetes är det viktigt att uppmärksamma detta. DentDi, som står för Dent- tänder och Di- diabetes är en metod att screena för diabetes redan hos tandvården.

Syftet med metoden är att bedöma om man kan screena för diabetes genom riskbedömning av munhälsan.

DentDi är ett tvärprofessionellt samarbete mellan Folktandvården i Stockholm, Akademiskt primärvårdscentrum samt Karolinska Institutet.

En bärande idé i DentDi är det vi kallar Kungstanken- att var och en gör det vi är bäst på – och på så vis tillsammans jobbar för att förebygga ohälsa i tid.

Samarbetet påbörjades 2016, mellan Folktandvården och en vårdcentral i Stockholm, i samband med ett större projekt, 4D. 4D var ett samarbetsprojekt mellan dåvarande Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet som fokuserade på fyra diagnoser (diabetes, hjärtsvikt, artrit och bröstcancer). Nu har DentDi utökats till 7 vårdcentraler och Folktandvårdkliniker.

På folktandvården görs odontologisk riskbedömning på alla patienter. De som är över 18 år och tackar ja studien, och uppfyller kriterierna (förekomst av karies och parodontit) för inkludering i DentDi, remitteras till närliggande vårdcentral för vidare utredning för typ 2 diabetes.

I primärvården tas HbA1C och fastebloddsocker och därefter görs ett uppföljande besök för vidare utredning enligt gällande rutiner. Hittills har 374 personer inkluderats i DentDi och ca 30 % har haft förhöjda blodsockervärden vid utredning på vårdcentralerna.

Implementeringen av DentDi genomförs med regelbundna möten mellan implementeringsteamet och personalen på FTV och vårdcentralen. Implementeringsteamet består av en tandläkare och en diabetessjuksköterska.

Preliminära resultat indikerar att metoden DentDi fungerar att screena för diabetes. Denna typ av samarbetsmetod kan även ingripa andra diagnoser i framtiden.

I dagarna påbörjas nästa skede i DentDi. Ett salivprov (periosafe), som mäter aktivitet i nedbrytningen av de proteiner som är stödjevävnad i käkbenet, vilket är orsaken till parodontit, läggs till i riskbedömningen på FTV. Detta göras för att se om vi kan öka utfallet på personer som har prediabetes eller redan utvecklad typ 2 diabetes. Om utfallet blir större kan detta lättare implementeras i hela Region Stockholm och även i framtiden spridas nationellt samt internationellt.

Implementeringsteam:

Katri Harcke, Diabetessjuksköterska, Doktorand. Akademiskt primärvårdscentrum. Katri.harcke@sll.se

Kaija Seijboldt, Diabetessjuksköterska, Akademiskt primärvårdscentrum. Kaija.seijboldt@sll.se

Erik Kollinius, Tandläkare, Folktandvården Stockholm.

Anders Lindunger, Tandläkare, verksamhetschef, Folktandvården Stockholm, Spånga

Att leva med diabetes

Allt du behöver göra är att ta ditt insulin eller dina tabletter varje dag, vid rätt tidpunkt och i rätt mängd, äta perfekt utan att någonsin ”fuska”, kolla ditt blodsocker regelbundet samt träna regelbundet. Balansera sedan dessa uppgifter så att ditt blodsocker aldrig blir för lågt eller för högt. Gå heller inte upp eller ner för mycket i vikt. Var vaksam hela tiden ifall något går snett. Till sist, kom ihåg att du måste göra allt detta varje dag i resten av ditt liv utan någon semester från din diabetes någonsin!

William H Polonsky

Vi har kombinerat det bästa vi har.

ASCENSIA Diabetes Care

Kundservice: 020-83 00 84
www.diabetes.ascensia.se

Copyright 2020 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. Alla rättigheter förbehålles. Ascensia, Ascensia Diabetes Cares logo och Contour är varumärken och/eller registrerade varumärken som tillhör Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

Vilken effekt får bästa möjliga tekniska behandling

Vad händer när en ung person direkt efter att ha fått diagnosen typ 1 diabetes behandlas med den senaste tekniken, det vill säga kontinuerlig glukosmätning och insulinpump, en så kallade konstgjord bukspottkörtel. Många hävdar på goda grunder att det är bättre än den traditionella behandlingen med flera injektioner varje dag. Men riktigt handfasta vetenskapliga bevis för det finns inte. Nu ska forskare vid Cambridge och andra brittiska universitet försöka besvara frågorna under en två år lång studie.

96 nydiagnosticerade, inte mer än tre veckor tillbaka, personer i åldrarna 10 til 16 år ska rekryteras till studien. Hälften kommer att på bästa sätt behandlas på det traditionella sättet, en eller två injektioner basinsulin per dag och injektioner med måltidsinsulin vid flera dagliga tillfällen. Den andra hälften kommer att bära en insulinpump kopplad till en kontinuerlig glukosmätare.

Under de två år undersökningen pågår ska en mängd data fortlöpande samlas in och analyseras.

Hur många når målvärdet

Forskarna är intresserade av en mängd variabler: Självklart den generalla kontrollen av blodsockret mätt som det genomsnittliga HbA1c-värdet och hur många i vardera gruppen som når ett HbA1c under 58 mmol/l.

En annan intressant variabel är hur stor del av tiden deltagarna spenderar inom målområdet mellan 3.9 och 10.0 mmol/l. Hur ofta glukosvärdet sjunker under 3,5 respektive 2,8 mmol/l och hur ofta värdet ligger över 10.0 mmol/l respktive över 16,7 mmol/l.

Även den mängd insulin deltagarna tar a ska registreras och hur kroppsvikten (BMI) förändras över tid liksom blodtrycket.

Ett speciellt fokus ligger på de båda extremsituationerna, allvarliga blodsockerfall som kräver insatser av någon annan än deltagaren själv, vårdnadshavare eller sjukvård och syraförgiftning som inträffar när blodsockret legat alltför högt under en längre tid.

Över huvudtaget kommer antalet biverkninar, vilket slag och vilken allvarlighetsgrad de har att följas.

Smekmånaden

En speciellt intressant faktor är om och hur länge den enskilde befinner sig i den så kallade smekmånaden. Den tid det fortfarande finns en egen liten insulinproduktion. Ju längre tid desto bättre.

Det egna insulinet funerar då som en utjämning till det injicerade och utsöndras som hos friska enbart när det finns behov, det vill säga när det injicerade inte ensamt håller blodsockret i schack. Under smekmånadsfasen är ofta diabetessjukdomen mer lättskött med färre djupa blodsockerfall och alltför höga värden.

När diagnosen typ 1 diabetes ställs har de insulinproducerande betacellerna utnyttjat all sin kapacitet att utsöndra insulin. Enkelt uttryckt kan man säga att de är uttröttade. När så insulin tillförs utifrån får de en frist och börjar utsöndra mer insulin igen. Detta varar för de flesta mellan någon månad och upp till mer än ett år.

Mycket talar även för att sjukdomen under lång tid framåt blir mer lättskött ju längre smekmånaden har varat. Därför menar forskarna att det är ytterst viktigt att försöka behålla den tiden så länge som möjligt.

Hur behandlingen upplevs

De kommer även att utvärdera de hälsoekonomiska konsekvenserna av behandlingen i de båda grupperna och med intervjuer av deltagare/vårdnadshavare både enskilt och i grupp om hur behandlingen har upplevts, såväl postiva som negativa aspekter.

Syfter med undersökningen är att studera hur den konstgjorda bukspottkörteln fungerar jämfört med den äldre behandlingsprincipen. Framför allt hur länge den egna insulinutsöndringen varar.

Det finns ännu inga resultat att presentera därför att studen precis har börjat men någon gång gång under år 2023 komer de första att presenteras.

Text: Tord Ajanki
Publicerad den 17 augusti 2020

Länk till undersökningen
Closed Loop From Onset in Type 1 Diabetes (CLOuD)

https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02871089

Influensavaccin räddar liv på flera olika sätt

Influensavaccin skyddar diabetiker inte bara mot influensa utan också från att dö av hjärt-kärlsjukdom eller av andra orsaker. Det visar en stor dansk studie som publicerats i den vetenskapliga tidskriften Diabetes Care.

I dessa Coronatider när alla hoppas och väntar på effektivt vaccin mot covid19-virus ska vi inte glömma de influensavacciner som varje år räddar många människoliv. Enligt Socialstyrelsens statistik åren 2015-2019 avled i genomsnitt 685 personer per år på grund av influensa bara i Sverige. Samma statistik visar att varje säsong vårdas ungefär 11 000 människor i sluten vård eller i specialiserad öppen vård på grund av influensa. Variationerna i sjuklighet och dödlighet är stora mellan olika säsonger. Värsta säsongen de senaste åren var 2017-2018 då 1 100 personer avled. Hur nästa influensa blir vet ännu ingen.

Vaccinerade eller ovaccinerade diabetiker

Nu har forskare vid universitetet i Köpenhamn, Danmark, genom en stor registerstudie undersökt hur det går för personer med diabetes, både typ 1 och typ 2, som vaccinerar sig mot influensa respektive de som inte gör det. Studien visar tydligt att vaccinet räddar liv.

- Den plötsliga inflammatoriska reaktionen i samband med en akut infektion kan utlösa hjärtinfarkt eller stroke och personer med diabetes har redan innan infektionen en ökad risk för hjärt- kärlsjukdom, säger forskaren Daniel Modin, förste författare till undersökningen till nättidningen medwireNews.

En knapp miljon

Forskarna har använt nationella registerdata för att identifiera patienter med diabetes under influensasäsongerna åren 2007-2016. Som diabetiker räknades alla som använde någon form av läkemedel vars syfte är att sänka blodsockret. Patienter som var under 18 eller över 100 år eller de som hade en registrerad hjärt-kärlsjukdom, lungsjukdom, cancer eller stroke var inte med i studien.

Inför varje influensasäsong registrerades de som fick en vaccination. Sedan jämfördes de med de som inte vaccinerades sig. Totalt ingick nästan en kvart miljon människor i studien. Deras medelålder var strax under 60 år.

Minskad risk att avlida

Resultaten visar tydligt influensavaccinets skyddande effekt mot död i hjärt-kärlsjukdom, stroke och andra dödsorsaker trots att forskarna jämförde grupper när det gäller ålder, kön, inkomst och utbildning, andra sjukdomar och läkemedelsanvändning. Vaccinet räddar liv.

Diabetespatienter som vaccinerat sig hade en 16-procentigt lägre risk att dö av hjärt-kärlsjukdom, 15 % lägre risk att dö av stroke eller hjärtinfarkt och 17 procent lägre risk för dödlighet av samtliga orsaker.

Forskarnas slutsats blir att influensavaccin för personer med diabetes är viktigt på flera olika sätt.

- Vi har också visat att vaccination är förenad med en säkerställd minskad risk för akuta diabeteskomplikationer, skriver forskarna och exemplifierar med alltför höga eller alltför låga blodsockervärden.

Länk till undersökningen i tidskriften Diabetes Care

Influenza Vaccination Is Associated With Reduced Cardiovascular Mortality in Adults With Diabetes: A Nationwide Cohort Study

https://care.diabetesjournals.org/content/early/2020/07/03/dc20-0229

Publicerad den 28 september 2020

Har du något att berätta?

Händer det något hos dig som du vill förmedla till oss andra så är du välkommen att skriva om det i tidningen!

Vi tar gärna emot reportage från er medlemmar.
Har du något projekt på gång? Provat något nytt arbetssätt?
Fått positiv eller negativ respons på något du gjort som kan hjälpa oss kollegor att utveckla en bättre vård för våra patienter med diabetes.

Skrivit uppsats, skicka en sammanfattning eller abstrakt.
Berätta stort som smått med få eller många ord.
Du bestämmer.

Vill du ha med en bild, skicka den separat.

Eventuell artikel skickas till: victoria@sfsd.se

Nyheter om diabetesforskning

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

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

Tonvikten ligger på populärvetenskapliga artiklar från forskningsfronten och aktuella fördjupningsartiklar.

Du kan prenumerera på nyheter.

Du kan fråga om diabetesforskning.

LUNDS UNIVERSITET

Välkommen till
www.diabetesportalen.se

KALENDARIET 2021

Diabetesforum
14 - 16 April 2021, Göteborg

ATTD
26 – 29 Maj 2021, Paris, Frankrike

ADA
Jun 25 - 29, 2021
Washington DC, USA

FEND
Sept 2021, Stockholm

EASD Annual Meeting
27 September – 1 oktober 2021, Stockholm

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

Fiasp® (insulin aspart)

Subventionerat även i injektionsflaska och cylinderampull**

Dessutom till ett lägre pris än NovoRapid® (insulin aspart)[1]

Fiasp®
Ett snabbare insulinsvar vid måltid
jämfört med NovoRapid®[2,3]

*100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i injektionsflaska; 100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i cylinderampull.

Referenser
1. AUP, www.tlv.se, september 2020. **2.** Fiasp® produktresumé, www.fass.se. **3.** Heise T, et al. Clin Pharmacokinet. 2017;56(5):551–9.

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

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

100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i injektionsflaska; 100 enheter/ml Penfill® injektionsvätska, lösning i cylinderampull; 100 enheter/ml FlexTouch® injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna; 100 enheter/ml PumpCart® injektionsvätska, lösning i cylinderampull. Fiasp® är en snabbverkande formulering av insulin aspart och är ett måltidsinsulin för subkutan administrering.

Indikation: Behandling av diabetes mellitus hos vuxna, ungdomar och barn från 1 års ålder.

Varningar och försiktighet: Doseringen av Fiasp® är individuell och ska fastställas utifrån den enskilda patientens behov. Hypoglykemi kan uppträda om insulindosen är för hög i förhållande till insulinbehovet. Otillräckliga doser eller avbruten behandling, i synnerhet hos patienter som har behov av insulin, kan leda till hyperglykemi och diabetisk ketoacidos, 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.

Läkemedelsformer: Injektionsvätska, lösning.

För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se. Översyn av produktresumén 03/2020.

SE20FSP00003 THE BLOCPARTNERS NORDIC 09/2020

novo nordisk®

©2020 Novo Nordisk Scandinavia AB | Tel 040-38 89 00 | www.novonordisk.se

Fiasp® insulin aspart

SFSD:S STYRELSE:

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

Vetenskaplig sekreterare
Janeth Leksell
Högskolan Dalarna
791 88 Falun
vetsekr@sfsd.se

Krister Gustafsson
Diabetessamordnare Södermanland
Medicinmottagningen
Mälarsjukhuset
631 88 Eskilstuna
krister@sfsd.se

Anna-Lena Brorsson
Akademin 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 omvårdnads-vetenskapliga 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 1, 2021 är 11 januari med utgivning i februari
Nr 2, 2021 är 10 maj med utgivning i juni
Nr 3-4. 2021 är 20 september för utgivning i oktober

Annonsutrymme 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

SVANENMÄRKET
Trycksak
3041 0234

REWIND®
Trulicity CV Outcomes Trial

trulicity®
dulaglutid för injektion

För vuxna med typ 2-diabetes:

Trulicity, enkel att använda[1]

- Sänker HbA_{1c} med en dos i veckan[2]:
  - Ingen titrering krävs[3]
  - Inbyggd dold nål[3]
  - Automatiserad injektion[3]
- Minskar risken* för hjärtkärlhändelser[2]

Trulicity 0,75 mg, 1,5 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 diabetesketoacidos. Dulaglutid är inte en ersättning för insulin. Diabetesketoacidos 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:** 2019-10-21 **För ytterligare information och priser se** 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

* Dulaglutid jämfört med placebo (3P-MACE), p= 0,026.

References:
1. Matfin et al. Journal of Diabetes Science and Technology 2015, Vol. 9(5) 1071–1079 **2.** Trulicity produktresumé **3.** Trulicity bipacksedel

PP-DG-SE-0260 April 2020
© 2020 Eli Lilly and Company. All rights reserved.
Lilly and Trulicity® are registered trademarks of Eli Lilly and Company.

Lilly

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

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 a-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. Rx, EF

Ytterligare upplysningar om detta läkemedel kan erhållas hos ombudet för innehavaren avgodkännandet för försäljning:
Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna. 08-737 88 00, www.lilly.se

© 2020 Eli Lilly and Company. All rights reserved.
Lilly and Baqsimi® are registered trademarks of Eli Lilly and Company.
PP-GN-SE-0009 Maj 2020