



DIABETESVÅRD

Tidning för Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård

www.diabetesnurse.se

NR 1 2018

Årsmöte 19 april 2018

Anmälan till SFSD Symposium 2018

via www.diabetesnurse.se

Humalog® 200 E/ml KwikPen™ ger i jämförelse med Humalog® 100 E/ml KwikPen™:

- Samma effekt med halva volymen^{1,2}
- Färre antal pennor^{1,2}
- Lägre kostnad^{1,2}



Samma fördel.



Halva volymen.



Referenser: 1. Produktresumé Humalog 200 E/ml 2. Produktresumé Humalog 100 E/ml

Humalog® 100 E/ml injektionsvätska, lösning (insulin lispro) Cylinderampull, injektionsflaska, förfylld penna (KwikPen) ATC-kod: A10AB04. Insulinanalog med snabbt insättande effekt och kort duration. **Indikationer:** För behandling av vuxna och barn med diabetes mellitus som fordrar insulin för bibehållande av normal glukos homeostas. För initial stabilisering av diabetes mellitus. **Kontraindikationer:** Hypoglykemi. **Datum för översyn av produktresumén:** 2014-04-23. Rx, F

Humalog® 200 enheter/ml injektionsvätska, lösning (insulin lispro). Förfylld penna (KwikPen) ATC-kod: A10AB04. Diabetesmedel, insuliner och analoger för injektion, snabbverkande. **Indikationer:** För behandling av vuxna med diabetes mellitus som fordrar insulin för bibehållande av normal glukoshomeostas. För initial stabilisering av diabetes mellitus. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Hypoglykemi. **Varningar:** Humalog KwikPen finns i två styrkor, Humalog 100 enheter/ml och Humalog 200 enheter/ml. Patienter ska instrueras att alltid kontrollera insulinetiketten före varje injektion för att undvika att de två olika styrkorna av Humalog blandas ihop av misstag eller att man blandar ihop andra insulinprodukter. Dosindikatorn på pennan visar antalet enheter oavsett styrka och ingen dosomvandling ska ske för patienten vid överföring till ny styrka. Insulin lispro lösning för injektion som innehåller 200 enheter/ml får inte överföras från den förfyllda pennan, KwikPen, till en spruta. Markeringarna på insulinsprutan mäter inte dosen korrekt. Överdoser kan orsaka allvarlig hypoglykemi. Insulin lispro lösning för injektion som innehåller 200 enheter/ml får inte överföras från KwikPen till någon annat doseringshjälpmedel för insulin, inklusive insulininfusionspumpar. **Datum för översyn av produktresumén:** 2014-09-30. **För ytterligare information och priser se www.fass.se.** Rx, F

Ordföranden har ordet

Så har ytterligare ett år snabbt passerat förbi och dags att se framåt mot nya utmaningar under året. Vad har hänt under året som gick och vad kommer under det nya året?



Ingela Bredenbergh.

Styrelsen har haft ett aktivt år med flera arbetsgrupper för att driva arbetet framåt på ett effektivt sätt. Upplever att styrelsen har högt i tak och allas åsikter är viktiga och gör att vi har bra diskussioner och kan se på saker från olika perspektiv vilket berikar arbetet.

En tillbakablick på det gångna året och styrelsens arbete så har vi haft en arbetsgrupp som arbetat med Ledtals rekommendationerna och som ska ta fram strategier så vi kan sprida dessa och att det kan vara till hjälp för bemanning på era arbetsplatser. Arbetet med detta är pågående och mer om detta kommer ni att höra under 2018.

Nationella riktlinjer vid injektion av diabetesläkemedel har en arbetsgrupp arbetat med en annan gör patientbroschyr om detta som ska kunna användas både på barn och vuxenmottagning. Den broschyren är inte klar ännu utan kommer att komma förhoppningsvis under året. De nationella riktlinjerna för injektionsteknik kommer förhoppningsvis att publiceras i början av året, Svensk sjuksköterskeförning har ställt sig bakom dessa och de kommer också att finnas på deras hemsida.

Vårt gemensamma projekt med SSF om prediabetes är också slutfört, detta har lett till en modell för vårdpersonal att arbeta utifrån för personer med prediabetes. En informationsfolder till de drab-

bade är också skriven och skall tryckas via SSF när den är klar kommer vi troligtvis att skicka ut denna till er alla (styrelsebeslut på det inte taget i skrivande stund). Broschyren kommer finnas tillgänglig för utskrift via vår hemsida och även SSF hemsida tar jag för givet.

Vi har även haft en debattartikel i Västerbottenkuriren och Folkbladet med anledning att Västerbottens läns landsting informerades om att de ville ta ut en avgift för insulinpumpar, CGM och FGM. Tyvärr lyckades vi inte påverka dem och de har nu avgiftsbelagt dessa hjälpmedel för vuxna.

Självklart är styrelsen intresserade att få kännedom om någon liknande diskussion skulle uppstå i något annat landsting så vi har möjlighet att hinna vara med och påverka. Det Nationella Diabetes Teamet arbetar också vidare med att skapa en rättvis och säker vård för alla personer med diabetes.

Vi kommer givetvis att spana på de reviderade riktlinjerna och sprida informationen om detta. De virtuella mottagningarna tror vi är här för att stanna och följer givetvis den utvecklingen. Ökade kunskaper om de tekniska hjälpmedlen och om den sprids till primärvården så är vi många som behöver fördjupa oss i detta.

Ser fram mot ett spännande år och hoppas att ni har möjlighet att komma på vårt symposium i april se mer info om detta,

stipendier och nomineringar till Årets diabetessjuksköterska i tidningen.

Ingela Bredenbergh



INNEHÅLL

NDR nyhetsbrev	4
IDF Abu Dhabi 2017	5
Världsdabetesdagen 2017	10
Assisterad egenvård hos patienter med diabetes	16
ISPAD 2017	30
Rapport från årets diabetessjuksköterska 2015	40
Slutrapport 2017	44
Nytt vårdprogram för fotundersökning	48

Vi på NDR vill börja med att tacka alla för värdefullt arbete i diabetesvården under det gångna året. Nu ser vi fram emot ett nytt år med nya och spännande utmaningar.

Glimtar från 2017 års resultat

Det är glädjande att se att 2017 blev ännu ett år med positiva trender för HbA1c, blodtryck och lipider både inom primärvård och på medicinkliniker. Måluppfyllelsen av alla dessa tre viktiga mått har förbättrats jämfört med förra året. Samtidigt finns det fortfarande förbättringspotential. Det är till exempel bara 55% av patienterna i primärvården och 75% av patienterna på medicinklinikerna som uppfyller blodtrycksmålet på 140/85 mm Hg. Det är bättre än förra året men en bit kvar till målet, så vi kan inte slå oss till ro med de goda resultaten utan måste fortsätta jobba för en allt bättre diabetesvård! Titta själv på www.ndr.nu/knappen för att se resultaten från ditt landsting och din enhet.

Förändring av retinopati-frågan i NDR

Efter initiativ från ögonläkarföreningen och i samråd med SFD har NDR ändrat klassificeringen av retinopati-diagnoserna. Den tidigare indelningen är föråldrad och vi får nu en internationellt enhetlig klassifikation. I den nya indelningen benämns ögondiagnoserna: mild, måttlig, allvarlig och proliferativ retinopati istället för den tidigare klassificeringen: simplex retinopati, preproliferativ retinopati, kliniskt signifikant makulaödem och proliferativ diabetesretinopati. Diagnosen kliniskt signifikant makulaödem tas bort från diagnoslistan och istället justeras frågan om laserbehandling till att även fånga om det varit aktuellt med annan behandling, såsom behandling av makulaödem. Den nya klassificeringen är införd på 2018 års frågeformulär, men under en övergångsperiod kan NDR ta emot data enligt den gamla indelningen.

Studie för att ta tillvara erfarenheter av att använda NDRs patientenkät

NDR har tagit fram en enkät som är tänkt att användas vid besöken i diabetesvården. Nu initierar NDR en studie för att undersöka hur enkäten ska implementeras i vården på bästa sätt och vilken nytta vården och patienterna upplever att de får av att använda enkäten. Rekrytering av vårdenheter som ska vara med i studien har påbörjats. Jobbar du i primärvården eller på en medicinklinik i Blekinge, Skåne, Halland, Västra Götaland, Stockholm, Västernorrland eller Västerbotten så kan du vara med! De vårdenheter som är med i studien kommer att använda enkäten under ett år och både personal och patienter kommer att intervjuas. Välkommen med din intresseanmälan så snart som möjligt till ebba.linder@registercentrum.se

Nya Knappen

En ny version av Knappen har släppts! Eftersom Swediabkids och NDR nu finns på samma hemsida innehåller Knappen även data från barn- och ungdomsdiabetesvården. Nya Knappen ger bättre möjligheter att skraddarsy sökningar efter eget önskemål, det går till exempel att själv välja vilka vårdcentraler i en region som man vill jämföra. En annan funktion som skapats i nya Knappen och som vi hoppas ska användas mycket är att det blir enkelt att dela med sig av sina sökningar till andra. Arbetet med att förbättra Knappen fortsätter och under våren kommer det ske kompletterande uppdateringar, eftersom NDR också skapar en avancerad del för de som använder Knappen ofta.

Årsrapport på nätet

Efter noggrant övervägande är det beslutat att den traditionella årsrapporten i år ersätts av nya Knappen och redovisning on-line. Vi är övertygade om att det är dags att lämna den tryckta pappersversionen till förmån för bra och lättillgänglig redovisning av data på hemsidan. Som komplement till Knappen kommer alla användare att kunna läsa om resultat, forskningsnyheter och viktig information om registret i våra nyhetsbrev som publiceras på hemsidan och skickas med epost till de som vill, 4 ggr per år. Vill du ha nyhetsbrev så ska du meddela oss detta på ndrinfo@registercentrum.se

Soffia Gudbjörnsdottir
Registerhållare NDR

IDF 4-8 december 2017 i Abu Dhabi

IDF är en internationell diabetesorganisation med syfte att förebygga diabetes, främja god diabetesvård och att bota diabetes i världen. Årets IDF-kongress hölls i Abu Dhabi.



Först och främst vill jag tacka SFSD, Sydvästra Skånes Diabetesförening och Endokrin, SUS, som gav mig möjligheten att åka till Abu Dhabi på den internationella diabeteskonferensen, IDF 4-8 december 2017. IDF är en internationell diabetesorganisation med syfte att förebygga diabetes, främja god diabetesvård och att bota diabetes i världen. Vi landade i Dubai mitt i natten och tog oss sedan vidare till Abu Dhabi. Det var varmt och skönt, närmare 30 grader. Abu Dhabi är huvudstaden i Förenade Arabemiraten och i emiratet Abu Dhabi, det största av de sju emirat som utgör Förenade Arabemiraten. Innan konferensen började hann vi se det nyöppnade Louvre of Abu Dhabi och landets största moské, Schejk Zayed-moskén. Den är byggd i snövit marmor och här finns bl. a. världens största handknutna matta. Den vävdes av 1200 kvinnor i Persien under två år. Den är 5600 kvadratmeter och bara så vacker. Moskén rymmer 40 000 personer. Louvre of Abu Dhabi, "filial" till Louvren i Paris, är helt nyöppnat och har en fantastisk arkitektur. Google gärna och titta på bilder.

Några glimtar från första dagen

Vi började med att lyssna på en japan, Yutaka Seino, som fick ett prestigefyllt pris, IDF Award Lecture. Han berättade att Western Pacific Region (WPR), Västra Stillahavsområdet, är den största regionen i IDF med hög ekonomisk tillväxt, hög diabetesincidens och ökande BMI. Deras diabetes karaktäriseras mer av försämrade in-

sulinsekretion än av insulinresistens. Kan vara bra för oss att veta när vi har patienter från den delen av världen. Han menade att DPP4 och GLP1 är effektiva diabetesläkemedel för asiater. Det finns tolv fotcentra i WPR. Det är skillnader i fotproblematik jämfört med hos oss: patienterna är oftare yngre och har kortare diabetesduration när de får diabetesrelaterad fotproblematik. Fotsåren är ofta orsakade av trauma då de ofta går barfota och det är vanligare med amputationer. Det finns sällan specialister, oftast allmänläkare. Han berättade också om studier som de hade gjort på meal sequence, effekten på postprandiella glukosstegringar beroende på i vilken ordning man åt sin mat; om man åt riset först eller om man åt grönsaker eller kött och fisk först. De hade gjort studierna på femton friska japanska män med Free-Style Libre. Om man äter riset först så höjer det glukosvärdet betydligt mer efter maten än om man börjar med grönsaker. Detta gäller kanske bara för asiater eller skall vi kanske sluta med att äta bröd innan maten kommer? Det optimala för den postprandiella glukosstegringen var att äta grönsakerna först, sedan köttet eller fisken och sist kolhydraterna. Tallriksmodellen passar i så fall inte för våra asiatiska patienter om detta stämmer.

Olika perspektiv

Sedan lyssnade jag på Petra Elders, allmänläkare från Amsterdam, The Perspective of Northern Europe. Hon började med att säga att trots att holländarna cyklar så

mycket så har de en hög diabetesprevalens. Det är hög kvalitet på diabetesvården i norra Europa pga. bra strukturer, bra utbildning och behandling samt bra hantering av komplikationer. Vi har jämförelsevis låga amputationssiffror och låg mortalitet, MEN vi når inte målen - vi behöver individualisera mer, one size doesn't fit all. I Holland många immigranter med hög diabetesprevalens. De har sett att om man screenar personer med typ 2 diabetes för ögonkomplikationer oftare (varje år i st f vartannat) så minskade ögonkomplikationer med 60 %. Vi fick därefter ett kinesiskt perspektiv av dr Guo från Peking. Diabetesprevalensen stiger snabbt ffa i städerna. Pga brist på sjukvård och svårigheter att transportera sig är det en utmaning med diabetesvården i Kina. På landsbygden är det lägre medvetenhet om njur- och ögonkomplikationer och om andra riskfaktorer än i städerna. Pågående projekt med att träna 6000 typ primärvårdsheter, som redan visar goda resultat.

Diabetes och Stigma - patientberättelser

Samma förmiddag lyssnade jag på patientberättelser om Diabetes och STIGMA. Bob Swindell från UK började med att berätta om när han 2013 fick diagnosen typ 2 diabetes. Han lämnade sin läkare chockad, förvirrad och upprörd och kände att han saknade information och stöd. Han menar att vid diagnostillfället så behövs mer hjälp; det behövs mer kunskap



för att kunna leva och må bra. Det behövs mer emotionellt stöd. Många förknippar typ 2 diabetes med övervikt och fetma. Det är stigmatiserande att alla med typ 2 skulle vara lata, dumma, med dålig självdisciplin och inte följsamma till råd. Det leder till skam och skuld känslor vilket förhindrar god egenvård med sämre medicinska resultat över tid. Media hjälper inte heller till, menade han. Media ökar stigmatiseringen genom hur man skriver och vad man skriver om. Mycket felaktig information, ofta bristfälligt underbyggd. Han nämnde även hur vi i vården använder orden, att vi behöver reflektera över hur vi kommunicerar med våra patienter. God kommunikation leder till mindre oro, ökat förtroende, ökat lärande och förbättringar i egenvården. Han reagerar bl a på orden suffer from diabetes, lida av. Vi säger ju ofta i Sverige drabbats av diabetes. Han anser sig inte suffer/lida, även om han struggles/kämpar 24 timmar om dygnet hela året. Han tycker inte heller om att kallas för diabetiker. Han vill bli identifierad som en person, inte som en patient. Han menar att han befinner sig så lite av sin tid i sjukvården. Största delen av sitt liv lever han utan oss i vården. Inte följsam är också ord som han reagerar mot. Det finns alltid en kontext, ett sammanhang, en historia. Han fick veta att han var non compliant (inte följsam) till metformin trots att det var de medicinska biverkningarna som hindrade honom att ta medicinen. Han vill bli behandlad som en person

som behöver bli expert på sin egen sjukdom för att må bra och nå goda långsiktiga goda resultat. Vi vårdgivare behöver förbättra våra dialoger, göra dem mer fruktbara och tänka på hur vi använder orden. Få diabetes är bättre än att få cancer menar han är ett tanklöst uttalande. Här kan ni läsa mer om Bob: <https://www.England.nhs.uk/atnhs/curator-archive/bob-swindell/>

Fortsättning på samma ämne STIGMA. En ung kille från Kuwait berättade om hur det var och är att leva med typ 1 diabetes där. Han fick typ 1 när han var två år. Även hans tvillingbror har diabetes. Han berättade om födelsedagar då det bakades tårter, men han fick aldrig äta, bara blåsa ut ljusen. Han åt ibland choklad i smyg, gömde undan sådant som han inte fick äta på sitt rum. Han fick en depression i tonåren. Han hade en bra läkare, de hade en god relation, men han gick ändå inte till doktorn så ofta som han borde; han var inte vän med sin diabetes. Många hypos/låga blodsocker genom åren. Han tog sitt insulin, men testade inte blodsocker. Lärde inte av sina höga och låga värden. Han fick en allvarlig hypoglykemi på en resa. Man trodde han var full. Han blev diskriminerad av alla hypos, betraktades som retarderad/"efterbliven" och "crazy". Det var svårt för honom att få och behålla jobb pga. svängiga glukosvärden. När han var hemma från skolan eller från jobbet pga. sin diabetes betraktades han som lat och fick inte längre samma arbetsuppgifter. De

tyckte att han skulle jobba på lite bättre. Han tycker att han gör så gott som han förmår. Hans fru ville skiljas, hon tyckte att han var en börda pga. diabetesjukdomen. Nu är han skild, han har CGM sedan en tid och inga hypos. Han kämpar på.

En patientberättelse från Pakistan. Sana en ung kvinna med typ 1 sedan hon var 15 år, nu 33 år. Det är ofta mycket svårt för yngre kvinnor med diabetes i utvecklingsländer där könsdiskriminering fortfarande är hårt rotad. Hon sa "I am a woman, I am the woman I want to be and could be, not should be. I am a woman, a woman with diabetes". Diabetes en del av mig, inte hela mig, jag är fortfarande en person. När en ung kvinna diagnostiserats med diabetes betraktas hon som mindre värdefull och som en börda. Familjen vill inte spendera pengar på en dotter med typ 1 diabetes. Behandlingen kostar nästan en årsinkomst. De vill heller inte eller spendera pengar på utbildning till en dotter som ändå inte får jobb (pga. hypos) och som kanske inte heller lever så länge och hon kommer ju heller inte att bli gift. Andra patientberättelser vittnade också om svårigheter att hitta en pojkvän, att inte bli bortgift och att män och deras familjer inte vill ha blivande fruar med diabetes. Man är rädd att barnen skall bli smittade med diabetes från mamman. Andra vittnade om hur man blir betraktad som smitare om man vill gå ut från lektioner eller från arbetet när man har lågt blodsocker. En kvinna vittnade om hur hon

blev kränkt och anklagad för sexuella aktiviteter, för att vara promiskuös när hon sökte för vaginit pga. höga glukosvärden. Någon vittande om att inte våga berätta för sin man att hon hade diabetes och vågade inte ge sig sprutor så han kunde se. Det behövs mycket advocacy, support, utbildning av vårdgivare, social medvetenhet, förebilder och fler kvinnor på ledande positioner. Sana jobbar för detta både i Pakistan och internationellt genom IDF.

Forgotten complications

På eftermiddagen såg jag fram emot att lyssna på Forgotten complications, i detta fall psoriasis. Tyvärr var läkaren från Indien svår att följa både pga. hans indiska engelska och pga. den hastighet han talade. Vad jag fick med mig var i alla fall att det finns samband med psoriasis och både typ 1 och typ 2 diabetes samt för hjärt- kärlsjukdom. Typ 2 diabetes är dubbelt så vanlig hos personer med psoriasis, i synnerhet om man har en svårare form av psoriasis. Typ 1 via T lymfocyter, T-cells medierad. Psoriasis är också autoimmun sjukdom med ökad kardiovaskulär risk. Systematisk infektion, låggradig inflammatorisk process och ökad risk vid ohälsosamma levnadsvanor. Psoriasis är associerat med lågt HDL och högt LDL. LDL korrelerar till allvarighetsgrad av psoriasis. Fetma och insulinresistens är riskfaktorer för psoriasis. Vad göra? Minska i vikt, sluta röka och öka den fysiska aktiviteten. Sammanfattningsvis innebär psoriasis och diabetes ökad risk att utveckla vasculära komplikationer med inflammation som gemensam nämnare. GLP1 tycks ha god effekt vid typ 2 och kan även minska psoriasisplacken.

Lite kort om parodontit och diabetes, något som vi fortfarande inte talar så mycket om trots hög prio i de svenska nationella riktlinjerna. Föreläsaren L. Winning från England visade att män med moderat till allvarlig parodontit hade 69 % ökad risk för typ 2 diabetes jämfört med män utan eller med mild parodontit. Det finns en tre X så hög risk för parodontit hos personer med diabetes. Systematisk inflammation med förhöjd CRP. Dessutom påverkas glukoskontrollen negativt av parodontit. Parodontal behandling leder till förbättrad metabol kontroll. Vi bör fråga patienterna om de har blödande tandkött och göra patienterna medvetna om vikten av god munhälsa. På IDF's hemsida kan man hitta konsensus och guidelines för detta om man är intresserad: <https://www.efp.org/newsupdate/joint-efp-idf-workshop-on-links-between/> Det finns ju även bra infoblad om mun-

hälsa på SKL:s hemsida (sök på SKL diabetes och munhälsa) <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/kunskapsstyrning/nationellaprogramrad/diabetesvard.225.html>

För eller emot ökad användning av teknologi

Sist på eftermiddagen lyssnade vi på För eller emot ökad användning av teknologi, i detta fall closed loop, integrerad CGM och insulinpump. Det kändes nästan som frälsningsmöte när Dana Lewis från USA som var för och som berättade om det system som hon har varit med om att tillverka. Hon har varit med och skapat Do-It-Yourself-Pancreas (#DIYPS), som finns tillgänglig att beställa på nätet. Just nu 500 användare, även barn. Alltså inte tillverkad av industrin. På hemsidan <https://openaps.org/> ges instruktioner om hur man kan bygga sitt eget closed loop system. Hon är för att patienter inte skall vänta på kommersiella versioner av teknologin. Det tar för lång tid och eftersom så många vill ha den senaste teknologin, varför inte göra den själv för att leva bättre liv med sin diabetes. I Sverige har vi bl. a. kunnat läsa i Dagens Medicin hur man som hälso- och sjukvårdspersonal bör hantera den här frågan. Läkeemedelsverket beskriver det som en patientsäkerhetsrisk att använda medicintekniska hjälpmedel utan CE-märkning. Emot var Annabel Astle, mamma till en tonårsdotter med typ 1 diabetes med insulinpump och CGM, men inte closed loop. Hon var inte emot pumpar, CGM och teknik, däremot tveksam till om hon skulle våga låta sin dotter ha ett "hemmabyggt" closed loop system. Hon vill att hennes dotter skall leva ett så gott liv som möjligt med sin diabetes, med så få komplikationer som möjligt. Men gör hon det med den pump och CGM som hon redan har eller ännu bättre med en do it yourself pancreas? Tänk om det skulle bli en bugg i systemet vilket skulle kunna medföra fatala konsekvenser för hennes dotter.

Dag två - Diabetesutbildning - Egenvårdsutbildning - Egenvårdsstöd

Nästa morgon började vi med att lyssna på Martha Funnell från University of Michigan, USA. Alla diabetesjuksköterskor var där förstås. Hon hade drabbats av encefalit och hade lite problem med orden stundtals, men trots det var hon som vanligt en strålande föreläsare. Hon skiljer på DSME (Diabetes Self-Management Education) – egenvårdsutbildning - och

DSMS (Diabetes Self- Management Support) - egenvårdsstöd. Personer med diabetes och deras närstående behöver kontinuerligt stöd i både DSME education och DSMS support. Egenvårdsutbildningsprogram med fokus på stöd fokuserar på känslomässiga behov, stöd till närstående, kulturella behov, kunskapsbrist m.m. för att kunna möta livslånga utmaningar i egenvården. Det finns inget bästa utbildningsprogram, men det har visat sig att program med fokus på psykosociala strategier och praktiska färdigheter når bättre resultat. Ålders- och kulturellt anpassade program visar också på goda resultat. Vanlig kunskapsbaserad patientutbildning ("kunskapsöverföring") är nödvändig, men inte tillräckligt. 99 % av all diabetesbehandling är egenvård. Martha uppmanade oss att fråga våra patienter hur diabetes påverkar det dagliga livet och deras anhöriga. Diskutera gärna känslor. Tips att diskutera utifrån SMART plan, men lägg till ett I, ISMART. I:et står för Impact, som skulle kunna översättas till Inverkan/påverkan eller Inspirerande eller Important (viktigt). Take home message:

Ask, don't tell – använd öppna frågor, låt patienten vara kreativ – att ge färdiga lösningar är sällan lösningen. Föreläsningar, typ informationsöverföring med inte efterfrågad information, leder sällan till beteendeförändringar. Vad behöver just den här personen veta just nu och vilket stöd? Vad vet hen redan? Inga PowerPoint i patientundervisningen, svara på frågor utifrån patientens frågor, behov och bekymmer. Psykosociala problem är de huvudsakliga hindren för god egenvård. Gör ISMART beteendeförändringsexperiment. Hon refererade till artikeln Diabetes Self-management

Education and Support in Type 2 Diabetes <https://www.diabeteseducator.org/> och som man även kan hitta på SFSD's hemsida. Där finns en algoritm som man skulle kunna översätta typ så här att det finns fyra kritiska tillfällen för diabetesundervisning och stöd: vid diagnos, årskontroll, när komplicerande faktorer inträder och vid transitioner i livet (pga. ålder, behov av kommunal hälso- och sjukvård t.e.x.). Kan kanske vara till hjälp för att vara mer personcentrerad och inte så generell i patientmötet?

Lösningfokuserad eller personcentrerad?

Ingrid Willaing, från Steno Diabetes Center utanför Köpenhamn, fortsatte på samma tema. Hon fokuserade på att ga-



pet är stort mellan att tala om personcentrerad vård och att de facto utöva det. Som hälso- och sjukvårdspersonal är vi ofta mer bekväma med att vara lösningsfokuserade, informerande och att göra valen till patienten. Hon menade att de flesta patientundervisningsprogram fortfarande är mer lärarcentrerade än patientcentrerade. För att ändra på detta måste fokus gå från medicinsk paternalism (att vi är experterna med fokus på medicinska variabler till att bli bättre lyssnare av patientens behov - mer samarbete och partnerskap), att mer aktivt involvera patienten, att göra experiment med patientens bekymmer och behov i fokus. Både vid individuella och gruppundervisningstillfällen. Autonomi viktig för patienten, alla vill känna att de bestämmer själva. Fokusera på vad som fungerar i stället för vad som blir fel. Ge hopp och beröm i stället för att skuldbelägga. Personcentrerad vård kräver träning och critical self reflection (kritisk självreflektion). Hon talade om gruppundervisning för ökad personcentring. Fördelen är att undervisaren är mer av en facilitator och att gruppen mer än läraren tar ansvar för innehållet.

Vi vill inte bli ändrade på (varken vi eller våra patienter?)

Flera föreläsare talade om att vi måste vara mer personcentrerade i våra möten med patienter. Men att vi också måste få träna oss i detta och förstå vad det innebär. Att vi måste fråga mer och lyssna mer, tala mindre. Vara mindre biomedicinska,

vara mer sociokulturellt inriktade i våra möten. Michael Piccinini Vallis från Kanada (Halifax), Behavior Change Institute, menade att vi människor har ett naturligt motstånd till att förändras, vi vill inte bli ändrade på och tillsagda vad vi ska göra. Bättre att förhandla med frågor typ vad skulle kunna få dig att må bättre, vad skulle bli bättre om du hade bättre HbA1c? Men han menade att patienterna ofta inte uttalar det, förstår inte vad det betyder och förstår inte innebörden av det. Förslag på andra bra frågor: Har du ett problem? Vill du ändra på det? Är du intresserad av att ändra på det? Är du redo nu? Jag tänker på Prochaskas och diClementes Stages of Change, "motivationstrappa". Det som ändras bort måste ersättas med något som man kan tänka sig gilla lika mycket. Han menade att det finns hinder att gå från gamla traditionella "teach and tell" till "collaborate and empower" eftersom vi är mer vana vid den modellen, trots sämre resultat. Vi måste alltså träna och förstå, precis som våra patienter. I stället för "Det finns så mycket skräp på Internet" som svar till en person som sökt och erhållit information på Internet föreslog han svaret: "Så bra att du har hittat så mycket information, vad har du fått ut av det?"

Lite mer om diabetes och teknologi

För att uppnå god glukoskontroll, ffa vid insulinbehandling, krävs frekvent glukos-

monitorering, minst 4-6 tester/dag. Före måltider för att kunna anpassa måltidsdosen samt för att minska risken för låga värden. Naturliga låga glukosvärden kan leda till svängiga värden och till försämrad livskvalitet. För att övervinna detta används mer och mer kontinuerliga mätmetoder, CGM och FGM. CGM som mäter glukos kontinuerligt och FGM som måste "skannas" flera ggr/dag. CGM har möjlighet till larm. Värdena kan skickas till insulinpump och till smartphones. Enligt föreläsaren som kom från Östernike så är FGM på väg att ta över den vanliga kapillära mätningen för många diabetespatienter. Han visade resultat på att ju fler skanningar med FGM desto färre både höga och låga glukosvärden. Både med FGM och CGM signifikant färre hypoglykemier och jämnare värden. Han menade att patienter oftast inte besvärar av multipla insulininjektioner, däremot av att sticka sig i fingrarna. Den stora fördelen är möjligheten att minska risken för hypoglykemi och att de postprandiella topparna kan minskas. Han menade vidare att patientutbildning i samband med kontinuerlig mätning är extremt viktig; hur tolka kurvor, vikten av god kalibrering, om timelagen (fördröjning vid snabbare förändringar i glukoskoncentrationen) osv. Vårdgivare och patienter behöver kunskap och träning. Det kan vara svårt för patienten att tolka all information. Han visade studier som indikerade att både FGM och CGM minskar antal och tid med hypoglykemi hos patienter med både typ 1 och typ 2 och

att tiden med normoglykemi ökade och HbA1c förbättrades över tid. Han betonade vikten av ökad tid med normoglykemi och att minska hypoglykemierna. Hypoglykemierna och de svängiga värdena farligare än högt HbA1c. Begränsningen för de kontinuerliga systemen är dock fortfarande kostnaderna.

E-hälsa - Digital hälsa

Uppskattningsvis finns det 250 000 medicinska appar, varav kanske 2500 för diabetes med olika syften; fysisk aktivitet, mat, dosjusteringar, tips om beteendeförändringar. Vissa kan delas med närstående och vårdpersonal. Det saknas dock vetenskap och evidens bakom de flesta. Det är ofta inte genomförbart eftersom den tekniska utvecklingen går så fort. En ny version av appen kommer innan föregående version är vetenskapligt testad. Denna föreläsare ifrågasatte om apparna verkligen har någon framtid i vården. Oftast slutar man följa appen när man inte längre når målen. Men brist på evidens största hindret till användning av appar i vården.

Closed Loop – lite till

I Montpellier, Frankrike är man tydligt duktiga på det här med closed loop. Eric Renard berättade om detta och framtagande av system och algoritmer för att få det att fungera. Komplexerat, men spännande. Största problemet är fortfarande höga värden på dagen i samband med måltider. Svårighet att kalkylera rätt doser. Annars stora fördelar med färre hypoglykemier och jämnare värden ffa nattetid. Studier pågår nu även på barn. Det fungerar bra på "duktiga patienter" och de som använder är nöjda. Krävs god följsamhet. Studier även med glukagon i systemet på gång. Det finns många som är bättre på det här än jag, men det var i alla fall lite kort om closed loop.

Dag tre - Cancer och Diabetes – Rekommendationer för cancer-screening?

Sista dagen började vi med att lyssna på Soffia Gudbjörnsdottir, NDR, Göteborg: Finns det evidens för att screening av cancer borde vara mer intensiv vid diabetes? Nej, var svaret. Det finns indikationer att personer med typ 2 diabetes har ökad risk för olika former av cancer bl. a i bukspottskörtel och lever. Andra cancerformer som är vanligare hos personer med typ 2 diabetes är matstrups-, mage-tarm- livmoder-, njur- och bröstcancer. Vid typ 2 diabetes är det sämre prognos och ökad

dödlighet vid cancer jämfört med bakgrundspopulationen. Övervikt är en påverkbar riskfaktor. BMI är associerat med hög risk för flera cancerformer, även utan diabetes. Trots detta alltså inte tillräckligt med evidens för ändrade screeningrutiner vid diabetes då den ökade cancerrisken är relativt låg. Mindre studerat typ 1 och cancer, men typ 1 är associerat med mindre risk för prostata och bröstcancer. Även typ 2 är associerad med minskad risk för prostatacancer. Soffia betonade vikten av de påverkbara riskfaktorerna som rökning och övervikt, samt att följa de screeningprogram som finns.

Hypoglykemi – bör undvikas

Vidare till föreläsning om kardiovaskulära fördelar med nya läkemedel som GLP-1 analoger och SGLT2 hämmare. Återigen diskussion kring HbA1c och hypoglykemier. Hypoglykemier är något vi skall hjälpa patienterna att undvika, vilket vi kan göra med nya läkemedel som inte har samma risk för hypos och som även har kardiovaskulära fördelar. Framför allt för patienter med längre duration. Detta kan vi ju även läsa om i Läkeemedelsverkets behandlingsrekommendationer för personer med typ 2 diabetes från 2017.

Sista dagen avslutades med att lyssna på korta föredrag från den Internationella Hypoglykemigruppen, IHSG. Allvarlig hypoglykemi är starkt associerat med kardiovaskulär sjukdom och död. Att undvika allvarlig hypoglykemi är en viktig faktor när man väljer glukossänkande läkemedel, menade föreläsaren. Man konstaterade att det förekommer mer hypoglykemier i verkliga livet än vad kliniska studier visar. Om personer med typ 1 diabetes inte upplever symptom vid låga glukosvärden, < 3 mmol/L, är risken för allvarlig hypoglykemi ökad 4 gånger. Och hos personer med typ 2 diabetes är värden < 2,8 mmol/L associerat med ökad dödlighet. Hypoglykemi innebär långsiktiga fysiska, psykosociala och ekonomiska konsekvenser. Frågar man efter hypoglykemier så finner man är min personliga erfarenhet och nu när vi använder CGM och FGM alltmer upptäcker vi ofta nattliga hypoglykemier som tidigare inte uppmärksammats. För den som är intresserad av hypoglykemi finns en hel del intressant att läsa och lära på deras hemsida <http://ihsgonline.com/>

Det var intressanta föreläsningar i intressant miljö. Inte att förglömma intressanta möten och diskussioner utanför föreläsningssalarna. Roligt att träffa kollegor samt



att utbyta tankar och erfarenheter. Inte minst Marianne Pegelow och Nouha Saleh Stattin från Akademiskt Primärvårdscentrum i Stockholm som hade en varsin poster. Marianne om Webbutbildning för vård av äldre med diabetes och Nouha om framtagandet av Kulturpassat utbildningsmaterial för egenvårdsutbildning. Se SKL:s sida för Kunskapsstöd för diabetesvård.

Marianne Lundberg

Diabetessjuksköterska, Endokrin, Sus

Diabetes samordnare, Primärvårdens utbildningsenhet, Region Skåne

Världsdabetesdagen

14 november 2017

Dagens Medicin i samarbete med Nationella Diabetes Teamet

LIKA OCH OLIKA- Hur möter vi bäst mångfalden i diabetesvården? Var rubriken på mötet, vi fick flera givande aspekter på detta.

Diabetes och migration talade Per Wändell professor sekt för allmänmedicin Karolinska Institutet om. I Sverige har vi en medelhög risk att insjukna. Främst beroende på att vi blir äldre. De som har stor ökad risk att insjukna är Arabvärlden och gulfstaterna. I Mikronesien är risken > 25% i Sverige 9,7% för män och 8,6% för kvinnor. Effekt av migration är ökad vikt vilket ökar risken för Typ 2 diabetes, högt blodtryck och kranskärlsjukdom.

Viktigt att lägga på minne är att de som migrerar är friskare än de som blir kvar i hemlandet. Frikostighet med provtagning rekommenderas för icke européer, utmaning i medvetandet om risk, förebyggande åtgärder och information. Studier saknas på 2-3 generationens invandras risk för insjuknande.

Nästa talare var Solveig Ekblad leg psykolog Akademiskt primärvårdcentrum. Många nyanlända har kronisk stress, begränsad inkomst och sysselsättning. Många lever segregerat i kriminella områden. De kan ha inskränkt rörelsefrihet vilket leder till social smärta. Viktigast i det goda mötet är kulturell kompetens hos vårdgivaren, vikt av minskad stress, lyssna aktivt våga fråga inge hopp. Ställa krav på rimlig nivå. Tänk på att det är två experter i rummet. Exempel på aktivitet erbjuda hälsosamtal i grupp där allt som sägs stannar i rummet utbildning en timme frågor en timme.

Ramadan var Anders Frids ämne för dagen. För personer med typ 1 diabetes finns stöd i Koranen att avstå fasta. Om de vill fasta individuell bedömning på om basdosen behövs reduceras eller inte, pumpanvändare oförändrad basdos. Måltidsdoser anpassas efter behov. Personer med typ 2 diabetes Oförändrad behandling om de inte står på SGLT2 hämmare där det kan finnas risk för dehydrering och

vid SU behandling där det finns risk för hypoglykemi.

Möte med patienter från andra kulturer-reflekterar du över dina egna värderingar? Den frågan ställde Nuha Saleh Stattin utvecklingsledare på Akademiskt primärvårdcentrum. En spännande diskussion om att ge tillgång till samma vård Equity – Equality. Health Literacy, hur man lär, förstå och använder kunskap. Mötet skall ske i respekt och kommunikation (prata med inte till), kunskap, kompetens, helhet och kontinuitet. Det handlar inte bara om det annorlunda. Ta reda på värderingar och föreställningar oavsett språk och kultur. Vid tolkning så kanske inte alla medicinska ord finns i språket utan behövs förklaras på ett annat sätt. Viktigt att vara medveten om sin egen förståelse, värdering och övertygelse.

Är tekniken för komplicerad för personalen frågade Ragnar Hanås docent överläkare bamkliniken i Uddevalla. Diskussionen gällde Night scout som finns i 30 länder. Används på egen risk.

Nya riktlinjer och rekommendationer viktigt att prioritera alla ska ha rätt till god vård. Särskilda överväganden vid behandling av typ 2 diabetes se läkemedelsverkets rekommendationer. Övervägande av andra preparat i andra befolkningsgrupper äldre, personer under 55 år (Ökad dödlighet vid högt blodtryck) med typ 2 diabetes, graviditet eller född utanför Europa (uttalad insulinresistens, livsstilsåtgärder krävs).

Kommer nya riktlinjer och rekommendationer patienten tillgodo var en fråga som ställdes. Tyvärr inte då ett landsting har förskrivningsstopp ett annat tar ut avgift för hjälpmedel.

Att möta två diagnoser samtidigt Fetma och Diabetes gör Magnus Sundbom professor gastrointestinal kirurgi. Idag opereras personer mellan 18–60 år med BMI >35, målet med operationerna är att minska risken för död. Fetmakirurgi har ökat och görs idag på 43 sjukhus i landet 70 operationer/ 100 000 innevånare trots

detta opereras endast 5% av personer med BMI > 35. Efter en Gastric by pass är 62% läkemedelsfria efter 5 år. Positiv faktor är när viktnedgången blir stor. Negativa faktorer är hög ålder och högt HbA1c.

De som kommer till operation har ofta högre utbildning, högre inkomster, lever ej ensam. Männen är sjukare än kvinnorna. Det råder stor okunskap kring fetmakirurgi idag är detta inget sistahandsval. Vid BMI > 40 bör operation rekommenderas. Idag är det ojämlig vård där socioekonomiska faktorer styr, endast 20% av de opererade är män, stora regionala skillnader.

Efter detta berättade Shadan Vesterback om sitt arbete med prediabetespatienter, Cajsa Lindberg ordförande i Ung Diabetes pratade om hur de vill kommunicera med vården och där vi kan se att mycket ny teknik är på ingående men med många hinder på vägen. Med hjälp av digital teknik berättade Elin Åshuvud om hur hon kommunicerade på sina villkor med vården oavsett var hon befann sig tyvärr har inte landstinget fortsatt att satsa på denna möjlighet till kommunikation.

På det hela en mycket givande och inspirerande dag.

Ingela Bredenberg
Ordförande SFSD

NYHET

LibreView

EN KOMPLETT BILD

Ett enkelt sätt för dig och din sjukvårdskontakt att se glukosdata online från **FreeStyle-mätare** eller **FreeStyle Libre systemet**.

- GER MER FULLSTÄNDIG INFORMATION
- UPPMUNTRAR TILL DIALOG
- UNDERLÄTTAR BESLUTSFATTANDE
- KOSTNADSFRI



Du kan ladda upp data från din FreeStyle-mätare eller FreeStyle Libre-avläsare eller **automatiskt** utan kabel med appen LibreLink.^{1,2}



Kompletta och visuella rapporter om hur din glukos utvecklas är alltid tillgängliga när som helst och var som helst.³



Ett moln med säker anslutning så att du kan dela utvecklingen av dina glukosvärden med din hälso- och sjukvårdspersonal.

Underlättar dialogen med hälso- och sjukvårdspersonalen och beslutsfattandet angående behandling.



FreeStyle
Libre
FLASH GLUCOSE MONITORING SYSTEM



1 Gå till libreview.com och Klicka på "skapa konto"



2 Registrera dig och följ Instruktionerna för konfiguration



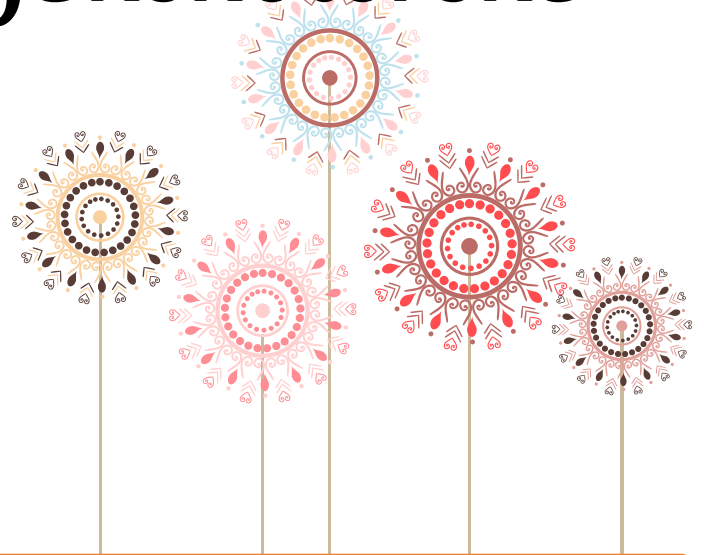
Abbott

1. LibreLink är en mobil applikation utvecklad och tillhandahållen av AirStrip. Användning av LibreLink kräver registrering med LibreView, en service som tillhandahålls av Abbott och Newyu, Inc. Kostnader för nedladdning kan ske när nedladdning av LibreLink app. FreeStyle Libre sensorer och avläsare tillhandahålls av Abbott. 2. LibreLink appen är designad för att fungera tillsammans med NFC-aktiverade Androidtelefoner med Android 4.0 OS och högre. 3. LibreView data kan läsas i Safari browser på Mac OS X Mountain Lion eller högre datorer och på iOS 6 eller högre mobilenheter. För närvarande så stöds uppladdning av mobildata enast av Windowsbaserade datorer. Minimum systemkrav är Windows Vista med IE10 eller senaste versionen av Google Chrome och Mozilla Firefox, som körs på en 550Mhz Pentium 3, 512 MB DRAM, 2G hårddisk, USB 2.0, LCD Screen med upplösning 1024x768.

FreeStyle och tillhörande varumärken är varumärken som tillhör Abbott Diabetes Care, Inc. i olika jurisdiktioner och övriga varumärken tillhör respektive ägare. Rev 1, SEFSLibre170063, Sept 2017

Nominera Årets Diabetessjuksköterska

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



När priset delades ut första gången 1987 gav Bayer sin motivering till varför priset instiftades: "Bayer vill uppmärksamma den yrkesgrupp som har den mesta patientkontakten och som ur patientens synpunkt är själva fundamentet inom diabetesteamet"

Vem är då en värdig vinnare, vem ska jag nominera?

I jubileumsskriften som gavs ut 2007 står följande att läsa:

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

Möjligheten att nominera en kollega är öppen från nu till och med den 14 mars 2018

Därefter kommer en nomineringskommitté bestående av styrelsen från SFSD (Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård) välja ut den lyckliga vinnaren. Priset delas ut av Ascensia Diabetes Care Sweden AB.

Den du nominerar ska vara medlem i SFSD.

Maila in din nominering och motivering direkt till: ordf@sfsd.se

Pedagogikstipendium

Patienter med diabetes fattar dagligen beslut om hanteringen av sin sjukdom. I syfte att stödja och motivera patientens egen förmåga att ta ansvar för sin sjukdom och sina beslut, har olika modeller för patientutbildning utvecklats och utvärderats. Vårdteamets pedagogiska kompetens är därför viktigt att uppmärksamma.



För att stimulera till nya pedagogiska grepp inom Diabetesvården utlyser Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård, med stöd av Lilly diabetes, ett pedagogiskt stipendium på 30 000 SEK.

Stipendiet är avsett för en mottagning/vårdcentral som på ett strukturerat och motiverande sätt arbetar med patientutbildning.

Vem kan söka?

Berättigad att söka är en eller flera diabetessjuksköterskor som arbetar inom diabetesvården (primärvård, sjukhus, barn, kommun och vårdutbildningar).
Minst en av de sökande måste vara medlem i SFSD.

Ansökan ska innehålla:

1. Beskrivning av hur enheten arbetar med att utveckla och utvärdera patientutbildning.
2. Rapporten ska innehålla en kort bakgrund, syfte, tillvägagångssätt (metod och resultat) samt avslutande diskussion.
3. Uppgifter om ansvarig diabetessjuksköterska samt annan personal i teamet ska anges.

Sista anmälningdag är 14 mars 2018

Registrera din poster och stipendieansökan på
https://dinkurs.se/appliance/?event_id=49627.

Följ instruktionerna och bifoga ditt abstrakt i ett svarsmail till vetsekr@sfsd.se
Se även www.sfsd.se

Välkommen med din ansökan!

Kontaktperson: Janeth Leksell, vetenskaplig sekreterare SFSD, vetsekr@sfsd.se

I år har vi glädjen
att presentera ett
nytt stipendium!

Omvårdnadsstipendium

Omvårdnad av diabetesfoten

Fotkomplikationer hos personer med diabetes går att förebygga med bra rutiner inom sjukvården med regelbundna fotundersökningar och med återkommande information och råd gällande egenvård.



SFSD utlyser med stöd av Auxilium Cura Innovatio AB genom Footmender All in One Diabetic ett stipendium i syfte att stimulera till nya innovativa interventioner inom fotvård riktade till personer med diabetes.

Stipendiet är på 30 000 kr och det ska användas till förkovran inom området ”diabetesfoten” och det kan till exempel vara att gå en utbildning, att starta ett utvecklingsarbete eller genomföra ett forskningsprojekt. Aktiviteten ska ge mervärde till hälso- och sjukvården och specifikt till vården av diabetesfoten.

Vem kan söka?

Berättigad att söka är diabetessjuksköterskor som arbetar inom diabetesvården (primärvård, sjukhus, barn/vuxna, kommun och inom vårdutbildningar).
Minst en av de sökande måste vara medlem i SFSD.

Ansökan ska innehålla:

1. Beskrivning av hur enheten arbetar med fotvård till personer med diabetes.
2. Ansökan ska innehålla en kort bakgrund, syfte, tillvägagångssätt samt avslutande diskussion.
3. Uppgifter om ansvarig diabetessjuksköterska samt annan personal i teamet ska anges.

Bedömning av ansökningar samt val av stipendiat görs av en kommitté bestående av representanter från SFSD och sker helt oberoende av Auxilium Cura Innovation AB.

Sista anmälningsdag är 14 mars 2018

Registrera din poster och stipendieansökan på
https://dinkurs.se/appliance/?event_id=49627.

Följ instruktionerna och bifoga ditt abstrakt i ett svarsmail till vetsekr@sfsd.se

Se även www.sfsd.se

Välkommen med din ansökan!

Kontaktperson: Janeth Leksell, vetenskaplig sekreterare SFSD, vetsekr@sfsd.se

En omtyckt produkt bland diabetikerna!

Känner du till att 7 av 10 diabetiker har besvär med torr hud, förhårdnader, liktornar och hälsprickor på fötterna och att 3 av 4* inte är nöjda med sin nuvarande behandling?

Footmender All in One Diabetic är den enda produkten på Sveriges apotek med indikation torr hud, förhårdnader, liktornar och hälsprickor på fötterna, som är godkänd för personer med diabetes.

*Novus februari 2017

664 diabetiker har i två olika användarundersökningar fått prova Footmender All in One Diabetic under en vecka, så här tyckte de;

- 6 av 10 upplever en skillnad redan efter första behandlingen
- 8 av 10 upplever bättre effekt jämfört med andra fotkrämer
- 9 av 10 skulle rekommendera produkten

- Effekt efter första behandlingen
- Bättre effekt än konkurrenterna (endast 9% tyckte deras befintliga produkt var bättre)
- 8 av 10 skulle rekommendera produkten

Smartson användarundersökning 430 diabetiker, november 2017

Novus användarundersökning 234 diabetiker, mars 2017

BESTÄLL PROVER KOSTNADSFRITT!

- Gå till www.footmender.se
- Klicka på "FOTVÅRDEN"
- Skapa ett konto
- Vi godkänner sedan dig som kund och du kan därefter beställa prover GRATIS och FRAKTFRITT till dina diabetespatienter!

Tillsammans kan vi göra skillnad!



Auxilium Cura Innovatio AB, Birger Jarlsgatan 15, 111 45 Stockholm
info@auxiliumcurainnovatio.com



Assisterad egenvård hos patienter med diabetes

Assisterad egenvård hos patienter med diabetes på vårdavdelning. Examensarbete. En intervjustudie. Institutionen för Folkhälso- och vårdvetenskap, Specialistsjuksköterskeprogrammet. Författare: Carina Larsson, Christina Rönnberg. Handledare: Anna Lindholm Olinder. Examensarbete i Vårdvetenskap 15 hp. Inriktning mot Diabetesvård, 60 hp År 2017 Examinator: Janeth Leksell.



SAMMANFATTNING

Bakgrund: Utbredningen av sjukdomen diabetes förväntas öka över världen vilket ställer ökade krav på hälso- och sjukvården. Egenvård är viktig vid omvårdnad av patienter med diabetes.

Syfte: Syftet med denna studie var att beskriva hur sjuksköterskor inom slutenvården upplever erfarenhet och kunskap gällande assisterad egenvård vid diabetes hos patienter inom medicinsk slutenvård.

Metod: Denna studie hade en kvalitativ ansats med individuella intervjuer. Tio informanter deltog och en intervjuguide med öppna frågor användes. Innehållsanalys av transkriberat material utfördes.

Resultat: Sjuksköterskorna upplevde att kunskapen och förståelsen relaterat till diabetesegenvård hos patienterna varierade. Svårigheterna upplevdes hos patienter som var nydiagnostiserade, patienter med dålig compliance och hos äldre patienter. Delaktigheten i egenvården varierade beroende på om patienterna ville, kunde eller blev tillfrågade om delaktighet. Kunskapen hos sjuksköterskorna relaterat till diabetes och läkemedel varierade, svårigheterna låg oftast i brist på kunskap relaterat till avvikande blodsockervärden och insulin doser, samt i kommunikationen med patienter som inte kunde ta till sig information av olika orsaker, samt tidsbrist till att uppdatera sig angående nya diabetesläkemedel. Sjuksköterskorna ville gärna ge patienterna rätt information och ansåg

att det var viktigt, samt uppskattat av patienterna.

Slutsats: Sjuksköterskornas upplevelser av kunskap och erfarenheter varierade. Det fanns ett ökat behov av kunskap inom diabetes och egenvård. Sjuksköterskor ska känna sig trygga i omvårdnaden av patienter med assisterad egenvård, kunna informera, stödja och uppmuntra patienten till egenvård. Utbildning och vägledning till sjuksköterskor på vårdavdelning bör därför införas.

Nyckelord: Diabetes, egenvård, kunskap, sjuksköterskor

BAKGRUND Diabetes

I Sverige finns nu cirka 450 000 personer med diabetes. Stigande ålder och att vara inflyttad från ett annat land ökar risken att insjukna i typ-2 diabetes (Diabetesförbundet, 2016). År 2013 fanns cirka 408 000 personer med läkemedelsbehandlad diabetes. 12–13% med typ 1-diabetes och närmare 90% med typ-2 diabetes (Socialstyrelsen 2015). Genom förändrad livsstil och ökad överlevnad hos befolkningen förväntas utbredningen av sjukdomen diabetes öka, speciellt hos äldre över 75 år (Abdelhafiz & Sinclair, 2014). En kontinuerlig ökning av diabetes ses över världen och då framförallt typ-2 diabetes. Genom denna ökning ställs växande krav på hälso- och sjukvården och dess organisation (Agardh & Berne, 2009).

Egenvård

Egenvård innebär det som personen själv gör för sitt välmående och för att må så bra som möjligt trots livslång sjukdom. Det kan bli svårigheter för patienten att motivera sig till en god egenvård särskilt om det arbete man gör känns större än vinsterna man erhåller. Utbildning av patienter som har diabetes och dennes närstående så de har möjlighet att utföra en adekvat egenvård, är en av sjuksköterskans viktigaste uppgifter. För att utröna vilket behov av utbildning patienten har och få vetskap om dennes förutsättningar till diabetesegenvård behöver sjuksköterskan ta reda på patientens bakgrund, attityder, kunskaper och färdigheter (Wikblad, 2012).

Begreppet egenvård inom diabetes innefattar behandling (kost, tabletter och insulin) och hantering av denna samt att känna till diabeteskomplikationer som kan uppstå och adekvat omhändertagande av dessa. Vid egenvårdsbehandling med insulin informeras även om blodglukosmätning, insulinhantering/administrering. För de patienter som inte klarar av sin diabetes egenvård krävs assisterad egenvård som till exempel mätning av blodsocker, hantering och administrering av läkemedel samt fotinspektion. Detta förutsätter en god diabeteskunskap hos personal samt att tillgängligheten till personal inom hälso- och sjukvård fungerar (Berne & Sörman, 2009).

Diabetesbehandling bygger på interaktion mellan patienten och vårdteamet som ansvarar för dennes omvårdnad och behandling. Detta samspel ska bygga på respekt och omtanke för patienten och även beakta patientens livssituation. Att förmedla kunskap till patienten på ett sätt så denne förstår och får en god grund till egenvård är en av diabetesvårdens viktigaste uppgifter (Berne & Sörman, 2009).

Många människor lever med sjukdomen diabetes (Vissarion, Malliarou, Theofilou & Zyga, 2014). Vid diagnos har komplikationer oftast inte hunnit utvecklas. Acceptans av diagnosen diabetes och anpassning till livsstilsförändringar som behövs kan för patienten vara svårt. Denne behöver motivation och kunskap för att kunna utföra förändringar och anpassa sig till en ny livsstil (Ugur, Demir & Akbal, 2015). Omvårdnaden av patienter med diabetes genomförs ofta av ett team som förutom patienten själv innefattar läkare, dietister, psykologer och sjuksköterskor, vilka är specialiserade på sjukdomen och kan hjälpa patienter och deras familjer att anpassa sig i sin nya livssituation. (Vissarion, Malliarou, Theofilou & Zyga, 2014).

Vård av äldre patienter med sjukdomen diabetes

Vid vård av äldre patienter över 75 år, med diabetes är det viktigt att inhämta information angående psykosociala, medicinska och funktionella förmågor och inneha vetskapen om att eventuella funktionshinder inom dessa områden kan begränsa aktiviteter och förmågan till egenvård. Viktiga syften med omvårdnaden är att genom riskbedömning, symtomlindring och minskat lidande, sörja för patientens oberoende, välmående och livskvalitet. Omvårdnaden skall utgå från och individualiseras för varje enskild patient (Sinclair, Dunning och Rodriguez-Mañas, 2015). På grund av hög förekomst av geriatriska syndrom och multipel samsjuklighet är omvårdnaden av de äldre en utmaning för hälso- och sjukvårdspersonal. Den äldres funktioner, samsjuklighet och förväntningar på livet skall tas i beaktande och omvårdnaden ska alltid fokusera på dennes livskvalitet. Läkemedelsbehandling och de glykemiska målen bör individualiseras utifrån dessa aspekter. Följsamhet gällande diabetesegenvård kan ses relatera till patientens kognitiva förmåga. Då den kognitiva förmågan avtar, minskar förutsättningarna för en god följsamhet gällande diabetesegenvård (Abdelhafiz & Sinclair, 2014).

Sjuksköterskors kunskap gällande diabetes och egenvård

Studien av Modic, et al., (2014) vars syfte var att undersöka sjuksköterskors förtroende, bekvämlighet och kunskap gällande diabetesbehandling för inläggande patienter, visade att diabeteskunskaperna hos sjuksköterskor inom slutenvården var låga. Ingen korrelation sågs mellan kunskapsresultat och utbildning, yrkeslivserfarenhet, specialistutbildning, anställningsform eller ålder. Studien visade på att sjuksköterskor inte var adekvat förberedda för och inte kände sig bekväma med beslutstagande gällande diabetesbehandling eller att undervisa patienten inom diabetesrelaterad egenvård. Diabetesbehandling har förändrat sig snabbt de senaste åren och det är en stor utmaning för sjuksköterskor inom slutenvården att hålla sig uppdaterade med förändringarna. Kvaliteten på vården och säkerheten för inläggande patienter med diabetes kan relaterat till icke adekvat kunskap om diabetesbehandling hos personalen, resultera i förlängda vårdtider och ökade kostnader.

Enligt Hollis, Glaister och Lapsley (2014) får sjuksköterskor ofta ge viktig information gällande egenvård till patienter med diabetes. Då sjuksköterskorna sällan har fått någon omfattande utbildning inom detta område så innebär det begränsningar. I denna studie undersöktes sjuksköterskors kunskap inom diabetesvård och behandling. Kunskap gällande patofysiologin var hög, så var även kunskapen gällande blodglukosmonitorering. Nutritionskunskaperna visade sig vara lägre och kunskapen gällande den medicinska behandlingen visade sig vara det svagaste området. Studien visade att det hos sjuksköterskor fanns brister i kunskapen som efterfrågas för att utföra egenvårdsutbildning vid diabetes. Därav efterfrågar sjuksköterskor fortlöpande utbildning om diabetes och dess behandling, de önskar även erhålla kunskap inom rådgivning och utbildning till patienterna.

I studien av Ugur, Demir och Akbal (2015) framkommer att diabetesbehandling kräver att sjuksköterskan innehar expertkunskaper och färdigheter gällande patientens omvårdnad. I denna studie identifierades vilka metoder som används samt vilken utbildning sjuksköterskor som arbetar med patienter som har diabetes innehar, detta för att utveckla ett grundläggande utbildningsprogram inom omvårdnad av patienter med diabetes. Läkemedelsregimer och sårvård var de områden där flest deltagare uttryckte utbild-

ningsbehov inom. Ingen skillnad i utbildningsbehov sågs med avseende på sjuksköterskomas yrkeserfarenhet eller grundutbildning. Sjuksköterskor som vårdar patienter med diabetes bör stödjas med vägledning, kontinuerlig utbildning samt påbyggnadsutbildning inom diabetes. Omvårdnad, läkemedelsadministrering samt att utbilda patienten gällande livsstilsförändringar och diabetesbehandlingen ingår i sjuksköterskomas ansvar. För att förbättra omvårdnadsresultaten vid omhändertagande av patienter med diabetes är expertkunskap och färdighet hos sjuksköterskorna avgörande. I synnerhet vid det första mötet med patienten har sjuksköterskor en betydande inverkan på hur patienten kommer att se på sin diagnos och dess svårighetsgrad. Genom att ge detaljerad information om sjukdomen diabetes och dess senkomplikationer vid samtalet om vikten av livsstilsförändringar och läkemedel kan ett förtroende mellan patienten och sjuksköterskan byggas upp, som sedan ligger till grund för nödvändiga livsstilsförändringar. Patienter kan få diagnosen diabetes då de är inläggande på sjukhus för någon annan åkomma, därav borde samtliga sjuksköterskor ha kunskap i grundläggande diabetesbehandling.

Främst på grund av otillräcklig kunskap gällande diabetes samt att inte lita på sin kunskap när det gäller rådgivning till patienter med diabetes har de flesta sjuksköterskor inte en fullgod bakgrund för att utbilda patienten inom diabetesegenvård.

I studien av Beliard, Muzykovsky, Vincent, Shah och Davanos (2016), var syftet att bedöma hälso- och sjukvårdspersonalens uppfattning och kunskap gällande optimal behandling för patienter med hyperglykemi samt att identifiera vanliga upplevda hinder för den optimala behandlingen. De flesta vårdpersonal uppfattade hyperglykemibehandlingen mycket viktig. Kunskapen gällande hyperglykemibehandling var otillfredsställande hos viss hälso- och sjukvårdspersonal. Några hinder sjuksköterskorna nämnde som påverkade att ge optimal hyperglykemibehandling var oförutsedda ändringar gällande patientens födointag eller tiderna för dessa, brist på koordination gällande insulinadministration och måltidsintag, bristande kunskap jämfört med patienten. Vårdpersonal kunde identifiera tecken till och symtom på hyperglykemi och hypoglykemi även om många inte kunde definiera vilket glukosvärde som indikerade på hypoglykemi. Många i vårdpersonalen behandlade inte patienten eller symtomen med de rekommenderade behandlingsmålen i åtanke.

Studien av Yacoub, et al., (2014) påvisade kunskapsbrist hos sjuksköterskor bland annat gällande förvaring av insulin, initial behandling av hypoglykemi och måltidsplanering.

Teoretisk referensram

Dorothea Orems teori även kallad egenvårdsmodell, innebär att patienten ska erhålla hjälp där brister i egenvården uppkommit. De områden som brister skall vården åtgärda, kompensera eller ersätta. Att så långt det är möjligt, hjälpa patienten till oberoende och självständighet är målet med denna teori. I teorin innefattas tre olika omvårdnadssystem beroende på bland annat svårighetsgrad i sjukdomen. Delvis kompenserad, då sjuksköterska och patient var för sig eller gemensamt utför omvårdnad. Stödjande/undervisande, på sjukhuset inför utskrivning, då personal undervisar om den fortsatta egenvården i hemmet. Fullständigt kompenserande, innefattar patienter som är helt oförmögna att själva utföra egenvård, exempelvis vid medvetlöshet (Orem, 2001).

Orem (2001) presenterar tre specifika teorier som benämns, *teorin om egenvård*, *teorin om egenvårdsbrist* och *teorin om omvårdnadssystem*.

Teorin om egenvårdsbrist, beskriver egenvårdshandlingarnas mål och syften, att tillförsäkra utveckling, normal mänsklig funktion och hälsa. Målen kallas av Orem, "self-care requisites" och brukar översättas med egenvårdsbehov. Denna teori leder till att beskriva förhållandet mellan förmågan till egenvård hos människan och kraven på vad det innebär att tillgodose egenvården. Utifrån detta förhållande görs en bedömning av omvårdnadsbehovet.

I teorin om omvårdnadssystem beskrivs sjuksköterskan tillrättalägga omvårdnaden utifrån patientens bristande förmåga till egenvård. Sjuksköterskan ska kompensera de områden hos patienter som är bristfälliga eller obefintliga gällande egenvården. I det fall det är möjligt ska sjuksköterskan försöka utveckla förmågan till egenvård hos patienter. Omvårdnad betecknas av Orem, som en profession där sjuksköterskan måste inneha utbildning och inte enbart genomgått praktisk träning. Omvårdnaden skall vila på en gedigen teoretisk grund vilken inte kan erhållas genom endast praktiska göromål och erfarenhet.

Fakta om vårdavdelningen där studien utfördes

På vårdavdelningen finns 30 vårdplatser uppdelade på 19 intermedicinplatser

och 11 strokeplatser. Avdelningen bemannas dygnet runt fördelat på tre skift, dag, kväll och natt. Patienter från 18 år och uppåt vårdas på avdelningen, flertalet patienter är över 75 år. Dag- och kvällsskift bemannas med fyra sjuksköterskor fördelat över fyra grupper. På natten delar två sjuksköterskor på hela avdelningen.

Problemformulering

Få studier är gjorda om sjuksköterskors erfarenheter och kunskap om assisterad egenvård vid diabetes på vårdavdelning i Sverige. Författarna upplevde att det finns en kunskapsbrist om assisterad egenvård vid diabetes hos sjuksköterskor på vårdavdelning. Studien kändes relevant då antalet diabetespatienter idag är stort och anses öka kontinuerligt.

Syfte

Syftet med denna studie var att beskriva hur sjuksköterskor inom slutenvården upplever erfarenhet och kunskap gällande assisterad egenvård vid diabetes hos patienter inom medicinsk slutenvård.

Frågeställning

Hur upplever sjuksköterskor på medicinsk vårdavdelning assisterad egenvård vid omvårdnad av patienter med diabetes?

METOD Forskningsdesign

Denna studie hade en kvalitativ ansats med individuella intervjuer (Parahoo, 2006; Patel & Davidson, 2003). Kvalitativ ansats vid forskning lämpar sig väl vid utforskandet av erfarenheter och kunskap (Parahoo, 2006).

Urval

Tio sjuksköterskor intervjuades under våren 2017. Inklusionskriterier var att informanterna var legitimerade sjuksköterskor och arbetade med patientnära arbete på medicinsk vårdavdelning. Exklusionskriterier var sjuksköterskor med specialistutbildning inom diabetesvård och sjuksköterskor med egen diabetesdiagnos. Tre utav deltagarna i studien hade tagit sin sjuksköterskeexamen mellan år 1977 – 1999, övriga informanter hade avlagt sin examen mellan år 2011 - 2017. De områden som sjuksköterskorna arbetat inom var hjärt-, medicin-, geriatrik- och strokeavdelning. Tiden som sjuksköterskorna arbetat på den nuvarande avdelningen varierade mellan två månader och 21 år. Gällande vidareutbildning uppgavs kortare vidareutbildning inom vård, strokekompe-

tensutbildning, medicin/kirurgiutbildning, och utbildning inom hematologi och palliativ vård. Endast en informant uppger att ämnet diabetes inte ingick i sjuksköterskeutbildningen. Övriga deltagare uppgav att ämnet diabetes ingick som en del eller delar av kurser som de läst under sjuksköterskeutbildningen.

Datainsamlingsmetod

Efter genomgång av för studiens syfte relevant litteratur skapades en intervjuguide med öppna frågor (Bilaga 3), denna användes vid intervjuerna med informanterna. Intervjuguiden behandlade sjuksköterskors upplevda erfarenheter och kunskaper gällande assisterad egenvård, hur sjuksköterskorna upplever patientens förståelse för egenvård och vad de anser vara viktigt vid omvårdnaden. Enligt Malterud (2009) ger öppna frågor tillgång till andra infallsvinklar av upplevelser än frekvensfördelningar av förkategoriserade svarsalternativ. En pilotintervju utfördes med en informant, för att se om intervjuguidens innehåll kunde användas för att ge svar på studiens syfte. I det fall svar på syftet inte uppnåtts skulle intervjuguiden ha omarbetats.

Tillvägagångssätt

Tio sjuksköterskeinformanter rekryterades till denna studie efter godkännande av vårdenshetschefen vid en medicinavdelning, på ett sjukhus i södra Norrland. Deltagarna delgavs fakta om studien via informationsbrev (Bilaga 1), detta lämnades till deltagarna ett par veckor innan intervjuerna påbörjades. Intervjuer med deltagarna skedde individuellt, en författare utförde intervjun medan den andre observerade och förde anteckningar. Innan intervjuerna påbörjades erhöll deltagarna skriftlig och muntlig information angående studien. Deltagarna fick läsa igenom intervjuguiden, i det fall det var oklarheter fick deltagarna ställa frågor om intervjuguidens innebörd. I samband med detta lästes och skrevs även ett samtyckesformulär under (Bilaga 2). Intervjuerna ägde rum i sjukhusets konferenslokaler. I början av intervjuerna ställdes frågor gällande deltagarnas bakgrund. Tidsåtgången för intervjuerna varierade mellan 15–20 minuter. Enligt Malterud (2009) är det svårt att på ett giltigt sätt återge vad som sades och hördes under ett samtal som skrivits ner ordagrant. Vid intervjuerna användes diktafon för inspelning, detta för att samtlig information skulle komma att återges vid transkribering. Intervjuaren återgav under intervjuernas gång till delta-

gama sammanfattningar av deras givna information. Under intervjun gjordes även anteckningar för att säkerställa att information skulle finnas kvar om något skulle hända med diktafonen.

Forskningsetiska överväganden

Personer som ingår i forskning ska informeras om forskningen och sitt deltagande, de ska själva få välja om de vill vara med eller inte. Samtycke till att medverka i forskning skall dokumenteras och kan när som helst tas tillbaka (CODEX, 2016).

Informanterna i denna studie erhöll ett informationsbrev (Bilaga 1), där de tillfrågades om att delta i studien. I brevet delgavs syftet och den övergripande planen för forskningen, vilka metoder som skulle användas vid intervjuerna, de ansvariga för studien, att deltagandet var frivilligt, anonymt och att deltagaren när som helst kunde avbryta sin medverkan. Information gavs även att det inspelade materialet och anteckningar skulle förvaras så att inte obehöriga kunde ta del av dem utan att

endast forskarna och vid behov deras handledare skulle komma att ha tillgång till materialet. Innan intervjun erhöll informanterna ett samtyckesformulär (Bilaga 2), detta lästes igenom och undertecknades innan intervjuens början. I förenlighet med Codex följer denna studie regler och etiska föreskrifter, vilket överensstämmer med god forskning (CODEX, 2016).

Forskning som behandlar känsliga personuppgifter skall alltid enligt etikprövningslagen godkännas av en etikprövningsnämnd (Etikprövningsnämnden, 2013). I denna studie behandlades inga känsliga personuppgifter, därav gjordes ingen ansökan hos etikprövningsnämnden. Ansökan om att genomföra studien inhämtades endast från vårdenhetschefen vid den berörda medicinavdelningen.

Bearbetning och analys

För att erhålla en korrekt transkribering lyssnades det inspelade materialet igenom flertalet gånger och transkriberades av forskarna själva. Materialet lästes sedan

igenom flera gånger utav båda författarna, detta för att få en helhetsbild. Från det utskrivna materialet identifierades sedan meningsbärande enheter, dessa systematiserades-kodades, delades in i koder, subkategorier och kategorier enligt systematisk textkondensering (Malterud, 2009). Exempel på dataanalys, se Tabell 1. För att ge en ökad validitet av innehållsanalysen utfördes den till en början av båda författarna var för sig och därefter tillsammans för att komma fram till en gemensam version (Parahoo, 2006). I studiens resultatdel belyses de kategorier som framkom under analysen.

RESULTAT

Vid analys av material som transkriberats delades materialet in i två huvudkategorier och tillhörande subkategorier, se Tabell 2. I resultatdelen återfinns endast uppgifter som forskarna inhämtat under intervjuerna med sjuksköterskorna på vårdavdelningen.

Tabell 1. Exempel på dataanalys, gällande interaktion

Meningsenheter	Kondenserade meningxenheter	Kod	Subkategori	Kategori
Sen brukar jag om jag vet att jag ska ha ett samtal då brukar jag förbereda mig innan plugga in lite så jag har lite mer på fötterna	Sjuksköterskan brukar inför samtal förbereda sig genom att läsa in material	Samtalsförberedelse	Information	Interaktion

Tabell 2. Översikt kategorier

Sjuksköterskans kunskap och erfarenheter	Interaktion
Kunskap om egenvård, assisterad egenvård och diabetes	Kommunikation och intraktion med patienten
Kunskap om läkemedel	Information
Känslor och erfarenheter	Interaktion med andra vårdgivare

Sjuksköterskans kunskap och erfarenheter

Denna kategori beskriver sjuksköterskors upplevelser gällande patientens förståelse, kunskap och känslor rörande egenvård vid diabetes. Även sjuksköterskans kunskap, erfarenhet, känslor och behov av kunskap beskrivs.

Kunskap om egenvård, assisterad egenvård och diabetes

I studien framkom att sjuksköterskors upplevelse av patientens förståelse gällande egenvård var väldigt varierad. Den upplevdes vara relaterad till diabetesduration och kunskap kring diabetes. En del patienter upplevdes väldigt insatta och hade god kunskap om sin diabetes. Patienter med insulinpump upplevdes ha god

kunskap kring pumpen och insulindosering vid högre blodsockervärden.

"Förståelsen tror jag är relaterad till hur länge man har haft sin diabetes vad man har för kunskaper kring diabetes så var förståelsen väldigt varierad"

Informanter upplevde att förståelsen för egenvården inte var så stor hos flertalet patienter och att de på grund av bristande compliance ofta kom i retur till avdel-

ningen. Patienter med nydiagnostiserad diabetes tycktes inte kunna ta till sig information i det akuta skedet. Majoriteten av diabetespatienterna var äldre och hade inte så stor kontroll över och kunskap om sin diabetes.

" jag upplever ändå att förståelsen för egenvården inte är så stor hos många patienter och det är ju ofta dom vi får in som returer också för att dom inte har complianceinsikten och varför dom inte har den de däremot förstår jag inte"

" För vi får ju dom patienterna som kommer in som kan sin sjukdom men sen får vi ju dom som absolut inte kan den"

Sjuksköterskor upplevde att många patienter hade god kunskap om vilka blodsockervärden de borde ha, samt inom vilka gränsvärden de skulle ligga. Förståelse för sin sjukdom kopplades ihop med att patienterna ville ta del av sina blodsockervärden,

" Dom som har förståelse för sin sjukdom vill ju gärna veta vad sitt socker ligger på"

Patienter som skötte sin egenvård själva i hemmet fick efter överenskommelse göra det även på avdelningen. Adekvata patienter som på avdelningen hade assisterad egenvård uppgav själva vilka insulindoser de brukade ta i hemmet. Patienterna kunde vara väldigt uppmärksamma och noggranna med att de erhöll rätt insulindos samt var personalen administrerade insulin.

" Många har ju väldigt bra koll på sin diabetes, är dom liksom adekvata och sådär så lyssnar man ju på dom för ibland kan ju dom säga att dom har ordinerat en viss enhet och så säger dom neej jag ska ha det här"

Ibland tillfrågades inte patienterna om de önskade sköta sina blodsockerkontroller och insulinadministrering själva, samt många patienter saknade fysiska förutsättningar för att utföra sin egenvård gällande blodsocker och insulin.

En del patienter upplevdes noggranna med fotvård, men att egenvård gällande fötter även var något åsidosatt. Fottillsyn som skulle utföras av sjuksköterskor på avdelningen var bristande, men i de fall patienter med fotkomplikationer vårdades på avdelningen så var fottillsynen bättre.

"Vissa patienter är jättenoga med sina fötter sen ibland så ser man ju jättestora fötter när de kommer in"

" Fottillsyn där tror jag vi brister faktiskt det tror jag"

En del patienter upplevdes medvetna och intresserade gällande nutrition medan andra inte var det. Sjuksköterskor ansåg det viktigt att inneha god kunskap om kost för att kunna informera patienterna om hur kosten påverkar blodsockervärdet.

" Så det är väl framför allt det för som sagt det där med kosten och de det tycker jag heller inte alltid att jag märker utav att dom bryr sig så mycket om"

" Ja en del vet/förstår väl vad de ska äta till exempel och inte äta, men en del gör ju inte det så det är väl olika, en del är väldigt insatta tycker jag"

Kunskapen hos sjuksköterskorna i studien varierade. Kunskap fanns om att kost, motion och infektioner påverkar blodsockret, samt att patienternas blodsocker ska vara stabilt. Det fanns viss variation gällande efter hur lång tid som skulle gå innan ny blodsockerkontroll skulle göras efter avvikande blodsockervärde, det fanns en variation mellan trettio minuter och upp till fyra timmar.

" Sen är det ju så många andra faktorer också jag tänker ju patienterna som ligger här är ju ofta sjuka kanske och inte rör sig men motion påverkar ju sockret och kosten påverkar sockret infektioner påverkar ju sockret"

"Ska jag ge då eller ska jag inte ge, ja då istället så säger man att vi tar ett nytt blodsocker om en halvtimme"

"Jag väntar mer än två timmar för då annars skickar man ner blodsockret i skosuloma på dom väntar man ända upp till fyra timmar då har sockret stabiliserat sig om de har fått nog med extra insulin mm man får ju inte vara för snabb och liksom kolla och ge och så"

Upplevelser fanns av att inneha en god kunskap gällande olika typer av diabetes och vad som händer i kroppen, men också ett behov av mer kunskap inom dessa områden. Det var önskvärt att er hålla kunskap om hur patientens blodsockermätare fungerar, ökad kunskap i samtalsteknik och sårvård. Delade meningar gällande sjuksköterskans behov av kunskap om insulinpumpar fanns.

" För jag förstår ju liksom vad diabetes är jag förstår ju vad det är som inte fungerar i kroppen"

Sjuksköterskorna inhämtade kunskap gällande diabetes, från läroböcker, internet, olika diabetesförbunds hemsidor, sjukskö-

terskekollegor, diabetesjuksköterskor, läkare och från FASS. Önskemål framkom om någon form av information/intern utbildning gällande diabetes.

Kunskap om läkemedel

Sjuksköterskor upplevde att patientens livskvalitet är mycket viktig och att insulinordinationer ska justeras utifrån denna. Sjuksköterskorna hade kunskap om insulinadministrering, de använde säkerhetskanylet och varierade instickställe för att undvika lipohypotrofier. Säkerhetskanylet upplevdes svårt att hantera av sjuksköterskor, osäkerhet fanns om patienten erhölet hela dosen insulin.

" sen kan jag tycka att våra insulinsprutor, själva kanylen tycker jag inte om och har aldrig varit överens med dom jag tycker att det är jättesvårt att tömma den helt jag tycker alltid jag får droppar över"

Sjuksköterskorna uppgav att det ibland var otydliga läkemedelsordinationer, insulin och tabletter kunde vara ordinerade på felaktiga tider. Insulinordination endast angiven i PM riskerade att missas. Ordination av intravenöst insulin upplevdes svåra då de inte var så vanliga.

" Ibland så skriver de PM och det tycker jag är ett elände, för det missar man ju"

Sjuksköterskorna ansåg det vara viktigt att ha kunskap om olika typer av insulin samt tablettbehandling, hur patienten reagerar på insulinet och hur det tas upp i kroppen. Viktigt med kommunikation och information till patienten då Metformin sätts ut.

Sjuksköterskorna efterfrågade kunskap gällande åtgärder vid olika blodsockervärden och insulindoser då patienten ligger lågt i blodsocker, fastar samt äter lite eller inte alls. De önskade också ha kunskap om vilka insulinsorter som finns och deras verkningsmekanismer. Önskemål om tydliga vidbehovsordinationer med specifika blodsockervärden. Uplevelser att läkare inte är eniga kring insulindoser.

" Jag skulle vilja ha lite mer koll på exakta värden alltså visst fortfarande alla patienter är ju olika individer och hur mycket dom äter och sådär men just det där att jag ändå vill ha lite mer hum om när och hur mycket jag ska ge dom"

"kunskaper om insulin vad jag ger för typ av insulin förstås först och främst och effekten av det om det har en snabb effekt eller en längre effekt"

Känslor och erfarenheter

I studien beskrev sjuksköterskor vilka känslor de upplevt hos patienterna. Rädsla för hypoglykemi snarare än för hyperglykemi. Patienter med nydiagnostiserad diabetes upplevdes vara rädda för mycket.

"Jag upplever mer att de är rädda för att de ska bli låga i socker än att de ska bli höga, de ligger hellre lite högt faktiskt, fast det kan ju vara jättestorligt om de ligger för högt också men de har svårare att förstå det tycker jag"

Gällande sjuksköterskorna framkom känslor som att det kändes bra att ta hand om patienter med diabetes och känsla av att inneha god kontroll gällande nutrition. Känsla av trygghet i rollen som sjuksköterska. Det upplevdes skönt då man vårdade diabetespatienter som hade god kunskap gällande sin sjukdom och sitt blodsocker. Lättnadskänsla infann sig då patienterna själva visste hur de skulle sköta sina insulinpumpar

Känsla av osäkerhet infann sig, då kunskap saknades om insulinpumpar, otydliga insulinordinationer och om insulin skall ges då blodsockervärdet är precis under det ordinerade gränsvärdet. Det upplevdes jättesvårt då patienten skulle erhålla mixinsulin och blodsockervärdet var lågt. Rädsla för att ge för mycket insulin, det kunde kännas läskigt att vårda patienter som hade ett snabbt svängande blodsocker.

"När det kommer in en patient med insulinpump då tänker man så här tack gode gud att den här patienten vet hur man sköter den här pumpen för jag har ingen aning och det känns ju också lite osäkert"

Känsla av att det vore skönt med mycket kunskap för att kunna ge ett bättre och utförligare samtal med patienter vid nydebuterad diabetes eller som exempelvis fått diabetes på grund av kortisonbehandling. Känsla av att kollegor tänkt att en förhållandevis nyutbildad sjuksköterska borde kunna mer om diabetes än de sjuksköterskor som utbildat sig för länge sedan.

Reflektioner av sjuksköterskor med lång arbetslivserfarenhet varierade, de bedömde sig ha goda kunskaper om vad de skulle göra vid olika blodsockervärden, men det kunde även kännas krångligt då patienterna hade svängande eller avvikande blodsockervärden. Informanterna nämnde att det kändes svårt i början relaterat till låg kunskap gällande olika insulinorter och vilka blodsockervärden som var bra. Genom arbetslivserfarenhet hade

en ökad kunskap erhållits.

"Jag har jobbat väldigt länge och haft hand om många diabetespatienter och jag tycker jag kan det här rätt bra just om nu ligger blodsockret si och så och vad man ska göra och så"

"Fast jag jobbat så många år så tycker jag att det är lite krångligt med diabetikerna de här som är så ostabil i sitt blodsocker"

Interaktion

Denna kategori beskriver sjuksköterskornas upplevelser av kommunikation och interaktion samt information till patienterna. Den beskriver även sjuksköterskornas samspel med andra vårdgivare.

Kommunikation och interaktion med patienten

Informanterna uppgav att det är viktigt med en bra kommunikation med patienterna främst kring blodsockervärden i olika situationer. Extra viktigt när patienten har en pågående infektion som påverkar blodsockret. Sjuksköterskor hade vid samtal om kost med patienterna fått information om att deras måltidsordning hemma inte var likvärdig med den på sjukhuset, vilket kunde leda till att de blodsocker som togs på avdelningen inte alltid var samstämmiga med hur det såg ut när patienten kontrollerade sitt blodsocker i hemmet.

"hemma kanske man är aktiv på ett sätt man har en helt annan blodsockerkurva än vad man får när man kommer in på sjukhuset här blir man stillasittande man får mat på andra tider än hemma och vi pytsar i näringsdrycker och så sticker man iväg upp så det känns inte som att dom värdena och de som vi har under vårdtiden att de är relevant med som det ser ut hemma det kan jag tycka är lite frustrerande ibland"

Ofta tillfrågades patienterna om de vill sköta blodsockertagning själva, det fungerade bra när de patienter som kunde kontrollera sitt blodsocker själva gjorde det på avdelningen och sedan informerade sjuksköterskan om värdet. Patienterna tillfrågades ofta om var de själva brukar administrera sitt insulin.

Sjuksköterskor på avdelningen upplevde ofta att patienterna inte alltid förstod och att de inte nådde fram till de patienterna som inte ville eller kunde förstå. Många funderade över hur de skulle kunna kommunicera med patienter som var adekvata men som hade otillfredsställande compliance.

"Hur kommunicerar jag med den här personen som är fullt kommunicerbar och redig och klar men ändå ligger med en 2 liters coca-cola och med ett jättehögt blodsocker, hur betar jag mig här för att få bästa resultat"

Information

Sjuksköterskor menade att det var betydelsefullt att patienterna fick den information de behövde för att kunna ta hand om sin diabetes. De upplevde också att det var viktigt att de kunde ge patienterna rätt information och att patienterna uppskattade att de fick information om sin diabetes från sjuksköterskorna. Inför informationssamtal brukade sjuksköterskan läsa in sig på aktuellt ämne. Sjuksköterskor upplevde sig trygga i sin yrkesroll när de gav information till patienterna, andra kände att de inte räckte till.

"Viktigt ja men det är de får den informationen som de behöver för att kunna ta hand om sin diabetes"

"Jag är trygg i min roll det är jag"

Information som gavs till patienterna handlade om egenvård gällande blodsockerkontroll, injektionsteknik, kost, fysisk aktivitet, läkemedel och fotvård. Sjuksköterskor upplevde att de saknade en del kunskaper runt dessa. Svårt med information om läkemedel då de upplevde att det kommer så många nya läkemedel hela tiden och det fanns oftast inte tid till att uppdatera sig om dessa. De upplevde det ofta lättare att informera om blodsockertagning och injektionsteknik.

"Sen kan det ju vara svårt att vara helt uppdaterad på nya insulinorter"

Information på annat språk än svenska upplevdes mycket svårare att ge även om hjälp av tolk fanns att tillgå, tog mycket tid för sjuksköterskorna då det ofta behövdes fler tillfällen för information.

"Ja vi använder tolk men en gång som vi har här fungerar inte det måste repeteras"

Interaktion med andra vårdgivare

Bra kommunikation med den undersköterska som man arbetade med var otroligt viktigt, då de blodsockervärden som togs inte bara skulle kontrolleras utan också följas upp.

"Att man har en bra kommunikation med den undersköterskan man har det är otroligt viktigt"

När man som sjuksköterska kände att

man inte hade rätt kunskap för att ge patienterna information kontaktades diabetessjuksköterska som de upplevde kunde ge mer utförlig information och som också hade mer utökad kunskap om diabetes. Informanter frågade ofta sina kollegor om råd när de själva kände att de inte hade rätt kunskap. Det kunde oftast handla om blodsockervärden relaterat till insulindoser. Vid osäkerhet om otydliga insulinordinationer tillfrågades läkare, men de upplevde ibland att de fick olika svar beroende på vem de frågade.

”Jag brukar ta hjälp av en diabetessjuksköterska som finns på sjukhuset det tycker jag är jättebra för dom kommer med en helt annan tid och erfarenhet och vet hur man pratar med olika patienter...den grundinformationen tar jag gärna hjälp av en diabetessjuksköterska med att ge och så och sen finns man ju där hela tiden”

DISKUSSION

Syftet med studien var att beskriva hur sjuksköterskor inom slutenvården upplever erfarenhet och kunskap gällande assisterad egenvård vid diabetes hos patienter inom medicinsk slutenvård. Resultatet beskrivs i två huvudkategorier. Sjuksköterskans kunskap och erfarenheter med subkategorierna kunskap om egenvård, assisterad egenvård och diabetes, kunskap om läkemedel, samt känslor och erfarenheter. Interaktion med subkategorierna kommunikation och interaktion med patienten, information och interaktion med andra vårdgivare.

Resultatdiskussion

Kunskap om egenvård, assisterad egenvård och diabetes

I studien framkom sjuksköterskors upplevelse av patientens förståelse gällande egenvård väldigt varierad. En del patienter hade god kunskap och förståelse medan andra inte hade det. Upplevelse av att patienter hade svårt att ta till sig information i det akuta skedet vid diagnos och att äldre hade en minskad förståelse gällande sin diabetes.

Det kan vara svårt för patienten att acceptera diagnosen och anpassa sig till eventuella livsstilsförändringar, för att kunna förändra och anpassa sin livsstil behöver patienten motivation och kunskap (Ugur, Demir & Akbal, 2015). Patienten kan få hjälp med detta genom teambaserad omvårdnad där personalen är specialiserad inom diabetes (Vissarion, Malliarou, Theofilou & Zyga, 2014). Enligt

Sinclair, Dunning och Rodriguez-Mañas (2015) är det vid vård av äldre av betydelse med bakgrundsinformation gällande psykosociala, medicinska och funktionella förmågor. Hinder inom dessa områden kan inskränka på aktiviteter och förmågan till egenvård. Enligt Abdelhafiz och Sinclair (2014) ses följsamheten till diabetes egenvård relateras till kognitiv förmåga. Vid kognitiv svikt minskar förutsättningarna för en god följsamhet. Forskarna anser att det vid omvårdnad är viktigt att ta hänsyn till att patienter är olika individer och har olika förutsättningar att ta till sig diagnos, information, kunskap och hjälp.

Patienter som utförde sin egenvård i hemmet gjorde så även på avdelningen. På avdelningen praktiserades även delvis assisterad egenvård och assisterad egenvård. Patientens delaktighet i egenvården uteblev ibland. Många patienter upplevdes av sjuksköterskorna ha god kunskap om blodsockervärden. Däremot framkom varierad kunskap och noggrannhet gällande fotvård och kost hos patienterna. Studien visade att sjuksköterskors tillsyn av patientens fötter upplevdes bristfällig och att det var viktigt med kunskap om kost. Enligt Gallagher (2012) kan de flesta sjuksköterskor lätt se om det är något som avviker då de tittar på patientens fötter. Detta gällande både förändringar av fotens struktur och nagelförändringar. Fysiska förändringar så som onormal färg eller form på naglarna kan kombinerat med subjektiva symtom indikera på skada eller sjukdom. Forskarna anser relaterat till detta att fottillsyn på avdelningen bör utföras mer frekvent.

Dorothea Orem's teori även kallad egenvårdsmodell, innebär att patienten ska erhålla hjälp där brister i egenvården uppkommit. De områden som brister skall vården åtgärda, kompensera eller ersätta (Orem, 2001). Enligt Beme och Sörmán (2009) utförs assisterad egenvård hos de patienter som inte kan utföra egenvården själva och samspelet mellan patienten och vårdgivaren ska bygga på respekt och omtanke. Det är viktigt att förmedla kunskap på ett sätt så att patienten förstår och ger förutsättningar till en god egenvård. Vid de tillfällen då patienterna inte tillfrågades om delaktighet i egenvården kan det anses vara en brist i samspelet mellan sjuksköterskan och patienten enligt forskarna.

Varierad kunskap om diabetes upplevdes av sjuksköterskor i studien. Stora tidsvariationer fanns gällande ny blodsockerkontroll efter avvikande blodsockervärde. In-

formanter inhämtade själva kunskap från olika källor men önskade även utbildning gällande diabetes.

Enligt Beliard, Muzykosky, Vincent, Shah, och Davanos (2016) kunde tecken på hyperglykemi och hypoglykemi ses av vårdpersonal. Många i vårdpersonalen behandlade inte patienten eller symtomen enligt de rekommenderade behandlingsmålen. Enligt Hollis, Glaister och Lapsley (2014) var kunskap hos sjuksköterskor gällande patofysiologi hög. Enligt Modic, et al., (2014) var diabeteskunskaperna hos sjuksköterskor inom slutenvården låga. De var inte tillräckligt förberedda och kände sig otillräckliga att ta beslut gällande diabetesbehandling.

Kunskap om läkemedel

I studien framkom upplevelser att insulinordination ska ordineras utifrån patientens livskvalitet. Studierna av Abdelhafiz och Sinclair (2014); Sinclair, Dunning och Rodriguez-Mañas (2015) påtalar att patientens livskvalitet skall tas i beaktande vid omvårdnad. Abdelhafiz och Sinclair (2014) skriver att läkemedelsbehandling och glykemiska mål ska individualiseras utifrån bland annat livskvalitet.

Sjuksköterskor upplevde att de hade kunskap gällande insulininjektioner. Osäkerhet upplevdes när man använde avdelningens säkerhetskanyler då det var osäkert om patienten erhållit hela dosen insulin. Läkemedelsordinationer var ibland otydliga och läkemedel var ordinerat på felaktiga tider och på fel ställe vilket kan leda till att det missas att ges. Intravenösa insulinordinationer var ovanliga och upplevdes svåra att förstå. Sjuksköterskor upplevde att det var viktigt med kunskap om diabetesläkemedel, dess verkningsmekanism, samt patientens reaktion på insulin. Informanter önskade mer kunskap om insulin, åtgärder vid olika blodsockervärden och insulindoser relaterat till lågt blodsocker och patientens nutritionsstatus. De önskade också mer tydliga vidbehovsordinationer. Enligt Hollis, Glaister och Lapsley (2014) var kunskapen hos sjuksköterskor gällande den medicinska behandlingen låg. I studien av Ugur, Demir och Akbal (2015) framkom att läkemedelsregimer var ett kunskapsområde där många uttryckte behov av utbildning. Sjuksköterskor bör stödjas med vägledning, kontinuerlig utbildning samt påbyggnadsutbildning inom diabetes.

Känslor och erfarenheter

Känslor som sjuksköterskor upplevde hos patienter var rädsla för hypoglykemi snarare än hyperglykemi och att nydiagnostiserade patienter upplevde rädsla. Kneck, Klang och Fagerberg (2011) beskriver att osäkerhetskänslor återfanns hos patienter som nyligen diagnostiserats med diabetes.

Sjuksköterskor i denna studie uppgav känslor som att de kände sig trygga i rollen som sjuksköterska och innehav av god kontroll gällande kost. Det upplevdes skönt då man vårdade patienter som hade god kunskap gällande sin sjukdom. Osäkerhet, svårighet, rädsla och att det kunde upplevas läskigt var känslor som framkom hos sjuksköterskor gällande omvårdnaden av patienter med diabetes. Sjuksköterskor upplevde att det vore skönt med ökad kunskap för att kunna ge ett utförligare samtal med patienter. Hos sjuksköterskor med lång arbetslivserfarenhet fanns känslor av att inneha god kunskap relaterat till blodsockret medan några upplevde det krångligt. Sjuksköterskor uppgav att deras arbetslivserfarenhet bidragit till en ökad kunskap.

Studien av Modic, et al., (2014) visade att diabeteskunskaperna hos sjuksköterskor inom slutenvården var låga. Ingen korrelation sågs mellan kunskap och utbildning, yrkeslivserfarenhet, specialistutbildning, anställningsform eller ålder. Sjuksköterskor var inte adekvat förberedda för och inte kände sig bekväma med att undervisa patienten inom diabetesrelaterad egenvård. Diabetesbehandling har förändrat sig snabbt de senaste åren och det är en stor utmaning för sjuksköterskor inom slutenvården att hålla sig uppdaterade med förändringarna. Ugur, Demir och Akbal (2015) skriver att främst på grund av otillräcklig kunskap gällande diabetes samt att inte lita på sin kunskap när det gäller rådgivning till patienter med diabetes har de flesta sjuksköterskor inte en fullgod bakgrund för att utbilda patienten inom diabetesegenvård. Enligt Orem (2001) ska sjuksköterskan kompensera de områden hos patienter som är bristfälliga eller obefintliga gällande egenvården. Detta anser forskarna kunna bli svårt i det fall sjuksköterskan saknar kunskap inom vissa områden.

När det gäller kunskap och känslor hos sjuksköterskor anser forskarna att detta inte alltid kan relateras till hur lång arbetslivserfarenhet sjuksköterskor inne-

har. Sjuksköterskors möjligheter, attityder och personligheter har även det betydelse för känslor och inhämtande utav kunskap.

Interaktion

Kommunikation och interaktion med patienten

Sjuksköterskor i studien anser att det är viktigt med en bra kommunikation med patienterna. Vid samtal med patienter gällande kost framkom viktig information om hur patienter förhåller sig gällande måltider i hemmet.

Ofta tillfrågades patienter om de önskade sköta blodsockerkontroller själva och om var de själva brukade administrera sitt insulin. Ett bra samspel upplevdes då patienter som kontrollerade sitt blodsocker själva sedan informerade sjuksköterskan om värdet. Sjuksköterskor upplevde en bristande förståelse hos patienter och att de inte nådde fram till de patienter som inte förstod. Funderingar fanns över hur sjuksköterskan skulle kommunicera med adekvata patienter med bristande compliance.

Konflikt gällande problemlösning kan uppstå hos diabetessjuksköterskan vid vård av patienten. Detta genom att diabetessjuksköterskan begränsar sin roll till att fokusera på sjukdomen diabetes, dess fysiska symtom och sjukdomsrelaterade problem. Även genom diabetes-sjuksköterskans begränsade eller uteblivna kunskap om patientens specifika svårigheter att kunna förena sin sjukdom med livet, samt begränsad eller utebliven vetskap om patientens livssituation. En problemlösande modell gällande konflikten mellan patienten och vårdpersonal benämns compliance. Vid denna modell sågs konflikten varken förbättras eller försämrats. Diabetessjuksköterskan upplevde att patienten hade problem som personal var ansvariga för att lösa. Patienter i sin tur förväntades följa hälso- och sjukvårdspersonalens rekommendationer gällande problemlösning. Det utan att personal tagit hänsyn till patientens livssituation eller dennes upplevelser av hur det var att leva med sjukdomen diabetes (Zoffman & Kirkevold, 2005). Forskarna anser att arbetet som diabetessjuksköterska är komplext. Hälso- och sjukvårdspersonal uppger att en del patienter har en icke tillfredsställande compliance dock vet man i många fall inte vad som ligger till grund för detta. Det är mycket viktigt att ta del av patientens livsberättelse och inkludera patienten

ens åsikter vid omvårdnaden, detta för att se vad som kan påverka följsamhet till egenvård.

Diabetesbehandling bygger på interaktion mellan patienten och vårdteamet som ansvarar för dennes omvårdnad och behandling. Att förmedla kunskap till patienten på ett sätt så denne förstår och ger en god grund till egenvård är en av diabetesvårdens viktigaste uppgifter (Berne & Sörman, 2009). För att utröna vilket behov av utbildning patienten har och få vetskap om dennes förutsättningar till diabetesegenvård behöver sjuksköterskan ta reda på patientens bakgrund, attityder, kunskaper och färdigheter (Wikblad, 2012). För att kunna stödja patienten i sin egenvård behöver sjuksköterskor utbildning och vägledning kring diabetes och samtalsteknik. Att förmedla kunskap är svårt, det är många saker som spelar in i situationen. Då patienter är olika måste också informationen individualiseras. Sjuksköterskan kan inneha en mycket god kunskap men inte inneha kompetensen att förmedla den.

Information

Sjuksköterskor upplevde att det var betydelsefullt att patienter fick den information de behövde för att ta hand om sin diabetes och att sjuksköterskor kunde ge rätt information. Information som gavs till patienten handlade om egenvård. Upplevelse av att det kunde vara svårt att informera om läkemedel då det inte fanns tid för sjuksköterskan att själv uppdatera sig om nyheter. Det upplevdes lättare att informera om blodsocker och injektioner. Tolk användes vid samtal då information skulle ges på andra språk än svenska. Trots detta kunde det för sjuksköterskan upplevas svårt då det upptog mycket tid då det fanns ett behov av fler samtalstillfällen.

Modic, et al., (2014) skriver att diabetesbehandling har förändrat sig snabbt genom åren och det är en stor utmaning för sjuksköterskan inom slutenvården att hålla sig uppdaterad med förändringarna. Hanssen (2007) påtalar att information som ges till patienten ska vara meningsfull och behöver då anpassas både innehållsmässigt och språkmässigt. Enligt forskarna kan det även om det finns tolk närvarande vid samtal med patienten uppstå svårigheter genom att tolken inte innehar den medicinska kunskapen som sjuksköterskan har och viktig information kan komma att utebli till patienten.

Interaktion med andra vårdgivare

Upplevelse av att det var viktigt med en god kommunikation med den undersköterska man arbetade tillsammans med. Kontakt togs med diabetessjuksköterska då informanter upplevde att de saknade kunskap för att ge patienter information. Sjuksköterskor frågade ofta kollegor om råd då de själva kände att de saknade rätt kunskap. Vid otydliga insulinordinationer kontaktades läkare, sjuksköterskor upplevde dock att de fick olika svar beroende på vilken läkare de talade med.

Studien av Ugur, Demir och Akbal (2015) beskriver att omvårdnad, läkemedelsadministrering samt att utbilda patienten gällande livsstilsförändringar och diabetesbehandlingen ingår i sjuksköterskomas ansvar. För att förbättra omvårdnadsresultaten vid omhändertagande av patienter med diabetes är expertkunskap och färdighet hos sjuksköterskorna avgörande. Orem (2001) betecknar omvårdnad som en profession där sjuksköterskan måste inneha utbildning och inte enbart genomgått praktisk träning. Omvårdnaden skall vila på en gedigen teoretisk grund vilken inte kan erhållas genom endast praktiska göromål och erfarenhet.

Klinisk implikation

Studien gav en inblick i hur sjuksköterskor upplevde assisterad egenvård hos patienter med diabetes på vårdavdelning. Informanter i studien upplevde ett behov av ökad kunskap gällande egenvård vid diabetes. Modic, et al., (2014) menar att brist på adekvat kunskap hos vårdpersonal gällande diabetesbehandling relaterat till kvaliteten på vården och säkerhet för ineliggande patienter med diabetes kan medföra längre vårdtider och ökade kostnader. Enligt Steen Carlsson (2009) påverkar sjukdomen diabetes vårdkostnader ur både ett individ- och samhällsperspektiv. Det är av stor betydelse med en fortsatt utveckling av behandlingsstrategier gällande diabetes. Då en stor del av behandlingen utgörs av individens egenvård bör strategier för en förbättrad egenvård utvecklas. Enligt Orem (2001) är egenvårdhandlingarnas mål och syfte att arbeta för hälsa, funktion och utveckling.

Forskarna anser att då sjukdomen diabetes kontinuerligt ökar bland världens befolkning är det största vikt att arbeta med stöd till egenvård. Strategier för

egenvård och assisterad egenvård på vårdavdelningar bör kontinuerligt ses över och utvecklas. Genom detta arbete kan både individuell och nationell folkhälsa förbättras.

Metoddiskussion

Till denna studie valdes en kvalitativ ansats med individuella intervjuer (Parahoo, 2006; Patel & Davidson, 2003). Kvalitativ ansats vid forskning lämpar sig väl vid utforskandet av erfarenheter och kunskap (Parahoo, 2006).

För att forskarna skulle erhålla förståelse inom området och fakta till bakgrunden söktes i vetenskaplig litteratur och forskning. Då forskarna inte hade någon omfattande kunskap om sjuksköterskors upplevelser av assisterad egenvård hos patienter med diabetes på vårdavdelning, kan detta påverkat innehållsanalysen och då även resultatet. Det upplevdes av forskarna lätt att komma i kontakt med informanter till studien. En god kontakt med vårdenhetschefen och informanterna bidrog till ett gott samarbete. Informanterna i studien var kvinnor i olika åldrar, de hade olika arbetslivserfarenhet gällande inom vilka områden de arbetat, hur länge de varit examinerade sjuksköterskor och hur länge de arbetat på den aktuella avdelningen. Dessa faktorer kan ha påverkat resultatet i studien. Forskarna testade intervjuguiden på en informant och ansåg denna vara relevant för att erhålla svar på studiens syfte. I det fall informanterna önskade att någon fråga skulle förtydligas förklarade forskarna innebörden i frågan. Tiden för intervjuerna varierade mellan 15–20 minuter. Intervjuernas längd anser forskarna vara relaterat till sjuksköterskomas olika erfarenheter av upplevelser gällande omvårdnad vid assisterad egenvård. Forskarnas smala erfarenhet av att intervjua var även det av betydelse. Då fler intervjuer hade utförts, underlättades för forskarna att ställa ytterligare och mer relevanta följdfrågor, vilket bidrog till mer uttömmande svar. Studien hade troligen visat på ett mer utförligt resultat om samtliga intervjuer varit längre.

För att erhålla en så korrekt transkribering som möjligt, lyssnades intervjuerna igenom flera gånger. Det transkriberade materialet analyserades enligt Malterud (2009). Analysen utfördes till att börja med av forskarna var för sig, för att sedan se över dem tillsammans tills uppnådd överrensstämmelse. Detta arbetsätt användes för att öka innehållsanaly-

sens validitet (Parahoo, 2006) och för att öka resultatets tillförlitlighet (Granskär & Nielsen, 2008). Relaterat till detta anser forskarna att resultatet i denna studie har en god tillförlitlighet. Forskarna upplevde svårigheter vid analysen då många uttalanden kunde passa in under flera subkategorier. Citat har använts för att styrka resultatet. Forskarna anser att grundläggande etiska krav vilka beskrivits tidigare har uppfyllts vid utförande av denna studie.

Även då denna studie var en kvalitativ intervjustudie är resultatet överförbart till andra sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården. Forskarna anser att ytterligare kvalitativa studier angående sjuksköterskors upplevelser av omvårdnad vid assisterad egenvård hos patienter med diabetes på vårdavdelning bör utföras. Detta för att på bästa sätt ta del av ytterligare upplevelser som finns. Studier skulle kunna utföras i landet, vid medicinavdelningar på andra sjukhus eller vårdavdelningar med andra inriktningar. Detta för att se om upplevelsena skiljer sig beroende vart och inom vilket område sjuksköterskor arbetar. Ytterligare studier är relevant i syfte att kvalitetsförbättra omvårdnaden vid assisterad egenvård hos patienter med diabetes.

Slutsats

Sjuksköterskomas upplevelser av kunskap och erfarenheter varierade. Det upplevdes att det hos informanter fanns ett ökat behov av kunskap inom diabetes och egenvård. Sjuksköterskor ska känna sig trygga i omvårdnaden av patienter med assisterad egenvård, kunna informera, stödja och uppmuntra patienten till egenvård. Utbildning och vägledning till sjuksköterskor på vårdavdelning bör därför införas.

För referenser och bilagor: kontakta författarna.

Författare:
Carina Larsson
Christina Rönnberg

Lyxumia- tar greppet om måltidstoppen¹

KARDIOVASKULÄR
SÄKERHETSDATA*



Lyxumia[®]
lixisenatid

För insulinbehandlade patienter med typ 2-diabetes

Instruktionsfilm om Lyxumiapennan finns på www.medicininstruktioner.se till stöd för dig och dina patienter.

SANOFI 

Ref 1. Lyxumia SPC.

* Kardiiovaskulär säkerhetsdata berör endast Lyxumia i Elixia studien.

Lyxumia[®] (lixisenatid) R, F, A10BX10, injektionsvätska, varje dos (0,2 ml) innehåller 10 resp. 20 mikrogram (μg) lixisenatid (50 resp. 100 mikrogram per ml). **Indikation:** Lyxumia är indicerat för behandling hos vuxna med diabetes mellitus typ 2 för att uppnå glykemisk kontroll i kombination med orala glukossänkande läkemedel och/eller basinsulin när dessa i kombination med diet och motion inte ger tillräcklig glykemisk kontroll. **Varning och försiktighet:** Typ 1-diabetes mellitus och diabetesketoacidosis. För ytterligare information se www.fass.se. **Förpackningar:** Startförpackning med 1 grön förfylld penna 10 mikrogram + 1 lila förfylld penna 20 mikrogram. Underhållsförpackning med 2 lila förfyllda pennor 20 mikrogram. Läs bipacksedeln noggrant. **Prisuppgift:** se www.fass.se. Lyxumia tillhandahålls av Sanofi AB, Box 300 52, 10425 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, Maj 2016. Lyxumia ingår i läkemedelsförmånen i kombination med basinsulin för patienter som först har provat metformin, sulfonureider eller insulin, eller när metformin eller sulfonureider inte är lämpliga.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. För ytterligare information se www.fass.se.

FRÅN SKAPARNA AV LANTUS[®]
insulin glargin 100E/ml
FINNS UPPFÖLJAREN



Toujeo[®]
insulin glargin 300E/ml



SANOFI 

Toujeo[®] (insulin glargin) R, F, A10AE04, 300 enheter/ml injektionsvätska, lösning är en långverkande insulinanalog. **Indikation:** Behandling av diabetes mellitus hos vuxna. **Varning och försiktighet:** Toujeo skall ej användas för behandling av diabetesketoacidosis. För ytterligare information se www.fass.se. **Förpackningar:** Toujeo SoloStar 5x1,5 ml. Läs bipacksedeln noggrant. **Prisuppgifter:** se www.fass.se. Toujeo tillhandahålls av Sanofi AB, Box 300 52, 10425 Stockholm, tel: +46 8 634 50 00, www.sanofi.se. Datum för senaste översyn av produktresumén, september 2016. 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 krävs i genomsnitt en 10-18% högre insulindos för att uppnå motsvande glukoskontroll som med 100 enheter/ml.

Lantus[®] (insulin glargin) R, F, A10AE04, 100 enheter/ml injektionsvätska, lösning är en långverkande insulinanalog. **Indikation:** Behandling av diabetes mellitus hos vuxna, ungdomar och barn från 2 års ålder. **Varning och försiktighet:** Lantus skall ej användas för behandling av diabetesketoacidosis. För ytterligare information se www.fass.se. **Förpackningar:** Lantus SoloStar 5x3 ml, cylinderampull 5x3 ml och injektionsflaska 10 ml. Läs bipacksedeln noggrant. **Prisuppgifter:** se www.fass.se. Lantus tillhandahålls av Sanofi AB, Box 300 52, 10425 Stockholm, tel: +46 8 634 50 00, www.sanofi.se. Datum för senaste översyn av produktresumén, januari 2017. Lantus 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. Vid frågor om våra läkemedel kontakta: infoavd@sanofi.com. SASE.LIX.17.02.0060, februari 2017.

Posterstipendium

Sjuksköterskor i diabetesvård genomför spännande projekt för att förbättra diabetesvården. Det kan ske som förbättringsarbete på den egna arbetsplatsen, inom ramen för en uppsats eller som ett forskningsprojekt. Diabetessjuksköterskans kreativitet och kompetens är därför viktigt att uppmärksamma.



För att stimulera projekt i Diabetesvården utlyser Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård, med stöd av Novo Nordisk, ett stipendium för Forskning på 20 000 SEK och ett stipendium för Utveckling/Förbättring på 10 000 SEK.

Stipendiet är avsett för en eller flera diabetessjuksköterska/diabetessjuksköterskor.

Vem kan söka?

Berättigad att söka är en eller flera diabetessjuksköterskor som arbetar inom diabetesvården (primärvård, sjukhus, barn, kommun och vårdutbildningar).
Minst en av de sökande måste vara medlem i SFSD.

Ansökan ska innehålla:

En sammanfattning (abstract) kort bakgrund, syfte, tillvägagångssätt (metod och resultat) samt avslutande diskussion och eller kliniska implikationer.
Namn på författare och arbetsplats.

Sista anmälningsdag är 14 mars 2018

Registrera din poster och stipendieansökan på
https://dinkurs.se/appliance/?event_id=49627.

Följ instruktionerna och bifoga ditt abstrakt i ett svarsmail till vetsekr@sfsd.se

Se även www.sfsd.se

Välkommen med din ansökan!

Kontaktperson: Janeth Leksell, vetenskaplig sekreterare SFSD; vetsekr@sfsd.se

Omvårdnadsstipendium

För projekt eller fortbildning inom diabetesvården

Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård utlyser stipendium för projekt eller fortbildning inom diabetesvård. Stipendiet är avsett att delas ut till en eller flera medlemmar för enskilt projekt eller fortbildning inom diabetesvård.



Beträffande ansökan för projekt gäller följande:

- Ansökan ska innehålla en tydlig beskrivning av det tänkta eller genomförda projektet.
- Följande rubriker ska användas: bakgrund, syfte, metod, tidsplan, betydelse.
 - Uppgifter om ansvarig diabetessjuksköterska samt annan personal i teamet ska anges.
 - Kostnadsbeskrivning

Beträffande ansökan för fortbildning gäller följande:

- Gäller inte högskoleutbildning.
- Beskrivning av vilken konferens som avses.
 - Kostnadsbeskrivning
- Vid deltagande i nationella/internationella kongresser prioriteras personer som deltar med egen poster.

Övrig information:

- Stipendiat måste ha varit medlem i SFSD i minst tre år.
 - Den summa som fördelas utgörs av 40 000 SEK

Sista anmälningdag är 14 mars 2018

Registrera din poster och stipendieansökan på
https://dinkurs.se/appliance/?event_id=49627.

Följ instruktionerna och bifoga ditt abstrakt i ett svarsmail till vetsekr@sfsd.se

Se även www.sfsd.se

Välkommen med din ansökan!

Kontaktperson: Janeth Leksell, vetenskaplig sekreterare SFSD; vetsekr@sfsd.se



Symposium 19-20/4 2018

Tema: Säker diabetes

Torsdag 19/4		Föreläsare	Plats
08.00-10.00	Registrering- kaffe-besök hos utställare		
10.00-10.10	SFSDs ordförande öppnar symposiet	Ingela Bredenberg	Aulan
10.10-11.00	Stillasittande – varningstexten?	Carl-Johan Sundberg	Aulan
11.10-12.00	3 parallella föreläsningar		
	1. Träna säkert med typ I diabetes	Peter Adolfsson	Aulan
	2. Modell för prediabetes på VC	Lillemor Fernström	Musiksal
	3. Samverkan kommun och primärvård	Monica Berzén	Rum 358
12.00-13.30	Lunch och besök hos utställare		
13.30-14.00	Presentation av postrar	Janeth leksell	Aulan
14.05-14.30	Riktlinjer injektionsteknik/Ledtalen	Marianne Lundberg/Janeth Leksell	Aulan
14.30-15.15	Kaffe och besök hos utställare		
15.15-16.00	Årsmöte	SFDS Styrelse	Aulan
16.00-17.00	3 parallella föreläsningar		
	1. Nya behandlingsrekommendationer typ 2 diabetes	Björn Eliasson	Aula
	2. Diabetes under barn- och ungdomsåren	Anna-Lena Brorsson	Musiksalen
	3. Tekniska hjälpmedel	Anna Lindholm-Olinder, Märta Sjölander	Rum 358
19.00-24.00	Gemensam middag m stipendieutdelning		Cabaré

Fredag 20/4		Föreläsare	Plats
08.30-09.15	Meningen med livet som diabetolog; Behandling av diabetes mellitus	Anders Frid	Aulan
09.15-10.00	Att lära sig leva med diabetes	Karin Johansson	Aulan
10.00-10.30	Kaffe och besök hos utställare		
10.30-11.30	Tre parallella föreläsningar		
	1. Överföring från barn - vuxen	Ingela Lavin, Agneta Lindberg, Erika Persson	Aulan
	2. Betydelsen av diabetessjuksköterskan	Rebecka Husdal	Musiksalen
	Webb utbildning i egenvård på arabiska	Nouha Saleh-Stattin	
	3. Kartläggning av diabetesvård i kommunerna- hur står det till?	Susanne Gustavsson	Rum 358
11.35-12.00	Hur ser det ut med PROM?	Katarina Eeg-Olofsson	Aulan
12.00-12.30	Skydda njuren	Karl Dreja	Aulan
12.30-14.00	Lunch och besök hos utställare		
14.00-15.30	Reflektioner över tid och motivation	Bodil Jönsson	Aulan
15.30 -16.00	Sammanfattning Säker diabetesvård	Ingela Bredenberg	Aulan

Behandla diabetes effektivt med

DEXCOM G5® MOBILE – KONTINUERLIG GLUKOSMÄTNING (CGM) MED LARM

- Sänker HbA1c^{2,3}
- Kortare tid med känningar²
- Sov tryggare på natten
- Följ ditt barns glukosvärden var du än är
- Godkänt för dosering¹
- För både Apple och Android⁺



Kontinuerlig glukosmätning (CGM) visar glukosvärdet på ett helt annat sätt än en vanlig mätare.

Till skillnad mot ett stick i fingret – som ger ett enda värde för en enda tidpunkt – visar Dexcom G5 glukosvärden i realtid, hela tiden.

Agera direkt

Du vet alltid hur snabbt och i vilken riktning glukosnivåerna ändras – och blir varnad, till exempel om värdet är högt eller lågt – och kan agera direkt för att slippa känningar och höga värden.

Dessutom har systemet högsta mätnoggrannhet^{4,5,6,7} och följarfunktion med varningar och larm – som du själv bestämmer. Dexcom G5 med larm gör det enklare för dig att ha koll på din diabetes, dag som natt.

nordic
INFUCARE

Nordic Infucare Box 1225 131 28 Nacka Strand
08-601 24 40 www.infucare.com diabetes@infucare.se
www.cgminfucare.nu facebook.com/CGMInfuCare

⁺ Se www.dexcom.com/ous-compatibility-page för kompatibla enheter

^{*} Om dina glukosvarningar och glukosvärden inte stämmer överens med dina symtom eller vad du förväntat dig, ska du kontrollera med ett fingerstick. För kalibrering krävs minst två fingerprov per dag.

¹ Dexcom G5 Mobile System för kontinuerlig glukosmätning. Användarhandbok, 2017. ² Beck, R., Riddlesworth, T., Ruedy, K., al. for the Diamond Study Group. Effect of Continuous Glucose Monitoring on Glycemic Control in Adults With Type 1 Diabetes Using Insulin Injections. The DIAMOND Randomized Clinical Trial. JAMA January 24/31, 2017 Volume 317, Number 4. ³ Lind, M., Polonsky, W., Irl B. Hirsch et al. Continuous Glucose Monitoring vs Conventional Therapy for Glycemic Control in Adults With Type 1 Diabetes Treated With Multiple Daily Insulin Injections. The GOLD Randomized Clinical Trial. JAMA. 2017;317(4):379-387. doi:10.1001/jama.2016.19976. ⁴ RPT-902345, Report of Effectiveness and Safety of the Dexcom™ G4 PLATINUM with Spritz Algorithm Continuous Glucose Monitoring System. ⁵ RPT-902628, Effectiveness and Safety Study of the Dexcom G4® PLATINUM with Spritz Algorithm Continuous Glucose Monitoring System in Pediatric Subjects. ⁶ Bailey, Chang, Christiansen. Clinical Accuracy of a Continuous Glucose Monitoring System with an Advanced Algorithm. J Diabetes Sc Tech 2015 Vol 9(2) 209-214. ⁷ Laffel, L. Improved Accuracy of Continuous Glucose Monitoring Systems in Pediatric Patients with Diabetes Mellitus – Results from Two Studies DT&T Vol 18, Supplement 2, 2016.

ISPAD 2017

Den 18-21 oktober anordnades ISPADs (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes) årliga kongress i Tyrolens vackra huvudstad Innsbruck. Deltagare från 72 länder var på plats för att ta del i det senaste kring diabetes hos barn och ungdomar. Här kommer ett axplock från kongressen.



Första dagen inleddes med en föreläsning av Joseph Wolfsdorf från Boston som gjorde en tillbakablick över hur diabetesvården förändrats de senaste 40 åren. Då han började som läkare på 70-talet ansågs det grymt att utsätta barnen för dagliga blodsockerkontroller och att behöva ta insulin mer än en gång per dag. Att forskningen sedan visade på att detta var nödvändigt för att uppnå god metabol kontroll vet vi, men det ställer stora krav på familjerna och ett teamarbete är nödvändigt för att stötta familjerna.

DKA (Diabetic ketoacidosis)

DKA är en fruktad komplikation till diabetes och det är av största vikt att förebygga detta. Okunskapen är ofta stor, även bland sjukvårdspersonal. I Australien hade 84 % av barnen som hade DKA vid diabetesdebut träffat en allmänläkare upp till två veckor innan diagnos.

Interventioner har gjorts på olika ställen i världen genom att informera allmänheten om symtom på diabetes och en uppmaning att omgående söka sjukhusvård vid dessa symtom. På detta sätt hade frekvensen av DKA sjunkit dramatiskt. I Italien hade den gått ned från 78 % till 10% efter en kampanj med affischer på skolor.

DKA är även ett problem bland de som redan haft diabetes en tid och risken att drabbas upprepade gånger ökar om det finns en social sårbarhet. Dessa ungdomar behöver mycket stöd för att ta sina insulindoser, eftersom det är missade insulin-

doser som leder till DKA. Du behöver ha missat minst hälften av ditt dagliga insulin för att utveckla DKA. NICH-studien (Novel Interventions in Children Healthcare) undersöker orsaker till upprepade DKA hos ungdomar. Den visar att det psykosociala stödet är det allra viktigaste för att förebygga DKA.

I Australien finns en app- DiSiDa (Diabetes sick day app), som ger råd och hjälp vid sjukdagar och som talar om när det är dags att åka till sjukhus. Ett annat tips var "kitchen table rules". Det innebär att tonåring och föräldrar vid måltiden tillsammans hjälps åt att kontrollera blodsocker, räkna ut insulindos och se till att rätt dos tas. Däremellan pratar man inte diabetes.

Från Sverige rapporterade både Johnny Ludvigsson och Johan Wersäll att andelen barn som har ketoacidosis vid diabetesdebut ökar. 2016 var siffran 24,5% av de nydebuterade. Av dessa hade en tredjedel haft kontakt med vården p.g.a. diabetesymtom 0-14 dagar innan diagnos utan att de blivit remitterade till barnklinik samma dag. Både Wersäll och Ludvigsson menade att det är viktigt med en nationell informationskampanj om diabetes även i Sverige.

Utbildning

Det var många presentationer om webbaserade utbildningar och mottagningsbesök. Vid web-baserade mottagningsbesök används ofta Face-Time eller liknande både enskilt och i grupp. Att träffas virtu-

ellt innebär att man kunde ha tätare besök, ungdomarna slapp långa resor och vården blev mer personcentrerad.

Det finns nu många olika program för webbaserat lärande på internet anpassat till olika åldrar. fördelarna med dessa är att de är lättåtkomliga, kan uppdateras snabbt och möjlighet att interagera med sin vårdgivare. Nackdelarna kan vara att det blir för mycket information att ta in, begränsad möjlighet att individualisera, det är beroende på patientens motivation och tillgång till datorer, smartphones internet etc. Sammanfattningsvis så finns det många fördelar med webbaserat lärande men det ersätter inte den personliga kontakten med diabetesteamet och det allra viktigaste är den första informationen familjen får, den glömmes de aldrig.

Det finns även nya vägar att utbilda vårdpersonal. På ISPAD:s websida (www.ispad.org) finns en utbildningsportal (e-learning portal) där fall med frågor finns efter varje avsnitt för att säkerställa förståelsen. Få åtkomst till portalen behöver man skapa ett användarkonto. Portalen är under uppbyggnad men kapitel om bl.a. DKA och Typ 2 diabetes finns att tillgå.

Kommunikation

Denis Daneman från Toronto talade om teamwork. Hans motto är: "Lyssna på barnet och dess familj och lyssna på varandra". I det dagliga livet är det inte enbart fördjupad kunskap om diabetes som är av betydelse för resultatet av diabetesvården,

utan förmågan att omsätta sina kunskaper i praktiken. Detta påverkas i stor grad av sociala faktorer. Konsten med diabetesvård är att omsätta kunskap om diabetes på ett sådant sätt att personen med diabetes kan kontrollera sin sjukdom snarare än att bli kontrollerad av den. Rättvisa är inte att alla får samma sak utan att alla får vad de behöver för att lyckas.

Deborah Christie, psykolog från London, och Gavin Griffiths, ung man med typ 1 diabetes och grundare av "Diathlete" talade om god kommunikation. De visade upp exempel på både positiv och negativ kommunikation mellan patient och vårdgivare. Hur vi känner oss påverkar förmågan att lyssna. Ibland är både patient och vårdgivare negativa inför mötet och det kan innebära att ingen lyssnar på den andre.

För att nå en positiv kommunikation behöver vårdgivaren vara intresserad och fokusera på vad som är viktigt för patienten. Det är dennes agenda som gäller. Ställ öppna frågor: berätta om..., vad?, när?, hur?.. Leta efter positiva steg, hur små de än är, reflektera och summera i slutet av besöket. Kom ihåg att det är patienten som är expert på sitt liv och sin diabetes och du kan aldrig förändra en annan människa.

Teknik

Med dagens tekniska hjälpmedel finns goda förutsättningar för att uppnå en god metabol kontroll. Ragnar Hanås presenterade en studie som visar på vikten av ett lågt HbA1c redan i unga år. Kroppen har ett metabolt minne och även om HbA1c förbättras i vuxen ålder är risken för retinopati lika hög som hos de som haft ett högt HbA1c hela tiden.

Data presenterades från studier kring MiniMed 640G med "stopp innan lågt" funktionen. Denna fungerar bäst nattetid men många tenderar att få ett högt blodsocker efter stopp på dagtid, troligen p.g.a. extra kolhydrater, mindre insulin etc. Vi behöver lära våra patienter att ta det lugnt och låta pumpen göra jobbet.

Francine Kaufman från USA informerade om MiniMed 670G som ännu inte finns tillgänglig i Europa. > 10 000 patienter använder nu denna pump med gott resultat. Den kan användas både i manual mode och auto mode. Innan patienten går över till auto mode måste hen ha använt pumpen i manual mode minst en vecka. Studier visar att HbA1c sjunker, blodsockret är mindre svängigt, de har inte haft

några allvarliga incidenser med hypoglykemi eller ketoacidoser.

Från Storbritannien presenterade Roman Hovorka en studie med hybrid closed loop i hemmiljö (Teens 24/7 home study). Pumpen skötte basaldosen men ungdomarna tog själv måltidsdoser. Den visade att tiden i målområdet ökade och medelglukos sjönk med 1,8 mmol/l. De nya snabbare insulinerna ger bättre resultat i closed loop. De såg även att insulinbehovet varierade mycket, mellan 30-250% från den ursprungliga dosen i pumpen. Då bolusdoser var mer frekventa och en högre andel av insulinet gavs som bolus hade ungdomen ett blodsocker som låg längre tid i målområdet. Snacks med högt kolhydratinnehåll försämrade dock blodsockerkontrollen.

Torben Biester från Tyskland presenterade en studie där de jämfört ungdomar som hade OmniPod jämfört med dem som hade flerdosbehandling. 2529 patienter följdes under tre år. Efter ett år hade de med pump signifikant lägre HbA1c men efter två respektive tre år var det ingen skillnad i HbA1c mellan grupperna.

En annan studie visade att HbA1c var signifikant lägre hos de som använde CGM både i gruppen med pump och i gruppen med flerdosbehandling. Den grupp som låg högst i HbA1c och som även använde CGM minst frekvent var tonåringarna och denna grupp borde få använda CGM i högre grad.

Från Tjeckien presenterades en crossover studie där de jämfört en open source hybrid closed loop pump (Open APS) (Danapump kopplad till Dexcom G4 via smartphone) med MiniMed 640G med stopp innan lågt funktion. 22 barn i åldern 6-15 år deltog i studien som pågick i tre dagar. Det var ingen skillnad i tid inom målområdet eller tid med lågt blodsocker mellan grupperna men de barn som hade Open-APS hade lägre medelglukos, 6,9 vs 7,5 mmol/l. Gun Forsander från Göteborg påpekade dock att det är olagligt i Sverige att använda medicinska hjälpmedel på barn som inte är testade och godkända.

På kongressen presenterades flera studier med Freestyle Libre (FGM). De flesta visade på förbättrad metabol kontroll och hög behandlingstillfredsställelse. En studie från Belgien visade dock att den metabola kontrollen inte förbättrades och att 67 % av patienterna hade hudproblem efter häftan. I diskussionen efteråt lyftes vikten av utbildning både vid start och uppföljning av FGM. Häftan har nu blivit bättre,

men det är fortfarande viktigt att informera patienterna om hudvård.

I en studie från Australien undersöktes om insulinpump kunde förbättra mående och beteende hos barn och ungdomar med diabetes. De såg ingen skillnad mellan grupperna men de som valt att avsluta pumpbehandling mådde sämre och låg högre i HbA1c än de övriga. Det är därför viktigt att vara uppmärksam på att extra stöd kan behövas då någon väljer att avsluta pumpbehandling.

I England har Families with Diabetes National Network gjort en stor undersökning där de frågade om användande av CGM. Den visade att CGM signifikant hjälper familjer där barnet har diabetes men att alla inte får tillgång till detta hjälpmedel och att stödet från sjukvården är litet.

Småbarn

Frida Sundberg från Göteborg höll en intressant föreläsning om vård av de yngsta barnen med diabetes. Denna grupp är helt beroende av omgivningen för sin vård och förutom föräldrarna är även mor och farföräldrar, övrig släkt vänner, förskola, diabetesteam viktiga som stöd.

Att uppnå ett bra blodsocker kan många gånger vara svårt och de allra flesta barnen i denna ålder använder insulinpump. Pumpen behöver väljas med omsorg - vad är lägsta möjliga basaldos, hur levereras basaldosen, hur noggrann är pumpen? Ibland kan utspätt insulin behövas. Blodsockret behöver mätas regelbundet och CGM är att föredra. Eftersom det blir en stor hudytta som täcks med plåster är det viktigt att vara observant på hudproblem. Om barnet uppvisar klåda eller tar bort sensorn beror det ofta på begynnande hudproblem.

Frida pekade även på vikten av att ta insulin innan måltiden även för de yngsta barnen, något som även Michelle Raymond dietist från Boston rekommenderade. Insulinet kan med fördel ges 15-15 minuter före måltiden och små barn behöver som regel en större del av det dagliga insulinet som måltidsinsulin. Många föräldrar är dock rädda för hypoglykemi och det är viktigt att tala med dem om denna rädsla.

Under bamaåren etableras goda levnadsvanor och det är föräldrarna som bestämmer vad, när och var barnet äter. Det är viktigt att stötta familjerna till att ha bra rutiner och att undvika småätande mellan måltiderna. Om barnet inte äter upp - försök beräkna hur mycket som finns kvar

och hur fysiskt aktivt barnet varit före och efter måltiden. Informera föräldrar om att hypoglykemi inte kommer direkt, det tar ofta minst en timma innan blodsockret sjunker så det finns tid att korrigeras. Servera inte mer mat än du beräknar att barnet kommer att äta.

Typ 2 diabetes

Typ 2 diabetes hos unga är en allvarlig sjukdom och jämfört med typ 1 diabetes medför den högre risk för diabeteskomplikationer, kardiovaskulär sjukdom och för tidig död. Kunskapen om typ 2 diabetes är dock begränsad eftersom det fortfarande är få fall och det är svårt att genomföra stora studier.

Risk för typ 2 diabetes ökar med stigande BMI. Ofta finns en stark hereditet och vissa etniska grupper är mer drabbade. Prevalensen av odiagnostiserade barn bedöms som låg eftersom blodsockret stiger snabbt och barnet/ungdomen får symtom. 25% av barn och ungdomar med typ 2 diabetes har ketos.

Många gånger kan det vara svårt att avgöra om en ung person med fetma och förhöjda blodsockervärden har typ 1 eller typ 2 diabetes. Philip Zelter från USA menade på att det troligtvis finns ett spektrum med diabetessjukdomar med varierande insulinbrist och insulinresistens och det är inte alltid solklart om det är typ 1 eller typ 2 diabetes.

Även om frekvensen av fetma och typ 2 diabetes ökar hos ungdomar i stora delar av världen får vi inte glömma att obesa ungdomar även kan ha typ 1 diabetes. TODAY-studien visar att 9,8% av de ungdomar som fått diagnos typ 2 diabetes hade antikroppar och därför troligtvis hade typ 1 diabetes. Eftersom det tar lång tid att få svar på antikroppar avgörs behandlingen vid debut av symtom, HbA1c och förekomst av acidosis.

Behandlingen av typ 2 diabetes hos unga är initialt livsstilsförändring, viktnedgång och behandling med metformin. Om HbA1c > 75 mmol/mol och/eller förekomst av symtom och/eller ketoner behövs även insulin. (Se guidelines på ispad.org). Metformin är godkänt från 10 års ålder och är idag det enda perorala diabetesläkemedlet som är godkänt på barn. Barnstudier pågår på inkretiner och SGLT2-hämmare.

Transition

När är bästa tiden för överföring från barn till vuxenklirik? I Sverige överförs som regel ungdomarna i 18-års åldern, men studier visar att en senare överföring kan vara att föredra. De tidiga vuxenåren är en tid med hög risk för diabetesrelaterade problem såsom försämrad metabol kontroll, och förekomst av de första komplikationerna. Även om den unge har goda kunskaper kan det fortfarande behövas stöd från omgivningen för att omsätta dessa i praktiken. Ofta har vuxenklirikerna inte tillräckligt med resurser för att möta upp detta behov. Barn och ungdomsklinikerna behöver förbereda den unge i god tid inför överföring. Om det saknas samarbete mellan barn och vuxenklirik finns en risk att det blir en tid då ungdomen inte har något stöd från vården. Unga vuxna behöver ses som en egen grupp med sina speciella behov och förståelse för deras biopsykosociala utveckling.

Psykosociala aspekter

Studier visar att rädsla för hypoglykemier är starkt associerat med ökad stress och risk för depression hos föräldrar. Det är viktigt att vara uppmärksam på detta redan vid debut. Ett instrument som använts för att hitta rädsla för hypoglykemier är Hypoglycemia Fear Survey for Parents of Young Children (HFS-PYC). Det är viktigt att identifiera rädsla för hypoglykemier i ett tidigt skede efter debut eftersom det förutom stress och depressioner kan leda till försämrad metabol kontroll.

Ungdomar som drabbas av diabetesrelaterad stress löper större risk att få en försämrad egenvård och en suboptimal glukoskontroll. David Novak från Göteborg presenterade resultat från TODS (Teenagers Of Diabetes Sweden). Där framkom att diabetesrelaterad stress är vanligt bland ungdomar i Sverige, speciellt bland flickor där 44% uppgav symtom på detta.

Josephine Haas m.fl. från Stockholm har översatt och validerat DTSQ-Teen (Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire Teen) till svenska och visade att behandlingstillfredsställelse korrelerar med ett lägre HbA1c, bättre fysisk och mental hälsa, och högre livskvalité.

Psykologiska aspekter på tekniken talade Katrine Barnard psykolog från Storbritannien om. Den nya tekniken med glukos-

sensorer, pumpar och closed loop innebär stora möjligheter till god metabol kontroll och förbättrad livskvalité. Den nya tekniken leder ofta till minskad oro, bättre sömn och trygghet. Samtidigt översköjs familjerna av stora mängder data som de ständigt skall ta hänsyn till och detta kan bli överväldigande och skrämmande för många.

Fysisk aktivitet

Att de som är fysiskt aktiva är friskare och har mindre risk för hjärt-kärlsjukdomar vet vi och studier visar att personer med diabetes som är fysiskt aktiva 60 minuter eller mer minst tre gånger per vecka också har ett lägre HbA1c. För att kunna ge råd till patienterna hur de skall hantera mat och insulin är det viktigt att veta vilken typ av träning, duration och hur mycket aktivt insulin som finns i kroppen. Högtintensiv, anaerob träning som t.ex. sprint och styrketräning leder ofta till ett högre blodsocker medan lågtintensiv träning som t.ex. cykling, jogging sänker blodsockret. De individuella variationerna är dock stora. Ju mer otränad en person är desto mer förbränning av glykogen, ju mer tränad desto större andel fettförbränning.

Skillnaden för ungdomar med diabetes då de tränar jämfört med jämnåriga som inte har diabetes är att de behöver ta hänsyn till: olika träningstypers påverkan på blodsockret; risk för lågt blodsocker under och efter träning, risk för högt blodsocker under träning, påverkan av blodsockret vid stress på tävlingsdag. De behöver veta hur de skall ladda med kolhydrater före och efter träning och om de skall justera insulin dosen.

Will Cross från Denver talade om att kunna leva sina drömmar trots diabetes. Själv hade han bestigit de högsta topparna i alla världsdelar inklusive Mount Everest tre gånger. Han berättade om alla utmaningar och att förutom syrebrist och den extrema påfrestningen även kunna hantera sin diabetes. Han hade insulinpump, men hade även med sig pennor eftersom han inte visste hur tryckförändringarna på hög höjd skulle påverka pumpen. Hans budskap till oss som vårdpersonal var att inte hindra patienterna att nå sina mål utan att fråga dem- hur kan vi hjälpa dig att nå dina mål?

Ingela Lavin



Victoza[®] (liraglutid) – den enda GLP-1 analogen som förebygger hjärtkärlkomplikationer.^{1,2}



Dokumenterad effekt på att förebygga hjärtkärlkomplikationer och död^{1,2*}



Signifikant sänkning av HbA_{1c}¹



Minskad kroppsvikt¹

Inte bara sänkt blodsocker – Victoza[®] förebygger hjärtkärlkomplikationer och död^{1,2*}

1. Victoza SPC, www.fass.se, 2. Marso SP et al; LEADER; NEJM 2016 375:4, 311-322

* För patienter med typ 2-diabetes med identifierad risk eller manifest hjärtkärlsjukdom. Primärt utfallsmått var (Major Adverse Cardiovascular Events. MACE): kardiovaskulär död, icke-fatal hjärtinfarkt, eller icke-fatal stroke.

Victoza[®] (liraglutid), Rx, (F), ATC-kod: A10BJ02. Injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna 6mg/ml. Diabetesmedel, övriga blodglukossänkande läkemedel, exklusive insuliner. **Indikation:** Victoza är indicerat för behandling av vuxna med otillräckligt kontrollerad typ 2-diabetes mellitus som ett komplement till kost och motion • som monoterapi när metformin anses olämplig på grund av intolerans eller kontraindikationer • som tillägg till andra läkemedel för behandling av diabetes. För studieresultat vad gäller kombinationer, effekt på glykemisk kontroll och kardiovaskulära händelser, samt vilka populationer som studerats, se avsnitt 4.4, 4.5 och 5.1. **Varningar och försiktighet:** Liraglutid ska inte användas till patienter med typ 1-diabetes mellitus eller vid behandling av diabetesketoacidosis. Akut pankreatit har observerats vid användning av GLP-1-receptoragonister. Patienter bör informeras om de karakteristiska symtomen på akut pankreatit. Vid misstänkt pankreatit ska behandlingen med liraglutid upphöra. Om akut pankreatit fastställs, ska liraglutid inte sättas in igen. Det finns ingen erfarenhet från patienter med kronisk hjärtinsufficiens NYHA-klass III-IV och liraglutid rekommenderas därför inte till dessa patienter. För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se. Datum för översyn av produktresumén 07/2017. **Subventioneras endast för patienter som först provat metformin, sulfonureider eller insulin, eller när dessa inte är lämpliga.**

Pressmeddelande

Disputation torsdagen den 14/9-2017 för filosofie doktors-examen, Karin Johansson, diabetessamordnare Region Kronoberg, tidigare diabetessjuksköterska vårdcentralen Kungshögen Ljungby. Doktorand inst. hälso- och livsvetenskap, Linnéuniversitetet, Växjö.

Avhandlingens titel - Respekt, insikt och ansvar – Lärandet i att leva med diabetes



Karin Johansson

Diabetes är en vanlig sjukdom, i Sverige lever ca 4-6% av befolkningen med sjukdomen. Enligt nationella diabetesregistret (NDR) lever idag 405 154 personer med diabetes i Sverige. Livet med diabetes kan vara en stor utmaning för den som drabbas med krav på egenvård i form av hälsosamma levnadsvanor, kost, motion och behandling, vilket ställer krav på ett lärande. I diabetesvården har patientutbildningen en central roll, men frågan är, möter denna utbildning patienters behov av lärande? För att ta reda på det är frågorna om hur lärandet vid diabetes sker? Målet med avhandlingen var att utveckla kunskaper om lärande i att leva med diabetes utifrån patientens upplevelse av att drabbas, upplevelse av lärande och stöd för lärande samt diabetessjuksköterskors upplevelse av att stödja patienters lärande. Lärandet kan utifrån avhandlingens resultat ses som att succesivt införliva/förena sjukdomen med det dagliga livet, med en fördjupad förståelse och utökad förmåga att göra medvetna val. Avhandlingen bygger på fyra studier. I den första har patienter med nyupptäckt diabetes skrivit en berättelse om hur de upplevt sitt insjuknande i diabetes. Inför studie två och tre har intervjuer gjorts med patienter om deras upplevelse av att lära sig leva med diabetes och hur de upplevt stödet för lärandet. Till den sista studien har intervjuer genomförts med diabetessjuksköterskor om deras upplevelse av att stödja patienters lärande. I avhandling-

ens resultatet visade sig insjuknandet i diabetes som en upplevelse av obalans i kroppen, som gavs naturlig förklaring. Beskedet om sjukdom satte igång motstridiga känslor, från en känsla av oförklarlighet, till en känsla av lättnad. Det kaos och den förvirringen som uppstod innebar lidande, men även möjlighet för den drabbade att få förståelse om allvaret såväl som oförmågan att förändra möjligheten att påverka situationen. Ur kaoset skapades en grogrund för lärande. Som drivkrafter för lärandet sågs kampen att inte bli sin sjukdom men en önskan att det nya skall bli det naturliga, det vanliga. Resultaten visade, att när sjukdomen konstaterats blev två faktorer av särskild betydelse för lärandet i att leva med diabetes. Det som visade sig särskilt tydligt var det egna ansvaret för att inhämta kunskap, för att införliva sjukdomen i livet och att balansera mellan rädsla och kontroll. Som stöd för lärandet sågs reflektion över erfarenheter och upplevelser ha en avgörande roll för att skapa ny förståelse av hälsoprocesser. Insikten om eget ansvar visade sig som en nyckelfaktor för sådan reflektion. Diabetessjuksköterskan gav stöd genom att inta en reflekterande, självkritisk hållning med insikt om att ansvaret för lärandet är patientens eget och hens roll är att uppmuntra och utmana patienten till självreflektion och ansvarstagande. För att stödja på detta sätt krävs, att diabetessjuksköterskan håller tillbaka det medicinska kravet på kontroll och mer

använder den medicinska kunskapen i reflektionsstartande frågor utifrån patientens erfarenheter och förståelse. Slutsats - I avhandling ses genuint lärande när den drabbade får insikt i att kroppen förändrats, reflekterar över betydelsen av förändringen och tar ansvar för att lära sig hur kroppen reagerar och signalerar förändring. Med utgångspunkt från patientens erfarenheter skapas förståelse, som stöder lärandet och kan minska sjukdomens inverkan på livet. Förståelse ger möjlighet att införliva/förena sjukdomen i livet och balansera mellan rädsla och kontroll. Balansen mellan dessa kan visa sig som att ibland är patienten uppslukad av sjukdomen och ibland ser möjligheter trots sjukdom. Detta gör att sjukdomen kan ges en plats i livet. Diabetessjuksköterskorna stödjer patientens lärande och utmanar rädslor och andra känslor med en finkänslig, utmanande hållning, som ger insikt om att ansvaret för lärandet och införlivandet av sjukdom är patientens eget. För patienten innebär lärandet att lära känna det förändrade livet och pröva sig fram i syfte att hitta strategier att fortsätta ett så aktivt liv som möjligt. Lärandet kan ses som en balansakt mellan livets och sjukdomens krav med målsättningen att känna tillfredsställelse med livet trots sjukdomen.

Kontaktuppgifter: Karin Johansson,
 epost: karin.johansson@kronoberg.se
 0709-844477

Eversense® XL långtids CGM

Lev fullt ut – i trygghet

Nu 6 månader!



Nu är Eversense® XL långtids CGM här!
Det enda systemet som mäter **upp till 6 månader**.

- **Minimal sensor** – Sitter under huden och byts var 6:e månad.
- **Smartsändare med vibrationsvarning** – Vibrerar på armen förebyggande och vid hyper/hypoglykemi. Vattenresistent och avtagbar.
- **Användarvänlig app** – Ger full kontroll över värden, varningar och trender i mobiltelefon eller Apple Watch.

Läs mer på www.rubinmedical.se

NT-rådets yttrande till landstingen gällande kontinuerlig glukosmätning med FreeStyle Libre vid diabetes typ 2

NT-rådet rekommenderar landstingen

- att använda Freestyle Libre till patienter med typ 2-diabetes som behandlas med flerdosinsulin, och som har ett HbA1c över 70 mmol/mol.
- att i övrigt avstå från att använda FreeStyle Libre vid diabetes typ 2
- att i sina avtal med företaget, genomföra nationellt överenskommen prisjustering för FreeStyle Libre

Bakgrund

FreeStyle Libre är ett sensordrivet system för glukosmätning som är CE-märkt för vuxna med diabetes samt för barn med diabetes, i åldern 4-17 år, under övervakning av vuxen. Enligt önskemål från landstingens hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverk har FreeStyle Libre, inom ramen för ett pilotförsök, genomgått samma process för nationellt ordnat införande som nya läkemedel. TLV uppdrogs därför att inom sitt medicinteknikuppdrag göra en bedömning av kostnadseffektiviteten för FreeStyle Libre, som skulle ligga till grund för en rekommendation från NT-rådet. Uppdraget omfattade både användning vid diabetes typ 1 och diabetes typ 2. Då FreeStyle Libre sedan tidigare är införd vid diabetes typ 1, gäller NT-rådets rekommendation emellertid endast diabetes typ 2. TLV publicerade sin hälsoekonomiska värdering av FreeStyle Libre i november 2017.

NT-rådets bedömning

Tillståndets svårighetsgrad:

Tillståndets svårighetsgrad är måttlig (på en skala av låg, måttlig, hög och mycket hög).

Kommentar: Liksom TLV bedömer NT-rådet att insulinbehandlad diabetes har en varierande svårighetsgrad, men att undergrupper med behov av frekvent glukosmätning har en högre svårighetsgrad och större behov. TLV beskriver dessa i sitt underlag som barn med typ 1-diabetes, personer med typ 1-diabetes och måltids-

insulinbehandlad typ 2-diabetes med så kallad hypoglykemisk omedvetenhet, samt personer med typ 1- och typ 2-diabetes som trots optimal insulinbehandling med bas- och måltidsinsulin inte når behandlingsmålet, det vill säga har HbA1c > 70 mmol/mol.

Åtgärdens effektstorlek:

Effekten bedöms som måttlig (på en skala av liten, måttlig, stor och mycket stor)

Kommentar: Företaget har genomfört två öppna, randomiserade kliniska studier av FreeStyle Libre jämfört med självmonitorering av blodglukos med teststickor (SMBG). I IMPACT-studien ingick patienter med välkontrollerad diabetes typ 1; 119 patienter ingick i interventionsgruppen och 121 patienter i kontrollgruppen. Det primära effektmåttet var tid i hypoglykemi. Tid i hypoglykemi per dygn var -1,39 timmar för interventionsgruppen och -0,14 timmar i kontrollgruppen. Glukosvariabiliteten, mätt som koefficienten för variation (CV) minskade med $4,4 \pm 1,3$ procent ($p=0,0001$) i interventionsgruppen.

REPLACE-studien genomfördes i patienter med insulinbehandlad typ 2-diabetes med otillfredsställande metabol kontroll; 149 patienter fick FreeStyle Libre och 75 fick SMBG. Värdet på det primära effektmåttet, HbA1c, sjönk i både interventionsgruppen ($-0,27\%$ ($\pm 1,01$)) och kontrollgruppen ($-0,41\%$ ($\pm 0,99$)) men skillnaden mellan grupperna var inte statistiskt signifikant. Tid i hypoglykemi var lägre i interventionsgruppen ($-0,61$ ($\pm 0,081$)), respektive $-0,14$ ($\pm 0,112$), $p=<0,001$)

TLV noterar att värdet av fynden i studier är svårtolkat då det saknas vetenskaplig konsensus för den kliniska betydelsen av utfallen tid i uppmätt hypoglykemi och antal uppmätta hypoglykemiska episoder som inte korrelerats till antal symptomatiska hypoglykemiska episoder hos personer med bibehållen förmåga till hypoglykemisk medvetenhet och bedömer därför att graden av osäkerhet i de kliniska resultaten är medelhög till hög. Vidare

konstaterar TLV att studierna inte visade statistiskt signifikanta skillnader i självrapporterade livskvalitetsformulär mellan grupperna men att patienter som mätte glukos med FreeStyle Libre var mer nöjda med behandlingen ("total treatment satisfaction" $p=<0,0001$).

TLV redogör även i sin rapport för icke-randomiserade studier, lokala kliniska effektutvärderingar, användardata från företagets molnservice, samt systematiska översikter, metaanalyser och indirekta jämförelser.

Tillståndets sällsynthet

Tillståndet är vanligt (på en skala av mycket sällsynt, sällsynt, mindre vanligt, och vanligt).

Kommentar: Det finns cirka 48 000 personer med typ 1-diabetes i Sverige, varav cirka 7 000 är barn. Cirka 40 000 av personer med typ 2-diabetes behandlas liksom personer med typ 1-diabetes med en kombination av bas- och måltidsinsulin. Personer med typ 2-diabetes som behandlas med flerdosinsulin och trots detta har HbA1c > 70 mmol/mol uppskattas av NT-rådet utgöra omkring 8000 patienter.

Åtgärdens kostnadseffektivitet

TLV uppskattar kostnaden per QALY för FreeStyle Libre, jämfört med SMBG (10 teststickor/dygn) till ca 389 Tkr.

TLV:s hälsoekonomiska utvärdering av FreeStyle Libre har utgått från data som avser personer med typ 1-diabetes eftersom relevant information om kontinuerlig glukosmätning hos personer med typ 2-diabetes saknas. TLV bedömer dock att utvärderingen kan ge vägledning för de personer med typ 2-diabetes som behandlas med insulinpump eller med en insulinregim som består av basinsulin i kombination med måltidsinsulin då deras behov av glukosmätning motsvarar behovet hos personer med typ 1-diabetes. Utfallet av den hälsoekonomiska värderingen är i stor utsträckning beroende av hur många mätstickor patienten använder

per dygn. TLV gör bedömningen att patienter med typ 2-diabetes, som behandlas med basinsulin i kombination med måltidsinsulin och som har ett HbA1c över 70 mmol/mol, kan utgöra den grupp av patienter som kan behöva förbruka 10 eller fler mätstickor per dygn.

Företaget har för att mäta livskvalitet genomfört en time trade-off-studie (TTO) i en brittisk population. TLV bedömer att denna är förknippad med flera osäkerheter. TLV har i sin värdering även använt en studie av kostnader och livskvalitet vid diabetes (CODE-2) som underlag för bedömning av livskvalitetsvinst.

Tillförlitligheten i den hälsoekonomiska bedömningen

Tillförlitligheten i den kostnadseffektivitetsvärderingen av FreeStyle Libre är måttlig (på en skala av låg-måttlig-hög till mycket hög).

Kommentar: Enligt TLV:s känslighetsanalyser avgör nivån på livskvalitetsvinsten respektive antalet teststickor störst inverkan på kostnaden per QALY.

Sammanvägd bedömning

Den sammanvägda bedömningen gällande FreeStyle Libre baseras på en värdering utifrån den etiska plattformen för prioriteringar och dess tre principer: människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

Plattformen har operationaliserats i fyra relevanta dimensioner: Tillståndets svårighetsgrad, Åtgärdens effektstorlek, Tillståndets sällsynthet, och Tillförlitligheten i det vetenskapliga underlaget. Dessa fyra ligger till grund för värdering av betalningsvilja i relation till behandlingens kostnadseffektivitet.

Tillståndets svårighetsgrad anses vara måttlig.

Storleken på åtgärdens effekt på tillståndet är måttlig.

Tillståndet är vanligt.

Tillförlitligheten i underlaget för den hälsoekonomiska värderingen för FreeStyle Libre är måttlig.

Kostnaden per QALY för FreeStyle Libre är med TLV:s antaganden ca 389 tkr. NT-rådet har fört en diskussion med företaget som marknadsför FreeStyle Libre och kommit överens om om en generell pris-sänkning för FreeStyle Libre som är möjlig att genomföra inom ramen för landstingens befintliga avtal. Givet detta, samt ovanstående bedömningar, anser NT-rådet att behandlingen anses kostnadseffektiv för subgruppen av patienter med diabetes typ 2 som behandlas med flerdosinsulin, och som har ett HbA1c över 70 mmol/mol.

På grundval av dessa överväganden rekommenderar NT-rådet därför landstingen att använda FreeStyle Libre till

patienter med typ 2-diabetes som behandlas med flerdosinsulin, och som har ett HbA1c över 70 mmol/mol och att i övrigt avstå från att använda FreeStyle Libre vid diabetes typ 2.

För NT-rådet,
Gerd Lärvars, ordförande

Referenser:

1. <https://www.tlv.se/Medicinteknik/Medicinteknikuppdraget/>
2. <https://www.tlv.se/Medicinteknik/Medicinteknikuppdraget/avslutade-halsoekonomiska-bedomningar/Halsoekonomisk-utvardering-av-FreeStyle-Libre/>

Om NT-rådets beslut

<http://www.janusinfo.se/Nationellt-info-rande-av-nya-lakemedel/Nationellt-info-rande-av-nya-lakemedel/NT-radets-rekommendationer-grunder-till-beslut/>

Närvarande vid beslut: Gerd Lärvars, ordförande NT-rådet; Lars Löof, Uppsala/Örebro sjukvårdsregion; Johannes Blom, sjukvårdsregion Stockholm/Gotland; Anna Lindhé, Västra regionen; Maria Landgren, Södra regionen; Mårten Lindström, Sydöstra sjukvårdsregionen; Anders Bergström, Norra regionen

Jäv: Ingen ledamot deklarerade någon intressekonflikt för det aktuella ärendet

Medlemskap i SFSD

Tänk på att ditt medlemskap är personligt.

Om du ändrar mailadress är vi mycket tacksamma om du meddelar detta till styrelsen då vi gör flera utskick med information via mail varje år.

Med vänliga hälsningar,
Styrelsen



Årsmöte 19 april 2018 Norra Latin, Stockholm, kl 15:15

Motioner skall vara styrelsen tillhanda senast 8 mars 2018
Handlingar finns på hemsidan senast 5 april 2018

Abstract

Reflektion, Insikt och Ansvar – Lärandet i att leva med diabetes.

Linnaeus University Dissertations No. 292/2017

Johansson, Karin (2017).

Syfte:

Studiens övergripande syfte är att utveckla kunskapen om lärandet vid diabetes.

Metod: Alla fyra studierna har genomförts med en reflekterande livsvärlds ansats (RLR). Studie (I): Data samlades in genom skrivna berättelser från sju patienter med insulinbehandlad diabetes. Studie (II): Data insamlades genom tolv patientintervjuer. Studie (III): Data från studie två analyserades på nytt. Studie (IV): Data samlades in genom fyra grupp- och två enskilda intervjuer (sexton diabetessjuksköterskor). Metod och analys kan beskrivas som en dialektisk process, som började med helheten, analys av dess delar, och ett återskapande av en helhet för att förstå essensen av fenomenet.

Huvudresultat:

Resultatet visade att patienters upplevelse av de mest påtagliga innebörderna av fenomenet att drabbas av diabetes (I) utgörs av kampen att inte bli sin sjukdom, en önskan att allt skall vara som vanligt och att det nya skall bli det naturliga. Vidare i resultat framstod efter konstaterandet av sjukdom två teman som särskilt viktiga för att lärandet i att leva med diabetes. Dessa var det egna ansvaret för att inhämta kunskap för att införliva sjukdomen i livet och att balansera mellan rädsla och kontroll (II).

Som stöd för lärandet (III) hade reflektion över erfarenheter och upplevelser en avgörande roll för en ny förståelse av hälsoprocesserna. Insikten om eget ansvar var en nyckelfaktor för sådan reflektion. För att kunna ge stöd (IV) krävs att diabetessjuksköterskan intar en reflekterande, självkritisk hållning med insikt om att ansvaret för lärandet ligger hos patienten och att diabetessjuksköterskans roll är att uppmuntra och utmana patienten till självreflektion och ansvarstagande utifrån egna mål och förutsättningar. För att ge stöd på detta sätt krävs att diabetessjuksköterskan håller tillbaka det medicinska kravet på kontroll och mer använder de medicinska kunskaperna till reflektionsstartande frågor utifrån ett livsvärldsperspektiv.

Slutsats:

Med utgångspunkt från patientens livsvärld skapas en förståelse som stöder lärandet och därmed kan minska sjukdomens påverkan på livet. Förståelsen ger möjlighet att införliva sjukdomen i livet och få en balans mellan rädsla och kontroll.

Nyckel ord:

Diabetes, diabetessjuksköterska, fenomenologi, hälsa, livsvärld, lärande, patient, vårdvetenskap.

Den lättanvända
svensktalande
blodsockermätaren
för synskadade

SensoCard Plus



SensoCard Plus är avsedd för gravt synskadade och de som har svårt att läsa texten på sin vanliga mätare. Mätaren får mycket positiva omdömen och används idag i samtliga landsting i Sverige.

Teststickorna har apotekets varunummer 204410.

Representeras i Norden av Meditech Systems Scandinavia AB
tel: 08 - 660 71 60 www.meditechsystems.com



Enkel, tydlig och säker!



Glucomen[®]
areo

- 👍 *Stor upplyst display*
- 👍 *Stor, stabil och tydlig sticka*
- 👍 *Inga extra funktioner vid start*
- 👍 *Säkra mätresultat*
- 👍 *Enkel och tydlig provtagare*

www.areo.nu

Tel 040-32 12 70 info@menarinidiagnostics.se



Gilla Glucomen på Facebook
www.areo.nu



A.MENARINI
diagnostics

IDF Congress 4-8 december, 2017 Abu Dhabi

Det vetenskapliga programmet på IDF kongress innehöll det senaste i utvecklingen inom diabetes, klinisk praxis, behandling, utbildning, prevalens och folkhälsofrågor. Den breda karaktären är därför riktad till alla yrkesverksamma inom området diabetes, från kliniker, sjuksköterskor, och läkare till lärare/pedagoger, folkhälsospecialister, epidemiologer, liksom beslutsfattare och företrädare inom diabetesförbund. IDF 2017 erbjöd ett ovärderligt lärande genom många innovativa sessioner.



Nouha Saleh Stattin

“SHAPING THE FUTURE”

Dag 1: Tisdag 4 December:

IDF Award Lecture: Education and integrated Care.

Exploring diversity of diabetes; science-navigated care and education: Professor Y. Seino (Japan)

Asiater har mindre insulinsekretion (typ 2 diabetes) än kaukasier. I en studie i Japan tittade man på måltidsordning och påverkan på blodglukos variationer. I studien ingick 15 friska japaner och man använde FCGM för att följa hur blodsocker påverkades av måltidsordning. De testade med att personer fick äta ris 15 och 10 minuter innan måltiden och 0, 10 och 15min efter måltiden. Studien visade att om måltiden började med grönsaker istället för ris (eller bröd eller kolhydrater) påverkades glukos och fettabsorption (blev långsammare) och postprandiala glukos nivåer håller sig lägre. Professor Seino startade AASD (Asian Association for the Study of Diabetes) för att utveckla diabetesvården i Asien fram för allt Vietnam, China och Japan. Bland annan har de etablerat: Diabetesfot Vårdprogram med utbildning för vårdpersonalen och etablering av olika centrar med fotvård specialist. De har utvecklat utbildningsmaterial med 79 kort om olika områden och korta DVD-filmer. AASD's fokus är att identifiera

det stora behovet av att lyfta forskning som översätts direkt för kliniskt implementering.

Kartläggning av Typ 2 diabetes i Mellanöstern och Nord Afrika (MENA) regionen observation studier presenterad av J. Al-Lawati (Sultanate av Oman), N. Sulaiman (United Arab Emirates, UAE) A. Ben Nakhi (Kuwait) and A. Basit (Pakistan).

Studier om prevalensen av nydiagnostiserad typ 2 diabetes i Mellanöstern och Nord Afrika regionen. Sammanfattning från: Oman; Emiraten, Kuwait och Pakistan är att prevalensen av diabetes är hög i dessa länder men inte Oman, som har en prevalens på 10-15% och IFG 5-10%. jämfört med UAE; Kuwait och Pakistan som har respektive siffror prevalens på 19.1% och IFG 15% Trenden visar på att det finns en ökad prevalens och också en skillnad i olika etniska grupper: UAE har 22.3%, asiater 16.4%, andra araber 15.2% och de från Västländer och Afrika 11.9%. Risk faktorer som diskuteras är: Obesitas, mat, fysiskaktivitet, ålder, kunskap, attityder, snarkningar och höga triglycerider. Mest intressanta var att i Oman var prevalensen mindre och prognoser visare ingen ökning heller.

Community approaches to diabetes care:

Presentation från A.S. Bhoaskar (Indien) om hur utbildning av skolbarn påverkar

förändring i matvanor framför allt att inte äta "Junk Food" och att barn kan påverka hela familjens matvanor. Det projektet hade stor påverkan att regering har förbjudit försäljningen av "Junk food" i skolor och även i närområdet kring skolor.

Från Palestina A.Abu Al-Halaweh diskuterade att på grund av olika politiska situationer började man med att använda Mobila diabeteskliniken som kör runt i olika områden och samarbetar med den lokala kliniken genom att erbjuda: utbildning för vårdgivare där "on job training" eller på arbetsplatsen, utbildning, öka medvetenhet screening och remittera patienter med komplikationer till rätt vård. Lokala kliniken dokumenterar och följer upp patienterna. Denna modell kallade de "Diabetes Comprehensive Care Model (DCCM).

En annan studie från Finland (J. Tuomi-lehto) visar hur viktigt det är med populationsbaserade studier över många år som den i Norra Karelien. Där hade man högst mortalitet i hela världen från hjärt-kärl komplikationer mellan 1969-72. I uppföljningsstudien hade de registrerat intag av salt och de var det enda landet i hela världen som har sådan data. Resultat av 25 årsuppföljningen av intervention med öka medvetenhet om salt intaget, mattat fett och hög blodtrycket, visade 84% minskning av mortalitet pga. hjärt-kärl sjukdomar.

RAPPORT FRÅN ÅRETS DIABETESSJUKSKÖTERSKA 2015

Diabetes och migration: Presentation från Norge, Libanon och Schweiz

Med migration menas oftast att man flyttar mellan olika länder, men den kan också vara i samma land från små städer till stora och detta påverkar hur samhället ser ut. Högre prevalensen av diabetes bland immigranter är en känd fakta och det beror på olika faktorer och. Behandlingen och vården blir mer komplicerad. Man fann också co-morbiditet av diabetes och tuberkulos. De rekommenderade att använda sig av riktad diabetes-screening till dessa som har tuberkulos.

Dag 2 Onsdag den 6/12

Flera föreläsare talade om att vi måste vara mer personcentrerade i våra möten med patienter. Men att vi också måste träna oss i detta och förstå vad det innebär. Fråga och lyssna mer, tala mindre. Vara mindre biomedicinska, mer socio-kulturellt inriktade i våra möten. Timothy Charles Skinner från Australien diskuterade olika verktyg för att implementera personcentrerad vård genom att ha gemensamma mål inom teamet. Han uppmanade att använda "reflective practice", det innebär att inte göra det ensam istället i små grupper och avsätta tid för reflektioner och inte "squeeze in".

Det handlar mer om utveckla färdigheter än använda olika verktyg och att titta på eget arbetssätt genom:

- Kongruens: gör som du säger
- Professionell central träning som ex. att titta på konsultation med patienten, identifiera olika områden att utveckla, observera, följa upp och utvärdera.
- Professionell agenda med tydliga mål inom teamet

Certification of physicians, community workers in diabetic foot programs

Det som var mest intressant var en presentation från Rumänien av NA Gavan som pratade om att mer än 50% av allmänläkare (i Rumänien) missar symptom och behandling av neuropati eller fotproblem hos personer med diabetes. Hon presenterade certifiering av fotvård för läkare och vårdgivare i kommunen. Detta ska inkludera: Examination, diagnos, behandling, Rehabilitering, prevention och utbildning.

IDF Award lecture: Diabetes In Society and Culture.

S. Besanson från Mali presenterade stu-

dien som pågår i 5 länder i Afrika: Mali, Burkini Faso, Senegal, Comoros med Frankrike som bas för studien. Studien gick i 2 steg, steg 1 handlade om kartläggning och analys av hur systemet fungerar och hur det ser ut med tillgänglighet till diabetesvård i de länderna.

De tittade på olika nivåer: Macro eller nationellt inkluderade politiker, Hälso-ministeriet, nationella patient organisationer, Meso var mer regional inkluderade apoteket, och laboratoriet och sist och viktigaste Micro på lokal nivå: vårdpersonal, patienter och traditionella vårdare (kallas healers).

Resultat visade att det finns en hel del myter när det gäller diabetes i Afrika bland annat att i Afrika finns inget "Junk food", övervikt, obesitas eller diabetes i landsbygden på grund av fattigdom men det stämmer inte. I en liten studie av 1009 patienter hittade de övervikt personer bland kvinnor upp till 35.6% och hypertoni med 20.4%. När det gäller diabetes idag finns 22 miljoner i Afrika som har diabetes men 62.5% ej diagnostiserade. Prognosen av diabetesprevalens förväntas öka med 90% mellan år 2015- 2035.

Steg 2 av studien är intervention som inkluderade:

- Att förstärkning av resurser framför allt tillgänglighet till vårdgivare och mediciner.
- Att förbättra tillgänglighet till labprover och andra instrument som ögonbottenfotografering, HbA1c.
- Att utveckla diabetesutbildning som en behandling.

70 % av diabetesvården är gratis idag efter studien men inte hjälpmedel, vilket har minskat förekomst av diabeteskomplikationer.

Dag 3 : Torsdag den 7

Diabetes and man-made disasters

Conflicts, war and diabetes in the Middle East, N Al Bache (Syrien) berättade om situationen för flyktingar från Syrien i Libanon, Turkiet och Jordanien .

MENA (Middle East and North Africa) plan to help refugees with diabetes:

Ett stort problem där punktsatser är inadekvata, istället ska det finnas långsiktiga planer för att försäkra sig om att kontinuerlig vård för flyktingar med diabetes givs, framför allt i dem olika flyktinglägren de befinner sig i.

I planer ingår:

- Att inkludera vårdgivare från de flyktingläger som finns
- Att tillhandahålla instrument och tillgång till att ta labprover
- Att det ska finnas utbildning för personal och patienter
- Att vården är gratis (kostnadsfri)
- Att söka pengar och andra partners för att finansiera och permanenta klinikerna

Jag hade mycket funderingar, hur planerar vi diabetesvården för de nyanlända i Sverige framför allt efter den akuta perioden. Också att kunna följa upp den gruppen som har en hög prevalens av diabetes som dessutom har andra psykosociala problem som påverkar egen vården. Vi borde reflektera över hur vi jobbar med sådana frågor idag för att närma oss en jämligare diabetesvård.

Translation of diabetes prevention services: Presentation från Finland, USA, Columbia, Mauritius och China

Olika länder presenterade olika förebyggande studier av olika program. Jag presenterar här några ex:

En uppföljning mellan 1996-2002 av den amerikanska studie DPP (Diabetes Preventive Program) 1996-2002 presenterade med liknande resultat och deras rekommendationer är att förbättra samarbetet mellan sjukvården och samhället Innovativt nationell åtgärd angående utbildning om diabetes, mat, socialt och ekonomisk för att förebygga diabetes på populations nivå.

USA har ett program CDC (Center for Disease Control) Diabetes Prevention Recognition Program som idag har 1557 program i 50 stater och mer än 10,300 coacher som har fått träning och programmet har 156,935 deltagare. Skillnader från tidigare studier är att man analyserar risk för diabetes på individens nivåer medan i DPP analyserar man diabetesrisk på populations nivå. Mer kan man läsa om det i artikel "A National Effort to Prevent Type 2 Diabetes: Participants' level. Evaluation of CDC's National Diabetes preventive Program. Diabetes Care 2017; 40, 13331-1341".

Från China presenterades ett program riktade till kvinnor med graviditetsdiabetes. Interventionen baserades på att deltagare skulle registrera matintag och

RAPPORT FRÅN ÅRETS DIABETESSJUKSKÖTERSKA 2015

fysisk aktivitet. De fick först utbildning och sedan telefon-coaching för stöd, motivation och att kunna identifiera i tidigt skede barriärer till beteendeförändringar. Preliminära resultat visar att kvinnorna har gått ner i vikt och ökade sin fysiska aktivitet, och använde telefon-coaching. I de svaga socioekonomiska områdena kan det vara effektivt med telefon-coaching, men ofta krävs flexibilitet för att anpassa efter kvinnornas livssituationer.

I Mali projektet inkluderades personer med diabetes som utbildar andra personer med diabetes (peer learning) HbA1c and BMI blev bättre efter 6 månader.

Diabetes komplikationer relaterade kostnader

Mycket intressant presentation om hur diabetes kostnader ökar enormt när man får 1,2 eller 3 komplikationer. R Gabbay (USA) presenterade hur diabetes kostnader ökat från 341 euro till 7086 om man hade diabetes+ 4 comorbiditet. Han menar att det finns direkta kostnader som konsultation, sjukhusvistelse, blodprover och andra sjukdomar och indirekta kostnader för tidigt död, arbetslöshet, minskade prestationer. I USA är det mest kostnader från sjukhusvistelse, detta går att förebygga och minska kostnader med 31%. Hälsoförsäkring i USA är ganska dyrt och med längre diabetes duration ökar risken att få komplikationer. Vårdkostnader och försäkring blir högre än inkomsten och det gör att många väljer bort vården tills det blir riktigt allvarligt. Det finns siffror som pekar på att man genom att förebygga diabetes eller komplikationer år 2018 skulle man spara 1,7 trillion US dollar genom att minska utnyttjandet av vården och öka arbetskraften.

En representant från WHO diskuterade börda av prediabetes. WHO kallar den som "intermediate-hyperglycemia" och inte direkt prediabetes och deras argument är att det finns ingen konsensus över "cut-off" punkt inom professionen. WHO arbetar som Socialstyrelsen genom att se över evidens om tex att använda HbA1C för att fastställa diabetesdiagnos, men däremot ej för IFG och IGT.

Slutsatser och rekommendationer från WHO att det är viktigt med att:

- förstärka olika vårdssystem för NCD (non-communicable disease)
- Implementera nationella riktlinjer för

diagnos och behandling av diabetes i primärvården.

- Jämlikhet i tillgång till vård och mediciner speciellt insulin för typ 1 diabetes.
- Samla, analysera och använda representativa data för att utveckla olika interventioner som utbildning med fokus på beteendeförändring. Detta betonar viktigen av ett bra diabetesregister.

För er som vill läsa mer om WHO webbsidan: <http://www.who.int/diabetes/global-report/en/>

Fredag den 8 december

Sista sessionerna präglades av hur viktigt det är att uppmärksamma personer med diabetes emotionella situation och konstant nog har vi missat dessa basala och mest enkla verktyg: **FRÅGA och LYSSNA.**

Larry Fisher (USA) pratade att bara 18.8 % av personer med diabetes har nått behandlingsmål, HbA1C, BT, kolesterol. Han frågade "Vad har vi missat?" Vårdpersonal har fokuserat på beteende och glömde patientens känslor, förväntningar och övertygelser. Han skiljer mellan "Emotional Distress eller DD för Diabetes Distress" och Major Diabetes depression" MDD. Diabetes Distress är mer vanligt (74%) än MDD. Han gav exempel av en fråga som man kan ställa till personer med diabetes är "vad tycker du svåraste med att ha diabetes?"

Viktigt att ge patienten tiden för att kunna förklara och uttrycka sina känslor och detta har Andersson och Funnell redan 1991 diskuterat det genom Empowerment modellen. L Gask (UK) presenterade ett interaktivt träningsprogram för sjuksköterskor och läkare i primärvården, för att tackla depression och diabetes i Belgien, Slovenien och China. Mer information om modulerna finns på www.diabetestanddepression.org. Deras ambition är att kunna erbjuda programmet till olika länder och i olika språk. Resultat av effekten av programmet kan ni läsa i artikeln: <http://www.bmj.com/content/bmj/350/bmj.h638.full.pdf>

Frank Snoek (Holland) diskuterade faktorer i Diabetes Distress DD. Han berättade att Diabetes Specific Distress (DsD) är specifik till upplevelse av att leva med diabetes. Det handlar om diagnosen, behandlingsbörda eller egenvård, akuta och sena komplikationer och det sociala stödet eller stigma man får från sin omgivning. DAWN 2 studien har tit-

tat på olika etniska grupper i USA, som hade högre DsD än befolkningen och det fanns inga skillnader när det gäller BMI, HbA1C, insulinbehandling eller komplikationer. Man tror att andra faktorer kan bidragit till DsD: migrations stress, etnisk bakgrund, språkbrist, låg socioekonomisk status och kulturella skillnader. I en annan studie där 786 typ 2-diabetes patienter från 45 vårdcentralen inkluderades, man frågade dem om sexuell tillfredsställelse och diabetes. Resultat visade att 36.6% har sexuell distress och 61.8% behövde hjälp. Det är något som vi glömmer att fråga personer med diabetes, om sexuell tillfredsställelse, framför allt dem som har haft diabetes länge. Kanske räcker att vi fråga patienter och bekräfta deras behov.

Dagen avslutade med L. Fisher (USA) med presentation av intervention för diabetes distress. Dem flesta studier har fokuserat på att dokumentera distress, etablera relationer DD, behandling och HbA1c, och att utveckla olika verktyg för att mäta DD men missade "att utveckla, testa intervention som hjälpa minska DD bland personer med diabetes".

Han tittade på andra studier med intervention för att minska DD och sammanfattning är dem mesta effektiva intervention hade fokus på känslor och minskning i DD leder till bättre egenvård och metaboll kontroll. Intervention ska baseras på Emotional Regulation (ER) som har några nyckelbegrepp: Att identifiera källor till DD, vara medveten om sina känslor och kunna lägga namn på dem olika känslor, kunna normalisera känslor och att kunna separera känslor från "self-worth"

Han avslutade dagen med:

"WE are really just beginning. We still have a way to go"

Så kände jag efter alla dagarna. Jag fick massor av inspiration och nya idéer men också bekräftelse att vi gör ett bra jobb men det finns mycket kvar.

*Nouha Saleh Stattin, med. dr
Vårdutvecklingsledare inom Diabetes/
Sjuksköterska
Akademiskt primärvårdscentrum,
Kunskapssteam Diabetes (LUCD)*

FRÅN SKAPARNA AV LANTUS[®]

insulin glargin 100E/ml

FINNS UPPFÖLJAREN



Toujeo[®]

insulin glargin 300E/ml



SANOFI



TOUJEO[®] (insulin glargin) R, F, A10AE04, 300 enheter/ml injektionsvätska, lösning är en långverkande insulinanalog. Indikation: Behandling av diabetes mellitus hos vuxna. Varning och försiktighet: Toujeo ska ej användas för behandling av diabetesketoacidosis. För ytterligare information se www.fass.se. Förpackningar: Toujeo SoloStar 5x1,5 ml. Läs bipacksedeln noggrant. Datum för senaste översyn av produktresumén, september 2016. Toujeo ingår i läkemedelsförmånerna 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.

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 insulin dos för att uppnå motsvande glukoskontroll som med 100 enheter/ml.

LANTUS[®] (insulin glargin) R, F, A10AE04, 100 enheter/ml injektionsvätska, lösning är en långverkande insulinanalog. Indikation: Behandling av diabetes mellitus hos vuxna, ungdomar och barn från 2 års ålder. Varning och försiktighet: Lantus ska ej användas för behandling av diabetesketoacidosis. För ytterligare information se www.fass.se. Förpackningar: Lantus SoloStar 5x3 ml, cylinderampull 5x3 ml och injektionsflaska 10 ml. Läs bipacksedeln noggrant. Datum för senaste översyn av produktresumén, januari 2017.

Lantus ingår i läkemedelsförmånerna 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.

För prisuppgift och ytterligare information om Toujeo och Lantus se www.fass.se. Toujeo och Lantus tillhandahålls av Sanofi AB, Box 300 52, 10425 Stockholm, tel: +46 8 634 50 00, www.sanofi.se. Vid frågor om våra läkemedel kontakta: infoavd@sanofi.com. SASE.TJO.16.05.0137(1), maj 2017.

Slutrappport 2017

Under 2016 har Svensk Sjuksköterskeförening tillsammans med Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård drivit ett utvecklingsprojekt Sjukdomsförebyggande metoder för personer med prediabetes- Diabetessjuksköterskans/distriktssköterskans roll. Det resulterade i en generisk modell för arbete med prediabetes på sjuksköterskeledd mottagning. Den modellen finns presenterad i en broschyr för att kunna användas som stöd i sjuksköterskans omvårdnadsarbete.

Sammanfattning

I det fortsatta arbetet var syftet att testa en framtagen generisk modell för att förbättra den personcentrerade omvårdningen till personer med prediabetes, med fokus på levnadsvaneförändringar. Teamets roll och betydelse testades också genom att använda modellen.

Via diabetessamordnare tillfrågades vårdcentraler om deltagande. Två landsting anmälde sitt intresse att delta. I Sörmland var två vårdcentraler intresserade och i Stockholm var det fem vårdcentraler som var intresserade av att testa modellen. Sjuksköterskorna som deltog skulle aktivt arbeta med levnadsvaneförändringar till personer med prediabetes. Sjuksköterskorna testade den generiska modellen utifrån hur den fungerat som stöd för sjuksköterskan i omvårdnadsarbetet kring ohälsosamma levnadsvanor, för personer med prediabetes samt hur kontakten med teamet på vårdcentralen fungerat.

En workshop genomfördes med diabetessamordnare och diabetessjuksköterskor/distriktssköterskor med syfte att undersöka hur modellen fungerade och om det fanns behov av revidering av modellen. Deltagarna i workshopen tillfrågades om synpunkter till en informationsbroschyr riktad till personer med prediabetes. Workshopen kom fram till vilken faktainformation och hur information om levnadsvaneförändringar skulle utformas. En enkät skickades till diabetessjuksköterskor

och diabetessamordnare som inte kunde delta i workshopen med samma frågor som behandlades vid workshopen.

Undersökningen visar att arbetssättet med den generiska modellen för personer med prediabetes fungerar bra vad gäller levnadsvaneförändringsarbetet vilket är betydelsefullt för att en person ska kunna förändra sina levnadsvanor för att uppnå bättre hälsa. Teamsamverkan är nödvändig i arbetet med denna patientgrupp, det gäller att utnyttja alla professioners kunskaper i teamet.

Resultatet från utvecklingsarbetet finns presenterat i en patientbroschyr som beskriver vikten av att tidigt få kännedom och insyn om sitt tillstånd för att undvika och/ eller fördröja insjuknande i typ 2 diabetes.

Behandlingen vid prediabetes utgörs i huvudsak av utbildning i form av Information/ utbildning, samtal och stöd för att åstadkomma levnadsvaneförändringar. Det är också betydelsefullt med ett personcentrerat förhållningsätt där personen är delaktig i sin behandling.

Bakgrund

Svensk Förening För Sjuksköterskor i Diabetesvård, SFSFD har i samarbete med Svensk Sjuksköterskeförening ansökt om pengar och fått anslag från Socialstyrelsen för att främja arbetet med sjukdomsförebyggande metoder när det gäller prediabetes. Projektets namn är Sjukdomsföre-



Fr vän: Ingela Bredenbergh, Lena Insulander, Lillemor Fernström och Kajja Seibolt. Marina Stenbäck saknas på bild.

byggande metoder för personer med prediabetes – Testa en generisk modell för arbete med prediabetes med fokus på levnadsvaneförändringar.

Prediabetes är ett tillstånd då blodsockret är högre än normalt men inte klassificerats som typ 2 diabetes. Risken för denna grupp att utveckla typ 2 diabetes är ansenlig. Studier har visat att när personer med prediabetes får råd om att ändra sina levnadsvanor samt får strukturerad uppföljning så kan utvecklingen av typ 2 diabetes undvikas eller fördröjas. En nyligen publicerad studie på över 140.000 personer i Västerbotten visar att personer med typ 2 diabetes, vars sjukdom upptäckts genom screening, får sin diagnos i genomsnitt 4,6 år tidigare än när de upptäcks i sjukvården. Personer som diagnostiseras genom screening har också längre överlevnad samt lägre risk för hjärtkärl- sjukdom, njur- och ögonsjukdomar.

För att minska risken för att utveckla typ 2 diabetes måste en person med prediabetes ändra sina levnadsvanor. I Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor rekommenderas att vården stödjer levnadsvaneförändringar. Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för Diabetesvård – stöd och styrning, rekommenderar screening och strukturerad uppföljning av personer med riskfaktorer för prediabetes.

I broschyren "Diabetessjuksköterskan/di-

striktssköterskans roll och arbete – Levnadsvaneförändringar vid prediabetes” finns en generisk modell framtagen som stöd för hur vården kan arbeta på ett strukturerat sätt med prediabetes på sjuksköterskeledd mottagning. Projektet har testat modellen avseende fokus på levnadsvaneförändringar.

Projektet startade i maj 2017 och referensgruppen har haft fyra (16/3, 18/4, 28/8 och 9/11) protokollförda möten, i övrigt har korrespondens och synpunkter sköts via mailkontakter. I referensgruppen har följande personer ingått; Ingela Bredenberg ordförande SFSD, Lena Insulander, vice ordförande SFSD, Kajsa Seiboldt och Marina Stenbäck Akademiskt primärvårdscentrum och diabetessamordnare i Stockholm och Carina Hansson diabetessamordnare i Sörmland samt Lillemor Femström, projektledare. Svensk Sjuksköterskeförening har representerats av Inger Torpenberg.

Projektets syfte

Projektets syfte var att testa en framtagen generisk modell för att förbättra den personcentrerade omvårdnaden till personer med prediabetes, med fokus på levnadsvaneförändringar. Teamets roll och betydelse testades också genom att använda modellen.

Genomförda aktiviteter under 2017

Aktivitet A. Kartläggning – identifiera personer som kan testa den generiska modellen för personer med prediabetes

I ett första skede etablerades kontakter med diabetessamordnare i Sörmlands län och Stockholms län. Deras syfte var att fungera som stödpersoner i genomförandet av att testa den generiska modellen. Diabetessamordnarna tillfrågade vårdcentralen som var intresserade av att testa modellen. Totalt tillfrågades sju vårdcentraler, fem i Stockholms län och två i Sörmlands län. Två vårdcentraler i Stockholms län avstod från att delta. Följande vårdcentraler var intresserade att delta och testa modellen på sin vårdcentral: I Sörmlands län Strängnäs vårdcentral och Mariefreds vårdcentral. I Stockholms län, Lisebergs vårdcentral, Björkhagens vårdcentral och Hallstavis vårdcentral. Kriterierna för deltagande var att sjuksköterskorna tidigare aktivt utbildat personer med prediabetes i levnadsvaneförändringar på sjuksköterskeledd mottagning i primärvården.

Bortfall

Projektet hade bortfall från båda vårdcentralerna i Sörmland, Strängnäs och Mariefred. Orsaken var problem med personalresurser. Projektet fick information om det sent under hösten. Projektgruppen ansåg då att det inte fanns tid för att rekrytera nya vårdcentraler.

Aktivitet B Testa den generiska modellen för prediabetes avseende levnadsvaneförändringar på sjuksköterskeledd mottagning i primärvården.

Diabetessamordnarna besökte vårdcentralerna under maj – juni för att informera om projektets upplägg samt de dokument som skulle användas när den generiska modellen testades.

Dokument som användes för test av modellen var;

Broschyren, Levnadsvaneförändringar vid prediabetes med den generiska modellen användes som stöd i arbetet.

FINDRISK – Diabetesrisktest ” testa din risk för att få diabetes typ 2. Den visar om personen har hög eller låg risk att få typ 2 diabetes. Alla patienter testades med diabetesrisktestet.

Dokumentationsmall användes för att dokumentera hur generiska modellen användes. Till dokumentationsmallen användes en manual. Dokumentationsmallen beskriver vilka riskfaktorer som föranledde screening och vilka prover som tagits för fastställande av diagnos.

- Kartläggning av ohälsosamma levnadsvanor handlade om patienten själv varit delaktig att formulera sina mål sina för levnadsvaneförändringen.
- Behandlingen omfattar, vilken typ av samtal som använts och om personen behöver stöd och uppföljning i arbetet med att förändra sin/sina levnadsvanor.
- Om remittering till någon annan inom primärvården skett
- Utbildningsmaterial – vilket material som användes
- Utbildning noterades om den genomfördes i grupp eller enskilt.
- Uppföljning, planering och utvärdering beskrevs om hur patienten uppnått levnadsvaneförändringar och var i processen hen befinner sig.

Som hjälp för detta har förändringshjulet använts, (inte beredd, ambivalent, beredd, handling och vidmakthållande). Dessutom

fanns frågor om hur personen ska följas upp och hur hen har upplevt information/utbildning.

Enkät till patienten – I denna enkät fanns frågor som berörde hur allvarligt man upplevde beskedet om att man har risk att utveckla typ 2 diabetes var. Om man var nöjd med den utbildning man fått. Hur man ser på att behöva ändra sina levnadsvanor, vilken/vilka levnadsvanor man bestämt sig för att förändra. Hur man lyckats med att förändra sina levnadsvanor och även där har förändringshjulet använts. Enkäten hade också en fråga om, man vill ha fortsatt stöd och om det är något man saknat.

Enkät till sjuksköterskan – I denna enkät fanns frågor om vilken form av rådgivande samtal sjuksköterskan använder sig av. Hur viktigt tycker sjuksköterskan det är att informera personer med prediabetes om risken att utveckla typ 2 diabetes. Vilket förhållningssätt använder sjuksköterskan sig av, vilka levnadsvanor som man informerar om samt vilka verktyg (tex kostdagbok, gästavar, stegräknare, informationsmaterial) man använder sig av. Det fanns också en fråga kring teamsamverkan och om det finns möjlighet att remittera till annan profession. Slutligen en fråga om fördelar och nackdelar med den generiska modellen och om det fanns något att revidera.

Enkät skickades även till diabetessamordnare och diabetessjuksköterskor.

Enkät skickades till diabetessamordnare och diabetessjuksköterskor som inte kunde delta i den planerade workshopen gällande den generiska modellen för personer prediabetes. Frågorna berörde fördelar och nackdelar med modellen samt om det är något man vill ändra på. Det var också en fråga om teamsamverkan.

Workshop

Den 17 oktober genomfördes workshop med diabetessjuksköterskor/ distriktssköterskor och diabetessamordnare. Syftet var att diskutera den generiska modellen och hur en broschyr till personer med prediabetes kan utformas. Workshopen inleddes med föreläsningar. Den första berörde Sörmlands hälsoprogram ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete i primärvården. Föreläsningen Prediabetes i fokus, berörde betydelsen av information och utbildning kring levnadsvaneförändringar till personer med prediabetes. Avslutningsvis en föreläsning

om hur screening för prediabetes och typ 2 diabetes kan organiseras på en vårdcentral. Arbetssättet i grupparbetet var att deltagarna fick arbeta efter SWOT-modellen (förenklad version med styrkor och svagheter). Deltagarna tog fram många olika faktorer som påverkar frågan och placerar dessa i modellen för styrkor och svagheter. Sammanställningen av styrkor och svagheter blir tydlig och överskådlig och man ser vilka frågor man kan arbeta vidare med.

Aktivitet C. Resultat från test av den generiska modellen på sjuksköterskeledd mottagning i primärvården

Resultaten från testen av den generiska modellen grundas på sammanställningar som gjorts med hjälp av en dokumentationsmall för totalt 28 patienter vid tre vårdcentraler. Enkät svar från totalt 21 patienter omfattade upplevelsen av den information de fått och hur de lyckats med att förändra sina levnadsvanor, samt enkät svar från tre sjuksköterskor vid de vårdcentraler som genomförde undersökningen av modellen. När det gäller följsamheten till generiska modellen upplevde sjuksköterskorna att modellen har ett strukturerat arbetssätt och den var lätt att följa. Den vanligaste anledningen till screening hos de personer som deltog i undersökningen var personer som hade högt blodtryck. Vid provtagning för diagnos användes faste plasmaglukos hos alla personer och några har kompletterat med HbA1c.

Kartläggningen av ohälsosamma levnadsvanor: De flesta har använt FINDRISK – Diabetesrisktest. Sjuksköterskorna har också arbetat med mål och målformulering där patienten själv varit delaktig att formulera målen för levnadsvaneförändringar. De vanligaste levnadsvaneförändringarna hos denna grupp berörde otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Tobaksbruk, stress och sömnstörningar har också förekommit men i minde omfattning. Rådgivande samtal och kvalificerad rådgivning är de samtalstekniker som sjuksköterskorna använt. Sjuksköterskorna arbetar efter ett personcentrerat förhållningssätt med fokus på personens egen syn på sin situation och sina levnadsvanor. Flertalet patienter uppgav att de behövde stöd och uppföljning för att komma igång med arbetet med sina levnadsvaneförändringar.

I teamet ingår förutom läkare och sjuksköterska även fysioterapeut, kurator/psykolog och dietist och man samverkar med

varandra. Uppföljning av levnadsvaneförändringar visar att sjuksköterskorna följde upp och frågade var patienterna befann sig i förändringshjulet. På frågan hur långt personerna har kommit med sina levnadsvaneförändringar har de flesta uppgivit att man är beredd på att förändra sin levnadsvana eller har påbörjat en förändring. Personerna som deltagit i undersökningen anger att rådgivningen har varit bra, med saklig information av kunnig personal och trevligt bemötande. Några har uppgivit att man saknar utbildningsmaterial.

Resultat från enkät som skickades till diabetessamordnare och diabetessjuksköterskor.

Resultaten grundas på 14 enkät svar från diabetessamordnare och diabetessjuksköterskor. Dessa sjuksköterskor uppger att man ser fördelar med den generiska modellen och att det är ett bra verktyg som säkerställer en god och jämlik vård. Det är ett bra flöde som alla kan arbeta efter för att genomföra liknande vård. Man ser inga direkta nackdelar, möjligen att det kan finnas behov individuella variationer. Årliga uppföljningen av dessa patienter borde kunna skötas av annan personal än diabetessjuksköterskan, men det är viktigt att personalen har adekvat utbildning. Beträffande ändringar i modellen vill man förtydliga att provtagningen ska ske med venöst blod och att analysen ska ske på centrallaboratorium. Vid uppföljningsbesök ska HbA1c tas. Rörande teamsamverkan är det viktigt att all personal i teamet ger samma budskap till patienten. Alla professioner behövs för att kunna samverka kring patientens problematik. Vi behöver använda oss av varandras kompetenser och i en personcentrerad vård kan patienten få råd av den som hen behöver bäst just då. Några förbättringsområden i sjukvården som togs upp var samverkan genom regelbundna, inplanerade teammöten och gemensamma utbildningar.

Resultat från workshopen

Frågor som diskuterades enligt SWOT-modellen var hur den generiska modellen fungerar att arbeta efter, hur samverkan med andra professioner fungerar och vem ska ha ansvaret för denna patientgrupp samt information som behövs i en broschyr för personer med prediabetes.

Av diskussionen framkom att det finns tyngd i modellen, den ger stöd och en samsyn i arbetet kring patienten. Det är angeläget att uppföljningen av levnadsvaneförändringarna bör individanpassas och

detta bör införas i modellen. Det framkom att det inte alltid behöver vara diabetessjuksköterskan som följer upp dessa patienter, utan det kan även läggas på andra professioner. När det gäller hjälpmedel (stegräknare, informationsmaterial mm) som behövs när man arbetar med levnadsvaneförändringar behöver man få tillgång till dessa. Det är också viktigt att kunna remittera till andra professioner för hjälp med bland annat kost, träningstips och stöd för att bibehålla motivation. Det framkom även att det saknades en informationsbroschyr riktad till denna patientgrupp. Teamsamverkan är angeläget och att man arbetar utifrån samma mål som ska vara tydliga för alla samt att alla professioner måste ha samma budskap.

Vid diskussionen kring patientbroschyr fick vi många bra synpunkter som att fokus ska vara på levnadsvanorna och att man förklarar vad prediabetes är och risken att utveckla typ 2 diabetes, samt hänvisning till olika länkar.

Patientbroschyr

Då det saknas ett företagsberoende informationsmaterial till personer med prediabetes har ett sådant tagits fram. Underlaget för arbetet med broschyren har utgjorts av test av generiska modellen med fokus på levnadsvaneförändringar, enkäten från patienterna och resultat från på workshopen. Fokus i broschyren har lagts på levnadsvaneförändringar, vad prediabetes är och risken att utveckla typ 2 diabetes.

Information och råd till dig med förhöjt blodsocker - Genom att göra hälsosamma val förebygger du typ 2 diabetes - Levnadsvaneförändringar vid prediabetes

www.swenurse.se
www.diabetesnurse.se

Slutsats

Syftet med projektet var att testa en framtagen generisk modell för att förbättra den personcentrerade omvårdnaden till personer med prediabetes, med fokus på levnadsvaneförändringar. Teamets roll och betydelse testades också genom att använda modellen.

Undersökningen visar att generiska modellens utformning har många fördelar såsom att den är lätt att arbeta efter vilket bidrar till att denna patientgrupp screenas, behandlas (får liknande information) och följs upp på ett enhetligt sätt. De vanli-

gaste levnadsvaneförändringarna hos denna grupp berörde otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. De samtalstekniker som användes var rådgivande samtal och kvalificerad rådgivning. Vårdpersonalen arbetar efter ett personcentrerat förhållningssätt med fokus på personens egen syn på sin situation och sina levnadsvanor. Patienter behöver stöd och uppföljning för att komma igång med arbetet med sina levnadsvaneförändringar. Alla professioner behövs i teamet för att kunna samverka kring patientens behov.

Slutsatsen från projektet är att generiska modellen fungerar bra som stöd i arbetet med personer som har prediabetes. Modellen kan därför vara ett underlag för diskussion i varje landsting, för att få konsensus för hur man väljer att arbeta med personer med prediabetes. Det som behöver förbättras vad gäller teamsamverkan är att man har regelbundna teammöten, som är inplanerade och gemensamma utbildningar för alla i teamet. Då förekomsten av prediabetes ökar och studier har visat att när personer med prediabetes får råd att ändra sina levnadsvanor så kan utvecklingen av typ 2 diabetes fördröjas. Är det betydelsefullt att någon i professionen tar ansvar för och får arbetsgivarens stöd för att arbeta med denna patientgrupp.

Projektledarens medverkan i konferenser och möten

Den 19 – 20 oktober deltog projektledaren i universitetens, högskolornas och Svensk Sjuksköterskeförenings årliga konferens VFU vid ett hälsotorg.

Den 5:e maj, 9:e juni och 20:e december har projektledaren deltagit i workshops med Socialstyrelsen kring stöd till styrning och ledning med fokus med uppföljning av sjukdomsförebyggande åtgärder som kan kopplas till tillstånd och diagnoser. Diskussioner kring att ta fram förslag på mått på levnadsvaneåtgärder som kan kopplas till tillstånd och diagnoser och vara till nytta i förbättringsarbetet med fokus på levnadsvanor.

Den 13:e november deltog projektledaren i en workshop med SKL. En hearing och diskussion kring befintliga förslag på nya kvalitetsindikatorer i Primärvårdskvalitet. Diskussionen berörde kvalitetsindikatorer för levnadsvanorna, tobak, fysisk aktivitet, alkohol och kost.

Projektet har också presenterats och diskuterats med Svenska Diabetesförbundet.

Övrig spridning

I juni månad skrevs en artikel om projektet "Att testa generisk modell för arbete med prediabetes med fokus på levnadsvane-

förändringar på sjuksköterskeledd mottagning" till Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvårds tidning Diabetesvård.

Projektets resultat och patientbroschyren kommer att publiceras på Svensk Sjuksköterskeförenings hemsida och Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvårds hemsida och medlemstidning Diabetesvård.

Resultat från projektet och patientbroschyren kommer att presenteras på Svensk Förenings för Sjuksköterskor i Diabetesvårds symposiedagar den 19 och 20 april 2018.

Resultaten kommer också att diskuteras och spridas till berörd personal i primärvården.

Broschyren kommer att finnas på hemsidorna: Svensk Sjuksköterskeförening och Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård för nerladdning.

För referenser kontakta Lillemor Fernström, lillemorsfsd@outlook.com

Stockholm 2018 01 15
Lillemor Fernström
Projektledare



Nytt vårdprogram för fotundersökning

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård från 2015 rekommenderas att fotundersökning utförs rutinmässigt. Det finns inte beskrivet hur ofta eller på vilket sätt fotundersökningen ska utföras.



Det konsensusdokument som finns på området har många år på nacken, det kom 1998. Många landsting/regioner har under åren skrivit egna vårdprogram och riktlinjer. På uppdrag av Nationella programrådet för diabetes har en expertgrupp utfört en genomgång av befintliga vårdprogram och riktlinjer från flera landsting/regioner gällande fotvård vid diabetes.

Utifrån dessa vårdprogram, aktuell forskning och internationella riktlinjer har expertgruppen sammanställt ett dokument.

Syftet har varit att skapa ett nationellt vårdprogram för prevention av fotkomplikation för personer med diabetes, med målet att få en jämlik och kunskapsbaserad fotundersökning i hela Sverige.

Följande personer har ingått i expertgruppen: Susanne Gustafsson, medicinskt ansvarig sjuksköterska Nynäs- hamns kommun, Lena Insulander diabetessjuksköterska, Diabetesförbundet, Stefan Jansson specialist allmänmedicin Brickebackens vårdcentral Örebro, Karin Johansson diabetessjuksköterska, samordnare Kronoberg, Lena V. Jonsson medicinsk fotvårdsspecialist, ordförande i SFFD, Magnus Löndahl överläkare, Skånes Universitetssjukhus Lund, Sergiu-Bogdan Catrina överläkare Karolinska sjukhuset Solna, Ulla Hellstrand Tang leg ortopedingenjör, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Vårdprogrammet tar upp att en basal fotundersökning ska innehålla inspektion, undersökning av cirkulation och känsel. Det tar upp på vilket vis undersökningen ska ske och när förändringar har uppstått.

När det inte är en frisk fot längre. All undersökning ska innehålla en bedömning och en riskgruppering. Rapportering av fotstatus ska ske en gång årligen till NDR.

Vårdprogrammet beskriver vilken egen- vårdutbildning som patienten ska få. Det finns ett exempel med på skriftlig information som ska ges till patienten.

Den ska förstas anpassas till lokala förutsättningar. Slutligen så tar vårdprogrammet upp kompetens som krävs hos den personal som ska genomföra fotundersökning och den samverkan som måste finnas mellan olika vårdgivare, sjukvården och kommunen.

Vårdprogrammet är ute på remiss och synpunkter ska vara inskickade senast 19 januari.

Efter det granskas alla synpunkter och dokumentet bearbetas till ett slutgiltigt nationellt vårdprogram som kommer att vara färdigt i mars. Slutprodukten kommer att ligga på SKLs hemsida www.skl.se under fliken Hälsa och sjukvård. Frågor om vårdprogrammet kan ställas till malin.beddesand@ltkalmar.se.

Artikeln är skriven av Lena Insulander

FORSKNING INOM TYP 1-DIABETES

Typ 1-diabetes är den vanligaste livshotande sjukdomen som drabbar barn och ungdomar i Sverige. Sjukdomen ökar konstant och orsakar stort lidande. Än saknas botemedel, men forskning pågår.



Professor Johnny Ludvigsson, koordinerande prövare för diabetesstudien DIAGNODE-2.

Typ 1-diabetes är en autoimmun sjukdom. Produktionen av hormonet insulin fungerar inte eftersom kroppen går till attack mot cellerna som gör insulin.

Intensivbehandling dygnet runt krävs, genom kontroll och justering av blodsockernivåer, med hjälp av insulin med pump eller spruta.

Ändå drabbas många av livsfarliga, akuta komplikationer och kan hamna i koma. Även långsiktiga, svåra följsjukdomar är vanliga och ger skador på synen, blodkärlen och nervsystemet.

– Utmaningen är att hitta ett sätt att helst bota eller åtminstone mildra

symtomen av typ 1-diabetes, säger Johnny Ludvigsson, professor vid Linköpings universitetssjukhus som leder flera studier inom typ 1-diabetes.

Professor Johnny Ludvigsson har forskat inom området under flera decennier. Han är koordinerande prövare för en större europeisk klinisk studie. Där prövas en ny metod med syfte att avbryta den autoimmuna attacken på de insulinproducerande cellerna hos patienter som nyligen fått diagnosen typ 1-diabetes.

Läs om studien på www.diagnode-2.com

Elin Cederbrant, 18 år, fick typ 1-diabetes när hon var 11 år och har under uppväxten medverkat i en diabetesstudie.

Hur tänker du kring att vara patient i en studie?

– Det var spännande att medverka i forskning. Jag skulle absolut ställa upp igen trots att ingen kan garantera att det funkar. Jag har samma mål som forskarna, att hitta ett botemedel.

"ATT DELTA I STUDIER ÄR MITT SÄTT ATT HJÄLPA TILL"

Varför är forskning och kliniska studier viktigt?

– Eftersom jag själv inte är forskare, är mitt sätt att hjälpa till att delta i studier. Patienterna är ju otroligt viktiga för att kunna hitta och lansera nya läkemedel.



Elin Cederbrant, lever med typ 1-diabetes och har varit med i kliniska studier.

Diabetesvaccin prövas för barn och unga med typ 1-diabetes



KLINISK STUDIE SÖKER DELTAGARE SOM

- ✓ är 12–24 år
- ✓ har fått diagnosen typ 1-diabetes de senaste 6 månaderna

www.diagnode-2.com



Ätstörningar och diabetes

Svårigheter med att äta som grundar sig i ett psykiatriskt tillstånd, kan ta sig flera olika uttryck. En del av dessa kan ha stor påverkan på en samtidig diabetesjukdom, medan en del kan bidra till att utlösa en typ 2 diabetes. Man kan dela in ätstörningarna grovt i två grupper: De som huvudsakligen utmärks av restriktivt ätande och de som huvudsakligen utmärks av hetsätning.

1. Restriktiva ätstörningar.

Det är huvudsakligen två olika ätstörningar i denna grupp, anorexia nervosa och undvikande restriktiv ätstörning (så kallad ARFID), varav anorexia nervosa är den mest kända och den allvarligaste. Anorexia nervosa är en svår psykiatrisk sjukdom, endast schizofreni har fler vård dagar i psykiatrisk slutenvård medan anorexia nervosa har fler dagar inläggande t somatisk sjukvård. Dessutom har anorexia nervosa den högsta dödligheten av alla psykiatriska tillstånd.

Svårigheter att äta kan se olika ut beroende på vilken ätstörning det är, vid anorexia nervosa är det ofta innehållet i mat som är avskräckande, och framförallt om innehållet kan orsaka viktuppgång. När det gäller undvikande restriktiv ätstörning handlar det oftare om saker som matens utseende, smak, färg och konsistens.

Ibland är det mer ett uttalat ointresse för mat som gör det svårt att äta. Av dessa båda ätstörningar är det främst anorexia nervosa som kan ge stora svårigheter i behandlingen om man har detta tillstånd samtidigt med diabetes.

Restriktiva ätstörningar debuterar i unga år, undvikande restriktiv ätstörning kan finnas redan under småbarnsåren, medan anorexia nervosa ofta debuterar i mellan- och högstadieåren.

2. Ätstörningar som definieras av hetsätning.

De centrala ätstörningarna i denna grupp är bulimia nervosa och hetsätningstörning. Båda dessa tillstånd har det gemensamt att det centrala är att man hetsäter, men vid bulimia nervosa engagerar man sig i olämpliga kompensatoriska beteende som till exempel kräkningar, efter hetsätningen. Det innebär att de som har hetsätningstörning ofta kan utveckla en övervikt, med de med bulimia nervosa har en normal vikt. Dessa tillstånd blir inte lika akut livshotande som en restriktiv ätstörning kan bli, då de inte utvecklar livshotande svält utan de somatiska konsekvenserna byggs upp långsammare. Dessa tillstånd är ovanligare i barn och ungdomsåren medan bland vuxna är de helt klart de vanligaste ätstörningarna.

Diabetes och ätstörning

Diabetes kan vara en faktor som utlöser en ätstörning, och en ätstörning kan bidra till att försvåra en diabetesjukdom. Så vet vi att flickor i tonåren med typ 1 diabetes har en två gånger förhöjd risk att utveckla en ätstörning, huvudsakligen anorexia nervosa.

Av tonårsflickor som haft diabetes i snitt i 7 år visade sig i enligt en studie att många hade beteende som vid ätstörning, beteende som ökar risken för komplikationer i diabetes.



Lars Aronsson, skulptur utanför Växjö konsthall av Marianne Lindberg de Geer

I denna studie var det:

1. 45% som höll på med hetsätning.
2. 38% som höll på med bantning.
3. 14% som begränsade eller uteslut insulin-doser.
5. 8% som hade volontära kräkningar, alltså kräkningar som de iscensatte för att göra sig av med mat för att förhindra viktuppgång.

Risk för ätstörning vid typ 1 diabetes

För att få en uppfattning om risken att utveckla en ätstörning för unga kvinnor med diabetes, följde man 126 kvinnliga patienter med typ 1 diabetes från tidiga tonåren och i snitt i 8,5 år in i vuxenlivet.

Vid 23,7 år ålder hade 32,4 % en aktiv ätstörning medan ytterligare 8,5% hade ospecifik ätstörning. Risken att utveckla en ätstörning för unga kvinnor med diabetes typ 1 är således kraftigt förhöjd.

Risk för typ 2 diabetes vid bulimia nervosa och vid hetsätningstörning

Patienter med bulimia nervosa och i ännu högre grad de med hetsätningstörning har en förhöjd risk att utveckla typ 2 diabetes. För att få en uppfattning av hur stor risken är för att utveckla typ 2 diabetes när man har en ätstörning som karakteriseras av hetsätning följde man 2 342 patienter från en ätstörningsenhet i Helsingfors under i genomsnitt cirka 8 år.

Man fann att av de patienter som hade bulimia nervosa så hade 1,5% typ 2 diabetes före behandlingsstart, 4,4% hade typ 2 diabetes efter 8 år.

Bland de med hetsättningsstörning hade 5,2% typ 2 diabetes före behandlingsstart, 33,9% hade en typ 2 diabetes efter 8 år.

Risken för att utveckla en diabetes typ 2 om man har en ätstörning karakteriserad av hetsätning är påtagligt förhöjd, framförallt när det gäller hetsättningsstörning.

Risker med samtidig anorexia nervosa och diabetes

Anorexia nervosa är ett tillstånd som vanligen debuterar i de tidiga tonåren. När det samtidigt finns en diabetessjukdom har föräldrar och sjukvård varit uppmärksamma på tonåringens livsföring och mathållning under en längre tid, detta i ett skede i livet när ungdomen skall försöka bli en egen person och träna sin självständighet.

Anorexia nervosa är ett tillstånd som kraftigt beskär individens förmåga att leva ett självständigt liv vilket medför att normala tonårskonflikter på ett negativt sätt fokuseras på maten.

Vid anorexia nervosa driver ångesten patienten att både äta för lite och att undermedicinera med insulin, detta för att

åstadkomma viktnedgång eller förhindra viktökning. Detta innebär allvarliga svårigheter i behandlingen, och att stora risker för komplikationer i diabetessjukdomen kan uppstå.

Vi vet att det finns en ökad risk för diabeteskomplikationer vid anorexia nervosa. Så till exempel finns en tre gånger högre risk för ögonskador, men även påtagligt förhöjd risk för syraförgiftning, nerv- och njurskador.

Både anorexia nervosa och diabetes är tillstånd med förhöjd dödlighet, men kombinationen av de båda tillstånden utsätter patienten för en påtagligt ytterligare förhöjd dödlighet. En registerstudie från Danmark fann att efter tio år var dödligheten för kvinnor med:

typ 1 diabetes 2,5% och med anorexia nervosa 6,5%. Vid båda sjukdomarna samtidigt är dödligheten 38%.

Samtidig typ 1 diabetes och anorexia nervosa har en betydligt högre dödlighet än enbart anorexia nervosa, som har en högre dödlighet än enbart diabetes typ 1.

Att hantera maten

Behandling av ätstörning och behandling av diabetes har båda fokus på hur patienten klarar av att hantera maten. Vid anorexia nervosa är den primära målsätt-

ningen att bryta svälten och hjälpa patienten att gå upp i vikt.

Den evidensbaserade behandlingsmetoden är familjeterapi när det gäller den yngre patienten. Men utöver att häva svälten behöver behandlingen fokusera på hur patienten hanterar sitt insulin. Därmed hänger diabetesbehandling och ätstörningsbehandling intensivt ihop. Det är oftast av avgörande betydelse att det formas ett multidisciplinärt team kring patienten.

Anorexia nervosa är den allvarligaste ätstörningen och den ätstörning som ställer oss inför störst utmaningar vid samtidig diabetessjukdom. Det är viktigt att inte glömma bort de övriga ätstörningarna.

Bulimia nervosa driver in patienten i ett kaotiskt ätande, där diabetesreglerna kollapsar när hetsättningsimpulserna tar över. För att få en fungerande diabetesbehandling för patienten krävs att patienten även får hjälp för sin bulimi. Detta kan vara svårt initialt, då det inte alltid så tydligt framgår att patienten har en ätstörning som det gör vid anorexia nervosa. Bulimia nervosa är en dold och skamlig sjukdom, som ofta patienten har svårt att berätta om.

Text: Utskrift av ett föredrag som Ulf Wallin, överläkare, barnpsykiatrier, höll vid SFDs höstmöte i Malmö 13-14/10 2017

Publicerad 2018-01-17

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 arbets sätt? 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

Ny studie: Mammans livsstil under graviditeten och barnets framtida hälsa(UCSF)

Hur påverkar mammans livsstil, vad hon äter och hur hon rör sig under graviditeten, fostrets tillväxt och barnets utveckling? Det ska forskare vid Lunds universitet ta reda på. I samarbete med Skånes universitetssjukhus söker de nu gravida mammor som vill delta i DIAPRIME, en unik studie där man med hjälp av den senaste tekniken ska undersöka sambandet mellan mammans livsstil och barnets framtida hälsa.

- Många av de svåraste sjukdomarna som drabbar vuxna har sitt ursprung väldigt tidigt i livet. Genom att förstå hur en gravid kvinnas livsstil och hälsa påverkar hennes barns arvs massa kan vi få unika insikter om de mekanismer som leder till sjukdom senare i livet, säger professor Paul Franks vid Lunds universitets Diabetescentrum som är huvudansvarig för studien.

Ska bära aktivitetsarmband

De blivande mammorna som planerar föda sina barn i Lund ska vara mellan 25 och 35 år och ska inte komma lägre än tre månader in i graviditeten. Under hela graviditeten ska de bära ett aktivitetsarmband som registrerar deras fysiska aktivitet samt en liten sensor som kontinuerligt mäter nivå av glukos i blodet. Sensorn fästs på armen och bärs dygnet runt. Vid tre tillfällen under graviditeten kommer blodprov att tas på mamman och efter förlossningen tas ytterligare ett prov på mamman och ett på barnet. Även pappan kommer att tillfrågas om blodprov och information.

- Syftet är att undersöka och öka förståelsen kring de molekylära processer under en graviditet som påverkar fostertillväxt och barnets utveckling. Vi kommer att studera om, och på vilket sätt, dessa processer skiljer sig åt mellan normala och förhöjda blodsockernivåer under en graviditet – det senare kallas hyperglykemi och är ett tillstånd som är besläktat med typ 2-diabetes och graviditetsdiabetes, säger Angela Estampador, doktorand vid Lunds universitets Diabetescentrum som koordinerar studien.

Barnets DNA i mammans blod

Fram till nyligen har tekniska begränsningar hindrat forskarna från att studera hur det växande fostret anpassar sig till näringstillgången i livmodern och förändringar av den gravida kvinnans blodsocker under en graviditet. Då moders blod under graviditet även visat sig innehålla DNA (arvs massa) från det växande fostret kommer man i den nya studien att pröva en ny och säker metod för att studera biologisk information (inklusive DNA) kring mor och barn. Detta sker genom de blodprov som lämnas av den gravida kvinnan under graviditeten.

- Blodproven som tas från mamman, för att se modifieringar av barnets arvs massa, innebär ingen risk för vare sig mamman eller fostret, säger Helena Strevens, överläkare och forskare inom Kvinnosjukvården, Skånes universitetssjukhus i Lund. Förutom mindre obehag vid provtagningen. Den teknologi vi använder för att kontinuerligt mäta blodsockret, "knappen" på överarmen, bär man helt utan obehag. Aktivitetsbandet som mäter fysisk aktivitet är ett annat exempel på hur man med ny teknologi kan studera samband med minimala besvär för studiedeltagaren.

Blodsockrets betydelse

Mängden blodsocker som transporteras från mor till barn under en graviditet har betydelse för hur barnet växer och utvecklas under graviditeten. Transporten av blodsocker bestäms i sin tur av en kombination av vad och hur mycket man äter, kroppens möjlighet att bryta ned maten och moderkakens funktion. Studien kommer därför att undersöka hur blodsocker (och andra faktorer i blodet som t ex blodfetter) och andra livsstilsrelaterade faktorer – såsom kost, livsstil och nivå av fysisk aktivitet - påverkar hur barnets DNA metyleras* och hur det i sin tur är relaterat till barnets tillväxt.

*DNA är en kodsträng som innehåller instruktionerna för att bilda de proteiner och andra byggstenar i cellerna som kroppen behöver. Varje cell i kroppen innehåller samma uppsättning DNA, och kan enkelt renas fram från blodet. Det DNA-prov som samlas in i denna studie kommer att användas för att studera små molekyler (metyleringar) som binder till DNA:t och reglerar hur cellerna läser av DNA-koden. Lite förenklat kan man säga att metyleringarna av DNA:t kan aktivera eller inaktivera sektioner av DNA-koden i cellen och på så sätt regleras vilka proteiner och andra byggstenar som cellen producerar. Processen med de små molekylerna (metyleringarna) som binder till DNA-koden kallas med ett annat begrepp 'epigenetiska modifieringar'.

Fakta/Graviditetsdiabetes

Kvinnor som haft graviditetsdiabetes löper ökad risk att utveckla typ 2-diabetes efter sin graviditet. Barn till kvinnor som haft graviditetsdiabetes löper en ökad risk att utveckla övervikt och fetma. Graviditetsdiabetes ökar även risken för att föda stora barn, kejsarsnitt och förlossnings-skador.

Om DIAPRIME:

DIAPRIME står för The Diabetogenic Perturbations of the Fetal Methylome (DIAPRIME) Project (Epigenetiska förändringar hos fostret under graviditet med hög risk för nedsatt blodsockerkontroll)

Mer information om studien på Diaprimes hemsida

Text och film: Sara Liedholm
Publicerad 20180111

KALENDARIET 2018

ATTD

14-17 February 2018
Vienna, Austria

ENDODIABETES

7-9 mars 2018
Göteborg

SFSD

19-20 april 2018,
Norra Latin, Stockholm

ADA

June 22 - 26, 2018,
Orlando, Florida

4TH INTERNATIONAL CHARCOT FOOT COURSE

21 - 23 June 2018
Rheine, Germany

10TH

PISA

INTERNATIONAL DIABETIC FOOT COURSE

19-22 September 2018

FEND

28-29 Sept 2018
Berlin, Germany

EASD ANNUAL MEETING

1-5 October 2018
Berlin, Germany.

VÄLKOMMEN TILL DET ÅRLIGA DIABETESTINGET

25 MAJ 2018 I LUND

*"Modern diabetesbehandling
- varför är det inte lika?"*

Kronnytt, Eilöv

Möt patienter, hälso- och sjukvårdspersonal och politiker under en eftermiddag med seminarie och debatt

- **Plats: Psykiatrihuset Baravägen 1A, Lund.**
- **Datum: Fredag 25 maj 2018**
- **Tid: 12.30 - 16.00**
- **Lättlunch & utställningar: kl. 11.30 - 12.30**

Tips: Stadsbuss 3, Regionbuss 123 stannar i närheten, ca 5 minuters promenadavstånd. För aktuell tidtabell, se skanetraffiken.se

Seminarie och debatt

- Personcentrerad vård - vad säger Patientlagen (2014:821)?
- Vilka är utmaningarna för typ-1 och typ-2 diabetesvården i Skåne?
- Jämläk hälso- och sjukvård; hur ser det ut inom diabetesområdet?
- Hur ser samarbetet ut mellan sjukhusvården och primärvården?

Moderator Jesper Aspegren

Ingen föransökan krävs

Varmt välkomna.



Nyheter om diabetesforskning

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

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

Tonvikten ligger på populärvetenskapliga artiklar från forskningsfronten och aktuella fördjupningsartiklar.

Du kan prenumerera på nyheter.

Du kan fråga om diabetesforskning.



**LUNDS
UNIVERSITET**

Välkommen till

www.diabetesportalen.se

SFSD:S STYRELSE:**Ordförande**

Ingela Bredenberg
Endokrinmottagningen C2:84
Karolinska
Universitetssjukhuset
Huddinge
141 86 Stockholm
ordf@sfsd.se

Vice ordförande

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

Sekreterare

Marianne Lundberg
Diabetesmottagningen
Vårdenhet Endokrinologi
Skånes universitetssjukhus
Jan Waldenströms gata 24
205 02 Malmö
sekr@sfsd.se

Kassör

Gudrun Andersson
Endokrinologidagvården
Karolinska universitets-
sjukhuset, Solna
171 76 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

Agneta Lindberg

Diabetesmottagningen, Ingång H
Esplanadgatan,
Hässleholms sjukhus
281 25 Hässleholm
agneta@sfsd.se

Victoria Hermansson Carter

Diabetesmottagningen
Alingsås Lasarett
441 85 Alingsås
victoria@sfsd.se

Ingela Lavin

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

Diabetesvård ges ut av Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård (SFSD). SFSD är en ideell förening vars syfte är att samla och organisera sjuksköterskor som i sin yrkesutövning arbetar med och har specialintresse för diabetes.

SFSD:s uppgift är

- att verka för sjuksköterskans professionella utveckling inom diabetesvården
- att stimulera och medverka till vidareutveckling av den medicinska och omvårdnadsvetenskapliga forskningen inom diabetesvården
- att medverka till en likvärdig och kunskapsbaserad diabetesvård i alla delar av landet
 - att utgöra ett forum för remisser av utredningar avseende diabetesvården i Sverige
- att utveckla samverkan med andra organisationer, nationellt och internationellt, vilka har betydelse för diabetesvårdens utveckling

Utgivare:

Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård, SFSD

Adress:

c/o SSF, Baldersgatan 1, 114 27 Stockholm

Prenumerationer:

Pris 200 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:

Ingela Bredenberg
ordf@sfsd.se

Chefredaktör:

Victoria Hermansson Carter, mail: victoria@sfsd.se

Redaktion:

Victoria Hermansson Carter, mail: victoria@sfsd.se
Agneta Lindberg, mail: agneta@sfsd.se

Annonsering:

Annonstopp för Diabetesvård
Nr 2, 2018 är 11 maj med utgivning i juni
Nr 3-4, 2018 är 17 september med utgivning i oktober
Nr 1, 2019 är 11 januari med utgivning i februari

Annonstrymme bokas hos

agneta@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





abasaglar®
insulin glargin, 100 enheter/ml

> ABASAGLAR® (insulin glargin) KwikPen™

finns i NY förpackningsstorlek
10x3 ml varunummer 451991¹

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



ABASAGLAR® är en biosimilar till insulinet Lantus. En biosimilar är ett läkemedel som liknar ett redan godkänt biologiskt läkemedel, utan någon kliniskt betydelsefull skillnad i effekt eller säkerhet.³

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

ABASAGLAR är subventionerat vid typ 1-diabetes samt vid typ 2-diabetes endast för patienter där annan insulinbehandling inte räcker till för att nå behandlingsmålet på grund av upprepade hypoglykemier.¹

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

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

ATC-kod: A10AE04. Läkemedel vid diabetes. Insuliner och analoger för injektion, långverkande. **Indikationer:** Behandling av diabetes mellitus hos vuxna, ungdomar och barn från 2 års ålder. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. **Varningar:** ABASAGLAR ska inte användas för behandling av diabetesketoacidosis. Behandling med vanligt snabbverkande insulin, som ges intravenöst, rekommenderas vid detta tillstånd. Vid otillräcklig blodsocker-kontroll eller vid benägenhet för hyperglykemiska eller hypoglykemiska episoder måste en kontroll av patientens efterlevnad av den föreskrivna behandlingsregimen, val av injektionsställen och injektionsteknik och alla andra relevanta faktorer göras innan en dosjustering övervägs. Om en patient sätts över till en annan typ av insulin eller till ett annat insulinmärke bör detta ske under noggrann medicinsk övervakning. Ändring av styrka, märke (tillverkare), typ (regular, NPH, Lente, långverkande, osv), ursprung (animaliskt, humant, humana insulinanaloger) och/eller tillverkningsmetod kan göra att dosen behöver ändras. Administrering av insulin kan leda till att antikroppar mot insulinet bildas. I sällsynta fall kan förekomsten av antikroppar mot insulinet kräva justering av insulin dosen för att förhindra uppkomst av hyper- eller hypoglykemi. **Datum för översyn av produktresumén:** 2017-01-19 Rx, F. Subventioneras vid typ 2-diabetes endast för patienter där annan insulinbehandling inte räcker till för att nå behandlingsmålet på grund av upprepade hypoglykemier. För ytterligare information och priser se www.fass.se

Ref: 1. Abasaglar Produktresumé **2.** Priser avser AUP, vs Lantus SoloStar 2 st (5x3 ml), www.tlv.se **3.** Abasaglar Assessment Report EMA



Hjälp dina patienter att få det att **klicka** med den injektionsklara pennan.

Trulicitys signifikanta och kvarstående effekt på HbA_{1c} finns nu tillgänglig genom ett tryck på den gröna knappen.¹

Trulicity är en GLP-1 agonist för personer med typ 2-diabetes. Den enda GLP-1 agonist som har kombinationen av dosering en gång i veckan i en fyllad och injektionsklar penna.^{1,2}

▼ Detta läkemedel är föremål för ökad övervakning. Trulicity 0,75 mg, 1,5 mg injektionsvätska, lösning i fyllad injektionspenna (dulaglutid).

ATC-KOD: A10BX14

INDIKATIONER:

Trulicity är avsett för vuxna med typ 2-diabetes mellitus för att förbättra glykemisk kontroll som:

Monoterapi

När behandling med enbart kost och motion inte ger tillräcklig glykemisk kontroll hos patienter för vilka behandling med metformin inte anses lämplig på grund av intolerans eller kontraindikationer.

Tilläggsbehandling

I kombination med andra glukossänkande läkemedel inklusive insulin, när dessa tillsammans med kost och motion inte ger tillräcklig glykemisk kontroll (se avsnitt 5.1 för data gällande olika kombinationsbehandlingar). **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. **Varning:** Dulaglutid ska inte användas av patienter med typ 1-diabetes mellitus eller för behandling av diabetesketoacidosis. Användning av GLP-1-receptoragonister kan sättas i samband med gastrointestinala biverkningar. Detta skall tas under övervägande då patienter med nedsatt njurfunktion behandlas eftersom dessa biverkningar, t ex

illamående, kräkningar och/eller diarré, kan sätta i samband med en risk att utveckla akut pankreatit. Patienterna ska informeras om de karakteristiska symtomen på akut pankreatit. Om pankreatit misstänks ska behandlingen med dulaglutid avbrytas. Om pankreatit bekräftas ska dulaglutid inte återinsättas. Utan andra tecken och symtom på akut pankreatit är förhöjda pankreasenzymer inte prediktivt för akut pankreatit. Patienter som får dulaglutid i kombination med en sulfonureid eller insulin kan löpa ökad risk för hypoglykemi. Risken för hypoglykemi kan minskas genom att dosen av sulfonureid eller insulin sänks.

Användning av GLP-1-receptoragonister har satts i samband med en risk att utveckla akut pankreatit. Patienterna ska informeras om de karakteristiska symtomen på akut pankreatit. Om pankreatit misstänks ska behandlingen med dulaglutid avbrytas. Om pankreatit bekräftas ska dulaglutid inte återinsättas. Utan andra tecken och symtom på akut pankreatit är förhöjda pankreasenzymer inte prediktivt för akut pankreatit. Patienter som får dulaglutid i kombination med en sulfonureid eller insulin kan löpa ökad risk för hypoglykemi. Risken för hypoglykemi kan minskas genom att dosen av sulfonureid eller insulin sänks.

DATUM FÖR ÖVERSYN AV PRODUKTRESUMÉN: 2015-09-24

För ytterligare information och priser se www.fass.se. Rx, F.

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.

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

REFERENS: 1. www.fass.se 2. Trulicity bruksanvisning