



DIABETESVÅRD

Tidning för Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård

www.diabetesnurse.se

NR 2 2018



*SFSD önskar sina läsare
en skön sommar!*

Vid val av läkemedel bör individens förutsättningar stå i fokus och vid eventuella riskfaktorer kan särskilda överväganden behövas. Socialstyrelsens riktlinjer och Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer för diabetesvård har uppdaterats, där GLP-1 baserad behandling fått högre prioritet.

Ny SPC
eGFR
≥15 (ml/min)

Trulicity, ett enkelt alternativ¹

Nu även för patienter som får eller har gravt nedsatt njurfunktion. Ingen dosjustering krävs för patienter med lätt, måttlig eller svår nedsättning av njurfunktionen.² Läs mer om Trulicity på diabetes.lilly.se



- Dosering en gång i veckan²
- Injektionsklar penna³
- Sänker HbA1c²

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning

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

ATC-kod: A10BJ05 **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, tex illamående, kräkningar och/eller diarré, kan orsaka dehydrering vilket kan leda till en försämrad njurfunktion. Dulaglutid har inte studerats hos patienter med allvarlig gastrointestinal sjukdom, däribland allvarlig gastropares, och rekommenderas därför inte till dessa patienter. Användning av GLP-1-receptoragonister har satts i samband med en risk att utveckla akut pankreatit. Patienterna ska informeras om de karakteristiska symtomen på akut pankreatit. Om pankreatit misstänkts ska behandlingen med dulaglutid avbrytas. Om pankreatit bekräftas ska dulaglutid inte återinsättas. Utan andra tecken och symtom på akut pankreatit är förhöjda pankreaszymer 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:** 2018-02-22 **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.

Referenser:

1. Matfin et al. Journal of Diabetes Science and Technology 2015, Vol. 9(5) 1071-1079
2. Trulicity produktresumé, Feb 2018
3. Trulicity bruksanvisning

Ordföranden har ordet

Tack till alla er medlemmar för förtroendet att under 2 år leda er som ordförande i SFSD. Ett ärofyllt uppdrag som jag tar mig an med entusiasm och glädje. Vill också rikta ett stort tack till Ingela Bredenberg som under 4 år lett oss i styrelsen och föreningen framåt.



Agneta Lindberg

Nu har vi precis avslutat vårt symposium och jag hoppas verkligen att ni som hade möjlighet att vara där fick något matnyttigt med er hem! Ni kan läsa mer om utvärderingen längre fram i tidningen.

Deltagarantalet på symposiet har under några år varit sviktande men enligt utvärderingen verkar det inte bero på ointressant program utan det är väl snarare så att det är svårare att få ledigt från verksamheten och svångremmen har dragits åt på många håll i landet.

Inför nästa år så har vi valt att slå oss ihop med Svensk förening för Diabetologi så då blir vårt symposium och deras vårmöte den 13-15/3 i Stockholm.

I år har vi haft ett första trevande möte för alla som arbetar som diabetessamordnare runt om i landet och skapat ett nätverk och vi kommer att fortsätta träffas för att stärka varandra.

Ett uppdrag är att sprida informationen och kunskapen om ledtal för diabetes-sjuksköterskor i barn/vuxen- och primärvård. Dessa ledtal kommer styrelsen att arbeta vidare med under 2018.

I år pågår det ytterligare revideringar av Nationella riktlinjer för diabetesvård och dessa kommer att vara färdiga till hösten så håll utkik och håll er uppdaterade på vad som händer.

Vi försöker hålla hemsidan www.sfsd.se uppdaterad så ha för vana att läsa nyheter där. Där kan ni också hämta hem

broschyerna: "Injektioner för vuxna och barn med diabetes" samt "Ledtal", dessa broschyrer har utvecklats i samarbete Svensk sjuksköterskeförening där SFSD ingår i sektioner och nätverk.

Styrelsens fokusområde under 2018 kommer att vara delaktighet i sociala medier och debatter kring diabetes, förskrivningsrätt för specialistsjuksköterskor i diabetes, påverka högskolor/universitet att fortsätta med poängutbildningar på avancerad nivå inom diabetes, bevaka teknikområdet inom diabetes, arbeta vidare med ledtalen samt att följa arbetet med revidering av Nationella riktlinjer.

Nu önskar jag er en trevlig sommar och hoppas på att ni har möjlighet att återhämta er och verkligen njuta av den svenska sommaren.

För styrelsens del pågår just nu arbetet med planering av programmet för Vårmetet SFD och SFSD 2019 och förberedelser inför deltagande i Almedalsveckan i början av juli.

Agneta Lindberg

INNEHÅLL

NDR nyhetsbrev	4
Diabetes typ 2 – upplevelse av egenvård!	8
Årets Diabetessjuksköterska	20
Mitt Vasalopp	26
Rapport från ATTD 2018	28
Västra Götaland på fötter	30
Lära om och lära nytt!	34
Rapport från SFSD:s symposium	48
Min friskdom	52



Nyhetsbrev

Swediabkids flyttade in på NDRs hemsida 16 maj

De båda diabetesregistren Swediabkids och NDR ligger nu på samma plattform, www.ndr.nu. Detta gör det möjligt att söka statistik från barn- och ungdomsdiabetesvården på samma sätt som det går att ta fram statistik för vuxna. Sök upp enheten i söknutan på NDRs startsida för att se resultat på nyckelindikatorema, eller för mer detaljerad sökning använd "Knappen", www.ndr.nu/knappen och välj barnklinik som filter.

Swediabkids har genomgått en modernisering, både vad gäller innehållet i registret och tekniken. Många av variablerna har samordnats med NDR för att underlätta uppföljningen av diabetesvården. Nu är det också möjligt för barnregistret att ta emot data via direktöverföring från journalen, vilket vi hoppas skall underlätta för användarna och vara gynnsamt för täckningsgraden.

2017 års resultat finns i knappen

I och med att nya knappen lanserades i mars månad i år så har behovet av en årsrapport minskat. NDR kommer att sammanställa resultaten för 2017 och det kommer ske lite längre fram, men det blir inte en tryckt rapport som tidigare. Resultaten finns hela tiden tillgängliga och uppdaterade i knappen. Vi vill uppmuntra alla användare att titta själva på www.ndr.nu/knappen för att ta del av resultaten från ditt landsting och din enhet.

Ny forskning om personer med typ 1-diabetes som också har Addisons sjukdom

Incidence, prevalence and seasonal onset variation of Addison's disease among persons with type 1-diabetes mellitus: nationwide, matched cohort studies

Tidigare studier har visat att personer, som har utvecklat typ 1-diabetes, har större risk än allmänheten att drabbas av andra autoimmuna sjukdomar. En av dessa är autoimmun binjurebarksvikt eller Addisons sjukdom. Lika väl som personer med typ 1-diabetes behöver insulin för sin överlevnad, så behöver personer med Addisons sjukdom kortison. En av de största utmaningar hos personer som har både typ 1-di-

abetes och Addisons sjukdom är att deras behandling utgörs bland annat av insulin och kortison som har motverkande effekter på glukos. I en tidigare publicerad studie, har forskarna visat att personer med typ 1-diabetes som sedan drabbas av Addisons sjukdom har ungefär fyra gånger större risk för tidig död. Den vanligaste dödsorsaken är kardiovaskulära sjukdomar. Risken att drabbas av Addisons sjukdom hos personer med typ 1-diabetes, samt incidens och prevalens av denna kombination, har inte varit tidigare väl kända. Med hjälp av de detaljerade kliniska data registrerade i NDR och svenska patientregistret, har forskarna beräknat incidens samt prevalens av kombinationen av typ 1 diabetes och Addisons sjukdom i Sverige. Man fann att risken för personer med typ 1-diabetes att utveckla Addisons sjukdom är tio gånger större än hos allmänheten. Dessutom, får individer med typ 1-diabetes sin Addisons sjukdom tidigare i livet. Dessa resultat visar på betydelsen av att vara uppmärksam vid uppföljning av personer med typ 1-diabetes för risken att ha utvecklat Addisons sjukdom. För närvarande finns ingen nationell (eller internationell) konsensus beträffande screening av Addisons sjukdom bland personer med typ 1-diabetes och varje klinik har egna rutiner.

Ansvarig forskare är Dimitrios Chantzichristos som disputerar vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet den 8/6-2018

Artikeln är publicerad i Eur J Endocrinol 2018 178 (1) 113-120.

NDR önskar alla en skön sommar

Soffia Gudbjörnsdottir
Registerhållare NDR

Kanonkickoff!

Den 13-15/4 genomförde Ung Diabetes årets kick-off-upplaga i Kungälv utanför Göteborg. 16 deltagare och 6 rådsmedlemmar var med under helgen och det blev verkligen en toppenhelg fylld av teambuilding, projektplanering, workshops och föreläsningar.

Nu är det dags för deltagarna att sätta igång med sina projekt på hemmaplan, alla deltagare har fått varsin mentor från rådet som ska finnas till som ett bollplank för projektet de tänker genomföra. Många spännande projekt väntar, bland annat föreläsningar, löp- och matlagningsgrupper och en skidresa. Vi i rådet tycker det ska bli jättespännande att följa arbetet under året!

Stort tack till alla som bidrog till att göra detta till en härlig helg, tillsammans kan vi göra skillnad!

Vinteräventyr i Jukkasjärvi

I mars fick Rania från Ung Diabetes råd följa med som representant på en av Min Stora Dags mest populära läger för att upptäcka ett snötäckt Norrland.

Min Stora Dag är en organisation som arbetar för att göra skillnad i vardagen för barn och unga med allvarliga sjukdomar och/eller diagnoser i Sverige. Varje år anordnar Min Stora Dag ett antal populära barn- och ungdomsläger och i år valde vi att tillsammans anordna ett läger för enbart unga med diabetes.

Det vinterkalla dagarna i Jukkasjärvi fylldes med olika aktiviteter från morgon till kväll. Vi fick bland annat möjligheten att besöka

ishotellet och se på det unika rummen samt testa på isskulptering. Nästa dag fick vi åka skoter över Torne Älv och lära oss pimpelfiska och påväg hem fick vi träffa på renarna. Sista morgonen avslutades med att vi åkte hundspann. Förutom alla häftiga äventyr spenderade vi kvällarna med att laga mat tillsammans och umgås.

Tack alla ungdomar som förgyllde dagarna uppe i Jukkasjärvi - och hoppas vi ses på några av våra aktiviteter i sommar!

Expertpanel om övergången till vuxenmottagning

Under barnveckan i Västerås var Ung Diabetes ordförande Robin med i en expertpanel angående övergång mellan barn- och vuxenmottagning tillsammans med sju andra patientrepresentanter. Under sessionen diskuterades det hur det är att gå från barmottagning till vuxenmottagning och hur man som patient har upplevt övergången. Det lyftes både goda och dåliga exempel på bemötande i övergången, men överlag efterfrågades en övergång där mottagningarna samarbetar för att övergången inte skall bli så abrupt.

Det diskuterades även hur digitala verktyg kan användas i vården. Där de sammanlagda åsikterna var att digitala verktyg så

som telefonsamtal, mejl, chattar etc. kan användas som ett komplement till de fysiska besöken för kortare uppföljningar.

Surfcamp!

Du som är 18-30 år har väl inte glömt bort att anmäla dig till vårt surfcamp? Det kommer genomföras den 10-12/8 i Varberg och sista anmälningsdag är 16/5.

Mer info hittar du via följande länk: <https://www.diabetes.se/ungdiabetes/vart-arbete/aktiviteter/surfcamp/>

Kebl 17-föreläsning

Elin och Anna från Ung Diabetes Råd var inbjudna av Hässleholms Diabetesförening till att föreläsa om bestigningen av Kebnekaise samt om Ung Diabetes. Både Anna och Elin var deltagare av fjolårrets stora projektet och de berättade om sina erfarenheter från bestigningen. De pratade även om deras syn på hur det är att vara ung med diabetes, och hur deras sjukdom påverkat dem under tonåren. Det var en uppskattad föreläsning och Ung Diabetes vill tacka lokalföreningen i Hässleholm för ett fint mottagande och bra ordnat evenemang. Om man i lokal-föreningar är intresserad av att höra om Ung Diabetes bestigning av Kebnekaise, är ni varmt välkomna att kontakta oss.



Svenska barn har den bästa sockerkontrollen

En internationell jämförelse visar att svenska barn står sig väl i konkurrensen med sju andra jämförbara länder. Så bra att Sverige har de lägsta genomsnittliga långtidsvärdet (HbA1c) för blodsocker och de minsta variationerna mellan olika diabeteskliniker finns i Sverige.



Det är ett forskarteam som med hjälp av patientregister omfattande nästan 65 000 barn med typ 1 diabetes från 528 olika diabeteskliniker i Tyskland, Österrike, England, Wales, USA, Sverige, Danmark och Norge. I jämförelsen togs hänsyn till barnens ålder, hur länge de hade haft diabetes, kön och etniskt ursprung.

Utifrån insamlade data kan forskarna dra slutsatsen att de kliniker som hade större variationer i regel också hade högre genomsnittsvärden.

Text: Tord Ajanki
Bild: Wikimedia Commons,
InPhonic Customer Service
Publicerad 2018-05-18

Oönskat resultat av ojämlig vård

Att jämföra sockervärden och variationen för hela länder kan vara missvisande, behandlingen på en klinik kan vara bättre på en annan. Men att Sverige har de minsta variationerna av HbA1c-värden tar forskarna som intäkt att vården är jämlig. I vart fall mer jämlig än i de andra länderna.

- I vissa studier har det rapporterats stora skillnader i sockerkontrollen för olika kliniker. En del av dessa skillnader kan bero på skillnader i patienterna sammansättning men andra skillnader kan vara ett oönskat resultat av att vården inte är jämlig, säger Dimitrios Charalampopoulos, vid universitetet College London.

Skandinavien i topp

Det lägsta HbA1c hade Sverige, 59 mmol/mol och tillsammans med Norge och Danmark också de minsta variationerna mellan olika kliniker. I Tyskland och Österrike var det genomsnittliga HbA1c-värdet 61-62 mmol/mol men där var det klart större variationer mellan olika centra.



NU TILLGÄNGLIG FÖR IPHONE OCH ANDROID

FreeStyle Libre-systemet - nyttänkande glukosmonitorering

- Frigör dig från dagligt krångel med glukosmätning
- En liten 14-dagars sensor minskar behovet av rutinmässiga fingerstick²



FreeStyle LibreLink



- Ett enkelt sätt att kontrollera glukosvärdet på genom att använda en telefon¹
- FreeStyle LibreLink-appen kan användas istället för FreeStyle Libre avläsare^{3,4}



LibreView



- Glukosdata laddas automatiskt upp av FreeStyle LibreLink app och kan också manuellt laddas upp från FreeStyle Libre avläsaren.^{5,6}
- Hälso- och sjukvårdspersonal kan se en fullständig glykemisk bild genom att använda ett säkert, molnbaserat system för hantering av diabetes.

Med appen FreeStyle LibreLink laddas data upp automatiskt till LibreView.

LibreView laddar automatiskt ner drivenheten när FreeStyle Libre-avläsare eller FreeStyle-mätare ansluts med kabel.

Om du redan idag har ett LibreLink-konto/LibreLink APP, så kan du använda samma inloggningsuppgifter till LibreView. Logga in på LibreView för aktivering, vilket också ger en bättre överblick via laptop/dator.



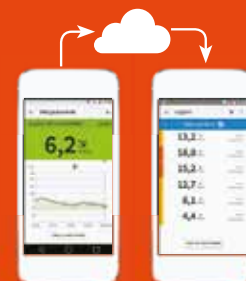
Läs mer på
www.libreview.com



LibreLinkUp



- En app som gör det möjligt att på distans följa⁷ din närståendes glukosavläsningar när som helst⁸, var som helst⁹
- Din närstående kan automatiskt vara ansluten och dela sina glukosvärden med dig¹⁰



1. Appen FreeStyle LibreLink är kompatibel med telefoner med aktiverad NFC-funktion som kör Android OS 5.0 eller senare och med iPhone 7 och senare som kör OS 11 eller senare. | 2. Ett fingerstickstest med en blodglukosmätare krävs när glukosvärdena förändras snabbt då glukosvärdet i den interstitiella vätskan inte exakt speglar glukosvärdet, i de fall systemet indikerar en hypoglykemi eller nära förestående hypoglykemi, eller om symtomen inte stämmer överens med systemets avläsningar. | 3. Appen FreeStyle LibreLink och FreeStyle Libre avläsaren har liknande, men inte identiska funktioner. Ett fingerstickstest med en blodglukosmätare krävs vid tillfällen då glukosnivåerna förändras snabbt, när interstitiella glukosnivåer inte speglar blodglukosnivåerna exakt, eller om hypoglykemi eller överhängande hypoglykemi rapporteras av appen FreeStyle LibreLink eller om symtomen inte matchar resultaten från FreeStyle LibreLink. | 4. FreeStyle Libre-sensorn kommunicerar med FreeStyle Libre avläsaren som startade den eller FreeStyle LibreLink appen som startade den. En sensor som har startats av FreeStyle Libre avläsaren kommunicerar också med appen FreeStyle LibreLink, om appen FreeStyle LibreLink används för att skanna sensorn inom en timme efter att sensorn startats. | 5. LibreView-data kan ses med Safari Browser på Mac OS X Mountain Lion eller senare datorer och på iOS 6 eller senare mobila enheter. För närvarande stöds uppladdning av glukosdata endast på Windows-baserade datorer. Minsta systemkrav är Windows 7 med IE10 eller den senaste versionen av Google Chrome och Mozilla Firefox, som körs på en 550MHz Pentium III, 512MB DRAM, 2GB hårddisk, USB 2.0. LCD-skärm med en upplösning på 1024x768. | 6. LibreView (inklusive mobilappen LibreLinkUp) är inte avsedd att vara en primär glukosövervakningsenhet: vid hemanvändning måste man använda sin(a) primära enhet(er) och rådgöra med sjukvårdspersonal innan man gör någon medicinsk tolkning eller justerar behandlingen baserat på informationen i programvaran, och sjukvårdspersonal ska använda informationen i programvaran tillsammans med annan klinisk information som är tillgänglig. | 7. LibreLink Up är en mobil applikation, utvecklad och tillhandahållen av Newyu, Inc. Användning av LibreLinkUp kräver registrering med LibreView, en tjänst som tillhandahålls av Abbott och Newyu, Inc. | 8. En 60 minuters uppvärmningsperiod krävs när sensorn appliceras. | 9. Sensorn är vattentät i ned till en meters vattendjup i upp till 30 minuter. | 10. Patienten bestämmer själv om man vill bjuda in anhörig, vänner etc att få ta del av uppgifter om glukosdata. Abbott ansvarar inte i något avseende för att de som tar del av dina uppgifter vidtar lämpliga åtgärder. Att dela dina uppgifter på detta sätt ska inte ses som ett substitut för att söka vård. Kontakta alltid din läkare om du har några frågor om din sjukdom eller behandling.

FreeStyle Libre Flash glukosövervakningssystem är avsett för mätning av glukosnivåer i den interstitiella vätskan hos patienter (4 år eller äldre) med diabetes mellitus, inklusive gravida kvinnor. Indikationen för barn (4-12 år) är begränsad för de som övervakas av en anhörigvårdare som är över 18 år.

Simulerade data är endast i illustrativt syfte, inte riktiga patienter eller data. Bilderna visar skärm i Android smartphone. Skärm i iPhone kan skilja sig något. FreeStyle, Libre och tillhörande varumärken är varumärken som tillhör Abbott Diabetes Care, Inc. i olika jurisdiktioner. Övriga varumärken tillhör sina respektive ägare. Copyright 2018 Abbott Diabetes Care. © Rev 1, SEFSLibre180037, Mar 2018

Diabetes typ 2 – upplevelse av egenvård!

Diabetes typ 2 är en kronisk sjukdom och ett växande folkhälsoproblem. Sjukdomen kräver en omfattande egenvård för att hålla blodglukosnivåerna optimala och för att minska riskerna för komplikationer. Diabetessjuksköterskan spelar en viktig roll i att stödja patienterna i att självständigt kunna hantera diabetessjukdomen i det dagliga livet och därmed uppleva hälsa.



Inledning

Diabetes är en av vår tids vanligaste ämnesomsättningssjukdomar och är ett växande globalt folkhälsoproblem. Världshälsoorganisationens (WHO) och Internationella diabetesfederationens (IDF) prognos är att diabetes kommer att stiga i världen från 425 miljoner per år 2017 till 693 miljoner fram till år 2045 (IDF, 2017). Stegringen är störst i utvecklingsländerna som står för 80 % av diabetesbördan men en betydande stegring väntas också i industriländerna (Allgot, 2013). Diabetes typ 2 står för majoriteten av de diagnostiserade fallen (IDF, 2017; Allgot, 2013).

Diabetes typ 2 är förenad med ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar, ökad risk för depression och död (Egg-Oloffson, Cederholm, Nilsson, Zethelius, Svensson, Gudbjörnsdottir & Eliasson 2010; Lind et al., 2014). Förutom att diabetes kan innebära lidande för de drabbade medför det stora kostnader för samhället. Kostnaderna kopplas främst till sjukdomens komplikationer som i sin tur leder till sjukskrivningar och långvarig sjukhusvård. För att förhindra utvecklingen av diabetessjukdomen krävs en omfattande och komplicerad egenvård (Nathanson, Sabale, Ericsson, Nyström, Norhammar, Olsson & Boström, 2017). Diabetessjuksköterskan har en central roll i att stödja patienter med typ 2 diabetes att hantera diabetessjukdomen i det dagliga livet. Målet med en diabetessjuksköterskas arbete är att bidra med kunskap så att

personen med diabetes stärks i sin egen förmåga och kan leva ett så bra liv som möjligt. Det finns en kunskapslucka kring hur patienter upplever stödet från diabetessjuksköterskan vid diabetes typ 2 och min förhoppning med den här studien är att den kan bidra till viktig fördjupad kunskap om detta.

Bakgrund Diabetes typ 2; fakta och beskrivning

I det svenska Nationella Diabetesregistret (NDR) finns det 417 827 människor registrerade under år 2017 med en diabetesdiagnos. Nästan 85 % av de diagnostiserade fallen har diagnosen diabetes typ 2 (NDR, 2017). I Sverige finns det en stor andel av odiagnostiserade fall vilket försvårar en korrekt bedömning av incidens och prevalens av diabetes typ 2 (Allgot, 2013). Nathanson et. al (2017) gjorde en nationell cost-of-illness-studie och har beräknat sjukdomskostnader för diabetes typ 2 mellan åren 2006-2014. De fann att kostnaderna fördubblades från 5,5 miljarder år 2006 till 11,6 miljarder år 2014. Detta främst pga. ett ökat antal patienter med diabetes typ 2 och behandling av följsjukdomar. Andelen patienter som behandlas för diabetes typ 2 ökar och har nyligen rapporterats omfatta 4,4 % av befolkningen i Sverige (a.a).

Diabetes typ 2 är en kronisk sjukdom som kännetecknas av en relativ insulinbrist och en insulinresistens som resulterar i stigande glukosnivåer i blodet. Den

debuterar oftast i vuxenålder och är en ärftlig sjukdom som förutom det genetiska arvet har stark koppling till livsstils- och miljöfaktorer. De främsta riskfaktorer att utveckla diabetes typ 2 är övervikt, fysisk inaktivitet och ålder. Övervikt (BMI>25) är en starkt bidragande faktor genom att den leder till minskad känslighet för insulin (insulinresistens) i muskel- och fettvävnaden. Fysisk inaktivitet bidrar till övervikt genom minskad kaloriförbrukning och försämrat glukosupptag i muskler (minskad glukostolerans). Med stigande ålder minskar fysisk aktivitet och kroppsvikten ökar vilket också medför insulinresistens (Groop, Lyssenko & Renström, 2011).

Symptom vid diabetes typ 2 är törst, polyuri och trötthet som orsakas av hyperglykemi. Symptomen är vaga och utvecklas långsamt över lång tid. Personen med diabetes anpassar sig gradvis till symptomen och missar att uppmärksamma dem. Flera komplikationer hinner ofta utvecklas innan sjukdomen upptäcks. Det är vanligt att diabetes typ 2 konstateras först i samband med t.ex. återkommande urinvägsinfektioner eller en kardiovaskulär händelse som hjärtinfarkt eller stroke (Groop, Lyssenko & Renström, 2011; Sagen, 2013). Hur diabetes typ 2 definieras åskådliggörs i tabell 1 på nästa sida.

Behandling av diabetes typ 2

Behandling av typ 2 diabetes består av medicinsk behandling och livsstilsföränd-

Tabell 1: Diagnos typ 2 diabetes enligt Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregion, 2016

DIAGNOS TYP 2 DIABETES
Faste-P-glukos $\geq 7,0$ mmol/L eller OGTT* (2h) $\geq 12,2$ mmol/L (kapillärt), OGTT (2h) $\geq 11,1$ mmol/L (venöst) eller HbA1c** ≥ 48 mmol/mol
Det patologiska värdet måste verifieras med ny provtagning av antingen HbA1c, faste-P-glukos eller OGTT för att ställa diabetesdiagnos.
*OGTT = oralt glukostoleranstest med provtagning efter 2 timmar **HbA1c = långtidsblodssocker (genomsnittligt blodssocker) under 6-8 veckors tid

ring som riktar in sig på god metabol kontroll och på att minska insulinresisten- sen. Syftet är att reducera risken för följsjukdomar och förbättra patientens livskvalitet och upplevelse av hälsa (Sagen, 2013). För att en person med typ 2 dia- betes ska kunna behålla och förbättra sin hälsa och livskvalitet är det viktigt med personengagemang och bra kunskap i egenvård. Det är diabetesteamet med diabetessjuksköterskan i spetsen som ansvarar att förmedla kunskap och ge stöd i egenvården (Sörman, 2012).

Det är viktigt med intensiv behandling av samtliga riskfaktorer. Peroral antidiabetika i form av metformin sätts in redan från början. Den har effekt på insulinresisten- sen och därmed ökar insulin känsligheten. När metformin och livsstilsförändring inte räcker till rekommenderas tillägg av insu- lin. Ett fastebloodsocker 4-6 mmol/l och bloodsocker efter maten upp till 8 mmol/l eftersträvas. Den medicinska behandling- en ska vara individanpassad efter patien- tens behov. Det finns möjlighet att vid behov komplettera metforminbehandling med flera andra antidiabetika (Läkeme- delskommittén i Västra Götalandsregion, 2016).

Kosten är den andra hörnstenen vid dia- betes typ 2 behandling. Den ska bidra till att behandla övervikt och fetma som är bidragande orsaker till ohälsa och sjukdo- mens utveckling. Fokus ligger på energi- mängd som möjliggör en vikt nedgång för den som är överviktig. Kostens samman- sättning gällande mängd och kvalitet av fett, protein och kolhydrater påverkar blodfetter och risken att utveckla hjärt- och kärlsjukdom. En rekommendation är också att fördela måltider på tre huvud- mål och 1-3 mellanmål. Hälsosamma matvanor bidrar till ett stabilt bloodsocker

och vikt samt förebygger hypo- och hy- perglykemi (Adolfsson, 2012; Socialstyrel- sen, 2011).

I Sverige har Socialstyrelsen (2011) gjort en sammanfattning av forskning som finns på området och gett ut en rekommenda- tion kring kost vid diabetes typ 2. Det är traditionell diabeteskost, måttlig lågkolhy- dratkost, medelhavskost och traditionell diabeteskost med lågt GI som bedöms ha effekt vid typ 2 diabetes. Vetenskapligt underlag för behandling med extrem kost som extrem lågkolhydratkost och LCHF på långsikt saknas. Gemensamt för alla fyra rekommenderade kosten är att de består av frukt och grönsaker, baljväxter, sam- mansatta kolhydrater som fullkorn och livsmedel med omättat fett som fisk och vegetabilisk olja (Socialstyrelsen, 2011).

Den tredje hörnstenen i behandlingen av diabetes typ 2 är fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet reglerar blodfetter och blodtryck. Det är den bästa icke-farmakologiska metod som förbättrar insulin känslighet och sänker bloodglukos och därmed före- bygger risk för diabeteskomplikationer inklusive hjärt- och kärlsjukdomar (Berne & Sörman, 2011). Rekommendationen är minst 30 min medelintensiv träning om dagen exempelvis rask promenad eller cykling. För ytterligare hälsoeffekter läggs till aktivitet med högtintensitet 2-3 gånger i veckan t.ex. bollsport eller gymna. Detta kan vid behov kompletteras med styrke- träning 1-2 gånger/vecka. Föreskrivning av fysisk aktivitet på recept (FAR) anses kunna påverka att träningen genomförs (Socialstyrelsen, 2015; FaR, 2014).

Rökstopp är den fjärde hörnstenen i be- handlingen pga. att rökning ökar insulinre- sistens och är en riskfaktor för hjärt- och kärlsjukdomar (Berne & Sörman, 2011).

Komplikationer vid diabetes typ 2

Hypoglykemi, lågt bloodsocker (värde un- der 3,6-4 mmol/l) är mindre vanlig hos personer med diabetes typ 2. Det före- kommer främst vid behandling med sul- fonureider och då kan hypoglykemi bli mycket allvarig och kräva sjukhusvård. Det finns även risk för personer som be- handlas med insulin att drabbas av hypo- glykemi. Autonoma symptom vid hypo- glykemi är blekhet, svettning och hunger samt hjärtklappning. Neuroglykopena (från hjärnan) symptom är oro, svaghet och koncentrationssvårigheter. Obe- handlad kan hypoglykemi leda till med- vetslöshet, koma och död (Sagen, 2015).

Hyperglykemi, högt bloodsocker, ger re- dan vid lätt förhöjning (8-10 mmol/l) symptom i form av ökad törst, ökad urinmängd, trötthet och huvudvärk. Keto- ner produceras i levern och surhetsgra- den i kroppen sjunker med efterföljande elektrolytförlust. Obehandlad kan denna utveckling leda till ketoacidosis, mjölksyra- förgiftning. Vid typ 2 diabetes är det van- ligt att utlösande orsaken till mjölksyre- förgiftning är t.ex. en infektion eller en hjärt- och kärlhändelse (Sagen, 2015).

Kronisk hyperglykemi leder till föränd- ringar av blodkärl i kroppen. Förändringar i småkärl (mikroangiopati) leder till retino- pati, nefropati och neuropati. I västvärld- en och Sverige är neuropati den vanli- gaste orsaken till blindhet hos personer över 65 år. Nefropati orsakar uremi och neuropati kan leda till diabetiska fotsår med risk för amputation. Förändringar i stora blodkärl, makropati, bidrar tillsam- mans med andra metabola rubbningar t.ex. höga blodfetter och koagulations- rubbningar till aterosklerotisk process i

stora blodkärl vilket orsakar hjärt- och kärlsjukdomar som högt blodtryck, hjärtinfarkt och stroke (Sagen, 2015).

Diabetessjuksköterskans roll

I Sverige är diabetesvården organiserad på ett sådant sätt att diabetesteamet oftast består av en diabetesansvarig läkare och diabetessjuksköterska, dietist, kurator, sjukgymnast och fotterapeut (Beme, 2012). Diabetessjuksköterskor har varit en del av diabetesteamet sedan lång tid tillbaka. Redan på 1980-talet etablerades mottagningar ledda av diabetessjuksköterskor där patienterna har kunnat få bl.a. egenvårdsråd och stöd att lösa problem som uppkommer i patientens vardag samt hjälp med medicin justering (Edwall, Danielsson, Hellström & Öhm, 2008). Idag har diabetessjuksköterskan en nyckelroll i diabetesteamet. Hon fungerar som en koordinator i teamet och ansvarar för kontinuitet i vården (Iversen & Skafjeld, 2013).

Som hälso- och sjukvårdspersonal har diabetessjuksköterskan en hälsofrämjande och hälsoförebyggande roll (HSL 2017:30). Hon ska väma om patientens rätt till självbestämmande och delaktighet. Patienten ska ges individanpassad information efter sina behov (SFS 2014:821). En av diabetessjuksköterskans viktigaste hälsoförebyggande uppgifter är att ansvara för och leda utbildning i egenvård. Här ingår allt ifrån utbildning i sjukdomslära, praktiska moment som t.ex. blodsockermätning och injektionsbehandling till råd kring medicinjustering och egenvård av fötter (Söman, 2012). Dessutom har diabetessjuksköterskan som uppgift att ge stöd till livsstilsförändring. Att stödja patienten att anamma hälsosamma vanor gällande mat och fysisk aktivitet är av stor betydelse för patienten att minimera risker för framtida ohälsa (Socialstyrelsen, 2017). Det är diabetessjuksköterskan som stödjer patienten i att identifiera sina problem, behov och resurser för att kunna genomföra livsstilsförändringar och lära sig egenvård. Personen får stöd och handledning till att bli så självständig som möjlig att hantera livet med sjukdomen (Söman, 2012).

Teoretisk referensram

Hälsa är ett centralt begrepp för alla som arbetar inom hälso- och sjukvård. Inom omvårdnaden beskrivs hälsa ofta utifrån två perspektiv (Willman, 2009). Det första biomedicinska perspektivet beskriver hälsa som motsatsen till sjukdom. Genom

att behandla och bota sjukdom återförs hälsa. Det andra perspektivet är det humanistiska perspektivet som ser hälsa ur ett holistiskt perspektiv där individen är helhet med sin omgivning. Hälsa skapas mellan individen och omgivningen och är därmed beroende av fysiska, personliga och sociala resurser (Pellmer, 2017; Willman, 2009).

En av de mest etablerade definitioner på hälsa är Världshälsoorganisationens (WHO:s) definition. Den framhåller hälsa som något mer än frånvaro av sjukdom, ett tillstånd av fullständig fysisk, psykisk och socialt välbefinnande (Pellmer 2017; Hansson, 2004). Definitionen lägger grunden för hälsofrämjande arbete eftersom den betonar att hälsa är något mer än en kroppslig/ medicinsk fråga. Vid WHO:s konferens i Ottawa 1986 myntades principer för hälsofrämjande arbete som gäller än idag. Här betonas delaktighet och jämlikhet som förutsättningar för att skapa hälsa. Hälsan ses som en resurs hos individen i det dagliga livet istället för ett mål att eftersträva (Povlsen & Borup, 2015; Pellmer 2017; Hansson, 2004).

Diabetesvård bygger på hälsoprevention (förebygga ohälsa) och hälsopromotion (främja hälsa). Hälsoprevention utgår ifrån kunskaper av vad som orsakar sjukdom och har som mål att förhindra den (Whitehead, 2006; Whitehead, 2009). Vid diabetes typ 2 syftar hälsoprevention till att påverka livsstilsfaktorer och indelas i tre olika nivåer. Första nivå som är primär prevention riktar in sig på att förebygga ohälsa. Den ska aktivt förbättra hälsotillstånd och därmed livskvalitet. Här kan det t.ex. handla om att påverka individens inställning till kost och motion för att förebygga hyperglykemi och utveckling av diabetes. Andra nivån är sekundär prevention som riktar in sig på att förebygga utveckling av ett långvarigt tillstånd samt återställa hälsa. För att återställa hälsa behövs ofta stöd till beteendeförändring som t.ex. stöd att sluta röka eller stöd att lära sig egenvård. Den tredje nivån som är tertiär prevention tillkommer när personen redan har utvecklat komplikationer som t.ex. neuropati. Individen ska få stöd att göra det mest möjliga av de hälsoresurser som är kvar och få kunskap och stöd att förebygga vidare komplikationer (Wikblad, 2013).

Hälsofrämjande (promotion) bygger på kunskap om processer som leder till hälsa med målet att påverka individens egen upplevelse av hälsa (Whitehead, 2006; Whitehead, 2009). En av grundläggande

delarna i det hälsofrämjande arbetet är empowerment (Povlsen & Borup, 2015).

Patient empowerment

Begreppet empowerment (egenmakt, bemyndigande) lyfts upp som en viktig del inom det hälsofrämjande arbetet. Den innebär möjlighet för individen att ta den makt den är berättigad till att hantera sin situation (Korp, 2016). Empowerment ses som en process/strategi eller ett mål med centrala komponenter av makt, självtillit och stolthet. Det innebär hjälp till självhjälp där makt förstås som en möjlighet att påverka sin situation (Anderson & Funell, 2010; Tengland, 2008; Korp, 2016).

Inom diabetesvården används mest det engelska ordet patient empowerment eller egenmakt som ett förhållningsätt i mötet mellan diabetessjuksköterskan och patienten där patienten är den aktiva och diabetessjuksköterskan fungerar som ett stöd. Patientens förmåga till egenvård, läkning och välbefinnande stärks om patientens föreställning om sin egen hälsa tas i beaktande och om diabetessjuksköterskan fokuserar lika mycket på hälsa som på sjukdom. I praktiken innebär detta att patienten är en jämbördig part i mötet om sin egen hälsa och där båda parter har viktig kunskap att bidra med. Patienten har kunskap om sitt liv och att leva med diabetes sjukdom medan diabetessjuksköterskan bidrar med sin medicinska kunskap och omvårdnadskunskapen (Funell, 2010; Insulander & Björvell, 2013). Empowerment har under en längre tid använts som en viktig del i egenvårdsutbildningen vid diabetes typ 2. Det mesta av egenvården vid en kronisk sjukdom som diabetes utförs självständigt av patienten i det dagliga livet, vilket innebär ett personligt ansvar. Det är patienten själv som vet vad den kan förändra och vilka strategier som fungerar bäst och vilken typ av stöd och resurser som finns eller behövs. Här ansvarar patienten att välja ut egenvårdsmål som den vill uppnå. Diabetessjuksköterska ansvarar för kompetent omvårdnad och information så att patienten ska kunna ta välinformerade beslut i sin egenvård (Andersson & Funell, 2010; Funell, 2012).

Patient empowerment kan nås med hjälp av personcentrerad, personcentrerad vård (PCV). Egenvårdsstöd som bygger på personcentrerad och patient empowerment grundar sig i ett partnerskap mellan diabetessjuksköterskan och patienten med ömsesidig respekt för varan-

dras kunskap. Det innebär att diabetes-sjuksköterskan ska inta ett förhållningssätt som utgår ifrån patientens upplevelse av sitt tillstånd, patientens resurser och patientens vilja (Holmström & Röing, 2010).

Egenvård

Egenvård som begrepp används till att börja med för vård av lättare sjukdomstillstånd som individen med enkla medel kan själv kan utföra (Berne och Sörman, 2010). I SOSFS 2009:6 kap 2§1 beskrivs egenvård som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att patienten kan utföra på egen hand. Det måste bedömas i varje enskilt fall vilka åtgärder som utgör egenvård (Socialstyrelsen, 2009).

Dorothea Orem är en känd amerikansk omvårdnadsteoretiker som har beskrivit begrepp egenvård. I hennes egenvårdsmodell ingår tre teorier: teori om egenvård, teori om egenvårdsbrist och teori om omvårdnadssystem. I teorin om egenvård utgår hon ifrån att alla människor har resurser. Egenvård beskrivs som alla dagliga aktiviteter som en person utför självständigt för att bevara hälsa och därmed sin livskvalitet. Enligt teorin om egenvårdsbrist uppstår behov av omvårdnad när egenvårdskapacitet är mindre än egenvårdsbehov. Egenvårdskapacitet är beroende t.ex. av ålder, hälsotillstånd, utbildning, motivation och praktiska erfarenheter som personen behöver för att tolka sitt egenvårdsbehov. Teorin om omvårdnadssystem består av begreppen omvårdnadskapacitet och hjälpmetoder. Omvårdnadskapacitet är de kunskaper som sjuksköterskan ska ha för att kunna utföra omvårdnadsåtgärd som stödjer patientens bristande egenvårdskapacitet. Till sin hjälp har sjuksköterskan hjälpmetoder som stöttning, vägledning och egenvårdsutbildning för att öka patientens egenvårdsförmåga (Kirkevold, 2000).

Det som en person med långvarig sjukdom som diabetes behöver lära sig beskrivs också utifrån begreppet egenvård. Egenvård ur ett biomedicinskt perspektiv handlar om att hantera fysiska konsekvenser av sjukdomen och medicinsk behandling medan egenvård ur ett vårdvetenskapligt perspektiv ses som att upprätthålla det dagliga livet där sjukdomen finns med (Kneck, 2013). I egenvård vid diabetes typ 2 ingår primär, sekundär och tertiär prevention (Wikblad; 2012).

En av diabetesvårdens viktigaste uppgifter är att erbjuda stöd och kontinuerligt för-

medla kunskaper som ska ligga till grund för den egenvården som individen ansvarar själv för (Berne & Sörman, 2009). Utbildning och stöd till personen kan ges på olika sätt beroende på diabetes-sjuksköterskans förhållningssätt.

Studier som beskriver stöd i egenvården vid diabetes

Edwall et al (2008) undersökte hur patienten upplever regelbundna uppföljningar hos diabetes-sjuksköterskan och fann att de är av stor betydelse för patientens upplevelse av att leva med diabetes-sjukdomen (a.a.). Patienterna upplever att de får viktigt stöd och verktyg för att klara det dagliga livet med diabetes-sjukdomen. Det som är avgörande för utveckling av patientens egenvårdskunskap är att patienten upplever sig vara ihågkommen, betrodd och lyssnad på (Edwall et al., 2008). Även Jutterström et al. (2016) beskriver att de regelbundna uppföljningarna traditionellt innehåller patientens biomedicinska status som HbA1c, vikt, blodtryck, lipider och grad av albuminuri. Information om behandling, kost, fysisk aktivitet, rökning och egenvård av fötter ingår också (a.a.). De traditionella interventioner som siktar på att förbättra den metabola kontrollen genom att ge råd om kost och fysisk aktivitet ger blygsamma effekter och på kort sikt. Det som ger effekt är att stödja patienten att bli delaktig i sin diabetesegenvård (Adolfsson, Starrin, Smide & Wikblad, 2008; Boström, Isaksson, Lundman, Graneheim & Hörnsten, 2014; Jutterström, Hörnsten, Sandström, Stenlund & Isaksson, 2016). Att ge information och ökad kunskap hos patienten innebär nödvändigtvis inte att patienten ändrar sitt beteende. Det har effekt på 40-50 % av patienterna som följer de anvisningar som de får (Wikblad, 2012). Anledningen till detta anses vara att uppföljningar hos diabetes-sjuksköterskan fokuserar på de medicinska kontrollerna och på sjukdomen istället för personen bakom sjukdomen. Hörnsten och Graneheims (2009) studie som undersökte patientperspektiv återspeglar också denna uppfattning. De fann att patienter upplever att diabetes-sjuksköterskan ofta har tendens till ett ensidigt sjukdomsperspektiv, höga förväntningar på följsamhet och paternalistisk attityd (a.a.).

Flera studier har undersökt och presenterat förhållningssätt i egenvårdsutbildning av patienter som skulle kunna få fler patienter att bli delaktiga i sin egenvård och öka deras upplevelse av hälsa. Det är bl.a. Adolfsson et.al (2008) och Boström

(2014) som presenterar empowerment-baserad utbildning i sina studier som en möjlighet att påverka patientens upplevelse av hälsa. Jutterström et al. (2016) utvärderade, i sin studie, patient empowerment och patientcentrerat egenvårdsstöd i förhållandet till effekten på den metabola kontrollen. De fann att patientcentrerad utbildning, som leds av diabetes-sjuksköterska leder till signifikant sänkning av HbA1c och patientnöjdhet vid både enskild- och grupputbildning. Det finns alltså många studier som fokuserar på förhållningssätt i kommunikationen mellan diabetes-sjuksköterskan och patienten men forskning som beskriver patientens perspektiv på diabetes-sjuksköterskans stöd i egenvården vid diabetes är fortfarande begränsad.

Problemformulering

Att leva med diabetes är mycket krävande och innebär både psykiska och emotionella påfrestningar för patienten. Bristande egenvård innebär risk för komplikationer som i sin tur leder till ohälsa och lidande. För att kunna leva ett så bra liv som möjligt med diabetes krävs kunskap om sjukdomen, egenvården och behandling. Diabetes-sjuksköterskans stöd i egenvården är avgörande om patienten ska kunna integrera denna kunskap i sitt dagliga liv. Patienten är expert på att leva med sjukdomen medan diabetes-sjuksköterskan är expert på sjukdomen och behandling. Med denna kunskap kan de bilda ett oslagbart team som jobbar mot samma mål. Forskning som beskriver patientens perspektiv på diabetes-sjuksköterskans stöd i egenvården vid diabetes är fortfarande begränsad. Målet med denna studie är att utöka denna kunskap, viktig kunskap som kan hjälpa oss att utveckla diabetesvården.

Syfte

Syftet med studien är att beskriva hur patienter med diabetes typ 2 upplever diabetes-sjuksköterskans stöd i egenvården.

Metod Design

En kvalitativ metod med en induktiv ansats valdes till studien för att beskriva patientens upplevelse av diabetes-sjuksköterskans stöd. Kvalitativ forskningsmetod är lämplig att användas om målet med studie är att undersöka subjektiva upplevelser, erfarenheter och mening i relation till ett visst fenomen. Denna metod går

D-UPPSATS

mer på djupet och undersöker hur, vad och varför. Datainsamling sker med t.ex. intervjuer, observationer och dagboksanteckningar (Henricson & Billhult, 2017; Polit & Beck, 2017).

Urval

Ett strategiskt urval tillämpades för att kunna ge en rik beskrivning av fenomenet och kunna ge svar på syftet. Detta innebar också att en variation beträffande kön, ålder och den socioekonomiska statusen eftersträvades (Henricson & Billhult, 2017; Polit & Beck, 2017). Inkluderingskri-

terier var att intervjua forskningspersoner som hade typ 2 diabetes. De skulle ha regelbunden kontakt med diabetesjuksköterska, vara verbala och tala svenska flytande.

Åtta vårdcentraler inom Göteborgsregionen kontaktades. Informationsbrev skickades ut till verksamhetschefer och diabetesjuksköterskor. Med hjälp av diabetesjuksköterskorna på respektive vårdcentral valdes intervjupersoner. Kontakten togs via telefon med personer som var villiga att delta i studien. Sju personer intervjuades, 3 män och 4 kvinnor i åldrama

52 och 72 (medelålder 63 år) år med olika socioekonomiska bakgrunder. Deltagarna hade olika ekonomiska förutsättningar och olika utbildningsnivå. Tre av dem var pensionerade och fyra var yrkesarbetande. Alla bedömdes ha ett fungerande socialt nät. Sex deltagare var gifta och en var ensamstående. Tre vårdcentraler tackade nej pga. tidsbrist eller brist på personal. Alla tillfrågade forskningspersoner deltog och fullföljde intervjun. Information om studiedeltagare presenteras i Tabell 2.

Tabell. 2 Information om studiedeltagare

	Ålder	Kön	Civilstånd	Yrke	Diabetes-duration	Behandling
1	69	Kvinna	Gift	Pensionerad undersköterska	20 år	Antidiabetika och insulin
2	70	Kvinna	Ensamstående	Pensionerad lärare	28 år	Antidiabetika och insulin
3	72	Kvinna	Gift	Pensionerad undersköterska	22 år	Antidiabetika och insulin
4	52	Man	Gift	Säljare	7 år	Antidiabetika och insulin
5	56	Kvanna	Gift	Säljare	6 år	Antidiabetika och insulin
6	58	Man	Gift	Lärare	8 år	Antidiabetika och insulin
7	65	Man	Gift	Chaufför	6 mån	Antidiabetika

Datainsamling

Datainsamlingen gjordes med semistrukturerade intervjuer som gjorde det möjligt att ställa följdfrågor och i sin tur erhålla djupare förståelse av fenomenet (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuerna genomfördes utifrån en intervjuguide (se Bilaga 1). Inledningsvis ställdes frågor om demografi därefter ställdes fyra öppna frågor. Utforskande stödfrågor ställdes under intervjuernas gång i syfte att fördjupa förståelsen för det deltagarna berättade om (Danielson,

2017; Polit & Beck, 2017). Intervjuerna spelades in och transkriberades av intervjuaren.

Samtliga intervjuer ägde rum under december 2017 och januari 2018 och tog mellan 25-50 min. Deltagarna valde lämplig tid och plats för intervjuerna. De flesta personer valde, efter intervjuarens förslag, att bli intervjuade på ett bibliotek där ett grupprom bokades. En person valde att bli intervjuad på en vårdcentral.

Dataanalys

Data analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004). Innehållsanalys lämpar sig för att analysera omfattande textmaterial. Metoden syftar till att hitta olika relationer, skillnader och likheter i texten dvs. kategorier och teman. Texten kan analyseras på både manifest nivå, som beskriver det texten säger, och latent nivå där intervjuaren gör en tolkning av texten. Graneheim och Lundman (2004) menar att varje text innehåller

både manifesta och latenta budskap och att intervjuaren alltid gör en mer eller mindre djup tolkning av texten. I denna studie gjordes en djup tolkning med syfte att få fram det latenta innehållet.

De sju intervjuer som gjordes transkriberades och lästes upprepade gånger för att lära känna texten. Analysen gjordes utifrån ett antal analyssteg enligt Graneheim och Lundman (2004). Meningar som hade meningsbärande innehåll valdes ut ur texten. De meningsbärande enheterna innehöll information som svarade på syftet med studien. I nästa steg kondenserades meningsbärande enheter i s.k. koder för att göra texten kortare. Endast det som var känt i texten blev kvar. Sedan grupperades de kondenserade meningsenheterna utifrån liknande innehåll i ett antal kategorier och underkategorier. Dessa återspeglade den väsentliga innebörden i intervjuerna och representerade det latenta innehållet i intervjutexten. Under hela analysprocessen gjordes jämförelser med originaltexten så att viktigt innehåll inte missades (Graneheim & Lundman, 2004). Exempel på meningsbärande enheter, koder och kategorier presenteras i Bilaga 2.

Forskningsetiska övervägande

Enligt lagen (2003:460) om etikprovning av forskning som avser människor anses inte examensarbete på grund och avancerad nivå som forskning. Det innebär att examensarbete inte provas eller kräver tillstånd av etikprövningsnämnden (Cöster, 2017).

De etiska överväganden som har gjorts i denna studie bygger på de etiska kraven och riktlinjer som inhämtades från Centrala Etikprövningsnämnden. Dessa riktlinjer omfattar kravet på informerat samtycke samt kravet på konfidentialitet. En risk- och nyttoanalys ska göras innan studiens start (Centrala Etikprövningsnämnden, 2017; Cöster, 2017). Syftet med informerat samtycke är att skydda deltagarnas rätt till frihet och självbestämmande. Det grundar sig på att deltagare ska ha fått och har förstått information om studien samt att deltagandet är frivilligt (Cöster, 2017).

Samtliga vårdenhetschefer kontaktades och godkände studien skriftligt via mail. De informerades om studien/ examensarbetet både muntligt och med informationsbrev. Brev till verksamhetschefer examensarbetet magisternivå, Informationsbrev till primärvårdschef och verksamhetschef. Forskningspersoninformation (FPI) utarbetad efter riktlinjer som ges av Centrala Etikprövningsnämnden lämnades till valda forskningspersoner. I enlighet med etiska riktlinjer upplystes forskningspersoner om bakgrunden och syftet med arbetet. De informerades också om att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas när som helst utan någon förklaring. Deltagare informerades också om att avbrutet deltagande medför inga konsekvenser. Informationen gavs både muntligt och skriftligt (Centrala Etikprövningsnämnden, 2017; Cöster, 2017).

Konfidentialitet innebär att all insamlad information och personuppgifter skyddas så att obehöriga inte kan ta del av

dem (Cöster, 2014). Forskningspersoner informerades att det är bara intervjuaren och den handledande forskare som får ta del av det transkriberade materialet. Detta i enlighet med nyttjandekravet. För att skydda anonymiteten kodades t.ex. personuppgifter så att informationen inte kunde härledas till forskningspersonen eller den vårdcentral de tillhörde (Centrala Etikprövningsnämnden, 2017; Cöster, 2017).

Det gjordes även ett risk- och nyttoövervägande gällande denna studie (Centrala Etikprövningsnämnden, 2017; Cöster, 2017). Det bedömdes att genom att ta reda på hur stödet i egenvården upplevdes av patienten bidrog studien med viktig kunskap som i förlängningen kan leda till att diabetesvården bättre kan anpassas till patienternas behov. Studien bedömdes inte kunna medföra några risker. Möjligheten fanns en risk att intervjuerna kunde ha väckt känslor och frågor. Kontaktuppgifter till intervjuaren lämnades därför till deltagarna och de inbjöds att kontakta vederbörande vid behov. Vid specifika frågor om deltagarnas diabetes hänvisades till ordinarie diabetessjukvårdens sköterska.

Resultat

Resultatet presenteras utifrån två huvudkategorier: *Utbildning som stöd i egenvården* och *Vårdrelation som stöd i egenvården* med tillhörande underkategorier. En översikt av huvudkategorier och underkategorier visas i Tabell 3.

UNDERKATEGORI	HUVUDKATEGORI
Kunskaps- och informationsförmedling ökar självständigheten och gör vardagen begriplig	Utbildning som stöd i egenvården
Erfarenhetsbaserad vägledning ger stöd i livsstilsförändringar	
Ömsesidigt lärande ökar öppenheten för att lära sig egenvården	
Kontinuitet och individanpassat stöd leder till ömsesidigt förtroende och teamkänsla	Vårdrelation som stöd i egenvården
Stöd i att fatta självständiga beslut ger handlingskraft i egenvården	
Känslomässigt stöd minskar stress och negativa upplevelser av egenvården	

Utbildning som stöd i egenvården

Kunskaps- och informationsförmedling ökar självständighet och gör vardagen begriplig

Patienterna upplevde att de inte hade mycket kunskaper om sjukdomen eller om egenvård i samband med diagnos. Diabetessjuksköterskan ansågs vara viktig för att dessa kunskaper utvecklades med tiden. Patienterna upplevde att diabetessjuksköterskan var kompetent och de tyckte att det var rätt person att vägleda dem i deras egenvård. En patient sa:

Jag känner att det är bra att jag har någon som är kompetent som kan det här. Någon som jag kan dela det med.

Studiedeltagare 2

Alla de intervjuade patienterna upplevde att de fick tillräckligt med information om sjukdomen och dess utveckling. Information gavs oftast muntlig och i form av broschyrer. Diabetessjuksköterskan gav även förslag på lämpliga webbsidor och applikationer med korrekt innehåll. Patienterna upplevde att tillräcklig utbildning gavs gällande praktiska moment i egenvård som t.ex. provtagningsteknik, injektionsteknik, fotvård mm. Dessa moment kunde efter hand utföras självständigt. Det var även önskvärt att få information om den egna biomedicinska statusen (de aktuella provsvaren). Det upplevdes som en bekräftelse eller som en bedömning av deras fysiska hälsa. Råd och förslag kring medicinering och medicinjustering var till hjälp i patienternas vardag. Patienterna upplevde t.ex. att de var bättre rustade att ta insulin korrekt och anpassa dosen till mat och motion. Egenvårdsråd om hälsosam kost, mat och motion var återkommande tema i samband med besök på mottagningen. Patienterna uppskattade om de kunde få förslag på bra livsmedel och recept och de var medvetna om vikten av att röra på sig. En patient uttryckte:

Kosten har vi pratat mycket om. Vad ska det vara för kost? Mindre potatis och så rotfrukter i ugnen. Vi har kunnat hitta saker som jag tycker är gott. Jag tycker väldigt mycket om pasta men mätaren säger att det stiger (blodsockret).

Studiedeltagare 5

De intervjuade patienterna var nöjda med den information och utbildning de fick och kände att de kunde ställa frågor om det de inte förstod. De upplevde att diabetessjuksköterskan intresserade sig för deras hälsa och uppmuntrade dem att välja en hälsosam livsstil och att förbättra sin egenvård. Informationen och utbildningen de fick gjorde diabetessjukdomen mer hanterbar och begripligt och de förstod egenvårdens roll för att förebygga ohälsa. Att kunna klara sig själv och behålla hälsan var den största motivationen för patienterna. Kunskapen om hur man förebygger och åtgärdar akuta komplikationer som lågt blodsocker gav både trygghet men även frihet i vardagen. Det var lugnande för patienterna att få reda på varför blodsockret stiger vid diabetes och att de kan förebygga sjukdomens utveckling genom att följa behandlingsråd och genom livsstilsförändringar. De upplevde att information och utbildning förbättrade deras egenvårdsförmåga och i sin tur deras autonomi. Patienterna upplevde sig vara rustade att hantera olika situationer i det dagliga livet. Egenvårdskunskap bidrog också till att egenvårdshantering var mindre tidskrävande och känslan av att den konkurrerade med det övriga livet som familjelivet och jobbet minskade.

Några av patienterna uttryckte dock svårigheter med att omvandla den givna informationen till sin egen kunskap och använda den i sin egenvård. De hade svårigheter att följa diabetessjuksköterskans råd kring t.ex. livsstilsförändringar och att implementera dessa i det dagliga livet. En patient uttryckte:

Det är svårt att ändra kosten. Jag skulle minska på ris, potatis och pasta. Då blir det broccoli, brysselkål och rotfrukter hela tiden. Man blir inte mätt. Dessutom har jag fyra barn och alla idrottar. Det går inte att genomföra.

Studiedeltagare 7

Träna ... Motivationen är inte där. Det är svårt att kombinera det med mitt jobb och min familj. Man måste få saker att klaffa ihop.

Studiedeltagare 6

Patienterna var införstådda med vad som behövde göras men hade svårt att genomföra förändringarna. Gemensamt för dessa patienter var att de fick information av generell karaktär. Informationen var inte anpassad efter deras indivi-

duella förutsättningar utan förmedlades bara utifrån de allmänna behandlingsmålen. Dessa patienter upplevde att informationen var svår att tillämpa med följden att de ofta vände sig till andra kunskapskällor som t.ex. internet eller andra personer som har diabetes. Sådan information kunde vara av varierande kvalitet. Exempelvis berättade en patient att han har provat olika "naturläkemedel" som han har fått kunskap om via internet. Patienterna hade alltså otillräckliga kunskaper vilket gav sämre hanteringsförmåga samt skapade oro och otrygghet i deras vardag. De upplevde dessutom större grad av stress, ensamhet och misslyckande i sin egenvård.

Erfarenhetsbaserad vägledning ger stöd i livsstilsförändringar

Lärande situationer där patienterna lärde sig i dialog med diabetessjuksköterskan uppskattades mycket av patienterna. De upplevdes vara utvecklande för deras egen förmåga samt motiverade till livsstilsförändring. Gemensamt för dessa vägledande samtal var att diabetessjuksköterskan utgick ifrån patienternas egna erfarenheter och de problem som de upplevde i det dagliga livet. Tillsammans kunde de hitta individuella egenvårdsstrategier och praktiska lösningar som hjälpte patienterna att lösa egenvårdsproblemen som uppstod i deras vardag. En kvinna beskrev hur hon kom fram till en lösning med diabetessjuksköterskans hjälp:

Vi kom fram till: Är det fika så tar jag bara kaffe. Jag föredrar att äta lunch med mina väninnor då blir det mat istället för bulle. Det är bättre för blodsockret och det kostar lika mycket...

Studiedeltagare 2

Patienterna upplevde att det var lättare att fullfölja livsstilsförändringar när det gällde t.ex. mat och motion om det planerades utifrån deras önskemål, intressen och möjligheter. Det var lättare att tillsammans hitta lämpliga egenvårdsmål som de kunde hålla vid. Exempelvis var det lättare att tillsammans hitta hälsosamma vanor som gick att integrera i den egna livsstilen och samtidigt behålla livskvaliteten. Om patienterna förstod vad som hände i kroppen och varför när de konsumerade vissa livsmedel eller motionerade kunde de lättare följa de livsstilsråd som de fick av diabetessjuksköterskan. En manlig patient berättade om att ändra kosten:

Jag äter annorlunda nu. Mat har vi diskuterat mängder med gånger. Jag äter nu kikärter, bönor istället för potatis. Socker ligger bättre då. Hon (diabetessjuksköterskan) förklarade varför.

Studiedeltagare 4

Patienterna kunde omvandla den givna informationen till sin egen kunskap och hitta nya möjligheter till att förändra sin livsstil. Att patienterna provade egna lösningar uppmuntrades av diabetessjuksköterskan. Patienterna gavs möjlighet att självständigt reflektera över sina val och på så sätt utveckla sin egenvårdskompetens. Patienterna fick möjlighet att diskutera de problem de stötte på, hur de reflekterade och gjorde för att lösa problemen. Genom erfarenhetsbaserad vägledning kunde diabetessjuksköterskan bekräfta patienternas egenvårdsförmåga vilket stärkte deras självförtroende och viljan att fortsätta utvecklas i sin egenvård. En patient påpekade:

Jag läser och tittar själv och sedan stämmer jag av med sjuksköterskan. Jag tipsade henne om: Oliver och fetaost är bra snacks. Dadlar med bacon som tilltugg det höjer inte (blodsockret) så mycket.

Studiedeltagare 4

Ömsesidigt lärande ökar öppenhet för att lära sig egenvården

Utbildning i grupp upplevdes som "mycket givande" av patienter som hade den erfarenheten. Grupputbildningen berörde olika egenvårdsteman. Utbildningen byggde på ömsesidigt lärande (eng. peer-learning) dvs. deltagare skulle lära sig från varandra. Diabetessjuksköterskan fanns där som handledare och stöd och svarade vid behov på frågor. Att träffa andra i samma situation upplevdes vara motiverande för att delta i egenvårdsutbildningen. Patienterna tyckte att det var lättare att diskutera egenvård vid diabetes med andra patienter i samma situation. En patient berättade:

Vi pratade om olika saker. Olika teman som mat och fötter. Alla fick berätta som de tyckte och kände. Jag lärde mig jättemycket på de tillfällena...

Studiedeltagare 5

Tillsammans kunde de hitta egenvårdstrategier som patienterna kom ihåg och ofta relaterade till. Patienterna tyckte att tipsen de fick var trovärdiga och konkreta och som de kunde använda sig av. Intresset och motivationen för att ut-

veckla egenvården ökade också. Patienterna upplevde att de kunde lära sig av varandra i en miljö där de kunde slappna av. De kunde berätta öppet om de problem som de stötte på i sin vardag "utan att behöva känna skam och skuld över att ha diabetes." Patienterna upplevde också att under grupputbildningen var det mycket känslor som kom fram. Under diabetessjuksköterskans vägledning kunde gruppdeltagare med hjälp av varandra sätta ord på känslor. Att dela känslorna underlättade lärandet. Det var lättare att acceptera sjukdomen och de konsekvenser sjukdomen kunde medföra. Patienterna vittnade om att deras egenvårdskunskap blev bättre, sjukdomsördan minskade och deras livskvalitet och upplevelse av hälsa ökade. Några patienter beskrev hur grupputbildningen väckte känslor:

Det var mycket känslor som kom fram. När de frågade mig om insulinet. Jag bröt ihop. Jag har inte använt ordet diabetiker innan. Det är mer verkligt nu.

Studiedeltagare 2

Jag tänker väldigt mycket på de tillfällena. Han kände likadant och hon kände så. Man får med sig väldigt mycket. Så det var bra!

Studiedeltagare 5

Vårdrelation som stöd i egenvården

Kontinuitet och individanpassat stöd leder till ömsesidigt förtroende och teamkänsla

Alla patienterna upplevde att det var bra att träffa samma diabetessjuksköterska varje gång. En diabetessjuksköterska som "känner till min historia" uttrycktes det. Patienterna upplevde då att stödet kunde anpassas individuellt utifrån vem de är som person och utifrån deras egna behov. Det var lättare att öppna sig och berätta om sitt problem för en person som de redan kände och hade förtroende för. Två patienter beskrev betydelsen av kontinuitet och tillgänglighet så här:

Det är trygghet att jag bara kan ringa till henne. Hon känner till min historia och det är viktigt. Jag får den tid jag behöver och jag får svar på mina frågor.

Studiedeltagare 5

Hon har ringt till mig flera gånger och frågat hur det går. Det känner jag som ett riktigt stöd när de ringer hem. Man får förtroende för en sådan människa.

Studiedeltagare 3

Således bidrog kontinuitet till en vårdrelation som byggde på ömsesidig förtroende. Detta var en utgångspunkt för att problem som patienterna upplevde i sin egenvård identifierades. Att identifiera specifika egenvårdsproblem var en förutsättning för att diabetessjuksköterskan kunde hjälpa dem att hitta lösningar på problemen. Patienterna kunde också få hjälp att sätta upp individanpassade egenvårds mål. Kontinuiteten underlättade dessutom uppföljning av egenvårds målen. Patienterna fick stöd i att identifiera och lösa de hinder som uppstod på vägen mot de uppsatta målen. Att få diskutera med diabetessjuksköterskan gav dem också ökad medvetenhet och förståelse för konsekvenserna av de egna besluten. Kontinuitet bidrog till att patienterna upplevde att de tillsammans med diabetessjuksköterskan bildade ett team som jobbade mot samma mål vilket gav dem motivation att fortsätta.

Det upplevdes dessutom som trygghet om diabetessjuksköterskan var tillgänglig när patienterna behövde vägledning. Det var viktigt att ha någon att rådfråga och "checka av och resonera med" som till exempel vid sjukdomsförsämring. Exempelvis kunde akut behov av stöd i egenvården uppstå i samband med annan sjukdom när blodsockret kunde bli högt. Patienterna beskrev att de kunde ringa till diabetessjuksköterskan och få kontakt på en gång eller så ringde hon tillbaka under samma dag. Det upplevdes lugnande att kunna få hjälp när det behövdes. Det skapade även förtroende för diabetessjuksköterskan om hon tog kontakten för att följa upp hur patienterna mårde eller följa upp behandlingen. En patient beskrev att hon då upplevde att diabetessjuksköterskan brydde sig och vägrade om sina patienter. Kontinuitet, tillgänglighet och individanpassat stöd bidrog till att det uppstod ömsesidigt förtroende och en vårdrelation där patientens egenvårdsförmåga kunde utvecklas.

Stöd i att fatta självständiga beslut ger handlingskraft i egenvården

Patienterna upplevde att det var viktigt att de själva kunde hantera sjukdomen och den egenvård som den innebär. Det var viktigt att kunna fortsätta vara självständiga individer trots sjukdomen.

Du måste ta ansvar för denna sjukdom själv. Man kan inte vara flera på den. Du måste ha någon som vägleder dig men sedan hemma neeej.

Studiedeltagare 1

Patienterna tyckte att diabetessjuksköterskan hade en vägledande funktion. Det var ofta diabetessjuksköterskan som föreslog den medicinska behandlingen och informerade om nackdelar och fördelar med den nya regimen. Detta underlättade för patienterna att komma till ett eget beslut. Om patienterna fick möjlighet att berätta hur de hade det och vilka problem som var aktuella just då bidrog det till deras känsla av delaktighet. Diabetessjuksköterskan lyssnade aktivt på dem och ställde frågor. Utifrån detta diskuterades lösningar på problem som patienterna hade i sin egenvård. Patienterna upplevde att de fick det stöd som de ville ha och de kunde fortsätta vidare på egen hand. En patient berättade:

Min diabetessjuksköterska lyssnar på vad jag säger och försöker att vägleda mig. Det tycker jag är viktigt. Du får det stödet som du vill ha. Hon lyssnar på vad jag vill ha.

Studiedeltagare 4

Delaktighet gav möjlighet till en lärande miljö som gynnade inläring och i sin tur självständighet. Att bli bekräftad av diabetessjuksköterskan var uppmuntrande för patienterna att själva våga prova och testa sina egna lösningar. Patienterna stärktes att ta självständiga egenvårdbeslut i sin vardag. Patienterna upplevde också att deras beslut respekterades. De upplevde att diabetessjuksköterskan motiverade dem att ta eget ansvar. När patienterna upplevde sig vara kompetenta att själva få styra över sina beslut och sin egenvård resulterade det i känslan av kontroll. Detta gav tillfredsställelse och ökat självförtroende. Patienternas egen handlingskraft i egenvården stärktes och upplevelsen av sjukdomsburden minskade.

Känslomässigt stöd minskar stress och negativa upplevelser av egenvården

Diabetessjuksköterskans sätt att bemöta patienterna, ömsesidig respekt mellan dem och förtroende som patienterna hade för diabetessjuksköterskan resulterade ofta i att patienterna kände att de även kunde prata med diabetessjuksköterskan om de behövde känslomässigt stöd. Patienterna upplevde att deras diabetessjuksköterska var bra på att lyssna och att prata med. De upplevde att de kunde söka stöd hos diabetessjuksköterskan när det gällde stressen de upplevde i sin vardag som de kände när de skulle balansera mellan familj, jobb och krävande egenvård. Det upplevdes ofta

vara lättare att prata med diabetessjuksköterskan som hade kunskap om diabetessjukdomen och vad den innebar än med de egna familjemedlemmarna. De upplevde att de hade behov av att prata om hur det kändes att ha diabetes och diskutera de rädslor de hade som t.ex. diabeteskomplikationer de kunde råka ut för. Genom att diabetessjuksköterskan tog sig tid att lyssna och resonera kring den oro patienterna upplevde fick patienterna stöd att sortera sina tankar eller sortera de upplevda problemen. Detta ökade känslan av kontroll och patienterna kunde börja bearbeta sina känslor. Vidare kunde diabetessjuksköterskan hjälpa patienterna att upprätthålla rutiner i sin vardag som minskar stress och därmed koncentrera sig på sin egenvård. Genom att få stöd i processen att bearbeta sina känslor och genom att stressen minskade kunde patienternas upplevelser av egenvården återigen bli mer positiv. Hanteringsförmågan till egenvården stärktes. Två av patienterna uttryckte det så här:

Hon fattar att då är det jobbigt när jag ringer ut till henne. Då kan jag inte tackla det själv. Det är psykiskt jobbigt när sockret pendlar upp och ner. Då vägleder hon mig...

Studiedeltagare 1

En gång var blodsockret så lågt att jag fick åka ambulans. Det var läskigt! Vi pratade igenom det. Nu vet jag vad jag ska göra och jag har alltid dextropur med mig.

Studiedeltagare 2

Diskussion

Metoddiskussion

Enligt Polit & Beck (2017) är det viktigt för studiens kvalitet att välja rätt metod och att metoden är väl beskriven. Vidare skriver de att en kvalitativ metod lämpar sig för att beskriva personers upplevelser. Detta har bidragit till att en kvalitativ metod valdes till studien som har syfte att just beskriva personers upplevelser. Intervjuer med semistrukturerade öppna frågor valdes som lämplig datainsamlingsmetod. Denna metod möjliggjorde för författarna att lyssna aktivt och för de intervjuade att tala fritt. Metoden har resulterat i att syftet med studien kunde infrias vilket stärker studiens trovärdighet. Enligt Graneheim och Lundman (2004) granskas kvalitativa studiers kvalitet med hjälp av begreppen trovärdighet (giltighet), pålitlighet (tillförlitlighet) och överförbarhet.

Giltighet eller trovärdighet (eng. credibility) är urvalets, datainsamlingens och analysens trovärdighet dvs. hur väl de överensstämmer med studiens syfte. Urvalet till studien var ett strategiskt urval där deltagare valdes utifrån syftet med studien dvs. att de hade diabetes typ 2 och erfarenhet av att få stöd från en diabetessjuksköterska i sin egenvård. Urvalet bedömdes ha en bredd och variation då deltagare hade olika åldrar, kön och sjukdomsduration. Några av deltagare jobbade fortfarande och några var pensionerade. De hade även olika utbildningsnivå. Bredden på urvalet bidrog till att deltagares berättelser var mycket innehållsrika vilket i sin tur också stärker studiens trovärdighet (Polit & Beck, 2017). Alla deltagare tillfrågades av resp. diabetessjuksköterska som de har kontakt med på sin vårdcentral. En nackdel med detta kan vara att det finns en möjlighet att diabetessjuksköterskorna valde personer som de har en bra relation till, vilket ev. kan ha påverkat deltagarens berättelser i en mer positiv riktning. Här är det värt att tillägga att deltagare kommer från fem olika vårdcentraler i både privat och offentlig regi.

Som datainsamlingsmetod valdes semistrukturerade intervjuer för att på bästa möjliga sätt fånga personers upplevelser (Polit & Beck, 2017). Detta innebär att fyra frågor (se Bilaga 1) som motsvarar syftet formulerades för att få en viss struktur på intervjuerna. Intervjuguiden stämde av med handledaren innan intervjuerna utfördes. Frågorna var öppna frågor och deltagare kunde berätta fritt. Följdfrågor kunde ställas för att fördjupa sig i svaren (Danielsson, 2017). Alla frågor besvarades fylligt vilket gav sammanlagt 18 sidor transkriberad intervjutext som resulterade i att analysen gav innehållsrik data vilket stärkte studiens trovärdighet. Intervjuaren har ingen tidigare erfarenhet av den valda datainsamlingsmetoden vilket ev. kan påverka studiens trovärdighet och pålitlighet i form av att en mer erfaren intervjuare ev. kunde ha fått djupare intervjuer. Å andra sidan kan en oerfaren intervjuare agera lite mera "naivt" men engagerat vilket kan ha positiva effekter på deltagares empowerment.

Intervjuerna gav en stor mängd intervjutext. Data analyserades med hjälp av innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) vilket passar för att analysera omfattande texter. Författarna betonar att om analysprocessen är tydligt beskriven ökar studiens giltighet. Det

är viktigt att meningsbärande enheter är tillräckligt stora så att viktig information inte går förlorad. För studiens giltighet är det även viktigt att koder och kategorier väl täcker textens innehåll. För att säkerställa trovärdigheten i denna studie följdes analysstegen beskrivna av Graneheim och Lundman (2004). Analysprocessen och resultatet har granskats av författarens handledare vid flera tillfällen. Det finns möjlighet att studiens tillförlitlighet hade förstärkts ännu mer om det funnits möjlighet för fler forskare att delta i analysprocessen. Kategorier i arbetet har beskrivits väl och citat har använts för att verifiera innehållet. Detta underlättar för läsaren att även själv bedöma trovärdigheten.

Tillförlitlighet i studien (eng. dependability) påvisas också genom att författaren har beskrivit sin förståelse. Forskarens förståelse är den kunskap som forskaren har med sig in till en forskningsprocess som kan påverka hela forskningsprocessen. Det är viktigt att redovisa och reflektera över forskarens förståelse dvs. att vara transparent för att möjliggöra en objektiv bedömning av arbetets kvalitet (Polit & Beck, 2017). Studiens författare har arbetat som sjuksköterska i 15 år och i sitt arbete träffat på personer med typ 2 diabetes i olika sammanhang. De senaste fyra åren har författaren jobbat som diabetessjuksköterska på en Medicinklinik i Västra Sverige där hon har haft möjlighet och har stort intresse av att träffa och stödja personer med diabetes typ 2 i deras egenvård. Författaren har varit medveten om sin förståelse under arbetets gång och gjort sitt bästa att inte låta förståelsen påverka resultatet.

Överförbarhet ställer frågan om resultatet kan överföras till andra grupper och till andra sammanhang, dvs. om de kan generaliseras. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det alltid upp till läsarna att avgöra om resultatet är överförbart till andra sammanhang.

Överförbarheten underlättas om alla delar i studien är väl beskrivna (Graneheim & Lundman, 2004). Dock är resultatet troligtvis giltigt för andra sammanhang där sjuksköterskor arbetar för att stödja patienter i deras egenvård.

Resultatdiskussion

Syftet med föreliggande studie var att beskriva hur patienter med typ 2 diabetes upplever diabetessjuksköterskans stöd i egenvården. Studiens resultat vi-

sade att patienterna upplevde att stöd i form av kunskaps- och informationsförmedling samt att vårdrelationen med diabetessjuksköterskan var avgörande för att patienterna ska kunna integrera egenvården i det dagliga livet.

Utbildning som stöd i egenvården

Denna studies resultat visade att patienterna ansåg att diabetessjuksköterskan hade en viktig lärande roll för att deras kunskaper och deras egenvårdsförmåga utvecklades med tiden. Enligt Orem's teori om omvårdnadssystem ingår undervisning som en av diabetessjuksköterskans hjälpmetoder när patienterna behöver lära sig nya färdigheter för att klara sin egenvård. Genom att lära sig egenvård kan patienter öka sin upplevelse av hälsa (Orem, 2001). Detta överensstämmer med både Nationella riktlinjer för diabetesvård (2015) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017: 30) där diabetessjuksköterskans hälsofrämjande och undervisande roll lyfts fram. Här förespråkas att omvårdnad vid diabetes ska omfatta råd, stöd och undervisning till personer med diabetes som möjliggör delaktighet i vården och underlag för välgrundade beslut om sin egenvård (Socialstyrelsen, 2015).

Mot bakgrund av detta kan det också konstateras att patienterna i denna studie ansåg att de fick tillräckligt med information och utbildning. De var nöjda med informationen och upplevde att kunskaperna bidrog till att göra vardagen med långvarig sjukdom mer begriplig samt bidrog till känsla av trygghet och självständighet. Även tidigare forskning belyser vikten av diabetessjuksköterskans lärande roll som viktig för patientens egenvårdskompetens och patientens upplevelse av att leva med sjukdomen (Edwall et al., 2008; Johansson Östberg, Leksell & Berglund, 2016). Samtidigt riktas kritik mot att diabetessjuksköterskan har en tendens att fokusera på sjukdomen och inte personen bakom sjukdomen vilket anses bidra till att den förmedlade kunskapen inte alltid leder till lärande hos patienterna. (Adolfsson et al., 2008; Hömsten et al., 2009; Jutterstöm et al., 2016; Adolfsson, Smide, Rosenblad & Wikblad, 2009).

Föreliggande studies resultat kunde också påvisa att förmedlad kunskap inte alltid leder till lärande hos patienterna. Detta upplevdes bero på att informationen som gavs var av generell karaktär och var inte anpassad till patienternas individuella förutsättningar. Patienterna

upplevde informationen som svår att förstå och därför svår att tillämpa i vardagen vilket orsakade stress och känsla av misslyckande i sin egenvård. Oftedal, Karlsen och Bru (2010) beskriver att detta kan bero på att generell information upplevs av patienten som envägs-kommunikation och därför otillräcklig. Otillräcklig kunskap föranleder att patienten inte upplever sina egenvårdsmål nåbara. Patientens motivation påverkas negativt vilket i sin tur resulterar i en passiv patient (a.a.). Flera forskare är överens om att den traditionella undervisningen av diabetespatienter s.k. "compliance tänkade", som bygger på att diabetessjuksköterskan är aktiv med att ge information och patienten är en passiv mottagare, inte har visat sig så framgångsrik. Det anses att diabetessjuksköterskan även behöver ha, förutom kompetens inom området, pedagogisk utbildning för att patienterna ska kunna integrera förmedlade kunskaper i sin vardag (Wikblad, 2012). Det pedagogiska verktyg som anses kunna påverka patientens lärande i positiv riktning och patienters förmåga att ta självständiga beslut i sin egenvård bygger på patient empowerment och personcentrerad vård (Wikblad, 2012; Anderson et al., 2010; Johansson et al. 2016).

I föreliggande studie kunde vi se att när patienterna fick erfarenhetsbaserad vägledning som är personcentrerad i sitt sätt resulterade det i att de kunde lättare fullfölja livsstilsförändringar. Orem's egenvårdsteori stödjer också att patienters erfarenheter och hur de upplever sina behov är en förutsättning för att sjuksköterskan ska kunna hjälpa dem att nå sina egenvårdsmål (Orem, 2001). Detta har patienter bekräftat i föreliggande studie när de vittnar om att det var lättare att använda sig av egenvårdstrategier som utgick ifrån deras erfarenhet och hinder som uppkom i deras vardag. Att utgå ifrån patientens intresse och möjligheter är att jobba personcentrerat. Det omfattar även stöd till självständig målformulering och problemlösning och reflektion över egna beslut (Andersson et al., 2010; Holmström et al., 2010). Det föreliggande resultatet visade att reflektion var ett sätt för patienterna att utveckla sin egenvårdskompetens samtidigt som deras självförtroende stärktes. Även tidigare forskning visar att personcentrerade egenvårdsutbildningar som bygger på patientens erfarenhet och förståelse av att leva med sjukdomen stärker deras egenvårdsför-

måga. Dessutom har det en permanent positiv effekt på patienternas metabola kontroll, livskvalitet samt upplevelse av hälsa (Hörmsten, Stenlund, Lundman & Sandström, 2008; Berglund & Källerwald, 2012; Kneck, 2015; Jutterstöm et al., 2016).

I föreliggande studies resultat kom det fram att patienterna som har gått grupputbildning som byggde på ömsesidigt lärande upplevde det som mycket givande. Detta kan härledas till vad Orem (2001) beskriver är en av sjuksköterskans hjälpmetoder, nämligen att skapa en miljö som är stimulerande för patienten att lära sig, diskutera och reflektera. Som patienterna i denna studie lyfte fram skapade patientgruppen en avslappnad miljö där patienterna kunde lära sig av varandra. De ansåg att det bidrog till bättre egenvårdskunskaper och livskvalitet samt att deras upplevelse av hälsa ökade. Det finns flera studier som bekräftar resultatet i föreliggande studien. (Ofstedal et al., 2010; Rygg, By Rise, Lomundal, Solberg & Steinsbekk, 2010; Jutterström et al., 2016; Kneck, 2015; Herre, Graue, Kolltveit & Gjengedal, 2015). T.ex. Hare et al. (2010) lyfter fram att patienter efter genomgången grupputbildning beskrev att utom att de blev säkrare i sin egenvård fick de bättre förståelse för sjukdomen och komplikationer som den kunde medföra. Patienterna uppskattade de konkreta praktiska tips som de kunde få från andra i samma situation. Liksom i föreliggande studie blev gruppen en viktig plattform där känslor och erfarenheter gav patienterna styrka och motivation att utveckla sin egenvård (a.a). Patient empowerment stärktes. Däremot har många tidigare studier utvärderats direkt efter att patienterna genomgått grupputbildningen och deras långtidseffekt är oklar. Dock finns det två stora svenska studier som bygger på empowerment och personcentrerad grupputbildning som har visat effekt både på att leva med sjukdomen och på den metabola kontrollen. Det är bl.a. Hörmsten et al. (2008) och Jutterström et al. (2016) som har bekräftat positiva långtidseffekter med uppföljning som sträcker sig över en femårsperiod.

Vårdrelation som stöd i egenvården

I denna studies resultat framkom att kontinuitet och tillgänglighet resulterade i en vårdrelation som bygger på ömsesidigt förtroende där patienterna kände

att stödet de fick först då kunde anpassas individuellt utifrån vem de är som person och utifrån deras behov. Att anpassa stödet efter patientens behov ger enligt Orem (2011) patienterna den trygghet och motivation de behöver för att utföra sin egenvård vilket också är i linje med vad föreliggande resultat har visat (a.a). Att anpassa vården efter patienternas behov är också att jobba personcentrerat. Kontinuitet bidrar till en relation mellan diabetessjuksköterska och patienter som gör det möjligt att engagera dem och få reda på deras tankar om att leva med diabetes (Boström et al., 2010; Engström, Gudbjörnsdottir, Johansson & Leksell, 2016). Patienter har lättare att vara ärliga om sin livsstil samt är aktiva och ställer frågor för att få stöd att lösa hinder i sin vardag (Stenner, Courtenay & Carey, 2011). Likaså visade föreliggande studies resultat att patienterna tyckte att det var lättare att öppna sig för en person som de redan kände och hade förtroende för. Kontinuitet och tillgänglighet gav patienterna trygghet och bidrog till en teamkänsla i empowermentanda där patientens egenförmåga stärktes. En förutsättning för empowerment är just ett partnerskap mellan diabetessjuksköterska och patienter som bygger på ömsesidig respekt och tillit för varandra. Dålig kontinuitet kopplas enligt Norris, Lau, Smith, Schmid och Engelgau (2002) metaanalys till försämring av patienters förmåga, sämre empowerment och i sin tur sämre upplevelse av hälsa.

Föreliggande studies resultat har också visat att patienterna upplever att det är viktigt att behålla sin självständighet trots sjukdomen. Att kunna fatta självständiga beslut i egenvården gav dem nödvändig handlingskraft. Enligt Orem (2001) uppstår patienternas behov av stöd från sjuksköterskan när deras egenvårdskapacitet är mindre än egenvårdsbehov. Det är sjuksköterskans uppgift att använda sig av hjälpmetoder som stöttning, vägledning och egenvårdsutbildning för att öka patienternas egenvårdsförmåga och i sin tur självständighet och upplevelse av hälsa (a.a). Eftersom diabetes är en långvarig sjukdom med olika konsekvenser för patienten i olika situationer och olika perioder av livet är patienten aldrig helt oberoende av stödet från diabetesvården. Exempelvis kan patienten behöva stöd vid annan sjukdom eller kan behöva diabetessjuksköterskans stöd i samband med barnafödande då diabetessjukdomen tar en annan vändning som patienten inte känner igen och har svårt att

hantera. Men sådana situationer när patienten är sårbar och beroende av diabetessjuksköterskan kan stärka patientens självständighet, empowerment, eller kan försvaga den. Boström et al. (2012) skriver att om diabetessjuksköterskan intar en styrande roll där patienten blir informerad utefter behandlingsmål och förväntas att följa dessa råd utan att hänsyn tas till hur patienten upplever sin situation kan det leda till oönskad effekt. Patienter drar sig tillbaka utan att ifrågasätta och får negativ inställning till de givna råden som också kan upplevas vara i konflikt med egna mål och övertygelser. Patientens verkliga problem kommer inte fram till diskussion. Däremot om patienten blir bemött personcentrerad där patientens kunskap tas till vara får patienten specifikt stöd anpassat till dennes unika situation. Patienter upplever sig bättre rustad, i kontroll och även inspirerad att prova egna lösningar. Personcentrerad leder alltså till en självständig, empowered patient. Detta stämmer överens med det som patienterna i föreliggande studie beskrev att när de själva fick styra över sin egenvård stärktes deras självförtroende och handlingskraft i egenvården medan upplevelsen av sjukdomsburden minskade.

I föreliggande studies resultat kom det fram att patienter upplevde att kontakten med diabetessjuksköterska hade stor betydelse för att hantera den känslomässiga börden i livet med en långvarig sjukdom. Orem (2001) lyfter fram att sjuksköterskans stöd är viktigt för att hjälpa patienten att överkomma psykiska hinder för sin egenvård (a.a). Diabetes sjukdomen och den egenvård den innebär ställer stora krav på patienten. Patienter kan uppleva känslor som t.ex. att vara bunden och hindrad i det dagliga livet, känna rädsla över diabeteskomplikationer eller skam över att ha en kronisk sjukdom (Engström et al., 2016; Kneck, 2015; Edwall, Danielson & Öhrm, 2010). I föreliggande studie berättade patienterna att de upplevde stöd om diabetessjuksköterskan tog sig tid att lyssna och resonera kring den oro de upplevde av att leva med diabetes sjukdomen. Att lyssna på patientens berättelse är utgångspunkten i personcentrerad vård. Genom att ta reda på känslomässiga aspekter av sjukdomen kan diabetessjuksköterskan bättre anpassa stödet till personen (Ekman et al., 2011). Genom att uppmuntra patienten att berätta om sin upplevelse av att leva med diabetes sjukdomen synliggörs tan-

kar och känslor. Att bekräfta patientens känslor ger den styrka och motivation (Berglund, 2014). Flera forskare bl.a. Karlsen och Bru (2014) påpekar att stödet från anhöriga, utöver stödet från vården, är en viktig stödjande faktor för patienterna. Patienter som har tät kontakt med vänner och familj är mer aktiva i sin egenvård och upplever högre grad av hälsa (Schiotz, Bogelund, Almdal, Jensen & Willaing, 2011; Karlsen & Bru, 2014). Dock visade föreliggande studie att patienterna hellre vände sig till diabetessjuksköterskan för stödet. Dessutom har inte alla patienter ett fungerande socialt nätverk. Ett alternativ här är att diabetessjuksköterskan utöver det enskilda stödet organiserar grupputbildningar där patienter med typ 2 diabetes får möjlighet att träffa andra i samma situation. Detta har visats viktigt känslomässigt stöd både genom föreliggande studies resultat och annan forskning inom området.

Avslutningsvis kan det konstateras att studiens syfte har besvarats genom att deltagande patienter har delat sin upplevelse av det stöd de får av diabetessjuksköterskan i sin egenvård. Det har visat sig att stöd i form av utbildning i egenvård är avgörande för att patienternas egenvårdsförmåga ska utvecklas. En utgångspunkt för detta är att kunskap som förmedlas ska vara individanpassad utifrån patienternas personliga förutsättningar och erfarenheter, annars kan den upplevas som svår att förstå och därför svår att implementera i egenvården.

Detta tyder på att det finns behov av att diabetessjuksköterskan utvecklar sin pedagogiska kompetens och anammar ett personcentrerat förhållningssätt för att på bästa sätt kunna bemöta patienternas behov. Ett personcentrerat bemötande tillsammans med kontinuitet leder till en vårdrelation av ömsesidigt förtroende som bidrar till att patienterna kan ta självständiga beslut i sin egenvård. En etablerad vårdrelation med en och samma diabetessjuksköterska upplevs också ha stor betydelse för att hantera den känslomässiga bördan i livet med en långvarig sjukdom.

Slutsats

Diabetessjuksköterskan har en viktig roll att stödja patienter med typ 2 diabetes till att kunna ta självständiga beslut i sin egenvård. En viktig del av stödet är att förmedla kunskap och bygga upp en god vårdrelation som bygger på ömsesidig respekt och möjliggör ett bra liv trots långvarig sjukdom. En förutsättning för detta är att diabetessjuksköterskan anammar ett personcentrerat förhållningssätt. En kunskapsförmedling som inte är personcentrerad riskerar att leda till otillräckliga kunskaper med sämre hanteringsförmåga. Däremot bidrar en personcentrerad kunskapsförmedling till lärande hos patienten vilket stärker egenförmågan och gör vardagen begriplig. Kontinuitet i vårdrelationen och erfarenhetsbaserad vägledning ger stöd i livsstilsförändringar.

Klinisk implikation

Studiens resultat visar på vikten av att diabetessjuksköterskan intar ett personcentrerat förhållningssätt när hon stödjer patienter med typ 2 diabetes i deras egenvård. Studiens resultat bidrar till praktisk kunskap som kan användas av diabetessjuksköterskor för att bättre anpassa stödet efter patienternas förutsättningar och upplevelser. Resultatet kan även ha betydelse för andra sjuksköterskor som arbetar med att stödja patienter i egenvården vid andra korta som långvariga tillstånd.

Förslag till vidare forskning

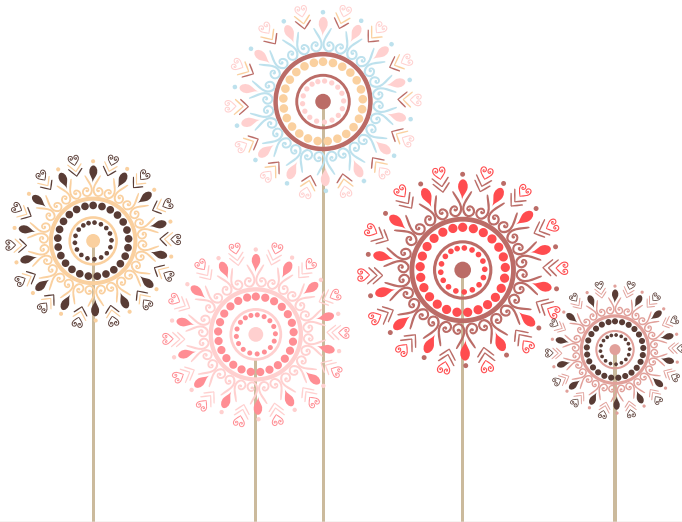
Studiens resultat antyder behov av utökad personcentrerat arbetssätt vid stöd i egenvården. Det hade varit av betydelse att komplettera denna studie med att intervjua diabetessjuksköterskor till de patienter som ingick i studien för att göra en jämförelse mellan patienternas och diabetessjuksköterskomas perspektiv. Ett annat förslag är att separat studera patienternas upplevelse av kunskapsförmedling och betydelsen av vårdrelationen som stöd i deras egenvård. Detta för att få ännu djupare kunskap på faktorer som påverkar patienternas egenvårdsförmåga i positiv riktning.

För vidare information om uppsatsen kontakta författaren Samra Dzafic.



Årets Diabetessjuksköterska

Ann-Cathrine Wiklander, Österåsens Hälsohem i Sollefteå



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

För Ann-Cathrine Wiklander lyder motiveringen:

Ann-Cathrine Wiklander är verksam i primärvården i Västernorrland på Österåsens Hälsohem där hon arbetar med diabetespatienter och genomför så kallade Diabetesskolor flera gånger varje år och ca 500 personer med diabetes har genomgått dessa skolor. Hon utbildar vårdpersonal i diabetes och föreläser för patientföreningar och för allmänheten om diabetes.

Hon är en inspirerande, kunnig och pedagogisk diabetessjuksköterska som älskar att sjunga och på sin fritid sjunger hon i dansbandet Wiklanders”.

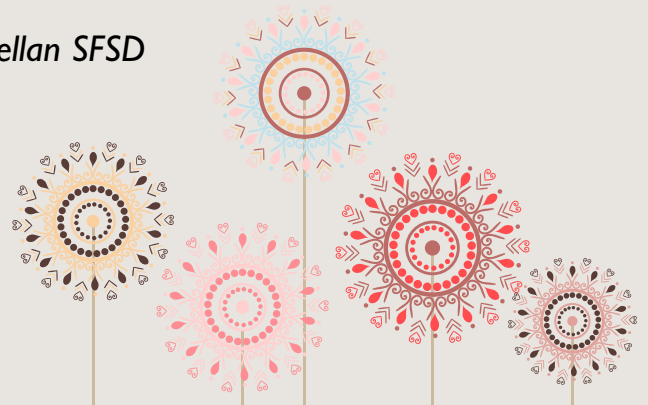
Ann-Cathrine Wiklander tilldelas 25 000 kronor i form av ett utbildningsstipendium. Utnämningen gjordes vid en ceremoni under SFSD:s, Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvårds, seminariedagar i Stockholm.

Årets Diabetessjuksköterska är ett samarbete mellan SFSD och Ascensia Diabetes Care Sweden AB.

Frågor:

Ann-Cathrine Wiklander

Annika Eliasson, pressansvarig: 0702-35 43 35





Designad för framtiden

- Uppdaterbar mjukvara*
- Självinstruerande touchscreen i färg
- Slitstark aluminiumkonstruktion
- Inbyggt, laddningsbart batteri
- Den enda insulinpumpen som är kompatibel med CGM-systemet Dexcom G5
- Pumpsupport dygnet runt

Tandem t:slim X2 är vår mest sofistikerade insulinpump någonsin och ett stort steg inom diabetesbehandlingen. Kontakta oss för demonstration på din klinik!

** När Tandem lanserar nya funktioner kan dina patienter enkelt uppdatera mjukvaran via en dator.*

www.rubinmedical.se

AKADEMISKT INRIKTAT ARBETE

Diabetessjuksköterskor Agneta Person och Anna-Christina Ylvin, Kiruna



Agneta Person



Anna-Christina Ylvin

Diabetessjuksköterska Agneta Person, Kiruna Sjukhus diabetes- och medicinmottagning, och Anna-Christina Ylvin, Kiruna Hälsocentral, har tilldelats ett stipendium för akademiskt inriktat arbete inom diabetesvården. De har studerat assisterad diabetesegenvård inom hemsjukvården och specifikt sjuksköterskans upplevelse och erfarenhet.

I prismotiveringen konstateras att egenvård hos personer med diabetes och som får hemsjukvård, är ett viktigt men eftersatt arbete. Så kallad assisterad egenvård förutsätter att den enskilde har kognitiva förutsättningar att ansvara för sin egenvård i normalfallet. Det är när det inte fungerar, som den enskilde måste kunna instruera hur uppgiften ska utföras av exempelvis hemtjänstpersonal.

Stipendiet för sin poster "Assisterad diabetesegenvård inom hemsjukvården – sjuksköterskans upplevelse och erfarenhet" delades ut vid en ceremoni under SFSD:s, Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvårds, seminariedagar i Stockholm.

Stipendiet som är på 15 000 kronor är ett samarbete mellan SFSD och Novo Nordisk Scandinavia AB.

Frågor:

Agneta Person och Anna-Christina Ylvin
Annika Eliasson, pressansvarig: 0702-35 43 35

FÖRBÄTTRINGSARBETE

Diabetessjuksköterskor Razi Rahbar och Kerstin Nilsson, Rinkeby vårdcentral



Razi Rahbar



Kerstin Nilsson

Diabetessjuksköterskorna Razi Rahbar och Kerstin Nilsson, Vårdcentralen Rinkeby, Stockholm, tilldelas stipendium för förbättringsarbete av diabetesvården. Genom ett strukturerat arbetsätt och där diabetessjuksköterskorna har uppfyllt kriterierna på optimalt ledtal har patienternas värden förbättras.

Genom kartläggning och strukturerat arbetsätt har diabetesteamet uppnått bättre resultat. Teamet kunde jobba med rutiner och samarbete mellan vårdgivare. Ledningen har prioriterat diabetesmottagningen, patienter kallas oftare vid för höga blodsockervärden, en mer effektiv administration har införts och en undersköterska är schema-lagd för att ringa och påminna diabetespatienter dagen innan ett besök.

Stipendiet för sin poster "Förbättringsarbete diabetes" delades ut vid en ceremoni under SFSD:s, Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvårds, seminariedagar i Stockholm.

Stipendiet som är på 15 000 kronor är ett samarbete mellan SFSD och Novo Nordisk Scandinavia AB.

Frågor:

Razi Rahbar och Kerstin Nilsson
Annika Eliasson, pressansvarig: 0702-35 43 35

PEDAGOGISKT STIPENDIUM

Karin Johansson, diabetessamordnare i Kronobergs län



Karin Johansson

Diabetessjuksköterska Karin Johansson, filosofie doktor och diabetessamordnare i Kronobergs län, tilldelas pedagogiskt stipendium 2018. Hon får det för sitt arbete med att integrera forskning i diabetesvården. Karin Johansson ska genomföra ett pilotprojekt inom primärvården i Kronoberg kring gruppundervisning för personer med diabetes.

Prismotiveringen är att Karin Johanssons projekt är innovativt och sätter lärandet i fokus utifrån en genomtänkt pedagogik som syftar till att stärka egenmakten hos personer med diabetes. Patienterna deltar i gruppundervisning och kommer få en reflektionsbok där de uppmanas att skriva ner sina erfarenheter av utbildningen. Sjuksköterskor med specialistkompetens om diabetes deltar i projektet och ska utbildas i ett personcentrerat förhållningssätt.

Stipendiet, som är på 30 000 kronor, delades ut vid en ceremoni under SFSD:s, Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvårds, seminariedagar i Stockholm. Stipendiet är ett samarbete mellan SFSD och Lilly.

Frågor:

Karin Johansson

Annika Eliasson, pressansvarig: 0702-35 43 35

SFSD:s OMVÅRDNADSSTIPENDIUM

Diabetessjuksköterska Kristina Ehrling, Falu lasarett



Kristina Ehrling

Kristina Ehrling, diabetes-endokrinologi mottagningen, Falu Lasarett, tilldelas SFSD:s, Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvårds, stora Omvårdnadsstipendium 2018. Hon får det för en studie om långtidseffekter av viss monitorering (övervakning av blodsockervärden) vid typ 1-diabetes.

Kristina Ehrlings studier heter "Långtidseffekt av Flash Glucose Monitoring hos personer med typ 1-diabetes". Resultatet visar signifikant förbättrat blodsocker värde (HbA1c) samt behandlingstillfredsställelse efter 2 månader. Effekter som kvarstår efter två år. I prismotiveringen konstateras att "det är en viktig studie utifrån ett personcentrerat synsätt."

Stipendiet som är på 20 000 kronor delades ut vid en ceremoni under SFSD:s, Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvårds, seminariedagar i Stockholm.

Frågor:

Kristina Ehrling

Annika Eliasson, pressansvarig: 0702-35 43 35

OMVÅRDNADSTIPENDIUM FOTVÅRD

Diabetessjuksköterska Åsa Åkerman, Hässleholms sjukhus



Åsa Åkerman

Diabetessjuksköterska Åsa Åkerman, Diabetesmottagningen vid Hässleholms sjukhus, tilldelas Omvårdnadsstipendium Fotvård 2018. Hennes arbete har titeln ”Omvårdnad av diabetesfoten – vikten av ökad kompetens inom primärvård och kommunerna”. Motiveringen för stipendiet är att ”Ökad kompetens gällande fotvård för personal verksamma inom primärvård och kommun måste vara en viktig hörnsten för att säkerställa en säker vård för äldre multisjuka personer med diabetes.”

Åsa Åkermans arbete handlar om att öka kompetensen i primärvården och kommunerna om diabetesfoten samt vikten av att skriva remiss för inlägg/behandlingssko samt till det multidisciplinära fotteamet i ett tidigt skede. Detta sker dels genom att fotterapeuter får genomgå en diabeteskurs, dels att diabetessjuksköterska från sjukhuset tillsammans med fotterapeuten erbjuder utbildning på vårdcentraler och inom kommuner för sjuksköterskor, distriktssköterskor, diabetessjuksköterskor och läkare i omhändertagande av diabetesfoten.

Stipendiet delades ut vid en ceremoni under SFSD:s, Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvårds, seminariedagar i Stockholm.

Stipendiet som är på 30 000 kronor är ett samarbete mellan SFSD och Auxilium Cura Innovatio AB/Footmender.

Frågor:

Åsa Åkerman

Annika Eliasson, pressansvarig: 0702-35 43 35

Gör som dina kollegor ovan – sök stipendier” Läs mer på www.sfsd.se

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

Suliqua® (insulin glargin + lixisenatid)

HJÄLP DINA PATIENTER ATT LÄGGA HÖGA HbA1c-VÄRDEN BAKOM SIG^{*1,2}



- Större sänkning av HbA_{1c} – utan ökad risk för biverkningar.^{*1}
- Fler patienter når målvärdet.^{*1}
- Basinsulin och GLP-1-analog i en och samma penna, en gång om dagen.²

 **SULIQUA**[®]
insulin glargin (100 E/ml) & lixisenatid

* Jämfört med insulin glargin U 100.

† Avser hypoglykemier, vikt och GI-biverkningar.

Referenser: 1. Aroda VR et al. Diabetes Care, sept 2016. 2. SULIQUA produktresumé sept 2017.

Suliqua® (insulin glargin + lixisenatid) Rx, F, A10AE54, 100 enheter/ml + 50 mikrogram/ml injektionsvätska, lösning i en förfylld injektionspenna respektive 100 enheter/ml + 33 mikrogram/ml injektionsvätska, lösning i en förfylld injektionspenna. **Indikation:** Suliqua är avsett för, i kombination med metformin, behandling av vuxna med diabetes typ 2 för att förbättra den glykemiska kontrollen när tillräcklig kontroll inte uppnåtts med metformin enbart eller i kombination med ett annat peroralt glukossänkande läkemedel eller basinsulin. **Varning och försiktighet:** Suliqua ska inte användas hos patienter med diabetes mellitus typ 1 eller vid behandling av diabetesketoacidosis. **För ytterligare information** se www.fass.se. **Förpackningar:** Suliqua SoloStar 3 x 3 ml pennor samt 5 x 3 ml pennor. **Suliqua tillhandahålls av** Sanofi AB, Box 30052, 104 25 Stockholm, tel +46 8 634 50 00, www.sanofi.se. Vid frågor om våra läkemedel kontakta: infoavd@sanofi.com. Datum för senaste översyn av produktresumén, september 2017. **Subventioneras endast för** patienter med typ 2-diabetes som inte har nått tillräcklig glykemisk kontroll genom metformin och långverkande insulinbehandling, och när behandling med GLP-1 analog bedöms vara lämplig. ▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. För ytterligare information se www.fass.se

SANOFI AB, Box 300 52, 104 25 Stockholm, tel: +46 8 634 50 00, www.sanofi.se.

SANOFI 

Mitt Vasalopp

Det här är min berättelse om förberedelser och utmaning kring att åka Vasaloppet.

Jag heter Erik Öster.

Är 34 år. Bor i Skanör. Gift och har en son som snart är 3 år.

Jag har haft typ 1 sedan 1997.

Min idrottsliga bakgrund består av elitsatsande hockeyspelare fram till att jag var ca 20 år. Efter det har jag fortsatt med idrott på motionärsnivå.

Jag är VD på en eventbyrå med huvudkontor i Malmö.

För två år sedan hörde en barndomskompis av sig till mig och tyckte att jag skulle åka Vasaloppet med honom. Han hade åkt tre gånger innan och menade att det visst var det jobbigt, men det går.

Jag själv har åkt mycket utför men inte stått på ett par längdskidor sedan jag var barn.

Som boende i Skåne blir det som bekant inte så mycket snö.

Träningen har därför bestått av rullskidor, löpning, styrketräning mm.

Jag genomförde mitt första Vasalopp 2017. Väldigt ovan på skidor och med en ryggsäck fylld till toppen av diverse energi på ryggen. Sammanlagt vägde ryggsäcken 8 kg. Multiplicera det med 90 000 meter och ni förstår hur många kilon det blir totalt.

2017 blev en väckarklocka. Dels kring långdistansträning, dels kring ovana på längdskidor men framförallt kring diabetes vid långdistansträning. Tidigare har jag som

längst tränat ett par timmar. Men aldrig över fyra timmar och definitivt inte i 10 timmar.

Jag använder sprutor (Tuojeo och Novorapid), inte pump. 2017 hade jag FGM - Freestyle Libre.

Jag hade ett väldigt svajigt blodsocker under loppet 2017. Inför loppet sänkte jag basaldosen (kvällen innan) på rekommendation från vården och tog insulin till frukosten på sena natten/tidig morgon. Jag hade högt socker natten innan och fick aldrig riktigt kontrollen över sockret någon gång under en 48h period från kvällen innan till kvällen efter.

Jag bestämde mig kort efter 2017 års Vasalopp att en gång är ingen gång och att jag skulle på det igen. Jag ville tre saker. 1. Kontrollerat BS (eller åtminstone veta orsak och verkan) 2. Bli bättre på skidor 3. Visa att det går med diabetes, karnär med fullspäckt schema och småbam.

Vasaloppet 2018 blev bättre på alla fronter

Jag kom, som en av åtta typ 1-diabetiker från Sverige, med i det som heter Ski Team Novo Nordisk som är en del av Novo Nordisk engagemang Changing Diabetes. Målet var att vi skulle åka Vasaloppet som ett team. Inte nödvändigtvis tillsammans då erfarenheterna i skidspåret, ambitioner om sluttid och erfarenhet av diabetes varierade. Men som grupp hjälpas åt i förberedelserna inför



Erik Öster

loppet. Som diabetiker, i min mening, är kunskap från andra diabetiker värt så otroligt mycket. Utbyte av erfarenheter, egenheter, tips och tricks har varit fantastiskt. Men att prata med någon som verkligen förstår vad man menar och vad man verkligen känner är för mig helt ovärderligt och ovant. Kan berätta hur mycket som helst om just det, men enkla att få bra information här <http://www.novonordisk.se/om-novo-nordisk/changing-diabetes.html>

Huvudtaktik 2018 – Ej sänka basaldosen, skipa snabbverkande (förutom till frukost) och tillföra kolhydrater kontinuerligt under hela loppet istället för att mixtra med insulin doserna.

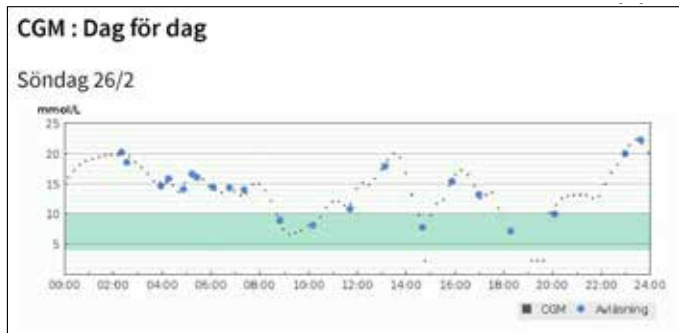
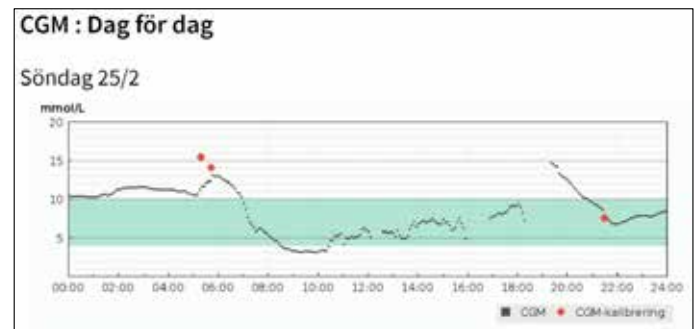
Jag hade också fått möjligheten att prova CGM över Vasaloppet vilket hjälpt mycket i min egen förståelse kring vad som påverkar mitt BS innan, under och efter träning.

Blodsockret

Har lagt in en bild över min BS-kurva nedan.

Tyvärr gick jag lite hög under natten. Sannolikt nerver som spelade in.

På morgonen kom inte det förväntade adrenalinpåslaget i den utsträckning som jag trodde vilket gjorde att jag gick låg ca 30 minuter efter start. Följande två timmar låg jag stabilt mellan 3-3,5 i BS vilket såklart inte är optimalt och skapade en viss stress. När jag väl fått upp sockret låg

Blodsockerkurva 2017. Start 07.30, målgång 17.30**Blodsockerkurva 2018. Start 07.30, målgång 17.30**

BS kring mellan 5-8 resten av loppet. Som går att utläsa av kurvan är värdena lita hackiga. Jag är rätt säker på att det beror på att det var så kallt som det var (-25 grader). När jag gick i mål stack sockret uppåt trots att jag tog 3E snabbverkande insulin direkt för att dämpa adrenalin som fortfarande jobbar på. Det räckte inte, men jag låg sedan OK fortsatt under kvällen. Gjorde dock misstaget att äta sent på kvällen utan att tillföra tillräckligt med insulin då jag var rädd att gå låg under natten. Då blev jag hög istället.

Energiintag

Till råga på morgonens låga värden, frös min slang till min camelback ca 15 minuter in i loppet. I camelbacken hade jag min sportdryck som jag noga hade blandat för att fördela över hela loppet. På ryggen hade jag 60-75% av mitt planerade kolhydratintag. Resterande 25-30% hade jag i form av gels och bars i en midjeväska. Jag hade fördelat så att jag skulle dricka 60g kolhydrater/h och komplettera med 20-30g/h via gels/bars.

Dessa kunde jag äta trots -25 grader, men jag räknade ut att med gels och bars samt det som serveras i form av bullar, sportdryck, blåbärssoppa vid kontrollstationerna skulle jag klara mig ca halva loppet. Sen skulle min energi vara slut.

Jag skulle såklart ha kunnat äta och dricka brutala mängder vid varje stopp, men det är både svårt att fysiskt äta så mycket och farligt att chansa på att den energin jag äter vid kontrollstationen ska räcka till nästa som är mellan 10-15 km bort.

Efter 3 upptiningsförsök á 30 minuter av min slang, tillika att den frös ihop igen efter 10 minuters åkning beslutade jag mig för att jag kör halva loppet, sen bryter jag. Men, Ski Team Novo Nordisk hade bestämt att vi skulle ha en servicestation vid Evertsberg. Dvs halvvägs (45km) in i loppet. När jag väl kom dit efter allt strul enl ovan så hade de massor med gels och bars som de kunde ge mig. Jag packade ner så mycket jag kunde och fortsatte köra. Sportdrycken fick hänga med på ryggen som onödig vikt.

Skidåknigen

Jag hade som mål att åka på 9 timmar. Det gick inte. Efter att ha stått still ca 1,5h (med slangen) gick jag i mål på 10h 12min. Snabbare än förra året men långt ifrån mitt mål. Men med tanke på strulet med frusen slang och att jag sammanlagt åkt 40 mil i mitt liv (båda vasorna inräknat) så känner jag hopp inför framtiden. Bara att sätta nya mål.

Vad har jag lärt mig då?

En hel vasa på gels och bars går bra men är inte optimalt.

Jag har lärt mig massor både om kolhydrater, frusna slangar, och adrenalin som uteblir.

Jag ändrade inte min basal. Dvs jag tog full Toujeo-dos kvällen innan. På morgonen samma dag åt jag en vanlig frukost med vanlig dos måltidsinsulin. Så i mitt fall är det enklare att tillföra kolhydrater under aktivitet snarare än att minska insulinmängden.

Om jag jämför årets lopp med förra årets hade jag i år betydligt jämnare BS.

Jag ville som sagt tre saker efter mitt första Vasalopp 2017. 1. Kontrollerat BS (eller åtminstone veta orsak och verkan) 2. Bli bättre på skidor 3. Visa att det går med diabetes, karriär med fullspäckt schema och småbarn.

Mina egna svar

1. Kontrollen över blodsockret var ok. Iaf betydligt bättre än året innan. Natten innan behöver bli bättre framöver. Höjningen efter är svårparerad.

2. Hade det inte varit för kylan (och därmed ovanan att hantera sportdryck i den kylan) hade jag åkt drygt 1,5h snabbare än året innan. Det blev ändå lite snabbare trots allt.

3. Det går. Om du vill.

Erik Öster



Rapport från ATTD 2018 i Wien

Detta möte lockade 2920 deltagare från 84 länder varav 64 från Sverige. Interaktiva föreläsningar där vi svarade på frågor via en app var 47 stycken, 416 abstrakt.

Nya uttryck som vi tar med oss är Tid i målområdet, Svängighet och mikro carb-ing.

Vi började med förmöte i Dexcom regi CGM school. Denna leddes av Pratik Choudhary från Kings Cross i London. Snabb och intelligent man som gjord det svårt att hinna med ibland med sekund-snabba huvudräkningar. De första som introducerades var nya uttryck för olika mättekniker rt CGM = real timeCGM och is CGM = intermittenty scanner.

Resultat av Abbott studie visar att Libre ger 38% reduktion av hypoglykemier detta redovisat i studie publicerad i Lancet 2016 av Bolinder et.al.

Behandlingen spelar ingen roll för resultatet utan det som är viktigt är utbildningen av patienterna för användning av kontinuerlig glukosmätning. Med CGM bibehåller användarna lägre värden under två år.

Nattetid ger det olika resultat om du ser och hör dina värden. De som har ljudlarm för låga värden vaknar med högt värde då de äter vid larmet. Libre användare scanner på kväll och morgon ser i efterhand att de varit låga men då det inte äter extra är morgonvärdet inte lika högt.

Råd till de som använder olika typer av CGM/FGM: Använd det så mycket som möjligt, titta på värden och trender. Behöver inte vara perfekt resultat. Blir det för mycket larm, gå in och justera nivåerna. Viktigt att veta sina egna larmgränser. Ha en plan för larmen. Diskutera med någon om det som är bra eller dåligt. Ta gärna bolusdos 15 minuter före måltid, viktigt att ta sig tid att reflektera över vad man gjort och vad resultatet blev för att lära sig för framtiden. Tid i målområdet ett bättre mått än HbA1c. För att sänka HbA1c krävs ca 10 kontroller/ dag, testar man bara fyra ggr/ dag blir HbA1c > 70 mmol/mol.

När personer befinner sig i målområdet med sina värden låt pilarna avgöra hur länge du kan avvakta innan du måste kolla dig igen, värde 8 kontrollera var 15:e minut, -1 mmol kontrollera var 10-15:e minut -1 kontrollera var 5-8:e minut.

Bättre att Mikro carba med 5 g kolhydrat när blodsockret är på 5 med pil ner än 25 g kolhydrater med blodsocker på 2. Helt enkelt ligg steget före.

Tips inför måltid

↑ lägg på 10% på bolusdosen eller 0,5E

↑↑ lägg till +20% på bolusdosen eller 1 E

↓ Ta bort -10% på bolusdosen eller 0,5E

↓↓ Ta bort 20% av bolusdosen eller 1 E

Om blodsockret stiger mer än 45 graders vinkel så var bolusdosen för liten

En bra liknelse var hur ofta en golfspelare gör Hole in one, är det tur eller skicklighet när detta inträffar? Träff på green i 4-10% i sandbunkern hamnar 10%, 30% behöver minst två slag för att hamna på green. Inte lätt ens för ett proffs inte lätt för en person med diabetes att alltid dosera rätt till måltiderna, behövs oftast justeras på vägen.

Tid i målområdet pratade nästan alla föreläsare om. Vad är det optimala procenten att ligga i målområdet? Gissning var runt 60%. Konsensus för detta kommer att presenteras på ATTD nästa år i Berlin.

Ett annat råd är att räkna både kolhydratkvot och proteiner för att få bra bolusdosor. Vad det gäller protein är 100 g fritt med det som överstiger behöver insulin.

Trendlarm om CGM används är också ett sett att ligga steget före och kunna åtgärda innan det händer höga och låga blodsockervärden.

Nasalt Gluckagon! En dos tar 30 sekunder och kan inte bli fel! En studie med injektion av Glukagon visar att det blir mycket fel och tar lång tid innan injektionen blir given



Gudrun Andersson Ingela Bredenberg

ibland bara med luft eller lösningsmedel. Biverkningar huvudvärk, snuva och illamående. Ingen åldersgräns. Lång hållbarhet (3 år) i rumstemperatur. Fas 3 studier pågår och planerad lansering under 2018.

Användning av APG rapporter fråga patienten: Vad är du mest oroad för? Vad vill du arbeta med först? Viktigt att göra en handlingsplan och att ha en dialog. Arbeta vidare med en sak i taget identifiera vilka mål som ska uppnås utvärdera med snabba återbesök. Tänk på att det finns mer än en väg för att nå målet.

Detta kräver ju att vi utvecklas i att analysera all data som vi får med CGM och FGM. Hur ska all information tolkas och vad skall fokus vara på. Här behöver vi samarbeta med läkare och dietist för att få ut optimalt stöd för patienten. Mera utbildning i de olika systemen för att fokusera på rätt saker och se skillnaderna.

För er som inte har varit på ATTD så är det verkligen ett möte vi kan rekommendera så mycket handlingskraftiga tips och råd. Så för framtida planering är nästa möte 20-23 februari 2019 i Berlin.

Gudrun Andersson
Ingela Bredenberg



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 insulin. **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.**

Västra Götaland på fötter för bättre fothälsa vid diabetes

Fotkomplikationer, som fotsår, vid diabetes är allvarliga och kan leda till amputation. För Sveriges landsting och regioner är det en utmaning att bygga strukturer och effektiva vårdkedjor som förebygger och behandlar dessa komplikationer. Ett landsting som gjort en lyckosam resa mot färre amputationer är Landstinget i Värmland.

Studiebesök i Karlstad

Sedan 2004 har ett strukturerat arbete resulterat i att antalet amputationer vid diabetes halverats. För Västra Götalandsregionen (VGR), som i jämförelse med andra regioner i Sverige har höga amputationstal, är Värmlandsmodellen en inspiration. För att på plats få ta del av Värmlands strategi genomfördes ett studiebesök till Karlstad den 21 mars 2018. I delegationen, bestående av 21 personer, ingick representanter från patientföreningar, vården (fotterapeuter, sjuksköterskor, ortopedingenjörer, läkare), politiker och Regionala Diabetesrådet. Representanter från primärvård och specialistvård fanns med på besöket.

Marie Bejmo, diabetesfotkoordinator och Mats Sandström (S) hälsade VGR-delegationen välkommen till en heldag i Karlstad. Flera föreläsare redogjorde för Värmlandsmodellen.

Värmlandsmodellen

Hur Landstinget i Värmland byggt Värmlandsmodellen beskrevs av Leif Bryntesson, avd. chef Endokrin- och diabetescentrum, Mari Bejmo, Vendela Englund Burnett och Bengt Hansson, chefsläkare primärvård. Modellen bygger på en tydlig struktur, tydligt uppdrag och genomförande. Den är utvecklad i enighet mellan politiker och utförare. Styrgruppen är tvärprofessionellt sammansatt med deltagande av patientrepresentanter. För verkställande inom primärvården har kriterier för stimulanssättning för vårdcentraler

(VC) utarbetats. Vidare finns krav inför certifiering av VC och vårdrutiner för medicinska fotterapeuter har utarbetats. Sedan början av 2000-talet finns medicinska fotterapeuter anställda på VC och det finns en regionalt anställd diabetesfotkoordinator. Vårdkedjorna jobbar effektivt och i vårdkedjan har ett regionalt sårvårdscentrum inrättats. Satsningen har skett över lång tid, med bred politisk enighet och resulterat i en halvering av antalet amputationer. Innan lunch presenterade Stefan Hellstrand Tekn. Dr. och hållbarhetskonsult kalla fakta över värden som Värmlands framgång för bättre fothälsa medfört. Förutom att vårdkostnader minskat så bidrar satsningen även positiva effekter ekologiskt och socialt.

Avslutning

Innan hemfärd diskuterade delegation arbetet framåt under ledning av Ulla Hellstrand Tang, leg. Ortopedingenjör, Ortopedteknik, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Leif Sundberg och Kent Olaiisson, representanter för patientföreningen betonade att "fötterna måste komma upp på bordet" och få den vård och behandling som är rekommenderat.

Nytta

Övergripande nytta med strukturerad prevention av fotkomplikation vid diabetes är att strukturerade fotundersökningar leder till att individer som är i riskzonen tidigt kan upptäckas. Det gör att snabba insatser kan sättas in (fotvård, ortopedteknisk service, kontroller samt tillgång till



Diabetesfotkoordinator Marie Bejmo, och Mats Sandström

medicinsk expertis). Vidare är tidig prevention helt i linje med pågående satsning från Nationella Programrådet för Diabetes. Programrådet kommer före sommaren 2018 att publicera nya nationella riktlinjer för prevention av fotkomplikation vid diabetes. Satsningen syftar till att rutinmässiga fotundersökningar ska utföras enligt en basal och strukturerad standard. Lika oavsett var man bor i Sverige.

En enhetlig objektiv riskgradering av fötterna är en kvalitets- och rättvisefråga, för personer med diabetes, som rätt hanterad ger goda effekter ur genus, miljö- och hållbarhetsperspektiv. Varje fotsår som förhindras innebär att färre personer är under långvarig antibiotikabehandling. Färre fotsår leder till färre sjukbesök/sjukresor (minskad miljö- och klimatpåverkan). Sammantaget ekologiska vinster. En kostnadsbesparing (ekonomisk vinst) vid halvering av fotsår och amputationer sker. Sociala vinsterna med god fothälsa och tidig fotundersökning:

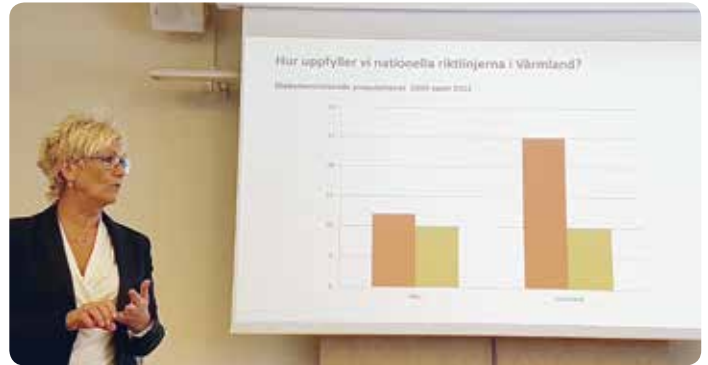
- God fothälsa -> fysiskt aktivt liv som ger lägre blodsockernivåer och minskad stress
- sårbara grupper (män och personer med lägre socioekonomisk status) kan med tidig screening erbjudas prevention och vård
- god fothälsa, utan fotsår, ger ökad möjlighet rikt socialt liv i delaktighet såväl kulturellt som fysiskt.

För referenser kontakta författaren.

Författare: Ulla Hellstrand Tang, leg. Ortopedingenjör, Med. Dr. Ortopedteknik, Sahlgrenska Universitetssjukhuset



Till vänster: Leif Bryntesson, Mari Bejmo, Vendela Englund Burnett och Bengt Hansson berättar om framgången med Värmlandsmodellen. Till höger: statistiken visar att en halvering av antalet amputation skett från 2004 till 2012. Rikets nivåer visas i de gula staplarna.



Till vänster: politiker, fotterapeuter, representanter för patientorganisationer lyssnar p föreläsarna. Till höger: Vid bordet sitter några av skaparna av Värmlandsmodellen Bengt Hansson och Vendela Englund Burnett samt personal från fotmottagning och hudcentrum i Skaraborg.



Ulla Hellstrand Tang, leg. Ortopedingenjör, Med. Dr., diskuterar visioner för bättre fothälsa i VGR. En enig delegation talade om att en rejäl satsning behövs för att få VGR på fötter för bättre fothälsa.



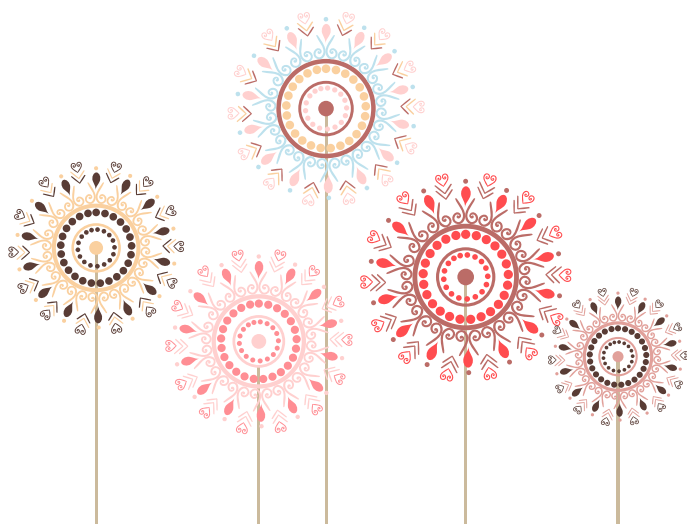
En brett sammansatt delegation besökte den 21 mars Karlstad. Stående, Johnny Bröndt (ordförande styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, (M) (SU)), Mikael Malm (ledamot i styrelsen för SU), Mirjana Vidicek, (fotterapeut VGR), Stefan Hellstrand (hållbarhetskonsult och forskare Värmland), Eva Olofsson (oppositionsråd (V) i VGR), Leif Sundberg (patientrepresentant), Anne Sörqvist ((C), ersättare i VGR regionfullmä (ktiget och ledam. av Styrelsen för beställd primärvård i VGR)), Christel Dahlström (fotterapeut VGR), Kent Olaiisson (patientrepresentant) är inspirerade av Värmlandmodellen...liksom Håkan Lösnitz ((SD), Ledamot Regionfullmäktige VGR, Ledamot Hälso- och Sjukvårdsnämnd Göteborg)), Marie Bejmo, diabetesfootkoordinatör LiV och Ulla Hellstrand Tang, leg. ortopedingenjör och forskare SU, på knä). Några delegater finns inte på gruppbilden p.g.a tidig hemfärd.



Stefan Hellstrand klagör att i en hållbar hälso-och sjukvård är ekonomiska, ekologiska och sociala aspekter sammanlänkade. Värdet av minskade amputationer presenterades.

Årets kvalitetsförbättrare

Diabetessjuksköterska Ulrika Sandgren, Sahlgrenska Universitetssjukhuset



Diabetessjuksköterska Ulrika Sandgren vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, tilldelas stipendium som årets kvalitetsförbättrare. Hon får det för sitt systematiska sätt att med gedigen kunskap och mod utveckla diabetesvården för gravida kvinnor med typ-1 diabetes som har lett fram till en tryggare graviditet såväl för modern som för barnet.

FörUlrika Sandgren lyder motiveringen:

Ulrika Sandgren har en unik förmåga att med ett personcentrerat och empatiskt sätt erbjuda kvinnor en modern diabetesvård, heter det i motiveringen. Genom frekventa besök för gravida kvinnor med typ 1-diabetes och tillämpning av all teknisk utrustning som finns att tillgå inom diabetesvården, kan kvinnorna känna sig trygga och uppnå en kontrollerad diabetes under graviditeten.

Stipendiet delades ut vid en ceremoni under SFSD:s, Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvårds, seminariedagar i Stockholm.

Stipendiet som är på 30 000 kronor är ett samarbete mellan SFSD och Sanofi.

Frågor:

Ulrika Sandgren

Annika Eliasson, pressansvarig: 0702-35 43 35



Håll koll på din diabetes, dag som natt

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



- Sänker HbA1c^{2,3}
- Mindre tid med känningar²
- Sov tryggare på natten
- Följ till exempel ditt barns glukosvärden överallt
- Godkänt för dosering av insulin¹



Kontinuerlig glukosmätning (CGM) från Dexcom 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 Lafell, 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.

Lära om och lära nytt!

Erfarenheter av att använda kontinuerlig och intermitterande glukosmätning och hur det inverkar på egenvård hos vuxna med typ 1 diabetes.

Sammanfattning

Bakgrund: Kontinuerlig och intermitterande glukosmätning har visat sig effektivt för att sänka glukosnivåer hos personer med typ 1 diabetes vilket är avgörande för att minska risken för kort- och långsiktiga komplikationer. Det är otillräckligt studerat vilka erfarenheter patienten har av att använda behandlingen och hur det kan inverka på patientens dagliga liv.

Syfte: Syftet är att beskriva erfarenheter av att använda kontinuerlig och intermitterande glukosmätning samt hur det inverkar på egenvård hos vuxna med typ 1 diabetes.

Metod: En kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer som analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Tio vuxna personer med typ 1 diabetes med erfarenhet av att använda kontinuerlig och/eller intermitterande glukosmätning intervjuades.

Resultat: Resultatet visar sig i två kategorier med tillhörande subkategorier: Nyorientering med fyra subkategorier: Trygghetsskapande, Medvetandegörande, Ständiga kvalificerade överväganden, Motivationsstärkande, och Kontrollfrämjande med två subkategorier: Flexibilitet samt Ökad självkänedom. Tillsammans bildas det övergripande temat: Lära om och lära nytt.

Slutsats: De erfarenheter som informanterna beskriver i sina berättelser kan sammanfattas med att de lär känna sig

och sin kropp på nytt. Att vara medveten och ha kunskap om hur blodsockret reagerar i olika situationer kan vara energi-krävande men ger på sikt trygghet och kontroll vilket ger en helt annan möjlighet att leva med diabetes. Diabetesvården och diabetessjuksköterskan behöver vara rustad för att stödja patienter i denna process samt vara följsam till patientens förutsättningar och mål.

Nyckelord: Typ 1 diabetes, kontinuerlig, intermitterande glukosmätning, vuxna, erfarenheter, egenvård.

Inledning

Ett av diabetessjuksköterskans viktigaste ansvarsområde är att stödja personer med typ 1 diabetes, att med bibehållen livskvalité hålla bra glukosnivåer för att minska risken att utveckla akuta och långsiktiga komplikationer. Kontinuerlig och intermitterande glukosmätning har visat sig ha positiv inverkan på glukosnivåer, men kräver kompetens hos både vårdgivare och vårdtagare gällande teknik och analys av den data och information som mätaren genererar. Ökad kunskap om patientens erfarenheter kan bidra till att skapa en trygg vårdmiljö, genom omvårdnad och stimulans till egenvård. Patienten besitter specifik kunskap om sin sjukdom och sitt sätt att leva samtidigt som diabetessjuksköterskan har fördjupade kunskaper inom diabetesvård. I mötet mellan patient och sjuksköterska dessa perspektiv förenas och patienten



erbjudas en god vård. I samarbetet är patienten ansvarig för egenvård och sjukdom, är välinformerad, har kontroll och tar konsekvenserna av sina val. Vi hoppas genom denna studie få ta del av de specifika erfarenheter som vuxna personer med typ 1 diabetes har gällande användning av kontinuerlig och intermitterande glukosmätning samt hur det inverkar på egenvård eftersom denna kunskap skulle kunna bidra till utveckling av diabetesvården. Med kontinuerlig glukosmätning avser vi i denna studie Continuous glucose monitoring, kontinuerlig glukosmätning, CGM och Flash glucose monitoring, intermitterande glukosmätning, IGM.

Bakgrund Diabetes

Det är av vikt att skilja på typ 1 och typ 2 diabetes eftersom både uppkomst och behandling skiljer sig åt (Läkemedelskommittén, 2016). Den enda likheten dem emellan är att glukoshalten är för hög (SBU, 2009). Diabetes typ 1 är en vanlig kronisk sjukdom som ofta uppstår i barn- eller ungdomsåren, de exakta orsakerna är ännu okända. Diabetes typ 1 är en autoimmun sjukdom som orsakas av att de insulinproducerande beta-celler i bukspottskörteln förstörs, därmed upphör förmågan att reglera glukosnivåer. Detta leder till att glukosnivåerna måste kontrolleras och justeras (Hanås, 2014; Lindholm, 2011). Diabetes typ 2 kännetecknas istället av insulin-

resistens, känsligheten för insulin i bland annat muskel- och fettceller är nedsatt. Ärftlighet i kombination med riskfaktorer såsom övervikt och bristande fysisk aktivitet kan bidra till insjuknande (Läke-medelskommittén, 2016).

Typ I diabetes – Etiologi och förekomst

Enligt Svenska diabetesförbundet levde det under 2015 mer än 415 miljoner personer med diabetes i världen. I Sverige lever minst 45 000 personer med typ I diabetes (Diabetesförbundet, 2017). Typ I diabetes utgör 10-15% av all diabetes och incidensen har ökat alarmerande i en takt av 3-5 procent per år (van Beers et al., 2015). Sverige har näst Finland den högsta incidensen gällande typ I diabetes bland barn och det insjuknar i Sverige årligen 700 barn i åldern 0-14 år och 400 vuxna i åldern 15-34 år, men sjukdomen kan debutera även senare i livet (Dahlquist, 2011). Orsaks sambandet är ofullständigt men sjukdomen är autoimmun. Det har även diskuterats om miljöfaktorer, virus och bakterier i tarmfloran kan vara utlösande faktorer men inga raka svar har kunnat ges (Katsarou et al., 2017). I Nationella diabetesregistret var antalet nyinsjuknade vuxna 403 under 2016 och nyinsjuknade barn 807 i åldern 0-17 år (Nationella Diabetesregistret, 2017).

Behandling vid typ I diabetes

De grundläggande delarna i behandling av typ I diabetes är insulin, kost och fysisk aktivitet. För att personen med diabetes ska lära sig att ta ansvar för sin egenvård är kontakt med ett diabetes-team en förutsättning. Målet är att med bibehållen livskvalité uppnå en så jämn blodsockernivå som möjligt för att förebygga akuta och långsiktiga komplikationer (Nathan et al., 1993).

Insulinbehandlingen är livslång och går ut på att tillföra insulin för att hålla blodglukosnivån så normal och jämn som möjligt. Regimen består av flera injektioner per dag, långverkande, basinsulin samt kortverkande, måltidsinsulin för att motverka blodglukosstegring vid måltider. Alternativen är att ha insulinpump som tillför snabbverkande insulin kontinuerligt under dygnet, basaldos, samt vid måltider ges bolusdos (Adamson, Lins, & Toft, 2011). Kolhydraträkning används ofta för att beräkna insulin dosen vid måltid, insulin dosen baseras då på insulinbehov och kolhydratmängd i måltiden (Hanås, 2014).

Kost är en del av behandlingen vid diabetes. Regelbundna matvanor bidrar till stabilare blodglukos och minskar risken för hypo- och hyperglykemi. Kostförbättringar påverkar faktorer såsom HbA1c, övervikt, höga blodfetter och högt blodtryck och på så sett minskar risken för komplikationer. Rekommendationen är kost uppbyggd av frukt, grönsaker, fullkorn, bönor, ärtor, linser och fisk samt att mättat fett ersätts med omättat och kolhydrater med högt glykemiskt index ersätts med kolhydrater med lågt glykemiskt index. Det finns ingen speciell diabeteskost som passar alla utan individuella kostråd ges med utgångspunkt i patientens önskemål och med stöd i rekommendationerna (Socialstyrelsen, 2011).

Fysisk aktivitet är viktigt, vid typ I diabetes rekommenderas det för en förbättrad hjärt-kärlfunktion och för att motverka riskfaktorer såsom övervikt, höga blodfetter och högt blodtryck. Det leder till ökad insulinkänslighet och ett ökat glukosupptag i flera timmar efter utförd aktivitet och kan leda till hypoglykemi varvid planering med kost och insulin doser krävs. Stresspåslag under den fysiska aktiviteten kan ge hyperglykemi. Egenkontroller av glukosvärde är en förutsättning för fysisk aktivitet då glukosvärdet på aktiviteten är individuellt och påverkas av många faktorer (Fritz & Krook, 2011).

I en italiensk studie gällande fysisk aktivitet hos typ I diabetiker lyfts svårigheter att hantera glukoskontroll samt rädsla för hypoglykemi fram som hinder. Det medför att många inte tränar och att de till och med tränar i mindre utsträckning än personer utan sjukdomen. Kontinuerlig glukosmätning endast eller med insulinpump har signifikant bidragit till en regelbunden fysisk aktivitet, även inom elitidrott (Codella, Terruzzi, & Luzi, 2017).

Komplikationer vid typ I diabetes

Diabetes är en allvarlig sjukdom som kan leda till förtida död. Förhöjda glukosnivåer under många år medför en ökad risk för komplikationer, framförallt en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom (Nathan et al., 1993; SBU, 2016). Socialstyrelsen tillhandahåller dödsorsaksregistret i Sverige och under 2015 avled 114 personer med typ I diabetes som en följd av sin sjukdom (Socialstyrelsen, 2015a). Tidig och intensiv behandling samt ett väl inställt blodsocker minskar risken för att

drabbas av komplikationer (Nathan et al., 1993).

Kortsiktiga komplikationer

Hypoglykemi- Vid blodsocker under 3,5-4,0 mmol/l (målvärde 4-8mmol/l) gör hjärnan allt för att få tillgång till den mängd glukos som finns i blodbanan samt från glukos lagrat som glykogen i levern, muskler och fett. Ett lågt glukosvärde ger oro, irritation och sämre omdöme. Återkommande och djupa hypoglykemier kan ge kvarstående hjärnskada och hjärtarytmier (Agardh, 2011). I sin ytterlighet finns det rapporterade dödsfall i relation till nattlig hypoglykemi, dead-in-bed syndromet (Hanås, 2014). Bristande eller ingen upplevelse av hypoglykemi, hypoglycaemic unawareness, är ett tillstånd när kroppen inte ger några signaler på att glukosnivån sjunker vilket gör patienten oförmögen att åtgärda glukosnivån (Lindholm, 2011). Vid detta tillstånd medför kontinuerlig glukosmätning en ökad känsla av kontroll, säkerhet och trygghet (Vloemans et al., 2017).

Rädslan för hypoglykemi kan bidra till att patienten väljer att ha en högre glukosnivå vilket ökar risken för långsiktiga komplikationer. Kontinuerlig glukosmätning minskar risken för hypoglykemi med bibehållen eller förbättrad glukosnivå och HbA1c. Risken för hypoglykemi är en av de största begränsande faktorerna när det gäller blodsockerkontroll och insulinbehandling (T. S. Bailey, Zisser, & Garg, 2007; Bloomgarden, Freeman, & DeRobertis, 2008; Lind et al., 2017; Pickup, Ford Holloway, & Samsi, 2015; Polonsky & Hessler, 2013; Polonsky, Hessler, Ruedy, Beck, & Group, 2017; van Beers et al., 2015).

Hyperglykemi- Den exakta nivån för hyperglykemi är till viss del individuell, ett lätt förhöjt värde 8-12 mmol/l kan ge omedelbara effekter, ökade urinmängder, ökad törst, illamående, trötthet och energiförlust. Ett kraftigt förhöjt glukosvärde leder till utveckling av ketoner (Hanås, 2014). Hyperglykemi vid typ I diabetes ger mikrovaskulära komplikationer och bidrar på lång sikt till utvecklande av makrovaskulär sjukdom såsom hjärtinfarkt och stroke (Ajjan, 2017; van Beers et al., 2015).

Diabetisk ketoacidosis- DKA. Ketonkroppar finns normalt i små mängder i blodbanan och i större mängder vid svält, då de bildas när kroppen bryter ner fett. Tillståndet utvecklas till följd av insulinbrist. Ketoacidosis är ett allvarligt tillstånd

som obehandlat kan leda till fatala komplikationer (Toft, 2011). Kontinuerlig glukosmätning kan, genom att stabilisera och göra glukosnivån känd för användaren, hjälpa till att förebygga DKA.

Långsiktiga komplikationer

Långsiktiga diabeteskomplikationer orsakas av ett förhöjt blodsocker och drabbar framförallt blodkärlen i kroppen, alla drabbas inte, det finns en individuell skillnad som är oklart varför. Makrovasikulära komplikationer är åderförkalkning och hjärt-kärlsjukdom och mikrovaskulära komplikationer drabbar ögon, njurar och nerver (Agardh et al., 2011). DCCT-studien visade att intensiv blodsockerkontroll reducerade risken för hjärt-kärlsjukdom med 42% och för hjärtinfarkt, stroke eller dödsfall relaterat till hjärt-kärlsjukdom med 57% (Group, DCCT/EDIC, & Group, 2016).

Hjärt- kärlsjukdom vid diabetes orsakas av makroangiopati som ger en ateroskleros med ett mer aggressivt förlopp. Den ökade risken att drabbas av hjärt-kärlsjukdom hör samman med metabola rubbningar samt en ökad förekomst av hypertoni. Det föreligger 2-4 gånger högre risk att drabbas av hjärtinfarkt och stroke, prognosen är sämre och risken för återinsjuknande är större än för andra (Nilsson, 2011).

Glukosmätning

Flera studier har visat att det är av stor vikt att eftersträva så normala glukosnivåer som möjligt för att minska risken för diabeteskomplikationer, egenmätning har varit och är ett mycket betydelsefullt verktyg. Genom glukosmätning och behandling eftersträvas en nivå på 4-8 mmol/l (Beme & Sörman, 2011).

HbA1c, kapillärt eller venöst blodprov som ger ett mått på en genomsnittlig blodglukosnivå under de senaste 4-6 veckorna. Högt HbA1c har stark koppling till utveckling av diabeteskomplikationer (SBU, 2009). Målvärdet för HbA1c vid typ 1 diabetes är satt till 52 mmol/mol (Läkemedelskommittén, 2016).

Egenmätning av blodglukos, SMBG- self monitoring of blood glucose, med hjälp av en mätare och tillhörande teststickor

kontrolleras blodglukosnivån vid det aktuella provtagningstillfället (Socialstyrelsen, 2015b). Denna teknik blev tillgänglig under 1970 och 80-talet och kom att bli ett paradigmskifte inom diabetesvården (Clarke & Foster, 2012).

Flertalet patienter erfar att SMBG är smärtsamt, obekvämt, tidskrävande och svårt att utföra i icke främjande arbetsmiljö (Ong, Chua, & Ng, 2014). En svensk studie visar att mindre än 50% av patienterna med typ 1 diabetes följer riktlinjerna för SMBG med minst 4 mätningar per dag, detta indikerar ett behov av ett ökat stöd för genomförandet av SMBG samt en ökad tillgång till andra verktyg för glukosövervakning (Moström, Ahlen, Imberg, Hansson, & Lind, 2017).

Kontinuerlig glukosmätning, Continuous glucose monitoring- CGM. Mäter glukosnivån i interstitialvätskan och ger ett uppdaterat värde var 5:e minut med en fördröjning gentemot plasmaglukos med omkring 8 minuter. Mervärdet ligger i att det uppvisas trender och många mätare har larm som varnar för hypo- eller hyperglykemi (Clarke & Foster, 2012; van Beers et al., 2015). Beroende på typ av glukosmätare så sätts en sensor subkutan på magen eller rygglutet och behöver bytas var 6-7:e dag (Attvall, 2017). Informationen kan sedan laddas ner, tolkas och gör att olika mönster kan utläsas vilket är användbart både för patienten och vårdgivaren (Bloomgarden et al., 2008). För personer med typ 1 diabetes och insulinbehandling har kontinuerlig glukosmätning visat sig vara effektivt för att uppnå lägre blodsockernivåer (Ajjan, 2017; T. S. Bailey et al., 2007; Fabiato et al., 2009; James, Perry, Gallagher, & Lowe, 2016; Kovatchev, Patek, Ortiz, & Breton, 2015; Lind et al., 2017; Polonsky et al., 2017; Saez-de-Ibarra, Gaspar, Obesso, & Herranz, 2005).

Klinisk användning startade under år 2000 men hade då begränsad noggrannhet, kortare användningstid och utnyttjandet var begränsat i klinisk verksamhet. Men teknologin har förbättrats under de senaste 5 åren gällande noggrannhet och pålitlighet (Rodbard, 2017). Detta har avspeglat sig i att användningen ökat och patienterna är mer nöjda med behandlingen. När tekniken först kom under år 2000 så var felmarginalen på mätningarna 20 procent, idag är felmarginalen 10 procent och väntas minska ytterligare (Rodbard, 2016).

Flash glucose monitoring, Intermittent glukosmätning- IGM, ett sensordrivet sys-

tem för glukosmätning. Glukos mäts interstitiellt, med en fördröjning gentemot plasmaglukos med 5-8 minuter. Sensor med elektrod som sitter 14 dagar i subkutan vävnad på baksidan av överarmen. Avläsning görs med en enhet som då ger aktuellt värde, trendpil samt registrerar glukosvärden även tillbaka i tiden. För att få hela dygnets kurvor får det inte gå mer än åtta timmar mellan avläsningarna. Denna mätare har ingen larmfunktion (T. Bailey, Bode, Christiansen, Klaff, & Alva, 2015). Lanserades i Sverige under september 2014.

I tabell 1 och 2 (sid 37) nedan anges Sveriges Kommuner och Landsting-SKL's indikationer för användning av kontinuerlig och intermittent glukosmätning hos vuxna med typ 1 diabetes. Ett av kriterierna ska vara uppfyllt för att behandling ska övervägas.

Nationellt vårdprogram för behandling med insulinpump, CGM och FGM togs fram med målet att nå en mer jämlik vård. Enligt NDR, använde 32% av alla vuxna med typ 1 diabetes kontinuerlig/intermittent glukosmätning 2016, det finns skillnader mellan olika landsting och diabetesmottagningar mycket relaterat till kostnad. Det finns anledning att tro att det även är relaterat till kunskap och kompetens hos behandlande klinik. Indikationerna gör gällande att 70-75 % av alla vuxna typ 1 diabetiker uppfyller kraven för användning (SKL, 2017).

Hälsoekonomiska aspekter

Hälso- och sjukvårdskostnaden för diabetes i världen var under 2015 minst 673 miljarder amerikanska dollar (Diabetesförbundet, 2017). I Sverige kostar diabetes samhället uppskattningsvis över 20 miljarder kronor (Nationella Diabetesteamet, 2016). Kostnaderna relateras framförallt till de komplikationer som sjukdomen kan orsaka (Socialstyrelsen, 2015b).

Enligt Nationella riktlinjer för Diabetesvård kommer kostnaderna för fortsatta öka relaterat till den allmänna befolkningsoökningen och att personer med diabetes lever längre på grund av bättre förebyggande behandling av riskfaktorer. Rekommenderade åtgärder inom diabetesvård ger generellt högre kostnader på kort sikt men det bör beaktas att de också kan frigöra resurser på längre sikt (Socialstyrelsen, 2015b). Ekonomiska studier indikerar att användning av kontinuerlig glukosmätning är kostnadseffektivt för samhället genom sparade

Tabell 1. Indikationer för kontinuerlig glukosmätning- CGM (SKL, 2017).

1	Återkommande problem med hyper-och hypoglykemi.
2	Återkommande problem med hyper-och hypoglykemi.
3	Personen har kvarstående HbA1c > 70 mmol/mol eller inte uppnått individuellt HbA1c mål.
4	Personen testar blodglukos frekvent och är i behov av minst 10 mätningar per dygn för att undvika hypoglykemi och/eller för att uppnå individuellt HbA1c-mål.
5	Hypoglykemisk omedvetenhet(hypoglycaemic unawareness)
6	Inför och under graviditet om svängande blod (Vuxna med typ 1- diabetes. Nationellt vårdprogram för behandling med insulinpump, CGM och FGM, 2017)glukos, hypoglykemi eller otillfredsställande HbA1c.
7	Uttalad oro och rädsla för hypoglykemi.
8	Om risk för hypoglykemi utgör hinder i arbetet.
9	Ökade möjligheter för fysisk aktivitet utan negativa effekter som episoder av hypoglykemi.

Tabell 2. Indikationer för intermittent glukosmätning- FGM (SKL, 2017).

1	Återkommande problem med hyper- och hypoglykemi där CGM inte fungerar eller bedöms behövas.
2	Personen har haft allvarlig hypoglykemi eller hypoglykemisk omedvetenhet(hypoglycaemic unawareness där CGM inte fungerat eller inte bedöms behövas.
3	Personen har kvarstående HbA1c > 70 mmol/mol eller inte har uppnått individuellt HbA1c-mål och där CGM inte bedöms behövas.
4	Personen testar blodglukos frekvent för att undvika hypoglykemi och/eller för att uppnå individuellt HbA1c-mål.
5	Hypoglykemisk omedvetenhet(hypoglycaemic unawareness)
6	Om risk för hypoglykemi utgör hinder i arbetet.
7	Ökade möjligheter för fysisk aktivitet utan negativa effekter såsom episoder av hypoglykemi.
8	Omständigheter som hindrar adekvat blodglukosmätning t.ex. samsjuklighet, funktionsnedsättning eller arbete i smutsiga miljöer eller med livsmedel.

kvalitetsjusterade levnadsår i förhållande till kostnad, mycket relaterat till minskad risk för hypoglykemi (Rodbard, 2016).

Här återges kostnaden för förbrukningen av sensorer, den del av mätningen som sitter på kroppen och byts beroende av mätare var 6 till var 14: dag. Vi återger även kostnad för teststickor baserat på 10 test per dag. Våra beräkningar baseras på ett års förbrukning med uppgifter från CLP- centrum för läkemedelsnära produkter i Västra Götalandsregionen i systemet Sesam, uppgifterna är hämtade i december 2017. Kostnaden kan skilja sig mellan olika upphandlingsområden. Vid jämförelse mellan olika sensorer ses en kostnad på mellan 13000- 31000 kronor och för teststickor 5800- 7300 kronor per patient och år (CLP, 2017).

Tidigare forskning om effekter och erfarenheter av kontinuerlig glukosmätning

År 2016 var det endast 21,2 procent som nådde målvärdet på 52 mmol/mol i Sverige (Diabetesregistret, 2017). Kontinuerlig glukosmätning är ett sätt att hjälpa personer med diabetes typ 1 att nå sina målvärden (van Beers et al., 2015). Den forskning som finns inom området är till stor del fokuserad på hur mätmetoden påverkar HbA1c nivå, hypoglykemier och livskvalité i stort (Beck et al., 2017; Lind et al., 2017; Pickup et al., 2015; Polonsky & Hessler, 2013; Polonsky et al., 2017).

Flera studier har visat att kontinuerlig glukosmätning hos vuxna ger ett lägre HbA1c jämfört med kontrollgrupp som mäter på sedvanligt sätt (Beck et al.,

2017; Lind et al., 2017). För att uppnå effekt på HbA1c behöver mätaren användas kontinuerligt, om mätningen avslutas återgår HbA1c till utgångsvärdet (Lind et al., 2017). Kontinuerlig glukosmätning ger en bättre glukoskontroll med mindre svängningar. Studier visar på minskad frekvens av och kortare tid i hypoglykemi (Lind et al., 2017; Pickup et al., 2015; Polonsky & Hessler, 2013; Polonsky et al., 2017; van Beers et al., 2015). Risken för allvarlig hypoglykemi minskar (Lind et al., 2017). Patienterna tycker att det är av värde att kunna se trenden och förhindra en kommande hypoglykemi (Lind et al., 2017; Pickup et al., 2015; Polonsky et al., 2017; van Beers et al., 2015).

Mätmetoden genererar en stor mängd komplex information om patientens

glukosnivåer, denna kan förbättra glukoskontrollen om den bearbetas (Kovatchev et al., 2015). För att det ska vara ett effektivt hjälpmedel behöver patienten, diabetessjuksköterskan och läkaren utbildas inte bara i hur tekniken fungerar, utan också i hur informationen kan tolkas och användas (James et al., 2016; Rodbard, 2016)

Resultatet i en kvalitativ intervjustudie visar att många patienter upplever frustration/vanmakt vid larm, kalibreringar, brister i glukosöverensstämmelse och med mätarens inexacthet. En del ser det som problem som ska lösas och andra upplever det som mycket frustrerande. Studien visar på en skillnad i HbA1c sänkning beroende på om patienterna går på känsla eller faktiskt analyserar sina värden och är proaktiva i sitt agerande. De som fick en HbA1c sänkning var de som analyserade sina kurvor, analysen ett viktigt inslag i egenvården för att förstå samband. Gemensamt för flertalet patienter var att de hade kroppsliga betänkligheter när det gäller att bära en kontinuerlig glukosmätare (Ritholz et al., 2010).

Kontinuerlig glukosmätning har visat sig ge patienten en känsla av kontroll över sin diabetes (Pickup et al., 2015; Polonsky & Hessler, 2013; Polonsky et al., 2017). Sömnen förbättras då de känner sig tryggare. Trots en del problem är patienternas erfarenheter övervägande positiva gällande kost, motion, livskvalité samt fysiskt och psykiskt välbefinnande (Pickup et al., 2015; Polonsky & Hessler, 2013). En påvisad förbättrad livskvalitet, signifikant förbättrat välbefinnande och minskad oro för hypoglykemi samt en ökad behandlingsnöjdhet gör att det efterfrågas forskning kring psykosociala variabler (Lind et al., 2017).

Egenvård ett centralt begrepp inom omvårdnad

Egenvård är ett centralt begrepp inom omvårdnad. Inom denna disciplin är begreppen människa, hälsa, världen och vårdandet grundläggande. Utgångspunkten är patientens perspektiv på livsvärld, upplevd kropp, lidande, välbefinnande samt vårdrelation. Omvårdnad är sjuksköterskans huvudområde och handlar om att tillgodose allmänmänskliga och individuella behov samt tillvarata den enskildes resurser för att bevara och återvinna hälsa samt lindra lidande. Omvårdnad utövas med en helhetssyn där kropp, psyke, själ och ande beaktas

(Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud, & Fagerberg, 2003). Vid typ 1 diabetes är egenvård av yttersta vikt i behandlingen. Diabetessjuksköterskans omvårdnad omfattar stöd, råd, och utbildning till personer med diabetes, för att de ska kunna ta välgrundade egenvårdsbeslut (Wikblad, 2012). Patienten ska ha kunskaper för att kunna hantera sin diabetes, själv kunna justera insulinmängd i relation till behov samt känna sig trygg och säker i det dagliga livet (Sundman, 2012). Patientutbildning är en förutsättning för en god egenvård och det kräver att vårdgivaren har rätt kompetens och pedagogisk utbildning (SBU, 2009). Effektiv egenvård har visat sig nödvändig för att förhindra negativa kliniska resultat (Zulman, Rosland, Choi, Langa, & Heisler, 2012).

Enligt HSLF-FS 2017:16, (Socialstyrelsen, 2017) avses med egenvård:

en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra. Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Enligt Nationella riktlinjer Diabetesvård är det viktigt att det finns en dialog mellan personen med diabetes och ansvariga vårdgivare för att gemensamt kunna sätta upp realistiska mål kring egenvård (Socialstyrelsen, 2015b). Genom personcentrerad vård (PCV) anpassas vården utefter individ, patienten får större inflytande och makt. Med utgångspunkt i patientens berättelse kan sjuksköterskan få insikt i patientens erfarenheter och förståelse av sin sjukdom. Inom diabetesvården har specialistsjuksköterskan goda möjligheter att arbeta personcentrerat och anpassa vården så att det stärker patientens vilja och förmåga till en god egenvård och CGM/IGM är ett sätt att ta tillvara på patientens erfarenheter och resurser. Det handlar om att skapa partnerskap för att kunna bemöta och hjälpa patienten där hen befinner sig just nu. Sjukdomen och dess inverkan på det dagliga livet skall förstås av både vårdgivare och vårdtagare för att skapa förutsättningar för att upprätta en hälsoplan (Ekman & Norberg, 2013). PCV har visat sig ge fördjupad överensstämmelse mellan vårdgivare och patient som lett till ett förbättrat hälsoutfall och ökad patientnöjdhet. Biologiska markörer är viktiga data men som bör kompletteras av patientens berättade erfarenheter av hens tillstånd. Grunden för vården domineras av objektiva data, och patientens känslor,

övertygelser samt att bedöma och utnyttja patientens resurser för sjukdomshantering, har inte beaktats i sammutsträckning (Ekman et al., 2011). I en studie lyfts fyra premisser för PCV; Att vårdaren har kompetens att fatta beslut och kommunicera samt har kunskap om tekniska aspekter och hjälpmedel i vården; Att vårdmiljön ska vara stödjande med delad makt där innovationer och risktagande ges utrymme; Gott ledarskap, gemensamt beslutsfattande, att man arbetar med patientens tro, värden, kommunikation och information; Förväntade resultat skall vara mätbara- såsom att patienten känner sig nöjd och delaktig (McCormack & McCance, 2006).

Problemformulering

Många studier belyser vikten av ett bra HbA1c och allt fler studier har visat förbättrade glukosnivåer. Det finns dock ett behov av ytterligare studier som undersöker patienters erfarenheter av att använda kontinuerlig och intermitterande glukosmätning, samt dess inverkan på de beslut som fattas rörande diabetessjukdomen dagligen. Vilka erfarenheter formar patientens bild och vilka styrkor och svagheter gällande egenvård beskrivs av dem som använder denna teknik? Och hur kan diabetessjuksköterskan och diabetesteamet ge förutsättningar till patienten att kunna använda sig av informationen som genereras genom kontinuerlig och intermitterande glukosmätning? Kunskap om dessa frågor kan bidra till förbättrade möjligheter att främja patienters delaktighet och ge förutsättningar för stöd till god egenvård.

Syfte

Syftet är att beskriva erfarenheter av att använda kontinuerlig och intermitterande glukosmätning samt hur det inverkar på egenvård hos vuxna med typ 1 diabetes.

Metod

När upplevelser, erfarenheter och syn på verkligheten ska studeras är kvalitativ metod ett sätt att få svar på sin frågeställning. En kvalitativ metod med en induktiv ansats har använts för att få en föreställning om och se mönster i erfarenheter (Billhult & Henricson, 2017; Polit & Beck, 2017). I denna studie har semistrukturerade intervjuer genomförts vilka sedan analyserats med kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004; Hällgren Graneheim & Lundman, 2017).

Urval

I denna studie har ett strategiskt urval tillämpats för att få rika beskrivningar av informanternas upplevelser och erfarenheter. Vi har eftersträvat att få en så god variation av samma fenomen som möjligt (Höglund Nielsen & Granskär, 2017; Polit & Beck, 2017), genom ålders- och könsvariation, olika typer av insulin administration samt intermitterant alternativt kontinuerlig glukosmätning. I urvalsgruppen ingår vuxna med typ 1 diabetes som vårdas vid en diabetesmottagning i Göteborgsregionen. Informanterna utgjordes av 10 personer, 5 kvinnor och 5 män. Åldersfördelningen var mellan 20-74 år. I urvalet finns 4 informanter med kontinuerlig glukosmätare och 6 med intermitterant glukosmätare, 3 informanter som använder insulinpump och 7 som använder insulinpenna.

Datainsamling

Patienter som behandlas vid en diabetesmottagning i Göteborgsregionen utgjorde basen för rekrytering. En diabetesjuvsköterska vid mottagningen identifierade informanter som uppfyllde inklusionskriterierna. De utvalda kontakades via telefon och blev tillfrågade om deltagande i studien. Alla 10 tillfrågade gav sitt samtycke till att medverka, alla fullföljde och deltog i intervjun.

Intervjuerna utfördes under november och december 2017. Informanterna bokades in till intervjutillfällen enligt önskemål. En semistrukturerad intervju per informant genomfördes och en intervjuguide med öppna frågor användes för att gestrukturet och stödundersamtalen (bilaga 1). Informanterna fick välja om de önskade bli intervjuade i sin hemmiljö eller på diabetesmottagningen, alla valde det senare alternativet. Intervjuerna genomfördes ostört i ett samtalsrum på diabetesmottagningen. Intervjuaren hade ingen tidigare kännedom om informanten. Intervjuerna varade mellan 20-45 minuter, spelades in och transkriberades i direkt anslutning till samtalet. Vid transkriberingen togs alla personuppgifter bort och intervjuerna anges med nummer för att säkerställa konfidentialitet.

Forskarnas förståelse

Enligt Polit & Beck (2017) är det av vikt att se till forskarnas förståelse kring fenomenet som studeras, de måste finnas en medvetenhet om förståelsens inverkan på såväl datainsamlingsprocess som slutresultatet. Denna studie har

författats av två diabetesjuvsköterskor: Den ena har förståelse i form av att leva med typ 1 diabetes under 41 år och har använt kontinuerlig glukosmätning under fem år. Har arbetat som diabetesjuvsköterska på diabetesmottagning under 4 år och utgångspunkten är att alla reagerar olika och ingen person med diabetes är den andra lik. Den andra har arbetat som sjuvsköterska inom internmedicin och geriatrik i slutenvården i 12 år, har en bred medicinsk kunskap samt ett stort intresse för diabetesvård och personcentrerad vård. Hon har arbetat som diabetesjuvsköterska i primärvård i 3 år och har 18 års personlig erfarenhet av att vara nära anhörig till en person med typ 1 diabetes.

Dataanalys

I denna studie är målet att uppnå en bred och innehållsrik beskrivning av patienternas upplevelser och erfarenheter av att använda kontinuerlig glukosmätare, där av har en kvalitativ innehållsanalys valts som analysmetod. Vid innehållsanalys kan forskaren dra slutsatser baserade på inhämtad data och binda ihop beskrivningar vilket kan generera en teori. Analysmetoden innebär att forskaren redan vid intervjutillfället påbörjar sin bearbetning, en fördjupning sker i samband med transkribering och upprepad inläsning av textmaterialet (Hällgren Graneheim & Lundman, 2017). I denna studie tar båda författarna del av allt intervjumaterial. Transkriberingen genomfördes av den som genomfört intervjun vilket innebär att vi transkriberade fem var.

Vid kvalitativ innehållsanalys identifieras domäner, meningsbärande enheter som kondenseras, abstraheras och kodas, koderna kategoriseras och delas in i teman. Domän utgörs av delar av en text som handlar om ett visst område, vid intervjuer kan olika frågeområden i intervjuguiden utgöra olika domäner. Meningsbärande enhet är en del av texten som har ett meningsbärande innehåll, det kan vara ord eller stycken i en mening som hör ihop genom sitt sammanhang. Kondensering innebär att texten görs kortare och mer lätthanterlig, endast det centrala innehållet bevaras. Nästa steg är abstrahering, vilket handlar om att definiera det egentliga innehållet och lyfter det till en högre logisk nivå. Abstrahering skapar en kod som fungerar som en slags etikett på meningsenheten. Koderna ska knyta an till meningsenhetens sammanhang, studiens syfte och

fungera som ett redskap för reflektion (Hällgren Graneheim & Lundman, 2017).

I denna studie lästes textmaterialet igenom flera gånger, meningsbärande enheter markerades och kondenserades till koder, denna del av analysen gjordes först enskilt. I nästa steg jämfördes, diskuterades och analyserades materialet gemensamt för att säkerställa att kodernas innebörd var korrekt. Vissa koder kom att justeras då vi gemensamt hittade bättre begrepp för innebörden. Under analysen gick vi vid flera tillfällen tillbaka till den ursprungliga intervjutexten för att kontrollera sammanhang.

Nästa steg är kategorisering, i detta moment samlas koder med liknande innehåll i en kategori. Det är viktigt att inga data faller utsluts eller sorteras in i två kategorier (Hällgren Graneheim & Lundman, 2017). Koderna i denna analys kom sedan att resultera i två kategorier med tillhörande subkategorier. Tematisering är att binda samman det latent innehåll i ett antal kategorier, det handlar om att lyfta fram gemensamma nämnare i kategorier för att skapa en förståelse för vad det handlar om (Hällgren Graneheim & Lundman, 2017). Kategorierna i denna studie har utmynnat i ett övergripande tema.

Graneheim och Lundman (2004) menar att det alltid blir någon form av tolkning, texten kan vara mer eller mindre djup genom manifest eller latent innehållsanalys. Vi har valt att göra en tolkning för att få fram det latent innehåll.

Etiska överväganden

Forskningsetik styrs av lagar för att skydda människors integritet: Lag 2003:460 om etikprövning av forskning som avser människor, samt att skydda tilltron till vetenskap: Lag 1992:1434 Högskolelag. Personuppgiftslagen 1998:204 är ett redskap för att skydda känsliga personuppgifter. Studier som utförs inom ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå innefattas inte av etikprövning men kontrolleras under handledning och ansvar av en forskare med erforderlig vetenskaplig kompetens (Cöster, 2014).

De fyra forskningskraven är Informations-, Samtyckes-, Konfidentialitet- och Nyttjandekravet. Forskningspersonsinformation lämnades till samtliga deltagare före intervjun och ett informerat samtycke lämnades muntligt. Det är

Tabell 3. Exempel på analysprocessen av insamlad material.

Meningsbärande enhet	Kondenserad enhet	Kod	Kategori
att sockret kan ändra sig så många gånger på en timme tycker jag är ofattbart	sockret kan ändra sig många gånger på en timme	insikt om förändringligt socker	Nyorientering
jag har lärt mig ungefär att jag ska ha is i magen för att jag ser att det går upp efter maten och det är klart att det har det gjort tidigare också	har lärt mig att ha is i magen när jag ser att det går upp efter maten för det är klart att det har det gjort tidigare också	anpassa doser efter vad man ser	Kontrollfrämjande

viktigt att förmedla att deltagandet är frivilligt och om informanten väljer att avbryta så innebär det inga konsekvenser gällande kommande kontakter eller vård. Den etiska kvaliteten är kontrollerad av handledare och studien är godkänd av verksamhetschef på berörd enhet. Deltagarna är informerade om att insamlad material avkodas och kommer att destrueras, i presentation av resultat kan inte enskild informant identifieras (Etikprövningsnämnden, 2017; Vetenskapsrådet, 2002). Alla informanter har erbjudits att ta del av resultatet av studien.

Risk- nytta analys, Resultatet av vår studie förväntas bidra till ökad kunskap om hur det är att använda kontinuerlig glukosmätning vilket kan användas i diabetesvården i mötet med patienter. Studien förväntas inte medföra några risker men en tänkbar konsekvens är att det skulle kunna väcka känslor eller frågor hos deltagarna. Vid frågor gällande sin diabetes ombads patienten att vända sig till sin ordinarie diabetessjuksköterska för uppföljning. Vid frågor gällande studien finns våra kontaktuppgifter på den forskningspersons information som alla informanter fått (bilaga 2).

Resultat

Studiens resultat presenteras i ett övergripande tema Lära om och lära nytt. Informanterna har fått lära om på nytt då de genom att använda CGM/IGM får så mycket mer information vilket kan uppfattas som både positivt och negativt. Kategorin Nyorientering med underliggande subkategorier beskriver de erfarenheter som informanterna lyfter i sina berättelser. Kategorin Kontrollfrämjande med subkategorier svarar an mot syftet hur CGM/IGM inverkar på egenvård. Till varje subkategori lyfts citat från informanternas berättelser.

Tabell 4. Kategorisering

Lära om och lära nytt	
Kategori	Subkategori
Nyorientering	Trygghetsskapande
	Medvetandegörande
	Ständiga kvalificerade överväganden
	Motivationsskapande
	Flexibilitet
Kontrollfrämjande	Ökad självkänedom

Nyorientering

Informanterna beskriver i sina berättelser en nyorientering, de har genom att använda CGM/IGM lärt om sitt liv med diabetes på nytt, de beskriver att trenden över dygnet hjälper dem att se helheten.

Att se kurvan av den här maten så gick det så här och av den här maten så gick det så här, ibland ser man en pyramid och ibland ser man en kulle i trendkurvorna, jag vet mer och jag är mer medveten, jag har lättare att fatta beslut när jag har trend och sockervärde, jag har verkligen så mycket mer information och jag vet lättare vad jag ska göra, det känns som om innan

hade jag typ ett papper med information och nu helt plötsligt så har jag en stor fet bok med information och det blir så mycket lättare att se vad jag ska göra, först när man får den så ser man siffran och sedan efter ett tag så ser man pilarna och ser trender, och sedan ser man kanske typ ett mönster att det upprepas liksom.

Informant 10

D-UPPSATS

Nyorienteringen blir på sikt trygghets-
skapande då informanterna får bättre
kontroll, medvetandegörande då de lär
känna sin kropp och hur den reagerar i
olika sammanhang. Informanterna be-
skrev att livet med CGM/IGM är ett an-
nat sätt att leva, ett nytt liv och det första
som gör att man kan leva mer normalt.
Ett liv utan mätaren skulle innebära en
stor osäkerhet, besvikelse och ett stort
handikapp. Mätaren har blivit en del av
livet och att vara utan skulle vara som att
gå tillbaka till istiden. CGM/IGM leder
också till ständiga kvalificerade övervä-
ganden där de tvingas till reflektion och
åtgärd vilket i sin tur ger erfarenhet som
kan vara motivationsskapande.

Trygghetskapande

Den första tiden vid uppstart beskrivs
som jobbig, en del kände sig sjukare.
Många andra hade trott att de kunde allt
om sitt blodsocker men plötsligt fick de
se svart på vitt hur deras blodsocker
reagerar, vilket kunde vara svårt att ac-
ceptera och vänja sig vid. En del beskrev
att de blev fixerade och andra blev alltför
för resultatnriktade.

*Det tog väldigt lång tid att vänja sig liksom,
att lära hur den reagerade med just min
kropp, jag upplevde det som den var miss-
nöjd hela tiden, vad var fel. Jag hade ju haft
diabetes i 20 år innan CGM och jag tyckte
ju att jag kunde saken och hade koll på
läget och så kom den här och ställde allt
på ända.*

Informant 5

De flesta beskrev att de hade fått bra
introduktion och bra stöd av sin diabe-
tessjuksköterska vid uppstart. En infor-
mant menade att äldre personer kan ha
ett större utbildningsbehov då de inte
har tekniken med sig.

*Olika generationer har olika behov, min
erfarenhet är att i min anmärkningsvärda
ålder, jag brukar skämta att jag överlevt
mig själv, är man lite långsammare i sin
utveckling när det gäller tekniken, man har
vissa steg att ta och det gör ju också att
man har behov av att dela erfarenheter
men andra, det finns ett starkt behov.*

Informant 9

CGM/IGM beskrevs efter en tid ge ett
lugn, minskad oro och bättre kontroll
vilket upplevdes skapa trygghet. Blod-
sockret svängde mindre, de kunde se var
blodsockret var på väg inför natten,
mindre oro för hypoglykemi och bättre
sömn. Informanterna beskrev en upp-

levd trygghet inför och under bilkörning
då det är enkelt att kontrollera sitt blod-
socker. Det innebar också trygghet i
samband med fysisk aktivitet, resor, bad
och nöjen.

CGM/IGM uppgavs också innebära
trygghet för både individen och dennes
närstående då omgivningens förståelse
för sjukdomen ökar. Det har blivit enk-
lare för dem att kontrollera blodsocker-
nivån vid misstänkt hypoglykemi och vid
hypoglykemi med aggressivitet. I en be-
rättelse behöver hustrun inte längre till-
kalla ambulans då antalet hypoglykemier
minskat. I de patientberättelser där
CGM med larm används beskrevs lar-
met indikera blodsockerförändringar
även till närstående.

*Hon(hustrun) tycker ju också att det är
himla härligt, Hon känner ju också lugn och
ro och vågar sova. Och likadant så har hon
ju hela tiden när jag ska gå ut, har du tele-
fonen med dig, har du dexcomen med dig
och har du socker med dig? Vi tänker på
det gemensamt.*

Informant 6

Vissa informanter uttryckte en rädsla för
att bli av med sin CGM/IGM då det
skulle leda till en stor osäkerhet, de har
blivit beroende av informationen som
mätaren ger och tycker att den har gett
dem ett nytt liv. Det uttrycks en rädsla
för att hög ålder kan medföra att de inte
blir prioriterade för tillgång till CGM/
IGM samt en rädsla för att inte kunna
sköta det själv i framtiden.

Medvetandegörande

Enligt informanterna medför användan-
det av CGM/IGM att ny kunskap inhämtas,
de har kommit till insikt och har tagit
lärdom vilket lett till ett medvetandegö-
rande. En del beskriver en "Aha upple-
velse", de har lärt känna sin kropp och
hur den reagerar i olika sammanhang.
Några informanter upplever att det
ibland inte finns någon förklaring till var-
för det blir som det blir.

*Man lär känna sig själv lite bättre tack
vara det här systemet och det var så
dags....70 bast.*

Informant 4

*Att sockret kan ändra sig så många
gångar under en timme tycker jag är helt
ofattbart, man kan vakna med 9,5, och det
tycker jag är lite högt, och så kanske man
tänker att jag hoppar in i duschen och så
gör man lite ditten och datten och så är
man helt plötsligt nere på 3,5, det tycker*

*jag är ganska fantastiskt, så jag tycker att
folk som inte fattar det här med diabetes
ja ja man kan ju ligga på 17 med det kan
ju faktiskt gå ner lite av sig självt man be-
höver inte vara slarvig diabetiker utan det
kan ändra sig. Och att man med appara-
ten också kan se när det är stressigt på
jobbet, man tror man åker ner men de
flesta gångerna så åker man faktiskt upp
i blodsocker, det hade jag aldrig kunnat
kolla med en vanlig eller haft intresse av att
kolla med en vanlig blodsockermätare, det
hade jag aldrig gjort.*

Informant 3

Informanterna beskrev hur ilska höjer
blodsockret, stress påverkar blodsock-
ret, mycket svängningar leder till att man
mår dåligt och jämt blodsocker leder till
att man mår bättre. Med hjälp av CGM/
IGM har de börjat kunna analysera, se
mönster och få bekräftat vilket leder till
större förståelse för förändringar i blod-
sockernivåer. Det beskrevs som att de
får ett kvitto. Den ökade medvetenhe-
ten medför att det blivit lättare att han-
tera sjukdomen, det är lättare att våga
avvakta, att ha is i magen men också att
hinna åtgärda innan det uppstår allvarliga
situationer.

*Vid mina promenader, när det är jobbigt, är
jag bara trött eller är sockret på väg ner?
då är det så himla smidigt att bara kolla
av så kan man tugga socker eller gå vidare.*

Informant 7

*Jag rannsakar alltid mig själv, vad gjorde jag
i går vad borde jag ha gjort och igår hade
jag kaffemöte och lussekatter och så hade
jag mycket annat så jag var inte ute och
tog min promenad och det märkte jag di-
rekt, jag märker direkt om jag ändrar mitt
rörelsemönster och sen är det lättare att
planera och om det visar rakt upp eller rakt
ner så sätter jag in insatser men är det
snett uppåt eller snett neråt så avvaktar
jag för vissa livsmedel tar längre tid.*

Informant 9

**Ständiga kvalificerade
överväganden**

Flera beskrev att de hade önskat att få
tillgång till mätaren tidigare då det är
svårt att lära om tidigare beteenden och
vanor. Uppstarten var energikrävande
då mycket ny kunskap skulle tas in, en del
blev i början allt för resultatnriktade och
fick ett allt för stort kontrollbehov. En
informant beskriver att det initialt störde
arbetet mycket, då mätaren larmade i
oönskade situationer och att hon borde

D-UPPSATS

varit ledig i samband med uppstart. Det har kostat energi och man måste vara tålmodig och hårda ut. Att acceptera skillnaden mellan värdet i plasma och värdet i vävnadsvätskan var till en början svårt, vilket initialt medförde fler blodsockerkontroller med vanlig blodsockermätare för att bekräfta värden.

I början så var jag lite fixerad vid det för att jag upplevde själv efter ett tag att jag tittade lite för mycket om man säger så.... jag blev fixerad vid just det här att det alltid ska vara bra, kan man kalla det resultatriktning.... det blev mycket mer provtagning med sticka så i början eftersom man inte trodde att det stämde.

Informant 4

Några berättade hur den tydliga blodsockerkurvan och trendpilarna initialt bidrog till allt för mycket korrigeringsdoser vilket gav för låg blodsockernivå. En informant tycker fortfarande att pil rakt upp (snabbt stigande blodsocker) är det svåraste då det är lätt att överdosera insulin.

Om de går rakt uppåt där är väl det lilla negativa eller det som man kan luras lite grann att man överkompenserar med insulin i vissa lägen särskilt på kvällen om jag bara tagit en kvällsmacka, har jag tränat innan så brukar jag inte behöva ta något insulin ens, men har det liksom gått på en nivå till exempel 14 så är pilen fortfarande rakt upp där har jag insett att jag ska skita i för det har hänt vid flera tillfällen och det handlar nästan utslutande om när jag tränat på kvällen att jag är för låg kanske tom under ett par timmars tid under natten efter det för att jag överkompenserat.

Informant 2

CGM/IGM kräver ständiga kvalificerande överväganden och medvetna beslut. Att få mycket information är positivt men beskrevs också som jobbigt. Glukoskurvan kräver reflektion för förbättrad kontroll. Den är ett hjälpmedel för att utvärdera och analysera men det kostar energi och kan bli alltför krävande. En del informanter beskrev att oförklarliga värden kan skapa frustration, genom att vara jobbigt och kräva olika åtgärder. Glukosvärdet är hela tiden närvarande och upplevs ibland som stressande då värdena inte kan ignoreras utan kräver aktiva åtgärder. Trots detta beskrevs CGM/IGM vara värt ansträngningen och fungera som ett stöd för egenansvaret.

Det är jobbigt att veta mycket med det är också bra att veta mycket, det innebär att

du måste agera mycket också, det är påfrestande, man måste ta chansen att nå bättre värden, vad ska jag göra nu tänker man. Man kan inte bara skita i det i ett par timmar man får ju kontinuerlig information och det ger konsekvenser, det skriker.// När det fungerar bra, då är det en hjälp, då blir det mer att man kan slappna av i att den har koll på läget jag behöver inte ha koll själv.

Informant 5

Motivationsstärkande

Flera informanter beskrev att CGM/IGM ökar motivationen att sträva efter bättre värden, och att ta bättre hand om sig själv. De beskrev att mätmetoden har skapat en helt annan möjlighet och hjälper dem i vardagen. Livet blir mer harmoniskt med ett mindre svängande blodsocker. Det är lättare att vara spontan och man inte måste planera allt i förväg.

På sommaren man kan gå och bada med den här på och det känns också bra att veta, det är så mycket såna grejer, jag tog prov 8-9 gånger förut för att vara säker och så där, man vill ju inte gå och bada om man ligger på 4,2, nu tittar jag bara och så går vi och badar. Ofta är det min brorsa som säger kom så går vi och badar och för han som inte har diabetes så är det självklart med då tittar jag och säger ja då går vi.

Informant 6

Att analysera kurvor, trender och mönstre och justera beskrevs av vissa som roligt vilket också verkar motivation stärkande. Det har inneburit en ökad förståelse från omgivningen och att närstående kan vara mer delaktiga och engagerade. Flera informanter beskrev att CGM/IGM är mer socialt accepterat, det har blivit lättare att vara öppen med sin mätning, de känner ingen skam. De kan numera mäta utan att det är obekvämt för dem själva eller för omgivningen. Öppenheten bidrar till utbyte av erfarenheter, det blir mer naturligt att prata om diabetes.

Man ser på badstränderna nu när man kommer med knappen det blir jag väldigt glad när jag ser.

Informant 1

Kontrollfrämjande

Enligt informanterna bidrog CGM/IGM till ett ökat antal mätningar per dygn vilket gav en bättre, mer exakt blodsockerkontroll. De beskrev alla upplevelse av

kontroll genom den ökade mängden information och aktuella blodsockernivåer, vilket initialt beskrevs vara en stressande faktor, att hela tiden vara medveten om hur glukosnivån ligger kräver att patienten agerar men också ges möjligheten att avvakta aktion.

Kontrollfrämjandet innefattar flexibilitet att med hjälp av trendpilarna kunna fatta beslut framåt gällande fysisk aktivitet, kost och insulindosering i olika sammanhang. Självkänedom om hur just patientens blodsocker reagerar i olika situationer ger en säkerhet i beslutstagande och mod att våga genomföra aktiviteter med en lägre blodsockernivå. Kvalitetssäkrande konsekvenser relaterat till ett ökat antal mätningar och att tillförlitligheten är högre och mer exakt vilket medför att patienten inte behöver misstänka hur glukosnivån ligger utan för ett exakt värde i realtid. Detta ger sammantaget en ökad kontroll och ett stöd för de upprepade beslut gällande egenvård de måste fatta dagligen. Vardagliga saker såsom var sensorn ska sitta, när den ska bytas, hur den ska bytas, var sakerna ska vara, hur huden ska vårdas och vilka kläder som ska användas behöver beaktas.

Det är ju egentligen detta, att det bygger ju väldigt mycket på egenvård och eget ansvar och egenkunskap, diabetessjuksköterskan kan ju bara råda mig vad jag skall ta för insulin, men egenvård är ju jag som själv har ansvaret för, hur mycket insulin jag pumpar i mig, hur många gånger jag kollar, vad jag äter, alltihopa.

Informant 7

I början hade jag hudproblem men sedan lärde jag mig hur jag skulle göra och då försvann det.

Informant 9

Flexibilitet

Informanterna hade alla tidigare behövt sticka sig i fingrarna för kontroll av blodsocker och genomgående beskrev de att CGM/IGM som mätmetod är mer flexibel och bekvämt. De slipper nu ha blod på händerna och kläderna samt slipper sönderstickna fingrar och smärta. Det har blivit enkelt att mäta innan, under och efter aktiviteter i det dagliga livet. Det går att mäta överallt, det går att mäta genom kläderna, det går fort, är smidigt och det stör ingen annan. Samtliga informanter hade med hjälp av CGM/IGM på olika sätt anpassat och optimerat kosten, insulinmängder och fysisk aktivitet utifrån sin blodsockernivå.

D-UPPSATS

Det blir ju nästan som ett tix att man går runt och mäter blodsocker stup i kvarten, för man vill ha koll, och det gör jag med eller mindre medvetet, så det blir betydligt tätare blodsocker.

Informant 2

Ibland kan man få för sig att gå en sväng fast man inte tänkt det innan och då kanske det sjunker lite för snabbt och då stannar man, äter socker och går vidare och då är den (mätaren) ju ovärderlig.

Informant 4

Om jag ligger högt tar jag insulin en halvtimme innan jag börjar kaka och om jag äter kolhydrater till frukost så tar jag insulin 15 minuter innan.

Informant 10

Man är väldigt beroende av den, man går inte ut och springer eller tar en långgrund med hunden utan att ha mätaren med sig, det skulle jag aldrig våga.

Informant 3

Ökad självkänedom

CGM/IGM har enligt informanterna medfört att de lättare och snabbare kan utvärdera insatser och förbättra åtgärder. Genom att hitta mönster i trendkurvor har de kunnat lära sig hur olika situationer påverkar dem och de har förändrat kosten, insulindoser och aktiviteter för att uppnå en bättre glukoskontroll. Pilen som visar om värdet är på väg upp eller ner, och hur fort, är enligt informanterna minst lika betydelsefull som värdet och medför att besluten som fattas kring egenvård är säkrare.

Ibland när pilen går rakt upp så kan man luras lite till att överkompensera med insulin, men nu när jag lärt mig den så tänker jag till istället.

Informant 2

Om jag ligger på 5 med pil ner kan jag äta en clementin utan att ta insulin, innan när man stack sig i fingret så visste man ju inte om det var på väg upp eller ner eller var stabilt.

Informant 10

Informanterna berättade om minskat antal hypoglykemier samt mindre allvarliga hypoglykemier då de nu hinner åtgärda innan det blir för lågt.

Jag fångar upp de låga värdena mycket snabbare och det behöver inte gå så lågt.

Informant 3

I flera berättelser framkom det att informanterna i större utsträckning vågar vara fysiskt aktiva då CGM/IGM gör att de känner sig säkrare. Det handlar om mod att våga avvakta med att äta, mod att avvakta med korrigeringsdos eller att äta tidigare, korrigera tidigare.

Med mätarens hjälp så kan jag tycka att man kan vara lite tuffare och ha lite is i magen, man behöver inte stoppa i sig Dextrosol med en gång.

Informant 3

I informanternas berättelser framkom hur möjligheten till egenvård påverkats då de lärt sig hur just deras blodsocker reagerar i olika situationer såsom vid menstruation, vid början till sjukdom, vid sjukdom, att blodsockret kan stiga när man tränar riktigt hårt, att olika typer av fysisk aktivitet påverkar blodsockret olika och att stress påverkar blodsockret på olika sätt.

Vid sjukdom, blodsockret stiger innan symptom...nu börjar jag bli dålig och då ligger jag högre hela tiden och då tar jag tre enheter istället för två.

Informant 6

En berättelse handlade om att minska påverkan på blodsockret av glädjestress genom att aktivt tänka på att inte vara så glad.

Jag har haft resfeber i hela mitt liv men inte när jag ska köra bil någonstans men det har jag tydligen, för jag kör till Stockholm ibland och jag upplever att i Borås, Jönköping, höga värden varje gång och det spelar ingen roll vad jag gör och jag är lugn, jag har kört bil i hela mitt liv yrkesmässigt så jag är inte ett dugg stressad, men det kom vi på här när vi resonerade att jag kan ha glädjestress av att komma iväg och göra något, det är ofta att åka till barnbarnet och sist förra gången jag körde upp var det bättre och jag tänkte intensivt på att inte vara så glad.

Informant 4

Flera informanter har minskat på intaget av de kolhydrater som de via CGM/FGM märkt höjer blodsockret en del har ersatt snabba kolhydrater med långsamma eller bytt ut till exempel bröd mot proteinbröd. De har också anpassat mängden mat vid olika måltider, ändrat måltidsordning till exempel lagt huvudmål tidigare på dagen då de upptäckt att deras glukoskontroll blir bättre. Den ökade mängden kontroller per dag medför att informanterna enkelt kan utvär-

dera hur olika livsmedel påverkar blodsockret för just dem.

Jag ser svart på vitt vad som händer med mitt blodsocker och tar jag en liten godis så sticker blodsockret rakt upp och jag behöver mer insulin än jag kunnat tro.

Informant 7

I informanternas berättelser framkom att CGM/IGM bidrar till att de i större utsträckning tar rätt insulinmängd, genom analys av mönster samt trendpilar lär de sig hur de själva reagerar i olika situationer. De ses som positivt att kunna se om de är på väg upp eller på väg ner i blodsocker samt hur fort det går.

Jag behöver inte chansa det blir ju inte det där vanliga ungefärliga insulindoserna utan det är mer exakt.

Informant 4

Jag hinner reagera på det låga innan det blir jättelågt och det höga innan det blir för högt.

Informant 8

En informant berättade att hon sedan hon börjat använda CGM/IGM valt att sluta träna judo, nedanstående citat säger en del om vilka val en del patienter ställs inför.

Jag har svårt att tro att man inte skulle vilja ha en om man förstår hur mycket den hjälper en nackdel är ju att något sitter på kroppen hela tiden jag kan inte träna judo längre då den lossnar, det spelar ingen roll var jag sätter den, svetten, närkontakten av slag och slit gör att den lossnar, jag har ändå tränat judo i 10 år där önskar jag att man kunde ha en inopererad, om man sover tillsammans med någon så kan man riva någon.

Informant 10

**Diskussion
Metoddiskussion**

Syftet var att beskriva erfarenheter av att använda kontinuerlig och intermittent glukosmätning samt hur det inverkar på egenvård hos vuxna med typ 1 diabetes. Studien genomfördes med en kvalitativ metod och induktiv ansats då syftet var att ta del av informanternas erfarenheter. Semistrukturerad intervju valdes som datainsamlingsmetod då författarna ville ta del av informanternas personliga beskrivningar och erfarenheter. Valet av metod och ansats var relevant i relation till syftet. En svaghet var att författarna inte tidigare genomfört kvalitativ forsk-

ning och intervjuer. Forskarrollen skiljer sig från vår vådarroll. Intervjusituationen var ny, det vi upplevde som svårast var att bara lyssna utan att ge råd. I denna studie har vi båda genomfört intervjuer och genomfört alla delar av analysen gemensamt vilket ökar tillförlitligheten. Vid intervjuerna har en intervjuguide använts som stöd och för att säkerställa datainsamlingen. I intervjusituationen blir forskaren medskapare vilket gör att resultatet inte är oberoende (Hällgren Graneheim & Lundman, 2017)

Det strategiska urvalet av 10 informanter gjordes för att säkerställa att eventuella variationer framkom, dock blev åldersvariationen stor vilket kan ha inverkan på resultatet då erfarenheterna kan skilja sig åt i olika åldersspann. En svaghet är att en del informanter hade CGM med larm vilket ger andra erfarenheter än IGM, det hade varit intressant att i framtida studier särskilja dessa. I vår studie har tiden för att söka ytterligare information genom fler intervjuer varit begränsad. Ett nästa steg hade varit att intervjua patienter som valt bort CGM och ta del av deras erfarenheter för att spegla negativa erfarenheter mer ingående. När vi i syftet ville spegla erfarenheter av att använda CGM och hur det inverkar på egenvård valde vi att inte inkludera patienter som slutat använda CGM/IGM vilket kan ses som en svaghet.

Forskningsprocessen präglas av trovärdighet och tillförlitlighet för att uppnå överförbarhet till liknande kontext. Trovärdigheten blir styrkt genom att forskaren redogör för sin förförståelse, läsaren kan då själv bedöma i vilken omfattning forskaren kan ha satt sin prägel på studien (Polit & Beck, 2017). I denna studie anges vår förförståelse i metodavsnittet. Vi anser att vår förförståelse har varit en resurs under forskningsprocessen och att den har bidragit till en fördjupad kunskap. Reflektion har ägt rum kontinuerligt under arbetets gång för att försöka minimera förförståelsens inverkan på resultatet.

Kvalitativ innehållsanalys valdes som analysmetod då den tidigare använts för att analysera, granska och tolka transkriberade intervjutexter inom omvårdnadsforskning (Hällgren Graneheim & Lundman, 2017). En svaghet var att vi inte tidigare genomfört denna typ av analys. En styrka i studien är att vi redan efter 6 intervjuer kunde se att patienterna hade

liknande erfarenheter, trots detta genomfördes alla 10 intervjuer som planerat.

Vi har eftersträvat att uppnå överförbarhet genom att noggrant beskriva forskningsprocessens alla delar. Vi vill genom transparens i processen uppnå överförbarhet till liknande kontext så att resultatet kan användas i klinisk verksamhet. När våra patienter ska börja använda sig av CGM/IGM behöver vi som diabetes-sjuksköterskor och diabetesteam kunna berätta för dem vad de kan vänta sig, hur det kan vara att bära CGM/IGM och hur de på bästa sätt kan använda det som ett hjälpmedel i egenvård.

Resultatdiskussion

Syftet var att beskriva erfarenheter av att använda kontinuerlig och intermittent glukosmätning samt hur det inverkar på egenvård hos vuxna med typ 1 diabetes. Studiens resultat visar att patienten genom att använda CGM/IGM ges möjlighet att påverka sitt liv med diabetes på ett sätt de tidigare inte haft. Mängden information som genereras erbjuder ökad kontroll vilket stärker patientens självkännet och ger möjlighet till en trygghet och säker egenvård. Dessa förutsättningar leder till en nyorientering där patienten lär om och lär nytt om hur kroppen och blodsockret reagerar i olika situationer. Det kräver också en utvecklad medicinteknisk förmåga. Kunskap om hur blodsockret påverkas av olika faktorer i det dagliga livet leder till trygghet, insikt och ökad medvetenhet på ett individuellt plan vilket kan vara en motivator och underlätta de kvalificerade medicinska övertaganden patienten behöver göra dagligen. Att få använda CGM/IGM och ta del av den information som genereras i en viss livssituation kan ses som en lärande vändpunkt. Lärandet infinner sig i särskilda situationer när den egna förståelsen utmanas, ställer krav på ansvar samt konfronterar den lärandes känslor och tankar. Reflektion spelar en stor roll i lärandet vid långvarig sjukdom, det handlar om att reflektera över sina erfarenheter och lära om sig själv. Genom att använda CGM/IGM blir den faktiska situationen tydlig och det ställs indirekta krav på att ta ansvar och beslut. Genom analys och slutsatser skapas en ny självkännet, en ny helhet (Berglund, 2012).

Vårdgivarens roll är betydelsefull för lärandeprocessen vid diabetes. Genom att

utgå från patientens egna erfarenheter och stimulera till reflektion kring dessa kan identifiering av brister i kunskap ske och vården anpassas efter individens behov (Kneck, 2015). Genom att stimulera patienten till reflektion över de erfarenheter CGM/IGM ger kan vårdgivare stödja lärandeprocessen och hjälpa patienten att komma till insikt.

Genom att använda CGM/IGM ges patienten möjlighet att bli expert på sig själv och sitt liv med diabetes. Informanterna har lärt sig hur just deras blodsocker reagerar, men även att det ibland inte finns något uppenbart svar på varför det reagerat som det gjort. Patienten blir delaktig i utformningen av sin hälsoplan och bestämmer i samråd med vårdgivaren takten och riktningen av åtgärderna. Att lyssna på patienterna och deras berättelse är en förutsättning för att kunna erbjuda anpassad information samt för att nå målen för behandlingen (Kneck, 2015).

Att använda den ökade kunskapen hos patienten, att kunna anpassa och påverka sitt blodsocker och dagliga liv, gör att diabetessjuksköterskan behöver vara en kompanjon och ett bollplank för att skapa ett mer jämlikt möte. Diabetessjuksköterskan behöver bland annat ha kunskap om medicinteknik samt pedagogik i syfte att skapa ett personcentrerat arbetssätt som möter patienten där hen befinner sig (Sörman, 2012). Användandet av CGM/IGM ökar och kommer förmodligen på sikt ersätta traditionell blodsockermätning vilket ställer krav på både diabetessjuksköterskor och läkare. Det är inte bara patienten som ska ha tekniska färdigheter kring olika mätare och kunna analysera blodsockerkurvor. För att kunna möta den snabba utvecklingen och säkerställa att tekniken utnyttjas maximalt behövs kompetensutveckling för diabetesteam, diabetessjuksköterskor och läkare (SKL, 2017).

Kostnaderna relaterat till CGM/IGM bör ses i ljuset av att patienter vittnar om att det hjälper dem att leva ett bättre liv och det tillsammans med att behandlingen ofta leder till förbättrade glukosnivåer. För många vårdgivare är det därför ingen tvekan om att erbjuda denna behandling. Informanterna uppgav att de skulle ha svårt att klara sig utan sina mätare. Flerparten berättade att de övervägt att betala dem själva då vården på grund av kostnad tvekat med att erbjuda dem kontinuerlig glukosmätning. Det är de medi-

cinska riktlinjerna som bör råda då det på sikt kan betyda minskade kostnader för komplikationer, sjukskrivningar och sjukhusvård. (Rodbard, 2016, 2017) Idag finns stora skillnader i indikationer för CGM/IGM i olika delar av Sverige, riktlinjerna behöver vara tydligare och nationella. Det ska inte spela någon roll var du är bosatt (SKL, 2017).

Tidigare forskning om kontinuerlig blodglukosmätning har framförallt behandlat hur mätmetoden påverkar HbA1c nivå, hypoglykemier och livskvalité i stort (Beck et al., 2017; Lind et al., 2017; Pickup et al., 2015; Polonsky & Hessler, 2013; Polonsky et al., 2017). Denna forskning är mycket betydelsefull men patientperspektivet har saknats. Resultatet hoppas vi ska kunna bidra till att diabetesteam kan berätta för sina patienter om hur användandet av CGM/IGM kan komma att inverka på vardagen. Det kan innebära en nyorientering, att de kan behöva lära om och lära nytt om hur deras blodsocker påverkas av deras liv. Det kan hända att den första tiden upplevs som krävande att man blir fixerad vid sina blodsocker, ibland allt för resultatinkriktad men att de efter en tid kan leda till en bättre kontroll vilken i sin tur kan ge ökad trygghet. CGM/IGM kan

bidra till att ny kunskap och ett medvetandegörande men också vara ett redskap för att skapa motivation. Minst lika viktigt kan vara att tala om att det kan kosta energi och vara krävande när många beslut måste fattas hela tiden men att det också ger möjlighet till ökad blodsockerkontroll och egenkontroll. Kvalitativa data är mycket viktiga då det har gett den enskilda patienten en röst, den har ökat förståelsen för inverkan på egenvård. Omvårdnadsforskning fokuserar på att studera hur människor tolkar, förstår och hanterar sin sjukdom, detta kan göras med både kvalitativa och kvantitativa metoder. För utveckling och förbättring av omvårdnaden för patienter behövs både kvantitativa och kvalitativa data.

Inom dagens sjukvård används inte patientens och närståendes resurser för att utveckla vården i den utsträckning som skulle kunna ske. Att utnyttja resurserna inom vården på bästa sätt betyder bland annat att patienten och närstående involveras. Patienten bör tillåtas att ha olika roller inom vården och bör ses som utgångspunkt och utvärderare (Eriksson, 2016). Vården ska självklart utformas i samråd med patienten, personen med sjukdom är en egen individ och inte en-

dast tillhörande en patientgrupp. Målet bör vara att anpassa information och vård utefter individ och låta patienten ta eget ansvar i den processen. Vårdens uppgift är att erbjuda de bästa alternativen för att stödja egenvård.

Slutsats

De erfarenheter som informanterna beskriver i sina berättelser kan sammanfattas med att de lär känna sig och sin kropp på nytt. Patienterna blir experter på sig själva och kan påverka sitt dagliga liv på ett nytt sätt. Att kunna se blodsockerkurvornas mönster och väga samman det med det dagliga livet ger en helt annan helhet och möjlighet till reflektion, lärande och beslut i egenvård. Att vara medveten och ha kunskap om hur just mitt blodsocker reagerar i olika situationer kan vara energikrävande men ger på sikt trygghet och kontroll vilket ger en helt annan möjlighet att leva med diabetes. Diabetesvården och diabetessjukvårdens behov är rustad för att stödja patienter i denna process samt vara följsam till patientens förutsättningar och mål.

För vidare information om uppsatsen kontakta författarna Christina Larsson och Carina Rutgerzon



Medlemsavgift

Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård är en medlemsorganisation med allt vad detta innebär för dig som medlem.

Föreningen uppbär inga bidrag så därför är det mycket viktigt att vi alla solidariskt betalar in den årliga medlemsavgiften.

För att underlätta hantering av medlemsregister och föreningens ekonomi uppmanar vi er alla till förbättrad följsamhet med inbetalningen av medlemsavgiften.

Är du osäker på om du betalat in din avgift eller ej bör du i första hand vända dig till vår kassör gudrun@sfsd.se

Avslutningsvis vill vi i styrelsen uppmärksamma er alla att de som inte inbetalt avgiften senast 31 maj kommer att strykas ur medlemsregistret.

Styrelsen

Endodiabetes-mötet i Göteborg 7-9/3-2018

Fantastiska dagar i Göteborg med intressanta och lärorika föreläsningar. Även en trevlig middag på torsdagkvällen som avslutades med dans.



Frusna dagar i Göteborg men ett program som var mycket bra och värmande. De täckte allt från kost till patientkommunikation. Vad graviditeter innebär i förhållande till endokrina diagnoser, behandlingsriktlinjer vid diabetes och hjärt-kärl sjukdom.

Även en mycket intressant föreläsning om orsaken till typ 1 diabetes och att det kanske är dags att tänka outside the box.

"Även den Kulturella förståelsen lyftes. Att få patienterna delaktiga och ta del av deras livs- och sjukdomssituation är svårt när man inte delar språk. Professor Per Wändell talade om den fördubblade risken för typ 2 diabetes bland flera svenska invandrargrupper. För bättre behandling behövs inte bara kännedom om en genetisk predisposition för typ 2 diabetes hos vissa befolkningsgrupper, att flykt och en ny livsstil påverkar utvecklingen av sjukdomen, utan kanske också en kulturell förståelse för andra mat- och levnadsvanor, och förståelse för vad som anses bra/skräp mat i olika kulturer."

"Hur man "bäst" behandlar typ 2 diabetes har inget enkelt svar, sa överläkare Peter Fors, Socialstyrelsens riktlinjer från maj 2017 och Läke-medelsverkets från nov 2017 underlättar dock och förenklar dagens typ 2 diabetes-behandling."

"I dag är behandlingsmöjligheterna stora och kombinationsvariationerna oerhört många för att tillsammans med patienten nå en individuellt anpassad behandling för

att nå optimala blodsockernivåer. Vi kan nu också förhindra kardiovaskulär sjukdom och ta bort risken för problem med ögon, njurar och nervsystem. 2018 är ett år med ett paradigm-skifte inom typ 2 diabetesvården."

"Även Peter Fors betonade vikten av ett medvetet språkbruk för att nå målvärden genom ett exempel på hur man inte bör göra - och det är att hota med insulinbehandling vid uteblivna förbättrade be-

handlingsresultat. Det framkallade ett skratt genom publiken, men Peter Fors framhöll allvarigt att det fortfarande förekommer."

*Mervi Andelin
Diabetessjuksköterska
Närhälsan Munkedal
diabetolognytt*



FRÅN SKAPARNA AV LANTUS[®]

insulin glargin 100E/ml

FINNS UPPFÖLJAREN



Toujeo[®]

insulin glargin 300E/ml



SANOFI



TOUJEO[®] (insulin glargin), 300 enheter/ml injektionsvätska, lösning är en långverkande insulinanalog. R, F, A10AE04. Indikation: Behandling av diabetes hos vuxna. Dosering: Dosregimen för Toujeo (dos och tidpunkt) ska anpassas individuellt. I kliniska studier har man efter initiering sett att för det med styrkan på 300 enheter/ml kan krävas i genomsnitt en 10-18% högre insulindos för att uppnå motsvande glukoskontroll som med 100 enheter/ml. Varningar och försiktighet: Toujeo ska ej användas för behandling av diabetesketoacidosis. För ytterligare information och prisuppgift, se www.fass.se. Förpackningar: Toujeo SoloStar 5x1,5 ml pennor samt 10x1,5 ml pennor. Datum för senaste översyn av produktresumén: februari 2018.

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

LANTUS[®] (insulin glargin), 100 enheter/ml injektionsvätska, lösning är en långverkande insulinanalog. R, F, A10AE04. Indikation: Behandling av diabetes hos vuxna, ungdomar och barn från 2 års ålder. Varningar och försiktighet: Lantus ska ej användas för behandling av diabetesketoacidosis. För ytterligare information och prisuppgift, se www.fass.se. Förpackningar: Lantus SoloStar 5x3 ml, cylinderampull 5x3 ml och injektionsflaska 10 ml. Vid frågor om våra läkemedel kontakta: infoavd@sanofi.com. Datum för senaste översyn av produktresumén: april 2018.

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.

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(2), maj 2018.

Rapport från SFSD:s symposium 2018

Så har ännu ett symposium genomförts, den 19-20 april 2018. Det innebär en stor arbetsinsats av styrelsen och det är därför extra roligt när det blir uppskattat av er som deltog. SFSD vill tacka sponsorerna för ert stöd, utan det skulle vi inte kunna ha dessa två dagar med fortbildning för landets diabetessjuksköterskor.



Det var ett fullmatat program med tre omgångar med tre parallella föreläsningar förutom de plenara föreläsningarna. I programmet finns ämnen som riktar sig till de som arbetar med barn- och ungdomar, till de som arbetar med vuxna, till de som arbetar i primärvården och till de som arbetar i kommunal hälso- och sjukvård. Flera av dessa presentationer finns på hemsidan, www.sfsd.se.

Inte mindre än tre arbeten genomförda inom föreningen presenterades. SFSD har under 2016-2017 genomfört ett projekt som handlar om prediabetes och utarbetandet av en generisk modell för att ta hand om personer med förhöjt blodsocker på ett systematiskt sätt. I del två i projektet testades modellen. Lillemor Femström, projektledare presenterade arbetet som har resulterat i två broschyrer, en om modellen och en till personer med prediabetes som kan användas i undervisningen.

Ni kan ladda ner och skriva ut broschyrerna från hemsidan www.sfsd.se. Vi vill passa på att tacka de personer som ingått i arbetsgruppen, Marina Stenbäck och Kaija Seijbolt från Akademiskt Primärvårdscentrum Stockholm och Carina Hansson, diabetessamordnare från Sörmland. Dessutom så har flera av föreningens medlemmar deltagit vid två workshops och delat med sig av sina kunskaper och erfarenheter från att arbeta med personer med prediabetes, ett tack även till er.

Marianne Lundberg presenterade arbetet om injektionsteknik som bygger på internationella guidelines och som anpassats till svenska förhållanden av SFSD. Den skriften finns att ladda ner från www.sfsd.se. I arbetet har SFSD fått hjälp av Anders Frid, diabetolog från region Skåne med faktagranskningen. Anders som nu går i pension gav en presentation med en tillbakablick och ett framåt skådande av diabetesvården. Han har varit extra aktiv inom två skilda områden, injektionsteknik och behandling med metformin.

Den tredje presentationen från SFSD var Janet Leksell som talade om arbetet med LED-tal. Det beskriver hur många patienter en diabetessjuksköterska kan ansvara för på en heltidstjänst baserat på de uppgifter som ska genomföras enligt Nationella riktlinjer, dokumentation, registrering i NDR, samarbete med övriga i diabetes-teamet och andra vårdgivare. Broschyren om LED-tal finns på SFSDs hemsida www.sfsd.se.

Allt fler använder LED-tal i diskussionen om bemanning med diabetessjuksköterskor vilket är glädjande. Alla tre arbeten från SFSD har haft stöd från Svensk Sjuksköterskeförening, SSF på olika sätt.

Rebecka Husdal, doktorand vid Centrum för klinisk forskning i Västerås och Institutionen för medicinska vetenskaper vid Uppsala Universitet, har studerat diabetessjuksköterskans betydelse för patienten

med typ 2 diabetes. Fokus för studierna är primärvården. En delstudie handlar om organisatoriska förutsättningar såsom följsamhet till LED-tal och diabetessjuksköterskomas utbildningsnivå.

Antalet heltidstjänster har ökat mellan undersökningstillfällena 2006 och 2013. Likaså har andelen med högre utbildning, 15 högskolepoäng inom diabetes och pedagogik, ökat. I studie nummer två visade det sig att både organisatoriska faktorer och utbildningsnivå på diabetessjuksköterskan ger ett bättre HbA1c för patienten. Diabetessjuksköterskan har alltså betydelse för patientens blodsocker!

Det har länge saknats utbildningsmaterial på andra språk. Nu finns ett web-baserat utbildningsmaterial för arabisktalande på initiativ av fd Nationella programrådet numera Nationella arbetsgruppen för diabetes, NAG. Nouha Saleh-Stattin har varit delaktig i att ta fram programmet och hon presenterade det på symposiet. Patienten besvarar frågor utifrån sina levnadsvanor och får sedan återkoppling på dessa och fakta utifrån hur personen har svarat. Förändringar av levnadsvanor kan följas i en dagbok.

Patienten kan göra programmet tillsammans med diabetessjuksköterskan och tolk eller själv. Uppföljning sker alltid i ett möte med patienten. Programmet finns på www.attlevameddiabetes.se

Peter Jihde avslutade med att berätta sin historia. Han gav oss en möjlighet till insyn i hur en person med diabetes kan uppleva sin sjukdom och hur den kan hanteras.

Det händer mycket inom området omvårdnad vid diabetes och föreningen är delaktig i att driva ämnet framåt. Om ni har tips på hur vi kan påverka så att fler får

möjligheten att delta vid symposierna så skriv gärna ett mail och berätta.

Jag har inte plats att berätta om middagen, underhållningen, dansen och stipendieutdelningen.

Glöm inte att söka stipendier. Ni är många där ute som gör arbeten som kan ge er ett stipendium som en uppmuntran!

Nästa år har SFSD ett vårmöte tillsammans med SFD och Bamläkarföreningens sektion för endokrinologi och diabetes 13-15/3 2019 i Stockholm. Programmet kommer att ha en bredd, något för alla även denna gång!

*Er spanare
Lena Insulander
Vice ordförande i SFSD*

Bilder från SFSD:s symposium 2018





UTVÄRDERING SFSD:S SYMPOSIUM 2018



Hur är din allmänna
tillfredsställelse med
dagarna?

65 **4** **0**

Tycker du att dagarna
gav det du hade förväntat dig?

59 **9** **1**

Tycker du att det gavs
möjlighet för frågor?

59 **5** **1**

Fick du i så fall svar
på dina frågor?

46 **9** **0**

Har du lärt dig något nytt,
eller fått mer förståelse, som
du kan använda i ditt dagliga arbete?

55 **9** **0**

- Ca 230 deltagare var anmälda till symposiet.
- 69 Utvärderingsblanketter inlämnade.
- 21 Svarade på frågan: "Har du lärt dig något nytt, eller fått mer förståelse, som du kan använda i ditt dagliga arbete? Till exempel vad då?"
- 42 Lämnade kommentarer/och eller förslag till nästa symposium, 2019

• Inlämnade svar fördelades mellan verksamhetsområden enligt nedan:

Jag är distrikts-diabetessjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård.	1 svar
Jag är diabetessjuksköterska i primärvård, offentlig	29 svar
Jag är diabetessjuksköterska i primärvård, privat	4 svar
Jag är diabetessjuksköterska på sjukhus	26 svar
Annan funktion eller arbetsplats	6 svar*
Ej angiven arbetsplats	3 svar

* 1 Barnmorska, 2 vårdutvecklare, 1 sjuksköterska vårdavd., 1 allmänsjuksköterska/endoskopi ass. 1 ej angiven arbetsplats.

- "Har du lärt dig något nytt, eller fått mer förståelse, som du kan använda i ditt dagliga arbete? Till exempel vad då?"

Primärvårdens svar:

"Inspiration till kvalitetsarbete/förbättringsarbete. Tips om hur vi kan arbeta med prediabetes, ökad förståelse, vikten av motion hur viktigt det egentligen är"

"Vikten av att ha korta injektionsnålar"

"Nya verktyg enkäter t.ex. bra! Mycket trevligt arrangemang! Tack styrelsen SFSD!"

"Ökad kunskap och förståelse"

"Ökad info/kunskap om tekniska hjälpmedel t.ex. läkemedel. Inspiration hur jag i PV kan samverka med ex. kommuner och hemsjukvården"

"Få loss mer tid till det viktiga samtalet vid diabetesbesöken, för få till den viktiga reflektionen hos pat. som förhoppningsvis kan väcka deras insikt och motivation att sköta sin hälsa"

"Ex. fler läkemedel som kan användas vid nedsatt njurfunktion"

"Njursvikt - HbA1c"

"Senaste om läkemedel. Teknik/om/repetition av insulinadministrering"

"CGM mätning. "Småtips"i varje föredrag"

Klinikernas svar:

“Fys aktivitet/insulindosering”

“Kanske mer fått bekräftat den kunskap jag har på ett trevligt sätt”

“Betydelsen av injektionsteknik. Njurar – förekomma, upptäcka. Fysisk aktivitet mm.”

“Träning typ 1 diabetes”

“Njuren”

“Vad typ 1 ska tänka på vid träning”

“Mer uppmärksamhet på injektionsteknik. Ha ett extra öga på BT och njurfunktionen”

“Inte massa nytt men bra tankar. Att mingla med kollegor från barn och vuxen!”

“Bra och varierat program. Aktuella och angelägna ämnen”

Övriga svar:

“Djupare kunskap och förståelse”

“TIR”

• Kommentarer och/eller förslag till nästa symposium, 2019

Primärvårdens svar:

“Bra med gemensamma föreläsningar, intressanta. Genomgången av riktlinjer för diabetesbehandlingen var mycket bra”

“Möjligheten att gå på flera parallella föreläsningar om de ges på olika tider och fikatiden kan delas upp i olika tider t.ex.”

“Tack för allt ni gör! Händer så mycket positivt!”

“Kostens betydelse vid både typ 1 och 2, finns många dieter pat. vill prova. Finns det evidens?”

“Tidigarelägg middagen. Lång väntan mellan symposiet till middagen”

“Första dagen hade jag väldigt liten behållning av! ex. “Lärandet av att leva

med diabetes” - en besvikelse. Oinspirerande. Samverkan kommun – primärvård - gav ingenting”

“Jag upplevde skillnad på dagarna. Dag 1 gav mig tyvärr ingenting. Mycket forskningsarbete men inga nya fakta tyvärr. Dag 2 betydligt bättre föreläsare.

Uppdateringar av behandlingar samt bra info om webbverktyg”

“Dag 2 bäst och mest matnyttigt”

“Körkortsintyg – diabetes”

“Diabeteskost”

“Lite svårt att ställa frågor i aulan där alla är samlade”

“Synd att sista föreläsningen var samma som förra vid årets gemensamma möte. Bra föreläsning av Jihde, men inte igen så snart. Hade varit intressant med den nya indelningen diabetestyper”

“Bästa symposiet någonsin !”

“Dag 1 sådär. Dag 2 mycket bra, intressanta föreläsningar”

Klinikernas svar:

“Påpeka att det är viktigt att komma i tid till de olika föreläsningarna. Folk kommer in 10 -20 minuter för sent. Störande”

“Svårt med val vid flera parallella föreläsningar”

“Mer teknik – framtiden – appar -ansvarsfrågor lika vård R/T teknik”

“Vore bra med session med 1 -5 frågeställningar som diskuteras. Gärna fler parallella sessioner med. Vore kul med mer strukturerat

informationsutbyte”

“Finns inget sätt att utvärdera än denna lapp – nätbaserad. Minns inget namn just nu”

“Tack för 2 fina och lärorika dagar. Ni i styrelsen gör ett kanon jobb! Svårt med 3 parallella föreläsningar. Kanske ha 2 parallella?”

“Ett mycket bra och väl genomtänkt program”

Övriga svar:

“Mycket bra dagar. Vill säga att kvällens underhållning var fantastisk!!”

“Tack för givande dagar, bra balans mellan typ 1 och typ 2 och valmöjlighet att gå på parallella föreläsningar”

“Tack för en givande konferens”

“Tyvärr inte så givande som jag hade hoppats. 1:a dagen – studier, inget som jag kan använda mig av. 2:a dagen – MYCKET BÄTTRE!”

“Nästa år kan det vara lämpligt med interprofessionellt samarbete eftersom flera föreningar ska delta. Se till att det finns föreläsningar för både typ 1 och 2 diabetes som det brukar vara. Teamarbete – evidens för det. Psykolog – kurator. Dietist. Tandläkare/ tandhygienist att finna pat. från tandvården. Fysioterapeut – axlar mm. Sexolog/terapeut – sexuell dysfunktion. En annan sak: att postrama inte ska vara i ett separat rum. Nu verkade det inte vara många som besökte poster utställningen. Kan man ha dem i korridoren

istället.”

“Underbart att se att arbete som gynnar patienterna i hela landet tas upp och premieras och inte bara en massa statistik och forskningsrapporter. Knutit lite nya kontakter”

“Ni är så himla bra på att arrangera de här mötena. Det kan inte bli bättre!”

Min friskdom

Jag är 21 år. Jag har precis återvänt hem till lilla trygga och familjära Vimmerby efter en månads omkringresande på Irland. Jag är trött, saknar aptit och är ständigt kissnödig. För att inte tala om den olidliga törsten som bränner långt ner i halsen och som konstigt nog aldrig försvinner. Det kliar dessutom obehagligt i mitt underliv, vilket det gjorde redan innan jag for till Irland, men jag förstår inte varför.

Mamma har förberett en av mina favoritmiddagar för att fira att familjen åter är samlad och en av mina bästa vänner sitter med kring köksbordet och väntar ivrigt på att höra om mina äventyr från resan. Pappa, som sen många år tillbaka lever ensam efter att han och mamma har skilt sig är också välkommen till middagen och av någon anledning påminner jag honom om att ta med sin blodsockermätare upp till mamma. Pappa har diabetes, och därför har det alltid funnits en latent oro över att jag själv en dag skulle kunna drabbas. En av mina äldre bröder insjuknade även han i diabetes nio år tidigare. I väntan på att pappa ska komma ringer jag min bror och förklarar att jag är ovanligt törstig.

Känns det som att du har potatismos i munnen?, frågar han.

Märklig fråga, tänker jag, men slås av den ännu märkligare insikten att jag förstår precis vad han menar. Det känns verkligen som att jag har hela munnen full med potatismos.

Stämningen i rummet är lite tryckt när pappa till slut anländer med blodsockermätaren. Alla försöker hålla god min och gör vad de kan för att dämpa min oro och dölja sin egen för vad mätaren kommer att visa. 22,7 visar den, och domen är fastställd. Jag har diabetes, och för stunden känns det nästan som en dödsdom. Jag vill inte acceptera det.

I dag, nästan åtta år senare önskar jag att jag hade kunnat säga till den förtvylade 21-åriga Ellinor att allting kommer att

ordna sig och att livet inte kommer att förändras nämnvärt mycket, trots att min bukspottskörtel svikit mig. Alla farhågor jag bävade inför, som att jag inte skulle kunna resa på samma sätt, inte känna samma frihet och att ingen kille skulle kunna älska mig visade sig vara helt fel. Tror ni att jag ljuger? Stämplama i mitt pass från till exempel Guatemala och Colombia borde duga som bevis. Och jag kände mig nog inte mindre fri än någon annan när jag vandrade barfota i den snåriga mexikanska jungeln och lyssnade till vrålapomas sång. Att jag upplevde detta tillsammans med min pojkvän och livs kärlek är väl ytterligare ett kvitto på att mina katastroftankar åtta år tidigare saknade substans.

Vid vidare eftertanke är det kanske inte så underligt att jag fruktade diabetes så mycket. Jag har på nära håll stått och sett på vilken skräck diabetes satt i mina familjemedlemmar och i mig själv. Det känns orättvist att påstå att min pappa slarvade med sin diabetes, det är inte sant. Men han blev nog väldigt bekväm med att mamma hade järnkoll på den under så många år och förlorade således själv lite kontrollen över den. Det fanns tillfällen när ambulansen stod vid uppfarten utanför vårt hus för att köra in pappa med blåljus till lasarettet eftersom hans blodsocker inte ville sluta sjunka. Jag minns hur jag som barn alltid var lite rädd för att vara ensam med pappa eftersom jag inte visste vad jag skulle göra om någonting hände och att jag tyckte att det var obehagligt när han blev så där konstigt frånvarande ibland när han blev låg. Han kunde börja svära och bli jättearg



för att i nästa stund börja gråta eller bete sig som ett litet barn. Jag minns en gång när jag förstod att han var låg och jag försökte tvinga i honom en prickigkorvmacka. Han tittade misstänksamt på smörgåsen, vred och vände på den och tog till sist motvilligt en tugga.

Jag kan inte äta pickkiojv, stönade han likt en treåring med korven dinglande i mun-gipan.

Jag hade svårt att hålla mig för skratt, även om jag förstod att det vilade något allvarsammt över situationen och hur pappa bededde sig. Kanske var det just pappas oberäknliga humörsvingningar när han plötsligt blev låg som sådde de där tvivlen i mig att ingen skulle kunna älska mig eller att jag inte skulle kunna känna mig fri efter jag fick min diagnos. Att vara bortom kontroll, nästan som när man är riktigt berusad var inte någonting jag ville utsätta vare sig mig själv eller människor i min omgivning för. I dag oroar jag mig inte särskilt ofta för att jag ska hamna i en sån situation. Jag har peppar peppar under alla år som diabetiker aldrig varit så hjälplös att någon annan varit tvungen att ingripa för att hjälpa mig. Även om jag måste vara medveten om att risken för det alltid kommer att finnas så tror jag att mitt behov av att känna mig just fri är en bidragande faktor till att jag upplever att jag kontrollerar min diabetes, och inte tvärtom.

När min bror sedan insjuknade i diabetes blev sjukdomen än mer dramatisk. Hans diabetes hann nästan ta livet på honom innan den upptäcktes, och han var inte

många timmar från döden när han väl fördes in till akuten. Kanske var det dessa omständigheter och den nära-döden-upplevelsen som har satt prägel på hur han hanterar sin diagnos än i dag. För honom är det enkelt, diabetes är en jävla skitsjukdom, det är det värsta som finns och varje dag med diabetes är en kamp. Han har till och med låtit trycka upp en t-shirt med trycket "fuck diabetes", för att sprida budskapet vidare.

Så med en far i bagaget som blir hämtad av ambulansen titt som tätt, och som ibland skäller ut folk efter noter när han har ett lågt blodsocker (även om detta har förbättrats drastiskt de senaste åren) och med en bror som sprider en domedagsstämning kring diabetes blev valet enkelt för mig när (nit)lotten diabetes väl föll på mig för åtta år sen. Jag grät mina floder och fick min dos av självömkan, oroade sönder mig några veckor och målade upp alla tänkbara katastrofala scenarier, för att sen bestämma mig för att jag ska göra allt som står i min makt för att mitt liv som diabe-

tiker ska bli så likt mitt liv som ickediabeterer som möjligt. Självständighet och frihet blev ledorden för hur jag valde att tackla min diabetes. Och jag insåg att det enda sättet att uppnå dessa mål var att hålla blodsockret i schack i den mån det går, men framför allt att inte identifiera mig själv med sjukdomen och bli en slav under den. Med andra ord, jag identifierar inte mig själv som sjuk, jag är frisk så länge jag och min diabetes samarbetar. Därför kallar jag den för min friskdom i stället för sjukdom, ett förhållningssätt som är livsviktigt för mig och som kanske räddar mitt liv varje dag.

Med detta sagt vill jag vara noga med att påpeka att jag inte försöker propagera för att diabetes inte är en allvarlig sjukdom eller att man inte får tycka att det är jobbigt att leva med diabetes. Jag vräker inte heller ur mig några glädjetjut när jag måste sticka mig själv för åttonde gången en vanlig dag eller när ett stort mörklila blåmärke uppenbarar sig på min mage, när jag måste avbryta löprundan för att blod-

sockret sjunker eller när jag tvingas sätta tre larm på natten efter att jag ätit pizza för att blodsockervärdena inte ska bli skyhöga. Det är lite meckigt att ha diabetes, det ska jag inte sticka under stol med, och det är en sjukdom som kan få allvarliga konsekvenser och i värsta fall leda till döden, det är ingenting att hymla om. Jag förhåller mig lite till min diabetes som jag förhåller mig till havet. Jag hyser en stor respekt för det och är väldigt ödmjuk inför vilken kraft det besitter. Jag kan inte leva utan det. Jag måste dö för att min diabetes ska dö. Därför njuter jag så mycket jag kan av att rida fram på vågorna när de är som mjukast. Men respekten får aldrig bli så stor att jag undviker att bada i det, då har det besegrat mig. Så länge jag vårdar min diabetes med respekt och tämjer den snarare än att låta den avgöra hur mina dagar ska se ut är jag som vilken annan dödlig som helst. Jag är frisk.

Elinor Mart

glooko

diasend[®]-systemet

Det enkla sättet att ladda upp data!

Samla in, visualisera och analysera diabetesdata från majoriteten av dagens glukosmätare.



+130
kompatibla
glukosmätare!



Glooko har mer än 12 års erfarenhet av att hantera diabetesdata på ett säkert sätt. Våra produkter används idag av mer än 7 000 vårdgivare och över 1,5 miljoner patienter världen över.

Främsta fördelarna med att ha diasend[®] på vårdcentralen:

- Skriftliga loggböcker/dagböcker blir ett minne blott.
- Ingen programvaruinstallation krävs.
- Enkelt att förstå och tolka diabetesdatan – även för patienter som inte är svensktalande.
- Ett enda system för alla olika blodsockermätare.
- Alla vårdgivare på vårdcentralen har tillgång till samma system.

Intresserad av en gratis prova-på-månad?

Skriv till sales@diasend.com

Resultatet av "Känningkollen":

Det behövs mer fokus på hypoglykemier

Hur är det att uppleva en hypoglykemi?

Under SFSD:s seminariedagar fick deltagande sjuksköterskor chans att testa detta i en så kallad hyposimulator.

Av dem som gjorde testet uppgav 40 % att det var "mycket värre" eller "värre" än de hade föreställt sig och nästan 70 % tror att vården underskattar hur stor påverkan hypoglykemier har på livet.

- Allting kändes gungigt och svängigt, jag hade tunnelseende. Jag tycker att upplevelsen ganska väl stämmer överens med hur personer har förklarat för mig hur en hypoglykemi kan kännas, säger Agneta Lindberg, SFSD:s ordförande, om sin upplevelse av hyposimulator.

I enkäten som gjordes i anslutning till testet, svarade närmare 70 % att de tror att sjukvården underskattar den negativa betydelsen och inverkan på livskvaliteten som hypoglykemier kan ha.

- Jag känner inte riktigt igen mig i det svaret, vi pratar mycket kring hypoglykemier, säger Agneta Lindberg. Men många av dem som svarade arbetar i primärvården och där kanske man inte gör det lika mycket.

Sopa inte under mattan

De är viktigt att alltid ha hypoglykemier på agendan när man träffar patienten, alltid informera noga kring hypoglykemier och symptom och hur man åtgärdar det. Och att man upprepar informationen varje gång man träffas, menar Agneta Lindberg.

- Att undvika hypoglykemier helt går inte, inte om man vill ligga normalt i sitt blodsocker. Men man kan ha lindrigare och lättare, de behöver inte bli så stora. Vi behöver jobba proaktivt innan det händer, och det handlar om kunskap hos vårdpersonal och hos patienter. Vårt uppdrag är att utbilda kring detta och

fråga aktivt om hypoglykemier och inte sopa under mattan utan ta upp det vid varje samtal.

Hypoglykemier är förknippat med komplikationer på lång sikt. Vid allvarlig hypoglykemi finns ett samband mellan ökad risk för hjärtkärl-sjukdom. Behövs det ett större fokus på dessa risker?

- Det är inte så att hypoglykemier ger hjärtkärl-sjukdom. Däremot kan den som haft diabetes länge få hjärtkärl-problem och då kan en allvarlig hypoglykemi leda till plötsligt död.

Borde vården proaktivt ta upp och diskutera även de "små" symptomen på hypoglykemier såsom hunger, darmining, humörsvingningar?

- Ja, alla former av hypoglykemier bör diskuteras med patienten och hur de ska tänka och åtgärda det. Om man samtalar kring detta vid varje möte med patienten så blir det förhoppningsvis fördjupad kunskap. Man kan diskutera det lika mycket som till exempel blodtrycket.

Varför ska en patient behöva uppleva upprepade hypoglykemier innan en aktiv omvärdering av behandlingsstrategin faktiskt genomförs?

- Där handlar det mycket om kunskap och utbildning av patienten som ska förstå att detta inte är acceptabelt! Som patient ska jag inte behöva ha detta utan ska få hjälp direkt. Många patienter tänker nog "det här får jag stå ut med" men



de behöver själva jobba aktivt med sin behandling och doser.

Resultat av enkäten:

1. Hur upplevde du de simulerade hypoglykemierna, var de värre eller mildare än vad du föreställt dig?

- a) Mycket värre: 7 %
- b) Värre: 35 %
- c) Varken värre eller mildare: 48 %
- d) Mindre obehagligt: 9 %

2. Tror du att sjukvården underskattar den negativa betydelse och inverkan på livskvaliteten som hypoglykemier kan ha på en person med diabetes?

Ja: 69 %

Nej: 31 %

3. Om en patient berättar för dig att hon/han har hypoglykemier som upplevs negativa och starkt påverkar livskvaliteten, hur bemöter du detta i första hand?

- a) Diskuterar behandlingen som kan behöva ändras: 57 %
- b) Diskuterar livssituationen och om det går att undvika tillfälle som kan kopplas till hypoglykemier: 35 %
- c) Hypoglykemier i sig är inte farliga, jag försöker sakligt berätta om hur de hanteras och undvikas: 7 %

4. Sett till de patienter du träffat det senaste halvåret, i hur många fall diskuterade du hypoglykemier med patienten?

- a) Jag diskuterar det om patienten själv tar upp det. 0%
- b) Jag frågar alltid som rutin. 96 %
- c) Det diskuteras sällan. 4 %

5. Tycker du att det i valet av diabetesbehandling borde tas större hänsyn till hur behandlingen påverkar frekvensen av hypoglykemier?

- a) Ja: 96 %
- b) Nej: 4 %

25 % av sköterskorna på plats under seminariedagarna svarade på enkäten.

Lena Bergling

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

GlucoMen[®] Nyhet!
areo 2K



**Kombinerad keton-
och glukosmätare**

- 👍 **Stor upplyst display**
- 👍 **Larm för högt/lågt blodsocker**
- 👍 **NFC-överföring till smartphone**
- 👍 **Säkra blodsockerresultat ***

www.areo.nu

Kundtjänst 040-32 12 70 info@menarinidiagnostics.
* www.areo.nu/glucomen-areo/iso-noggrannhet.html



A.MENARINI
diagnostics

Ny ordförande i SFSD

Hej,

Jag är SFSDs nya ordförande, ett uppdrag som jag ser mycket fram emot. Har en bred erfarenhet av diabetesvård och är specialistsjuksköterska inriktning diabetes samt magister i vårdvetenskap. Under två år studerade jag till specialistsjuksköterska inriktning diabetes vid Uppsala Universitet. Sista termin skrev jag tillsammans med Ingela Lavin en magisteruppsats, med titeln "Se mig inte som en siffra" med syftet "att utforska förväntningar och behov inför överföring från barn- och ungdomsklinik till vuxenklirik hos ungdomar med typ I diabetes och hos föräldrar till ungdomar med typ I diabetes". De två åren gick fort och det var alltid lika roligt att åka till Uppsala för att förkovra mig

. "Att veta när man vet något och att veta när man inte vet något - det är kunskap." Konfucius (555 f.Kr-479 f.Kr).



Agneta Lindberg

Ny styrelsemedlem i SFSD

Hej,

Mitt namn är Anna-Lena Brorsson, 53 år. Uppväxt i Småland där jag utbildade mig till sjuksköterska för 30 år sedan. Min karriär som leg sjuksköterska inleddes på Neonatal IVA i Jönköping. Därefter ville jag testa mina vingar som sjuksköterska i Etiopien, den upplevelsen kräver en egen berättelse, återkommer. Som färdigutbildad barnsjuksköterska kom jag att arbeta på barndiabetesmottagning vid Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge och Solna. Jag har alltid haft en reflekterande attityd till mitt arbete vilket förde mig in i doktorandstudier. Min avhandling med titeln: "Diabetes during childhood and adolescence: Studies of insulin treatment, patient-reported outcomes, and evaluation of an empowerment-based education", finaliserades i December 2017. För tillfället har jag inlett nya forskningsprojekt och samarbete inom barndiabetessfären. Du kan nå mig på Högskolan Dalarna, där jag arbetar som universitetslektor. På återhörande, ser mycket fram emot att få vara en del i styrelsen för SFSD.



Anna-Lena Brorsson

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





Information om den nya dataskyddsförordningen och vad det betyder för dig som medlem i SFSD

Den 25 maj 2018 blir EU:s Dataskyddsförordning (GDPR) svensk lag.


Vi vill därför att du som är medlem i Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård ska veta att du har personuppgifter (namn, adress, telefon, e-post, kategori av diabetesvård) lagrade i medlemsregistret och att du känner till vad detta innebär för dig

- Du har rätt att veta vilka personuppgifter vi lagrar, hur länge och varför vi gör det.
- Du kan begära rättelse eller radering av felaktiga personuppgifter.
- Vi ber inte om fler personuppgifter än de som behövs för att förmedla information och tidning samt utforma relevant program till symposiet.
- Vi sparar inte dina personuppgifter längre än vad våra stadgar och de lagar och förordningar som vi lyder under kräver.
- Vi informerar dig om varför vi samlar in vissa personuppgifter, exempelvis vid anmälningar till symposium och ansökningar till stipendier.
- Vi lämnar inte ut kontaktuppgifter till tredje person.

Kontaktperson om du har frågor om de uppgifter SFSD har i medlemsregistret om dig:
krister@sfsd.se

På Datainspektionens hemsida kan du läsa mer om Dataskyddsförordningen och hur den påverkar hanteringen av dina personuppgifter. www.datainspektionen.se/dataskyddsreformen

Vänliga hälsningar
SFSD:s styrelse

An aerial view of a swimmer in a pool. The swimmer is wearing a yellow cap and shorts and is swimming towards a 'START' sign on the left. Below the swimmer, two large sharks are swimming in the water, creating a sense of danger. The pool is divided by yellow lane lines.

MINSKA DINA PATIENTERS RISK FÖR HYPOGLYKEMIER MED TRESIBA® (insulin degludek)

jämfört mot glargin U100

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

Injektionsvätska 100 enheter/ml och 200 enheter/ml. Tresiba är ett basinsulin för subkutan administrering en gång dagligen vid valfri tidpunkt, men lämpligen vid samma tidpunkt varje dag. **Indikation:** Behandling av diabetes mellitus hos vuxna, ungdomar och barn från 1 års ålder. **Varningar och försiktighet:** En övergång till annan typ, annat märke eller annan tillverkare av insulin måste ske under medicinsk övervakning och kan leda till att dosen måste justeras. Patienterna måste instrueras att alltid kontrollera etiketten på insulinet före varje injektion, för att undvika förväxling mellan de båda styrkorna av Tresiba eller med andra insulinpreparat.

För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se. Datum för översyn av produktresumén 10/2017.

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



©2018 Novo Nordisk Scandinavia AB | Tel 040-38 89 00 www.novonordisk.se
SE/TB/0418/0212

TRESIBA®
insulin degludek

KALENDARIET 2018

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.

3rd SWEDISH DIABETES SUMMIT

This meeting aims to bring together all academic and industrial Swedish preclinical and clinical researchers within diabetes. Speakers will be both national and international.

Dates: November 15-16, 2018

Place: Aula Medica, Karolinska Institutet, Solna campus

Organizers: Main organizer: Strategic Research Programme in Diabetes at Karolinska Institutet (SRP Diabetes), co-organizers: strategic research area EXODIAB, University of Gothenburg.

Program committee: Chaired by Professor Anna Krook with representatives from Karolinska Institutet, University of Gothenburg, University of Linköping, University of Lund, University of Umeå, University of Uppsala, University of Stockholm, University of Örebro and Swedish University of Agricultural Sciences.

Keep updated at: ki.se/en/srp-diabetes



SJUKSKÖTERSKE DAGARNA



LUST & KUNSKAP

20-21 november, City Conference Centre, Folkets Hus, Stockholm

God omvårdnad för alla – sjuksköterskans etiska utmaning



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

Eversense® XL långtids CGM

Lev fullt ut – i trygghet

**Nu 6 månader och
med följarfunktion!**



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

SFSD:S STYRELSE:**Ordförande**

Agneta Lindberg
Diabetesmottagningen, Ingång H
Esplanadgatan,
Hässlholms sjukhus
281 25 Hässlholm
agneta@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
Centrum för Diabetes
Box 6357
102 35 Stockholm
gudrun@sfsd.se

Vetenskaplig sekreterare

Janeth Leksell
Högskolan Dalarna
791 88 Falun
vetskr@sfsd.se

Krister Gustafsson

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

Anna-Lena Brorsson

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

Victoria Hermansson Carter

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:

Agneta Lindberg
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 3-4, 2018 är 17 september med utgivning i oktober
Nr 1, 2019 är 11 januari med utgivning i februari
Nr 2, 2019 är i 10 maj med utgivning i juni

Annonsutrymme 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:

I 652-697X





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



Det finns sätt att göra vardagen **lite enklare***

Humalog Junior KwikPen är den första och enda förfyllda insulinpennan som doserar halva enheter¹



Färre steg att instruera och lära sig^{2,3*}



Lättare och kortare än andra 0,5 E-pennor^{4,5}



Ett beprövat insulin i en välbekant insulinpenna^{6,7}



Doserar i halva enhetssteg från 0,5-30 enheter¹

*avser jämförelse med flergångspennor där insulinampullen ska sättas in och bytas.

Referenser:

1. Humalog Junior KwikPen Produktresumé www.fass.se
2. Humalog Junior KwikPen bruksanvisning, Eli Lilly
3. HumanPen Luxura HD bruksanvisning, Eli Lilly
4. Assessment of Humalog KwikPen Junior, Luxura HD, Novo Nordisk NovoPen Echo® and Sanofi JuniorStar™ Pens, Data on file Eli Lilly 2017
5. Klonoff D et al. ATTD 2015. A-101. Poster 230. Functional characterization of four different half-unit reusable insulin pens. Diabetes Technol Ther. 2015;17(S1):230.
6. Humalog KwikPen Produktresumé www.fass.se
7. Kaiserman K, et al. Pediatr Diabetes.2017;18(2):81-94.

Humalog® 100 enheter/ml Junior KwikPen injektionsvätska, lösning i en förfylld penna (insulin lispro).

ATC-kod: A10AB04. Insuliner och analoger för injektion, snabbverkande. **Indikationer:** För behandling av vuxna och barn med diabetes mellitus som fordrar insulin för bibehållande av normal glukoshomeostas. För initial stabilisering av diabetes mellitus. **Dosering:** Humalog 100 enheter/ml Junior KwikPen ger 0,5-30 enheter i steg om 0,5 enheter i varje injektion. Antalet insulinenheter visas i pennans doseringsfönster oavsett styrka och ingen dosomvandling ska ske för patienten vid överföring till ny styrka eller till en penna med andra doseringssteg. **Kontraindikationer:** Hypoglykemi. **Datum för översyn av produktresumén:** 2017-10-19. För ytterligare information och priser se www.fass.se. Rx, F