

Diabetessjuksköterskan/distriktssköterskans  
roll och arbete med:

# Levnadsvaneförändringar vid prediabetes





## Inledning

Samtal om levnadsvanor är en av de mest effektiva metoderna att göra patienterna medvetna om vikten av att leva hälsosamt. Samtal ger också kraft att förändra och förbättra ohälsosamma levnadsvanor. I det arbetet har diabetessjuksköterskan/distriktssköterskan en självklar roll genom sitt breda omvårdnads-kunskande och sin nära kontakt med patienter med prediabetes.

*Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder – tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor* tar upp rådgivning på tre nivåer: enkla råd (vanligtvis mindre än fem minuter), rådgivande samtal (10–30 minuter som ges mer individuellt) och kvalificerat rådgivande samtal (varar oftast längre tid än vid rådgivande samtal och kan inkludera motiverande strategier).

I arbetet med projektet Sjukdomsförebyggande metoder för personer med prediabetes – diabetessjuksköterskans/distriktssköterskans roll 2016, var syftet att utveckla en generisk modell för hur sjuksköterskan kan arbeta med prediabetes på ett strukturerat sätt. Modellen ska vara personcentrerad, ge stöd och vägledning i arbetet med prevention samt stödja teamsamverkan.

Målet med screening och behandling, som syftar till att förändra levnadsvanor för personer med prediabetes är att förhindra eller fördröja utvecklingen av typ 2-diabetes. I de *Nationella riktlinjerna för diabetesvård* (2015) rekommenderar Socialstyrelsen screening, utbildning

och strukturerad uppföljning av personer med prediabetes men det saknas idag rutiner för ett sådant omhändertagande.

Sjuksköterskeledda mottagningar som arbetar på strukturerat sätt och följer de *Nationella sjukdomsförebyggande riktlinjerna* kan vara en framgångsrik struktur för denna patientgrupp.

Arbetet med att finna en modell för sjukdomsförebyggande metoder för prediabetes på sjuksköterskeledd mottagning har tagits fram av Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård (SFSD). Föreningen har erfarenhet av att arbeta med prediabetes i primärvården.

Modellen bygger på en kartläggning genom enkätundersökning och en workshop där medlemmar bidragit med kunskaper och erfarenheter om hur man på bästa sätt kan arbeta med prediabetes. Resultatet av detta arbete återfinns i den nedan beskrivna generiska modell som stödjer sjuksköterskans omvårdnadsarbete. Modellen innefattar screening och diagnos, behandling/utbildning och stöd samt kontroller och uppföljning.

Projektet är ett samarbete mellan Svensk sjuksköterskeförening och Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård. I arbetsgruppen har följande personer ingått: Ingela Bredenbergh, ordförande SFSD, Lena Insulander, vice ordförande SFSD, Kajja Seiboldt och Marina Stenbäck, Akademiskt primärvårdscentrum samt Lillemor Fernström, projektledare. Svensk sjuksköterskeförening har representerats av Inger Torpenberg.



## Prediabetes

Våra förändrade levnadsvanor bidrar i hög utsträckning till att utvecklingen av prediabetes och att typ 2-diabetes ökar i hela världen. Det är angeläget att följa utvecklingen av prediabetes då risken för att utveckla typ 2-diabetes är hög. Studier har visat att när personer med prediabetes får råd om att förändra sina levnadsvanor samt strukturerad uppföljning kan utvecklingen av typ 2-diabetes förhindras eller fördröjas. Prediabetes är för många ett okänt begrepp trots att prevalensen i Sverige beräknas vara cirka tio procent.

De *Nationella riktlinjerna för diabetesvård* rekommenderar att personer med riskfaktorer ska screenas för prediabetes.

### **WHO:s kriterier för prediabetes är:**

1. Förhöjt faste glukos IFG (impaired fasting glucose) lcke-diabetisk fastehyperglykemi, vilket innebär att man har ett fP-glukosvärde efter en natts fasta mellan 6,1 och 6,9 mmol/L.

2. Nedsatt glukostolerans IGT (impaired glucose tolerance) vilket innebär att fastevärdet p-glukos är normalt men p-glukosvärdet två timmar efter en peroral glukosbelastning (OGTT, oral glucose tolerance test 75 gram glukos) visar kapillärt p-glukos 8,9–12,1 mmol/L, eller venöst p-glukos 7,8–11,0 mmol/L.

## Betydelsefullt att få diagnos

Det är betydelsefullt att få kännedom om tillståndet, för att personen ska kunna ta ställning till vilka levnadsvaneförändringar som behöver göras. Detta för att förhindra eller fördröja utveckling av typ 2-diabetes och visa på allvaret med tillståndet. Diagnoskod som bör användas är tillståndsdinagnosen R730B.

## Utbildning

Vid prediabetes är utbildning och stöd en stor del i behandlingen. Det innebär att alla personer med prediabetes ska få tillgång till utbildning. Utbildningen ska vara personcentrerad vilket innebär att personens upplevelse och tolkning av ohälsa och sjukdom respekteras och bekräftas i samtalet. Utbildningen sker oftast individuellt men kan också bedrivas i grupp. Förutom utbildning om vad prediabetes är och att det är betydelsefullt att förändra sina levnadsvanor, behövs också en diskussion föras kring den ökade risken att utveckla typ 2-diabetes.

## Arbete med levnadsvanor vid prediabetes

Rådgivning eller samtal är utgångspunkten vid alla åtgärder i *Nationella riktlinjer för sjukdomsförbyggande metoder*. Rekommendationen är att arbeta utifrån ett hälsofrämjande förhållningssätt. Det görs genom att skapa stöd i dialogen och utgå från personens egen erfarenhet av levnadsvanan samt ta hänsyn till personens egen motivation till förändring.

Diabetessjuksköterskans roll är att ge personen kunskap, motivationshöjande verktyg och stöd för att förbättra sin hälsa. Det är betydelsefullt att arbeta med en målsättning som personen själv är med och formulerar. Ohälsosamma levnadsvanor, att kartlägga och arbeta med vid prediabetes är:

- otillräcklig fysisk aktivitet
- ohälsosamma matvanor
- tobaksbruk
- stress och sömn
- riskbruk av alkohol.



## Teamsamverkan

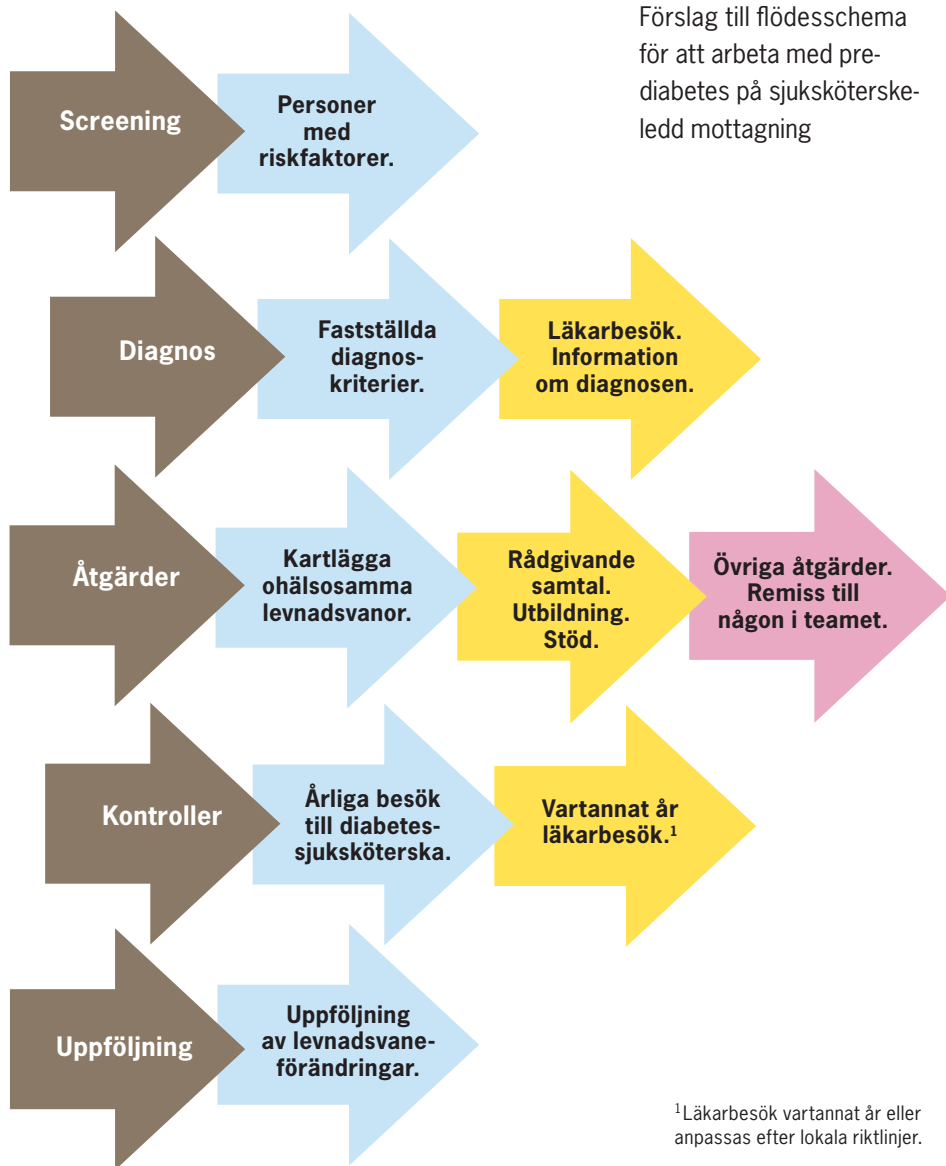
Diabetessjuksköterskan/distriktssköterskan och läkaren är de personer som står för basen i teamet. Sjuksköterskan är oftast den person som har ansvaret för kontinuiteten på prediabetesmottagningen och fungerar som samordnare.

Rollfördelning och samarbete inom och mellan vårdprofessionen i teamet kring personer med prediabetes är viktigt för att få ett hållbart arbete. Möjligheten för en person med prediabetes att få träffa andra professioner i teamet – till exempel dietist, fysioterapeut, hälso-pedagog, psykolog/kurator, arbetsterapeut – och få tillgång till kognitiv beteendeterapi (KBT) när så behövs, är betydelsefullt för personens möjligheter att komma igång med levnadsvaneförändringar. En annan faktor för att teamarbetet ska fungera är att de olika professionerna har samma mål med sitt arbete. Patienten ska nås av samma budskap oavsett vilken person i teamet som hen möter.

## Kontroller och uppföljning

När det gäller årskontroller bör dessa ske vartannat år till läkare om inga särskilda skäl föreligger och varje år till diabetessjuksköterskan/distriktssköterskan. Viktiga undersökningar att följa upp vid årskontroller är; levnadsvanor, fP-glukos, HbA1c, vikt, BMI, midjemått, blodtryck, samt lipider vid behov.

Vid uppföljning av levnadsvaneförändringar görs en bedömning tillsammans med personen av vilken/vilka levnadsvanor som hen förändrat eller behöver fortsatt stöd för att förändra.



## Flödesschema

Förslag till flödesschema för att arbeta med pre-diabetes på sjuksköterskeledd mottagning

<sup>1</sup>Läkarbesök vartannat år eller anpassas efter lokala riktlinjer.

## Generisk modell

Förslag till generisk modell för att arbeta med prediabetes på sjuksköterskeledd mottagning.

### 1. Screening och ställa diagnos

#### Personer med riskfaktorer som bör screenas:

Personer med tidigare graviditetsdiabetes, personer födda i utomeuropeiskt land, förstagradssläkting med diabetes, övervikt och fetma, fysisk inaktivitet och hjärt-kärlsjukdom.

#### Diagnoskriterier

Prediabetes definieras som:

**1. IFG (Impaired Fasting Glucose) – icke-diabetisk fastehyperglykemi:**

fP-glukos 6,1–6,9 mmol/L. (venöst).

**2. IGT (nedsatt glukostolerans):**

75 g OGTT (peroral glukosbelastning) 2-timmarsvärde kapillärt P-glukos 8,9–12,1 mmol/L, venöst p-glukos 7,8–11,0 mmol/L.

**3. HbA1c** för diagnostik av prediabetes är ännu inte rekommenderat men kan användas som underlag för fortsatt utredning med fP-glukos eller OGTT om HbA1c är >39 mmol/mol.

1. 2 fP-glukos (6,1–6,9 mmol/L)
2. OGTT görs vid avvikande fP-glukosvärden (till exempel 6,0 och 6,9 mmol/L)

#### Fastställande av tillståndsdiagnos

Vid diagnos får personen läkarbesök med riskbedömning (hjärtkärl) och kontroll av lipider. Information om diagnosen.

**Diagnoskod** som bör användas är tillståndsdiaagnosen R730B.



Del tre; "Kontroller och uppföljning", finns på nästa uppslag.

## 2. Behandling/utbildning och stöd

### Arbeta med att kartlägga ohälsosamma levnadsvanor

- otillräcklig fysisk aktivitet
- ohälsosamma matvanor
- tobaksbruk
- riskbruk av alkohol
- stress och sömn.

### Hjälpmiddel för att göra en riskbild

- Testa din risk att drabbas av typ 2-diabetes. FINDRISK, risktest, [www.diabetes.se](http://www.diabetes.se)

### Utbildning och stöd

- Information om riskbilden att utveckla typ 2-diabetes.
- Ge enkla råd/rådgivande samtal/kvalificerad rådgivning om levnadsvanor.
- Personen behöver fortlöpande stöd i sitt arbete med levnadsvaneförändringar.
- Arbeta med den/de levnadsvanor som personen är beredd att förändra.

### Utbildningsmaterial

- *Diabetes en folksjukdom*, [www.diabetes.se](http://www.diabetes.se)
- *Goda levnadsvanor gör skillnad*, [www.diabetes.se](http://www.diabetes.se)

### Teamets sammansättning och samarbete med andra professioner

Basen i teamet är sjuksköterska och läkare

- Dietist, fysioterapeut, hälsopedagog, psykolog/kurator, vårdpersonal med KBT-kunskaper och arbetsterapeut.

### 3. Kontroller och uppföljning

#### Årskontroller

Återbesök till läkare vartannat år om inga särskilda skäl föreligger.

Årliga besök hos diabetessjuksköterska, distriktssköterska eller annan vårdpersonal med kompetens gällande levnadsvanor.

Uppföljning av följande undersökningar:

- uppföljning av levnadsvaneförändringar
- fP-glukos och HbA1c
- vikt
- BMI
- midja
- blodtryck.

#### Kontroller för uppföljning av levnadsvaneförändringar

- Bedömning och överenskommelse tillsammans med personen av vilken/ vilka levnadsvanor som hen förändrat eller behöver fortsatt stöd för att förändra.
- Individuell överenskommelse om hur ofta uppföljning ska göras.

## Fördjupningslitteratur

Socialstyrelsen (2015). *Nationella riktlinjer för Diabetesvård – stöd och styrning*. Stockholm. Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011). *Nationella Riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder*. Stockholm. Socialstyrelsen.

Toumlehto et al. (2001). *Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes Lifestyle among Subjects with impaired Glucose Tolerans, and Reduction in the incidence of type 2 diabetes intervention for metformin*. Eng 2001.

Sveriges kommuner och landsting (2013). *Framgångsfaktorer i diabetesvården – En jämförande studie av diabetesvård i primärvården*. Stockholm. SKL.

Shaw et al (2014). *Effect of nurse-managed protocols in the outpatient management of adults with cronic conditions. A systematic Review and Metaanalys*. Ann. Intern. Med 2014; 161(2):113–121.

Höfling. K (2011). *Pre-diabetes i fokus – patienters förståelse och upplevelse av prediabetes i mötet med personer i samma situation*. Högskolan Dalarna.

Löfskog. A, Coly. S. (2016). *Hälsofrämjande metoder för förändring av ohälsosamma levnadsvanor vid prediabetes. En systematisk litteraturöversikt*. Magisteruppsats. Göteborgs Universitet.

Viss – Medicinskt och administrativt stöd för primärvården. Stockholms läns landsting 2015. [www.viss.se](http://www.viss.se)

## Tips på utbildningsmaterial och länkar

*Diabetes en folksjukdom*, Svenska Diabetesförbundet, [www.diabetes.se](http://www.diabetes.se)

*Goda levnadsvanor gör skillnad*, [www.diabetes.se](http://www.diabetes.se)

Testa din risk att drabbas av typ 2- diabetes. FINDRISK.

*Länge leve hälsan! Så förebygger du typ 2-diabetes och andra folksjukdomar*, [www.diabetes.se](http://www.diabetes.se)

*Testa dina levnadsvanor! Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och mat*.

Nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård (HFS), [www.hfsnatverket.se](http://www.hfsnatverket.se)

Svensk sjuksköterskeförening  
Baldersgatan 1  
114 27 Stockholm  
Tel: 08-412 24 00  
Hemsida: [swenurse.se](http://swenurse.se)

Svensk Förening  
för Sjuksköterskor i Diabetesvård  
Hemsida: [www.diabetesnurse.se](http://www.diabetesnurse.se)  
e-post: [ordf@sfsd.se](mailto:ordf@sfsd.se)  
[www.swenurse.se/levnadsvanor](http://www.swenurse.se/levnadsvanor)

### Produktionsfakta

Skriften *Diabetessjuksköterskan/distriktssköterskans roll och arbete med levnadsvaneförändringar vid prediabetes* är utgiven av Svensk sjuksköterskeförening.

Formgivning: Losita Design AB, [www.lositadesign.se](http://www.lositadesign.se)

Tryckeri: Åtta.45 AB, 2017, ISBN: 978-91-85060-06-1

Illustration: Colourbox



Miljömärkt trycksak, 3041 0001