

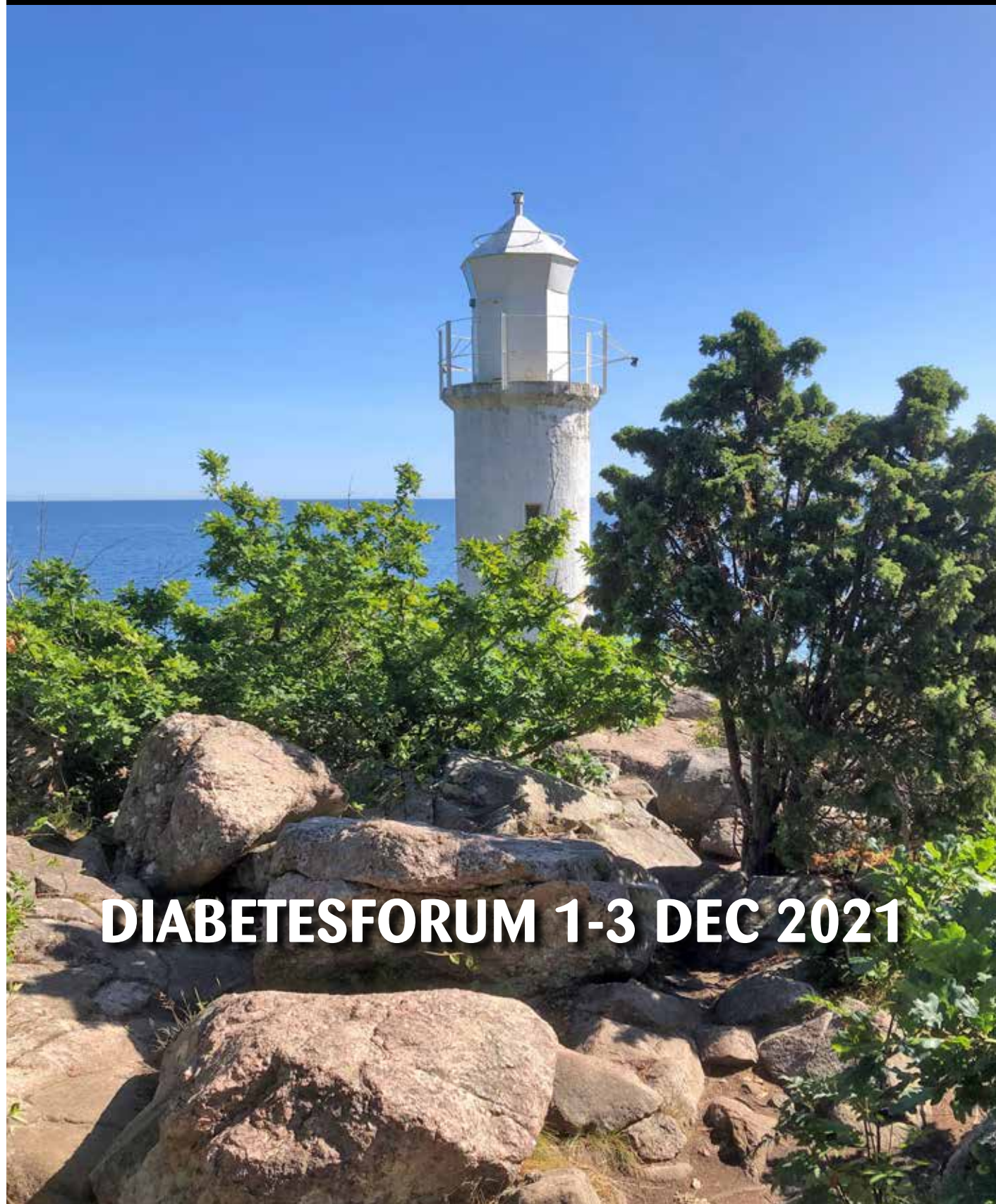


DIABETESVÅRD

Tidning för Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård

www.diabetesnurse.se

NR 3-4 2021



DIABETESFORUM 1-3 DEC 2021

BAQSIMI®

DET FÖRSTA OCH ENDA NASALA GLUKAGONET

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



baqsimi®
(glukagon) näspulver 3 mg



Baqsimi finns att förskriva men ingår ännu inte i läkemedelsförmånen.

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

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

Ytterligare upplysningar om detta läkemedel kan erhållas hos ombudet för innehavaren av godkännandet för försäljning:

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



Ordföranden har ordet

Nu har drygt hälften av året gått och vi törstar efter fysiska möten. Glädjande att det lättat på restriktionerna då vi kan se fram emot ett fysiskt Diabetesforum i Göteborg 1-3 december, program och anmälan www.diabetesforum2021.se, arrangör är Nationella diabetesteamet. SFSD:s styrelse har fortsättningsvis haft våra möten via zoom men det är dock inte lika stimulerande och kreativt som när man ses fysiskt.



Agneta Lindberg

I skrivande stund så pågår EASD virtuellt för fullt och vi hoppas på några gobitar därifrån, följ gärna Anders Frids dagliga online rapporter via www.dagensdiabetes.se.

För oss som inte deltar på konferens (virtuellt eller fysiskt) pågår det gigantiska arbetet med att försöka beta av vårdskulden inom diabetesvården med krympande resurser och minskad budget, hur nu detta skall kunna gå ihop? Köerna har växt och det är flera patienter som vittnar om en försämrad hälsa både psykiskt och fysiskt.

I Skåne är vi mitt uppe i en upphandling av insulinpumpar och CGM och vi ser fram emot flera nya och förbättrade innovativa tekniklösningar som kan förenkla livet med diabetes.

Jag har som vanligt tillbringat 2 veckor av min semester på diabetesläger för barn och ungdomar mellan 9-17 år, i år lyckades vi med bedriften att genomföra fyra läger och ändå hade vi en reservlista.

Behovet av att träffa andra i samma situation och samtidigt ha kul där diabetes får lov att ta plats verkar vara oändligt hos dessa unga.

Ett litet reportage kommer längre fram i tidningen.

Hoppas ni haft en välbehövlig vila på er semester i sommar, jag skall för egen del på en liten yogaretreat på Sydkoster och ladda min batteri samt utsätta kroppen för ytterligare "gud vet vad".

"Let's be careful out there"

Vi hörs och ses

Agneta Lindberg

INNEHÅLL

NDR nyhetsbrev	4
Diabetes och sömnapné – en farlig kombination	6
Ung diabetes	8
Centrum för diabetes	9
Sommarläger	14
Familjen & Diabetesteamet	22
Omvårdnadspersonalens attityd och kunskap om munhälsa	28
Hur går det för personer 75 år och äldre med diabetes och fotsår?	42
Program diabetesforum	48

Nu har vi varit igång några veckor efter semestramna och vi märker att diabetesmottagningarna ute i landet kommit igång att jobba med NDR-data igen. Vi ser fram emot en aktiv höst där NDR används flitigt och vi välkomnar er att kontakta NDR på vår supporttelefon eller via e-post. Kontaktuppgifter finns på hemsidan www.ndr.nu

Fysisk aktivitet är en relevant och utmanande variabel i NDR

Det är viktigt att de variabler som finns i ett kvalitetsregister är enkla att förstå och registrera och att de anses adekvata att följa. I de journalsystem som regionerna använder och planerar att använda skapas mallar med sökord som följer olika vårdförlopp. NDR arbetar för att hjälpa till med matchningen mellan journalen och registrets variabler. Just nu

jobbar vi lite extra med variabeln Fysisk aktivitet tillsammans med vården och patientrepresentanter. Mallarna för att dokumentera fysisk aktivitet i journalen, skiljer sig en hel del mellan olika journalsystem. Detta gör det svårt för vårdpersonalen att tolka och registrera NDR:s nuvarande formulering av variabeln Fysisk aktivitet. Variabeln i NDR är olika för barn och vuxna eftersom rekommendationerna från Folkhälsomyndigheten skiljer sig åt för olika åldrar.

Så här ser variabeln fysisk aktivitet ut i NDR

Variabel	Målgrupp	Utfall	Hjälpstext i NDR idag
Fysisk aktivitet	Barn ålder 5–17 år	0 dagar, 1 dag, 2 dagar, 3 dagar, 4 dagar, 5 dagar, 6 dagar, 7 dagar	Hur många av de senaste 7 dagarna har innehållit minst 60 minuters sammanlagd fysisk aktivitet. Fylls i från 5 år.
Fysisk aktivitet - 30 min promenad eller motsvarande	Vuxna från 18 år	Aldrig, <1 ggr/vecka, Regelbundet 1-2 ggr/vecka, Regelbundet 3-5 ggr/vecka, Dagligen	

NDR:s variabel både för barn och vuxna efterfrågar fysisk aktivitet som innebär att personen får en pulsstegring och blir lätt andfådd. Det går bra att lägga ihop om personen varit fysiskt aktiv i perioder om minst 10 minuter åt gången. Det behöver alltså inte vara 30 respektive 60

minuters sammanhängande fysisk aktivitet åt gången eller per dag. Vi har förstått att variablerna tolkas olika både för barn och vuxna och NDR kommer att inom en snar framtid komma ut med förtydligande av vad som avses i en hjälpstext som ska kunna underlätta tolkningen

och registreringen till NDR. Vår förhoppning är att få samsyn kring hur NDR:s variabler kan matchas till Folkhälsomyndighetens mål med antal minuter fysisk aktivitet per vecka.

Folkhälsomyndigheten- Riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande 2021

Ålder	Pulshöjande fysisk fysisk aktivitet	Fysisk aktivitet som stärker	Stillasittande
6-17 år	I genomsnitt minst 60 minuter per dag	Minst 3 gånger per vecka	Långa perioder bör brytas av med rörelse
18-64 år	Minst 150-300 minuter i veckan	Minst 2 gånger per vecka	Långa perioder bör brytas av med rörelse
65 år och äldre	Minst 150-300 minuter i veckan	Minst 2 gånger per vecka, samt balans- träning 3 gånger per vecka	Långa perioder bör brytas av med rörelse

Utvärdering av nya variabler som infördes sommaren 2020

NDR följer upp nya variabler extra noga för att utvärdera variabelns betydelse för vården och om det är problem med tolkning eller rapportering av variabeln. När det gäller de nya variabler som infördes sommaren 2020 och som handlar om glukosvärden för patienter med sensorbaserad mätning (se tabell nedan) ökade rapporteringsgraden mycket

snabbt under första halvåret. Sedan dess har rapporteringsgraden legat på runt 50 % för dessa variabler med stor spridning mellan olika medicinkliniker. En del har fyllt i uppgifterna för nästan alla sina patienter och en del har inte kommit igång alls. Inom barn-diabetesvården infördes dessa variabler år 2018 och i nuläget är rapporteringen över 90% för alla barn-diabetesmottagningar. För att NDR ska redovisa resultat baserade på nedanstående variabler i Knappen eller i årsrap-

porten så krävs det att rapporteringsgraden är god. NDR har fått tydliga signaler om att det finns ett stort intresse i vården att följa dessa variabler och vill gärna uppmuntra de vårdenheter som ännu inte kommit igång att göra det. Om det är överföringsystem som ännu inte har anpassat till de nya variablerna så hör av er till regionala samordnare eller till NDR så hjälper vi gärna till.

Andel rapporterade uppgifter av de som har sensorbaserad glukosmätning (rtCGM/isCGM) senaste 12 månaderna

Variabel	Vuxna från 18 år	Barn <18 år
Medelglukos i rtCGM/isCGM senaste 2 veckorna*	57 %	97 %
Standarddeviation (SD) medelglukos i rtCGM/isCGM senaste 2 veckorna*	57 %	94 %
Andel (%) av tiden med glukosvärden inom intervallet 4-10 mmol/L i rtCGM/isCGM (time in range, TIR) senaste 2 veckorna*	50 %	För vuxna
Andel (%) av tiden med glukosvärden inom intervallet 4-8 mmol/L i rtCGM/isCGM (time in target, TIT) senaste 2 veckorna*	För barn	93%
Andel (%) av tiden med glukosvärden under 4 mmol/L i rtCGM/isCGM senaste 2 veckorna*	45%	92%

* Ska fyllas i om genomsnittlig daglig rtCGM/isCGM-användning är mer än 70%, vilket motsvarar 5 dagar /vecka

Andel med rapporterad uppgift om kolhydraträkning av de som har insulinbehandling, senaste 12 månaderna

Variabel	Vuxna från 18 år	Barn <18 år
Använder kolhydraträkning**	41 %	98 %

** Kolhydraträkning JA: När en kvot, uträknad efter en algoritm (ex 500 regeln) för att beräkna insulindos, används.

Diabetes och COVID-19

NDR fortsätter att med hjälp av Socialstyrelsen göra samkörningar mellan NDR, SmiNet (dit anmälan görs av smittsamma sjukdomar enligt smittskyddslagen) och dödsorsaksregistret för att få information om hur många av de som är registrerade i NDR (barn och vuxna), som testats positivt för COVID-19 och hur många som avlidit i COVID-19 (underliggande dödsorsak U07.1 eller U07.2). Från och med 1 januari 2020 och till och med 23 juni 2021 hade 7384 (11%) personer med typ 1-diabetes i NDR och 44 929 (8%) av personer med typ 2-diabetes i NDR testats positivt för COVID-19. (motsvarande siffror tom 22 februari 2021 var 4392 för typ 1-diabetes respektive 29 693 för typ 2-diabetes). Totalt hade 122 personer med typ 1-diabetes och 3553 personer med typ 2-diabetes avlidit i COVID-19, av de som testat positivt för COVID-19 enligt SmiNet. Motsvarande siffra för antal avlidna från februari 2021 var 100 personer med typ 1-diabetes respektive 2865 personer med typ-2 diabetes. Av barn och ungdomar med diabetes (under 18 år) i NDR hade i

denna samkörning 927 personer (10%) testat positivt för COVID-19 och av dessa hade ingen avlidit i COVID-19. Gå gärna in på NDR:s hemsida för att se mer statistik angående COVID-19 och diabetes.

NDR 25 år

I år firar NDR 25 år som kvalitetsregister inom diabetesvården. Detta kommer att uppmärksammas vid årets Diabetesforum den 1 till 3 december 2021. NDR skapades år 1996 som svar på St Vincent-deklarationen, vars syfte var att påverka Europas länder att minska sjukligheten till följd av diabetes. För personer med diabetes under 18 år startade barmdiabetesregistret Swediabkids år 2000 och som sedan 2018 är helt integrerat i NDR. Under dessa 25 år har registreringen till NDR blivit en självklarhet och bidragit till en allt bättre diabetesvård. I takt med att nya journalsystem skapas där utvärderingen av vårdenhetens resultat kan ske via regionala redovisningar, behöver alla hjälpas åt att påminna huvudmännen om att det också är viktigt med nationella jämförelser mellan regionerna för att driva förbättring. Diabetesvården behöver alltså

ett kvalitetsregister för att systematiskt inventera och förbättra sina resultat och således försäkra god och jämlik vård. Alla diabetesmottagningar och primärvårdsenheter ska ha möjlighet att värdera sin enhet mot andra och mot resultat på nationell nivå.

Hälsningar från NDR-teamet

Diabetes och sömnapné – en farlig kombination

Typ 2 diabetes och sömnapné, andningsuppehåll i sömnen, är en vanlig kombination. Och farlig. Nu bekräftar åter igen en sammanställning av 22 olika studier hälsoriskerna med obehandlad sömnapné. Bland annat att risken för plötslig död nästan fördubblas. Beräkningar visar att nästan varannan typ 2 diabetiker har sömnapné. Många vet inte om det.



Sömnapné leder till upprepade andningsuppehåll under sömnen. De är i regel 20-30 sekunder långa men kan vara mycket längre, en minut eller mer. En person kan ha flera hundra andningsuppehåll varje natt.

Orsaken är oftast att tungan faller bakåt i svalget och stänger luftströmmen ned till lungorna. Flertalet av de som lider av sömnapné är överviktiga men långt ifrån alla.

Det finns olika hjälpmedel som minskar eller helt eliminerar sömnapné.

Jättelik metastudie

Den nu aktuella studien, publicerad i tidskriften BMJ Open Respiratory Research, har utförts av forskare från Penn State Collage i Hershey, USA, och är en sammanställning av 22 olika studier. Fokus låg plötslig död på grund av hjärtsjukdom och en jämförelse mellan personer med och utan diagnosen sömnapné.

Totalt omfattar studien fler än 42 000 individer från olika delar av världen. Medelåldern bland deltagarna var 62 år, 64 procent av dem var män.

Jämfört med kontrollpersonerna löpte de med sömnapné nästan dubbelt så hög risk att drabbas av plötslig död. Ju äldre personen blir desto större blir risken.

Kraftfull varningsklocka

I en intervju med Medical News Today konstaterar en forskarna, Ryan Soose: "Vi har länge känt till att obehandlad sömnapné ökar risken för att utveckla högt blodtryck, hjärtsjukdom och flera andra sjukdomstillstånd. Men den höga risken för plötslig död som rapporterats i den här studien är en kraftfull varningsklocka som ställer krav på tidig diagnos och behandling."

Bakgrunden till den ökade risken för olika sjukdomstillstånd är den syrebrist personen får när andningsvägarna är blockerade under en apné. Syrebristen leder till många olika kroppsliga stressreaktioner, bland dem förhöjt blodtryck.

Smygande debut

Det finns många beröringspunkter mellan tvillingsjukdomarna sömnapné och typ 2 diabetes. En av dem är att den drabbade kan vara ovetande om sin sjukdom i många år. En annan den ökade risken för hjärt- kärlsjukdom och stroke. En tredje är övervikt.

Internationella Diabetesfederationen rekommenderar att om en patient insjuknat i den ena sjukdomen ska också den andra misstänkas.

Publicerad 19 augusti 2021.

Av Tord Ajanki





PATIENTER KAN GÖRA DET DIGITALT

Digitala hälsoverktyg, vilka fungerar tillsammans för en smidigare diabetesbehandling



Skanna QR- koden och läs mer om vårt FreeStyle Libre 2- system



UPPTÄCK

Säker tillgång till patientens glukosrapporter för vårdpersonal via molntjänsten¹



SKANNA

Personer med diabetes kan på ett bekvämt sätt kontrollera sitt glukos med sin mobiltelefon²



DELA

Anhöriga kan följa med patientens glukosvärden på distans³




FLASH GLUKOSÖVERVAKNINGSSYSTEM

Läs mer på
www.FreeStyle.Abbott


life. to the fullest.®
Abbott

Bilder och simulerade data är endast i illustrativt syfte, det är inte från någon verklig patient.
1. LibreView webbplatsen är endast kompatibel med vissa operativa system och webbläsare. Kontrollera www.LibreView.com för ytterligare information. 2. FreeStyle LibreLink-appen är kompatibel med vissa smarttelefoner och operativsystem. Kontrollera webbplatsen för mer information om kompatibilitet på din smarttelefon innan du använder appen. Användning av FreeStyle LibreLink kräver registrering i LibreView. 3. LibreLinkUp appen är endast kompatibel med vissa mobila enheter och operativsystem. Kontrollera www.LibreLinkUp.com för mer information om kompatibilitet innan du använder appen. Användning av LibreLinkUp och FreeStyle LibreLink kräver registrering hos LibreView. Mobilappen LibreLinkUp är inte avsedd att vara en primär glukosövervakare; hemanvändare måste konsultera sin/sina primära enhet/ enheter och sin hälso- och sjukvårdskontakt innan de gör några eventuella medicinska bedömningar och behandlingsjusteringar utifrån informationen som tillhandahålls genom appen.
© 2021 Abbott. FreeStyle, Libre, och relaterade varumärken tillhör Abbott. Övriga varumärken tillhör respektive ägare. ADC-42283 v.1.0 07/21.
www.FreeStyle.Abbott · 020-190 11 11 · Abbott Scandinavia AB · Hornvängsgatan 9 · Box 1498 · 171 29 Solna

Ung diabetes



Diabetesprojektet kommer tillbaka i höst!

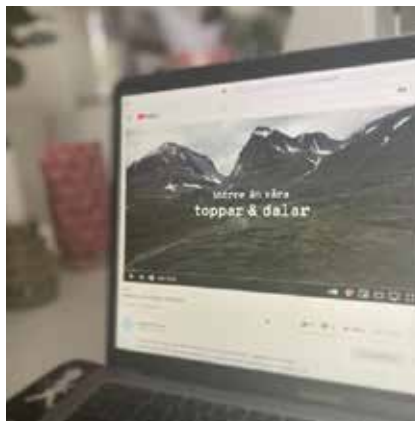
I september kommer årets projekthelg Diabetesprojektet gå av stapeln, närmare bestämt den 10-12 september. Detta är en helg full med inspiration för dig som vill engagera dig i diabetesfrågan och starta ett alldeles eget diabetesprojekt. Kanske vill du börja engagera dig i din lokalförening, skapa mötesplatser för unga med diabetes, föreläsa, måla tavlor till förmån för diabetesforskning, utveckla en produkt, eller kanske har du någon helt annan idé - ja vad som helst är möjligt och enbart din fantasi sätter gränserna! I år har helgen för första gången ett tema som lyder "Diabetes stoppar inte mig från att göra det jag vill".

Dessutom har vi äran att erbjuda en exklusiv och inspirerande föreläsning, enbart för årets deltagare, med radioprofilen och musikjournalisten Tina Mehrafzoon som själv lever med typ 1 diabetes.

Vi hoppas att samhällssituationen tillåter oss att vara på plats i Stockholm på Svenska Diabetesförbundets kansli, vilket är vår förhoppning men givetvis följer vi de restriktioner som finns för allas säkerhet. Anmälan till helgen öppnar måndag 5 juli på ungdiabetes.se och alla våra medlemmar mellan 15-30 år är välkomna att delta.

Så klura nu ut en rolig projektidé eller kom för att få inspiration på idéer i september, så hoppas vi att vi ses på årets Diabetesprojekthelg!

Har du fler frågor angående denna helg, är du varmt välkommen att kontakta ansvariga via mail: lokalt@ungdiabetes.se



"Större än våra toppar och dalar"

Ni har väl inte missat att vår efterlängtdokumentärfilm "Större än våra toppar och dalar" äntligen lanserades under våren? Dokumentären handlar om när Ung Diabetes och 27 personer med typ 1 diabetes besteg Sveriges högsta berg Kebnekaise tillsammans med äventyraren Ola Skinnarmo.

I samband med expeditionen och Ung Diabetes projekt #KEB17, samlades det även in 115 000 kr till Svensk diabetesforskning samt 115 000 kr till Life for a Child. Tack vare dessa bidrag till Life for a Child kunde 27 stycken barn med diabetes i låginkomstländer få tillgång till insulin under ett års tid.

Ni hittar filmen på Svenska Diabetesförbundets Youtubekanal genom att klicka HÄR. En perfekt sysselsättning en regnig sommar dag!

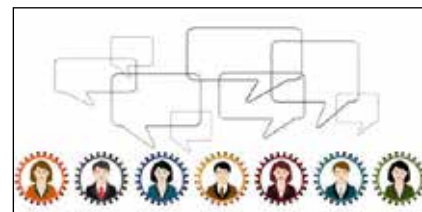
Sökes: experter till vår frågetjänst

Ung Diabetes söker experter till vår frågetjänst Fråga om diabetes. Det är en tjänst där du som själv lever med diabetes, har en närstående som har diabetes eller om du helt enkelt undrar något om diabetes kan ställa en fråga som någon ur vårt expertteam hjälper dig att få svar på. Ingen fråga är för stor eller för liten! Frågeteamet består i nuläget av diabetesläkare, diabetessköterskor, dietist, kurator och barmorska. Beroende på vilken fråga du har, så ser vi till att den hamnar hos rätt person för att du ska få den bästa hjälpen. Nu vill vi förstärka vårt

expertteam ytterligare och söker främst dig som arbetar som diabetesläkare eller diabetessjuksköterska. Välkommen att anmäla ditt intresse till någon av följande rådsmedlemmar:

Louise: louise.granlund@ungdiabetes.se

Evelina: evelina.andersson@ungdiabetes.se



Kampanjer om diskriminering och alkohol

Under våren har vi haft två kampanjer, en om diabetes och diskriminering och en om diabetes och alkohol, på vår Instagram där vi fått ta del av personliga berättelser från personer som själva lever med diabetes.

En av dem som har delat med sig om hur hon känt sig annorlunda behandlad på grund av sin diabetes är Lova som bland annat säger: "Jag har även haft kompisar som tvingat mig att gå till ett annat rum eller vända mig om när jag ska ta mitt insulin".

I kampanjen kring alkohol och diabetes delar bland annat Emilia med sig om sina erfarenheter och berättar samtidigt att hon hade önskat mer information från sjukvården om vad som händer i kroppen hos en person med diabetes som dricker alkohol. Ung Diabetes vill poängtera att vi inte uppmanar någon att dricka alkohol, utan det är ett högst individuellt beslut om man vill eller inte vill dricka alkohol och inget som någon annan ska styra över.

Ni kan fortfarande ta del av dessa berättelser i sin helhet på Ung Diabetes Instagram.

“ Jag har även haft kompisar som tvingat mig gå till ett annat rum eller vända mig om när jag ska ta mitt insulin ”

Centrum för diabetes

Centrum för diabetes, Cfd, vid Torsplan i Stockholm – en specialistmottagning för diabetes utan direkt koppling till ett sjukhus. Huvudman är SLSO (Stockholms Läns Sjukvårdsområde). Centrum för diabetes, som öppnade i oktober 2017, är en del av Akademiskt Specialistcentrum, ASC, där även Centrum för reumatologi, Centrum för neurologi samt sedan 2019 även Överviktscentrum och från januari 2021 en enhet för kliniska prövningar i öppenvård: Studieenheten Akademiskt specialistcentrum, ingår.

Lärande och utveckling tillsammans

Bakgrunden till Akademiskt specialistcentrum finns i planen för Framtidens hälso- och sjukvård. Enligt den ska vård i större utsträckning bedrivas utanför akutsjukhusen som inte behöver akutsjukvårdens lokaler och resurser. SLSO fick i uppdrag att ansvara för den somatiska specialistvården, som skulle flyttas ut från akutsjukhusen, vilket medförde att Akademiskt specialistcentrum startade. Dit flyttade Diabetesmottagningen- och dagvården från Karolinska Solna, som hade en stor och sedan lång tid, etablerad verksamhet. Akademiskt specialistcentrum är en verksamhet med specialiserad öppenvårdsmottagning, tätt knuten till Karolinska Institutet beträffande både forskning och utbildning av studenter. Även studenter från andra professioner, har delar av sin VFU förlagd till ASC. Många olika studier pågår på enheten och nya tillkommer. Utvecklingsarbete är också en del av verksamheten och tillsammans med patienterna utvecklar vi nya arbetsätt. Patientrådet är en självklar del av vår verksamhetsutveckling.

Våra uppdrag

Typ 1-diabetes: Vårt primära uppdrag är att ta hand om personer med typ 1-diabetes. Där skiljer vi oss inte från andra specialistmottagningar inom diabetes-

vården. Vi räknar med att vi har ca 1800-1900 personer med typ 1-diabetes, som går hos oss permanent och kallas till olika typer av besök på Cfd. Det finns också ett mindre antal personer med typ 2-diabetes, som går permanent på vår mottagning. Vi har generellt ett stort remissinflöde till Cfd av patienter, som ansluter till mottagningen. Detta gäller bl.a. personer, som överförs från fr a barnklinikerna i Stockholm eller personer, som p.g.a. inflyttning från övriga landet eller utlandet, bosätter sig i Stockholm för studier eller arbete. Däremot är det numera sällsynt att personer med nyupptäckt typ 1-diabetes kommer till mottagningen. Detta är en följd av att vi inte är knutna till något akutsjukhus och därmed inte kommer i kontakt med dessa personer från början. De kommer istället oftast till något av Stockholms övriga sjukhus. Dock förekommer det förstås att personer med nästan alldeles nyupptäckt typ 1-diabetes tillhör de "nyinflyttade" i Stockholm och därför snabbt kommer till vår mottagning.

Vi har TakeCare som journalsystem och via speciella journalmallar, har vi direktöverföring i NDR. En stor utmaning både nu och i framtiden, är att stå rustade för att kunna hjälpa och stötta våra typ 1-patienter i den snabba medicintekniska utvecklingen. Här pågår hos oss ett ständigt utbyte av kunskaper både inom enheten/teamet och även via kunniga produktspecialister.



Typ 2-diabetes: Vi har även ett uppdrag att erbjuda hjälp, stöd och justering av befintlig diabetesbehandling till personer med svårbehandlad typ 2-diabetes. Dessa personer remitteras till oss från sin husläkare/vårdcentral. Innan pandemin erbjöd vi två olika koncept; dels en mera traditionell dagvårdsvecka/-skola med en kombination av medicinsk genomgång av behandling och undervisning både enskilt och i grupp och dels en kortare variant under bara en förmiddag. I många delar av landet är detta med patientutbildning något, som oftast sker på vård- och hälsocentraler i primärvårdens regi. I Region Stockholm har dock denna typ av verksamhet sedan "urminnes tider" i stort sett tagits omhand på sjukhusens specialitenheter. Sedan 2017/2018 har bara Karolinska Huddinge och Centrum för diabetes kvar denna verksamhet och arbete pågår för att fler vårdcentraler ska kunna genomföra dessa utbildningar/-skolor. Dock förekommer det förstås redan nu att vårdcentralernas diabetesansvariga sjuksköterskor bedriver gruppundervisning även i Stockholm. Vi har också ett samarbete med APC, Akademiskt Primärvårdscentrum, som också har lokaler på Torsplan. Vi utbyter erfarenheter och stöttar varandra i olika frågor. Mera om vår typ 2-verksamhet kommer längre ner i artikeln.

Teamarbete: På Cfd är teamarbetet starkt utvecklat. I teamet ingår förutom

vår enhetschef, specialistläkare, diabetessjuksköterskor, forskningssjuksköterska, undersköterskor/tillika administratörer, dietist, fysioterapeut, kurator, podiatrer och medicinska sekreterare. På konsultbasis har vi möjlighet till psykiatrikerkontakt på plats för våra patienter här på Cfd. Det handlar då mest om ett orienterande besök, inte behandlingar och det kan leda fram till eventuell vidareremittering. Vi har ett mycket stort stöd av vår enhetschef på Cfd samt dessutom av vår verksamhetschef och hela den administrativa staben på ASC. I samband med patientbesök av olika slag utnyttjar vi möjligheten att träffas i olika typer av team. Ett vanligt team, vid möten med personer med typ 1-diabetes, är diabetessjuksköterska/dietist, men i stort sett alla olika konstellationer förekommer. Innan pandemin träffades vi här på Cfd, men det fungerar alldeles utmärkt att ansluta till videomöten från olika rum/eller t o m hemifrån. Vi har under nästan hela pandemin uppmuntrat att arbeta hemifrån när verksamheten så tillåter och det har i allmänhet fungerat mycket bra att ha både video och telefonbesök hemifrån.

Ögonbottenfotografering: Vi har också en egen ögonbottenfotokamera i samarbete med St Eriks Ögonsjukhus och en av våra undersköterskor kallar och fotograferar våra inskrivna patienter enligt de intervall, som ögonläkaren beslutar. Under pandemins första tid, ställdes denna verksamhet in helt och hållet, men i takt med att restriktionerna förändrats, har den kunnat återupptas till viss del. Alla patienter, som på så sätt ändå kommit till mottagningen, har fått ett HbA1c och blodtryck taget i samband med foto-besöket och vi har därför kunnat fortsätta att rapportera till NDR.

Läkarbemanning: På enheten finns tre överläkarrader, fördelade på en vanlig diabetesmottagningsrad, en fotmottagningsrad och en dagvårdsrad. Dessa bemannas dels av specialistläkare, som har största delen av sin tjänstgöring förlagd här på Cfd och dels av specialistläkare, som har kvar huvuddelen av sin tjänstgöring på Endokrin, Karolinska Solna. På läkarfronten finns dessutom två rader för randande ST-läkare (oftast med hemvist på en vårdcentral i grunden). Dessa arbetar hos oss i block om ca 4-6 veckor under handledning av specialister. Som nämndes, har vi varje vecka en specialistläkare som tjänstgör på vår fotsårsmottagning. Där arbetar för-

stås alltid våra två podiatrer. Två gånger per vecka kan patienter kallas till teambesök med den ordinarie personalen + infektionsläkare, kärlkirurg, ortoped från NKS samt ortopedtekniker från Olmed. Övriga dagar har podiaterna "egen" fotsårsmottagning. Det är ett mycket stort inflöde av patienter till den här delen av vår verksamhet. Flera av dessa patienter sköter inte sin diabetes på Cfd, utan har sin PAL/PAS på sin vårdcentral. Ibland måste dock även diabetesbehandlingen tas om hand via Cfd, åtminstone under en period. Naturligtvis tar vi även hand om "våra egna" typ 1-patienter om de skulle få bekymmer med sina fötter. Problem kan uppstå i samband med behov av inläggning på sjukhus, eftersom Cfd inte tillhör något sjukhus och därmed inte har tillgång till slutenvårdsplatser. NKS, som ligger nära, är ju ett sjukhus med endast högspecialiserad sjukvård och därför blir det att kontakt måste tas med övriga Stockholmsjukhus i dessa situationer.

Diabetessjuksköterskor: Vi är i nuläget sex diabetessjuksköterskor på heltid, men söker nu en sjunde diabetessjuksköterska. Sjuksköterskorna har alla sin tjänstgöring på 100 % och arbetsuppgifterna fördelas veckovis mellan ren mottagningsverksamhet för personer med typ 1-diabetes, dagvårdsverksamhet med personer för med typ 2-diabetes och slutligen en akut-/konsultverksamhet. Vi fördelas till dessa uppdrag terminsvis och vecka för vecka, så att vi alltid är två diabetessjuksköterskor på varje position varje vecka. Arbetet blir alltså väldigt omväxlande. Att vara konsultsjuksköterska, innebär bl. a. att vara tillgänglig på en speciell telefon kl. 07:30-15:30 (för frågor från kollegor i både specialist- och primärvården, ge stöd till desamma och för frågor och akuta ärenden från patienter, som snabbt måste nå oss). Dessutom kan vi, som konsultsjuksköterska, få uppdrag på remiss från Nya Karolinska Solna (NKS). Då handlar det nästan uteslutande om personer med typ 2-diabetes, som är ineliggande av annan anledning och där diabetes antingen har upptäckts eller där sjukdomen är i ett läge då tillägg av insulin blir aktuellt. Om remissen anländer elektroniskt innan kl. 12:00, ska vi samma eftermiddag kunna besöka patienten på sjukhuset och fr a undervisa och instruera gällande blodsockermätare och insulinpennor, injektionsteknik och injektionsplatser. Denna del av verksamheten har ju delvis ökat under pandemin och faktiskt just

p.g.a. pandemin, eftersom nyupptäckt diabetes eller diabetes av "äldre datum" varit vanligt hos många Covid 19-patienter, som sjukhusvårdats på NKS. Utmaningen har fr a varit, att vi från Cfd har varit att betrakta som besökare, eftersom vi inte tillhör samma organisation (det har ju varit besöksförbud). Därför har det ofta utmynnat i att vi levererat en kasse med material (blodsockermätare, broschyrer, pennkanyler, testremsor och lansetter för en kortare tids bruk) vid dörren till avdelningen och en stund senare kopplat upp oss på video eller telefon och undervisat "digitalt". Ibland har vi dock istället fått undervisa vårdavdelningens personal i "hisshallen" och de har fört kunskapen vidare till patienten. Under vanliga tider, har vi förstås ända sedan starten av Cfd, kunnat ta hand om dessa konsultuppdrag, direkt på plats hos patienten, men pandemier lockar fram behov av nytänkande och lösningsorienterade insatser.

Åter till vår dagvårdsverksamhet: Förutom sedvanlig "diabetesskola" för typ 2, så lägger vi under terminens olika veckor även in 3-4 stycken insulinpumpstarter för typ 1, LADA-kurs, hjärtskola/-kurs i samarbete med hjärtkliniken (3 ½ dagar), dit personer med "patologisk" glukosbelastning i samband med en hjärthändelse, remitteras och bjuds in. Dessa personer följer vi sedan, efter genomgången kurs, upp under ett par timmar en eftermiddag var 3:e månad under ett helt år (i den ursprungliga gruppen). Detta är mycket uppskattat. Dock har vi inte kunnat genomföra denna kurs på samma sätt under pandemin.

Förlängda besök: Sedan 2018 provar Cfd också en mera koncentrerad utbildnings- och behandlingsmodell för personer med typ 2 diabetes. Vi kallar detta för förlängda besök. Vi kom fram till, att det finns en ganska stor grupp patienter, där olika anledningar (behov av tolk, krävande arbete eller social situation), omöjliggör ett deltagande på plats under 3 ½ dagar).

Under en förmiddag erbjuds patienten en komprimerad "dagvård" med enskilda besök till ST-läkare, diabetessjuksköterska, dietist och fysioterapeut och förmiddagen avslutas med ett teamsamtal där även diabetesspecialisten deltar. Vårt önskemål, som vi också fortlöpande utvärderat och modifierat inom teamet och i kontakt med patientorganisationerna och ASC:s patientråd, är att hjälpa

patienterna att optimera sin behandling. Dessutom är det vår önskan att de ska få med sig en hel verktygslåda av egenvårdsåtgärder att kunna arbeta med gällande sin typ 2-diabetes. Att erbjuda samtal med dietist och fysioterapeut, anser vi vara mycket viktigt, då många haft diabetes under många år, utan att någonsin ha fått träffa dessa professioner. Under teambesöken lyfter varje profession fram sina respektive specialkunskaper efter det individuella behovet, för att kunna ge personerna information och stöd till egenvård, där vi kan förstärka den personcentrerade vården tillsammans. Det är viktigt att den som lever med diabetes, har kunskap om vad som kan minska risken för utveckling av komplikationer på lång sikt. De förlängda besöken har bidragit till att öka andelen personer, som får ta del av den kunskapen och förhoppningsvis kunnat omsätta den i god egenvård. Det händer dels att dessa personer erbjuds ett återbesök efter en tid, speciellt om behandlingen behöver följas upp och dels att de faktiskt väljer att anmäla sig till en dagvårdsvecka, för att få chansen att lära sig ännu mera. När allt flyter på, kan vi erbjuda ca 6 förlängda besök/dag under tre dagar, d.v.s. ca 18 patienter/vecka. Till våra vanliga dagvårdsveckor bjuds många in, men det brukar landa på 8-12 patienter. Längre ner kommer en beskrivning av hur vi löste dessa förlängda besök under Covid-19-pandemin.

Is-CGM för typ 2: Ett speciellt uppdrag inom vår typ 2-verksamhet, är att bevilja och förskriva is-CGM. Vi är en av få enheter i Stockholm, som gör detta. Dessa patienter kallas alltid till ett förlängt besök där vi i teamet tar ställning till om behandlingen behöver optimeras och först därefter bestämmer om förskrivning av is-CGM är aktuellt. Vi följer rådande indikationer för personer med typ 2 och ibland kan ett terapibyte från insulin i 4-dosregim ändras till olika kombinationer av insulin och GLP-1/SGLT-2 osv. Därmed kan indikationen försvinna för is-CGM. Vi följer oftast dessa patienter under en tid, för att se att både behandling och eventuell uppstart av sensormätningen fungerar. Efter en tid återremitteras de till sin vårdcentral, som då tar över förskrivningen av sensorerna.

Men sedan kom det en pandemi...

Vi tvingades, precis som alla andra, tänka om och ställa om. Redan innan pande-

min, hade vi, via *appen "Alltid Öppet"*, kunnat erbjuda videobesök till våra typ 1-patienter, men det var ändå i en förhållandevis liten skala och vi hade begränsat antal rum med installerad videokamera. I mars 2020 övergick i princip hela vår verksamhet från fysiska besök till digitala besök från ena dagen till den andra. Det gällde förstås både typ 1- och typ 2-verksamheterna. Att ha gruppverksamhet, var ju inte att tänka på. Till en början blev det många telefonbesök, men i takt med att vi kunde få videokameror på alla rum (det tog ett tag), övergick vi mer och mer till detta. Eftersom många patienter är anslutna till olika dataprogram med sina sensorer/blodsockermätare, kunde vi klara av mycket av vården på ett ganska bra sätt. Och det var ett väldigt uppskattat sätt av många patienter! Ganska snart började vi fundera på hur vi skulle kunna få till även de *förlängda besöken på digital väg*. Det visade sig att det gick och att det har fungerat mycket bra. Naturligtvis har vi skruvat på rutinerna och optimerat besöken över tid. Vi erbjuder nu bokade videobesök (kan ändras till telefonbesök vb), där patienten "träffar" ST-läkare och diabetessjuksköterska, som kopplar upp sig till videomötet från varsitt rum (för att även vi ska kunna arbeta säkert). Mot slutet av samtalet kommer specialistläkaren in och vi "knyter ihop säcken" gällande både de medicinska besluten och egenvårdsåtgärder. Vid behov hänger diabetessjuksköterska kvar efter teambesöket och går igenom praktiska saker enskilt med patienten (t ex informerar om och demonstrerar olika insulinpennor, GLP-1-pennor osv). Det kan även fungera att inspektera injektionsplatser i bästa fall. Om patienten önskar kontakt med dietist eller fysioterapeut, meddelas dessa och patienten får en tid med dem vid ett annat tillfälle. Även under pandemin, har vi kunnat erbjuda ca 18 patienter/vecka denna typ av besök. Efter en tid, blev det möjligt att boka *gruppbesök via "Alltid Öppet"* och då genomförde vi två ganska lyckosamma dagvårdsveckor digitalt med gruppundervisningar via videokameran. Första dagen kom patienterna på ett kortare fysiskt inskrivningsbesök, men redan på eftermiddagen drog videogrupperna igång. Fördelen med det fysiska besöket, var att vi kunde bilda oss en ganska bra uppfattning om patienten och även dela ut och visa eventuellt material i form av mätare, pennor osv. Inför denna digitala dagvårdsvecka, hade vi även sammanställt digitala powerpointpresentationer

med speakerljud. Efter varje presentation följde några frågor att fundera över och dessa kunde sedan diskuteras tillsammans med respektive profession i samband med gruppbesöken via video. Det är också fantastiskt att kunna konstatera hur bra "gruppen" blev och interagerade, trots att de bara sågs via datorskärmen.

Patientperspektivet: I all vår verksamhet är vi mycket intresserade av patientperspektivet och vi inhämtar fortlöpande synpunkter från både patientorganisationerna och från det patientråd, som finns på hela ASC där representanter från alla olika patientföreningar finns representerade.

Bortom pandemin: Nu ser vi förhoppningsvis fram emot ett yrkesliv bortom pandemin. Det är helt klart att en del nya arbetssätt har kommit för att stanna och i dagens stressiga samhälle, är många betjänta av att kunna träffa sin vårdgivare digitalt. Videobesöken är här för att stanna och vår förhoppning är att patienterna ska kunna välja det, som passar dem bäst. Dock kvarstår att vissa vårdåtgärder inte går att få till digitalt: blodtryck (kan i vissa fall ersättas av blodtrycksmätning i hemmet), fotstatus, ögonbottenfoto och eventuellt de kapillära mellankontrollerna av HbA1c. Vi tittar på om vi, här på Cfd, för flertalet patienter, skulle kunna få till ett fysiskt besök en gång/år med alla dessa saker utförda av en och samma person, för att sedan kunna ha digitala videobesök med läkaren och diabetessjuksköterskan enligt gängse planering. Inför årsbesöket kommer även sedvanlig provtagning på laboratoriet förstås att vara aktuell. Ingen dag är den andra lik här på Centrum för diabetes. Arbetet blir automatiskt omväxlande och utmanande när vi roterar runt i verksamheten. Den snabba tekniska utvecklingen medför att vi alla måste "vara på tå", för att på bästa sätt kunna möta och stötta patienterna. Vi utvecklar hela tiden både oss själva och vården och har därför varje vecka ordentligt avsatt och schemalagd tid, för att kunna driva vårdutvecklingen framåt med patienten i centrum.

Stockholm, september 2021

Maud Marklund, diabetessjuksköterska, Centrum för diabetes, Region Stockholm

Posterstipendium

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



För att stimulera projekt i Diabetesvården utlyser Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård ett stipendium för Utveckling/Förbättring på max 10 000 SEK.

Stipendiet är avsett för en eller flera diabetessjuksköterska/diabetessjuksköterskor.

Vem kan söka?

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

Ansökan ska innehålla:

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

Sista anmälningdag är 14 november 2021

<https://www.diabetesforum2021.se/abstract-for-poster/>

Se www.sfsd.se hur du ansöker. Använd mallen.

Välkommen med din ansökan!

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

VÄRLDENS FÖRSTA OCH ENDA GLP-1 RA I EN TABLETT

För vuxna med typ 2-diabetes



Signifikant* bättre HbA_{1c}-sänkning jämfört med Januvia® och Jardiance®



Viktninskning upp till 4,3 kg i genomsnitt och signifikant** bättre än Victoza®



Upp till 7 av 10 patienter uppnådde HbA_{1c}-målvärdet på <53 mmol/mol

Besök www.novonordisk.se för mer information.

* $p < 0,05$ (ej kontrollerat för multiplicitet) Rybelsus® 14 mg vs Januvia® 100 mg (vecka 78) och Jardiance® 25 mg (vecka 52)

** $p < 0,05$ (ej kontrollerat för multiplicitet) Rybelsus® 14 mg vs Victoza® 1,8 mg (vecka 52)

GLP-1 RA = glukagon-liknande-peptid-1 receptoragonist

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. **Rybelsus®** (semaglutid) Rx, (F), ATC-kod: A10BJ06 Rybelsus 3, 7 och 14 mg tabletter. Diabetesmedel. Glukagonlikpeptid-1-receptor (GLP-1) analoger. **Indikation:** Behandling av vuxna med otillräckligt kontrollerad typ 2-diabetes mellitus för att förbättra glykemisk kontroll som ett komplement till kost och motion; som monoterapi när metformin anses olämpligt på grund av intolerans eller kontraindikationer eller i kombination med andra läkemedel för behandling av diabetes. **Varningar och försiktighet:** Semaglutid ska inte användas till patienter med typ 1-diabetes mellitus eller vid behandling av diabetesketoacidosis. Det finns ingen erfarenhet från patienter med kronisk hjärtinsufficiens NYHA-klass IV och semaglutid rekommenderas därför inte till dessa patienter. Akut pankreatit är en sällsynt biverkan av Rybelsus®. Patienter bör informeras om de karakteristiska symtomen på akut pankreatit. Vid misstänkt pankreatit ska behandlingen med semaglutid upphöra. Om pankreatit fastställs, ska semaglutid inte sättas in igen. Hos patienter med diabetesretinopati som behandlas med insulin och semaglutid har en ökad risk för att utveckla komplikationer av diabetesretinopati observerats. Försiktighet ska vidtas när semaglutid används till patienter med diabetesretinopati som behandlas med insulin. **Graviditet och amning:** Semaglutid ska inte användas under graviditet och under amning. Fertila kvinnor rekommenderas att använda en preventivmetod när de behandlas med semaglutid. Semaglutid ska sättas ut minst 2 månader före en planerad graviditet på grund av den långa halveringstiden. För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se. Datum för översyn av produktresumén 11/2020. **Subventioneras endast för patienter som först har provat metformin, sulfonureider eller insulin, eller när dessa inte är lämpliga.**

Referens: Rybelsus® produktresumé, se fass.se



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

RYBELSUS®
oral semaglutid

Summering av diabetesläger i Skåne- sommaren 2021

Vi lyckades även i år genomföra läger för barn och ungdomar i åldern 9-17 år. De senaste åren har fördelningen varit på tre läger men i år var det så stort tryck att vi tog beslut om fyra läger. I vanliga fall brukar vi ledare ha ett dygn för omställning innan nästa läger kommer men i år åkte de hem på förmiddagen och nästa grupp kom på eftermiddagen, det gick men..... vi fick korta ned med någon natt för de yngre och flera klagade på att lägret var för kort i år.

Den största behållningen för de flesta är att alla har diabetes och ingen frågar konstiga saker om utrustning mm, alla vet vad det är och diabetes får ta tid och plats, sen har vi ju naturligtvis roligt också

med mycket fysisk aktivitet såsom cirkelträning, yoga, löpning, paddling, längre simning och vandring med att sova ute under bar himmel, en utmaning för väldigt många. De förtroliga samtalen om diabetes som de rumsansvariga ledarna håller i innan man ska sova, brukar många uppskatta. I år fick vi fantastiskt god mat, lagad från grunden av våra uppskattade medarbetare i köket. På avslutningsmiddagen hade vi uppmärksammat 100 åringen, dvs insulinet som fyllde 100 år i år. Sista lägret avslutades med en tapasmeny som gick i Spaniens smaker och färger.

Planering inför nästa års läger har redan börjat!

Agneta Lindberg





Ny studie: Kan probiotika förhindra typ 1-diabetes?

Barnen i Sint I a är bara sex veckor när de går med i studien. Barn som haft autoantikroppar innan de insjuknat i typ 1-diabetes har också haft en obalans i tarmfloran, visar tidigare forskning.



I en ny studie ska forskare vid Lunds universitet och Region Skåne inom ramen för ett europeiskt forskarnätverk undersöka om probiotika från tidig födsel kan förhindra utvecklingen av typ 1-diabetes hos barn med ökad genetisk risk.

– Hypotesen är att probiotika ska främja en hälsosam tarmflora och att detta ska ha en positiv effekt på immunsystemet innan de första tecknen på autoimmunitet uppstår, säger Markus Lundgren överläkare på Centralsjukhuset Kristianstad och forskare vid Lunds universitet som leder den svenska delen av Sint I a-studien.

Autoimmunitet innebär att kroppens immunsystem, vars uppgift är att skydda oss mot främmande bakterier och virus genom att upptäcka och förstöra dem, istället vänder sig mot kroppens egna vävnader. Autoantikroppar är markörer som bildas som en reaktion på detta. Diabetesautoantikroppar (öcellsautoantikroppar) förekommer i blodet i ett förstadium till typ 1-diabetes och är ett tecken på att immunsystemet börjat förstöra kroppens egna insulinproducerande celler.

Barnen i Sint I a är bara sex veckor när de går med i studien. Hälften lottas att få ett tillskott av probiotika Bifidobacterium Infantis (B. infantis EVC001) att blanda ut i maten och hälften får placebo (en verkningslös substans).

– Tidigare studier har visat att en hälsosam tarmflora minskar graden av inflammation och att det hjälper immunsystemet att skilja på farliga och ofarliga inkräktare, säger Markus Lundgren.

Studien som heter Sint I a (Supplementation with B. Infantis for Mitigation of Type 1 Diabetes Autoimmunity) startar i slutet på augusti och är en del av GPPAD, ett nätverk av forskare i Tyskland, Belgien, Storbritannien, Polen och Sverige som erbjuder screening av nyfödda. Barn som visar sig ha specifika riskgener har en ökad risk att insjukna i typ 1-diabetes och kan medverka i kliniska studier med målet att fördröja eller förhindra sjukdomen (se faktaruta om GPPAD). Hittills har 245 000 nyfödda screenats runt om i Europa. I Sverige utförs screeningen i Skåne.

Sint I a är en systerstudie till Point-studien där forskarna inom GPPAD undersöker om insulinpulver som ges via munnen kan träna immunsystemet att känna igen insulin så att attacken mot de egna insulincellerna undviks.

– Eventuellt skulle vi i framtiden kunna kombinera dessa båda strategier för att optimera de förebyggande insatserna, säger Markus Lundgren.



Sara Lidholm

Smarta påminnelser och larm

Realtidsvärden- utan skanning

Du slipper kalibrera

Sov lugnt och tryggt

4.9
mmol/L

GÖR LIVET ENKLARE OCH TRYGGARE!

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

dexcomG6[®]

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

i^{nordic}
INFUCARE
(Distributör)



Pedagogikstipendium

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



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

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

Vem kan söka?

Berättigad att söka är en eller flera diabetessjuksköterskor som arbetar inom diabetesvården (primärvård, sjukhus, barn, kommun och vårdutbildningar).

Minst en av de sökande måste vara medlem i SFSD.

Ansökan ska innehålla:

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

Sista anmälningdag är 14 november 2021

<https://www.diabetesforum2021.se/abstract-for-poster/>

Se www.sfsd.se hur du ansöker. Använd mallen.

Välkommen med din ansökan!

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

Omvårdnadsstipendium

För projekt eller fortbildning inom diabetesvården

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



Beträffande ansökan för projekt gäller följande:

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

Beträffande ansökan för fortbildning gäller följande:

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

Övrig information:

- Stipendiat måste ha varit medlem i SFSD i minst tre år.
- Den summa som fördelas utgörs av max 30 000 SEK

Sista anmälningdag är 14 november 2021

<https://www.diabetesforum2021.se/abstract-for-poster/>

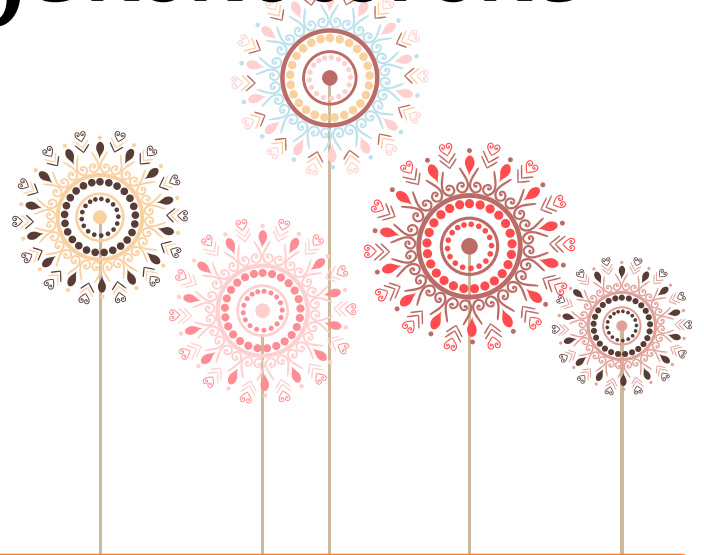
Se www.sfsd.se hur du ansöker. Använd mallen.

Välkommen med din ansökan!

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

Nominera Årets Diabetessjuksköterska

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



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

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

I jubileumsskriften som gavs ut 2007 står följande att läsa:

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

Möjligheten att nominera en kollega är öppen från nu till och med den 14 november 2021

Därefter kommer en nomineringskommitté bestående av styrelsen från SFSD (Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård) välja ut den lyckliga vinnaren.

Den du nominerar ska vara medlem i SFSD.

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

Missar inte kommande webinarier inom diabetes

Under hösten fortsätter vi med nya **webbsända föreläsningar** där du som arbetar med diabetes har möjlighet att djupdyka inom det ämne som intresserar just dig.

Föreläsningarna hålls av medicinska experter och behandlar allt från diabetes och modern insulinkunskap till insulinets hundraåriga historia.

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

Varmt välkommen!



Läs mer och anmäl dig genom att skanna QR-koden, eller skriva in sanofidiabetes.se/webinars i din webbläsare

14 sep: NDR – studier och vetenskapliga vinster

Björn Eliasson, adj professor och överläkare, Diabetescentrum SU/Sahlgrenska Göteborg; och Sven Olof Strömblad, medicinsk rådgivare på Sanofi

21 sep: Modern insulinkunskap

Sara Mansten, överläkare, St Görans sjukhus, Stockholm

5 okt: Hypoglykemier typ 1- och typ 2-diabetes

Sophia Rössner, specialistläkare, Karolinska sjukhuset, Huddinge

12 okt: EASD för primärvård

Margaretha Hellgren, specialist i allmänmedicin, Skaraborgs-institutet, Närhälsan, Skövde och Göteborgs universitet

26 okt: ISPAD highlights

Gun Forsander, docent och överläkare, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Göteborg

2 nov: Användning av isCGM i primärvården

Annica Magnusson, diabetessjuksköterska, Husläkarna i Österåker, Åkersberga

16 nov: Insulin 100 år

Magnus Löndahl, överläkare, docent, Skånes universitetssjukhus, Lund

14 dec: Tips och trix vid pumpbehandling

Ulrika Sandgren, diabetessjuksköterska, Antenatalavdelningen SU/Östra Göteborg

Familjen & Diabetesteamet

En sammanfattning av en intervjustudie på avancerad nivå. När ett barn insjuknar i en kronisk sjukdom kan hela familjen drabbas av en kris.



Therese Doverstål och Therése Gustavsson

Introduktion och motiv för studien

När ett barn insjuknar i en kronisk sjukdom kan hela familjen drabbas av en kris. Information, stöd och utbildning är en viktig del av krishanteringen. Barn och ungdomar behöver åldersanpassad information, stöd och utbildning. För att möta upp det behovet finns i öppenvården diabetesteam som aktiveras så snart ett barn insjuknar i T1D. Teamen följer barnet och familjen regelbundet till dess att barnet fyller 18 år och skrivs över till vuxenvården. I dessa sammanhang är tillit och tålamod viktiga komponenter för en lyckad behandling och välmående för hela familjen (Machado et al., 2018; Wennick & Hallström, 2006). Vikten av att snabbt få kontakt med diabetesteamet belyses i forskning som visar på stora vinster med att ha tvärprofessionella team av specialister. Dessa team ska kunna bygga relationer, skapa trygghet men även utbilda då insjuknandet kommer påverka barnet och familjen resten av livet (American Diabetes Association, 2018; Huus & Enskär, 2007; Wennick & Hallström, 2006). Det finns mycket forskning kring sjukdomen och dess ursprung, samt teamets inverkan på vården. Däremot finns det mindre information, forskning och studier kring föräldrars upplevelse av stöd och kontakt med diabetesteamet. Då familjerna har kontakt med diabetesteamet under många år är målet att bidra till en ökad

förståelse av det stöd tvärprofessionella team kan bidra med, samt eventuellt finna förslag på utvecklings- och förbättringsarbete inom diabetesvården.

BAKGRUND Diabetes

Diabetes är den folksjukdom som växer snabbast i världen och det är inte bara vuxna som drabbas av denna kroniska sjukdom, även barn och ungdomar kan drabbas. En av de vanligaste svåra kroniska sjukdomarna i Sverige bland barn är typ 1-diabetes (här benämnd T1D). I Sverige insjuknar närmare 900 barn och ungdomar varje år i T1D, en siffra som har fördubblats de senaste 20 åren och totalt lever ca 8000 barn med sjukdomen (Swediabkids, 2019). Första kontakten med vården sker då föräldrarna söker vård för att barnen exempelvis har gått ner i vikt, kissar ofta, är törstiga eller har gastrointestinala symtom (Hanås et al., 2010). Första tiden efter diagnos är barnet och föräldrarna inneliggande på sjukhus och får kontakt med ett diabetesteam. En kontakt som patienterna behåller efter utskrivning från sjukhus (Wennick & Hallström, 2006).

Det finns flera fördelar med teamarbete och de tvärprofessionella teamen uppskattas av både personal, patienter och anhöriga. Teamets kompetens och samsättning har en stor betydelse kring

vården för familjerna. Författarnas syfte med studien var att belysa föräldrars upplevelse av stöd från tvärprofessionella diabetesteam.

Föräldrarnas perspektiv

Vårdpersonalens engagemang och kompetens har en betydande roll i skapandet av öppna och trygga relationer till kroniskt sjuka barn och deras föräldrar (Henter, 2020). Föräldrarna har det fullständiga ansvaret för den egenvård som krävs då barnet lever med T1D. Vidare visas att föräldrar kan uppleva en brist i sitt föräldraskap samt en konstant oro för sitt barn och dennes välbefinnande. Föräldrar som måste övervaka och ha kontroll över sina barn upplever även en ökad stress. Då ett stort ansvar läggs på föräldrarna är behovet av stöd från hälso- och sjukvården viktigt. Omvårdnadsstödet från hälso- och sjukvården fungerar bra och har en hög tillgänglighet. Däremot skiljer sig åsikterna kring det psykosociala stödet. Många föräldrar upplever stöd från andra föräldrar i samma situation, där gruppträffar med erfarenhetsutbyte betyder mycket (Boman et al., 2011; Rifshana et al., 2017).

Tvärprofessionella team

Tvärprofessionella team är en grupp där flera yrkeskategorier ingår och hela teamet jobbar mot ett gemensamt mål (Wikblad, 2012). Forskning har visat att

det finns många fördelar med teamarbete, bland annat att patienten erhåller bättre kunskap om egenvård vilket minskar risken för framtida komplikationer, färre vårdtillfällen och mindre belastning på vården (Kelo et al, 2013). Tillsammans gynnar det på lång sikt inte bara patienten och vården, utan även samhällsekonomin relaterat till minskade vårdkostnader. Utmaningar med teamarbete är bland annat professionella hierarkier. Det kan hindra ett effektivt genomförande för sjuksköterskans del kan det bli en utmaning att stå emot läkares traditionella dominans. Konflikter i teamet kan också vara relaterat till individernas olika personligheter, grad av vilja och meningsskiljaktigheter. Förebyg-

gande arbete, utvecklande av strukturer för hantering och teamutveckling är en viktig del för ett lyckat teamarbete.

Tvårprofessionella team är uppskattade av både personal, patienter och anhöriga (Hämel & Vössing, 2017; Kelo et al., 2013 Wikblad, 2012).

Diabetesteam

I Sverige drivs diabetesvården vanligtvis genom tvårprofessionella team där patient, läkare och sjuksköterska ingår. Ofta ingår även dietist, sjukgymnast, lekterapeut och kurator eller psykolog (Wikblad, 2012). Fokus ligger på utbildning och delaktighet, ett arbete som ständigt

utvecklas. Teamets kompetens och sammansättning är av stor betydelse då de har en viktig roll i behandling och utbildning för patienter och familjer. Ett av de gemensamma målen för teamen är framför allt bibehållen livskvalitet och upplevelse av en trygg egenvård för de barn som lever med T1D (Berne, 2012; Kelo et al., 2013; Sörman, 2012).

RESULTAT

I studien deltog sex föräldrar, samtliga var mammor, till barn med aktuell snittålder på 13,5 år, vid sjukdomsdebut 10,6 år. Analysen av resultatet gav tre kategorier som i sin tur delades in i underkategorier.

Stödjande relation

- Första kontakten
- Kommunikation
- Trygghet & Bemötande

Stöd i lidande

- Föräldrars perspektiv på barnens lidande
- Föräldrars upplevda lidande

Stöd i vardagen

- Positivt stöd
- Brist på stöd
- Kunskapsstöd

Översikt av kategorier och underkategorier

“Det är ju en väldig trygghet att man vet att dom finns där och att det är samma personer”

“Sen vet jag inte ens om vi träffat kurator om jag ska va ärlig, ja ja minns inte, kanske när vi låg inne sen har vi då aldrig träffat kurator i alla fall”

Citat från studien

DISKUSSION

Syftet med studien var att belysa föräldrars upplevelse av stöd från tvårprofessionella diabetesteam. Resultatet visade hur föräldrarna upplevde stöd i skapandet av relationer, vid lidande samt behov och brist av stöd. Sammanfattningsvis visade resultatet att föräldrar är nöjda med den relation de har med diabetes-teamet och den vård som teamet erbjuder. Det påvisades även en samsyn att det psykosociala stödet till föräldrarna ej varit så befintlig som de önskat eller haft ett behov av. Arbetet har sin teoretiska utgångspunkt i Joyce Travelbees omvårdnadsteori där kontakt och relation är viktiga aspekter (Kirkevold, 1997). Teorin har använts som ett stöd i skapandet av intervjufrågor samt under arbetets gång och utformning. Resultatet diskuterades utifrån aktuell forskning och med stöd av Travelbees omvårdnadsteori.

Sammanfattning av resultatdiskussion

Det finns olika studier som visar att familjerna är i behov av stöd vid T1D. Resultatet i denna studie visar dock att det inte fullt ut verkar appliceras i verkligheten och författarna tolkar att det behövs en förändring hur diabetesteamen arbetar med föräldrastödet för att minska lidandet och skapa en hållbar och hälsosam vardag. Kanske skulle det vara värdefullt med experimentella studier som testar effekten av olika insatser eller implementerings studier för att eventuellt underlätta implementering av nya metoder inom området för diabetesteamets stöd. Föräldrar som saknar psykosocialt stöd samt lider av sömnbrist kommer troligen att belasta samhällsekonomin ur den synpunkt att de inte kommer orka med sina arbeten och riskera en utbrändhet. Ur ett intersektionellt perspektiv finns en risk att stödet minskar ytterligare där exempelvis språkförbristning finns mellan team och

familjer. Det kan även finnas en svårighet i samspelet bland föräldragrupper på socialmedier som leder till ytterligare utanförskap och lägre psykosocialt stöd.

BETYDELSE FÖR OMVÅRDNAD & KONKLUSION

När ett barn drabbas av en kronisk sjukdom så drabbas hela familjen. Diagnosen innebär en helt ny roll som familj då det innebär en stor utmaning och ett stort ansvar. Den ständiga kontakten med vården kräver att det finns en förståelse från vårdpersonalen om familjens situation. Målet är att bidra till en ökad förståelse för hur det är att ha kontakt med tvårprofessionella team samt eventuellt utvecklings- och förbättringsarbete kring omvårdnaden av dessa familjer.

Författarna kopplar många delar till Joyce Travelbees omvårdnadsteori när det gäller utveckling och skapande av relation. Även i yrkesrollen som sjuksköterska ingår det att visa empati och sympati för

D-UPPSATS

en annan person även om man inte alltid kan sätta sig in i deras situation eller inneha egen upplevd erfarenhet i ämnet. En slutsats som kan dras är att en sjuksköterska som är en god lyssnare kan komma långt utan egna erfarenheter.

Sammanfattningsvis uppskattade familjerna i studien teamets lugn och struktur och alla kände sig sedda vilket mynnade ut i en positiv helhetsbild. Föräldrarna i

studien är mycket nöjda med det samarbete de har med diabetesteamet även om de önskade att de hade fått mer stöd av vissa yrkeskategorier som är mindre framträdande, exempelvis dietist och kurator. Föräldrarna hade haft nytta av psykosocialt stöd, men upplevde även en förståelse för att den vård som erbjuds är riktad till barnen. För att möta upp föräldrarnas behov av stöd behövs en förändring kring diabetesteamens ar-

bete. En mer individanpassad omvårdnad, där även föräldrars psykosociala behov inkluderas vilket gynnar hela familjen.

För arbetet i sin helhet och referenser kontakta författarna.

*Leg. Bamsjuksköterska
Therese Doverstål*

*Leg. Bamsjuksköterska
Therése Gustavsson*



SAVE THE DATE

1-3 december Diabetesforum

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

Glöm inte att också ansöka om årets diabetessjuksköterska.

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

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

Hur ni ansöker hittar ni på vår hemsida www.sfsd.se

Där finner ni även mallar att använda.



Hjärt- och kärlsjukdom inte längre värst

Cancer har tagit över rollen som vanligaste dödsorsaken bland diabetiker. Tidigare under en lång period var det hjärt- kärlsjukdomarna som tog flest liv. Detta enligt en stor brittisk undersökning som under 18 år följt utvecklingen med fler än 300 000 med diabetes.

Det är forskare från Imperial College i London som publicerat den nya kartläggningen i tidskriften *The Lancet Diabetes & Endocrinology*.

För 18 år sedan, när studien inleddes, var den vanligaste dödsorsaken i Storbritannien hjärt- kärlsjukdomar och stroke bland diabetiker äldre än 18 år.

Överlag har diabetespatienter de senaste decennierna avsevärt bättre hälsa än. Risken att avlida har under perioden minskat med 32 procent för män och 31 procent för kvinnor.

Bakom de positiva siffrorna ligger att allt färre inte röker, att högt blodtryck och andra riskfaktorer som blodfettsubbningar behandlas allt bättre.

Framstegen har varit stora, både inom diabetes- och cancerforskning. Men, enligt de brittiska forskarnas bedömning, större inom diabetesområdet.

Nästan halverad andel

”Förbättringarna har till och med varit större när det gäller diabetes. Det har resulterat i att hjärt- kärlsjukdom nu står för 25 procent av dödsfallen jämfört med 45 procent för tjugo år sedan.” säger Jonathan Pearson-Stutard, huvudförfattare till studien i ett pressmeddelande från universitetet Imperial College London.

Minskningen av död i hjärt- kärlsjukdom gäller inte enbart bland diabetespatienter utan inom hela befolkningen.

Andra iakttagelser från studien är att diabetiker jämfört med icke-diabetiker löper större risk att avlida på grund av olika demenssjukdomar, leversjukdom eller luftvägssjukdomar.

Fortsatt överdödlighet bland diabetiker

Fortfarande är dödstalen bland diabetiker högre än bland icke-diabetiker. Till exempel var 2018 leversjukdomar dubbelt så vanligt, sannolikt med övervikt som en bidragande orsak. Att cancer nu är den vanligaste dödsorsaken bland de med diabetes kan också det bero på övervikt eller fetma som är väsentligt vanligare bland de som har typ 2 diabetes.

Ett annat exempel är att luftvägssjukdomar som dödsorsak var 80 procent vanligare bland diabetiker än icke-diabetiker.

Samband cancer- hjärtkärlsjukdomar

De två vanligaste dödsorsakerna sedan många år, cancer och hjärt- kärlsjukdomar, har traditionellt setts som två helt åtskilda grupper av sjukdomar. Men, menar forskarna, det alltfler fakta talar för att att störningar i ämnesomsättningen (exempelvis övervikt och diabetes) är en bidragande orsak till cancer och (vilket länge har varit känt). Så har till exempel diabetiker nästan en fördubblad risk att drabbas av cancer i lever eller bukspottkörtel.



Den brittiska forskargruppen delar in cancerformerna i två; diabetesassocierad och övriga. Lever och bukspottkörtel tillhör gruppen som har samband med ämnesomsättningen. Globalt säger beräkningar att fem till sju procent av all cancer kan ha samband med övervikt och typ 2 diabetes.

Mer forskning

Avslutningsvis konstaterar forskarna att det finns ett stort behov av mer forskning för att bättre förstå de bakomliggande orsakerna till den ökade cancerrisken i samband med diabetes och att behovet av att utveckla effektiva förebyggande åtgärder för att minimera cancerförekomst och dödsfall hos personer med diabetes är stort.

En begränsning med studien, påpekar forskarna, är att de i sitt material inte kunde skilja mellan typ 1 och typ 2 diabetes.

*Text: Tord Ajanki
Publicerad 19 februari 2021*

Länk till studien i tidskriften *The Lancet Diabetes & Endocrinology*

Trends in predominant causes of death in individuals with and without diabetes in England from 2001 to 2018: an epidemiological analysis of linked primary care records
[https://www.thelancet.com/journals/lan-dia/article/PIIS2213-8587\(20\)30431-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lan-dia/article/PIIS2213-8587(20)30431-9/fulltext)

Effektivare screening för typ 1-diabetes med enkelt blodprov

Dagens screeningmetod innebär att deltagare behöver lämna flera blodprov. I framtiden kan det räcka med ett stick i fingret vid varje besök. Inom diabetesforskningen screenas personer som är i riskzonen för att utveckla typ 1-diabetes. Dagens metod innebär att det tas flera blodprov vid varje besök. Ett internationellt forskarlag har nu upptäckt att det går att följa upp risken för sjukdom med ett enkelt stick i fingret.

Både barn och vuxna kan få typ 1-diabetes, som kräver behandling med insulin hela livet. Symtomen kan utvecklas under lång tid och kan ibland vara svåra att lägga märke till. De metoder som har etablerats inom forskningen för att upptäcka förstadiet till typ 1-diabetes är resurskrävande. Ett internationellt forskarlag har nu utvecklat ett test som gör att det går att förutsäga sjukdomen på ett enklare sätt.

– I stället för att lämna en större mängd blod genom en ven i armen varje gång räcker det med ett stick i fingret per besök. Det kommer att innebära mindre obehag för personer som screenas för typ 1-diabetes säger Åke Lemmark, senior professor i experimentell diabetes vid Lunds universitet och korresponderande författare för studien.

Följer utvecklingen

Studien publiceras nu i den vetenskapliga tidskriften *Diabetologia* och bygger på data från deltagare upp till 45 år i studierna DPT-1, Trialnet, Teddy och Fr1da. Samtliga deltagare hade nått det första eller andra stadiet av typ 1-diabetes. En diagnos brukar ställas först på tredje stadiet.

För att avgöra var på utvecklingskurvan forskningsdeltagare befinner sig görs glukostoleranstester (OGTT) ett par gånger om året. Vid ett sådant test kommer personen fastande till mottagningen och får lämna ett blodprov som anger

utgångsvärdet. Sedan får personen dricka en lösning med glukos. Därefter tas nya blodprov efter 30, 60, 90 och 120 minuter för att se hur blodglukosvärdet utvecklas.

Störst precision

Forskarna har jämfört ett stort antal glukostoleranstester som hade gjorts över flera års tid på sammanlagt omkring 3500 individer. Analyserna visade att det blodprov som togs två timmar efter glukoslösningen kunde förutse risken för att få diagnosen typ 1-diabetes med störst precision.

– Vi har länge trott att vi behöver ta blodprov med täta intervaller för att göra en så bra analys som möjligt, men det var tvåtimmarsvärdet som bäst talade om för oss att en person var på väg att få sin diagnos. Jag och mina forskarkollegor blev väldigt förvånade över det här, säger John Wentworth, huvudförfattare verksam vid Royal Melbourne Hospital och Walter and Eliza Hall Institute i Australien.

Screening för typ 1-diabetes ökar i länder som USA. I Sverige är det framför allt inom olika forskningsprojekt som metoden används för att förutse sjukdomen. Ett sådant exempel är den svenska delen av den internationella Teddy-studien, som bekostas av den amerikanska hälsovårdsmyndigheten (NIH). Sverige har inget screeningprogram för personer som är i riskzonen för att få typ 1-diabetes.

– Den svenska sjukvården screenar inte för sjukdomar som inte går att förebygga, förhindra eller bota. Du kan visserligen inte bota diabetes med insulin, men en tidig upptäckt av sjukdomen minskar risken för komplikationer, Åke Lemmark, som är verksam vid Lunds universitets diabetescentrum (LUDC).

Viktig kunskap

Typ 1-diabetes som inte är tillräckligt behandlad kan leda till höga blodglukosvärden. Det kan i sin tur leda till ketoacidosis, som kan bli livshotande om det inte behandlas. I Teddy-studien screenas barn som är i riskzonen och de som är på väg att utveckla typ 1-diabetes upptäcks i ett tidigt skede.

– Många av föräldrarna är så tacksamma för de är beredda när sjukdomen kommer. Vi har föräldrar som säger "Tack vare Teddy har vi sluppit sitta på akuten med ett barn som har blivit riktigt sjukt i ketoacidosis", säger Åke Lemmark, som är vetenskapligt ansvarig för Teddy-studien i Sverige.

Den förenklade screeningmetoden kommer att vara till hjälp för forskarna i arbetet med att lära sig mer om hur sjukdomen utvecklas. Kunskapen är viktig för det strategiska forskningsområdet Exodiab vid Lunds universitet. Exodiab har som mål att förebygga och bota diabetesjukdomar.

– Nu har vi hittat en metod som gör det enklare att screena, vilket kommer att spara mycket tid och resurser för oss. Vi hoppas att det kan skynda på vårt arbete med att hitta ett läkemedel som kan stoppa sjukdomen från att bryta ut, säger Åke Lemmark, som är en del av forskningsmiljön Exodiab.

Studien i *Diabetologia*

Artikeln "Simplifying prediction of disease progression in pre-symptomatic type 1 diabetes using a single blood sample" är publicerad i den vetenskapliga tidskriften *Diabetologia*, augusti 2021, DOI: <https://doi.org/10.1007/s00125-021-05523-2>

Publicerad 31 augusti 2021.

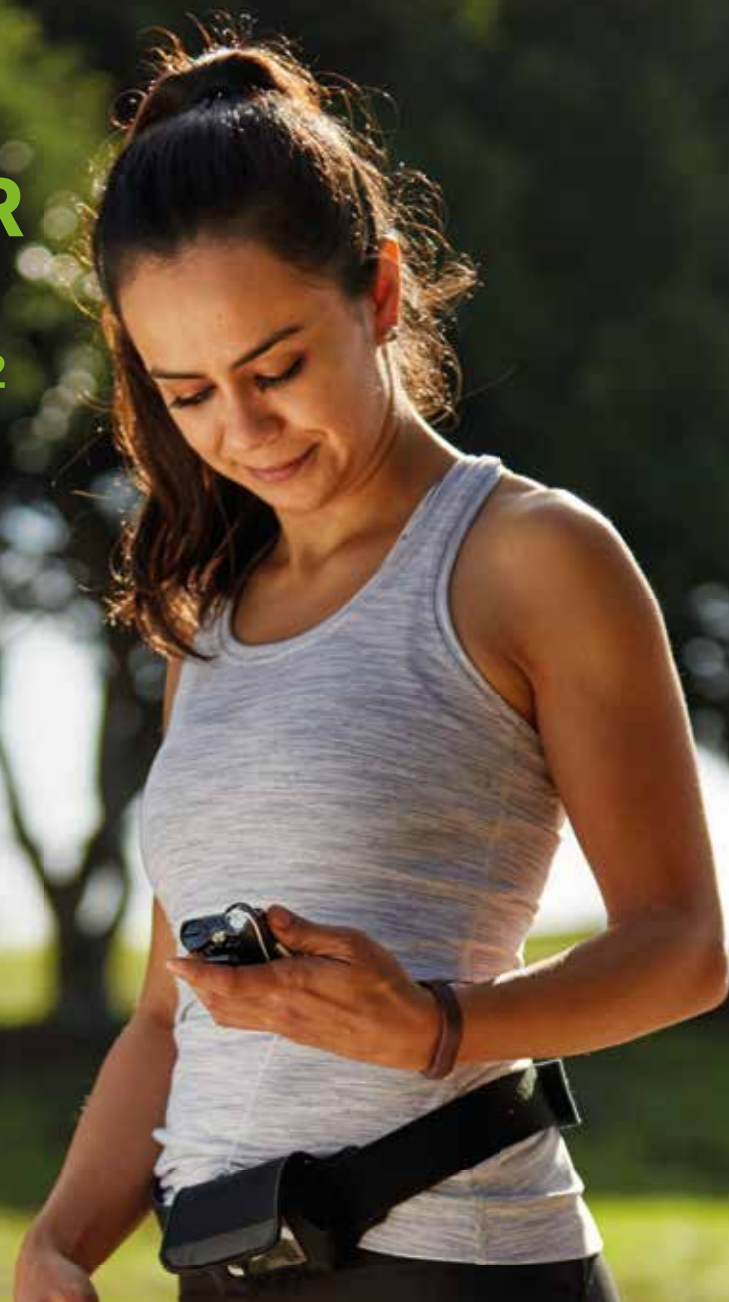
Petra Olsson

AUTOMATISERING SOM FÖRENKLAR OCH FÖRBÄTTRAR DIABETES- BEHANDLINGEN^{1,2}

Vårt nya, mest sofistikerade
insulinpumpssystem:

MiniMed™ 780G

Nu utan fingerstick†



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

Nu med mobilappar för användare och följare!

Mer information på: medtronic-diabetes.se/minimed-780g-systemet

† Ett BS-värde behövs för att starta SmartGuard™-läget. Om glukosvarningar och CGM-värden inte stämmer överens med symptomen måste du använda en blodsockermätare för att ta behandlingsbeslut.

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

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

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



Medtronic

Omvårdnadspersonalens attityd till och kunskap om munhälsa

Föreliggande underlag till förbättringsarbete avser kunskap och attityder hos omvårdnadspersonal till personer med varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. En god munvård är en viktig förutsättning för en god diabetesvård hos dessa personer. SFSD finner det därför angeläget att publicera denna rapport i sin helhet.



Sammanfattning

Bakgrund - Den 1 januari 1999 infördes ett nytt tandvårdsstöd som innebar att landstinget fick lagstadgat ansvar att organisera och finansiera tandvård till vissa äldre och funktionshindrade personer. Personer med varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser skall erbjudas hembesök för munhälsobedömning och vid behov erbjudas nödvändig tandvård. Vid den uppsökande munhälsobedömningen ges omvårdnadspersonalen information och instruktion om behov av daglig munvård till den äldre.

Omvårdnadspersonalen erbjuds dessutom grundutbildning i munvård samt årliga uppföljande utbildningstillfällen. Syftet med utbildningen är att skapa motivation samt ge praktisk och teoretisk kunskap. Ingen uppföljning avseende omvårdnadspersonalens attityder och kunskaper till munhälsa och munvård har gjorts i Region Dalarna sedan lagen trädde i kraft 1999. Syfte - Att undersöka omvårdnadspersonalens tilltro och attityd till den egna förmågan, och självskattad kunskap om munhälsa och munvård. Syftet är också att undersöka utbildningsbehov bland omvårdnadspersonal genom att identifiera eventuella kunskapsluckor hos omvårdnadspersonalen. Metod - Omvårdnadspersonal anställd inom Hemtjänst och särskilt boende i Region Dalarna erbjuds att

delta och besvara en enkät, nursing Dental Coping Beliefs Scale, gällande attityd och tilltro till den egna förmågan och självskattad kunskap om munhälsa och munvård. Totalt 4500 enkäter skickades ut till samtliga särskilda boenden och hemtjänstgrupper i Region Dalarna. Resultat - I studien ingick 1933 kvinnor och 199 män (svarsfrekvens 47 %). Medelåldern var 44,2 år och yrkesverksamma år var i medeltal 17,7 år.

Majoriteten av deltagarna kände tilltro till den egna förmågan gällande munvård och dess betydelse men att mer kunskap om tandsjukdomar samt praktisk munvårdsträning skulle leda till bättre munvård. Deltagarna förlitade sig inte på att endast tandvården kan förhindra tandsjukdomar och de flesta ansåg att det inte går att förhindra att sjukdom och mediciner förstör tänderna. En majoritet ansåg det är viktigt med god munhälsa.

Drygt hälften av deltagarna uppgav att de erhållit grundutbildning om 3 timmar i munhälsa och knappt hälften att de deltagit vid den årliga utbildningen. Konklusion - För att öka omvårdnadspersonalens praktiska kunskap inom munvård bör tandvården fokusera mer på praktiska övningar vid de olika utbildningstillfällena men även teoretisk utbildning gällande olika sjukdomstillstånd i munnen. En strategi för att öka deltagandet vid de olika munvårdsutbildningarna bör utarbetas.

Bakgrund

Den 1 januari 1999 infördes ett nytt tandvårdsstöd som innebar att landstinget fick lagstadgat ansvar att organisera och finansiera tandvård till vissa äldre och funktionshindrade personer [1]. Personer med varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser skall erbjudas hembesök för munhälsobedömning och vid behov erbjudas nödvändig tandvård. Den uppsökande munhälsobedömningen är kostnadsfri och avgiften för den nödvändiga tandvården är densamma som för hälso- och sjukvård. Munhälsobedömning skall erbjudas en gång per år och innebär att tandhygienist gör en bedömning av munhåla, tänder och tandsättningar. Den dagliga munvården inom den kommunala omsorgsverksamheten utförs av omvårdnadspersonal till de personer som själva har svårigheter att klara sin munvård. Personer i ordinärt boende kan vid behov få hjälp av hemsjukvården. Personer som tackat ja till uppsökande munhälsobedömning skall tillsammans med omvårdnadspersonal besökas i sitt hem eller i det särskilda boendet. Vid den uppsökande munhälsobedömningen ges omvårdnadspersonalen information och instruktion om behov av daglig munvård till den äldre. Det är därför viktigt att personalen finns med vid munhälsobedömningarna för att ta del av den information och instruktion som ges. Den uppsökande verksamheten kan

bedrivs i privat regi eller i Regionernas regi.

I takt med åldrande och ökad sjuklighet uppstår ofta behov av hjälp med den personliga omvårdnaden, inklusive munvård. Inom ramen för Sveriges kommuner och Regioners (SKR) prioritering "Bättre liv för sjuka äldre" har årliga överenskommelser tecknats för att säkerställa en god vård för de äldre. Ett hjälpmedel för detta arbete är "Senior alert", ett nationellt kvalitetsregister för att förbättra vården och omsorgen av äldre personer [2].

Sedan 2013 ingår en bedömning av munhälsan, Revised Oral Assessment Guide (ROAG) i detta register. Vid inskrivning i den kommunala vård- och omsorgsverksamheten erbjuds en riskbedömning av personens munhälsa. Vid denna bedömning använder vård- och omsorgspersonal skattningsinstrumentet ROAG där status på läppar, tunga, munhåla, sväljfunktion, röst och tänder bedöms.

Uppsökande verksamhet i Region Dalarna

I Region Dalarna har den uppsökande verksamheten bedrivits i FTV:s regi sedan det nya tandvårdsstödet infördes 1999. I Region Dalarna finns 15 kommuner. I varje kommun finns ett uppsökande tandvårdsteam bestående av en tandhygienist och en tandsköterska. I de större kommunerna består teamet av två tandhygienister och två tandsköterskor. Dessa team har närkontakt och kännedom om kommunens olika verksamheter. Enligt policydokument för FTV:s uppsökande team skall teamen årligen ha kontakt med kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) samt sjuksköterskor och enhetschefer för att planera verksamheten.

I Region Dalarna finns cirka 7500-8000 omvårdnadspersonal. Omvårdnadspersonal i olika boendeformer såsom Hemtjänst, Särskilt boende (SäBo), gruppboende i olika former och personal inom palliativ vård och hemsjukvård skall erbjudas munvårdsutbildning. I den lokala överenskommelsen mellan varje kommun i Region Dalarna, Tandvårdsstöd Dalarna och Folk tandvården (FTV), skall grundutbildning till all vårdpersonal om tre timmar erbjudas samt en årlig utbildning. Syftet med utbildningarna är att skapa motivation och ge praktisk och teoretisk kunskap för att se munvård som en självklar del av helhetsvården

och för att hjälpa de boende med den dagliga munvården. Utbildningen skall erbjudas till alla kategorier inom omvårdnaden såsom enhetschefer, sjuksköterskor och undersköterskor samt övrig omvårdnadspersonal och om möjligt även till vikarier. Målet med utbildningen är att öka omvårdnadspersonalens kompetens att sköta den dagliga vården av tänder och eventuella tandersättningar. Vidare är målet att lära sig tolka signaler och symptom som uttrycker behov av odontologiska insatser samt förstå behandlingsråd från tandvårdspersonal.

Grundutbildning

I grundutbildningen skall ingå utbildning i karies (hål i tänderna) och parodontit (tandlossning), dess orsaker samt hur sjukdomarna kan förebyggas samt munhälsans betydelse för allmänhälsan och livskvaliteten, svamp i munhålan, slemhinneförändringar, muntorrhet av medicinering och olika hjälpmedel för detta. Vidare ges utbildning i munhygieniska hjälpmedel, fluoridpreparat och dess betydelse, hygienkrav vid olika tandersättningar, samt palliativ munvård. Utbildningen innehåller dessutom praktiska tips och hjälpmedel vid utförande av munhygien på annan person. Enligt överenskommelse mellan SKR och Region Dalarna ska teoretisk utbildning i ROAG ges i samband med grundutbildningen till omvårdnadspersonalen. All nyanställd personal och personal som genomgått utbildningen för ett antal år sedan erbjuds att förnya sina kunskaper. Samordnaren för den uppsökande verksamheten har i de flesta kommuner genomfört denna grundutbildning för att få den så likformad som möjligt. Grundutbildning genomförs efter behov i de olika kommunerna.

Årlig utbildning

Enligt den lokala överenskommelsen skall årligen uppföljande, så kallade revisionsutbildningar genomföras på samtliga arbetsplatser till omvårdnadspersonalen. Vid dessa en-timmars utbildningar finns tillfälle att ta upp olika frågeställningar såsom muntorrhet olika fluoridpreparat, svamp eller palliativ munvård m.m. Eventuella identifierade brister vad gäller munhälsan vid det aktuella boendet eller i den aktuella hemtjänstgruppen kan även bli årets tema för utbildningen.

Den praktiska utbildningsdelen med träning i inspektion av munhålan, munvård

och protesskötsel görs i samband med tandhygienistens uppsökande munhälso-bedömning enligt policydokumentet "Uppdragsbeskrivningen för Folk tandvårdens uppsökande team".

Munhälsa bland äldre

Andelen äldre i samhället ökar och andelen individer 80 år och äldre i Sverige förväntas öka med 50 % fram till 2028 [3]. Av Sveriges befolkning år 2016 var andelen individer 65 år och äldre ca 20 % [4].

Allt fler äldre har idag sina egna tänder i behåll, ofta försedda med lagningar och/eller tandersättningar som ställer höga krav på skötsel i form av daglig munvård och regelbunden kontakt med tandvården. På kort tid kan ohälsa i munnen utvecklas i samband med t.ex. sjukdom eller funktionsnedsättning. Muntorrhet, smärta och trasiga tänder kan ge upphov till dålig andedräkt, svårigheter att kommunicera och njuta av måltider. Faktorer som att kunna tugga, skratta, ha en god andedräkt och att ha fina tänder har visat sig vara viktigt för äldre för att de ska känna sig trygga vid sociala kontakter, som t.ex. att kunna kommunicera och äta tillsammans med andra [5].

En försämrad munhälsa har en negativ inverkan på allmänhälsan och på den munhälsorelaterad livskvalitet bland äldre. Ett av Världshälsoorganisationens (WHO) prioriterade områden är att förbättra den orala hälsan bland äldre. Försämrad tuggförmåga kan påverka sväljfunktionen [6], den kognitiva förmågan och nutritionen men också livskvaliteten [7]. Sjukhusorsakad lunginflammation, som kan relateras till bristfällig munhygien är en vanlig infektion bland äldre och är en av de vanligaste dödsorsakerna bland äldre under sjukvårdsvisstelse [8].

Förekomsten av allmänsjukdomar ökar med stigande ålder [9] vilket ofta innebär en ökad medicinering vilket i sin tur kan leda till muntorrhet [10, 11] med ökad kariesrisk som följd [12]. I Sverige ökar receptbelagd medicinering med 3-4% varje år och personer 80 år och äldre tar i genomsnitt cirka 6 olika mediciner dagligen [13]. Dementa personer samt personer boende på äldreboenden har mer än dubbelt så hög kariesförekomst jämfört med äldre personer i eget boende [14]. Även parodontit, som är en kronisk infektionssjukdom är vanligt

bland äldre personer i särskilda boenden [15].

En nyligen publicerad studie visar att omvårdnadspersonal har en relativt god uppfattning om att tandsjukdomar ofta går att förebygga och att tänder i de flesta fall kan behållas högt upp i ålder. Dock visade denna studie att omvårdnadspersonalen hade sämre förståelse för värdet i kunskap om tand- och munhälsa och liten tilltro till sin egen förmåga att hantera sjukdomar i munhålan [16]. Sjögren, P et. al (2016) visade i en studie att munhygienintervention utförd av tandvårdspersonal minskade mortaliteten av lunginflammation bland äldre jämfört med då interventionen utfördes av omvårdnadspersonal [17].

En av framgångsfaktorerna för att vidmakthålla en god munhälsa hos personer på äldreboende är personalens kompetens inom området [18]. Denna brist på kompetens har i flera studier påvisats såväl nationellt [16, 18] som internationellt [19].

Ingen uppföljning avseende omvårdnadspersonalens attityder och kunskaper till munhälsa och munvård har gjorts i Region Dalarna sedan lagen [1] trädde i kraft 1999.

Syfte

Att undersöka omvårdnadspersonalens tilltro och attityd till den egna förmågan, och självskattad kunskap om munhälsa och munvård. Syftet är också att undersöka utbildningsbehov bland omvårdnadspersonal genom att identifiera eventuella kunskapsluckor hos omvårdnadspersonalen.

Frågeställningar

- Vad är omvårdnadspersonalens tilltro och attityd till den egna förmågan avseende munhälsa och munvård?
- Vad är omvårdnadspersonalens självskattade kunskap om munhälsa och munvård?
- Vilken utbildning har omvårdnadspersonalen?
- Vilka kunskapsluckor gällande munhälsa och munvård kan identifieras?
- Vilka framtida utbildningsinsatser kan identifieras?

Metod Design

En enkätundersökning

Studiepopulation

Omvårdnadspersonal anställd inom Hemtjänst och SäBo (enhetschefer, sjuksköterskor, undersköterskor och övrig omvårdnadspersonal) i samtliga 15 kommuner i Dalarna.

Tillvägagångssätt

Under våren 2018 presenterades studien för vård- och omsorgschefer för äldreomsorg inom samtliga 15 kommuner i Dalarna. Samtliga vård och omsorgschefer accepterade i maj 2018 att delta i studien. Enhetschefer vid de aktuella boendeformerna (77 stycken SäBo och 73 stycken Hemtjänstgrupper) erhöll utförlig skriftlig information om studien, dess syfte och tillvägagångssätt. I Region Dalarna finns cirka 7500-8000 omvårdnadspersonal. Då det var svårt att få ett exakt antal anställd personal, skickades 4500 enkäter till enhetscheferna vid samtliga SÄBO och Hemtjänstgrupper, tillsammans med information till deltagarna, i januari 2019. Enkäten delades ut till omvårdnadspersonal som deltog vid arbetsplatsträffar där den också fylldes i och återlämnades till enhetschef. Den personal som inte deltog vid arbetsplatsträffen fick enkäten vid annat lämpligt tillfälle. Enkäten samlades in av enhetschef som returnerade den till projektledare på Folk tandvårdens kansli (KE). En påminnelse till samtliga enhetschefer skickades ut i juni 2019 samt ytterligare en påminnelse skickades under september 2019. Vintern och våren 2019-2020 kontaktades enhetschefer per telefon för en tredje påminnelse. Datainsamlingen avslutades i mars 2020.

Enkät – Dental Coping Beliefs Scale

Omvårdnadspersonalens attityd och tilltro till den egna förmågan och självskattad kunskap om munhälsa inhämtades genom en validerad enkät, nursing Dental Coping Beliefs Scale (DCBS) [18]. DCBS är ett index som undersöker tre dimensioner; Self- Efficacy, (SE) Locus of control och Oral-Health Care Beliefs (OHCB). Locus of control har ursprungligen två dimensioner, extern (EL) och intern (IL) locus of control [20]. DCBS består av 28 frågor konstruerade på en 5-gradig Likert skala med alterna-

tiven "håller helt med", "håller delvis med", "vet ej", "håller delvis inte med" samt "håller inte alls med".

Tilltro till den egna förmågan (eng. self-efficacy, SE) är ett begrepp utvecklat av Albert Bandura som syftar till individens tilltro till att själv klara av en handling i en särskild situation. Det handlar inte om tilltro till sin egen förmåga i allmänhet, utan om tilltro till en specifik handling [21].

Locus betyder plats på latin och den refererar till var en människa anser att kontrollen över dennes liv finns. Begreppet kontroll-fokus introducerades 1966 av Julian B. Rotter (1916-2014) som skiljde mellan; inre kontroll-fokus (eng. internal locus of control), där kontrollen förläggs inom individen och; yttre kontroll-fokus (eng. external locus of control), där kontrollen förläggs utanför individen [20]. Kontroll-fokus (förmågan att påverka) är en psykologisk term för uppfattningen om var kontrollen över en viss situation är lokaliserad, uppfattningen om huruvida man själv har kontrollen över utgången eller om kontrollen finns utanför ens egen makt. Kontrollfokus är en viktig aspekt i attityd till beteenden och handlingar. Det är ett av tre överväganden som styr beteendet i en sådan situation. De övriga är normativa uppfattningar (förväntningar på omgivningens värderingar och motivation) och uppfattningar om vilka möjliga utgångar ens val av beteende kan ha. Uppfattningar om kontroll inbegriper uppfattningar om faktorer som hjälper och hindrar en i ens planer. Dessa tre överväganden skapar en intention som sedan ger ett beteende.

Självskattad kunskap (Oral Health Care Beliefs, OHCB) beskriver skattad kunskap i områden som personen besitter och kan vara en hjälp att identifiera eventuella kunskapsluckor.

Frågor avseende omvårdnadspersonalens utbildning inom munhälsa, utförande av munvård samt attityd till munhälsa har konstruerades av författarna, totalt 10 frågor. Även bakgrundsdata som ålder, antalet år i yrket, utbildningsbakgrund, arbetsplats och anställningsform efterfrågades.

Statistisk analys

Enkätdata presenteras med deskriptiv statistik (andel i procent). Bakgrundsdata

Fortsättning sid 32



Tandem t:slim X2™ insulinpump med Dexcom G6 CGM

System designat för enkelhet och kontroll

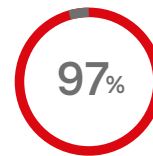
Nu kan både befintliga och nya användare av insulinpumpen Tandem t:slim X2™ få tillgång till Control-IQ™-teknologin. Tillsammans med Dexcom G6 CGM kan Control-IQ™-teknologin ge automatisk justering av insulindoseringen baserat på sensorvärdet. Systemet hjälper till att förebygga och minimera höga och låga glukosnivåer och ger mer tid inom målområdet (3,9-10 mmol/l). Vid behov kan även automatiska korrektionsdoser ges. Systemet är kalibreringsfritt*.

I en sexmånaders studie publicerad i New England Journal of Medicine fick patienterna en genomsnittlig ökning av 2,6 timmar/dygn inom målområdet (3,9-10 mmol/l)¹ jämfört med en SAP. Hela 97 % av patienterna upplevde systemet som enkelt att använda².

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



Motsvarar 2 timmar och 36 minuter mer per dygn inom målområdet¹.



97 % tyckte att systemet var enkelt att använda².

Referenser:

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

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

WARNING: Control-IQ™-teknologin ska inte användas av personer under 6 år. Det ska heller inte användas till patienter som använder mindre än 10 enheter insulin per dygn eller som väger mindre än 25 kilo. För ytterligare viktig säkerhetsinformation, besök www.tandemdiabetes.com/safetyinfo

*Om glukosvarningar och CGM-avläsningar inte stämmer överens med symptom eller förväntningar, använd en blodsockermätare för att fatta behandlingsbeslut.

© 2021 Rubin Medical AB. Alla rättigheter förbehålles. Tandem Diabetes Care är ett registrerat varumärke och t:slim X2™, Basal-IQ™ och Control-IQ™ är varumärken som tillhör Tandem Diabetes Care Inc. Dexcom och Dexcom G6 är registrerade varumärken som tillhör Dexcom Inc.

presenteras som medelvärde samt andel i procent. De olika dimensionerna, SE, IL, EL samt OHCB presenteras var för sig avseende andelen i procent för de olika svarsalternativen.

Etiska överväganden

Ett intyg angående garanti för projektets genomförande inhämtades från tandvårdschefen i Region Dalarna. Studien är godkänd av socialchefer i samtliga av Dalarnas kommuner. Personuppgifter har inte efterfrågats och enkäterna kodades. Endast deltagare i projektgruppen

hade tillgång till insamlad data. Studiedeltagarna informerades skriftligt om frivilligheten att delta samt att de kunde avstå medverkan utan att uppge några skäl eller att det kommer att påverka den fortsatta kontakten med tandvården och de uppsökande teamen. Besvarande samt inlämnande av enkät betraktades som godkännande att delta i studien.

Studien är godkänd av Etikprövningsmyndigheten i Uppsala, Dnr 2018/300 samt registrerad i ClinicalTrials.gov, nr: NCT03376022 (<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03376022>).

Resultat

Antal utskickade enkäter var 4500 med en svarsfrekvens på 48 % (2167 enkäter). I studien ingick 1933 kvinnor och 199 män. Medelåldern var 44,2 år och yrkesverksamma år var i medeltal 17,7 år. En majoritet arbetade som undersköterskor (73%), 76% hade gymnasieutbildning och 87 % hade tillsvidareanställning. Drygt hälften arbetade på särskilt boende. (Tabell 1).

	Procent	Antal personer
Arbetsplats		
Hemtjänst + SäBo	1	24
SäBo	56	1228
Hemsjukvård	1	16
Hemtjänst	40	862
Ej angett	2	37
Utbildning		
Grundskoleutbildning	12	264
Gymnasieutbildning	76	1645
Högskola/universitet	7	157
Ej angett	5	101
Befattning		
Sjuksköterska	1	17
Undersköterska	73	1588
Enhetschef	2	32
Annat yrke	20	443
Ej angett	4	87
Anställningsform		
Anställning tills vidare	87	1887
Anställning vikarie	9	203
Ej angett	4	77

Tabell 1. Bakgrundsvariabler för kommunalt anställd personal inom äldreomsorg

Tilltro till den egna förmågan (Self-efficacy)

En majoritet av deltagarna håller helt eller delvis med avseende sin tilltro till den egna förmågan om munvård och dess

betydelse (fråga 2). Deltagarna ansåg att mer kunskap om tandsjukdomar (fråga 21) samt praktisk munvårdsträning (fråga 8) skulle leda till bättre munvård. De flesta ansåg sig ha kunskaper gällande hur svampinfektion i munnen kan förebyggas

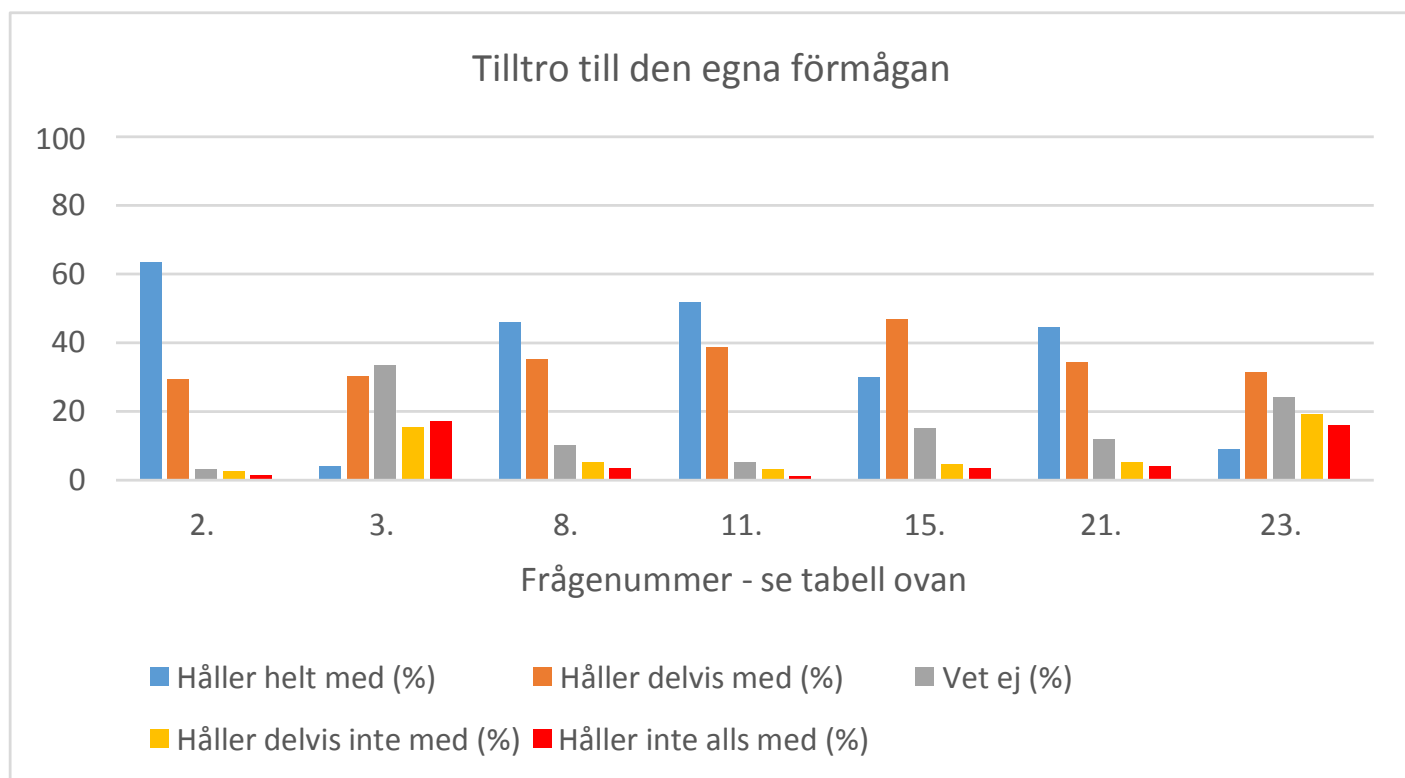
(fråga 15) och på frågan gällande hur olika sår i munslemhinnan kan behandlas ansåg 34,1 % helt eller delvis, ha kunskap om detta (fråga 3). Data presenteras i Tabell 2 och Figur 1.

Fortsättning sid 34

Tabell 2. Dimensionen avseende tilltro till den egna förmågan (self-efficacy).

Fråga	Håller helt med (%)	Håller delvis med (%)	Vet ej (%)	Håller delvis inte med (%)	Håller inte alls med (%)
2. Om jag borstar och använder tandtråd på ett riktigt sätt, förväntar jag mig mindre tand- problem	63,4	29,3	3,2	2,6	1,4
3. Jag tror att jag vet hur olika sår i munslemhinnan kan behandlas	4,0	30,1	33,6	15,4	17,0
8. Om jag fick praktisk munvårdsträning skulle jag ha lättare att utföra bra munvård.	45,9	35,1	10,2	5,3	3,5
11. Jag tror att jag vet hur man använder tandtråd på ett riktigt sätt	51,8	38,6	5,1	3,3	1,2
15. Jag tror att jag vet hur en svampinfektion i munnen kan förebyggas	30,0	46,8	15,2	4,7	3,4
21. Om jag hade kunskap om tandsjukdomar skulle jag kunna utföra bättre munvård	44,6	34,4	11,8	5,3	3,9
23. Jag tror att jag klarar att ta bort de flesta tandbeläggningarna för att hjälpa till att förhindra hål/tandlossning	9,0	31,5	24,2	19,3	16,0

Figur 1. Grafisk framställning – stapeldiagram avseende attityder till dimensionen "Tilltro till den egna förmågan".



Inre kontrollfokus (Internal locus of control)

En majoritet av deltagarna höll i hög grad

med om att den egna förmågan gällande munvård kan påverka sjukdomsutveckling och allmän munhälsa (fråga 13, 25, 27 och 28). Gällande om patienterna

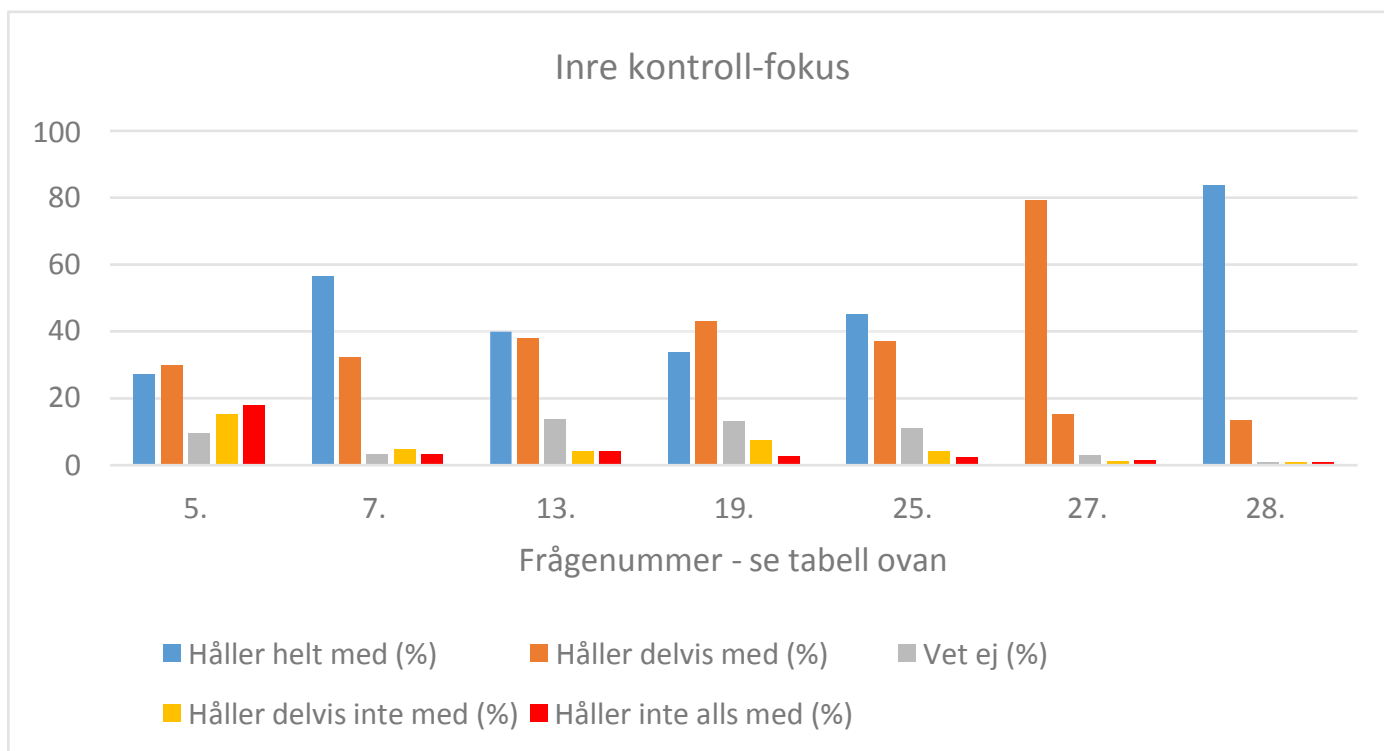
önskar munvårdshjälp angav 13,2% att de inte visste (Tabell 3 och Figur 2).

Fortsättning sid 36

Tabell 3. Dimensionen avseende grad av inre kontrollfokus.

Fråga	Håller helt med (%)	Håller delvis med (%)	Vet ej (%)	Håller delvis inte med (%)	Håller inte alls med (%)
5. Jag tror att tänderna skall räcka hela livet	27,3	29,9	9,5	15,3	18,0
7. Jag tror att hål i tänderna kan förhindras.	56,5	32,3	3,4	4,7	3,1
13. Jag tror att tandtråd kan hjälpa till att förhindra tandlossning.	39,9	38,0	13,9	4,2	4,0
19. Jag tror att våra patienter önskar att jag erbjuder munvårdshjälp.	33,8	43,1	13,2	7,3	2,7
25. Jag tror att tandlossning kan förhindras.	45,2	37,0	11,1	4,2	2,5
27. Jag tror att våra patienter äter bättre om de har en frisk och ren munhåla.	79,2	15,1	2,9	1,2	1,5
28. Jag tror att tandborstning kan hjälpa till att förhindra hål i tänderna.	83,9	13,3	1,0	1,0	1,0

Figur 2. Grafisk framställning – stapeldiagram avseende grad av inre kontrollfokus





forxiga[®]
(dapagliflozin)



FRAMTIDEN BÖRJAR NU

FORXIGA 10 mg har indikation inom tre närbesläktade sjukdomsområden – diabetes typ 2, kronisk njursjukdom (CKD)* och kronisk hjärtsvikt (HFrEF)*¹.

NYHET!

Nu godkänd för behandling av kronisk njursjukdom (CKD)¹

Ej inom förmån.

NU INOM FÖRMÅNEN MED BEGRÄNSNING

Sedan november 2020 godkänd för behandling av kronisk hjärtsvikt (HFrEF)¹

Subventioneras endast för patienter med symtomatisk HFrEF, trots optimerad behandling med RAAS-blockad, betablockad och MRA, eller utan MRA när detta inte är lämpligt.

Enkel behandling vid CKD, HFrEF och T2D

- Behandling med Forxiga kan initieras hos patienter ner till **eGFR \geq 25 ml/min/1,73 m²**.
- Samma dosering och administrering oavsett indikation – en tablett 10 mg, en gång dagligen.

*Med eller utan diabetes typ 2.

Referenser:

1. Forxiga produktresumé 2021-08-05.

Forxiga[®] (dapagliflozin) 10 mg, filmdragerade tabletter, SGLT2-hämmare. Rx.

Indikationer: Diabetes mellitus typ 2 (F): Forxiga är avsett för vuxna för behandling av otillräckligt kontrollerad diabetes mellitus typ 2 som ett komplement till diet och motion 1) som monoterapi när metformin inte anses lämplig på grund av intolerans 2) som tillägg till andra läkemedel för behandling av diabetes mellitus typ 2. För studieresultat vad gäller kombinationer med andra läkemedel, effekter på glykemisk kontroll, kardiovaskulära och renala händelser, samt vilka populationer som har studerats, se SPC avsnitt 4.4, 4.5 och 5.1. **Subventioneras endast som tillägg till behandling med metformin eller när metformin inte är lämpligt. Hjärtsvikt (F):** Forxiga är avsett för vuxna för behandling av symtomatisk kronisk hjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion. **Subventioneras endast vid hjärtsvikt för patienter med symtomatisk hjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion trots optimerad behandling med RAAS-blockad, betablockad och MRA, eller utan MRA när MRA inte är lämpligt. Kronisk njursjukdom (EF):** Forxiga är avsett för vuxna för behandling av kronisk njursjukdom. **Ingår ej i förmånen. Varningar och försiktighet:** På grund av begränsad erfarenhet är det inte rekommenderat att initiera behandling med dapagliflozin hos patienter med GFR < 25 ml/min. Den glukossänkande effekten av dapagliflozin är beroende av njurfunktionen och är reducerad hos patienter med GFR < 45 ml/min och saknas sannolikt hos patienter med kraftigt nedsatt njurfunktion. Om GFR sjunker under 45 ml/min bör därför ytterligare glukossänkande behandling övervägas hos patienter med diabetes mellitus om ytterligare glukossänkande behandling behövs. **Viktig säkerhetsinformation:** Vid misstanke om den sällsynta men livshotande infektionen Fourniers gangrän (nekrotiserande fasciit i perineum) ska SGLT2-hämmare sättas ut och akut behandling påbörjas. SGLT-2 hämmare ska användas med försiktighet hos patienter med förhöjd risk för diabetesketoacidosis. Senaste översyn av produktresumén: 2021-08-05. För ytterligare information och priser se www.fass.se.

Håll dig uppdaterad!

Missa inga nyheter om Forxiga och våra terapiområden. Anmäl dig för att ta emot digitala utskick från AstraZeneca på astrazenecacconnect.se



Yttre kontroll-fokus (External locus of control)

En majoritet av deltagarna förlitade sig inte på att endast tandvården kan förhindra tandsjukdomar (fråga 6). En övervä-

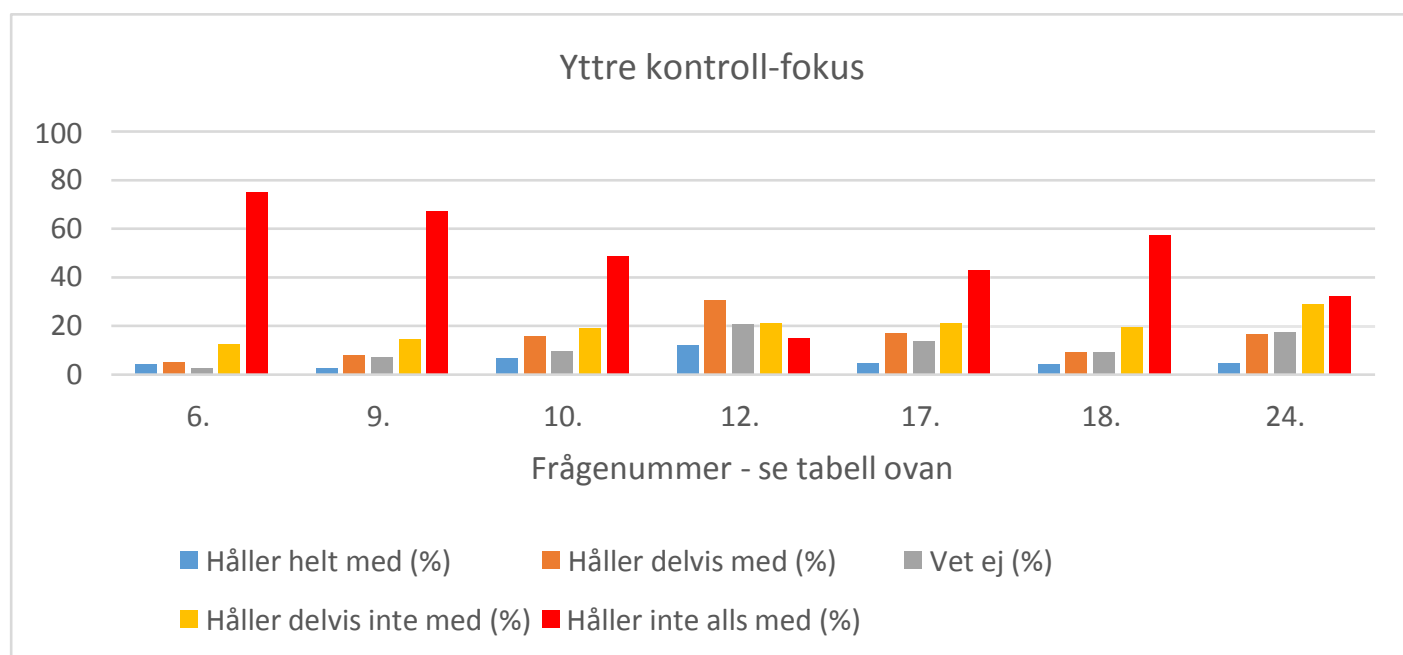
gande del ansåg att det inte går att förhindra att sjukdom och mediciner förstör tänderna (fråga 12). En fjärdedel höll helt eller delvis med om att tandproteser kan sitta i dygnet runt höll (fråga 10). Huruvida tandlossning är en del av

åldrandet höll över cirka 22 % helt eller delvis med om (fråga 17). Det förelåg en spridning i svaren huruvida alla tandborstningsmetoder är lika effektiva (fråga 24). Data presenteras i Tabell 4 och Figur 3.

Tabell 4. Dimensionen avseende grad av yttre kontrollfokus.

Fråga	Håller helt med (%)	Håller delvis med (%)	Vet ej (%)	Håller delvis inte med (%)	Håller inte alls med (%)
6. Bara tandläkaren kan förhindra hål och tandlossning	4,2	5,3	2,8	12,6	75,2
9. Om båda föräldrarna haft dåliga tänder kan inte tandborstning och tandtråd vara till någon hjälp	2,6	8,1	7,4	14,6	67,4
10. Jag tror att tandproteser kan sitta i munnen dygnet runt om patienterna vill ha det så.	6,7	16,0	9,6	18,9	48,8
12. Det går inte att förhindra att sjukdom och mediciner förstör tänderna	12,0	30,6	20,8	21,4	15,1
17. Jag tror att tandlossning är en del av det normala åldrandet	4,8	17,1	13,8	21,0	43,3
18. Även om man tar väl hand om sina tänder kommer de att ramla ut när man blir äldre	4,2	9,4	9,5	19,5	57,4
24. Jag tror att alla tandborstningsmetoder är lika effektiva	4,9	16,6	17,4	28,9	32,2

Figur 3. Grafisk framställning – stapeldiagram avseende grad av yttre kontrollfokus.



Självskattad kunskap (Oral health care beliefs)

Deltagarna höll helt eller delvis med om att patienterna inte själva talar om när de behöver munvårdshjälp (fråga 1). Likna-

de svar gavs avseende fluoridpreparat och tandborstning vid blödande tandkött (fråga 4 och 26). En stor andel av deltagarna (37 %) visste inte om det går att förhindra tandlossning som en gång har börjat (fråga 14). Stor spridning i

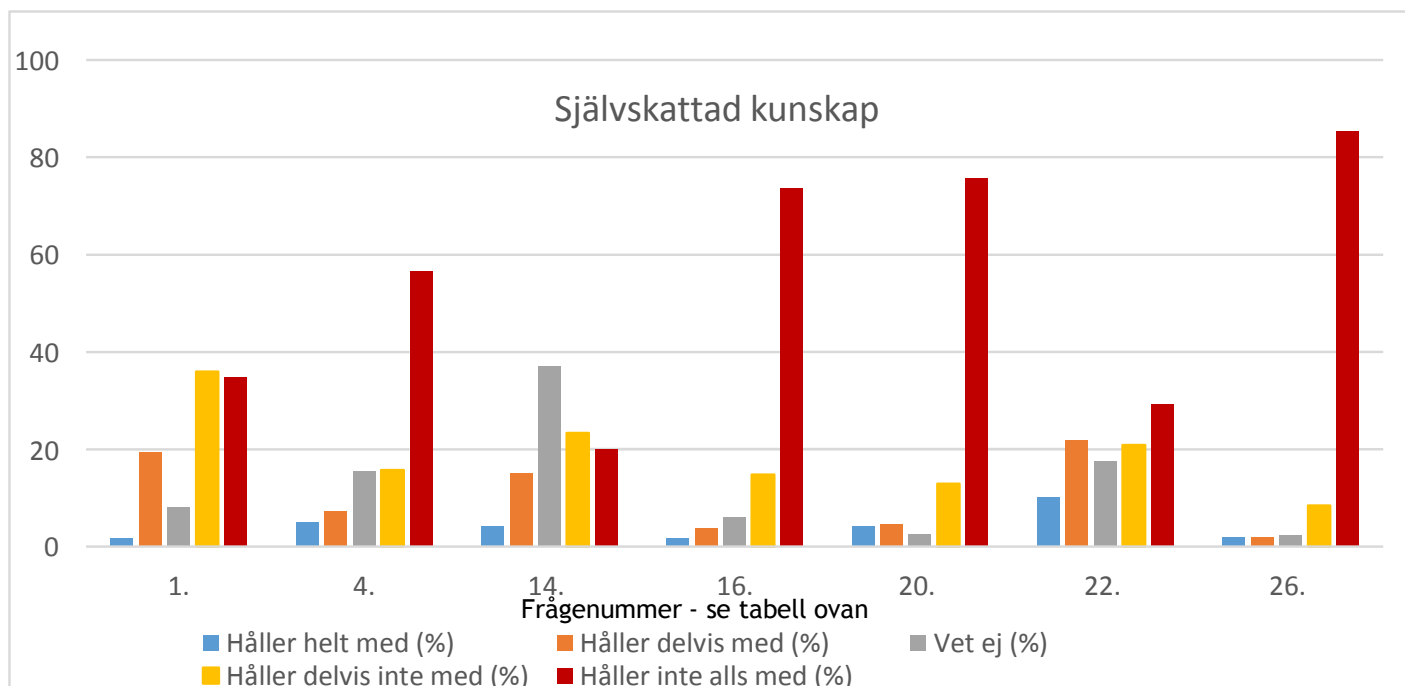
svaren förelåg avseende mindre bekymmer vid tandproteser än naturliga tänder (fråga 22). Data presenteras i Tabell 5 och Figur 4.

Fortsättning sid 38

Tabell 5. Dimensionen avseende självskattad kunskap och tilltro till munvård/munhälsövård (OHCB)

Fråga	Håller helt med (%)	Håller delvis med (%)	Vet ej (%)	Håller delvis inte med (%)	Håller inte alls med (%)
1. Jag tror att patienterna själva talar om när de behöver munvårdshjälp	1,8	19,4	8,0	36,0	34,8
4. Jag tror att fluorpreparat passar bäst till barn	5,1	7,2	15,4	15,7	56,5
14. Det är nästan omöjligt att förhindra tandlossning som en gång har börjat	4,2	15,2	37,1	23,4	20,1
16. Om tandköttet blöder vid användande av tandtråd betyder detta att man bör sluta med tandtråd.	1,8	3,8	6,0	14,8	73,7
20. Jag tror att tandläkarbesök bara är nödvändigt om man har ont.	4,3	4,7	2,5	12,9	75,7
22. Jag tror att det är mindre bekymmer med proteser än att ta hand om naturliga tänder	10,2	22,0	17,5	20,9	29,4
26. Om tandköttet blöder vid tandborstning betyder detta att man bör sluta borsta tänderna	2,0	1,9	2,3	8,4	85,5

Figur 4. Grafisk framställning – stapeldiagram avseende attityder till delkomponenten självskattad kunskap "Tilltro till munvård/munhälsövård" (OHCB)



Tillägsfrågor

Drygt hälften av deltagarna (54 %) uppgav att de erhållit grundutbildning om 3 timmar i munhälsa inklusive ROAG (Figur 5).

På frågan avseende den årliga utbildningen om en timme, uppgav 46 % att

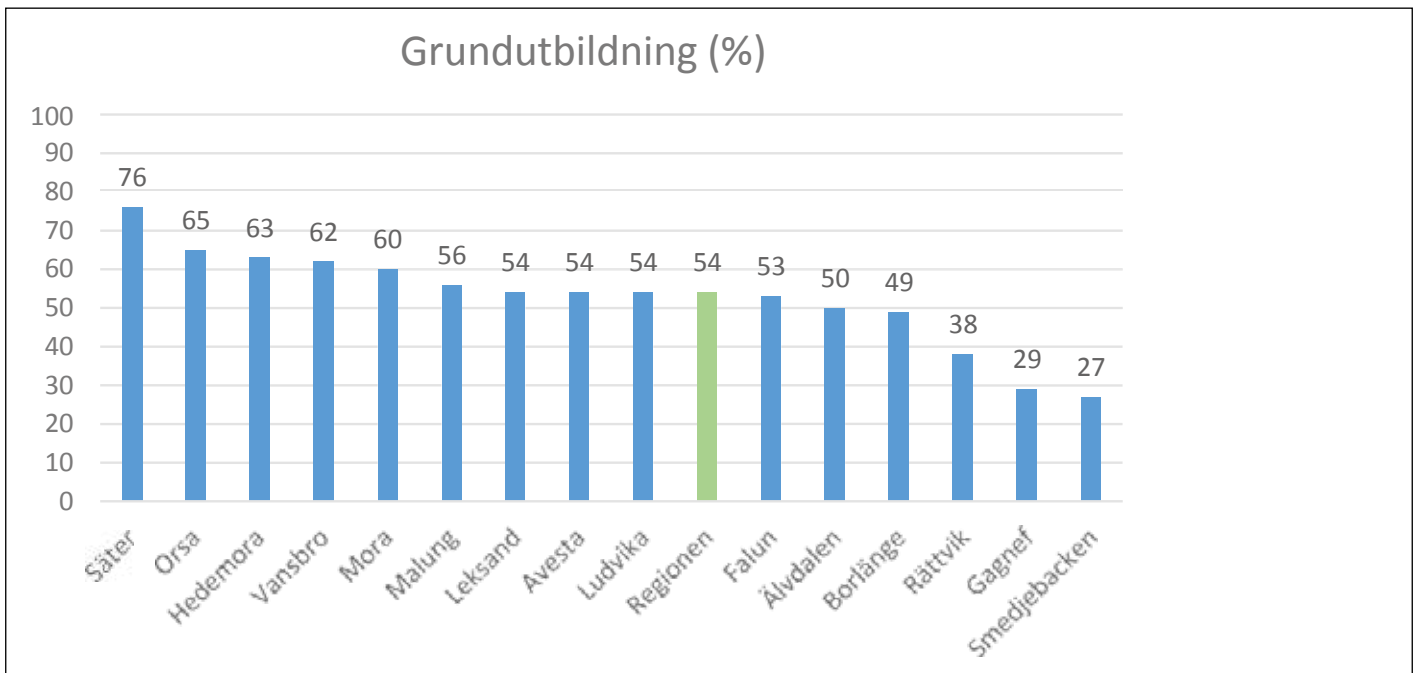
de genomgått denna utbildning (Figur 6). Cirka 13 % vet inte om de deltagit i dessa utbildningar.

En majoritet höll med om att det är viktigt med god munhälsa samt att det är viktigt att utföra munvård på de boende. Deltagarna håller helt med om att den egna munhälsan är viktigt. På frågan som

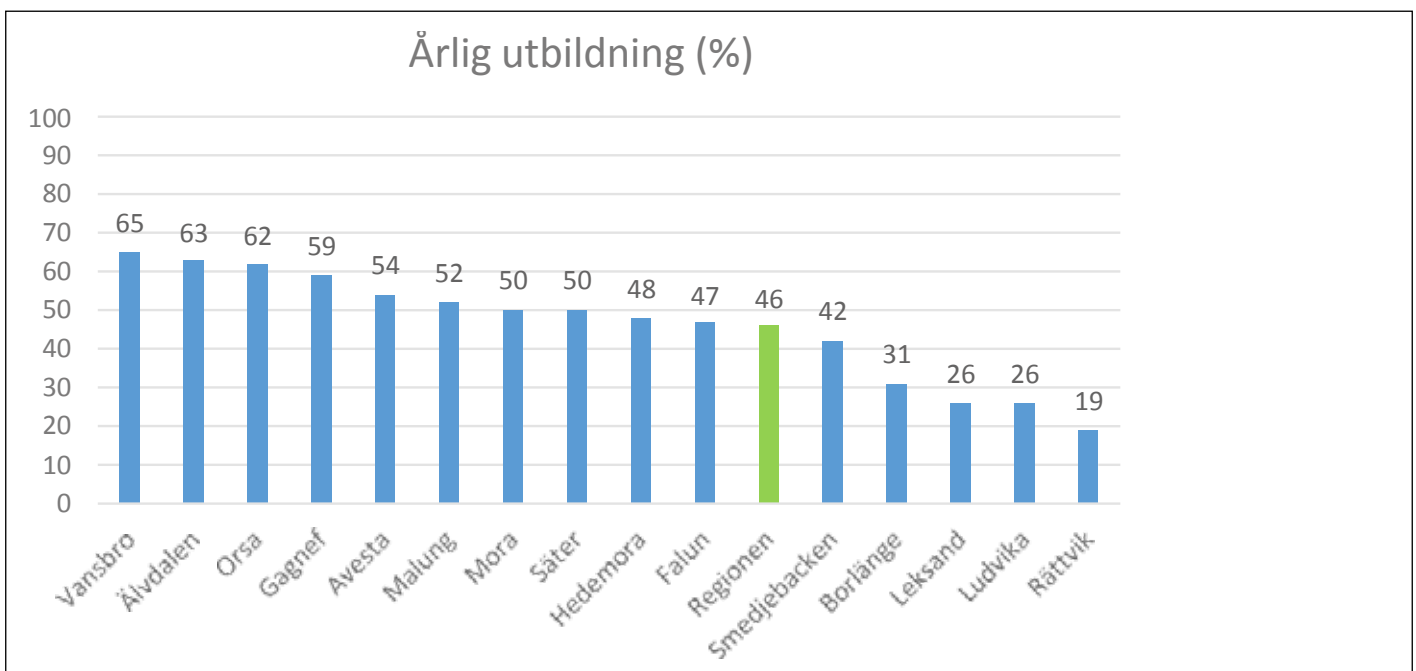
handlar om att patienten vägrar eller inte är samarbetsvillig uppgav en majoritet att de då avstår från att utföra munvård. Majoriteten av deltagarna uppgav att de utför munvård på de boende, att de har stöd från Folkandvårdens uppsökande team och 73 % av deltagarna håller helt eller delvis med om att de känner sig väl bemötta på tandklinik (Tabell 6).

Fortsättning sid 40

Figur 5. Andel deltagare i grundutbildning i Regionen samt per kommun.



Figur 6. Andel deltagare i årlig utbildning i Regionen samt per kommun.

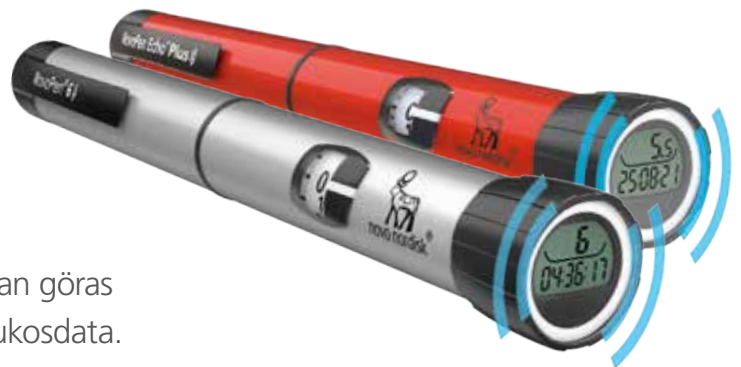


EN JÄMN OCH STABIL VÄG FRAMÅT MED TRESIBA®¹

(insulin degludek)

NU HAR NOVOPEN® BLIVIT SMARTARE

Tresiba® är nu tillgänglig i NovoPen® 6 och NovoPen Echo® Plus som sparar både tidpunkter och doser för insulininjektioner. Pennorna är kompatibla med patientappar och klinikens dataöverföringssystem, så insulindata kan göras tillgängliga i en och samma vy som befintlig glukosdata.



Referens

1. Tresiba® SPC, November 2020.

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

100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna, 100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i cylinderrampull, 100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i cylinderrampull, 200 enheter/ml injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna.

Tresiba® är ett basinsulin för subkutan administrering en gång dagligen vid valfri tidpunkt, men lämpligen vid samma tidpunkt varje dag.

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

Varningar och försiktighet: En övergång till annan typ, annat märke eller annan tillverkare av insulin måste ske under medicinsk övervakning och kan leda till att dosen måste justeras. Patienterna måste instrueras att alltid kontrollera etiketten på insulinet före varje injektion, för att undvika förväxling mellan de båda styrkorna av Tresiba® eller med andra insulinpreparat. Hypoglykemi kan uppträda om insulindosen är för hög i förhållande till insulinbehovet. Otillräcklig dosering och/eller avbruten behandling hos patienter som har behov av insulin kan leda till hyperglykemi och potentiellt till diabetisk ketoacidosis, tillstånd som potentiellt är dödliga. Fall av hjärtsvikt har rapporterats när pioglitazon använts i kombination med insulin, särskilt hos patienter med riskfaktorer för att utveckla hjärtsvikt. Detta ska beaktas om man överväger kombinationsbehandling med pioglitazon och Tresiba®.

Graviditet och amning: Det finns ingen klinisk erfarenhet av användning av Tresiba® hos gravida kvinnor eller under amning.

För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se.

Datum för översyn av produktresumén 11/2020.

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

Tabell 6. Tilläggsfrågor.

Fråga	Håller helt med (%)	Håller delvis med (%)	Vet ej (%)	Håller delvis inte med (%)	Håller inte alls med (%)
31. Jag har tillräckliga kunskaper för att utföra munvård (t.ex. mellanrums rengöring) på de boende	35,0	37,2	10,4	8,8	8,7
32. Jag tycker de boendes munhälsa är viktig	94,0	5,0	1,0		
33. Jag utför munvård på de boende	63,2	24,7	2,9	4,3	4,8
34. Jag tycker det är viktigt att utföra munvård på de boende	91,0	7,4	1,0	1,0	
35. Jag har stöd från folktandvårdens uppsökande team när det gäller de boendes munhälsa	47,5	20,2	18,1	4,4	9,8
36. Min egen munhälsa är viktig för mig	95,6	3,5		1,0	
37. Då patienten vägrar eller inte är samarbetsvillig avstår jag från att utföra munvård	21,2	41,0	10,9	17,5	9,3
38. Jag upplever att patienten, och jag som ledsagare blir väl bemötta vid besök på tandklinik	56,8	16,4	23,9	1,6	1,3

Diskussion

Sammanfattning av resultat

Majoriteten av de som besvarade enkäten var undersköterskor med gymnasiekompetens. Ett fåtal svar inkom från sjuksköterskor vid SäBo, enhetschefer och hemsjukvård. DCBS formuläret innefattar dimensionerna: "tilltro till den egna förmågan", "internt och externt kontrollfokus", samt "självskattad kunskap". Dimensionen "tilltro till den egna förmågan" visade på en stor tilltro till att hantera munvård hos de boende. Därtill visade svaren att deltagarna har en hög inre kontrollfokus samt är i mindre utsträckning beroende av yttre kontrollfokus i frågor som rör munhälsa (intern och extern kontrollfokus). Samma mönster kunde även ses gällande självskattade kunskaper om munhälsa och munvård. I tilläggsfrågorna uppgav en majoritet att de utförde munvård hos de boende, vilket de tyckte var viktigt då munhälsan hos de boende ansågs värdefullt. Vårdpersonalen skattade även sin egen munhälsa högt.

Tilltro till den egna förmågan (self-efficacy)

Givet att deltagarna hade en hög tilltro till den egna förmågan att hantera munvård och dess betydelse framkom vissa kunskapsluckor. Dessa kunskapsluckor handlade om praktisk munvårdsträning. Betydelsen av praktisk munvårdsträning har tidigare framkommit i ett flertal studier. Frenkel m.fl. (2002) har i sin studie

påvisat att problemet inte är att er hålla kunskap i munhälsa utan det krävs förmåga att omvandla kunskapen till praxis i den dagliga omvårdnaden. Studiens slutsats pekar på betydelsen av att både praktisk och teoretisk utbildning borde integreras i munvårdsutbildning till vårdpersonal [22]. Denna slutsats har bekräftats av flera studier [23, 24]. En svensk studie av Wårdh, med flera (2012) visade att utbildning i munvård där praktisk träning ingår förbättrade utförandet samt ökade samarbetet i arbetslaget [25]. Tilltron till den egna förmågan d.v.s. self-efficacy, är en viktig förutsättning för att hantera munvård, men kräver såväl teoretisk kunskap som praktisk färdighet. Utifrån resultatet torde det vara av stor betydelse att fortsätta med teoretisk undervisning om munvård, men att integrera mer praktisk träning.

Intern och extern kontrollfokus (internal locus of control and external locus of control)

Utifrån resultatet från den validerade enkäten visade det sig att deltagarna tar ett eget ansvar för munvården hos de boende. Av det följer att de inte lägger ansvaret eller kontrollen utanför sig själv. I svaren framkom det tydligt att en majoritet av deltagarna inte förlitade sig på att tandvården förhindrar sjukdomar i munnen, utan betydelsen av deltagarnas egna insatser avseende munvård är av stor betydelse. Resultatet är helt i linje med en studie av Padmaja, m.fl. 2018 [26].

Inom några områden behöver stöd och kunskap initieras för att stärka deltagarnas eget ansvar. Dessa områden handlar om sjukdom och mediciners inverkan på tandhälsan, tandlossning samt hantering av tandproteser.

Självskattad kunskap (oral health care beliefs)

Broadbent, m.fl. (2006) har i sin studie bekräftat att en god uppfattning om munhälsa leder till kliniskt bättre munhälsa [27]. Det är således viktigt att ha god uppfattning om munhälsan som i sin tur är en viktig förutsättning för en bra munhälsa. Deltagarnas svar visade på en mycket god eller god uppfattning om flera aspekter av munhälsan. Inom denna dimension identifierades att mer kunskap behövs om tandlossning och huruvida tandproteser leder till mer eller mindre bekymmer.

Tilläggsfrågor

Utbildning inom munvård för boenden är viktigt med tanke på munvårdens betydelse för de boendes välbefinnande [28, 29]. Glädjande nog visade resultatet att de flesta utför munvård på de boende, något som de flesta också anser är viktigt. En majoritet har fått grundläggande utbildning i munvård, dock har färre erhållit uppföljande utbildning. De flesta ansåg sig ha stöd från personalen i Folktandvårdens uppsökande verksamhet.

Generell diskussion

Resultaten från studien visade att en majoritet av deltagarna besvarade de olika dimensionerna i enkäten på ett positivt sätt. Men i det bästa av världar borde samtliga deltagare skattat högre i de olika dimensionerna. Endast 1 % av de som besvarade enkäten var sjuksköterskor (17 personer). Det hade varit värdefullt om fler sjuksköterskor besvarat enkäten och det är ett förvånande resultat med tanke på att sjuksköterskan är omvårdnadsansvarig och har det övergripande och yttersta ansvaret för att se till att munvården fungerar effektivt [30]. Resultat från andra studier har visat på oklarheter i ansvarsfördelningen mellan sjuksköterskor och undersköterskor angående munvård som lett till att kontinuiteten i munvården påverkades [25, 31]. Sjuksköterskors ansvar för de boendes munhälsa bör synliggöras och förbättras inte minst med tanke på de boendes rätt till god munvård, en god livskvalitet och patientsäkerhet. Därtill påpekar socialstyrelsen (2013) att omfördelning av arbetsuppgifter aldrig får ske på bekostnad av patientsäkerheten [32].

En ytterligare aspekt är vikten av att fortsätta med grundutbildning i munvård samt att fortsätta med Folk tandvårdens uppsökande verksamhet. Därtill behövs den teoretiska utbildningen utökas med praktisk träning och det är viktigt att tid ges för praktisk träning i samband med den Uppsökande munhälsobedömningen. En nyligen publicerad studie visar att 75- och 85-åriga personer i genomsnitt

har 21 kvarvarande tänder [33], ofta med omfattande lagningar, fastsittande eller avtagbara konstruktioner eller implantat. Detta försvårar rengöringen av tänderna och kräver god färdighet att hantera olika munhygieniska hjälpmedel, av den äldre själv men också av omvårdnadspersonalen.

Utbildning i Senior alert Riskbedömning munhälsa, med teoretisk och praktisk utbildning ger omvårdnadspersonalen viktiga kunskaper och förmågan att kunna inspektera munhålan. Denna utbildning bör vara obligatorisk för all omvårdnadspersonal. Det låga antalet deltagare vid dessa utbildningar och det stora antalet som svarat att de inte vet om de deltagit vid årlig utbildning kan bero på otydlighet från Uppsökande teamen då de genomfört utbildningen. Utbildningen har getts vid personalmöten och kan ha tolkats som en information. Tandvården bör i framtiden förtydliga att det är en utbildning och inte allmän information.

Svaren från omvårdnadspersonalen visade att de flesta känner stöd från tandvårdens team vilket tyder på att det långsiktiga arbetet som byggts upp under åren vad gäller uppsökande munhälsobedömning och utbildning av personal gett resultat vad gäller förtroende. Organisationen har byggt på nära kontakter mellan tandvård och omvårdnad då Folk tandvården arbetat med ett uppsökande team i varje kommun.

För svaga svårflyttade personer vid särskilda boenden och i hemtjänsten har det haft stor betydelse med nära kontak-

ter mellan omvårdnadspersonalen och FTV uppsökande team i varje kommun. Vid akuta behov eller frågor om munvård hos en boende har omvårdnadspersonalen, oftast sjuksköterskan, kontaktat det uppsökande teamet i sin hemkommun. Omvårdnadspersonalen har fått råd i sina frågor eller så har det uppsökande teamet snarast bokat en tid för besök. Enklare åtgärder har utförts i den boendes hem när den boende har varit svårflyttad. Där behov av besök på tandvårdsklinik funnits har den uppsökande tandhygienisten hjälpt till med kontakter.

Konklusion

För att öka omvårdnadspersonalens praktiska kunskap inom munvård bör tandvården fokusera mer på detta i form av praktiska övningar vid de olika utbildningstillfällena men även teoretisk utbildning gällande olika sjukdomstillstånd i munnen. En strategi för att öka deltagandet vid de olika munvårdsutbildningarna bör utarbetas.

För referenser, vänligen kontakta författarna.

Kristina Edman, Folk tandvårdens kansli, Falun, kristina.edman@regiondalarna.se

Marie Dicksved, Uppsökande tandvård, Falun, marie.dicksved@telia.com

Välkommen till diabetesforum 1-3 /12 i Göteborg

NATIONELLT DIABETESMÖTE OCH DIABETESFORUM 2021

NATIONELLT DIABETESMÖTE 15 APR 2021 | DIABETESFORUM 1-3 DEC 2021

MÄSSAN

Diabetesforum 2021 Nytt Datum!

1-3 december Svenska Mässan Göteborg

Hur går det för personer 75 år och äldre med diabetes och fotsår?

Bakgrund: Det finns inte så många vetenskapliga studier om förebyggande åtgärder eller behandling av fotsår hos äldre multisjuka personer med diabetes. Många av dessa personer har ofta regelbunden kontakt med sjuksköterskor inom ramen för olika former av hemsjukvård, eller är bosatta på särskilt boende där sjuksköterskor är omvårdnadsansvariga. Vi gjorde en studie som undersökte patientrelaterade faktorer och utfall av fotsår hos personer 75 år och äldre med diabetes.

Metod: En statistisk analys av data från 1008 konsekutiva patienter 75 och äldre med diabetes och fotsår. De hade behandlats på Skånes universitetssjukhus i Malmö på en multidisciplinär diabetesfotmottagning fram till läkning av fotsåret. De var 75–96 år gamla (median 81 år) när de kom till mottagningen med sitt första fotsår. Könsfördelningen var ganska jämn: Män: 49%, kvinnor 51%. Boendesituation: 47% bodde tillsammans med någon; 64% hade hemsjukvård; 16% bodde på särskilt boende. Diabetes typ 2 hade 98,7%. Det var vanligt med omfattande multisjuklighet: 93% hade neuropati, 73% hade nedsatt syn, 60% hade hjärt-kärlsjukdom, 34% hade cerebrovaskulär sjukdom och 29% av patienterna hade perifer vaskulär sjukdom.

Resultat och Diskussion: Det gick ganska bra för majoriteten av patienterna: Generellt tog det lång tid för såren att läka, men av samtliga patienter läkte 54% utan amputation, 8% läkte helt efter tå- eller framfotsamputation, 9% läkte efter underbensamputation och 2% efter autoamputation. Bland de äldsta personerna (88–96 år) läkte 31% helt utan underbensamputation. Av dem som inte avled innan såret hann läka, så läkte 84% utan underbensamputation trots omfattande multisjuklighet och beroende av insatser från hemtjänst och hemsjukvård. Fler patienter som bodde på särskilt boende eller hade hemsjukvård läkte utan amputation, jämfört med de patienter som bodde i sitt eget hem

och inte hade insatser från hemtjänst eller hemsjukvård. Fler patienter blev amputerade i gruppen som helt saknade insatser från hemtjänst eller hemsjukvård. Anhöriga utför en stor arbetsinsats i omvårdnaden av personer med diabetes och fotsår. Många gånger är dessa också till åren komna och kan behöva stöd. Uppdraget kanske är för stort för de anhöriga, eller så lever patienten helt ensam utan hjälp från någon. Medianåldern när första fotsåret uppstod var 81 år, den statistiska medellivslängden i Sverige är 82 år. Därmed är det inte så statistiskt onormalt att 26% av patienterna avled oläkta. Vi har inte undersökt dödsorsaker i denna studie, men hjärt-kärlsjukdomar var vanligt förekommande när de fick sitt fotsår. Den vanligaste utlösande orsaken till fotsåret var olika typer av trauma (sparkat i någonting, tappat något på foten) och skor som inte passade foten.

Av denna studie kan vi dra slutsatsen att äldre patienter med diabetes behöver följas upp regelbundet hela livet för att inte utveckla fotsår, eller för att sjuksköterskan kan hitta fotsår tidigt så såren kan åtgärdas. Särskilt utsatta patienter är de som inte själva klarar sin egenvård, exempelvis på grund av demenssjukdom, nedsatt syn eller balanssvårigheter. Äldre personer med diabetes behöver systematiska bedömningar av sitt hälsotillstånd, eventuella omvårdnadsinsatser behöver planeras och utvärderas. Det kan behövas undervisning för de perso-



ner som är involverade i att hjälpa patienten med egenvården så som anhöriga och hemtjänstpersonal om hur fötterna bäst kan skyddas och tas omhand. Som legitimerade sjuksköterskor behöver vi systematiskt arbeta aktivt med att tidigt identifiera försämringar i hälsotillståndet och tillämpa rätt omvårdnadsinterventioner för dessa patienter som ett led i arbetet med patientsäkerhet och kvalitet.

Referens: Annersten Gershater M & Apelqvist J. Elderly individuals with diabetes and foot ulcer have a probability for healing despite extensive comorbidity and dependency

Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res 2020 Jun 12;1-8.

doi: 10.1080/14737167.2020.1773804.

Magdalena Annersten Gershater
Leg. Sjuksköterska, PhD
Universitetslektor Diabetes

Programansvarig för Specialist-
sjuksköterskeprogrammet med
inriktning vård av äldre

Malmö Universitet, Fakulteten
Hälsa och samhälle, Institutionen
för Vårdvetenskap

magdalena.gershater@mau.se

Längre och jämnare effekt än insulin glargin 100 E/ml¹⁻³ – till ett lägre pris!⁴

- Jämn glukoskontroll över dygnet¹
- Mindre injektionsvolym¹
- Upp till 36 timmars duration¹




Toujeo[®] (insulin glargin), 300 enheter/ml injektionsvätska, lösning är en långverkande insulinanalog. Rx, (F), A10AE04. **Indikation:** Behandling av diabetes mellitus hos vuxna, ungdomar och barn från 6 års ålder. **Dosering:** Dosregimen för Toujeo (dos och tidpunkt) ska anpassas individuellt. I kliniska studier har man efter initiering sett att för det med styrkan på 300 enheter/ml kan krävas i genomsnitt en 10–18% högre insulindos för att uppnå motsvande glukoskontroll som med 100 enheter/ml. **Varningar och försiktighet:** Toujeo ska ej användas för behandling av diabetesketoacidosis. För ytterligare information och prisuppgift, se www.fass.se. **Förpackningar:** Toujeo SoloStar 5x1,5 ml pennor och 10x1,5 ml pennor samt Toujeo DoubleStar: 3x3ml pennor. **Kontaktuppgifter:** Toujeo tillhandahålls av Sanofi AB, Box 30052, 104 25 Stockholm, tel: +46 8 634 50 00, www.sanofi.se. Vid frågor om våra läkemedel kontakta: infoavd@sanofi.com. Datum för senaste översyn av produktresumén; november 2020. Toujeo ingår i läkemedelsförmånen till alla patienter med typ 1-diabetes och till patienter med typ 2-diabetes där annan insulinbehandling inte räcker till för att nå behandlingsmålet på grund av upprepade hypoglykemier.

1. Toujeo SPC, fass.se.
2. Becker et al. *Diabetes Care* 2015;38(4):637-43.
3. Yki-Järvinen et al. *Diabetes Care* 2014; 37:3235-43.
4. tlv.se 20-01-22.

SANOFI 

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


Toujeo[®]
insulin glargin 300E/ml

Omvårdnad, ett partnerskap med patienten

Emelie Ryde och Kristina Ehrling är diabetessjuksköterskor på Falu lasarett. Här handlar omvårdnaden till stor del om att skapa ett partnerskap med patienten.

– Vi behöver insikt om hur personen tänker, känner och agerar i sin vardag med sjukdomen, säger Emelie Ryde.



På Diabetes-endokrinmottagningen vid Falu lasarett bedrivs mottagningsverksamhet, men även konsultverksamhet där de stöttar upp hela sjukhuset när det gäller nyupptäckta diabetesfall samt inneliggande patienter med diabetes.

– Vårt huvuduppdrag är att ge stöd i det dagliga livet för personer med diabetes, med respekt för patientens val och livssituation, säger Emelie Ryde.

Det handlar även om att stärka personens egna resurser till egenvård.

– Man måste komma ihåg att de här personerna lever med sin sjukdom 365 dagar om året och vi träffar dem några gånger varje år, fortsätter hon.

En viktig del av omvårdnaden menar Emelie Ryde, är att skaffa sig en insikt om hur personen tänker, känner och agerar i sin vardag med diabetes. Kristina Ehrling håller med.

– Vi jobbar personcentrerat så det är väldigt individuellt hur vi arbetar med våra patienter och hur ofta vi träffas, konstaterar hon.

En viktig del av omvårdnaden är förmågan att lyssna på patientens hantering av sin vardag med sjukdomen för att sedan kunna analysera och reflektera tillsammans med patienten.

– Då ges patienten utrymme att själv utveckla strategier för att kunna hantera vardagliga situationer i sin egenvård, säger Kristina Ehrling.

Diabetes är en allvarlig sjukdom om den inte hanteras väl. Att förändra vanor som rör kost, sömn, stress och medicinering kan vara avgörande för välmående. Samtidigt är just livsstilsförändringar en utmaning för många patienter.

– Att hjälpa till att förändra vanor är en viktig del i omvårdnaden och här kan det behövas mycket stöd, menar Kristina Ehrling.

– Att leva med diabetes är en balansgång och då är det viktigt att vi finns där, inliktar Emelie Ryde, som menar att skuld och skam är vanligt bland personer med diabetes.

Det kan handla om dålig blodsockerkontroll eller att de har utvecklat en komplikation. Kanske skuldbelägger personen sig själv för att hen i ungdomen inte skötte om sin diabetes ordentligt.

– I dessa fall är det viktigt att verkligen våga lyssna på och bemöta patienten, menar Emelie Ryde.

En del patienter kan även ha en historik av dåliga erfarenheter av sjukvården, menar Kristina Ehrling. Att hjälpa patienten att handskas med detta är en väldigt viktig del av omvårdnadsarbetet.

Ett första steg när man träffar en patient få ett bra möte genom att både lyssna och känna in var patienten befinner sig någonstans.

– Vi har fördelen att få träffa våra patienter i årtal så man hinner bygga upp en relation och lär känna varandra, säger hon.

Inte sällan är det en utmaning att identifiera den enskilde patientens behov. Vad är till exempel orsaken till att blodsockerkontrollen inte är tillfredsställande? Är det en rädsla för hypoglykemi eller bristande motivation, eller är det på grund av något annat i livet.

– Då livet förändras, som det gör för oss alla, påverkas även sjukdomen och hur man hanterar den. Det är därför viktigt att vi träffas regelbundet, säger Emelie Ryde.

När man hittat de vanligaste orsakerna så vore en framtidsvision att kunna ordna individuella utbildningar med olika fokusområden – helt enkelt det som inte kan lösas på årliga sjuksköterske- och läkarbesök, menar hon.

Emelie Ryde och Kristina Ehrling poängterar att diabetes är en bred sjukdom. Personer som lever med diabetes måste hela tiden ta hänsyn till sin sjukdom.

– Vi som sjuksköterskor behöver därför också vara breda och ha kunskap, förståelse och färdigheter för att kunna erbjuda våra patienter ett stöd som stärker förmågan att hantera sin sjukdom, säger Kristina Ehrling.

*Tidigare publicerad i omvårdnadsmagasinet
Författare Ann-Cathrine Johnsson*

Namn: Emelie Ryde

Ålder: 34 år

Yrke och arbetsplats: Sjuksköterska på diabetes-endokrinmottagningen vid Falu lasarett. Studerar till specialistsjuksköterska med inriktning diabetesvård.

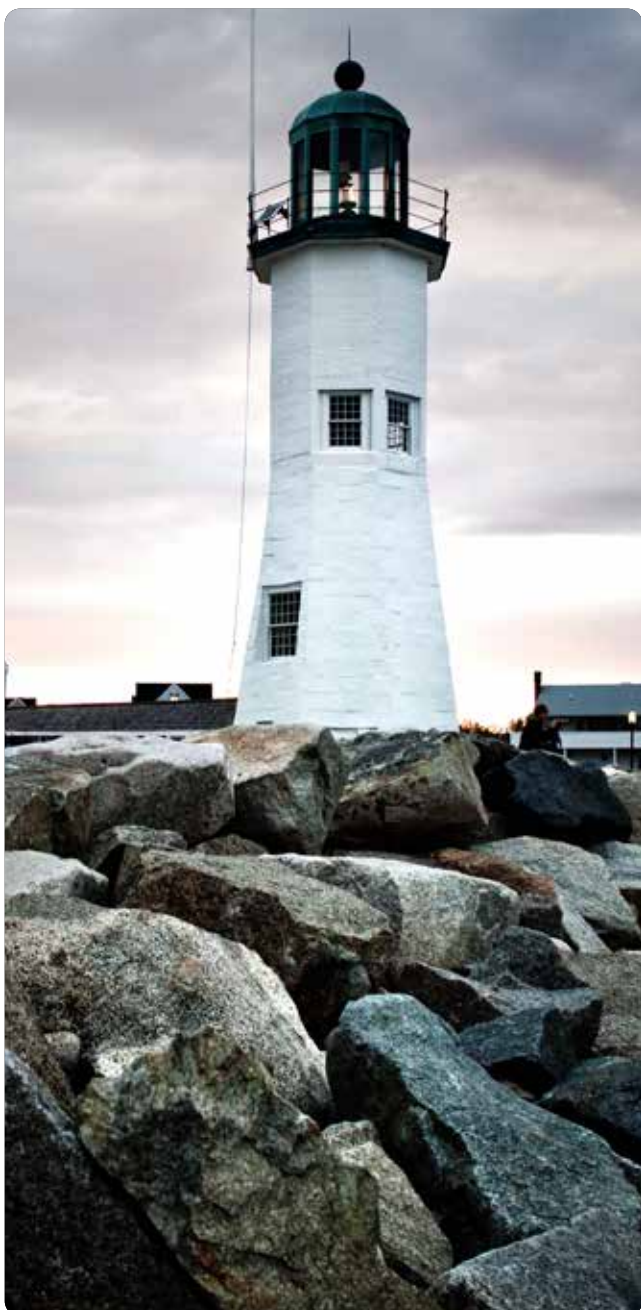
Det bästa med jobbet som sjuksköterska: De långvariga patientkontakterna, att tillsammans utveckla vinnande strategier som fungerar för patienten.

Namn: Kristina Ehrling

Ålder: 52 år

Yrke och arbetsplats: Specialistsjuksköterska på diabetes-endokrinmottagningen vid Falu lasarett.

Det bästa med jobbet som sjuksköterska: Att träffa så många olika människor. De mänskliga mötena.



ACCU-CHEK® Instant

Roche

ENKEL & TYDLIG BLODSOCKER- TESTNING

● Silvermätare*



● Tydliga siffror på en stor upplyst display

● Ejectknapp för hygienisk hantering av testremsan

● Graderad färgskala visar tydligt om du ligger inom målområdet



● Accu-Chek Fastclix
Enkel, skonsam och säker blodprovstagning med 6 lancetter i en trumma



● Brett appliceringsfält gör det enkelt att applicera en bloddroppe var som helst längs den gula kanten

MC-SE-01223 V1.0

accu-chek.se

Kundsupport: 020-41 00 42
Roche Diagnostics Scandinavia AB,
Box 1228 171 23 Solna
ACCU-CHEK, ACCU-CHEK INSTANT och
FASTCLIX är varumärken som tillhör Roche.
© 2020 Roche Diabetes Care

Trådlös överföring till Diasend app och MySugr via Bluetooth.

* Uppfyller noggrannhetskraven i ISO 15197:2015 även vid en avvikelse på ±10% eller ±0.56 mmol/L

Högt blodtryck dödar i tysthet

En uppmärksammas och stor studie från Göteborgs universitet visar att nio av tio som har för högt blodtryck inte får tillräcklig behandling. Det innebär att många i onödan drabbas av stroke, hjärtsjukdomar och för tidig död. I onödan därför att det är väl känt att såväl livsstilsförändringar som läkemedel effektivt kan sänka blodtrycket.



För högt blodtryck är vanligt och blir allt vanligare. I en annan, ännu större internationell undersökning, konstateras att 1,3 miljarder människor är drabbade, dubbelt så många som för 30 år sedan. I den svenska studien deltog fler än en kvarts miljon patienter med diagnosen för högt blodtryck.

I Sverige har ungefär 25 procent i den vuxna befolkningen för högt blodtryck. Bland de som behandlas uppnår ungefär hälften en bra blodtrycksnivå.

Ett stort problem är att de flesta med ett för högt tryck inte upplever det. Det för till följd att många struntar i behandlingen. De känner sig friska och vill inte ta läkemedel i "onödan" eller att göra förändringar i livsstilen. Det handlar om så kallad följsamhet till behandlingar och många studier har visat att medicinering av symtom man inte känner avsevärt minskar följsamheten. Däremot är följsamheten mycket större när till exempel smärta behandlas med läkemedel.

– Min erfarenhet som kliniker är att det finns en grupp som är svår att motivera, eftersom de inte känner av sitt blodtryck eller sin blodfettsnivå. Däremot kan de känna av negativa effekter av läkemedlen, att de exempelvis blir yra när de reser sig eller får svullna anklar säger Jo-

han-Emil Bager, specialistläkare vid Sahlgrenska akademien i ett pressmeddelande från universitetet.

Ett globalt hälsoproblem

Förhöjt blodtryck är ett världsomspännande och växande hälsoproblem. På bara tre decennier, åren mellan 1990 och 2019, har antalet människor som drabbats fördubblats. I en internationell kartläggning som omfattar 184 länder menar forskarna att ohälsosam mat/övervikt och rökning är viktiga orsaker.

Av de 720 miljoner personer som har för högt blodtryck har enbart ungefär hälften någon slags behandling. De andra ingen behandling alls bland annat därför att de inte är medvetna om att de har för högt blodtryck.

Forskare beräknar att förhöjt blodtryck år 2015 låg bakom fler än åtta miljoner dödsfall. Trots att tillståndet är lätt att diagnosticera och relativt lätt att behandla med inte allt för dyra läkemedel kallas det ibland för en "tyst mördare".

Fler män än kvinnor är omedvetna om att de har förhöjt blodtryck.

– Nästan ett halvt århundrade efter att vi började behandla högt blodtryck är

det ett stort misslyckande för folkhälsan, konstaterar Majid Ezzati, professor vid Imperial College i London och en av författarna till den internationella studien.

Publicerad 7 oktober 2021
Av Tord Ajanki

För vuxna, ungdomar och barn med diabetes

från 1 års ålder

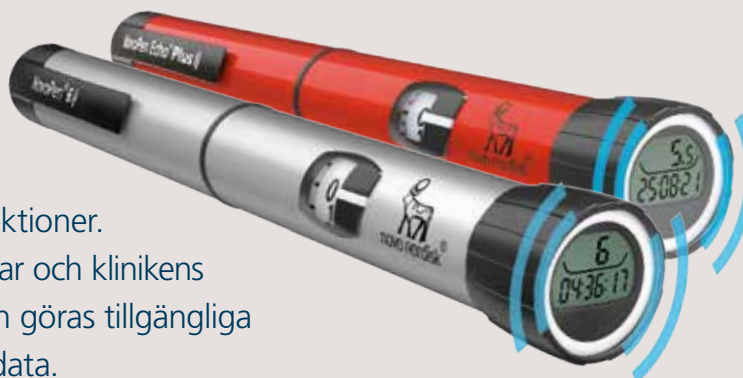
Fiasp® (insulin aspart)
**Ett snabbare
insulinsvar vid måltid**
jämfört med NovoRapid® (insulin aspart)^{1,2}

**Dessutom till ett lägre pris
än NovoRapid®³**



Nu har NovoPen® blivit smartare

Fiasp® är nu tillgänglig i NovoPen® 6 och NovoPen Echo® Plus som sparar både tidpunkter och doser för insulininjektioner. Pennorna är kompatibla med patientappar och klinikers dataöverföringssystem, så insulindata kan göras tillgängliga i en och samma vy som befintlig glukosdata.



Referenser

1. Fiasp® produktresumé, www.fass.se. 2. Heise T, et al. Clin Pharmacokinetics. 2017;56(5):551-9. 3. AUP, www.tlv.se, maj 2021.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

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

100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i injektionsflaska; 100 enheter/ml Penfill® injektionsvätska, lösning i cylinderampull; 100 enheter/ml FlexTouch® injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna; 100 enheter/ml PumpCart® injektionsvätska, lösning i cylinderampull.

Fiasp® är en snabbverkande formulering av insulin aspart och är ett måltidsinsulin för subkutan administrering.

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

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

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

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

För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se.

Datum för översyn av produktresumén 09/2020.

PRELIMINÄRT PROGRAM DIABETESFORUM

Onsdag 1 december 2021	
11.00-13.00	Ankomst och registrering
12.00-13.00	Utställning och Industrisymposium
13.00-13.15	Välkomna Nationella Diabetes Teamet
13.15-14.15	Diabetespsykologi Föreläsare: Jon Haug Moderator Björn Ehlin
14.15-14.45	KAFFE Postrar & Utställning
14.45-17.50	<p>Insulin – 100 år Insulin – 100 years, a personal reflection <i>Föreläsare Edwin Gale</i></p> <p>Mina erfarenheter av 77 år med typ 1 diabetes <i>Föreläsare: Haidi Hieber</i></p> <p>Pausgymnastik</p> <p>Modern insulinbehandling Typ 1 diabetes – behandlingsarsenalen <i>Föreläsare Michael Alvarsson</i></p> <p>Typ 1 diabetes - särskilda aspekter vid behandling av barn och ungdomar <i>Föreläsare Frida Sundberg</i></p> <p>Typ 2 diabetes – hur bör vi tänka? <i>Föreläsare Mikael Lilja</i></p> <p>Insulinbehandling ur diabetessjuksköterskans perspektiv <i>Föreläsare Ingela Bredenberg</i></p>
18.00	Mingel med postervandring och stipendieutdelning

Torsdag 2 december 2021				
08.00-09.30	Olika typer av diabetes – vanliga och ovanliga <i>Föreläsare: Anneli Carlsson & Karin Filipsson</i>	Hur når vi patienten? Rundabordsamtal <i>Moderator Janet Leksell</i> "Patientupplevelse" Svenska Diabetesförbundet ihop med patienter Att som barn och förälder medverka i en longitudinell studie, erfarenheter från TEDDY <i>Föreläsare: Jessica Melin</i> Diabetesenkäten <i>Föreläsare: Maria Svedbo Engström</i> <i>Katarina Eeg Olofsson och Ebba Linder</i> Appar, videomöten och chatt - erfarenheter från Centrum för diabetes <i>Föreläsare: Anna Tisäter och Gudrun Andersson,</i>	Långtidskomplikationer Sexuell Dysfunktion hos män <i>Föreläsare: Ralph Peeker</i> Sexuell dysfunktion hos kvinnor Föreläsare: Ann-Marie Wangel	Typ 2 diabetesbehandling i verkligheten Framgångsmodeller för behandling vid typ 2 diabetes <i>Föreläsare: Stefan Jansson</i> Skriftlig individuell behandlingsplan <i>Föreläsare: Jessica Rosman</i> Patientfallsbaserad diskussion Glukossänkande behandling vid typ 2 diabetes <i>Föreläsare: Boris Klanger</i> <i>Margareta Hellgren</i>
09.30-10.00	KAFFE Postrar & Utställning			
10.00-10.15	Vad gör vi för skillnad? Svenska Diabetes Förbundet <i>Föreläsare Petra Westerberg & Björn Ehlin</i>			

PRELIMINÄRT PROGRAM DIABETESFORUM

10.15-11.30	<p>The Perfect Storm Föreläsare: <i>William Jeffcoat</i></p>			
11.30-12.30	<p>LUNCH Postrar & Utställning</p>			
1230-1400	<p>Typ 1 diabetes</p> <p>Typ 1 diabetes stage 1, primärprevention idag och imorgon? Föreläsare: Helena Elding Larsson (30)</p> <p>Sekundärprevention av typ 1 diabetes Föreläsare: Markus Lundberg (20)</p> <p>Ketoner, ketonmätning och ketoacidosis Föreläsare: Katarina Fagher (20)</p> <p>Kolhydraträkning – manuellt och i app Föreläsare Elisabeth Jelleryd (20)</p>	<p>Gestationsdiabetes</p> <p>Bakgrund, riktlinjer och ngt nytt Föreläsare: Helena Fadl (30)</p> <p>Kostbehandling Föreläsare: Maria Reh binder (20)</p> <p>En modell från Skåne, tankar och resultat Föreläsare: Ulrika Moll (20)</p> <p>En modell från Stockholm, tankar och resultat Föreläsare: Carina Ursing (20)</p>	<p>Hur når vi fram?</p> <p>Unga kvinnor har behov av mer personcentrerat stöd / se människan. Föreläsare: Marie Lindström och Johanna Nirs (30)</p> <p>Digital egenvårdssupport i primärvård Föreläsare: Ulrika Öberg (30)</p> <p>Tips i mötet med personer med neurokognitiv funktionsnedsättning Föreläsare: Linda EK (30)</p>	<p>Diabetes, njurar och ögon</p> <p>Njursjukdom vid diabetes Föreläsare: Karl Dreja (25)</p> <p>Modern behandling av njursjukdom vid diabetes Föreläsare: Maria Eriksson Svensson (40)</p> <p>Synnedsättning, maculaödem och anti-VEGF behandling Föreläsare: Therese Granström (25)</p>
1410-1450	<p>Typ 1 diabetes är inte en autoimmun sjukdom Föreläsare: Olle Korsgren</p>			
1450-1515	<p>KAFFE Postrar & Utställning</p>			
15.15-16.05	<p>Behandling av typ 1 diabetes i framtiden</p> <p>Pancreas- eller ö-cell transplantation Föreläsare: <i>Per-Ola Carlsson</i></p> <p>Vad ser vi runt hörnet. Läkemedel och teknik Föreläsare: <i>Björn Eliasson</i></p>	<p>Munnen tillhör också kroppen</p> <p>Diabetes och munhälsa Föreläsare: <i>Björn Klinge</i></p>	<p>Nationell kunskapsstyrning – hur långt har vi kommit</p> <p>Ett historiskt perspektiv Föreläsare: <i>Mona Landin-Olsson</i></p> <p>Nationell kunskapsstyrning idag Föreläsare: <i>Håkan Furuman</i></p>	<p>Diabetesvård ur ett multikulturellt perspektiv</p> <p>Framgångsfaktorer vid behandling av personer med diabetes med annan kulturell bakgrund Föreläsare: <i>Sheyda Sofizadeh</i></p> <p>Webbaserad utbildning Föreläsare: <i>Nouha Saleh Stattin</i></p>
16.15-17.30	<p>Nationella Diabetes Registret 25 år</p> <p>Ett recept för att bli bäst i världen Föreläsare: <i>Karin Åkesson</i></p> <p>Ett kalas i tre steg Föreläsare: <i>Katarina Eeg-Olofsson, Soffia Gudbjörnsdottir och inbjudna gäster</i></p>			
19.00	<p>MIDDAG Stipendieutdelning och underhållning</p>			

PRELIMINÄRT PROGRAM DIABETESFORUM

Fredag 3 december 2021				
08.30-09.50	<p>Diabetes, ateroskleros och hjärtsvikt</p> <p>Är SGLT-2 hämmare det nya metforminet? <i>Föreläsare: Jan Eriksson</i></p> <p>Diabetes och hjärta <i>Föreläsare: David Nathansson & TBA</i></p>	<p>Diabetesprevention Fetma i unga år</p> <p>Föräldrastöd för att underlätta livsstilsförändringar <i>Föreläsare: Anna Ek</i></p> <p>Typ 2 diabetes hos unga <i>Föreläsare Annika Jansson</i></p> <p>Fetma i vuxen ålder <i>Föreläsare: Ylva Trolle</i></p> <p>Fetmabehandling i allmänläkarens perspektiv <i>Föreläsare: Laureen Lissner</i></p>	<p>Diabetes och äldre</p> <p>Hur förändras vård och behandling? <i>Föreläsare: Peter Fors</i></p> <p>Hur förändras kostrekommendationer? <i>Föreläsare: Inga-Lena Andersson</i></p> <p>Träning för äldre <i>Föreläsare: Michail Tonkonogi</i></p>	<p>Diabetes & juridik</p> <p>Datahantering Debatt TBD</p> <p>Körkortsbekräftelse - nya regler <i>Föreläsare Sara Magnusson</i></p> <p>Försäkringar (SDF)</p> <p>Vilka begränsningar för olika certifikat (dykning flygning) föreligger vid diabetes? <i>Föreläsare: Johan Jendle</i></p>
10.00-11.10	<p>Pumpbehandling & kontinuerlig glukosmätning</p> <p>Vad finns och när bör det användas? <i>Föreläsare: Jarl Hellman</i></p> <p>Hur göra? <i>Föreläsare: Peter Adolfsson & Victoria Carter</i></p>	<p>Remission av typ 2 diabetes</p> <p>Livsstilsintervention <i>Föreläsare: Matthias Lidin</i></p> <p>Kirurgi <i>Föreläsare: Torsten Olbers</i></p> <p>Inte remission utan behandling vid typ 2 diabetes <i>Föreläsare: Ingrid Larsson</i></p>	<p>Långtidskomplikationer</p> <p>Gastropares <i>Föreläsare: Per Hellström</i></p> <p>Den perfekta vårdkedjan vid fotsår <i>Föreläsare: Anneli Björklund & Daniel Lund</i></p> <p>Komplikationer hos unga – typ 1 vs. typ 2 diabetes <i>Föreläsare Anna Ek</i></p>	<p>Årets avhandlingar</p>
11.10-1150	<p>KAFFE Postrar & Utställning</p>			
11.50-12.30	<p>COVID-19 och Diabetes Vad vet vi om Covid-19 idag? <i>Föreläsare: Magnus Gisslén</i></p> <p>Diabetes och Covid-19 <i>Föreläsare: Mikael Rydén</i></p>			
12.30-13.30	<p>Organisation i Sverige & Världen <i>Föreläsare: Andrew Boulton & Fredrik Löndahl</i></p>			
13.30-14.00	<p>Avslutning Nationella Diabetes Teamet</p>			



eversense[®] XL

Continuous Glucose Monitoring System



Liten sensor. Stor frihet.

Eversense XL CGM-systemet är det första och enda långtids-CGM-systemet med en sensor som varar upp till 180 dagar.

Nu är det du som bestämmer och inte din diabetes.

MER frihet: En professionellt insatt sensor precis under huden ger dig frihet eftersom du slipper självinsättningar varje eller varannan vecka.

MER flexibilitet: En smartsändare som kan tas bort och sättas fast igen ger dig den flexibilitet du vill ha, utan att sensorn förbrukas.

MER tillgänglighet: Omedelbar överblick direkt i din mobila enhet. Du ser enkelt informationen i din smartphone eller Apple Watch med Eversense-appen*.



Ny distributör från den 1 juni 2021
Ascensia Diabetes Care

Läs mer på diabetes.ascensia.se
eller ring oss på 020-83 00 84

* En lista med de smarta enheter som är kompatibla med Eversense XL CGM-appen finns på <https://global.eversensediabates.com/compatibility>

Eversense[®] XL system för kontinuerlig glukosövervakning (CGM) är indicerat för kontinuerlig mätning av glukosnivåer hos personer som är 18 år och äldre med diabetes i upp till 180 dagar. Det är avsett att komplettera, inte ersätta, blodsockermätning med fingerstick. Insättning och borttagning av sensorn utförs av en vårdgivare. Eversense XL CGM-systemet är en receptbelagd produkt; patienter bör prata med sin vårdgivare för ytterligare information. För viktig säkerhetsinformation, se global.eversensediabates.com/safety-info.

Eversense, Eversense Continuous Glucose Monitoring, Eversense CGM, Eversense Sensor, Eversense Smartsändare, Eversense-app och Eversense-logotypen är varumärken som tillhör Senseonics, Incorporated. Ascensia, logotypen Ascensia Diabetes Care och Contour är varumärken och/eller registrerade varumärken som tillhör Ascensia Diabetes Care Holdings AG.

Apple Watch[®] är en produkt från Apple, Inc. och kan köpas separat från en auktoriserad Apple-återförsäljare. Apple Watch medföljer inte Eversense CGM-systemet.

© 2020 Senseonics, Incorporated. Med ensamrätt.

© 2020 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. Med ensamrätt.



Hjälp till att göra vår tidning ÄNNU bättre!

Vi önskar korta berättelser från er kliniska vardag i diabetesvården.
Vi tänker att alla tycker det är intressant att läsa om hur andra har det på jobbet.

Vi kan lära av varandra, dela framgång och besvärigheter.

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

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

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

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

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



Vi söker samarbete med driftiga diabetessjuksköterskor som brinner för att förbättra läkemedelsbehandlingen för patienter med Typ-2 diabetes och är intresserade av att vara delaktig i en nationell klinisk prövning. Deltagande innebär inte något extra arbete som inte ingår i sedvanliga besök. SMARTEST är en svensk rikstäckande multicenterstudie som jämför Metformin och SGLT-2 hämmare som standardbehandling för patienter med Typ-2 diabetes.

Om ni är intresserad av mer information kontakta:

Janeth Leksell, Docent

Medicinska Vetenskaper, Uppsala universitet

Vetenskaplig sekreterare SFSD

janeth.leksell@medsci.uu.se

Ansvarig prövare Jan Eriksson, professor Uppsala universitet



Upptäck nervskador i tid!

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

Läs mer på www.vibrosense.com



Hej Alla Facebook användare!

Som många av er har konstaterat så har vi på SFSD två Facebook sidor.

Vi tänker nu försöka stänga den ena av dessa.

Den som blir kvar är den offentliga gruppen.

Vid frågor maila gärna någon av oss i styrelsen.

Nyheter om diabetesforskning

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

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

Tonvikten ligger på populärvetenskapliga artiklar från forskningsfronten och aktuella fördjupningsartiklar.

Du kan prenumerera på nyheter.

Du kan fråga om diabetesforskning.



LUNDS
UNIVERSITET

Välkommen till

www.diabetesportalen.se

KALENDARIET 2021-2022

Diabetesforum

1 – 3 December 2021
Göteborg

ATTD

23 – 27 mars 2022
Florens, Italien
SYMPOSIUM
10 – 13 maj 2022
Helsingborg

ADA

3 – 7 Juni 2022
New Orleans, USA

FEND

September 2022
Stockholm

EASD Annual Meeting

19 – 23 september 2022
Stockholm

SFSD:S STYRELSE:

www.diabetesnurse.se

Ordförande:

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

Vice ordförande samt**Medlemsärenden:**

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

Sekreterare:

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

Kassör/Medlemsavgifter:

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

Vetenskaplig sekreterare:

Nouha Saleh Stattin
Akademiskt primärvårdscentrum
Solnavägen 1E, plan 6,
113 65 Stockholm
nouha@sfsd.se

Mentor:

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

Victoria Hermansson Carter

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

Ingela Lavin

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

Kajja Seiboldt

Vårdutvecklingsledare
Distriktssköterska
Diabetessjuksköterska
Akademiskt Primärvårdscentrum
Solnavägen 1E. 113 65 Stockholm
kajja@sfsd.se

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

SFSD:s uppgift är

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

Utgivare:

Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård, SFSD

Adress:

c/o SSF, Baldersgatan 1, 114 27 Stockholm

Prenumerationer:

Pris 250 SEK per år.

Gör din beställning genom att kontakta redaktören via e-mail:
victoria@sfsd.se

Adressändring:

Medlemmar i SFSD kontaktar medlemsansvarig:
Lena Insulander

lena@sfsd.se

Övriga kontaktar redaktören, se ovan.

Ansvarig utgivare:

Agneta Lindberg
ordf@sfsd.se

Chefredaktör:

Victoria Hermansson Carter, mail: victoria@sfsd.se

Redaktion:

Victoria Hermansson Carter, mail: victoria@sfsd.se

Annonsering:

Annonsstopp för Diabetesvård

Nr 1, 2022 är 12 januari med utgivning i februari

Nr 2, 2022 är 6 maj med utgivning i juni

Nr 3-4, 2022 är 16 september för utgivning i oktober

Annonstrymme bokas hos

Victoria Hermansson Carter, mail: victoria@sfsd.se
eller edit.johansson@stema.nu
0761-75 06 22

Tryckeri:

Stema SpecialtryckAB, Box 969, 501 10 Borås
033-23 74 70
www.stema.nu

ISSN-nummer:

1652-697X



Trycksak
3041 0234

Humalog[®] Junior
KwikPen[®] är den första
och **enda förfyllda**
insulinpennan som
doserar **halva enheter**¹



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**^{1,6}



Doserar i **halva
enhetsteg**
från 0,5-30
enheter¹

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

Referenser:

1. Humalog 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. Kaiserman K, et al. Pediatr Diabetes. 2017;18(2):81-94.

Humalog[®] 100 enheter/ml injektionsvätska, lösning (insulin lispro) Cylinderampull, injektionsflaska, förfylld injektionspenna KwikPen, förfylld injektionspenna Junior KwikPen

ATC-kod: A10AB04, Diabetesmedel, 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 KwikPen ger 1-60 enheter i steg om 1 enhet i varje injektion. • Humalog 100 enheter/ml Junior KwikPen ger 0,5-30 enheter i steg om 0,5 enhet 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 penna med andra doseringssteg. **Kontraindikationer:** Hypoglykemi. **Varningar och försiktighet:** Patienterna måste instrueras att kontinuerligt växla injektionsställe för att minska risken för lipodystrofi och kutan amyloidos. För att undvika medicineringsfel ska patienter instrueras att alltid kontrollera insulinetiketten före varje injektion för att undvika av misstag blanda ihop andra insulinläkemedel. Patienterna måste visuellt verifiera de inställda enheterna på dosräknaren i penna. Därför måste patienter som injicerar själv kunna läsa av dosen på penna. Patienter som är blinda eller synskadade måste ha hjälp av en annan person som har god syn och har fått träning i att använda penna. **Datum för översyn av produktresumén:** 2020-09-03 **För ytterligare information och priser se www.fass.se** Rx F Ytterligare upplysningar om detta läkemedel kan erhållas hos ombudet för innehavaren av godkännandet för försäljning: Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna. 08-737 88 00, www.lilly.se

Bättre effekt* -Nya högre doser

trulicity®
dulaglutid för injektion

För vuxna med typ 2-diabetes



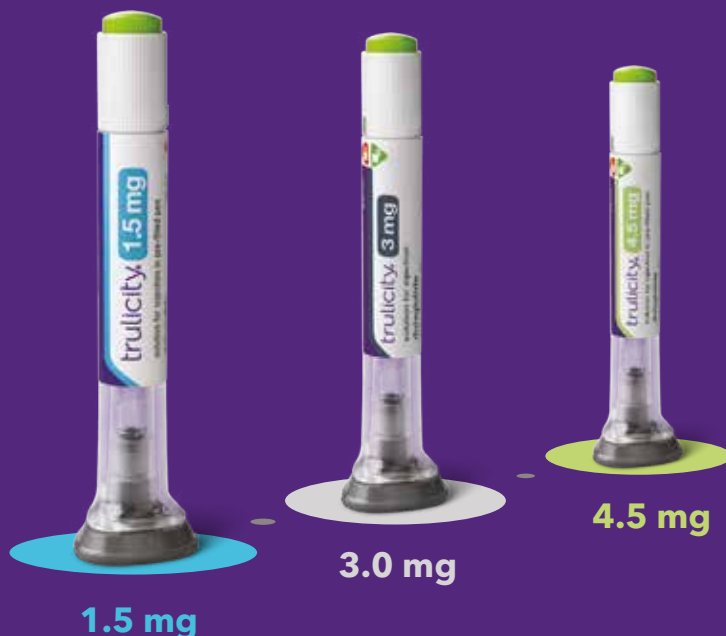
Sänker HbA_{1c} och vikt med en dos i veckan¹



Kardiovaskulär primär- och sekundärprevention**^{1,2}



Enkel, injektionsklar penna^{1,3}



Nu lanserar vi de nya högre doserna 3 mg och 4,5 mg som ger ytterligare effekt på HbA_{1c}* och vikt***, med likvärdig biverkningsprofil för samtliga doser.¹

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

ATC-kod: A10BJ05, Diabetesmedel, blodglukossänkande medel, exkl. insuliner **Indikationer:** Trulicity är avsett för behandling av vuxna med otillräckligt kontrollerad typ 2-diabetes mellitus som ett komplement till kost och motion • som monoterapi när metformin inte anses lämplig på grund av intolerans eller kontraindikationer. • som tillägg till andra läkemedel för behandling av diabetes. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. **Varning och försiktighet:** Dulaglutid ska inte användas av patienter med typ 1-diabetes mellitus eller för behandling av diabetesketoacidosis. Dulaglutid är inte en ersättning för insulin. Diabetesketoacidosis har rapporterats hos insulinberoende patienter efter snabb utsättning eller dossänkning av insulin. Dehydrering, som ibland leder till akut njursvikt eller försämrad nedsatt njurfunktion, har rapporterats hos patienter som behandlats med dulaglutid, särskilt vid behandlingsstart. Många av de rapporterade njurbiverkningarna inträffade hos patienter som upplevt illamående, kräkningar, diarré eller dehydrering. Patienter som behandlas med dulaglutid bör informeras om den potentiella risken för dehydrering, särskilt i samband med gastrointestinala biverkningar och vidta försiktighetsåtgärder för att undvika vätskeförlust. Dulaglutid har inte studerats hos patienter med allvarlig gastrointestinal sjukdom, däribland allvarlig gastropares, och rekommenderas därför inte till dessa patienter. Användning av GLP-1-receptoragonister har satts i samband med en risk att utveckla akut pankreatit. Patienterna ska informeras om de karakteristiska symtomen på akut pankreatit. Om pankreatit misstänks ska behandlingen med dulaglutid avbrytas. Om pankreatit bekräftas ska dulaglutid inte återinsättas. Utan andra tecken och symtom på akut pankreatit är förhöjda pankreasenzymer inte prediktivt för akut pankreatit. Patienter som får dulaglutid i kombination med en sulfonureid eller insulin kan löpa ökad risk för hypoglykemi. Risken för hypoglykemi kan minskas genom att dosen av sulfonureid eller insulin sänks. **Datum för översyn av produktresumén:** 2020-11-18 **För ytterligare information och priser se www.fass.se** Rx, (F) **Begränsningar av subvention:** Subventioneras för patienter som först har prövat metformin, sulfonureider eller insulin, eller när metformin eller sulfonureider inte är lämpliga. Subventioneras endast för patienter som inte behandlas i kombination med basinsulin. Ytterligare upplysningar om detta läkemedel kan erhållas hos ombudet för innehavaren av godkännandet för försäljning: Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna. 08-737 88 00, www.lilly.se

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

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

Referenser:

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

PP-DG-SE-0260 | Januari 2021

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

©2021 Eli Lilly and Company. All rights reserved.

Lilly