



DIABETESVÅRD

Tidning för Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård

www.diabetesnurse.se

NR 2 2022



**SFSD önskar sina läsare
en skön sommar!**

GÖR LIVET ENKLARE OCH TRYGGARE!

Realtidsvärden- utan skanning

Smarta påminnelser och larm

Du slipper kalibrera

Sov lugnt och tryggt

4,3
mmol/L

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



dexcomG6[®]

dexcom.nu
makingdiabeteseasier.se
diabetessupport@infucare.se
facebook.com/MakingDiabetesEasierSverige

Ordföranden har ordet

Fåglarna kvittrar, solen skiner och träden grönskar, vi har äntligen slutat med munskydden och det känns som att livet har återvänt, även om det fortfarande är oroligt i världen.



Agneta Lindberg

Endodiabetesmötet i Helsingborg är genomfört och tack till alla er som på något sätt bidrog till ett lyckat möte. SFSD har genomfört årsmötet fysiskt med stor uppslutning och bra diskussioner. Flera av styrelsens trogna ledamöter har avgått och jag riktar ett stort tack till dessa och ser med tillförsikt fram emot att samarbeta med nya kollegor såsom Cathia Boquist och Sheyda Sofizadeh, närmre presentation av dessa finns längre fram i tidningen. Jag tackar också för förtroendet att axla ordföranderollen i ytterligare två år.

Just nu pågår ett samarbete med Liber med att ta fram en ny bok "omvårdnad vid diabetes" och många av er har tackat ja till att vara delaktiga som författare, vilket vi som redaktörer (jag, Janeth Leksell samt Marianne Lundberg) känner stor tacksamhet för.

Under minglet och samtalen på endodiabetesmötet var det flera kollegor som framförde önskemål om ett eget symposium nästa gång, så planeringen pågår för fullt för ett sådant möte i april 2023.

I skrivande stund har jag precis kommit från ett litet möte på sjukhuset där jag arbetar, temat var "patient och närståendebildning i grupp", flera verksamheter som delade med sig av sina erfarenheter där man använt sig av "Lära och bemästra" med en erfaren patient som delar med sig av sina erfarenheter, vilket ju alltid är intressant. Vi fick också delge varandra vår syn på utbildning och lä-

rande. För mig är varje möte med en individ ett tillfälle till lärande för individen men framför allt även för mig! Jag tror att vi behöver fundera på hur vi själva ser på det och att lärande inte bara är något som sker under ett grupptillfälle mellan kl 14-16 en eftermiddag.

Årets diabetessjuksköterska 2021 blev Anna Lindholm Ohlinder och jag säger som Gert Fylking gjorde vid Svenska Akademiens tillkännagivande av Nobels litteraturpris: ÄNTLIGEN! Anna har bidragit med väldigt mycket när det gäller svensk barndiabetesvård och även gjort och gör avtryck även internationellt genom sitt engagemang i ISPAD.

SFSD kommer genom Nationella diabetesteamet att vara representerat i Almedalen i år, då det kommer att debatteras aktuella frågor inom diabetesområdet.

Hoppas ni får en välbehövlig vila och kan ladda batterierna på er semester i sommar, jag skall som vanligt försöka "ro iland" årets diabetesläger under v 28 och 29 för barn och ungdomar mellan 9-17 år, men skall väl också hinna med en veckas ledighet då jag bara skall vara.

"Let's be careful out there"

Vi hörs och ses

Agneta Lindberg

INNEHÅLL

NDR nyhetsbrev	4
Ung Diabetes	6
Rapport Endodiabetes	7
Årets stipendiater	10
Förutsättningar för jämlik diabetesvård	12
Årets Diabetessjuksköterska	22
Påverkar vårdmiljön blodtrycksvärdet	26
Förbättrad glukoskontroll med Egenmonitorering	46



Det stora Endodiabetesmötet 2022 i Helsingborg i maj blev en inspirationskälla för alla oss på NDR. Engagemanget i hela diabetesvården, stoltheten och möjligheterna med vårt gemensamma register märktes tydligt. Stort tack till alla er i diabetesvården för det arbete ni lägger ner på registrering och annat arbete kopplat till NDR.

Årsrapporten med 2021 års data kommer i juni 2022

I år är det en gemensam årsrapport för barn och vuxna med diabetes. Med tre tydliga delar kommer det vara lätt att hitta i rapporten – Barn och ungdomar med diabetes – Unga med diabetes 15-30 år och – Vuxna med diabetes. En sammanhållen rapport ger också möjlighet för fler att ta del av resultaten både från barn diabetesvården och vuxendiabetesvården på sjukhusmottagningar och i primärvården. Grunden i förbättringsarbete är att känna till sina data och vår förhoppning är att en gemensam rapport kan hjälpa till att identifiera fler förbättringsområden. Här kommer några första preliminära glimtar från rapporten som sedan kommer publiceras i sin helhet i nedladdningsbar pdf på hemsidan.

Det senaste om Diabetesenkäten

De drygt 60 pilotenheterna (medicinkliniker och vårdcentraler) fortsätter att använda Diabetesenkäten. I dagsläget har 10 000 enkäter skickats ut med en svarsfrekvens på ca 40%. Målet är att Diabetesenkäten ska bidra till ett bättre besök för patienten och längre fram kunna användas som en del i uppföljningen av diabetesvården. Forskning kring införandet och användandet av enkäten pågår. Målet på sikt är att regionerna och enskilda vårdgivare ska ta initiativ till att börja använda Diabetesenkäten och sprida användningen till fler vårdenheter. Till exempel skulle Diabetesenkäten kunna erbjudas via formulärtjänst på I177 och på regionernas egna plattformar för kommunikation med patienter. Diabetesvården behöver själva ta initiativ till detta och NDR vill gärna stötta arbetet och hjälpa till att öka vårdens och därmed patienternas möjligheter att använda Diabetesenkäten.

Sommaren är på väg

I juni samlas NDRs kontaktpersoner på barmottagningarna, kvalitetsansvariga sjuksköterskor och koordinatörer från alla regioner i Göteborg för både tillbakablickar på NDR 25 år och visioner framåt. Där kommer deltagarna dela erfarenheter kring pågående kvalitetsförbättringsprojekt och forskning som sedan kan spridas vidare på hemmaplan. På det mötet kommer vi också diskutera och inhämta önskemål om hur NDR och NDR-kontoret kan vara till ännu bättre hjälp.

Vi önskar nu alla en riktigt fin sommar. NDRs support och våra öppetider i sommar kommer ni hitta på hemsidan. Återigen, vill vi avslutningsvis rikta ett stort tack för allt arbete som läggs ner på registrering, uppföljning av egna resultat och andra insatser för NDR.

Försommarhälsningar från NDR-teamet

Figur 1 visar att antalet vuxna registrerade patienter har ökat jämfört med 2020. Detta förklaras sannolikt av att fler fått och kunnat komma på sina årliga diabetesbesök igen efter pandemin. Figur 2 visar att i barn diabetesvården fortsätter andelen barn med riskfyllda HbA1c-nivåer att minska. En ny bild för året (figur 3) visar HbA1c-nivåerna hos personer med typ 1-diabetes från 15 till 30 år och vi ser att perioden från 18 till 21 år innebär speciella utmaningar. I figur 4 visas fördelningen av diabetesbehandling i primärvården och vi ser att nyare injektionsläkemedel börjar användas i större omfattning men majoriteten har fortsatt enbart tablettbehandling och både grupperna med enbart kost och enbart insulin minskar över tid.

Fig 1

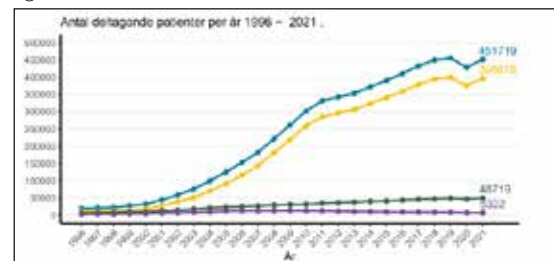


Fig 2



Fig 3

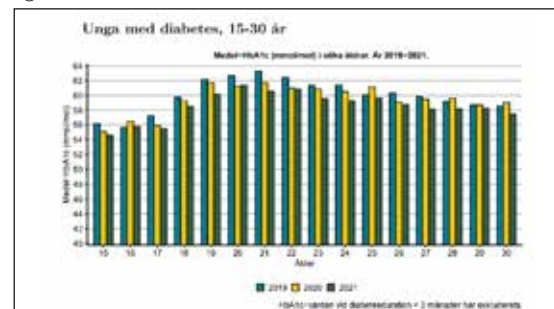
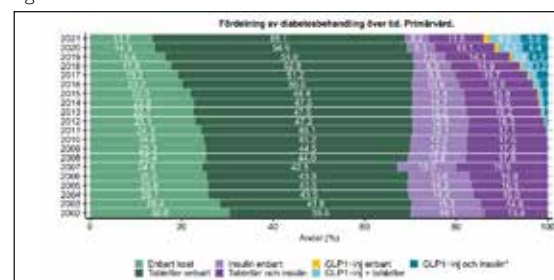


Fig 4



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. Långverkande insulinanalog. Rx, (F), A10AE04. **Indikation:** Behandling av diabetes mellitus hos vuxna, ungdomar och barn från 6 års ålder. **Varningar och försiktighet:** Toujeo ska ej användas för behandling av diabetesketoacidosis. För ytterligare information och prisuppgift, se www.fass.se. **Kontaktuppgifter:** Sanofi AB, Box 30052, 104 25 Stockholm, tel: +46 8 634 50 00, www.sanofi.se. Vid frågor kontakta: infoavd@sanofi.com. Datum för senaste översyn av produktresumén; november 2021.

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. Jämförelsen avser pris/enhet, fass.se 20220407.

sanofi

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


Toujeo®
insulin glargin 300E/ml

Ung diabetes



Välkommen på surfläger med Ung Diabetes!

Varberg 8-10 juli 2022

En favorit är tillbaka! I sommar återvänder Ung Diabetes till Apelviken i Varberg och nu har du chansen att följa med!

Är du sugen på att ta dig an nya utmaningar och testa havets vågor tillsammans med andra ungdomar? Då ska du hänga med oss på läger i sommar!

Praktisk information

I sommar återvänder Ung Diabetes till Varberg för ännu ett Surfcamp. Mellan den 8-10 juli kommer vi befinna oss i Apelviken, Varberg för att testa vågorna! Vi kommer under 3 dagar vara 15 deltagare som får uppleva havet och känna på dess krafter tillsammans genom att testa olika surfgrenar, bland annat vågsurfing och olika varianter av SUP (Stand up Paddling). Förutom aktiviteter i vatten kommer dagarna att fyllas av strandaktiviteter och samarbetsövningar. Ta chansen att tillsammans med andra som har diabetes utmana er själva och er sjukdom genom att följa med oss på årets surfläger! Är du mellan 15-18 år? Då vill du absolut inte missa detta!

Övrig information

Aktiviteten är för medlemmar mellan 15-18 år. Med på resan följer två ledare från Ung diabetes med samt en diabetessjuksköterska.

Kostnad på deltagare är 1900 kr och då ingår mat, boende och aktiviteter (inklusive utrustning) under alla dagar.

Anmälan är bindande och betald anmälningsavgift återbetalas ej (Undantag vid läkarintyg. Observera dock att den administrativa avgiften på 200 kr ej återbetalas).

Anmälan öppnar under onsdagen den 20 april. Sista anmälningsdag är 8 maj 2022 och görs på ungdiabetes.se. När anmälningsstiden är slut kommer du att bli kontaktad av Ung Diabetes som bekräftar om du har fått plats på lägret och ger dig mer information.

Vid frågor:

Kontakta någon av våra aktivitetsansvariga: Alexander Storme / alexander.storme@ungdiabetes.se

Jennifa Redin/ennifa.redin@ungdiabetes.se
Vi hoppas att få träffa just DIG på lägret!

*Glada hälsningar,
Ung Diabetes Råd*



www.diabetes/ungdiabetes

Rapport Endodiabetes 11–13/5 2022

3 spännande dagar i Helsingborg i samarbete med SFD Svensk förening för diabetologi) och Endokrinföreningen.



Diabetesspråket med Mervi Andelin, specialistsjuksköterska diabetes och Stig Attvall docent och Elin Cederbrant, person med typ 1 diabetes. Mervi och Stig är författare till en skrift, ett reflektionsunderlag från SFD som handlar om betydelsen av vilket språk vi använder i diabetesvården för att vara personcentrerade. Använd positivt språkbruk som kan leda till utveckling och ökad självkänsla. Fokusera på individen och det nåbara. Ord och uttryck som ska utmönstras är "diabetiker", "inte skött sig", "compliance – följsam". Undvik också aldrig, alltid och inte. Elin berättade att man minns när man fick sin diagnos. Vid det samtalet är alltså superviktigt att vi i professionen tänker över vilka ord vi använder. Lyssnande är också viktigt, att vi visar att vi vill förstå personen vi talar med. Elin sa också att det är viktigt att bli tagen på allvar, känna trygghet och våga prata om jobbiga saker med sin vårdgivare. Någon av åhörarna uttryckte att ORD är säkraste medicinen.

SGLT2-hämmare till alla med hjärtsvikt? Björn Eliasson

Tanken var att detta skulle vara en procon debatt med Peter Magnusson men han fick lämna återbud så Björn Eliasson gjorde en kunskapsgenomgång i stället. Med anledning av de fall, om än få, med normoglykemisk ascidos så påminns vi om att SGLT2 inte är någon akut medicin vid hjärthändelse. Sätts in när situa-

tionen är stabil. Läkemedlet är en bra vätskedrivande behandling men har fler goda egenskaper. Ketoner utvecklas vilket är bra för hjärtat men inte bra vid typ 1 diabetes.

Nya redskap och bättre omhändertagande av unga med typ 2 diabetes med Annika Jansson(AJ)

Apropå språk så ska termen "obesitas" användas, inte fetma. Typ 2 diabetes är förknippad med obesitas. Vart 5:e barn är överviktigt i Sverige. Fortfarande är typ 2 ovanligt hos barn och ungdomar. Trenden för den lilla ökningen är att typ 2 diabetes är vanligare hos pojkar och hos äldre tonåringar och unga vuxna. Det finns sannolikt ett mörkertal och diagnostiken behöver förbättras. Utveckling mot typ 2 diabetes sker med tilltagande insulinresistens. HbA1c försämras snabbt och komplikationer i form av microangiopati kommer tidigare. Det tar tid innan diagnosen ställs vilket gör att barnet "rullar" in i sin diagnos, det blir inte en väckarklocka. I ISPAD guidelines förordas att följa ALAT och urat snarare är blodsocker och HbA1c. Förordar screening vid 10 års ålder för riskindivider. AJ menar att använd inte insulin utan använd metformin och GLP-1 analoger som nu är godkända till barn. Kostnaden för patienten är noll kronor för diabetesläkemedel men hela kostnaden för GLP1. Gör att familjer inte klarar av att betala. Obesitaskirurgi sannolikt tidigare.

Övergång barn till vuxen inte optimal. Obesitasläkare inom barn har bildat ett nätverk. Råden lyder ät mat, men inte för mycket och mer växtbaserat. Minska på söta drycker och öka den fysiska aktiviteten.

Lipidrubbingar med Joakim Sandstedt

Mönstret vid lipidrubbing vid typ 2 är låga HDL, förhöjda TG och förlängd hyperlipidemi efter måltid. Vid typ 1 diabetes är snarare HDL något förhöjt. Oklart om det skyddar mot hjärtkärlsjukdom. Vid metabolt syndrom ses förhöjda TG-nivåer. Hela 2/3 av alla hjärtinfarkter beror på rupturerad plaque och kan påverkas av LDL. LDL är den partikel som är starkast kopplad till arterioscleros/hjärtkärlsjukdom. Hela föreläsningen var en flashback till grundutbildningen till sjuksköterska. Det viktigaste budskapet var: patienten behöver inte vara fastande för provtagning av blodfetter. Råd – ät inte en fettrik måltid innan provtagning.

Mat vid diabetes – SBU rapport med Ingrid Larsson och Mette Axelsson

Viktigt att ha koll på GRAD när man läser slutsatserna. I de granskade studierna ingår både prospektiva kohortstudier och interventionsstudier. Medelhavskost visar på positiva samband både för typ 1

och typ 2 diabetes. Medelhavskost finns översatt till nordiska livsmedel. Hög konsumtion av specifika livsmedel som fibrer, baljväxter och kaffe minskade risken att dö i förtid. Studierna bekräftar och styrker det man tidigare rapporterat. Vid typ 2 diabetes finns två metoder som leder till viktminskning och hälsoförbättringar. Lågenergi-pulver (VLED) och övergång till mat och intensiv livsstilsbehandling med lågfettskost kombinerat med fysisk aktivitet och minskat energi-intag. Den senare visade inga eller små vinster i kvalitetsjusterade levnadsår (QUALYs) på individnivå.

Måttlig tillförlitlighet innebär att resultaten troligen stämmer, låg tillförlitlighet innebär att resultaten troligen stämmer. Uppföljningstiden vid studierna skulle vara minst 6 månader. Det är brist på studier med lång uppföljning. Det finns inga säkra bevis för till exempel 5:2 (intermittent energiintagsrestriktion) eller kolhydraträkning, viktigt med uppföljning. Vad gäller kostnadsberäkningar för olika kostnader så beräknas medelhavskosten som dyrast och den laktovegetarisk billigast. Det innebär en balansgång för oss i professionen att erbjuda evidensbaserade kostråd och samtidigt respektera patientens autonomi och integritet genom personcentrering och lyhördhet.

Diabetes på SÄBO med Jessica Havsmon och Margareta Hellgren

Lätt att tänka att alla är gamla och sköra som bor på SÄBO. Så är det inte, det finns självklart andra anledningar till att personen bor där. Uppföljningar av blodsocker, vikt och BMI är lika viktigt under hela livet. Granskningar har visat att dokumentationen är undermålig på många ställen. Att skriva vårdplan underlättar. Tips att använda vårdplanen som finns i Diabeteshandboken.se. Tandstatus fattas i den, lägg till det. Fortsätt att ta hand om fötterna.

Mutual Involvement in Families Living with Type 2 Diabetes: Dan Grabowski – Steno Diabetes Centre Copenhagen

Familjen anses av många ha en stödjande funktion. Men det har egentligen inte utforskats om relationerna inom familjen alltid är stödjande eller om de också kan fungera som hinder att uppnå egenvårds-

målen. Steno Diabetes Center i Köpenhamn har identifierat de specifika utmaningarna och problemen som rör familjens medverkande i en dansk population.

De identifierade utmaningarna:

Kunskap: Många familjer har oklara strukturer för att dela kunskap och anhöriga saknar ofta kunskap om T2D och hur man ger stöd. **Kommunikation:** Det är svårt att balansera kommunikationen om T2D. **Roller:** T2D byter roller i familjen. **Vardagsrutiner:** ej adekvata metoder för att upprätthålla en känsla av normalitet. **Stöd:** Att vara stödjande utan att vara kontrollerande är en nyckelfråga. **Bekymmer:** Att leva med T2D är en källa till oro. I många familjer lämnas dessa bekymmer osagda. Det arbetet har resulterat i Family Toolbox med fyra dialogverktyg: 1) Familjespeglarna, 2) Familjeboken, 3) Familjelinjerna och 4) Familjeplanen. **Sammanfattning:** Vikten av ömsesidigt familjeengagemang får inte underskattas. Det är möjligt att arbeta aktivt med denna dynamik – med hjälp av lämpliga verktyg och ett ständigt fokus på att skapa positivitet.

Diabetes och fysisk aktivitet: När på dagen är det bäst att träna? med Harriet Wallberg

Sedan 70-talet vet vi att träning går förbi insulinresistensen och tar upp glukos utan insulin. Så att träning är bra och viktigt är otvetydigt. Finns det någon optimal tid på dagen för träning? Nya studier visar att träning eftermiddag sänker blodsockret hela dygnet. Medan träning på morgonen höjer blodsockret hela dygnet. Det kan vara kopplat till kortisol och melatonin. Dessutom så jobbar mitokondrierna bäst på eftermiddag och kväll. Så om man vill få ut mest blodsockersänkning så är träning på eftermiddag att föredra.

Fysisk aktivitet vid typ 2 diabetes: vad säger forskningen? med Ing-Mari Dohrn

Studier av stillasittande visar att 60% av personer mellan 60–90+ är stillasittande 8 timmar/dag (sömn inte inräknad). Svensken är något mindre stillasittande än personer i övriga västvärlden. Rörelse 30–40 minuter per dag kompenserar för stillasittande. De nya rekommendationerna i FYSS är att vara i rörelse minst

150–300 minuter/vecka. Det ger hälsovinster. Aktiviteten ska vara måttlig dvs ge ökad puls och andning, kan prata vid tex promenad. Till det ska läggas 2 tillfällen med styrketräning i veckan. Träning av stora muskelgrupper, behöver inte vara träning med vikter. Träning av balansförmåga minskar risk för fall och även fallrädsla som i sin tur ökar risk för fall. Kunskap om steg per dag, 6000 – 8000 steg per dag rekommenderas om man är över 60 år. Under 60 rekommenderas 8–10 000 steg/dag.

SFD mål och målsättningar för diabetesvården med SFDs styrelse.

SFD presenterade en skrift, ett reflektionsunderlag som innehåller femton viktiga områden för att främja god hälsa och livskvalitet för personer med diabetes. SFD frågade hur det kom sig att SFD tagit fram dokumentet utan att diskutera det med andra teammedlemmar så som skett vid framtagandet av tex Blå bok, Röd bok.

Tolkning av CGM-kurvor med Ulrika Sandgren och Johan Jendle

Enligt NDR så använder ca 84 % av vuxna och ca 98 % av barn/ungdomar rtCGM regelbundet. Det genererar en herrejösse massa data och hur ska den tolkas. Indikationen har utvidgats till personer med typ 2 diabetes med insulinbehandling och ett HbA1c över 60 mmol/mol. Ett sätt att tolka är via FNIR – Flat Narrow In Range. Om kurvan är platt inom målvärdena, få höga och låga värden.

NDR, diabetesvårdens resultat 2021 och det senaste om diabetesenkäten med Katarina Eeg-Olofsson och Ebba Linder

Årsrapporten kommer att presenteras innan sommaren. Möjligheten att följa upp sina egna resultat och jämföra med andra gör att rapporten kommer att fokusera på utvecklingen i diabetesvården. Ett antal enheter använder Diabetesenkäten. Arbetet med att hitta säkra lösningar för inbjudan till patienten att besvara den, att dokumentera svaren och att överföra resultaten till NDR fortgår.

*Författad av Lena Insulander,
Marianne Lundberg,
Nouha Saleh Stattin*

Rapport från en kollega i primärvården

Endodiabetes 11–13/5 var första konferensen någonsin i min karriär. Det blir en nytändning att träffa andra med liknande intressen. Utbyte med andra ger infallsvinklar man inte själv tänkt på vilket ger ringar på vatt-net. Det var många föreläsningar och tyvärr tvingas man välja då det är svårt att vara på två ställen samtidigt. Största behållningen var samtal med andra yrkeskategorier, hur de jobbar samt föreläsningar kring hur man själv jobbat med olika saker. För en diabetessjuksköterska uppskattade jag särskilt de föreläsningar med innehåll som jag direkt kan använda i min mottagning. T ex Personcentrerat egenvårdsstöd, föreläsare Åsa Hörnsten, Luleå universitet.

Nya riktlinjer för obesitas är också något som jag behöver känna till, Ylva Trolle Lagerros höll i den. Pre-diabetes, spelar det nån roll?

Kristine Kaerch. Framkom att man funderar på glukosbelastning och hur lång tid som är bäst, vilka värden som bäst visar framtida risker för personer med diabetes. Min personliga käpphäst är användning av sensorer även för typ 2 diabetes i primärvården. Man räknar hela tiden på faktiska kostnaden jämfört med antal stick med traditionell mätare. Det är ganska missvisande då man bortser från vinsten av minskade komplikationer. Boris Klanger och Annica Andersson föreläste. Ju mer jag funderar över föreläsningarna så var de givande allihop. Om jag får förmånen att närvara på flera så kommer jag att ta med en kollega och övernattning på orten!

Gabriele Goldhammer, Diabetessjuksköterska, Vårdcentralen Kryddgården Gabriele.Goldhammer@skane.se

DIABETESSJUKSKÖTERSKA SÖKES TILL ÖRESTADSKLINIKEN

Örestadskliniken är en vårdcentral med brett primärvårdsutbud för livets alla faser belägen på Bellevue i Malmö. Här har du möjlighet att bli en del av ett energiskt team som sätter patienterna i första rummet och ständigt vill förbättras.

Du blir en central punkt för våra diabetespatienter och i teamet kring dessa. Som diabetessköterska hos oss arbetar du främst med fysiska besök, men digitala besök kan komma att bli aktuellt som ett komplement.

Kvalifikationer och personliga egenskaper:

- Legitimerad sjuksköterska med adekvat utbildning inom diabetes
- Det är meriterande om du har erfarenhet av primärvård
- Det är meriterande om du har erfarenhet av att arbeta i PMO

Vi erbjuder dig:

Varje medarbetare är lika viktig i Doktor.se:s framgång! Vi drivs av att se människor växa och utvecklas. Vi erbjuder dig en möjlighet att bli en del av växande vårdkoncern med likasinnade kollegor och många kontaktytor. Tillsammans skapar vi en härlig teamkänsla, kultur och gemenskap. Vi värderar balans mellan arbete och privatliv högt samt en möjlighet till en friskare tillvaro.

Varmt välkommen med din ansökan, vänligen notera att vi inte tar emot några ansökningar via email med hänsyn till GDPR. Sök via länken:

Diabetessjuksköterska till Örestadskliniken, Malmö (ledigajobb.se)



ÅRETS KVALITETSFÖRBÄTTRARE

Annica Magnusson, Diabetessjuksköterska, Husläkarna i Österåker, Åkersberga



Annica Magnusson

Jag blev överraskad men också verkligen glad och stolt över att bli "Årets kvalitetsförbättrare"! Det är roligt när ens arbete med att försöka förändra och förbättra diabetesomhändertagandet i primärvården blir uppmärksammat. Jag jobbar som alla andra diabetessköterskor med att hjälpa personer med diabetes typ 2 att förstå och leva med sin sjukdom och i det arbetet drivs jag av en bra relation med patienterna men tror även på att vi ska utnyttja tekniken mer. Jag önskar och jobbar för att CGM ska kunna användas i mycket större utsträckning än det nu gör i primärvården eftersom jag ser otvivelaktiga resultat både i HbA1c-värden men även i livsstilsförbättringar och livskvalitet!

Motivering: Annica Magnusson har med stort mod tagit sig an uppgiften att förbättra diabetesvården i Åkersberga. Annika har jobbat i många år med att etablera dialog och samarbete med primärvård och diabetesmottagningen, där mångfald och meningsutbyte varit ledstjärnor. Annika har alltid visat nyfikenhet, engagemang och intresse och har arbetat i många år med oavbruten ambition att utveckla diabetesvården, hjälpa och stödja sina kolleger med att öka kompetens.

POSTERSTIPENDIUM

Sexual health in diabetes care is a hot topic: An interview study: Janina Yin



Janina Yin

Motivering: Postern är välskriven och ämnet är viktigt men som inte diskuteras så ofta som en del av omvårdnaden inom diabetes. Forskningsprocessen är strukturerad och logiskt uppbyggd samt att kunskapsluckan är väl beskriven. Det finns en tydlig bakgrund och syfte samt en bra beskrivning av metod och resultat som avslutas med kliniska implikationer. Dessa synliggör betydelsen av ämnet inom omvårdnad vid diabetes och inte minst för patientperspektivet och delaktigheten.

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

Skapa förutsättningar för jämlik diabetesvård för typ 2 diabetes

Typ 2 diabetes är en av våra största folksjukdomar, där primärvården har ansvar för stöd, utbildning, behandling och uppföljning. Med ett personcentrerat omhändertagande och evidensbaserade behandlingsmetoder optimeras förutsättningarna för en god och jämlik vård. I diabetesvården har det under en kort tid hänt mycket vad gäller behandlingsalternativen, vilket är gynnsamt då patienten har möjlighet till mer individanpassad behandling.

Vikten av att skapa förutsättningar för en mer jämlik diabetesvård för personer med typ 2 diabetes

På Akademiskt Primärvårdscentrum (APC) i Region Stockholm finns Kunskapsteam Diabetes som är ett interprofessionellt team bestående av läkare, sjuksköterskor, foterapeut och dietist. APC är en enhet för forskning, fortbildning och utveckling.

Vi arrangerar fortbildningsaktiviteter om typ 2 diabetes, stödjande verksamhet såsom förbättringsarbete och diabetesronder i primärvården, nätverksträffar samt medverkar i högskoleutbildningar. I kunskapsteam diabetes uppdrag ingår fortbildning och stöd till primärvården för att skapa förutsättningar för en evidensbaserad och jämlik vård.

Egenmonitorering vid typ 2 diabetes

Alla personer med diabetes har rätt till egen glukosmätare och studier visar att egenvården förbättras hos personer som mäter blodglukos. Distriktssköterskan/ diabetessjuksköterskan ansvarar för att förskriva rätt hjälpmedel. Det ligger även i diabetessjuksköterskans ansvar att ge stöd samt utbilda personer med diabetes i egenvård och följa upp de hjälpmedel som förskrivits. Socialstyrelsens riktlinjer prioriterar egen glukosmätningen för personer med diabetes, ändå finns det en ojämlik tillgång till

hjälpmedel som alla diabetessjuksköterskor bör ha kunskap om.

Kontinuerlig glukosmätning till personer med typ-2 diabetes

En revolutionerande nyhet är att personer med typ 2 diabetes sedan 2018 kan få tillgång till sensormätning med FreeStyle Libre. Enligt Medicintekniska produktrådet (MTP) finns rekommendationer som regionerna bör följa. I Stockholm har man valt att Endokrinologer förskriver och initierar hjälpmedlet, sedan ska primärvården fortsätta förskriva hjälpmedlet samt följa upp glukoskurvor tillsammans med patienten. Från primärvården skickas en remiss till de endokrinomottagningar som har beslutat att handha dessa ärenden. Detta har lett till att många fler patienter har fått en bättre metabol kontroll förutsatt att primärvården följer upp systematiskt. Fortbildning om detta har genomförts till förskrivande primärvårdsenheter i Region Stockholm av APC som även erbjuder fortsatt stöd.

En ny enkätundersökning (2022) från Diabetesförbundet visar att 15% av de med typ 2 diabetes har nekats tekniska hjälpmedel med scanning CGM och många svarade att det inte ens fått egen glukosmätare. Det behövs en nationell samordning så att tillgången till diabeteshjälpmedel inte beror var i landet man bor.



Kaija Seiboldt och Marina Stenbäck

Andra regioner har andra upplägg gällande kontinuerlig glukosmätning, vilket också kan ses som ojämlikt.

Medicintekniska produktrådet (MTP) nya rekommendationer 2022

FreeStyle Libre eller FreeStyle Libre 2 kan användas av patienter med typ 2-diabetes som behandlas med basinsulin i kombination med måltidsinsulin och som har ett HbA1c över en nivå på 60 mmol/mol alternativt återkommande allvarliga hypoglykemi episoder trots ansträngningar att anpassa insulin doserna.

Dosjustering av läkemedel

Om diabetessjuksköterskor saknar kunskap och kompetens kan tex dosjustering av diabeteshjälpmedel fördröjas vilket kan påverka den metabola kontrollen. Riktlinjer kring ordination och hantering av läkemedel finns på www.sfsd.se. För att diabetessjuksköterska ska kunna justera läkemedel rekommenderas hen ha 15 hp inom diabetesvård. Teamarbete kring behandlingen underlättar uppföljningen, då både läkare, sjuksköterska och person med diabetes tillsammans diskuterar och justerar behandlingen.

Individuell och gruppbaserad patientutbildning vid diabetes

Alla personer med diabetes har rätt till individuell patientutbildning, utbildningen är lika viktig som den medicinska be-

handlingen. Utbildningens främsta syfte är att ge personen kunskaper om sin sjukdom så att hen kan känna sig trygg och säker för att kunna hantera sin sjukdom i det dagliga livet. Diabetessjuksköterskan bör ha ett personcentrerat förhållningssätt och har därför en viktig roll vid utbildning till personen med diabetes.

Gruppbaserad utbildning är ett bra komplement till den individuella utbildningen. Socialstyrelsens riktlinjer rekommenderar grupputbildning till alla personer med diabetes. Genom att deltagare i en grupp delar kunskap och erfarenheter kan de inspirera varandra. Evidens visar på en ökad förmåga att hantera diabetes i vardagen, förbättrad livskvalitet och förbättrad metabol kontroll.

Tyvärr erbjuds få personer med diabetes grupputbildning. Många diabetessjuksköterskor saknar bland annat avsatt tid för arbetet, medgivande från verksamhetschef och kunskap. Uppskattningsvis erbjuds ca 20 % av patienterna diabetes grupputbildning i landet.

APC har tagit fram ett personcentrerat grupputbildningsmaterial som även finns på arabiska.

Nationella Diabetesregistret (NDR)

NDR kan användas på många olika sätt i arbetet med jämlik vård. Registret har en hög täckningsgrad vilket gör att data används i både forskning och utvecklingsarbete. Registret kan användas vid:

- Förbättringsarbete på den egna enheten
- Jämförelse av enhetens statistik nationellt och regionalt.
- Diskussion med patienten gällande diabetesresultat över tid samt för att kunna utvärdera åtgärder – så kallad diabetesprofil.
- Diskussion kring patientens levnadsvanor genom att använda riskmotor
- Diskussion med patienten gällande hur patienten upplever sin sjukdom samt hur vården fungerar genom PROM, ett enkätverktyg som är validerat.

Varje region har en kvalitetsansvarig sjuksköterska (KAS) samt en koordinator. Ta gärna kontakt med din KAS om er enhet vill ha stöd och hjälp med att ta fram statistik i NDR.

Smart och mer jämlik diabetesvård med DiaCert

Som stöd i arbetet med att utveckla diabetesvården erbjuds modellen DiaCert

till primärvårdens personal i Region Stockholm. Hittills har 50 vårdcentraler genomfört Diacert. Resultat som påvisats är: förbättrade blodsockernivåer och HbA1c hos personer med typ-2 diabetes, ökad andel genomförda fotstatus, en tydligare ansvarsfördelning på enheten samt stärkt teamarbete.

Modellen är ett stöd för att möjliggöra en mer jämlik diabetesvård samt utgör samtidigt ett stöd för personalen att arbeta strukturerat. Hur kan vården för personer med typ 2-diabetes förbättras och bli mer jämlik? DiaCert togs ursprungligen fram inom ett projekt i Region Stockholm och är baserad på evidens och god praxis. Modellen är framtagen utifrån patientens perspektiv. Diacert omfattas av följande fyra workshops som varvas med diskussioner och tips:

1. Kartläggning av enhetens diabetesvård
2. Prioritering av arbetssätt och NDR resultat
3. Framtagande av en handlingsplan gällande huvudmål, delmål, och förbättringsidéer som ska genomföras
4. Utvärdering och uppföljning regelbundet

Vår reflektion på APC efter genomförda förbättringsarbeten är att:

– Kunskapsteam diabetes jobbar nära primärvården. Stödet blir därför mer relevant och anpassat efter primärvårdens behov. Vi hjälper till att peka på de områden som behöver utvecklas och sen stötta för att få en förändring. Det är alltid personalen själva som kommer med förslagen på hur arbetet kan förbättras.

– Ofta handlar det om att skapa skriftliga rutiner för själva behandlingen och även en tydlig ansvarsfördelning i teamet. Det blir lite av en aha-upplevelse att se att även om det finns begränsade resurser så kan de göra små förändringar som gör arbetet smidigare och roligare. Resultaten visar att systematik lönar sig och att workshop är en bra metod för att involvera både diabetesteam och verksamhetschefer i kvalitets och förbättringsarbete och inte minst att det har gett en bättre diabetesvård på flera indikatorer. Det är viktigt att förbättringsarbetet inte avstannar, det är inget engångsarbete utan behöver fortgå kontinuerligt.

Att arbeta systematiskt enligt Diacert-modellen är lönsamt för såväl vårdgivare som patienter Nationell och internationell litteratur påvisar liknande resultat.

Diabetes och Stroke

Samsjuklighet är inte ovanligt, och stroke hos diabetespatienter är en patientgrupp som behöver uppmärksammas. På APC finns flera kunskapsteam som samarbetar inom olika projekt. Ett nytt projekt har inletts med Kunskapsteam diabetes och Kunskapsteam Stroke/ förvärvad hjärnskada. I Region Stockholm finns 85.000 personer med typ 2 diabetes och ca 7000 lever med stroke. Hur många personer med diabetes som drabbas av stroke är inte verifierat. En av riskfaktorerna är diabetes, där 23 % av alla individer i Sverige som har fått stroke, har diabetes. De flesta personer med diabetes följs upp i primärvården men rutiner för årlig uppföljning av stroke är otillräcklig. Risken för både hjärt- och kärlsjukdom och stroke ökar med stigande HbA1c och sjukdoms duration. Diagnoskoden för stroke faller ofta bort och behöver lyftas i primärvården. Syftet med APC's projekt är att identifiera personer med diabetes och stroke, för ett mer personcentrerat stöd och omhändertagande i primärvården.

Jämlik vård

För att skapa mer jämlik vård är det viktigt att arbeta i team och att allas gemensamma kunskap tas tillvara. Flera professioner behöver ingå i diabetesteamet för att utvecklingen av diabetesvården ska bli lyckosam. Det krävs en samsyn i arbetet, inte bara inom primärvården utan även bland tjänstemännen i regionerna och övergripande hos politiken. En diabetessjuksköterska i primärvård bör enligt rekommendationen från Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård (SFSD), inte ha fler än 400 diabetespatienter (motsvarande en heltid), för att kunna tillgodose kraven på vård av god kvalitet. Rekommendationen följs inte på flertalet primärvårdsenheter, och detta innebär självklart att jämlik vård är svår att uppnå. Detta belyser verkligen vikten av avsatt tid och att ett strukturerat arbete underlättar omhändertagandet av personer med typ 2 diabetes och möjliggör en mer jämlik diabetesvård.

*Kajja Seijboldt, vårdutvecklingsledare,
diabetes/distriktssköterska*

*Marina Stenbäck, vårdutvecklingsledare,
diabetes/distriktssköterska
Akademiskt Primärvårdscentrum,
Stockholm*

För referenser: kontakta författarna.

Tidigare publicerad i vårdmagasinet Hälsa.

Sexuell hälsa - ett brännande ämne inom diabetesvården

Jag vill börja med att tacka SFSD för priset bästa vetenskapliga poster vid ENDO 11-13 maj 2022. Jag heter Janina Yin och har vårdat personer som har diabetes i över 10 år vid en endokrinavdelning i Malmö.



Janina Yin

Mitt intresse för sexuell hälsa kopplat till diabetes började år 2016 i mitt kliniska arbete som diabetessjuksköterska på endokrinavdelningen.

Dagligen träffade jag män och kvinnor i olika åldrar med typ 1 eller typ 2 diabetes som var inlagda på sjukhuset eller som kom till mig på ett mottagningsbesök. Jag har över tid observerat att sexuell hälsa inte är ett tema som vanligtvis diskuteras med personer med diabetes eller i diabetesteamet. Därav väcktes min nyfikenhet för sexuell hälsa relaterat till diabetes.

Det är allmänt känt att diabetes mellitus kan påverka en persons sexuella funktion (Verschuren et al., 2006). Hos kvinnor med diabetes är det vanligt med minskad sexuell lust, förmåga att bli blött i slidan, svårigheter att få orgasm och dyspareuni (smärta vid samlag).

Dessa besvär har rapporterats av cirka 20-80 % av kvinnor med diabetes i studier (Giraldi & Kristensen 2010). I en svensk studie av medelålders kvinnor med typ 1 diabetes hade 42 % tecken på sexuell dysfunktion (Wangel & Stenzelius, 2021).

Hos män är erektil dysfunktion vanligt och drabbar cirka 37-66 % av männen

med diabetes (Kouidrat et al., 2017). I intervjustudier med män och kvinnor som lever med diabetes visar det på att det är viktigt att få samtala om sexuell hälsa. Däremot initieras dessa samtal sällan av vårdgivare inom diabetesvården (Sarkadi & Rosenqvist, 2003; Jowett et al., 2012; Rutte et al., 2016; Cooper et al., 2018; Ejegi-Memeh et al., 2020).

Samtal om egenvård och behandling ingår som rutin i diabetessjuksköterskans vardag. Men hur samtalar diabetessjuksköterskor om sexuell hälsa?

Då inga tidigare svenska studier finns som belyser diabetessjuksköterskans vilighet att samtala om sexuell hälsa med personer som lever med diabetes blev jag intresserad av att göra denna studie.

Syftet med min mastersuppsats var att belysa diabetessjuksköterskors erfarenhet av att samtala om sexuell hälsa med vuxna som har diabetes.

Tolv frivilliga diabetessjuksköterskor som arbetar med vuxen diabetesvård inom primärvården och på sjukhus i södra Sverige intervjuades mellan september och november 2021. Intervjuerna analyserades enligt latent innehållsanalys. Utifrån analysen av intervjuerna uppkom tre kategorier som ledde fram till huvudte-

mat Att samtala om sexuell hälsa är ett brännande ämne som framkom ur tre kategorier:

- Hindrande faktorer - det som försvårar samtalet om sexuell hälsa är minskad motivation till att initiera ämnet då det upplevs svårt att prata om. Sexuell hälsa anses också vara genant och ett tabubelagt ämne i samhället. Fördomar om att äldre personer med diabetes inte pratar om sexuell hälsa förekom även. Brist på tid och kunskap var andra hindrande faktorer.

- Främjande faktorer – det som underlättar samtalet är om patienten själv initierar sexuell hälsa. Oftast initierades det av män med diabetes. De få diabetessjuksköterskor som initierade ämnet hade erfarenhet och ett intresse för sexuell hälsa men samtalet byggdes på en etablerad kontakt.

- Tips på förbättringar för att underlätta samtalet är att få utbildning om sexuell hälsa, att det finns med som en fråga i PROM enkäten som finns i NDR, skapa stödjande miljö och ge ett delat ansvar med diabetesteamet.

Majoriteten av diabetessjuksköterskor i studien samtalade endast om sexuell hälsa med patienterna om de själva

stälde frågan, och då främst med män, och inte med alla som en rutin. Denna uppdelning kan leda till en orättvis och ojämlig vård i att uppnå sexuell hälsa. Således blir det väsentligt att vårdverksamheter inom diabetesvården ger stöd för att organisera utbildningar som i sin tur möjliggör att diabetesvårdpersonal vill och kan samtala om sexuell hälsa. Dessutom bör det ges möjlighet att på varje arbetsplats bilda ett särskilt team med ansvar för att utveckla metoder och material om sexuell hälsa för personer som har diabetes. Samma team bör även få möjlighet att skapa rutiner på kliniken som förstärker vikten av samtal om sexuell hälsa och inte endast som ett brännande ämne att undvika.

För referenser: kontakta författaren.

Författare: Janina Yin,
janina.yin@skane.se
Handledare:
Anne-Marie Wangel.

Sexuell hälsa är ett brännande ämne inom diabetesvården - en intervjustudie

Janina Yin ¹ and Anne-Marie Wangel ²

¹Endokrinavdelning 21, Skåne universitetssjukhuset, Malmö, Sverige
²Institutionen för vårdvetenskap, Malmö universitet, Malmö, Sverige

- **Bakgrund:** Det är välkänt att diabetes mellitus kan påverka en persons sexuella funktion. Intervjustudier med män och kvinnor som lever med diabetes visar att det är viktigt att samtala om sexuell hälsa. Dock visar en litteratursökning att det saknas studier som belyser diabetessjuksköterskans villighet att samtala om sexuell hälsa med personer som lever med diabetes.
- **Syfte:** Syftet med denna studie var att belysa diabetessjuksköterskors erfarenhet av att samtala om sexuell hälsa med vuxna som har diabetes.
- **Metod:** En semistrukturerad intervjustudie genomfördes med 12 diabetessjuksköterskor som arbetar med vuxen diabetesvård inom primärvården och på sjukhus i södra Sverige. Digitala och personliga intervjuer ägde rum mellan september och november 2021. Intervjuerna analyserades enligt latent innehållsanalys.
- **Resultat:** Utifrån analysen av intervjuerna uppkom tre kategorier som ledde fram till huvudtemat **Att samtala om sexuell hälsa är ett brännande ämne.**
- **Diskussion:** Majoriteten av diabetessjuksköterskor tog inte upp sexuell hälsa eftersom det ansågs vara svårt och fick dem att känna sig generade. Dessutom saknade vårdorganisationen och ledningen inom diabetesvården intresse för att stödja sexuell hälsa som en del av diabetesvården. De flesta diabetessjuksköterskor samtalande endast om sexuell hälsa om patienterna själva ställde frågan. Om sexuell hälsa främst samtalsas med män och inte med alla som en rutin kan det leda till en orättvis och ojämlig vård i att uppnå sexuell hälsa.

- ✓ **Hindrande faktorer** - det som försvårar samtalet om sexuell hälsa är minskad motivation till att initiera ämnet då det upplevs svårt att prata om. Sexuell hälsa anses också vara genant och ett tabubelagt ämne i samhället. Fördomar om att äldre personer med diabetes inte pratar om sexuell hälsa förekom även. Brist på tid och kunskap var andra hinderande faktorer.
- ✓ **Främjande faktorer** – det som underlättar samtalet är om patienten själv initierar sexuell hälsa. Oftast initierades det av män med diabetes. De få diabetessjuksköterskor som initierade ämnet hade erfarenhet och ett intresse för sexuell hälsa men samtalet byggdes på en etablerad kontakt.
- ✓ **Tips på förbättringar** för att underlätta samtalet är att få utbildning om sexuell hälsa, finnas med som en fråga i PROM enkäten som finns i NDR, stödjande miljö och delat ansvar med diabetesteamet.
- **Kliniska implikationer förbättringsarbete:**
- ✓ Möjliggör att diabetesvårdspersonal vill och kan samtala om sexuell hälsa.
- ✓ Organiser utbildningar med stöd av organisationen.
- ✓ Bilda ett särskilt team med ansvar för att utveckla metoder och material om sexuell hälsa för personer som har diabetes.
- ✓ Skapa rutiner på kliniken som förstärker vikten av samtal om sexuell hälsa och inte endast som ett brännande ämne att undvika.




Studie på gång: Individuell plan för personer med typ 2 -diabetes

Individual goal-based plan based on nursing theory for adults with type 2 diabetes and self-care deficits: a study protocol of a randomised controlled trial.



Jessica Rosman

Abstract - Inledning

Förekomsten och kostnaderna för typ 2-diabetes ökar över hela världen. En hörmsten i behandlingen och vården av diabetes är att stödja varje patient i egenvården. I Sverige vårdas de flesta patienter med typ 2-diabetes i primärvården.

På grund av implementeringssvårigheter när det gäller evidensbaserad diabetes egenvårdsutbildning och stöd i denna miljö finns det ett behov av ett instrument som är lätt att använda och implementera.

Vi utvecklade en individuell vårdplan baserad på Dorothea Orems egenvårdsteori som ett instrument för att underlätta mer individualiserat egenvårdsstöd för patienter med typ 2-diabetes.

I denna studie syftar vi till att avgöra om en skriftlig, teoribaserad, individuell målbaserad plan för patienter med typ 2-diabetes och egenvårdsbrist kan påverka deras glykemiska kontroll och hälsorelaterade livskvalitet, liksom deras erfarenheter av att leva med diabetes och av stöd från diabetesvården.

Metoder och analys

Studiedesignen är en randomiserad kontrollerad studie med kvantitativ ansats. Totalt kommer 110 patienter att inkluderas.

Dessutom kommer en kvalitativ intervjustudie att genomföras tolv månader efter interventionen.

Det primära utfallsmåttet kommer att vara HbA1c. Sekundära utfallsmåttet kommer att vara hälsorelaterad livskvalitet mätt med RAND-36. Patientens erfarenhet av att leva med diabetes och av stödet från diabetesvård mätt med hjälp av den nationella diabetesenkäten.

Kvantitativa data kommer att analyseras med hjälp av parat t-test och Mann-Whitney U-testet med IBM SPSS V.26.0-programvara. Kvalitativ innehållsanalys kommer att användas för kvalitativa data.

Etik

Denna studie har godkänts av Etikprövningsmyndigheten i Uppsala (Dnr: 2020-03421).

Du kan läsa hela artikeln via denna länk. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053955>

Jessica Rosman, Jan W Eriksson, Mats Martinell, Anna Lindholm Olinder Janeth Leksell

Correspondence to Jessica Rosman; jessica.rosman@medsci.uu.se

GRÖNT FÖR FLER^{1,2}

NYHET!

Sänkt gräns - JARDIANCE® (empagliflozin) kan nu användas ned till eGFR:

30 ml/min/1,73 m²

hos patienter med typ 2-diabetes och etablerad hjärt-kärlsjukdom.¹ eGFR \geq 20 ml/min/1,73 m² vid hjärtsvikt med eller utan typ 2-diabetes.¹

STARTA TIDIGARE

Med stöd i konsensusdokumentet från Svenska Kardiologföreningen och Svensk förening för Diabetologi, rekommenderas **tidig insättning av SGLT2-hämmare** till patienter med hjärt-kärlsjukdom oavsett HbA1c nivå.²



Scanna QR-koden för att ta del av konsensusdokumentet



PC-SE102734 mars 2022

1. JARDIANCE produktresumé, fass.se. 2. Konsensusdokument kring nya diabetes-hjärtriktlinjer från Svenska Kardiologföreningen och Svensk förening för Diabetologi avseende användning av SGLT-2 hämmare och GLP-1RA hos patienter med förhöjd risk för kardiovaskulär händelse. https://www.sls.se/globalassets/svkf/internationella-riktlinjer/konsensus-final_20200423.pdf

JARDIANCE® (empagliflozin), filmdragerade tabletter 10 mg och 25 mg. Rx. (F)*. SGLT2 hämmare. **Indikationer:** Behandling av vuxna med otillräckligt kontrollerad diabetes mellitus (DM) typ 2 som ett komplement till diet och motion: som monoterapi när metformin inte tolereras alternativt som tillägg till andra antidiabetika. Behandling av vuxna med symptomatisk kronisk hjärtsvikt. **Varningar och försiktighet:** Kan användas vid nedsatt njurfunktion; vid DM typ 2 om eGFR \geq 45 ml/min/1,73 m², vid DM typ 2 och samtidig kardiovaskulär sjukdom vid eGFR \geq 30 ml/min/1,73 m² och vid hjärtsvikt (med eller utan DM typ 2) vid eGFR \geq 20 ml/min/1,73 m². Avbryt omedelbart behandling vid misstänkt ketoacidosis. Ska inte användas vid typ 1-diabetes. Ökad risk för genitala svampinfektioner. Bör undvikas under graviditet. Ska inte användas under amning. **Boehringer Ingelheim AB**, tel 08 721 21 00. För ytterligare information samt priser se www.fass.se. Senaste översyn av produktresumén: 03/2022.

Subventioneras endast vid: 1) typ 2-diabetes som tillägg till behandling med metformin eller när metformin inte är lämpligt (gäller 10 och 25 mg) och 2) hjärtsvikt för patienter med symptomatisk hjärtsvikt med nedsatt ejektionsfraktion trots optimerad behandling med RAAS-blockad, betablockad och MRA, eller utan MRA när MRA inte är lämpligt (gäller 10 mg).

”Hypokunskapsgapet” – en paneldiskussion om hypoglykemi

Även om ny teknik, främst kontinuerliga glukosmonitorer (CGM), drastiskt har förändrat hur hypoglykemi, särskilt svår hypoglykemi, påverkar personer med diabetes, återstår mer arbete att göra. Diabetesteknik ensam kanske inte räcker för att ta itu med hypoglykemi och IAH. "Kognitiva och psykologiska tillvägagångssätt kan behövas för att uppnå de bättre resultat som modern hantering av insulinbehandling kan erbjuda", säger Amiel. Dr. Stephanie Amiel är verksam vid Guy's Hospital School of Medicine in London, England.



Även kunskapen om att man kan vara i riskzonen för hypoglykemi kan orsaka överväldigande ångest och påverka deras diabeteshantering, säger Dr. William Polonsky, president och medgrundare av Behavioral Diabetes Institute i San Diego, Kalifornien, en av paneldeltagarna. "Effekten av hypoglykemi är inte bara hur många människor vi känner som har det, utan också de människor som verkligen är rädda för hypoglykemi", sa han. Polonsky förklarade att vissa människor är så rädda för att uppleva lågt blodsocker att de går igenom överdrivna och potentiellt skadliga åtgärder för att undvika det så mycket som möjligt. Faktum är att 46 % av personer med typ 1-diabetes och 26 % av personer med typ 2-diabetes upplever "förhöjd rädsla för hypoglykemi", sa han. Denna rädsla kan leda till ohälsosamma beteenden i diabeteshantering. Till exempel kan människor underdosera insulin vid måltider, ständigt mellanmål och avsevärt begränsa sina aktiviteter, allt för att undvika eventuella låga. "Det handlar om en förlust av förtroende för sin kropp", säger Polonsky. "Det handlar om att hjälpa människor att återfå sitt självförtroende. Polonsky förklarade två strategier för att ta itu med hypoglykemi och den ångest som kan komma med det:

1. Stödja personer med diabetes att uppleva en känsla av säkerhet avseende hypoglykemi. Detta kan göras genom bättre användning av tillgängliga mediciner, användning av diabetesteknik.

2. Stödja personer med diabetes att känna sig trygga. Detta är särskilt viktigt för personer som har överdriven oro kring hypoglykemi. Vårdgivare kan göra detta genom att utbilda sina patienter att börja på CGM, klargöra eventuella symptom och utbilda dem om hur hypoglykemi kan kännas i kroppen.

Ett annat försök att för att förbättra medvetenheten om hypoglykemi och förebygga allvarlig hypoglykemi", förklarade Amiel, var "hypoglykemimedvetenhetsprogrammet för vuxna med typ 1-diabetes" och problematisk hypoglykemi trots optimerad egenvård (kallad HARPdoc-studien).

Den kliniska prövningen HARPdoc leds av Amiel och fokuserade på att förstå och ta itu med den känslomässiga stressen bakom hypoglykemi så att personer med diabetes känner sig förberedda när de upplever låga sockervärden. Programmet som utvecklats för försöket använder kognitiv beteendeterapi för att påverka människors känslor, tankar och beteende angående hypoglykemi.

Paneldeltagarna påtalade att mycket om hypoglykemi fortfarande är okänt, vilket bidrar till bristen på medvetenhet om hur man effektivt behandlar och minskar dess förekomst. Dr Pratik Choudhary vid University of Leicester hänvisade till detta som "hypokunskapsgapet" och förklarade att bredare användning av CGM har identifierat ett stort antal hypoglykemiepisoder utan symptom. Dess-

utom är effekten av asymptomatisk hypoglykemi inte klar, och effekten av olika "djup" och "varaktigheter" av hypoglykemi har inte studerats. På grund av den mängd information som behövs för att ytterligare förstå och ta itu med hypoglykemi utforskar projekt som HypoResolve och HypoMETRICS effekterna av hypoglykemi hos personer med diabetes, enligt Choudhary.

HypoResolve är ett europeiskt forskningsprojekt som innebär databasanalyser, studier, mätvärden och finansiella kostnader för hypoglykemi. Det syftar i slutändan till att minska bördan och konsekvenserna av hypoglykemi. Personer med diabetes kan registrera sina glukosnivåer såväl som deras symptom och beskriva hur det påverkade dem. Enligt Choudhary kommer HypoMETRICS att "tillhandahålla en" datadriven "definition av sensorupptäckt hypoglykemi med optimerad precision för att identifiera patientrapporterad hypoglykemi", och tillade att den också kommer att ge "detaljerade data om de olika effekterna av" typer "av hypoglykemi."

En svensk version ursprungstexten är på engelska och skriven av Natalie Sainz.

Följande studie redovisades: Oral glukos för förebyggande av insulininducerad hypoglykemi hos personer med typ 1-diabetes: En fas 2, randomiserad, trearmad crossover-studie.

Syftet med studien var att jämföra effekten av subkutan dasiglucagon med oral glukos (Dextrosol) för förebyggande av insulininducerad hypoglykemi hos personer med typ 1-diabetes.

Denna studie visade att lågdos (80 och 120 µg) s.c. dasiglucagon säkert och effektivt förhindrade insulininducerad hypoglykemi hos personer med typ 1-diabetes med insulinpump eller MDI-behandling. Administrering av dasiglucagon

resulterade i signifikant: a) färre fall av hypoglykemi, b) numeriskt mindre tid i det hypoglykemiska intervallet och c) ett betydligt snabbare glukos svar jämfört med att intaga glukos oralt med dextrosol. Dasiglucagon tolererades i allmänhet väl, med den vanligaste biverkningen mild och övergående illamående i linje med den tidigare rapporterade biverkningsprofilen för glukagon.

Referens till studien:

Christian Laugesen, Ajenthen G. Ranjan, Signe Schmidt, Kirsten Nørgaard; Low-Dose Dasiglucagon Versus Oral Glucose for Prevention of Insulin-Induced Hypoglycemia in People With Type 1 Diabetes: A Phase 2, Randomized, Three-Arm Crossover Study. *Diabetes Care* 2 June 2022; 45 (6): 1391–1399. <https://doi.org/10.2337/dc21-2304>

Ny artikel om Diabetesenkäten

- Nya förhållningssätt och vidgade perspektiv

I en nyligen publicerad artikel i den vetenskapliga tidskriften *JMIR Diabetes* beskrivs resultat från gruppdiskussioner där patienter, diabetessjuksköterskor och läkare fått beskriva sina erfarenheter av och tankar kring att börja använda Diabetesenkäten som en del av mottagningsbesök.

Sammanfattning

Diabetesenkäten är en digital enkät för vuxna med diabetes tänkt att i första hand användas som diskussionsunderlag vid mottagningsbesök i diabetesvården. Enkäten handlar om hur personen mår och har det med sin diabetes samt upplever stödet från vården. Resultaten presenteras automatiskt, dokumenteras i journalen och kan efter patientens godkännande överföras till Nationella Diabetesregistret (NDR). Forskning genomförs för att inhämta erfarenheter från patienter, diabetessjuksköterskor och läkare av att använda enkäten samt för att utvärdera vilket stöd som behövs vid implementering av Diabetesenkäten i vården. Här presenteras den första studien.

Syftet var att beskriva patienters, diabetessjuksköterskors och läkares erfarenheter av att med stöd av en implementeringsstrategi bestående av inledande utbildning, lokala faciliterare och regelbunden uppföljning initiera användandet av den digitala Diabetesenkäten som ett kliniskt verktyg i diabetesvården.

I den här kvalitativa studien genomfördes semi-strukturerade fokusgruppsdiskussioner ca 12 månader efter initierad an-

vändning av Diabetesenkäten. Deltagare var diabetessjuksköterskor och läkare (4 grupper, totalt 20 deltagare) vid mottagningar på medicinklinik eller i primärvård från olika delar av landet samt vuxna med typ 1- eller typ 2-diabetes (4 grupper, totalt 15 deltagare).

Resultaten visade att samtidigt som implementeringen kräver nya förhållningssätt så bidrar Diabetesenkäten med vidgade perspektiv. Diabetesenkäten upplevdes stödja personcentrerade besök genom att initiera förberedelser och stimulera reflektion inför mottagningsbesök. Diabetesenkäten kunde synliggöra viktiga aspekter under besöken, och bredda perspektiven genom att tillföra ny information. Erfarenheter från implementeringsprocessen visade bland annat att implementering av nya rutiner kan vara utmanande trots upplevt stöd under processen, behov av att utforma fungerande lokala administrativa rutiner, samt möjligheter och farhågor kopplat till fortsatt användande.

Slutsatsen är att Diabetesenkäten kan bidra till vidgade perspektiv i diabetesvården. Patienter, diabetessjuksköterskor och läkare såg potentiella vinster både med att använda enkäten vid mottagningsbesök och för analyser på gruppnivå. Resultaten har bidragit till en vidareutvecklad implementeringsstrategi som testas i primärvård i Västra Götalandsregionen. I ett längre perspektiv kan Diabetesenkäten bidra till att stärka patientperspektiv i diabetesvården och att patientrapporterade data blir en naturlig del i NDR.

Maria Svedbo Engström, klinisk lektor
Högskolan Dalarna och Region Dalarna

Unn-Britt Johansson, Sophiahemmet högskola och Karolinska Institutet

Janeth Leksell, Uppsala universitet

Ebba Linder, NDR, Registercentrum Västra
Götaland

Katarina Eeg-Olofsson, NDR, Registercentrum Västra Götaland, Sahlgrenska universitetssjukhuset och Göteborgs universitet

Artikeln är publicerad i *JMIR Diabetes* och finns fritt tillgänglig att läsa via open access, direktlänk: <http://dx.doi.org/10.2196/34561>

Full referens:

Svedbo Engström M, Johansson U, Leksell J, Linder E, Eeg-Olofsson K

Implementing the Digital Diabetes Questionnaire as a Clinical Tool in Routine Diabetes Care: Focus Group Discussions With Patients and Health Care Professionals

JMIR Diabetes 2022;7(2):e34561

doi: 10.2196/34561 PMID: 35612885

Organiserad idrott – viktig källa till fysisk aktivitet för många barn

Organiserad idrott är en viktig källa till fysisk aktivitet för många barn – men att delta i idrottsrörelsen passar inte alla. Att skapa vanor för fysisk aktivitet är viktigt för att må bra i barndomen men också för att förebygga sjukdomar längre fram i livet. För den som får någon typ av diabetes blir egenvården lättare om fysisk aktivitet är en del av vardagen. Men flickor är mindre fysiskt aktiva än pojkar och allra minst fysiskt aktiva är flickor med utländsk bakgrund. Vi vet att rekommendationerna för fysisk aktivitet är högt ställda och att de som inte deltar i idrottsrörelsen har svårast att nå dem.

I ett forskningsprojekt lät vi flickor som inte deltar i idrottsrörelsen i ålderna 9-12 år fotografera sin fritid och situationer när de är fysiskt aktiva. Flickorna diskuterade sedan fotona i fokusgrupper. Några av flickorna deltog även i en uppföljningsstudie tre år senare, när de var 12-15 år gamla. I den uppföljande studien användes metoden Photo-voice som innebär att man analyserar de tagna bilderna gemensamt och bestämmer nya teman att följa upp vid kommande träffar. Som en del av metoden ingår att kommunicera resultaten. I detta projekt skedde detta bland annat genom en publik fotoutställning i maj där fokus var flickors möjligheter till fysisk aktivitet i och utanför idrottsrörelsen. Inbjudna paneler med politiker, skolpersonal och föreningar svarade på flickornas frågor.

För flickorna var fysisk aktivitet oftast något man tog till i nödfall när hissen var trasig eller bussen inte kom. Men fysisk aktivitet var också starkt förknippat med idrott och uppfattades som mer integrerat i pojkars livsstil. Flickorna gav många exempel på hur pojkar på olika sätt ägnar sig åt fysisk aktivitet medan flickorna själva hellre är hemma och tar det lugnt. Den närliggande fotbollsplanen samlade många barn men flickorna berättade att de själva hellre tittade på än spelade själva. Och även när de ville vara med så kändes det svårt, eller till och med farligt, att ge sig in i ett spel som verkade så

viktigt för pojkarna. Risken att bli skadad eller utskälld var överhängande.

I ålderna 9-12 år uppgav flera att de övervägde att gå med i någon idrottsförening men att deltagandet kunde kännas för krävfullt av många olika anledningar. De menade att de kanske längre fram kunde tänka sig att delta i någon idrottsaktivitet. När de själva hade utvecklat sina fysiska förmågor och var mindre beroende av föräldrarnas medverkan. Detta trots att de samtidigt var medvetna om det som forskningen visar: att man ofta behöver börja med aktiviteter när man är relativt liten. Dels för att få en plats, men framförallt för att det är svårt att börja med aktiviteter när andra redan har utvecklat och svetsats samman till en grupp. Från film, TV och andra källor uppfattade flickorna även att tränare kunde vara mycket krävande, vilket bidrog till tvekan:

–så om man inte kan det, liksom, och så hoppar man fast man vågar inte göra det, även om dom säger "gör det, gör det!". Ja då blir det för svårt och då blir...då blir det inte kul längre. Då vill man liksom sluta fast man vill lära sig det.

Flickorna var också väl medvetna om att idrottsaktiviteter kan vara dyrt och att de var beroende av föräldrarnas medverkan på olika sätt:

–Det var jätteroligt (att gå på fotboll). Jag hann ju bara gå en träning men jag kunde inte ta mig till andra träningen. Mamma tyckte att det var för farligt för att det var mörkt och så.

Ett av de mer talande resultaten var hur flickorna uppfattade situationer när de var fysiskt aktiva. Mörka trapphus var motivet i majoriteten av de yngre flickornas fotografier som handlade om situationer när de var andfådda eller svettiga. Att behöva ta trapporna för att hissen var trasig eller för att föräldrarna sagt att det var nyttigt var inget som uppskattades.

–Alltså mamma tycker att jag ska gå upp så här, dom här...nästan 100 trappsteg upp till mamma, för att jag ska röra mig mer.



Åsa Kneck

Anders Kassman

–Det är jättejobbigt, det är 100...nej, det är 112 trappsteg

–Hissen var trasig och jag fick gå hela, det är jobbigt

Andra situationer då flickorna blev andfådda var när de var sena eller stressade. Fysisk aktivitet uppfattades med andra ord inte som något positivt. Detta skiljde sig markant från de motiv vi fick från flickor i samma ålder som utgjorde pilotgrupp för projektet och som deltog i organiserad idrott på fritiden. De flickorna fotade sig själva vid olika idrottsanläggningar och ofta tillsammans med andra jämnåriga och beskrev hur de blev andfådda i samband med aktiviteter som de även uppfattade som roliga, som att spela match.

Genom träffarna i Photo-voice-studien uppgav flickorna att de lärde sig mer om fysisk aktivitet, fick insikter i varför fysisk aktivitet är viktigt och ökad kännedom om rekommendationer för fysiskt aktivitet. Resultat från projektet visar att alla barn inte vill, kan eller får vara med i den organiserade idrotten på fritiden och att vi står inför ett samhällsproblem om vi inte är beredda att fundera på hur vi organiserar för alla barns möjlighet till att vara fysiskt aktiva. Det handlar om folkhälsan både i dag och i framtiden.

Åsa Kneck, Docent, Leg. sjuksköterska och lektor vid Marie Cederschiöld högskola, asa.kneck@mchs.se.

Anders Kassman, Docent, Sociolog och lektor vid Marie Cederschiöld högskola, anders.kassman@mchs.se



Tandem t:slim X2™ insulinpump med Dexcom G6 CGM

System designat för enkelhet och kontroll

- **Kalibreringsfritt** system godkänt för behandlingsbeslut*
- **Uppdaterbar** mjukvara
- Förutser sensorvärdet 30 minuter framåt i tiden för att hjälpa till att förhindra både hypo- och hyperglykemi och skapa **mer tid i målområdet**
- Mycket **enkelt** att använda¹ med omedelbar behandlingseffekt²

För mer information om studier och långvariga behandlingsresultat, prata med din produktspecialist på Rubin Medical.

På vår nya hemsida hittar du användarberättelser, instruktionsfilmer och informationsmaterial.

www.rubinmedical.se

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

¹ Brown, S. Clinical acceptance of the artificial pancreas: Glycemia outcomes from a 6-month multicenter RCT. 2019 ADA 79th Scientific Sessions, San Francisco, CA.

² Breton MD, Kovatchev BP. One Year Real-World Use of the Control-IQ Advanced Hybrid Closed-Loop Technology. Diabetes Technol Ther. 2021. DOI: 10.1089/dia.2021.0097

© 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.

t:slim X2™
Insulin Pump

Årets Diabetessjuksköterska

Anna Lindholm-Olinder, Södersjukhuset

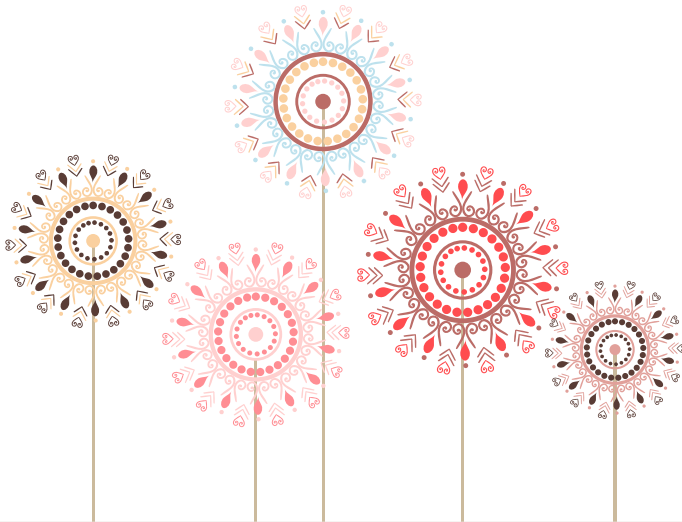


Foto: Johan Adelgren, fotografgruppen Sös



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

Eva-Marie Johansson Örtqvist, diabetesöverläkare och PhD:

”Anna, som är specialistsjuksköterska i diabetesvård och docent, har gjort väldigt mycket (jättemycket) för barndiabetesvården både kliniskt, vetenskapligt och dessutom initierat och genomfört ett stort antal diabetesläger samt andra aktiviteter vid sidan om sitt ordinarie arbete.

Anna har sedan 1989 arbetat på Södersjukhuset, Diabetesmottagningen barn och ungdomar. Hon dispute-rade år 2010 och blev Docent år 2020. Hon är och har varit huvudhandledare för fyra doktorander samt bihandledare för ett antal doktorander. Därtill har hon erhållit externa forskningsanslag i miljonklassen. På den internationella arenan är hon aktiv inom ISPAD där hon medverkat i utarbetande av internationella guidelines inom barn och diabetesvård.

Utbildning av diabetessjuksköterskor har Anna drivit under alla år. Hon var en viktig initiativtagare till att starta specialistsjuksköterskeutbildning för diabetessjuksköterska vid Uppsala universitet.

Listan kan göras lång på vad Anna har åstadkommit för barn och ungdomar med diabetes. Det viktigaste är ändå alla rosor i form av brev och kort hon har fått från sina patienter. På hennes arbetsplats finns dessa kort och brev uppsatta.”

Tack Anna!

Eva-Marie Johansson (Örtqvist)

– vi som jobbar inom barn och är diabetessjuksköterskor är ju en förhållandevis liten grupp, det är inte så ofta någon av oss får pris säger Anna som är såklart både stolt och glad när hon berättar. Det var helt oväntat. Jag skulle hålla en föreläsning på den internationella sjuksköterskedagen 12 maj här på Sös och kunde inte delta på svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård som hade konferens i Helsingborg. På konferensen utsåg de mig till årets diabetessjuksköterska, vilken ära!”

Högskoleutbildning för foterapeuter - en nyhet!

I höstas gick den första omgången av en ny högskoleutbildning inom fotsjukvård för medicinska foterapeuter av stapeln. Utbildningen blev uppskattad, och till hösten planerar Sophiahemmet Högskola en ny omgång. Utbildningen ges i samverkan med Akademiskt primärvårdscentrum, Region Stockholm och Camp pro ortopedteknik, Sophiahemmet.

Högskoleutbildningen gav 7,5 högskolepoäng och gavs på halvfart. Bland annat riktade utbildningen in sig på långvariga sjukdomstillstånd, inte enbart diabetes utan även till exempel psoriasis, reumatiska sjukdomar och vissa neurologiska och cirkulatoriska sjukdomar. För foterapeuter inom region Stockholm innebär utbildningen också att de fått behörighet att skriva remisser på ortopediska hjälpmedel.

En utvärdering av utbildningen har gjorts, och alla de 23 deltagarna svarade.

– Vi har sett att studenterna uppskattade föreläsningarna, och att vi lagt upp utbildningen runt moduler. De tyckte att utbildningen var välstrukturerad och att det varit bra att den hållits både på plats och på distans. De tycker också att den främjar samverkan och dialog i sociala nätverk om professionens ansvarsområde och utveckling, säger Unn-Britt Johansson som är kursansvarig.

En annan sak som uppskattats är upplägget med blandning av teori, praktiska övningar och fältstudier. Ännu mer färdighetsträning och fler praktiska moment är också något som studenterna efterfrågar i större utsträckning. Många ville också lära sig ännu mer om hur man kan förebygga fotkomplikationer genom till exempel preventiva samtal för att stärka egenvården.

– Det här är sådant som vi ska titta på om det finns utrymme att förstärka och

utveckla till nästa omgång av utbildningen. Vi har haft en bra samverkan med både region Stockholm och patientföreningar för samskapandet av utbildningens innehåll.

Har ni fått några negativa reaktioner på utbildningen?

– Det här med kurslitteratur har varit en utmaning. Det finns inte så mycket, utan vi har fått använda oss av bland annat vetenskapliga artiklar och styrdokument. Det är något som vi kommer att undersöka mer till nästa utbildningstillfälle, men det är ju ett nationellt behov som finns och inte ett område som vi äger.

Det positiva mottagandet gör att det är möjligt att det kan komma fler utbildningar för medicinska foterapeuter.

– När vi har kört den andra omgången får vi väl, i samverkan med vården och professionen, se om det finns andra behov och utrymme att starta fler utbildningar. Studenterna är väldigt positiva till att utöka sin kunskap och det finns en efterfrågan efter fler kurser i kursutvärderingen, säger Unn-Britt Johansson.

Nästa kursperiod blir 3 oktober till 6 december 2022, och kursen är öppen för anmälan.

Reportagen är skrivna av Emma Sellbrink, Mediapartner och tidigare publicerats i tidningen Foterapeuten.



Unn-Britt Johansson

”Jag fick många nya infallsvinklar”

En av dem som gick den första omgången av utbildningen var Monica Lindholm, som driver företaget Fotarbetet i Handen. Trots att hon arbetat som medicinsk foterapeut i cirka 15 år tycker hon att hon lärde sig mycket nytt under utbildningen.

– Det viktigaste är att jag nu har fått behörighet att förskriva ortopediska hjälpmedel. Det känns jättebra att kunna hjälpa till med den biten, vägen för patienterna blir mycket krångligare och längre om de ska gå via ortopedin. Jag fick också många nya infallsvinklar på hur jag kan jobba, och det var värdefullt att träffa andra foterapeuter från olika delar av landet, säger hon.

En sak som Monica uppskattade med utbildningen var att den fokuserade på att främja egenvård för god fothälsa utifrån ett personcentrerat förhållningssätt.

– De tryckte mycket på att vi måste se vem det är vi har framför oss och just den personens förutsättningar, resurser och hinder när det gäller till exempel egenvård, och inte bara fötterna. Vi är ju olika och att alla får den hjälp de behöver utifrån det och att vi tillsammans även har ett bra samarbete med primärvården är väldigt viktigt tycker jag.

Monica fortsatte jobba under utbildningen och tyckte att det fungerade bra.

– Utbildningen var så bra planerad, jag fick ett schema direkt med alla tider så att jag kunde planera in arbetet. Jag tror det är viktigt att utbildningen är på halvfart så att ingen behöver stänga ner sin verksamhet för att studera, många av oss är ju egenföretagare och behöver ha verksamheten rullande.

Var det svårt att plugga och jobba samtidigt?

– Eftersom utbildningen var webbaserad och så väl planerad tycker jag inte det. Jag kunde till exempel kunde ta emot patienter före eller efter föreläsningarna, och jag såg att många av de andra deltagarna satt på jobbet och följde föreläsningarna.

Finns det något du tycker skulle kunna bli bättre med utbildningen?

– Faktiskt inte. Jag skulle rekommendera den här utbildningen till alla foterapeuter.

Så påverkas typ 1-diabetiker av fastemånaden ramadan

Den muslimska fastemånaden ramadan pågår under april och ett par dagar in i maj. Det är en månad då troende vuxna muslimer ska fasta från det att solen går upp på morgonen tills den går ned på kvällen. Insulinbehandlade diabetiker blir avrådda från att fasta, men många gör det i alla fall. Vad får det för konsekvenser?



För två år sedan undersökte en forskargrupp från Mellanöstern, Nordafrika och läkemedelsföretaget Sanofi hur det gick för fastande typ 1-diabetiker.

Sex veckor innan ramadanmånaden frågade forskarna deltagarna i studien om de tänkte fasta eller inte. De som svarade ja kunde delta i studien. Deras värden, till exempel blodsockernivåer registrerades liksom de gjorde under själva fastemånaden. Deltagarna fick även svara på vilka dosjusteringar av insulin de hade gjort och om de under fastan hade haft fler djupa insulinkänningar än vanligt.

Många risker med att fasta

"Trots begränsad forskning om fasta under ramadan bland personer med typ 1-diabetes och rekommendationer att inte fasta på grund av den höga risken för komplikationer är det många som ändå gör det," motiverar forskarna sin undersökning.

Fasta under ramadan är obligatorisk för alla friska vuxna muslimer. De med medicinska skäl, inklusive många med diabetes, behöver inte fasta. Beroende på var man bor varierar tiden mellan gryning och solnedgång kraftigt, från några få timmar till mer än 20 timmar. I juli är dagen/fastan fyra timmar kortare än i Kiruna.

Riskerna med en längre fasta vid insulinbehandlad diabetes är många. Blodsockerfall, höga blodsockervärden, syraför-

giftning, uttorkning, blodproppar, är några av risker som forskarna räknar upp i sin artikel som är publicerad i tidskriften *Advances in Therapy*.

I artikeln redovisade forskarna de uppgifter deltagarna hade rapporterat om till exempel hur många dagar de fastade, anledningen till att de fastade eller valde att avstå samt hur de hade ändrat insulindoseringen före och under ramadan.

"Personligt beslut"

Förändringar i fasteblodsocker och långtidsvärdet för blodsockervärdet (HbA1c) liksom nivån av blodfetter och blodtryck samt kroppsvikt och midjeomfång registrerades. Särskilt låg fokus på hur vanligt det var med komplikationer på grund av fastan.

Medelåldern bland de 136 deltagarna var 32 år som i genomsnitt hade haft typ 1-diabetes i 14 år. Innan ramadan var det genomsnittliga HbA1c 67 mmol/mol.

77 procent av deltagarna fastade minst en dag, 72 procent av dem minst 15 dagar och nästan hälften, 48,5 procent, fastade hela 30-dagarsperioden.

Majoriteten angav "ett personligt beslut" som skäl för fastan. En fjärdedel "att vara i samklang med familj och samhälle". Det vanligaste argumentet för att inte fasta var "rädsla för diabeteskomplikationer" och "tidigare erfarenhet av komplikationer relaterade till fastan".

Inget försämrat blodsockerläge

Blodsockerkontrollen förbättrades för flera av deltagarna under ramadan och fasteblodsockret låg på samma nivåer under ramadan som innan. Blodfetterna var oförändrade förutom kolesterol som ökade något. Deltagarna upplevde inga djupa blodsockerfall.

Nästan alla fastande rapporterade förändringar i livsstilen under ramadan. Arbetstiden var drygt en timme kortare, sömnens längd var kortare och den fysiska aktiviteten var lägre.

Ökat intag av grönsaker och protein

Självklart förändrades matvanorna under fastan men ur diabetessynpunkt knappast till det sämre. Hälften av deltagarna rapporterade ett minskat intag av kolhydrater, av socker och fett. Detta hade kompensrats med ökat intag av grönsaker och protein.

"Trots riskerna med fasta för personer med typ 1-diabetes fastade nästan hälften under hela ramadan. Under den perioden förbättrades blodsockernivåerna och det fanns ingen säkerställd ökning av allvariga blodsockerfall," skriver forskarna.

Viktigt med uppföljning

Forskarna är noga med att understryka att det är viktigt för diabetiker att ge-

nomföra fastan i samarbete med vårdpersonal.

"Rekommendationerna att typ 1-diabetiker inte ska fasta, oavsett om deras diabetes är välkontrollerad eller inte, bygger på att det är förknippat med risker.

Därför ska de som insisterar på att fasta göra det i samarbete med vårdpersonal," skriver de i studien.

Tidskriften Nature Reviews Endocrinology publicerade nyligen en granskning av de forskningsstudier som har undersökt hur fasta påverkar vikt och hälsa. Forskarna bakom artikeln skriver att det finns studier som tyder på att det kan vara säkert att fasta för personer med typ 1-diabetes och typ 2-diabetes, men att det behövs mer forskning.

Även dessa forskare är nogga med att påpeka att det är viktigt för diabetiker att ha täta kontakter med vårdpersonal under perioder av fasta.

Av Tord Ajanki
publicerad 11 april 2022



Nu finns det en kurs för dig som är intresserad av insulinpump och kolhydraträkning Läs mer här:

<https://www.dagensdiabetes.se/index.php/alla-senaste-nyheter/3786-utbildning-i-host-kurs-insulinpump-cgm-kolhydratrakning>

Litteraturtips för personer med diabetes!

KOLL PÅ DIABETES TYP 2

Symtom, behandlingar & allt du kan göra själv

Ta kontroll över din diabetes en gång för alla! Även om ärftlighet och ålder påverkar risken att drabbas finns det också en hel del du själv kan göra för att må bättre. Kerstin Brismar och Harriet Wallberg har många års erfarenhet av forskning, utbildning och rådgivning kring diabetes och guidar dig rätt på ett inspirerande och lättillgängligt sätt. I boken tar de upp allt från vad de flesta oroar sig för, till fakta om mediciner, vilken vård du har rätt till och vad du själv kan göra för att må bra. Det går att leva ett gott liv med diabetes – här får du veta hur!

Läs mer om boken på www.bonnierfakta.se

Boken finns att köpa i bokhandeln. Vid intresse av att köpa in ett större antal böcker kontakta martin.harris@bonnierforlagen.se

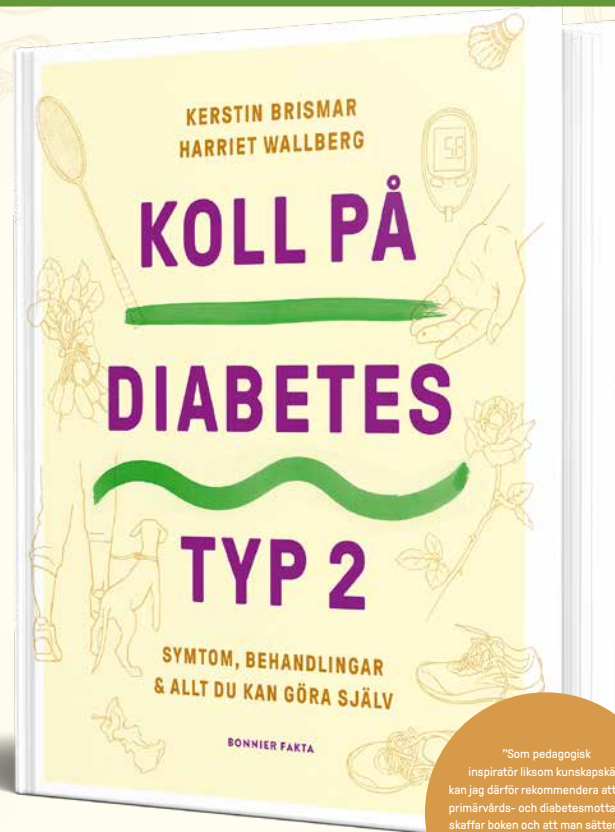
"Denna berättarteknik gör att läsaren har möjlighet att finna mycket kunskap och få en god överblick och förståelse av sin egen sjukdom."
DIABETOLOGNYTT



Om författarna

Kerstin Brismar är senior professor i endokrinologi och diabetesforskning vid Karolinska Institutet.
Harriet Wallberg är läkare, specialist i klinisk fysiologi och professor i fysiologi vid Karolinska Institutet. Hon forskar om diabetes och hur livsstilen påverkar sockerbalansen.

BONNIER FAKTA



"Som pedagogisk inspiratör liksom kunskapskälla kan jag därför rekommendera att varje primärvårds- och diabetesmottagning skaffar boken och att man sätter den i händerna på utbildningsläkarna och blivande diabetessköterskor."
DIABETOLOGNYTT

Påverkar vårdmiljön blodtrycksvärdet hos personer med diabetes?

: Finns det skillnader i office blodtryck och blodtryck som kontrolleras i hemmiljö och i så fall vad beror dessa skillnader på. Vi har gjort en kvantitativ och kvalitativ studie för att försöka hitta svar på detta.



Eva-Karin Borg

Frida Östergren

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Vårdmiljön kan påverka en persons sinnen vilket i sin tur kan ge falska blodtryck, exempelvis vitarocksyndromet. Vitarocksyndromet anses vara en låg riskfaktor för kardiovaskulära händelser, men när det samexisterar med diabetesdiagnos ses en ökad risk. Att vitarocksyndromet existerar hos personer med diabetes är känt sedan tidigare. Däremot finns kunskapsluckor gällande vad vårdtagarna själva tror orsakar skillnaden i blodtrycket.

Syfte: Syftet med studien var att ta reda på om och hur stora eventuella skillnader i blodtrycket är hos personer med diabetes, om blodtrycket mäts på mottagning av vårdpersonal eller i hemmet av personen själv. Vidare var syftet att utifrån studiedeltagarnas perspektiv utforska vad en eventuell skillnad kan bero på.

Metod: En konvergent parallell mixad metod med kvantitativ och kvalitativ ansats. Kvantitativ metod användes för inhämtande av data gällande eventuella skillnader i blodtrycksvärden, den kvalitativa metoden för att ta del av deltagarnas syn på fenomenet vitarocksyndromet. 35 personer med diabetes deltog i studien. Urvalet baserades på vårdtagare som besökt författarnas arbetsplatser under 3 månader och hade ett blodtryck över målvärdet 140/85 mm Hg, varvid deltagarna fick låna hem en automatisk blodtrycksmätare och mäta sitt blodtryck i hem-miljö. Vid skillnad på blod-

trycksvärdet fick deltagarna besvara en öppen fråga vad de tror det beror på.

Resultat: Blodtrycket var signifikant högre när det uppmättes i vårdmiljö jämfört med i hemmet. Deltagarna i studien upplevde att yttre miljö, stress, oro över resultat och tidigare erfarenheter påverkar blodtrycksvärdet.

Slutsats: Blodtrycksmätning i hemmet kan ge en rättvisare bild av vårdtagarnas blodtryck än vad konventionell blodtrycksmätning i vårdmiljö ger. Personer med diabetes uppskattar att få mäta blodtrycket hemma, där de upplever en behagligare avkoppling än i vårdmiljö.

Nyckelord: blodtryck, diabetes, hypertoni, vitarocksyndromet, vårdmiljö

INTRODUKTION

Att leva med en livslång sjukdom som Diabetes Mellitus (DM) beskrivs som en ständig kamp mellan motstridiga krav. Personer med diabetes ställs inför utmaningar att balansera sjukdom med vardag och livskvalité. Vårdpersonal och personer med diabetes kan ha olika förväntningar och mål gällande behandlingen. Vårdpersonalen har evidensbaserade mål medan personer med diabetes ser sjukdomen utifrån dess konsekvenser i livet och prioriterar därför ibland annorlunda mot vårdens förväntningar. Det kan ställa till problem, då personer med diabetes förväntas vidta åtgärder för att

inte utveckla senkomplikationer. En förutsättning för att vårdpersonal och vårdtagare skall kunna närma sig varandras mål är att förstå hur personen med diabetes upplever och förstår sin situation (Lundman, 2014).

DM är en sjukdom som varit känd i mer än 3500 år. Det finns 415 miljoner personer med diabetes i världen. DM räknas som en folksjukdom, där såväl incidens som prevalens ökar (Bonino & Viazzi, 2019; Harding, Pavkov, Magliano, Shaw & Gregg, 2018; Landin-Olsson, 2020). Liknande tendens ses även i Sverige, cirka 450 000 personer antas leva med DM (NDR, 2019). Eftersom diabetesprevalensen ökar har även förekomsten av följsjukdomar till diabetes ökat. Dessa följsjukdomar har i flera studier visat på negativa effekter på hälsorelaterad livskvalitet och ökade kostnader för hälso- och sjukvården (Bonino & Viazzi, 2019; Harding et al.; 2018, Landin-Olsson, 2020).

Under senare år har studier kartlagt att DM och hypertoni ofta samexisterar (Brunström & Carlberg, 2016; Cryer, Horani & DiPette, 2016; Grossman & Grossman, 2017; Manheim, 2020). Hypertoni är upp till tre gånger vanligare hos personer med DM än hos personer utan DM (Billing, 2014; Manheim, 2020). Båda tillstånden är riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom, njursvikt samt hjärtsvikt (Brunström & Carlberg, 2016; Cryer et al., 2016; Grossman & Grossman, 2017).

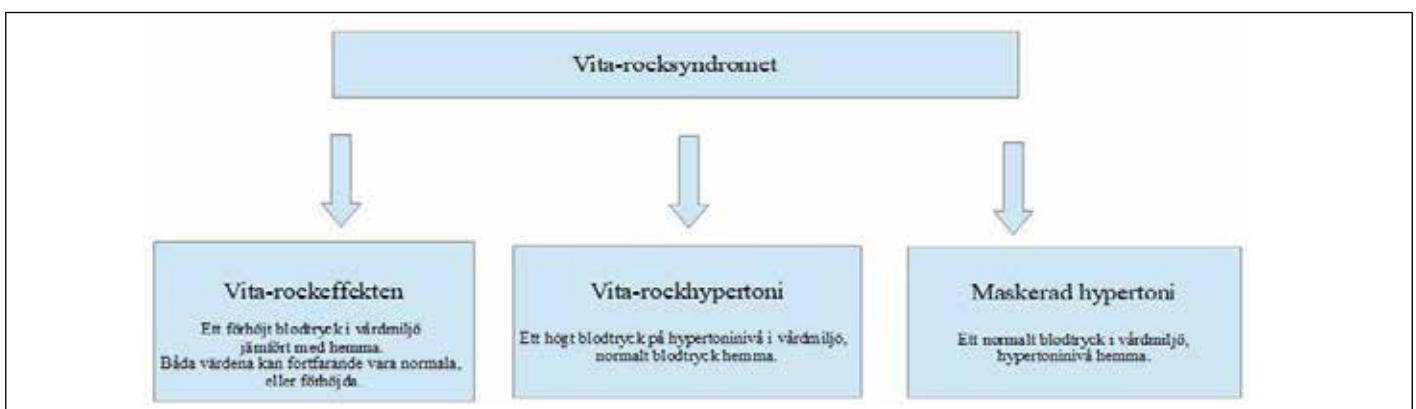
Jämfört med personer som inte har diabetesdiagnos löper personer med DM upp till dubbelt så hög risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar (ESC, 2019). Därför är det viktigt att sänka blodtrycket till en normal nivå (Billing, 2014; Manheim, 2020). Socialstyrelsen (2018) ger ut evidensbaserade riktlinjer vid DM. Enligt dessa riktlinjer bör alla personer med kombinationen DM och hypertoni >140/85 mm Hg, erbjudas behandling med blodtryckssänkande läkemedel (prioritet 1). Ökad användning av blodtrycksmätning i hemmet under senare år har lett till att flera olika typer av hypertoni har identifierats (Cohen et al., 2019).

I.1 Vitarocksyndromet

Vitarocksyndromet definieras som ett syndrom som påvisar att skillnad finns gällande vårdtagarnas blodtryck när det mäts av vårdpersonal i vårdmiljö, jämfört med när det mäts av personen själv i hemmet. Blodtrycket kan vara såväl högre som lägre. Vitarocksyndromet är ett samlingsnamn för vitarockhypertoni, vitarockeffekten och maskerad hypertoni (Figur 1) (Pioli, Ritter, de Faria & Modolo, 2018). Tillstånden är förenliga med högre risk för hjärt-kärlsjukdom (Faktaruta 1) (Pioli et al., 2018). Det stöds även av Bagnas et al. (2018) och McDonald, Pearce, Newton & Kerr (2014) som tar upp problematiken, då tillståndet ger ett högre genomsnittligt blodtryck under delar av dygnet.

I.1.1 Vitarockhypertoni

Vita-rockhypertoni definieras som ett förhöjt blodtryck, >140/90 mm Hg som mäts i vårdmiljö av vårdpersonal, men som är normalt i hemmiljö (Cobos, Haskard-Zolnierek & Howard, 2015; Cohen et al. 2019; Perry, 2013; Pioli et al., 2018). Oftast ses endast höjning i det systoliska trycket och påverkan på det diastoliska blodtrycket är mycket ovanligt (Bloomfield & Park, 2017). American Heart Association clinical practice guidelines (2017) anser att misstanke om vitarockhypertoni bör finnas om blodtrycket är mellan 130/80 mm Hg - 160/100 mm Hg när det mäts i vårdmiljö (Whelton et al., 2018).



Figur 1 Förklaring vitarocksyndromet ett samlingsnamn.

Features	Normotension	White coat effect	White coat hypertension	Masked hypertension	Hypertension	
					Within normal BP limits	Exceeding normal BP limits
Office BP levels	≤120/80 mmHg ¹⁶	>20/10 mmHg when compared to home measurements ¹⁴	≥140/90 mmHg ³⁸	<140/90 mmHg ³⁸	<140/90 mmHg ¹⁶	≥140/90 mmHg ¹⁵
24 hours ABPM levels	<130/80 mmHg ¹⁶	<130/80 mmHg ¹⁴	<130/80 mmHg ³⁸	≥130/80 mmHg ³⁸	<130/80 mmHg ¹⁶	≥130/80 mmHg ¹⁵
HBPM levels	<135/85 mmHg ¹⁶	≤135/85 mmHg ¹⁴	<135/85 mmHg ³⁸	≥135/85 mmHg ³⁸	<135/85 mmHg ¹⁶	≥135/85 mmHg ¹⁵
Clinical characteristics	–	Higher heart rate levels and BP non-dipping condition ¹⁷	Higher in female sex, obese, and it seems to increase with respect to age ²⁴	Increased risk of atherosclerotic CVD, ⁴¹ morbidity, and mortality for CVD ^{43,44}	Sustained elevated BP levels are related to the development of TOD and, consequently, increased CV risk ²⁵	
Target organ damage	–	Low relationship with TOD development, ²² correlation with arterial stiffness ^{20,21}	Correlation with arterial stiffness ²⁸ and LVH ²⁴	Presents a higher risk of developing TOD than other phenomena but less risk than hypertensive ¹¹	LVH, diastolic dysfunction, carotid intima-media thickening or plaque, renal damage, and micro- as well as macro-vascular alterations ²⁴	

Faktaruta 1. Bild från White coat syndrome and its variations: differences and clinical impact. Pioli, Ritter, de Faria & Modolo, 2018. (BP=blodtryck, ABPM=ambulerande blodtryck, HBPM=hembloodtrycksövervakning, TOD=målorganskada, CVD=hjärt-kärlsjukdom, LVH=vänsterkammahypertrofi).

1.1.2 Vita-rockeffekten

Personer med läkemedelsbehandling och hypertoni kan ha förhöjda blodtrycksnivåer orsakade av närvaron av läkare eller annan vårdpersonal jämfört med när blodtrycket mäts av personen själv (Cohen et al., 2019; Pierin et al., 2008; Pioli et al., 2018). Det föreligger olika tolkningar när detta skall klassas som vitarockeffekten. Pioli et al. (2018) anger en blodtryckshöjning av det systoliska blodtrycket med >20 mm Hg, och diastolisk höjning med >10 mm Hg, hos vårdgivaren för att klassas som vitarockeffekten. Pierin et al. (2008) anger inte något värde, utan menar att vid skillnad i det systoliska blodtrycket har personen påverkan av vita-rockeffekten.

1.1.3 Maskerad hypertoni

Maskerad hypertoni är när blodtrycket är lägre när det mäts hos vårdgivaren än vad det är i hemmet. (Pioli et al., 2018). Maskerad hypertoni har visat sig öka risken för död jämfört med vanligt högt blodtryck. Orsaken är relaterad till en försenad upptäckt av hypertoni (Bangeras et al., 2018; Eguchi, 2011). Peixoto (2015) menar att maskerad hypertoni har en prevalens som är upp till 14–30% och fördubblar risken för hjärt-kärlhändelse jämfört med personer med normalt blodtryck. Flack & Adekola (2020) menar däremot att de flesta som tillskrivs tillståndet maskerad hypertoni har fått dessa värden på grund av en dålig eller felaktig blodtrycksmätning i hemmet.

1.1.4 Hypertoni och diabetes

Diagnosen hypertoni ges vid ett bestående förhöjt blodtryck, ett blodtryck som vid minst tre tillfällen uppmätts >140 mm Hg systoliskt, eller >90 mm Hg diastoliskt (Simonsen & Hasselström, 2019). Hypertoni ökar risken att insjukna i hjärt-kärlsjukdomar (Bengtsson, Boström & Manhem, 2016; Lännergren, Westerblad, Ulfendahl & Lundberg, 2008; Parati, Ochoa, Salvi, Lombardi & Bilo, 2013). Människor som drabbas av kranskärlsjukdom är överrepresenterade bland personer med hypertoni. Mekanismen bakom det sambandet är oklar. Samband finns även mellan kranskärlsjukdom och DM (Persson & Stagmo, 2010). Genom att behandla hypertoni minskar risken att drabbas av hjärt-kärlhändelser samt reti-

nopati och nefropati (Herdin & Löndahl, 2010). Det finns däremot ingen anledning att sänka det systoliska blodtrycket under 120 mm Hg då det leder till ökad risk för biverkningar samt kan ha negativa effekter och risker (Brunström & Carlberg; 2016, Grossman, 2011; Manheim, 2020).

1.1.5 Vita-rocksyndromet - ofarligt eller skall det behandlas?

Studier har visat motstridiga resultat avseende vitarockhypertoni och vitarockeffekten. Det finns ingen konsensus kring hur stor förekomsten av dessa tillstånd är, samt skillnader i de kardiovaskulära riskerna vid tillstånden (Cohen et al., 2019; Huang et al., 2017). Inkonsekvensen av resultaten tros orsakas av olika storlek på population och inkluderingskrav, om personerna har behandling för hypertoni eller inte, skillnad i gränsvärden och tid för uppföljning (Huang et al., 2017). På senare tid har dock sambandet mellan vitarocksyndrom och kardiovaskulära riskerna stärkts. Cohen et al. (2019) visar i en metaanalys, som inkluderat 27 studier inom vitarocksyndromet och 64 000 individer att obehandlad vitarockhypertoni leder till ökad risk för kardiovaskulära händelser och mortalitet jämfört med personer med normalt blodtryck. Personer med vitarockhypertoni har tre till fyra gånger högre risk att utveckla bestående hypertoni jämfört med personer som har ett normalt blodtryck. De ser dock att förekomsten av vitarockeffekten inte ökar risken att drabbas av hjärt-kärlsjukdomar.

Huang et al. (2017) påvisar också i en metaanalys att obehandlad vitarockhypertoni ökar risken att drabbas av kardiovaskulära händelser och död jämfört med personer med vitarockhypertoni som står under blodtryckssänkande behandling. Att behandla blodtrycket vid vitarockhypertoni ger samma skyddande effekt som när en person med hypertoni får behandling. De amerikanska riktlinjerna säger däremot att vitarockhypertoni inte kräver annan behandling än livsstilsförändringar, som kost, motion och viktnedgång. Tillståndet bör dock följas upp regelbundet med blodtrycksmätning i hemmet (Flack & Adekola, 2020). (Faktaruta 2).

Eguchi (2011) menar att vitarockhypertoni anses vara en låg riskfaktor för kardiovaskulära händelser, men när det samexisterar med diabetesdiagnos ses

en ökad risk. Det fann även Franklin et al. (2016) som visar att om andra riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom, till exempel DM samexisterade med vitarockhypertoni, så ökade risken att drabbas av hjärt-kärlhändelse. Vitarockhypertoni hos personer med diabetes mellitus typ 2 (DM2) har också visat sig öka risken för diabetisk nefropati och neuropati. Därför utgör vitarockhypertoni hos personer med DM2 även en ökad risk att drabbas av kardiovaskulära händelser, och behandling för blodtrycket kan komma att behövas (Eguchi, 2011; Franklin et al., 2016).

1.1.6 Vad är orsaken till vita-rockeffekten?

Personer med vitarockeffekten har förutom ett högre blodtryck, även ett påslag på det sympatiska nervsystemet med bland annat högre puls, när blodtrycket uppmättes av vårdpersonal (Pioli et al., 2018). Bloomfield & Park (2017) visade genom ambulatorisk blodtrycksmätning att det fanns en sympatisk påverkan av nervsystemet som gav en initial ökning av blodtryck och puls. Ökningen skedde i samband med att blodtrycksmätaren kopplades på. Den ambulatoriska mätaren kopplades inte på av läkare eller sjuksköterska, utan av en tekniker som var vardagsklädd. Vitarockeffekten verkar i det här fallet vara relaterad till vårdmiljön och vårdtagarens förväntan eller oro. Förutom att blodtrycket påverkas av vårdmiljön så uppmärksammades att även blodsockret kan påverkas av vitarockeffekten. Blodsockret var högt när det uppmättes hos vårdgivaren, men normalt hemma. Det stärks med att HbA1c var helt normalt.

Vitarockhypertoni är vanligare bland kvinnor samt ökar med stigande ålder och övervikt (Dadlani, Madan & Sawhney, 2019; Franklin et al., 2016; Pioli et al., 2018). Hos personer över 60 års ålder är prevalensen av vitarockhypertoni högre (Franklin et al., 2016). Bloomfield & Park (2017) beskriver vitarockeffekten som ett tillfälligt förhöjt blodtryck orsakat av vårdtagarens förväntan eller nervositet för att blodtrycket tas och rädsla för vad mätningen kan indikera för sjukdom. Graden av blodtryckshöjning i vårdmiljö var beroende av vilken läkare som utförde mätningen. Vissa läkare påverkar blodtrycket mer än andra. Detta förändras inte med tiden eller kontinuiteten med läkaren. Cobos et al. (2015) menar däremot att om läkaren

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

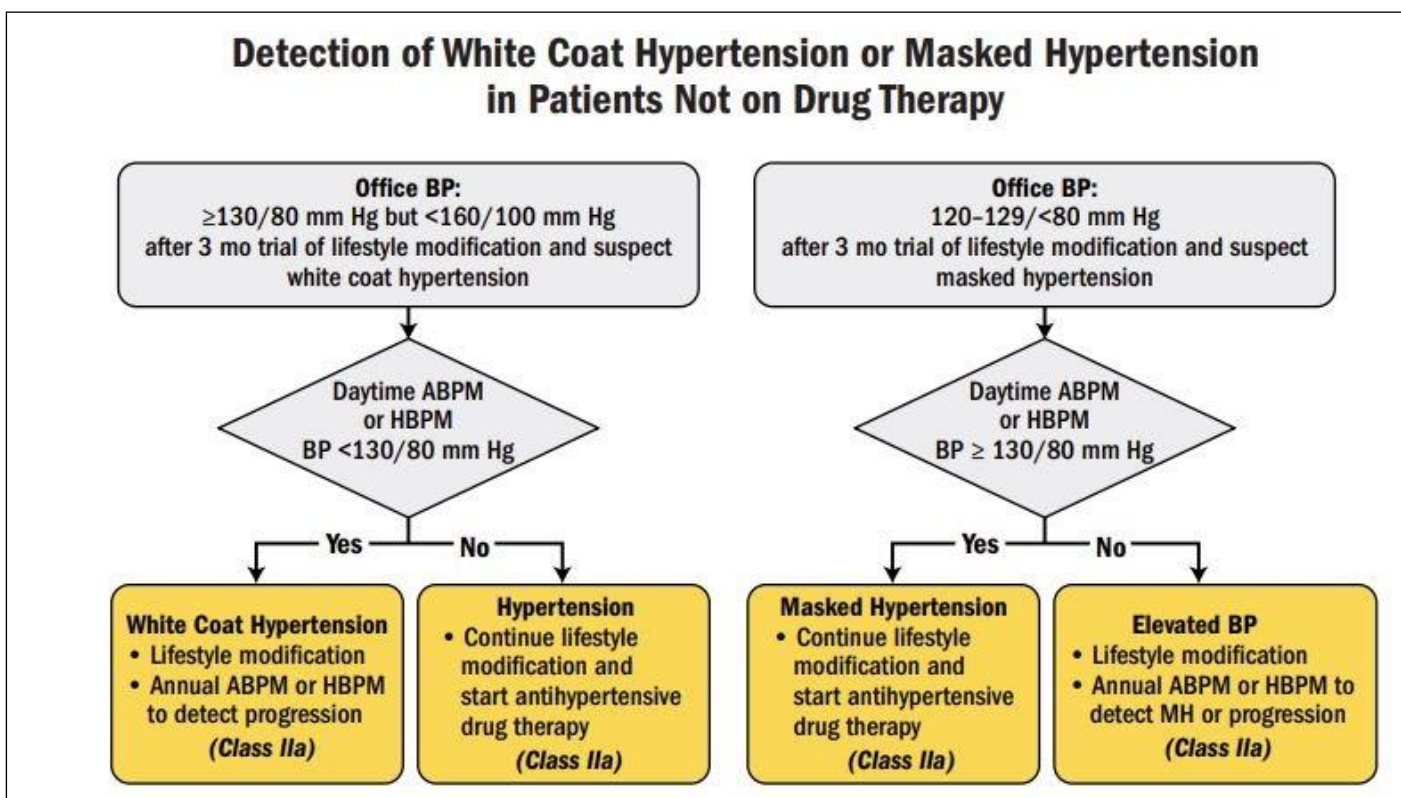
▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. **Rybelsus®** (semaglutid) Rx, (F), ATC-kod: A10BJ06 Rybelsus 3, 7 och 14 mg tabletter. Diabetesmedel. Glukagonlikpeptid-1-receptor (GLP-1) analoger. **Indikation:** Behandling av vuxna med otillräckligt kontrollerad typ 2-diabetes mellitus för att 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 12/2021. **Subventioneras endast för patienter som först har provat metformin, sulfonureider eller insulin, eller när dessa inte är lämpliga.** SE21RYB00073

Referens: Rybelsus® produktresumé, se fass.se



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

RYBELSUS®
oral semaglutid



Faktaruta 2. Ur American College of Cardiology: 2017 Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults.

(2015) menar däremot att om läkaren kan förbättra sin kommunikation, genom att visa empati, så kan vårdtagarens förtroende och tillit öka, och oron minska, vilket i sin tur kan leda till att vita-rockefekten blir mindre uttalad.

1.1.7 Vårdtagarens perspektiv på vitarocksyndromet och hypertension

Få studier tar upp vårdtagarens perspektiv på vitarocksyndromet. På en mottagning i England gavs vårdtagarna möjligheten att mäta sitt blodtryck i väntrummet innan vårdbesöket. *Tompson et al. (2017)* intervjuade 20 av dessa vårdtagare och fann att de upplevde flera fördelar med denna mätmetod. De uttryckte att blodtrycket blev mer rättvisande än om det tas av vårdgivaren. "Blodtrycket går upp, för jag blir nervös, det är så dumt" (*Tompson et al., 2017 s.469*). Vårdtagarna såg även fördelen med att mäta blodtrycket innan de träffade vårdgivaren för att lägga tiden med läkaren på annat: "Om du har en hel lista med saker som du vill ta upp, och detta bara skulle vara ännu en sak som tar tid, så är det bra att kunna göra detta själv" (*Tompson et al., 2017 s.469*).

I den uppföljande studien uttryckte två personer med vitarockeffekten att det är lättare att behålla självkontrollen när de mäter själva: "Jag tänker aldrig, åh, nu kommer det vara högt och då blir det problem, utan jag tänker bara, nu gör jag det här, bara för att kontrollera att allt är okej" (*Tompson et al., 2018 s.838*).

När blodtrycket uppmäts i hemmiljö i stället för i vårdmiljö upplevs det av vårdtagare som något positivt. Det leder till en ökad självinsikt gällande vitarockeffekten och upplevs vara gynnsamt för utredning och bedömning. Studiedeltagarna var övervägande positiva till att mäta sitt blodtryck i hemmet, de upplevde att blodtrycket visade ett mer representativt värde än om det mäts på mottagningen. "När man är hos läkaren är man orolig över sin hälsa. Tas blodtrycket i hemmiljö blir det ett mer korrekt blodtryck" (*Carter, Moise, Alcántara, Sullivan & Konish, 2018 s.922*).

1.2 Interventioner

För att förebygga hjärt-kärlhändelser hos personer med diabetes är goda levnadsvanor en central del i behandlingen (*Bengtsson Broström & Manhem, 2016; Cohen et al., 2019; Persson & Stagmo,*

2010; *Sagen, 2013b*). En livsstilsförändring kräver ofta stora omställningar och det kan finnas andra personer i vårdtagarens omgivning att ta hänsyn till. För att kunna lyckas är det viktigt att hitta motivation samt se resultat. Det är bra om förändringen sker stegvis, och inte i alltför stora steg, då det blir lättare att hålla fast vid den nya livsstilen (*Aas, 2013*). Målet med patientutbildning är att stödja personer med diabetes till en väl fungerande egenvård, med kunskaper för att undvika ohälsa och behålla livskvalité. Patientutbildning kan utföras både individuellt och i grupp. Socialstyrelsen rekommenderar grupputbildning för personer med DM och bör erbjudas, för personer med DM2 (prioritet 3) samt för personer med DM1 (prioritet 4) (*Socialstyrelsen, 2018*). Gruppbaserad patientutbildning har visat sig ha positiva resultat och är mindre resurskrävande än individuella patientmöten, samt ger en bättre patientvård (*Hwee, Cauch-Dudek, Victor, Ng, & Shah, 2014*).

1.2.1 Interventioner avseende hypertoni

Flack & Adekola (2020) har sammanfattat riktlinjerna från American College of

Cardiology och American Heart Association för behandling av högt blodtryck. De lägger stor vikt vid att noggranna mätningar görs, både i vårdmiljö och hemmiljö för att rätt diagnos skall kunna ställas. Felaktiga mätningar leder ofta till överdiagnostik av hypertoni samt överbehandling med läkemedel för personer som redan har blodtrycksbehandling. Ett vanligt problem är dock underbehandlat blodtryck till följd av bristande följsamhet till förskriften behandling. 40 procent av de personer som fått ordination på blodtryckssänkande behandling slutar att ta medicinen under det första året (Urban et al., 2013). Detta kan förhindras genom att en specialist vägleder, då anledningen är okunnighet om konsekvenser, problem med, eller rädsla för biverkningar samt en dålig relation till vårdgivaren. Om vårdgivaren påvisar goda kunskaper leder det till ökat förtroende, minskad rädsla och oro som ger ökad förståelse och följsamhet till behandling (Fortuna, Nagel, Rocco, Legette-Sobers & Quigley, 2018; Urban et al., 2018). Mätning av blodtryck har funnits i mer än hundra år. Hypertoni ger en hög dödlighet över hela världen. En sänkning av blodtrycket med 5 mm Hg ger en minskning av risken för stroke med 34% och hjärt-kärlsjukdom med 21%, små sänkningar i blodtrycket kan ge betydande skillnad (Quer et al., 2018). Behandling av hypertoni sker i första hand med livsstilsintervention innan läkemedel används som tillägg. Oavsett vilken grad av hypertoni som uppmätts är livsstilsfaktorer alltid av stor vikt. (Cohen, 2019; Hedin & Löndahl, 2016). Regelbunden motion, viktnedgång, goda kostvanor, rökstopp, samt en måttlig alkoholkonsumtion är några av de livsstilsförändringar som har en positiv inverkan på blodtrycket (Grossman & Grossman, 2017; Persson & Stagmo, 2010). Kunskapsluckor finns hos vårdtagarna i hur mycket levnadsvanorna påverkar blodtrycket. Vårdpersonalen bör därför även lägga mer tid på att öka vårdtagarnas engagemang, kunskap samt stödja och utbilda dem i sina livsstilsförändringar och på så vis påverka blodtrycket (Bakris, Ali & Parati, 2019).

1.2.2 Interventioner avseende vitarocksyndromet

För att identifiera vitarocksyndromet är det fördelaktigt att mäta blodtrycket i hemmet (Cohen, 2019; Muntner et al., 2019; Dadlani et al., 2019; Flack & Ade-

kola, 2020; Franklin et al., 2016; Parati et al., 2013; Peixoto, 2015; Pioli et al., 2018; Stergiou et al., 2018). Ambulatorisk mätning är att föredra, men blodtrycksmätning med digital mätare är också ett bra alternativ (Cohen et al., 2019; Muntner et al., 2019; Franklin et al., 2016; Parati et al., 2013; Peixoto, 2015; Pioli et al., 2018; Stergiou et al., 2018). Ambulatorisk mätning innebär att ha en automatisk blodtrycksmätare påkopplad i 24 timmar. Den kopplas på och av hos vårdgivaren och mäter blodtrycket automatiskt med jämna mellanrum i vårdtagarens naturliga miljö under hela dygnet. Alternativet till ambulatorisk blodtrycksmätning är att vårdtagaren själv mäter sitt blodtryck vid bestämda tidpunkter i vårdtagarens vanliga miljö med en digital mätare. Om mätningarna i hemmiljö påvisar värden under 120–125/70–75 mm Hg är det låg risk att blodtrycket är högt vid en ambulatorisk mätning (Peixoto, 2015). Då förekomsten av vitarocksyndromet är mer utbredd hos personer >60 år, finns en ökad risk för att blodtrycket överbehandlas om enbart konventionell mätning av blodtryck används. Med konventionell blodtrycksmätning menas att blodtrycket mäts digitalt eller manuellt vid ett eller flera tillfällen hos vårdgivaren. Att enbart mäta blodtrycket hos vårdgivaren kan leda till underdiagnostik och utebliven behandling av maskerad hypertoni. Ambulatorisk blodtrycksmätning och blodtryckskontroll i hemmet ger en möjlighet att få korrekt diagnos då blodtrycket skiftar över tid, framför allt hos personer >60 år (Franklin et al., 2016).

Om vitarockhypertoni identifieras kan det leda till att onödigt blodtrycksmedicinering och biverkningar på grund av ökade doser undviks (Bloomfield & Park, 2017; Cobos et al., 2015; Franklin et al., 2016.). Hos personer med vitarocksyndromet som inte uppfyller riktlinjerna för läkemedelsbehandling är livsstilsförändringar ett första steg i behandlingen (Flack & Adokola, 2020).

Cobos et al., (2015) menar att vitarockhypertoni orsakas av att en person känner ökad ångest vid besök hos läkare, vilket ger negativa effekter på hälsan. Att aktivt lyssna, känna empati och kommunicera med vårdtagaren, låta personen ställa frågor och uttrycka sin oro kan leda till ökat förtroende och minskad ångest. Därför bör det göras utbildningsinterventioner för vårdpersonal i detta.

Omfattningen av vita rock-effekten påverkas av vem som mäter blodtrycket. 35% av vårdtagarna uppvisade en vita rockeffekt när mätningen utfördes av läkare medan andelen sjönk till 27% när en sjuksköterska utförde mätningen. När vårdtagaren tog blodtrycket självständigt sjönk förekomsten ytterligare, ner till 22% vilket påvisar att det även är skillnad i vem som mäter blodtrycket i vårdmiljö (Pierin et al., 2008).

1.2.3 Blodtrycksmätning i hemmet ur patientperspektivet

Då hembloodtryck och ambulatorisk blodtrycksmätning den senaste tiden blivit mer rekommenderat i sjukvården har Carter et al., (2018) undersökt vilka hinder vårdtagare angav för att genomföra mätningen. De såg hinder som kostnader, oro kring om blodtrycket uppmättes på rätt sätt, att komma ihåg att genomföra mätningarna samt om mätaren gick att lita på. Vid den ambulatoriska blodtrycksmätningen fick vårdtagarna låna hem en blodtrycksmätare mot en kostnad och där varierade det hur mycket de kunde tänka sig att betala. Vårdtagarna upplevde också oro om mätning utfördes på en dag som var representativ för vårdtagarens liv och därigenom representativt för blodtrycket. Dessutom framkom rädsla att mätningen skulle inverka på privatlivet, till exempel sömnen eller att behöva förklara för omgivningen. Vårdtagarna var dock positiva till att mäta blodtrycket i hemmiljö, då de upplevde stress i samband med vårdbesöket hos läkare. Dessutom förväntade sig vårdtagarna att ett rättvisande blodtryck ledde till att de inte behövde medicinera i onödan. Trots hindren som personerna upplevde så fann Carter et al. (2018) att de flesta deltagarna tyckte att fördelarna med hembloodtrycksmätning övervägde nackdelarna.

Även Dadlani et al. (2019) och Pioli et al. (2018) har uppmärksammat hindret att ambulatorisk blodtrycksmätning kan ge en obehagskänsla och påverkas av personens aktiviteter vid mätningarna. Vårdtagare har dock till största del positiva åsikter om ambulatorisk blodtrycksmätning, men om läkare rekommenderade hembloodtrycksmätning föredrogs detta. Den påverkar inte aktiviteter i det dagliga livet, samt är lättare att använda (Carrera & Lambouij, 2015). Kostnaden och även den begränsade tillgängliche-

ten kan upplevas som ett hinder för att genomföra ambulatorisk blodtrycksmätning (Dadlani et al., 2019).

Hemblodtryck med en validerad mätare där personen självständigt mäter sitt blodtryck hemma, är en metod som accepteras väl (Pioli et al., 2018). Det anses vara ett bra alternativ för att se variationer av blodtrycket i hemmiljö alternativt på arbetet (Dadlani et al., 2019).

Tompson et al. (2017) fann i sin studie att flera vårdtagare föredrog att mäta sitt blodtryck i väntrummet på mottagningen i stället för att mäta blodtrycket i hemmet: "Jag föredrar att använda den som finns här, då jag tänker att den är mer exakt (än den personen har hemma)" (Tompson et al., 2017 s.470). Och "De skulle inte ha en felaktig maskin på läkarmottagningen, jag menar att det skulle ju vara kriminellt" (Tompson et al., 2017 s.470).

Studien följdes upp med intervjuer av personer som nyligen fått diagnosen hypertoni, där de ville beskriva vårdtagarens upplevelse av hemblodtryck respektive blodtrycksmätning i väntrummet. En vårdtagare lyfte fram fördelen med blodtrycksmätning i hemmet: "Jag ser det (blodtrycksmätning i hemmet) som ett sätt att försöka övertyga läkaren att avsluta blodtrycksmedicineringen" (Tompson et al., 2018 s.838). Men de uttryckte också att vårdpersonal ibland har svårt att acceptera eller lita på värden uppmätta i hemmet (Tompson et al., 2018).

1.3 Felkällor till missvisande blodtryck

Falsa blodtrycksvärden kan uppkomma vid felaktig mätmetod, samt vid vitarocksyndromet. Vid en felaktig mätning skattas ofta blodtrycket högre än vad det egentligen är. Den vanligaste orsaken är användandet av en manschett som är för liten för armen, att personen pratar i samband med blodtrycksmätningen, eller har ett stresspåslag (Urban et al., 2013; Flack & Adekola, 2020).

Om vårdtagarna skall mäta sitt blodtryck i hemmet är det viktigt att mätarna är validerade då de annars kan ge felvärden. Vid validering av de egna blodtrycksmätarna i England identifierades att så mycket som en fjärdedel av blodtrycksmätarna inte klarade testen. Felaktiga man-schetter och bildskärmar var de fel som påvisades hos de mätare som inte

klarade valideringen. Genom att använda validerade mätare försäkras att mätarna visar rätt värden. Rekommendationen är även att byta ut mätaren var fjärde till femte år, samt att inte använda sig av blodtrycksmätare som placeras på handleden (Hodgkinson et al., 2020). Även Peixoto (2015) påtalar risken med att använda sig av en handledsmätare, då dessa inte ger lika tillförlitliga resultat som när blodtrycket mäts på överarmen. Variationer i blodtrycket kan även ses beroende på årstid, där blodtrycket är högre under de kalla månaderna (Hermann et al., 2016; Park et al., 2020; Ushigome et al., 2020). Temperaturen i omgivningen samt rumstemperatur är den bidragande orsaken till att säsongsvariationer påverkar blodtrycket (Park et al., 2020; Ushigome et al., 2020).

1.4 Samhällsperspektiv

Att vårdpersonal följer riktlinjer och aktuell forskning är av vikt. Bra kvalitet på värden, att den ges på lika villkor och att bemöta alla personer individanpassat är grunden för jämlik vård (Socialstyrelsen, 2018). Det är viktigt att anpassa blodtrycksbehandlingen individuellt oavsett rekommendationerna, samt att utvärdera behandlingen när det kommer nya riktlinjer (Cryer et al., 2016).

Personer som behandlas med blodtryckssänkande läkemedel har mindre variation i blodtrycksvärdena och har bättre kontroll på blodtrycket. Genom regelbundna blodtryckskontroller ges möjlighet att ändra i behandlingen beroende på värdena, vilket bidrar till en effektiv behandling som förhindrar onödiga vårdkostnader (Hermann et al., 2016). För att uppnå behandlingsmålen vid hypertoni krävs strikt blodtryckskontroll och intensiv individanpassad behandling (Bonino & Viaszzi, 2019). Makrovaskulära komplikationer i högin-komstländerna har minskat på senare år, vilket sannolikt beror på effektiv behandling med läkemedel men även goda rutiner gällande blodtryckskontroller (Harding et al., 2018).

Att behandla falskt högt blodtryck vid vitarockhypertoni kan resultera i överbehandling med läkemedel, som ger en ökad risk för fall till följd av ett lågt blodtryck, samt biverkningar och ökad kostnad för samhället (Flack & Adekola, 2020; Sewell et al., 2016). Det är därför viktigt att inte begränsa metoder för att mäta blodtryck till enbart klinikbundna

mätningar (Perry, 2013). Blodtryckskontroll i hemmet är mer representativt och leder till ökad möjlighet till att ge rätt behandling, än när det tas på mottagningen (Stergiou et al., 2018; Perry, 2013; Wang et al., 2014).

1.5 Teoretisk ram

Författarna har valt att tolka studiens resultat utifrån begreppet vårdmiljö. Vårdtagarnas blodtryck kommer att mätas både i vårdmiljö och i hemmiljö för att se om miljön orsakar någon skillnad i blodtrycksvärdet. För att förklara resultatet kan svaret analyseras med hjälp dessa tolkningar av begreppet.

1.5.1 Begreppet Vårdmiljö

Begreppet vårdmiljö finner man redan på 1800-talet då Florence Nightingale beskrev tankar kring miljöns betydelse. Hon inbegrep förutom den fysiska miljön runt vårdtagaren, även det sociala samspelet med sjuksköterskan (Wijk & Nordin, 2017). En persons sinnen och känslor påverkas av miljön denne befinner sig i. Detta avgör hur personen upplever och anpassar sig till miljön som kan upplevas som vårdande eller icke vårdande. Vårdtagare har beskrivit vårdmiljön utifrån tre aspekter; säkerhet, relationen med sjukvårdspersonal och det fysiska utrymmet. Den psykosociala miljön upplevs som viktigare än den fysiska miljön. I den psykosociala miljön ingår den emotionella påverkan som är resultatet av en relation. Den påverkas av attityder, kommunikation och information. En god relation mellan vårdaren och vårdtagaren kan leda till trygghet, säkerhet, harmoni och trivsel, vilket är en förutsättning för välbefinnande och hälsa (Browall, Koinberg, Falk & Wijk, 2013; Ylikangas, 2017). I vissa fall kan mötet leda till ett falskt för högt blodtryck, vitarocksyndromet (Pioli et al., 2018).

1.5.2 Utformning av vårdmiljön - för vårdtagarnas välbefinnande

Kontinuitet, att vårdas av samma personal i så stor utsträckning som möjligt, kan för många vårdtagare leda till en känsla av trygghet och ökat välbefinnande (Browall et al., 2013). När den fysiska, psykosociala och sociala miljön utformas efter användarens behov, bidrar det till positiva effekter på hälsan, vilket är av stor betydelse då personer vid sjukdom ofta



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



Läs mer på
www.FreeStyle.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 v2.0 09/21.
www.FreeStyle.Abbott · 020-190 11 11 · Abbott Scandinavia AB · Hornvängsgatan 9 · Box 1498 · 171 29 Solna

är extra utsatta och beroende av stöd (Browall et al., 2013; Ulrich & Zimring, 2004).

1.5.3 Vårdmiljön - en stor del av vården

Den fysiska vårdmiljön kan även påverka vårdtagarnas intryck och upplevelser av kvaliteten på vården. Mottagningens atmosfär, design, ljus och temperatur påverkar upplevelsen, framför allt vid första mötet. Ett organiserat skrivbord och prydligt mottagningsrum kan ge vårdtagaren en positiv upplevelse och inge trygghet och goda förväntningar på vården (Browall et al., 2013).

Det är arbetsgivarens ansvar att säkerställa vårdtagarens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet i vården. Lidande hos vårdtagaren kan förutom sjukdomsrelaterat lidande orsakas av vården i form av kränkande bemötande, vårdskada eller utebliven vård (Hälsö- och sjukvårdsförordningen (2017)).

Sjuksköterskans roll i omvårdnaden är att om möjligt lindra lidande, men framför allt inte orsaka ytterligare lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Att vara sjuk kan ofta innebära att personen är extra sårbar och befinner sig i underläge. Genom att anpassa vårdmiljön kan vi undvika vårdskador och illabefinnande, samt bidra till hälsa (Wijk & Nord-in, 2017).

1.5.4 Musik i vårdmiljö

Det finns positiva effekter av att spela musik i vårdmiljö, då den kan upplevas som lugnande och avslappnande. Den leder till en minskning av depressiva tillstånd, sänkt blodtryck och puls samt minskad smärta. Musiken kan framkalla känslor som är positiva och leder till minskad ångest och stress.

Dock kan det som upplevs som lugnande för en person, vara stressande för någon annan. Vid positiv påverkan av musik kan den känslomässigt förbättra upplevelsen av besöket i vårdmiljön (Onosahwo Lyendo, 2016). Att skapa en miljö och atmosfär där personen känner och tillåter närhet, trygghet, värme och en relation där varje persons behov finns i centrum ökar välbefinnande och hälsa (Ylikangas, 2017).

1.5.5 Vårdmiljö och vitarockeffekten

Stress kan av olika skäl ge ett förhöjt blodtryck och därför är det av vikt att vårdtagaren känner ett lugn för att mätvärdet skall vara tillförlitligt (Lännergren et al., 2008; Flack & Adekola, 2020). Det underlättas genom att i vårdmiljön arbeta med tydlig skyltning, närhet till personal och en logisk rumsuppfattning (Wijk, 2014). Pierin et al., (2008) fann att en lugn miljö samt möjligheten att ta blodtrycket självständigt eller med hjälp av en familjemedlem var positivt för blodtrycket. Övriga faktorer som var positiva för att ge ett rättvist blodtryck i vårdmiljö var frånvaro av vårdpersonal som observerar mätningen, samt upplevelsen av ostördhet i samband med blodtrycks kontroll.

1.6 Problemformulering

Att följa och stödja personer med DM i deras livsstilsförändringar och mål är en stor och viktig del i diabetesvården. De Nationella riktlinjerna för diabetesvård tar upp vikten av att förebygga komplikationer genom att se över riskfaktorer och förebygga dessa. För personer med DM är det extra viktigt att blodtrycket är rätt behandlat, eftersom de har en mycket högre risk att drabbas av allvarliga komplikationer till följd av hypertoni. Hälsö- och sjukvården bör utföra tillförlitliga blodtrycksmätningar för att förhindra de riskfaktorer som finns i samband med ett förhöjt blodtryck.

Då vitarocksyndromet kan ge en missvisande bild av blodtrycksvärdet hos personer med diabetes behövs mer kunskap kring hur det kan undvikas. Genom att få ta del av personernas egna uppfattningar kring vad det orsakas av, kan det ge en mer individanpassad omvårdnad.

1.7 Syfte

Syftet med studien var att ta reda på om och hur stora eventuella skillnader i blodtrycket är hos personer med DM, om blodtrycket mäts på mottagning av vårdpersonal eller i hemmet av personen själv. Vidare var syftet att utforska, utifrån studiedeltagarnas perspektiv, vad denna skillnad kan bero på.

1.8 Hypotes

H₀ Vårdmiljö påverkar inte blodtrycket hos personer med DM.

H₁ Vårdmiljö påverkar blodtrycket hos personer med DM.

2 METOD

2.1 Design

Att göra en studie med vårdvetenskaplig ansats innebär att utgå från vårdtagarens perspektiv utifrån hälsa och vårdtagande, det kräver en tydlighet och ett systematiskt utförande. Perspektivet bör utgå från vårdtagaren men även andra bärande fenomen inom området, i det här fallet vårdmiljö (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). För att få svar på syftet använde författarna sig av mixad metod, konvergent parallell design, med kvantitativ och kvalitativ ansats. Genom användandet av en mixad metod förväntade sig författarna att få det optimala svaret på forskningsfrågan då kunskap baseras på både objektiva och subjektiva värden. Resultaten från en mixad design kan förklara och bekräfta respektive resultat från både den kvantitativa och kvalitativa delen. Mixad design kan användas när de kvantitativa resultaten är svårtolkade, där kvalitativa data kan hjälpa till att förklara resultaten. Att använda sig av både kvantitativ och kvalitativ metod gav samlade data kring hur miljön påverkar blodtrycket, vilket kan leda till en ökad trovärdighet och understödande av hypotesen (Borglin, 2018). Om studien enbart genomförts i en kvantitativ eller kvalitativ design anser författarna att forskningsfrågan inte hade kunnat besvaras fullständigt. Med enbart en kvantitativ design hade svaret kunnat fås om det finns skillnad i blodtrycket, men inte vad deltagarna trodde att det berodde på.

2.2 Urval

Författarna använde sig av konsekutivt urval. Urvalet baserades på de vårdtagare som besökte författarnas arbetsplatser, båda belägna i Mellansverige. Diabetesmottagningarna är placerade på en vårdcentral samt en medicinmottagning. De vårdtagare som besökte vårdcentralen var personer med DM2 och på medicinmottagningen var det till största del personer med DM1 samt ett

fåtal personer med DM2, vilket möjliggjorde deltagande från båda grupper. Urvalet utgjorde de personer som uppfyllde inklusionskriterierna och önskade delta i studien under en angiven tidsperiod (Gunnarsson, 2005). Dessa uppgick till 35 personer, vilka besökte respektive arbetsplats under perioden februari 2021-april 2021. 19 personer med DM1 och 16 personer med DM2, varav 15 kvinnor och 20 män. Bortfall: En person som inte fyllde i blodtrycksvärdena fullständigt.

För deltagande i den kvalitativa delen av studien användes ett inkapslat urval, vilket innebär att de personer som uppvissade en skillnad i sina blodtrycksvärden uppmätta i vårdmiljö respektive i hemmet, svarade på en fråga där de fick ge sin syn på vad de trodde skillnaden orsakades av (Borglin, 2018).

2.2.1 Inklusionskriterier

Personer med diabetes, typ 1 eller typ 2 samt LADA.

Vuxna personer >18 år.

Uppmätt blodtryck på mottagning >140/85 mm Hg.

Kunskap att hantera en digital blodtrycksmätare.

Behärska svenska språket.

2.2.2 Exklusionskriterier

Personer med demens.

Personer med förmaksflimmer och/eller subklaviastenosis.

2.3 Datainsamling/genomförande

Skriftligt tillstånd för att genomföra studien på respektive klinik inhämtades från respektive arbetsplats enligt gällande riktlinjer innan start. Deltagarna tillfrågades om deltagande i studien vid ordinarie vårdbesök om de uppfyllde inklusionskriterierna.

För att säkerställa studiens slutledningskvalitet användes digitala CE-märkta blodtrycksmätare och mätningen utfördes enligt vårdprogrammet utifrån gällande riktlinjer (Bilaga 1) (Paulsson, 2020). Vid uppmätt värde >140/85 mm Hg på mottagningen fick vårdtagaren låna hem samma blodtrycksmätare för att mäta blodtrycket i hemmiljö. Deltagarna utförde blodtrycksmätning i hemmiljö enligt medföljande instruktioner (Bilaga 2), i samma arm som på mottagningen. Därtill fick deltagarna svara på en öppen fråga kopplat till blodtrycksmätningen. Genom att använda en öppen fråga kunde svar som täckte deltagarnas upplevelser inhämtas, då slutna frågor kan ge låsta svarsalternativ. Öppna frågor minimerar även risken att svaren styrs av författarna (Paulsson, 2020). Uppmätt blodtryck och svar skrevs in på medföljande formulär (Bilaga 3) och lämnades

till mottagningen. Kvantitativ och kvalitativ dataanalys skedde separerat från varandra, i en så kallad parallell dataanalys. Resultaten från de båda analyserna integrerades först i tolkningsfasen (Borgelin, 2018). Övriga bakgrundsfakta, HbA1c, BMI, läkemedelsbehandling samt tobak med mera inhämtades från Nationella Diabetesregistret (NDR) efter skriftligt samtycke från deltagarna (Bilaga 4). NDR är ett nationellt kvalitetsregister som grundades 1996 där personer med diabetes ingår från en ålder av 18 år. Registret har möjliggjort inhämtning av övriga relevanta data för studien. Genomförandet finns beskrivet för att möjliggöra evaluering samt replikation under likvärdiga förhållanden (Backman, 2016).

2.4 Dataanalys

För att jämföra skillnader i blodtrycksvärdet används intervallskala med range och medianvärde (Billhult, 2018a). Alla statistiska analyser genomfördes i IBM SPSS Statistics. Analysmetoden Friedman's Anova påvisar skillnader mellan värden uppmätta vid tre eller flera tillfällen och på så vis kan skillnader upptäckas på variabler över tid (Borg & Westerlund, 2007). Post hoc analys med Wilcoxon's teckenrangtest genomfördes för att se mellan vilka värden skillnaden fanns. Det innebär att skillnader på blodtrycksvärdet taget i hemmet respektive på mottagning testades mot varandra, för att se om nollhypotesen kunde för-

Text	Meningsenhet	Kod
Man spänner sig omedvetet när man ska ta blodtrycket på vårdcentralen plus att man säkert går ner i viloläge lättare när man är hemma.	Spänner sig omedvetet, på vårdcentralen Går ner i viloläge lättare när man är hemma	Spänning Avkoppling
Stressig morgon	Stressig morgon	Stress
Säkert lurar även en oro för att vara "sjuk" och inte sköta min hälsa när mätning sker hos medicinsk personal	Oro för att vara sjuk och inte sköta min hälsa.	Oro

Tabell 1 Exempel på innehållsanalys

kastas (Billhult, 2018b). P-värde $<0,05$ visar signifikans. Bonferronijustering användes för att justera p-värdena i post hoc analysen.

Deltagarnas svar på den öppna enkätfrågan lästes igenom av författarna och analyserades deduktivt. Texten delades in i olika domäner och meningsenheter. Texten kondenserades ner till ett innehåll som var väsentligt utifrån forskningsfrågan. Detta kodades och grupperades till kategorier och subkategorier (Tabell 1). Med hjälp av kvalitativ innehållsanalys kunde svaren sammanställas och ge en bild av svaret på frågan (Danielsson, 2018a; Wibäck, 2018).

2.5 Forskningsetiska överväganden

Det är viktigt att visa respekt och skydda deltagare genom att avväga vinster mot risker vid deltagande i en studie. Deltagarna skall visas respekt för människovärde, skyddas från fysisk skada samt psykisk och integritetsmässig skada (Etikprövningsmyndigheten, 2003). Alla deltagare fick ta del av den skriftliga studiepersonsinformationen (Bilaga 5). Medgivande avseende deltagande i studien samt insamlande av data från NDR, inhämtades skriftligt innan deltagandet påbörjades (Bilaga 4). I informationen framgick frivillighet att delta, samt att deltagandet kunde avslutas när som helst. Att ge deltagarna möjlighet till ett informerat samtycke är av ett forskningsetiskt värde för studien (Etikprövningsmyndigheten, 2003). Att vara med i studien medförde inte några kostnader eller extra besök. För att värna om vårdtagarnas integritet gjordes ingen skillnad i vården för vare sig de personer som deltog i studien eller de personer som valde att avstå (Kjellström, 2018). Ett eventuellt förhöjt blodtryck omhändertogs enligt Socialstyrelsens riktlinjer. Resultatet av blodtrycksmätningarna delgavs ansvarig läkare på respektive arbetsplats, som tog ställning till fortsatt utredning och behandling.

När det inte är möjligt att vara anonym är det av vikt att behandla all information som kommer in konfidentiellt samt att deltagarna får information om konfidentialitet. Data som inhämtas och rapporteras skall inte kunna härledas till någon deltagare (Polit & Beck, 2018). Inkommande data avidentifierades och kodades med ett nummer för att säkerställa konfidentialitet och original hölls inlåsta på respektive mottagning.

3. RESULTAT

Totalt tillfrågades 38 personer om deltagande i studien. Av dessa inkluderades 35 personer, tre valde att inte delta (Tabell 2) Svarefrekvensen var hög. Det finns enbart ett bortfall som på grund av felaktigt ifyllda värden inte fick delta i resultatet.

Då studien var en konvergent parallell mixad metod, så har av de 34 svar som inkom 21 deltagare (Tabell 3) upplevt att de haft skillnad i blodtrycksvärdena tagna i vårdmiljö och hemma. De har svarat på frågan: Om det skiljer mellan blodtrycken uppmätta på mottagningen och hemma, vad tror du att det kan bero på? Tre deltagare plockas bort i analysen, då de ej svarat på frågan utan i stället lämnat meddelande till exempel:

“Blodtryck liggande i vila 147/74 puls 66. Har fått högt blodtryck. Något är fel”.

3.1 Kvantitativt resultat

Friedman´s Anova visade att det finns en signifikant skillnad mellan de systoliska blodtrycken uppmätta på mottagningen, i hemmet på morgonen och i hemmet på kvällen. Wilcoxons teckenrangetest visade att signifikant skillnad fanns både mellan värdet uppmätt på mottagning jämfört med värdet uppmätt hemma på morgonen, samt på kvällen (Tabell 4).

Nollhypotesen att vårdmiljön inte påverkar blodtrycket hos personer med DM kunde förkas-tas.

Ingen skillnad förelåg gällande pulsen uppmätt på mottagning jämfört med i hemmet.

Skillnaden i blodtryckens medianvärde var 9 mm Hg ($p=0,002$) mellan värdet på mottagning jämfört med morgonvärdet hemma och 13 mm Hg ($p=0,003$) mellan värdet på mottagningen jämfört med kvällsvärdet hemma. Spridning av blodtrycksvärden tagna i vårdmiljö och i hemmet beräknas till kvartilavstånd 21,5 mm Hg på mottagningen, 23,5 mm Hg hemma morgon och 23,5 mm Hg hemma kväll (Figur 2).

3.2 Kvalitativt resultat

De personer som påvisade en skillnad i blodtrycksvärden tagna i vårdmiljö och hemma ombads att skriftligt lämna ett svar på den öppna frågan, vad de själva tror att skillnaden kan bero på. Resulta-

tet delades in i två kategorier och sex subkategorier (Tabell 5).

3.2.1 Fysiska miljöns inverkan vid blodtrycksmätning

Deltagarna angav att miljön de befinner sig i påverkar deras blodtryck. Deltagarna angav obehaglig spänning i vårdmiljö, medan de i hemmiljö hade lättare till avkoppling.

3.2.1.1 Obehaglig spänning i vårdmiljö

En känsla av stress i samband med vårdbesöket beskrevs på olika sätt. Viss spänning som leder till en känsla av stress beskrevs uppkomma omedvetet och deltagarna kunde inte alltid ge en rimlig orsak till varför, utan uttryckte det som att “det alltid varit så”. Några deltagare beskrev att vårdmiljön orsakar pulshöjning eller hjärtklappning.

“Blodtrycket är alltid högt på lasarettet. Så fort jag kommer innanför dörren känner jag pulsen stiga och jag jagar upp mig.”

“Jag började stressa upp mig för flera år sedan utan anledning och det går inte över. Idag har jag haft hjärtklappning pga detta...”

“Jag tror det har mycket med miljön att göra. Ända sen jag var liten har jag varit nervös när jag ska till sjukhuset.”

En deltagare uttrycker att det har betydelse för blodtrycksvärdet vilken profession som utför mätningen.

“Vid lasarettbesök ökar blodtrycket. Mest vid läkarbesök.”

3.2.1.2 Behaglig avkoppling i hemmiljö

Flera uttryckte det som positivt att själv få mäta blodtrycket i hemmiljö. De menade att det var lättare att få ett lugn och känna sig avslappnad när de befann sig i hemmet, och trodde att det bidrog till att blodtrycket då hamnade på en bättre nivå.

“När jag tar blodtrycket hemma är jag lugnare.”

“Att få ta blodtrycket hemma är att föredra.”

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)



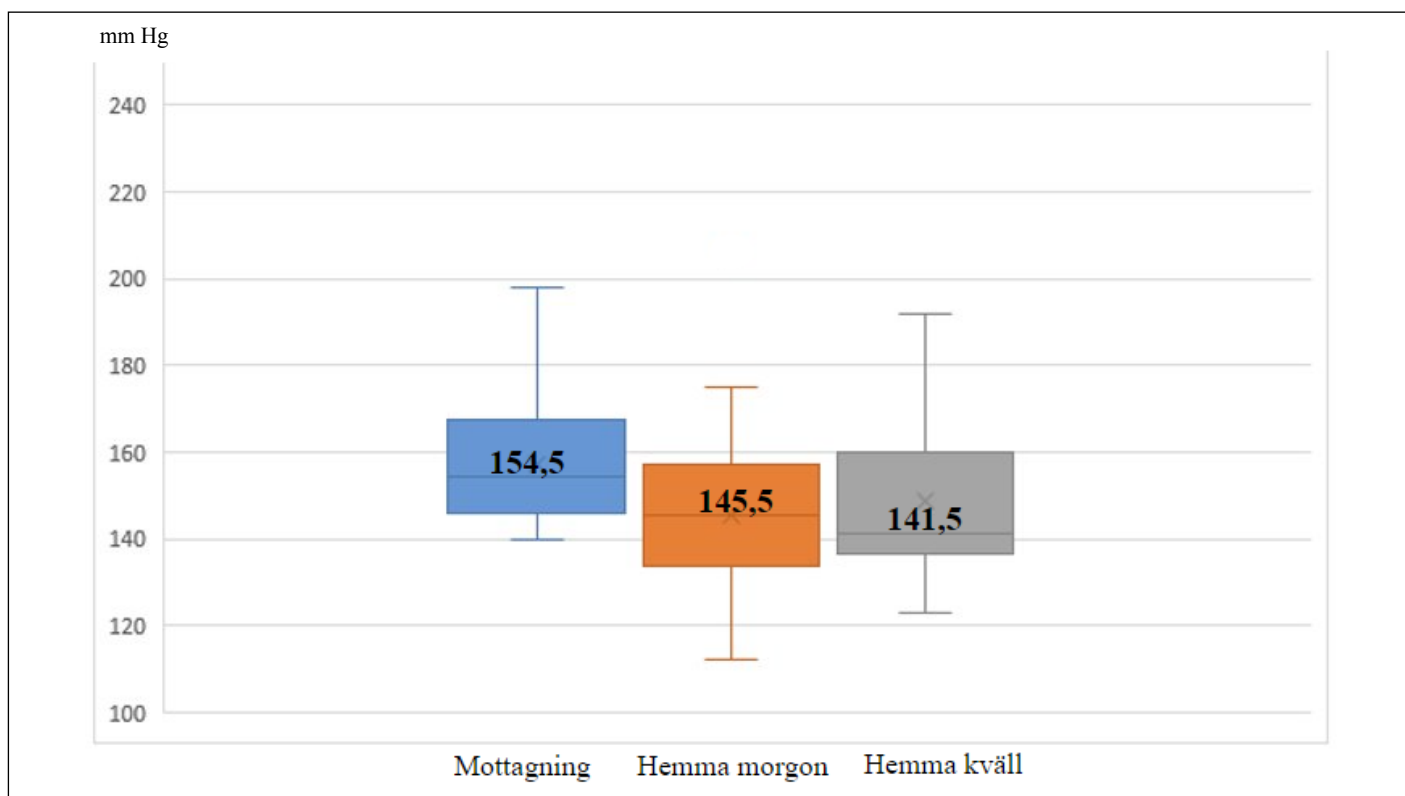
	<i>Kvantitativ N=34</i>	<i>Kvalitativ N=18</i>
<i>Antal kvinnor</i>	15	7
<i>Antal män</i>	19	11
<i>Alder år*</i>	65,59 ± 9,56	61,11 ± 9,19
<i>Antal personer med DM1</i>	19	13
<i>Antal personer med DM2</i>	15	5
<i>Antal personer med antihypertensiva läkemedel</i>	27	12
<i>Diabetesduration år*</i>	20,38 ± 16,75	18,78 ± 9,19
<i>HbA1c mmol/mol*</i>	56,26 ± 13,82	58,17 ± 15,12
<i>BMI*</i>	28,47 ± 5,16	27,61 ± 5,20
<i>Antal personer tidigare hjärt-kärlhändelse</i>	6	2
<i>Antal personer rökning</i>	2	1
<i>Bortfall</i>	1	

* Medelvärde och standardavvikelse

Tabell 2 Bakgrundsfakta deltagare kvantitativ och kvalitativ del

	<i>P-värde</i>
<i>Mottagning-hemma morgon</i>	0,001
<i>Mottagning-hemma kväll</i>	0,002
<i>Puls</i>	Ns

Tabell 4 Signifikans i skillnad på blodtrycksvärden och puls



Figur 2 Medianvärde och spridning över systoliska blodtrycksvärden tagna i vårdmiljö och hemma

Kategorier	Subkategorier
Fysiska miljöns inverkan på blodtrycksvärdet	<ul style="list-style-type: none"> Obehaglig spänning i vårdmiljö Behaglig avkoppling i hemmiljö Osäkerhet kring orsaken
Känslorens inverkan på blodtrycksvärdet	<ul style="list-style-type: none"> Känsla av stress på grund av vårdbesöket Negativa erfarenheter av vården Oro över resultat

Tabell 5 Kategorier och subkategorier

3.2.1.3 Osäkerhet kring orsaken

Att konstatera att blodtrycket ligger högre på mottagningen jämfört med i hemmet leder till frågan vad som orsakat detta. Det är inte alltid lätt att svara på det, utan ibland konstateras det bara av vårdtagarna att miljön har en inverkan. Eller att de inte vet orsaken.

“Möjlig miljöombytet?”

“Ingen aning!”

3.2.2 Känslorens inverkan vid blodtrycksmätning

Att uppleva stress uttrycker flera deltagare påverkar deras blodtryck. Av olika anledningar kan vårdtagarna ha svårigheter att komma ner i vila inför blodtrycksmätningen. Deltagarna uppgav att det kan vara en känsla av stress på grund av vårdbesöket, negativa erfarenheter av vården eller oro över resultat.

3.2.2.1 Känsla av stress på grund av vårdbesöket

Logistiken kring vårdbesöket, till exempel tid på dagen, var mottagningen är belägen, trafik och parkering upplevs påverka blodtrycket. Detta, samt att uppleva tidsbrist och stress runt vårdbesöket var en orsak som deltagarna misstänkte bidrog till ett förhöjt blodtryck. Vårdbesöken sker på dagtid och kan innebära att vårdtagaren måste ta ledigt en stund från arbetet för att kunna närvara. Att hinna med vårdbesöket i ett

annars pressat schema kan bidra till stress.

“Blodtryck på mottagningen tas på dagtid (oftast förmiddagen) när jag kommer från jobbet på förskolan och sedan ska tillbaka dit.”

“Tror att stressen att hinna med allt på jobbet innan man ska skynda sig till besöket och hitta en parkering och en p-automat som funkar, sen skynda att anmäla besöket i repen där det kan vara kö... Jag tror att det blir stressen som ökar mitt blodtryck.”

En person uttryckte att 5 minuters sittande vila inte var tillräckligt efter fysisk aktivitet innan blodtrycksmätning.

“Cyklingen till vårdcentralen. Ingen vägrät ställning..... innan blodtrycksmätningen”

3.2.2.2 Negativa erfarenheter av vården

Tidigare dåliga erfarenheter av blodtrycksmätning kan orsaka nervositet och rädsla vid framtida blodtryckskontroller. Att ha en negativ upplevelse i samband med blodtrycksmätning som tidigare har åsamkat smärta och obehag kan medföra svårighet att känna sig avslappnad inför mätningen av blodtrycket, som i sin tur kan påverka resultatet.

“Så här (foto) såg jag ut på vänster arm efter en sköterska tog blodtrycket på mig när jag var inlagd på xxx. Jag hade en annan apparat på den armen men det brydde hon sig inte om, eller såg inte. Ont gjorde det i alla fall. Fortfarande är jag rädd för blodtrycksmaskiner. När de pumpas upp kommer panikkänsla.”

3.2.2.3 Oro över resultat

Att gå till hälso- och sjukvården för att få resultat angående hälsa eller ohälsa upplever deltagarna påverkar blodtrycksvärdet. Känslan av hur personen “skött sig” eller “misskött sig” kan öka stressen i samband med vårdbesöket. Det kan också vara svårt att vara avslappnad vid mätning av blodtrycket i samband med att de väntar på besked. De uppger att det finns en oro att få negativa besked angående hälsan.

“... jag tror att lite stress och prestationsångest påverkar. Det är samma sak som när man besiktat bilen, går till tandläkaren eller väntar svar från mammografin.”

“Säkert lurar även en oro för att vara “sjuk” och inte sköta min hälsa när mätning sker hos medicinsk personal”

4. DISKUSSION

Föreliggande studie visade att blodtrycksvärdet hos personer med diabetes påverkades av i vilken miljö det uppmättes. Deltagarna i studien upplevde att yttre miljö, stress, oro över resultat och tidigare erfarenheter påverkade vitarockeffekten. När blodtrycket uppmättes i hemmiljö, upplevde deltagarna en bättre möjlighet till avkoppling och därigenom ett mer rättvist blodtryck.

4.1 Resultatdiskussion

Både de kvantitativa och kvalitativa resultaten i denna studie pekade på att vårdmiljön hade stor betydelse för blodtrycksvärdet. Tidigare studier pekar på liknande resultat (Bloomfeldt & Park, 2017; Browall et al., 2013; Carter et al., 2018; Piolo et al., 2018; Wang et al., 2014). Däremot fanns ingen signifikant skillnad i pulsen hos studiedeltagarna. Det här är något motsägelsefullt då vitarockeffekten beskrivs som en stressreaktion i vårdmiljö. Stressen leder till att det autonoma sympatiska nervsystemet aktiveras vilket resulterar i pulshöjning och högre blodtryck (Bloomfeldt & Park, 2017; Pioli et al., 2018). Det kvantitativa resultatet stärkes av det kvalitativa resultatet, där deltagarna upplevde att blodtrycksvärdet påverkades beroende på i vilken miljö det uppmättes. De uppskattade möjligheten att få ta blodtrycket i hemmiljö, vilket är i linje med tidigare forskning (Tompson et al., 2017). Det finns tidigare studier gjorda på hur stress påverkas av vårdmiljö, och flera av deltagarnas svar pekade på samma slutsatser.

4.1.1 Fysiska miljöns inverkan på blodtrycksvärdet

Deltagare i studien uppgav att logistiken kring att komma till besöket upplevdes påverka blodtrycksvärdet, till exempel stress att hinna till besöket i tid, ta ledigt från jobbet, men även bilkörning och parkering. Väl framme vid besöket var det en process att ta sig fram till den vårdpersonal som besöket skulle ske hos. För att undvika illabefinnande och vårdskada bör vårdmiljön anpassas för att bidra till hälsa. Genom att anpassa vårdmiljön även på väg till besöket och

se till att det finns parkeringsmöjligheter, samt att det är lätt att hitta rätt med skyltning kan vara av stor betydelse för att undvika stress. Det inkluderar hög personalnärvaro i receptionen för att undvika köbildning vid anmälan till besök, samt möjlighet att få hjälp och kunna rådfråga (Wijk & Nordin, 2017; Wijk, 2014). Många av deltagarna ansåg att det kändes lugnare att ta blodtrycket i hemmiljö mot vårdmiljö. Det resulterade i att blodtrycket påvisade lägre värde i hemmet, vilket bekräftas av Pierin et al., (2008) som också fann att det hade en positiv effekt på blodtrycksmätningen att utföra mätningen i en lugn miljö. Blodtrycksmätning med digital mätare i hemmet kan vara ett första steg i utredningen av högt blodtryck (Cohen, 2019; Muntner et al., 2019; Franklin et al., 2016; Parati et al., 2013; Peixoto, 2015; Pioli et al., 2018; Stergiou et al., 2018). Blodtrycksmätningen i hemmet gav dock inte alla deltagare ett tillräckligt underlag för bedömning, sex deltagarna fick fortsätta utredningen med ambulatorisk blodtrycksmätning.

Det kan inte uteslutas i studiens resultat att det skulle kunna vara något annat än vårdmiljön som påverkade blodtrycket hos deltagarna. Diabetesvården i Sverige är i de flesta fall uppbyggda som ett team med läkare, diabetessjuksköterska och dietist. Det innebär att vårdtagarna får en kontinuitet vid besöken med samma vårdpersonal. Några deltagare tog dock upp att de upplevde skillnad i stresspåslag beroende på vilken profession de skulle besöka. En deltagare uttryckte att det blev värre när denne träffade läkare. Det fann även Pierin et al. (2013), samt att det inte gav en minskning av blodtrycket vid upprepade besök till samma läkare. Medan Browall et al. (2013) ansåg att en kontinuitet bland vårdpersonal kunde leda till trygghet och genom det en minskad vitarockeffekt. I denna studie skedde blodtrycksmätningen av diabetessjuksköterskor som var kända av studiedeltagarna sedan tidigare. Trots kontinuitet så var blodtrycket högre i vårdmiljön än i hemmet. Frågan är om blodtrycket hade visat samma bild om det hade uppmätts av samma sjuksköterska i vårdtagarnas hem. Pierin et al. (2008) fann att när blodtrycket uppmättes i hemmet, i närvaro av flertalet vårdpersonal resulterade det i ett högre blodtryck än om det togs i närvaro av endast en sjuksköterska eller läkare. Mätningarna som utfördes i hemmet av personen själv, eller av anhörig var likvärdiga som

när det uppmättes utan vårdpersonal närvarande på mottagningen. Det pekar på att det inte är vårdmiljön i sig som ger vitarocksyndrom, utan vårdpersonalen. Bloomfield & Park (2017) fann dock i sin studie att blodtrycket verkade vara relaterat till vårdmiljö, inte vem som mätte blodtrycket. De såg med hjälp av ambulatorisk blodtrycksmätning att blodtrycket låg högt så länge personen befann sig i vårdmiljön.

4.1.2 Känslors inverkan på blodtrycksvärdet

Föreställningen av att besöket skulle påvisa ohälsa och sjukdom, att få negativa besked och att inte ha "skött sig" är en rädsla deltagarna uppgav och menade påverkade blodtrycksmätningen. De kände en stress och oro att få besked över vad proverna kunde visa och vilka besked som kom att delges. Att utforma besöket så att vårdtagaren upplever trygghet är av vikt. Vad som leder till trygghet är individuellt, men flera av studiedeltagarna upplevde att blodtrycksmätning i hemmiljö gav bättre förutsättningar. Att ta blodtrycket i hemmiljö ansågs av deltagarna öka chanserna att få ett rättvist blodtrycksvärde.

Alla personer har med sig olika erfarenheter av vad som hänt i livet, "en ryggsäck" som kan bestå av såväl positiva som negativa erfarenheter. Dessa erfarenheter kan leda till upprörda eller stressande känslor som påverkar blodtrycket. Miljön som personen befinner sig i kan påminna personen medvetet eller omedvetet om tidigare erfarenheter. Det behöver inte alltid handla om sjukdomsrelaterat lidande utan kan handla om bemötande, vårdskada eller vård som uteblivit vilket deltagare tog upp i sina svar. För dessa personer bör hembloodtryck erbjudas. Stergiou et al. (2018), Perry (2013) och Wang et al. (2014) menar att hembloodtrycksmätning accepteras av de flesta och orsakar ett obehag som är mindre än ambulatorisk blodtrycksmätning.

4.1.3 Felaktig misstanke om vitarockeffekten

Författarna noterade att flertalet personer uttryckte i samband med vårdbesöket att de alltid har ett förhöjt blodtryck i vårdmiljö, men normalt i hemmet. Resultaten visade visserligen att blodtrycket var lägre när det uppmättes i hemmet

men fortfarande över målvärdet. Detta talar för vikten av att alltid följa upp ett förhöjt blodtryck, då många av deltagarna i studien felaktigt trodde att blodtrycket skulle vara normalt i hemmiljö. Att mäta blodtryck i hemmet med validerad mätare kan identifiera eller förkasta vitarockeffekten (Stergiou et al., 2018).

4.1.4 Samhällsnytta

I studien användes en digital blodtrycksmätare som studiedeltagarna fick låna med sig hem. Att få mäta blodtryck i hemmiljö var något som några av deltagarna uttryckte att de föredrog, de upplevde att det kändes mindre stressigt och lugnare att få mäta blodtrycket hemma. Blodtrycksmätning i hemmet kan dock missa höga blodtrycksvärden nattetid, som ambulatorisk blodtrycksmätning skulle fånga upp. I och med det kan vitarocksyndromet felaktigt antas och vårdtagarna riskerar att bli utan förebyggande blodtrycksbehandling (Franklin et al., 2016; Stergiou et al., 2018). Några deltagare tog även upp att de blev stressade av bara synen av en blodtrycksmätare.

Sex deltagare uppvisade höga blodtrycksvärden både i sjukhusmiljö och hemma och utreddes vidare med ambulatorisk blodtrycksmätning, tre av dessa påvisade normala värden <140/85. Eguchi (2011) menar att ambulatorisk blodtrycksmätning hos personer med diabetes bör erbjudas minst en gång per år, då det ger en betydligt mer rättvis bild för en kardiovaskulär prognos än om blodtrycket mäts på mottagning. Detta gäller även för personer med vitarocksyndromet, inklusive maskerad hypertoni. Om det inte är möjligt med ambulatorisk blodtrycksmätning kan blodtrycksmätning i hemmet med digital blodtrycksmätare vara ett alternativ (Cohen, 2019; Muntner et al., 2019; Franklin et al., 2016; Parati et al., 2013; Peixoto, 2015; Pioli et al., 2018; Stergiou et al., 2018).

4.2 Metoddiskussion

4.2.1 Design

För att få svar på studiens syfte om vårdmiljö påverkade utfallet av blodtrycksmätning hos personer med diabetes har en kvantitativ och kvalitativ design använts. Genom att använda både kvantitativ och kvalitativ design i en studie kunde respektive methods begränsningar delvis elimineras, samtidigt som respek-

tive methods styrkor kvarstod (Borglin, 2018). Med denna design gavs en ögonblicksbild av hur det såg ut i en speciell grupp, vid ett speciellt tillfälle och skulle kunna göras om i framtiden under andra likvärdiga förutsättningar, för att jämföra eventuella åtgärder i vårdmiljön (Billhult, 2018c). Genom att vitarockeffekten påvisades hos personer med diabetes och möjligheten att ta del av deras egna uppfattningar vad det berodde på, gavs en djupare förståelse kring resultatet. I analysen av data har metoderna separerats och integrerats först i den övergripande tolkningen av resultaten. Data prioriterades likvärdigt vid analysen.

4.2.2 Urval

De personer som kom till mottagningen under angiven tidsperiod inkluderades i studien om de uppfyllde inklusionskriterierna samt önskade medverka. En svaghet vid ett konsekutivt urval kan vara påverkan av tidseffekten. För att undvika detta var det viktigt att insamling av data pågick så länge att tidseffekten inte påverkade resultatet. Författarna har varit medvetna om dessa svagheter och har samlat in data under en tremånadersperiod samt på två mottagningar för att få ett rättvist resultat (Gunnarsson, 2005). Deltagarna var personer som författarna är vårdgivare till. Risk fanns därför att studieresultatet på något vis påverkades av detta (Billhult, 2018b). Författarna var medvetna om risken och har i största möjliga mån försökt att undvika påverka deltagarna i samband med att information om studien gavs.

4.2.3 Samtycke/Bortfall

Kjellström (2018) påpekar vikten av muntlig samt skriftlig information för att ha kunskap att överväga deltagande och ge förutsättningar till beslut om medgivande att delta i en studie.

Innan deltagarna beslutade om deltagandet fick de information (Bilaga 5) muntligt och skriftligt, om frivillighet och möjligheten att avsluta om de önskade utan att det skulle påverka framtida vård. Författarna såg det som en styrka att deltagarna önskade att delta frivilligt och gav ett informerat samtycke (Bilaga 4). Bortfallet blev minimalt och redovisas i resultatet. Deltagarna kände författarna sedan tidigare vilket troligen medförde till ett litet bortfall. Det skulle även kunna vara en begränsning om deltagarna kän-

de en skyldighet att vara med. Författarna tror dock inte att så var fallet, det fanns även deltagare som tackade nej till att delta i studien. De som ville vara med uttryckte en positivitet att delta och få låna blodtrycksmätaren med hem.

4.2.4 Kvantitativ datainsamling

För att undvika felaktiga värden var det viktigt att deltagarna hade kunskap om hur blodtrycket mättes på ett korrekt vis. Att sitta bekvämt, vila 3–5 minuter samt inte nyttja tobak eller koffein 30 minuter före mätningen. Armen skulle vara i hjärthöjd och manschettens ha rätt storlek. Deltagarna fick undervisning i hur blodtrycket skulle mätas i hemmet, och tydlig skriftlig beskrivning medföljde. Det går inte att garantera att deltagarna utfört blodtrycksmätningen i hemmet på angivet sätt, och författarna kan inte garantera att vårdtagarna exempelvis inte druckit kaffe eller nyttjat tobak inom 30 minuter innan vårdbesöket, då blodtrycksmätningen utfördes i vårdmiljö.

För att ta blodtryck på ett korrekt sätt enligt ett standardiserat förfarande krävs kunskap men också en validerad mätare (Bakris et al., 2019). Det förekommer flera blodtrycksmätare på marknaden som inte validerats och därför inte kan garantera rätt värde (Tompson et al., 2017; Stergiou et al., 2018). Blodtrycksmätaren som användes i studien var CE-märkt och det var samma blodtrycksmätare som användes vid mätning både på klinik och i hemmiljö. Det gav en hög validitet och reliabilitet för uppmätta blodtrycksvärden (Tompson et al., 2017). Deltagarna uppmätte blodtrycket morgon och kväll, två gånger efter varandra för att få fram ett medelvärde. Om blodtrycket hade mätts vid fler tillfällen i hemmet kanske resultaten skulle varit annorlunda. Blodtrycket bör mätas morgon och kväll men i vissa fall kan mätning behöva utföras upp till 4–6 gånger för att även upptäcka låga värden efter till exempel medicinering (Peixoto, 2015). Ett protokoll (Bilaga 3) medföljde hem för att på ett enkelt sätt säkerställa att alla deltagarna fyllde i mätvärdena likvärdigt. Författarna kunde dock inte förkasta risken att studiedeltagarna felrapporterade de blodtrycksvärden som uppmättes i hemmet, som visat sig vara fallet i tidigare studier (Tompson et al., 2017; Stergiou et al., 2018). Detta skulle kunna ha förhindrats genom att använda mätare med minne (Stergiou et al., 2018).

Blodtrycksmätarna som deltagarna använde hade minne, men författarna valde att lita på deltagarnas inrapporterade värden. Det systoliska blodtrycket användes i beräkningen för jämförelse mellan blodtrycken, då det oftast är det systoliska blodtrycket som påverkas i vitarocksyndromet (Bloomfield & Park, 2017).

4.2.5 Kvalitativ datainsamling

Kvalitativ datainsamling är lämplig att använda sig av vid avsaknad av beskrivningar i syfte till att förstå ett fenomen (Danielsson, 2018b), i det här fallet vitarockeffekten. Denna studie samlade in kvalitativa data genom att deltagarna fick skriva ner sitt svar på en öppen fråga. Möjligen hade mer uttömmande svar uppnåtts vid en intervju, men författarna ansåg att det skulle bli ett för stort arbete i en studie med denna omfattning då mixad design valts. En svaghet var att deltagarna överlätts till att själva avgöra om det var skillnad i de uppmätta blodtrycksvärdena och därmed svara på frågan. I efterhand såg författarna att det borde ha förtydligats med exempelvis ett angivet värde som minsta skillnad, då några studiedeltagare inte svarade på frågan trots att det hade en liten skillnad i blodtrycksvärdena.

Att använda en öppen fråga var ett medvetet val för att undvika styrda svar. Genom användandet av öppet svarsalternativ fanns möjligheten att få personens egna ord och upplevelse i vad de trodde skillnaden i blodtrycket taget på mottagning och i hemmet berodde på. Dahlberg et al. (2003) menar att en öppen fråga som inte har ett svar som är givet ger en möjlighet att se personens livsvärld. En öppen fråga gav möjligheten att utforma frågan så att den svarade på syftet (Billhult, 2018a).

När 20 kvalitativa svar inkommit såg författarna att svaren upprepade sig. Författarna valde dock att fortsätta datainsamlingen för att få tillräckligt kvantitativt underlag för studien.

4.2.6 Konfidentialitet

Inkomna svar från deltagarna avkodades och fördes in i dataprogram för beräkning och vidare kvalitativ bearbetning. Det framgår inte vilka som deltagit i studien och all information har behandlats konfidentiellt. Författarna var med-

vetna om att det fanns en begränsning i att deltagarna inte fick vara anonyma. Att inte vara anonym möjliggjorde möjligheten att utreda ytterligare om så krävdes, samt sätta in en behandling vid ett eventuellt högt blodtryck även vid blodtryck tagna hemma. Det var inte etiskt försvarbart att personerna skulle fortsätta ha höga blodtrycksvärden, som inte blir omhändertagna efter att lämnat in resultatet på blodtrycksmätningarna.

4.2.7 Kvantitativ analys

För att använda ett parametriskt test krävs att stickprovet ur populationen är tillräckligt stort eller normalfördelat. Detta för att undvika ett missvisande resultat (Björk, 2011). Vad som anses vara ett tillräckligt stort stickprov är beroende på hur snedfördelningen i stickprovet är. Ofta handlar det om ett stickprov på 30–100 personer (Ejlertsson, 2003). Datan som samlades in ansågs av författarna vara för litet för att använda ett parametriskt test. För att beräkna skillnaderna användes därför ett icke parametriskt test för att få fram medianvärde.

De 3 mätillfällena med parade data analyserades med Friedman's Anova där signifikant skillnad uppmättes. Friedman's Anova är en analysmetod som kan användas vid analys av tre eller fler upprepade mätningar med samma deltagare (Borg & Westerlund, 2007). Friedman's Anova användes för att få fram skillnader. När skillnaderna var signifikanta, kunde ytterligare en test användas för att undersöka var skillnaderna fanns. (Borg & Westerlund, 2007).

Wilcoxon test användes för att ta fram skillnader mellan värdena. P-värdet justerades med Bonferrioniberäkning för att undvika slumpen då flera test användes som visade signifikans och 0-hypotesen kunde därmed förkastas (Borg & Westerlund, 2007).

4.2.8 Kvalitativ innehållsanalys

Kvalitativ innehållsanalys är en metod som redovisar resultatet tillförlitligt. Då innehållsanalysen gjorts metodiskt och granskats är det en stor tillförlitlighet till resultatet (Danielsson, 2018a). Resultaten har tagits fram med hjälp av en analysmall där avkodade resultat fördes in och numerades. Därefter har texten bearbetats till meningsbärande enheter,

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

Fiasp[®] (insulin aspart) **Ett snabbare insulinsvar vid måltid**

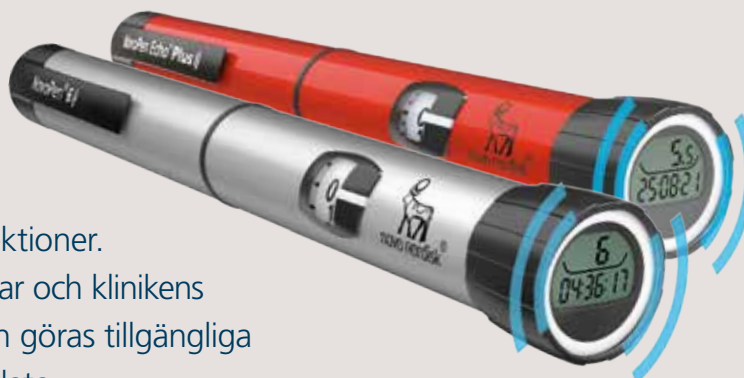
jämfört med NovoRapid[®] (insulin aspart)^{1,2}

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



NovoPen[®] har blivit smartare

Fiasp[®] är 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 Pharmacokinet. 2017;56(5):551–9. 3. AUP, www.tlv.se, januari 2022.

▼ 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 injektionsspenna; 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. Pediatrik population: För att undvika nattlig hypoglykemi rekommenderas noggrann övervakning av blodglukosnivåer om detta läkemedel administreras efter att dagens sista måltid inlets.

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 08/2021.

SE21FSP00006



koder, subkategorier och kategorier. För att ge resultaten en ökad slutledningskvalitet har båda författarna varit lika delaktiga i processen och gjort enskilda parallella analyser. Analyserna jämfördes därefter och ett resultat framkom.

4.3 Vidare forskning

Det finns ytterligare behov av att gå djupare in i området och se vad personalen själva tror är orsaken till skillnaden i blodtrycksvärdena, samt vad de tror kan förändras inför eller vid besöket hos hälso- och sjukvården. Detta för att ge en tryggare vårdmiljö i samband med blodtrycksmätning men även vid besöket. Om vi får mer kunskap kring dessa områden så kan resultaten vara värdefulla för utformningen av den framtida vården för personer med diabetes. Det skulle även vara intressant att se om vita-rockeffekten påverkas av kön, ålder, tidigare medicinering eller typ av diabetes.

Att vita-rockeffekten påverkar blodtrycket hos många personer är välkänt, och även bekräftat i denna studie. Något

som är mindre känt är hur blodsockret påverkas av vårdmiljön. Vid många vårdbesök hos diabetessjuksköterska mäts förutom blodtrycket även blodsockret. Bloomfield och Park (2017) har sett att blodsockret också påverkas av vårdmiljön. Om deras resultat kan stärkas i andra studier skulle det ge värdefulla kunskaper för vårdpersonal, samt påverka besökens utformning.

4.4 Slutsats

Blodtrycket var signifikant högre när det uppmättes i vårdmiljö än i hemmet. Anledningen till skillnaden upplevdes av deltagarna bero på yttre miljö, stress, oro över resultat och tidigare erfarenheter. Kunskapen om detta kan underlätta utformningen av vårdmiljön samt stärka evidensen, att genom blodtrycksmätning i hemmet individanpassa uppföljningen av blodtrycksvärden. I och med bekräftad hypotes ger de kvalitativa resultaten en djupare förståelse för vitarocksyndromet och vårdmiljöns påverkan av blodtrycket. Genom dessa resultat hoppas

författarna att fler vårdcentraler och mottagningar kommer erbjuda personer att använda hembloodtryck, då det ökar möjligheten till att fler får rätt behandling för blodtrycket. Ett observandum som framkommit i studien är att flera av deltagarna hade högt blodtryck även hemma trots insatt behandling. Det leder till frågan: Tar de sin medicin? Har vården varit dåliga på att följa upp om behandlingen varit tillräcklig? Eller finns det någon annan orsak än underbehandling?

De personer som deltagit i undersökningen var kända sedan tidigare av författarna då de haft regelbunden kontakt på mottagningarna. Överförbarheten till andra grupper inom hälso- och sjukvården med vårdtagare som inte känner sin vårdgivare kan därför vara begränsad. Sjukvårdspersonal bör dock kunna dra lärdom av resultatet för personer i liknande kontext.

För referenser och bilagor: Vänligen kontakta författarna: Eva-Karin Borg och Frida Östergren.

Britt-Marie Carlssons Stipendiefond

Britt-Marie Carlssons stipendiefond inom Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård, SFSD.

Britt-Marie Carlsson, diabetessjuksköterska från Västra Götaland, arbetade under många år för en bättre vård för personer med diabetes både lokalt och nationellt. Sedan början av 2000-talet var hon aktiv inom SFSDs styrelse och de sista åren som dess ordförande fram till hennes bortgång.

En av Britt-Marie Carlssons sista önskningar var att det efter hennes död skulle instiftas en minnesfond till stöd för barn, ungdomar och unga vuxna upp till en ålder av 25 år, med diabetes.

Syftet med fonden är att stötta personer med diabetes och diabetesvården genom att bidra till olika former av aktiviteter, såsom lägerverksamhet, kurser och grupputbildningar kopplade till diabetes.

Ansökningar kan göras av enskilda individer med diabetes och diabetesteam på klinik. Ansökan görs elektroniskt på SFSDs hemsida, diabetesnurse.se. **Ansök senast 31 oktober 2022**



SVENSK FÖRENING
FÖR SJUKSKÖTERSKOR
I DIABETESVÅRD



Lägre förekomst av diabetiska ögonskador hos kaffedrickare

Förekomsten av vanliga ögonskador vid diabetes var lägre hos typ 2-diabetiker som drack två koppar kaffe eller mer per dag. Skyddar kaffe mot diabetiska ögonskador? En studie av forskare i Sydkorea tyder på det. Förekomsten av vanliga ögonskador vid diabetes var lägre hos typ 2-diabetiker som drack två koppar kaffe eller mer per dag i jämförelse med deltagare som nästan aldrig drack kaffe.

Det är långt ifrån första gången kaffekonsumtion i diabetessammanhang undersöks. Ett exempel är den artikel i tidskriften Nutrition Reviews som forskare vid Karolinska institutet publicerade 2018. Det var en så kallad metaanalys där resultaten från flera studier hade sammanställts.

I analysen ingick 30 vetenskapliga undersökningar och sammantaget fann forskarna att de som drack kaffe hade en lägre risk att insjukna i typ 2-diabetes.

Delades in i fyra grupper

Hur är det med diabetiska ögonskador, så kallad retinopati, en vanlig komplikation vid diabetes hos de som redan insjuknat? Det har forskare i Sydkorea undersökt i en studie som har publicerats i tidskriften Nature.

Ur ett stort dataregister identifierade forskarna bland de drygt 37.000 deltagarna 1350 personer med typ 2-diabetes som undersöktes avseende retinopati och hur allvarliga ögonskadorna var. Resultaten ställdes i relation till hur mycket kaffe deltagarna själva uppgav att de drack. Beroende på konsumtion delades de in i fyra grupper – nästan inget kaffe, mindre än en kopp om dagen, en kopp om dagen och mer än två koppar om dagen.

För att bedöma grad av retinopati i förhållande till kaffedrickande fick forskarna

även justera resultaten med bland annat hur gammal individen var, hur länge de hade haft typ 2-diabetes och hur blodsockerkontrollen var (mätt som långtidsvärdet HbA1c).

Typ av kaffe hade ingen betydelse

Var femte deltagare hade konstaterad retinopati och merparten av dem en mildare form. En liten andel av deltagare med ögonsjukdom hade proliferativ retinopati, som ökar risken för allvarliga synförsämringar och i mycket ovanliga fall blindhet.

När förekomst och allvarlighetsgrad av ögonskadorna ställdes i förhållande till kaffekonsumtion framstod en tydlig tendens. Förekomsten av retinopati var lägre hos de som drack kaffe och lägst bland de som konsumerade två eller fler koppar kaffe om dagen. Tendensen fanns bland de som var under 65 år, inte bland de äldre. Detta, menar forskarna, beror på att de yngre i regel inte hade haft diabetesdiagnosen lika länge. Den yngre åldersgruppen drack också mer kaffe än de äldre.

Enligt studieresultatet hade typ av kaffe som konsumerades ingen betydelse, om det var svart, kaffe med socker eller sötningsmedel eller med grädde.



Närings- och kostrekommendationer

"Med tanke på den globala bördan av ohälsa orsakad av diabetes är det av stort intresse att utveckla närings- och kostrekommendationer som kan minska eller förebygga diabeteskomplikationer", skriver forskarna.

"Kaffe", fortsätter de "är en av de mest konsumerade dryckerna i världen och många studier har undersökt sambandet mellan kaffekonsumtion och olika sjukdomar, exempel cancer, Alzheimer, hjärt- kärlsjukdomar och typ 2 diabetes."

Studien svarar inte på frågan om varför kaffe tycks skydda mot retinopati. För att svara på den frågan måste en annan stort studie genomföras.

Av Tord Ajanki - publicerad 9 maj 2022

Förbättrad glukoskontroll med Egenmonitorering

En forskningsstudie om implementering av egenmonitorering för patienter med typ-2 diabetes har genomförts vid Karolinska Institutet. Projektet har resulterat i mycket positiva kliniska resultat och de deltagande patienterna uppskattade möjligheten att engagera sig i sin egen vård. Studien som gjorts av Karolinska Institutet var baserad på ett relativt litet antal patienter men visar att egenmonitorering som arbetsätt kan leda till hälsovinster.

Inledning

En implementeringsstudie om egenmonitorering för diabetespatienter genomfördes under 2020-2021 på två vårdcentraler inom SLSO. Den pågående Coronapandemin tillförde utmaningar att avsätta tid och att rekrytera patienter, vilket ledde till minskade ambitioner avseende projektets omfattning och antalet avslutna patienter men resultaten av studien är väldigt positiva med betydande sänkningar av HbA1c vilket ligger i linje med motsvarande studier utomlands.

I projektet har diabetesköterskorna avsatt tid i sitt schema för att ge stöd till patienterna i stort sett dagligen, men ibland ned till 3 ggr/vecka. Patienterna blev informerade om att svar från vårdgivaren inte alltid skulle komma dagligen. Att ge stöd dagligen eller flera gånger per dag skulle vara optimalt för patienterna.

Identifierade möjligheter till förbättring av vården

Projektet har visat att egenmonitorering ger patienten många möjligheter till delaktighet och stöd för uppföljning, bland annat genom:

- Ökad delaktighet genom att diskussioner om patientens hälsovärden sker oftare än bara en till två gånger per år vid ordinarie besök.
- En tydlig och tillgänglig vårdplan ger personcentrerad vård.

- Patienten känner trygghet i att vårdgivaren har kontroll på hans värden.
- Snabb och enkel kontakt med vården genom chattfunktionen.
- Appen ger patienten bättre insikt i sin diagnos vilket kan få till följd att hans blodsockervärden förbättras.
- Patienten får bättre förståelse för sambandet mellan levnadsvanor och värden.

Kliniskt utfall

Den data som samlats in i studien är från ett relativt litet antal patienter. Dessa data har kontrollerats vid Kista vårdcentral och visar påtagliga effekter av interventionen:

Samtliga studerade patienter (n=16) hade vid studiens start HbA1c $60,4 \pm 1,1$ mmol/mol ($m \pm SEM$). Ett senare prov taget något före interventionens avslutning visade HbA1c $57,3 \pm 1,1$ mmol/mol och ett sista prov taget efter interventionens slut var $51,8 \pm 2,1$ ($p < 0,001$ vs HbA1c-värdet vid start), således en högt signifikant sänkning från 60,4 till 51,8, vilket innebär en kliniskt relevant förbättring. En minskning med minst 5 mmol/mol-enheter räknas som relevant för ett nytt antidiabetiskt läkemedel enligt Societalstyrelsens riktlinjer för diabetesvård.

Några få patienter (n = 4), hade initialt en sämre blodglukoskontroll, det vill säga



HbA1c över 70 mmol/mol) vid start. Före interventionens start hade denna lilla grupp HbA1c $74,5 \pm 1,2$ mmol/mol. Under studien sjönk HbA1c i ett prov taget strax före interventionens slut till $63,8 \pm 2,1$ mmol/mol, och i provet taget efter interventionens slut till $50,8 \pm 4,0$ ($p < 0,001$ vs HbA1c-värdet vid start). Även detta var en hög signifikant sänkning, således en förändring till bättre blodglukoskontroll. Detta är ett viktigt mått på klinisk förbättring.

Med resultaten i det här projektet har vi visat att patienter med oförändrad medicineringsmen med tillgång till egenmonitoreringsverktyget Telia Health Monitoring (numera Camanio Health), har signifikant kunnat förbättra sin blodglukoskontroll. Det visar således på en alternativ möjlighet till att förändra läkemedlen för att få en gynnsammare blodglukoskontroll. Dessutom erbjuder detta alternativ ett hjälpmedel för att patienten skall bli mera involverad i sin diabetesbehandling.

Citat från intervjuer med patienter och personal

Citaten är hämtade från arbetsmaterialet till projektrapporten, se referens nedan.

Sköterska: "Största vinsten är att ... man upptäcker patienternas dåliga värden i tid. Att man kan återkoppla det direkt.

Det behöver inte liksom vänta tills jag har något fysiskt besök, liksom med patienten. Jag kan återkoppla det på en gång. Och få svar förhoppningsvis på en gång, av patienten, liksom varför det ser ut som där."

Patient: "Dessutom har jag förutom betydelsen av rätt kost och motion också kunnat se tydliga effekter på mina glukosvärden vid sjukdom och andra påfrestningar."

Sköterska: "När man ser det på pränt så blir det helt annat"

Sköterska: "Största vinsten är att ... man upptäcker patienternas dåliga värden i tid. Att man kan återkoppla det direkt. Det behöver inte liksom vänta tills jag har något fysiskt besök, liksom med patienten. Jag kan återkoppla det på en gång.

Och få svar förhoppningsvis på en gång, av patienten, liksom varför det ser ut som där."

Slutsatser av pilotstudien

Projektet med införande av egenmonitorering har påvisat positiva resultat och synliggjort möjligheter i många dimensioner:

- Projektet har resulterat i mycket positiva kliniska resultat för majoriteten av deltagarna.
- Majoriteten av deltagande patienter har uppskattat ökad tillgänglighet till vård och bättre möjligheter att engagera sig i sin egen vård.
- Personalen har uppfattat möjligheten att organisera sitt arbete mer flexibelt.

Med rätt organisatoriska förutsättningar kommer egenmonitorering som arbetsätt att möjliggöra för patienter att bli mer delaktiga i sin vård och vårdgivarna kommer bättre kunna rikta sina insatser. Detta leder till stora hälsovinster för patienterna, minskade akutinsatser och ökade möjligheter för personalen att organisera sitt arbete på ett mer flexibelt sätt.

Claes-Göran Östenson, professor Endokrinologi, Karolinska Institutet, Stockholm

Ulf Wretling, Telia Commanio

Lars Gustavsson, CGI

Projektrapporten finns att läsa på Vinnovas hemsida: <https://www.vinnova.se/contentassets/5f180a436a344c23ab1c5>

Diabetesportalen:

Nytt sätt att mäta BMI kan förutspå risken för typ 2-diabetes hos normalviktiga

Fetma och övervikt innebär en ökad risk för att utveckla typ 2-diabetes, men normalviktiga får också sjukdomen. Forskare vid Lunds universitet har upptäckt att det går att identifiera individer med normal vikt som är i riskzonen genom att mäta BMI på ett nytt sätt. De har kartlagt överviktsliknande förändringar i ämnesomsättningen som kan kopplas till en ökad risk för att utveckla typ 2-diabetes.

Typ 2-diabetes kan kopplas till att människor rör för lite på sig och blir överviktiga. Omkring 20 procent av patienter med sjukdomen är normalviktiga, och det är viktigt att identifiera vilka individer med ett normalt BMI som är i riskzonen att få typ 2-diabetes. En tidig upptäckt kan minska risken för vanliga komplikationer vid diabetes, som exempelvis hjärt- och kärlsjukdom och njursjukdom. Ett internationellt forskarlag har undersökt om det går att hitta normalviktiga personer med ökad risk genom att mäta nivåerna av några av de metaboliter som är viktiga för ämnesomsättningen.

– I vår studie har vi identifierat en grupp individer som har ett normalt BMI, men som trots detta har överviktsliknande förändringar i sin ämnesomsättning, säger Filip Ottosson*, korresponderande för-

fattare för studien, som har publicerats i Diabetes Care.

Mätte metaboliter

Forskarna har mätt förekomsten av 108 olika sorters metaboliter som är kopplade till insjuknande i diabetes i blodprover hos 7663 deltagare i tre olika befolkningsstudier i Sverige och Italien. Deltagarna placerades i fem olika grupper beroende på deras metaboliska BMI. Personer med ett metaboliskt BMI som var fem BMI-enheter högre än deras vanliga BMI studerades särskilt ingående. Gruppen hade två gånger så stor risk att få typ 2-diabetes jämfört med individer som hade ett normalt BMI baserat på både vikt och ämnesomsättning.

– Vi hoppas att forskningen kan användas för att identifiera människor med en dold risk att utveckla sjukdomen. Om vi kan fånga upp de här personerna innan sjukdomen bryter ut kan vi sätta in förebyggande åtgärder. Det skulle kunna spara stora kostnader för samhället eftersom typ 2-diabetes ofta leder till olika typer av komplikationer, säger Olle Melander, professor i internmedicin verksam vid Lunds universitets diabetescentrum (LUDC) och medförfattare till studien.

Förebyggande åtgärder

Forskarna har använt sig av maskininlärningsmetoder för att gruppera deltagare med olika metaboliska profiler och för att räkna ut risken för ett insjuknande. De följde upp vilka grupper som utvecklade typ 2-diabetes i befolkningsstudien Malmö kost cancer (MKC), där deltagare har följts under 20 år. Resultaten behöver bekräftas i en annan befolkningsstudie med liknande uppföljningstid och det behövs även studier som undersöker fler metaboliter.

– Det här kan bli ett nytt sätt att screena för typ 2-diabetes och sätta in förebyggande åtgärder hos normalviktiga människor som är i riskzonen att få sjukdomen. Gruppen är inte hjälpt av att gå ner i vikt utan kan behöva andra åtgärder. På längre sikt är det möjligt att vi kan utveckla läkemedel som kan bidra till att sänka nivåerna för vissa metaboliter, säger Filip Ottosson, forskare inom metabolismik.

Vad är Rundabordssamtal i Västra Götaland?

Rundabordssamtalen är ett samarbete mellan Diabetesförningen Västra Götaland och läkemedelsindustrin som arbetar med diabetes och är medlemmar i Lif.



Kent Olaisson

Lif är en branschorganisation för de forskande läkemedelsföretagen i Sverige, för att stärka den svenska Life Science-sektorn i samverkan med vårdens aktörer, politiker, tjänstemän och patientföreträdare.

Det började som en paneldebatt där professionen och diabetiker kunde ställa frågor till politiker, detta var före pandemin. När pandemin kom diskuterades hur vi skulle gå vidare. Vi kom snabbt fram till att använda digitala medier för att fortsätta och det blev ett lyckat drag. Nu är det inte "paneldebatt" utan samtal mellan Politiker och tjänstemän, professionen och representanter för diabetesföreningarna i regionen.

Syftet med samtalen är att belysa både vad som är bra och vad som kan göras bättre. Det har diskuterats frågor som politiker senare har tagit upp i Regionstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsstyrelsen för att belysa svårigheter/problem i vården. Det diskuteras både sjukhusvård och primärvård på mötena. Där finns även representanter för RPT-Diabetes så frågorna kommer verkligen upp i regionen.

Deltagande politiker kommer från samtliga partier i regionen, främst de politiker som har något samröre med hälso- och sjukvård. Professionen är från Sjukhus, primärvård och även kommunal hälso- och sjukvård, där är rehab-personal, diabetessjuksköterskor, dietister, diabetes-

läkare och representanter för NDR, och samtliga lokalföreningar i regionen är inbjudna att delta med representanter.

De huvudsakliga frågorna hittills har varit ögon och fötter, de långa köerna för att komma till ögonbottenfotografering, till att få utskrivna läkarintyg för körkort, problemen med att få fötterna riktigt undersökta och att få fotvård både inom primärvården och den kommunala sjukvården, främst då på äldreboenden.

Vid senaste mötet diskuterades även utbildning av nydebuterade typ 2:or via I177, ett projekt som startar i Jönköping och som tack vare dessa samtal så har VG-regionen hakat på denna studie.

Vi har dessa samtal två gånger per år och samtalen börjar alltid med en återblick, vad har hänt och inte och i så fall varför, går det att skynda på eller att göra på annat sätt. Därefter tar vi upp "övriga frågor" finns det andra ämnen som borde diskuteras och den listan kommer antagligen aldrig att sina.

Det har spridit sig att vi har dessa samtal för det hör ofta av sig politiker som vill delta som vi inte haft kontakt med och hittills har inget parti uteblivit från samtalen.

Nästa Rundabordssamtal är planerat till 23 november 2022.

Om du önskar delta, kontakta gärna Diabetesförningen Västra Götaland Kent Olaisson
Ordförande
kent.olaisson@telia.com

**INSULIN ASPART SANOFI®
ÄR HÄR FÖR ATT STANNA!**

25 % lägre pris
jämfört med
NovoRapid®¹



LIKVÄRDIG EFFEKT OCH SÄKERHETS- PROFIL MEN TILL ETT LÄGRE PRIS, JÄMFÖRT MED NOVORAPID^{1,2}

- 25 % lägre pris¹
- Samma indikationer som för NovoRapid³
- 1:1 dosering – ingen doskonvertering krävs³
- Tillgänglig i injektionspennan SoloSTAR® cylinderrampull och injektionsflaska³

**Insulin
aspart Sanofi**³

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

Insulin aspart Sanofi® (insulin aspart), 100 enheter/ml injektionsvätska, lösning. Rx, F, A10AB05. **Indikation:** Behandling av diabetes mellitus hos vuxna, ungdomar och barn från 1 års ålder. För ytterligare information och prisuppgift, se www.fass.se. **Kontaktuppgifter:** Sanofi AB, Box 30052, 104 25 Stockholm, tel: +46 8 634 50 00, www.sanofi.se. Vid frågor kontakta: infoavd@sanofi.com. Datum för senaste översyn av produktresumén; november 2021. ▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. För ytterligare information, se www.fass.se.

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

sanofi

Tilläggsbehandling med SGLT2-hämmare och GLP1-receptoragonister hos patienter med typ 2-diabetes och risk för hjärt- och kärlsjukdom eller njursjukdom

SBU har publicerat en sammanfattning av systematisk översikt som publicerades BMJ 2021. Nu maj 2022 har SBU besvarat en översiktfråga som lyder: Vilka effekter har tillägg av SGLT2-hämmare och GLP-1-receptoragonister till befintlig diabetesbehandling hos patienter med olika risknivåer för hjärt- och kärlsjukdom eller njursjukdom?

SBU:s

svar:

Översiktsförfattarna sammanfattar att behandling med antingen SGLT2-hämmare eller GLP1-receptoragonister, som tillägg till befintlig diabetesbehandling, minskar dödlighet, icke fatal hjärtinfarkt samt njursvikt (hög tillförlitlighet). Den absoluta positiva effekten av läkemedlen varierade väsentligt beroende på risknivå vid behandlingsstart. SBU konstaterar att denna tolkning av det vetenskapliga underlaget är relevant. Läs mer här: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/sbuk202207/>

Mat vid en systematisk översikt med utvärdering av hälsoeffekter och etiska aspekter

Syftet med projektet har varit att utvärdera positiva och negativa hälsoeffekter av mat och kostbehandling hos individer med typ 1-, typ 2- och graviditetsdiabetes, att analysera hälsoekonomiska aspekter samt att beakta etiska aspekter. Anledningen till att projektet har genomförts är att det har tillkommit ny forskning på området. Rapporten bygger på en SBU-rapport från 2010 och kommer utgöra underlag till ett nytt kunskapsstöd från Socialstyrelsen om mat vid diabetes.

Utvärderingen jämför hälsoutfall för personer som är 18 år och äldre. Det gäller dels olika kosten och kostbehandlingar, dels vissa livsmedel, näringsämnen och drycker. Eftersom syftet har varit att undersöka den långsiktiga betydelsen för blodglukos- och blodfettsnivåer respektive diabeteskomplikationer I I ställdes krav på uppföljningstid i studierna på minst 6 månader vid typ 1- och typ 2-diabetes samt minst 6 veckor vid graviditetsdiabetes.

Slutsatserna beskriver dels samband mellan vad individer själva har valt att äta och olika hälsoutfall (utifrån prospektiva kohortstudier), dels effekter av insatser som kostråd (utifrån interventionsstudier). I de slutsatser som beskriver samband är kopplingen mellan kost och hälsa inte säkert kausal. Det betyder att ett orsakssamband skulle kunna föreligga, men befintliga forskningsresultat har bedömts inte räcka för att fastställa att hälsoeffekten beror på kosten och inte andra faktorer.

Källa SBU. se

SBU har nu publicerat en rapport som kanske kan vara av intresse för er alla diabetessjuksköterskor

Tilläggsbehandling med SGLT2-hämmare och GLP1-receptoragonister hos patienter med typ 2-diabetes och risk för hjärt- och kärlsjukdom eller njursjukdom.

SBU har publicerat en sammanfattning av systematisk översikt som publicerades BMJ 2021. Nu maj 2022 har SBU besvarat en översiktfråga som lyder:

Vilka effekter har tillägg av SGLT2-hämmare och GLP-1-receptoragonister till befintlig diabetesbehandling hos patienter med olika risknivåer för hjärt- och kärlsjukdom eller njursjukdom?

SBU:s svar:

Översiktsförfattarna sammanfattar att behandling med antingen SGLT2-hämmare eller GLP-1-receptoragonister, som tillägg till befintlig diabetesbehandling, minskar dödlighet, icke fatal hjärtinfarkt samt njursvikt (hög tillförlitlighet). Den absoluta positiva effekten av läkemedlen varierade väsentligt beroende på risknivå vid behandlingsstart. SBU konstaterar att denna tolkning av det vetenskapliga underlaget är relevant.

Läs mer här: <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/sbuk202207/>



Memorial Stina Wallenkrans 19 september 1929 – 14 januari 2022

Stina var barnsjuksköterska i Göteborg på Östra sjukhuset och en av de första diabetessjuksköterskorna i Sverige. Stinas område var barn med diabetes. Diabetessjuksköterskans arbete utvecklades och ganska snart fanns ett behov av att utbyta erfarenheter och kunskaper inom området. Stina var tidigt med när Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård, SFSD bildades omkring 1982. Sedan var Stina aktiv inom föreningen fram till sin pensionering. Förutom i det nationella arbetet med att förbättra diabetesvården så hade Stina ett intresse för internationellt arbete. Stina var en av grundarna 1995 till FEND, Foundation of European Nurses in Diabetes och satt i styrelsen i flera år som dess kassör. Stina var mycket uppskattad av familjerna som hon mötte i sitt arbete och också av oss som lärde känna henne som kollega.

Styrelsen för SFSD



Storstockholms diabetesförening har delat ut 2 priser i maj 2022

Diabetespriset 2022 har tilldelas härmed Diabetesmottagningen på Ersta sjukhus!

– Priset är en fjäder i hatten för hela teamet och något vi är väldigt stolta över. Att det var en patient som nominerade oss till priset känns extra bra, säger Henrik Wagner, överläkare och läkarchef på mottagningen.

Motivering:

Diabetesmottagningen har i ett långsiktigt arbete lyckats uppnå god kvalitet på sin diabetesvård. Man arbetar i team och ligger även i framkant vad gäller digitala tjänster som gör att man som patient snabbt och enkelt kan nå sin vårdpersonal. Över hälften av patienterna är under 30 år vilket gör mottagningen till Sveriges största för unga vuxna. Arbetet att guida och stötta när man går från barnsjukvård till vuxenvård är otroligt viktigt för att må bra trots sin sjukdom. Mottagningen har också förbättrat flera mätpunkter i Nationella diabetesregistret.

Hedersomnämmande 2022 Rebecca Guldberg

"Även motsträviga äldre gubbar blir motiverade efter ett snack med Rebecca." Så säger en av hennes patienter. Rebecca Guldberg har blivit hedersomnämnd av flera patienter och Storstockholms Diabetesförening delar ut ett hederspris.

Motivering

Rebecca har med sin höga kompetens och osedvanligt stora lugn, oförtrutet under en längre tid, fått sina patienter motiverade för en välstrukturerad och noga avvägd behandling. Hon har med sitt intellekt och sin humor, sett till att livet kan vända för personer med diabetes. Rebecca är fantastisk i mötet med sina patienter och är dessutom duktig på att lära och inspirera sina kollegor.

HUDIRRITATION ELLER PLÅSTERALLERGI?

Eversense XL är det enda långtids-CGM-systemet som håller i upp till 180 dagar och har en avtagbar smartsändare†

MER SKONSAMT

Hudvänligt dubbelhäftande silikonplåster som byts ut dagligen med lägre risk för hudirritation eller allergiska reaktioner^{1,2}

MER HYGIENISKT

Möjlighet att rengöra och lufta huden varje dag till skillnad från traditionella CGM-system



VILL DU VETA MER?

Besök vår hemsida diabetes.ascensia.se eller ring Ascensia Diabetes Cares kundsupport på **020 - 83 00 84**

Distribueras av:



Se vår hemsida <https://diabetes.ascensia.se/eversense/eversense-overview> för begränsningar, restriktioner, referenser och upphovsrättsinformation. För indikationer och säkerhetsinformation, besök <https://global.eversenseddiabetes.com/safety-info>

Referenser:

1. McNichol L, Lund C., Rosen T., Gray M., «Medical Adhesives and Patient Safety: State of the Science», J Wound Ostomy Continence Nurs. 2013;40(4):1-15
2. Christiansen MP, Kla LJ, Brazg R, et al. A Prospective Multicenter Evaluation of the Accuracy of a Novel Implanted Continuous Glucose Sensor: PRECISE II. Diabetes Technology & Therapeutics. 2018;20(3):197-206.

†Du kan när som helst ta bort smartsändaren från överarmen, utom under kalibrering. Ingen data samlas in om smartsändaren inte kommunicerar med sensorn. När smartsändaren placeras tillbaka på sensorplatsen tar det cirka tio minuter innan sensorkommunikationen startar om och glukosavlasningar visas i appen.



Medlemskap i SFSD

Tänk på att ditt medlemskap är personligt.

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

Med vänliga hälsningar
Styrelsen



Äntligen en kurs för dig som arbetar med ungdomar och unga vuxna i övergången till vuxenliv och vuxensjukvård!

Sök vår uppdragsutbildning på avancerad nivå

Vård vid överföring från barn- till vuxensjukvård 7,5 hp

Ansök senast 9/9-22

www.gu.se/vardivetenskap-halsa/studera-hos-oss/uppdragsutbildningar

SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA



Ny chefredaktör för tidningen Diabetesvård



Kaija Seiboldt

Styrelsen tackar Victoria Carter för ett utomordentligt jobb med SFSD's tidning i flera år. Victoria har med engagemang och uthållighet sett till att vi medlemmar har fått intressant läsning regelbundet. Tack!

Nu tar jag Kaija Seiboldt över rodret som chefredaktör för tidningen och tillsammans med Sheyda Sofizadeh ska vi se till att ni får intressant läsning. Vår önskan är att ni medlemmar bidrar med era erfarenheter och det arbete ni lägger ner.

Skriv gärna till oss och berätta vad ni vill förmedla. Det kan vara en uppsats du skrivit, forskning som du leder eller arbetar med eller något förbättringsarbete ni genomför på er enhet. Intressant är också, en utbildning, konferens eller annat som du vill skriva om i tidningen. Inspiration leder till fler inspirerande arbeten!

Nästa utgivning för tidningen är oktober 2022. Deadline för manus är 16/9

Hör av er!

Diabetes Foot Screening

– Upptäck fotproblem 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 2022

FEND
September 2022
Stockholm

EASD Annual Meeting
19 – 23 september 2022
Stockholm

ISPAD
13 – 16 Oktober 2022
Förenade arab emiraten

IDF
IDF 5-8 December
Lissabon

Diabetes på särskilt boende

Den 12 maj, vid endodiabetesdagarna i Helsingborg höll Margareta Hellgren, MD, Docent i allmänmedicin och Jessica Havsmon, medicinskt ansvarig sjuksköterska i Karlsborgs kommun en föreläsning om diabetes på särskilt boende



Jessica Havsmon

Föreläsningen som fördes i dialog med deltagarna inriktade sig mot den äldre sköra patienten på SÄBO och vad ska vi speciellt tänka på gällande läkemedelsbehandling, medicinsk vård och omvårdnad för denna patientgrupp.

Patienten på SÄBO är en skör grupp av patienter som ofta är multisjuka, har en hög ålder och av olika anledningar har stora svårigheter att själva kunna ta ansvar för sin egen vård och omvårdnad. Denna patientgrupp tenderar att "glömmas / prioriteras bort" i händelse av besparingar och personalbrist inom primärvården. Vården av dessa patienter blir då lidande och långt ifrån en vård på lika villkor.

Målet för vården av den sköra äldre på SÄBO bör vara nutrition- välbefinnande och säkerhet.

I föreläsningen togs ett antal patientfall upp för diskussion och utifrån hur diskussionen fortlöpte blev det tydligt att det i hela landet finns stora brister i genomförande av årliga läkarundersökningar, läkemedelsgenomgångar och fotundersökningar samt hembesök på särskilt boende av ansvarig diabetessjuksköterska från primärvården.

Diabetessjuksköterskan är en otroligt viktig resurs för den äldre multisjuka patienten. Diabetessjuksköterskans kom-

petens behövs för att hemsjukvårdsläkaren ska kunna upprätta en individuell vårdplan gällande patientens diabetes och därmed öka patientens välbefinnande. Sjuksköterskorna inom den kommunala vården saknar ofta den specialistkompetensen.

Det finns även ett stort behov av utbildning för omvårdnadspersonal till läkaren inom primärvården gällande den sköra patienten på SÄBO

Slutsatsen är att en individuell vårdplan bör upprättas för patienter med typ 2 på Särskilt boende och denna bör innehålla:

- Årlig diabeteskontroll
- Daglig inspektion av patientens fötter
- Målsättningen med diabetesbehandlingen

För att en jämlik och Nära vård ska kunna infrias för denna patientgrupp kommer det att krävas ett omfattande nationellt arbete och kanske även omfördelning av resurser.

- **Tresiba**[®] kan nu användas av kvinnor med diabetes som planerar att bli eller är gravida^{1*}
- **Tresiba**[®] och **Levemir**[®] (insulin detemir) är de enda långverkande basalinsuliner som med stöd i kliniska data kan övervägas under graviditet^{1,2}
- I **EXPECT**-studien visade **Tresiba**[®] jämförbar (non-inferiority) HbA1c med **Levemir**[®] under graviditet³
- Jämförbar säkerhetsprofil mellan **Tresiba**[®] och **Levemir**[®] för både moder och spädbarn³

Tresiba[®] är nu godkänt att användas av gravida med diabetes^{1*}

*Om det är kliniskt motiverat.

Bilden visar en fiktiv patient.

Tresiba[®] (insulin, degludek), Rx, (F), ATC-kod: A10AE06
100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna, 100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i cylinderampull, 100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i cylinderampull, 200 enheter/ml injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna. **Tresiba**[®] är ett basinsulin för subkutan administrering en gång dagligen vid valfri tidpunkt, men lämpligen vid samma tidpunkt varje dag. **Indikation:** Behandling av diabetes mellitus hos vuxna, ungdomar och barn från 1 års ålder. **Varningar och försiktighet:** En övergång till annan typ, annat märke eller annan tillverkare av insulin måste ske under medicinsk övervakning och kan leda till att dosen måste justeras. Patienterna måste instrueras att alltid kontrollera etiketten på insulinet före varje injektion, för att undvika förväxling mellan de båda styrkorna av **Tresiba**[®] eller med andra insulinpreparat. Hypoglykemi kan uppträda om insulin dosen 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:** Behandling med **Tresiba** kan övervägas under graviditet om det är kliniskt motiverat. För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se. Datum för översyn av produktresumén 01/2022. **Subventioneras vid typ 2-diabetes endast för patienter där annan insulinbehandling inte räcker till för att nå behandlingsmålet på grund av upprepade hypoglykemier.** Novo Nordisk Scandinavia AB. www.novonordisk.se

SE22TSM00010

Levemir[®] (insulin detemir), Rx, (F), ATC-kod: A10AE05.
Injektionsvätska, lösning 100 E/ml. Insuliner och analoger för injektion, långverkande. **Indikation:** **Levemir**[®] är indicerat för behandling av diabetes mellitus hos vuxna, ungdomar och barn från 1 års ålder. **Varningar och försiktighet:** Före resa mellan olika tidszoner ska patienten rådfråga läkare eftersom detta kan innebära att patienten måste ta insulin och måltider vid andra tidpunkter. En övergång till en annan typ eller ett annat märke av insulin måste ske under noggrann medicinsk övervakning av patienten. Patienter måste instrueras att alltid kontrollera insulinetiketten före varje injektion för att undvika oavsiktlig förväxling mellan **Levemir**[®] och andra insulinprodukter. **Graviditet och amning:** Behandling med **Levemir**[®] kan övervägas under graviditet om det behövs kliniskt. Det är okänt om insulin detemir utsöndras i bröstmjölk. Inga metabola effekter förväntas. Insulindos och kost kan behöva justeras. För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se. Datum för översyn av produktresumén 04/2021. **Subventioneras vid typ 2-diabetes endast för patienter där annan insulinbehandling inte räcker till för att nå behandlingsmålet på grund av upprepade hypoglykemier.** Novo Nordisk Scandinavia AB. www.novonordisk.se

SE21LV00005

Referenser: **1.** **Tresiba**[®] produktresumé 01/2022. **2.** **Levemir**[®] produktresumé 04/2021. **3.** Mathiesen ER et al. Maternal efficacy, safety, and pregnancy outcomes with degludec versus detemir in the treatment of pregnant women with type 1 diabetes: an international, multicentre, randomised trial. Presented at the European Association for the Study of Diabetes 57th Annual Meeting, 27 September–1 October 2021, Virtual Meeting.

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

Cathia Boquist

Robertsfors Vårdcentral
Fabriksvägen 3
915 32 Robertsfors
cathia@sfsd.se

Kajja Seiboldt

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

Sheyda Sofizadeh

Närhälsan Dalaberg Vårdcentral
Lövs kogsgatan 8
451 72 Uddevalla
sheyda@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:

kajja@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:

Kajja Seiboldt, mail: kajja@sfsd.se

Redaktion:

Kajja Seiboldt, mail: kajja@sfsd.se

Sheyda Sofizadeh, mail: sheyda@sfsd.se

Annonsering:

Annonstopp för Diabetesvård

Nr 2, 2022 är 6 maj med utgivning i juni

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

Nr 1, 2023 är 12 januari med utgivning i februari

Annonstrymme bokas hos

Kajja Seiboldt, mail: kajja@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

Presentation av Cathia Boquist till SFSD



Cathia Boquist

Hej!

Jag heter Cathia Boquist och jobbar som diabetessjuksköterska på Robertsfors Hälsocentral sedan 2019.

Privat bor jag med min familj i Bygdeå och har 4 barn. 2 av dem bor ännu hemma medan 2 har flyttat hemifrån. På fritiden är jag med i ett amatorsällskap som sätter upp musikalerna, rör på mig i trädgården & efter joggingspåret och är med min familj.

Jag har jobbat i vården hela mitt liv, började gå som timvikarie i äldreomsorgen som 16 åring, och jag älskar det! Jag vurmar för patientmöten, få ta del av människors historia, känna att man kan göra nytta och ibland även skillnad. Skulle jag få göra om mitt yrkesval skulle jag göra samma resa en gång till!

På Robertsfors Hälsocentral har vi idag ca 5000 listade patienter och ungefär 250 med diabetes typ 2. Att börja jobba med detta ångrar jag inte en dag. Visst kan det vara mycket och svårt ibland. Men otroligt utmanande och stimulerande.

Alla har vi ju lite olika intresseområden även inom just diabetes. För mig handlar detta mycket om hur jag skapar en allians med patienten, hur vi tillsammans hittar en bra strategi som passar just den enskilde individen för att nå målen. Men även svårläkta sår kan jag tycka är väldigt spännande att hitta en bra lösning för. Se helheten med personens nutrition, blodsockerkontroll etc.

Jag ser fram emot ett engagemang i SFSD och hoppas att jag med empati, glädje, arbetslust och strävan att vilja framåt kan tillföra något bra som kan vara till nytta!

Vi ses!

Presentation av Sheyda Sofizadeh till SFSD



Cathia Boquist

Mitt namn är Sheyda Sofizadeh och jag är diabetes- och distriktssköterska på Närhälsan Dalabergs vårdcentral sedan 2013. Förutom att arbeta kliniskt på vårdcentralen har jag ett stort intresse för utvecklingsarbete, undervisning och ledarskap. Jag forskar parallellt inom diabetologi, där drivkraften är att öka min förståelse för diabetessjukdomar och söka ny kunskap. Jag handleder VFU-studenter, både sjuksköterskor och specialistsjuksköterskestudenter samt var förtroendevald i Vårdförbundet på min arbetsplats.

År 2020 och 2021 var två väldigt spännande år - Närhälsan Dalabergs vårdcentral fick utmärkelsen "Årets kvalitetspris" för sitt arbete med diabetesvård och jag fick utmärkelsen "Årets diabetessjuksköterska". Idag jobbar jag med andra vårdcentraler för att dels förbättra diabetesvården samt diskuterar kring hur vi kan erbjuda en mer jämlik och kunskapsbaserad diabetesvård. Förutom det föreläser jag över hela Sverige om hur diabetesvården kan förbättras.

Jag är en stor tillgång för styrelsen (SFSD) med mina kompetenser inom flera områden. Mitt driv är alltid utveckla vården till fördel för patienterna. Jag önskar att representera diabetessjuksköterskor i primärvården från södra Sverige för att jag vet vilka möjligheter och utmaningar som en diabetessjuksköterska har för att kunna bedriva förbättringsarbete och diabetesomvården framåt i sitt dagliga arbete.

Med varma hälsningar,

Sheyda Sofizadeh

Specialistsjuksköterska i diabetesvård/Distriktssköterska & Studiekoordinator
2022-05-10

Närhälsan Dalaberg Vårdcentral & Ungas psykiska hälsa
Lövskogsgatan 8
451 72 Uddevalla

För vuxna med typ 2-diabetes

Fler doser för mer effekt*¹

trulicity
dulaglutid för injektion



Sänker HbA1c och vikt med en dos i veckan¹



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



Enkel, injektionsklar penna^{1,3}



Trulicity finns utöver underhållsdosen 1,5 mg, även i doserna 3 och 4,5 mg för mer effekt på HbA1c och vikt*

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

ATC-kod: A10BJ05, Diabetesmedel, blodglukossänkande medel, exkl. insuliner **Indikationer:** Trulicity är avsett för behandling av vuxna med otillräckligt kontrollerad typ 2-diabetes mellitus som ett komplement till kost och motion • som monoterapi när metformin inte anses lämplig på grund av intolerans eller kontraindikationer. • som tillägg till andra läkemedel för behandling av diabetes. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. **Varning och försiktighet:** Dulaglutid ska inte användas av patienter med typ 1-diabetes mellitus eller för behandling av 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 misstänkts ska behandlingen med dulaglutid avbrytas. Om pankreatit bekräftas ska dulaglutid inte återinsättas. Utan andra tecken och symtom på akut pankreatit är förhöjda pankreasenzymer inte prediktivt för akut pankreatit. Patienter som får dulaglutid i kombination med en sulfonureid eller insulin kan löpa ökad risk för hypoglykemi. Risken för hypoglykemi kan minskas genom att dosen av sulfonureid eller insulin sänks. **Datum för översyn av produktresumén:** 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 HbA1c och vikt: Trulicity® 1,5 mg jämfört med 3,0 mg (p<0,05) respektive 4,5 mg (p<0,001). Trulicity® är inte indicerat för behandling av övervikt och viktnedgång var ett sekundärt effektmått i studien. ** Trulicity® jämfört med placebo (3P-MACE), p= 0,026.

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-0421 | Januari 2022

Lilly and Trulicity® are registered trademarks of Eli Lilly and Company.
©2022 Eli Lilly and Company. All rights reserved.

Lilly