

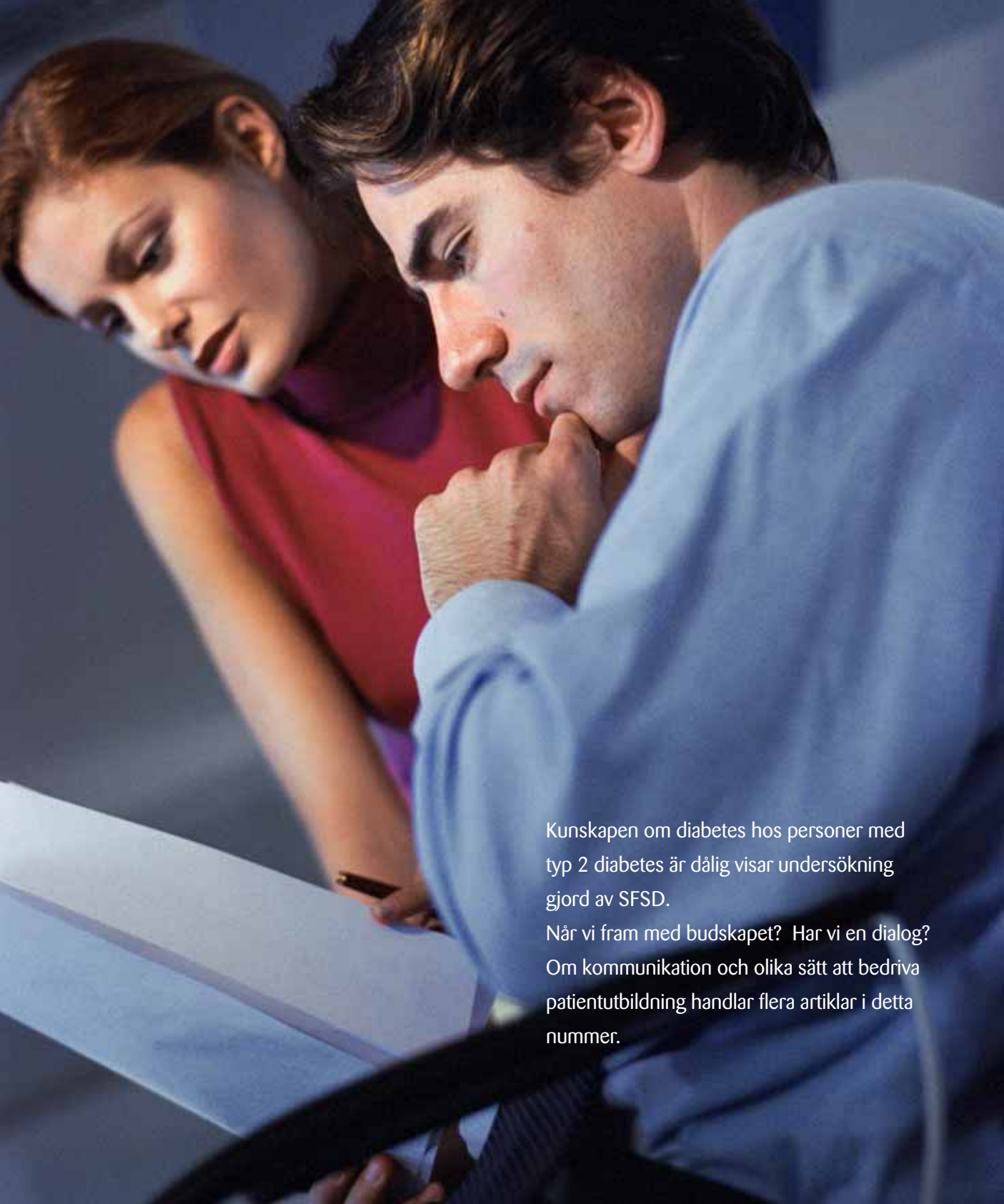


# DIABETESVÅRD

Tidning för Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård

[www.diabetesnurse.se](http://www.diabetesnurse.se)

NR 4 2008



Kunskapen om diabetes hos personer med typ 2 diabetes är dålig visar undersökning gjord av SFSD.

Når vi fram med budskapet? Har vi en dialog? Om kommunikation och olika sätt att bedriva patientutbildning handlar flera artiklar i detta nummer.

# ONETOUCH® UltraEasy®

För snabb och diskret  
blodsockermätning

**Vilken färg väljer  
din patient?**

OneTouch® UltraEasy®  
finns nu i fyra olika  
färger!

*Limelight, Silver,  
Pink Glow samt  
Coffee Black.*



Har plats för 500 testresultat samt nedladdningsfunktion till pc med USB-kabel

life is full  
of Colours



LifeScan kundservice

Tel: **020-68 70 70**

(mån-fre 08-17)

E-post:

**kundservice@lifescan.se**

**www.lifescan.se**



# Ordförandetankar september 2008

Så har vi lämnat sommarmånaderna bakom oss och i skrivande stund är vi en bra bit in i höstmånaden september. I somras när de flesta av oss hade semester gjorde Sifo på uppdrag av SFSD en undersökning av personer med typ 2 diabetes och deras kunskaper om sin sjukdom. Resultatet som redovisas på annan plats i tidningen, visar tyvärr, både för personerna själva men även för oss i professionen, på dålig kunskap.

Vi i sjukvården är säkert väldigt bra på att informera, men om personen vi har framför oss inte bett ominformationen kan vi vara ganska säkra på att vederbörande inget hör:

Vi måste komma ifrån att ha monologer och istället försöka ha DIALOGER.

Vad kännetecknar då en dialog, jo enligt Wikipedia förklaras ordet så här:

Dialog kommer från grekiskan och betyder genom samtal. Det har konstaterats att vardagsdialoger avlöper enligt vissa mönster där öppningsfas, huvudfas och avslutningsfas kan urskiljas. Under samtals gång uppvisar deltagarna vissa beteenden som mer eller mindre noga följer inövade normer för att säkerställa dialogens/samtalets smidiga förlopp. Dit hör rollbyte mellan lyssnare och talare, verbala och ickeverbala lyssnarsignaler, pauser, avbrott mm.

Och det blir ju solklart när man läser detta att precis så ska ett bra samtal gå till!!!

Inom styrelsen är vi nöjda med den uppmärksamhet undersökningen fått i samtliga medier.

Vi har även fått oss mail tillsända från personer med diabetes som tillsammans med inlägg på diverse webbsidor/bloggar visar att det är ett angeläget område vi valt att undersöka och offentliggöra.

Glädjande visade undersökningen att de som gick flera gånger till diabetessjuksköterskan hade lägst BMI och bäst HbA1c

Ja, undersökningen manar till eftertanke både för oss, men även för personerna med typ 2 diabetes, som måste inse sin egen roll i sammanhanget. Man spelar alltid huvudrollen i sitt eget liv!

Det som står på mångas agenda ute i landet just nu är vårdvalen eller hälsovalen som en del landsting valt att kalla det. Det går fram med väldig hastighet i många landsting och regioner. I de diskussioner som förs måste vi alla hjälpas åt att bevaka vår specialitets plats i organisationerna som nu byggs.

Arbetet i vår förening pågår med stor intensitet och inom flera områden. För att utveckla föreningen behöver vi många krafter och alla måste bidra på ett eller annat vis annars sker ingen utveckling.

Ord på vägen:

**”Människor är goda innerst inne sa fan: De vill icke förbättra sig själva, men varann.”**

**Piet Hein**

*Mona Andersson*



## INNEHÅLL

ISPAD	4-6
Europeiska Diabetessjuksköterskemötet FEND	8-11
EASD	12-13
Tala klarspråk om diabetes	14
Svenska barndiabetesregistret	16-20
Var tredje person vet inte sitt HbA1c	21
Att nå styrkraft i livet med diabetes	26-27
Förskrivning diabeteshjälpmiddel	30
Patientutbildning för personer med typ 2 diabetes i primärvården – avhandling	31

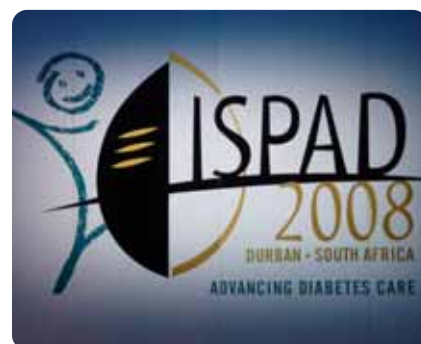
Bilderna i detta nummer är tagna av bl.a:

Rosita Ilvered  
Mona H Andersson  
Lars Berg  
Gabriel Berg  
Christina Svenningsson  
Britt-Marie Carlsson

# ISPAD

## 34:e årliga mötet 2008

För en svensk associeras kanske Sydafrika med The big five; lejon, leopard, elefant, noshörning och buffel. Fokus på det här symposiet låg på The big five i vår värld: Mat, Rent vatten, Insulin, Monitorering och Kunskap.



Årets ISPAD-möte hölls i Durban, South Africa 13-16 augusti. Vi anländer till ett Sydafrika i vintertid. Solsken, klarblå himmel, ca 25 grader i luften. Som de sol- och värmetörstande nordbor vi är besöker vi den fantastiska stranden så snart vi kommit på plats i Durban. Ordentliga vågor rullade in och när vi frågade en man som stod på en pir och fiskade om det finns några risker med att bada i havet så får vi svaret "Det går bra på dagen, hajama kommer nära land först när det är mörkt"!!

Man slås av hur snabbt det går att förflytta sig från ett tryggt Sverige till ett land med helt andra förutsättningar, risker och sätt att leva. En omtumlande känsla. För en svensk associeras kanske Sydafrika med The big five; lejon, leopard, elefant, noshörning och buffel. Fokus på det här symposiet låg på The big five i vår värld: Mat, Rent vatten, Insulin, Monitorering och Kunskap.

Första konferensdagen inleddes med ett frukostsymposium – DAWN Youth Symposium (Diabetes Attitudes, Wishes and Needs). Den globala DAWN-studien initierades 2001 av Novo Nordisk i samarbete med IDF och ISPAD, The DAWN-program. Den internationella diabetesfederationen IDF, ISPAD och Novo Nordisk har samlats för att initiera ett stort projekt med fokus på ungdomar, med eller med risk för diabetes. The DAWN program startade med den 2001 globala Dawn-studien vilken konfirmerade vitala brister i diabetesvården och identifierade nya sätt att övervinna psykosociala hinder för att effektivisera diabetes kontrollen. Syftet med DAWN är att förespråka och möjlig-

göra forskning och agera för att förbättra livet för unga människor med diabetes och deras familjer med särskild inriktning på psykosociala hinder.

Några av DAWN Youth initiativ:

1. Arbeta för ett ökat stöd till barn med diabetes i skolan.
2. Arbeta för åldersadekvat utbildning och ett förbättrat psykosocialt omhändertagande.
3. Stödja föräldrar och familjer; släktingar.
4. Främja skapandet av nätverk för föräldrar och ungdomar med diabetes.
5. Lokalisera övervikt hos barn och Typ2 diabetes.

Välkomstceremonin inleddes med imponerande Afrikanska trummor. Dr. Kubendran Pillay, Sydafrika, årets konferenspresident hälsade oss välkomna. Temat för årets möte var;

### **ADVANCING DIABETES CARE.**

Förmiddagen fortsatte med att dr. Dennis Daneman gav oss en intressant och skrämmande bild av hur diabetes hos barn påverkas av de förutsättningar som finns i olika länder. Daneman underströk tydliga mål med behandlingen, frekvens av besök och balanserad medverkan från föräldrar som faktorer med stor betydelse för hur väl man lyckas med att leva med sin sjukdom.





Dr. Daneman propagerade dessutom för projektet "Life for a child-program", vilket innebär Liv till ett barn med diabetes. Många barn runt om i världen dör varje år av diabetes. För vissa barn från vissa länder är diabetesdiagnosen förödande. IDF har startat ett donationsprogram för hjälpa barn med diabetes runt om i världen. Med tillgång till adekvat utbildning, insulin och hjälpmedel, kan de flesta barn på ett bra sätt ta hand om sin diabetes. Majoriteten av barn som bor i utvecklingsländer har inte tillgång till de livsnödvändiga mediciner de behöver. Detta resulterar i kronisk ohälsa och risk för livshotande episoder av ketoacidosis eller hypoglykemi. Många dör snabbt, andra utvecklar svåra komplikationer såsom njurskada, blindhet och nervskada. Många av dem som överlever faller ur skolsystemet, har svårt att hitta jobb eller hitta en livspartner och är oförmögna att försörja sig som vuxna. Utan vår hjälp har dessa barn en svår framtid.

Läs mer om hur vi kan hjälpa till på :

[www.lifeforachild.idf.org](http://www.lifeforachild.idf.org)

### Mål med diabetesbehandlingen.

Dr. Thomas Danne beskrev hur man i studier sett att de som sätter ambitiösa mål når bättre resultat. Danne vill att vi inte bara ska titta på HbA1c som det enda målet. Glukosvariabilitet har visat sig vara en faktor som man bör arbeta mer med. Ta hjälp av kontinuerlig glukosmätning. Tidiga år är viktiga. De som legat högt i sina glukosvärden första åren med diabetes fick förändringar tidigare än de

som låg bättre. Danne berättade också att tillväxten är något sämre för barn med diabetes, man talade om en förlust på 1 SD i slutlängd.

Fattigdom som en belastningsfaktor i diabetesvården Dr. A. Virmani, New Dehli höll en mycket intressant föreläsning om situationen för familjer med diabetes i Indien. I Indien finns det ca 30 miljoner människor med diabetes. 70% av befolkningen är fattig. Många områden är i perioder helt utan insulin. Om man får tillgång till insulin är det problem med att många är utan kylskåp och kan således inte förvara insulinet svalt.

Monitorering är dyrt, det är svårt att få batterier; mätarna är svåra att laga och teststickorna är dyra. Dr. Virmani påtalade vikten av internationella Guidelines, vilka man skulle kunna utgå ifrån i arbetet med nationella riktlinjer och med hjälp av dessa sätta press på regeringen. Virmani vill också att industrin ska ta sitt ansvar när det gäller kostnader för och tillgång till förbrukningsmaterial.

### Utmaningar i diabetesvården

Dr. Eric Richmond Costa Rica, gav oss en bild av barn diabetesvården i Costa Rica. Det finns ett barnsjukhus i Costa Rica och alla familjer tar sig dit med bil på en max sju timmars resa. 50% av de nydebuterade uppvisar DKA. Man arbetar nu med att öka utbildningarna och förbereda sig på en ökning av typ2 diabetes på fler sjukhus. Målsättningen är dessutom att komma igång med insulinpumpbehandling och öka antalet barn med insulinanaloger.

### WORKSHOPS

Tre olika ämnen avhandlades i workshops. Parenting skills, Meal planning och Exercise in T1DM

Parenting skills: Tim Wysocky uppmanade oss att lära oss faktorer som påverkar positiv utvecklingsförändring i familjen. Det är viktigt att vi tar reda på hur kommunikation och problemlösning fungerar i familjen. Vilka roller har familjemedlemmarna? Är man som förälder härskare, rådgivare eller mentor. Det är viktigt att klargöra familjemedlemmars ansvar och mål. En bra kommunikation leder till goda förutsättningar att lyckas.

Gör barnet delaktig – bolla tillbaka frågan med det aktuella problemet – vad tycker Du vi ska göra? Vad kan vi göra? Har Du några förslag? Vad kan jag göra?

Att som förälder visa social och känslomässigt stöd reducerar stressen hos barnet/ungdomen. Uppmuntra tonåringen att våga tala öppet om sin sjukdom på andra platser än hemma. Lär barnet att förhandla på ett effektivt sätt för att lösa konflikter och andra situationer där man inte samtycker. Förbered barnet och tonåringen på att ta hand om sin sjukdom. Barn med låga HbA1c-värden har ofta föräldrar som tar hela ansvaret. Barn med höga HbA1c-värden har ofta föräldrar med lågt engagemang.

### Vad kan föräldrar göra

1. Lägg tonvikt på positiv förstärkning istället för bestraffning och kritik.

2. Svängningar i blodsockernivåer bör leda till problemlösningssamtal istället för negativ argumentation.

3. Överför ansvar gradvist utifrån ett förvärvade erfarenheter.

4. Minska delaktigheten och kontrollen när tonåringen bevisar eget ansvar och återuppta en aktiv roll om det behövs (ge dem ett par veckors eget ansvar – beröm).

5. Viljan att minska inblandning ska vara ett mål. Ge tonåringen chans att bevisa eget ansvar:

6. Fortsätt vara uppmärksam på hur ungdomen klarar av egenvården när hon/han är ute på egen hand. Uppmuntra ungdomen att ta hjälp om problem uppstår ("bra att Du berättar, det känns kanske inte bra för dig men nu kan vi göra något åt problemet").

7. Tala ofta om vem som är ansvarig.

8. Stanna kvar som rådgivare. Uttryck delaktighet vid problem med egenvården av Diabetessjukdomen.

9. Främja för konstruktivt socialt stöd.

10. Om problem återuppstår - arbeta hårdare som familj för att reda ut dem.

11. Säkerställ ett bra stöd i skolan.

### Vad kan kliniken göra?

1. Titta på ansvarsfördelningen i familjen.

2. Var skeptisk till att ålder på barnet avgör när barnet kan ta över.

3. Uppmuntra kompetensbaserad ökning i barnets ansvar.

4. Förhandla en plan för gradvisa steg till egen autonomi.

5. Försäkra er färdigheter hos barnet innan man lämnar över ansvaret.

6. Direkta diabetes- problemlösningssamtal till ungdomen.

7. Behandla alla förändringar som ett experiment. Förbered bakslag.

8. Hjälpt föräldrarna att förändras från ledare till supporters.

[www.motivationalinterview.org](http://www.motivationalinterview.org)

### Meal planning C.

Smart och S. Haniff-Ismaïl tog upp hur man ska få personer med diabetes i Syd Afrika att ändra sina måltidsvanor och att äta mera regelbundet. Vikten av måltidsplanering och att flera måltider per dag intas. Ingen lätt uppgift då ca 57 % av befolkningen lever i fattigdom. Även kulturella vanor, livsstil och språkbarriärer är försvårande omständigheter när det



gäller att lära ut en bra kosthållning som passar barn med diabetes.

### Exercise in T1DM

I workshopen angående fysisk aktivitet presenterades en rad fallbeskrivningar vilka åhörarna fick diskutera i smågrupper. Här fick man känslan av att vi i Sverige ligger ganska långt fram i ämnet, mycket tack vare diabetologerna Peter Adolfsson och Ragnar Hanås.

### OBESITY OCH TYP2 DIABETES

Övervikt hos barn medför 40-60% risk att övervikten ska bestå i vuxen ålder. Behandling av övervikt hos barn är diet, fysisk aktivitet, minskad skärmtid och i vissa fall kirurgi. Man rekommenderar fysisk aktivitet 60-90minuter/dag. Andelen barn med Typ2 diabetes i världen ökar. Behandling av Typ2 diabetes hos barn är densamma som hos vuxna, dvs livsstilsförändring, methformin, läkemedel för att öka insulinkänslighet och insulin. Förlängd amningsperiod skyddar mot övervikt upp till 4 års ålder. Högre HDL under barnaåren, ger lägre LDL under vuxenlivet.

### DIABETES OCH UNGA HJÄRTAN: Kardiovaskulära sjukdomar och riskfaktorer

Man vet idag att man reducerar risken för kardiovaskulära sjukdomar vid intensivterapi. Insulinanaloger och insulinpumpbehandling förbättrar HbA1c i alla åldersgrupper. Man påtalar betydelsen av glukosvariabilitet – leder det till en oxidativ stress? Postprandiella glukosvärden – hur stor betydelse har dessa för risken för kärlförändringar? Enligt DCCT-studien och uppföljaren EDIC-studien vet vi

idag att det lönar sig att behandla frikostigt. Övervikt accelererar progressen och ökar med åldern. Barndomens riskfaktorer följer med upp i vuxenlivet. Insulinresistens ses i större utsträckning hos barn med större bukmått, höga blodfetter. Postprandiella höga glukosvärden, 2 timmars b-glucose bättre predictor än HbA1c. Som traditionella riskfaktorer nämns hypertension, LDL, rökning, övervikt och HbA1c.

### PSYKOSOCIALA FRÅGOR OCH DIABETES

#### Nicotine, Alcohol, Marijuana

Dr. Brink berättade att alkoholkonsumtionen bland ungdomar i USA sjunker samtidigt som marijuana blir mer vanligt. Det finns ingen anledning att tro att ungdomar med diabetes är annorlunda. Dr. Brink talade för det "Ickedömande samtalet", konsten att ställa frågor utan att skuldsätta. Exempelvis; "Hur många av Dina vänner röker?", i stället för; "Röker Du?".

**Icke konfrontativa frågor**, När man är ensam med patienten, får man kanske svar efter att ha ställt frågan många gånger: Gör patienten till sin egen detektiv. "Vad händer om Du...?" "Om Du får en känning när Du druckit alkohol – känner Du igen det och kan agera därefter?"

Prevention - starta tidigt, redan i 10-12 års åldern.

#### Risk-taking behaviour

Dr. Alan Delamater beskrev, i en mycket underhållande föreläsning, riskbeteenden hos ungdomar. De faktorer som togs upp var: Felaktigt användande av insulin, Åtstörningar, Otillräcklig glukosmonitorering, Tonåringar som bilförare (viktigt att ha tillgång till snabba kolhydrater i bilen samt ID). Psykosociala problem och Oskyddad och oplanerad sex, För lite kontakt med sjukvården.

Diabetessköterskan Anna Lindholm-Olinder presenterade sin studie där man tittat på frekvensen glukostester hos ungdomar med insulinpumpbehandling. Man kom i studien fram till att femtiosex procent av ungdomarna tar färre glukostester än vad som rekommenderas. Frekvensen tester var associerade till ungdomarnas metabola kontroll.

Slutligen vill vi gratulera diabetessköterskan Marie Hallman, Drottning Silvias Barn- Ungdomssjukhus Göteborg, som valdes in i styrelsen vid ISPADs årsmöte.

Ett stort tack till alla Er andra från Sverige som deltog vid kongressen i Durban. Vi hade en fantastisk resa!

Rosita Ilvered, Mona H Andersson

# Levemir® – vid typ 2 diabetes<sup>1</sup>

insulin detemir



Subventionerat  
för patienter med  
typ 2 diabetes<sup>2</sup>

## Levemir® en gång om dagen\* ger:

- Mindre viktuppgång jämfört med NPH<sup>1</sup>
- Lika effektiv HbA<sub>1c</sub>-kontroll som NPH<sup>1</sup>
- Färre hypoglykemier än NPH<sup>1</sup>

**Levemir®:** Vid diabetes mellitus. Injektionsvätska, lösning 100 E/ml. **Förpackningar:** Levemir® FlexPen® 5 x 3 ml förfylld injektionspenna, Levemir® InnoLet® 5 x 3 ml förfylld injektionspenna, Levemir® PenFill® 5 x 3 ml cylinder-ampull. SPC uppdaterad 04/2008. F, R. För pris och vidare information se [www.fass.se](http://www.fass.se)

**Referenser:** 1. Philis-Tsimikas et al. Clin Ther. 2006; 28:1569-81. 2. Läkemedelsförmånsnämnden, LFN, 2007-06-18. \*När Levemir® gavs på kvällen i kombination med p.o. antidiabetika.  
\*\*IMS Health Worldwide Sales Data Q1 2007.



# FEND – Europeiska diabetes-sjuksköterskemötet 2008

Fredagen den 5/9 anlände vi till ett varmt och härligt Rom. I år var vi hela 740 diabetessjuksköterskor från 39 länder. Det var det största antalet i FENDs 13 åriga historia. Efter att ordföranden Dierdre Kyne-Grzebalski hälsat välkommen fortsatte mötet med att professor Massimo Porta sade några väl valda ord. Han hälsade oss alla välkomna till Rom och öppnade mötet..

## Italien

Daniella Cristofanelli från Italiens diabetessjuksköterskeförening berättade om hur diabetesvården ser ut i Italien. Diabetessjuksköterskor finns bara på sjukhusen, nu har man 731 medlemmar i sin organisation. I primärvården finns det inga diabetessjuksköterskor alls utan där sköter privatläkarna själva hela vården. Det finns ingen högskoleutbildning till diabetessjuksköterska i Italien men diabetessjuksköterskeföreningen ordnar egna kurser. De som vill kan gå fem olika kurser där vardera är på fem dagar.

## Behandling av hyperglukemi

Professor Antonio Ceriello bekräftade det vi redan vet, nämligen att hyperglukemi är en riskfaktor för hjärt- och kärlsjukdom. Han tycker att målet för behandlingen skall vara ett HbA1c under 5,5%. Behandlingen skall sättas in tidigt och på ett säkert sätt. Slutbudskapet var att lämna ett ärligt och korrekt budskap, så att patienten verkligen förstår. Det är alltså viktigt att vi verkligen kollar av att patienten har förstått den information som ges.

## Posters

Totalt under dagarna fick åtta stycken av de som medverkade med postrar presentera sina studier inför hela kongressen. (Se separat artikel om postrarna).

## Graviditet

Dr Brendan Kinsley, Irland, berättade om hur de handskas med den viktiga uppgif-

ten att ta hand om den snabbt ökande mängden av patienter med typ-2 diabetes som blir gravida. På deras klinik har denna patientkategori ökat från två patienter/år till 35 patienter/år under de senaste 12 åren. Man såg i deras studier att barnen till typ-2 mammorna har en närmast dubblerad risk för perinatal dödlighet, svåra missbildningar och dödliga missbildningar gentemot typ-1 patienter. Samma fakta har även framkommit i andra studier. Slutsatser: Vi som träffar typ-2 patienter i fertil ålder, måste prata med dem om vikten att planera sin graviditet så att de ligger så optimalt som möjligt, skadan sker redan innan vecka 8!

## WHO

Att WHO har en person anställd som handlägger diabetesfrågorna jämfört med att de har mer än 1000 personer som handlägger HIV och AIDS förvånade oss. Genom samarbete med andra organisationer som IDF och EASD m.fl. så lyckas man ändå med att ha en hel del på agendan. Den enda anställda är dr Gojka Roglic och det var hon som berättade för oss om WHO's arbete med kroniska sjukdomar ur ett WHO perspektiv. WHO's arbete med smittkoppor och kolera har varit framgångsrikt men målet med t.ex mödradödligheten har inte nåtts. Diabetes hör till de noncommunicable chronic diseases tills med bl.a. tobaksbruk och CVD. Man ser globalt också andra följder av diabetes än vi tänker på i första hand dvs tuberkulosfall. Man tror att ca 15 % av de nya Tbc



fallen i världen beror på diabetes. 2,9 miljoner beräknas dö årligen till följd av diabetes vilket är i nivå med dödsfallen för HIV/AIDS. Nyckelbudskapet från WHO ang diabetes är att sjukdomen är livshotande, att den ökar dramatiskt men att det går att leva ett fullvärdigt liv om den tas om hand på rätt sätt.

Första kvällen avslutades med middag på konferenshotellet Hilton. Det var en trevlig tillställning med god mat och gott sällskap.

## Patientupplevelser

Lördagen startade med en medryckande föreläsning av professor Jean-Philippe Assal. Han talade om vad vi kan lära av Frida Kahlos erfarenheter. Hon skadades svårt som 18-åring i en bussolycka. Hennes mamma gav henne block och penor då hon låg på sjukhuset och bad henne att rita sina känslor och tankar, enbart för sin egen skull. Detta blev ett sätt för henne att bearbeta sina upplevelser och sin smärta. Professor Assal menar att det är viktigt att ge uttryck för sitt sjukdomslidande genom att använda olika uttrycksformer, som exempelvis dans, musik och målning.

## HbA1c

Professor Sally Marshall från England pratade om hur långt vi har kommit i att skapa en gemensam standard för HbA1c i världen. HbA1c-IFCC kommer att vara namnet på den nya standarden. Den kommer att presenteras antingen i mmol/mol eller i procent. Troligen kom-

mer England att gå över till detta nya system vid årsskiftet 2008/2009. De har beslutat att presentera resultatet både med nuvarande system, HbA1c (DCCT) i procent, och i det nya, HbA1c (IFCC) i mmol/mol. England har tagit beslut om att inte presentera HbA1c i medelblodssocker eftersom det ännu ej finns tillräckligt säkerställda samband för detta ned på individnivå enligt prof Marshall. Vi hade vid luchen turen att hamna bredvid henne när vi på stpende fot inmundigade vår lunch och vi passade då på att fråga litet närmare kring hur diskussionerna gått hos dem. Hon berättade att samtliga dvs både professionen och patientorganisationen var eniga om att det skulle ställa till mer förvirring än nytta att blanda in begreppet medelblodssocker som presentation av HbA1c.

I dagsläget finns inget datum bestämt då Sverige skall gå över till detta nya system och diskussioner pågår kring hur det då skall presenteras. Eftersom vi har HbA1c (Mono-S) i Sverige så har vi ytterligare en sak att ta ställning till.

### Inkretiner

Som väntat hölls också en föreläsning om inkretinerna och om vad som redan finns på marknaden och om vad som är på gång. Vi har nu Byetta (exendin) från Lilly som tas 2 ggr per dag i injektion. Lilly utvecklar även en långverkande GLP-1 som tas en gång per vecka. Novonordisk är långt framme med en GLP-1 som tas en gång per dag som injektion. När det gäller DPP-4 hämmarna så finns idag Januvia (sitagliptin) från MSD men flera nya DPP-4 hämmare är på ingång, bl.a. Galvus (vildagliptin) från Novartis.

Dagarna bjöd också på s.k. masterclasses. En av dessa handlade om insulinpumpbehandling ur ett holländskt perspektiv. Inget direkt nytt, men vi noterade att man hade mycket besök i samband med start av pumpen. Hela 3-4 besök första veckan för att därefter ha minst ett besök per vecka i några veckor och sedan var annan till var tredje vecka i några månader. Först därefter glesade man ut besöken till var tredje månad.

### Glukossänkning

Konflikter i behandlingen av typ 2 diabetes utifrån resultat från bl.a. ACCORD-studien diskuterades under en session ledd av professor Bruno Verges, Frankrike.

Han gjorde en genomgång av resultaten från Accord- och Advance-studierna liksom den amerikanska veteranstudien (VADT). Som bakgrund redogjorde han även för resultaten från UKPDS, STENO-2 m.fl studier om nyttan av glukossänkning. Som ni vet så avbröts Accord-studien när det stod klart att signifikant fler personer avlidit i den grupp som fått intensiv glukossänkning jämfört med kontrollgruppen. I Advance-studien sågs ingen ökad dödlighet och inte heller i den amerikanska veteranstudien (Veterans Affairs Diabetes Trial, VADT) såg man någon ökad dödlighet. Man såg däremot i denna studie att den viktigaste förutspående faktorn för hjärtinfarkt är allvarlig hypoglykemi för mindre än tre månader sedan.

Orsakerna till den ökade mortaliteten i den intensivbehandlade gruppen i ACCORD-studien är ej klarlagda. Men i ACCORD-studien var start-HbA1c högre, man hade mer insuliner och glitazoner; man vägde mer och man hade mer allvarliga hypoglykemier än i de andra två studierna. Man sänkte HbA1c mycket snabbare än i de övriga studierna. I ACCORD strävade man efter HbA1c på 6% (DCCT) vilket motsvarar svensk nivå 5.1% (Mono-S). Kuriöst nog var dödligheten i båda grupperna i Accord-studien lägre än i befolkningen i övrigt.

### Sammanfattning:

Glukoskontroll är av nytta för minskning av mikroangiopati vid typ2. Reduktion av kardiovaskulära händelser ses men ej så signifikant. Multifaktoriell behandling krävs. ACCORD-studiens ökade mortalitet har ej verifierats i andra studier. Möjlig orsak kan vara fler svåra hypoglykemier och alltför aggressiv, snabb sänkning av blodssockret. Sänk blodssockret men lagom långsamt och så tidigt som möjligt i sjukdomen. Beakta risken för hypoglykemi även vid typ 2 diabetes. Långtidsstudier krävs för att få veta mer.

### SEND

Vid slutet av dag 2 höll Marianne Lundberg, Malmö en kort presentation om bakgrund och orsak till den undersökning som under september/ oktober kommer att skickas ut till diabetessjuksköterskor i Europa. Syftet med undersökningen är att kartlägga diabetessjuksköterskans roll och funktion i Europa. Se juninumret av Diabetesvård. Därefter var det dags för FEND's ordförande Deidre Kyne-Grzebalski att sammanfatta två innehållsrika dagar och önska oss alla och många fler välkomna till nästa års FEND i Wien. Om detta kan ni framöver läsa på [www.fend.org](http://www.fend.org)

För Diabetesvård i Rom  
Lars Berg  
Britt-Marie Carlsson

### Therapeutic patient education

FEND kongressens andra dag inleddes med en föreläsning av professor Jean-Philippe Assal, Therapeutic Patient Education: The Importance of Fears, Beliefs and Hopes. . . Professor Assal var tidigare chef för the Division of Therapeutic Education for Chronic Diseases på Universitetssjukhuset i Genève och chef på WHO center för forskning och utveckling av utbildningsprogram för patienter med kroniska sjukdomar. Han höll en fantastisk föreläsning "What could we learn from the experience of Frida Kahlo?" Han började med att skilja på de engelska orden disease och illness. Disease menade han, är med en "organisk dysfunktion" medan illness står för en mer psykosocial dimension som t ex suffering – lidande, coping svårigheter osv. Båda begreppen, disease och illness, innebär någon form av lidande. Ofta lider patienter i tysthet, omgivningen har en benägenhet att banalisera personens upplevelse genom "Oroa dig inte, du skall se att det blir bättre snart". Hälso- och sjukvårdspersonal är ofta fokuserade på "diseasen", men borde bli bättre på illness, patienterna behöver hjälp med att uttrycka sitt lidande, enligt professor Assal.

Frida Kahlo (1907-1954) överlevde en olyckshändelse som ung medicinstudent i Mexico City, hon var då 18 år: Hon fick bl a multipla frakturer i ryggraden och i höften. Under sjukhusvistelsen gav Fridas mamma henne en penna och en ritbok och Frida började rita utan att då veta att det var hennes debut som konstnär: Hela hennes liv var en strid mot fysiska handikapp, mot smärtor pga olyckan och en desperat önskan att vara en kvinna i alla hänseenden. Pga olyckan kunde hon aldrig få några barn. Hon gifte sig med en Mexikansk konstnär som bedrog henne med hennes syster: Alla dessa händelser fick uttryck i hennes tavlor. Frida skall ha sagt: "Jag målar inte för att jag är en konstnär, utan för att när jag arbetar så glömmmer jag mina plågor för ett tag."

Professor Assal menade att Frida Kahlo visar vikten av att få uttrycka ett inre kaos och bördan av sjukdom genom att måla, eller genom musik, genom att skriva eller genom att tala om det. Han menade vidare att vi sjukvårdspersonal ofta undervärderar vikten av detta när vi träffar våra patienter; som vi tycker klarar av sin sjukdom och sin vardag på ett bra sätt. Men vi behöver anstränga oss att hjälpa patienterna att uttrycka sitt lidande, enligt professor Assal.

Marianne Lundberg, Lena Olsson och Magdalena Gershater, Endokrinologiska kliniken, UMAS

# Poster utställningen FEND, Roma 5-6 september 2008

Posterutställningen är den mest spännande delen av en konferens. Genom att mingla sig fram genom färgglada postrar, dock med mer eller mindre tydliga budskap, lär man känna kollegor från andra länder och får en inblick i vilka utbildningsprojekt och studier som är på gång! Kan rekommenderas.

FEND har två avdelningar för posterutställning. En med fokus på utbildningsprojekt (Education project) och en med fokus på forskningsprojekt (Study project). Artikeln kommer därför att belysa utbildningsprojekt samt forskningsprojekt separat.

## Utbildningsprojekten

Utbildningsprojekten omfattade 12 postrar. Dessa innefattade ett brett ämnesområde inom diabetes. En dansk och en portugisisk studie rapporterade om utbildningsprogram som syftar till att stärka patientens egen förmåga att påverka utveckling av senkomplikationer. Den danska studien, som syftade till att minska utveckling av retinopati, har kvalitativt utvärderat ett utbildningsprogram som utgår från den Salutogenesiska modellen. Den portugisiska studien analyserade retrospektivt vilka faktorer som är av betydelse för följsamhet till ett utbildningsprogram om fotvård. Resultatet visade att manligt kön, lång sjukdomsduration, dålig glykemisk kontroll och hög utbildningsnivå har betydelse för hur väl patienter fullföljer utbildning i fotvård.

Hypoglykemi som ett problem inom egen vården hade uppmärksamts av två danska forskargrupper. Båda postrarna beskrev utbildningsprogram, en för personer med svår hypoglykemi och en för personer med fenomenet "hypoglycemia unawareness". Båda utbildningsprogrammen använde gruppbaserad patient-

utbildning som pedagogisk metod och poängterade värdet av att patienterna träffade andra i liknande situationer samt att de genom formulering av egna frågor fick ta del av expertkunskap.

Graviditet och diabetes belystes av två postrar. En kroatisk poster beskrev hur många patienter med Graviditetsdiabetes som utvecklade diabetes eller glukosintolerans 2 år efter förlossningen. Dessvärre fanns ingen slutsats då kvinnorna i studierna inte genomförde kontroll av blodsocker efter genomgången förlossning. Gravida kvinnor från Danmark med typ-1 diabetes fick utvärdera nyttan av kontinuerlig blodsockermätare (CGMS). Resultatet visade att en majoritet av kvinnorna var positiva till CGMS, men en del tekniska problem kvarstår att lösa som t.ex. irriterande alarm nattetid.

Musik är viktigt för många ungdomar, en dansk forskargrupp har utarbetat ett informationshäfte för ungdomar med typ 1 diabetes som besöker musikfestivaler. Ungdomstiden kan vara förenat med allehanda bekymmer och att dessutom ha diabetes är för många ungdomar problematiskt. En turkisk studie har belyst samband mellan problemlösande copingstrategi och metabol kontroll. Resultatet visade att personer med hög grad av problemlösande strategi ej uppvisade bättre glykemisk kontroll än personer med lägre grad av problemlösande strategi. Något förvånansvärt då tidigare studier visat på ett samband mellan god glykemisk kontroll och hög grad av pro-



blemlösande copingstrategi hos ungdomar med typ 1 diabetes.

Vilken effekt personlighet har för egen vården och glykemisk kontroll diskuterades av ett team från Turkiet. I sin slutsats påpekar teamet att vid planering av diabetesutbildning är det viktigt att beakta patientens personlighet för att uppnå en optimal effekt av utbildningen. En dansk studie beskrev en "ongoing" randomiserad kontrollerad studie för att utvärdera effekten av motivationshöjande samtal på deltagarnas livskvalitet och glykemisk kontroll.

En norsk studie hade studerat hur begreppet "Evidence based knowledge" uppfattas och lärs av sjuksköterskestudenter. En mycket väldesignad studie!

## Forskningsprojekten

Forskningsprojekten var 20 till antalet. Sju av dessa projekt handlade om barn och ungdomar med typ-1 diabetes. Ett för mig nytt begrepp lanserades, "spirituality and diabetes", projektet syftar till att förtydliga begreppet. Detta är en pågående studie och begreppet har ännu inte klart definierats. Emellertid har ett mätinstrument för detta begrepp utvecklats och testats av en forskargrupp från Australien. Utvärdering av ett ungdomscamp i Kroatien, visade att ungdomarna uppskattade att träffa andra med samma vardagliga problem och underlättade acceptansen av sjukdomen. Ungdomarna känner sig ofta skyldiga inför sina mödrar för att de inte tagit sin egen-

vård på allvar visade en studie från Australien. Vidare rapporterade en studie från Portugal att det råder diskrepans mellan dålig glykemisk kontroll och hälsosam livsstil. Orsaken till denna diskrepans kräver vidare studier. Ungdomar som använder kontinuerlig insulinpump visade inga dermatologiska förändringar, visade ett team från Slovenien.

För att lyckas att genomföra en god diabetesvård är en viktig hörnsten att ta hänsyn till patientens attityder, önskingar och behov rapporterade ett team från Kroatien. Denna studie utgår från den välkända DAWN studien (Diabetes, Attitudes, Wishes and Needs). En liknande studie presenterades av ett danskt och holländskt forskningsteam. Tre studier belyste sjukligheten och mortaliteten hos en grupp personer med diabetes. En studie från Istanbul belyste sexuell hälsa hos kvinnor, en kroatisk studie beskrev psykosociala svårigheter i vardagen för blinda personer och en studie från Bukarest konstaterade en hög dödlighet relaterat till kardiovaskulär sjuklighet hos personer med diabetes. Vikten av en god och tillitsfull relation mellan patient och vårdare för en god glykemisk kontroll beskrevs av ett team från Portugal. En engelsk studie hade utvecklat en modell för diabetessjuksköterskans roll och arbete. Tyvärr saknades data från The DE-PLAN (Diabetes in Europe-Prevention using Lifestyle, Physical Activity and Nutritional Intervention). Författaren från Marti de Provençals påtalade att interventionen som varat i två år nyligen avslutats och data kommer att rapporteras om 2 respektive 4 år. Så... trägen vinner. En japansk studie rapporterade om trötthet förorsakat av dagliga injektioner och blodsockertester hos personer med diabetes.

Sist men inte minst den svenska studien av L. Olsson och A. Frid från Malmö. Teamet hade utarbetat och testat huruvida användning av överföring av blodsockervärden via modem kan spara pengar, förbättra HbA1c och öka vårdkvaliteten. Deltagarna i studien var mycket nöjda med modemet, de tyckte att kontakten med diabetessjuksköterskan förbättrades, deras kunskap och engagemang förbättrades liksom deras glykemiska kontroll. Nästa gång måste vi från Sverige skicka in fler postrar så att vår kompetens synliggörs även utanför vår egen gräns, tycker Janeth Leksell som också skrivit denna artikel.

*Janeth Leksell*



## 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**

# EASD 2008

För 44:e gången anordnade EASD ( the European Association for Study of Diabetes) sitt årliga möte. Detta år i Rom med 17 000 deltagare från 100 olika länder. Staden anordnade även mötet 1986, den gången med 2000 deltagare



. På kongressen presenterades pågående studier och publicerade studier om diabetes, allt från cellnivå till olika nya behandlings former. Dessutom presenterades olika terapeutiska utbildningar, riktlinjer, komplikationer med dess behandlingar, etnicitet med mera.

Det fanns ett otal föreläsningar att lyssna på samt posterpresentationer att lyssna på eller att läsa.

Posterutställningen med 1137 posters var väl organiserad och mycket arbete ligger bakom dessa intressanta studier. Det är dock helt omöjligt att läsa igenom alla poster utan här fick intresseområdet styra. Vi valde att lyssna på och läsa om etnicitet, utbildningar och livskvalitet.

Här kommer ett urplock av en del av studierna.

## Etnicitet

En studie gjord i Australien " Diabetes among migrant population in Australia; prevalence and risk factors av Baker et al." där de kom fram till att diabetesprevalensen varierade och var högre för de som hade annan etnisk bakgrund (Asien och Sydeuropa). Graden av fetma varierade också och de från södra Europa och infödda Australiensare var fetast. Studiens viktigaste resultat var att det skilde sig 20 cm i midjemått mellan Européer och Asiater för vilka midjemåttet hade justerats nedåt enligt nuvarande riktlinjer (- 4 cm för asiater) men studien visade att det behöver justeras ytterligare 4 cm nedåt, således 8 cm. Ett flertal

andra studier har också rekommenderat detta. Detta innebär att de gränser vi har för midjemåtsrekommendationer inte stämmer för asiater utan de löper risk vid väsentligt lägre midjemått än "västerlänningar".

Andra studierna koncentrerade sig kring ämnet Ramadan och medicinintag, en av dem **"Maintenance of glycomic control in type 2 diabetes patients during ramadan fast, with evening administration of once daily sulfonylurea** av A.H Zarger kom fram till att diabetes typ 2 patienter kan upprätthålla glukemisk kontroll genom att ta sulfonylurea på kvällen istället för på morgonen och konvertera detta till morgonen efter ramadan.

## Utbildning

Ett intressant utbildningsprogram handlade om ett hjälpmedel till personal och patient för att få fram budskapen om att "Leva med diabetes", "Insulin start", "Kost, måltid och motion", samt "hur man får god hälsa". Materialet består av 4 olika kartor (1 m x 1,5 m) med bilder och ett antal frågor. Patienterna får själva svara på frågorna så gott de kan därefter diskuterar gruppen (3-10 patienter) med hjälp av diabetes sjuksköterskan. En interaktiv process inleds där inläringen blir lättare. Programmet kommer att introduceras i Sverige under oktober månad.

Okodade blodsockermätare diskuterades också i en studie **"Miscoded**

**Blood Glucose Meters: Is this a problem in diabetes management** av Ozcan, Gedik, Bayrak, Ynko, et al. Slutsatsen var att många inte kodar sina blodsockermätare vilket ger negativa effekter på blodglukoskontrollen. Författaren rekommenderade att manuellt kodade apparater bör kontrolleras av sjukvårdspersonal regelbundet samt att utbildning till patienter behövs.

**Omvårdnad, livskvalitet "Quality of life, coping ability and metabolic control in patients with type I diabetes followed by group care with a carbohydrate counting programme"** av M.E.Brasil från Turin, Italien.

Patienter med typ I diabetes måste anpassa sitt dagliga liv till sina blodsockernivåer och variera insulin doserna efter kolhydratinnehållet i måltiderna. Författarna utvärderade en process för att träna patienterna i kolhydraträkning inom kliniken ordinarie gruppvård. Syftet var att se om patienterna ökade sin livskvalitet, kunskap om diabetes och förmåga att lösa problem för att förbättra sin metabola kontroll.

56 patienter deltog och delades upp i två grupper. En grupp tränade kolhydraträkning och den andra hade vanlig gruppvård som bedrevs vid kliniken. Programmet för kolhydratgruppen bestod av 8 lektioner à 1 timme var tredje månad. I början och efter 30 månader fick man fylla i 3 olika frågeformulär om Quality of life (DQOL)



Resultatet visade att livskvaliten förbättrades för både grupperna. **Men kunskapen om diabetes och coopingstrategier samt möjligheten till problemlösning ökade bara i kolhydraträkningsgruppen.** Slutsatsen var att gruppvård förbättrar livskvaliteten för patienter med Typ 1 diabetes men att kunskapen ökar med mer specifik utbildning.

**“Do teenagers and young adults agree to clinical contact by text or email messaging ?”** av T. Koko et al från United Kingdom

Många tonåringar och unga vuxna har dålig metabol kontroll med höga HbA1c värden som beror på dålig följsamhet till behandlingen. Dessa patienter vill ogärna medge att de inte följer ordinationerna. Ny teknologi skulle kunna anmoda patienterna att utföra självtester, träna och ta sina insulin doser efter SMS och email.

Studiens syfte var att utvärdera om nya tekniska hjälpmedel var användbar för en grupp 16-25 åringar och om de var villiga att använda sig av den. 52 patienter;

deltog med medelålder 18 år och diabetes duration på 12 år. Alla hade tillgång till dator och mobiltelefon. De skulle lätt kunna överföra sina självtester till kliniken och ta emot råd angående sin behandling.

Slutsatsen var att trots tillgång till bra kommunikations möjligheter så var nästan hälften av dessa 52 patienter ändå ovilliga att få sina blodsockervärden monitorerade och ta emot behandlingsråd via telefon eller dator.

Detta påvisar svårigheterna för patienten att gång på gång bli påmind om att de måste ta ställning till och vidta åtgärder för att kunna ha bra blodsockervärden och en god glykemisk kontroll.

**Sammanfattningsvis** kan man konstatera att det pågår arbeten över hela världen för att förbättra för personer med både typ 1 och typ 2 diabetes. Sverige ligger väl framme med både forskning och utveckling. Vi diabetessjuksköterskor har förmånen att arbeta inom ett spännande terapi område och det är givande att kunna få delta på

EASD för att ta del av den senaste forskningen och utvecklingen inom diabetesvården.

**EASD kommer att anordnas i Stockholm år 2010** den 19-23/9 och i Wien, 27/9 – 1/10 2009.

Ni som inte hade möjlighet att delta kan gå in på [www.easd.org](http://www.easd.org) och där finna alla abstracts samt inte minst längst ned på sidan hitta länken **Webcasts of EASD 2007 Lectures** (web-sändningar från föreläsningar) som vi nu alltså i efterhand kan både se och lyssna på.

Annika Herold  
Christina Svenningsson  
Rapportörer för Diabetesvård

# ”Tala klarspråk om diabetes – debattartikel”

Tala klarspråk om diabetes – många saknar livsviktig insikt om de allvarliga riskerna med sin sjukdom

Korrekt behandling är livsviktig för att personer med diabetes ska kunna leva ett gott liv utan tidiga komplikationer. Trots det misslyckas sjukvården att informera om sjukdomens risker och vad behandlingen syftar till.

Undersökningen är genomförd av Sifo på uppdrag av Sveriges diabetessjuksköterskor, och har vänt sig till personer med typ 2-diabetes, det som tidigare kallades åldersdiabetes.

Men begreppet åldersdiabetes är numera fel. Diabetessjuksköterskorna träffar i dag allt fler yngre personer med typ 2-diabetes än för 10 år sedan. I gruppen ”arbetare” i studien är debutålder för diabetes allra tidigast; 46 procent är under 45 år. Motsvarande andel ”unga diabetiker” bland gruppen ”tjänstemän” är 19 procent.

Personer med typ 2-diabetes är idag också tyngre. Mer än 50 procent i undersökningen hade kraftig övervikt eller fetma. Kraftig fetma och övervikt är alltid en riskfaktor för hjärt- kärlsjukdom inte minst vid diabetes.

## Dålig kunskap och dålig information

En av tre personer med diabetes har aldrig diskuterat vad som är målet med behandlingen. Bland dessa har 43 procent inte heller diskuterat några risker med sin sjukdom, vare sig med doktor eller med diabetessjuksköterska. Detta trots att diabetiker i riskhänseende jämförelsesvis står på samma nivå som en person som haft hjärtinfarkt. Så många som 88 procent av de tillfrågade diabetikerna vet inte att diabetes ökar risken att drabbas av stroke. Studier visar att sjukdomen ökar risken för en stroke med 3-4 gånger jämfört med risken för en person som inte har diabetes.

Utan kunskap, minskar också intresset för den egna behandlingen. Var tredje person känner inte till sina resultat för det allra viktigaste kontrollinstrumentet vid diabetes, det så kallade HbA1c värdet som visar medelvärde för blodsocker under ett antal veckor. Ett bra värde är ett bevis på att behandlingen fungerar. Bra behandling kan förhindra eller fördröja komplikationer som till exempel hjärtinfarkt, stroke, problem med fötter som kan leda till amputation, ögonproblem och blindhet. Tyvärr så när inte en hälften av patienterna de uppsatta målen, visade nyligen 2007: års data för 180 000 personer med diabetes som finns registrerade i NDR (nationella diabetesregistret).

**En patient som inte vet hur det står till med sin egen sjukdom och inte heller känner till att det finns risker, har dåliga odds.**

Vi i sjukvården får inte tveka att tala klarspråk med patienterna: diabetes är allvarligt och ska inte lite slarvigt ses som



”en släng av socker”. Det går för de flesta att leva ett gott liv med diabetes – men vi måste förvissa oss om att våra budskap når hela vägen fram.

Intensifiera det förebyggande arbetet inom alla samhällsstrukturer så att människor i mindre omfattning drabbas av fetma, högt blodtryck och höga kolesterolnivåer – tre högriskfaktorer för att utveckla typ 2-diabetes.

Du som patient var delaktig och våga fråga.

Vårdens kommunikation med patienten är en av frågorna som kommer att diskuteras på diabetessjuksköterskornas europamöte i Rom i början av september där Sverige deltar.

Mona Andersson, Bjuv,  
ordförande Svensk Förening för  
Sjuksköterskor i Diabetesvård (SFSD),

Britt-Marie Carlsson, Skene,  
vice ordförande SFSD

”Debattartikeln är publicerad i många svenska tidningar senaste månaden.”

[www.diabetesnurse.se](http://www.diabetesnurse.se)  
Ny hemsida under uppbyggnad. Kika in och tyck gärna till!

NY!

# ÄNNU SMARTARE

Bayer och Medtronic  
i samarbete för bättre glukoskontroll



**Bayers nya CONTOUR® LINK blodsockermätare skickar trådlöst dina blodsockerresultat till Medtronic MiniMed Paradigm® insulinpump och Guardian® REAL-Time system.**

- Snabbt och säkert.
- Du kan föra över all data (från insulinpump, Guardian® REAL-Time och blodsockermätare) samtidigt till Medtronic CareLink™ programvara.

Läs mer på [www.bayerdiabetes.se](http://www.bayerdiabetes.se)

För mer information och beställning av blodsockermätare CONTOUR® LINK kontakta Medtronic: Tfn 08-568 585 20.



**Medtronic**

© 2007 Bayer HealthCare LLC. CONTOUR is a registered trademark of Bayer HealthCare LLC. Bayer, the Bayer Cross, No Coding and the No Coding logo are registered trademarks of Bayer AG. Paradigm and Guardian are registered trademarks of Medtronic MiniMed, Inc.



**CONTOUR®**  
Mätssystem för blodsocker med trådlös överföring **LINK**



**Bayer HealthCare**  
Diabetes Care

# Svenska Barndiabetesregistret 30 år - vad har vi lärt av det?

Sverige var ett av de första länderna i världen som prospektivt och rikstäckande kunde följa diabetesincidensen bland barn. Registret har nu fungerat i 30 år och kunnat hålla en hög tillförlitlighet mycket tack vare insatser från kontaktpersoner vid barnklinikerna i Sverige. I många fall är det diabetessjuksköterskor som varit lokalt registeransvariga.



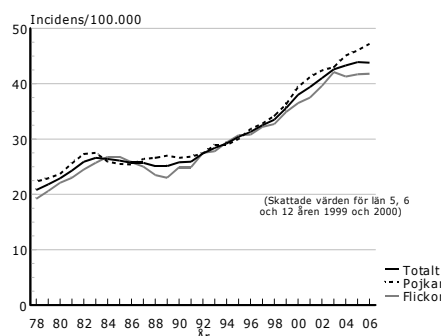
## Hur det började

I mitten på 1970-talet föddes idén i den dåvarande arbetsgruppen för barndiabetes inom Barnläkarföreningen att man skulle försöka kartlägga hur många diabetesbarn som insjuknade varje år i Sverige. Gruppen bestod av åtta barnläkare och med hjälp av en epidemiolog gjorde man först en retrospektiv studie omfattande sju barnkliniker i Sverige. Rapporten publicerades 1978. Resultaten var intressanta och man beslöt att försöka vidga studien till att bli ett landsomfattande incidensregister som sjösattes 1 juli 1977 och samordnades av Göran Sterky, dåvarande S:t Görans barnkliniker. Undertecknad som då var klinisk amanuens vid samma barnsjukhus fick mycket snart ta över samordningen och sammanställningen av registerdata sedan Göran Sterky fått tjänst inom WHO i Genève. Registret har nu fungerat i 30 år och kunnat hålla en hög tillförlitlighet inte minst tack vare ansträngningar och lojalitet från kontaktpersoner vid barnklinikerna i Sverige. I många fall är det diabetessköterskorna som i praktiken varit lokalt registreringsansvariga och hjälpt till med uppföljningar och kontroller. Sammanställningar gjordes från början manuellt av undertecknad tillsammans med en utomordentlig sekreterare men uppgiften blev så småningom ohanterlig och tack vare de olika forskningsprojekt som så småningom mejslades ut med registret som bas blev det möjligt att få stöd från dåvarande Medicinska forskningsrådet numera Vetenskapsrådet varefter regis-

tret kunde datoriseras och få professionell hjälp med datahantering. Genom åren har det Svenska barndiabetesregistrets studiegrupp: förutom kontaktpersonerna och koordinator samt administrativ sekreterare och programmerare också knutit till sig en projektgrupp som ska initiera studier samt ta ställning till olika ansökningar om nyttjande av registret. Numera är gruppen än mer formaliserad och inkluderar utöver barnläkare och forskare från vuxenmedicin samt epidemiologisk expertis och representant från Socialstyrelsen.

## Vad har vi lärt från incidensstudier?

Den Svenska barndiabetesstudiegruppen kunde tidigt konstatera att insulinberoende diabetes ökar bland barn. Ökningen var först linjär men har sedan början av 1990-talet haft en accelererande trend (fig. 1)



Figur 1 Förändring av diabetesincidens bland barn i Sverige Källa :Den Svenska barndiabetesstudien.

Vid sidan av Finland, som kunde följa prospektiv barndiabetesincidens via sitt insulinförskrivningsregister var Sverige ett av de allra första länderna i världen som prospektivt och rikstäckande kunde följa diabetesincidensen bland barn. Vi kunde tidigt se att ökningen var snabbast bland de yngsta barnen och att det fanns en incidensstopp kring 11-12 år för flickor och 13-14 år för pojkar sammanfallande med respektive könsmaximala tillväxtpurt i samband med puberteten. I mitten på 1980-talet ökade intresset för nationella eller åtminstone befolkningsbaserade incidensregister i världen och 1989 bildades dels EURODIAB, det europeiska nätverket för barndiabetesregistrering, dels ett globalt nätverk, DIAMOND, som så småningom kom att omfatta ca 100 orter med barndiabetesregistrering. Sverige har förstås bidragit till båda dessa nätverk och i hög grad varit rådgivare och samarbetspartner i det europeiska nätverket. De internationella jämförelserna har visat att Sverige näst Finland har den högsta barndiabetesincidensen i världen. I stort sett i samtliga länder har man kunnat konstatera en ökande och också så småningom en accelererande tidstrend med den största noterbara ökningen bland barn bland de yngsta åldersgrupperna. Idag insjuknar i Sverige ca 700 barn i åldern 0-14,9 år vilket innebär ca 45 per 100 000 barn. Denna incidens innebär en fördubbling sedan starten av registreringen då den var ca 20 per 100 000 barn och år och om den nuvarande trenden håller i sig kommer an-

talet barn med diabetes att ytterligare fördubblas inom en 20-års period.

### Varför ökar diabetes bland barn och hur ser det ut i äldre åldersgrupper?

Givetvis har ett stort antal forskare världen över sökt förstå orsaken till typ 1 diabetes inte minst utifrån perspektivet av den snabba ökningen. En fråga som har varit viktig att besvara är huruvida ökningen också finns efter 15 års åldern. 1983 startade Svenska nationella registret för unga vuxna och omfattar åldrarna 15-34 år. Givetvis är det mer komplicerat att få en fulltäckande registrering här men tillförlitligheten har ändå varit rimligt god och framförallt jämn över tid. Genom ett samarbete mellan de båda registren har vi kunnat visa att diabetesincidensen fortsätter att snabbt minska efter pubertetsåren hos både pojkar och flickor men att från 20-årsåldern insjuknar nästan dubbelt så många unga män som kvinnor. Någon tendens till ökning har man inte kunnat konstatera, tvärtom finns snarare en tendens till en minskad incidens hos de unga vuxna vilket stärker hypotesen om att sjukdomsdebuten bara förskjutits till allt yngre åldrar. Genom studier av insjuknandemönster kan man få en bra grund för att skapa hypoteser om varför en sjukdom uppstår i befolkningen. Det är just befolkningsspektivet som är det väsentliga i en situation när en sjukdom ökar så dramatiskt att den genetiska komponenten, som ju finns hos diabetes liksom hos de flesta andra sjukdomar, inte kan vara orsaken. Den typen av förändringar i sjukdomsincidens som vi sett för barndiabetes måste alltså bero av riskfaktorer kopplade till levnadsvanor eller övrigt i miljön som gör att hos den genetiskt disponerade individen sjukdomen uppträder allt tidigare i livet. Med utgångspunkt från detta mönster har således en rad studier genomförts på individnivå, d.v.s. man analyserar riskfaktorer hos barn som fått diabetes och jämför med barn som inte har sjukdomen efter matchning för lämpliga variabler. Stora fall-kontroll studier särskilt de man kan använda data som registrerats exempelvis i andra register eller i journaler innan barnet fick diabetes kan ge starka indikationer på sådana riskfaktorer. Bland de som identifierats för autoimmun diabetes är förutom genetiska riskmarkörer framförallt ju inom HLA-systemet tidiga virusexponeringar särskilt från coxsackievirusgruppen, kort amningsperiod alternativt tidig exponering för tillägg, högt intag av nitrosaminhaltiga produkter, olika perina-



tala faktorer som hög födelsevikt, toxikos hos modern, blodgruppsinkompatibilitet, kejsarsnittsförlossning m. fl. men också kyla, alternativt lågt antal soltimmar, alternativt D-vitaminbrist; fysisk (infektioner; trauma) och psykisk stress (svåra livshändelser), snabb tillväxt och viktökning tidigt i livet. Att många olika riskfaktorer identifierats är inte konstigt när det handlar om en s. k. komplex sjukdom, d.v.s. där vi känner ett 20-tal riskgener som kan tänkas påverkas på olika sätt av olika typer av omgivningsfaktorer. De olika riskfaktorerna antas också delta i den autoimmuna betacellsförstörande processen som till slut leder till absolut insulinbrist och klinisk sjukdom på olika sätt. Vissa riskfaktorer antas initiera den autoimmuna processen såsom virus, vissa antigena kostprodukter (komjölksprotein, gliadin, nitrosaminer) medan andra anses kunna accelerera en redan initierad autoimmun process (kyla, stress, snabb tillväxt och viktökning). För att förstå just den ökade diabetesincidensen och förskjutningen till allt yngre åldrar är

det framförallt två hypoteser som varit förhärskande. Den ena är den s k overload eller accelerationshypotesen, den andra är den s k hygienhypotesen. Anledningen till att dessa har varit attraktiva är att båda sammanfaller med förändringar av levnadsfaktorer kopplade till ökad välfärd, en faktor som ett som bruttonationalprodukt korrelerar starkt med incidens av barndiabetes i Europa. Vad är hygienhypotesen? Den s k hygienhypotesen lanserades från början som en förklaringsmodell för den ökande frekvensen av allergier och astma. Förenklat menar man att om det nyfödda barnets immunsystem inte tidigt utsätts för infektioner som då utvecklas till att riktas mot specifika infektiösa agens eller allergen kan i stället allergiska reaktioner uppstå. Hypotesen har de senare decennierna också anpassats till att gälla autoimmuna sjukdomar däribland diabetes. Befolkningsbaserade studier som stödjer den hypotesen är fynd bl. a. från Irland och Skottland; att diabetes är mindre vanliga i befolkningar med lägre social grupp och



större antal barn och trångboddhet vilket befrämjar tidiga exponeringar för många infektioner. Hygienhypotesen har också ansetts förklara de många studier som visat att barn förlösta med kejsarsnitt har något högre risk att insjukna med diabetes. Å andra sidan har man trots stora studier både i Sverige och i Europa inte kunnat påvisa någon ökad risk av olika vaccinationsprogram vilket skulle tala emot hygienhypotesen, något tycks vaccinationer vara ett skydd. Någon säker koppling mellan daghemsvistelse och minskad risk för diabetes har heller inte visats.

### **”Overload-”hypotesen**

Det tydliga fyndet med en incidenstopp just kring den snabba tillväxtfasen i puberteten ledde till att vi i Sverige tidigt med hjälp av våra tillväxtkurvor kunde undersöka snabb tillväxt och viktökning som riskfaktor och redan 1992 kunde två svenska studier verifiera att snabb tillväxt men också ökad viktökning hos småbarn kunde ge ökad risk för diabetes. Under det sista decenniet har ett stort antal studier från både Europa och andra delar av världen verifierat dessa fynd och i en mycket stor europeisk multicenterstudie omfattande ca 1 000 diabetesbarn och nära 2 000 kontroller kunde man på prospektivt förda tillväxtobser-

vationer för diabetesdebut konstatera att snabb tillväxt både mätt som längd, vikt och BMI och särskilt hos de yngsta barnen ger en ökad risk för diabetes. Tolkningen av dessa fynd har varit att om en autoimmunitet redan initieras i beta-cellen kan processen som normalt antas pågå under många år komma att accelereras så att sjukdomen blir kliniskt uppenbar tidigare. En hypotes har mest talat om insulinresistens som en sådan belastningsfaktor och såväl snabb tillväxt utan övervikt som övervikt också av måttlig grad kan ju ge en insulinresistens. Emellertid kan också andra belastningsfaktorer som kyla, psykologisk stress eller ett stort energiintag i sig ge samma effekt.

**Sammanfattningsvis** kan sägas att av de vällevnadsfaktorer som på populationsnivå kan tänkas svara för den snabba och framförallt tidigareläggningen av diabetes kan såväl hygienhypotesen som overloadhypotesen vara delar av förklaringen. Det som talar till accelerations- eller overloadhypotesens fördel är att det stämmer så väl med just trenden att insjukna tidigare.

**Avslutningsvis**, det Svenska barndiabetesregistret har varit en utomordentligt värdefull källa för forskning och inte bara kunnat konstatera de förändringar

över tid vi ser utan också varit basen för en lång rad studier för att förklara tidstrenderna. Att se och förstå sjukdomars förändring i ett befolkningsperspektiv är också förutsättningen för att förebygga sjukdom genom att förändra och förbättra levnadsvanor, minska överdriven energikonsumtion särskilt tidigt i livet vilket belastar hela organismen och ger upphov inte bara till ökad risk för typ 1 diabetes utan också typ 2 diabetes och andra sjukdomar senare i livet måste vara det bästa sättet att ingripa i stället för att tillföra exempelvis mediciner som påverkar insulinresistensen. Med det program som Socialdepartementet sjösatt och med det stora intresse som finns inom barnhälsovården att faktiskt påverka kost- och levnadsvanor i en sådan riktning att både snabb tillväxt och övervikt förhindras kan vi förhoppningsvis snart kunna se en minskning av barndiabetesincidensen eller åtminstone ett stopp på den ökade trenden. Detta är bara en anledning till att vi måste fortsätta med en kontinuerlig och god registrering av diabetes i landet.

Ett stort tack till alla barndiabetessjuksköterskor som hjälper till med detta!

*Gisela Dahlquist,  
Norrlands universitetssjukhus.*

# Var tredje person, med typ 2 diabetes, vet inte sitt HbA1c

Allt fler yngre får typ 2-diabetes – men kunskapen om bästa behandling är oacceptabelt dålig hos många, visar ny svensk studie.

Var tredje person med diabetes vet inte sitt HbA1c, som är det allra viktigaste måttet på hur väl diabetessjukdomen är behandlad. Det visar en undersökning från Sveriges diabetessjuksköterskor.

– Det är skrämmande och fullständigt oacceptabelt att patienter har så låg kunskap om sin sjukdom och den behandling de får. Det finns många studier som entydigt visar ett samband mellan bra behandling och ökad livskvalitet liksom minskad risk för allvarliga följsjukdomar och till och med för tidig död, säger Mona Andersson, ordförande för Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård, SFSD.

## Yngre och tyngre patienter

De män och kvinnor +40 år som nu dyker upp på vårdcentralerna med typ 2-diabetes fanns inte där för 10 år sedan.

Men trots att de får ska leva med sin sjukdom under lång tid, så har många dålig kontroll och kunskap. De har t ex inte diskuterat sjukdomens risker med sin doktor eller diabetessjuksköterska. Hela 88 procent känner inte till att diabetes ökar risken för att drabbas av en stroke. Studier visar att sjukdomen ökar risken för en stroke med 3-4 gånger jämfört med risken för en person som inte har diabetes.

– Den som har dålig kunskap om sina värden, har det också när det gäller riskerna med diabetes. Patienter utan kunskap och information kan ibland tala om sin diabetes som "en släng av socker", medan den som är informerad vet att det rör sig om en allvarlig och komplex sjukdom som i riskhänseende brukar jämföras med att ha haft en hjärtinfarkt, säger Mona Andersson.

## Undersökningens resultat:

- Diabetes är en klassjukdom/kunskapsjukdom – lågutbildad och okunniga har "en släng av socker" medan den välutbildade har kunskap om sina behandlingsvärden och är medveten om de risker som finns med sjukdomen.
- Var tredje känner inte till sitt blodsockervärde (HbA1c).
- Mer än 70 procent har kraftig övervikt eller fetma.
- 54 % av personer med typ 2-diabetes har samtidigt högt blodtryck, 30 % har även höga blodfetter (kolesterolvärden).
- Nästan var fjärde är mellan 41- 50 år när de får typ 2-diabetes.
- 20 % har aldrig diskuterat riskerna vid dåligt behandlat diabetes med vårdpersonal.
- Hälften av de tillfrågade med typ 2-diabetes svarar "inget"/"vet ej" på frågan vad som oroar när det gäller den egna sjukdomen.
- Det som oroar mest: 18 % viktuppgång, 15 % försämrad livskvalitet och 11 % för insulinbehandling.
- 37 % har aldrig fått någon utbildning/information om sin sjukdom av diabetessjuksköterska.
- 41 % går 2 ggr/år på kontroll hos diabetessjuksköterska.

Hela undersökningen finns på [www.sifo.se](http://www.sifo.se)



Vårdens kommunikation med patienten är en av de frågor som diskuterats under de två senaste veckornas europamöten i Rom om diabetes, bland annat ett för diabetessjuksköterskorna där Sverige har deltagit.

<http://www.fend.org/conf2008/conf08.html>

och

<http://www.easd.org/>

## Frågor och ytterligare information:

Mona Andersson, ordförande Svensk Föreningen för Sjuksköterskor i Diabetesvård, SFSD, tfn: 0703-11 55 85

Britt-Marie Carlsson, vice ordförande SFSD, tfn: 0706-93 69 17

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, stimulera och medverka till vidareutveckling av den medicinska och omvårdnads-vetenskapliga forskningen inom diabetesvården, medverka till en likvärdig och kunskapsbaserad diabetesvård i alla delar av landet, utgöra ett forum för remisser av utredningar avseende diabetesvården i Sverige samt utveckla samverkan med andra organisationer, nationellt och internationellt, vilka har betydelse för diabetesvårdens utveckling. <http://www.diabetesnurse.se/>

# Svenskt abstract accepterat vid internationell konferens

Svenskt abstract accepterat vid den internationella konferensen Therapeutic Patient Education and Chronic Disease i Budapest 5-8 november 2008

Konferensen är en tvärvetenskaplig och multi professionell internationell konferens som återkommer vartannat år. Alla deltagare är intresserade av hur den ultimata patientutbildningen ska genomföras!



Inom ramen för SBU:s projekt gällande patientutbildning vid diabetes har nedanstående abstract accepteras för poster diskussion vid TPE 2008- Therapeutic Patient Education and Chronic Disease. Budapest 5-8 november 2008. "Covering the latest advances in Therapeutic Patient Education, TPE 2008 offers the opportunity to actively partake in multidisciplinary dialogue and advance better practices for psychosocial and patient-centered care."

Till denna konferens har således nedanstående abstract blivit accepterat:

STRUCTURED GROUP-BASED EDUCATION PROGRAMMES FOR ADULTS WITH TYPE-2 DIABETES. META-ANALYSIS OF RANDOMISED CONTROLLED TRIALS

Leksell J, Johansson U, Werkö S, Wikblad K

1) Department of Health and Social Sciences, Högskolan Dalarna, Falun, Sweden

2) Department of Medical Sciences, Uppsala University, Uppsala, Sweden

3) Sophiahemmet University College, Stockholm, Sweden

4) Karolinska Institutet, Department of Clinical Sciences, Danderyd Hospital, Division of Medicine, Stockholm, Sweden

5) The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, Stockholm, Sweden

**Background and aim:** In order to support self-care among adults with type 2 diabetes several models for educational programmes have been developed and evaluated. However, there is a lack of knowledge about the most effective method for patient education that improves glycemic control without negative effect on quality of life. The aim of this meta-analysis was to assess the effects of group-based structured patient education on HbA1c and quality of life in people with type 2 diabetes.

**Method:** We performed systematic computerized searches of multiple electronic bibliographic databases in March 2008. Publications selected for analysis were randomized controlled trials, published between 2000-2008, which evaluated structured group-based education programmes for adults with type 2 diabetes compared with "usual care". Studies were included in the meta-analysis if (i) the length of follow-up was 6 months or more, (ii) at least 30 participants in each study arm, (iii) the intervention was at least two sessions with the minimum of four hours, (iv) the drop-out rate was less than 30%.

**Results:** Eleven publications (8 studies) met the inclusion criteria and this yielded 1740 participants. With a random-effect model, the pooled standardised difference in the decrease of HbA1c between structured group-based education programs and "usual care" was -0.42 (95% CI -0.72 to -0.13). In addition, the sub

group analysis showed that programmes longer than 20 hours resulted in reduced HbA1c. There was no evidence that structured group-based education programs had any significant effect on quality of life.

**Conclusions:** The meta-analysis suggests that structured group-based education programmes with at least 20 hours length in adults with type-2 diabetes produce a moderate decline in HbA1c.

*J Leksell*

Department of Health and Social Sciences, Högskolan Dalarna, jle@du.se

# Fortlöpande sockermätning förbättrar glykemisk kontroll

Kontinuerlig blodglukosmätning förbättrar den glykemiska kontrollen hos vuxna typ 1-diabetiker, men inte hos yngre, enligt en ny studie som presenterades på EASD-mötet i Rom 2008.

I studien randomiserades 322 relativt unga typ 1-diabetiker till antingen så kallad kontinuerlig glukosmätning eller till en kontrollgrupp. De flesta patienter använde vid studiestarten insulinpumpar och mätte sina glukosnivåer mer än fem gånger dagligen med glukosmätare i hemmet. Kontrollgrup-

pens patienter fortsatte med detta, medan de andra förseddes med en utrustning som mätte glukosvärdet automatiskt var femte minut.

Ungefär en tredjedel av patienterna i studien var över 25 år. Det genomsnittliga värdet för långsiktig blodsockerkontroll, HbA1c, förbättrades bara hos dessa patienter. Efter 26 veckor hade HbA1c sjunkit med i genomsnitt 0,5 procentenheter i denna grupp, medan förändringarna inte var signifikanta i de lägre åldersgrupperna.

Studien, som genomförts av forskare knutna till en lång rad amerikanska universitet, har publicerats online av tidskriften New England Journal of Medicine.

Källa: New England Journal of Medicine, publicerad online 8 september 2008

## SensoCard Plus

### Blodsockermätare med svenskt tal

- Mäter din synskadade patient blodsockret tillräckligt ofta?

#### Enkelt och säkert för synskadade med diabetes.

- **Stor och tydlig display**
- **Svensktalande**
- **Liten och lätt**
- **Mättid endast 5 sekunder**
- **Blodmängd endast 0,5 mikroliter**
- **Varnar vid för liten blodmängd och andra felkällor**
- **Instruktionsbok i Daisyformat (talbok på CD)**
- **Lämpar sig även för dialyspatienter**



SensoCard Plus är avsedd för gravt synskadade och de som har svårt att läsa texten på sin vanliga mätare. Mätaren får mycket positiva omdömen och levereras idag till samtliga landsting i Sverige. **Teststickorna har apotekets varunummer 204410.**

#### SensoCard Plus

representeras i Norden av Meditech Systems Scandinavia AB  
tel: 08 - 660 71 60 [www.meditechsystems.com](http://www.meditechsystems.com)

# Brev till LFN

2007 utarbetade en referensgrupp med representanter för vuxen- och barndiabetologer och diabetessköterskor riktlinjer för det kliniska användandet av kontinuerlig glukosmätning (CGM) i Sverige (Diabetolognytt 2007, <http://diabetolognytt.se/extra/artikel4.html>). Sedan dess har metoden använts på i stort sett samtliga diabetesmottagningar i Sverige och det finns numera en bred erfarenhet av metoden.

Under våren 2008 uppkom frågan om vilka indikationer som skulle vara medicinskt motiverade för att glukossensorerna skulle kunna ingå i läkemedelsförmånerna som förbrukningsartikel och därmed subventioneras av samhället.

Gruppen har efter en utförlig diskussion kommit fram till nedanstående förslag. Vi deltar gärna i en fortsatt diskussion med LFN som representanter för diabetesvården, exempelvis vid ett möte eller på lämpligt sätt, för att metoden på bästa sätt ska komma patienterna till godo och användas på rätt sätt.

Långtidsanvändning av kontinuerlig glukosmätning hos barn och vuxna med typ 1-diabetes

## 1) Indikationer:

- Hypoglykemi: Upprepade svåra hypoglykemier som kräver hjälp av annan person (2 eller fler på ett år).
- HbA1c: Kvarstående högt HbA1c (>8%) där upprepade försök till optimerad insulinbehandling misslyckats.
- Svårinställd diabetes – barnindikation: Barn där man redan tar 10 eller fler plasmaglukosprover/dygn som är medicinskt motiverade för att uppnå acceptabelt HbA1c och undvika svåra hypoglykemier.

## 2) Uppföljning:

- En överenskommelse för högst 3 månaders kontinuerlig användning ska alltid skrivas med patienten eller familjen med angivande av indikation för behandlingen och förväntade mål.

- Efter användningen sker utvärdering av om CGM haft önskvärd effekt hos den enskilda individen. Om så inte är fallet avslutas CGM.
- På kliniknivå följs och registreras användningen av CGM via de nationella diabetesregistren NDR och SWEDIAB-KIDS.

Ragnar Hanås, överläkare, Barn och Ungdomskliniken, Uddevalla och NÄL

Peter Adolfsson, överläkare, Drottning Silvias Barnsjukhus, Göteborg

Stig Attvall, överläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Mona Andersson, diabetessjuksköterska, Barn och Ungdomskliniken, Västerås

Gun Forsander, överläkare, Drottning Silvias Barnsjukhus, Göteborg

Johan Jendle, överläkare, Medcinkliniken, Karlstad

Erik Moberg, överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

Stefan Sämlad, överläkare, Barn- och Ungdomskliniken, Regionsjukhuset, Örebro

Eva Toft, överläkare, Diabetesmottagningen, Ersta sjukhus

Eva Örtqvist, Överläkare, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Stockholm

Mona Andersson, ordförande, Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård

Björn Eliasson, ordförande, Svensk Förening för Diabetologi, Göteborg



Hej alla kollegor!

Mitt namn är Marie Hallman. Jag arbetar som diabetes sjuksköterska inom barn och ungdomssjukvård på Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus i Göteborg.

Vi det årliga ISPAD mötet, International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes, i Durban den 12-16 augusti blev jag invald till "Advisory Council".

Det känns fantasiskt roligt och spännande att vara delaktig i det arbete som ISPAD utför över hela världen. Ännu vet jag inte så mycket om vad det innebär, förutom att nästa möte i Advisory Council sker i starten av American Diabetes Association, ADA mötet i New Orleans 2009.

Vi gratulerar Marie och önskar Lycka till med förtroendeuppdraget i ISPAD!

SFSD's styrelse

## Glucocard X-meter



**Nu även upphandlad i  
Stockholms läns landsting!**

Nu ännu enklare, med större knappar och ny batterilucka!

- Automatisk kodning = automatisk säkerhet!
- Otroligt liten provvolym, endast 0.3  $\mu$ L!
- Otroligt snabb, endast 5 sekunder!

# Att nå styrkraft i livet med diabetes

Kan ett stödprogram grundat på kognitiv beteendeterapi (KBT) förbättra blodsockerkontroll, egenvård och psykosociala faktorer hos vuxna patienter med typ 1 diabetes? Om så är fallet, kan man förutsäga vilka personer som når framgång i att förbättra sin blodsockerkontroll?



Dessa övergripande frågor belyses i avhandlingen 'Health Promotion in Diabetes Care – studies on adult type 1 diabetes patients' som försvarades av leg sjuksköterska Susanne Amsberg den 23 maj vid Karolinska Institutet, Institutionen för kliniska vetenskaper, Danderyds sjukhus, Stockholm. Avhandlingen omfattar även studier som belyser aspekter av injektionsteknik, där studien syftade till att undersöka huruvida insulinabsorptionen i fettvävsskada blir försämrad vid injicering av snabbverkande insulin aspart samt kvalitetsgranskning (psykometrisk testning) av ett frågeformulär som mäter diabetesrelaterad stress.

## KBT-baserat stödprogram vid typ 1 diabetes

För personer med diabetes krävs dagliga, aktiva och medvetna handlingar från individen själv för att uppnå optimal blodsockerkontroll. På så vis skiljer sig dessa personer från dem som inte har diabetes, där denna fysiologiska process sker automatisk. Egenvårdskraven vid diabetes är väl dokumenterade [1, 2] och kan upplevas som betungande för den som har såväl typ 1 som typ 2 diabetes [3]. Vid typ 1 diabetes tillkommer även för det mesta kravet på upprepade insulininjektioner samt frekventa blodsockermätningar. Därtill riskerar personer med typ 1 diabetes att utveckla rädsla för hypoglykemi [4], vilket kan leda till underdoserering av insulin doser och överkorrigering av låga blodsockervärden som i slutändan kan resultera i hyperglykemi.

Vikten av blodsockerkontroll förmedlas vid Sveriges alla diabeteskliniker idag, där patientundervisning ingår som en självklar del för att underlätta livet med diabetes. Det kan trots allt vara svårt att följa givna rekommendationer och att uppnå optimal blodsockerkontroll, något som avspeglas i Nationella Diabetesregistrets data som anger att mindre än hälften av typ 1 patienterna når målet kring blodsockerkontroll,  $HbA1c < 6,5\%$  [5].

Tidigare forskning tyder på att kunskap och beteende inte alltid följs åt [6]. Därför rekommenderas ett mer beteendeorienterat förhållningssätt från sjukvårdspersonal som tar hänsyn till hela individen och fokuserar mer på psykologiska aspekter som t ex upplevelse av hinder att leva med sjukdomen, tankar kring sjukdom och egenvård m m [7,8]. Två av studierna i avhandlingen utvärderar effekten av ett sådant beteendeorienterat stödprogram som bygger på Kognitiv beteendeterapi (KBT). KBT utgår från antagande att det finns ett samspel mellan individens yttre och inre miljö [9], d v s det finns ett samspel mellan individens beteende, tankar, känslor och fysiologiska reaktioner som illustrerat i den s k interaktionsmodellen (Fig 1). För att ge ett exempel kan vi tänka oss nyanställda "Kalle" som sitter i ett kontorslandskap och har många människor omkring sig (omgivning). Kollegerna ber honom följa med ut på lunch. Kalle får hjärtklappning (fysiologisk reaktion) och blir nervös (känsla). Han behöver mäta blodsockret före lunch men föreställer sig att kolle-

gera skulle känna obehag om han gör det inför dem (tanke). Han tror också att det finns risk för att han skulle bli särbehandlad om de fick veta att han har en kronisk sjukdom (tanke), vilket han hittills har valt att inte berätta. Kalle bestämmer sig därför för att låta bli att mäta blodsocker (beteende). Förloppet kanske var en engångshändelse och behöver inte innebära särskilda konsekvenser för Kalle. Upprepat beteendet kan däremot på sikt leda till svårkontrollerad diabetes.

KBT karaktäriseras av ett strukturerat, målriktat arbetssätt. Patient och terapeut samarbetar aktivt i målet att ta reda på vad som är problem här och nu, vad som vidmakthåller det och hur kan det förändras. I detta gemensamma arbete ses patienten som expert i att leva med diabetes och terapeuten ses som expert på metoder i att karllägga problemen och hitta strategier i att finna nya beteenden/strategier. Vanligt förekommande verktyg är bl a självregistrering av beteende/vanor, problemlösning, att identifiera och hantera negativa automatiska tankar och tankefallor; exponering, avslappning samt självhävdande kommunikation. Användandet av hemuppgifter är också centralt vid KBT. Alla verktyg som lärs ut ska också praktiseras/undersökas i patientens verkliga vardag. KBT har starkt vetenskapligt stöd för beteendeförändring inom en rad olika tillstånd [10-12].

Totalt 94 patienter lottades slumpmässigt till att ingå i en grupp som fick stöd-

programmet (interventionsgrupp) alternativt till en grupp som fick fortsätta med sedvanlig behandling (kontrollgrupp). Stödet gavs dels i grupp, dels individuellt och syftade till att förbättra egenvård och blodsockerkontroll. Under en period av två månader fick patienterna kartlägga sina egenvårdsbeteenden och lära sig olika verktyg lämpade för beteendeförändring. Stödprogrammet omfattade även ett strukturerat vidmakthållandeprogram med fokus att vidmakthålla genomförda beteendeförändringar och att hantera bakslag. Sessionernas utformning (Tabell 1) skapades av diabetessjuksköterska och psykolog utifrån klinisk erfarenhet av diabetespatienter samt utifrån tidigare forskning inom ämnet [3, 13, 14]. I populärvetenskapliga sammanhang kom programmet att kallas StyrKRAFT i Ditt Liv<sup>®</sup>. Förhoppningen var att patienterna skulle få en inre styrka stor nog att bättre kunna styra sina liv med diabetes.

Studien pågick under ett år. Signifikanta skillnader mellan interventions- och kontrollgrupp observerades vid studiens slut avseende blodsockerkontroll, välbefinnande, frekvens av blodsockermätning, rädsla för hypoglykemi, upplevd stress och depression, där alla aspekter förbättrades mer i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Det KBT-baserade stödprogrammet tycks erbjuda ett lovande förhållningssätt till vuxna personer med svårkontrollerad typ 1 diabetes. Vid fortsatta analyser kunde inga mönster identifieras avseende vilka personer som når framgång i att förbättra sin blodsockerkontroll, vilket kan tyda på att programmet inte enbart lämpar sig för begränsad del personer, men också att fortsatt forskning krävs för att finna svar på den frågan.

### Frågeformulär: diabetesrelaterad stress

Som ett led i att utvärdera stödprogrammet, översattes ett av de frågeformulär som patienterna besvarade, 'the Problem Areas in Diabetes Scale' (problemområden inom diabetes). Formuläret kommer ursprungligen från USA och mäter diabetesrelaterad stress. Då översättning av frågeformulär bl a kan kräva kulturell anpassning utfördes särskild statistik för kvalitetsgranskning av instrumentet. Bl a syftade testerna till att undersöka om frågeformuläret verkligen mäter det som avses att mätas samt att det mäts på ett tillförlitligt sätt. Frågeformuläret visade sig ha god kvalitet avseende dessa aspekter.

### Insulinabsorption i lipohypertrofisk vävnad

Slutligen var också injektionsteknik i fokus för denna avhandling. Ett vanligt problemområde för patienter med typ 1 diabetes är fettvävsskada, lipohypertofi, som drabbar upp till 50% av dessa patienter till följd av subkutan insulinbehandling [15, 16]. Sjuksköterskor undervisar patienter i injektionsteknik och hur fettvävsskada ska undvikas. Ändå kan bekvämlighet, gammal vana och andra faktorer leda till att patienter väljer att injicera i samma område upprepade gånger, vilket ofta leder till fettvävsskada. Det har dock spekulerats kring huruvida absorptionen i lipohypertrofisk vävnad verkligen är försämrad vid användandet av dagens moderna snabbverkande insuliner. Forskargruppen fann att evidens saknades inom området och såg därför behov av att studera detta.

Insulinabsorptionstest med snabbverkande insulin aspart utfördes på nio patienter med fettvävsskada. Analyser visade att absorptionen blir försämrad då insulinet injiceras i denna vävnad, varför patienter skall rådas att undvika injektion i fettvävsskada, även vid användandet av insulin aspart. Det är därför högst angeläget att sjuksköterskor fortsätter att regelbundet observera patienternas injektionsområden och undervisar i injektionsteknik. En framkomlig väg i att förändra patienters beteende i detta område kan vara att fråga efter hinder för korrekt injektionsteknik och att stödja till problemlösning där hinder finns.

Slutligen, att nå målen för metabol kontroll med bibehållet välbefinnande är inte alltid en lätt uppgift, vare sig för patient eller för sjukvårdspersonal. Mycket talar för att beteendeförändring krävs hos alla parter, inte bara patienten. Patientundervisning vid diabetes är alldeles nödvändig, men vinner på att tillämpa ett mer beteendecinriktat och patientcentrerat förhållningssätt. Det är därför hög tid att involvera fler psykologer i diabetesvården och att utbilda diabetessjuksköterskor i detta förhållningssätt.

Susanne Amsberg

leg sjuksköterska, Med dr, Karolinska Institutet, Institutionen för kliniska vetenskaper, Danderyds sjukhus, Stockholm, Sophiahemmet Högskola, Stockholm

E-mail: susanne.amsberg@ki.se;  
susanne.amsberg@sophiahemmethogskolase

### Referenser

- [1] DeWeerd I, Visser AP, Kok G, A. van der Veen EA. Determinants of active self-care behaviour of insulin treated patients with diabetes: Implications for diabetes education. *Soc Sci Med* 1990;30:605-15.
- [2] Lorenz RA, Bubb J, Davis D, Jacobson A, Janasch K, Kramer J, Lipps J, Schulndt D. Changing behavior: Practical lessons from the diabetes control and complications trial. *Diabetes Care* 1996; 19:648-52.
- [3] Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Welch G, Jacobson AM, Aponte JE, et al. Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes Care*. 1995; 18:754-60.
- [4] Wild D, von Maltzahn R, Brohan E, Christensen T, Clauson P, Gonder-Frederick L. A critical review of the literature on fear of hypoglycemia in diabetes: Implications for diabetes management and patient education. *Patient Educ Couns* 2007;68:10-5.
- [5] Svensk förening för diabetologi. Nationella diabetesregistret. Årsrapport 2006. *Diabetolognytt*. 2006;19:7.
- [6] Knight KM, Dornan T, Bundy C. The diabetes educator: trying hard, but must concentrate more on behaviour. *Diabet Med*. 2006;23:485-501.
- [7] Peyrot M, Rubin RR. Behavioral and psychosocial interventions in diabetes - a conceptual review. *Diabetes Care* 2007;30:2433-40.
- [8] Fisher EB, Thorpe CT, Devellis BM, Devellis RF. Healthy coping, negative emotions, and diabetes management: a systematic review and appraisal. *Diabetes Educ*. 2007;33:1080-103; discussion 104-6.
- [9] Sundel M, Sundel S. Behaviour change in the human services - an introduction to principles and applications. California: Sage Publications, Inc. 1999.
- [10] Hobbis IC, Sutton S. Are techniques used in cognitive behaviour therapy applicable to behaviour change interventions based on the theory of planned behaviour? *J Health Psychol*. 2005;10:7-18; discussion 37-43.
- [11] Ostelo RW, van Tulder MW, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005. Art. No: CD002014. DOI:10.1002/14651858.CD002014.pub2.
- [12] Lisspers J, Sundin O, Ohman A, Hofman-Bang C, Ryden L, Nygren A. Long-term effects of lifestyle behavior change in coronary artery disease: effects on recurrent coronary events after percutaneous coronary intervention. *Health Psychol*. 2005;24:41-8.
- [13] Snoek FJ, van der Ven NC, Lubach CH, Chattrou M, Ader HJ, Heine RJ, et al. Effects of cognitive behavioural group training (CBGT) in adult patients with poorly controlled insulin-dependent (type 1) diabetes: a pilot study. *Patient Educ Couns*. 2001;45:143-8.
- [14] Anderson RM, Funnell MM, Butler PM, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste CC. Patient empowerment. Results of a randomized controlled trial *Diabetes Care*. 1995;18:943-9.
- [15] Hauner H, Stockamp B., and Haastert B. Prevalence of lipohypertrophy in insulin-treated diabetic patients and predisposing factors *Exp Clin Endocrinol Diabetes*. 1996;104:106-10.
- [16] Kordonouri O LR, Dorothee D. Lipohypertrophy in young patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2002;25:634.

## Betaglucare® - Sveriges första Käkemedel™!

Betaglucare® är en naturlig produkt med vetenskapligt bevisade medicinska effekter - ett Käkemedel™!

Produkten är baserad på en hög anrikning av högkvalitativa lösliga fibrer (betaglukaner) från havre, vilket i rätt mängd (3g/dag) ger en kolesterol- och blodsockersänkande effekt.

Härmed finns en möjlighet att enkelt administrera betaglukaner till sin dagliga frukost, i form av Betaglucare®. Man lägger till 1 dl (25g) Betaglucare® i filen, müsli, gröten, mjölken etc - och når därmed medicinskt relevanta resultat.

Det är lättare att lägga till än att dra ifrån!



### Varför finns Betaglucare®?

Trots en allt bättre diabetesvård finns det idag många patienter som ligger på eller över gränsen till förhöjda kolesterolvärden. Typ 2 diabetes är dessutom en växande patientgrupp, vilken löper en ökad risk att drabbas av hjärta/kärl-händelser. För dessa patienter finns det idag en möjlighet att på ett evidensbaserat sätt ta tag i sin egen situation genom Betaglucare®. Kort och gott så har ni diabetessköterskor nu ytterligare ett verktyg att använda i behandlingen av era diabetespatienter!

### Kolesterol & Blodsocker

Tre gram betaglukaner (motsvarar 1 dl Betaglucare®) sänker LDL- och totalkolesterol med ca -10%<sup>1,2</sup>. Dessutom har studier av betaglukanernas effekt på blodsocker efter måltid (postprandiellt plasmaglukos, PPG) visat sänkningar med upp till -36%<sup>3,4</sup>. Utöver detta har man sett minskat behov av insulininsöndring efter måltid med upp till 44%<sup>3,4</sup>.

### Betaglucare i Praktiken, BIP

Nyligen avslutades kvalitetssäkringsstudien BIP (Betaglucare® I Praktiken), med syfte att följa diabetespatienter som påbörjat Betaglucare® behandling i 2 månader. Vi hoppas att inom kort kunna presentera resultat från denna studie.

*Thor Ulnes, diabetessköterska, Spinnarens VC om Betaglucare®:*

För en del av de patienter som har lagt till Betaglucare® har vi noterat vissa fördelar:

- Bättre mättnadskänsla, viktigt för att hindra småätande
- Jämnare blodsocker
- Samt inte minst en mycket väl fungerande tarmreglering. De flesta har kunna ta bort eller minska annan laxantia.

I något fall har vi noterat bättre HbA1c och viktreduktion.

För ett antal personer har den ökade fibermängden gjort det svårt att initialt kontrollera sin faecesavgång, varför man bör rekommendera personer med misstänkta tarmbesvär att starta med mindre dos Betaglucare, ex ½ dl.

I personalgruppen har vi noterat ökad mättnadskänsla, mindre småätande, bättre tarmreglering och om inte viktreduktion så i alla fall hindrat viktuppgång.

Själv var jag notorisk nattätare, men efter att jag började äta Betaglucare® på kvällen är jag helt fri från hungersug och nattätande. Mycket BRA!

### Var köper man Betaglucare®?

Betaglucare® finns att köpa i hälsofackhandeln (t ex Life) samt på hemsidan [www.betaglucare.se](http://www.betaglucare.se) där du även kan läsa mer om produkten.

### Prorsum Healthcare AB (031-7607034)

Prorsum Healthcare AB är ett framåtsträvande företag med säte på Sahlgrenska Science Park i Göteborg. Framåtsträvande så tillvida att vårt fokus ligger på att ta fram Käkemedel för våra stora folksjukdomar - diabetes, hjärt-kärlsjukdom och fetma. Tanken med våra Käkemedel är att skapa egenvärdsprodukter av hög kvalitet, med medicinskt relevanta effekter. Betaglucare ersätter inte initierade läkemedelsbehandlingar, utan utgör ett utmärkt komplement till dessa.

1 Kabir M, et al. Four-week low-glycemic index breakfast with a modest amount of soluble fibers in type 2 diabetic men.

Metabolism 2002; 51: 819-826.

2 Pick ME, et al. Oat bran concentrate bread products improve long-term control of diabetes: A pilot study. J Am Diabetic Ass 1996; 96: 1254-1261. 3 Kabir M, et al. Four-week low glycemic index breakfast with a modest amount of soluble fibres in type 2 diabetic men. Metabolism, 51:819, 2002.



# DIABETESFORUM


UPPSALA 11-12 MAJ 2009

Det gläder oss att kunna bjuda in till Diabetesforum 2009. Ett arrangemang öppet för både profession och personer med diabetes. Anordnas i samarbete med Svenska Diabetesförbundet och Svensk Förening för Diabetologi. Ersätter SFSD´s vanliga symposiet. Årsmöte hålls under dagarna.”

**INBJUDAN SKICKAS UT I JANUARI 2009**

# Förskrivning Diabeteshjälpmedel

På begäran publiceras här hur det dokument kan se ut som verksamhetschefen ansvarar för framtagandet av med anledning av Socialstyrelsen nya föreskrift SOSFS 2008:1.

		Medicinkliniken, Skene	
Upprättad av:	NN	Sida	1(1)
Dokumentansvarig:	NN	Rev nr	2:0
Publicerad av:	NN	Reviderad	2008-02-27
Godkänd av:	NN	Korrigerad	
		Planerad revision	2009-02-27
RIKTLINJER/RUTINER			
<b>PERSONALADMINISTRATIVA RUTINER</b> <b>FÖRSKRIVNING av medicintekniska produkter och förbrukningsartiklar</b> <b>enligt SOSFS 2008:1</b> <b>gällande Medicinkliniken SÄS Skene</b>			
<b>I enlighet med innehållet i SOSFS 2008:1, Användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården är följande personer behöriga att förskriva insulinpumpar med tillbehör (infusionsset, kanyler, bärsystem, Skinprep, Remove, desinfektionstorkar):</b>			
_____		_____	
_____		_____	
Namn		personnummer	
<b>Följande personer är behöriga att förskriva plasmaglukosmätare, teststickor, penkanyler, insulinpennor och lancetter:</b>			
_____		_____	
_____		_____	
Namn		Personnummer	
Skene den _____			
_____			
_____			
Medicinkliniken			

# Patientutbildning för personer med typ 2 diabetes

Patienter med diabetes typ 2 känner att de har större kontroll över sin sjukdom om behandlingen är en dialog mellan vårdgivare och patient än om de bara blir tillsagda hur de ska göra. Men blodsockerkontrollen blir inte bättre. Det behövs en diskussion om hur patientutbildning ska bedrivas i primärvården, menar legitimerade dietisten Eva Thors Adolfsson i sin avhandling "Patientutbildning för personer med typ 2 diabetes i primärvården" som hon presenterade vid Uppsala universitet 26 september 2008.



Eva Thors Adolfsson har undersökt vad det innebär för patienter med typ 2 diabetes när läkare och sjuksköterskor systematiskt stödjer patienterna att bli mer delaktiga i behandlingen av sin sjukdom. Förhållningssättet går under begreppet empowerment, som innebär att patienten tar ansvar och kontroll att aktivt sköta sin sjukdom i stället för att låta läkaren eller sjuksköterskan ha kontrollen.

- Utvärdering av patienternas erfarenheter ett år efter att de deltagit i ett empowermentprogram visade att programmet bidrog till att patienterna kände sig delaktiga i sin sjukdom, började förstå vad sjukdomen handlade om och att de upplevde att de själva kunde kontrollera sin sjukdom, säger Eva Thors Adolfsson.

I den sedvanliga vården upplevde patienterna att det var vårdpersonalen som hade kontrollen på deras sjukdom.

- Patienterna upplevde att vårdpersonalen gav råd och rekommendationer och att de mest blev tillsagda att följa de råd de fått. I båda fallen lär sig patienterna att sköta sin sjukdom, men i den sedvanliga vården sker det genom att patienten accepterar vad vårdgivaren säger, medan empowerment gör patienten delaktig i lärandeprocessen.

Hon kunde emellertid också konstatera att empowerment har begränsningar,

- Empowerment bidrog i min undersökning till att patienternas tillit till sina diabeteskunskaper ökade, men det påverkade inte deras blodsockerkontroll.

- Är det möjligt att avsätta resurser för att bemöta patienten på ett sätt som gör dem mer delaktiga och känner mer kontroll om det faktiskt inte ger mätbara effekter? Hur värderar vi patientens känsla av egenkontroll mot konkreta mätresultat när vi prioriterar resurser?

Vid en nationell kartläggning av hur patientutbildning bedrivs inom primärvården i Sverige fann Eva Thors Adolfsson att endast en minoritet av vårdgivarna involverade patienten i att sätta mål för blodsocker, blodtryck, blodfetter och livsstil. Det var också få som individualiserade rådgivningen utifrån patientens behov.

Eva Thors Adolfsson menar att hennes resultat pekar på att det behövs en diskussion i primärvården om hur patientutbildning för personer med diabetes typ 2 ska bedrivas.

Omkring 300 000 personer har diabetes typ 2 och behandlas i primärvården.

Eva Thors Adolfsson har jobbat som dietist i vården sedan början av 1980-talet och till största delen med diabetespatienter. Eva Thors Adolfsson bor i Västerås och är verksam inom Landstinget Västmanland.

Mer om avhandlingen på Uppsala universitets webbplats. För mer information, kontakta Eva Thors Adolfsson [eva.thors-adolfsson@ltv.se](mailto:eva.thors-adolfsson@ltv.se)

## World Diabetes Day 14 november 2008

I samarbete med SFD, SFSD och Diabetesförbundet  
uppmärksammas under vecka 46

Världsdabetesdagen på olika sätt. Håll utkik!

Vad ordnar ni på Er ort?

# Diabetessjuksköterskans roll och funktion i Europa

Vid FEND-mötet presenterade Marianne Lundberg, Malmö den studie över vad en diabetessjuksköterska egentligen är som initierats av FEND och kommer att distribueras till diabetessjuksköterskor i Europa inom de närmaste månaderna. I Sverige kommer alla SFSD's medlemmar att få enkäten skickad till sig per post.

Nedan kan ni läsa Mariannes korta kärnfulla presentation som hon höll inför fullsatt auditorium (inte på Colosseum men nästan) med 700 deltagare i Rom.

## Study on European Nurses in Diabetes

### Why SEND?

- Confusion exists around the role and titles of diabetes specialist nurses in different countries.
- Confusion exists about educational requirements
- SEND is financed by FEND and the University of Maastricht
- Participating countries: Germany, Ireland, Netherlands, Poland, Spain, Sweden, Turkey, United Kingdom

### The aim of SEND

- To study the nature, volume, work setting, case-mix and workload of diabetes nursing care in eight countries in Europe
- "What is the function of diabetes specialist nurses in Europe from a cross national perspective?"

### How?

- Three study phases:
  - **1: Systematic literature review** to answer the question which factors influence the quality of diabetes nursing in Europe?
  - **2: Value clarification.** During a 2 day meeting in Amsterdam function descriptions of Diabetes Nurse Specialists in Europe were assessed.

### – 3: Survey

– A survey will be distributed by post or email in October 2008.



– All diabetes nurses from the participating 8 countries are kindly asked to answer and return the survey.

## KALENDARIET

2008

**SFD HÖSTMÖSTE**  
16-17 oktober 2008  
Örebro

**THERAPEUTIC PATIENT  
EDUCATION AND  
CHRONIC DISEASE,**  
5-8 NOVEMBER 2008

**DISPUTATION**  
Gunnel Wiklund  
11 december kl 13, 2008  
Uppsala Universitet  
Medicinska vetenskaper

2009

**DIABETESFORUM**  
11-12 maj 2009  
Uppsala

**ISPAD**  
2-5 september 2009  
Ljubljana, Slovenien

**FEND**  
25-26 September 2009  
Wien

**EASD**  
27 september-1 oktober 2009  
Wien

**IDF**  
18-22 oktober 2009  
Montreal, Canada

NYHET!

”Ännu smartare  
ännu snabbare”

✓ Ingen kodning!

✓ 0,3 µL blod!

✓ 4 sekunder!



**GlucoMen<sup>®</sup>LX**

GlucoMen LX är ett kostnadsfritt hjälpmedel, godkänt av LFN.

#### Ett smartare och snabbare system för blodsockerkontroll

- GlucoMen LX är lätt att använda
- Kräver ingen kodning
- Har stor tydlig display
- Kan användas med eller utan ljud
- Ger testresultat på 4 sekunder
- Är låst i mmol/L
- Behöver bara 0,3 µL blod
- Är godkänd för provtagning från alternativa stickställen
- Startar mätning först när rätt mängd blod tillförts
- Lagrar automatiskt 400 värden samt genomsnittsvärdet för 1, 7, 14 och 30 dagar
- Ladda ner till datorn och få lätt-analyserade grafer och diagram

Vill du prova GlucoMen LX blodsockermätningssystem?

Ring 040-32 12 70, faxa 040-32 12 71

eller maila [info@menarinidiagnostics.se](mailto:info@menarinidiagnostics.se)



**A.MENARINI**  
diagnostics

Läs mer på [www.menarinidiagnostics.se](http://www.menarinidiagnostics.se)

Medeon Science Park, Per Albin Hanssons väg 41, hus D SE-214 32 Malmö

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 150 SEK per år. Gör din beställning genom att kontakta redaktören via e-mail: [britt-marie.sfsd@telia.com](mailto:britt-marie.sfsd@telia.com)

**Adressändring:**

Medlemmar i SFSD kontaktar medlemsansvarig:  
Christina Svenningsson [ch.svenningsson@gmail.com](mailto:ch.svenningsson@gmail.com)  
Övriga kontaktar redaktören, se ovan.

**Ansvarig utgivare:**

Mona M Andersson  
[Mona04274139@telia.com](mailto:Mona04274139@telia.com)

**Chefsredaktör:**

Britt-Marie Carlsson  
[britt-marie.sfsd@telia.com](mailto:britt-marie.sfsd@telia.com)

**Redaktör:**

Lars Berg  
[lars.berg@vgregion.se](mailto:lars.berg@vgregion.se)

**Redaktionskommitté:**

Fanny Johnsson  
Gun Olsson

**Annonsering:**

Annonstopp för Diabetesvård  
Nr 1 2009 är 1 januari med utgivning i januari  
Nr 2-3 2009 är 30 april med utgivning i juni  
Nr 4 2009 är 30 augusti med utgivning i oktober

Annonstrymme bokas hos [britt-marie.sfsd@telia.com](mailto:britt-marie.sfsd@telia.com)

**Tryckeri:**

Responstryck Armbåga Grafiska AB, Box 414, 503 12 Borås  
033-480 700  
[www.responstryck.se](http://www.responstryck.se)

**ISSN-nummer:**

1652-697X

**STYRELSEN FÖR SFSD 2008**

**Ordförande**

Mona M Andersson  
Vårdcentralen  
267 38 Bjuv  
[Mona04274139@telia.com](mailto:Mona04274139@telia.com)

**Vice ordförande**

Britt-Marie Carlsson  
Diabetesmott.  
Medicinmott.  
SÅS Skene  
511 81 Skene  
[britt-marie.sfsd@telia.com](mailto:britt-marie.sfsd@telia.com)

**Sekreterare**

Mona H Andersson  
Barnmott.  
Centrallasarettet  
721 89 Västerås  
[mona.andersson@ltv.se](mailto:mona.andersson@ltv.se)

**Kassör**

Elisabeth Sjöström-Fahlén  
Diabetesmott.  
Universitetssjukhuset  
901 85 Umeå  
[elisabeth.sjostrom.fahlen@vll.se](mailto:elisabeth.sjostrom.fahlen@vll.se)

**Vetenskaplig sekreterare**

Janeth Leksell  
Högskolan Dalarna  
791 88 Falun  
[jle@du.se](mailto:jle@du.se)

**Medlemsansvarig**

Christina Svenningsson  
Endokrinologen  
Diabetescentrum  
Centralsjukhuset  
651 85 Karlstad  
[ch.svenningsson@gmail.com](mailto:ch.svenningsson@gmail.com)

**Nätverksansvarig**

Annika Herold  
Rosengårds vårdcentral  
Von troils väg 8  
213 74 Malmö  
[annika.herold@skane.se](mailto:annika.herold@skane.se)

**Rosita Ilvered**

Barnkliniken  
Länssjukhuset Ryhov  
551 85 Jönköping  
[rosita@ilvered.se](mailto:rosita@ilvered.se)

**Lars Berg**

Barnmottagningen  
SÅS Borås  
501 82 Borås  
[lars.berg@vgregion.se](mailto:lars.berg@vgregion.se)



# Inspiration som förbättrar hälsan för dina diabetespatienter.



Som diabetiker behöver man vara lite mer noggrann med hur man sköter sin hälsa. Därför har vi tagit fram folderserien "Inspiration". Folderarna ger många värdefulla råd om hur man sköter kosten, ögonen, fötterna och träningen; sådant som en diabetiker bör tänka lite extra på.

Låt oss komma till dig och berätta hur ni kan använda folderarna på bästa sätt.



Ja tack, kontakta oss, vi vill veta mer om folderserien "Inspiration".

Namn \_\_\_\_\_

Klinik \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Nås säkrast mellan \_\_\_\_\_ och \_\_\_\_\_

E-postadress \_\_\_\_\_

**Abbott Scandinavia AB**  
**Abbott Diabetes Care**

SVARSPOST  
Kundnummer: 170 123 601  
169 20 SOLNA

HumaPen<sup>®</sup>  
MEMOIR<sup>™</sup>

Humalog<sup>®</sup>

insulin lispro (rDNA origin) injection

## Nu introducerar vi HumaPen<sup>®</sup> MEMOIR<sup>™</sup>

Insulinpennan som inte  
glömmer, för människor  
som ibland gör det.<sup>1</sup>



Använd den tillsammans  
med Humalog<sup>®</sup>, för bevisat  
effektiv måltidskontroll.<sup>2,3</sup>

Huma

#### Referenser

1. Venekamp WJ, Kerr L, Dowsett SA, et al. Functionality and acceptability of a new electronic insulin injection pen with a memory feature. *Curr Med Res Opin.* 2006;22(2):315-325.
2. Kazda C, Hulstrunk H, Helsing K, Langer F, Forst T, Hanefeld M. Prandial insulin substitution with insulin lispro or insulin lispro mid mixture vs basal therapy with insulin glargine: a randomized controlled trial in patients with type 2 diabetes beginning insulin therapy. *J Diabetes Complications.* 2006;20:145-152.
3. Murase Y, Yagi K, Sugihara M, et al. Lispro is superior to regular insulin in transient intensive insulin therapy in type 2 diabetes. *Intern Med.* 2004;43:779-786.

**Humalog<sup>®</sup>** (insulin lispro): (A10AB04), R, Human insulinanalog med mycket snabbt insättande effekt och kort duration. Förfyllt penna Humalog<sup>®</sup>Pen (5 x 3 ml), cylindrampuller (5 x 3ml), injektionsflaska (1 x 10 ml), injektionsvätska 100 IE/ml. **Indikationer:** För behandling av vuxna och barn med diabetes mellitus som fodrar insulin för bibehållande av normal glukoshomeostas. För initial stabilisering av diabetes mellitus **Kontraindikationer:** Hypoglykemi. Överkänslighet mot insulin lispro eller något av de ingående innehållsämnen. Doseringen är individuell och bestäms av läkaren. Humalog<sup>®</sup> ingår i läkemedelsförmånen. Datum för översyn av produktresumén: 2007-05-03. För prisinformation och mer information, se [www.fass.se](http://www.fass.se). Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna, 08-737 88 00, [www.lilly.se](http://www.lilly.se)