DIABETESVÅRD

Tidning för Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård

www.diabetesnurse.se

NR 1 2020

Symposium 23-24 april 2020
Årsmöte 23 april 2020

Anmälan på www.diabetesnurse.se

Humalog® Junior KwikPen®

insulin lispro (rDNA origin) injektion

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

Färre steg att instruera och lära sig[2,3*]

Lättare och kortare än andra 0,5 E-pennor[4,5]

Ett **beprövat insulin** i en **välbekant insulinpenna**[6,7]

Doserar i **halva enhetssteg** från 0,5-30 enheter[1]

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

Referenser:

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

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

ATC-kod: A10AB04, Diabetesmedel, insuliner och analoger för injektion, snabbverkande. **Indikationer:** För behandling av vuxna och barn med diabetes mellitus som fordrar insulin för bibehållande av normal glukoshomeostas. För initial stabilisering av diabetes mellitus. **Dosering:** Humalog KwikPen finns i två styrkor. • Humalog 100 enheter/ml KwikPen (och Humalog 200 enheter/ml KwikPen, se separat produktresumé) ger 1-60 enheter i steg om 1 enhet i varje injektion. • Humalog 100 enheter/ml Junior KwikPen ger 0,5-30 enheter i steg om 0,5 enhet i varje injektion. Antalet insulinenheter visas i pennans doseringsfönster oavsett styrka och ingen dosomvandling ska ske för patienten vid överföring till ny styrka eller till penna med andra doseringssteg. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Hypoglykemi. **Varningar och försiktighet:** Humalog KwikPen finns i två styrkor, Humalog 100 enheter/ml och Humalog 200 enheter/ml. Patienter ska instrueras att alltid kontrollera insulinetiketten före varje injektion för att undvika att de två olika styrkorna av Humalog blandas ihop av misstag eller att man blandar ihop andra insulinprodukter. **Datum för översyn av produktresumén:** 2018-05-17 **För ytterligare information och priser se www.fass.se** Rx (F) Ytterligare upplysningar om detta läkemedel kan erhållas hos ombudet för innehavaren av godkännandet för försäljning: Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna. 08-737 88 00, www.lilly.se

PP-HI-SE-0045 Maj 2019

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

©2019, ELI LILLY AND COMPANY. ALL RIGHTS RESERVED.

Lilly

Ordföranden har ordet

Nu är jul och alla helger passerade och vi har kommit in i ett nytt år, har snart börjat vänja mig att skriva 2020. Någon vinter att tala om har inte jag sett röken av och frågan är väl om inte vi i Skåne i alla fall går direkt från höst till vår(metrologiskt räknat). Hemma sjunger talgoxen sin vårsång och en hel del av flyttfåglarna har stannat kvar i Sverige i vinter.

Agneta Lindberg

Styrelsearbetet går framåt och vi håller som bäst på att färdigställa en broschyr om injektionsteknik för patienter. Denna kommer att tryckas i ett begränsat antal och delas ut på symposiet 23-24/4, så vill ni ha ett rykande färskt exemplar bör ni vara där! Förutom det så har vi ett väldigt spännande program som säkert kan locka många av er och inte minst vårt årsmöte 23/4 kl 15,15 – 16. Program och anmälan hittar ni på www.diabetesnurse.se.

För er som missade Jon Haugs fantastiska föreläsning 14/11 om "Diabetespsykologi" får ytterligare en chans då han kommer till symposiet. Boken beräknas komma ut februari-mars.

I slutet av 2019 disputerade Maria Svedbo Engström "Patient Perspectives brought to the Fore for Diabetes Care", denna avhandling ligger till grund för diabetesenkäten i NDR, ett måste att läsa för alla som arbetar i svensk diabetesvård.

För er som arbetar med typ 1 diabetes kan jag tipsa om en metaanalys av Bruttomesso, D "Toward Automated Insulin Delivery" publicerad 2019, där "hybrid closed loop pump" jämförs med Sensor augmented pump(SAP), läsvärd.

Årets diabetessjuksköterska 2019 kommer att utses på symposiet 23-24/4 och utmärkelsen har vi tagit över i egen regi, du har säkert en kollega som du vet bidrar lite extra för diabetesvården, skicka en nominering till mig.

Glöm inte att söka något av våra stipendier, vi vill gärna ha in ansökningar och det kan vara både stort och smått, utvecklingsarbete, förbättringsarbete eller någon uppsats, se längre fram i tidningen hur du går tillväga.

Hoppas vi ses på symposiet!

Agneta Lindberg

PS. Glöm inte att betala in medlemsavgiften (se bifogad faktura i detta utskick). Då kan du också i fortsättningen får din medlemstidning och all annan info vi skickar ut samt evenemang vi bjuder in till! DS.

INNEHÅLL

NDR nyhetsbrev 4

ISPAD 10

Parodontit och diabetes 16

Vård efter behov 30

Hjälp kroppen överlista reptilhjärnan! 34

Strukturerad utbildning i fotstatus 38

God diabetesvård hela livet 46

Patient Perspectives 50

NDR NATIONELLA DIABETESREGISTRET

Nyhetsbrev

NDR-året 2019

Enligt NDRs preliminära resultat för år 2019 så går flera viktiga mått sakta i rätt riktning. Måluppfyllelsen för blodtryck och lipider har ökat i primärvården sedan förra året, dock är HbA1c relativt oförändrat. Patienterna behandlas i högre utsträckning med lipidsänkande läkemedel och det gäller också för vuxna med typ 1-diabetes. Sensorbaserad glukosmätning har ökat rejält under det senaste året för vuxna med typ 1-diabetes och det är nu 80% som använder detta i hela landet. När det gäller registrering av ögonbottenundersökning och fotundersökning så är det en utmaning att hela tiden få rutinerna att fungera på mottagningarna och vi kan inte se någon tydlig förbättring avseende dessa processmått under 2019.

Förbättringen går långsamt och det är oroande att stora patientgrupper inte når de viktiga behandlingsmålen, till exempel har över 40% av patienterna i primärvården ett blodtryck som ligger över 140/85 mmHg. Vad gäller redovisningen av tidstrender måste det beaktas att det är tvärsnittsmätningar för varje år, att det hela tiden kommer in nya patienter och att det också finns en variation i landet. Därför är det viktigt att gå in och titta på sina egna data regelbundet i olika patientgrupper. Även om de övergripande trenderna för riskfaktorerna förefaller förbättras långsamt år för år ser vi samtidigt att sjuklighet och dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar stadigt har minskat över en längre tid.

Sedan våren 2018 har Swediabkids och NDR gått samman och använder samma hemsida och verktyg. Även barndiabetesvården går nu lätt att följa i Knappen. Andelen barn som har ett HbA1c ≤ 48 mmol/mol har ökat kraftigt senaste åren till idag 36% och andelen som har sensorbaserad glukosmätning är 95%. Årsrapporterna kommer att ges ut som utskrivbara PDF:er på NDRs hemsida och vår förhoppning är att de ska finnas tillgängliga tidigt under våren både för vuxen- och barndiabetesvården.

NDRs hemsida besöks frekvent och 2019 hade NDR mellan 2200-2700 unika användare varje vecka, vilket är en tydlig indikation på att verktygen används. Trots att det är så många som är inne på hemsidan så ser vi samtidigt en nedgång i antalet inloggade användare. Många vårdenheter saknar helt aktiva användarkonton och kan alltså inte logga in och se sina egna data ner på individnivå. En anledning är troligen att de flesta regioner använder automatiska överföringssystem av data från journal till NDR och ser sig inte ha lika stor anledning att logga in på hemsidan. Vi uppmanar dig som arbetar aktivt med diabetespatienter att skaffa konto på NDR. Det finns manualer på hemsidan att ladda ner för de som inte använt sig av söklistan eller Knappen tidigare och självklart kan alla som behöver support kontakta NDR för att få hjälp.

NDRs tydliga mål är att resultaten ska användas i förbättringsarbeten lokalt och regionalt samt att uppföljning sker nationellt så att diabetesvården ständigt kan förbättras och blir mer jämlik. NDR har därför ökat besöken ute i verksamheter i regionerna under 2019. NDR har under 2019 undervisat över 200 diabetessjuksköterskor, läkare och chefer i hela landet i hur förbättringsverktygen används. Ett exempel på ett projekt där NDR är med och bidrar med förbättringskunskap är i Värmlands primärvård. Efter initiativ från ledningen för regionens primärvård har vårdcentralschefer utbildats i diabetes och i förbättringskunskap under en heldag. Projektet ska fortsätta under året där vissa utvalda indikatorer i NDR kommer följas upp och utvärderas efter 6 månader och efter 1 år och det ska bli spännande att se hur det går.

Ett annat exempel på regionala förbättringsprojekt där man har använt verktygen i NDR är i Västmanland. Där bestämde sig Vårdvalsenheten under år 2013 för att genom utbildning i förbättringsarbete för hela primärvården försöka förbättra de sviktande resultaten i diabetesvården. Man erbjöd samtliga primärvårdsenheter att delta i ett NDR-lett förbättringsprojekt och i stort sett alla vårdcentraler i Västmanland anslöt sig. Under projektet anordnades 6 lärandeseminarier i Västerås och diabetesteamen hade gemensamma mål att arbeta emot men också möjlighet att sätta egna mål. Gemensamma mål var att öka följsamheten till de Nationella riktlinjerna avseende HbA1c, blodtryck och lipider. Utöver detta jobbade teamen med egna mål såsom ökad rapporteringsgrad, att få färre individer med diabetes som röker och fler som får dietistkontakt.

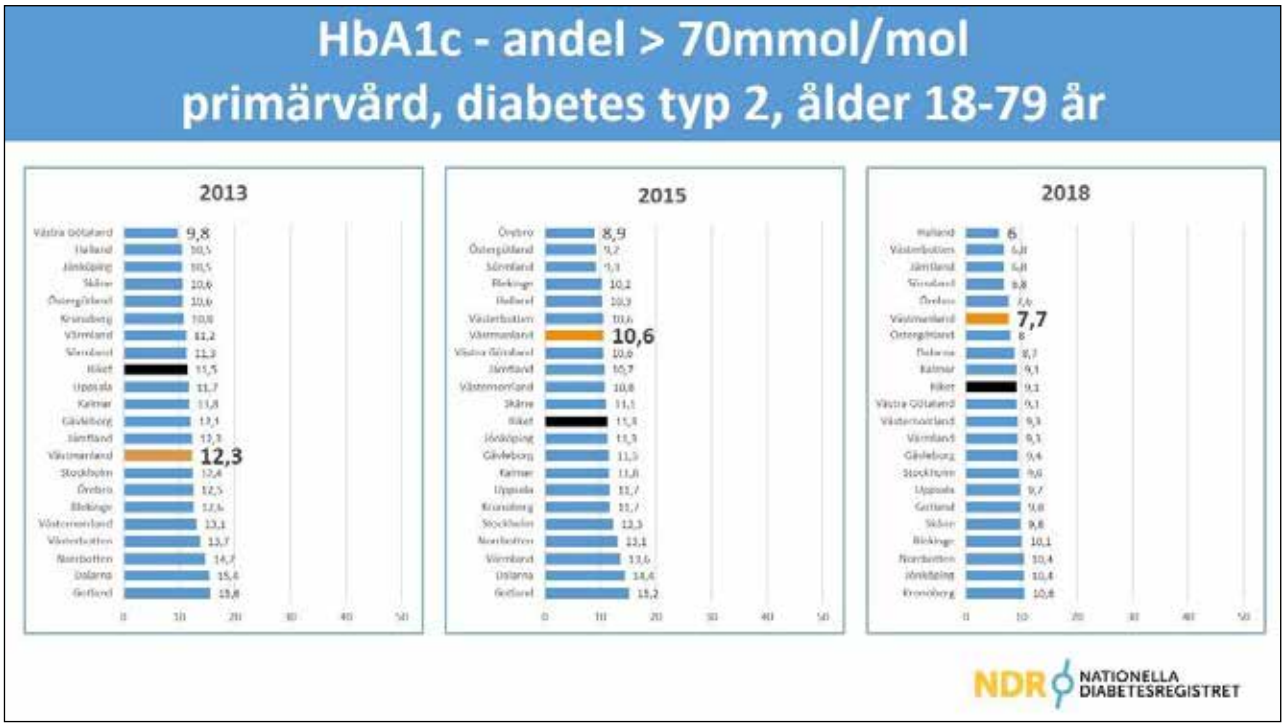
Projektet avslutades hösten 2015 och man kunde då se att det skett förbättringar på de flesta områden och att rapporteringsgraden generellt hade ökat. Inför en regional diabetesdag för primärvården i oktober 2019 gjordes en uppföljning av resultaten och det visade sig att man inte bara lyckats hålla fast i de goda resultaten utan också förbättrats ytterligare och att Region Västmanlands primärvård nu ligger bättre till än genomsnittet för samtliga fokusområden. Detta har förstås inte kommit till av sig själv utan beror sannolikt på att man inom regionala diabetesrådet och på varje enskild vårdcentral har fortsatt arbeta aktivt med kvalitetsarbetet. De resurser som avsatts av regionen och vårdcentralerna i samband med förbättringsprojektet har sannolikt betalat sig många gånger om när det gäller minskad risk för följdsjukdomar och därmed ökad livskvalitet för personer med diabetes. Dessutom har projektet bidragit till ökad arbetsglädje i diabetesteamen. Det är viktigt att se förbättringsarbete som ett ständigt pågående arbete. Det gäller att hålla i och bevaka resultaten även efter att ett projekt avslutats, det har Västmanland lyckats med.

Forskningsmässigt har 2019 återigen varit ett produktivt år. Data från NDR används av många forskargrupper i hela landet och det har senaste åren publicerats mellan 15-25 artiklar per år med studier som baseras på NDR-data. Under våren 2019 försvarande Vasileios Liakopoulos sin avhandling om effekter av obesitaskirurgi vid typ 2 diabetes och i november 2019 försvarade Maria Svedbo-Engström sin avhandling om utvecklingen av Diabetesenkäten.

Just nu inleds en studie i primärvården i Västra Götalandsregionen där införandet av Diabetesenkäten ska studeras och utvärderas. Parallellt med att enkäten används inom studien så använder drygt 40 pilotenheter Diabetesenkäten i den ordinarie diabetesvården, både på medicinkliniker och på vårdcentraler. Alla diabetesmottagningar som är intresserade av att använda Diabetesenkäten är välkomna att kontakta NDR för mer information. De vårdenheter som använder enkäten får automatiskt återkoppling med dagsaktuell statistik på hur deras patienter mår och hanterar sin diabetes samt hur patienterna upplever att stödet från diabetesvården fungerar.

Vi ser nu fram emot ett 2020 fullt av förbättringsarbeten runt om i landet!

NDR-teamet



Västmanlands resultat jämfört med riket och andra regioner under 2013, 2015 och 2018. Källa: Nationella Diabetesregistret (NDR)

Dystra siffror om diabetes i världen

Var elfte vuxen i världen har diabetes, svindlande 463 miljoner. 38 miljoner fler på två år. Diabetes är sedan flera år de snabbast växande folksjukdomen. Forskarna talar om en världsomspännande epidemi. Om tio år, 2030, är antalet 578 miljoner. Om 25 år, 700 miljoner.

Det visar den Internationella Diabetesfederations (IDF) kartläggning av diabetes i världen 2019, den nionde upplagan av deras ”Diabetes Atlas”. Publicerad den 16 december 2019

Internationella diabetesförbundets (IDF) Diabetes Atlas 2019 finns på IDF:s hemsida https://www.diabetesatlas.org/en/

– Sedan den första upplagan kom år 2000 har antalet människor i åldrarna 20 till 79 år (både typ 1 och typ 2 diabetes, både diagnostiserade och odiagnostiserade) ökat från 151 miljoner, 4,6 procent av världens befolkning, till 463 miljoner, 9,3 procent av alla. skriver IDF.

Omkring 90 procent av de drabbade har typ 2 diabetes.

– Det finns bevis för att typ 2-diabetes kan förebyggas och allt fler bevis finns att för vissa drabbade kan sjukdomen gå i tillbaka till symtomfrihet.

I sin sammanställning räknar IDF med att det finns lika många odiagnostiserade som diagnostiserade typ 2 diabetiker.

Den väldiga epidemin och det snabbt ökade antalet drabbade i siffror.

I Europa har idag 59 miljoner diabetes, 2045 beräknas 68 miljoner vara drabbade. En ökning med 15 procent. Europa är den världsdel som i jämförelse klarar sig bäst.

I Nordamerika och Karibien har idag 48 miljoner diabetes. 2045 68 miljoner. En ökning med 33 procent. Även Nordamerika och Karibien är ökningen jämförelsevis inte lika dramatisk som i andra delar av världen.

I Mellanöstern och norra Afrika har idag 55 miljoner diabetes, 2045 beräknas antalet till 108 miljoner. Nästan en fördubbling, ökningen är 96 procent.

I Syd- och Centralamerika är nuvarande siffra 32 miljoner. En ökning fram till 2045 med 55 procent ger antalet 49 miljoner.

I Afrika, idag 19 miljoner, år 2045 47 miljoner. En ökning med 143 procent.

Sydöstra Asien, idag 88 miljoner, år 2045 153 miljoner, ökning 74 procent.

Västra Stilla havet, 163 miljoner, år 2045 212 miljoner, ökning 31 procent.

Tendensen i världen är att det i många fall är de fattigaste regionerna och länderna som drabbas hårdast.

De tio länder som har flest diabetiker.

Kina drygt 116 miljoner 2017, år 2045 kommer antalet enligt prognosen att vara 147 miljoner.

Indien nästan 73 miljoner. 2045 nästan 147 miljoner.

USA 31 miljoner till 37 miljoner år 2045.

Vissa mer begränsade områden är särskilt utsatta med mer än var femte drabbad. Ofta handlar det om urbefolkningar som mer och mer börjar leva en mer västerländsk livsstil med mindre fysisk aktivitet, mer skräpmat och mer övervikt/fetma.

Av världsbefolkningen lever mer än två tredjedelar av alla diabetiker i städer. 75 procent av de drabbade är i arbetsför ålder.

Fler än fyra miljoner vuxna har under 2019 avlidit på grund av diabetes och sjukdomarnas komplikationer. Det är ett dödsfall var åttonde sekund. Diabetes står för drygt elva procent av alla dödsfall. Nästan vartannat diabetesrelaterat dödsfall sker bland personer yngre än 60 år. Den vanligaste dödsorsaken bland diabetiker är hjärt- kärlsjukdomar.

För att beräkna hur många minderåriga som har typ 1 diabetes har forskarna använt dataregister från 94 olika länder. Uppskattningen säger att ungefär 1,1 miljoner under 20 år är drabbade. 129 000 nya fall av typ 1 diabetes diagnosticeras årligen. I Svenska Nationella Diabetesregistret finns uppgifter om drygt 7 300 barn under 18 år. Ungefär 900 nya insjuknar årligen.

Sett till folkmängd är typ 1 diabetes hos unga vanligast i Europa med 295 000 patienter.

I fattigare länder är brist på insulin, felaktiga diagnoser eller försenad diagnos av typ 1 diabetes en vanlig dödsorsak syraförgiftning (ketoacidos) bland unga patienter.

IDF:s Diabetesatlas

Text: Tord Ajanki

Referens

1. Tresiba® SPC, November 2018.

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

100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna, 100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i cylinderampull, 100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i cylinderampull, 200 enheter/ml injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna. Tresiba är ett basinsulin för subkutan administrering en gång dagligen vid valfri tidpunkt, men lämpligen vid samma tidpunkt varje dag.

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

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

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

För fullständig förskrivarinformation och pris, se fass.se. Datum för översyn av produktresumén 11/2018.

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

SE19TSM00008 THE BLOCPARTNERS NORDIC 01/2020

novo nordisk®

©2020 Novo Nordisk Scandinavia AB | Tel 040-38 89 00 | www.novonordisk.se

TRESIBA®
insulin degludek

Ung diabetes

Gott nytt år önskar Ung diabetes!

Vilket år vi har haft!

Vi har bland annat haft rådsmöten med spännande planering. På vår instagram har vi haft temagäster om graviditet och äventyr. Vi har också lyft vad personer med diabetes har för rättigheter i skolan. Vi har genomfört projektet kännigskollen för att sprida kunskap om känningar. Vi har haft läger med surfing och äventyr. Vi fanns på plats på Almedalen och deltog i flera intressanta seminarium. Vi hjälpte unga engagerade att starta upp diabetesrelaterade projekt under helgen Diabetesprojektet. Vi uppmärksammade Världsdiabetesdagen med representation, föreläsningar och diabetesgalan.

Vi har åkt runt land och rike för att föreläsa, svara på frågor och sprida kunskap om diabetes. Allt för att göra vardagen lättare för unga med diabetes.

Ett stort tack för 2019, vi ses igen 2020 med nya spännande projekt!

Insamling 2020

Ung Diabetes kommer under 2020 att starta upp en insamling som kommer vara ett stort fokus under året. Insamlingen blir till förmån för Life for a Child.

Life for a Childs vision är att inget barn ska dö av diabetes. De samarbetar med mottagningar i länder som har bristande diabetesresurser för att stödja unga personer med insulin och diabeteshjälpmedel.

Bara 6 kr/dag kan göra stor skillnad och säkerställa att ett barn får livsuppehållande insulin och hjälpmedel.

Ung Diabetes kommer att uppmärksamma detta på olika sätt under året. Om man redan nu vill bidra så kan man göra det via Life For a Childs svenska hemsida:

lfacinternational.org/se/

www.diabetes/ungdiabetes

Ordförande Robin tackar för sig!

Med strax över 1460 dagar i Ung Diabetes råd är det nu dags att lämna över stafettpinnen. I över 4 år har jag varit en del av något helt fantastiskt. Från första rådsmötet som jag deltog på under december 2015 har jag inte slutat facineras över vilket driv som funnits i de personer jag fått möjlighet att samarbeta med.

Under dessa fyra år som jag varit en del av Ung diabetes råd har jag haft förmånen att delta i många olika projekt. Från att planera och genomföra läger på olika platser i landet till att få representera Sveriges unga personer med diabetes på en internationell nivå till att sitta i diskussionsforum med politiker, profession och industrin.

Alla dessa sammanhang har gett mig personligen väldigt mycket kunskap och gjort att jag vuxit enormt mycket. Det häftigaste inom mitt engagemang är alla de personer som jag har träffat under mina fyra år. Innan jag engagerade mig kunde jag inte tro att det fanns så många som är engagerade inom diabetesfrågan, men under dessa fyra år har jag blivit motbevisad.

Under mina år i rådet har jag träffat personer som lever med diabetes, både anhöriga och drabbade, personer som jobbar med diabetes som profession men även representanter från industrin, personer som beslutar om diabetes och personer som inte vet något om diabetes.

Det är just dem möterna som har varit det häftigaste under dessa fyra år då jag upplevt att man alltid har lärt sig något nytt.

Ibland har det handlat om ett nytt synsätt på diabetesen, ibland om vilka fördomar som finns, ibland om vilka problem som finns inom sjukvården eller industrin och ibland om vilka saker som en person med diabetes tycker är jobbigast med sjukdomen.

Alla de möten har gett mig energi att fortsätta jobba för alla personer med diabetes och det har gett mig väldigt mycket kunskap samt en större syn på livet med diabetes och detta vill jag tacka alla som jag har mött för. Ni har hjälpt mig otroligt mycket i mitt och vårt arbete för personer med diabetes.

Min upplevelse i början av mitt engagemang var att få personer visste vad diabetes var för något, dock upplever jag nu att kunskapen ökar i samhället och vården börjar formas efter patienternas önskemål med senare öppettider, nya kontaktvägar och större hänsyn till mjuka värden. Vilket är extremt roligt att se, dock finns det en lång väg kvar att gå för att det ska vara perfekt för alla. Detta arbete kommer Ung diabetes fortsätta driva och jag ser fram emot att följa det fantastiska engagemang och driv som finns där.

Tack för dessa fyra år!

Robin lämnar över ordförandeklubban till nya Ordförande i Ung Diabetes, My Huotarinen.

My Huotarinen, ny ordförande i Ung Diabetes råd

Från och med 1 januari kommer jag att ta över rollen som ordförande i Ung Diabetes. Det ska bli spännande och inte minst sagt roligt att tillsammans med alla rådsmedlemmar, medlemmar och blivande medlemmar driva Ung Diabetes arbete framåt. Vi kommer arbeta med att skapa relevanta mötesplatser både virtuellt på olika plattformer och fysiskt genom aktiviteter och läger. Vi kommer vara en betydelsefull röst utåt genom vårt intressepolitiska arbete och lyfta viktiga frågor. Vi kommer göra representationer och aktivt publicera information om diabetes för att sprida kunskap.

Som ordförande i Ung Diabetes är min vision att vårt arbete som ungdomsorganisation ska utvecklas för att ta mer plats och göra skillnad.

Tillsammans gör vi livet lättare för unga med diabetes!

My Huotarinen.

Föreläsning i Uppsala - Örebro sjukvårdsregion

Den 21 november var Robin och föreläste för deltagarna på Uppsala - Örebro sjukvårdsregionens diabetesmöte. Under middagen pratade Robin om vad patienterna önskar från vården och berörde då det psykosociala stödet, övergången mellan barn och vuxenmottagning, tekniska hjälpmedel och anhöriga till den drabbade. Responsen hos de deltagande var god och efter presentationen blev det ett bra samtal om vad mottagningar kan göra annorlunda för att göra vården ännu bättre men det lyftes även goda exempel på vad olika mottagningar redan gör och vad som fungerade bra för dem.

Diabetesweekend 2020

Vi håller just nu på att planera ett läger tillsammans med Ung Diabetes Norge. Det kommer vara någon gång under sommaren 2020. Mer information om detta kommer på våra sociala medier, så håll utkik på instagram och facebook under våren om du är intresserad av att åka med.

www.diabetes/ungdiabetes

ISPAD

International Society for Pediatric and Adolecent Diabetes (ISPAD) är den organisation som fokuserar på diabetes bland barn och ungdomar. Årets kongress var den 45:e och arrangerades 30 oktober -2 november 2019 i Boston, USA. I år kom lite mer än 1000 deltagare från 64 länder och 582 abstracts hade skickats in. Jag vill ge er ett axplock av det jag tyckte var intressant, tänkvärt, spännande och användbart.

Carina Sparud Lundin och Anna Lena Brorsson.

Sjuksköterskemöte

Första dagen arrangerades ett nätverksmöte för sjuksköterskor som moderareades av Anna Lindholm Olinder (Sverige), specialistsjuksköterska och medicine doktor som sitter i ISPAD advisory board. Vid årets kongress deltog ca 100 sjuksköterskor och ca 60 av dessa deltog vid nätverksmötet. ISPAD har haft svårt att motivera sjuksköterskor att bli medlemmar och därför framhölls vikten av sjuksköterskors medlemskap i föreningen och kostnaden för medlemskapet är rabatterat för sjuksköterskor samt att från 2020 kan medlemskap ansökas som team. En av de främsta fördelarna vid mötet var att det etablerades många värdefulla kontakter.

Diabetesregister

Öppningsföreläsningen hölls av Georgeanna J Klingensmith (US) som framhöll utmaningar inom vården av barn och ungdomar med diabetes. Hon presenterade data från Exchange registret, det amerikanska diabetesregistret. Det är gått 20-25 år sedan DCCT, i 10-15 år har det funnits nya typer av insulin, det finns sedan 5-10 år excellenta pumpar och utmärkta CGM system. Trots detta når bara en minoritet av barn, ungdomar och vuxna i USA med typ 1 diabetes ADAs mål för HbA1c. Resultaten visar att användande av pump och CGM varierar beroende på etnicitet och inkomst. Utmaningar för vårdgivare är att ta hänsyn till sociala och ekonomiska faktorer där skillnaderna var tydliga för många. Det finns ett stort behov av förbättringar inom utbildning för familjer i teknik, dess betydelse och användning.

Karin Åkesson (NDR-Swediabkids) fick förmånen att berätta om det svenska receptet vilket resulterat i att medel HbA1c gått från 58,1 mmol/mol (2015) till 53,5 mmol/mol (nov 2019). Karin Åkesson framhöll att förändring tar tid; ”Nothing is impossible, impossible just takes a bit longer” (Dan Brown). De komponenter som varit viktiga ingredienser i den svenska modellen är;

- En god start med tydligt budskap och tydliga målvärden. Vården av nyinsjuknade har gått från sjukhusdriven till familjedriven.
- Lägre målvärden för blodsocker.
- Teamsamverkan och delning av data (öppet via knappen i NDR-Swediabkids). Teamarbete har varit avgörande, där alla strävat mot samma mål.
- Rätt diabeteshjälpmedel och utbildning i hur tekniken används.
- Ökat stöd i skolan samt utbildning av skolpersonal där ett mål är att alla ska ha en egenvårdsplan som bör uppdateras årligen.
- Att lära av varandra i det nationella kvalitetsförbättringsprojektet - IQ.
- Under dessa år påbörjades användande av kolhydraträkning i hela landet.

Resultat utöver blodsockerkontroll (HbA1c)

Barbara Anderson (US) höll en intressant session om resultat utöver blodsockerkontroll. Hon inledde med att lyfta begreppet patientrapporterade utfall (Patient Reported Outcomes-PRO) och utmanade oss att istället börja tänka på PRO som Person Reported Outcoms, utfall rapporterade av personer med diabetes. För att vi ska kunna förstå den levda erfarenheten bakom en automatiserad insulinpump behöver vi se personen som bär den tekniska enheten. Patient är inte ett dåligt ord, men det handlar mer om en roll vi har och att person är ett vidare begrepp. I föreläsningen fokuserade hon på ett begrepp hon benämnde PWD-RO`s (Person with Diabetes Reported Outcomes). Ovanstående kommentar överensstämmer mycket väl med hur vi i Sverige alltmer har ett personcentrerat förhållningssätt.

Ett flertal stora studier har visat starkt samband mellan glykemisk kontroll och PWD-RO´s. Därutöver finns ett starkt samband mellan glykemisk kontroll och egenvårdsbeteende samt diabetesrelaterad oro (distress). En viktig faktor är att det mer och mer blir möjligt att mäta PWD-RO kliniskt för screening eller återkommande regelbundna mätningar. Det som används mest frekvent är de som mäter livskvalité, men de misstolkas ofta och förväxlas med välbefinnande och hälsostatus. De tre typer av mätinstru-

ment som finns är; Generiska, Hälsorelaterad Livskvalité (HRQoL) och Diabetesrelaterad livskvalité. Hon menade att de som kan anses vara viktigast i forskning är de diabetesrelaterade. Ett problem är dock att flera av dessa inte mäter Diabetesrelaterad livskvalité fullt ut utan de fokuserar exempelvis på diabetesbörda eller hälsostatus. Till flera av dessa instrument finns möjlighet att få föräldra-proxy data (ex förälder som uppskattar barnets livskvalité), men däremot inte information om föräldrens livskvalité relaterat till att barnet har diabetes (D-HRQOL). Likaså finns det inga instrument som mäter en partners D-HRQOL. Därutöver skrivs många av frågorna på ett negativt sätt istället för ett positivt. Med detta som bakgrund har det utvecklats nya instrument för att överkomma dessa hinder- "Typ 1 diabetes och livet" (finns enbart i nuläget på engelska). Instrumentet går att använda över tid och finns för alla åldersgrupper. Det är kort och informativt och är tänkt att kunna användas både för studier och kliniskt bruk.

Efter mycket forskning vet vi lite mer om det som brukar benämnas som diabetesoro (diabetes distress) vilket är ett syndrom som uppkommer tillsammans med diabetes. Det är ingen psykiatrisk sjukdom trots att symtomen kan vara likvärdiga, men psykofarmaka hjälper inte. Även låga nivåer av diabetesoro hos unga är associerat med otillfredsställande blodsockerkontroll och försämrad egenvård. Ett instrument som idag finns för att mäta detta är olika varianter på PAID (Problem Areas In Diabetes) ex PAID-C (child).

De instrument som mäter behandlingstillfredställelse fokuserar främst på följsamhet och nöjdhet med behandlingen (medicineringen), men det har under senare år utvecklats ett instrument för att mäta nöjdheten med den nya tekniken, INSPIRE measures (Insulin Delivery Systems: Perception, Ideas, Reflections & Expectations). Det har god reliabilitet och validitet, är kort och kan användas både i forskning och kliniskt. Positivt med dessa nya instrument är att de kan användas kliniskt över tid och att de kan leda till helt förändrade möten om man använder dessa som utgångspunkt för uppföljning av använd teknik.

Maartje de Wit, Nederländerna har utvecklat ett instrument My-Q, vilket användes kliniskt under 12 månader. My-Q fylldes i innan besöket därefter fick ungdomen och vårdgivaren en summering vad som gick bra och vad som uppfattades som problematiskt, vilket användes som utgångspunkt vid samtalet. Efter 12 månader hade psykosociala värden förbättrats. När de slutade använda instrumentet vid besöken återgick den psykosociala hälsan till samma nivå som vid studiens början (De Wit, 2012, Pediatric Diabetes.) Barbara Andersson tror att användande av PWD-RO´s kliniskt har potential att ändra paradigmet för vård av diabetes till ett verkligt barn/ungdoms- och familjecentrerat system.

Blodsockerkontroll inte bara HbA1c

Roy Beck (USA) påminde om att HbA1c länge varit golden standard för att mäta blodsockerkontroll. Det har varit värdefullt för att identifiera hyperglykemi i kliniska studier och för att beskriva hur det ser ut i olika populationer. HbA1c är inte särskilt sensitivt för att mäta förekomst av hypoglykemier eller glykemisk variabilitet, och samma HbA1c kan representera väldigt varierande glukosmönster. Studier har kunnat påvisa att afroamerikaner hade högre medel HbA1c jämfört med vita, men när man tittade på medelglukos kunde inga stora skillnader identifieras. Slutsatsen blev att ungefär hälften av skillnaderna i medel-HbA1c orsakas av icke-glykemiska faktorer.

Studier har visat stora skillnader i uppskattat HbA1c från CGM och HbA1c från lab. Enbart 19% av de uppskattade värdena överensstämde. I US har FDA krävt att uppskattat HbA1c från CGM värden skall benämnas på annat vis viket i resulterade i att det numer benämns som Glucose Management Indicator (GMI).

Idag kan sammanställningar från CGM mätare erhållas avseende hypo- och hyperglycemier, time in range (TIR), medelglukos och variabilitet vilket innebär att CGM förser oss med mer än information än HbA1c. När en jämförelse med data från DCCT gjorts visades att TIR, tid med BG> 10 mmol/l och medelglukos är alla på samma sätt som HbA1c associerade med risk för komplikationer. Då ska man beakta att detta gjordes med blodsockertest som mättes sju gånger per dag jämfört med en gång var tredje månad. Med detta i åtanke kan det förutsättas att associationerna mellan data från CGM och risk för vaskulära komplikationer borde vara ännu starkare.

Teknik

Den tekniska utvecklingen är ett ämne som alltid har en framträdande roll vilket det även var denna gång. Kori Hood (Stanford universitetet, US), höll en session om att övervinna barriärer mot teknik och få en hållbar användning.

Vuxna amerikaner beskriver att de främsta förbättringarna för livet de senaste 50 åren är; de teknologiska framstegen (42 %), medicin och hälsa (14%), civila och lika rättigheter (10%), ekonomi (8%), livskvalité (5%), politik (2%) och energi och miljö (2%). Det finns studier som visat att många amerikaner litar på ex hälsoinformation som hittas via smartphones. De etniska grupper som stack ut var afroamerikaner och latinos. Studien visade även att det inte fanns en tydlig konsensus bland tonåringar om vilken inverkan sociala medier har på ungdomar. Minoriteter bland tonåringar beskrev effekten som mestadels positiv (31%) eller mestadels negativ (24%), men den största andelen menar att effekten varken har varit positiv eller negativ (45%). Slutsatsen som kan dras är att det finns inga stora hinder att använda teknik för sin hälsa, den största barriären för unga med diabetes är att de inte vill ha diabetes.

Vanliga hinder till användande av teknik är tillgång, men även orealistiska förväntningar. Det har visats att vid brist på stöd och utbildning i användande kan familjekonflikter förvärras. Problemet med att bära apparater är den vanligaste barriären bland ungdomar (38%), vuxna (47%) och föräldrar (36%), tätt följt av aversion mot att ha diabeteshjälpmedel på kroppen. Ungdomar oroar sig för vad andra tänker nästan mer än dubbelt så mycket som vuxna och tredubbelt jämfört med föräldrar. Många av de identifierade barriärerna kan överkommas med bättre design, förbättrad klinisk struktur, samt rutiner för utbildning och implementering av tekniken rutinmässig kliniskt. Ytterligare hinder är;

- *Kunskap* - en osäkerhet avseende behov av förändring eller hur man gör det;
- *Skepticism* – ex tro att förändringen inte är nödvändig eller onödig att den inte kommer göra någon skillnad;
- *För svårt* - är kanske intresserad av förändring, men det verkar för svårt att förändra.

Det som kan ses som lite sorgligt är att förändring sker i mindre utsträckning än vad människor och deras vårdgivare skulle vilja. Människor undervärderar ofta hur svårt det är att förändra och många andra faktorer bidrar till förändringsbenägenhet som påverkar hälsan (ex syn på hälsan, tillgång till vård, familjefaktorer).

Fortsättning på sid 12

Vid flera muntliga sessioner framhölls ett starkt fokus på den nya tekniken och inte minst vad den kan ge i TIR (Time In Range, 3,9–10,0 mmol/l) och hur tekniken tolereras av barn och familjer (Oral session III, Pumps, CGM and Automated insulin delivery).

Andrew Parker redovisade data för användningsgraden av den nya varningen i Dexcom G6, ”Snart Akut Låg”. Jämförelse av nedladdningar för de som gått från G5 till G6 visade att den nya varningen användes av 92 % i åldersgruppen 2–12 år (n7910), och 86 % i gruppen 13-18 år (n 7082). I gruppen där ”Snart Akut Låg” var aktiverad sågs mindre tid < 3,0 mmol/l och < 3,9 mmol/l, än i gruppen som inte aktiverat ”Snart Akut Låg”. Slutsatsen var att barn och ungdomar har en hög acceptans för varningen ”Snart Akut Låg” och att den är effektiv.

Tidigare studier har visat positivt HbA1c utfall vid start av CGM redan vid debuten hos barn. Barnkliniken vid Stanford University har sedan juli 2018 startat Dexcom G6 direkt vid diabetesdebuten och av 44 tillfrågade, hade 38 fortsatt med CGM (3 tackade nej initialt, 3 avslutade under studietiden), vilket tolkas som en hög tolerans för att användande redan från diabetesdebut.

I Free life Kid AP study utvärderas effekten och säkerheten av användning av Tandem Control IQ för 120 barn med closed loop 24/7 respektive enbart över natten. En analys av de första 30 inkluderade barnen visade att efter 12 veckors användning var TIR med closed loop 24/7 signifikant högre än vid användning enbart över natten (71,8 % resp 67,5 %, p=0,035).

Robert Vigersky redovisade en jämförelse mellan resultaten i de mindre pivotal studierna för Medtronic 670 G med Real World data från 3000 barn i åldersgruppen 2–13 år under 6 månaders användning. Analys av Real World data visade god överensstämmelse med pivotal studierna och man såg inga svåra hypoglykemier eller ketoacidoser. TIR var i åldern 2-6 år i pivotalstudierna 63,6 % respektive 61% i RW data och för gruppen 7-13 år, 65,2% respektive 63,3 %. TIR låg generellt sett högre under natten och låg stabilt runt 64-65 % efter 6 månaders användning.

Bruce Buckingham redovisade en jämförelse från användning av Omnipod Horizon under 3 dygn hos 14 barn i åldern 2–6 år under fria aktiviteter och fria måltider med stor variation av kolhydratintag, med data från 7 dagar med standardbehandling, dvs barnen var sina egna kontroller. TIR steg från 55,2 % under standardbehandlingen till 72,6 % under dagarna med hybrid closed loop.

Blir HbA1c bättre bara för att man använder mer teknik? Det är förstås en viktig fråga. Avslutningsvis diskuterades resultaten i det amerikanska diabetesregistret, Exchange, med resultaten i tyska Diabeter VBHC modellen, som kombinerar mer teknik med mer uppladdningar och tätare kontakter. I Exchange har HbA1c snarare stigit trots högre användning av teknik, medan man i Diabeter VBHC modellen ser en trend av sjunkande HbA1c, vilket leder till konklusionen att tekniken behöver integreras med utbildningsprogram och tät kontakt.

Hur och varför fysisk aktivitet gör skillnad

Laurie Goodyear, US talade om vetenskap kring träning: Från celler till människor. I experimentella studier på möss har hypotesen i hennes forskargrupp varit att fysisk aktivitet hos föräldrar kan positivt påverka metabolismen hos barnen. Studierna visar att föräldramas fysiska aktivitet påverkar glukostolerans, insulinkoncentration och kroppsvikt positivt jämfört med stillasittande föräldrar, samt motverkar effekter av fet kost hos föräldrar. Effekten blir ännu större om både mamma och pappa tränar. Högfettsdiet minskar glukostolerans och fysiska aktivitet ökar glukostoleransen hos avkomman. Gruppen kommer gå vidare med humanstudier för att se om fysisk aktivitet hos gra-

vida kvinnor påverkar. Därutöver kommer de studera spermier hos pappor för att se om vissa proteiner ökar vid fysisk aktivitet viket skulle kunna påverka utveckling av metabolt syndrom och T1D.

Michael Ridell, (Toronto, Canada) talade om träningsfysiologi hos tränade och otränade. I Canada har riktlinjer utformats som föreskriver 24-timmars rörelse för barn och ungdomar- där 60 min moderat till hög grad av fysisk aktivitet varje dag rekommenderas. Han diskuterar den svåra balansen mellan glukoskontroll och fysisk aktivitet och de individuella variationerna på glukosrespons vid olika typer av fysisk aktivitet samt den onormala glukosresponsen vid fysisk aktivitet hos patienter med T1D där de flesta reagerar med hypoglykemi och ett mindre antal kan reagera med hyperglykemi. Han framhåller att det inte går att träna sig till lägre risk för hypoglykemi vid fysisk aktivitet. Intensiv träning på morgonen kan ge hyperglykemisk respons. Varnas för posthypoglykemi efter träning vilket kräver begränsad insulintillförsel för att undvika svåra nattliga hypoglykemier. Detta gäller särskilt för vältränade individer med T1D som i högre grad kan uppvisa "dysglykemi". Fysisk aktivitet framhålls som en viktig del av behandling vid T1D men innebär utmaningar vad gäller att utvärdera och styra glukoskontroll för olika individer i samband med utövande, i synnerhet för elitidrottande individer. Det kräver aktiv hantering i form av tillgängliga medicintekniska hjälpmedel.

Kliniska tillämpningar av träning inom pediatrisk vård vid T1D presenterades av Elizabeth Davis, Perth, Australia. Vilka är då de långsiktiga, kliniska fördelarna av fysisk aktivitet vid T1D hos barn och unga? Det finns evidens för att fysisk aktivitet ger; lägre lipider, lägre insulinbehov, bättre BMI och HbA1c. Därutöver har det visats ge bättre QoL, självkänsla och psykologiskt välbefinnande.

De utmaningar som dock kvarstår är; individuella variationer av blodsocker vid fysisk aktivitet, kunskapsbrist (patient, närstående och HCP), psykosociala faktorer, icke diabetesrelaterade faktorer som motivation, tid och resurser. Föräldrars och därmed familjens aktivitetsmönster har betydelse för barnets förutsättningar för att utöva fysisk aktivitet vid T1D.

Elizabeth Davis presenterade en modell för hur vårdgivare kan arbeta för att stödja patienter att hantera sin blodsockerkontroll vid fysisk aktivitet som innefattar anpassning av bolus och basal dos, utbildning i hantering av hypoglykemier samt upprätta en särskild regim för fysisk aktivitet. Hon betonar vikten av att patienter och föräldrar förstår effekten av träning på eftermiddag/kväll och den ökade risken för allvarliga nattliga hypoglykemier vid träning och anpassar insulindoser utifrån detta.

Skapa betaceller för att bota diabetes typ 1

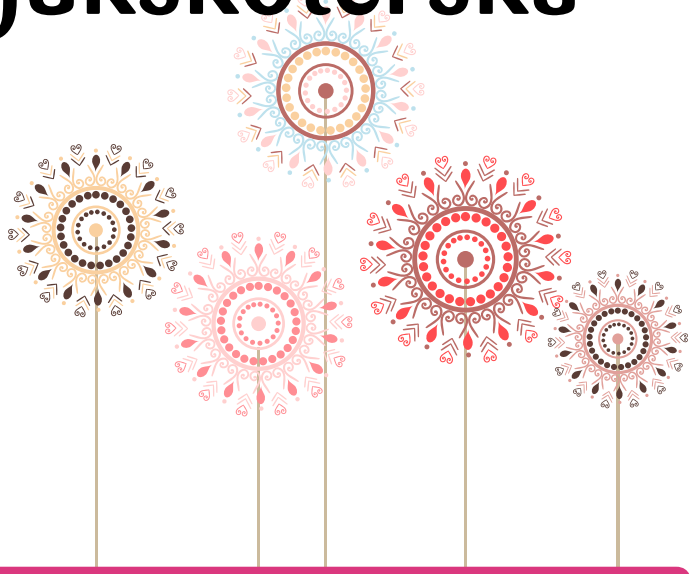
Målet med Douglas Meltons (US) forskning är att skapa betaceller och därmed bota diabetes. Han har under många år bedrivit forskning för att utveckla skapandet av betaceller från stamceller. De tror sig inom en snar framtid kunna göra pankreatiska ö-celler; betaceller, alfaceller och deltaceller och kunna skydda dem från attacker från immunförsvaret vilket kommer innebära transplantation utan immunsuppression. Forskningen har nu efter positiva resultat på djur kommit så långt att de troligen ska kunna prövas på människor under 2020. Cellerna kommer tillföras som en intravenös injektion i kombination med immunsuppression men i framtida studier tror de sig kunna tillföra celler som inte kräver det sistnämnda.

För den som är intreserad finns alla sessioner från ISPAD tillgängliga på ISPAD Conference Resource Platform (https://medialibrary.ispad.cyim.com/)

Anna Lena Brorsson med viss hjälp av Carina Sparud Lundin

Nominera Årets Diabetessjuksköterska

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



Det ärofyllda priset har delats ut sedan 1987, först av Bayer Diabetes Care och därefter Ascensia Diabetes Care. Från och med Årets diabetessjuksköterska 2019 kommer priset delas ut i SFSD:s egen regi.

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

I jubileumsskriften som gavs ut 2007 står följande att läsa:

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

Möjligheten att nominera en kollega är öppen från nu till och med den 20 mars 2020

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

Den du nominerar ska vara medlem i SFSD.

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

DEXCOM G6® CGM

NU UTAN FINGERSTICK!

Ingen kalibrering, smarta larm, 10 dagars sensor – och du slipper att skanna!

5,9 mmol/l

Visar värdet hela tiden!

INGEN KALIBRERING – INGA FINGERSTICK*

10 DAGARS SENSOR

AKUT SNART LÅG-LARM

NY LARMPROFIL – T EX DAG- OCH NATTPROFIL

FÖLJARFUNKTION[§]
- UPP TILL 5 FÖLJARE
- STÄNDIG KOLL

NY SENSOR – ENKEL ATT SÄTTA, 1 KNAPPTRYCK

HÖG MÄTNOGGRANNHET[†]

SÄNDARE 28 % MINDRE

BÅDE FÖR IOS OCH ANDROID[‡]

FRÅN 2 ÅR OCH UPPÅT

Dexcom G6®

*Om dina glukosvarningar och glukosvärden från G6 inte stämmer överens med dina symtom eller vad du förväntat dig ska du använda en blodglukosmätare och basera beslutet om diabetesbehandlingen utifrån resultaten du får från den.

[†] Mer information om noggrannhet: Shah VN, et al. Diabetes Technol Ther. 2018 Jun;20(6). [‡] En lista över kompatibla mobiler/enheter finns på www.dexcom.com/dexcom-international-compatibility. [§]Internetanslutning krävs för att kunna dela data. För att följa resultaten krävs Follow-appen. Den som följer resultaten ska alltid bekräfta avläsningarna i Dexcom G6®-appen eller mottagaren innan behandlingsbeslut fattas. DIA.SE.037-01-FEB2019

nordic INFUcare

08-601 24 40 diabetes@infucare.se
cgm.infucare.nu infucare.com
facebook.com/CGMInfucare/

Parodontit och diabetes – råd till tandvårdspersonal

European Federation of Periodontology har publicerat en informationsbroschyr i serien ”Perio & Diabetes” riktad till tandvårdsteamet. Med hjälp av Svensk Förening för Parodontologi och Implantologi publiceras här materialet på svenska.

Under senare tid har det varit stort fokus på kopplingen mellan parodontit och diabetes. Koncensuskonferenser har genomförts på initiativ av European Federation of Periodontology (EFP). EFP har nyligen lanserat flera publikationer, både vetenskapliga artiklar och bearbetade versioner, riktade såväl till den odontologiska och medicinska professionen, som till allmänhet och patienter.

EFP har med stöd av företaget Sunstar bland annat publicerat en informationsbroschyr i serien ”Perio & Diabetes” riktad till tandvårdsteamet. Svensk Förening för Parodontologi och Implantologi (www.parodontologforeningen.org), som är den svenska medlemsorganisationen i EFP, har ansvarat för och bekostat översättning till svenska av detta material som nu publiceras i Tandläkartidningen.

Rekommendationer för tandvårdsteamet

Parodontala sjukdomar och diabetes är båda kroniska sjukdomar som är vanligare när man blir äldre. Cirka 80 procent av personer över 35 år lider av någon form av tandköttsproblematik och cirka 7 procent av befolkningen lider av diabetes även om sjukdomen i många fall inte är diagnostiserad.

Det finns starka kopplingar mellan de två sjukdomarna. Det är faktiskt så att det finns ett bidirektionellt förhållande mellan parodontal sjukdom och diabetes. Det innebär att individer med parodontit har en högre risk för diabetes och att diabetespatienter har en tre gånger så hög sannolikhet att utveckla parodontal sjukdom.

Dessutom är det mer komplicerat att kontrollera diabetes när patienten samtidigt lider av parodontit och de individer som har både parodontit och diabetes löper större risk för att drabbas av allvarliga medicinska komplikationer, såsom kardiovaskulära sjukdomar, kronisk njursjukdom och retinopati, än individer som endast har diabetes.

Parodontit är en kronisk icke-smittsam sjukdom som delar sociala bestämningsfaktorer och riskfaktorer med andra större icke-smittsamma sjukdomar såsom diabetes, hypertoni, hjärtsjukdomar och cancer.

Tandläkare och annan tandvårdspersonal uppmuntras att sammanställa en grundlig sjukdomshistoria av sina diabetespatienter, det vill säga fråga dem hur väl kontrollerad deras diabetes är och när deras blodsockernivåer kontrollerades senast samt be om en kopia av deras senaste HbA1c-resultat. En grundlig oral undersökning ska genomföras och i den ska ingå en parodontal utvärdering som ska omfatta fullständigt fickstatus och blödningsregistrering. Utbildning i munhälsa ska ges tillsammans med individuell rådgivning gällande riskfaktorer och en individanpassad munhälsoregim.

Diabetespatienter som inte har parodontit bör ges en förebyggande behandlingsregim och kontrolleras regelbundet medan de med parodontala infektioner ska behandlas och tillhandahållas parodontalvård.

Tandvårdspatienter utan diabetes men med riskfaktorer för typ 2-diabetes bör informeras om risken och remitteras till läkare för riskbedömning och screening.

Parodontit & diabetes mellitus – en överblick

Diabetes och parodontit är kroniska icke-smittsamma sjukdomar vars prevalens ökar med åldern.

Det finns ett dubbelriktat förhållande mellan parodontit och diabetes.

Om parodontit inte behandlas orsakar sjukdomen tandförluster.

Parodontit är lätt att diagnostisera och lätt att kontrollera kliniskt. Genom regelbunden högkvalitativ stödbehandling kan kliniska behandlingsresultat upprätthållas.

Personer med dåligt kontrollerad diabetes (både typ 1 och 2) lider av ökad parodontal inflammation/nedbrytning/kollaps.

Individer med parodontit har förhöjd risk för prediabetes eller för att utveckla typ 2-diabetes.

Personer med både diabetes och parodontit löper också en högre risk för att drabbas av allvarliga medicinska komplikationer (ögonen och njurarna) och till och med död än vad individer med enbart diabetes gör.

Parodontal behandling av individer med diabetes resulterar i en signifikant minskning av nivåerna av glykerat hemoglobin (HbA1c) tre månader efter parodontal behandling. Det finns också framväxande evidens för att effekten kvarstår efter sex månader.

Tidig diagnos, förebyggande åtgärder och gemensam hantering (tandläkare och läkare) av både diabetes och parodontit är av yttersta vikt.

Framgångsrik parodontal behandling har en kliniskt signifikant effekt på allmänhälsan och bör ingå i behandlingen av individer med diabetes.

Parodontit och diabetes mellitus är båda mycket vanligt förekommande sjukdomar globalt

Diabetes mellitus, cirka 415 miljoner människor.

Prevalens: ständigt ökande.

Parodontit, i västvärlden mer än 50 procent av befolkningen.

Prevalens: 750 miljoner människor världen över har allvarliga former av parodontit.

Fakta om diabetes

- Diabetes är numera en global epidemi.

- Under 2017 orsakade diabetes uppskattningsvis 4 miljoner dödsfall världen över.

- Man bedömer att det finns 212 miljoner människor med odiagnostiserad diabetes.

Fakta om parodontit

- Parodontala sjukdomar, det vill säga gingivit och parodontit, är de mest prevalenta inflammatoriska sjukdomarna hos människan.

- Obehandlad orsakar parodontit tandförluster.

- Om parodontit lämnas obehandlad kan den drabbade lida av sämre näringsupptag, talsvårigheter, dåligt självförtroende och sämre livskvalitet.

- Parodontit är associerad med en högre nivå av åderförkalkning, endotelial dysfunktion och systemisk inflammation.

- Parodontit är lätt att diagnostisera och att kontrollera kliniskt. Kliniska resultat kan upprätthållas genom regelbunden högkvalitativ stödbehandling.

Parodontit kräver livslång omsorg och professionell vård.

Informera dina patienter!

Parodontit och diabetes mellitus, en tvåvägsrelation

Vad händer när du har både parodontit och diabetes?

Diabetes mellitus ökar parodontitprevalensen, progressionen och svårighetsgraden

Parodontit

ökad risk

diabetes mellitus

Parodontit påverkar blodsockerkontrollen vid diabetes mellitus

Diabeteskomplikationer

Stroke. Högre grad av cerebrovaskulära komplikationer.

Retinopati. Förhöjd risk för ökad diameter av de retinala venerna och allmän diabetesassocierad retinopati.

Kardiovaskulära komplikationer. Ökad risk för kranskärlssjukdom och för att dö i en hjärtattack (22 procent inom 10 år).

Njursvikt och makroalbuminuri. Ökad dödlighetsrisk av alla orsaker (41 procent inom 10 år).

Evidens för kopplingar mellan de två sjukdomarna

Diabetes påverkan på parodontit

- Hyperglykemi är associerat med en ökad risk för och svårighetsgrad av parodontit.

- Det finns ett dosberoende förhållande mellan glykemi och parodontal nedbrytning.

- Patienter med diabetes har tre gånger högre sannolikhet att utveckla parodontit.

- Det är mer komplicerat att kontrollera diabetes när patienten också har parodontit (komorbiditet).

- Personer med diabetes och god glykemisk kontroll har inte mer parodontit än personer utan diabetes.

Parodontits påverkan på diabetes

- Friska patienter med parodontit uppvisar en högre risk för att utveckla prediabetes och diabetes.

- Personer med svår parodontit löper högre risk för att utveckla typ 2-diabetes.

- Parodontit är signifikant associerad med sämre glykemisk kontroll (HbA1C) och högre blodsockernivåer (glykemi) hos såväl personer med diabetes som personer utan diabetes.

- Hos individer med parodontit är graden av insulinresistens högre.

- I jämförelse med individer som enbart har diabetes har personer med parodontit och samtidigt typ 1- eller typ 2-diabetes fler

• okulära komplikationer (retinopati)

• njurkomplikationer (kronisk njursjukdom)

• kardiovaskulära komplikationer (hjärtsjukdomar, cerebrovaskulära händelser)

• förhöjd dödlighetsrisk.

Tecken och symtom på parodontit

• Rött och svullet tandkött

• Blödande tandkött eller blod i handfatet efter att du borstat tänderna

• Dålig smak i munnen

• Tänder som ser längre ut

• Dålig andedräkt (halitosis)

• Lösa tänder

• Ökat mellanrum mellan tänderna

• Tandsten på tänderna

• Torrhet eller brännande känsla i munnen

Huvudbudskap till munhälsoteamet

- Patienter med diabetes kan ha svårigheter att kontrollera sina blodsockernivåer och har en högre risk för komplikationer.

Fortsättning sid 18

- Utbildning i oral hälsa ska tillhandahållas.

- Ge individuella råd till de av dina patienter som har diabetes.

- Individualiserad rådgivning gällande riskfaktorer och en skräddarsydd oral regim ska tillhanda-hållas.

- Årlig oral-screening av barn och ungdomar.

- Personer utan diabetes men med riskfaktorer för typ 2-diabetes ska informeras om risken och remitteras till läkare.

- Riskerna ska utvärderas genom ett frågeformulär och screening baserat på rekommendationer/riktlinjer från American Diabetes Association och European Federation of Periodontology.

- Patienter med antingen diabetes eller parodontit behöver livslång professionell tandvård.

Patienter med diabetes löper en ökad risk för att utveckla parodontit.

Patienter med parodontit löper en ökad risk för att utveckla diabetes.

Informera dina patienter!

Vad ska du göra?

- Patienter med diabetes ska informeras om att de löper en högre risk för gingivit och parodontit.

- Sätt samman en grundlig sjukdomshistoria för patienten för att understryka typen av diabetes och sjukdomsvaraktighet (närvaron av komplikationer/diabetesbehandling/samtidiga behandlingar/annan medicinering et cetera).

- Fråga dina patienter hur väl kontrollerad deras diabetes är och när deras blodsockernivåer senast kontrollerades.

- Be om en kopia av deras senaste resultat (HbA1c).

- En grundlig oral undersökning ska genomföras (parodontal utvärdering/ fullständigt fickstatus/blödningsregistrering).

- Om parodontit inte föreligger ska diabetespatienter ges en förebyggande behandlingsregim och kontrolleras regelbundet.

- Patienter med akuta orala/parodontala infektioner behöver vård snabbt och ska tas om hand utan fördröjning.

- Icke-kirurgisk parodontal behandling ska ges. Detta kan hjälpa till att förbättra den glykemiska kontrollen.

- Parodontalkirurgi och implantbehandling ska inte utföras på patienter som inte har en acceptabel diabeteskontroll.

- Personer med diabetes och omfattande tandförluster ska söka bettrehabilitering för att återställa adekvat tuggfunktion.

- Andra parodontala komplikationer såsom torr mun och/eller en brännande känsla i munnen ska utvärderas.

- Samtliga patienter ska ges basinstruktioner gällande munhygien inklusive interdental rengöring.

Författare: European Federation of Periodontology (EFP) med stöd av företaget Sunstar.

På EFP:s webbplats (www.efp.org) finns ytterligare material:

https://bit.ly/2QdUxaH

https://bit.ly/351vdIT

Godkänd för publicering den 1 november 2019. Artikeln är översatt från engelska av Cecilia Hallström, Köpenhamn, Danmark.

Denna artikel är en återpublicering och publicerades ursprungligen i Tandläkartidningen nr 12, 2019.

FORXIGA® (dapagliflozin) för patienter med typ 2-diabetes

forxiga
(dapagliflozin)

FOR TODAY FOR TOMORROW

I DECLARE-studien, den största kardiovaskulära utfallsstudien med en SGLT2-hämmare som inkluderade 17 160 patienter, visade Forxiga en fördel i jämförelse med placebo både hos patienter **med** och **utan** etablerad kardiovaskulär sjukdom när det gäller det sammansatta effektmåttet sjukhusinläggning för hjärtsvikt eller kardiovaskulär död. Skillnaden i effekt drevs av sjukhusinläggning för hjärtsvikt. Forxiga reducerad även förekomsten av renala händelser i det sekundära sammansatta effektmåttet.

För sjukhuskrävande hjärtsvikt **27% RRR (0,8% ARR)**

Riskkvot 0.73 (konfidensintervall 0.61-0.88) Forxiga gruppen 2.5% respektive Placebo gruppen 3.3%, p< 0.001[1]

Progression till nefropati **47% RRR (1,3% RRR)**

Riskkvot 0.53 (konfidensintervall 0.43-0.66) Forxiga gruppen 1.5% respektive Placebo gruppen 2.6%,
Nominell Signifikans: p<0.0001[1-2]
Sammansatt sekundärt effektmått, nefropati = kvarstående eGFR-minskning, njursjukdom i slutstadiet och njurdöd.[1]

Hjälp patienter att nå sina behandlingsmål i dag för att minska risken för händelser av sjukhuskrävande hjärtsvikt eller bidra till att minska risken för renala händelser i framtiden[1]

RRR = relativ riskreduktion, ARR = absolut riskreduktion

References: 1. Forxiga SPC. www.fass.se. **2.** Mosenzon O et al. Lancet Diab Endocrinol 2019, vol 7, augusti 2019. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31196815

Forxiga® (dapagliflozin) 10 mg, filmdragerade tabletter, SGLT2-hämmare. Rx, (F). Subventioneras endast som tillägg till behandling med metformin. **Indikationer:** Forxiga är avsett för vuxna för behandling av otillräckligt kontrollerad diabetes mellitus typ 2 som ett komplement till diet och motion 1) som monoterapi när metformin inte anses lämplig på grund av intolerans 2) som tillägg till andra läkemedel för behandling av diabetes mellitus typ 2. För studieresultat vad gäller kombinationer med andra läkemedel, effekter på glykemisk kontroll och kardiovaskulära händelser, samt vilka populationer som har studerats, se SPC avsnitt 4.4, 4.5 och 5.1. **Viktig säkerhetsinformation:** Vid misstanke om den sällsynta men livshotande infektionen Fourniers gangrän (nekrotiserande fasciit i perineum) ska SGLT2-hämmare sättas ut och akut behandling påbörjas. Senaste översyn av produktresumén: 2019-11-19.

För ytterligare information och priser se www.fass.se.

AstraZeneca AB, 151 85 Södertälje. Tel 08-553 260 00. www.astrazeneca.se

AstraZeneca

SE-5822-12-19-FO

Omvårdnadsstipendium

För projekt eller fortbildning inom diabetesvården

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

Beträffande ansökan för projekt gäller följande:

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

Beträffande ansökan för fortbildning gäller följande:

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

Övrig information:

- Stipendiat måste ha varit medlem i SFSD i minst tre år.
- Den summa som fördelas utgörs av 40 000 SEK

Sista anmälningsdag är 20 mars 2020

Registrera din poster och stipendieansökan på https://dinkurs.se/appliance/?event_id=49627.
Följ instruktionerna, använd mall på hemsidan och bifoga ditt abstrakt i ett svarsmail till anna-lena@sfsd.se
Se även www.sfsd.se
Välkommen med din ansökan!

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

DIABETESPORTALEN

Diabetesmedlet minskar åter-insjuknande i hjärtsjukdom

Metformin är det äldsta och fortfarande mest använda läkemedlet vid typ 2-diabetes. Ursprungligen mot för höga blodsocker men ju mer forskning som görs om metformin desto fler goda effekter upptäcks. Nya rön visar att risken för ett återfall i akut hjärt- kärlsjukdom dramatiskt minskar om patienten behandlas med metformin.

Personer med typ 2-diabetes löper en större risk att drabbas av olika hjärt- och kärlsjukdomar. Enligt Hjärt- lungfonden är risken för hjärtinfarkt två till tre gånger högre hos diabetiker, både för typ 2 och typ 1. Men, skriver de: ”Vi har anledning att tro att denna riskökning är på nedåtgång i västvärlden där de preventiva insatserna är goda.” Exempel på preventiva (förebyggande) åtgärder är bättre blodtrycks- och blodfettskontroll.

Förutom den från början förhöjda risken vid diabetes är ett återinsjuknande vanligare, att få en andra, eller fler, hjärtinfarkter eller stroke.

Nu visar en kartläggning som japanska forskare har gjort att de typ 2 diabetiker som under den akuta fasen och vid det första tillfället behandlas med diabetesmedlet metformin har ett mycket lägre återinsjuknande i hjärt- kärlsjukdom.

Tydligt resultat

- Patienter med typ 2 diabetes drabbas oftare av återinsjuknande i hjärt- kärlsjukdom jämfört med de som inte har diabetes. Däremot hade inte den aktuella blodsockernivån vid intagningen på sjukhuset någon inverkan på ett senare återinsjuknande, säger Tadashi Takeuchi, forskare vid Keiouniversitetet i Tokyo i en intervju i Science Daily.

I forskargruppens undersökning ingick 569 patienter som nyligen drabbats av hjärt- kärlsjukdom. 198 av dem hade typ 2 diabetes. Patienterna följdes i medeltal i drygt fyra år. Syftet var att studera antalet återinsjuknanden i hjärt- kärlsjukdom. Frågorna gällde sambandet mellan typ 2 diabetes, olika diabetesläkemedel och återinsjuknande.

Var tredje diabetespatient tog metformin och resultatet i uppföljningen var tydligt. Metformin var det mest effektiva läkemedlet för att förhindra nya hjärtinfarkter eller stroke. Medlet var förenat med en 77-procentig minskning av nya hjärtinfarkter och stroke jämfört med de andra diabetesmedlen.

Lägre dödlighet

Den japanska studien är långt ifrån ensam om att analysera utfallet av bruk av metformin och hjärt- kärlsjukdom.

En mycket stor kinesisk så kallad metastudie, en undersökning där resultaten av flera studier analyseras för att i bästa fall kunna dra mer allmängiltiga slutsatser.

I den här metaanalysen ingick 16 studier med sammanlagt långt fler än en miljon deltagare. 700 000 av dem hade behandling med metformin.

”Vår undersökning är ett statistiskt bevis på en säkerställd minskad risk för hjärt-kärlsjukdom vid metforminbruk.” sammanfattar de kinesiska forskrna sina resultat av metaanalysen.

Siffrorna är inte desamma som i den japanska studien men lika övertygande. Bland de som använde metformin var dödligheten 56 procent lägre och nyinsjuknande i hjärt- kärlsjukdom 27 procent lägre.

Länk till en sammanfatttning av den japanska studien som publicerats i tidskriften Journal of Diabetes and its Complications:

Recurrent cardiovascular events in patients with newly diagnosed acute coronary syndrome: Influence of diabetes and its management with medication

Länk till den kinesiska metastudien i tidskriften Diabetes Research and Clinical Practice:

Cardiovascular risk following metformin treatment in patients with type 2 diabetes mellitus: Results from meta-analysis

Publicerad den 24 januari 2020

Text: Tord Ajanki

Article

Nordic Journal of Nursing Research

Nordic Journal of Nursing Research
0(0) 1–8
© The Author(s) 2019
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/2057158519881751
journals.sagepub.com/home/njn
SAGE

'Living with challenges in the shadow of diabetes': An interview study among adults with diabetic peripheral neuropathy

Ylva Wessman[1] and Christel Bahtsevani[2]

Abstract

Diabetic peripheral neuropathy is a diabetes-related complication with vague and progressive symptoms with few available treatments. The aim of this study was to describe the experiences of diabetic peripheral neuropathy among adults living with type 1 diabetes. Twelve interviews were performed and qualitative content analysis was used. The overarching theme 'living with challenges in the shadow of diabetes' substantiated by the categories 'pay attention to changes over time', 'frequent needs to facilitate living' and 'burdens to manage' represents a daily awareness of the complication where autodidactic strategies were implemented. The conclusion indicates that it might be beneficial if nurses in diabetes care initiate an open-minded dialogue with adults with diabetic peripheral neuropathy to highlight their experiences and to discuss further strategies to facilitate living.

Keywords

adults, diabetic peripheral neuropathy, experiences, type 1 diabetes

Accepted: 20 September 2019

Background

The purpose of diabetes care is to prevent complications and to provide good and equal care for individuals living with diabetes.[1] Diabetes can be classified into type 1 diabetes (T1D) and late autoimmune diabetes in adults (LADA) and into four clusters of type 2 diabetes (T2D) according to Ahlqvist et al.[2] Type 1 diabetes is most common in Scandinavian populations and in Sardinia and Kuwait, but a global estimation to separate the prevalence of the different classifications does not exist.[3] In Sweden, approximately 50,000 adults are living with T1D, according to the Swedish National Diabetes Register.[4] It is estimated that 10–30% of adults with T1D have also been diagnosed with one of the most common diabetes-related complications, diabetic peripheral neuropathy (DPN). The complication is a result of nerve damage with a multifactorial aetiology; it is primarily related to prolonged hyperglycaemia, vascular complications and a long duration of diabetes.[5,6] Genetic factors can also contribute to the complication.[7] DPN can cause loss of sensation from peripheral nerves in the hands, feet and toes; sometimes, it causes a feeling of tingling (from affected small fibres) and numbness (from large fibres), so-called 'glove and stocking' sensory loss.[8] For one third of adults with T1D, pain negatively affects daily life, and treatment such as general pain relief, antidepressants and anticonvulsant medications is sometimes ineffective.[5] Moreover, weakness of muscles in the feet can affect movement and can increase the risk of falls,[9] as well as the risk of foot ulcers. DPN can consequently affect individuals' daily lives in different ways. In summary, the domains assessing quality of life show negative results when living with DPN.[10,11]

Nurses in diabetes care have the crucial task to support, educate and empower individuals by providing opportunities to improve the management of diabetes.[12] Daily foot care is an essential assessment in diabetes care. It involves inspecting the feet to detect deformities, foot ulcers, fungal infections and dryness as well as using proper footwear and shoe insoles.[13] However, this preventive action may not be feasible for individuals with disabilities, such as impaired mobility or blindness, where a chiropodist may offer regular supporting care.[14,15] In Swedish diabetes care, an annual manual foot examination is recommended, which is performed by a diabetes team to diagnose or further evaluate the progress of DPN. The manual examination includes measurement of touch sensations, pressure, temperature, reflexes and vibrations, as well as visual, neurological and vascular measurements.[1,16] Grenell and Turner[17] propose an open mind to different diagnoses, and Zang et al.[18] argue that clinical DPN is underdiagnosed and that further diagnostic methods are

[1]Department of Endocrinology, Skåne University Hospital, Malmö, Sweden
[2]Faculty of Health and Society, Department of Care Science, Malmö University, Sweden

Corresponding author:
Ylva Wessman, Skanes universitetssjukhus Malmö, Jan Waldenströms gata 24, Malmö, 205 02, Sweden.
Email: ylva.wessman@med.lu.se

required. Underdiagnoses could augment the risk of accentual injuries and foot ulcers, and cause unnecessary trouble for individuals. Additionally, Boulton et al.[19] and Chin et al.[20] demonstrate that almost half of the individuals with diabetes experience no symptoms of DPN and the recognition of ulceration can consequently be delayed. One previous study describes a lack of knowledge about DPN among individuals with diabetes, especially about symptoms, which underlines the importance of foot care and its assessment and evaluation.[21] Hence, nurses in diabetes care have a prominent role in the diabetes team; nurses promote a holistic and an individual approach to the care, which is also advised by Gok and Arslan.[22] Moreover, nurses endeavour to create a partnership between patients and healthcare providers, and to strengthen the patients' own participation in their care and, finally, in their own empowerment.

To our knowledge, only two qualitative studies have illuminated the experience of living with DPN. One study performed by Brod et al.[23] includes elderly participants with DPN and T2D, and the results from the telephone and focus-group interviews indicate that half of the informants experienced daily pain. These experiences contribute to negative effects in life such as reduced physical activity and increased general difficulties. Thus, the aim of the present study was to describe the experiences of DPN among adults living with T1D.

Method

Study population and inclusion procedure

The informants were recruited from a department of endocrinology at a university hospital in Sweden in a municipality with approximately 330,000 inhabitants. This particular hospital and department was chosen to get a broad coverage and possibility to reach presumptive participants all over a specific region in Sweden. The majority of the individuals receiving care at the department had been diagnosed with T1D, and almost 40% of the population in the municipality had a foreign background. Furthermore, inhabitants from neighbouring municipalities could also receive specialist care at the clinic. For inclusion in the study, the presumptive informants needed to be > 18 years old and to have been diagnosed with DPN and T1D. They also had to be willing to share their experiences of living with DPN. The exclusion criteria included individuals with cognitive impairment, and individuals without any experiences of living with symptoms of DPN. A purposive sampling method was used and represented female and male individuals with differences in age, duration of DPN and T1D, marital status, education and employment were selected (Table 1). To identify presumptive informants, the diagnoses DPN and T1D were assessed using ICD-10 codes. This procedure was approved by the Regional Consultation Group of Quality Registries, Medical Databases and Processing. It was also approved by the Regional Ethical Committee. Approval from these groups gave permission for an independent collaborator to search for presumptive informants in three databases, and resulted in letters containing study information and informed consent being sent to 145 presumptive informants, without sending any reminders. In summary, the process of recruitment resulted in 22 presumptive informants who were interested in participating. Finally, 12 informants met the inclusion criteria; ten presumptive informants showed interest in participating in the study but had no experiences related to DPN and were excluded. The informants phoned or emailed the authors and received repeated information about the study, such as inclusion criteria and ethical considerations; a place for the interviews was also established. The period of enrolment lasted for eight months during 2016–2017.

Table 1. Characteristics of the informants.

Medical and sociodemographic	$n = 12$
Sex female/male	7/5
Age year, range (mean)	34–73 (58.9)
Duration of T1D year, range (mean)	11–50 (29.6)
Duration of DPN year, range (mean)	1–25 (9.8)
Married/co-habiting	8
Single/divorced	4
Education	
Primary school	2
Secondary school	3
College	3
Vocational school	4
Employment	
Employed/self-employed	5
Retired	4
Unemployed/sick leave	3
Origin	
Scandinavia	12

T1D: type 1 diabetes; DPN: diabetic peripheral neuropathy.

Ethical considerations

The study was approved by the Regional Ethical Committee, Lund (Dnr 2016/350) and was performed in accordance with the Declaration of Helsinki.[24] Before the interviews, the informants were informed verbally and in writing about the study design, voluntariness and confidentiality. They were also informed they could withdraw at any time without negative consequences for future care. A signed informed consent was obtained. All informants chose an undisturbed room at the clinic for the interview. To ensure confidentiality, all personal identifiers in the text were removed. The first author performed the interviews and neither of the authors had any previous or any ongoing contact with the informants. Moreover, neither of the authors worked in ordinary diabetes care. The primary author works within a research unit at the selected hospital and the second author works within the university.

Fortsättning sid 24

Data collection

After collecting medical and sociodemographic characteristics from the informants, the first author performed an individually unstandardized interview by using the open question 'Could you please tell me about your experiences of living with diabetic peripheral neuropathy?' This all-embracing question was followed by probes, 'Could you please tell me more about …?' and checks 'Do you mean that …?' in an attempt to immerse and understand the answers.[25] One pilot interview was performed to assure the interviewer's technique, but these data have not been included in the study. The interviews lasted between 25 and 75 minutes (the mean time was 40 minutes).

Data analysis

Qualitative content analysis, inspired by Berg,[25] was used to analyse the data, which provided a surface structure meaning (manifest analysis) and a deeper structural meaning (latent analysis). After transcribing the tape-recorded data verbatim, the initial first step of the analysis was an independent reading and rereading of the whole text to apprehend the 'naïve preunderstanding'. This reading was incorporated before the detection and interpretation of meaning units began, and can be seen as a way to identify and handle each author's preunderstanding. The purpose was to create an open-minded understanding of the text that could be useful as a base for comparative analysis, and to avoid misinterpretations due to irrelevant conduct of the preunderstanding throughout the process of analysis. The first author has a preunderstanding as a trained nurse in diabetes care, and has service experience as a study nurse in diabetes, endocrinology and obesity research; the author has a long clinical experience as a nurse within various disciplines. The second author has experience working as a nurse in emergency hospital care and advanced home care, as well as several years of experiences as a teacher and researcher within a university. The purpose of the following discussions between the authors was to illuminate and to identify the preunderstanding to ensure that neither exaggerations nor understatements existed in the interpretational process.

In the second step, the text was split into meaning units selected from the text, which described the informants' experiences living with DPN, and was further condensed without losing the core meaning. The authors split the meaning units separately and had follow-up discussions to reach an agreement. The third step involved the coding of the data by keeping the aim of the study in mind and by analysing it minutely and with openness. Codes were analytically developed and inductively identified in order to organize the data, and theoretical notes, concerning, for example, patterns of possible interpretations and similarities or differences, were written down. In the fourth step, the codes were transformed and comprehend into subcategories (manifest level) by identifying similar phrases, patterns and concepts, and categories were further developed by organizing and interpreting the text. The third and fourth steps required repeated consideration between the authors in order to reach a consensus. Finally, in the fifth step, an overarching theme was identified (latent level). Three examples of the process of analysis are presented in Table 2.

Findings

The analysis generated one theme, three categories and 11 subcategories. The overarching theme, 'living with challenges in the shadow of diabetes', embraced the informants' experiences throughout life. Living with DPN was demonstrated as being aware of the impairment of the symptoms from DPN and further, how to manage these challenges, as well as the underlying fear of more serious complications from diabetes. DPN was thereby a daily reminder of the need to continue self-care to prevent comprehensive difficulties, both of an emotional and a practical nature. The overarching theme illuminated the informants' experiences living with DPN and the challenges they face, including improving their own ability, skills and knowledge concerning the condition. Moreover, three categories emerged: 'pay attention to changes over time', 'frequent needs to facilitate living' and 'burdens to manage'. These categories represented the results of the analysis of 11 subcategories and all are shown in Figure 1. In the following section, the subcategories are presented in italics in the text under the associated category. The findings characterized an ongoing process of becoming aware of the changes accompanying DPN, which in turn needed intensive attention and creative interventions. DPN is a frequent reminder of the challenges of living with diabetes, an unpredictable and sometimes threatening disease.

Pay attention to changes over time

In the first category, the informants described their feelings of being on guard in terms of the impairment associated with the vague symptoms of DPN. They became more aware of and paid more attention to the symptoms that could affect their daily lives. They worried about delayed encounters with healthcare providers, and they described their expectations of a dialogue about the current status and the deterioration of DPN. However, DPN could also be experienced as little less troublesome with few uncomfortable symptoms at the current time, although this could change and vary over time.

The experiences within the subcategory *impairment of symptoms* revealed thoughts and feelings about the worsening of symptoms and how to manage this discomfort. The informants were aware of and deeply concerned about these changes, and they talked about how the present symptoms needed to be addressed every day. Painful DPN was experienced as a major problem which could need further attention from the healthcare provider since this symptom caused suffering that greatly influenced daily life.

> … it's what it is all about that it hurts and it gets worse and what happens? … that is what it looks like now, it has only gotten worse … and I may have to quit my job? (5)

Fortsättning sid 26

Medtronic

Mycket hinner hända på 5 minuter.

Men glukosnivåerna hinner inte hamna för högt eller lågt.

Var 5:e minut tar insulinpumpssystemet **MiniMed™ 670G** ett automatiskt doseringsbeslut.

Det betyder att ni kan lägga mer tid och energi på annat än diabeteshantering, samtidigt som tiden inom målområdet (3,9 – 10,0 mmol/l) ökar.[1-3] **Läs mer om världens första självjusterande* insulinpumpssystem på medtronic-diabetes.se**

* Åtgärder som krävs från användaren är att ange kolhydrater vid måltider, kalibrera sensorn minst 2 ggr/dygn och svara på uppmaningar från systemet. 1) Iturralde E, et all. The Diabetes Educator. 2017;43(2):223-232. 2) Bergenstal, R. M. et al. Jama. 2016;316(13):1407-1408. 3) Garg SK, et al. Diabetes Technol Ther. 2017;19(3):155-163. MiniMed™ 670G är godkänt från 7 år och en total daglig dos på över 8 enheter insulin. UC202009524 SV

Table 2. Examples of the process of analysis.

Meaning units	Condensation	Codes	Subcategories	Categories
(5) I think my symptoms have gotten worse lately, in the beginning it was not so, then I still had feelings in my feet and now I have very less sensations in them	Think that the symptoms have gotten worse lately, had earlier sensation in the feet, but now worse	Consider the symptoms getting worse	Impairment of symptoms	Pay attention to changes over time
(8) Wonder if special footbaths for diabetic feet could be useful?	Wonder if special footbaths could be useful	Wondering about further action in self-care	Shortage of knowledge	Frequent needs to facilitate living
(7) It appears clearer at night when you go to bed and you don't know what to do with the feet it creeps all the time	It creeps all the time in the feet at bedtime and throughout the night, you don't know what to do	Constant creeping during night, don't know how to manage it	Uncomfortable with different symptoms	Burdens to manage

(No.): code number of interview; DPN: diabetic peripheral neuropathy.

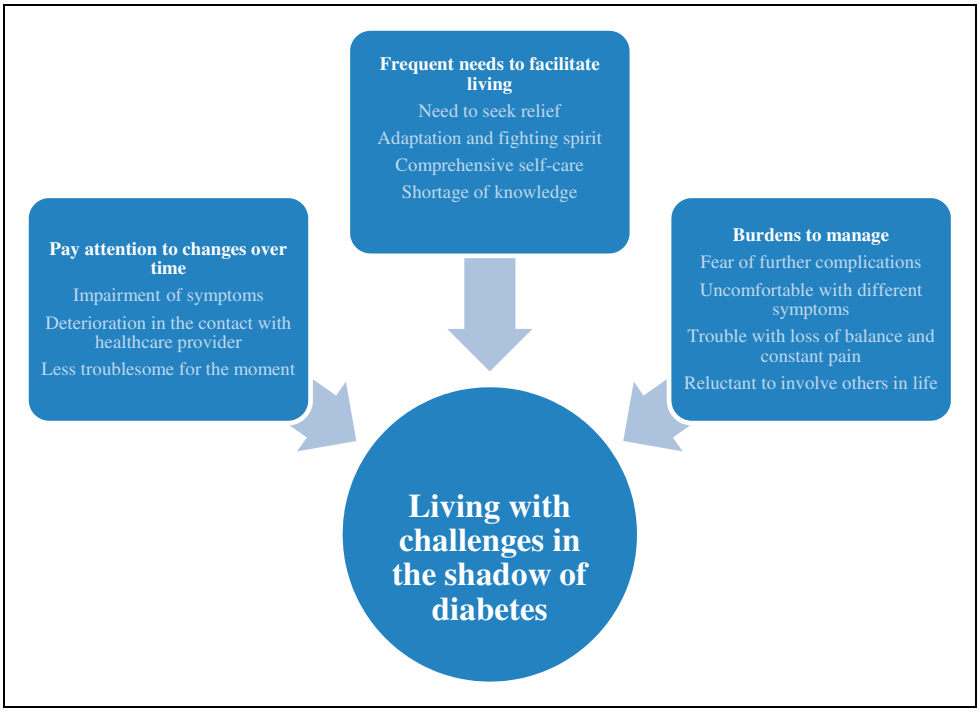


Figure 1. Overview of theme, categories and subcategories.

In another subcategory, *deterioration in the contact with healthcare provider*, the informants discussed the shortage of consistent healthcare interaction and the lack of information about DPN, and its possible progress. It seemed important that the contact with the healthcare provider was regular and that visits were not too far apart. Another request was enough time for the appointment so that more attention could be raised about DPN and problems concerning this.

> … now the [healthcare provider encounters] are once a year but it will be every second year … if you don't call and say – 'I must come!' … so during two years, it has become worse [DPN] … but otherwise, we didn't even talk about it [DPN] during the last encounter. (10)

The interviews also showed that experiences from informants with minor DPN symptoms was, consequently, *less troublesome for the moment*. Even if the informants found the symptoms manageable at the current time, they also acknowledged that this could change over time. Furthermore, the experiences of living with DPN could

be related to one's own attitude or feelings towards DPN and T1D.

> ... when they do the tests I react worse on the left leg but I don't think about it daily ... my illness should not be a limitation for me and this is how I think about it now. (4)

Frequent needs to facilitate living

This category presented the informants' experiences about how to manage daily life when DPN symptoms were prominent. The informants emphasized the importance of seeking relief and having a fighting spirit, performing comprehensive self-care and acquiring further knowledge of DPN. The informants performed regular foot care and paid attention to their feet when the stealth symptoms of DPN could be observed.

Need to seek relief demonstrated their strategies of handling DPN. They included medication, physical activity, seeking a hotter environment, stress management and technical devices. The interventions were usually inevitable and necessary, and could improve everyday life.

> ... it's the heat that makes me become more alert of course, and then it feels like ... well, now I've got the feeling back again ... if it's stressful around, it [DPN] can come all the time and then I have to use my technical device and then an hour or five minutes may pass and then I have to use it again. (2)

The adjustment to new situations required reflection and awareness of the condition among the informants, and they expressed that *adaptation and fighting spirit* could be important. The interviews revealed that the informants acknowledged that the problems surrounding the symptoms of DPN could not be cured, and most probably would deteriorate. It seemed a way to handle this was to realize that an adaptation had to take place, which incorporated a new way of looking at life and use of an inner spirit to manage the necessity to keep up well-being and a good life.

> ... so it is, so I have to make the best of it ... so that's why I don't hang on to that I can't wear those shoes anymore or ... anything else. (8)

Comprehensive self-care was expressed as a regular activity to take care of the feet in order to prevent misfortunes. Prophylactic foot care was valued as equally important as other self-care procedures, for instance measuring the level of blood glucose or adjusting doses of insulin. Another action to strengthen the ability of self-care was to search for self-care recommendations in relation to DPN symptoms on the internet.

> ... I go to foot care regularly and then you get control of your feet ... and I'm a bit afraid to get sores and stuff at my feet ... on beaches and so I've always shoes on and never go barefoot ... except for indoors (smiles). (7)

The informants also expressed *shortage of knowledge*. Their experiences of learning about DPN from nurses or physicians were either receiving information that their symptoms were compared to a multitude of similar diseases linked to nerve destruction, or getting information that briefly described the causes or the treatment of DPN. They experienced that the diagnosis of DPN was only a simple statement from the healthcare providers, seldom sharing any more knowledge about DPN.

> ... but why I now have these pads [under my feet] – I don't know, and the doctor simply noted that I had impaired sensation ... and I could understand when I didn't feel anything at the last check-up. (10)

Burdens to manage

The last category characterized experiences of fear about further complications that could likely be expected after a long life with diabetes. The informants described foot ulcers, amputation and kidney disease as the most frightening side effects of diabetes. Furthermore, the informants experienced dissimilarities in terms of DPN symptoms, when they were expressed and how they affected daily life. Finally, the stories exposed the burden of dependence and how to avoid involvement of family and friends in their own chronic disease.

Fear of further complications was expressed as a frightening experience when the informants realized that DPN was a fact and a consequence of diabetes. The symptoms from DPN could be interpreted as a sign of threat from diabetes itself – perhaps a predictable development of a chronic disease or an internal or external pressure to perform comprehensive self-care.

> ... it's the fear of complications, and I've had diabetes for forty-four years and virtually no complications but I think about this [DPN] ... but I've never have any problems with my kidneys. (3)

The interviews showed a broad variety of signs experienced by respondents as being *uncomfortable with different symptoms*. DPN occurred both day and night and could disturb sleep. The informants described a daily uncomfortable feeling, which they more or less had the ability to manage. Moreover, they also expressed that the symptoms from DPN might be easier to identify and handle if they had appeared suddenly instead of the slow progression of symptoms that made it hard to decide when or how to alert the physician or nurse about it.

> ... it's the tingling and mainly at night and tend to be under the sole of the foot and then with a bad feeling ... otherwise, I also have a hand that usually goes numb. (6)

Fortsättning sid 28

Trouble with loss of balance and constant pain emerged in the interviews as problems. The influence of motor nerves demanded an enhanced vigilance when walking, and the informants had need of an assistant person or a device. Moreover, the experiences could be symbolized as a barrier to achieving well-being, with both physical and psychological consequences.

> ... and then comes the plague ... in the evenings, afternoon and weekends ... well then it hurts and then I feel the numbness and if I feel any numbness at work, then you just have to turn it off. (3)

Lastly, the informants shared experiences regarding dependence, and they were *reluctant to involve others in life*. A feeling of being dependent on family or friends was expressed by the informants. Being at the mercy of needing assistance or having to share a troublesome situation could be difficult to manage, despite having a need for a helping hand.

> ... yes everyday life becomes ... very influenced ... but ... you keep it for yourself ... it is nothing I let affect others, and no one knows that I have these problems. (11)

Discussion

The main findings represent the informants' daily experiences of living with the burdensome symptoms of DPN. They describe the numbness and tingling in their hands, feet and toes, and their unstable mobility. The descriptions involve variability of symptoms, and describe a broad range of obstacles associated with impaired sensations in the lower extremities, and a need to develop strategies regarding daily difficulties and a fear of future harm. Respondents practice stress management, increase physical activity, use emotional strategies comprising adaptation and acceptance, use technical devices and search for interventions and knowledge on the internet. In the study by Brod et al.,[23] the informants with mainly T2D talked about their painful DPN experience, but they expressed few proposals or strategies. In our study, the informants adopt autodidactic strategies to enable living. We suggest that differences in strategies between the studies may be related to the informants' recognition of the fluctuations arising from T1D and their need for a creative approach to cope with life's struggles. The informants described that diabetes self-management demands continuous awareness of impairment and decision-making, with or without the presence of DPN. Moreover, they reflected about the progression of DPN, and whether and how it would influence life if the symptoms occurred more rapidly. This expression may relate to their experience of the importance of urgent actions when compared to hypoglycaemia, and, furthermore, it may indicate their distress over how to manage impairment from DPN symptoms. Also, the slow progression of DPN could contribute to a feeling of being vulnerable and losing control of their lives. Delmar et al.[26] showed that self-control and self-responsibility are meaningful values for individuals living with a chronic illness. Individuals could request alternative options to manage the chronic illness, which, in turn, requires a nurse who welcomes and accurately meets an individual's unique needs.

The informants expressed a need for additional knowledge about DPN involving causes, treatment and the progression of DPN. This statement is in line with a study by Hansen Textor and Hedrick,[27] where the informants declared a lack of awareness and knowledge about the increased risk of symptoms related to peripheral neuropathy, a bothersome side effect of immunosuppressant treatment after organ transplants. Our informants with T1D had a shortage of knowledge about one of the most common complications, and this is consistent with results from a questionnaire study among adults with T2D.[20] It is a somewhat unexpected finding, and it may be related to the missing vague symptoms of DPN and even an ambiguity in diagnosing. On the other hand, adults living with T1D may be fully engaged in handling diabetes itself, and, therefore, the presence of DPN can be experienced as a minor burden in daily life, as compared to managing T1D. Perhaps an intervention, such as group sessions, could be valuable in illuminating important DPN knowledge to maintain and improve the present condition and also make it possible to exchange strategies in managing this complication. This suggestion supports Leksell's study,[14] which showed the benefits among individuals living with another diabetes complication, diabetic blindness, when attending group session interventions.

In our study, the informants had a fear of developing additional complications, which was also present in an interview study among adults living with T1D.[28] Symptoms from DPN appeared to elucidate the general risk of further side effects of T1D, but, in contrast, DPN was not considered as a serious complication despite its daily presence, or its potential risk for foot ulcers. Instead, the informants in our study expressed a greater fear of suffering from kidney failure or amputation relating to limitations, dependability and a higher degree of severity. Furthermore, Marks[29] named DPN as a forgotten complication due to lack of interventions, except for pain relief. Marks also mentioned the existing knowledge and clinical experience concerning the nature of DPN among healthcare providers, as an opportunity to improve the care of individuals living with this diabetes-related complication. Finally, despite many common denominators between individuals with T1D and T2D when experiencing symptoms of DPN, individuals with T1D can possibly differ by developing the need of autodidactic strategies to facilitate everyday life with the slow progression of DPN during a long duration of T1D.

Strengths and limitations

One limitation in our study is the cultural distribution of solely Scandinavian informants. A representation of individuals from other cultures might have extended the

understanding of everyday life with DPN. Hjelm and Apelqvist[30] described dissimilarities in managing diabetes among individuals from other European countries and the Middle East. Their study incorporated health beliefs, knowledge of self-care and, in some cases, a need to adapt to the present religion. This limitation may affect transferability of our findings to other settings and situations. However, the available variety of informant characteristics may be applicable to other Scandinavian adults living with T1D.[31]

Another limitation is that not all of the materials from the interviews are content rich, which may have affected dependability and perhaps the possibility to develop and conclude the names of the categories. Although we would like to point out that the data underpinning each level of category are in line with the chosen name of the respective categories. On the other hand, using focus-group interviews, where individuals with similar interests could have a meaningful exchange, might have increased the material,[25,32] as was also considered by Gale et al.[33] Regarding confirmability, the findings are enhanced by quotations from the original material and a table illustrating the process of analysis. To strengthen credibility, the authors had continuing discussions throughout the process of analysis, where the process of analysis was described in detail.[31]

Next, we are surprised by the low number of participants in the study: only 8% of the presumptive informants contributed. This may be attributed to the earlier description of experiences of DPN, where the individuals expose less knowledge about the nature of the complication, or a misdiagnosis. But the most important reason is likely a need to improve the dialogue about DPN within diabetes care. Therefore, we suggest that nurses in diabetes care pay attention to symptoms of this vague and progressive complication by using their knowledge and skills within a holistic perspective, where the entire life situation of the individual is of importance. Lewko et al.[34] further proposed paying attention to the dynamic life course and changes from a lifetime perspective. The individual's needs and experiences should be listened to in an order to obtain a holistic description of changes and influences from the entire life situation.

Conclusion

Living with symptoms of diabetic peripheral neuropathy may require a wide range of strategies to empower life. The theme, 'living with challenges in the shadow of diabetes', mirrors the informants' experiences, where the management of diabetes is not negotiable. In an effort to reduce the knowledge gap about diabetic peripheral neuropathy and to augment attention of the symptoms and consequences of the condition, we suggest that nurses in diabetes care initiate an open-minded dialogue about how this forgotten complication can affect everyday life. The primary objective of the dialogue needs to highlight individuals' own experiences with an opportunity to discuss strategies to improve life. Nurses in diabetes care have an important position in the diabetes team to meet the fluctuating needs among individuals living with this challenging complication. Finally, this open-minded dialogue should emphasize the importance of performing and maintaining self-care and prevention and it may, in turn, create a need to develop further strategies to facilitate living for these patients.

Author contributions

Both authors were responsible for the conception and design of the study and acquisition of data. YW conducted the interviews, analysed the data and drafted the manuscript. CB was responsible for analysing and reviewing drafts of the manuscript. Both authors read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

We want to express our sincere gratitude to the informants who participated in this study and made this research possible.

Funding

The authors received financial support from Malmö University, and funding from Swedish Diabetes Association for the application to the Regional Ethical Committee.

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

ORCID iD

Ylva Wessman https://orcid.org/0000-0001-9178-2877

För referenser kontakta författarna!

Vi lyser för Sjuksköterskan och Barnmorskans år

För första gången har Världshälsoorganisationen WHO utsett år 2020 till sjuksköterskan och barnmorskans år.

Det vill vi gärna uppmärksamma genom att skapa ett viralt flöde. På trettondagsafton uppmanar vi alla våra kollegor att tända ett ljus och tacka varandra för våra fantastiska insatser.

Gör så här:

Ta en bild på ditt ljus och skriv ett tack till dina kollegor. Sprid sedan bilden i sociala medier (Facebook, Twitter, Instagram)

Använd hashtaggen

#sjuksköterskebarnmorskeår2020

Vård efter behov – hur svårt ska det vara?

Prioriteringskonferens i Stockholm 19-21 november 2019. Denna den 10:e prioriteringskonferensen arrangerades av Prioriteringscentrum vid Linköpings Universitet i samarbete med Region Stockholm. Moderator var Christina Kennedy, chefredaktör på Dagens Medicin. Drygt 300 deltagare kom från hela Sverige från olika regioner, myndigheter, hälso- och sjukvårdsorganisationer, sjukvårdspolitiker från olika politiska partier, kunskapsråd, nätverk, representanter från olika patientorganisationer, SBU, Regeringskansliet m.m.

Prioriteringscentrum är ett nationellt kunskapscentrum för prioriteringar inom vård och omsorg där man arbetar med forskning och utbildning om prioriteringar inom vård och omsorg. Centrumet fungerar också som ett kunskapsstöd.

Vi lever i dag i ett Sverige där färre försörjer fler. Hur ska vi då prioritera för att göra störst och bäst nytta? Allting har en alternativ kostnad. Att *prioritera* innebär att rangordna olika alternativ. Att *prioritera* innebär att välja bort och att säga nej till något annat. Att *effektivisera* innebär att göra en aktivitet som tillgodoser behov till samma nivå som tidigare, men med lägre resursförbrukning. En *effektivisering* skall aldrig innebära en försämring för de patienter som berörs. *Ransonering* däremot begränsar möjligheten att optimalt tillgodose behov och innebär alltid någon grad av försämring.

Det finns en etisk plattform för prioriteringar som består av tre etiska principer:
• Människovärdesprincipen fungerar som överordnad och som grundläggande likabehandlingsprincip. Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället. Måste beaktas i alla typer av prioriteringar som görs.

• Behovs- och solidaritetsprincipen. Om prioriteringar måste ske skall mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och med den sämsta livskvaliteten.

• Kostnadseffektivitetsprincipen. En rimlig relation mellan kostnad och effekt mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet eftersträvas vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder.

Prioriteringscentrum har tagit fram en modell som grundar sig i ett riksdagsbeslut om att *förhållandevis mer resurser ska fördelas till effektiv vård till dem med stort behov av vård förutsatt att det finns en rimlig relation mellan patientnytta och kostnad och att människovärdet respekteras* (Rapport 2017:2 i Prioriteringscentrums rapportserie 3:e upplagan).

Centrala komponenter är hälsotillståndets svårighetsgrad, åtgärdens patientnytta och åtgärdens kostnadseffektivitet. På individnivå ska dock patienten enligt Patientlagen ges möjlighet att välja olika behandlingsalternativ om dessa är i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Hur bedöms då patientnytta? Svårighetsgraden har stor betydelse för att bedöma behov. Individens förmåga att tillgodogöra sig en behandling har också betydelse. ”… *man har behov av det som man har nytta av eller omvänt inte behov av det man inte har nytta av”* (Socialdepartementet, 1996).

Patientnytta mäts i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet. En och samma åtgärd kan ha stor patientnytta för vissa hälsotillstånd, men liten eller ingen för andra. Åtgärder som inte har påvisbar patientnytta ska inte utföras.

Några exempel på vad som diskuterades i paneldiskussioner och workshops:

• Klarar vi att prioritera rätt, när psykologi krockar med etik.

• Att ställa grupper mot varandra.

• Digitala vårdmöten – hot eller möjlighet för en behovsbaserad hälso- och sjukvård?

• Prioritering i primärvård.

• I väntan på robotarna.

• Styrning med ersättningsmodeller, prioritering i nya styrformer – bortom traditionella hierarkier. Vi lägger ofta till nya styrmodeller, men tar inte bort den gamla så det blir ofta rörigt.

• Overuse and underuse, extensive use of low value care and high-value care not implemented.

• Om stor satsning på viss behandling kan det leda till förlorad hälsa för andra.

• Vad får sjukvården kosta? Vilken sjukvård vill medborgarna ha? På bekostnad av vad?

• Hälso- och sjukvårdspersonal kan drabbas av samvetsstress/etisk stress av att behöva göra dagliga prioriteringar. Krav på ökad tydlighet om något nytt införs, ta bort något gammalt.

• Vi behöver bli bekväma med att det gör ont att prioritera.

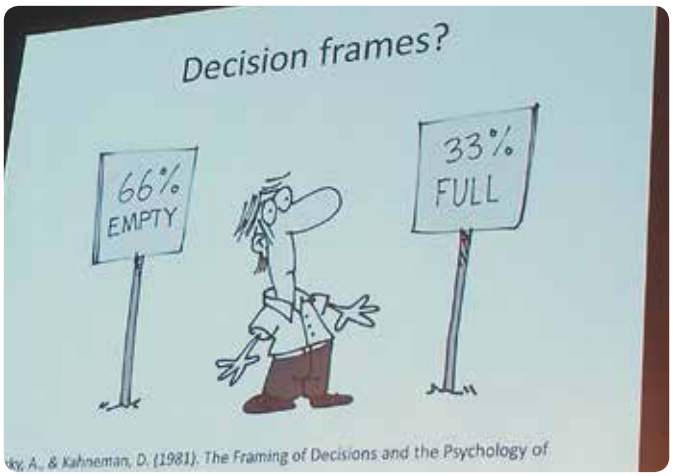
• Med mera!

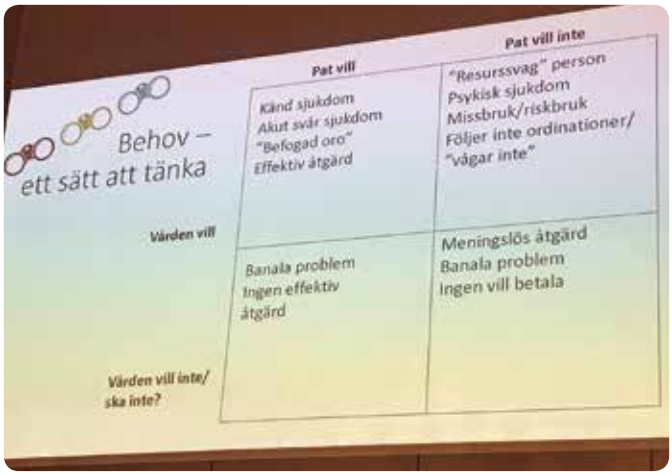
För den som vill läsa mer om prioriteringar: https://liu.se/forskning/prioriteringscentrum

Reflektion & konklusion: Att prioritera är svårt och skall kanske vara svårt. Om vi människor, medborgare skall kunna acceptera nödvändiga prioriteringar förutsätter det kunskaper på vilka grunder prioriteringar görs. Vilka möjligheter har man som människa, medborgare, patient att påverka prioriteringar? Behövs kanske mer kunskap om evidens, varför vissa åtgärder görs eller inte? Vem ansvarar för den kunskapsspridningen? Och görs det i tillräcklig utsträckning? Vilken betydelse har t.ex. journalister i sammanhanget? Förr togs sänkan i tid och otid, kortison ses som en självklarhet för vissa medborgare vid ont här och där. Bara för att ta några exempel. Men hur skall man veta att något inte längre är bästa metoden och att åtgärden inte är kostnadseffektiv? Åtgärder som har dålig eller ingen effekt ger mindre utrymme för rätt undersökning eller behandling för en annan individ med större behov. Utbildning i egenvård behövs så att resurserna räcker till dem som behöver åtgärderna bäst.

Krister Gustafsson
Medlemssansvarig SFSD

Marianne Lundberg
Sekreterare SFSD styrelse





Pedagogikstipendium

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

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

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

Vem kan söka?

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

Ansökan ska innehålla:

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

Sista anmälningsdag är 20 mars 2020

Använd mall på hemsidan. Registrera din poster och stipendieansökan på https://dinkurs.se/appliance/?event_id=49627.
Följ instruktionerna och bifoga ditt abstrakt i ett svarsmail till vetsekr@sfsd.se
Se även www.sfsd.se
Välkommen med din ansökan!

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

Nyhet

Nu för barn med diabetes

från 1 års ålder

Fiasp® (insulin aspart)

Subventionerat även i injektionsflaska* och cylinderampull*

Dessutom till ett lägre pris än NovoRapid® (insulin aspart)[1]

Fiasp®

Ett snabbare insulinsvar vid måltid

jämfört med NovoRapid®[2,3]

*100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i injektionsflaska; 100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i cylinderampull.

Referenser
1. AUP, www.tlv.se, september 2019. **2.** Fiasp® produktresumé, www.fass.se. **3.** Heise T, et al. Clin Pharmacokinet. 2017;56(5):551–9.

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

▼ **Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.**

100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i injektionsflaska, 100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i cylinderampull, 100 enheter/ml injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna. Fiasp är en snabbverkande formulering av insulin aspart och är ett måltidsinsulin för subkutan administrering.

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

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

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

Läkemedelsformer: Injektionsvätska, lösning.

För fullständig förskrivarinformation och pris, www.fass.se. Översyn av produktresumén 09/2019.

SE19FSP00016 THE BLOCPARTNERS NORDIC 01/2020

novo nordisk®

©2020 Novo Nordisk Scandinavia AB | Tel 040-38 89 00 | www.novonordisk.se

Fiasp® insulin aspart

Hjälp kroppen överlista reptilhjärnan!

Det luktar ljuvligt från köket i lägenheten hemma hos Louise Brunkwall, som forskar på tarmbakterier och är näringsfysiolog.

Idag blir det pasta och grönsakssås till lunch. Städningen inför intervjun med LUM har gjort att hon inte längre hittar i köksskåpen:

– I vanliga fall är det alltid någon form av kaos här! säger hon.

Louise Brunkwall visste tidigt att hon ville jobba med mat. Matintresset kom både från mamma och mormor, som var kokerska på ett skånskt gods. Louise Brunkwall valde att utbilda sig till näringsfysiolog och forskar nu på tarmflorans roll för vår hälsa.

Tidiga resultat visar på samband mellan BMI och tarmbakterier

Tarmfloran är ett hett forskningsområde. Tekniken att genom ett avföringsprov extrahera DNA från tarmbakterier har gjort att man kan studera hela arvsmassan och identifiera alla bakterier, virus och svampar. Tarmfloran skiljer sig otroligt mycket åt från individ till individ, men vi vet inte exakt vad det är som påverkar bakterierna. Det finns många aspekter att ta hänsyn till och forskarna vet ännu ganska lite.

Malmö Offspring Study, där Louise Brunkwall hämtar resultat till sin forskning, lämnar människor prover och svarar på frågor om vad de äter. De första resultaten visar att det kan finnas ett samband mellan BMI och tarmbakterier:

– Vi har sett en koppling till BMI där vissa typer av bakterier är mer vanliga hos överviktiga. Hälsosamma matval ger minskad risk för prediabetes och kan kanske bidra till en tillväxt av goda bakterier med positiva hälsoeffekter. Men det är inte så dramatiska skillnader som tidigare, mindre tillförlitliga studier visat.

Louise Brunkwall brukar säga att tarmbakterier mår bra av Sveriges kostrekommendationer. Att äta mer fibrer är bra för vår metaboliska hälsa, även om vi ännu inte kan förklara exakt varför.

– Övervikt är en potentiell riskfaktor. Visst finns det dem som trots övervikt har bra metaboliska värden, men ofta finns det en stark koppling mellan högt BMI och försämrad hälsa.

Svårt att äta lagom för kroppen kan inte räkna kalorier

Trots vissa individuella skillnader handlar övervikt om energi in och energi ut. Och det är svårt att få i sig lagom mängd energi eftersom kroppen inte kan räkna.

– Det hade varit fantastiskt med en funktion i kroppen som höll räkningen på hur många kalorier man äter om dagen. Men så funkar det inte, utan vi måste förhålla oss till vår egen storlek och energiförbrukning. Min man är 207 cm lång och jag är 158. Våra förutsättningar och våra basalbehov ser helt olika ut. Men om vi går och äter på restaurang får vi exakt lika mycket mat.

Förpackningar, tallrikar och portioner har blivit större

Historiskt sett har vi levt mycket kort tid i det överflöd som finns idag och med alla de val som vi nu måste göra. Portioner och tallrikar har blivit större och vilken mat vi konsumerar styrs av industrin genom smart marknadsföring. Större förpackningar gör att vi köper och äter mer.

– Är godisskålen större äter jag mer. Finns det fler godissorter äter jag mer. Hjärnan är fortfarande anpassad för när det var brist på mat.

Vi måste överlista vår egen reptilhjärna. Ur ett evolutionärt perspektiv har vi oproportionerligt mycket hungersignaler jämfört med mättnadssignaler. Mättnadskänslan är beroende av volym, men

även av vilken typ av mat vi äter. Fett och proteiner är viktiga komponenter liksom fiber som också ger en ökad mättnadskänsla. Den biologiska processen för att känna mättnadskänslan, tar också runt tjugo minuter efter att man börjat äta.

Ät så mycket baljväxter som möjligt

Dagens rekommendationer att äta en varierad kost med mycket frukt och grönt och skära ner på kött, kommer från Livsmedelsverket och bygger på nordiska näringsrekommendationer. Ur

ett hälsoperspektiv är kolhydrater och fibrer kopplade till hälsa. Men både knäckebröd och godis innehåller kolhydrater och fett finns både i olivolja och wienerbröd. Kvaliteten på matvarorna måste alltså få avgöra.

– Ät kolhydrater i lagom mängd – det är bara att läsa på paketen vad som är en normal portion. Ät baljväxter så mycket du kan. De är billiga, miljövänliga och väldigt bra för oss. Tryck ner proteinet och få upp fiberhalten. Att använda bönor i en gryta kan bli inkörsporten till tyngre grejer som – bönbiffar!

Hon menar att vill man äta bättre så får man anstränga sig lite – kaffe, whisky och öl var inte heller gott första gången man provade.

Våra matvanor har försämrats

Våra matvanor har blivit sämre under senaste årtiondena. Även om jämställdhet är positivt så har det inneburit att vi äter sämre, menar Louise Brunkwall. Kvinnor arbetar numera ofta i samma utsträckning som män och istället för mat lagad från grunden måste man hitta andra snabba lösningar. Hon tycker att många familjer har tappat sin normala relation till mat och att det ofta blir antingen eller, svart eller vitt.

– Industrin tjänar på vår osäkerhet, till exempel när laktosfri yoghurt säljs för 30 kronor. Många lägger mycket pengar på produkter som de inte behöver. Jämfört med andra länder är vi i Sverige väldigt trendkänsliga när det kommer till mat.

Louise Brunkwall tycker att man ska strunta i trender och dieter och istället göra långsiktiga livsstilsval som gör att man slipper till exempel jojo-bantning. Hon är kritisk till böcker som ger råd och recept och säger sig vara vetenskapligt underbyggda. Det är viktigt att skilja på vad som är en isolerad studie och vad som är kunskap.

– En studie betyder inte att resultatet är tillförlitligt och går att upprepa. Jag tror att vi behöver bli tydligare på hur forskning verkligen fungerar. Ibland blir intrycket så fel och det kan verka som om det bara tar några timmar från att en studie är slutförd, tills dess att någon har gett ut en bok om den och blir intervjuad på tv.

Medan vi har pratat har Louise Brunkwall hackat grönsaker och kokat pastasås. Det ser gott och nyttigt ut och smakar fantastiskt. Tydligen behöver det inte vara så svårt att laga bra och billig mat.

Text: Åsa Hansdotter
Bilder: Kennet Ruona

Fotnot: Texten är tidigare publicerad i Lunds universitets Magasin, LUM nr 5

Att använda baljväxter i en gryta kan bli inkörsporten till tyngre grejer – som bönbiffar!

Louise Brunkwall drygar gärna ut grytor med röda linser.

Mer fiber och baljväxter gör gott.

Posterstipendium

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

För att stimulera projekt i Diabetesvården utlyser
Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård, med stöd av Novo Nordisk,
ett stipendium för Forskning på 20 000 SEK och
ett stipendium för Utveckling/Förbättring på 10 000 SEK.

Stipendiet är avsett för en eller flera diabetessjuksköterska/diabetessjuksköterskor.

Vem kan söka?

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

Ansökan ska innehålla:

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

Sista anmälningsdag är 20 mars 2020

Använd mall på hemsidan. Registrera din poster och stipendieansökan på
https://dinkurs.se/appliance/?event_id=49627.
Följ instruktionerna och bifoga ditt abstrakt i ett svarsmail till vetsekr@sfsd.se
Se även www.sfsd.se
Välkommen med din ansökan!

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

Basal-IQ™
med Dexcom G6

- ✔ Förutser
- ✔ Pausar
- ✔ Återupptar

Tandem t:slim X2

En avancerad insulinpump designad för enkelhet

Insulinpumpsanvändare har traditionellt fått nöja sig med funktionerna i sina pumpar i flera år. Basal-IQ-teknologin finns tillgänglig i nya pumpar, men också som en enkel mjukvaruuppdatering. Det innebär att befintliga Tandem t:slim X2-användare kan uppdatera sin pump efter förskrivning från klinik.

Tillsammans med CGM-systemet Dexcom G6 hjälper Basal-IQ-teknologin patienten att hålla koll på sin glukosnivå utan fingerstick för kalibrering.* Basal-IQ ger dokumenterad minskning av tid med låga sensorvärden utan efterföljande rekyl och upplevs som lätt att lära sig och använda.**

www.rubinmedical.se

* Om glukosvarningar och CGM-avläsningar inte stämmer överens med symptom eller förväntningar, använd en blodsockermätare för att fatta beslut om diabetesbehandling.
** Forlenza GP, Li Z, Buckingham BA, Pinsker JE, et al. Predictive low glucose suspend reduces hypoglycemia in adults, adolescents, and children with type 1 diabetes in an at-home randomized crossover study.

SE-1381-200110

Strukturerad utbildning i fotstatus

Alla personer med diabetes har rätt att få sina fötter undersökta - Fotvårdsstipendium 2019.

Ann Lindström och Kaija Seijboldt

Bakgrund

Diabetes är en av våra vanligaste kroniska sjukdomar, dessutom ökar antalet personer som får sjukdomen i Sverige. Personer med diabetes har högre risk än andra att drabbas av fotsår. Fotkomplikationer - som nedsatt känsel (nervskada) och cirkulationsrubbningar är vanligt och som i värsta fall kan leda till amputation. Primärvården har ansvar för prevention i syfte att förhindra uppkomst av fotsår hos dessa personer. Konsensusuttalandet - Diabetikers fotproblem publicerades för första gången år 1998 och där kom man fram till att den genomsnittliga kostnaden för att behandla ett fotsår fram till läkning. var 68.850 kr. Tå och fotamputation 348.300 kr och amputation på underbensnivå eller högre uppgick till 526.500 kr. Kostnaden idag blir ju självklart mycket högre. Lidandet för patienten är inte med i beräkningarna. Med detta i åtanke är det ytterst viktigt att genomföra fotstatus regelbundet, för att förebygga dessa komplikationer samt utbilda personer med diabetes om egenvård av sina fötter och minska kostnaderna för vården.

Alla personer med diabetes har rätt att få sina fötter undersökta, årligen. I Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer från 2015 kan man läsa: ”Hälso-och sjukvården bör erbjuda rutinmässig undersökning av fötter på personer med diabetes för förekomst av fotdeformiteter samt erbjuda prevention med strukturerat program som omfattar regelbunden undersökning, fotvård, personal och patientundervisning samt skoförsörjning. Socialstyrelsen ger denna åtgärd, näst högsta prioritet – 2.

Fotstatus som genomförs är en enkel åtgärd för en låg kostnad. Undersökningen kan vara särskilt viktig hos äldre som inte själva observerar symtom. Amputationsrisken kan minska med 50% med rätt förebyggande åtgärder och rutiner. SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) har 2018 utkommit med ett Nationellt vårdprogram för prevention av fotkomplikationer vid diabetes som beskriver hur en fotundersökning genomförs och som är lämpligt att använda för all vårdpersonal i landsting och kommun. Akademiskt Primärvårdscentrum (APC) Kunskapsteam – diabetes, erbjuder fortbildning och stöd till personal som möter personer med typ 2-diabetes, i Region Stockholm. Ett sk förbättringsarbete som vi på Kunskapsteam – diabetes, arbetar aktivt med. Modellen kallas Diacert där diabetesteamet på vårdcentralen utgör arbetsgruppen. Gruppen kartlägger, analyserar, genomför en handlingsplan och implementerar olika rutiner/riktlinjer som medför förbättringar.

Nationella diabetesregistret (NDR) är ett kvalitetsregister där de flesta personer med diabetes registreras regelbundet, både inom primärvården och medicinkliniker. I data från NDR 2018, konstateras att endast 78.9 % av Region Stockholm patienter har fått sina fötter undersökta att jämföra med Riket 79.1%. Enligt Nationella riktlinjerna är måluppfyllelse för fotundersökning typ 2-diabetes (≥ 99 procent) (Socialstyrelsen, 2015).

I samband med Diacert – förbättringsarbete framkom exempelvis att distriktssköterskor/diabetessjuksköterskor önskar/ har behov av ökad kompetens gällande hur man utför en fotstatus och ger information om egenvård till personer med diabetes.

Ann Lindström, fotterapeut i Kunskapsteam- diabetes, får ofta förfrågan om vad fotstatus innebär och bokar då tid på vårdcentralen för genomgång. I genomsnitt tar det ca 1,5 timme att informera om fotstatus med doppler, blodtrycksmanschett, stämgaffel och monofilamenttråd, för att teoretiskt och praktiskt gå igenom hur man utför en fotstatus samt en riskbedömning. I Region Stockholm finns 220 vårdcentraler vilket kan innebära många enskilda besök.

I april fick vi (Kaija Seijboldt och Ann Lindström) SFSD ´s Fotvårdsstipendium 2019, vi blev glada och såg en möjlighet att bjuda till en hel eftermiddag för praktisk genomgång av fotstatus med riskbedömning, till distriktssjuksköterskor/diabetessjuksköterskor. Kursen blev fulltecknad inom ett par dagar och ny utbildningseftermiddag bokades in redan februari 2020 (som också är fullbokad).

Innehållet i seminariet blandas med både teori och praktik. Viktig del i seminariet är

att också att lära sig avlasta vid såromläggning där en ortopedingenjör är inbjuden som föreläsare och finns med under hela eftermiddagen. Övriga punkter förutom fotstatus som vi går igenom är dokumentation, NDR resultat, remissförfarande och erfarenheter från deltagarna samt förslag på egenvårdsbroschyrer.

Vi informerar också om, att vid gruppbaserad patientutbildning på vårdcentralen, bör ett av tillfällena innehålla förebyggande fotvård, egenvårdsråd och skor.

Läs mer här : Seminarium februari 2020

Efter fortbildningsaktiviteten är det viktigt att utvärdera och följa upp insatsen.

• Kunskapsteam diabetes ska sedan genom diabetessköterskor och fotterapeut ge stöd åt de DSK/DAS som har varit på seminariet. Detta kommer att ske genom besök på vårdcentralen, telefon eller mailkontakt. Utvärdering av kursens innehåll och nytta för deltagarna genomförs

• Målet är att 95% av enhetens patienter får sina fötter undersökta som ligger i linje vad Nationella riktlinjerna beskriver. Gapet mellan utförd fotstatus vid start och efter ett år dokumenteras. APC registrerar gapet på varje enskild vårdcentral samt gapet i Region Stockholm.

Vårt mål efter ett år: 20 av dessa 24 vårdcentraler som deltog ska ha en andel på 87 % genomförda fotstatus

• Alla VC som har lägre andel än 70 % erbjuds besök under kommande år. Genomgång av NDR, dokumentation och ansvarsfördelning diskuteras

• Återkoppling till deltagande sjuksköterskor genom mail. En enkät planeras att skickas ut i början av året, som innehåller frågor kring om man känner sig tryggare i att genomföra fotstatus, registrering enligt givet system, riskgruppering, kontakt med ortopedtekniker

• Det är ytterst viktigt att genomföra fotstatus regelbundet, för att förebygga komplikationer samt att utbilda personer med diabetes om egenvård av sina fötter. Efter genomgången utbildning kan intervjuer med deltagarna genomföras.

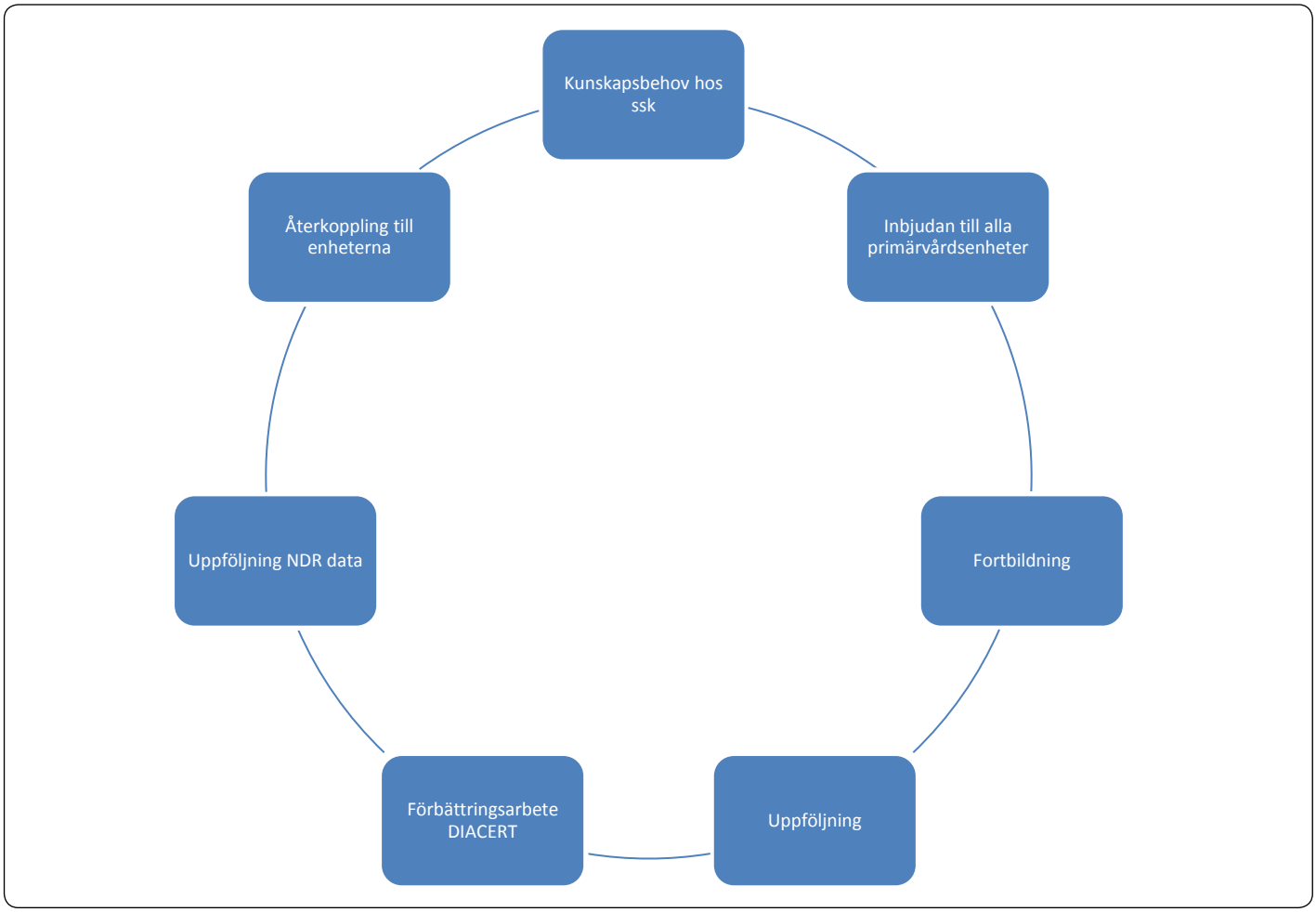
Diacert (förbättringsarbetet) innehåller ett sk analysverktyg där enheten kartlägger diabetesvården. Nu planerar vi att formulera ett jämförbart dokument för specifikt fotstatus/undersökning.

Hittills har vi fått positiv feedback från deltagarna att fortbildningen givit dem mer kunskap och beredskap till fortsatt förbättringsarbete på arbetsplatsen.

Tack för stipendiet och inspirationen till fortsatt kvalitetsarbete. Det har gett oss mersmak för att fortsätta med – ”Strukturerad fortbildning i fotstatus”, som ligger inom ramen för vårt uppdrag på enheten Akademiskt Primärvårdscentrum.

Ann Lindström, fotterapeut, vårdutvecklingsledare, Akademiskt Primärvårdscentrum. Ansvarar för diabeteskurser Steg 1 och Steg 2, till fotterapeuter i hela landet.

Kaija Seijboldt Diabetessjuksköterska MSc, Akademiskt Primärvårdscentrum och klinisk verksam på Kista Vårdcentral.



Bilden beskriver processen

Bryggkaffe skyddar mot diabetes typ 2

Kaffe minskar risken att drabbas av typ 2-diabetes – men bara om du dricker bryggkaffe istället för kokkaffe. En studie från Chalmers, i samarbete med Umeå universitet, visar att valet av bryggmetod påverkar utfallet av kaffets hälsoeffekter.

Många studier har visat att ett högt kaffeintag har ett samband med minskad risk för att få typ 2-diabetes. I den aktuella studien från Chalmers har forskarna använt metoder där de har lyckats skilja på effekterna av kokkaffe och bryggkaffe.

– Vi har identifierat specifika molekyler, biomarkörer, i blodet hos deltagarna i studien som speglar intaget av de olika kaffesorterna. Dessa biomarkörer används sedan för analys när vi beräknar risken för typ 2-diabetes. Resultatet visar tydligt att kokkaffe inte ger den positiva effekt på diabetesrisken som bryggkaffe gör, säger Rikard Landberg, professor i livsmedelsvetenskap vid Chalmers och anknuten professor vid institutionen för folkhälsovetenskap och klinisk medicin vid Umeå universitet.

Två till tre koppar om dagen

Med hjälp av biomarkörerna kunde forskarna visa att personer som brukade dricka två till tre koppar bryggkaffe per dag hade cirka 60 procent lägre risk att utveckla typ 2-diabetes än personer som brukade dricka mindre än en kopp bryggkaffe per dag. Konsumtion av kokkaffe hade ingen effekt på diabetesrisken i studien.

Rikard Landberg menar att många är av den felaktiga uppfattningen att kaffe enbart har en negativ effekt på hälsan. Det kan bero på att andra studier har visat att kokkaffe ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Detta beror på diterpener, en typ av molekyler som finns i kokkaffe, som påverkar blodfetter och riskfaktorn homocystein negativt.

– Men det har visat sig att när man brygger kaffe fastnar diterpenerna i filtret och man får istället hälsovinsterna som många andra molekyler, till exempel olika fenoliska ämnen, bidrar till. I måttliga mängder bidrar även koffeinet till positiva effekter, säger han.

Påverkar sockeromsättningen?

Frågan är om diterpenerna också påverkar sockeromsättningen negativt, och därmed förklarar varför kokkaffe inte har samma skyddseffekt på risken att få diabetes som bryggkaffe. Men den exakta orsaken till varför kokkaffe inte minskar risken för typ 2-diabetes vet forskarna inte i dagsläget.

Det populära espressokaffet bryggs också utan filter och Rikard Landberg tror att det skulle kunna ha ungefär samma effekter som kokkaffe när det gäller risk för typ 2-diabetes. Men han poängterar att hälsoeffekter inte bara beror på om kaffet filtreras eller inte. De varierar också med hur kaffebönorna och drycken hanteras i övrigt.

För att kunna skilja på diabetesrisk för kok- och bryggkaffe användes ny teknik kallad metabolomik i kombination med klassiska frågeformulär kring kostintag. Metabolomik gör det möjligt att identifiera och använda blodhalten av specifika molekyler som kommer från ett livsmedel som ett objektivt mått på intaget – istället för att endast utgå från den mängd försökspersonerna själva rapporterar i formulär.

– Metabolomik är ett fantastiskt verktyg, inte bara för att spegla intaget av specifika livsmedel utan också för att studera de effekter intagen har på människors metabolism. Det kan ge viktig information om mekanismerna bakom varför specifika livsmedel påverkar sjukdomsrisken, säger Lin Shi, postdok och huvudförfattare till studien.

Olika kaffetyper och geografiska exempel

Bryggkaffe innefattar metoder där malda kaffebönor placeras i ett filter som vattnet rinner igenom, antingen i en kaffebryggare eller manuellt. Kokkaffe görs genom att grovmalda kaffebönor blandas direkt i vattnet. Detta innefattar även presskaffe samt turkiskt och grekiskt kaffe.

Andra typer av kaffe har inte undersökts specifikt i studien. Det gäller bland annat snabbkaffe, espresso och andra espressobaserade drycker, och perkulator- och maskinkaffe. Dessa kaffesorter var inte så vanliga i studiepopulationen då data samlades in under 90-talet.

Sverige är ett av de länder som har högst konsumtion av bryggkaffe i världen per person. Men konsumtionen av kokkaffe

är också hög, särskilt på landsbygden i norra Sverige.

I USA är bryggkaffe den vanligaste sorten, medan snabbkaffe dominerar i Storbritannien. Espressobaserade drycker är vanligast i Sydeuropa. Turkiskt kaffe är populärt i Mellanöstern och östra Europa.

Mer om studien

Studien är en fall-kontrollstudie som gjordes inom ramen för en prospektiv kohort i Västerbotten i norra Sverige. Deltagarna hade svarat på frågeformulär om matvanor och livsstil. De hade också lämnat blodprov som sparades frysta. Totalt inkluderades 421 personer som efter i snitt 7 år utvecklade typ 2-diabetes, och dessa jämfördes mot 421 friska kontrollpersoner. De ursprungliga blodproven analyserades sedan. Dessutom analyserades blodprov som hade lämnats tio år efter de första blodproven av 149 av fall-kontrollparen.

Läs den vetenskapliga artikeln "Plasma metabolite biomarkers of boiled and filtered coffee intake and their association with type 2 diabetes risk"

Källa: Pressmeddelande från Chalmers tekniska högskola

Publicerad den 14 januari 2020

Britt-Marie Carlssons Stipendiefond

Stipendie fond

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

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

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

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

Ansökningar kan göras av enskilda individer med diabetes och diabetesteam på klinik. Ansökan görs elektroniskt på SFSDs hemsida, diabetesnurse.se

Ge en gåva. Alla gåvor är viktiga, stora som små.

Bankgiro: 516-3837.

SVENSK FÖRENING
FÖR SJUKSKÖTERSKOR
I DIABETESVÅRD

Diabetessjukdomen tar aldrig paus

24 timmar om dygnet, vecka efter vecka, år efter år. Så många som var tredje typ 1-diabetiker blir utmattade, diabetes burn out. Begreppet är känt, från mängder av personliga vittnesmål och från många forskningsrapporter. Diabetes burnout karaktäriseras av; utmattning, frustration och att inte orka bry sig om den dagliga egenvården. Självklart går detta ut över kontrollen av diabetessjukdomen.

För att närmare förstå diabetisk utbrändhet har forskare från universitetet i Tennessee, USA, djupintervjuat 18 typ 1 diabetiker i åldrarna 21 till 65 år som alla hade upplevt eller upplever diabetes burn out under det senaste året.

Sju av dem, 39 procent, var vid intervjutillfället utbrända. Elva, 61 procent hade gjort det det senaste året.

Svaren som forskarna fick av de intervjuade ger en bra bild av vad diabetes burnout är och vad det innebär.

Intervjuerna började med följande frågor: Vad är det första du tänker på när det gäller diabetisk utbrändhet? Hur uppför eller känner du när du är utbränd? Vad är det som ligger bakom din utbrändhet? Hur förhindrar eller övervinner du utbrändhet?

De intervjuade är amerikaner men sannolikt känner även många av diabetesportalens läsare igen sig. Här följer citat från intervjusvaren.

Pausa egenvården ett tag

42-årig man: ”Jag försöker strida mot diabetes det bästa jag kan … även om jag känner mig utbränd. Jag måste ju ändå kolla mitt blodsocker, ta injektioner. Jag vill ju inte ha fler komplikationer.”

27-årig man: ”Jag är så trött på att konstant tänka på detaljer dag efter dag efter dag. Det är pressande att kämpa med all uppmärksamhet och alla beslut.”

36-årig kvinna: ”Det är så ansträngande. Det är det verkligen, att helat tiden ta hand om sig själv, att oroa sig för allting du äter, allting du gör, varje dag.”

22-årig kvinna: ”Du är trött hela tiden. Jag menar fysiskt, du bara känner dig gammal, du känner dig utsliten.”

27-årig man: ”När du kommer hem efter jobbet vill du bara äta vad som helst och gå och lägga dig.”

42-årig man: ”Jag vill inte tänka på diabetes och jag vill inte längre vara en diabetiker. Jag vill inte att någonting ska få mig att tänka på att jag har diabetes. Det är en skön illusion att ha.”

24-årig man: ”Jag vill pausa egenvården för en tid.”

22-årig kvinna: Jag kontroller inte mitt blodsocker. Jag tar bara tillräckligt med insulin för att inte hamna på sjukhus eller hamna i koma. Jag har gått upp nästan fem kilo. Ingen träning, äter jättedåligt.”

Vill bara göra uppror

Bidragande orsaker till diabetes burnout. Fler deltagare beskriver en snöbolls-effekt. Misslyckande med att klara målvärden för blodsockret förvärrar situationen. Många menar också att till detta bidrog en kultur av perfektionism i diabetesvården samt brist på stöd.

42-årig kvinna: ”Jag hade tidigare en doktor som stod lutad över mig och sa. ”Du måste göra det! Du måste göra det! Men jag blir bara arg, känner mig som ett litet barn. Vill bara göra uppror.”

Diabetessjukdomen uppfattades som oförutsägbar vilket kräver komplexa åtgärder för egenvård. De många avbrotten i vardagen som egenvården kräver gjorde att många deltagare kände sig "lurade på ögonblicket".

31-årig man: ”Att tvingas mäta blodsocker hela tiden när du har andra saker att göra. Ellära vakna upp mitt i natten. Asch, för lågt blodsocker igen. Det händer gång på gång.”

21-årig kvinna: ”Jag är urtrött på att söka förstå mitt blodsockers jo-jomönster. Det spelar ingen roll hur hårt jag försöker, jag kan inte få ett perfekt resultat. Då är det lätt att ge upp.”

47-årig man: ”Det kom till en punkt i mitt liv när jag förstod att jag inte kommer att överleva om jag fortsätter att göra som jag gör. Jag tror att jag efter ett tag insåg att det inte hjälper att tycka synd om mig själv. Att jag måste försöka ut ur den här utmattningen.

Flera deltagare betonande vikten av att försöka tänka positivt.

42-årig kvinna: ”Jag bekämpade min utmattning genom att påminna mig själv om vad som är viktigare. Att se min dotter växa upp. Mitt arbete som jag tycker om. Jag kommer att se nya saker och uppleva nya saker och jag måste påminna mig själv om det. Det är så jag bekämpar utmattningen.”

Metoder att motverka burn out

Forskarna sammanfattar sina intryck av intervjusvaren: ”Resultaten indikerar att ett avståndstagande från sjukdomsidentiteten och brist på motivation för egenvården kan förklara de sämre resultaten hos individer som drabbas av diabetisk utmattning.”

”Vidare forskning kommer att fördjupa vår förståelse för diabetes burn out, utveckla nödvändiga kliniska verktyg för att upptäcka tillståndet och skapa effektiva metoder att motverka den.”

Länk till undersökningen i tidskriften American Journal of Nursing:

Experiences of Diabetes Burnout - A Qualitative Study Among People with Type 1 Diabetes

Text: Tord Ajanki

Undvik risken att din medlemstidning uteblir!

Betala in din medlemsavgift för 2020 snarast! Har vi inte registrerat din inbetalning senast 2020-06-30 stryks du ur registret som medlem.

Uppge namn och medlemsnummer vid inbetalning!

Har du något att berätta?

Händer det något hos dig som du vill förmedla till oss andra så är du välkommen att skriva om det i tidningen!

Vi tar gärna emot reportage från er medlemmar.
Har du något projekt på gång? Provat något nytt arbetssätt?
Fått positiv eller negativ respons på något du gjort som kan hjälpa oss kollegor att utveckla en bättre vård för våra patienter med diabetes.

Skrivit uppsats, skicka en sammanfattning eller abstrakt.
Berätta stort som smått med få eller många ord.
Du bestämmer.

Vill du ha med en bild, skicka den separat.

Eventuell artikel skickas till: victoria@sfsd.se

Rekrytera ny medlem till SFSD 2020

SFSD- Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård

Medlemsavgiften är 250 SEK per år.

Symposium 2020
Diabetes – gott och blandat

TORSDAG 23/4		FÖRELÄSARE	PLATS
08.00-10.00	Registrering- kaffe-besök hos utställare	Agneta Lindberg	Aulan
10.00–10.10	SFSDs ordförande öppnar symposiet		
10.10–10.35	Presentation av postrar	Janeth Leksell/ Anna Lena Brorsson	Aulan
10.35–11.00	Att injicera insulin/Dosjustering	Ingela Lavin/ Krister Gustavsson	Aulan
11.10–12.00	3 parallella föreläsningar		
	1. Teknik i patientens tjänst – Digitala möten	Johan Fischier + Elin Åshuvud	Aulan
	2. Små barn och diabetes	Frida Sundberg	Musiksal
	3. Digital egenvårdssupport i primärvård	Ulrika Öberg	Rum XXX
12.00–13.30	Lunch och besök hos utställare		
13.30–14.30	Diabetespsykologi – samspelet mellan kropp och själ	Jon Haug	Aulan
14.30–15.15	Kaffe och besök hos utställare		
15.15–16.00	Årsmöte	SFSDs styrelse	Aulan
16.10–17.00	3 parallella föreläsningar		
	1. Etik och teknik – Baksida och nytta med nedladdning av data	Peter Adolfsson	Aula
	2. Kolhydraträkning i praktiken för typ 1 typ 2 och LADA/ Diabetes och graviditet - kvinnors upplevelser vid graviditet	Anette Sandberg	Musiksalen
	3. Upplevelsen av att mäta blodsocker hos personer med Typ 2 diabetes/ Personcentrerad egenvårdsutbildning	Rebecka Gullberg & Carina Hult/ Linda Fridén & Agneta Kristensson	Rum XXX
19.00–24.00	Gemensam middag m stipendieutdelning och underhållning		Restaurang Cabaré
FREDAG 24/4			
08.30-09.15	Munhälsa	Björn Klinge	Aulan
09.20-10.00	Typ 1 Diabetes, vad vet vi om uppkomstmekanismer och ger vi korrekt behandling?	Olle Korsgren	Aulan
10.00–10.30	Kaffe och besök hos utställare		
10.30–11.15	Tre parallella föreläsningar		
	1. Unga kvinnor har behov av mer personcentrerat stöd/ Se människan.	Marie Lindström, Johanna Nirs/ Marie Lindström	Aulan
	2. Foten i fokus – Praktiska tips och vårdkedjans betydelse vid fotsår	Daniel Lundh	Musiksalen
	3. Diabetesenkäten resultat inspiration	Ebba Linder/ Katarina Eeg Olofson	Rum XXX
11.25–12.10	Diabetes och neuropsykiatrisk diagnos	Charlotte Nylander	Aulan
12.15–12.45	Artificiell Intelligens - Diabetesvård - En patients iakttagelser	Alexander Edenvind	Aulan
12.50–13.00	SFSDs ordförande avslutar	Agneta Lindberg	Aulan
13.00	Grabb- and- go- lunch		

Barnindikation från 6 år NY

Toujeo godkänt för barn och unga med diabetes typ-1 och typ-2 – från 6 års ålder*[1]

Hjälp dina unga patienter hitta rätt balans[1,2]

- **Jämn glukoskontroll över dygnet**[1]
- **Minskad risk för allvarlig hypoglykemi**[1,2]
- **Upp till 36 timmars duration**[1]

Resultatet baseras på den första pediatriska studien som jämför en andra generationens basinsulin mot glargin 100 E/ml.

Toujeo® (insulin glargin), 300 enheter/ml injektionsvätska, lösning är en långverkande insulinanalog. Rx, F, A10AE04. Indikation: Behandling av diabetes mellitus hos vuxna, ungdomar och barn från 6 års ålder. Dosering: Dosregimen för Toujeo (dos och tidpunkt) ska anpassas individuellt. I kliniska studier har man efter initiering sett att för det med styrkan på 300 enheter/ml kan krävas i genomsnitt en 10–18% högre insulindos för att uppnå motsvande glukoskontroll som med 100 enheter/ml. Varningar och försiktighet: Toujeo ska ej användas för behandling av diabetesketoacidos. För ytterligare information och prisuppgift, se www.fass.se. Förpackningar: Toujeo SoloStar: 5 x 1,5 ml pennor, 10 x 1,5 ml pennor samt Toujeo DoubleStar: 3 x 3 ml pennor. Kontaktuppgifter: Toujeo tillhandahålls av Sanofi AB, Box 30052, 104 25 Stockholm, tel: +46 8 634 50 00, www.sanofi.se. Vid frågor om våra läkemedel kontakta: infoavd@sanofi.com. Datum för senaste översyn av produktresumén; juni 2019.

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

*Säkerhet och effekt har inte fastställts hos patienter under 6 års ålder.

1. Toujeo SPC, november 2019.
2. Danne T, et al. Poster presented at the 45th Annual Conference of the International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes 2019; October 30–November 2: Boston, US. P240.

Toujeo® insulin glargin 300E/ml

SANOFI

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

SASE.TJO.19.12.0404

God diabetesvård hela livet

Oavsett i vilken ålder en person insjuknar i typ 1 diabetes så är syftet med vården och behandlingen att möjliggöra bibehållen god hälsa och livskvalitet genom hela livet. En förutsättning för detta är att den nyinsjuknade personen med diabetes och dess närmaste får god utbildning och gott stöd att klara den nya egenvårdssituationen.

Typ 1 diabetes

Typ 1 diabetes innebär att kroppen inte kan tillverka det livsnödvändiga hormonet insulin vilket istället tillförs kroppen med injektioner av långverkande så kallat basinsulin och direktverkande insulin i samband med varje måltid eller kontinuerligt med hjälp av en insulinpump. Målet med behandlingen är att normalisera blodsockernivåerna. Detta utvärderas genom mätning av sockerhalten (glukosvärde), antingen i blod ("blodsocker") eller med en sensor i underhudsfettet ("sensorglukos"). Personen med diabetes måste hela tiden bedöma hur mycket insulin kroppen behöver för att nå normala glukosvärden. Varje insulindos måste beräknas utifrån aktuellt glukosvärde, planerat matintag, planerad fysisk aktivitet och aktuell insulinkänslighet.

Vikten av normaliserade glukosvärden

För höga glukosvärden ger sjukdomssymtom som trötthet, ökad törst och ökade urinmängder men även risk för diabeteskomplikationer i form av ögonskador, njursjukdom, hjärtsjukdomar och stroke. För låga glukosvärden kan medföra hjärtklappning, svettningar, darrighet, trötthet, humörsvängningar och svårigheter att tänka. I förlängningen kan låga glukosvärden leda till medvetslöshet och kramper och situationen kan i vissa fall bli livshotande. Detta är numer mycket ovanligt sedan de flesta personer med typ 1 diabetes använder glukossensorer. Avbrott i insulinbehandlingen kan leda till ketoacidos vilket är ett allvarligt tillstånd med syra-ansamling i blodet. En person som drabbas av ketoacidos måste vårdas på sjukhus. Med normaliserade glukosvärden förväntas den som har diabetes leva ett långt liv med god hälsa även om risken för hjärt- och kärlsjukdomar är förhöjd.

Goda vanor minskar risken för komplikationer

Eftersom typ 1 diabetes medför ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar är det av nytta att redan tidigt i livet skaffa sig livsstilsvanor som bidrar till att minska denna risk. Sådana vanor inkluderar kost med hjärt- och kärl-vänlig fettkvalitet, rikliga mängder av frukt, grönsaker och fibrer samt för individen lagom mängd kalorier.

Risken för hjärt- och kärlsjukdomar minskar vid daglig fysisk aktivitet, i synnerhet vid tre eller fler intensiva träningspass i veckan. Att nyttja tobak ökar kraftfullt risken för hjärt-kärlsjukdomar. Snus bör också undvikas.

Stödmedicinering

I tillägg till livsstilsråd och stöd att genomföra goda vanor behöver många personer med diabetes medicinera med blodtryckssänkande och blodfettssänkande läkemedel för att minska risken för hjärt- och kärlsjukdomar.

Diabetesvårdens uppgift

Vårdens uppgift är att utbilda den nyinsjuknade personen med diabetes och, i synnerhet om personen är ett barn, dess familj så att individen klarar att hantera de nya utmaningar som livet med diabetes innebär. Utöver att rent tekniskt kunna hantera egenvården vid diabetes behöver personen ofta ett omfattande psykosocialt stöd för att orka genomföra egenvården i vardagen. Vården ges därför av tvärprofessionella team inkluderande barndiabetes- eller vuxendiabetesläkare, diabetessjuksköterska, dietist, kurator och psykolog.

Småbarns- och förskoleåren

Det lilla barnet (0-7 år) är mestadels beroende av att de vuxna genomför alla delmoment i insulinbehandlingen. Barnet kan inte självständigt utföra behandlingen, men behöver vara inkluderad i och stegvis få åldersanpassade förklaringar till olika delmoment i behandlingen. Barnet behöver redan från början få hjälp att etablera ett positivt förhållningssätt till insulinbehandlingen och förstå denna är viktig för att bibehålla hälsa och livskvalitet.

Vuxna måste direkt observera varje måltid för att bedöma kolhydratintag och insulinbehov. Barnet förväntas inte kunna uppfatta för höga eller låga glukosvärden. Den vuxne måste aktivt bevaka det lilla barnets glukosnivåer dygnet runt. Behandlingen innebär procedurer såsom

blodprovstagning, nålsättning, instickande av sensorer i underhudsfettet, vilket barnet ofta inte kan förstå meningen med. En extra belastning för barnet kan vara att det är föräldern som måste utföra dessa procedurer. Barnet behöver därför extra psykologiskt stöd och hjälp att stegvis få en förståelse av att insulinbehandlingen är en viktig del av vardagen.

Skolbarn

Skolbarnet (7-13 år) lär sig att under vuxnas direkta handledning utföra många av behandlingsmomenten, men förväntas inte kunna inse helheten och konsekvenserna av olika beslut. Denna livsperiod är viktig för att skaffa kunskap, både teoretiskt och praktiskt, och för att öva på färdigheter. Då konsekvenserna av felbeslut är så stora, kan barnet dock inte öva på egen hand. Barn yngre än 12 år förväntas inte kunna sköta insulinbehandlingen utan vuxenstöd, tex under en skoldag.

Barnet tillägnar sig stegvis färdigheter som att räkna, läsa och förstå klockan vilka är nödvändiga att behärska för att kunna dosera insulinet. Barnet har oftast ännu inte tillräckligt bra omdöme för att kunna fatta behandlingsbeslut utan vuxens direkta stöd. Barnet förväntas ännu inte ha tillräcklig impulskontroll och tidsuppfattning för att kunna anförtros sin insulinbehandling självständigt utan vuxens direkta medverkan.

Under denna utvecklingsperiod inträffar ofta en utvecklingspsykologisk kris, då det sjuka barnet inser sin förlust av hälsa vilket kan medföra extra behov av psykologiskt stöd. Det är viktigt att hjälpa barnet att vara kompetent att hantera insulinbehandlingen i åldersadekvata aktiviteter, men också att acceptera att det är de vuxnas ansvar att vardagen och insulinbehandlingen fungerar.

Tonår

Tonåringen (13-18 år) tar stegvis större ansvar för insulinbehandlingen. Samtidigt är tonårstiden med intensiv tillväxt och hormonella förändringar en av de medicinskt mest svårbehandlade livsfaserna för en person med diabetes. Förhöjda glukosnivåer under tonåren är kopplat till hög risk för tidig komplikationsutveckling. Tonåringen är oftast ännu inte utvecklingsmässigt mogen att självständigt överblicka, strukturera och planera sin egenvårdssituation eller väga risk mot nytta i beslutssituationer. Tonårstiden innebär ett utforskande av livet och dess risker vilket kan försvåra behandlingssituationen.

Att utmana gränser ingår i den normala utvecklingen, men kan försvåra tonåringens möjlighet till att ta ansvar för sin egen behandling. Självständighetsutvecklingen får inte ske till priset av förlorad kontroll över glukosnivåerna. Tonåringen klarar oftast inte att på egen hand uthålligt genomföra de många delmoment som insulinbehandlingen kräver. Föräldrastödet är därför avgörande för att tonåringen skall kunna utveckla självständighet utan att behandlingsintensiteten mattas av. Målet är att tonåringen vid 18 års ålder skall kunna ta fullt egenvårdsansvar.

Från barn till vuxen – transitionsvård

Att bli vuxen är en successiv process som sker i olika takt för olika personer. Samma person kan också bli vuxen olika fort i olika avseenden. Formellt omfattar FNs barnkonvention personer yngre än 18 år. I Sverige blir man i nu gällande lagstiftning myndig vid 18 års ålder. Vid denna ålder lämnar de flesta personer med typ 1 diabetes i Sverige barndiabetesteamet för att få sin fortsatta vård hos vuxendiabetesteamet.

Barnaåldern innehåller många utvecklingssteg och det är viktigt att barndiabetesteamet kan ge åldersadekvat vård till såväl förskolebarnet, skolbarnet och den nästan vuxne tonåringen. Barn har olika behov beroende på såväl ålder och utveckling som person och socialt sammanhang. Detta kräver lyhördhet inför individens behov.

Det är viktigt att överföring mellan barn- och vuxendiabetesteam görs på ett planerat sätt i samråd med den unge och dess familj. Barnet behöver förberedas stegvis på vad ett vuxenansvar för diabetesegenvården innebär för att, vid myndighetsdagen, vara redo för att ta detta ansvar.

Precis som barndomen innehåller vuxenlivet många olika utvecklingsfaser kroppsligt, själsligt och socialt. Nyblivna unga vuxna med typ 1 diabetes behöver mötas av personer inom diabetesvården som är kunniga och intresserade av de särskilda utmaningar som möter den unge vuxne i livet med typ1 diabetes. Unga vuxna är dessutom socialt utsatta som grupp med osäkra boendeförhållanden, ofta låg inkomst, höga prestationskrav och låg inflytandegrad över sin situation med tillfälliga arbeten eller i utbildning.

Psykologiskt är den unge fortfarande inne i en period av att etablera och bekräfta sig själv och sin identitet, både som individ och i relationer.

Perioden innehåller två faser, dels att först lämna barndomen bakom sig, dels att sedan landa i sin egen framtid med etablerat yrke och eventuell familjebildning. Vården behöver både innehålla en följsamhet i överföringen mellan det som formellt är barnsjukvård och det som formellt är vuxensjukvård och samtidigt vara utformad för att med kvalitet och kontinuitet passa livssituationen för personer med typ 1 diabetes i åldern 15-25 år.

Unga vuxna

Att den unga vuxne, som flyttar från föräldrahemmet till eget boende, har tillräcklig kunskap i att själv ta hand om sin diabetes, är en förutsättning för god diabetesregim. Den unga behöver ha god kunskap om hur glukoskontrollen bäst hanteras i såväl vardag som i olika livssituationer såsom vid utlandsresor, fester med ovanlig mat och alkoholintag, fysisk träning etc. Individer med mycket svängande blodsocker och därmed ökad risk för allvarlig hypoglykemi kan ha nytta av CGM (kontinuerlig glukosmätning) som följs av någon närstående person, även om mottagaren på sikt bör vara annan än föräldrarna.

I samband med etablering av nya relationer och kontaktnät kan känslor av skam och skuld relaterade till sjukdomen uppkomma. Individen bör uppmuntras att på ett sunt sätt berätta för arbetskamrater och vänner om sjukdomen. Ibland kan individen behöva stöd av psykolog eller beteendevetare .

Även om typ 1 diabetes medför få begränsningar relaterade till yrkesval, föreligger begränsningar avseende bl.a. polis-militär- och föraryrken. Körkortsinnehavare måste ha god kunskap om regelverk, krav på återkommande syn- och ögonbottenundersökning och betydelsen av glukoskontroll före och under bilkörning.

Inför familjebildning bör förmedlas att ärftligheten för typ 1 diabetes är låg liksom risken för graviditetsrelaterade komplikationer. Inför planerad graviditet bör glukoskontrollen hos kvinnan prekonceptionellt vara så god som möjligt. Under graviditet följs kvinnor med typ 1 diabetes inom Specialistmödravården. Information kring och screening för diabetesrelaterade komplikationer bör in-

Fortsättning sid 48

kluderas i årsbesöken även för yngre vuxna. Betydelsen av god blodtryckskontroll, en aktiv livsstil och nyttan av att avstå från rökning bör tidigt och återkommande belysas. På sikt införs en diskussion kring lipidsänkande behandling.

Målsättningen är hög när det gäller behandling av unga vuxna och ett normalt eller nära nog normalt glukos och långtidsblodsocker (HbA1c) behöver eftersträvas. Tillgängligheten till tekniska hjälpmedel bör vara hög för denna grupp och skall utgå från individens behov. Personer med typ 1 diabetes har idag möjlighet att teckna livförsäkring.

Medelålder

Barn till föräldrar med diabetes bör på ett naturligt sätt informeras om typ 1 diabetes och symptom vid hypo- och hyperglykemi.

Såvida graviditet inte planeras bör lipidsänkande behandling initieras, när personen fyllt 40 år. Behandling kan även insättas tidigare i speciella fall. Med tilltagande ålder ökar risken för diabetesrelaterade komplikationer och detta bör utvärderas årligen. Anamnes talande för aterosklerotisk kärlsjukdom eller hjärtsvikt, men även ökad risk för tyst hjärt- och kärlsjukdom, bör föranleda en hög beredskap för vidare utredning.

Personer med nedsatt känsel i fötterna, så kallad perifer neuropati, informeras i ökad grad om betydelsen av att kontrollera och skydda sina fötter. Vid behov skrivs remiss till fotvård och för ortopedtekniska hjälpmedel.

Frågor kring sexuell funktion bör ingå som en naturlig del i kontakten med diabetesteamet. Såväl allmänna livsbetingelser, neuropati som hormonella störningar bör därvid beaktas. Vid stigande ålder och uttalad oförmåga att känna av lågt blodsocker (hypoglykemisk omedvetenhet) bör CGM med larm erbjudas och vid ökad förekomst av komplikationer rekommenderas för de flesta en HbA1c nivå mellan 50 och 60 mmol/mol.

Äldre

Med stigande ålder bör målen för personens diabetesbehandling omvärderas. Livskvalitet och undvikande av symptomgivande hypo- och hyperglykemi bör prioriteras framför minskning av risken att utveckla långtidskomplikationer. Med personens stigande ålder ökar också betydelsen av en diskussion kring individens möjligheter och kapacitet att vara oberoende och fortsatt själv ta fullt ansvar för sin sjukdom. Diabetesteamet bör vara lyhört för symtom tydande på depression eller minnessvikt.

Tekniska hjälpmedel, såsom minnespennor för insulininjektion, kan underlätta för individen att själv med tillfredställande säkerhet bibehålla ansvaret för insulinbehandlingen.

Behov av dietistkontakt, samarbete med hemsjukvård och hemtjänst eller annat stöd för att upprätthålla tillräckligt näringsintag bör kontinuerligt utvärderas.

Äldre-äldre

Vid sviktande minnesfunktion eller annan sjukdom som förhindrar eget ansvar för insulindosering eller insulininjektion etableras kontakt med den kommunala hemsjukvården för stöd och hjälpinsatser.

Vården behöver vara uppmärksam på såväl tilltagande diabetesrelaterade komplikationssjukdomar som andra sjukdomar som äldre-äldre kan drabbas av. Insulinbehandling och HbA1c-mål justeras för att minimera risken för hypoglykemier, särskilt om påtaglig neuropati föreligger. I vissa situationer kan övergång till enbart långverkande insulinanalog förordas.

Även för personer med omfattande vårdbehov kan kontinuerlig glukosmätning göra nytta genom att underlätta för stödpersonal att monitorera glukosnivå och minska risken för hypo- och symptomgivande hyperglykemi.

Sammanfattning

Syftet med diabetesvården är att hjälpa och stödja personer med diabetes till god hälsa och livskvalitet. Gemensamt för personer med typ 1 diabetes är behovet av livslång insulinbehandling med de individuella utmaningar som personen ställs inför utvecklas och förändras under livet.

För att kunna möta dessa behov krävs, att den tvärprofessionella diabetesvården har rätt kompetens och struktur samt goda resurser. I synnerhet överföringarna och samarbetet mellan olika aktörer kräver hög medvetenhet om de utmaningar personen med typ 1 diabetes står inför i olika perioder av livet. ”Dokumentet är framtaget av Svensk Förening för Pediatrisk Endokrinologi och Diabetes (SFPED) och Svensk Förening för Diabetologi (SFD). Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård (SFSD) stöder dokumentet.

Arbetsgrupp:

Frida Sundberg, barndiabetolog, Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus, SU, Göteborg och Magnus Löndahl, vuxendiabetolog, SUS, Lund.”

Årsmöte 23 april kl 15:15
Norra Latin, Stockholm

Motioner skall vara styrelsen tillhanda senast 12 mars 2020.
Handlingar finns på hemsidan senast 9 april 2020

Slanglös

– att röra sig fritt,
ha vilka kläder som helst,
utan några slangar i vägen

omnipod®

TRÅDLÖS[1]

SLANGLÖS

VATTENTÄT[2]

72 TIMMARS INSULIN-TILLFÖRSEL[3]

Frihet!

Testa Omnipod? Prata med ditt diabetesteam och be att få prova ett demokit.

[1] Vid start ska PDM-enheten och podden vara placerade intill och vidröra varandra, antingen i eller utanför tråget, för att säkerställa korrekt kommunikation under primning. Max 1,5 meter under normal drift. [2] Podden är IPX8-klassificerad och vattentät vid upp till 7,6 meters djup i 60 minuter. PDM-enheten är inte vattentät. [3] Upp till 3 dagars kontinuerlig insulintillförsel.

©2020 Insulet International Ltd. Omnipod och Omnipod-logotypen är varumärken eller registrerade varumärken som tillhör Insulet Corporation i USA eller i andra jurisdiktioner. Alla rättigheter förbehålles. Foto: Lena Granefelt/Johnér. OMNI.SE.001-01-JAN2020

nordic INFUcare
Box 14026 167 14 Bromma
08-601 24 40 www.infucare.com
myomnipod.com

Patient Perspectives brought to the Fore for Diabetes Care

Det är huvudtiteln på den avhandling som beskriver Diabetesenkätens utveckling och första testning. Diabetesenkäten har tagits fram för det Nationella Diabetesregistret (NDR) och förhoppningen är att den ska kunna vara ett verktyg för att lyfta fram och ta tillvara patienters perspektiv både i vårdbesök och i det viktiga kvalitetsarbetet.

Maria Svedbo Engström

Avhandlingen[1] som försvarades vid Göteborgs universitet i november 2019 bygger på fyra delstudier. Den första kvalitativa delstudien[2] etablerade en grund för Diabetesenkätens innehåll och språkbruk genom att beskriva aspekter som är viktiga i livet för vuxna med diabetes. Intervjuer genomfördes med 29 vuxna män och kvinnor i olika åldrar, med olika behandlingsformer och som hade haft diabetes olika länge. Ungefär hälften hade diabetes typ 1 och den andra hälften hade diabetes typ 2. De huvudkategorier och kategorier som utkristalliserades från innehållsanalysen utgjorde sedan grund för Diabetesenkätens struktur och intervjupersonernas egna ord användes som grund för formuleringar.

Diabetesenkätens 33 frågor handlar om hur man mår och har det med diabetes i vardagen och om man får det stöd man behöver från vården. Utvecklingen och den första testningen beskrevs i den andra delstudien[3]. Under utvecklingsarbetet involverades vuxna med diabetes, arbetsgrupper från diabetesföreningar, läkare och sjuksköterskor med lång erfarenhet av diabetes samt experter på enkäter. Så kallade kognitiva intervjuer där vuxna som har diabetes fick svara på enkäten och några följdfrågor bidrog ytterligare till och gav stöd för att Diabetesenkäten är lätt att besvara.

För att samla material för tester av mätkvalitet och utveckling av poängsättning tillfrågades vuxna med diabetes om att besvara Diabetesenkäten. Detta skedde i två omgångar och de tillfrågade valdes via slumpmässigt urval från NDR. I den första omgången postades den till ungefär 1600 personer i Västra Götaland. Att så många som ungefär 61 % svarade gav ytterligare stöd för att enkäten upplevs relevant. Ett så kallat test-retest där ett urval om 340 personer fick samma enkät 14 dagar efter deras första svar gav stöd för att den visar stabila svar mellan två mättillfällen. I den andra större omgången postades Diabetesenkäten till nästan 5000 personer i hela landet. För att möjliggöra jämförelser skickades denna gång också SF-36 med. SF-36 är en internationellt etablerad enkät som mäter allmän hälsorelaterad livskvalitet. Den här gången var det ungefär 55 % som svarade.

För att kunna göra jämförelser mellan de båda enkäterna behövde vi först lära oss mer om vilka resultat SF-36 visar bland vuxna med diabetes i Sverige och hur eventuella relationer till HbA1c ser ut i den här gruppen. Dessa resultat presenterades i den tredje delstudien[4]. För både vuxna med typ 1 och vuxna med typ 2 visade resultaten på gruppnivå att de med HbA1c ≥70 mmol/mol generellt hade lägre hälsorelaterad livskvalitet jämfört med de som hade HbA1c <52 mmol/mol. Dessa resultat gällde för de flesta av de åtta domänerna i SF-36. Skillnaderna kunde inte förklaras av kön, ålder, andra riskfaktorer eller diabetesrelaterade komplikationer.

När vi sedan i den fjärde delstudien gick vidare med jämförelser mellan Diabetesenkäten och SF-36 samt medicinska riskfaktorer som hämtades från NDR kunde vi konstatera att Diabetesenkäten i likhet med SF-36 mäter aspekter av hur livskvalitet påverkas av sjukdom, men, att den också tillför ny information. Ny information om just livet med diabetes och erfarenheter från vården. Aspekter som varken fångas av SF-36 eller de medicinska faktorerna. Diabetesenkäten utgör därför ett värdefullt tillskott. Dessa resultat presenterades på senaste EASD-konferensen i Barcelona. Diabetesenkäten visades också vara känslig för skillnader mellan olika HbA1c-grupper. Mest tydligt fanns skillnaderna mellan de med HbA1c ≥70 mmol/mol och de med HbA1c <52 mmol/mol, där gruppen med högre HbA1c hade lägre poäng på enkäten.

Poängen i Diabetesenkäten rapporteras från tolv frågegrupper, så kallade dimensioner. Skalan går från 0 till 100 där högre poäng är bättre än lägre. Poängsättningen och dimensionerna har utvecklats och testats som en del av ett parallellt avhandlingsarbete av Sixten Borg, som kommer att försvaras under 2020 vid Lunds universitet[5].

Den nu digitala Diabetesenkäten är tillgänglig för alla enheter som är anslutna till NDR. Är du intresserad av att veta mer och kanske göra som de drygt 40 enheter som hittills har börjat använda den? Ta kontakt med Ebba Linder *(ebba.linder@*

VIBROSENSE DYNAMICS

Upptäck nervskador i tid!

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

Läs mer på www.vibrosense.com

vgregion.se) på NDR! Ungefär hälften av dessa enheter finns i primärvård och hälften vid sjukhus. Projekt pågår och planeras för att utvärdera erfarenheter av implementering och användning. Titta gärna på filmen om Diabetesenkäten där både patienter och vårdpersonal deltar. Den är på knappt 5 minuter och du hittar den under nyheter på www.ndr.nu alternativt via direktlänken https://www.youtube.com/watch?v=4VICkDVpjE0.

Förhoppningen är att Diabetesenkäten i både enskilda vårdbesök och på gruppnivå kan vara ett verktyg för att lära oss mer om hur livet med diabetes ter sig och hur diabetesvården kan vara ett bra stöd. Den är grund för så kallade utvecklingsindikatorer i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för diabetesvård och kan i framtiden bidra till att utvärderingar av olika behandlingar och vårdinsatser inkluderar fler aspekter. Helt enkelt lyfta fram patienters perspektiv jämte andra viktiga perspektiv för en bredare bild i diabetesvården.

Maria Svedbo Engström
Leg. sjuksköterska och medicine doktor anställd vid
Högskolan Dalarna, Falun
Kontakt: msd@du.se

Om du vill läsa mer

1. Svedbo Engstrom M. Patient Perspectives brought to the Fore for Diabetes Care: Descriptions as well as Development and Testing of the Diabetes Questionnaire [Sammanläggningsavhandling]. Göteborgs universitet, 2019. Fritt tillgänglig via: http://hdl.handle.net/2077/60798

2. Svedbo Engström M, Leksell J, Johansson U-B, et al. What is important for you? A qualitative interview study of living with diabetes and experiences of diabetes care to establish a basis for a tailored Patient-Reported Outcome Measure for the Swedish National Diabetes Register. BMJ Open 2016;6(3):e010249. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010249. Fritt tillgänglig via: https://bmjopen.bmj.com/content/6/3/e010249

3. Svedbo Engstrom M, Leksell J, Johansson UB, et al. A disease-specific questionnaire for measuring patient-reported outcomes and experiences in the Swedish National Diabetes Register: Development and evaluation of content validity, face validity, and test-retest reliability. Patient Educ Couns 2018;101(1):139-46. doi: 10.1016/j.pec.2017.07.016

4. Svedbo Engström M, Leksell J, Johansson U-B, et al. Health-related quality of life and glycaemic control among adults with type 1 and type 2 diabetes – a nationwide cross-sectional study. Health and quality of life outcomes 2019;17(141):1-11. doi: 10.1186/s12955-019-1212-z. Fritt tillgänglig via: https://rdcu.be/b0qLh

5. Borg S, Eeg-Olofsson K, Palaszewski B, et al. Patient-reported outcome and experience measures for diabetes: development of scale models, differences between patient groups and relationships with cardiovascular and diabetes complication risk factors, in a combined registry and survey study in Sweden. BMJ Open 2019;9(1):e025033. doi: 10.1136/bmjopen-2018-025033. Fritt tillgänglig via: https://bmjopen.bmj.com/content/9/1/e025033

Medlemskap i SFSD

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

Med vänliga hälsningar,
Styrelsen

KALENDARIET 2020

ATTD
19 - 22 February 2020
Madrid, Spanien

SYMPOSIUM
Norra Latin, Stockholm
23 - 24 April 2020

ADA
Jun 12 - 16, 2020
Chicago, Illinois, USA

FEND
18 - 19 Sept 2020
Vienna, Austria

EASD Annual Meeting
21 - 25 September 2020.
Vienna, Austria

12th Pisa International Diabetic Foot Course
30 sep - 3 oct 2020
Pisa, Italien

ISPAD 2020
14 - 17 Oktober
Abu-Dhabi, UAE

Sjuksköterskedagarna
25 - 26 November, 2020
Munchenbryggeriet, Stockholm

Diabetesting 2020

Välkomna till Seminariet med fokus på diabetesvården i Västra Götaland.
Moderator för dagen är Docent Stig Attvall

Tema - **Jämlik diabetesvård i regionen**
Var - **Sahlgrenska Universitetssjukhus Aula Göteborg (Huvudentrén)**
När - **14 maj 2019 kl 12.00 – 16.00**
Hur - **Seminariet är för alla och är gratis!** ***Ingen anmälan behövs!***

Program:
12.00 – 12.30 Utställning
12.30 – 13.00 Diabetesrelaterat föredrag
13.00 – 13.20 Margareta Hellgren
13.20 – 13.30 My Huotarinen Ung Diabetes
13.30 – 14.00 Kaffe med fralla – Utställning
14.00 – 16.00 Paneldebatt

Under dagen deltar: **Kent Olaisson** ordförande Diabetesföreningen Västra Götaland – **My Huotarinen** Ung Diabetes - **Stig Attvall** Docent – - **Viktoria Herrmansson Carter** Diabetessjuksköterska och samordnare i Regionala Diabetesrådet - **Margareta Hellgren** Närhälsan

Diabetesföreningen Västra Götaland i samarbete med läkemedelsföretag verksamma inom diabetesområdet

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

Rubin medical

180 dagar av frihet!

Det första och enda långtids-CGM-systemet blev just ännu bättre

Eversense XL är nu ännu enklare och säkrare, för maximal frihet i en aktiv vardag. Den nya smartsändaren ger mer exakt mätning i upp till 180 dagar, med MARD på 9,4 procent1. Korrekta värden och varningar gör att du slipper bli "larmtrött", och får god hjälp särskilt när du behöver det som bäst – i det hypoglykemiska området.

Vill du veta mer?
Besök **www.rubinmedical.se**

eversense XL
Continuous Glucose Monitoring System

1. Aronson, et. Al., First assessment of the performance of an implantable continuous glucose monitoring system through 180 days in a primarily adolescent population with type 1 diabetes. DOI 2019: 10.1111/dom.13726

Hampus Andersson, 26 år

SFSD:S STYRELSE:

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

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

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

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

Vetenskaplig sekreterare
Janeth Leksell
Högskolan Dalarna
791 88 Falun
vetsekr@sfsd.se

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

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

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

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

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 omvårdnads-vetenskapliga forskningen inom diabetesvården
- att medverka till en likvärdig och kunskapsbaserad diabetesvård i alla delar av landet
- att utgöra ett forum för remisser av utredningar avseende diabetesvården i Sverige
- att utveckla samverkan med andra organisationer, nationellt och internationellt, vilka har betydelse för diabetesvårdens utveckling

Utgivare:
Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård, SFSD

Adress:
c/o SSF, Baldersgatan 1, 114 27 Stockholm

Prenumerationer:
Pris 250 SEK per år.
Gör din beställning genom att kontakta redaktören via e-mail:
victoria@sfsd.se

Adressändring:
Medlemmar i SFSD kontaktar medlemsansvarig:
Krister Gustafsson

krister@sfsd.se
Övriga kontaktar redaktören, se ovan.

Ansvarig utgivare:
Agneta Lindberg
ordf@sfsd.se

Chefredaktör:
Victoria Hermansson Carter, mail: victoria@sfsd.se

Redaktion:
Victoria Hermansson Carter, mail: victoria@sfsd.se

Annonsering:
Annonsstopp för Diabetesvård
Nr 2, 2020 är 11 maj med utgivning i juni
Nr 3-4. 2020 är 18 september för utgivning i oktober
Nr 1, 2021 är 11 januari med utgivning i februari

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

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

ISSN-nummer:
1652-697X

SVANENMÄRKET
Trycksak
3041 0234

abasaglar®
insulin glargin, 100 enheter/ml

ABASAGLAR® (insulin glargin)

- en biosimilar till Lantus® (insulin glargin)[1]

16 % lägre pris* jämfört med Lantus® SoloStar®[2]

	ABASAGLAR®	Lantus®
Likvärdig effekt[1,3]	✓	✓
Likvärdig säkerhetsprofil[1,3]	✓	✓
Samma dosering[1,3]	✓	✓

* Abasaglar® KwikPen® i förpackning 2 x 5 x 3 milliliter jämfört med 2 förpackningar Lantus® SoloStar® 5 x 3 milliliter

Indikationen för ABASAGLAR är: behandling av diabetes mellitus hos vuxna, ungdomar och barn från 2 års ålder.[1]

ABASAGLAR 100 enheter/ml injektionsvätska, lösning (insulin glargin) Cylinderampull, förfylld injektionspenna (KwikPen)

ATC-kod: A10AE04, Läkemedel vid diabetes. Insuliner och analoger för injektion, långverkande. **Indikationer:** Behandling av diabetes mellitus hos vuxna, ungdomar och barn från 2 års ålder. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. **Varningar och försiktighet:** ABASAGLAR ska inte användas för behandling av diabetesketoacidos. Behandling med vanligt snabbverkande insulin, som ges intravenöst, rekommenderas vid detta tillstånd. Vid otillräcklig blodsockerkontroll eller vid benägenhet för hyperglykemiska eller hypoglykemiska episoder måste en kontroll av patientens efterlevnad av den föreskrivna behandlingsregimen, val av injektionsställen och injektionsteknik och alla andra relevanta faktorer göras innan en dosjustering övervägs. Om en patient sätts över till en annan typ av insulin eller till ett annat insulinmärke bör detta ske under noggrann medicinsk övervakning. Ändring av styrka, märke (tillverkare), typ (regular, NPH, Lente, långverkande, osv), ursprung (animaliskt, humant, humana insulinanaloger) och/eller tillverkningsmetod kan göra att dosen behöver ändras. Administrering av insulin kan leda till att antikroppar mot insulinet bildas. I sällsynta fall kan förekomsten av antikroppar mot insulinet kräva justering av insulindosen för att förhindra uppkomst av hyper- eller hypoglykemi. **Datum för översyn av produktresumén:** 2019-07-25 **För ytterligare information och priser se www.fass.se** Rx, (F) **Begränsningar av subvention:** Subventioneras vid typ 2-diabetes endast för patienter där annan insulinbehandling inte räcker till för att nå behandlingsmålet på grund av upprepade hypoglykemier. Ytterligare upplysningar om detta läkemedel kan erhållas hos ombudet för innehavaren av godkännandet för försäljning: Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna. 08-737 88 00, www.lilly.se

1. Abasaglar European Public Assessment Report (EPAR) **2.** Beräknat av Lilly baserat på priser från www.tlv.se **3.** www.fass.se

Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna
Tel 08-737 88 00, Fax 08-618 21 50, www.lilly.se

PP-BV-SE-0085 | November 2019

© 2019 Eli Lilly and Company. All rights reserved.

Trulicity, enkel för patient[1]

- Sänker HbA1c[2]
- Dosering en gång i veckan[2]
- Injektionsklar penna[3]
  - Ingen titrering krävs
  - Inbyggd dold nål
  - Automatiserad injektion

Trulicity 0,75 mg, 1,5 mg injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna (dulaglutid).
ATC-kod: A10BJ05, Diabetesmedel, blodglukossänkande medel, exkl. insuliner **Indikationer:** Trulicity är avsett för behandling av vuxna med otillräckligt kontrollerad typ 2-diabetes mellitus som ett komplement till kost och motion • som monoterapi när metformin inte anses lämplig på grund av intolerans eller kontraindikationer. • som tillägg till andra läkemedel för behandling av diabetes. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. **Varning och försiktighet:** Dulaglutid ska inte användas av patienter med typ 1-diabetes mellitus eller för behandling av diabetesketoacidos. Dulaglutid är inte en ersättning för insulin. Diabetesketoacidos har rapporterats hos insulinberoende patienter efter snabb utsättning eller dossänkning av insulin. Dehydrering, som ibland leder till akut njursvikt eller försämrad nedsatt njurfunktion, har rapporterats hos patienter som behandlats med dulaglutid, särskilt vid behandlingsstart. Många av de rapporterade njurbiverkningarna inträffade hos patienter som upplevt illamående, kräkningar, diarré eller dehydrering. Patienter som behandlas med dulaglutid bör informeras om den potentiella risken för dehydrering, särskilt i samband med gastrointestinala biverkningar och vidta försiktighetsåtgärder för att undvika vätskeförlust. Dulaglutid har inte studerats hos patienter med allvarlig gastrointestinal sjukdom, däribland allvarlig gastropares, och rekommenderas därför inte till dessa patienter. Användning av GLP-1-receptoragonister har satts i samband med en risk att utveckla akut pankreatit. Patienterna ska informeras om de karakteristiska symtomen på akut pankreatit. Om pankreatit misstänkts ska behandlingen med dulaglutid avbrytas. Om pankreatit bekräftas ska dulaglutid inte återinsättas. Utan andra tecken och symtom på akut pankreatit är förhöjda pankreasenzymer inte prediktivt för akut pankreatit. Patienter som får dulaglutid i kombination med en sulfonureid eller insulin kan löpa ökad risk för hypoglykemi. Risken för hypoglykemi kan minskas genom att dosen av sulfonureid eller insulin sänks. **Datum för översyn av produktresumén:** 2019-10-21 **För ytterligare information och priser se** www.fass.se Rx, (F) **Begränsningar av subvention:** Subventioneras för patienter som först har prövat metformin, sulfonureider eller insulin, eller när metformin eller sulfonureider inte är lämpliga. Subventioneras endast för patienter som inte behandlas i kombination med basinsulin. Ytterligare upplysningar om detta läkemedel kan erhållas hos ombudet för innehavaren av godkännandet för försäljning: Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna. 08-737 88 00, www.lilly.se

References:
1. Matfin et al. Journal of Diabetes Science and Technology 2015, Vol. 9(5) 1071–1079
2. Trulicity produktresumé
3. Trulicity bipacksedel

PP-DG-SE-0207 November 2019
© 2019 Eli Lilly and Company. All rights reserved.

Lilly

trulicity®
dulaglutid för injektion