

Høring av nye diabetesretningslinjer fra Helsedirektoratet

■ TOR CLAUDI • Overlege medisinsk klinikk, Nordlandssykehuset Bodø

Helsedirektoratet startet i 2013 arbeidet med å revidere Nasjonal retningslinje for faglig behandling av diabetes fra 2009. En systematisk og kunnskapsbasert utredning med transparente og dokumenterbare prosesser legger grunnlaget for de nye anbefalingene i retningslinjen.

Til sammen har rundt 70 klinikere fordelt på ti arbeidsgrupper bidratt til utkastet til ny nasjonal faglig retningslinje for diabetes som nå er sendt på høring med høringsfrist 13. mai 2016.

Under følger en kort gjennomgang av utvalgte anbefalinger fra den reviderte utgaven.

Diagnostiske kriterier

Diagnosen diabetes stilles ved HbA_{1c} $\geq 6,5$ prosent/(48 mmol/mol) eller fastende plasmaglukose $\geq 7,0$ mmol/L eller P-glukose $\geq 11,1$ mmol/L etter oral glukosetoleransetest. HbA_{1c} anbefales som primært diagnostikum for diabetes. Dette er sammenfallende med Helsedirektoratets anbefaling fra 2012.

Figur 1 til høyre viser forslag til en ny algoritme for å finne personer med uoppdaget diabetes og personer med høy risiko for å utvikle diabetes.

Personer med høy risiko for å utvikle diabetes (FINDRISK ≥ 15 poeng og/eller HbA_{1c} 6,0–6,4 prosent) bør få strukturert, intensiv livsstilsintervensjon der målet er reduksjon av FINDRISK, og årlig oppfølging med måling av HbA_{1c} hos fastlege. FINDRISK finnes på www.diabetesrisiko.no.

Oppfølging, utredning og organisering av diabetesomsorgen

Ingen store endringer sammenliknet med retningslinjene fra 2009. Det anbefales strukturerte behandlingsplaner og behandlingsmål og bruk av Noklus diabetes-skjema.

Kommunikasjon, mestring og motivasjon

Det anbefales at pasientaktiviserende intervensjoner integreres i diabetesomsorgen, og det gis forslag til spørsmål som kan stilles for å redusere barrierer og hjelpe pasient og behandler i å sette realistiske behandlingsmål.

Levevaner ved diabetes og behandling av overvekt og fedme

Regelmessig fysisk aktivitet med moderat intensitet i minimum 150 minutter per uke anbefales ved diabetes type 1 og diabetes type 2. Både styrketrening og utholdenhetstrening påvirker blodsukkeret, kombinasjonen gir best effekt.

Kostrådene skiller seg ikke vesentlig fra tidligere anbefalinger og de generelle norske kostrådene fra Helsedirektoratet, men det anbefales at inntaket av matvarer med mye stivelse og sukker tilpasses den enkelte. Vektreduksjon på minst 5–10 prosent anbefales ved overvekt. Vektreduserende kirurgi kan være aktuelt ved KMI ≥ 35 kg/m².

Medikamentell blodsukker-senkende behandling av diabetes

Anbefalt behandlingsmål er HbA_{1c} rundt 7 prosent (53 mmol/mol) mot tidligere under 7 prosent, både ved diabetes type 1 og

type 2. HbA_{1c} mellom 7,0 og 8,0 prosent kan være aktuelt for pasienter med lang sykdomsvarighet, betydelig komorbiditet (særlig redusert nyrefunksjon, e-GFR 45 ml/min) og ved risiko for hypoglykemi. For personer på sykehjem og andre med betydelig reduserte leveutsikter er målet å unngå symptomatisk hyperglykemi, dvs. at blodsukker i hovedsak bør ligge under 12–14 mmol/L. Videre anbefales det at personer med diabetes type 2 som ikke bruker insulin som hovedregel ikke trenger å utføre hyppige egenmålinger av blodsukker.

Anbefalingene for valg av blodsukker-senkende medikamenter er endret. Insulin detemir eller glargin anbefales som langsomtvirkende insulin ved diabetes type 1. Ved diabetes type 2 anbefales metformin som førstevalg ved medikamentell blodsukkersenkende behandling.

For de fleste pasienter med diabetes type 2 foreslås enten basalinsulin, sulfonylurea, sitagliptin eller empagliflozin som andrevalg etter metformin (FIGUR 2, SE SIDE 24). Grunnen til at man har valgt å anbefale sitagliptin (Januvia) og empagliflozin (Jardiance) spesifikt, er at det i dag kun foreligger randomiserte kontrollerte langtidsstudier med harde utfallsmål for disse to medikamentene.

På grunn av utilstrekkelig dokumentasjon, sikkerhet ved langtidsbehandling, begrenset klinisk erfaring og/eller bivirkninger foreslås det at GLP-1-analoger, pioglitazone og øvrige DPP-4-hemmere og SGLT2-hemmere først vurderes som tredjevalg.

Medikamentell forebygging av makrovaskulære senkomplikasjoner ved diabetes

Profylaktisk bruk av acetylsalisylsyre (ASA) hos pasienter uten kjent hjerte- og karsykdom frarådes. Bruk av ASA hos pasienter med kjent hjerte- og karsykdom anbefales.

<https://helsedirektoratet.no/horinger/nasjonal-faglig-retningslinje-for-diabetes>

Risikovurdering og diagnostikk av diabetes

Identifisere personer som kan ha forhøyet risiko for å ha diabetes: ¹⁾

Bruk en **validert risikokalkulator** (eks. **FINDRISK** ved europeisk etnisk bakgrunn)

Mål **HbA1c** eller **plasma-glukose** hvis det er sterk klinisk mistanke om diabetes, klinisk høy risiko for diabetes eller hos visse etniske minoriteter fra Asia eller Afrika.²⁾

Risikoscore > 1 av 3 får diabetes i løpet av 10 år (tilsvarer FINDRISK > 15)

Tilby:

- Blodprøve til diagnostikk av diabetes (HbA1c er foretrukket blodprøve)
 - Struktureerte livsstilsråd hos fastlege
- Henvisning til aktuelle kommunale/lokale gruppebaserte tilbud som frisklivssentraler og lignende tilbud

<p>HbA1c < 6,0 % (42 mmol/mol) FPG < 6,1 mmol/L OGTT < 7,8 mmol/L</p>	<p>HbA1c 6,0-6,4 % (42-46 mmol/mol) FPG 6,1-6,9 mmol/L OGTT 7,8-11,0 mmol/L</p>	<p>HbA1c ≥ 6,5 % (48 mmol/mol) FPG ≥ 7,0 mmol/L OGTT ≥ 11,1 mmol/L</p>	<p>Tilfeldig målt glukose ≥ 11,1 mmol/L og symptomer på diabetes</p>
<p>Moderat risiko for diabetes</p> <p>Årlig vurdering av risiko for diabetes med FINDRISK, eller vurdering av klinisk høy risiko²⁾ (inntil FINDRISK < 15 eller klinisk høy risiko vurderes å være redusert)</p>	<p>Høy risiko for diabetes</p> <p>Årlig måling av HbA1c hos fastlege (i tillegg til FINDRISK).</p>	<p>Mulig diabetes</p> <p>Gjenta måling av markør som er over diagnostisk grense (se ovenfor). Hvis ≥ diagnostisk grense: Se Diabetes Hvis < diagnostisk grense: Se Høy risiko for diabetes</p>	<p>Diabetes</p> <p>Se: Kontrollrutiner, utredning og organisering av diabetesomsorgen.</p>

1) Fastlegen bør vurdere diabetesrisikoen hos personer med diabetes i nær familie, ved overvekt og/eller fysisk inaktivitet og hos personer med asiatisk eller afrikansk bakgrunn. (Det anbefales ikke generell testing av hele befolkningen for å diagnostisere diabetes eller påvise forstyrrelser i glukosestoffskiftet).

2) Ved klinisk høy risiko som ved visse kliniske tilstander assosiert med diabetes (PCOS, hypertensjon, hjerte- karsykdom, bruk av kortikosteroider og enkelte psykofarmaka og tidligere svangerskapsdiabetes) eller hos visse etniske minoriteter fra Asia og Afrika bør HbA1c tas som alternativ til bruk av risikokalkulator.

Forkortelser

FPG Fastende plasmaglukose

2t-OGTT 2-timers oral glukosetoleransetest

FIGUR 1. Risikovurdering og diagnostikk av diabetes.

Blodukkersenkende behandling ved diabetes type 2

Opplæring, motivasjon, sunt kosthold, fysisk aktivitet og vektreduksjon gjennom hele forløpet

Monoterapi		Metformin			
Erfaring	Lang				
Bivirkninger	Gastrointestinale/Laktacidose				
Risiko for hypoglykemi	Lav				
Vektpåvirkning	Nøytral/liten reduksjon				
Pris	Lav				
To-medikamentregime		Metformin +			
Medikamentklasse	Sulfonylurea (Fortrinnsvis glimepirid (Amaryl, Glimepirid))	DPP-4-hemmer (Fortrinnsvis sitagliptin (Januvia))	SGLT2-hemmer (Fortrinnsvis empagliflozin (Jardiance))	Basalinsulin	
Egnet for	Yngre pasienter (<65 år) uten økt risiko for hjerte- og karsykdom	Pasienter med risiko for hypoglykemi og ved overvekt/fedme	Pasienter med kjent hjerte- og karsykdom	Pasienter med behov for stor blodsukkersenkning	
Erfaring	Lang	Middels	Kort	Lang	
Bivirkninger	Gastrointestinale/Laktacidose	Få	Genitale infeksjoner og UVI, dehydrering	Hypoglykemi, vektøkning	
Risiko for hypoglykemi	Moderat	Lav	Lav	Høy	
Vektpåvirkning	Liten økning	Ingen	Moderat reduksjon	Moderat økning	
Pris	Lav	Moderat	Moderat	Variabel	

Opplæring, motivasjon, sunt kosthold, fysisk aktivitet og vektreduksjon gjennom hele forløpet

Forkortelser

- UVI** Urinveisinfeksjon
- DPP** Dipeptidylpeptidase
- SGLT** Sodium glucose transporter

FIGUR 2. Valg av blodsukkersenkende medikament etter metformin.

Medikamentell blodtrykkssenkende behandling anbefales ved blodtrykk over 140/90 mmHg. Behandlingsmål: Blodtrykk under 135/80 mmHg.

Statinbehandling anbefales til alle personer med diabetes (både type 1 og type 2) i alderen 40-80 år uten kjent kardiovaskulær sykdom, ved LDL-kolesterol $>2,5$ mmol/l eller når samlet hjertekarrisiko er høy. Hos pasienter med kjent kardiovaskulær sykdom anbefales intensiv statinbehandling. Behandlingsmål: LDL-kolesterol 1,4-1,8 mmol/l.

Tilskudd av omega-3 fettsyrer i tablettform har ikke vist å redusere risiko for kardiovaskulær sykdom hos personer med diabetes.

Diabetisk fot og nevropati

Det er ingen store endringer når det gjelder anbefaling av regelmessige fotundersøkelser (årlig ved type 2), med inspeksjon, palpasjon av perifer puls og monofilamentundersøkelse, opplæring, forebygging av sår og behandlingsrutiner. Diagnosen diabetisk nevropati kan stilles ut fra nedsatt monofilamenttest, dvs at pasienten kjenner $<$ sju av åtte undersøkte punkt, og samtidig forekomst av symptomer som:

- nedsatt følsomhet
- nummenhet
- prikking
- stikking
- brennende eller verkende smerter som starter distalt på føttene.

Anbefalingene for behandling av smertefull nevropati er også endret. Som førstevalg anbefales amitriptylin, deretter duloksetin. Ved manglende effekt vurderes tillegg av gabapentin, evt. pregabalin. De to siste medikamentgruppene skal ikke kombineres.

Nyresykdom ved diabetes

Klassifisering av albuminuri foreslås endret slik at det man til nå har kalt mikroalbuminuri (U-AKR 3-30 mg/mmol) kalles moderat albuminuri, mens U-AKR 30-300 mg/mmol kalles betydelig albuminuri og U-AKR >300 mg/mmol nefrotisk proteinuri. U-AKR <3 mg/mmol er normal albuminutskillelse.

Det gis klare anbefalinger for når allmennlegen skal henvise til nefrolog:

- Vedvarende U-AKR >30 mg/med mer
- utilfredsstillende BT-kontroll med tre blodtrykkssenkende medikamenter
- akutt nyresvikt (reduksjon av e-GFR >20 prosent i løpet av to uker)

- fall i e-GFR på mer enn 10 ml/minutt over to år
- mistanke om annen nyresykdom enn diabetisk nefropati
- vedvarende hyperkalemi ($K^+ >5,5$ mmol/l)
- PTH $>3x$ øvre referanseområde
- S-Ca under nedre referanseområde.

Det presiseres at pasienter som har lav e-GFR og albuminuri har økt risiko for hjerte- og karsykdom og at man hos disse pasientene må være særlig oppmerksom på dehydrering kombinert med bruk av ACE-hemmer/A-II blokker og metformin.

Retinopati og øyescreening

Anbefalingen skiller seg ikke vesentlig fra tidligere anbefalinger. Hos pasienter som ikke har retinopati er kontroll hos øyelege hvert annet år tilstrekkelig. Det settes krav til kompetanse hos de som skal foreta undersøkelsen og til de som skal vurdere funnene. Etablering av et nasjonalt screeningprogram med tanke på påvisning av diabetisk øyesykdom anbefales.

Psykiske lidelser og diabetes

Personer med diabetes har 40 til 50 prosent økt forekomst av angst og depresjon og rundt 25 prosent økt risiko for å utvikle depresjon. Det er viktig at behandler er oppmerksom på konsekvensene av denne komorbiditeten hos personer med diabetes. Imidlertid er det ikke holdepunkt for at fordelene ved systematisk eller rutinemessig undersøkelse for angst og depresjon er større enn ulempene, og screening for angst og depresjon hos personer med diabetes anbefales derfor kun ved klinisk mistanke.

Det anbefales at personer med spiseforstyrrelse og diabetes bør prioriteres til psykoterapi rettet mot spiseforstyrrelsen, og at personer med spiseforstyrrelse og diabetes type 1 får oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

Strukturert tverrfaglig samarbeid mellom den som behandler pasientens diabetes og psykiatritjenesten er viktig. Det anbefales at de som behandler pasientens somatiske og psykiatriske lidelser er orientert om pasientens behandlingsplan som omfatter pasientens helhetlige helse.

Svangerskap ved kjent diabetes

Anbefalingene skiller seg ikke vesentlig fra tidligere anbefalinger. Svangerskap bør planlegges og blodsukkerkontrollen optimaliseres før graviditet. Ved påvist graviditet

bør pasientene henvises fødeavdeling med ekspertise på behandling og oppfølging av diabetes i svangerskap, og som har tilknytning til endokrinologisk kompetanse som kan følge pasientens diabetes gjennom svangerskapet.

BEHANDLINGSMÅL: Fastene P-glukose 3,4-5,5 mmol/L, P-glukose 1,5-2 timer etter måltidene $<7,1$ mmol/L, (enkeltmålinger over dette er det vanskelig å unngå og de vil ikke påvirke svangerskapet uheldig), HbA1c $<5,8$ mmol/l (40 mmol/mol)

Nye retningslinjer for svangerskapsdiabetes er også under utarbeidelse og kommer på høring før sommeren 2016.

Norge har en lang tradisjon når det gjelder diabetesretningslinjer. Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) utga «NSAMS handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis» første gang i 1988, senere i 1995, i 2000 og i 2005. Helsedirektoratet utga Nasjonale faglige diabetesretningslinjer i 2009. Alle disse retningslinjene ble utgitt i papirformat, 2009 retningslinjene foreligger også i en elektronisk versjon. De nye retningslinjene foreligger kun elektronisk, men det er planlagt å lage en kortversjon i papirformat. Foreløpig er den elektroniske versjonen etter mitt syn ikke optimal med tanke på brukergrensesnitt og anvendelighet, men Helsedirektoratet arbeider med å forbedre dette. Man håper også at de nye retningslinjene blir tilgjengelig via NEL når den endelige versjonen foreligger.

Norske undersøkelser har så langt vist at diabetesbehandlingen i Norge blir bedre, men at det fortsatt er forbedringspotensial (1-4). De nye retningslinjene vil forhåpentligvis være til hjelp både for allmennleger og for annet helsepersonell som arbeider med diabetes, i arbeidet med en ytterligere kvalitetsforbedring.

REFERANSER

1. Claudi T, Cooper JG, Hausken MF, Ingsog W, Jennum AK. Kvaliteten på diabetesbehandlingen i allmennpraksis. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 22: 2570-4.
2. Cooper JG, Claudi T, Jennum AK, Thue G, Hausken MF et al. Quality of care for patients with type 2 diabetes in primary care in Norway is improving. Diabetes Care 2009; 32: 81-83.
3. Cooper J, Claudi T, Thordarson HB, Løvaas KF, Carlsen S, Sandberg S. Behandling av type 1-diabetes i spesialisthelsetjenesten – data fra Norsk diabetesregister for voksne. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 2257-61.
4. Mouland G. Diabetes i en fastlegepraksis – ble behandlingsmålene nådd? Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 168-72.

■ TCLAUDI@ONLINE.NO