


Läkemedelskommittén Hallands seminarium om typ 2-diabetes hösten 2009

 Landstinget
Halland
Läkemedelskommittén

Läkemedelskommittén Halland inbjuder till interaktivt utbildningsmöte:

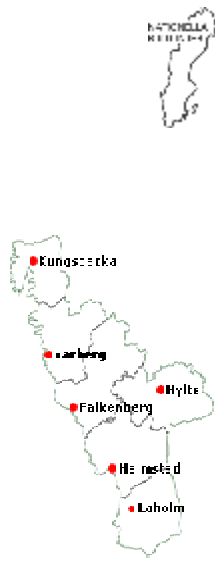
Typ 2-diabetes i fokus


Nya nationella riktlinjer från Socialstyrelsen

- Halland i Nationella Diabetesregistret, NDR
- Opportunistisk screening av personer med hög risk för diabetes
- Hjärt-kärlprevention hos typ 2-diabetiker. Blodtryck och statiner. ASA?
- Mål och medel för blodsockerreglerande behandling hos nyupptäckta resp. äldre diabetiker. Insulinbehandling till vem och hur?
- Riktlinjer om självkontroller av blodsocker
- Levnadsvanor: Rökstopp, fysisk aktivitet. (Kostråd via SBU våren 2010!)
- Övrigt: Frågestund - diskussion på slutet

Medverkande (varierar mellan Hst, Vbg och Kba):

- Jonathan Mulenga, överläkare medicinkliniken i Värberg
- Stefan Sjöberg, docent, överläkare medicinkliniken i Halmstad
- Ina Dogis, allmänläkare på VC Åsa
- Anders Herberg, allmänläkare och informationsläkare Läkemedelskommittén



 Socialstyrelsen



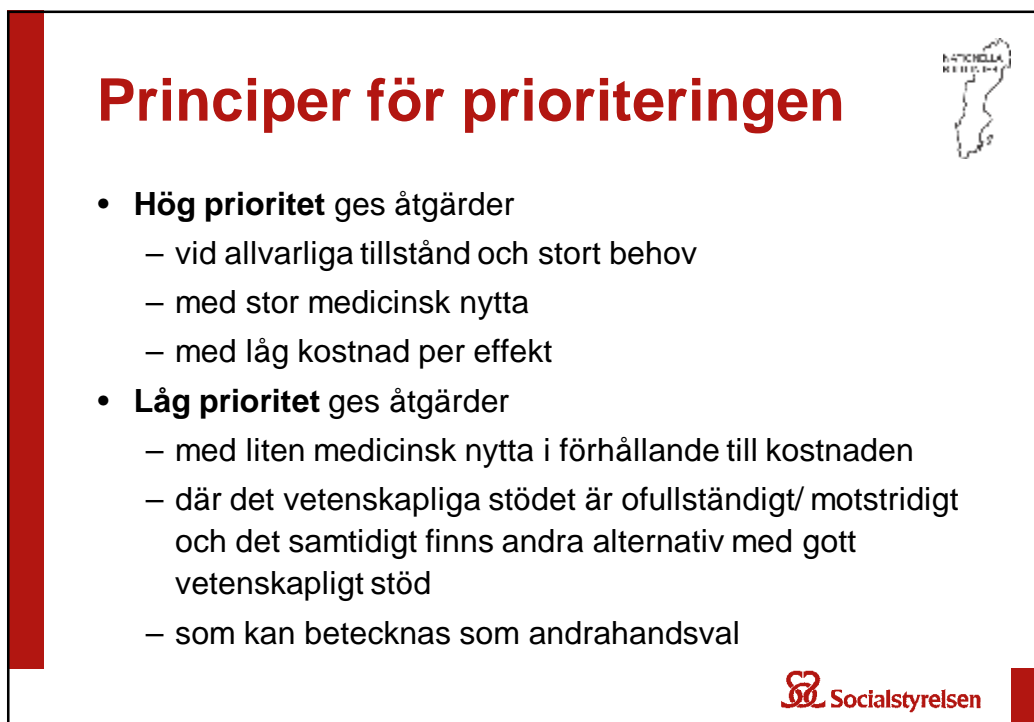
Nationella riktlinjer för diabetesvården 2009

*Fått låna dessa bilder av
Halmstad-födde:*



Mats Eliasson
Docent, överläkare Sunderby Sjukhus, Luleå
Prioriteringsordförande Nationella Riktlinjer Diabetes

 Socialstyrelsen



Varför prioritera?



- Alla skall ha rätt till god vård på lika villkor
- Resurserna är ändliga
- Effektiv användning av resurserna
- Ordnat införande av nya metoder
- Utmönstring av ineffektiva och skadliga metoder



Nationella riktlinjer för Diabetes



- Det finns ett **starkt vetenskapligt stöd** för att diabeteskomplikationer **kan fördröjas eller förhindras**.
- Det gör man bäst genom att **brett angripa de riskfaktorer som har starkast samband med uppkomsten av mikro- och makroangiopati**, som leder till skador på ögon, njurar, nerver samt ökad risk för hjärtkärlsjukdom och en förkortad livslängd.

Sänk blodtryck, kolesterol och HbA1c



Sjukvården bör:

- satsa på en **effektiv blodtrycksbehandling** och **blodfettsänkande behandling**.
- satsa på att stödja människor med diabetes att **sluta röka** och **öka sin fysiska aktivitet**.
- vid **nyupptäckt typ 2-diabetes** utan känd hjärt-kärlsjukdom eftersträva **bästa tänkbara glukoskontroll**.

Behandla med omdöme!



Hälso- och sjukvården bör:

- basera läkemedelsbehandling för att förebygga hjärtkärlsjukdom och diabeteskomplikationer på en **samlad riskfaktorbedömning** och inte bara på en enskild riskfaktor som HbA1c, blodtryck eller blodfetter.
- **beakta risken för ogynnsamma effekter** av många läkemedel, särskilt hos den äldre patienten.

Läkemedel vid högt blodtryck och höga blodfetter



Hälso- och sjukvården bör

- vid **blodtrycksbehandling** i första hand ordinera ett eller flera läkemedel ur grupperna tiaziddiuretika, ACE-hämmare, kalciumblockerare eller betablockerare (**prioritet 1**).
- vid **läkemedelsbehandling av förhöjda kolesterolvärden** hos patient med typ 2- respektive typ 1-diabetes i första hand ordinera generiskt simvastatin för primär prevention (**prioritet 2 respektive 4**).

Hälso- och sjukvården kan

- använda **ARB vid intolerans** för ACE-hämmare men bör **inte använda ARB som förstahandsläkemedel** vid högt blodtryck (prioritet 10).

Fördelar med intensivbehandling vid typ 2-diabetes



- **Intensivbehandling från debut av typ 2-diabetes** utan känd hjärt-kärlsjukdom minskar risken för utveckling av allvarliga skador på ögonbottnar. Efter lång tid minskar också risken för insjuknande i hjärtkärl-sjukdom.
- Intensivbehandling vid typ 2-diabetes med lång varaktighet eller känd hjärtkärlsjukdom minskar risken för utveckling av allvarliga skador på njurar.

Nackdelar med intensivbehandling vid typ 2-diabetes



- **Allvarliga hypoglykemier** ökar kraftigt **vid intensiv insulinbehandling** där man eftersträvar nära normaliserat HbA1c.
- Det finns risk för varierande grad av **viktökning** beroende på val av läkemedel.
- Det råder osäkerhet om intensivbehandlingen minskar hjärtkärlsjukdom eller dödlighet om den påbörjas lång tid efter debut.

Rekommendation rörande intensivbehandling



Hälsa- och sjukvården bör

- **från debuten av typ 2-diabetes** utan känd hjärtkärlsjukdom ha som målsättning att nå **bästa möjliga blodglukosnivå (HbA1c)** genom intensivbehandling (*prioritet 1*).
- Denna målsättning bör man **modifiera med hänsyn till** risken för hypoglykemi, förväntad återstående livslängd, annan sjukdom, kraftig viktuppgång eller nedsättning av livskvalitet.

Rekommendation rörande intensivbehandling



Hälso- och sjukvården *kan*:

- vid **typ 2-diabetes med längre varaktighet eller med känd hjärtkärlsjukdom** ha som målsättning att nå bästa möjliga blodglukosnivå genom intensivbehandling (*prioritet 5*).
- Denna målsättning bör man modifiera med hänsyn till risken för hypoglykemi, förväntad återstående livslängd, annan sjukdom, kraftig viktuppgång eller nedsättning av livskvalitet.

Rekommendation för perorala glukossänkande läkemedel



Hälso- och sjukvården *bör*:

- vid läkemedelsbehandling av typ 2-diabetes ordinaera **metformin som förstahandsval** om inte intolerans eller kontraindikationer föreligger (*prioritet 1*).
- vid läkemedelsbehandling av typ 2-diabetes **ordinaera SU eller insulin som andrahandsval** (*prioritet 4*).

Rekommendation perorala glukossänkande läkemedel



Hälso- och sjukvården *kan*:

- ordinera **meglitinider** (Novonorm, Starlix) som monoterapi eller som tillägg till andra läkemedel (**prioritet 8**).
- vid intolerans för andra läkemedel ordinera pioglitazon (Actos) eller akarbos (Glucobay) (**prioritet 9**).
- ordinera **rosiglitazon** (Avandia), **exenatid** (Byetta) eller **DPP4-hämmare** (Januvia, Galvus, Onglyza) i kombination med andra glukos-sänkande läkemedel som tredjehandsval (**prioritet 10**).

Insulinbehandling vid typ 2-diabetes



- Behandling med **NPH-insulin ger samma minskning av HbA1c** som de långverkande insulinanalogerna glargin (Lantus) och detemir (Levemir)
- Insulin glargin och insulin detemir **skiljer sig inte effektmässigt från NPH-insulin**, men ger **något lägre förekomst av hypoglykemier under natten** jämfört med NPH insulin
- Skillnad i risk för att drabbas **av allvarlig hypoglykemi** har däremot **inte dokumenterats**
- Behandlingskostnaden per dag för insulin glargin och insulin detemir är **dubbelt så hög som för NPH-insulin**

Rekommendation insulinbehandling



Hälso- och sjukvården bör:

- vid insulinbehandling välja NPH-insulin, kombinationsinsulin eller måltidsinsulin med eller utan NPH-insulin som förstahandsval (prioritet 3).
- välja långverkande insulinanaloger om behandling med NPH-insulin ger upprepade hypoglykemier (prioritet 3).

Hälso- och sjukvården bör inte:

- välja långverkande insulinanaloger (Lantus, Levemir) som förstahandsval (prioritet 9).

Hur bör vi använda "målvärden"?



- De angivna riktvärdena för behandlingsmål överensstämmer med **internationell konsensus**.
- Behandlingsmålen är **konsensusbaserade** och bygger på **(indirekt) evidens** från olika vetenskapliga underlag främst observationsstudier och randomiserade kontrollerade behandlingsstudier.
- Värderingen av **nytta mot riskerna** med en alltför stark inriktning på måluppfyllelse är särskilt viktig.
- Det finns bara ett **fåtal studier där resultat från utfall som sjuklighet och dödlighet har utvärderats mot olika målnivåer**.
- Nya vetenskapliga analyser av underlaget för mål för HbA1c, LDL-kolesterol och blodtryck, liksom nya möjligheter till behandling, **kan medföra att målnivåerna kan omvärderas**.

Vad lönar sig bäst?



	Koronarsjd	Stroke	Härtkärlsjukdom
Kolesterolsänkning (1 mmol/l)			
Riskminskning*	23-30 % relativt	10-17 % relativt	
NNT 10 år	25	118	21
BT-sänkning (10/5 mm Hg)			
Riskminskning	22-25 % relativt	36-41 % relativt	
NNT 10 år	26	49	17
Hba1c-sänkning (1 %-enhet)			
Riskminskning	12-14 %	1-17%	
NNT 10 år	41-46	400-3000	45

Lancet 2009;374:522

Reflektioner



- Undvik terapinihilism
- Undvik terapi- och målområdesfundamentalism
- **Kör mitt på vägen** – behandla glukos snabbt och intensivt hos unga, **low and slow** hos gamla
- **Behandla BT- och kolesterolstegringar**
- **Individualisera** i samråd med din patient
- **Vad värderar din patient högst?**
- **Prioritera** inom patientens tänkbara läkemedelsarsenal

Fördelar vid behandling med glukossänkande läkemedel



- **Metformin** ger en sänkning av HbA1c i nivå med eller bättre än andra blodglukossänkande läkemedel.
- **Metformin minskar dödlighet** samt risken för allvariga skador på ögon, njurar, nerver samt hjärtkärlsjukdom.
- I motsats till flertalet andra läkemedel ger metformin varken viktuppgång eller ökad risk för hypoglykemier.
- Metformin är det **mest kostnadseffektiva förstahandsvalet**.
- Sulfonureider (SU), meglitinider, glitazoner och exenatid ger samma sänkning av HbA1c som metformin.
- Akarbos och exenatid leder inte till viktuppgång. Inte heller DPP4-hämmare tycks ge kliniskt betydelsefull viktuppgång, eller ökad risk för hypoglykemier.

Nackdelar vid behandling med glukossänkande läkemedel



- **Metformin** kan ge besvärande **mag-tarmbiverkningar** som kan framtinga utsättning och är riskabelt att använda vid **nedsatt njurfunktion**.
- **SU** har en ökad risk för **hypoglykemi** och ger **viktuppgång**.
- **Meglitinider** (NovoNorm) ger **viktuppgång** och måste ges i **flerdos**.
- **Akarbos** (Glucobay) ger mindre sänkning av HbA1c än metformin, ger ofta besvärande **mag-tarmbiverkningar**.
- **Glitazoner** (Actos, Avandia) har inte bättre effekter än metformin och ökar samtidigt risken för **hjärtsvikt, frakturer och viktuppgång**.
- **DPP4-hämmare** (Januvia) ger en mindre förbättring av HbA1c än metformin.
- **DPP4-hämmare** och **exenatid** har nyligen godkänts. Därför är **underlaget otillräckligt** för att bedöma eventuella långsiktiga biverkningar och livskvalitet och effekt på "hårda end-points" vilket föranleder en **viss försiktighet** av användandet.
- **Exenatid** (Byetta) måste ges som injektion.
- **Behandlingskostnad** per dag jämfört med metformin är 4 gånger högre för akarbos, 5-8 gånger högre för meglitinider, glitazoner och DPP4-hämmare samt 15 gånger högre för exenatid.

Hälso- och sjukvården bör



- erbjuda **kort rådgivning om rökstopp** till rökande patienter med diabetes (*prioritet 1*) och vid behov komplettera med nikotinersättningsmedel (*prioritet 2*).
- Till individer som löper ökad risk för att utveckla typ 2-diabetes ge allmän **rådgivning om livsstilsbehandling** och systematiskt följa upp vikt, blodglukos och riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom (*prioritet 4*).
- Vid **allvarliga fotproblem**, som svårläkta fotsår och/eller infektioner samt fotdeformiteter, erbjuda behandling och diagnostik hos ett **multidisciplinärt fotteam** (*prioritet 1*). Specialistvård, primärvård och hemsjukvård bör samverka.
- vid typ 2-diabetes med **svår fetma (BMI > 40 kg/m²)** erbjuda **överviktskirurgi** (*prioritet 4*).
- erbjuda **gruppbaseade utbildningsprogram** till personer med typ 2-diabetes med stöd av personer med både ämneskompetens och **pedagogisk kompetens** (*prioritet 3*).

Hälso- och sjukvården bör inte:

- erbjuda **systematisk egenmätning av blodglukos** till personer med typ 2-diabetes som **inte behandlas med insulin** (*icke-göra*).