

Forsiden

Diabetes



Nasjonal faglig retningslinje

- behov for oppdatering?

Kåre I. Birkeland

Oppdatering av diabetesretningslinjen

- Tidligere vedtatt «nødvendige årlige revisjoner)
 - Ny kunnskap
 - Effekten på viktige hjerte- og nyreutfall av medikamentell farmakologisk behandling
 - Meta-analyser – klasse-effekter?
 - Nye internasjonale retningslinjer
 - ESC-retningslinjer 2019
 - EASD-ADA oppdatering 2019
- Større revisjon 2021(?)
 - Struktur, formuleringer, suppleringer, oppdatering?

KAPITTEL 1

Diagnostikk av diabetes, risikovurdering og oppfølging av personer med høy risiko for å utvikle diabetes

KAPITTEL 2

Oppfølging, utredning og organisering av diabetesomsorgen

KAPITTEL 3

Kommunikasjon, mestring og motivasjon ved diabetes

KAPITTEL 4

Levevaner ved diabetes og behandling av overvekt og fedme

KAPITTEL 5

Behandling med blodsukkensenkende legemidler ved diabetes

KAPITTEL 6

Legemidler til forebygging av makrovaskulære senkomplikasjoner ved diabetes

KAPITTEL 7

Diabetisk fot og nevropati

KAPITTEL 8

Nyresykdom ved diabetes

KAPITTEL 9

Retinopati og regelmessig netthinneundersøkelse ved diabetes

KAPITTEL 10

Psykiske lidelser og diabetes

KAPITTEL 11

Svangerskap ved kjent diabetes

KAPITTEL 12

Helsekrav til førerkort ved diabetes

KAPITTEL 13

Metode og prosess

5. Behandling med blodsukkersenkende legemidler ved diabetes

→ 5.1 Insulinbehandling og behandlingsmål ved diabetes type 1

→ 5.2 Blodsukkersenkende behandling og behandlingsmål ved diabetes type 2

→ 5.3 Blodsukkersenkende behandling ved interkurrent sygdom og steroidbehandling

5.2. Blodsukkersenkende behandling og behandlingsmål ved diabetes type 2

- > Behandlingsmål for HbA1c ved diabetes type 2**
- > Egenmåling av blodsukker ved diabetes type 2**
- > Metformin som førstevalg ved diabetes type 2**
- > Valg av blodsukkersenkende legemiddel etter metformin ved diabetes type 2**



2019 Update to: Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2018. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD)

Diabetes Care 2020;43:487–493 | <https://doi.org/10.2337/dci19-0066>

The American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes have briefly updated their 2018 recommendations on management of hyperglycemia, based on important research findings from large cardiovascular outcomes trials published in 2019. Important changes include: 1) the decision to treat high-risk individuals with a glucagon-like peptide 1 (GLP-1) receptor agonist or sodium–glucose cotransporter 2 (SGLT2) inhibitor to reduce major adverse cardiovascular events (MACE), hospitalization for heart failure (hHF), cardiovascular death, or chronic kidney disease (CKD) progression should be considered independently of baseline HbA_{1c} or individualized HbA_{1c} target; 2) GLP-1 receptor agonists can also be considered in patients with type 2 diabetes without established cardiovascular disease (CVD) but with the presence of specific indicators of high risk; and 3) SGLT2 inhibitors are recommended in patients with type 2 diabetes and heart failure, particularly those with heart failure with reduced ejection fraction, to reduce hHF, MACE, and CVD death, as well as in patients with type 2 diabetes with CKD (estimated glomerular filtration rate 30 to ≤60 mL min⁻¹ [1.73 m]⁻² or urinary albumin-to-creatinine ratio >30 mg/g, particularly >300 mg/g) to prevent the progression of CKD, hHF, MACE, and cardiovascular death.

John B. Buse,¹ Deborah J. Wexler,^{2,3}
Apostolos Tsapas,⁴ Peter Rossing,^{5,6}
Geltrude Mingrone,^{7,8,9} Chantal Mathieu,¹⁰
David A. D'Alessio,¹¹ and
Melanie J. Davies¹²

¹Department of Medicine, University of North Carolina School of Medicine, Chapel Hill, NC

²Department of Medicine and Diabetes Unit, Massachusetts General Hospital, Boston, MA

³Harvard Medical School, Boston, MA

⁴Second Medical Department, Aristotle University Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

⁵Steno Diabetes Center Copenhagen, Gentofte, Denmark

⁶University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

⁷Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Rome, Italy

⁸Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy

⁹Diabetes and Nutritional Sciences, King's College London, London, U.K.

¹⁰Clinical and Experimental Endocrinology, UZ Gasthuisberg, KU Leuven, Leuven, Belgium

¹¹Department of Medicine, Duke University School of Medicine, Durham, NC

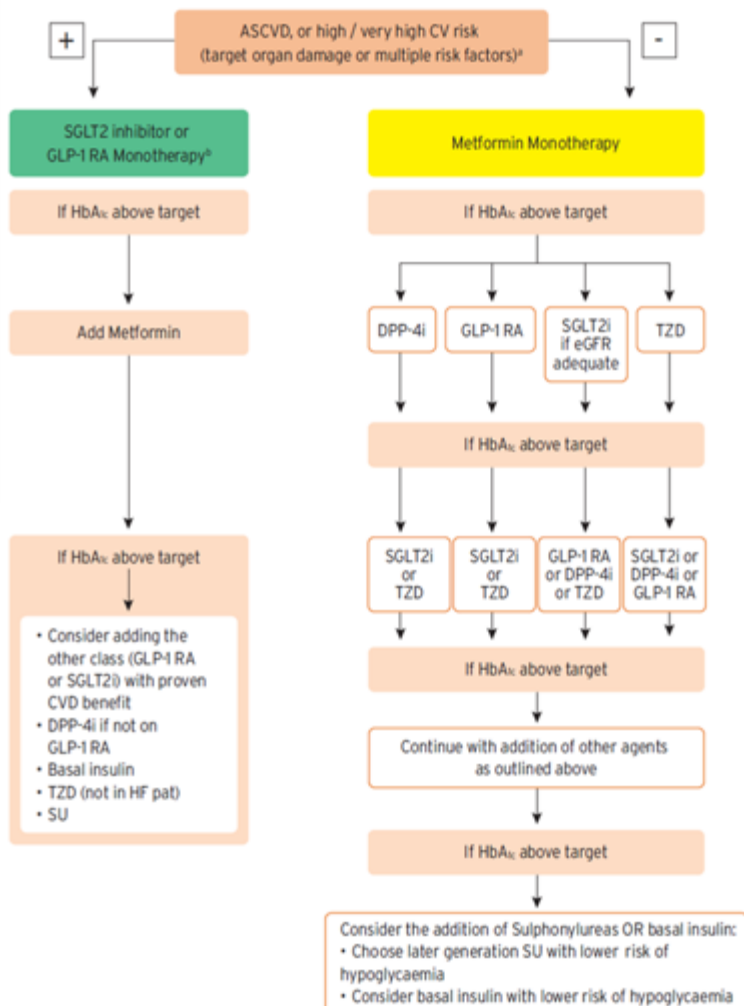
¹²Diabetes Research Centre, University of Leicester, Leicester General Hospital, Leicester, U.K.

Corresponding author: John B. Buse, jbuse@med.unc.edu

Received 15 October 2019 and accepted 15 November 2019

M.J.D. and J.B.B. were co-chairs for the Consensus Statement Writing Group. D.D'A. and D.J.W. were the writing group members for the ADA. C.M., G.M., P.R., and A.T. were the writing group

a) Type 2 DM - Drug naïve patients



Treatment algorithm in patients with T2DM and ASCVD or high/very high CV risk - drug naïve

Blodsukkersenkende behandling ved diabetes type 2

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

Monoterapi Metformin

Bivirkninger	Gastrointestinale/Laktacidose
Risiko for hypoglykemi	Lav
Vektpåvirkning	Nøytral/liten reduksjon
Redusert nyrefunksjon	Dosereduksjon ved eGFR<45, seponeres ved eGFR<30

Metformin + Kombinasjonsbehandling¹

Legemiddelklasse ²	Pasient UTEN kjent hjerte- og karsykdom					Pasient MED kjent hjerte- og karsykdom og/eller med nyreaffeksjon ³	
	Sulfonyl-urea	DPP4-hemmer	GLP1-analog	SGLT2-hemmer	Basalinsulin	SGLT2-hemmer	GLP1-analog
Bivirkninger	Få	Få	Kvalme, gastro-intestinale	Genital infeksjon, dehydrering, ketoacidose	Hypoglykemi, vektøkning	<ul style="list-style-type: none"> Ved etablert eller høy risiko for hjertesvikt, eller etablert nyreaffeksjon: Vurder en SGLT2-hemmer Ved etablert hjerte- og karsykdom: Vurder en SGLT2-hemmer eller GLP1-analog med dokumentert effekt på kardiovaskulære endepunkter 	
Risiko for hypoglykemi	Moderat	Lav	Lav	Lav	Høy		
Vektpåvirkning	Liten økning	Ingen	Moderat reduksjon	Moderat reduksjon	Moderat økning		
Redusert nyrefunksjon	Forsiktighet ved eGFR < 30, se preparat-omtale (SPC) for de ulike legemidlene			Se preparat-omtale (SPC) for de ulike SGLT2-hemmere vedr eGFR-verdi for oppstart. Seponeres ved eGFR<30	Dose reduksjon kan være nødvendig	Se preparat-omtale (SPC) for de ulike SGLT2-hemmere vedr eGFR-verdi for oppstart. Seponeres ved eGFR<30	Forsiktighet ved eGFR < 30, se preparat-omtale (SPC) for de ulike legemidlene
	Se «Vær varsom» i kap. 8 «Nyresykdom ved diabetes» i retningslinjen						
Kommentar	Fortrinnsvis Glimепirid	Velg et legemiddel som har dokumentert sikkerhet i langtidsstudier	Legemiddelgruppen er særlig egnet ved overvekt/fedme	Foretrukket ved behov for betydelig reduksjon av blodsukker	Velg et legemiddel som har dokumentert effekt på hjerte og kar hendelser og/eller nyre-hendelser		

Blodsukkersenkende behandling ved diabetes type 2

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

Pasient UTEN kjent hjerte- og karsykdom

Pasient MED kjent hjerte- og karsykdom og/eller med nyresvikt/sykdom.*

Indikasjon	Metformin
Beskrivelse	Antidiabetisk/antiproliferativ
Størke for hypoglykæmi	Lav
Vektøkning	Negativ/lett reduksjon
Redusert syrefunksjon	Overvektreduksjon ved eGFR > 30, og ved eGFR < 30

Metformin + SGLT2-i/ GLP-RA

Metformin + Kombinasjonsbehandling*

Legemiddelklasse†	Sulfonyl-urea	DPP-4-hemmer	GLP1-analog	SGLT2-hemmer	Basalinsulin	SGLT2-hemmer	GLP1-analog
Bivirkninger	Få	Få	Kvalme, gastro-intestinale	Genital infeksjon, dehydrering, ketoacidose	Hypoglykæmi, vektøkning	- Ved etablert eller høy risiko for hjertesvikt, eller etablert nyresvikt/sykdom: Vurder en SGLT2-hemmer - Ved etablert hjerte- og karsykdom: Vurder en SGLT2-hemmer eller GLP1-analog med dokumentert effekt på kardiovaskulære endepunkter	
Størke for hypoglykæmi	Moderat	Lav	Lav	Lav	Høy		
Vektøkning	Liten økning	Ingen	Moderat reduksjon	Moderat reduksjon	Moderat økning		
Redusert syrefunksjon	Forsiktighet ved eGFR < 30, se preparat-omtale (SPC) for de ulike legemidlene			Se preparat-omtale (SPC) for de ulike SGLT2-hemmere ved eGFR-verdi for oppstart. Seponeres ved eGFR < 30	Dose reduksjon kan være nødvendig	Se preparat-omtale (SPC) for de ulike SGLT2-hemmere ved eGFR-verdi for oppstart. Seponeres ved eGFR < 30	Forsiktighet ved eGFR < 30, se preparat-omtale (SPC) for de ulike legemidlene
	Se «Hvor varsomt» i kap. 8 «Karsykdom ved diabetes» i retningslinjen						
Kommentar	Fortrinnsvis 2. linjemedisin	Viktig et legemiddel som har dokumentert sikkerhet i langtidsstudier	Legemiddelgruppen er særlig egnet ved overvekt/fedme	Fortrinnsvis ved behov for betydelig reduksjon av blodsukker		Viktig et legemiddel som har dokumentert effekt på hjerte og har fordelaktige og/eller nøytrale kardiovaskulære effekter	

6. Legemidler til forebygging av makrovaskulære senkomplikasjoner ved diabetes

- Acetylsalisylsyre (ASA) som primærprofylakse ved diabetes
- Acetylsalisylsyre (ASA) som sekundærprofylakse ved diabetes
- Blodtrykk – Intervensjonsgrense, behandlingsmål og valg av legemidler ved diabetes
- Kolesterolenkende behandling som primærforebygging ved diabetes type 1 og 2
- Kolesterolenkende behandling som sekundærforebygging ved diabetes type 1 og 2
- Omega-3-tilskudd som behandling av lipidforstyrrelser

8. Nyresykdom ved diabetes

→ 8.1 Laboratorieprøver for kontroll av nyrefunksjon (eGFR og u-AKR), henvisning til spesialisthelsetjenesten og forsiktighetsregler ved lav GFR

→ 8.2 Blodtrykksbehandling ved albuminuri

→ 8.3 Kosthold ved diabetes og nyresykdom

Revisjon 2021:

Farmakologisk behandling av type 2 diabetes:

Skal vi våge å tenke helt nytt?

- Ikke lenger «blodsukkersenkende behandling»
 - Ikke «førstevalg» og «andrevalg»
- Heller
 - Symptomatisk behandling
 - Risikoreduserende behandling
 - Akutt alvorlig hyperglykemi
 - All blodsukkersenkende behandling
 - Langtidskomplikasjoner
 - Hjerte-/kar: Noen SGLT2-i, GLP1-RA, andre: usikkert
 - Nyre: Noen SGLT2-i, GLP1-RA, andre: usikkert/lang tid
 - Øyne, nyrer, nerver, føtter, annet: All blodsukkersenkende behandling (?)



Anfallsforebyggende legemidler, ikke antiepileptika

Fagtermene vi bruker, bør være mest mulig presise og speile dagens kunnskap. Legemidler brukt mot epilepsi har lenge vært kalt *antiepileptika*. Denne betegnelsen gir inntrykk av at legemidlene motvirker epilepsiutvikling, *epileptogenesen*, men det gjør de ikke. De gir kun en symptomatisk, anfallsdempende effekt uten å påvirke selve epilepsien og epilepsiprososen. De påvirker kun anfallsutviklingen, *iktogenesen*, i en allerede etablert epileptogen lesjon ved å svekke, forkorte eller i beste fall forhindre epileptiske anfall.

Utrykningskjøring og helsekrav ved diabetes type 1

17.09.2020

Karen A. Vogt, seniorrådgiver, Helsedirektoratet



Gjeldende helsekrav

- Førerkortforskriften vedlegg 1 § 31 kolonne C
 - ved bruk av legemidler som kan gi hypoglykemi
- § 31 bokstav d) – krav i førerkortgruppe 2 og 3:
 - at fører «kontrollerer blodsukkeret minst to ganger daglig, ikke mer enn to timer før kjørestart og siden hver andre time, eller oftere dersom det er nødvendig, inntil kjøringen avsluttes»
- «Det kan ikke gis anbefaling i helseattesten om førerrett for kompetansebevis for utrykningskjøring og kjøreseddel for persontransport med buss.»

Tidligere helsekrav og dispensasjon

- Helsekrav i førerkortforskriften før oktober 2016:
 - *"Det må ikke være diabetes mellitus som behandles med insulin eller andre blodsukkersenkende medikamenter."*
- Retningslinjer for dispensasjon - førerkortveileder (IS-2070) mars 2013 til oktober 2016:
 - Dispensasjon skal ikke gis ved førstegangsutstedelse klasse D1, D, kjøreseddel, utrykningskjøring mm
 - Ved søknad om fornyelse:
 - «Velregulert sykdom, der søkeren har god evne til å merke hypoglykemi, kan være forenlig med dispensasjon for klasse D1 til privat bruk forutsatt særlige behov (jf. pkt. 5.5.1). Dispensasjon kan også gis for kjøreseddel for drosje når søkeren er etablert som sjåfør og det er små muligheter til annet arbeid. **Dispensasjon skal ikke gis for kl. D eller kompetansebevis for utrykningskjøring.»**

EUs førerkortdirektiv

- EU direktiv 2009/113/EF, punkt 10.3 (gruppe 2, inkl. norsk gruppe 3)
- Ingen tilfelle av alvorlig hypoglykemi siste 12 måneder
- Krav til blodsuktermåling:

«the driver must show adequate control of the condition by regular blood glucose monitoring, at least twice daily and at times relevant to driving»
- Har ikke egne regler for utrykningskjøring og kjøreseddel

Regelverk i andre land

- Storbritannia innfører vevsglukosemåling for gruppe 1 (med noen unntak), men ikke gruppe 2
- Forslag fra Nederland:
 - Vevsglukosemåling ved bruk av SU-tabletter i gruppe 2
- Forslag fra Tyskland:
 - Fortsatt krav til blodglukosemåling i gruppe 2, men noe moderert:

Alt. 1: «regular blood glucose monitoring at least at times relevant to driving»

Alt. 2: «regular blood glucose self-monitoring, which are usually made twice daily or at least at times relevant to driving»

Minimumskrav og nasjonale krav

- EUs førerkortdirektiv angir minimumskrav
- Landene kan ha strengere krav
- Vevsglukosemåling alene oppfyller ikke EU-krav for førerkortgruppe 2 og 3
- Vevsglukosemåling som supplement til blodsuktermåling – tilstrekkelig trafikksikkert ved utrykningskjøring?
- Andre kontrollmetoder?

Bakgrunn

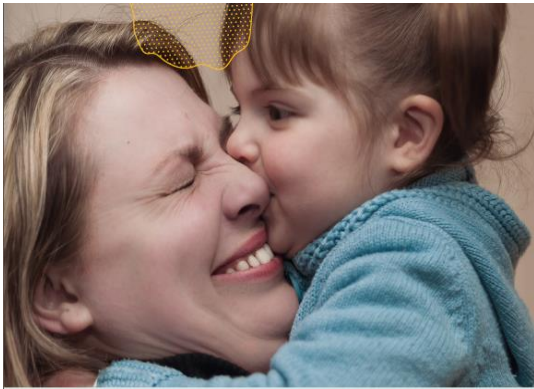
- Politibetjenter og ambulansesjåfører som søker dispensasjon etter oppstart med insulin
- Stortingsrepresentant bedt Justisdepartementet vurdere forskriftsendring
- Anbefaling fra behandlende lege?
- Dispensasjon etter § 7
 - en snever unntaksbestemmelse
 - kan benyttes i helt spesielle tilfelle
 - skal ikke brukes til generelt unntak på et område
 - kan ikke vektlegge behov for førerett

Vurdering fra fagrådet

- Kan utrykningskjøring tillates ved diabetes type 1?
- I så fall på hvilke vilkår?
- Bør det gjøres forskjell på diabetes som behandles med SU og insulin?

Forskrifts- endringer på høring

- Forslag til endring av vedlegg 1
- § 30
 - helsekrav oppfylt med vanlig varighet (15 og 5 år) ved kostregulering
 - helsekrav ikke oppfylt med vanlig varighet ved bruk av blodsukkersenkende legemidler
- meldeplikt ved oppstart av behandling med blodsukkersenkende legemidler som antas å vare i mer enn 6 måneder
- § 31 kolonne C – helseattest med tre års varighet
- § 31 kolonne B – endringer vedtatt i 2018 trolig i kraft fra november (Liechtensteinsaken)



FORELDREVEILEDNING

Samspillet mellom barn og foreldre om diabetesbehandlingen

diabetesforbundet



FORELDREVEILEDNING

Samspillet mellom barn og foreldre om diabetesbehandlingen

VEILEDER FOR HELSEPERSONELL

diabetesforbundet



Helsedirektoratet / Diabetesforbundet

- ▶ Jon Haug psykologspesialist (leder)
- ▶ Barneleger, diabetes-sykepleiere, ernæringsfysiolog, foreldrerepresentanter, pedagoger
- ▶ Rulles ut i Norge nå, separate møter med hver enkelt barneavdeling.
- ▶ Alt ligger tilgjengelig på diabetesforbundets nettsider

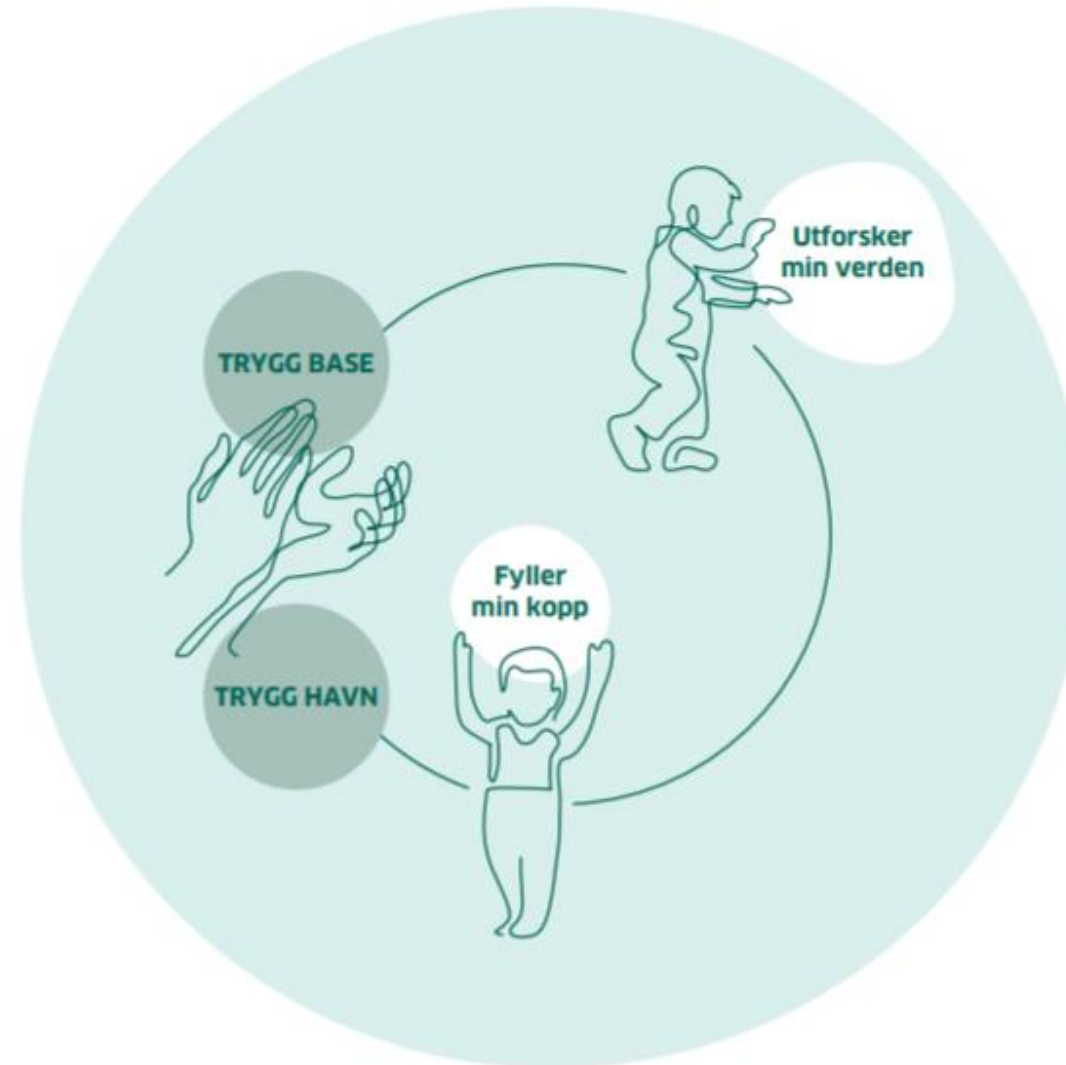
«Barnediabetesteamene har mye ressurser»

- ▶ Umulig å matche dette ved overgang fra barn til voksen
- ▶ Foreldre krever ufattelig mye mer informasjon om sitt barns helse og behandling enn om sin egen helse og behandling
- ▶ Krever mye tid
- ▶ Metabolsk minne, kontroll de første 10 år etter sykdomsdebut er svært viktig!
- ▶ Etablering av gode vaner og lite angst
- ▶ Barnet -- Foreldrene - Diabetesteamet
 - ▶ Trygghets-sirkler

Trygghets-sirkelen

TRYGGHETSSIRKELEN

Foreldre med fokus på barnets behov



Barnediabetes-team samarbeider mye! Jon Haug har inspirert oss i mange år

- ▶ Alle barneavdelinger deltar i Barnediabetesregisteret
 - ▶ Årskontroller i 2019: 2961 pasienter (426 nyoppdagede)
- ▶ Gode retningslinjer for oppstart tekniske hjelpemidler
- ▶ Savnet tilsvarende strukturerte opplegg for foreldreveiledning
- ▶ Sjekklister inkludert «å leve med diabetes»

- ▶ Familiene er de som gjør den daglige jobben
- ▶ Helsepersonell er veiledere og støttespillere
 - ▶ Tips og råd fra Jon Haug har allerede blitt brukt i utstrakt grad 😊

Gullkorn:

- ▶ Foreldrene er den trygge basen så barnet kan godta situasjonen
- ▶ Gi diabetes en naturlig plass i dagliglivet
- ▶ Skape et psykologisk avhengighetsbehov for insulin «Insulinet er en venn»
- ▶ Spør om barnet og ikke om blodsukkeret
- ▶ Må tåle å se høye og lave verdier uten å føle at det er barnets eller foreldrenes feil «psykologisk toleranse for avvikende blodsukker»
- ▶ Samtidig mål om best mulig kontroll og best mulig helse
- ▶ Ønsket om å ha fri fra diabetes vs kroppslig behov for insulin.

Foreldreveiledning og samtalekort

- ▶ Tenkt brukt allerede i stor grad under første innleggelse (7-10 dager)
- ▶ Blå kort legges ned på bordet og er «spørsmålskort»
- ▶ Gule kort er veiledningskort til helsearbeideren

- ▶ Hvordan har dere hatt det sammen på sykehuset?
- ▶ Hvilke tanker og reaksjoner har dere hatt?
- ▶ Hvordan tenker dere at hverdagen blir hjemme?

- ▶ **Det er alltid noe å rose!** HbA1c er ingen eksamen.
- ▶ Det er alltid noe å **lære**.
- ▶ Det er hver dag **nye erfaringer** som gir grunnlag for læring.

SLIK BRUKER DU SAMTALEKORTENE

Samtalekortene er et verktøy for deg som veileder. De inneholder noen undrende spørsmål for å få i gang de gode samtaler, relasjonsbyggingen, trygge rammer og du lærer veisøkerne å kjenne.

Du må forberede deg til hver samtale. Ha klart, gode eksempler du kan bruke.

De to første kortene brukes i innleggesperioden. De andre kortene brukes i senere samtaler. Du kan med fordel bruke samtalekortene flere ganger.

Ved første samtale kan gjerne barnet være med. Det bør legges til rette for at foreldrene senere har samtaler uten barnet til stede.

For å være god veileder, må man øve. Øy gjerne sammen med en kollega. Bruk rollespill og gi hverandre tilbakemeldinger.

Du er veileder og foreldrene er veisøkere.

Forberedelser:

Dette samtalekortet passer å ta to til tre dager etter innleggelsen.

Både familien og du har lest **kapittel 5 og 6** i foreldreveiledningen.

Samtale:

- Hvordan har dere hatt det sammen de første dagene på sykehuset?
- Hvilke fine egenskaper har barnet? I hvilke situasjoner har disse egenskapene vært særlig tydelige?
- Hva har dere lagt merke til ved barnet siden innleggelsen?
- Håp og forbilder: Du forteller om fiktive eller reelle familier som likner litt og som det går bra med.
- Hvordan kan dere (foreldrene) få til samarbeidet om diabetes med barnet?

Følelser dominerer ofte diabetesen

- ▶ Bekymring for føling
- ▶ Bekymring for å gi feil dose insulin
- ▶ Bekymring for at barnet skal gå glipp av «livet»
- ▶ Bekymring for syreforgiftning
- ▶ Bekymring for senkomplikasjoner
- ▶ Bekymring for å ikke være en god forelder
- ▶ Bekymring for å påføre barnet smerte ved stikk
- ▶ Diabetesbehandlingen er en jobb, ikke en øvelse i flinkhet
- ▶ Tekniske vurderinger må ikke ta opp all plassen i konsultasjonene

Positive tilbakemeldinger på innsatsen/jobben og ikke resultatet

1. Anerkjenne
2. Møte følelsene
3. Normalisere livet med diabetes
4. Behovet for kontroll
5. Blodsukker verdien er et effektmål
6. Blodsukker verdier er korrigerbare
7. Forelder og behandler
8. Diabetes og familieliv
9. Diabetes i barnehagen og på skolen

• Slik bruker du denne veilederen	3
• Del 1: Første innleggelse og nylig diagnose	5
Den første samtalen	5
Den andre samtalen	6
• Del 2: Temaer i poliklinisk oppfølging	7
Tema 1 – Foreldrenes tanker og reaksjoner	7
Tema 2 – Diabetes har særegne psykologiske utfordringer	7
Tema 3 – Utvikling og mestring	7
Tema 4 - Overgangsperioder	8
Tema 5 – Samspillet mellom foreldre og barn	8
Tema 6 - Trygghet og diabetes	9
• Del 3: underlagsmateriale/fordypning	10
Foreldrenes tanker og reaksjoner	10
Diabetes har særegne psykologiske utfordringer	10
Utvikling og mestring	13
Overgangsperioder	14
Samspillet mellom foreldre og barn	15
Trygghet og diabetes	18
• Litteratur og henvisninger	22

1. DINE TANKER OG REAKSJONER	8
1.1 Det er normalt å reagere sterkt på det som har skjedd	9
1.2 I starten kan behandlingen virke uoversiktlig og veldig komplisert	13
1.3 Erfaringer skaper forandring	15
1.4 Det er nyttig å ha noen å samarbeide med	15
2. DIABETES HAR SÆREGNE PSYKOLOGISKE UTFORDRINGER	16
2.1 Det må etableres et reguleringsopplegg for Insulintilførsel	18
2.2 Tall og tallforståelse	20
2.3 Det psykologiske behovet for insulin	21
2.4 Det er fort gjort å sette for lite eller for mye insulin - umulig å unngå	22
2.5 Bekymringer om framtiden	23
2.6 Livet består av mye mer enn diabetes	24
3. UTVIKLING OG MESTRING	26
3.1 Modning og erfaring er en forutsetning for mestring	27
4. OVERGANGSPERIODER	30
4.1 Fra spedbarn til småbarn	31
4.2 Fra småbarn til skolebarn	33
4.3 Fra småskolen til mellomtrinnet	33
4.4 Fra mellomtrinnet til ungdom	34
4.5 Fra ungdom til ung voksen	35
4.6 Barnet ditt i alle overgangstidene	35

5. SAMSPILLET MELLOM DEG OG BARNET DITT	36
5.1 Virginia Satir	37
5.2 Foreldrehverdag	38
5.3 Tilknytningsteori	39
6. TRYGGHET OG DIABETES	42
6.1 Anerkjenne barnets egen forståelse av diabetes	43
6.2 Møte følelsene og opplevelsene - se bak handlingene	44
6.3 Normalisere livet med diabetes	46
6.4 Behovet for kontroll	48
6.5 Blodsukkerverdier er et effektmål	50
6.6 Blodsukkerverdier er korrigerbare	52
6.7 Forelder og behandler	53
6.8 Diabetes og familielev	54
6.9 Diabetes i barnehagen og på skolen	56
6.10 Lær omgivelsene om diabetes	56
7. PROSJEKTGRUPPE	57
8. ANBEFALT LITTERATUR	57
9. EGNE ERFAINGER OG REFLEKSJONER	58

Poliklinisk oppfølging

- ▶ Ønskelig med separate samtaler for foreldre og barn
- ▶ Lege og diabetes-sykepleier
- ▶ Hvordan har dere det i hverdagen? Hva er utfordrende? Søvn? Tanker? Følelser? Trass? Hjelpere?

- ▶ VIKTIG - men tidkrevende
- ▶ Man må også rekke: Avlesning av pumpe og CGM, veiledning for IKF og IF, klinisk undersøkelse (L/V, HbA1c, infiltrater)
- ▶ 30 - 45 minutter går fryktelig fort...
- ▶ Diabetesbehandlingen er 24/7 - på sykehus 3 timer av 8760 timer/år er 0,03%

*Det er ofte i
samspeilet mellom
foreldre og barn
det vil vise seg om
noe har blitt stritt
eller vanskelig.*

Nye prosjekter?

- ▶ Samtalekort mer rettet mot ungdom
 - ▶ Lærings og mestringskurs
 - ▶ Nyoppdagede siste år
 - ▶ Ungdom i ungdomsskole og videregående
 - ▶ Dobbelt-diagnosen Diabetes og Cøliaki
- ▶ Samtalekort rettet mot voksne
 - ▶ Diabetespoliklinker
 - ▶ Almenpraksis
- ▶ Har vi som helsearbeidere tid til dette?
- ▶ Har vi tid til å la være?



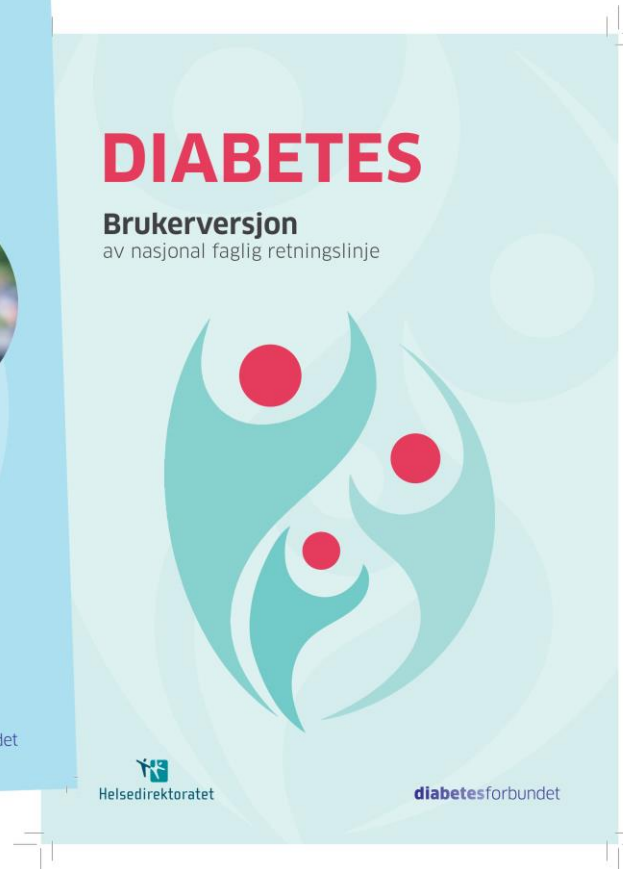
NETTKURS FOR EGENBEHANDLING AV DIABETES

Status

17. september 2020

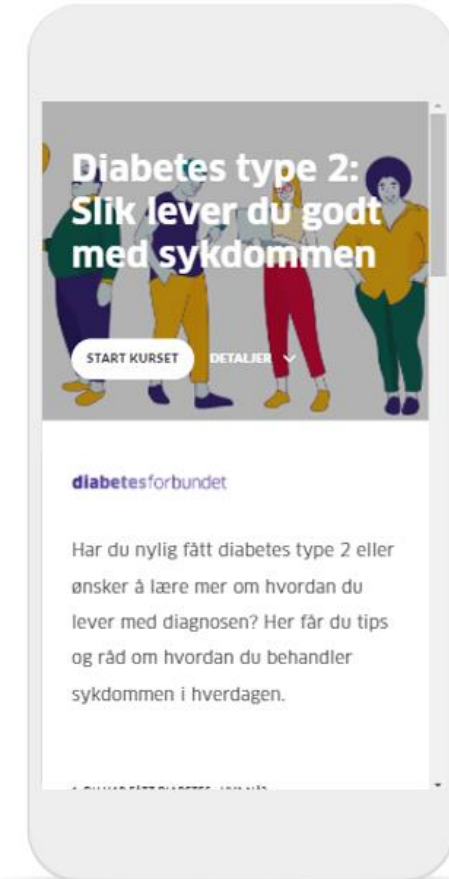
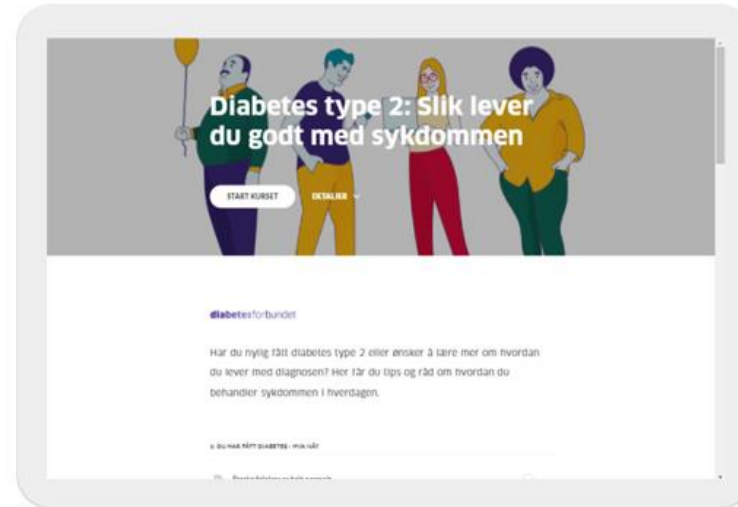
MÅL OG MÅLGRUPPE

- **OPPDRAGET** er å lage et e-læringskurs basert på brosjyrene Veiviser for god egenbehandling av diabetes og Brukerversjon av nasjonal faglig retningslinje.
- **MÅLET** er å bedre mestringen og øke kvaliteten på egenbehandlingen hos personer med diabetes.
- **MÅLGRUPPEN** er i første omgang personer med diabetes type 2. Hovedmålgruppen er definert til dem mellom 25 og 50 med lav diabeteskompetanse, men vi regner med å favne bredere.



STATUS

- Vi har valgt den eksterne **plattformen** Articulate Rise 360.
- En kvantitativ undersøkelse er grunnlaget for prioritering av innholdet: 47 prosent av de spurte vil lære mer om **kosthold**.
- Endringer er også gjort etter personlige **brukertester** gjennomført på Teams.
- Kurset nærmer seg slutfasen for produksjon og gjennomgår intern og ekstern **kvalitetssikring**.
- Vi har produsert **videoer** med to personer som har diabetes type 2.





TILBAKEMEDLINGER FRA BRUKERTESTENE

- Vi fikk bekreftet at budskapet og kommunikasjonen treffer.
- Innholdet ble lest og forstått.
- Stort sett alle interaktive elementer ble forstått og brukt.
- Vi fikk bekreftet at nivået er enkelt nok. Kurset er for de som er nye i diagnosen. For dem som er eldre i diagnosen og svært læringsvillige, er nivået enkelt.
- Alle var positive til quiz, men noen syntes spørsmålene var for enkle.

VIDEOER

- Vi prøvde først ut et videokonsept i amatørversjon, en semistrukturert samtale med Sven som har diabetes type 2. Her er vi innom de mest sentrale problemstillingene ved sykdommen på en lettfattelig og muntlig måte.
- Testpersonene kjente seg igjen i budskap og kommunikasjon.
- Vi avsluttet nylig arbeidet med å lage en proffere produksjon basert på samme konsept, med en mann og en kvinne – Sven og Bettina.





DETTE GJENSTÅR

- Brukertest type 2 og videre kvalitetssikring.
- Kommunikasjon og markedsføring.
- Samarbeid med Frisklivssentralene / fastlegene.
- Stort sett alle interaktive elementer ble forstått og brukt.
- Lansering.
- Bruk.
- Læring og videreutvikling.



PRØV SELV!

bit.ly/kursdia2

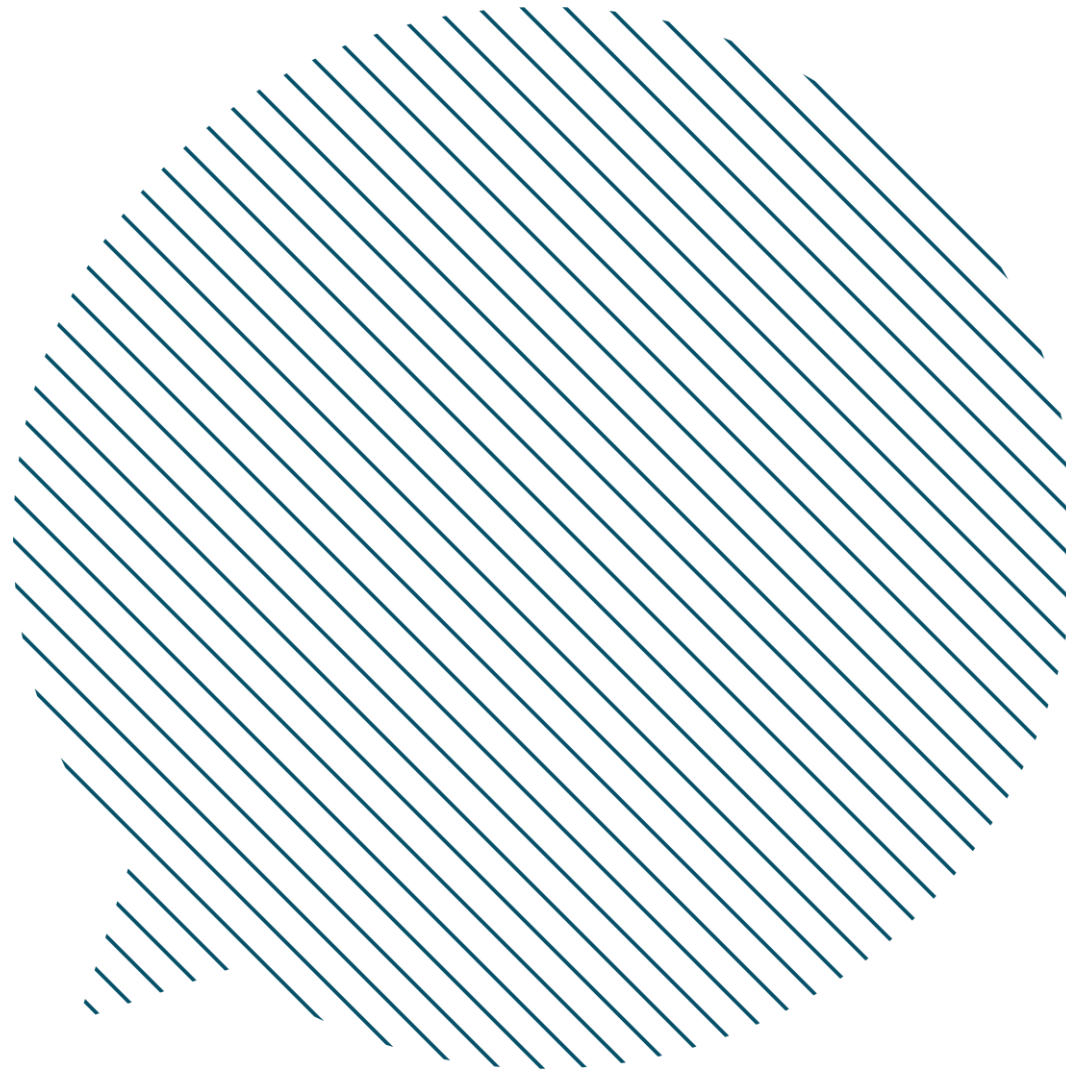
Takk for
oppmerksomheten

Bjørnar Allgot,
generalsekretær

diabetesforbundet

Kostveiledningsmateriale for fastleger - diabetes type 2

Presentasjon Diabetesfagrådsmøte 17-09-20



Bakgrunn for prosjektet

- Blodsukkeret, kolesterolet og blodtrykket påvirkes av det en spiser, og kostholdet en viktig del av egenbehandlingen
- God informasjon om kosthold og kostveiledning bidrar til at den enkelte kan gjøre gode matvarevalg
- Fastleger og andre som veileder personer med diabetes type 2 mangler i dag gode veiledningsverktøy

Mål

Effektmål: Utvikle et verktøy for veiledning om kosthold og levevaner, for å kunne gi bedre og mer individrettet behandling og oppfølging av personer med diabetes type 2

Resultatmål: Ha utarbeidet veiledningsmateriale som bidrar til lavere terskel for fastleger til å gi kostråd ved diabetes type 2, og at personene med sykdommen føler seg ivaretatt på sine premisser

Målgruppe

Målgruppe for bruk av verktøyet:

1. Fastleger
2. Andre som veileder personer med diabetes type 2 eller som har økt risiko for å få sykdommen (eks. frisklivssentraler og sykepleiere i primærhelseteam)

Nytteverdi

For individ/pasient:

- god forståelse av kostholdets betydning
- kunne utnytte potensialet som ligger i ikke-medikamentell behandling av diabetes
- bidra til å redusere risikoen for hjerte- og karsykdom og andre levevanerelaterte sykdommer.

For helsetjenesten:

- behov for enkel, oppdatert og tilgjengelig informasjon til bruk i kostveiledning ved diabetes
- trengs praktiske verktøy for å formidle de oppdaterte kostrådene i Diabetesretningslinjene.

Organisering

Prosjektgruppe

- Elisabeth Austad
- Kirsti Bjerkan
- Anne-Marie Aas
- Ingvild Felling Meyer

Ressursgruppe

- 2 fastleger: Kjersti Nøkleby og Jorg Karlgaard
- 3 sluttbrukerrepresentater
- 2 fra Diabetesforbundet: Betyl og Ragnhild Gjevre
- 1 rep Nasjonal kompetansesenter for læring og mestring
- 3 fra h-dir. kommunikasjonsavdeling/ flerkulturelt
- 1 med erfaring fra Frisklivssentralen

Prosjektets fremdrift og status

Prosjektets fremdrift

- Workshop med prosjektledelse, arbeidsgruppe og ressursgruppe i oktober 2019
- Arbeidsgruppen samlet innspill og utarbeidet ideer til innhold og format
- Prosjektet inndelt i to faser:
 1. Utarbeide verktøy for å kommunisere *innholdet* i rådene (faktaark, digital flip-over)
 2. Virkemidler for adferdsendring, mestring og motivasjon til å gjøre endringer i kostholdet (eks åpne spørsmål i hht allostatic load , teknikken MI)
- Uformell høring blant fastlegene i ressursgruppen
- Høst 2020:
 - skriver ferdig tekster, tar bilder og samarbeider med reklamebyrå for å utarbeide illustrasjoner og layout
 - Møte med ressursgruppa 5.nov: tilbakemelding på produkt så langt
 - Lansering Diabetesforum 2021

Tema for faktaark og flip-over

- Mat og diabetes type 2
 - Brød og kornvarer
 - Frukt, grønnsaker og bær
 - Belgvekster
 - Nøtter
 - Fisk/sjømat, fugl og kjøtt
 - Magre meieriprodukter
 - Fettkilder
 - Sukker og energifrie søtstoffer
 - Salt
- Tradisjonell middelhavskost
- Moderat karbohydratredusert kost
- Kost med lav glykemisk indeks
- Vegetarisk kosthold
- Alkohol
- Vektreduksjon

Innhold faktaark og flip-over

- Fakta om temaene
- «Visste du»/fun fact relatert til temaet
- Utfordring:
 - Hva gjør du bra i dag?
 - Hva kan du gjøre bedre?
 - Hvordan gjøre endring?

Faktaark sukker og søtstoff

I likhet med det som anbefales for befolkningen for øvrig anbefales det å **begrense inntak av alle typer tilsatt/fritt sukker**, også fruktose, til maksimalt 10 energiprosent. Dette tilsvarer for en voksen person ca. 50-70 g eller 25-35 sukkerbiter per dag. Anbefalt 10-20 g per måltid



HVA ER TILSATT / FRITT SUKKER?

hvitt og brunt sukker
honning
fruktjuice/ fruktjuice konsentrat
sirup/ lønnesirup/ melasse
sukkerarter som ender på "ose" (dektrose, fruktose, glukose, laktose, maltose, sukkrøse)

Sukkerholdig drikke gir ekstra rask blodsukkerstigning samtidig som det ikke gir samme metthetsfølelse som mat i fast form. Slik drikke inneholder mye energi (kcal), men lite eller ingen næringsstoffer. Sukkerholdig drikke bør derfor unngås ved diabetes

Sukkerholdig drikke er:

- Saft/ brus med sukker
- Fruktjuice
- Smoothies
- Melkedrikker tilsatt sukker
- (Is)Kaffe/(is)te tilsatt sukker
- Energidrikk



Utfordring: Hva kan du spise/drikke i stedet for... (sett inn bilder av vanlige «fristelser og en åpen rute ved siden av eller alternativer

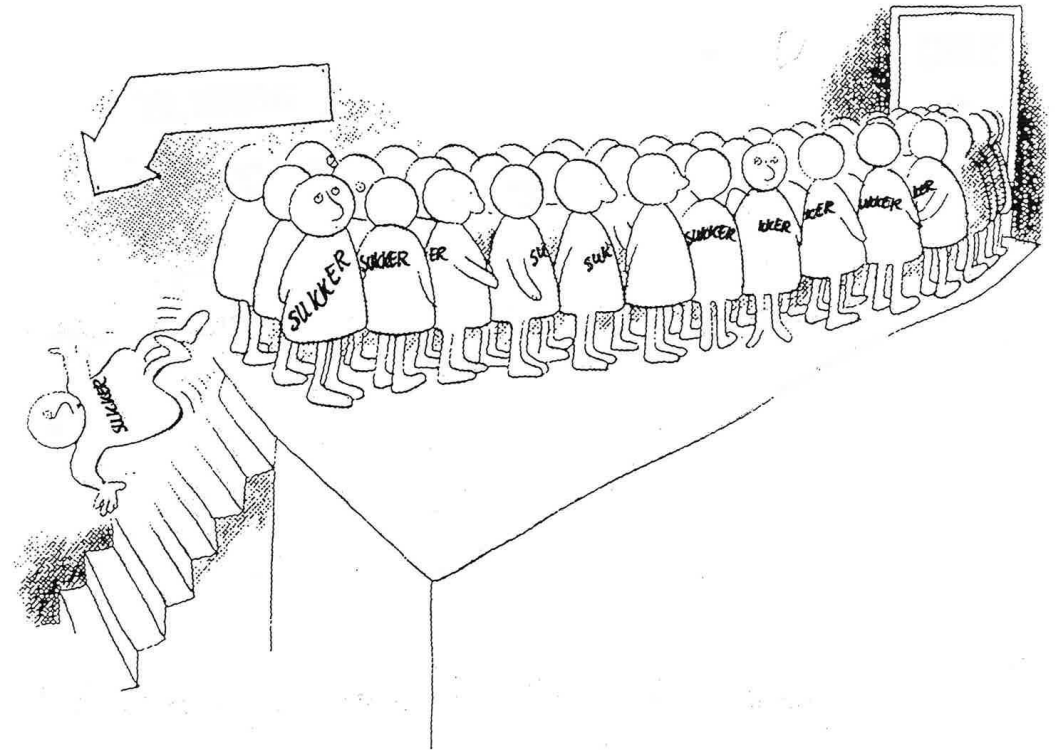
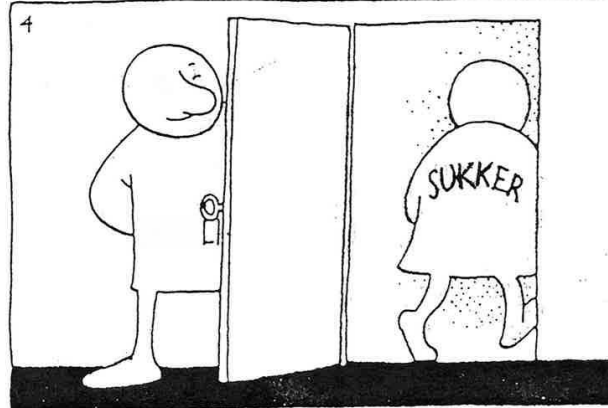
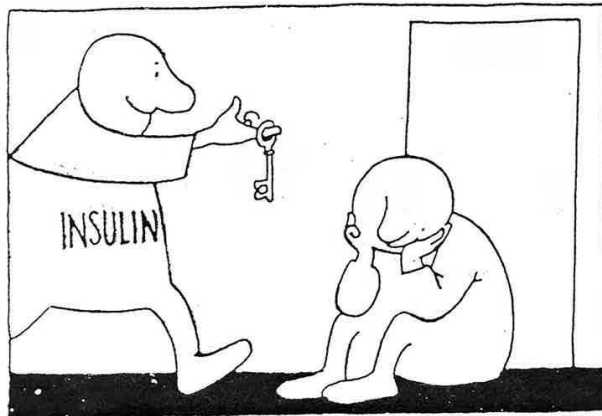
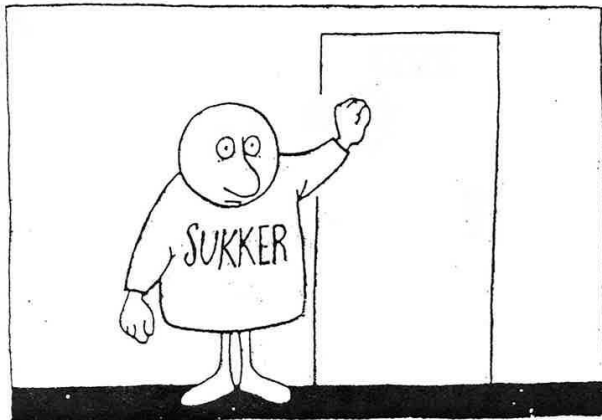
- Sjokolade
- potetgull
- Dessert/is
- Boller/kaker



I Norge er det gjennomsnittlige inntaket blant voksne rundt 7-8 energiprosent, og det er grunn til å tro at det er enda lavere blant personer med diabetes. Likevel er det mange skjulte «sukkerbomber» i kostholdet vårt:

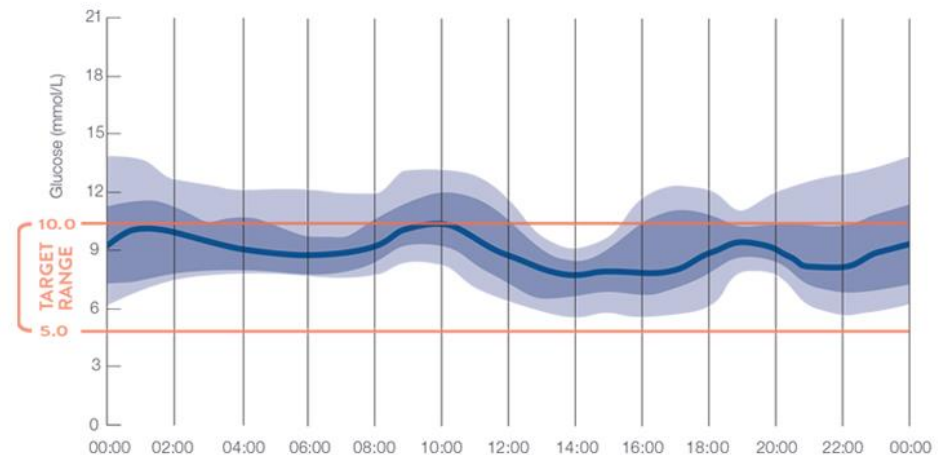
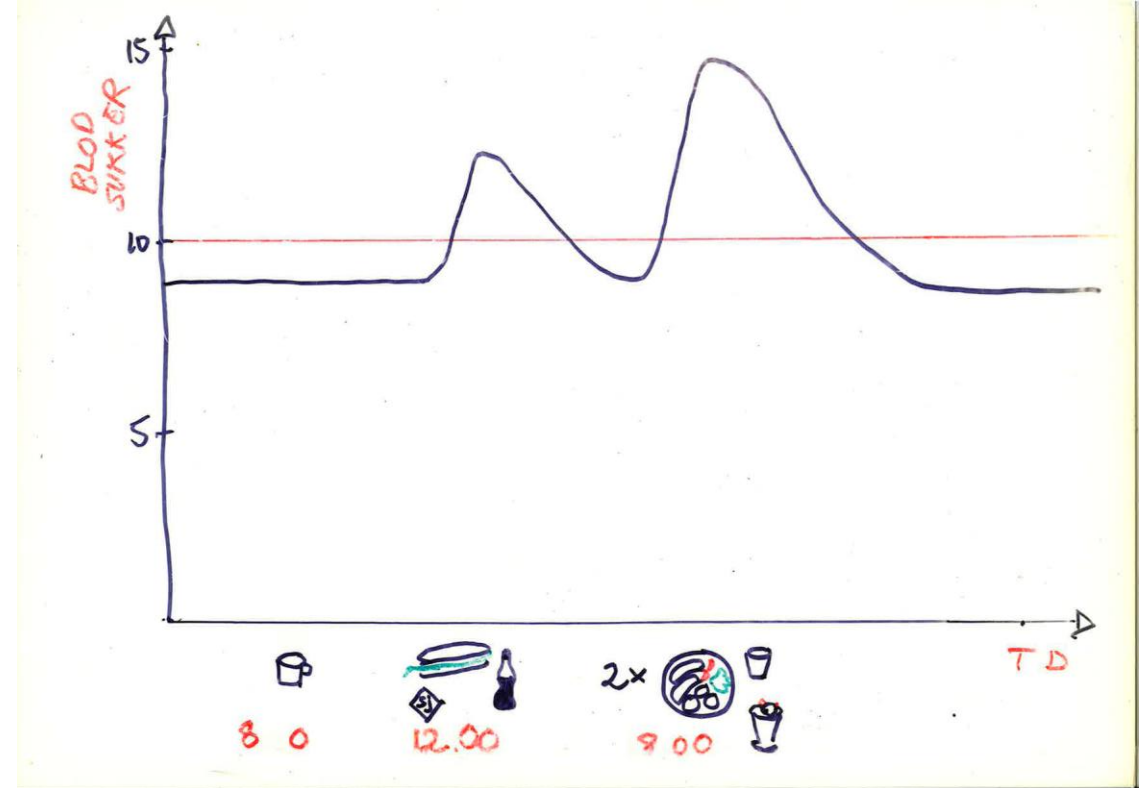
Hva tror du inneholder mest sukker av disse matvarene? (bilde av 5 typiske dagligvarer med sukker som man oftest ikke tenker over er kilder til sukker)

Illustrasjon av blodsukker og insulins virkning



Illustrasjon på måltids virkning på blodsukker, betydning av måltidsrytme og ønsket blodsukkernivå

- Bruk eksempel med en mer ideel måltidsfordeling enn på bilde
- Bruke kurver ala det som vises på avlesninger av kontinuerlig blodsukkermålinger (bilde 2)
- Vise øvre og nedre grense for blodsukker, gjerne med fargekoding slik at det som er over 10 eller under 4 mmol/l er rødt og det som er innenfor er grønt.



Kostmønstre – tallerkenbilder som viser de ulike kostmønstrene og hvor samme type matvarer benyttes

Tradisjonelt middelhavskosthold /
Nordisk kost



Medelhavskost. Kyckling- och squashspett, pasta och potatis i pesto, sallad med spenat, rucola, morot, avokado och sötmandel. Måltiden innehåller 602 kcal – 18 E% protein, 37 E% fett, 45 E% kolhydrat.

Kost med lav glykemisk indeks



Traditionell diabeteskost med lågt GI. Kyckling- och squashspett, pytt på bönor, potatis och gryn, kall sås och sallad med morot, apelsin och spenat. Måltiden innehåller 599 kcal – 18 E% protein, 28 E% fett, 55 E% kolhydrat.

Illustrasjon NYE KOSTSIRKLER

- Det er ønskelig med nye kostsirkler (norsk matkultur og andre matkulturer/innvandrerkostsirkel) som bedre synliggjør
 - nøtter
 - belgvekster
 - brødvarer, inkl. chapati o.l. (fine/grove, «fluffy»/kompakte)
 - müslivarianter
 - ris/pasta; vanlig/fullkorn
 - ...
- Ønskelig at de lages slik at de kan brukes både ved DM2 og DM1 (med og uten «strek»).
- På en nettside/elektronisk versjon kan kostsirkelen eventuelt lages som det er gjort på kostverktøyet.no hvor man ved å klikke på de enkelte matvaregruppene får utfyllende informasjon, f.eks. et fakatark (se lenken for et eksempel) <https://www.kostverktoyet.no/kosthold/kostsirkelen>



Landsforeningen for kosthold og helse (LKH) 2007



Helsedirektoratet

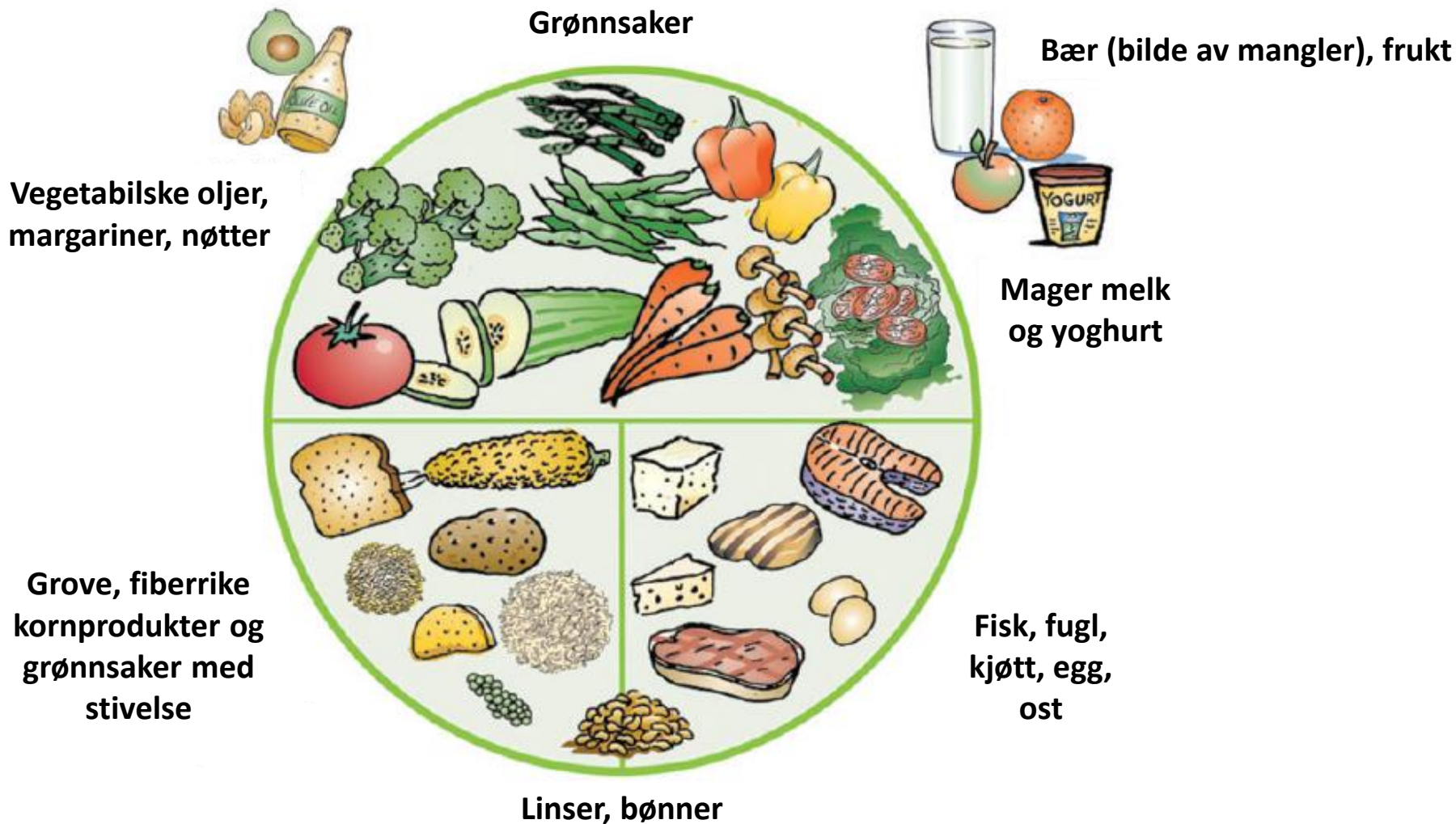


Andre matkulturer

En ny og god illustrasjon av **Tallerkenmodellen**

Ønskelig at det lages **kulturspesifikke versjoner**.

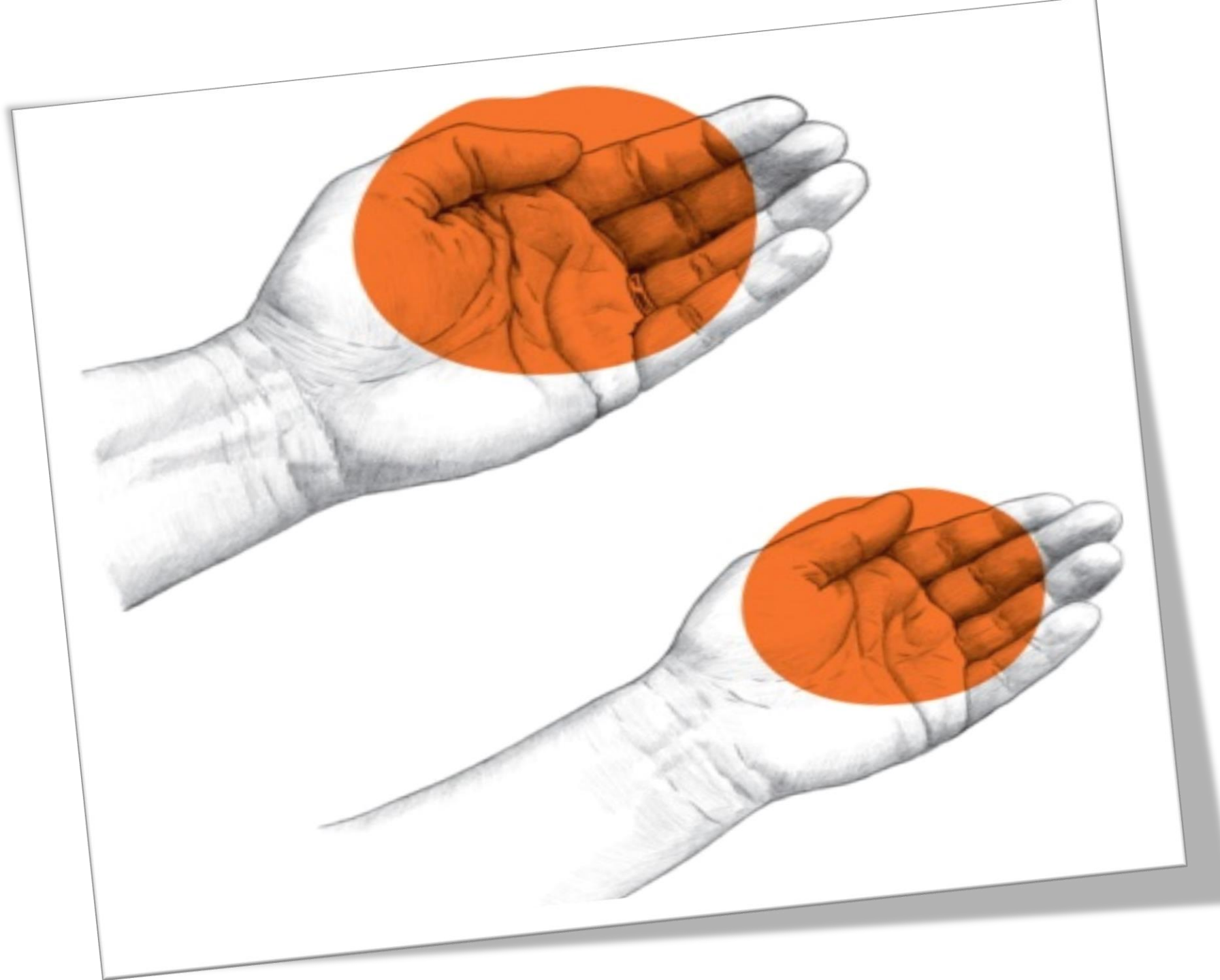
Et eksempel:



En mulig måte å illustrere 5 om dagen

Enkelte av bildene/5 om dagen-porsjonene
er ikke i tråd med rådene. Må endres.





Hva er en porsjon?

Hvordan vise 1 porsjon
(100 gram)?

Blodsukker



Små grep, stor forskjell

