

REFERAT FRA MØTE I NASJONALT FAGRÅD FOR DIABETES

Fredag 12 april 2024 kl 9:30 – 15:30

Radisson Blu Gardermoen

Deltakende fagrådsmedlemmer: Tore Julsrud Berg, Kåre I. Birkeland, Jens Petter Berg, Anne-Marie Aas, Trond G. Jenssen, Kjersti Nøkleby, Elsa Orvik, Jan Robert Johannesen, Nina Reimers, Elisabeth Øines, Britt Inger Skaanes, Ragnar Joakimsen, Grethe Ueland, Bjørn Olav Åsvold, Lars Krogvold og Tilla Landbakk.

Forfall: Victoria Telle Hjellset

Fra Helsedirektoratet: May Cecilie Lossius, Henriette Øien, Monica Sørensen og Anna Randby

Eksterne: John Cooper, Peder Langeland Myhre

Sak nr.	Sak/ansvarlig	Tema
1	Velkommen v/Tore Julsrud Berg	• Referent: Monica og Anna • Velkommen til nytt medlem i fagrådet, Britt Inger Skaanes, generalsekretær Diabetesforbundet. • Referat fra møtet 15.11.24 godkjent • Dagsorden godkjent • Saker til eventuelt: nei
2	Norsk Diabetesregister for voksne v/John Cooper	Tilbakemeldingsrapport fra sykehuspoliklinikkene oppfølging av diabetes type 1, 2023 (se vedlagte PPT). Type 1 diabetes: Dekningsgrad 88 % (basert på hvor mange som har fått en DM1 diagnose i Norsk pasientregister). 29 666 pasienter i registeret. Ca. 500 nye tilfeller voksne med DM1 hvert år. Ca. 15 % er over 60 år når de får diagnosen. Stor variasjon i median HbA1c mellom sykehus, fra 53 til 60 mmol/mol. Stor forbedring i andelen pasienter med HbA1c ≤53 mmol/mol de siste 10 årene. Andelen med HbA1c >75 mmol/mol 9,6 %. Ikke sign. Fall i HbA1c etter Kvalitetsforbedringsprosjekt på HbA1c fra 2018 Andelen med minst en alvorlig hypoglykemi siste år er redusert fra ca. 11% til 5% siste 10 år. Registrert røykevaner hos over 90 %. 12% (15% fra PROM data) dagligrøykere mot 7% i den generelle befolkningen. Svært alvorlige tall som det bør gjøres noe med. Fotundersøkelse hos 84 % i løpet av de siste 4 årene, 64 % siste år. Svært stor variasjon mellom sykehus Øyeundersøkelse registrert hos 70 %. Ca. 43% bruker pumpe. Over 90 % bruker CGM. 61% når LDL-mål ved primærprevensjon (<2,5 mmol/L), 51 % ved sekundærprevensjon (<1,8 mmol/L), kvalitetsforbedringsprosjekt pågår. 78 % har målt urin-AKR, kvalitetsforbedringsprosjekt pågår.

		<i>Diskusjon:</i> Har begynt å registrere TIR for å sammenligne med HbA1c. Barn: 55,4 % oppnår behandlingsmål. 95 % bruker CGM. RELIS har møter med fastlegene om riktig legemiddelbruk. Fastleger trenger bedre verktøy for å jobbe med kvalitetsarbeid. Diabetesskjema bør videreutvikles til å bli fullintegret og bli noe alle tar i bruk.
3	Kampanje årskontroll v/Hdir	Kampanje til skjermer på legekantorene. Hdir i samarbeid med Try og NDV. <i>Diskusjon:</i> Informasjon om årskontroll bør gis via Helsenorge, evt. i tillegg til annen informasjon om hva pasienten kan gjøre selv. Må ikke bli så mye målrettet info via Helsenorge at viktig info drukner.. Mange leger styrer selv hva som vises, kan sende til legene eller helst til sekretær på kontoret mail med det som kan vises.
4	Kampanje røyking v/Hdir	Egenrapporterte data viser at 15 % av pasienter med type 1 røyker, mens 18 % av pasienter med type 2. Hdir i samarbeid med Try ønsker å lage en kampanje om risikoen for hjerte- karsykdom + skader på nerver, nyre, øyne, sårtilheling, infeksjoner m.m. <i>Diskusjon:</i> Hva kan vi tilby? Har ikke noe tilbud – Champix ikke mulig å få tak i. Pasientene har ikke tro på nikotinpreparater og app. Frisklivssentraler har røykeavvenningshjelp/kurs. Viken prosjekt Champix + veiledning i frisklivssentral ga gode resultater, var gratis tilbud. Problem at frisklivssentral bare har tilbud på dagtid, Finnes ingen knapp for henvisning til frisklivssentral. Det fungerer med motiverende intervju teknikk. Hvorfor fortsetter de? Redd for vektoppgang? Kommer ingen vei med å gi informasjon eller hvis pasienten ikke er interessert. Det hjelper ikke med kampanjer for røykeslutt, må ha bedre tilbud og gratis hjelpemidler. Mange av dem ønsker ikke å slutte.
5	Orienteringer fra Hdir v/Hdir	<u>Hdir jobber med en artikkel om startkurs i Utposten</u> Kan registeret sende melding til de som ikke har vært på kurs? Mangler motivasjon, i hvert fall når det har gått mange måneder. E-læringskurs og kveldskurs mangler. Trenger at fastlegene snakker frem kurset for å få pasientene til å delta. Ta bort henvisningskravet? Bruke praksiskonsulentene på sykehusene til å informere fastlegene om kurs? Bodø tilbyr kortere drop-inn kurs og et lengre senere. I Bærum har kommunen overtatt kurset, og pasientene trenger ikke henvisning. Bør ikke hete Startkurs, mange skjønner ikke at det har med diabetes å gjøre. <u>Prosess for reoppnevning av fagrådet</u> Hdir har vedtatt at vi ønsker å videreføre fagrådet, ønsker å reoppnevne for perioden 2024-2026. Mandatet er oppdatert og ligger på nettsiden.

		Hdir vil sende ut forespørsel om hvem som er åpne for å sitte i en ny periode. Møtet over sommeren blir siste møte for dette fagrådet. <u>Siste nytt fra retningslinjerevisjon</u> De 6 kapitlene under revisjon sendes på høring samlet Mål om samlet intern høring før sommeren. <i>Diskusjon:</i> Tar for lang tid. Burde vi heller bruke internasjonale retningslinjer? Gi ut en årlig kommentar til de internasjonale retningslinjene i stedet? Retningslinjene brukes mye i studentundervisning og viktig at de er oppdaterte. <u>Fagprosedyre</u> Fagprosedyre for diabetesoppfølging i hjemmetjeneste og sykehjem ble publisert i fjor og finnes her (trykket versjon kan bestilles). Kort film (2:52 min) om prosedyren finnes her: https://vimeo.com/925772759. Filmen er utilsiktet glukosentrisk
6	CGM ved diabetes type 2 v/Kjersti Nøkleby	12-24 ukers studier viste i metaanalyse -0,32 % nedgang i HbA1c. Klinisk signifikant grense antatt ved -0,5 % (NICE). For lite data til å si noe om effekt på livskvalitet (men sterkt knyttet til hypoglykemi som ikke er tilsvarende problem som ved type 1). Effekten lik hos de som bruker og ikke bruker insulin, ingen effekt på hypoglykemiforekomst (ikke uventet siden de har intakt glukagonrespons). Finnes kun kortvarige studier på effekten av CGM på levevaneendringer. (Se vedlagte ppt.) Urealistisk å finne noe når man slår sammen alle type insulinbrukere. Kan være nyttig å se på median HbA1c for å få med outliere.
7	Nasjonalt diabetesforum avlyses i 2025 v/Diabetesforbundet og Hdir	Diabetesforbundet gjennomfører en omorganisering av sekretariatet. I 2024 blir det fylkesvise forum med en åpen digital del. Kommer info på nettsiden. Det vil ikke bli arrangert Nasjonalt Diabetesforum i 2025 pga. den økonomiske situasjonen Vil bli Diabetesforum i 2027, men må planlegges slik at det ikke går i underskudd. Mulig samarbeide med Regut, Legeforeningen, DF og Hdir om et arrangement med videreutdanningsfokus?
8	Kurs i strukturert program for vektreduksjon v/Hdir	Hvordan legge opp kurs for helsepersonell som skal bruke 'verktøykassen' for vektreduksjon? Ikke realistisk at fastleger skal kjøre programmet alene, men med støtte fra annet helsepersonell. Klinisk emnekurs er omfattende å lage, men dette kunne vært som del av et allerede etablert emnekurs i endokrinologi evt. fedme og lipider. Kan det lages et e-læringskurs for legene? Er det fastlegen eller pasienten som bør sendes på kurs? Eks. e-meistring. En blanding av kunnskap og ferdighetstrening kunne være bra – kan ta kunnskapen digitalt og 2-3 timers ferdighetstrening på kurs (bakt inn i klinisk emnekurs). Må ikke glemme medarbeiderne og deres behov for kurs. E-læringskurs er populært. 1000 medarbeidere har tatt kurset til NOKLUS i diabetes på 30 min. Smågruppene er på 3 t. Kunne passe å se på en film og deretter følge et kursopplegg. Ikke bare diabetespasientene som trenger det, men også hjertepasienter, fedme osv. Bør være evidensbasert. Mossekuren og knekkebrød kan være eksempler på evidensbaserte kurer.

9	Biomarkørtesting for hjertesvikt ved diabetes? v/ Peder Langeland Myhre, overlege og førstemanuensis Ahus	Bedre evidens på koblingen mellom diabetes og hjertesvikt. Det er økt risiko for hjertesvikt ved diabetes selv om man har kontroll på risikomarkørene. NT-proBNP skal tas av alle med symptomer. Den er veldig sensitiv men ikke så spesifikk; negativ prediktiv verdi er høy. For å øke presisjonen bør man bruke en klinisk vurdering i tillegg. Pasienter uten hjertesviktsymptomer skal ikke ha behandling. Pasienter med høy alder – ha en høyere terskel enn hos yngre. Over 75, 50-75 og under 50 år. Atrieflimmer øker sannsynligheten for hjertesvikt, og bør utløse måling av NT proBNP. Vanskelig å sette cut-off. WATCHdm er et eksempel på screeningverktøy. Consensus statement fra ESC som kan være nyttig: Practical algorithms for early diagnosis of heart failure and heart stress using NT-proBNP: A clinical consensus statement from the Heart Failure Association of the ESC - Bayes-Genis - 2023 - European Journal of Heart Failure - Wiley Online Library <i>Diskusjon:</i> Viktig at vi blir flinkere til å spørre om symptomer og se etter tegn til hjertesvikt. Er det evidens for å behandle asymptomatisk hjertesvikt? VV. Dysfunksjon = "pre-hjertesvikt". Indikasjon for SGLT2i og øvrig behandling kun hos de med hjertesvikt. Mye høyere risiko for hjertesvikt ved en høy u-AKR. Bedre effekt av SGLT2i hvis økt BNP. Hvem bør screenes i allmennpraksis? Må bruke klinisk skjønn sammen med de kjente risikofaktorene. Får trolig teknologi som kan bruke hjerterate til å finne hjertesvikt og forverrelser. Mulig at insulinresistensen påvirker risiko for hjertesvikt. Lurt å bruke aktiv case-finding først, og deretter måle BNP sekundært. Mange bruker NT-pro BNP på 125 som cutoff ved screening for hjertesvikt. Ta hensyn til fedme og etnisitet, og justere for alder. Se consensusrapport fra ESC for eksempler. Dette hører hjemme i kap 1 i retningslinjen. Samme som fettlever screening. Trenger mer aktiv case-finding for hjertesvikt.
10	Resultater fra GRADE-studien v/ Kåre I Birkeland	Over 5000 pasienter fulgt i 7.5 år, alle brukte metformin i bunn og ble randomisert til fire ulike diabetesmedisiner i kombinasjon med metformin. Det var liten forskjell mellom de fire ulike kombinasjonene på glykemisk kontroll, og det var lite problem med hypoglykemi. Liraglutid har kanskje noen fordeler. (Se vedlagte PPT.)
11	Eventuelt og ny møtedato	Neste fagrådsmøte blir fredag 20 eller fredag 27 sept, avgjøres ved Doodle.

Tore Julsrud Berg
Leder av fagrådet