

DIABETOLOGNYTT

Medlemstidning för Svensk Förening för Diabetologi

År 2014 Årgång 27 Nr 6–7 Höstnumret

Ordföranden har ordet	168
Redaktören har ordet	170
NDR-Nytt	171
Indikatorer för uppföljning och förbättringsarbete	172
Öppna jämförelser bakgrund och syfte	174
Nationella programrådet för diabetes - Nationell samverkan för en ännu bättre diabetesvård <i>Katarina Eeg-Olofsson</i>	176
Förslag till riktlinjer för användning av CGM (kontinuerlig subkutan glukosmätning) SFD	179
Diabetesbehandling inom primärvården – en jämförande studie <i>Hjördis Fohrman</i>	180
God diabetesvård i hemsjukvården <i>Pia Nes, Carina Jonsson</i>	184
Sett & Hört	186
Kongress- och möteskalender	214
Rapport EASD Wien 15–19/9 <i>Anders Frid</i>	Mittuppslag

Redaktör
Doc Stig Attvall
stig.attvall@medicine.gu.se

Ansvarig utgivare
Prof Mona Landin-Olsson
Endokrinologiska kliniken
Universitetssjukhuset
221 85 Lund

Adress till redaktionen
Doc Stig Attvall
Diabetescentrum, Blå Stråket 5
SU/Sahlgrenska
413 45 Göteborg

Annonsansvarig
info@willstedt.se

Bankgiro
5662-5577

Internet
www.diabetolognytt.com
www.dagensdiabetes.se
med dagliga uppdateringar av
diabetesnyheter

Nästa nummer av DiabetologNytt
Planerad utgivning 150215
Deadline för bidrag 150115

Tryck & layout
Litorapid Media AB



Ordföranden har ordet

Efter en varm och solig sommar i hela landet går vi hösten och vintern tillmötes med fyllda D-vitamindepåer. Sommarn gav solrekord i Luleå, med också stor skogsbrand i Västmanland och översvämningar på flera håll efter häftiga regnväder.

SFD var tillsammans med övriga föreningar i Nationella Diabetesteamet, Diabetesbarnläkarna, Diabetessköterskorna, Dietisterna och Patientföreningen, representerade i Almedalen i juli. Almedalen sjöd av aktivitet med anledning av valet i höst och "alla var där". De frågor som dominerar politiken är arbete, skola och vård och åter vård. Inför Almedalen hade Nationella Diabetesteamet färdigställt ett häfte i form av en Blåbok som på ett enkelt sätt förklarar vad diabetes är och vilka behov som finns. Blåboken ska kunna läsas av de som inte är experter på diabetes eller ens kunniga inom sjukvård. Tillsammans har vi tagit fram tio saker vi rankar som mest angelägna att arbeta med inom diabetologin under den närmaste tiden. Vi har också gett förslag på hur dessa mål kan uppnås. Blåboken mottogs med entusiasm och hade en strykande åtgång. I detta nummer distribueras ett ex som av trycktekniska skäl kommer att vara i format A5, dvs lite större än originalutgåvan.

SFD var i Almedalen representerat i flertalet symposier varav några arrangerades av Dagens Medicin på "Vårdtorget". Diabetesvården inom primärvården debatterades. De flesta patienter med diabetes kontrolleras och sköts inom primärvården men vårdgaranti och fritt vårdval har inte gyn-



Vackert lysande röda rönnbär. Sura men kanske nyttiga?

nat patientgrupper med kroniska sjukdomar. Certifiering av vårdcentraler och Center of Excellens för diabetes löser inte problemen i glesbygden utan vi måste hitta andra metoder för att garantera god vård för alla. Företrädare för SFAM, Svensk Förening för Allmänmedicin, skulle vilja ha ett enkelt praktiskt användbart vårdprogram som kan bidra till en mera jämlik och kvalitetssäker vård vid diabetes.

Ett symposium handlade om pumpar och andra tekniska hjälpmedel som alltmer kommer in i diabetesvården. Blodsockerreglering är ett område som är synnerligen lämpat för sådana lösningar. Från patienthåll råder det ingen tvekan om att man vill ha ny teknik och att det gör livet med diabetes lättare att leva. Efter att pumparna försvann ur TLV's förmånssystem vid årsskiftet så kan vi konstatera att förskrivningen sjunkit med 30% under första halvåret. Den nya Omnipod pumpen finns inte med i statistiken men det är inte sannolikt att detta ensamt kan

förklara nedgången. Många landsting är inte klara med sin upphandling av pumpar vilken kan göra att man dröjer med att ersätta gamla pumpar och även med att starta upp nya. Uppmärksamheten kring detta där Almedalsdebatten förhoppningsvis gjort sitt till har resulterat i en interpellation (fråga från riksdagen till ett statsråd) till Göran Hägglund om vilka åtgärder man ämnar vidta för att garantera likvärdig tillgång till insulinpumpar i olika delar av landet. Siffrorna är mycket oroande och SFD fortsätter framöver att följa förskrivningen av insulinpumpar.

Upphandling av system för kontinuerlig blodsockermätning (CGM) pågår också i de flesta landsting. Indikation för användning varierar högst avsevärt och vi är alla i behov av gemensamma rekommendationer och riktlinjer. Både för insulinpumpar och glukosmätare av alla slag vore det mycket bättre med en nationell upphandling än som nu separat upphandling i varje landsting.

SFD har tillsammans med SFSD, SDF, Klinisk Kemi och Equalis gjort en kvalitetslista på blodsockermätare och det finns därför bra underlag för vilka instrument som kan komma ifråga. Denna grupp kan göra motsvarande lista för insulinpumpar och CGM om intresse från landstingen finns för detta. En nationell upphandling skulle sannolikt ge bra priser men framför allt spara många arbetstimmar för diabetesläkare och diabetessköterskor ute i landstingen. Mer ingående referat av mötena i Almedalen finns på www.dagensdiabetes.se, inlagt 7 juli 2014.



Vindruvor var en icke förväntad frukt att finna i Härnösand. Sveriges nordligaste vindruvor?

Riktlinjerna för diabetes håller på att revideras, den preliminära versionen diskuteras just nu och det definitiva dokumentet väntas under hösten. Riktlinjerna är till att ge underlag för resurstilldelning inom diabetesvården och lägga ribban för vad man som vårdgivare och patient kan förvänta sig att vården kan erbjuda. Riktlinjerna är däremot inte anpassade att användas i det direkta mötet med patienten utan här skulle vi behöva ett nationellt vårdprogram eller guidelines. Lokala sådana vård-

program finns inom flera landsting och sjukhus.

Det är mycket på gång inom diabetologin, nya läkemedel, nya insuliner, nya hjälpmedel för insulinadministration och blodsockerkontroll parallellt med en explosion av appar och andra IT applikationer för utbildning och stöd. Detta gör det extra viktigt att vi inom vården hänger med och utbildar oss för att kunna ge en vård som ligger i frontlinjen till våra patienter. Inom SFD liksom

andra specialistföreningar är vi oroade av vad det nya avtalet med LIF från 2015 avseende deltagande i kongresser och utbildningsmöten kommer att innebära för oss. Det vittnas på alla håll om brist på diabetologer och diabeteskunniga distriktsläkare så det är viktigt att tänka på att utbilda nya och att fortlopande hålla en hög kompetens.

I oktober kommer vi att erbjuda våra medlemmar och andra intresserade vidareutbildning vid SFD höstmöte i Stockholm. Detta möte arrangeras i samarbete med SFAM och Svensk förening för Psykiatri och kommer att ta upp de problem som finns i vården av patienter med somatisk eller psykisk sjukdom kombinerad med diabetes.



Under några dagar i augusti flyttade styrelsen hem till Anders Kempe i Härnösand för att lägga upp strategin för 2015. Nederst från vä. Mona Landin-Olsson, Stina Lindmark, Soffia Gudbjörnsdottir, Anneli Carlsson. Överst från vä. Anders Kempe, Stig Attvall, David Nathansson, Johan Jendle, Stefan Jansson, Mikael Lilja.

Michael Alvarsson har avgått från SFD styrelse och Johan Jendle ersätter honom som vetenskaplig sekreterare. Vi tackar Michael för hans gedigna arbetsinsats under de gångna åren. David Nathansson från Karolinska Sjukhuset i Stockholm är ny ledamot i styrelsen. Sist men inte minst, glöm inte medlemsavgiften på 200 kr till bankgiro 5662-5577.

*Mona Landin-Olsson
Ordförande, Svensk Förening för
Diabetologi*

Redaktörspalten

I detta nummer av DiabetologNytt har NDR-spalten utökats en hel del med fördjupade nyheter kring NDR-Knappen liksom hur läsaren ska tolka exempelvis konfidensintervall i NDR-rapporter liksom senaste kring Öppna Jämförelser från Socialstyrelsen.

Framgångsfaktorer inom diabetesvården har diskuterats senaste året. Nationellt Programråd (NPR) för Diabetes har också bidragit med vårdprogram kring HbA1c över 70 för barn och vuxna. Katarina Eeg-Olofsson som sitter med i arbetsgruppen rapporterar ingående i en artikel om hur NPR arbetar vidare för bättre diabetesvård.

Hur ser det ut på våra vårdcentraler i Sverige? Ja, det skiljer sig rätt mycket mellan olika landsting - men också en hel del inom samma region. Hjördis Fohrman, distriktsläkare, tar upp skillnader i behandling av diabetes mellan olika vårdcentraler i en region med

drygt 200 vårdcentraler. Hennes synpunkter är värdefulla – och diskussionen på slutet kan tolkas på lite olika sätt. Det är upp till läsaren.

Socialstyrelsen kom 18/6 med remiss-version av Nationella Riktlinjer för Diabetesvård (NRD). En final version kommer i febr 2015. NRD diskuterades i redaktörspalten i sommarnumret. Här nämndes också att hälsoekonomen Katarina Steen Carlsson vid SoS tagit fram en beräknad kostnadsökning för bättre diabetesvård på 239 miljoner kronor per år för hela landet – enbart för de 40 centrala riktlinjerna; dessutom finns ytterligare drygt 100 rekommendationer. Vid ett möte i Stockholm med SoS kring NRD 9/9 informerades att det är upp till varje landsting att ta beslut 2015 för att prioritera fram dessa pengar. Några regioner har redan avsatt pengar för sk ordnat införande av nationella riktlinjer. Men det kommer inga friska eller nya pengar från Sveriges Kommu-

ner och Landsting (SKL) – som en del av oss nog trodde.

Det finns behov av praktiska riktlinjer för kontinuerlig glukosmätning (CGM). NRD är mer övergripande rekommendationer och prio på behandling på grupp- eller nationsnivå. SFD har därför i detta nummer tagit fram ett förslag till riktlinjer för användande av CGM.

Senaste nytt inom diabetes rapporteras löpande par gånger per vecka på www.dagensdiabetes.se

Har du något som du vill rapportera eller om du eller någon annan skrivit någon text som du vill sprida vidare - om så hör av dig till redaktionen med ett mail.

Önskar en god läsning – och en riktigt fin höst 2014!

*stig.attvall@medicine.gu.se
redaktör DiabetologNytt*



Knappen mer tillgänglig

Som ni vet kan man sedan i januari se utdata genom det nya verktyget "Knappen". Med hjälp av "Knappen" utökas tillgänglighet till resultat i realtid och minimerar behovet av specialbeställda rapporter direkt från NDR, nu kan ni själva ta fram de data som ni behöver.

Funktionen kommer du åt direkt via hemsidan och där kan data på landstingsnivå och över tid enkelt ses. Fram tills nu har det varit ett krav på att du använder ditt tjänstekort. Den begränsningen var tänkt att bara finnas i inledningsfasen, för att sedan öppna upp verktyget mera tillgängligt för alla i valda delar. Styrelsen för Svensk Förening för Diabetologi, Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrnings regiongrupp (NSK), NDRs styrgrupp, samt Diabetesförbundet ställer sig bakom detta beslut. Alla enheter som registrerar i NDR informerades före sommaren och har givits möjligheter att komma med synpunkter. Med denna förankring kommer nu "Knappen" således att bli en tjänst som fungerar för alla från och med 23 september, men med utökad funktion för de som är inloggade med sitt tjänstekort.

Huvudsyftet med att visa data om diabetesvård som jämförelser mellan landsting, kliniker och vårdcentraler är att jämförelser kan väcka intressanta frågor om variation och hur olika resultat uppkommer. Syftet med att formulera indikatorer och visa jämförelser är absolut inte att utse det landsting eller den enhet som är "bästa landsting/klinik/vårdcentral" eller att ge patienterna korrekt och säkerställd konsumentinformation

om vårdcentralens kvalitet. Rankinglistor är tyvärr ofta ett säkert sätt att nå uppmärksamhet i medierna, men är sällan tillräckligt väl underbyggda. Data som de framställs i knappen håller inte för att göra rankingslistor!

När resultaten av indikatorbaserade jämförelser skall analyseras mera djupgående och i ett utvärderingssyfte, bör bland annat följande faktorer beaktas: Hur bra är indikatorn – fångas den avsedda kvalitetsaspekten? Hur komplett är rapporteringen av data? Är registreringen av de använda variablerna likformig eller kan de påverkas av lokala traditioner hos de som rapporterar? Är resultaten stabila över tid eller resultat av slump? Hur skiljer sig patienterna åt – ålder, sjukdomsduration, samsjuklighet, andra aspekter på sjukdomens svårighetsgrad, förmågan att bidra till sin egen vård, till exempel genom att förändra levnadsvanor? Kvalitetsjämförelser ställer således höga krav på att man på ett korrekt sätt tar hänsyn till patientsammansättning vid respektive vårdenhets. Text om begränsningar och om tolkningsförsiktighet kommer att läggas ut på NDRs hemsida.

Men om resultaten som här skall användas för att ge stöd för förbättring av diabetesvård behöver man inte ha svar på alla dessa komplexa frågor, men man måste vara medveten att detta påverkar de redovisade resultaten. Observera att konfidensintervallen ofta är stora och resultaten skiljer sig inte alltid signifikant från rikets medelvärde. De som arbetar på en klinik eller vårdcentral har goda möjligheter att förstå och diskutera sina resultat och identifiera möjliga förbättringar med hjälp av de

egna resultaten och kunskapen om den egna verksamheten.

Öppen redovisning av data är ett steg mot ökad transparens och kan bidra till diskussionen om kvalitet i hälso- och sjukvård. Detta kan även ge bidra till förbättringar, vi har goda exempel på detta, till exempel från hjärtsjukvården i Sverige. Man kan även påminna om att resultaten på sjukhuskliniker i NDR har redovisats öppet i årsrapporten i många år nu.

För primärvården ingår alla patienter i underlaget för redovisningen, men bara vårdcentraler med fler än 50 patienter redovisas. Vårdcentralerna visas per landsting, för att underlätta för användaren.

Registrering av insulinpump

Ytterligare en nyhet i NDR är förbättrad registrering avseende pumpbehandling. Denna funktion finns nu online i NDR och många registreringar har kommit in. Alla kliniker har dock inte kommit igång ännu, men förhoppningen är att det sker under hösten.

Alla krafter behövs

Har ni synpunkter eller funderingar är ni som alltid hjärtligt välkomna att höra av er. Det gäller förstås också för Er som har idéer om forskning och utveckling utifrån NDR-resultaten. Alla krafter behövs så att resultaten leder till förbättring!

Soffia Gudbjörnsdottir
registerhållare NDR

Pär Samuelsson
utvecklingsledare [par.samuelsson@
registercentrum.se](mailto:par.samuelsson@registercentrum.se)



Indikatorer för uppföljning och förbättringsarbete

I detta avsnitt redovisas resultat för ett antal viktiga indikatorer, både för diabetesvård i primärvård och för vården av personer med typ 1 diabetes vid medicinklinik. För motsvarande indikatorer för medicinklinik och typ 2 diabetes, hänvisas till NDRs hemsida och till presentationsverktyget Knappen.

Innehållet är egentligen inte nytt, utan dessa eller snarlika data har brukat visas i årsrapporten. Den viktigaste ”nyheten” är istället att redovisningen byggs upp kring ett antal indikatorer, som formulerats med syfte att sätta fokus på viktiga kvalitetsaspekter för diabetesvården. Vi tror att detta kommer att vara en hjälp för både vårdgivare och landsting, och för andra som vill kunna följa och förbättra diabetesvårdens kvalitet.

Detta betyder inte att just dessa indikatorer är de enda måtten som är intressanta och värda att följa. När man gör ett urval, väljer man samtidigt bort. Vidare kan indikatorerna formuleras på olika vis och det finns för- och nackdelar med olika alternativ. För att minska risken för ensidig fokusering på just ett indikatorvärde visas till exempel i diagram hur stora andelar av patienterna som når flera olika nivåer för HbA1c, blodtryck och LDL, inte bara ett.

Standardredovisningen består av diagram med resultat per landsting, rikets utveckling över tid och resultatet per klinik eller vårdcentral i ett diagram där spridningen, men inte varje vårdcentrals utfall kan ses, det kan man återfinna i Knappen. Kliniker visas i dia-

Knappen



ett knapptryck för förbättringsarbete!

gram. Utöver själva indikatorredovisningen visas även annan, relevant information, som till exempel uppgift om bortfall/avsaknad av värde, där detta är särskilt viktigt att uppmärksamma.

Resultaten per landsting visas för primärvård även i avsnittet med landstingsprofiler (avsnitt x i årsrapporten), som också innehåller den piltavlepresentation av resultat som har visats i flera tidigare årsrapporter. Resultat per vårdcentral kan studeras efter inloggning via hemsidan och presentationsverktyget Knappen.

Ingen åldersavgränsning i primärvården

Efter att en diskussion om detta förts. I SKLs och Socialstyrelsens

rapport Öppna jämförelser 2013 inkluderades exempelvis enbart patienter yngre än 80 år. Ett ofta framfört motiv till åldersavgränsning är att för de allra äldsta måste oftare olika kliniska målsättningar vägas mot varandra. Ett motiv för att som här inkludera alla patienter är att detta ger en signal om vikten av att alla patienter skall inkluderas i NDR, även de äldsta. NDR har också studerat resultaten både med och utan åldersavgränsning, och inte funnit några viktiga skillnader.

Att tolka indikatorbaserade jämförelser

All tolkning av data kräver en kunskap om lokala förutsättningar, täckningsgrad och regist-

reringskvalitet och även om patientgruppernas sammansättning, framförallt på olika vårdcentraler och kliniker. Då kan resultaten vara en viktig grund för det egna förbättringsarbetet.

Huvudsyftet med att visa data om diabetesvård som jämförelser mellan landsting, kliniker och vårdcentraler är att jämförelser kan väcka intressanta frågor om variation och hur olika resultat uppkommer.

Syftet med att formulera indikatorer och visa jämförelser är inte att utse det landsting eller den enhet som är "bästa landsting/klinik/vårdcentral" eller att ge patienterna korrekt och säkerställd konsumentinformation om vårdcentralens kvalitet. Ranking-listor är tyvärr ofta ett säkert sätt att nå uppmärksamhet i medierna, men är sällan tillräckligt väl underbyggda.

Det kan finnas skäl att i fördjupande analyser göra kvalitetsjämförelser, med höga krav på att de är rättvisande, i meningen att man fångar egenskaper hos och

kvaliteten i enhetens vårdprocesser, och inte andra faktorer. Men detta är resurskrävande och därmed bortom den löpande redovisningen av resultat från NDR.



När resultaten av indikatorbaserade jämförelser skall analyseras mera djupgående och i ett utvärderingssyfte, bör bland annat följande faktorer beaktas:

- Hur bra är indikatorn – fångas den avsedda kvalitetsaspekten?
- Hur komplett är rapporteringen av data?
- Är registreringen av de använda variablerna likformig eller kan

de påverkas av lokala traditioner hos de som rapporterar?

- Är resultaten stabila över tid eller resultat av slump?
- Hur skiljer sig patienterna åt – ålder, sjukdomsduration, samsjuklighet, andra aspekter på sjukdomens svårighetsgrad, förmågan att bidra till sin egen vård, till exempel genom att förändra levnadsvanor?
- Med detta sagt – om resultaten som här skall användas för att ge stöd för förbättring av diabetesvård behöver man inte ha svar på alla dessa komplexa frågor. De som arbetar på en klinik eller vårdcentral har goda möjligheter att förstå sina resultat och identifiera möjliga förbättringar med hjälp av de egna resultaten och kunskapen om den egna verksamheten.

*Soffia Gudbjörnsdottir
registerhållare NDR*



Öppna jämförelser bakgrund och syfte

I rapportserien *Öppna jämförelser* redovisas årligen indikatorbaserade jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. 2013 års rapport är den åttonde rapporten och innehåller jämförelser mellan landsting med avseende på medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader. *Öppna jämförelser* baseras på nationell och allmänt tillgänglig statistik om hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är gemensamt ansvariga för arbetet. Huvudsyftet är att bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning. Genom att belysa goda resultat och mindre goda resultat sporrar landstingen till ett ökat lärande som bidrar till fördjupade analyser och uppföljningar för att uppnå bättre resultat. Lokala förbättringsarbeten kan initieras utifrån resultaten i *Öppna jämförelser*.

Ett annat syfte är att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn. Allmänheten, både som medborgare och patienter, har rätt att få information om verksamhetens kvalitet och effektivitet. *Öppna jämförelser* ger underlag för den offentliga och politiska debatten om hälso- och sjukvården och förbättrar därmed även förutsättningarna för ansvarsutkrävande.

Öppna jämförelser är ett av flera kunskapsunderlag som kan användas av olika aktörer på såväl nationell som regional och lokal nivå för att stödja utförare inom vården i arbetet med att främja en god vård och bättre hälsa i mötet

med den enskilde individen. Ytterligare ett syfte med jämförelserna är att bidra till förbättrad datakvalitet och förenklad dataåtkomst avseende resultat och prestationer i hälso- och sjukvården. När vård-data används aktivt i öppet publicerade jämförelser, ökar kraven på att de ska vara aktuella, rikstäckande och korrekta. Behovet av både nya och förbättrade datainsamlingar tydliggörs. Brister avseende datatillgång och datakvalitet utgör påtagliga begränsningar när kvalitetsjämförelser ska göras och resultaten tolkas.

Rapporten syftar inte till och är inte utformad för att stödja patienternas val av vårdgivare. Kvalitetsjämförelser som grund för vårdval ställer höga krav på att man på ett korrekt sätt tar hänsyn till patientsammansättning vid respektive vårdenhet. Kraven på datakvalitet, på korrekt och komplett rapportering, bör vara höga så att inte jämförelserna är missvisande. *Öppna jämförelser* är ett av flera underlag om kvalitet i hälso- och sjukvården som Socialstyrelsen och SKL ställer till förfogande för landstingen och för hälso- och sjukvårdens olika vårdgivare och organisationer, liksom för allmänhet, media och patientföreningar.

ÖJ sid 17; Tolkning av jämförelser och resultat

Jämförelserna ska vara underlag för förbättring, och de är inte ensamma tillräckliga för att värdera ett landstings resultat på ett specifikt område i termer av bäst eller sämst.

Konfidensintervall

Ett konfidensintervall är ett intervall som med en förutbestämd säkerhet innefattar det sanna värdet av till exempel en andel, ett medeltal eller en oddskvot. Det används ofta för att uppskatta osäkerheten i ett skattat värde vid slumpmässiga urval. Vanligen anges den övre och nedre gränsen för det intervall inom vilket det "sanna" värdet med 95 procents säkerhet befinner sig. Jämförelserna i denna rapport baseras i många fall inte på ett slumpmässigt urval, utan på totala antalet observationer inom en tidsperiod. Detta gäller för alla jämförelser som har Socialstyrelsens hälsodataregister som källa och för flera av de som har kvalitetsregister som källa. Ändå kan det finnas en slumpvariation över tid på grund av att utfallet måste ses som ett av flera möjliga utfall från en process som innehåller slump. Det är osäkerheten på grund av denna variation som här beskrivs med 95% konfidensintervall. Även för rikets värden finns en slumpmässig variation över tid, om än mindre. Också rikets värde redovisas i de flesta fall med konfidensintervall i diagrammen. Observera att konfidensintervallen inte avspeglar annan osäkerhet, till exempel den som beror på att återgivna data inte med säkerhet är representativa.

*Soffia Gudbjörnsdottir
registerhållare NDR*

Gör Diabetesförbundet starkare!

Diabetesförbundet är idag en stark röst för alla människor med diabetes, men vi behöver bli ännu större och starkare. Ett medlemskap hos oss ger enkelt tillgång till information om diabetesjukdomarna, forskning och viktiga samhällsfrågor. Vi erbjuder möjlighet till möten, samtal, egenvårdsutbildningar och läger över hela landet. Vi utgör ett värdefullt komplement till vården för att sprida kunskap och inspiration, och ge bästa möjliga förutsättningar för en bra egenvård. Detta gör vi för alla, oavsett ålder och typ av diabetes. Dessutom kan vi erbjuda olika former av medlemsförmåner, t.ex. unika medlemsförsäkringar som annars är svåra att teckna för den som har diabetes. För ungdomar finns även Ung Diabetes, nu också som Lokala Ung Diabetes-grupper på flera orter i landet.

Du som arbetar inom vården är viktig för oss. Du träffar varje dag människor med diabetes. Vi vet att allt för många inte känner till Diabetesförbundet, vad vi gör eller varför ett medlemskap är viktigt. Därför vill vi be om din hjälp. Berätta för dina patienter om oss, beställ hem informationsbroschyrer och lämna till dina patienter eller lägg i väntrummet. Och – du vet väl om att du som arbetar inom vården också kan vara medlem!

Tillsammans skapar bättre förutsättningar för människor med diabetes i deras vardag. Vår påverkansröst blir starkare och våra lokala föreningar får bättre möjlighet till ett aktivt och stimulerande föreningsliv.

Fredrik Löndahl
Förbundsordförande

På www.diabetes.se/butiken kan du beställa allt vårt informationsmaterial, som skickas gratis till dig. Du kan också skicka e-post till butiken@diabetes.se eller ringa 08-564 821 00.



Följ oss på facebook.com/diabetesforbundet

Nationella programrådet för diabetes - Nationell samverkan för en ännu bättre diabetesvård

Via Diabetolognytt har många fått behandlingsstrategierna, grupputbildningsmaterialet och Vårdprogrammet för äldre med diabetes som programrådet tagit fram. Här kommer nu en kort bakgrund, vad programrådet har gjort och hur fortsatt arbetet ser ut.

Årsrapporter från Nationella diabetesregistret (NDR), öppna jämförelser och Socialstyrelsens utvärdering av diabetesvården visar att det finns regionala och lokala skillnader i diabetesvården. Att det finns skillnader betyder i många fall att det även finns förbättringsmöjligheter.

Nationella programrådet för diabetes etablerades hösten 2012 av sjukvårdshuvudmännen i Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK) vid Sveriges kommuner och landsting (SKL). Syftet är att skapa en mer jämlik och kunskapsbaserad diabetesvård. Programrådet består nu av en representant från varje sjukvårdsregion (diabetessköterska, distriktsläkare eller diabetolog/endokrinolog) och en representant från patientföreningen (Svenska diabetesförbundet), barnläkarföreningen och NDR. Vi har nu under hösten fått med en representant för medicinskt ansvariga sköterskor i kommunerna. Kontaktpersoner från alla landsting och nationella diabetesteamet är kopplade till programrådet i form av referensgrupper och tidigare

regionrepresentanter och andra experter kommer knytas till programrådets arbete efter behov. Projektledare, administratör och kommunikatör från SKL kommer att bistå programrådet.

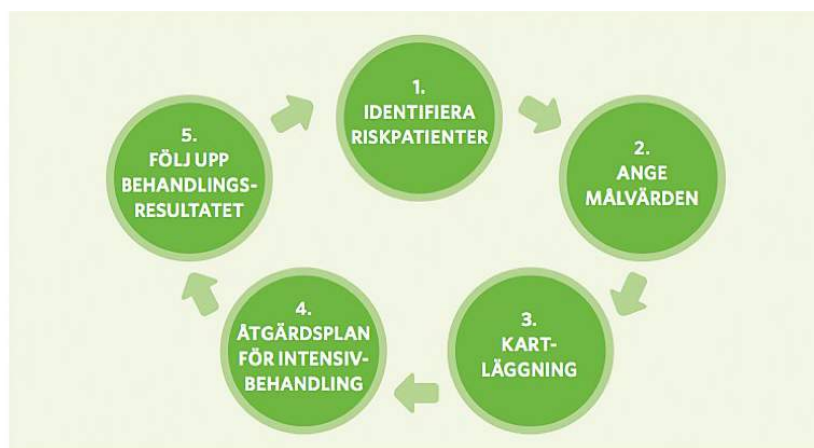
Med utgångspunkt från Socialstyrelsens nationella riktlinjer och utvärdering av diabetesvården valde programrådet ut fyra första insatsområden.

1. Nationella behandlingsstrategier för patienter med HbA1c över 70 mmol/mol
2. Ett nationellt grupputbildningsmaterial
3. Ett nationellt vårdprogram för äldre med diabetes inom kommunal hälso- och sjukvård
4. Benchmarkingstudie–Framgångsfaktorer i diabetesvården – En jämförande studie av diabetesvård i primärvård

Nationella behandlingsstrategier för patienter med HbA1c över 70 mmol/mol

God glukoskontroll är avgörande för att minska risken för diabeteskomplikationer och HbA1c över 70 mmol/mol är ett riskfyllt värde. Målet är att individen med diabetes ska uppleva hög livskvalitet, slippa svåra akuta och långsiktiga komplikationer och kunna nå bästa möjliga stabila blodsockernivå. För barn och unga är målet också en normal tillväxt och utveckling.

Genom att samla in goda exempel, erfarenheter för NDR-IQ projekten, befintliga vårdprogram och strategier från olika enheter runt om i landet har programrådet tagit fram nationella behandlingsstrategier för personer med typ 2 diabetes, vuxna med typ 1 diabetes och för barn och ungdomar med typ 1 diabetes. Efter remissrunda publicerades slutversionerna februari 2014.



Nyckelfaktorer för ett strukturerat arbetssätt är att snabbt identifiera ett avvikande HbA1c, ange individanpassade målvärden och sätta in en intensivbehandling baserad på en kartläggning av patientens situation samt att följa upp resultatet.



Behandlingsstrategierna beskriver hur en strukturerad diabetesvård kan bedrivas. I korthet handlar det om att mottagningen identifierar sina riskpatienter och kommer överens om individanpassade målvärden. En central del utgörs av en bred kartläggning av individens situation och individens föreställningar, farhågor och förväntningar. Utifrån vad som kommit fram i kartläggningen görs en åtgärdsplan för en intensiv behandlingsperiod på 3-6 månader och resultaten följs upp.

Detta arbete pågår naturligtvis redan på många håll, men vår förhoppning är att de nationella behandlingsstrategierna och stöd-materialet ska underlätta och sätta fokus på våra patienter med hög risk för komplikationer.



Ett nationellt utbildningsmaterial för grupputbildning vid typ 2 diabetes

Personer med diabetes måste ta ett stort eget ansvar för sin behandling. Med bättre kunskap om sin sjukdom ökar individens möjligheter att göra detta. I både tidigare nationella riktlinjerna och i

den preliminära versionen av nya riktlinjerna är patientutbildning i grupp, utförd av personer med både ämnes- och pedagogisk kompetens, högt prioriterat på grund av god effekt på HbA1c. Utvärderingen 2011 visade dock att bara 20% av landets vårdcentraler erbjöd grupputbildning.

Västra Götalandsregionen hade 2012 lagt ner mycket tid och möda på att ta fram ett utbildningsmaterial för grupputbildning vid typ 2 diabetes och programrådet beslutade att omarbeta detta till ett nationellt grupputbildningsmaterial. Materialet består av tre olika utbildningsverktyg. En handledning som beskriver syfte och mål med grupputbildningen. Här finns bland annat evidens och övningar för egenmätning av blodsockret och nyttan av fysisk aktivitet, kompletterad med referenser och lästips. För patienten finns en faktaguide och ett häfte för egna mål. Det finns också ett bildspel för grupputbildningen (ppt-format) att ladda ner.



Ett nationellt vårdprogram för äldre med diabetes inom kommunal hälso- och sjukvård

Allt fler av våra äldre i kommunal vård och omsorg har diabetes. Denna grupp kräver särskild kunskap och noggranna övervakanden. Behovet av att öka kunskapen om diabetes och diabetesbehandling hos dem som arbetar med dessa patienter är stort. Trots

behovet saknar många kommuner vårdprogram för diabetes. Programrådet beslutade att ta fram ett nationellt vårdprogram som vänder sig till dem som vårdar äldre diabetespatienter med typ 1 diabetes och typ 2 diabetes i kommunal omsorg, hemsjukvård och särskilt boende.

Vårdprogrammet är framtaget i dialog med medicinskt ansvariga sjuksköterskor i kommunerna och omfattar vård, behandling och uppföljning. Vårdprogrammet betonar vikten av att ha en individuell omvårdnadsplan, att målvärden och mål med värden måste individualiseras och att fokus ligger på god livskvalitet. Syftet med vårdprogrammet är att ge vägledning och stöd och kan användas i utbildningssyfte.

Framgångsfaktorer i diabetesvården – En jämförande studie av diabetesvård i primärvård

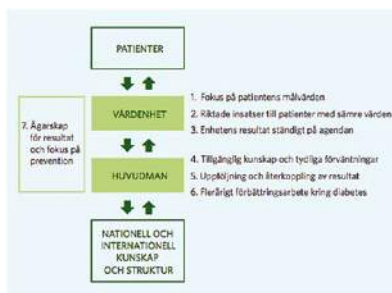
Parallellt med arbetet med kunskapsunderlagen initierade programrådet en benchmarking studie för att studera skillnader i vådens strukturer för att se om framgångsfaktorer kunde identifieras. Vilka arbetssätt leder till framgång?

Åtta landsting och tio primärvårdsenheter, som på olika sätt utmärkt sig med särskilt goda respektive mindre goda kvalitetsutfall i NDR bjöds in. Djupintervjuer hölls med nyckelpersoner i fokuslandstingen för att identifiera faktorer som kunde förklara skillnader i kvalitetsutfall. Sju framgångsfaktorer kunde formuleras utifrån de likheter och skillnader som identifierats i intervjuer och analyser. Vårdenheter med särskilt goda resultat har fokus på patientens målvärden, gör riktade insatser till patienter med sämre värden och har enhetens resultat ständigt på agendan. Landsting som lyckas väl



har tillgänglig kunskap och tydliga förväntningar, gör uppföljning och återkoppling av resultat och har haft flerårigt förbättringsarbete kring diabetes. Dessutom är det en framgångsfaktor att det finns en kultur i organisationen att man äger sina resultat och har fokus på förebyggande arbete.

Denna studie gör inte anspråk på att visa hela sanningen men kan förhoppningsvis stimulera till nyfikenhet och fortsatta diskussioner kring hur olika arbetssätt och olika strukturer påverkar diabetesvården.



Fortsatt arbete för programrådet

Nu pågår det viktiga implementeringsarbetet av kunskapsunderlagen och de 6 sjukvårdsregionerna har fått 1 miljon kronor var för att stimulera detta arbete. Pengarna används på olika sätt, till exempel satsning på att skapa regionala diabetesråd eller motsvarande, till utbildningsdagar och möten med primärvården och representanter för kommunal hälso- och sjukvård, till att trycka upp vårdprogrammen, till att besöka vårdcentralerna i regionen eller till satsning på sjukhusmottagningarna för barn, ungdomar och vuxna.

För att stödja implementeringen av vårdprogrammet för äldre med diabetes arbetar Centrum för allmänmedicin och Karolinska Institutet i Stockholm tillsammans med programrådet med att ta fram en webbutbildning som vänder sig till vårdbiträden och undersköterskor i kommunerna. Förhoppningen är att denna kan presenteras under hösten 2014.

Fortsatt arbete i programrådet handlar om identifiera oönskade variationer i diabetesvården, kartlägga goda exempel och befintliga kunskapsunderlag, utarbeta gemensamma vårdprogram och strategier där detta kan vara av värde. Nya insatsområden som

vi kommer titta närmare på är bland annat kulturanpassad diabetesutbildning, kartläggning av hur insulinpump- och CGM användning varierar över landet och uppföljningen ser ut efter fetmaki-

Har du förslag på vad programrådet för diabetes bör titta närmare på? Hör gärna av dig med synpunkter och förslag till din specialistförening (SFD eller SFSD) eller till din regionrepresentant i programrådet.

Kunskapsunderlagen och stödmaterial finns att ladda ned i pdf-format från SKLs hemsida <http://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/kunskapsstyrningnationellaprogramrad/diabetesvard.225.html> (Hittas också tex via Google: diabetesvård SKL eller diabetes SKL)

*Katarina Eeg-Olofsson,
specialistläkare diablendokr,
Diabetescentrum, SU Sahlgrenska,
NDRs representant i Nationella
Programrådet (NPR) Diabetes
katarina.eeg-olofsson@vgregion.se*

**Nationella
programrådet
diabetes –
för en jämlik
och kunskaps-
baserad vård.**



Förslag till riktlinjer för användning av CGM (kontinuerlig subkutan glukosmätning) SFD

Riktlinjer för användning under kort tid

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård 2014 "kan hälso- och sjukvården erbjuda kortvarig subkutan glukosmätning med direktavläsning i diagnostiskt syfte till patienter med typ 1-diabetes och problem med återkommande hyper- eller hypoglykemi (prioritet 6) och i undantagsfall till pat utan problem av återkommande hyper- eller hypoglykemi (prioritet 9)."

CGM kan, som **diagnostiskt** hjälpmedel, användas under enstaka eller ett fåtal veckor i speciella situationer, ex. vid byte av terapi, vid speciella idrottsaktiviteter, inför och under graviditet samt vid misstanke om nattliga hypoglykemier och vid diskrepans mellan uppvisande av kapillärt plasmaglukos och HbA1c.

Riktlinjer för användning under längre tid

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård 2014 "kan hälso- och sjukvården erbjuda kontinuerlig subkutan glukosmätning med direktavläsning till patienter med typ 1-diabetes och problem med återkommande hyper- eller hypoglykemi (prioritet 5) och i undantagsfall till patienter utan problem av återkommande hyper- eller hypoglykemi (prioritet 9)."

CGM-användning under **längre tid** utgör ett värdefullt hjälpmedel för terapi, i och med att systemen inte bara ger information om aktuell glukosläge, utan även visar

trendpilar för om glukosnivån är stabil eller i stigande och vid hotande eller manifest hypo- och hyperglykemi

Användning av CGM under längre tid ska övervägas vid typ 1 diabetes hos vuxna, med eller utan insulinpump, om minst ett av nedanstående kriterier är uppfyllt:

- Vid två eller flera svåra fall av hypoglykemier sista året som kräver hjälp av annan person.
- Vid kvarstående HbA1c 70 mmol/mol eller högre, alt icke uppnått individuellt HbA1c-mål, trots optimerad självkontroll av plasmaglukos
- Vid behov av minst 10 medicinskt motiverade plasmaglukosmätningar per dygn.
- Vid graviditet och svängande blodsocker och/eller inte uppnått HbA1c mål.

Krav på uppföljning och utvärdering

Diabetesteamet ska tillgodose patientens behov av utbildning och feedback vid införandet av CGM med kontakt en gång per vecka under de fyra första veckorna och därefter en gång per månad under det kommande kvartalet.

Nedladdning av CGM data rekommenderas vid varje besök. Regelbunden nedladdning och utvärdering hemma bör rekommenderas.

Om CGM inte har bidragit till att lösa det problem som var anledningen till att CGM initierades, liksom vid bristande patientföljsamhet ska CGM avslutas.

Utvärdering och omprövning ska ske minst varje halvår. En förutsättning för att användning av CGM under längre tid ska vara meningsfull är att patienten är motiverad att använda utrustningen under merparten av tiden. Vid nyttjandegrad <70% av tiden bör avslutning av CGM övervägas alternativt att patienten motiveras till högre nyttjandegrad.

Vid avbrytande av CGM ska patienten återlämna utrustningen till behandlande klinik.

Krav på behandlande klinik

Behandlande klinik skall ha erforderlig kunskap om CGM-teknik, nedladdning av CGM-data samt kunna utvärdera CGM-data och ge feedback till patienterna. Vidare skall personal från deltagande klinik regelbundet delta i fortbildning kring CGM regionalt och nationellt. Detta gäller både läkare och diabetessköterska. En fördel är att flera i personalgruppen behärskar tekniken så att kunskap finns hos flera på kliniken

Johan Jendle, Vetenskaplig sekreterare, Svensk Förening för Diabetologi (SFD)

*Mona Landin-Olsson
Ordförande SFD*

Diabetesbehandling inom primärvården – en jämförande studie

I maj 2014 hade läkemedelskommittén i Västra Götaland sin årliga utbildningsdag för primärvården. Inför denna dag hade jag sammanställt ett material som skulle belysa faktisk diabetesbehandling på regionens olika vårdcentraler. Utgångspunkten var Socialstyrelsens riktlinjer för diabetesbehandling från 2010 samt regionens aktuella rek-lista för 2014. Jag tittade på antalet individer med diagnosen diabetes på varje vårdcentral i Västra Götaland utifrån uppgifter i Spear. Via Spear fick jag även uppgifter vad gäller måloppfyllelse i procent vad gäller HbA1c (procent individer med diabetes som når NDRs mål <52 mmol/mol) på de enskilda vårdcentralerna. Uppgifter om DDD (Definierade Dygnsdoser) och kostnad för diabetesläkemedel kommer från statistikdatabasen Concise (eHälsomyndigheten) – det är mängd och kostnad för uthämtade och inte för förskrivna recept och speglar vårdcentralernas faktiska kostnad för diabetesläkemedel. Eftersom teststickor numera inte levereras via apoteken i VG-regionen, ingår inte denna kostnad för diabetesvården i redovisningen.

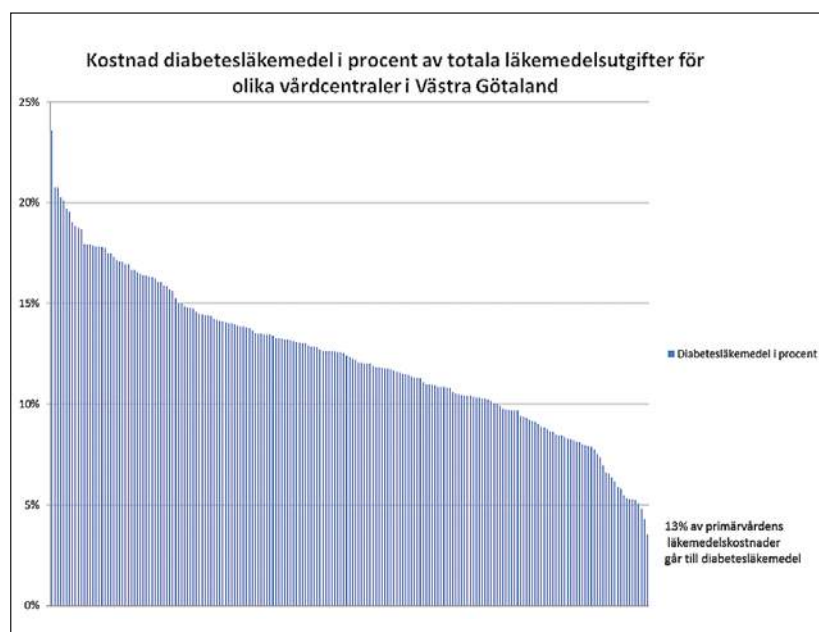
Syftet med undersökningen var att se på den faktiska följsamheten till Rek-listan inom regionens primärvård och om valet av läkemedel påverkade HbA1c – dvs om högre läkemedelskostnad per individ ger bättre HbA1c eller om ”billigt” också är bra. Artikeln grundar sig på den presentation som gjordes på mötet och mina slutsatser utifrån materialet.

Den undersökta populationen Västra Götaland är en region med 1,62 miljoner invånare. Sedan 2009 gäller fri etableringsrätt och vårdval för regionens invånare. Det fanns i april 2014 drygt 200 vårdcentraler 113 drivs av regionen (Närhälsans vårdcentraler) och resten är privat drivna – både av vårdbolag och enskilda grupper läkare. Antalet listade varierar från 500 individer på den minsta och 18 000 på den största vårdcentralen. Medeltalet listade per vårdcentral i Västra Götaland ligger på 8000 invånare. Ålderssammansättningen på vårdcentralerna kan variera beroende på var vårdcentralen är belägen och huruvida äldreboenden är knutna till vårdcentralen eller ej. Även antalet individer med diabetesdiagnos varierar mellan vårdcentralerna – från 21 som lägst till 82 per 1000 invånare som högst. Regiongenomsnittet ligger

på 46,85 per 1000 invånare. Slutligen föreligger socioekonomiska skillnader vad gäller den listade befolkning, främst beroende var vårdcentralen är belägen – kärnan av listade kommer oftast från närområdet trots fritt vårdval.

Kostnad för diabetesbehandling

Eftersom undersökning gällde vilka diabetesläkemedel som användes i regionen, gäller de flesta siffror de individer med diabetes som behandlas med läkemedel. Eftersom jag inte hade tillgång till NDRs data vid sammanställningen, har jag inte tittat på variationen mellan vårdcentralerna vad gäller fördelningen mellan enbart kostbehandling och läkemedelsbehandling. Siffrorna för HbA1c gäller för alla individer med diabetes på respektive vårdcentral oavsett om de har diabetesläkemedel eller ej.



I Västra Götaland ligger kostnaden för de läkemedel som skrivs ut via vårdcentralerna på respektive enhet. Som framgår av diagrammet nedan utgör diabetesläkemedel en stor del av läkemedelsbudgeten på vissa vårdcentraler medan den har en mer marginell procentuell del på andra. I genomsnitt för primärvården i VG-region går 13% av läkemedelsbudgeten till diabetesläkemedel. Naturligtvis kan man förvänta sig att vårdcentraler med ett lågt antal diabetesdiagnoser, även har lägre kostnad för diabetesläkemedel. Men tittar man på de enskilda vårdcentralernas faktiska kostnad i förhållande till antalet listade individer med diabetes är sambandet inte så enkelt. Kostnaden för läkemedel per individ med diabetesdiagnos varierade mellan 500 och 2000 kr oavsett om mycket SU, insulin eller inkretiner användes som behandling!

Kostnaden för läkemedel utgörs av den del av läkemedelskostnaden som vårdcentralen står för medan DDD speglar förskrivningen (åtminstone utskrivna recept). Insulinförskrivning betalas alltid helt av vårdcentralen – det är fortfarande gratis för patienten. Övriga mediciner betalar vårdcentralen för utifrån högkostnadstrappan – billiga preparat betalar patienten själv till största delen medan dyrare preparat belastar vårdcentralens läkemedelsbudget i mycket större utsträckning.

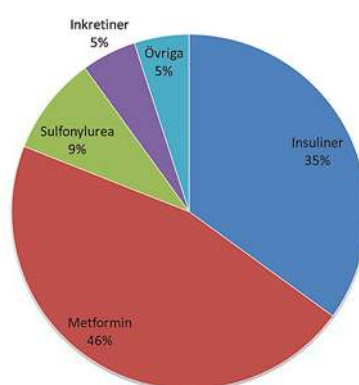
Det finns även en begränsning vad gäller preparatval utifrån patientens ekonomi. Insulin är gratis men när det gäller dyrare preparat som inkretiner kan det uppstå problem när medicinen ska hämtas ut på apoteket. Det finns visserligen ett högkostnadsskydd för patienten men möjligheten att fördela kostnaden för läkemedel till en fast summa varje månad gäller inte om man har två eller flera betalningsanmärkningar, om man

har skuldsaldo hos Kronofogden eller har en pågående skuldsanering. Detta utgör ett problem i fattiga förorter med hög andel invandrare. Men även för arbetslösa, förtidspensionärer och pensionärer med låg pension (ofta ensamstående kvinnor) kan samma begränsningar finnas. Högkostnadstrappan gäller naturligtvis fortfarande men man måste initialt betala en hög andel själv vilket ställer till med problem vad gäller följsamhet till given ordination – patientens betalningsförmåga kan alltså påverka vald behandling.

Förskrivningsmönster

Rek-listan för VG-region följer i nuläget de gällande riktlinjerna för Sverige. Basen är metformin med tidig start. Andra linjens preparat är modernare SU-preparat i form av glimepirid och repaglinid samt NPH-insulin, måltidsinsulin eller kombinationer av dessa. Först som tredje linjens preparat återfinns inkretiner och glitazoner. Som framgår av cirkeldiagrammet är följsamheten i stort bra men det finns en tendens till successiv ökning av ffa inkretiner som dock sett till DDD inte är så stor.

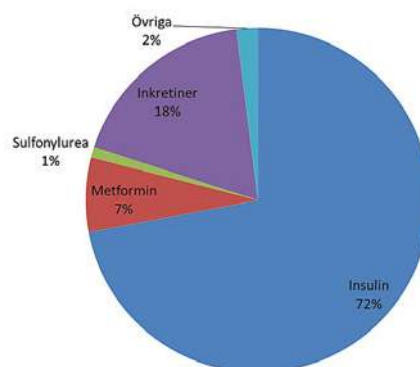
Fördelning diabetesläkemedel i DDD för primärvården VG-region



Kostnadsmässigt ser det annorlunda ut eftersom kostnaden per DDD skiljer sig åt kraftigt vad gäller olika preparat. Metformin och glimepirid/repaglinid utgör tillsammans mindre än 10% av kostnaden för diabetesläkemedel på vårdcentralsnivå i regionen.

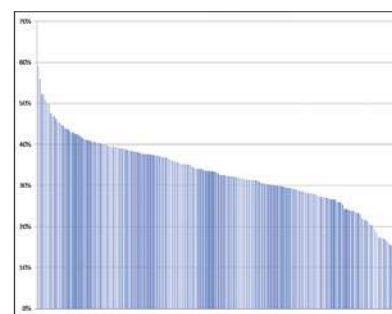
Den stora kostnaden utgörs insulin som står för nära ¾ av utgifter för diabetesläkemedel. Men inkretiner som volymmässigt bara är 5%, står för nästan 20% av kostnaden totalt.

Fördelning diabetesläkemedel kostnad för primärvården VG-region



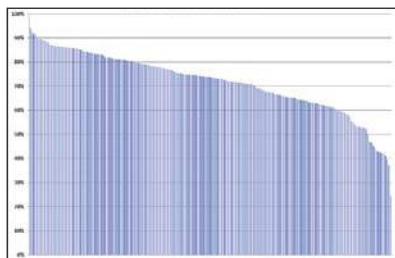
Enligt Rek-listan för VG-region 2014 ska vid "otillräcklig metabol kontroll med 1:a och 2:a linjens behandling eller när det föreligger förhinder för framgång med 2:a linjens läkemedel pga biverkningar, kontraindikationer eller andra skäl, kan något av 3:e linjens läkemedel erbjudas". Och sett ur detta perspektiv kan en sammanlagd 10% användning av inkretiner, glitazoner och akarbos vara rimlig även om användande av ffa inkretiner drar upp läkemedelskostnaden. Men gör man en mer detaljerad analys av användandet på olika vårdcentraler ser man en annan bild både om man tittar på DDD och kostnad.

DDD insulin i procent av alla diabetesläkemedel på olika vårdcentraler i Västra Götaland



Som framgår av det övre diagrammet varierar användandet av insulin stort mellan regionens vård

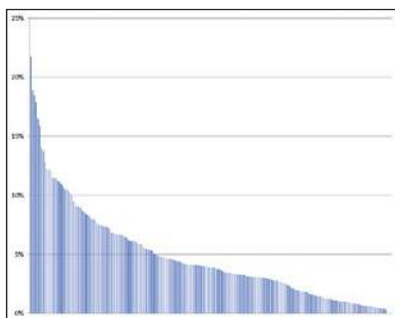
Kostnaden för insulin i procent av diabetesläkemedel på olika vårdcentraler i Västra Götaland



centraler. Som väntat använder vårdcentraler med en hög medelålder och mer äldreboenden mer insulin. Men samtidigt finns ett stort antal vårdcentraler som inte har mer DDD insulin än 25% av alla deras diabetesläkemedel. Kostnads-mässigt ligger insulin högt på de flesta vårdcentraler men ändå ligger drygt 1/3 av vårdcentralerna under regionsnittet på 72% av kostnaden för diabetesläkemedel.

Användandet av inkretiner varierar också stort mellan olika vårdcentraler i regionen både sett till DDD och den procentuella kostnaden för diabetesläkemedel. Gör man en detaljstudie använder oftast de vårdcentraler med mycket inkretiner procentuellt mindre insulin sett till DDD. Skillnaden kan knappast förklaras av ett större behov av 3:e linjens läkemedel pga biverkningar eller kontraindikationer utan det som i Rek-listan kallas för "andra skäl"!

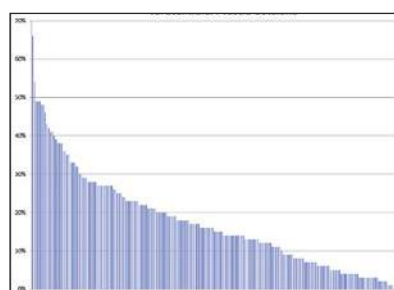
DDD inkretiner i procent av alla diabetesläkemedel på olika vårdcentraler i Västra Götaland



Detaljstudien visar alltså stora skillnader vad gäller diabetesläkemedel inom regionen. Som jag nämnde tidigare varierar kost-

naden för läkemedel per individ med diabetesdiagnos mellan 500 och 2000 kr oavsett om mycket SU, insulin eller inkretiner användes som behandling. Kostnaden för diabetesläkemedel per individ kan aldrig bli lika eftersom kostnaden vid diagnosen i de flesta fall är låg (metformin) för att sedan successivt öka pga komplikationer och ålder (ökat behov av insulin). Men ser man till den mycket spretande användning av insulin och inkretiner kan detta inte vara den enda förklaringen till den varierade kostnaden.

Kostnaden för inkretiner i procent av diabetesläkemedel på olika vårdcentraler i Västra Götaland



Måluppfyllelse sett till HbA1c

Så ser det faktiska användandet av diabetesläkemedel ut på vårdcentralnivå i Västra Götaland – variationerna är mycket stora både sett till preparatval och den procentuella delen för diabetesläkemedel i vårdcentralernas totala läkemedelsbudget. Men kan man se någon tendens vad gäller måluppfyllelse för HbA1c?

Regionen hämtar uppgifter om HbA1c från vårdcentralerna via journalsystemen och dessa uppgifter finns redovisade månadsvis i Spear. Det regionala snittet för måluppfyllelsen HbA1c < 52 mmol/mol i april 2014 låg på 57,8%. Men även här är spridningen stor mellan de olika vårdcentralerna – från en måluppfyllelse på 30% till 90%. Naturligtvis påverkar ålder, komplikationer och förekomst av andra sjukdomar vilket HbA1c som är realistiskt, men dessa faktorer kan inte varie-

ra så mycket från vårdcentral till vårdcentral förutsatt att den listade populationen på vårdcentralen inte allt för mycket skiljer sig från regionens genomsnitt. Det måste finnas andra faktorer som dock denna studie inte studerat närmre.

Utifrån DDD och kostnad för andra och tredje linjens diabetesläkemedel har jag tittat närmre på om skillnaden i preparatval påverkat HbA1c positivt eller ej. Med andra ord – går det att uppnå en bra måluppfyllelse med enbart 2:a linjens läkemedel eller använder ska vi använda mer inkretiner för att förbättra HbA1c mer? Jag tittade närmre på de 10 vårdcentraler i regionen som hade högst DDD för SU, inkretiner resp insulin.

Tittar man på val av tillägg till metformin ser man att insulin är det vanligaste andra linjens läkemedel sett till regionen som helhet. Valde man annat tillägg än insulin var något SU-preparat vanligare än inkretiner sett till DDD. De 10 vårdcentraler som använde framförallt SU-preparat som tillägg, la procentuellt mindre del av läkemedelsbudgeten på diabetesläkemedel – ett förväntat resultat eftersom metformin + SU är ett billigt behandlingsalternativ jämfört om man väljer insulin som tillägg. De som valde insulin som tillägg hade högre kostnad för diabetesläkemedel än genomsnittet – en stor del av läkemedelsbudgeten gick till diabetesbehandling.

Den tendens man kunde se vad gäller inkretiner var att de 10 vårdcentraler som skrev ut mest inkretinpreparat, använde en mindre del procentuellt av läkemedelsbudgeten till diabetesläkemedel än genomsnittet i regionen – det verkade finnas större utrymme ekonomiskt att testa dessa preparat trots att kostnaden per dygn blir högre med inkretiner än SU.

Går man sedan in och tittar på måluuppfyllelse vad gäller HbA1c, ser man ingen större skillnad mellan de olika grupperna. Bland vårdcentralerna på 10-i-topplistan för respektive preparat fanns de som låg mycket bra vad gäller HbA1c, de som låg på regionsnittet och de som låg dåligt. Det gick inte att se något klart samband mellan tillägg till metformin från 2:a eller 3:e linjens läkemedel och uppnådd måluuppfyllelse.

Tendenser

Vissa tendenser kunde man se utifrån materialet om man tittade på helheten antalet individer med diabetes per vårdcentral och val av behandlingsstrategi. En tendens var att de vårdcentraler som använde mycket SU hade oftast fler individer med diabetesdiagnos per 1000 invånare bland sina listade än snittet för VG-region. En hög andel patienter med diabetes kan påverka hur mycket av läkemedelsbudgeten som man anser att man kan lägga på diabetesläkemedel. Den vårdcentral som använde mest SU som tillägg hade 73 listade med diabetes per 1000 invånare. Även om ersättningen per patient ("vårdpengen") till vårdcentralen ska kompensera för diagnos, ålder kön och bostadsort så verkar antalet individer med diabetes påverka valet av medicin.

De som använde mycket insulin hade ofta, förutom hög andel individer med diabetes per 1000 invånare, högre ålder på sina patienter med diabetes.

De som använde mycket inkretiner hade oftast färre och yngre med diabetesdiagnos per 1000 invånare bland sin listade befolkning än snittet för VG-region. De flesta vårdcentralerna på inkretin-toppen hade mellan 25-30 patienter med diabetes per 1000 listade.

Det finns även en annan tendens vad gäller val av diabetespreparat

och den ter sig mer socioekonomisk. De som använde mycket SU och insulin var ofta vårdcentraler i mindre kommuner i Västra Götaland samt i Göteborgs förorter medan de som använde mycket inkretiner var ofta vårdcentraler i centrala delar av Göteborg. Det finns begränsningar för användande av dyrare mediciner även ur ett patientperspektiv utifrån problem med kreditmöjligheter på apoteket för vissa ekonomiskt svaga grupper.

Slutsats

Det finns flera olika faktorer som påverkar det faktiska valet av tillägg till metformin på den enskilda vårdcentralen. Regionens Rek-lista ska ses som en rekommendation som får anpassas utifrån förutsättningarna på vårdcentralen och patientens sammantagna medicinska problematik. Den listade befolkningens sammansättning vad gäller ålder och ekonomiska resurser verkar ha betydelse för val av diabetesbehandling. Hög prevalens diabetes bland den listade befolkningen gör att behovet av billigare behandlingsalternativ ökar och i det perspektivet fyller de moderna SU-preparaten en funktion i nuläget. Biverkningsprofilerna är välkända och rätt använda kan man uppnå en bra måluuppfyllelse även till en lägre kostnad än för inkretiner.

Samtidigt har inkretiner många medicinska fördelar utifrån nuvarande kunskap. Begränsningarna utgörs, förutom otillräcklig erfarenhet om långtidseffekter, framförallt av kostnaden. Det finns en risk för val av behandling utifrån prevalensen av diabetes hos vårdcentralens listade befolkning och patientens betalningsförmåga – en inneboende risk för ojämlig förskrivning.

Samtidigt visar behandlingsresultaten vad gäller måluuppfyllelse att det går att uppnå bra HbA1c-vär-

den med 2:a linjens diabetesläkemedel. Dyra mediciner innebär inte bättre HbA1c per automatik. Det behövs alternativ till både metformin och insulin/SU men det är inte vårdcentralens läkemedelsbudget eller patientens ekonomi som ska avgöra vad som väljs.

Och det varierande resultatet vad gäller utfallet för måluuppfyllelse visar att det finns andra faktorer som har stor betydelse för uppnått HbA1c. En av dessa faktorer är säkerligen tillgång till diabetesköterska – inte bara sett till antalet patienter med diabetes på en vårdcentral utan framförallt vilken tid sköterskan i praktiken kan lägga på de patienter som behöver täta kontroller och extra stöd. En annan är förekomst av diabetesteam liksom den enskilda behandlande läkarens intresse och kunskap kring diabetessjukdomen.

Regionen har lagt ner resurser på att förankra de nuvarande riktlinjerna på varje vårdcentral i Västra Götaland genom utbildningstillfällen centralt och på vårdcentralerna. Man mäter även nyckeltalet "andelen diabetespatienter med besök hos både läkare och diabetessjuksköterska samma år". Regionsnittet för detta nyckeltal är 58,9%. Utifrån uppgifterna i Spear borde det gå att spegla hur detta nyckeltal påverkar HbA1c. Samtidigt är det de patienter med dåligt HbA1c som behöver tätast kontakter för att förbättra sin metabola kontroll. Och då är ett besök per år hos läkare och sköterka inte tillräckligt och speglar inte behovet. Detta är ett område som behöver utvärderas mer, men det faller utanför studien vad gäller läkemedelsanvändning och måluuppfyllelse för HbA1c.

*Hjördis Fohrman
specialist i allmänmedicin
Vårdcentralen Hjällbo Närhälsan
hjordis.fohrman@vgregion.se*

God diabetesvård i hemsjukvården

Vid årets diabetessymposium fick vi äran att mottaga ett stipendium för vårt arbete som handlar om att ge bättre förutsättningar för bra diabetesvård för tablett och insulinbehandlade diabetespatienter inskrivna i hemsjukvård i Mönsterås kommun.

Arbetet har gjorts i samverkan mellan oss, diabetessjuksköterskorna på Blomstermåla och Mönsterås hälsocentral (landstinget), samt tre sjuksköterskor i hemsjukvård (kommunen).

Bakgrunden till att vi började med detta arbete var att vi inte riktigt visste vilka patienter som, utöver den årliga läkarkontrollen, behövde komma till diabetesmottagningen eller vilka som kunde vårdas och behandlas av hemsjukvården. I kommunen fanns 61 insulin och tablettbehandlade personer med diabetes vid arbetets början. Den äldsta är född 1915 och den yngsta 1976. Vi blev förvånade att många av patienterna och speciellt de med insulin låg så lågt i sitt blodsocker att risken för

fallsador och även död var stor. Den som hade lägst HbA1c var född 1915, bodde ensam var insulinbehandlad och hade ett HbA1c på 39 mmol/mol. I hälsocentralernas journaler, var det i början av förbättringsarbetet, få av dessa patienter som hade någon vårdplan där det fanns noterat något om deras diabetes, vem som sköter vad etc. I bästa fall stod det att de hade hjälp med insulingivning - inget mer.

Förutom att specialkompetens inom diabetes saknas i hemsjukvården i vår kommun, så fanns de inga riktlinjer, vårdprogram eller specifika behandlingsplaner gällande diabetespatienter inskrivna i hemsjukvården. Vi hade och har inte samma datajournalssystem kommun/landsting så kommunsköterskan kan inte se provsvar som till exempel HbA1c. De två hälsocentralerna arbetade också olika vad det gäller att kalla och följa upp dessa patienter

Vi satte upp mål som:

» Ett gemensamt flödesschema för samtliga personer med diabetes i hemsjukvården.

» 100% av hemsjukvårdspatienterna med diabetes som behandlas med insulin eller tabletter ska ha en vårdplan utarbetad i samverkan mellan Hälsocentralerna och Hemsjukvården.

» Patienterna ska ha individuella målvärden för HbA1c beroende på ålder, sociala omständigheter med mera, med utgångspunkt från målvärden från de nationella riktlinjerna.

» Förhindra fotkomplikationer.

» Kontinuerlig uppdatering inom diabetesområdet för de som arbetar inom hemsjukvården.

Vad har gjorts

» Diabetesläkemedel har justerats och insulin har, på grund av risken för hypoglykemi, satts ut på över 10 % av patienterna.

» Vi har utarbetat innehåll för vad en vårdplan ska innehålla:

- Målsättning med behandlingen (för flertal äldre med hemsjukvård är målsättningen i första hand att patienten mår bra och hypoglykemier undviks).
- Vem som har huvudansvaret för fortsatt diabetesvård, kommunsköterska eller diabetessjuksköterskan.
- Om kommunsköterskan har ansvaret ska prover tas, dvs. HbA1c, Kreatinin, Natrium, Kalium, Hb samt vikt 1 gång/år vid läkemedelsgenomgång. Proverna ska då ordinerats av läkare och svaret skrivs in i NDR.





- Vem som ska ge insulin; patienten, anhörig, hemtjänst eller kommunsjuksköterskan?
- Målvärde för blodsocker och hur ofta blodsocker ska kontrolleras. Görs i samråd diabetessjuksköterska eller läkare och kommunsköterska.

Utbildning

Vi ska informera kommunsjuksköterskorna om nyheter inom diabetesområdet minst en gång om året. I vintras anordnades en föreläsning om äldre och diabetes. Till föreläsningen inbjöds all personal på de båda hälsocentralerna. I höst planeras en föreläsning om diabetsfoten. Teamträffar ska ske minst 2 ggr/år.

Det vi kan utläsa av vårt arbete är att det medfört säkrare vård såväl gällande läkemedelshantering som uppföljning av diabetes vilket ger ett ökat välmående för patienterna. Personalen arbetar på ett mer strukturerat sätt vilket minskat dubbelarbete och bidragit till bättre kunskapsutnyttjande. Diabetessjuksköterskorna står för den yttersta kunskapen om

sjukdomen, medan sjuksköterskan eller annan personal i hemsjukvården har störst kännedom om patientens mående och behov. Tillsammans kan vi därför planera för bästa vård för patienten. På så vis utnyttjar vi varandras kompetenser och synliggör behov på ett bra sätt.

Arbetet är dock fortfarande i sin linda och vi har fortfarande inte uppnått alla målen. Vi har en del problem att tampas med och några kan vi inte rå på, men vi är glada för att SKL kommit ut med

ett nationellt vårdprogram om äldre och diabetes för de som arbetar i hemsjukvård. Det ger oss ytterligare en grund att stå på.

*Pia Nes
Blomstermåla Hälsocentral
Carina Jonsson
Mönsterås Hälsocentral
pian@ltkalmars.se*

SFSDs stipendium 2014
tilldelades Pia och Carin.
Janeth Leksell vet sekr SFSD



Intensive glycaemic control shows ischaemic heart disease benefit. The Lancet Oct 2014

Intensive glucose lowering may significantly reduce the risk of ischaemic heart disease in at-risk middle-aged people with Type 2 diabetes, a post-hoc analysis of the ACCORD trial suggests.

Among 10,251 study participants, the 5128 treated to achieve a target glycated haemoglobin (HbA1c) level below 42 mmol/mol (6.0%) were 20% less likely to have a fatal or non-fatal myocardial infarction during the average 3.7 years of active treatment than the 5123 treated to achieve a standard HbA1c level of 53 to 63 mmol/mol (7.0–7.9%).

And this reduced risk was maintained over an additional 1.2 years of follow-up after intensive treatment was replaced with standard treatment.

The findings were similar for non-fatal myocardial infarction alone and the composite ischaemic heart disease outcomes of myocardial infarction, unstable angina or coronary revascularisation, and any myocardial infarction or unstable angina, with intensive glucose lowering reducing the risks by 22%, 11% and 21%, respectively.

The researchers, led by Hertzal Gerstein (McMaster University and Hamilton Health Sciences, Ontario, Canada), found that adjusting for the HbA1c concentrations achieved before treatment transition rendered the effects nonsignificant.

This “supports the hypothesis that the degree of glucose lowering or some closely related factor accounts for the effect of the intervention on ischaemic heart disease”, they report in *The Lancet*.

Together with evidence of raised glucose concentrations and increased cardiovascular risk in people with genetic markers of hyperglycaemia, the findings suggests that “rising glucose concentration is a modifiable risk factor for ischaemic heart disease”, they add.

Although intensive glucose had a beneficial effect on ischaemic heart disease, the researchers note that the results do not negate the ACCORD findings of an increased risk of death from cardiovascular disease with intensive versus standard glucose lowering and are at odds with the observation that intensive glucose lowering did not reduce the risk of fatal myocardial infarction alone.

As most of the deaths occurred in patients whose HbA1c concentrations did not decrease from baseline, the team suggests that persistent but failed attempts to lower glucose concentrations in these individuals may have been harmful.

In a related comment, Jean-Louis Chiasson and Jacques Le Lorrain, from the University of Montreal in Quebec, Canada, agree that further assessment of the risks and benefits of intensive glucose-lowering treatment is required.

“In the meantime it is probably wise to aim for a target HbA1c concentration of less than 64 mmol/mol (8.0%) in patients older than 65 years with comorbidities”, they recommend.

From www.medwirenews.com
Abstract

Nyhetsinfo 10 september 2014
www.red DiabetologNytt

Effects of intensive glycaemic control on ischaemic heart disease: analysis of data from the randomised, controlled ACCORD trial

Prof Hertzal C Gerstein MD a, Prof Michael E Miller PhD b, Prof Faramarz Ismail-Beigi MD c, Joe Largay PA-C d, Charlotte McDonald MD e, Heather A Lochnan MD f, Gillian L Booth MD g, for the ACCORD Study Group

Summary

Background

Hyperglycaemia could substantially increase the risk of ischaemic heart disease in patients with type 2 diabetes. We investigated whether intensive lowering of glucose concentrations affects risk.

Methods

We assessed 10 251 adults aged 40–79 years with established type 2 diabetes, mean glycated haemoglobin A1c (HbA1c) concentration of 67 mmol/mol (8.3%), and risk factors for ischaemic heart disease enrolled in the ACCORD trial. Participants were assigned to intensive or standard therapy (target HbA1c less than 42 or 53–63 mmol/mol [less than 6.0% or 7.0–7.9%], respectively). We assessed fatal or non-fatal myocardial infarction, coronary revascularisation, unstable angina,

na, and new angina during active treatment (mean 3.7 years) plus a further mean 1.2 years. This trial is registered with ClinicalTrials.gov, number NCT00000620.

Findings

Myocardial infarction was less frequent in the intensive than in the standard therapy group during active treatment (hazard ratio [HR] 0.80, 95% CI 0.67–0.96; $p=0.015$) and overall (0.84, 0.72–0.97; $p=0.02$). Findings were similar for combined myocardial infarction, coronary revascularisation, and unstable angina (active treatment HR 0.89, 95% CI 0.79–0.99, overall 0.87 0.79–0.96) and for coronary revascularisation alone (0.84, 0.75–0.94) and unstable angina alone (0.81, 0.67–0.97) during full follow-up. With lowest achieved HbA1C concentrations included as a time-dependent covariate, all hazards became non-significant.

Interpretation

Raised glucose concentration is a modifiable risk factor for ischaemic heart disease in middle-aged people with type 2 diabetes and other cardiovascular risk factors.

Funding

National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institute on Aging, National Eye Institute, and Centers for Disease Control and Prevention.

*Nyhetsinfo 10 september 2014
www.red.DiabetologNytt*



Rapport från internationella barndiabetes-mötet i Toronto, ISPAD. Frida Sundberg

ISPAD (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes) fyller jämt (40 år!) och håller i år sin kongress i insulinbehandlingsens ursprungsstad Toronto. Websändningar av alla anföranden skall inom kort finnas tillgängliga på www.ispad.org.

Inledningsanförandet av ISPADs president Stephen Green tog upp de olika förutsättningar som ISPADS medlemmar arbetar under med det gemensamma målet att ge bästa möjliga vård till varje ung människa med diabetes. ISPADS medlemmar kommer från länder med väldigt olika ekonomiska förutsättningar att ge sjukvård. Detta syns i programmet för konferensen, här samsas optimering av CGM-användning med hantering av svårigheter att få tillgång till insulin och den oöverstigliga kostnaden för att mäta blodsocker (och än mer HbA1c).

Historikern Michael Bliss från Toronto, som ägnat mycket tid och arbete åt att studera perioden kring insulinets upptäckt, gav en inblick i en del av de konflikter och kontroverser som kantade arbetet med att ta fram det första insulinet. I korthet är det två konflikter; dels om det verkligen är kanadensare som skall ha äran av insulinets upptäckt och i så fall vilka kanadensare. Bliss gick igenom de olika pretenderer som också vill ha del i äran av att ha upptäckt och planerat framställningen av ett pankreasextrakt för behandling av diabetes. Av olika anledningar blev det just i Toronto som de första patienterna kunde behandlas. Konflikterna inom teamet i Toronto var så intensiva att de t o m gick över i handgripligt slagsmål på labbet. Trots det var framställandet av det första insulinet en lagseger och Bliss kunde

tydligt visa att den klassiska bilden av de två ensamma männen med den stackars försökshunden ger en partisk och tämligen felaktig bild av händelseförloppet. Framgångsrik forskning kräver samarbete, resurser och envishet (samt ibland kanske också en smula tur?).

I Toronto finns de handskrivna dagböckerna från arbetet på labbet med att ta fram det preparat som kom att kallas insulin sparade, att se dem är intressant. Än mer spännande var förstås kurvan över den förste patientens uringlukos efter att ha fått de första insulininjektionerna. Bliss har ägnat mycket tid och arbete åt att hitta de personer som i sin tidiga barndom var de första att få det livräddande, men ditintills oprövade, läkemedlet. För många gick det mindre bra men några överlevde till hög ålder.

Intressant var också att media verkar ha fungerat likadant på 20-talet som nu; med braskande rubriker påstods att läkarna i Toronto hade funnit ett botemedel mot diabetes och människor vallfärdade till orten för att finna bot för sina döende barn. Insulin är dock ingen bot mot diabetes, det är bara en livsuppehållande behandling. Insulinbehandlingen har utvecklats och förfinats successivt sedan 20-talet.

En helt avgörande händelse var DCCT-studien som presenterades i början på 90-talet. Fergus Cameron gick igenom de förändringar som den globala barndiabetologin gått igenom sedan mitten på nitio-talet. Cameron uttryckte viss frustration över att HbA1c bland världens barn och ungdomar inte sjunkit sedan 1995 trots att man nästan överallt i den industrialiserade världen övergått från tvådos mixinsulin (som var globalt dominerande före DCCT) till flerdos

och insulinpumpar och utvärdering med blodsockermätare eller.

Cameron visade att medel-HbA1c bland barn och ungdomar med T1DM även i den mer privilegierade delen av världen ofta överstiger 65 mmol/mol och inte visar några tendenser att sjunka. Uppenbarligen hade han inte tagit del av utvecklingen av medel-HbA1c i Sverige, där vi nu anser att ett HbA1c över 70 mmol/mol är så orimligt högt att SKL prioriterar extra åtgärder för dessa patienter.

Insulin är ingen bot mot diabetes. Medias utrop om att "nu kan forskarna snart bota diabetes" har återkommit upprepade gånger. Varje gång har det resulterat i besvikelser. "Jamen, hur svårt kan det vara att bota diabetes?" är en återkommande fråga som Desmond Schatz från USA hade fått i uppdrag att gå igenom. Det finns över 500 olika kända sätt att bota eller förebygga diabetes hos möss och råttor på laboratorier, men ingen av dessa metoder har visat sig fungera på människor. Schatz gav en överblick över en del delförklaringar till detta. För det första tycks det, enligt Schatz, vi kallar T1DM vara en heterogen grupp sjukdomar som drabbar olika individer med olika sjukdomsförlopp avseende debutålder och insjuknandetakt. Det tycks också som att individer i samma ålder med lika lång sjukdomsduration kan ha väldigt olika bild vid histologisk undersökning av pankreas.

För att i framtiden kunna bota diabetes behöver vi förstå mer av insjuknandeförloppet. Vi behöver också veta hur man kan förmå beta-celler att överleva immunförsvarets attacker och ha en i det närmaste obegränsad tillgång till beta-celler för ersättningsbehandling. Enligt Schatz uppvisar förloppet vid T1DM så många särdrag som inte är helt typiska för en autoimmun sjukdom att han profeterade att vi framöver sanno-

likt kommer att behöva skriva om textböckerna för hur insjuknandet i T1DM går till. Han framhöll också vikten av att fortsätta utveckla studieprotokoll för interventioner under prediabetes- och nyinsjuknandefasen. När sådana protokoll utvecklas får man dock aldrig glömma den etiska koden "primum est non nocere". Detta sagt med de beryktade brasilianska studierna i färskt minne. Botten får inte vara värre än sot.

Alesso Fasano berättade att ett av de drygt 500 dokumenterade sätten att hindra diabetesbenägna BB-rats från att få diabetes är att ge dem glutenfri diet alltifrån avvänjningen. Enligt Fasano skulle mekanismen vara att den glutenfria dieten medför att råtorna aldrig utvecklar "leaky gut" och därmed inte får den antikroppsutveckling som vanligen föregår deras insjuknande i autoimmun diabetes. Enligt Fasano kan samma effekt uppnås hos försöksdjur genom att ge ett läkemedel som hämmar det genomsläpplighetsstimulerande ämnet zonulin. Enligt Fasano sitter nyckeln till insjuknandet i diabetes och andra autoimmuna sjukdomar i tarmen.

Pöllänen från Finland presenterade data rörande 7410 finska barn med HLA-typ som innebar ökad risk för T1DM. Barnen har följts upp under 13 år (median 13 år, range 0,9-18 år) och 21% av barnen har utvecklat antikroppar typiska för T1DM och av dessa har 14% hunnit utveckla klinisk diabetes. De undersökte sedan på vad som utmärkte de barn som snabbt (<1 år från serokonvertering) utvecklade diabetes, vilket visade sig vara låg ålder vid serokonvertering, höga antikroppstitrar samt positivitet avseende flera olika sorters antikroppar samt HLA-typ förenad med högsta diabetesrisk.

Knut Dahl-Jørgensen från Oslo presenterade en rapport baserad på de pankreasbiopsier de gjort på sex nyinsjuknade vuxna norska

patienter med T1DM. Hos fyra av de sex patienterna kunde de påvisa enterovirus i pankreasbiopsierna, vilket inte fanns i någon av de sex kontrollbiopsierna från personer utan diabetes.

Arbetet med att utröna varför och hur en del människor tappar sin betacellsmassa och därmed förmågan att tillverka insulin fortgår. Den behandling (med insulin) som finns idag syftar till att optimera den glykemiska balansen och minimera andra riskfaktorer för utvecklande av komplikationer till diabetessjukdomen och behandlingen, såväl kroppsliga som själsliga och sociala.

Frida Sundberg,
barndiabetesläkare, DSBUS,
Göteborg, se sid 212 för Rapport del 2.

Nyhetsinfo 5 september 2014
Rapportör för DiabetologNytt

Postkonferens 23/10 Sthlm, höjdpunkter från ADA och EASD, SFD och Dagens Medicin. Fritt deltagande för SFD medlem

Diabetes – höjdpunkter från EASD och ADA

Dagens Medicin och Svensk förening för diabetologi arrangerar en postkonferens om diabetes där alla intresserade av diabetes kan få inblick i de viktigaste nyheterna från två av årets stora diabeteskongresser, EASD i Wien den 15-19 september och ADA i San Francisco, USA den 13-17 juni.

Välkommen till ett halvdagsseminarium, med start från lunch,

och ta del av de senaste rönen om diabetes inom utvalda områden, presenterade av ledande svenska experter. Vilken betydelse har de vetenskapliga framstegen för utvecklingen av svensk diabetesvård?

UR PROGRAMMET:

- De viktigaste nyheterna om diabetes från ADA. Björn Eliasson, överläkare, Diabetescentrum, Sahlgrenska universitetssjukhuset.
- Nya diabetesläkemedel – en uppdatering. Jan Eriksson, professor, klinisk diabetesforskning, Uppsala universitet, överläkare, medicinkliniken, Akademiska universitetssjukhuset, Uppsala.
- Behandling av typ 2-diabetes - hur tar vi tillvara ny kunskap och forskning? Johan Friberg, specialist i allmänmedicin och endokrinologi, Curera Hornstull Husläkarmottagning, Stockholm.
- Teknik och diabetes. Magnus Löndahl, överläkare, endokrinologiska kliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund.
- Hypoglykemier. Erik Moberg, överläkare, kliniken för endokrinologi, metabolism och diabetes, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge.

PRAKTISK INFORMATION:

Datum: Torsdagen den 23 oktober 2014, kl 13.00-17.00. Lunch och registrering från kl 12.00.

Plats: Stockholm, 7A konferens, Norrtullsgatan 6.

Deltagaravgift: Fritt för medlemmar i Svensk förening för diabetologi som är anställda i sjukvården. Ordinarie pris 1495 kr + moms. Mötet är öppet för anställda i sjukvården. Till program och anmälan www.dagensmedicin.se/seminarier/postkonferens-diabetes-2014/

*Nyhetsinfo 4 september 2014
www.red.DiabetologNytt*

Ozurdex-behandling vid diabetiskt makulaödem har nu godkänts av Europeiska kommissionen

Ozurdex® nu godkänt för diabetiskt makulaödem (DME) - 4-5 injektioner under 3 år kan vara tillräckligt

Press release

Europeiska kommissionen har utökat indikationen för Ozurdex till behandling av vuxna patienter med synnedsättning orsakad av diabetiskt makulaödem (DME), som är katarakteropererade på det behandlade ögat eller som anses svara otillräckligt på eller inte är lämpliga för icke-kortikosteroid behandling. Cirka 27 000 kan beräknas leva med DME i Sverige. Dessa patienter är ofta multisjuka, vilket kan innebära upprepade besök hos en rad olika läkare. Effektiva behandlingar som erbjuder färre injektionstillfällen kan ha stor betydelse för såväl patienterna som sjukvården.

Säkerheten och effektiviteten hos Ozurdex vid behandling av patienter med DME har utvärderats av det kliniska studieprogrammet MEAD, som bestod av två stycken 3-åriga multicenter-, dubbelblinda, randomiserade, kontrollerade fas III-studier på över 1000 patienter som behandlades med antingen 350µg dexametason, 700 µg Ozurdex eller placebo/sham.

Resultaten visade att:

- Andelen patienter med en förbättring på minst 15 bokstäver vid ett syntest var signifikant högre vid behandling med Ozurdex jämfört med placebo efter 3 år.

- Behandlingsfördelar observerades under loppet av 3 år med i genomsnitt 4 till 5 injektioner.
- Tidig behandlingseffekt visade sig redan efter första samt påföljande OZURDEX®-injektioner.
- Behandling med OZURDEX® tolererades generellt sett väl, med hanterbara biverkningar, och uppvisade god systemisk säkerhet. Vanliga biverkningar inkluderade förhöjt intraokulärt tryck och katarakt, vilket även observerats vid tidigare studier.

*Nyhetsinfo 4 september 2014
www.red.DiabetologNytt*

Årets Diabetolog 2014

Peter Fors och Gun Forsander

För drygt 20 år sedan var **Peter** som allmänläkare på Lerums vårdcentral. Deras diabetes-vårdprogram fick Peter i uppdrag att lägga ut på internet som en sk "hemsida" - som ju var helt nytt på den tiden. Denna växte till www.diabeteshandboken.se som idag har 3500 besökare per vecka - och är en värdefull praktisk tillgång i diabetesvården med uppdateringar varje vecka i ämnet diabetes. Peter Fors har varit med i uppstarten av NDR och var tidig med lösningar för att föra över data direkt från patientjournaler till NDR. Han är ansvarig för diabetesmottagningen i Alingsås sedan drygt 10 år tillbaka. Peter är drivande i samverkansprojekt mellan primärvård, slutenvård och kommun, deltagar i regionala diabetesrådet (RDR) i Västra Götaland och läkemedelskommitténs terapigrupp diabetes i Västra Götaland liksom i utarbetandet av SoS Nationella Riktlinjer för diabetesvården i Sverige 1997-99, 2010 och 2014. Ett

av hans stora intressen är undervisning av diabetesteamet - och är en mycket anlitad och uppskattad föreläsare på diabeteskurser regionalt och nationellt, och på vårdhögskolor.

Gun Forsander är sektorsöverläkare vid Drottning Silvias Barn- och ungdomssjukhus, Sahlgrenska universitetssjukhuset Göteborg. Redan som ST-läkare inom barnmedicin i Falun påbörjade Gun sitt avhandlingsarbete inom barndiabetesområdet genom att i en RCT-studie med 5 års uppföljning jämföra två olika behandlingsalternativ vid diabetesdiagnos. Avhandlingen försvarades på Karolinska Institutet. 2003 blev Gun sektorsansvarig för barndiabetesvården i Göteborg. Gun har varit ordförande i BLF's sektion för endokrinologi och diabetes och har tidigare varit barndiabetesrepresentant i styrelsen för SFD. Gun representerar barndiabetologin inom Nationella Program Rådet diabetes och i Nationella Diabetes Teamet samt har i många år arbetat inom Regionala Diabetes Rådet. Sedan flera år ansvarar Gun tillsammans med några kollegor för den nationella teamkursen DiP samt ST-kursen inom barndiabetes. Genom engagemang i SWEET, ett EU-projekt med avsikt att jämföra och förbättra barndiabetesvården i Europa, har mottagningen i Göteborg utnämnts till ett "Center of Excellence". Tillsammans med Ragnar Hanås var Gun president för 39:e världsmötet inom ISPAD i Göteborg 2013.

Diplom utdelas i samband med SFDs höstmöte 9/10

Johan Jendle
vetenskaplig sekr SFD

Tidigare upptäckt av ögonskador - genom synfältsundersökning. Avhandling Lund, Karl-Johan Hellgren

Genom synfältsundersökning kan man tidigt upptäcka synförändringar vid diabetes, långt innan det ger utslag vid ögonbottenfotografering som är den metod som används idag. Det visar en ny avhandling från Lunds universitet.

Diabetes ökar kraftigt och ca 382 miljoner personer i världen beräknas ha sjukdomen. Personer med diabetes i bland annat Sverige ögonbottenfotograferas regelbundet och behandlas med laser då synhotande förändringar på blodkärlen uppkommit. Trots detta så är diabetes en vanlig orsak till synnedsättning. För att utvärdera nya behandlingsmetoder som kan påverka förloppet i ett tidigt stadium behövs känsligare undersökningsmetoder.

Synfältsundersökning

–En mycket vanlig diabeteskomplikation är synliga skador på näthinnans blodkärl, så kallad diabetesretinopati, som kan orsaka olika grader av synnedsättning och till och med blindhet. Blodkärl utgör dock endast en liten del av näthinnan och skador på dess nervceller kan vara det tidigaste sjukdomstecknet, berättar Karl-Johan Hellgren, läkare och doktorand vid institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö, Lunds universitet.

Han har tillsammans med sina kolleger därför utvecklat en modell som möjliggör tidig upptäckt av förändrad synförmåga hos patienter med diabetes. Synförmågan mäts med synfältsundersökning, en undersökningsmetod som till exempel rutinmässigt används i samband med grön starr. En central punkt fixeras med blicken

och runt denna visas testobjekt i ett förutbestämt mönster som patienten ska reagera på. Mätningen utförs med en dator och tar bara några få minuter.

Betydligt noggrannare

Undersökningarna har utvärderats i en unik långtidsuppföljning som sträcker sig över fem år och där personer med diabetes genomgått återkommande synkontroll med hjälp av så kallad synfältsundersökning.

–Vi kunde identifiera förbättring och försämring på ett betydligt noggrannare sätt än vad som var möjligt tidigare. Vi konstaterade att synfunktionen försämrades gradvis över tid och att det finns möjlighet att se förändringarna redan på ett tidigt stadium, förklarar Karl-Johan Hellgren.

Tidigt försämrad syn

Försämringar i synfunktionen uppmättes även på patienter som ännu inte hade synbara kärlskador på näthinnan. Resultaten talar för att försämringen återspeglar en tidig påverkan på näthinnans nervvävnad som uppstår innan blodkärlen påverkas. Undersökningsmetoden kan därför få betydelse för hur samspelet mellan skador på näthinnans nervvävnad och blodkärlen ska förstås.

–Det är första gången det finns resultat som tydligt pekar på att



Karl-Johan Hellgren

patienter med diabetes tidigt får en försämrad synfunktion och det kan bero på neurodegeneration, det vill säga att nervvävnaden i ögat mår dåligt, säger Karl-Johan Hellgren som menar att metoden kan bli viktig för fortsatt forskning och för att utvärdera nya behandlingar som syftar till att tidigt förebygga synproblem.

För tolkningen av data från synfältsundersökningarna behövs ett särskilt protokoll med gränser för synfältsförändring, specifika för diabetes, som utvecklats i de studier som ingår i avhandlingen. I övrigt används standardapparatur som redan idag finns på de flesta ögonkliniker i landet.

Karl-Johan Hellgren är doktorand vid institutionen för kliniska vetenskaper i Malmö, Lunds universitet och läkare vid Central-sjukhuset i Karlstad. Länk till avhandlingen <http://www.lu.se/lup/publication/4580959>

Publiceras med tillstånd av www.diabetesportalen.se

*Nyhetsinfo 2 september 2014
www.red.DiabetologNytt*

Start av specialist-sjuksköterske-utbildning, inriktning Diabetes

Utbildningen planeras att starta hösten 2015 vid Uppsala Universitet. Mer information kommer att ges på SFSD symposiet 2015 och på SFSD hemsida samt i tidningen Diabetesvård och i SFDs tidning Diabetolognytt.

Informationen handlar om frågor som ansökningstider, tillgödöräknande och upplägg av utbildningen.

Jag vet att även Göteborgs Universitet är i startgroparna.

Vid pennan Janeth Leksell för SFSD

*Nyhetsinfo 30 augusti 2014
www.red.DiabetologNytt*

Diabetesformen MODY – hur många missar vi?

Som diagnos är diabetesformen MODY ovanlig, patienterna får ofta en annan vanligare diabetesdiagnos och andra är odia-gnostiserade. Eftersom behandlingen skiljer sig åt vid de olika MODY-formerna är rätt diagnos viktig.



MODY går i alla generationer.

Här en omarbetad och förkortad text som ST-läkaren Jonas Bengtsson vid labmedicin, klinisk kemi i Region Skåne och Leif Groop, överläkare och professor i endokrinologi vid Lunds universitets Diabetescenter publicerat i tidskriften BestPractice.

Frågan de ställer är hur många som fått en felaktig eller ingen diagnos alls.

Tusentals fall

Det kan finnas flera tusen fall av MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young) i Sverige. Öväntat många fall av diabetes, med in-

sjuknande tidigt i livet, i en familj där alla drabbade barn har en drabbad förälder, talar för MODY. Diagnosen ställs med DNA-analys. Rätt diagnos är helt avgörande för val av behandling vid MODY.

Bevarad egen insulinproduktion

För 40 år sedan beskrevs de första fallen av MODY. Tre familjer med förekomst av diabetes där ett tydligt ärfthighetsmönster framträdde. Nära nog hälften av de drabbade föräldrarnas barn var själva drabbade och nästan alla drabbade barn hade en drabbad förälder. Merparten av de diabetiska familjemedlemmarna hade diagnostiserats i sin ungdom, men man fann inga dokumenterade fall av syraförgiftning. Samtliga föreföll ha en kvarstående egen insulinproduktion trots att de i medeltal hade haft sin diagnos i mer än två decennier.

50 procents risk

Distinkt ärfthighet och debut före 35 års ålder är kännetecken för MODY, en grupp ovanliga diabetesjukdomar som alla orsakas av mutationer i en av flera möjliga gener och som ärvs autosomalt dominant, det vill säga barn till en bärare av mutationen har 50 procents risk att själv drabbas.

Mutationer i ett tiotal olika gener har associerats med olika typer av MODY.



Dysfunktion hos betaceller

Gemensamt för den grupp av sjukdomar som sammanförs under benämningen MODY är försämrad funktion hos de insulinpro-

ducerande betacellerna, dock med kvarstående förmåga till insulinproduktion i varierande grad. Vid MODY 2 är betacellens tröskel för blodsockernivå när de ska utsöndra insulin förhöjd. Detta leder till ett lätt förhöjt blodsocker vid fasta och ökad blodsockernivå vid sockerbelastning.

Behöver ingen behandling

Förmågan att producera insulin finns, och insulin frisätts vid glukosintag, men till följd av mutationen är insulinsekretionen kalibrerad till en högre glukosnivå. MODY 2 ger inga eller milda diabetessymtom, varför förhöjda sockervärden mycket väl kan upptäckas av en slump eller i samband med screening, till exempel vid graviditet.

Diabeteskomplikationer är sällsynta hos patienter med MODY 2

och majoriteten anses inte behöva någon behandling.

Många patienter med MODY 2 kan ha fått diagnosen typ 1-diabetes som barn och behandlats med insulin som de inte behövt, och därför är det viktigt att även bland insulinbehandlade patienter beakta möjligheten av MODY 2.

Tidig diagnos

Till skillnad från MODY 2 brukar patienter med MODY 3 och MODY 1 uppvisa ett förlopp med risk för komplikationer. Normala blodsockernivåer kan föreligga under barnåren men efter en tid framträder diabetessymtom, och de flesta diagnosticeras med diabetes före 40 års ålder.

I betacellen orsakar MODY 3 och MODY 1 minskad insulinsekretion. Patienterna svarar vanligen bra på låga doser sulfonylurea (en typ av diabetestabletter) och kan under lång tid uppnå god sockerkontroll utan insulin. Ofta är patienterna hyperkänsliga mot

sulfonylurea med stor benägenhet för blodsockerfall så i regel behövs väldigt låga doser.

Diagnostisk utmaning

Att särskilja det förhållandevis lilla antalet patienter med MODY från det stora flertalet som har typ 1 och typ 2 diabetes är en utmaning. Symtombilden är i stora delar överlappande och DNA-testning kan idag av praktiska och kostnadsmässiga skäl inte erbjudas alla patienter.

I väntan på att nya generationens DNA-testning sänker kostnaderna och gör rutindiagnostik av MODY tillgänglig för ett bredare urval, så

måste patienter fortsatt väljas till DNA-analys baserat på väl valda kriterier.

Övåntat många fall av diabetes, med insjuknande tidigt i livet, i en familj där alla drabbade barn har en drabbad

förälder talar för MODY.

Andra kliniska karaktärstiska för MODY är normal kroppsvikt, avsaknad av antikroppar mot de insulinproducerande cellerna och kvarstående mätbar egen insulinproduktion.

Påverkar val av behandling

Eftersom behandlingen vid MODY skiljer sig från den vid andra typer av diabetes kan korrekt diagnos ha stor betydelse. Det domanta ärftlighetsmönstret innebär vidare att barn till en drabbad förälder löper 50 procent risk att själva drabbas – tio gånger högre risk än vid typ 1-diabetes.

Underdiagnostik

De senaste åren har ungefär ett fyrtiotal fall av MODY påträffats per år. Antalet är förvisso ökande, men med en förmodad förekomst på tusentals individer tycks ett större antal påvisade fall rimligt att förvänta sig.

Förmodligen föreligger en under-

diagnostik av MODY i Sverige, där majoriteten istället är diagnosticerade med vanligare former av diabetes. Många patienter med MODY 2 och en del unga ännu symtomfria patienter med MODY 3 och 1, saknar sannolikt helt diabetesdiagnos.

Vad kan läkaren (och patienten) på vårdcentralen göra och vara uppmärksam på?

MODY kan misstänkas vid tidigt debuterande diabetes i flera generationer, riklig förekomst av graviditetsdiabetes, avsaknad av tecken på autoimmunitet, avsaknad av metabolt syndrom och relativt lågt insulinbehov.

Vid förekomst av MODY hos en patient kan övriga familjemedlemmar sockernivå vid fasta och sockerbelastning. Om blodsocker är ökat bör familjemedlemmen DNA-testas, i första hand för samma mutation som patienten har.

Friska individer som i släktanalyser visar sig vara bärare av MODY-mutationer bör följas regelbundet vad gäller till exempel blodsocker vid fasta, HbA1c och sockerbelastning.

Fertila kvinnor kan förslagsvis följas med årlig provtagning, medan män torde kunna kontrolleras mer sällan, kanske vartannat till vart tredje år.

Text: Jonas Bengtsson och Leif Groop

Publiceras med tillstånd av förf och www.diabetesportalen.se

*Nyhetsinfo 25 augusti 2014
www.red.DiabetologNytt*



Pimafolkets i USA dubbla börda, 38% har typ 2 diabetes.

PimaIndianerna i USA har världsrekord i diabetes. 38 procent har sjukdomen. Det är fem gånger mer än bland det genetiskt lika sårbara broderfolket i Mexiko. Pimafolkets situation i USA är ett åskådligt men tragiskt exempel på konsekvenserna av en kraftfull kollision mellan arv och miljö.

PimaIndianerna kom från norr och slog sig ned i längs Gila-flodens stränder i dagens Arizona, USA, för drygt 2 000 år sedan. De var jordbrukare, fiskare och jägare. En grupp av pimafolket fortsatte vandra och stannade inte förrän de kom till norra Mexiko, flera hundra kilometer längre söderut.

Lika gener man annan livsstil
Genetiskt är de båda folkgrupperna fortfarande lika trots att de varit åtskilda i många hundra år. Giftermål utanför den egna gruppen är fortfarande ovanliga.

Länge hade pimafolken i Mexiko och USA en likartad livsstil med tungt fysiskt arbete och fett-snål, fiberrik mat.

I Mexiko lever de än idag i stort sett på det traditionella sättet. I USA gör de det inte.

Tvingades till reservat

1859 trängde med vapenmakt de nya kolonistörerna i USA in i Pimafolket in i ett reservat. Gila-floden uppströms dränerades på vatten för att täcka de nyetablerade stora ranchernas behov. 1886 rann vatten för sista gången i pimaIndianernas del av floden. Utan vatten inget jordbruk. Pimafolket hade inte längre några möjligheter att försörja sig. Decennier av misär, ofta även hungersnöd, följde.

Fet- och sockerrik skräpmat

Efter kraftiga offentliga protester beslöt USA:s regering att agera. Regelbundna sändningar av mat

fraktades till reservatet; vitt mjöl, socker, späck och annat animaliskt fett samt konserver.

Pimafolket i USA svalt inte längre. Men de blev sjuka. Sedan 1960-talet har den tidigare praktiskt taget okända sjukdomen typ 2 diabetes kontinuerligt blivit allt vanligare.

Idag lever pimaIndianerna i hög utsträckning ett västerländskt modernt stillasittande liv med mycket fet- och sockerrik skräpmat.

Över 40 procent av kvinnorna
Enligt en undersökning som presenterades av amerikanska forskare i tidskriften Diabetes Care år 2006 har 38 procent av USA:s pimaIndianer typ 2 diabetes, 40,8 procent av kvinnorna, 34,2 procent av männen.

Det stora flertalet är överviktiga. I genomsnitt väger de vuxna kvinnorna 91 kilo, männen 98 kilo. 77 procent av befolkningen över 55 år har typ 2 diabetes. Medellivslängden är under 60 år.

Inte oväntat är de dominerande dödsorsakerna hjärt- kärlsjukdomar och njursvikt. Typ 2 diabetes är inte heller ovanligt bland barn och tonåringar.

Smalare och friskare

Bland det genetiskt lika diabetesbenägna pimafolket i norra Mexiko borde också typ 2 diabetes vara mycket vanligt. Så är det inte. Där har sju procent av de vuxna diabetes, 8,5 procent av kvinnorna, 5,6 procent av männen. Den genomsnittliga kroppsvikten är 66 kilo.

PimaIndianerna i Mexiko lever fortfarande som jordbrukare med ett ofta tungt kroppsarbete och med traditionell mat som innehåller lite fett, lite socker och mycket fibrer.

För jämförelsens skull undersökte forskarna nästan 200 personer från en annan grupp ursprungsbefolkning i norra Mex-

iko. En grupp som inte är lika ärftligt belastade för att insjukna i diabetes. Bland dem hade fem procent av kvinnorna och inte en enda man sjukdomen. Medelvikten var 72 kilo.

Den västerländska livsstilen

Jämfört med den mindre känsliga gruppen var alltså typ 2 diabetes fem gånger vanligare bland pimafolket i Mexiko och 16 gånger vanligare bland pimaIndianerna i USA.

”Den stora skillnaden mellan Mexiko och USA visar på livsstilens avgörande roll för diabetes även i genetiskt mycket känsliga befolkningar.” skriver forskarna.

Storskaligt experiment

Exemplet med de båda pimafolkens olika livsstilar kan liknas vid ett storskaligt experiment iscensatt av historien där riskgener för en sjukdom exponerats i en fientlig miljö.

”Undersökningen demonstrerar övertygande att typ 2 diabetes i de flesta fall skulle gå att förebygga och att den västerländska livsstilen spelar huvudrollen i dagens världsomspännande diabetesepidemi.” avslutar forskargruppen.

Text: Tord Ajanki www.diabetespoprtalen.se

*Nyhetsinfo 19 augusti 2014
www.red.DiabetologNytt*



Socialministern avkrävs svar om åtgärder då insulinpumpar minskat med 30%

TLV beslutade förra året att slopa statliga subventioner till insulinpumpar för diabetiker. I stället skulle de i fortsättningen tillhandahållas av landsting. Nu har 16 av 21 landsting upphandlat insulinpumpar. Sedan insulinpumparna lyftes ut ur förmånen har förskrivningen sjunkit med närmare 30 procent samtidigt som antalet diabetiker ökar i landet, enligt riksdagsledamoten Kristina Nilsson (S).

I en skriftlig fråga till socialminister Göran Hågg Lund (KD) undrar hon vad han tänker göra för att garantera landets diabetiker likvärdig behandling i fråga om insulinpumpar.

Fråga 2013/14:750 Insulinpumpar av Kristina Nilsson (S) till Socialminister Göran Hågg Lund (KD)

Det statliga Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket beslutade förra året att slopa statliga subventioner till insulinpumpar för diabetiker. I stället skulle de i fortsättningen tillhandahållas av landsting.

Idag har 16 av landets 21 landsting upphandlat insulinpumpar. På den korta tid som har gått sedan insulinpumparna lyftes ut ur förmånssystemet har förskrivningen sjunkit med närmare 30 procent samtidigt som antalet diabetiker ökar i landet. Vid ett seminarium i Almedalen vittnade patienter om att de har nekats tekniska hjälpmedel med hänsyn till ekonomin. Även om läkarna ska behandla patienterna strikt ur medicinsk synpunkt har de samtidigt ansvaret för att enhetens ekonomi.

Insulinpumpar ökar på ett av-

görande sätt diabetikers möjligheter att leva ett normalt liv. Fel medicinering kan ge allvarliga komplikationer och vara direkt livshotande. Föräldrar till barn med diabetes måste dygnet runt kontrollera värdena för att inte riskera sitt barns hälsa.

I en interpellationsdebatt i januari 2012 försäkrade socialministern att landstingen kommer att klara av kostnadsansvaret för insulinpumpar och att slopandet av statliga subventioner inte ska drabba patienter. Tyvärr visar utvecklingen något helt annat.

Vilka åtgärder avser socialministern vidta för att garantera landets diabetiker likvärdig behandling i fråga om insulinpumpar?

*Nyhetsinfo 14 augusti 2014
www.red.DiabetologNytt*

Ny bok med vardagsrecept och enkel kaloriberäkning för att behålla vikten eller gå ner i vikt. Gunilla Willsteen

Räkna enkelt ut ditt kaloriintag per dag genom att multiplicera din vikt med 30.

Med enkla vardagsrecept och möjlighet för var och en att räkna ut sitt energibehov, hoppas diabetesdietist Gunilla Willsteen att kok- och inspirationsboken "Diabetesköket – recept för småklökar och blodsockervärden" ska bli en hjälp för en sundare mathållning.

– Skafferier är som garderober: fullproppade med en massa saker som vi av olika anledningar inte vill eller kan använda längre. Ibland behövs det rensas upp i röran. Sedan vet vi också genom stu-

dier att en person är medveten om 60 % av vad han eller hon stoppar i sig, resten är sådant som "slinker ner", konstaterar Gunilla Willsteen, dietisternas representant i NDT, till vardags dietist vid endokrinologiska kliniken vid SUS i Malmö.

Det kan vara krångligt att räkna kalorier. Gunilla Willsteen föreslår istället att man räknar ut sitt energibehov. Det går till så här: Exempel för en person som idag väger 100 kg: $100 \text{ kg} \times 30 = 3\,000 \text{ kcal/dag}$. Vill personen väga 60 kg blir det: $60 \text{ kg} \times 30 = 1\,800 \text{ kcal}$.

– Det kan skilja sig beroende på kön, ålder och hur mycket man tränar men detta ger en bra fingervisning. Recepten i boken anger energivärdet, håller man sig till det antal kcal som gäller för den vikt man vill nå eller hålla kvar så går det. Men många är ovana vid att beräkna matintaget så jag rekommenderar alltid att föra matdagbok några veckor. Det brukar ge en bra bild av vad som fungerar och vad som kan bli bättre, säger Gunilla Willsteen.

Alla recept är näringsberäknade. Förutom kalorier anges även antal gram kolhydrater, kostfiber, protein och fett. Boken kommer ut om några veckor på Belfrage Förlag, Lund.

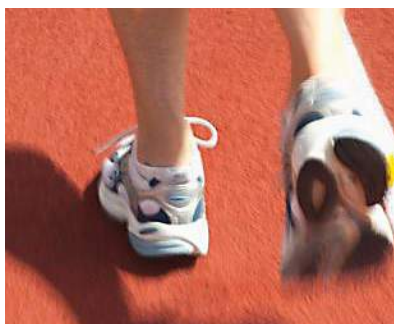


Titel: Diabetesköket – recept för småklökar och blodsockervärden
Författare: Gunilla Willsteen, leg. dietist. Ansvarig utgivare: Annica Carnbring Belfrage
Hemsida: belfrageforlag.se
E-post: info@belfrageforlag.se
Inköpsställe: adlibris.se, bokus.se

*Nyhetsinfo 12 augusti 2014
www.red.DiabetologNytt*

Short bursts of power walking 'helps diabetics': It lowers blood sugar, say scientists. Diab Care

- » Diabetics are usually advised to avoid high-intensity exercise and walk.
- » Scientists have found interval training had greater health benefits.
- » Alternating fast and slow walking led to better control of blood sugar levels.



Scientists found interval walking training led to better control of blood sugar levels

Short bursts of fast walking could hold the key to managing diabetes, according to a study.

Researchers found that patients who alternated between three minutes of rapid walking and three minutes of slow walking over an hour had better control of blood sugar levels than those who walked at a constant pace.

Traditionally, those with diabetes have been advised to stick to walking at a moderate pace and avoid high-intensity exercise in case it causes injury and discourages them from keeping active.

But scientists from Copenhagen University found interval walking training – or alternating between fast and slow walking – had greater health benefits and led to better control of blood sugar levels, a key marker for type 2 diabetes.

The research is published in *Diabetologia*, the journal of the European Association for the Study of Diabetes.

The Danish study involved patients aged between 57 and 61 who had type 2 diabetes and were receiving a variety of medications except insulin. Eight were randomly assigned to a control group, 12 to a continuous walking training group and 12 to an interval walking training (IWT) group.

The two walking groups were instructed to train for one hour, five times a week, during the four-month study period.

Their activity was tracked using a heart rate monitor and a training computer that included an accelerometer to measure their speed and movement. IWT consisted of walking quickly for three minutes then slowly for three minutes, and repeating this throughout the session. The aim was to achieve 70 per cent of peak energy expenditure during fast walking and 40 per cent during slow walking.

Those in the continuous-walking group walked at the same moderate speed throughout each session.

The aim was to achieve 55 per cent of peak energy expenditure. Improved blood sugar control was found only in the IWT group, resulting in lowered glucose levels after exercise and probably caused by increased insulin sensitivity. No changes occurred in the continuous walking group or the control group.

In a previous study from the same research team led by Dr Thomas Solomon, interval walkers lost an average of half a stone in weight, while the weight of continuous walkers did not change.

Traditionally, those with diabetes have been advised to stick to walking at a moderate pace and avoid high-intensity exercise in case it causes injury and discourages them from keeping active



Traditionally, those with diabetes have been advised to stick to walking at a moderate pace and avoid high-intensity exercise in case it causes injury and discourages them from keeping active

The weight loss was thought to be caused by 'post-exercise oxygen consumption' – a phenomenon by which the body burns more fat after intensive exercise.

The researchers said: 'Whether these beneficial effects of IWT continue and result in better health outcomes in the long term must be determined in order to justify the clinical utility of interval training for people with type 2 diabetes.'

Dr Richard Elliott, of the charity Diabetes UK, said: 'This small study builds on previous evidence to suggest that interval training, involving alternating periods of high and low intensity exercise, might help people with type 2 diabetes to manage their blood glucose levels.'

'It found that interval training seemed to be linked to improvements in insulin sensitivity around the body. Further research is needed to find out if this form of exercise yields greater long-term health benefits... and of course it might not be suitable for everyone with the condition.'

From <http://www.dailymail.co.uk>

*Nyhetsinfo 7 augusti 2014
www.red.DiabetologNytt*

The 7th International Symposium in the Diabetic Foot. The Hague, The Netherlands, May 20 -23, 2015 2015).

Come and join this large international scientific meeting on lower extremity problems in persons with diabetes. Meet your colleagues from all over the world and let well-known experts bring you up to date with the latest developments and innovations.

The 7th edition of this internationally renowned symposium will provide the latest insights and developments in the prevention, diagnosis and treatment of the diabetic foot.

This symposium on the diabetic foot is unique in the way it brings together specialists in all areas involved in the care for people with diabetes suffering foot-related problems. The multitude of disciplines from all over the world will provide an environment that stimulates the development and blossoming of new insights in, and ideas for, treatment modalities and research.

Topics

Topics that will be addressed are:

- Epidemiology
- Education and prevention
- Neuropathy
- Surgery
- Footwear
- Wound healing
- Peripheral arterial disease
- Infection

Venue

Due to the success of our earlier meetings in Noordwijkerhout, a

new and larger venue was selected: the World Forum Convention Center in The Hague, the Netherlands

The Hague is a beautiful city behind the dunes, full of history, royalty and museums, and is only 30 minutes away from Amsterdam by train. The complete Scientific Program, including regular updates will be made available on the symposium website: www.diabeticfoot.nl

ONLINE REGISTRATION

<http://diabeticfoot.nl/registration/>
Gå in på ovan internetadress för registreraing och mer information.

Nyhetsinfo 5 augusti 2014

www.red.DiabetologNytt

Better Lipid Profile With Metformin Than With Glipizide in T2DM

NEW YORK (Reuters Health) - The overall lipid profile in patients with type 2 diabetes is better with metformin treatment than with glipizide treatment, according to research from China.

"The understanding of the current findings should be combined with our previously reported clinical results from the SPREAD-DIMCAD study which indicated a beneficial effect of metformin on major cardiovascular events in high risk patients compared with glipizide," Dr. Yifei Zhang from Shanghai Jiao-Tong University School of Medicine told Reuters Health by email.

In an effort to understand why metformin delivered better outcomes than glipizide, Dr. Zhang and colleagues evaluated the different lipid metabolites in

serum samples from 44 patients (23 metformin-treated, 21 glipizide-treated) who participated in SPREAD-DIMCAD.

Among the 118 serum lipid molecular species they identified, two were significantly different between the groups after 1 year of treatment, 11 were different after 2 years of treatment, and 12 were different after 3 years of treatment.

In general, triacylglycerols of a relatively higher carbon number showed a clearly increased trend in the metformin group, whereas changes in triacylglycerols with different double bonds were minimal.

Using a modeling strategy called scaled-to-maximum, aligned, and reduced trajectories (SMART) analysis, metformin substantially affected serum lipid metabolism in type 2 diabetes patients with coronary artery disease, whereas glipizide had only a minimal influence on lipid metabolism, compared with baseline.

When all significantly changed lipid species in all 44 patients were analyzed together, three lipid metabolites - phosphatidylcholine (O-34:1), sphingomyelin (d18:0-24:1), and sphingomyelin (d18:1-20:1) - were associated with long-term composite cardiovascular events, according to the July 10 Diabetes Care online report.

"With the traditional clinical risk factors, we could not explain their differences on the cardiovascular outcomes," Dr. Zhang said. "Therefore, the results from the lipidomic analyses added new evidence regarding the underlying mechanisms of disease progression and the effects of different drug therapies on cardiovascular outcomes. On this point of view, we would prefer metformin use in especially high risk type 2 diabetic patients instead of glipizide."

Not every patient needs a detailed lipidomic profile. "However,

for the following two reasons, we would prefer a lipidomic analysis in our patients with type 2 diabetes: to deeply elucidate and reveal the anti-diabetic drug mechanism on cardiovascular outcomes; (and) to comprehensively understand the metabolic characteristics of cardiovascular high risk patients such as those with diabetes, metabolic syndrome, and dyslipidemia.”

Dr. Zhang added, ”Metabolomics, like other omics techniques, could be a useful platform for clinical researchers to reveal the efficacy and safety of drug therapies, find new therapeutic targets, and discover the underlying mechanisms of disease progression, as well as to help the clinicians to do better health care practice toward their patients.”

Dr. Oscar Giese Laverdy Neto from Medical School Hospital of Sao Paulo University in Brazil has studied lipid metabolism in type 2 diabetes. He told Reuters Health via email, ”CVD deaths account for over 60% mortality in T2D. Interesting results come with this study that shows another good effect of metformin corroborating this drug as first choice in treatment of T2D.”

Like Dr. Zhang, though, he said, ”Lipidomic profile is not suitable for clinical routine.”

Dr. Robert S. Rosenson is Director of Cardiometabolic Disorders at Mount Sinai Hospital, Icahn School of Medicine in New York. He told Reuters Health by email, ”Metformin is favored over glipizide because it reduces cardiovascular events among obese patients. It also has been shown to have minimally favorable changes in lipid values.”

”Lipidomics is a research tool,” Dr. Rosenson said. ”This study suggests that this approach may provide more mechanistic understanding for the differences in cardiovascular outcomes in prior

studies with these two classes of agents.”

Diabetes Care 2014 August

Nyhetsinfo 31 juli 2014
www.red.DiabetologNytt

Novartis och Google gör diabeteslins

Schweiziska Novartis inleder ett samarbete med teknikjätten Google om så kallade smarta kontaktlinser. Linserna ska bland annat kunna hjälpa patienter med diabetes att hålla koll på blodsockernivåerna, skriver Novartis i ett pressmeddelande från i går.

Det är Novartis enhet för ögonvård Alcon som ska vidareutveckla och kommersialisera de tekniska lösningar som tagits fram av Google, enligt avtalet. Google är inte det enda teknikföretaget som sneglar mot läkemedelsmarknaden.

Novartis to license Google ”smart lens” technology

Innovative technology offers potential to transform eye care and further enhance Alcon’s leadership in contact lenses and intraocular lenses. Agreement is a first step for Novartis to evolve technology to manage human diseases and conditions

Basel, Switzerland, July 15, 2014 - Novartis announced that its eye care division Alcon has entered into an agreement with a division of Google Inc. to in-license its ”smart lens” technology for all ocular medical uses. The agreement with Google[x], a team within Google that is devoted to finding new solutions to big global problems, provides Alcon with the opportunity to develop and commercialize Google’s ”smart lens”

technology with the potential to transform eye care and further enhance Alcon’s pipeline and global leadership in contact lenses and intraocular lenses. The transaction remains subject to anti-trust approvals.

The agreement between Google and Alcon represents an important step for Novartis, across all of its divisions, to leverage technology to manage human diseases and conditions. Google’s key advances in the miniaturization of electronics complement Novartis’s deep pharmaceuticals and medical device expertise. Novartis aims to enhance the ways in which diseases are mapped within the body and ultimately prevented.

”We are looking forward to working with Google to bring together their advanced technology and our extensive knowledge of biology to meet unmet medical needs,” said Novartis CEO Joseph Jimenez. ”This is a key step for us to go beyond the confines of traditional disease management, starting with the eye.”

”Our dream is to use the latest technology in the miniaturization of electronics to help improve the quality of life for millions of people,” said Sergey Brin, Co-Founder, Google. ”We are very excited to work with Novartis to make this dream come true.”

Under the agreement, Google[x] and Alcon will collaborate to develop a ”smart lens” that has the potential to address ocular conditions. The smart lens technology involves non-invasive sensors, microchips and other miniaturized electronics which are embedded within contact lenses. Novartis’ interest in this technology is currently focused in two areas:

- Helping diabetic patients manage their disease by providing a continuous, minimally invasive measurement of the body’s glucose levels via a ”smart contact lens”

which is designed to measure tear fluid in the eye and connects wirelessly with a mobile device;

- For people living with presbyopia who can no longer read without glasses, the "smart lens" has the potential to provide accommodative vision correction to help restore the eye's natural autofocus on near objects in the form of an accommodative contact lens or intraocular lens as part of the refractive cataract treatment.

The agreement marries Google's expertise in miniaturized electronics, low power chip design and microfabrication with Alcon's expertise in physiology and visual performance of the eye, clinical development and evaluation, as well as commercialization of contact and intraocular lenses. Through the collaboration, Alcon seeks to accelerate product innovation based on Google's "smart lens" technology.

"Alcon and Google have a deep and common passion for innovation," said Jeff George, Division Head of Alcon. "By combining Alcon's leadership in eye care and expertise in contact lenses and intraocular lenses with Google's innovative "smart lens" technology and groundbreaking speed in research, we aim to unlock a new frontier to jointly address the unmet medical needs of millions of eye care patients around the world."

From www.novartis.com.

*Nyhetsinfo 31 juli 2014
www.red.DiabetologNytt*

"Blåbok", en programförklaring med 10 punkter, Nationella Diabetes Teamet (NDT) - 10 viktiga punkter att satsa på under de närmaste åren.

Inför Almedalsveckan har Nationella Diabetes Teamet (SFD, SDF, SFSD, Diabetesdietister och diabetesbarnläkarna) tagit fram en "Blåbok", en programförklaring med 10 punkter som vi tycker det är viktigt att satsa på under de närmaste åren. Boken mottogs med entusiasm och gick åt som smör i solsken, rapporterar Mona Landin-Olsson, Ordf SFD

Skriften finns nu digitalt som pdf klickbar 27 sidor
<http://www.dagensdiabetes.se/images/Blabok.compressed.pdf>

Den finns också överst på www.dagensdiabetes.se uppe till höger, klickbar som pdf

*Nyhetsinfo 11 juli 2014
www.red.DiabetologNytt*



Mannens medellivslängd ökar snabbare än kvinnans

I dag går fortfarande tre män på en kvinna över 85. Men den proportionen håller på att minska. Männen i Sverige blir allt äldre.



Under de senaste trettio åren har skillnaden mellan mäns och kvinnors genomsnittliga livslängd efter 65 år minskat med ett år.

-Det är påtagligt att andelen män bland de allra äldsta har ökat kraftigt. Andelen kvinnor i de äldre åldrarna är fortfarande fler, men trenden är att männens dödlighet sjunker mer än kvinnornas, säger Äldrecentrums docent och forskningsledare Mårten Lagergren som löpande genomför demografiska studier och följer behov och insatser för de äldre på stadsdelen Kungsholmen.

I den senaste rapporten har han studerat målgruppen äldre som får äldreomsorg.

-Som det såg ut förr dog männen och änkan levde kvar, men nu lever männen längre, men de är också skröpligare. Många av dem bor kvar i sitt ordinarie boende längre. Har de då en sambo ökar även andelen samboende i de högre åldrarna, säger Mårten Lagergren.

Med de stigande åldrarna ökar även behoven av äldreomsorg. Under de senaste sju åren har andelen

av män som får äldreomsorg ökat från 21 procent till 28 procent. Studien visar även att cirka två tredjedelar av de äldre samboende får hjälp av sin friskare make eller maka. Genom att fler bor kvar i sina ordinarie boenden ökar också behovet av hjälp från anhöriga, men trots det ökade behovet av hjälp har de informella insatserna från övriga anhöriga (barn eller nära släktingar) inte ökat.

- Andelen som får insatser från anhöriga har snarare minskat från 38 procent till 30 procent i ordinarie boende, säger Mårten och berättar att informella insatser kan handla om allt från hjälp med att praktiskt betala räkningar över internet eller att hjälpa till med städning och matlagning.

Han betonar att studien endast belyser insatser och inte ett allmänt engagemang.

-Vi mäter bara de konkreta insatserna och inte det allmänna engagemanget. Pressen och oron bland de anhöriga kan ha ökat. Det kan vara oro över att den äldre ska ge sig ut under natten eller skada sig. Men de faktorerna har vi inte studerat i denna undersökning.

Så här många år har du kvar att leva

- Är du kvinna och över 65 år har du generellt sett 21,1 år kvar att leva. Detta är en ökning 3,1 år sedan 1980.
- Är du man över 65 år har du generellt sett 18,3 år kvar att leva. Detta är en ökning 4,0 år sedan 1980.
- 2006 gick 3,4 kvinnor över 85 år på en man. I dag har siffran minskat till 2,9 kvinnor per man.

Fakta/Bakgrund:

Resultatet är hämtat från ur Mårten Lagergrens senaste rapport Vårdbehov och insatser för de äldre i stadsdelen Kungsholmen 2006-2013. Rapporten är en redovisning av slutsatser som gäller

utvecklingen av äldreomsorgen i stadsdelen Kungsholmen och är främst riktad till äldreomsorgsansvariga och intresserade medborgare på Kungsholmen och Essingeöarna.

Underökningen baseras på studier av cirka 1700 personer över 65, med behov av äldreomsorg, boende på Kungsholmen eller Essingeöarna.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är ett forsknings- och utvecklingscentrum. Uppdraget är att bidra med kunskap som äldre personers hälsa, vård och omsorg.

Nyhetsinfo 9 juli 2014
www.red.DiabetologNytt

Med anledning av att Barndiabetesfonden firar 25 år i år hålls ett vetenskapligt symposium i Linköping den 16-17 oktober. 1195 SEK

Vid symposiet, som bjuder på sessioner både för allmän publik och för specialister, närvarar Barndiabetesfondens beskyddare, HKH Kronprinsessan Victoria, och flera av Skandinavien allra mest framstående forskare inom typ 1 diabetes hos barn och ungdomar. På kvällen den 16:e hålls också en symposiemiddag med information och artistuppträdanden av bland andra Carola och Magnus Bäcklund.

Symposiet arrangeras genom Barndiabetesfondens Lokalförening Linköping, dit man också kan vända sig för mer information. Program och anmälningsblankett laddar du ner via länkarna nedan.

Deltagaravgiften är 1195:- om anmälan registreras och betalning

har kommit senast 10 september 2014 (anmälningsavgiftens inbetalningsdatum gäller). Vid anmälan från 11 september fram till sista anmälningsdag den 10 okt är avgiften 1595:-.

I priset ingår tillträde till Symposiumet båda dagarna, eftermiddagskaffe och middag med aktivitet (information, musik mm) på kvällen 16 oktober, samt förmiddagskaffe och lunch 17 oktober. Allt äger rum på Ryttagårdsskyrkan nära Universitetssjukhuset i Linköping.

www.barndiabetesfonden.se/Aktuellt/Event/Symposium-maa-25-arsjubileet/

Nyhetsinfo 7 juli 2014
www.red.DiabetologNytt

Diabetes-Rapport från Almedalen 2014. Mona Landin-Olsson ordf SFD

Aktiviteterna i Almedalen var fler än någonsin tidigare. Enligt programmet fanns 3 400 olika events registrerade. Det är fantastiskt att vem som helst kan åka till Visby denna vecka och fritt kunna bevista utställningar, seminarier, debatter och föreläsningar utan kostnader eller andra restriktioner. Ett fantastiskt forum för demokratin måste man nog säga.

Svensk Förening för Diabetologi var representerade för femte året i rad och vi har ökat våra aktiviteter. Våra aktiviteter var i samarrangemangen med Dagens Medicin och/eller läkemedelsindustrin. Dagens Medicin hade en fast mötesplats under hela veckan där man varvade sammanlagt 16 seminarier av olika slag. Av dessa seminarier så handlade tre om diabetesvården.



Inför Almedalsveckan så har Nationella Diabetes Teamet (SFD, SDF, SFSD, Diabetesdietister och diabetesbarnläkarna) tagit fram en "Blåbok", en programförklaring med 10 punkter som vi tycker det är viktigt att satsa på under de närmaste åren. Boken mottogs med entusiasm och gick åt som smör i solsken.

Vårdfrågorna är de absolut heta i år i Almedalen, vilket är glädjande men också tråkigt då det signalerar att vården inte lever upp till ställda förväntningar.

På tisdagen gick seminariet Vågar Sverige utmana I diabetesmatchen?

Medverkande: Claes-Göran Östensson (Karolinska sjukhuset), Fredrik Löndahl, SDF, Sara Koski, patientföreningen Finland, Roger Molin, Soc dept, Ulf Österstad, SFAM, Hans Karlsson, SKL, Helen Öberg, Stockholm (mp), Monica Selin, Västra Götaland (kd), Jan-Olof Jacke, Astra Zeneca.

Här redovisades en undersökning från Finland där patientföreningen hade räknat frekvensen hjärtinfarkter och andra komplikationer hos patienter med typ 2 diabetes år 2000 jämfört med 2010. Under denna period har man tagit krafttag för att förbättra diabetesvården. Man kunde visa en betydligt lägre andel av patienterna som fick hjärtinfarkt 2010 än 2000. Det var dock nästan dubbelt så många patienter vilket kan tyda på ökad screening med fler tidigt diagnostiserade patienter under 2010. Fredrik Löndahl från Svenska Diabetesförbundet redogjorde för en svensk undersökning där man

bland bristerna kunde konstatera att mer än hälften av patienterna inte hade fått någon utbildning om sin sjukdom. Diskussionen om primär- och sekundärpreventiva åtgärder blev livlig och vikten av att nå målvärden för blodtryck, lipider och glukos poängterades på nytt.

På onsdagen var det dags för symposiet "Hur högt ska svensk diabetesvård sikta?" åter i regi av Dagens medicin.

Medverkande: Lena Furmark, Soc dept (kd), Vivianne Macdisi, Uppsala, Lars-Erik Holm, Soc styr, Karin Träff, SFAM, Johan Assarsson, Inera, Fredrik Löndahl, SDF, Mona Landin-Olsson, SFD, Janet Leksell, SFSD, Ingrid Bengtsson-Rijavec, Region Skåne.

Från politikerhåll vill man framhålla det fria vårdvalet som en faktor i patientmakten, där patienter väljer det bästa och det sämsta försvinner per automatik. Tyvärr är det endast en liten grupp patienter som gör aktiva val medan majoriteten litar på att de får god vård på sin närmsta vårdcentral. NDR data som blir fritt tillgänglig nu måste också tolkas med omdöme. Ett lågt medel HbA1c vid en vårdcentral kan betyda bra vård men också på att man skickar ifrån sig alla dysreglerade patienter som behöver insulin eller annan behandling. Även felkällor som dålig täckningsrad måste beaktas. Certifiering av vårdcentraler diskuteras som en utväg. Detta drabbar glesbygden där valet av vårdcentral är begränsat eller obefintligt. Från primärvården efterlystes enkla checklistor och algoritmer att användas i samband med kontroll av diabetespatienter för att säkerställa att målen nås.

Riktlinjerna i sin nuvarande form går inte att använda praktiskt.

Vi tre från Nationella Diabetes teamet (Janet, Fredrik och Mona)

hade fördelen av att få sammanfatta symposiet på slutet och försatte inte tillfället att lansera vår Blåbok och framföra våra krav på kvalitetssäkring av enheter som behandlar diabetes, ökad satsning på särskilt utsatta grupper som yngre med dålig kontroll, invandrargrupper, psykiskt sjuka och andra som av olika anledning behöver mer eller annorlunda omhändertagande. Vi vill också se ökade primärpreventiva insatser i form av bättre omhändertagande av kvinnor med genomgången graviditetsdiabetes och patienter med ischemisk hjärtsjukdom, grupper där vi vet att insjuknandefrekvensen i typ 2 diabetes är mycket hög.

På torsdagen gick symposiet "Gick diabetespatienterna på pumpen?"

Medverkande: Mona Landin-Olsson, SFD, Sofia Larsson-Stern, initiativtagare till facebook upprop, Jonas Andersson, Västra Götaland (fp), Dag Larsson Stockholm (s), Marie Morell, Östergötland (m), Margareta B Kjellin, nationell samordnare riksdagen (m), Svante Norgren, Barnläkarföreningen, Fredrik Löndahl, SDF.

Mona uppdaterade läget nu när ett halvår gått sedan TLV lyfte ur insulinpumparna ur förmånsystemet och därmed slopade den statliga subventionen. Jämfört med förra året har förskrivningen av insulinpumpar sjunkit med 30%, dock med den reservationen att Omnipod inte finns med i statistiken. Vi tror emellertid inte att Omnipod har 30% av marknaden i dagsläget så sannolikt är detta en reell minskning samtidigt som vi vet att antalet patienter inte blivit färre utan tvärtom.

Politikerna efterlyste evidens för insulinpumpens hälsoekonomiska fördelar. I en Cochrane analys från 2010 visas sänkning av HbA1c men ökad livslängd eller kostnadsbesparing är svårt att visa med gängse metoder. Senare

kostsamma utredningar av SBU och TLV visade inget mer än vad Cochrane analysen redan visat. Patienter vittnade om att de blivit nekade tekniska hjälpmedel med hänvisning till att ekonomin inte tillåter detta. Politikerna menade att läkarna ska behandla utifrån strikt medicinska indikationer, men hur gör läkarna när de också har ett ansvar för att enhetens ekonomi ska gå ihop?

Vi har inte heller någon större nytta av riktlinjerna. För patient med typ 1 som har frekventa hypo- eller hyperglukemier kan hälso- och sjukvården med prioriteringsgrad 4 erbjuda insulinpump och som prio 6 även erbjuda kombination med kontinuerlig glukosmätning. Hur hanterar den enskilde läkaren detta mot bakgrund av att kliniken har en begränsad ekonomi som måste hållas? Hur gör vi med patienter som ligger bra i blodsocker och vill ha pump? Måste de först ligga dåligt för att komma ifråga? Från patienthåll ifrågasattes vad den nya lagen om patientinflytande innebär. Varför är inte brukarna dvs individer med diabetes med i prioritetsarbetet av riktlinjerna? Varför ingår inte livskvalitet i riktlinjernas prioriteringsrankning?

I nuläget har 16 av 21 landsting handlat upp insulinpumpar men endast 12 har också upphandlat CGM. Mycket tid går åt till upphandling och resultatet kan vara varierade, eftersom större lansting får oftast bättre priser. Förslag om att insulinpumparna upphandlas nationellt och bekostas nationellt motargumenterades med att staten upphandlar för flera år och man hindrar nya innovationer att införas eftersom man är bunden till avtalet. Detta kan dock lösas genom att man formulerar avtalet så att nya innovationer som främjar syftet ska ingå i avtalet.

På nationella diabetes teamets vägnar framförde vi krav på en ökad nationell samordning för

tekniska hjälpmedel i form av nationell upphandling, nationellt kostnadsansvar och nationellt vårdprogram.

Diskussion av nya preliminära versionen av Nationella Riktlinjer för Diabetes

I en mindre sluten grupp diskuteras de nya preliminära riktlinjerna för diabetes. Gruppen som arbetar med dessa har gått genom alla riktlinjer på nytt för att kontrollera om nya studier kommit. Trots detta är det inte mycket som har ändrats jämfört med tidigare. Den påtänkta riktlinjen om appar fick strykas eftersom man inte kunde kvalitetssäkra olika appar och det inte juridiskt går att göra rekommendation avseende dessa. Våra förslag var att man ska ha riktlinjerna som ett levande dokument med kontinuerlig revidering när nya studier kommer. Riktlinjerna kan annars lätt bli förlegade. Riktlinjernas hämmande effekt på att prova nya läkemedel och ny teknik där ännu ingen evidens finns diskuterades.

Riktlinjernas begränsade användbarhet i det kliniska arbetet förklarades av att de inte primärt är avsedda för professionen utan i första hand avsedda att användas som ett redskap för beslutsfattare att förhålla sig till i den ekonomiska prioriteringen.

Sammanfattningsvis bra möten, där vi från professionens och patienternas sida har fått framföra våra tankar och önsknings - så får vi se vart det leder.

*Mona Landin-Olsson
För Svensk Förening för Diabetologi och Nationella Diabetesteamet i Almedalen 2014.*

*Nyhetsinfo 7 juli 2014
www.red.DiabetologNytt*

Dagens Medicin och SFDs uppföljningskonferans i Sthlm efter ADA och EASD, em möte 23/10. Ingen kostnad om medlem i SFD

Den 15-19 september håller European Association for the Study of Diabetes (EASD) sin årliga kongress i Wien och 13 - 17 juni höll The American Diabetes Association (ADA) sin kongress i San Francisco. Dagens Medicin och Svensk förening för diabetologi arrangerar en postkonferens om diabetes där alla intresserade av diabetes kan få inblick i de viktigaste nyheterna från EASD och ADA. Välkommen till ett halvdagsseminarium, med start från lunch, och ta del av de senaste rönen om diabetes inom utvalda områden, presenterade av ledande svenska experter. Vilken betydelse har de vetenskapliga framstegen för utvecklingen av svensk diabetesvård? Program

12.00 Registrering och lunch.

13.00 Välkommen.

13.05 De viktigaste nyheterna om diabetes från ADA.

13.35-15.00 De viktigaste nyheterna om diabetes från EASD.

15.00 Kaffé med tillbehör.

15.30-16.20 De viktigaste nyheterna om diabetes från EASD.

16.20 Vilken betydelse har de vetenskapliga framstegen för utvecklingen av svensk diabetesvård?

17.00 Postkonferensen avslutas.

- Ingen kostnad om medlem i SFD
- Gå in på nedan info för anmälan och mer info om lokal i Sthlm etc www.dagensmedicin.se/seminarier/postkonferens-diabetes-2014/

*Nyhetsinfo 5 juli 2014
www.red.DiabetologNytt*

Programmet för riksstämman är nu färdigt. Waterfront Sthlm. 4-5/12. Mycket diabetes



Symposierna för Riksstämman 4-5 december är nu klara

www.sls.se/Riksstamman/Program

Mycket finns om om diabetes, bl.a de nya nationella riktlinjerna från Socialstyrelsen (Stefan Jansson m fl) och migration och diabetes (Per Wändell m fl).

Workshop hela torsdag em om fysisk aktivitet.

Inledningstal av Michael Marmot, "Health equity and social justice".

Riksstämman fick en nystart förra året genom flytten till Waterfront i centrum.

Nyhetsinfo 3 juli 2014
www.red.DiabetologNytt



Läkemedelsverket workshop-riktlinjer 24/6 tar upp BT-mål vid diabetes med nefropati med makroalbuminuri är under 130/80. Nyanserad syn på behandlingsmål vid statinbehandling

Nya rekommendationer om hjärt-kärlprevention med läkemedel
Läkemedelsverket förordar riskskattning inför val av behandling

Sammanfattande bra artikel i LT. Fet text i texten nedtill har gjorts av red DiabetologNytt för att markera det som avser diabetes specifikt. <http://lakartidningen.se/Klinik-och-vetenskap/Kommentar/2014/06/Nya-rekommendationer-om-hjartkarlprevention-med-lakemedel/>

Kerstin Claesson, docent, Läkemedelsverket, Uppsala. Thomas Kahan, professor, överläkare, hjärtkliniken, Danderyds sjukhus, Stockholm. Peter M Nilsson, professor, överläkare, klinisk forskningsenhet, internmedicinska kliniken; institutionen för kliniska vetenskaper, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Sammanfattat

Den svenska versionen av riskskattningsalgoritmen SCORE rekommenderas för personer utan känd hjärt-kärlsjukdom. Vid diabetes rekommenderas Nationella diabetesregistrets algoritmer.

Lipidsänkande behandling med statiner bör erbjudas personer med hög risk. Vid mycket hög risk är mer intensiv behandling ofta motiverad.

Blodtrycksmål vid hypertoni behandling är <140/90 mm Hg, lägre vid diabetes (<140/85 mm Hg) eller makroalbuminuri (<130/80 mm Hg). Tidig kombinationsbehandling rekommenderas.

Trombocythämmande läkemedel rekommenderas inte i primärprevention, inte heller vid diabetes.

Mortaliteten i hjärtinfarkt har minskat under de senaste 30 åren till följd av medicinska framsteg och förbättrad livsstil hos befolkningen, bl a minskad rökning. Trots att Sverige numera betraktas som ett lågriskland [1], spelar hjärt-kärlsjukdomarna fortsatt en stor och betydelsefull roll i vårt land på grund av en åldrande befolkning [1]. Det finns därför ett stort behov av att uppdatera gällande riktlinjer för behandling av kardiovaskulära riskfaktorer som hypertoni, hyperlipidemi, rökning och glukosmetabola rubbningar/diabetes.

E-publiceras den 24 juni

Läkemedelsverket utkommer nu med nya, uppdaterade rekommendationer för att förebygga aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom med läkemedel (tidigare rekommendationer utkom 2006). De nya rekommendationerna baseras på ett expertmöte i november 2013 och efterföljande arbete av en mångsidigt sammansatt arbetsgrupp. Dokumentet publiceras elektroniskt den 24 juni 2014 och i tryckt version under hösten www.lakemedelsverket.se/aterosklerotisk_hjart-karlsjukdom

Dessa nya rekommendationer syftar främst till att redovisa dagens kunskap om riskskattning och läkemedels plats i terapin. Behandlingsstrategierna bygger på erbjudande om behandling med läkemedel för individer utan tidigare kända kardiovaskulära sjukdomsmanifestationer men med

hög eller mycket hög risk – det som ofta kallas primärprevention. Baserat på europeiska riskalgoritmer [1] anses det numera i stället ofta mer ändamålsenligt att tala om olika grader av risk: låg, medelhög, hög eller mycket hög risk.

Samhällsåtgärder och livsstilsåtgärder är av fortsatt stor betydelse. För livsstilsåtgärder hänvisas till aktuella dokument från SBU och Socialstyrelsen samt till Nordiska näringsrekommendationer 2013.

Socialstyrelsen kommer inom ett år att lägga fram uppdaterade nationella riktlinjer för sekundärprevention av hjärt-kärlsjukdom. Redan under juni 2014 publiceras uppdaterade nationella riktlinjer för medicinsk behandling av diabetes och tillhörande riskfaktorkontroll.

Nyheter om riskskattning

För en grundläggande riskskattning rekommenderas även för sättningsvis den i Europa allmänt rekommenderade riskalgoritmen SCORE [1], som i år fått en uppdaterad svensk version.

För patienter med diabetes (både typ 1 och typ 2) rekommenderas i stället svenska riskalgoritmer från Nationella diabetesregistret (www.ndr.nu/risk), som ger bättre riskskattning för dessa patienter.

Vid hypertoni är en mer noggrann kartläggning av organpåverkan betydelsefull för terapival och uppföljning. Här rekommenderas en mer detaljerad riskalgoritm som utgår från europeiska förebilder [2]. Även skattad njurfunktion (via bestämning av eGFR) ingår numer i riskskattningen.

Lipid- och fetmabehandling

Individer med hög eller mycket hög risk för hjärt-kärlsjukdom bör vanligtvis erbjudas behandling med lipidsänkande läkemedel, som en del av riskreducerande åtgärder. I primärprevention för individer

med hög kardiovaskulär risk och LDL-kolesterol $<4,9$ mmol/l kan statiner i en standardiserad ordinar dos rekommenderas.

För patienter med mycket hög risk och för patienter med LDL-kolesterol $>4,9$ mmol/l bör statinbehandlingen vara mera aktiv och individualiseras. För patienter med mycket hög risk är det ofta motiverat att eftersträva en mer intensiv statinbehandling. Vid intensiv statinbehandling ska risken för biverkningar i förhållande till förväntad behandlingsvinst värderas.

Försiktighet bör iaktas hos patienter med riskfaktorer för statinbiverkningar.

Önskvärda LDL-kolesterolnivåer ska ses mer som riktmärken än som absoluta behandlingsmål. Önskvärd nivå vid mycket hög risk är 1,8 mmol/l, alternativt 50 procents reduktion av LDL-kolesterol, och vid hög risk 2,5 mmol/l. Kombinationsbehandling rekommenderas endast till speciella patientgrupper, t ex patienter med familjära hyperlipidemiformer.

Orlistat är i dag det enda tillgängliga läkemedlet med indikationen viktnedgång. Orlistat rekommenderas inte för kardiovaskulär prevention, eftersom belägg för minskning av kardiovaskulära händelser saknas.

Behandling av hypertoni

För förbättrad diagnostik och riskbedömning bör 24-timmars ambulatorisk blodtrycksmätning och hembloodtrycksmätning användas oftare. Förstahandsval vid hypertoni är angiotensinkonvertas (ACE)-hämmare eller angiotensin-receptorblockerare, diuretika av tiazidtyp och kalciumantagonister av dihydropyridintyp.

Kombinationsbehandling med flera läkemedelsklasser bör initieras tidigare och användas oftare för att bättre nå målbloodtryck.

Som regel är målbloodtrycket $<140/90$ mm Hg. **Mikroalbumi-**

nuri och vänsterkammarpåverkan är riskmarkörer och exempel på organpåverkan som kan motivera mer intensiv behandling. Vid diabetes rekommenderas målbloodtrycket $<140/85$ mm Hg, och vid nefropati med eller utan diabetes med makroalbuminuri rekommenderas $<130/80$ mm Hg. Uppföljning bör ske minst årligen.

Trombocythämmare och rökstopp

Det finns inte stöd för att använda acetylsalicylsyra eller andra trombocythämmande läkemedel i primärprevention för att förebygga kardiovaskulär sjukdom, inte heller vid diabetes.

Rökstopp är viktigt och bör på alla sätt understödjas. Stödåtgärder i kombination med läkemedel (nikotinsubstitution, bupropion och vareniklin) rekommenderas.

Etik och metodik – även med patienten

De nya uppdaterade svenska rekommendationerna om läkemedel för kardiovaskulär prevention spelar en stor roll för det förebyggande arbetet i vårt land. Samtidigt bör den intresserade kunna finna en övervägande samsyn med motsvarande internationella aktuella dokument som har publicerats av europeiska [1-3], brittiska [4] och amerikanska [5] vetenskapliga organisationer. Mindre skillnader kan dock förekomma avseende riskskattning, målvärden och val av läkemedel.

Det preventiva arbetet mot kardiovaskulär sjukdom på individnivå bygger på ett samarbete mellan olika vårdnivåer, där basen finns i primärvårdens breda kontaktytor mot befolkningen. Då måste även etik och metodik i den förebyggande behandlingen diskuteras med patienten; erbjudande om behandling måste kunna ges och tas emot på ett väl balanserat sätt, baserat på en pedagogisk kommunikation om hur behandlingen av-

vägs gentemot risk, nytta och biverkningar. Här blir nyckelorden samsyn samt evidensbaserad och kostnadseffektiv behandling.

Individens biologiska ålder bör spela större roll än den kronologiska i synen på preventiva insatser. Hos äldre och svaga patienter bör den preventiva behandlingen kritiskt övervägas och ibland sättas ut vid kort återstående förväntad livslängd.

Referenser

1. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur Heart J. 2012;33:1635-701.
2. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2013;31:1281-357.
3. Rydén L, Grant PJ, Anker SD, et al. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: The Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Eur Heart J. 2013;34:3035-87.
4. JBS3 Board. Joint British Societies' consensus recommendations for the prevention of cardiovascular disease (JBS3). Heart. 2014;100(Suppl 2):ii1-ii67.
5. Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. Epub 12 nov 2013

*Nyhetsinfo 3 juli 2014
www.red.DiabetologNytt*

Kardiovaskulär risk i Sverige

Sedan Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer om förebyggande av aterosklerotisk hjärt-kärlsjukdom utkom 2006 har den förtida dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar i Sverige minskat. Ny kunskap om behandling av diabetes, lipidrubbningar och hypertoni har tillkommit, samtidigt som prevalensen av fetma i befolkningen och av typ-2-diabetes är fortsatt hög, vilket motiverar en uppdatering av tidigare behandlingsrekommendation. Uppdateringen motiveras även av att europeiska och amerikanska rekommendationer har reviderats, samt av ett behov av att utöver riskalgoritmen SCORE introducera de svenska riskmodellerna (riskmotorerna) från Nationella Diabetesregistret (NDR).

*Nyhetsinfo 3 juli 2014
www.red.DiabetologNytt*

Ny SGLT2-hämmare godkänt med subvention av TLV, Janssen-Cilags canagliflozin (Invokana®). ADA 2014 update on SGLT-inhibitors

There was a lot of great information at this year's ADA Scientific Sessions on the sodium glucose co-transporter 2 (SGLT2) inhibitors both alone and in combination with other medications, and we have a review for you.

Canagliflozin (Invokana®)
Canagliflozin has demonstrated

improvement in glycemic control, body weight, and blood pressure across a broad population of patients with type 2 diabetes, including older individuals.

The long-term efficacy and safety of canagliflozin were evaluated over a 104-week period in a randomized, double-blind, placebo-controlled study in patients 55-80 years of age with type 2 diabetes inadequately controlled on a stable anti-hyperglycemic agent regimen...

Efficacy endpoints at week 104 were changes from baseline in HbA1c, fasting plasma glucose, bodyweight, systolic blood pressure, low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C), and high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C).

Over 104 weeks, canagliflozin 100 mg and 300 mg reduced HbA1c, fasting plasma glucose, bodyweight, and systolic blood pressure. Small increases in HDL-C and LDL-C were observed in the 2 canagliflozin groups compared with those receiving placebo.

Regarding overall safety and tolerability, "Canagliflozin was associated with increased incidence of genital mycotic infections and adverse events related to osmotic diuresis compared with placebo but was overall generally well tolerated over 104 weeks. The incidence of documented hypoglycemia was higher with both canagliflozin doses than with placebo. There were few severe episodes of hypoglycemia in any of the groups."

"In older patients with type 2 diabetes inadequately controlled by their current regimens, canagliflozin at the 100 mg and 300 mg doses improved glycemic control, reduced bodyweight, and lowered blood pressure compared with placebo over 104 weeks. Increases in HDL-C and LDL-C were observed with Canagliflozin compared with placebo at week 104. LDL-C levels plateaued after 26 weeks."

"There was also a poster showing that Canagliflozin Reduces Serum Uric Acid in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus.

Empagliflozin (Jardiance®)

Empagliflozin used as monotherapy or as an add-on medication improved outcomes for patients with type 2 diabetes, according to new research. Roden and colleagues conducted a phase III, double-blind, 52-week extension trial comparing different doses of empagliflozin (EMPA) monotherapy against placebo and sitagliptin (SITA) in patients not already receiving treatment.

In drug-naïve patients with type 2 diabetes, treatment with empagliflozin in 10 mg or 25 mg for 76 weeks led to sustained reductions in HbA1c vs. placebo, in body weight vs. placebo as well as sitagliptin and in systolic blood pressure vs. placebo as well as sitagliptin.

After 76 weeks, EMPA 10 mg and 25 mg had significantly reduced HbA1c compared with PBO (-0.89% and -0.66%) as well as body weight (-2 kg and .5 kg); clinically meaningful and sustained reductions in SBP were also observed with the EMPA treatments (-3.4 mmHg and 0.4 mmHg).

Adverse reactions including hypoglycemic events (glucose $\leq$ 70 mg/dL and/or requiring assistance) and urinary tract infection were similar with EMPA, PBO and SITA; more patients reported reactions consistent with genital infection with EMPA than PBO or SITA.

Add-on to metformin vs. glimepiride add-on. In another phase 3, double-blind study, Ridderstråle and colleagues compared EMPA with glimepiride (GLIM) as an add-on medication for patients with type 2 diabetes already receiving metformin; the 12-week study completed a 2-year trail.

Endpoints considered were

changes from baseline in HbA1c, weight and systolic and diastolic blood pressure (SBP and DBP) and occurrence of hypoglycemic adverse events (glucose $\leq$ 70 mg/dL and/or requiring assistance).

"Empagliflozin, when added to metformin, provided a sustained reduction in HbA1c with a statistically significant difference compared with glimepiride and with a low risk of hypoglycemia," Ridderstråle said during his presentation. "Treatment with empagliflozin as an add-on to metformin led to sustained body weight and blood pressure reductions compared with glimepiride and was well tolerated."

At the end of the study, there was significant decrease in HbA1c with EMPA compared with GLIM (-.66% vs. -.55%). "This met the non-inferiority and also the superiority criteria," Ridderstråle said.

Hypoglycemic events were reported in 2.5% of patients on EMPA and 24.2% on GLIM (RR=0.102; 95% CI, 0.065-0.162), with 2 patients on GLIM requiring assistance.

It is also of interest to note that BI/Lilly are working on a combination of the DPP-IV inhibitor Tradjenta (linagliptin) and empagliflozin and are starting phase 3 trials and they are also examining the use of empagliflozin with insulin.

Dapagliflozin (Forxiga®)

The researchers compared the efficacy and safety of dual add-on of saxagliptin (SAXA) and dapagliflozin (DAPA) to SAXA and DAPA alone in patients who were poorly controlled on metformin alone. The adjusted proportion achieving A1C <7% was 41% in SAXA+DAPA compared to 18% in SAXA+PBO (difference of 23%; 95% CI [15, 32]) and 22% in DAPA+PBO (difference of 19%; 95% CI [10, 28]). AEs occurred in 48.6%, 52.8% and 48.6% in

SAXA+DAPA, SAXA+PBO and DAPA+PBO, respectively.

In conclusion, this first report of triple therapy adding a well-tolerated combination of DPP-4 and SGLT2 inhibitors to poorly controlled metformin-treated T2D demonstrated that the combination of SAXA and DAPA had greater improvements in glucose control than each component alone, bringing >40% of poorly controlled T2D to goal, with weight loss as DAPA alone and very low hypoglycemia risk.

In order to look at reducing hypoglycemia a phase 3, randomized, double-blind trial of DAPA ($\leq$ 10 mg/d) vs glipizide (GLIP; $\leq$ 20 mg/d) in combination with metformin (MET; median 2000 mg/d) was conducted in 814 adults with type 2 diabetes mellitus inadequately controlled by MET alone,

DAPA reduced hypoglycemia events vs GLIP over 52 weeks and over 4 years of hypoglycemia data shows that 5.4% of patients in the DAPA group vs 51.5% in the GLIP group experienced $\geq$ 1 hypoglycemic event.

Since almost 56% of diabetes patients have hypertensive issues the value of an antidiabetic drug that can help reduce SBP would be valuable and the study entitled "Dapagliflozin Lowered Ambulatory Blood Pressure in Patients with T2DM and Hypertension Inadequately Controlled by a Renin-Angiotensin System Blocker With or Without Another Agent" it was found that At Week 12, mean 24-hour SBP was lower with DAPA vs PBO (-4.5 [1.37] mmHg, P=0.0012) and a drop in night time SBP was also evident vs PBO (-3.9 [1.51] mmHg). DAPA was well tolerated and heart rate showed no significant change from baseline. In conclusion, DAPA significantly reduced SBP vs PBO in pts with T2DM in combination with ACEI/ARB $\pm$ 1AHT.

Other potential candidates

There are currently 22 other SGLT2-Inhibitors in development and the following all had phase 3 trials going on: ipragliflozin, luseogliflozin, fogliflozin.

From www.diabetesincontrol.com

Nyhetsinfo 3 juli 2014
[www red DiabetologNytt](http://www.red.DiabetologNytt)

Researchers suggest new BMI thresholds for ethnic minorities. Biobank data 490 000 people. Obese BMI and risk for T2DM 30 - 26 - 24 - 22. Diab Care

New BMI thresholds have been suggested for overweight and obese people from ethnic minorities.

Currently, a BMI of 30kg/2m or above is defined as obese, but people from South Asian, Chinese and black populations have an equivalent risk of diabetes at lower BMIs than white people.

Guidance released by the National Institute of Health and Care Excellence (NICE) earlier this year called for further studies to define the obesity thresholds for ethnic minorities.

Researchers from the University of Glasgow analysed data on 490,288 people who participated in UK Biobank.

They found that the rate of diabetes in caucasians classified as obese with a BMI of at least 30 was matched by South Asians with a BMI of at least 22, people of Chinese descent when they had a BMI of at

least 24, and in black people with a BMI of at least 26.

The researchers claim this supports the use of lower BMIs to define obesity in the different groups.

The study also showed the differences between South Asian subgroups were small. *The new BMI cut-offs were 21.5 in Pakistani men compared with 22.0 in Indian men, and 21.6 in Pakistani women compared with 22.3 in Indian men.*

Professor Jill Pell, director of the Institute of Health and Well-being, said: "This study confirms that we need to apply different thresholds for obesity interventions for different ethnic groups.

"If not, we are potentially subjecting non-white groups to discrimination by requiring a higher level of risk before we take action."

The research has been published online in the journal Diabetes Care www.nursinginpractice.com/

Nyhetsinfo 3 juli 2014
[www red DiabetologNytt](http://www.red.DiabetologNytt)

Nya föreskrifter för nationella medicinska informationssystem. Pascal ska stå under LMVs kontroll etc.

Läkemedelsverket har tagit fram nya föreskrifter för nationella medicinska informationssystem. Föreskrifterna som börjar gälla den 1 juli 2014 ger en plattform för dialog mellan Läkemedelsverket, tillverkare, beställare och andra berörda. Det nya regelverket ska skapa säkrare och effektivare funktioner för hur program kravställs, utvecklas, installeras och underhålls. De nya föreskrifterna reglerar program men inte dess data eller information.

Fakta om tillsynen över nationella medicinska informationssystem

För medicinteknik går utvecklingen mycket fort för dataprogram och kommunikation, ICT (Information and Communication Technology). Program som kvalificeras som medicintekniska produkter står under Läkemedelsverkets tillsyn. Några nationellt gemensamma IT-stödssystem, med samma riskbild som medicintekniska produkter, har inte stått under Läkemedelsverkets tillsyn, t.ex. Nationell patientöversikt (NPÖ), Receptexpeditionssystem, Nationellt ordinationsstöd (NOD), och system för dosläkemedel (Pascal). Nu kommer även dessa program att stå under Läkemedelsverkets tillsyn och kontrolleras enligt det regelverk som gäller för medicintekniska produkter.

En förbättring med dessa nya föreskrifter är att det blir tydligare för såväl beställare som tillverkare av dessa program om ansvaret över ett programs alla faser; från kravställan och utveckling till installation och underhåll.

Nyhetsinfo 3 juli 2014
[www red DiabetologNytt](http://www.red.DiabetologNytt)



Rapport från ADA, Frida Sundberg.

HbA1c-mål för barn-ungdomar med T1DM.

Senaste nytt om hypoglykemi.

Här kommer en färsk rapport från ADA av Frida Sundberg, rapportör för Diabetolognytt, barndiabetesläkare, med dr. Drottning Silvias sjukh, SU, Göteborg.

ADA har ändrat sina riktlinjer för HbA1c mål för barn och ungdomar med T1DM.

Alla patienter yngre än 18 år rekommenderas nu att sträva efter att nå HbA1c < 7,5 % NGSP= DCCT eller som i Sverige IFCC HbA1c under 57 mmol/mol.

Tidigare var strävan inte att nå ned till dessa nivåer för de yngsta patienterna. Orsaken till den tidigare policyn var en påtaglig rädsla för hypoglykemer. Nyare rön visar att även hyperglykemier sannolikt är skadliga för den unga hjärnan - i tillägg till att risken för övriga diabeteskomplikationer ökar vid högre glukosnivåer.

Beskedet är mycket glädjande och det gör att ADAs behandlingsmål harmoniseras med internationella barndiabetesorganisationen ISPADs.

Just hypoglykemier var ett tema som gavs stort utrymme och belystes ur flera synvinklar på ADAs möte i San Francisco.

Det är lätt att uppfatta hypoglykemier som en oundviklig del av diabetesbehandling, i synnerhet med insulin. Amerikanska myndigheter ser på hypoglykemier vid diabetesbehandling som vilka läkemedelsbiverkningar som helst och betraktar dem som en av de tre vanligaste allvarliga oönskade effekterna av läkemedelsbehandling. Därför formulerar federala "Health and human services", en rådgivande National Action Plan for Hypoglycemic Safety; Ambitio-

nen är att hitta strategier att undvika hypoglykemier vid behandling av diabetes. De möjliga strategier som lyftes fram vid symposiet var patientutbildning, användande av modern teknologi som pump och CGM och medvetna farmakologiska val vid insulinbehandling.

Att hypoglykemier medför akut kognitiv påverkan är ingen nyhet. Sambandet mellan grava hypoglykemier och långvarig kognitiv förmåga, enligt Hershey, hos småbarn och sambandet mellan hypoglykemier och demens (Bolli framförde Williamsons presentation) hos äldre lyftes fram.

Sambandet mellan hypoglykemier och demens sades också vara dubbelriktat, dvs att demens även ökade risken för hypoglykemier. Slutsatsen var att hypoglykemier bör undvikas hos småbarn och äldre patienter med diabetes.

Jackie Elliot från Sheffield kunde också visa att dödligheten var dubbelt så stor bland de patienter med diabetes, både T1DM och T2DM, och som behövt tillkalla ambulans pga en hypoglykemiepisod jämfört med övriga gruppen patienter med diabetes.

Att det finns många negativa effekter kopplade till upprepade hypoglykemier är välkänt. Fischer sammanfattade de negativa konsekvenserna som

- svårigheter att uppfatta hypoglykemiesymtom (hypoglycemia unawareness),
- ökad risk för frakturer och andra olyckshändelser,
- försämrad motregulation och därmed högre risk för fler allvarliga hypoglykemiepisoder.

Med hänvisning till bla ett par artiklar av Reno och honom själv ställde Fischer frågan om det skulle kunna tänkas finnas positiva effekter av upprepade

grava hypoglykemier och reducerat adrenalinsvar som vid unawareness. Reno har i rättstudier visat att risken för dödlig arytmi under hypoglykemiklamp är lägre hos råttor med diabetes som haft upprepade grava hypoglykemier än dem som inte haft dessa krampepisoder. Intressant nog angavs dödligheten i hypoglykemi vara tydligt högre hos råttor med diabetes, oavsett hypoglykemiahistoria, än hos friska råttor som genomgick likadana extremt långvariga djupa hypoglykemier med kramper under klampstudier.

Det är tidigare känt att akuta hypoglykemier under pågående episod ger såväl kognitiv påverkan som EEG-påverkan. Sejling visade att de EEG-mässiga effekterna av hypoglykemier hos vuxna insulinbehandlade patienter med T1DM är desamma oavsett om patienten har symptom av hypoglykemin eller inte. Flera studier undersökte de patofysiologiska mekanismerna bakom hypoglycemia unawareness men ingen entydig förklaring tycks finnas tillgänglig.

Sammanfattningsvis är ADAs rekommendation att alla patienter yngre än 18 år med T1DM bör rekommenderas att eftersträva HbA1c under 57 mmol/mol - men att hypoglykemier nogsamt bör undvikas, i synnerhet under barnåren. Även äldre personer med diabetes är en särskilt känslig grupp, som bör undvika hypoglykemier vid insulinbehandling.

Läs hela statement i Diab Care som pdf i full text utan lösenord, 22 sidor inkl referenser <http://care.diabetesjournals.org/content/early/2014/06/09/dc14-1140.full.pdf+html>

*Nyhetsinfo 20 juni 2014
www.red.DiabetologNytt*

Åtgärder inom läkemedelsområdet, äldre läkemedel över 15 år, sparar 530 miljoner 2014. TLV

TLV visar i en rapport att pris-sänkningar på äldre läkemedel som ingår i högkostnadsskyddet har sänkt statens kostnader med över 430 miljoner kronor. Därutöver beräknas patienternas egna kostnader minska med minst 100 miljoner kronor.

– Samhällets resurser är begränsade och det saknas ekonomiska förutsättningar att ge befolkningen all den sjukvård som i dag är möjlig. För patienternas del är det därför viktigt att läkemedlen är prisvärda och att så många patienter som möjligt kan få tillgång till effektiva läkemedel, säger Sofia Wallström, generaldirektör på TLV.

TLV har regeringens uppdrag att vidareutveckla prissättningen på läkemedel med målet att läkemedelsanvändningen ska vara så kostnadseffektiv som möjligt. I samband med detta har myndigheten fått uppdrag att följa det besparingsbeting inom läkemedelsområdet som regeringen satt upp i budgetpropositionen för 2014.

Uppdraget består av två delar. Den första delen är att löpande följa den överenskommelse som regeringen har tecknat med Läkemedelsindustriföreningen. Överenskommelsen innebär att priserna sänks med 7,5 procent på läkemedel äldre än 15 år, som ingår i läkemedelsförmånerna och därmed omfattas av högkostnadsskyddet.

Den andra delen i uppdraget är att redovisa de besparingar som skapas genom att TLV utvecklar den värdebaserade prissättningen

av läkemedel. I uppdraget ingår även att redovisa hur kostnaderna för patienterna och för läkemedelsförmånerna påverkas.

– Vår regeringsrapport visar att genomförda prissänkningar beräknas minska statens kostnader för läkemedel som ingår i högkostnadsskyddet med över 430 miljoner kronor 2014. De kostnader som patienterna betalar själva beräknas minska med minst 100 miljoner till följd av detta, säger Sofia Wallström.

Mer info finns på

<http://www.tlv.se/press/pressmeddelanden/Atgarder-inom-lakemedelsområdet-sparar-530-miljoner/>

*Nyhetsinfo 19 juni 2014
www.red.DiabetologNytt*

ADA report. Inhaled insulin has a potential for effective therapy for patients with type 1 and type 2 diabetes

SAN FRANCISCO — An ultra-rapid inhaled insulin that approximates glucose excursions following meals is a non-invasive, effective therapy for patients with type 1 or type 2 diabetes, according to research presented at the American Diabetes Association's 74th Scientific Sessions.

Bruce W. Bode, MD, diabetes specialist with Atlanta Diabetes Associates in Atlanta, and Julio Rosenstock, MD, director of the Dallas Diabetes and Endocrine Center, shared results from studies comparing the inhaled treatment to either injections or oral anti-diabetic medications.

Utility in Type 1 Diabetes

Technosphere Insulin Inhalation Powder (TI) showed equivalent HbA1c reduction for patients with type 1 diabetes compared with subcutaneous rapid acting analog (RAA) insulin and demonstrated significant differences in total hypoglycemia and weight gain.

“TI provided effective glyce-mic control to subjects with type 1 diabetes and was not inferior in HbA1c reduction vs. insulin aspart,” Bode said during his presentation.

“There was significant weight can with insulin aspart vs. TI.”

In a 24-week trial at sites in the United States, Ukraine and Brazil, Bode and colleagues compared efficacy of prandial TI using the Gen2 inhaler (n=174) vs. RAA (n=171), both administered in conjunction with basal insulin, in patients with type 1 diabetes who had HbA1c between 7.5% and 10%. The researchers included another group of patients treated with TI, but using the earlier TI MedTone inhaler (n=173) to gauge pulmonary safety.

Treatment using TI with basal insulin (Gen2) was non-inferior to RAA with basal insulin in improving HbA1c (–0.21% vs. –0.4%; difference of 0.19%; 95% CI, –0.02 to 0.36). Using TI with basal insulin, patients also saw improvements in fasting plasma glucose as compared to the group using RAA with basal insulin (difference of –35.42 mg/dL; 95% CI, –56.25 to –14.59) and weight change (difference of –1.32 kg; 95% CI, –2.33 to –0.31).

Hypoglycemia events occurred less with TI than RAA, with significance changes observed in total hypoglycemia (9.80 vs. 13.97, P<.0001) and glucose <36 mg/dL (11.64 vs. 25.57; P=.0009). By the end of the study, hypoglycemia event rates were lower with TI at all HbA1c levels (≤6.5%, ≤7.0 and ≤8.0%).

The difference between the two inhalers in pulmonary function tests, including change in forced expiratory volume at 1 second, were not significantly different. Cough was reported more with TI than RAA (31.6% vs. 2.3%).

“This did not cause a large dropout; there was a small decrement in pulmonary function that was reversible,” Bode said. “TI had significantly less hypoglycemia no matter how you looked at it.”

TI in type 2 diabetes

Patients with type 2 diabetes who have not achieved adequate control with oral anti-diabetic treatments could benefit from the addition of TI inhalation powder, according to another presentation at the conference.

In a 24-week, double-blind study, Rosenstock and colleagues compared the effects of TI (n=177) vs. placebo (n=176) on insulin-naïve patients with type 2 diabetes who had HbA1c levels $\geq 7.5\%$ and $\leq 10\%$ on metformin only or >2 oral anti-diabetic medications.

“TI as the initial prandial insulin in patients with type 2 diabetes compared with one or more oral agents effectively reduced postprandial glucose excursion consistent with its time-action profile,” Rosenstock said during his presentation. “It was associated with increased, mild hypoglycemic events and neutral body weight changes.”

Patients achieved better HbA1c reduction with TI compared with placebo (-0.82% vs. -0.42% ; treatment difference, 0.40% ; 95% CI, -0.57 to -0.23). The proportion of participants in the TI group who reached an HbA1c of $\leq 7.0\%$ was greater with TI than placebo (38% vs. 19%, $P=.0021$).

On average, fasting plasma glucose decreases from baseline were 11 mg/dL with TI and 4 mg/dL with placebo. Weight change increased in the TI group but decreased in the placebo group ($+0.49$

kg and -1.13 kg, $P<.0001$).

TI was also effective in controlling postprandial glucose excursions. The hypoglycemia event rate for patients per month was higher with TI compared with placebo (1.16 vs. 0.50; $P<.0001$); total number of severe hypoglycemia events was low and, per 100 subject-months, not statistically different (2.37 vs. 0.60 respectively).

The background therapy for the patients may explain why the patients experienced more hypoglycemia.

“If we had less sulfonylurea,” Rosenstock said, “it is highly conceivable that we would have had much, much less hypoglycemia.”

For More Information:

Bode BW. Abstract 127-OR. Presented at: American Diabetes Association's 74th Scientific Sessions; June 13-17, 2014; San Francisco.

Rosenstock J. Abstract 128-OR. Presented at: American Diabetes Association's 74th Scientific Sessions; June 13-17, 2014; San Francisco.

From <http://www.healio.com/>

*Nyhetsinfo 18 juni 2014
www.red DiabetologNytt*

Tandhälsa lyfts fram i nya nationella riktlinjer för diabetes. Dagens Medicin

Ökat fokus på att förebygga tandlossning är en av annars få nyheter i preliminärversionen av de nya nationella riktlinjerna för diabetesjukvården, som Socialstyrelsen presenterar i dag, onsdag den 18 juni, skriver Carl-Magnus Hake på www.dagens-medicin.se, och fortsätter;



– Det är visat att tandlossnings-sjukdom försämrar blodsockervärdena vid diabetes och att detta kan förhindras med behandling hos tandhygienist eller tandläkare. Vi har därför lyft upp att sjukvården bör hänvisa personer med pågående inflammation i tandköttet eller som har hög risk för dålig munhälsa till tandvården, säger Christian Berne.

Han är professor emeritus i medicin vid Uppsala universitet och har varit medicinsk sakkunnig i arbetet med de nya riktlinjerna.

Totalt omfattar arbetet runt 140 olika åtgärder. Ett 40-tal av dessa bedöms som centrala, därför att de är medicinskt viktiga eller för att sjukvården i olika delar av landet inte lever upp till gällande riktlinjer från år 2010.

Men på det hela taget har det inte skett några stora förändringar jämfört med nuvarande fyra år gamla riktlinjer.

– Det är riktigt att vi inte kommer med några stora nya besked till sjukvården. Huvudpunkterna är de samma, som att blodsockret bör behandlas intensivt vid typ 1-diabetes och hos unga med nydiagnostiserad typ 2-diabetes, säger Christian Berne.

Han nämner dock att det skett en del utgallring och uppdatering av tidigare centrala rekommendationer. De senare gäller till exempel:

Kontroll för riskfaktorer av hjärt-kärlsjukdom. Nu är fokus att patienter ska få en särskild dos av kolesterolsänkande statiner, snarare än att uppnå ett visst mål-

värde för LDL-kolesterol. Även målvärdena för blodtrycket lättas upp något till 140/85 mmHg.

Läkemedelsbehandling. Många nya typer av läkemedel har lanserats mot främst typ 2-diabetes de senaste åren, till exempel SGLT2-hämmare och nya varianter av GLP1-analoger. Men i avsaknad av långtidsdata på viktiga kliniska parametrar så får dessa ganska låga prioritetssiffror, även om de överlag justerats upp något sedan förra versionen. **Insulinpumpar med integrerade glukossensorer.** På senare tid har det varit en het fråga vem som ska betala för den här typen av utrustning, som är aktuell för patienter med typ 1-diabetes och kraftigt svängande sockervärden. I de nya riktlinjerna lyfts de nu fram som en åtgärd med medelhög prioritet för sjukvården att erbjuda.

Screening. Hälsotester för att tidigt hitta typ 2-diabetes hos patienter med hög risk att insjukna prioriteras ner något sedan förra upplagan av riktlinjerna. Orsaken är att studier inte kunnat visa någon avgörande effekt av åtgärden

Fetmakirurgi. Trots att det kommit data på positiva korttidseffekter av fetmakirurgi på diabetessjukdomen blir åtgärdens prioritering i stort sett oförändrad. Fetmakirurgi lyfts främst fram för de patienter som har ett BMI över 40, men kan även vara aktuellt vid BMI på 35 och över. De nya riktlinjerna lägger dock större fokus på att patienterna följs strukturerat efter ingreppet. **Intensiva livsstilsåtgärder vid typ 2-diabetes.** Denna insats har fått lägre prioritet i enlighet med resultaten från den omtalade Look ahead-studien. Åtgärden är dock ingen av de centrala rekommendationerna.

*Nyhetsinfo 18 juni 2014
www.red.DiabetologNytt*

ADA. First-Ever ADA Guidance Specifically for Type 1 Diabetes in All Age Groups. Diab Care

A new position statement from the American Diabetes Association (ADA) provides the first-ever guidance specific to the management of type 1 diabetes in all age groups, including a new HbA1c target for children.

Type 1 Diabetes Through the Life Span:

A Position Statement of the American Diabetes Association was released June 16 at a press briefing held during the American Diabetes Association 2014 Scientific Sessions and also simultaneously published online in Diabetes Care.

A new pediatric glycemic control target of HbA1c less than DCCT 7.5% across all ages replaces previous guidelines that had called for different targets by age (less than 8.5% for children aged under 6 years, less than 8% for those aged 6 to 12 years, and less than 7.5% for adolescents between the ages of 13 and 19 years).

The previous guidance is based on outdated information, Lori M.B. Laffel, MD, chief of the pediatric, adolescent, and young adult section of the Joslin Diabetes Center and associate professor of pediatrics at Harvard Medical School, said at the briefing.

"Those targets were based on experience with severe hypoglycemia in a distant era," Dr. Laffel said, noting that modern technology such as insulin analogs, insulin pumps, and continuous glucose monitoring now allow for tighter control with less risk for hypoglycemia.

Moreover, new evidence suggests that rates of hypoglycemia aren't increased in the youngest patients, nor in those with lower

HbA1c levels. And research now shows increased evidence of acute adverse central nervous system effects of hyperglycemia, Dr. Laffel said.

The new HbA1c target of less than 7.5% across all pediatric age groups is now harmonized with that of the International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes ISPAD, the Pediatric Endocrine Society, and the International Diabetes Federation.

Adult Type 1 diabetes

The adult HbA1c target of less than 7% for type 1 diabetes remains the same, with individualized lower or higher targets based on patient need.

"We are so pleased to be able to have offered a unified target for the pediatric population and even more pleased to have a single set of guidelines that will cross the entire lifespan for our patients with type 1 diabetes so we can be assured as we pass our patients to our adult providers we will all be singing the same song," Dr. Laffel said.

Addressing Adults' Need for Diabetes Supplies

The impetus for the new statement came from recognition of the dearth of information specific to type 1 diabetes in adults and the frequent and often inappropriate extrapolation of evidence from type 2 diabetes studies to type 1.

"We have this growing population of type 1s who are being treated like type 2s, and it's not the same disease," coauthor Anne L. Peters, MD, professor of medicine at the Keck School of Medicine, University of Southern California, Los Angeles, told Medscape Medical News.

Examples include universal recommendations for statin use and LDL-cholesterol targets derived from type 2 populations and for which there is little evidence in type 1 patients, and limitations on insurance reimbursement for test strips.

From www.medscape.com

Läs hela statement i Diab Care som pdf i full text utan lösenord, 22 sidor inkl referenser
<http://care.diabetesjournals.org/content/early/2014/06/09/dc14-1140.full.pdf+html>

Nyhetsinfo 17 juni 2014
www.red.DiabetologNytt

ADA Sulfonylureas May Up Fracture Risk in Diabetes, Along With TZDs

SAN FRANCISCO ADA The oral diabetes drug classes of thiazolidinediones (TZDs) and sulfonylureas both boost the risk for fractures compared with metformin, a large database analysis has found.

The observational study confirms previous findings of increased fracture risk with TZDs but is the first to compare multiple classes of glucose-lowering agents and the first to suggest a possible increased fracture risk for sulfonylureas, Sandhya Mehta, PhD, an investigator with Inovalon, a technology company specializing in large data analytics, told the American Diabetes Association (ADA) 2014 Scientific Sessions today.

Dr. Mehta said her study findings should be taken into consideration in prescribing antidiabetic drugs, especially in those patients already at higher risk for fracture.

"Be more careful with TZDs, to be sure, and also with sulfonylureas," she told Medscape Medical News, but she added that the association with sulfonylureas needs confirmation.

Indeed, session moderator Amanda I. Adler, MD, PhD, of Addenbrooke's Hospital, Cambridge University, United Kingdom, and chair of the Technology Appraisal Committee of the United Kingdom's National Institute for Health and Care Excellence (NICE), told Medscape Medical News that despite the investigators' attempts to control for many potential confounders, "One concern is residual confounding, that patients who take sulfonylureas are at higher risk for fractures than those who don't take sulfonylureas."

More Work Needed to Drill Down into Sulfonylurea Fracture Risk

Dr. Mehta and colleagues retrospectively analyzed 2008–2012 data from Invalon's Medical Outcomes for Effectiveness and Economics (MORE) registry of more than 100 million individuals. A total of 99,892 adults were identified as new users of glucose-lowering drugs: metformin (77.8%), sulfonylureas (15.3%), dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) inhibitors (2.7%), TZDs (2.7%), incretins (0.81%), and meglitinides (0.6%).

Within the 5-year follow-up period, 7353 patients (7.4%) had evidence of fracture.

The incidence of fractures was 6.8% among the total 76,924 patients taking metformin, 10.9% among the 2679 taking TZDs, and 9.7% in the 15,162 on sulfonylureas. Rates for other glucose-lowering agents ranged from 6.1% of 799 individuals taking incretin drugs to 10.7% of the 626 on meglitinide.

After adjustment for age, gender, region, a variety of medical

conditions and other medications, the hazard ratios for fracture risk compared with metformin were 1.40 for TZDs ($P < .0001$) and 1.09 for sulfonylureas ($P = .0054$). The increase in fracture risk for the other drug classes compared with metformin did not reach statistical significance.

In her presentation, Dr. Mehta noted that the findings support the hypothesis that TZDs increase fracture risk by decreasing bone-mineral density, stimulating adipocytes and inhibiting osteoclast differentiation.

She noted, however, that previous epidemiologic studies have not found an increased fracture risk with sulfonylureas. "The present study points to the need of further investigation on the association between sulfonylureas and the risk of fractures."

Dr. Adler told Medscape Medical News that what preceded the fracture is important information. "If they were having more low blood sugars and consequently fell, it would be interesting to know, but unfortunately she couldn't tell us."

She also noted that although the findings for the other glucose-lowering drugs are reassuring, "We can't really know what they're doing to bones without knowing what else is going on. If you took a drug that made you more likely to topple over, your bones could be equally as strong as the group that didn't fall over, but [you could still] still have more fractures."

Dr. Mehta and Dr. Adler have no reported no relevant financial relationships.

www.medscape.com
American Diabetes Association
2014 Scientific Sessions; June 15,
2014. 165-OR

Nyhetsinfo 16 juni 2014
www.red.DiabetologNytt



ISPAD

40TH ANNIVERSARY

Toronto 2014

ISPAD (Intern barndiabetesmötet), Toronto, Canada

Rapport del två.

I en poster berättades att barn-diabetesteamet i Lagos screenat alla sina 39 (trettionio) levande patienter med T1DM avseende komplikationsutveckling. Det intressantaste med detta var inte att 20% av de patienter som haft diabetes i mer än fem år hade mikroalbuminuri och att 5% av samma grupp bedömdes ha nefropati. Det hoppfulla var att man kunnat mäta HbA1c på sina 39 patienter (medelvärde 10,8% DCCT) vilket är dyrt. Det mest intressanta; det tragiska faktumet att man endast hade 39 levande patienter i en stad med flera miljoner invånare (knappt 8 miljoner enligt Wikipedia) kommenterades inte. Globalt sett är den vanligaste anledningen till att barn och ungdomar med diabetes avlider brist på insulin.

Alan Delamater, psykolog i Miami, hade undersökt ungdomars uppfattning om risker i anslutning till diabetes. Genomgående var att de sjuttio undersökta ungdomarna i åldern 11-17 års (med medel-HbA1c 9,3 % DCCT, dvs något lägre än ungdomarna i Lagos men fortfarande långt ovan önskvärd nivå) skattade risken att andra drabbades av komplikationer högre än att de själva skulle råka ut för något. Högre HbA1c var kopplat till upplevelse av hö-

gre kortsiktig men inte långsiktig risk för personen själv. Delamater sade i sin presentation att högre medvetenhet om riskerna för komplikationer var kopplat till lägre HbA1c. Delamaters budskap var att det var viktigt att tala med ungdomarna om komplikationsrisker men att göra det utan att skrämmas.

Alltsedan DCCT vet man att komplikationsrisken minskar kraftfullt om HbA1c hålls nära normala nivåer. Men vilken roll spelar det för markörer för utveckling av kardiovaskulär hälsa som pulsvågshastighet (puls-wave velocity), kärlelasticitet (brachial distensibility) och njurfunktion (estimated GFR) på två års sikt om ungdomar med T1DM når övriga metabola behandlingsmål (definierade i ISPAD guidelines) avseende blodfetter, blodtryck och BMI? Enligt P Bjornstad, som presenterade amerikanska data, hade det stor betydelse för dessa uppföljningsmarkörer på två års sikt om ungdomarna nådde tre eller fler mål avseende metabol hälsa, således var det mer än glykemisk kontroll som spelade roll.

Ett bidrag till diskussionen om vad mer tillfälliga blodsockertoppar betyder för hälsan och komplikationsrisken gavs av Pietro Galassetti från USA som studerat hur samband mellan glukostoppar och inflammationsmarkörer. Enligt honom kunde även tillfälliga glukostoppar ge mätbart högre nivåer av interleukiner hos i övrigt friska ungdomar med T1DM.

Priset för bästa muntliga presentation av abstrakt gick till Vibeke Gagnum från Oslo. Presentationen var baserad på norska nationella registerdata rörande knappt

8000 personer som insjuknat i diabetes under barn- och ungdoms-år. Manligt kön och insjuknande under pubertetsåren var kopplat till högre dödlighet. Studien visade att överlevnaden förbättrats avsevärt om man jämför en senare insjuknandekohort (1989-2012) med en tidigare (1973-82).

Många presentationer handlade om hur man kan stödja framförallt ungdomar att orka och klara att genomföra den komplicerade insulinbehandlingen. Reinhard Holl från Tyskland berättade att man i en tysk-östrerikisk registerstudie bekräftat vad andra visat tidigare, nämligen att HbA1c redan tidigt under barndomen (redan prepubertalt) väl predikerar HbA1c under vuxenåren. Detta är helt i linje med en rapport från SWEDIAB-KIDS och NDR (Samuelsson et al 2014) som också lyftes fram i Holls presentation.

Utan större athävor delades ett enkelt USB-minne ut under konferensen. USB-minnet innehåller ISPADs uppdaterade guidelines för behandling av diabetes hos barn och ungdomar. Dessa riktlinjer finns tillgängliga för alla och envar på www.ispad.org under rubriken guidelines. Dokumentet utgör en värdefull och användbar resurs i det vardagliga arbetet med diabetes hos barn och ungdomar.

Mötet avslutades av ISPADs nytilträdde president Ragnar Hanås. Nästa möte hålls om ett år i Brisbane, Australien.

*Frida Sundberg,
barndiabetesläkare DSBUS,
Göteborg
Rapportör för DiabetologNytt*

Se sid 187 för Rapport del 1

Hypoglycaemia in clinical diabetes

Den tredje utökade upplagan av "Hypoglycaemia in clinical diabetes" (under redaktion av Brian M. Frier, Simon R. Heller och Rory J. McCrimmon, Wiley Blackwell förlag) har nu kommit. De nytilkomna kapitlen rör psykologiska effekter av hypoglykemier, användandet av nya tekniska hjälpmedel som insulinpumpar och CGM för att minska risken för hypoglykemier, hantering av fysisk aktivitet vid typ1 diabetes ur hypoglykemihänseende och neurologiska komplikationer av hypoglykemier. Samtliga äldre kapitel har uppdaterats och de nyaste arbeten som de digra referenslistorna hänvisar till är från 2013.

Sedan tidigare är detta en väl genomarbetad bok som kan läsas antingen som en sammanhållen textbok om hypoglykemier vid behandling av diabetes eller som en samling översiktsartiklar om olika delteman under denna huvudrubrik. Balansen mellan de upprepningar som lätt stör sträckläsningen men å andra sidan möjliggör den enskilda kapitelläsningen är rimlig. Även om nyansskillnader kan anas mellan kapitelförfattarna känns texten redaktionellt sammanhållen vid läsning. Det sammanhållna budskapet är att hypoglykemier är ett allvarligt problem vid behandling av både T1DM och T2DM och att hypoglykemier är farligare för den som har blodsockersänkande behandling än den som är frisk och medicinfri. Hypoglykemi-problematiken vid behandling av vissa patientgrupper som barn, äldre och gravida lyfts särskilt fram i olika kapitel.

Till bokens styrkor hör den gedigna teoretiska genomgången av både fysiologisk reglering av låga

blodsocker och patofysiologiska störningar av detta vid blodsockersänkande behandling med insulin och/eller andra farmaka. Grundligt och resonerande med frikostigt lämnande av referenser för vidare läsning bjuds läsaren in att teoretiskt greppa ämnet innan texten går vidare till mer praktiskt inriktade kapitel. Det som från början kan te sig närmast simplistiskt; ge lite socker om blodsockret är för lågt visar sig vara ett teoretiskt fält som spänner över stora delar av fysiologin. Är detta väsentligt kunnande för en diabetolog? Jag tror det; praktiska råd till patienter växlar över tid och när vi ändrar de råd som påverkar människors vardag behöver vi ha gediget kunnande bakom. Och när vi nu vet hur farligt hyperglykemi är får vi inte bli fartblinda och bortse från problemen och farorna med ett alltför lågt blodsocker. Här fyller denna bok en stor och viktig funktion och är mycket väl värd att läsa, läsa om och reflektera över.

I boken finns dock en hel del utsagor som inte är okontroversiella och författarna/redaktörerna driver delvis en annan linje än den som kommer till uttryck i t ex ADA och ISPADs uttalanden och riktlinjer. Mest påtagligt är att författarna inte godtar definitionen av en hypoglykemi som ett P-glukos $\leq 3,9$ mmol/l och de beklagar att även den europeiska läkemedelsmyndigheten anslutit sig till denna definition. I nästa andetag medger dock författarna att den pragmatiska hållning som antagits av Diabetes UK (att behandla alla blodsockervärden lägre än 4,0 mmol/l som hypoglykemier hos personer som behandlas för diabetes) är klok och bör följas.

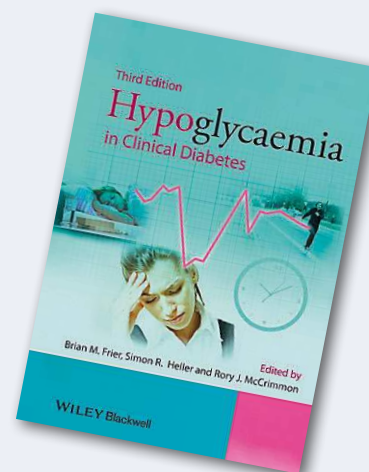
Annat kan diskuteras, tex häv-

das att glukos kan tas upp buckalt liksom att det är viktigt att det fortsatt finns tillgång till svin- och nötinulin för dem som inte vill använda humaninsulin eller insulinanaloger av olika skäl. Men eftersom att hela tonen i boken är resonerande och relaterande får man väl som läsare vara vuxen att göra sina egna bedömningar av vad som står i texten.

Kanske är det ändå så att den bok man först bör läsa i detta område är Cryers "Hypoglycemia in diabetes – pathophysiology, prevalence and prevention" vars andra upplaga kom ut 2012. Den är lite enklare och lite tydligare. Styrkan i Friers bok är å andra sidan uppdateringarna, resonemanget och källhänvisningarna vilket gör den mycket läsvärd.

Pappersbok 769 SEK,
e-bok 921 på Bokus

*Frida Sundberg,
barndiabetesläkare
recension på uppdrag av
DiabetologNytt*



Kongress- och möteskalender

2014

4–5/12 Riksstämman i Stockholm www.riksstamman.se

2015

18–21/2 ATTD Advanced Technologies & Treatments for Diabetes Paris <http://attd.kenes.com/>

22–24/4 Kardiovaskulära vårmötet i Örebro

7–8/5 SFDs vårmöte. Örebro stad fyller samtidigt 750 år. I programkommittén ingår Jan Åman överläkare barn-klin USÖ och Stefan Särnblad överläkare barn-klin USÖ, Erik Schvarcz överläkare med-klin USÖ, Eva Rask överläkare med-klin USÖ, Helena Fadl överläkare kvinnokliniken USÖ och kontaktperson stefan.jansson@orebroll.se, distriktsläkare Brickebackens Vårdcentral Örebro. Program läggs ut 141201 på www.sfdmoten.org

5–9/6 American Diabetes Association ADA, Boston, USA www.diabetes.org

14–18/9 EASD, 51st Annual Meeting, Stockholm, ansvariga för det internationella mötet är Bo Ahren och Claes-Göran Östensson www.easd.org
Med tanke på att EASD är i Stockholm 2015, så har SAFD inget höstmöte denna höst - åk och deltag i EASD Sthlm

7–10/10 Internationella barndiabetesmötet ISPAD Brisbane, Australien 2015 www.ispad.org

REKRYTERA NY MEDLEM TILL SVENSK FÖRENING FÖR DIABETOLOGI

Medlemsavgift 200 kr per år. 2015 ingen kostnad.

Sänd namn, yrke och adress per e-post till: samuelsson@mac.com