

Helhetssyn vid behandling av individer med flera kroniska sjukdomar – type 2-diabetes



Thomas Drivsholm
Praktiserende læge (www.33137086.dk)
Lektor (E-mail: thdrivs@sund.ku.dk)
Center for Forskning og Uddannelse i Almen Medicin
Institut for Folkesundhedsvidenskab
Københavns Universitet

Lægehuset Nørre Farimagsgade 33 (5300 pt.)

4 faste læger

- Læge Hanne Hjortkjær-Petersen
- Læge Tina Koch
- Læge Thomas Drivsholm
- Læge Camilla Brandt

(3 lægekapaciteter /
delepraksistilladelse)

- Uddannelseslæger; typisk 1-2

- 3 sygeplejersker (79 timer / uge)
- 2 sekretærer (57 timer / uge)
- 4 sekretærvikarer
- Praksismanager (12-15 timer)

Faste læger:

- 3 læger arbejder 4-5 dage/uge
- 1 læge arbejder 3 dage/uge
- Delt ledelse / ansvarsområder
- 1 ledelsesmøde / mdr.

- IT
- Rengøring

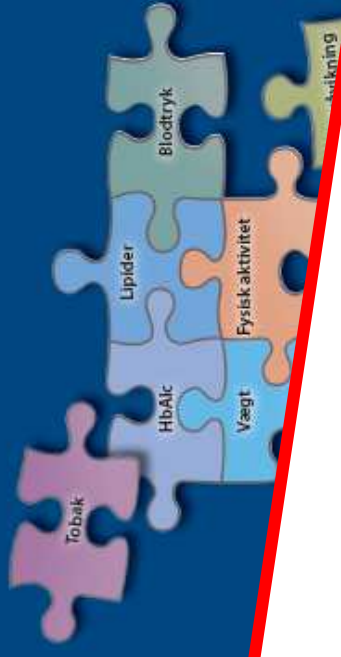
Arbejdstid tilpasset den
enkeltes behov

Akademisk



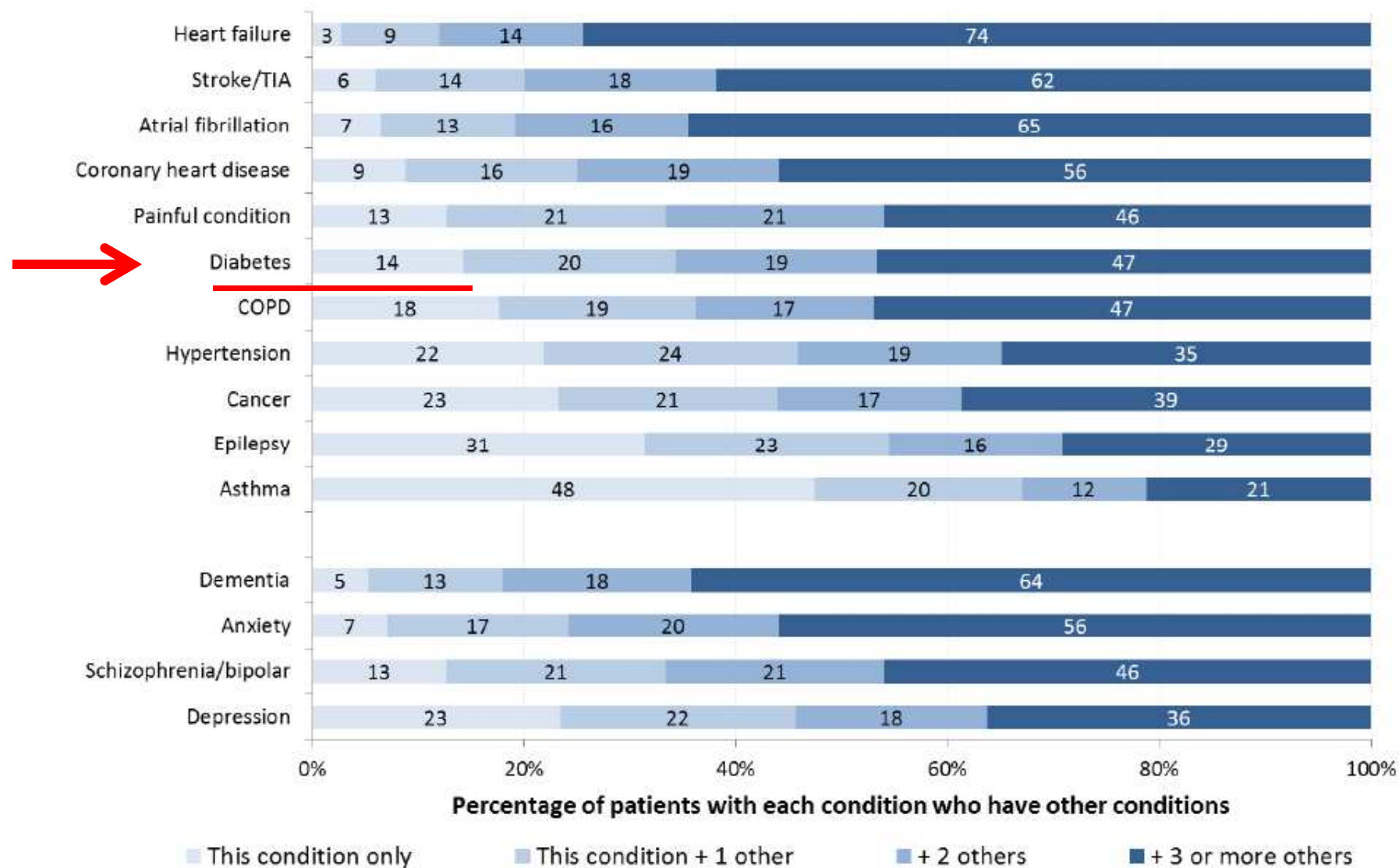
- Lektor ved afdeling for Center for Forskning og Uddannelse i Almen Medicin, Københavns Universitet
- Formand for DSAM's kliniske vejledning om type 2-diabetes i 14 år frem til 2016
- Tidligere ansat i DSAM
 - Frem til maj 2016 lægefaglig konsulent for kliniske vejledninger i 8 år
- Mit nye fokus-område: Multimorbiditet
 - Del af multimorbiditets-forskningsgruppe ved Københavns Universitet
 - Kursusleder på nationalt kursus i multimorbiditet

Type 2-diabetes – et metabolisk syndrom



Type 2 diabetes = multimorbiditet!

Supplementary figure S1: Number of conditions experienced by patients with common, important diseases



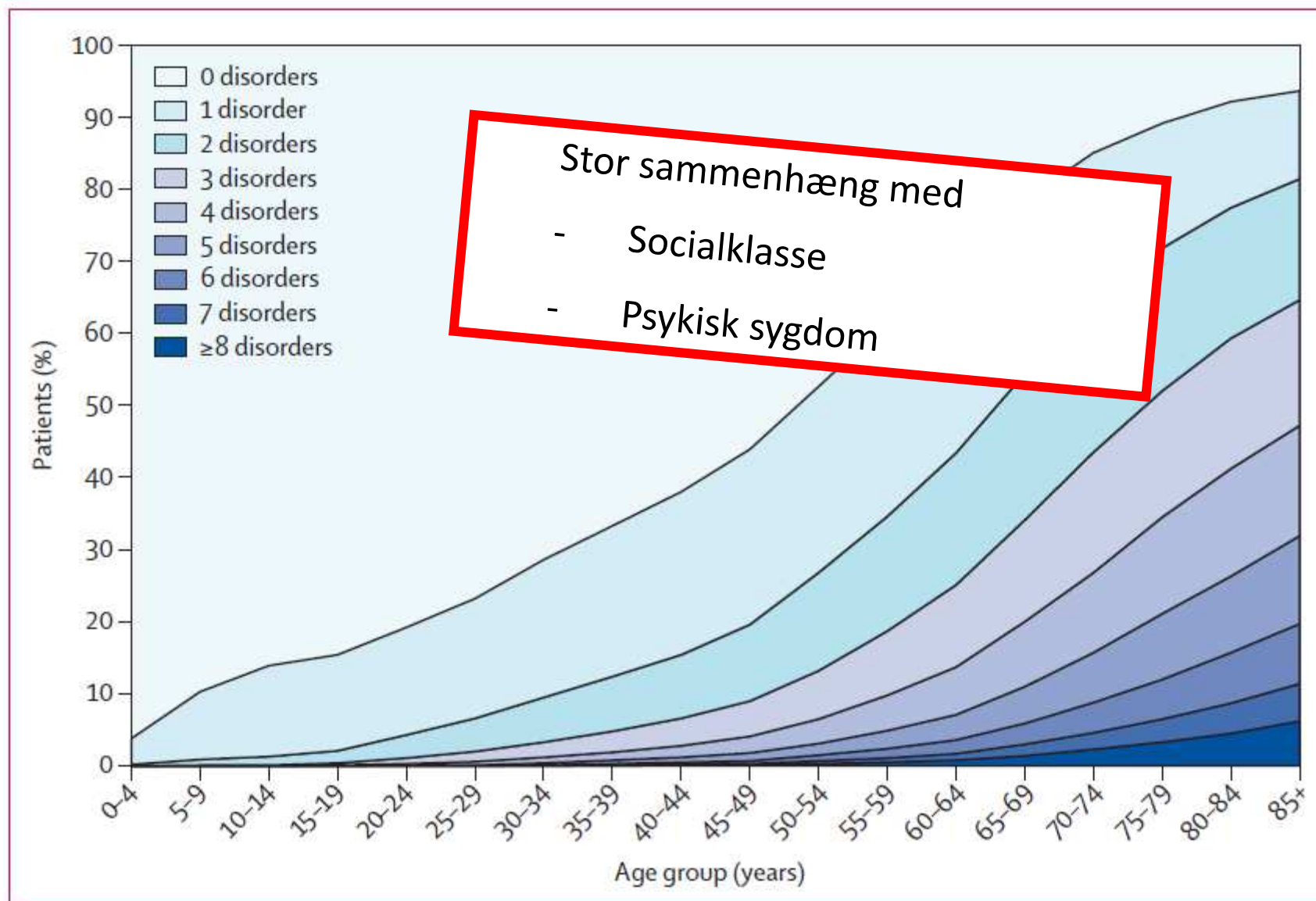


Figure 1: Number of chronic disorders by age-group

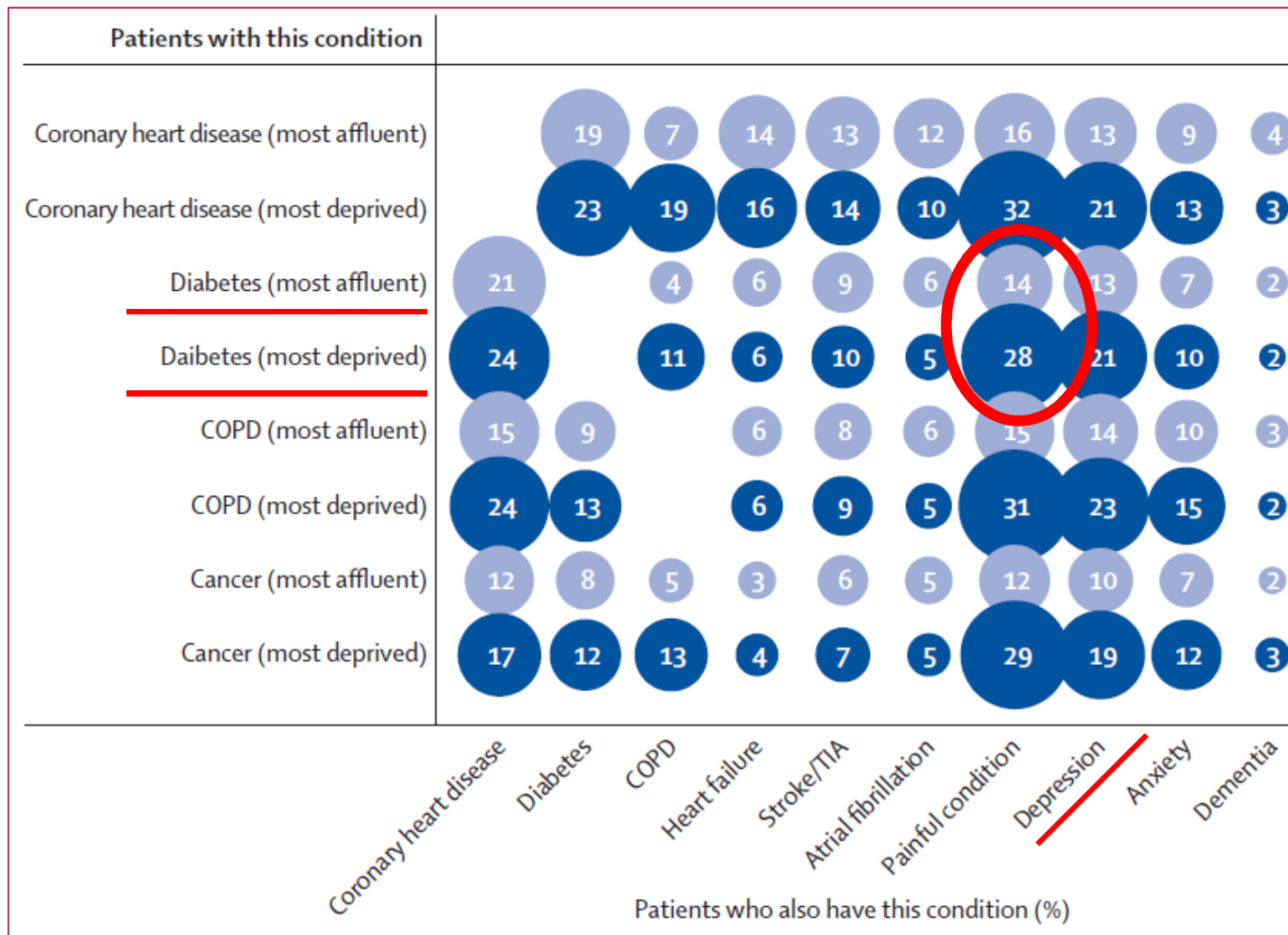


Figure 4: Selected comorbidities in people with four common, important disorders in the most affluent and most deprived deciles

COPD=chronic obstructive pulmonary disease. TIA=transient ischaemic attack.

Hvad er den bedste behandling?



Hvad er den bedste behandling?





synes at vokse!



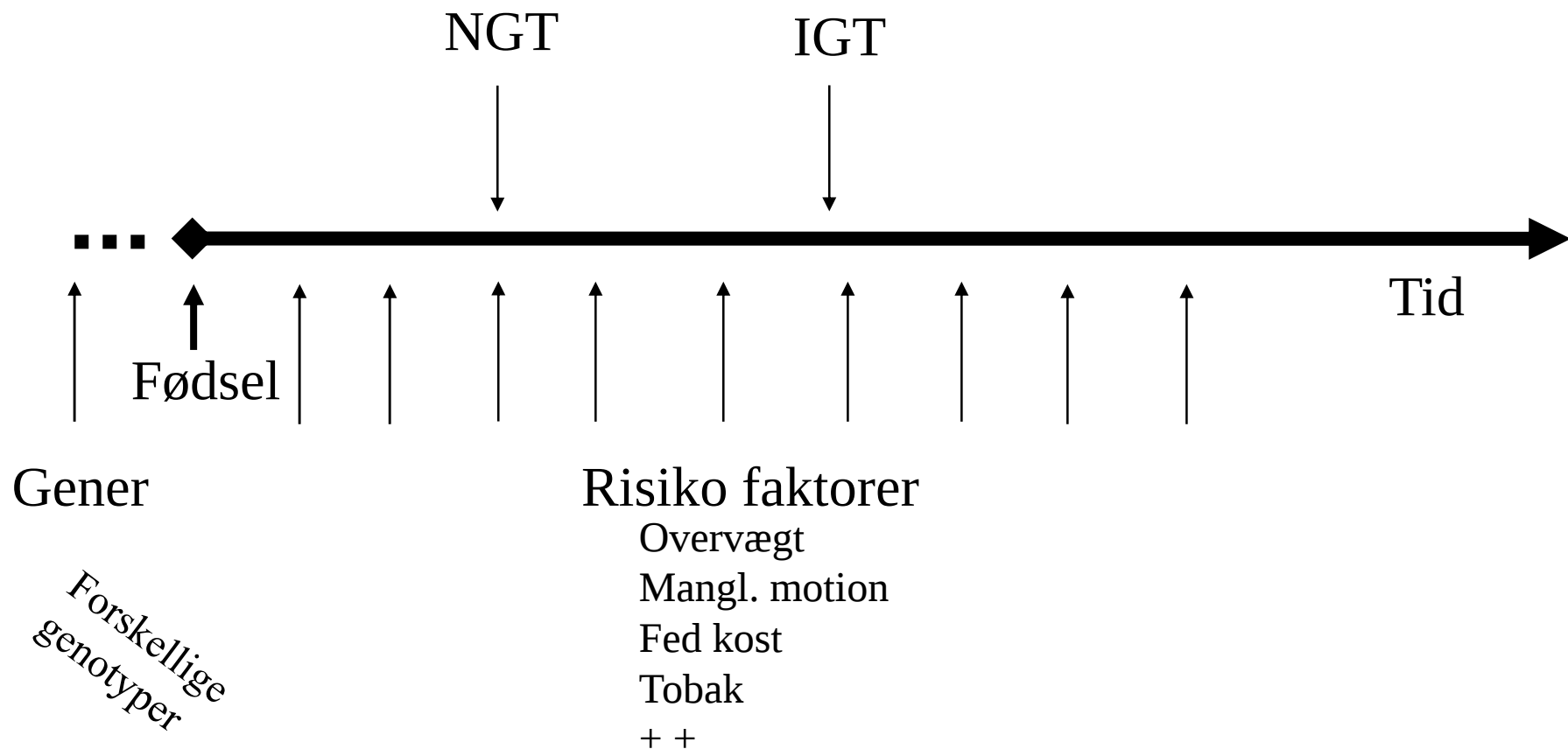
Type 2-diabetes – et metabolisk syndrom



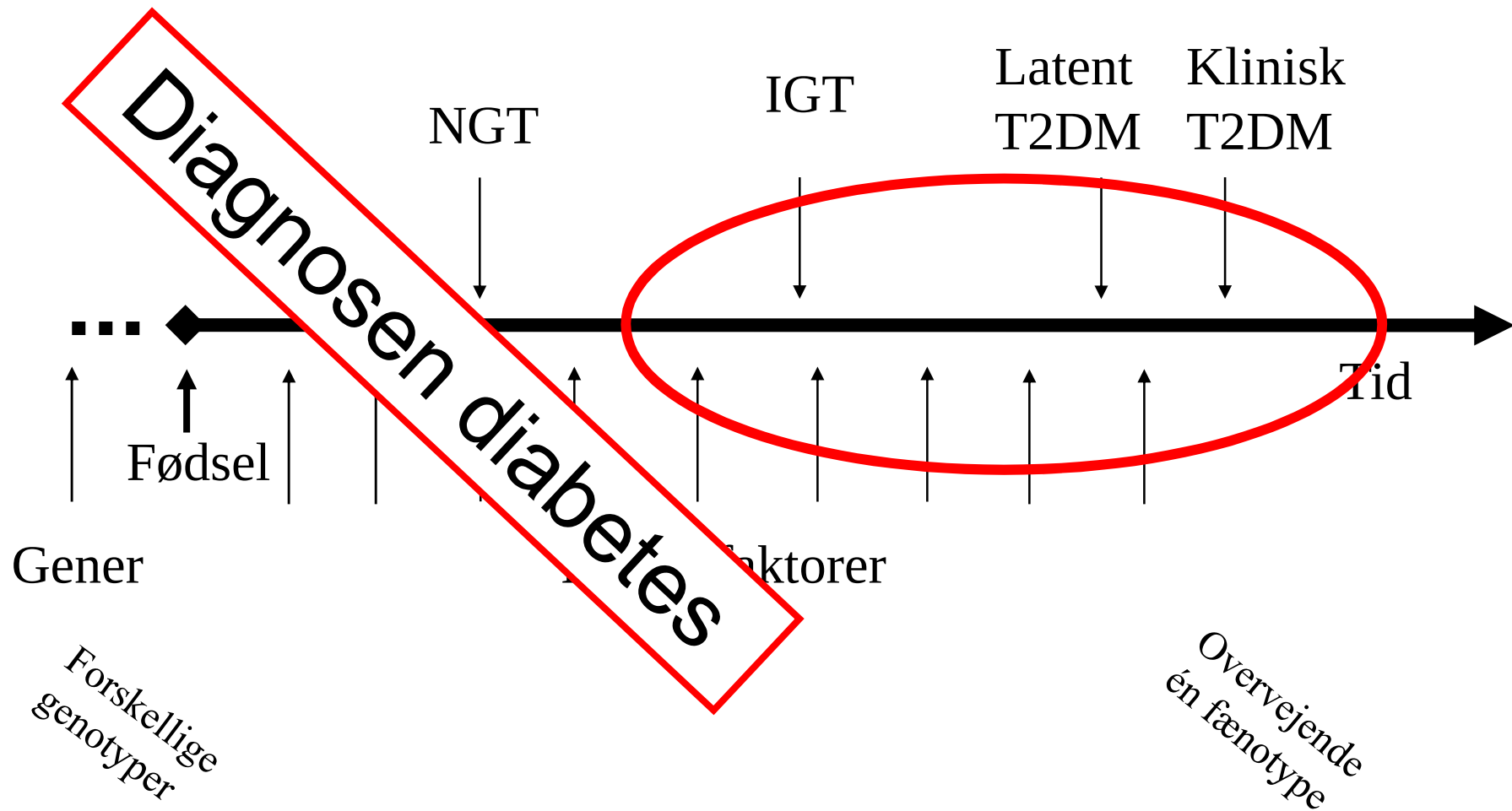


Type 2 DM sygdomsmodel

Type 2 DM sygdomsmodel



Type 2 DM sygdomsmodel



TYPE 2-DIABETES

DIAGNOSE

Hvordan stilles diabetesdiagnosen (diagnosekode T90)?

Diagnose: HbA1c $\geq$ 48 mmol/mol (6,5 %)

Diagnosen skal **altid** bekræftes ved fornyet måling en anden dag, og altid med samme diagnostiske test, som blev anvendt første gang.

For enkelte patientgrupper kan HbA1c **ikke** anvendes diagnostisk. Det drejer sig om tilstande, hvor erythrocytternes levetid er påvirket, fx:

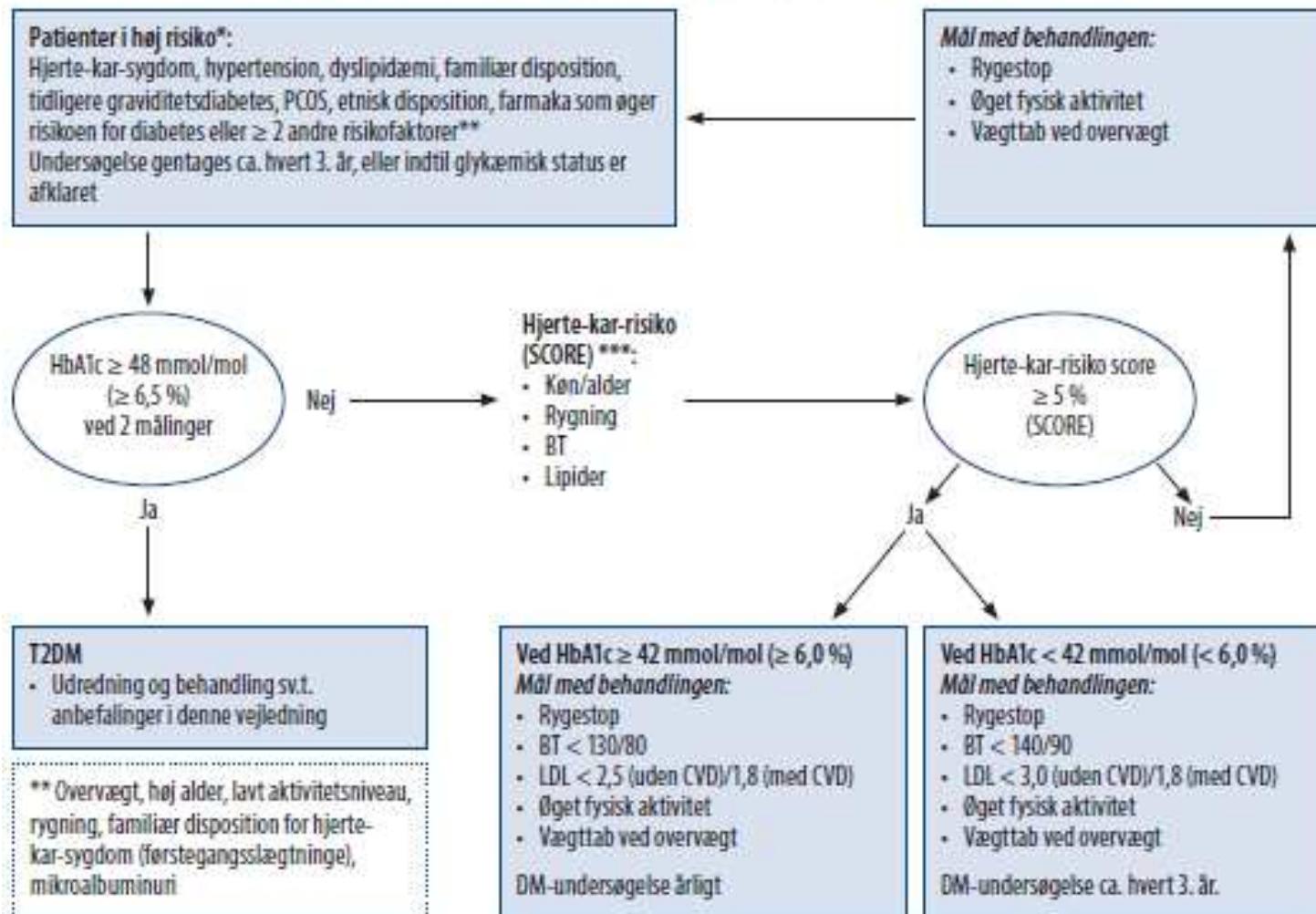
- alkoholisme
- jern- og B12-mangel
- nyreinsufficiens
- hæmoglobinopatier
- hæmatologiske sygdomme, der påvirker erythrocytternes levetid.

Før HbA1c-niveauet påvirkes væsentligt af ovenstående tilstande, skal de være så udtalte, at de oftest vil være klinisk erkendt.

I disse situationer anvendes de hidtil benyttede diagnostiske metoder og kriterier fortsat:

- faste plasma glukose $\geq$ 7.0 mmol/l
- ikke-fastende plasma glukose $\geq$ 11.1 mmol/l.

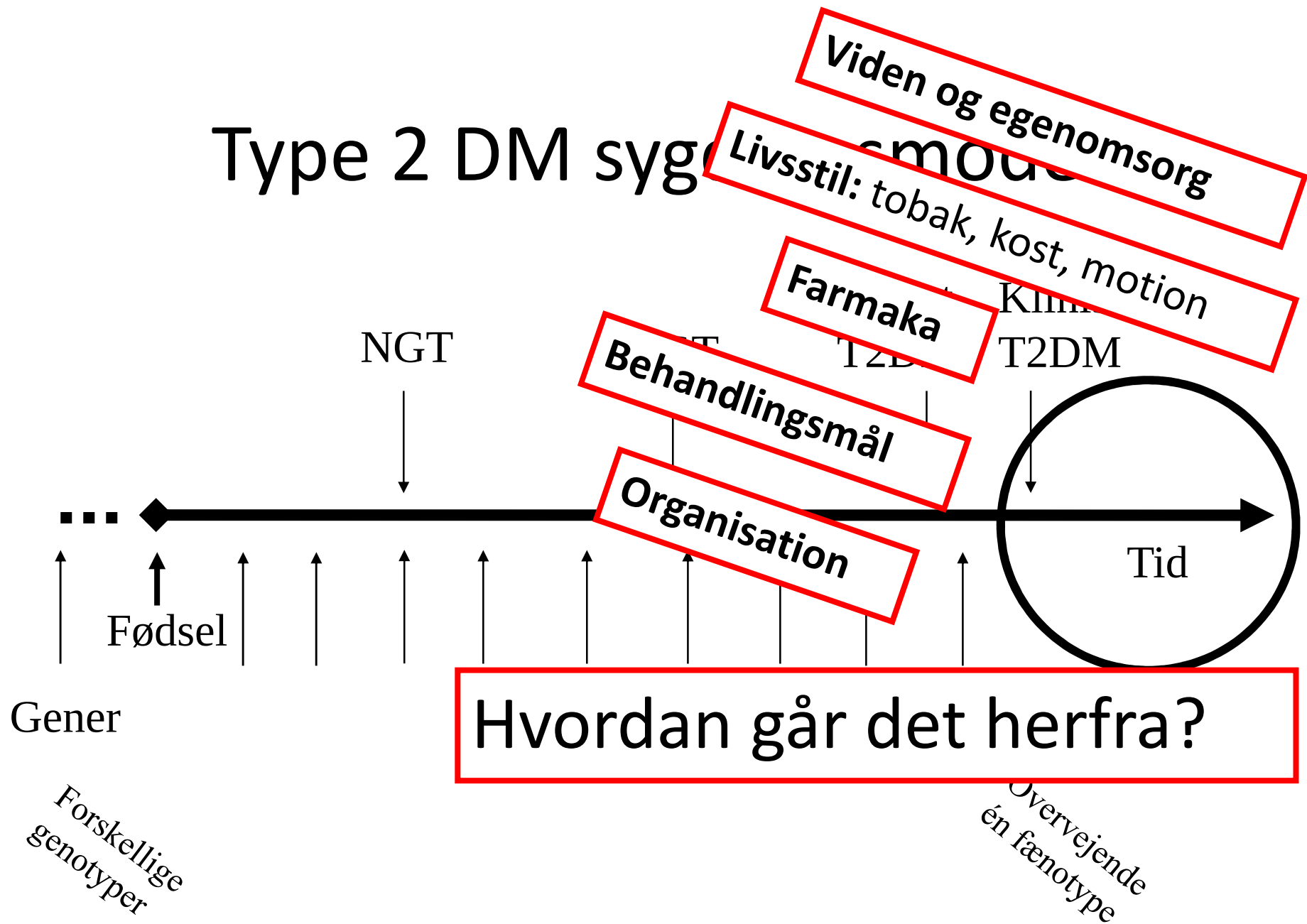
UDREDNINGSSKEMA FOR OPSPORING AF INDIVIDER MED DIABETES OG/ELLER FORHØJET RISIKO FOR HJERTE-KAR-SYGDOM



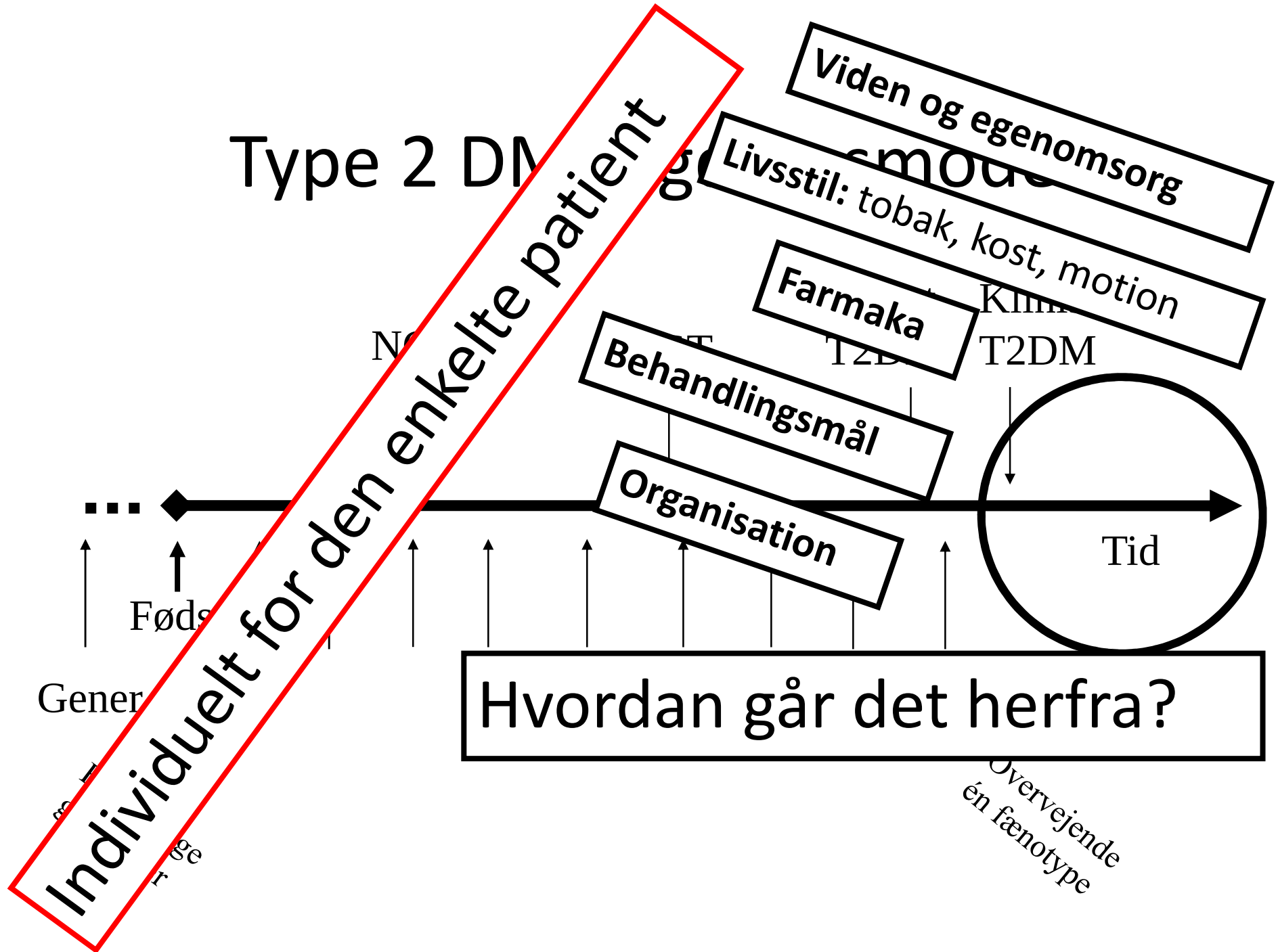
* Patienter i høj risiko findes ud fra den praktiserende læges viden om patienten og dennes risikofaktorer.

*** Når en patient én gang har fået konstateret hjerte-kar-sygdom, har en scoring af hjerte-kar-risiko (SCORE) ingen mening, og patienten undersøges alene for diabetes.

Type 2 DM sygdom



Type 2 DM



Hvad er det optimale behandlingsmål ved hyperglykæmi?

De seneste års forskningsresultater taler for, at behandlingsmålet for glukoseniveauet (HbA1c) bør individualiseres. Følgende retningslinjer kan gives:

HbA1c < 48 mmol/mol (6,5 %)

Tilstræbes specielt i de første år efter diagnosen hos personer med relativt lave udgangsniveauer af HbA1c (HbA1c < 70 mmol/mol (8,5 %)). Reduktion af hyperglykæmi medvirker til at forhale progressionen i vaskulære komplikationer og i denne sygdomsfase er risikoen for en negativ effekt på prognosen lille. En mindre gruppe af patienter kan dog livslangt opretholde dette behandlingsmål.

HbA1c < 53 mmol/mol (7,0 %)

A Fastholdelse af en HbA1c < 48 mmol/mol (6,5 %) vil oftest blive tiltagende vanskelig i takt med sygdomsprogressionen, og der må da sættes individuelle realistisk opnåelige mål for behandlingen under hensyntagen til fordele og ulemper for den enkelte patient. Dette gælder specielt, når der anvendes medikamenter, hvor risikoen for hypoglykæmi øges. En gruppe af patienter kan livslangt opretholde dette behandlingsmål.

HbA1c < 58 mmol/mol (7,5 %)

Hos patienter med svingende glukose, tendens til hypoglykæmi, makrovaskulære komplikationer (herunder iskæmisk hjertesygdom), og lang varighed af diabetes (herunder sent diagnosticerede patienter med udgangsniveauer af HbA1c $\geq$ 70 mmol/mol (8,5 %)) frarådes aggressiv medikamentel behandling af hyperglykæmien med flere lægemidler.

HbA1c 58-75 mmol/mol (7,5-9,0 %)

Hos patienter, hvor det primære behandlingsmål er symptomfrihed, kan et HbA1c på 58-75 mmol/mol (7,5-9,0 %) være acceptabelt. Dette behandlingsmål er forbeholdt fåtallet.

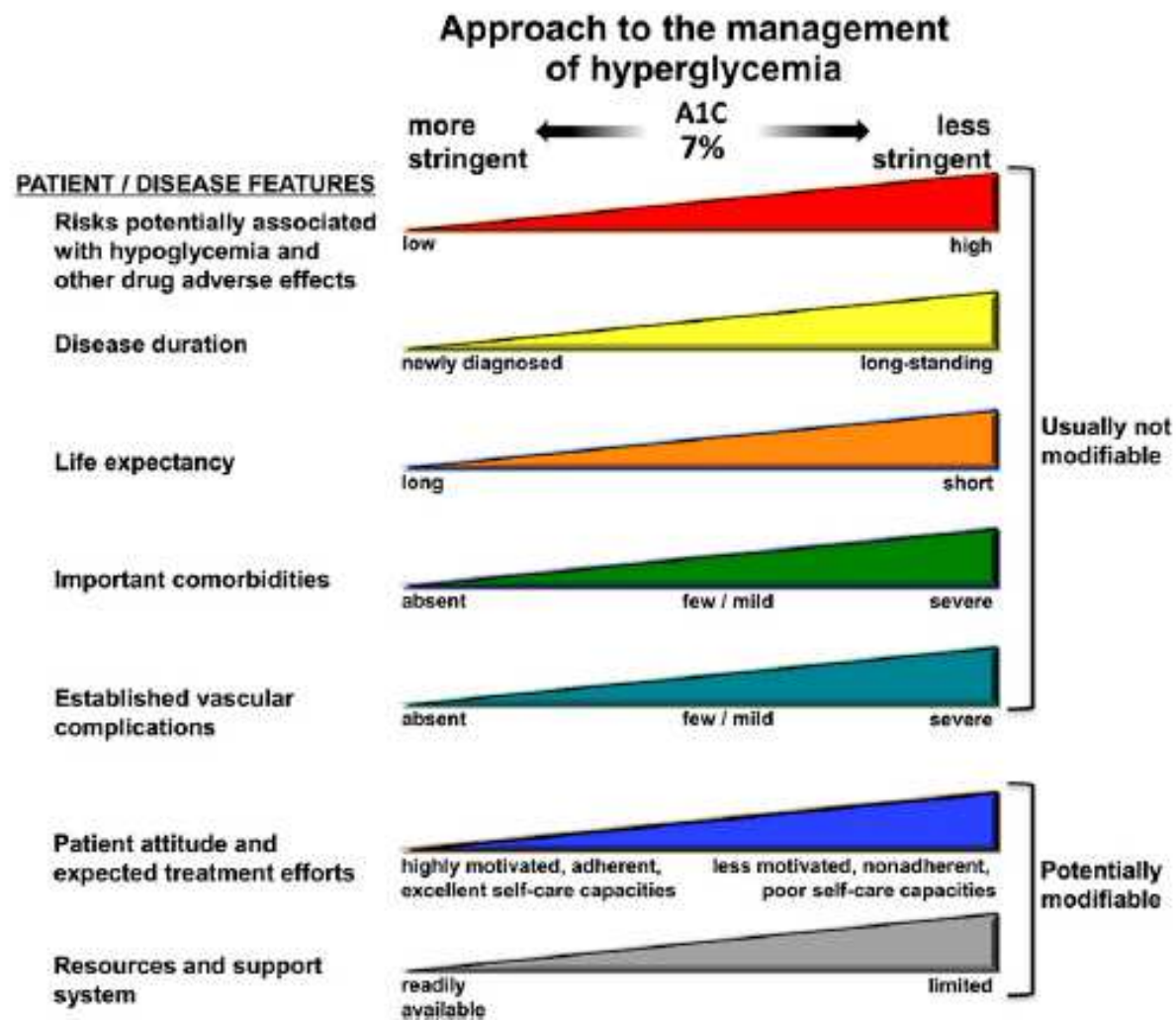


Figure 5.1—Depicted are patient and disease factors used to determine optimal A1C targets. Characteristics and predicaments toward the left justify more stringent efforts to lower A1C; those toward the right suggest less stringent efforts. Adapted with permission from Inzucchi et al. (53).

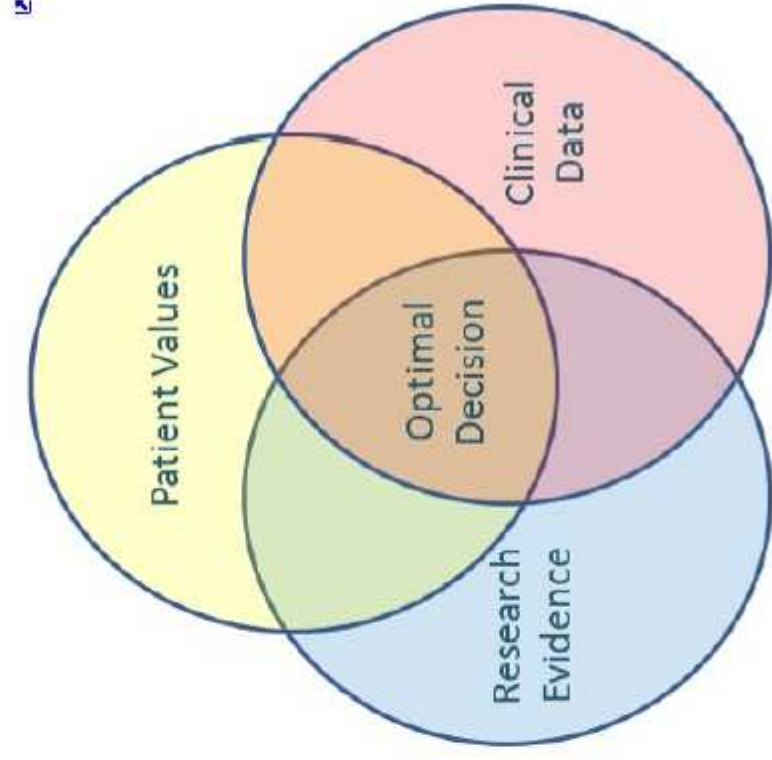
Hvad er den bedste behandling?



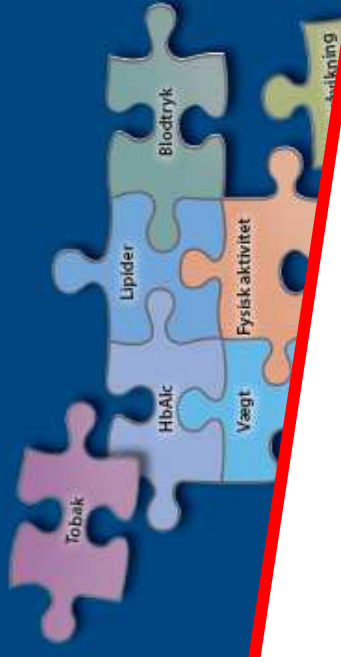
Evidence based medicine

Good doctors use both individual clinical expertise and the best available external evidence, and neither alone is enough.

Sackett et al. BMJ 1996



Type 2-diabetes – et metabolisk syndrom



Type 2 diabetes = multimorbiditet!

Managing patients with multimorbidity in primary care

- Inadequacy of single disease clinical guidelines
- Targeting function, not disease
- Medicines management
- How can organisation and continuity of care be improved?
- What measures can be used to promote patient centred care?
 - Shared decision making
 - Self management in patients with multimorbidity
- What can be achieved in a 10 minute consultation?

Type 2-diabetes: Take home messages

- Tænk på type 2-diabetes som et metabolisk syndrom
- Kom hele vejen rundt om sygdommen – både somatisk, psykologisk og socialt (og kulturelt)
- En livslang livsstilsrelateret sygdom behandles bedst ved omlægning af livsstil (men meget god medicin!)
- Det er patientens sygdom, ikke din – men det er dig, der er tovholder og sidder inde med viden
- Det giver god mening at være ambitiøs, specielt hos de yngre, hvor det gælder om at forebygge komplikationer

Individualiser sygdommen!

På SFAM-hjemmesiden

- [http://www.dsam.dk/flx/vejledninger/kliniske vejledninger/](http://www.dsam.dk/flx/vejledninger/kliniske_vejledninger/)
- Ny farmakologisk vejledning på vej – ikke meget nyt (dog lovende resultater for GLP1-analoger og SGLT2-inhibitor)
- Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study; *Lancet* 2012; 380: 37–43; *Barnett et al.*
- Managing patients with multimorbidity in primary care; *BMJ* 2015;350:h176 doi: 10.1136/bmj.h176. Wallace *et al.*
- Månedsskrift for Almen Praksis, oktober 2016:
 - Efter metformin: Hvad så?!
- 2 artikler fra iPRAKSIS (til sygeplejersker)
 - Prioritering af behandlingsindsatsen hos patienter med type 2-diabetes
 - Metformin: Opstart og behandling til patienter med type 2-diabetes