

Diabetes

Juni 2020 | 51

Behandler

DIABETESFORENINGENS FAGLIGE TIDSSKRIFT

LÆR AF eksperterne

Vinder af Behandlerprisen
Julie Bech Olesen lærer
af de personlige
historier

06

Involver patienten
i behandlingsmål **13**

Face it – forebyggelse af
diabetes efter fødslen **38**

diabetes
foreningen



Hjælp dine patienter med at nå deres behandlingsmål i dag – det vil hjælpe dem i morgen

Vælg **FORXIGA** til dine patienter med type 2-diabetes, der ikke længere er velbehandlet på metformin¹



FOR TODAY



FOR TOMORROW

FORXIGA er den **ENESTE**^{**4,5,6} i klasserne af SGLT2-hæmmere og GLP-1 analoger til type 2-diabetesbehandling, hvor der er vist en signifikant reduktion af indlæggelse for hjertesvigt – **BÅDE** hos patienter med CV risikofaktorer, men uden etableret CV sygdom og hos patienter med etableret CV sygdom ift placebo.^{1,2}

27% RRR mht. indlæggelse for hjertesvigt^{1,2} hos type 2-diabetes patienter med:

- ≥ 2 CV risikofaktorer. Alder: mænd ≥ 55 år, kvinder ≥ 60 år og ≥ 1 af dyslipidæmi, hypertension eller eksisterende tobaksbrug (59,4% af pt.).
- Etableret CV sygdom (40,6% af pt.).

DECLARE studiet^a bekræftede Forxiga's veletablerede sikkerheds- og bivirkningsprofil.^{1,2}



Dokumenterede kardiovaskulære og renale behandlingsfordele¹

Forxiga 10 mg viste superioritet i forebyggelse af indlæggelse for HF eller CV død med 17% RRR (0.9% ARR)(HR 0.83; 95% CI, 0.73, 0.95; p=0.005).^{1,2} Forskellen blev drevet af indlæggelse for HF uden forskel i CV død med en 27% RRR mht. indlæggelse for HF (0.8% ARR)(HR 0.73; 95% CI, 0.61, 0.88).^{1,2} Forxiga 10 mg viste 47% RRR i progression til diabetisk nyresygdom (nefropati)^a (1.3% ARR). HR var 0,53 (95 % CI 0,43, 0,66) for dapagliflozin versus placebo.¹ Forxiga reducerede forekomsten af hændelser i sammensætningen af bekræftet vedvarende eGFR-fald, nyresygdom i slutstadiet, renal eller CV død.¹ Forskellen mellem grupperne blev drevet af reduktioner i hændelser med renale komponenter; vedvarende eGFR-fald, nyresygdom i slutstadiet og renal død.¹



Signifikant og vedvarende HbA_{1c} reduktion¹

– Reducerer HbA_{1c} med op til 1,3% som tillægsbehandling til metformin^{1,7}

* Vægttab er et sekundært endepunkt vist i de kliniske forsøg¹.



Supplerende egenskab i form af vægttab* på 3,65 kg efter 4 års behandling^{1,7}

^aStudie-formål!: At bestemme virkningen af Forxiga på CV hændelser sammenlignet med placebo, når Forxiga blev tillægt til den eksisterende baggrundsbehandling hos 17.160 randomiserede T2DM. Primært sikkerhedsendepunkt: MACE: HR 0.93 (95% CI, 0.84-1.02) P = 0.17 for superioritet. Primære effektendepunkter: To sammensatte primære effektendepunkter: Tid til MACE samt tid til første hændelse af indlæggelse pga. HF og CV død. Præ-specificerede sekundære endepunkter: Et rentalt sammensat endepunkt og død uanset årsag. Overlegenheden af Forxiga over placebo blev ikke påvist for MACE (p = 0,172). Det renale sammensatte endepunkt og død uanset årsag blev derfor ikke testet som led i den bekræftende testprocedure.¹

Indikation¹: Forxiga er indiceret til voksne til behandling af utilstrækkelig kontrolleret type 2-diabetes mellitus i tillæg til diæt og motion. Som monoterapi når metformin ikke anses for velegnet på grund af intolerance. Som tillægsbehandling til andre lægemidler til behandling af type 2-diabetes. For studieresultater angående en kombination af behandlinger, virkning på glykæmisk kontrol og kardiovaskulære hændelser og de undersøgte populationer, se pkt. 4.4, 4.5 og 5.1.

**** SGLT2-klassen består af Forxiga (dapagliflozin); Jardiance (empagliflozin); Invokana (canagliflozin); Steglatro (ertugliflozin) samt synonymer; GLP-1 klassen består af Victoza**

(liraglutid); Ozempic (semaglutid); Bydureon (exenatid); Byetta (exenatid); Trulicity (dulaglutid); Lyxumia (lixisenatid) samt synonymer. Samtlige produktresumeer for ovennævnte produkter i de 2 klasser kan tilgås på www.ema.europa.eu

Empareg studiet:⁵ Empagliflozin 10 mg eller 25 mg versus placebo i tillæg til standard behandling hos T2 pt. ≥18 år med etableret kardiovaskulær sygdom og høj kardiovaskulær risiko (> 99% af pt.). Canvas studiet:⁶ Canagliflozin 100 mg eller 300 mg versus placebo i tillæg til standard behandling hos T2 pt. 65,6% af pt var ≥ 30 år med symptomatisk kardiovaskulær sygdom og 34,4% af pt. var > 50 år og skulle have mindst 2 eller flere risikofaktorer for kardiovaskulær sygdom.

Referencer: 1. Forxiga (dapagliflozin) Summary of Product Characteristics. 2. Wiviott SD et al. New England Journal of Medicine.2018; DOI: 10.1056/NEJMoa1812389. 3. Zelniker TA et al. The Lancet 2018 inkl. supplement. Published online November 10, 2018 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32590-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32590-X). 4. Zelniker TA et al. Circulation 2019 DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.118.038868. 5. Zinman B et al. N Engl J Med. 2015;373(22):2117-28. 6. Neal B et al. N Engl J Med. 2017;377(7):644-57. 7. Del Prato S et al. Diabetes Obesity & Metabolism 2015 Jun; 17(6): 581-590.

Der er plads til forbedring

Dette behandlerblad er blevet til midt under coronakrisen. I skrivende stund har Sundhedsstyrelsen netop indsnævret gruppen af personer med diabetes, der er i øget risiko for et alvorligt covid-19-forløb*.

Det er selvfølgelig glædeligt, at færre personer regnes i risikogruppen, men det understreger også vigtigheden af at få den bedste behandling. Det er nemlig personer med HbA1c over 70 mmol/mol, der regnes for at være i risiko, samt personer med diabetes med BMI over 30.

I denne udgave af Behandlerbladet har vi fokus på både sundhedskompetencer, en skræddersyet tilgang til behandlingen, samt behandlingsmål. Fælles for de emner er, at de kan forbedre behandlingen og har fokus på inddragelse af personer med diabetes.

Helle Terkildsen Maindal og Anna Aaby forklarer, at borgernes sundhedskompetence er udfordret af kompleks sundhedsinformation og behandling. De betoner vigtigheden af, at sundhedsvæsenet imødekommer borgernes individuelle behov med udgangspunkt i den enkeltes sundhedskompetence. Det bakkes op af en ny kvalitativ undersøgelse fra Region Hovedstaden. Den konkluderer, at der er behov for, at praktiserende læger i højere grad anlægger et helhedssyn på patienter med type 2-diabetes for at komme i mål med behandlingen.

Der er plads til forbedring. Som du kan læse om i Filip Krag Knops artikel, så er det kun halvdelen af personer med type 2-diabetes, der kender deres HbA1c, og kun 17 procent ved, hvad deres behandlingsmål for langtidsblodsukker eller vægt er.

Sytten procent! Det er altid for lidt, men i disse coronatider kan det ikke understreges nok, at det er for lidt. I Diabetesforeningen har vi derfor lanceret et nyt balancekort for personer med type 2-diabetes, der gør det lettere at sætte mål, huske dem, og følge op ved næste kontrol. Hvad skal reguleres? Kost og motion eller den rette medicin for at komme i mål. Det er altafgørende for at mindske risikoen for følgesygdomme og for tidlig død.

Corona eller ej.

**Definitionen af risikogruppen kan have ændret sig.*

Tanja Thybo
Forskningschef
Diabetesforeningen

**Forkortet produktresumé**

Forxiga (dapagliflozin), tabletter 5 mg og 10 mg

Indikationer:

- 1 Behandling af voksne med utilstrækkeligt kontrolleret type 2 diabetes mellitus (T2D)** (5mg og 10mg tbl.) i tillæg til diæt og motion, enten som monoterapi når metformin ikke anses for velegnet pga. intolerance eller som tillægsbehandling til andre lægemidler til behandling af T2D. For studieresultater angående en kombination af behandlinger, virkning på glykæmisk kontrol og kardiovaskulære hændelser og de undersøgte populationer, se pkt. 4.4, 4.5 og 5.1 i det komplette produktresumé.
- 2 Behandling af voksne med utilstrækkeligt kontrolleret type 1 diabetes mellitus (T1D)** (5mg tbl.) i tillæg til insulin ved BMI ≥ 27 kg/m², når insulin alene ikke giver tilstrækkelig glykæmisk kontrol trods optimal insulin behandling.

Dosering:

T2D: 10 mg x 1 dgl. Ved anvendelse i kombination med insulin eller et beta-cellestimulerende middel, kan det overvejes at give en lavere dosis af insulin eller det beta-cellestimulerende middel for at reducere risikoen for hypoglykæmi.

T1D: 5 mg x 1 dgl. og kun som supplement til insulin. T1D patienter havde højere forekomst af diabetisk ketoacidose (DKA) end placebo behandlere og skal vurderes mhp. DKA risiko inden initiering af behandling. Ved høj risiko bør behandling ikke initieres. Behandling skal initieres og overvåges af specialister i T1D.

Nedsat nyrefunktion: Bør ikke initieres ved GFR <60ml/min og seponeres ved vedvarende GFR <45ml/min. **Let-moderat nedsat leverfunktion:** Ingen dosisjustering. **Svært nedsat leverfunktion:** Startdosis 5mg, kan øges til 10mg, hvis behandlingen er veltolereret. **Pædiatrisk population (<18år):** Sikkerhed og effekt ikke klarlagt. **Administration:** Tages på et hvilket som helst tidspunkt af dagen med/uden mad. Tabletterne skal sluges hele.

Kontraindikationer: Overfølsomhed over for indholdsstofferne.

Advarsler og forsigtighedsregler: **Nedsat nyrefunktion:** Den glykæmiske effekt afhænger af nyrefunktionen og nyrefunktionen monitoreres inden behandling og derefter mindst 1 gang per år. Tilsvarende ved behandling med samtidige lægemidler, der kan nedsætte nyrefunktionen. Ved GFR <60ml/min monitoreres mindst 2-4 gange per år. **Risiko for volumendepletering og/eller hypotension:** Dapagliflozin øger diuresen, som kan medføre et moderat blodtryksfald og bør anvendes med forsigtighed hos patienter hvor et blodtryksfald udgør en risiko for patienten. Det gælder patienter i antihypertensiv behandling og med hypotension i anamnesen samt ældre. **Diabetisk ketoacidose (DKA):** Bør anvendes med forsigtighed ved øget risiko for DKA. DKA overvejes ved uspecifikke symptomer, som kvalme, opkastning, anoreksi, abdominalsmerter udtalt tørst, vejrtrækningsbesvær, konfusion usædvanlig træthed eller søvninghed. T2D: Sjældne tilfælde af livstruende/ letale DKA tilfælde er set, og ved mistanke stoppes behandlingen straks. T1D: Patienten vurderes mhp. DKA risiko inden behandling. Ved høj risiko initieres behandling ikke. Ved mistanke om DKA stoppes behandling straks. Det tilrådes, at monitorere ketonniveauet regelmæssigt i de første 1-2 uger og herefter efter behov. **Nekrotiserende fasciitis i perineum (Fourniers gangræn):** Dette er en sjælden, men alvorlig og potentielt livstruende tilstand. Ved mistanke seponeres Forxiga og behandling iværksættes straks. **Urinvejsinfektioner:** Udskillelse af glukose i urinen kan øge risikoen for urinvejsinfektion, og midlertidig seponering bør overvejes ved behandling af pyelonefritis eller urosepsis. **Ældre (≥ 65 år):** Nyrefunktion og risiko for volumendepletering bør tages i betragtning. **Hjertesvigt:** NYHA klasse IV: Ingen kliniske data. **Indeholder lactose.**

Interaktion: Dapagliflozin kan øge den diuretiske virkning af thiazid og loop-diuretika, med risiko for dehydrering og hypotension. T2D: Lavere dosis af insulin eller et β -cellestimulerende middel kan være nødvendig for at reducere risikoen for hypoglykæmi. T1D: Ved kendt risiko for hypoglykæmi/ alvorlig hypoglykæmi kan reduktion i insulin dosis være nødvendig ved initiering af dapagliflozin og reduktion bør foregå med forsigtighed.

Graviditet og amning: Bør ikke anvendes.

Trafikfarlighed: Patienter bør advares om risiko for hypoglykæmi, ved kombination med sulfonylurinstof eller insulin.

Bivirkninger: **Meget almindelig:** Hypoglykæmi (sammen med SU eller insulin). **Almindelig:** Vulvovaginitis. Balanitis og relaterede genitale infektioner. Urinvejsinfektioner. Svimmelhed. Udslæt. Rygsmerter. Dysuri, polyuri. Forhøjet hæmatokrit. Nedsat renal kreatininclearance (under initial behandling). Dyslipidæmi. Diabetisk ketoacidose (ved Type 1-diabetes).

Udlevering: B. **Tilskud:** Generelt tilskud. **Pakninger og priser:** 5 mg 28 stk, 5 mg 98 stk, 10 mg 28 stk, 10 mg 98 stk. For dagsaktuel pris henvises til www.medicinpriser.dk.

Markedsføringsindehaver: AstraZeneca AB, Södertälje, Sverige, repræsenteret i Danmark ved AstraZeneca A/S, Arne Jacobsens Allé 13, 2300 København S.

Indikationsområdet og øvrig tekst er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det godkendte produktresumé. Det komplette produktresumé dateret 19. november 2019 kan vederlagsfrit rekvireres fra AstraZeneca A/S, Arne Jacobsens Allé 13, 2300 København S. Ny adresse pr. 13. januar 2020: World Trade Center, Borupvang 3, 2750 Ballerup, eller ses på Det Europæiske Lægemiddelagenturs hjemmeside www.ema.europa.eu

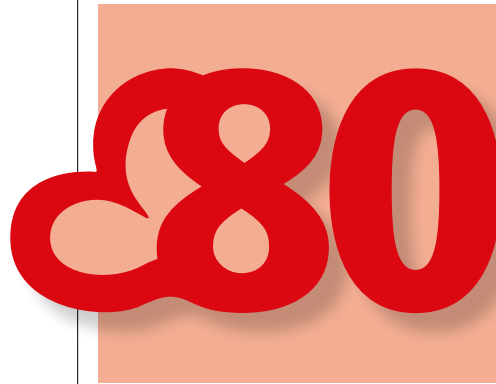
PromoMats Approval ID: DK-5656-21-04-20-FO



- 03 Kommentar
- 05 Indhold
- 06 Behandlerprisen 2020
- 13 Involver din patient i behandlingsmål
- 20 Skærp fokus på livsstil
- 23 Diabetesforeningens legater til forskning 2020
- 24 Børneambulatorium: Hænderne i bolledejen med dia-venner
- 28 Sex og diabetes
- 30 Grafik: Når kroppen ikke vil som lysten
- 32 Helhedssyn fra lægen skaber aktive patienter
- 34 Diabetesforebyggelse og -behandling: Sundhedskompetence spiller væsentlig rolle
- 38 Graviditetsdiabetes: Forebyggelse af diabetes efter fødslen
- 46 Diabetisk neuropati påvirker hele livet
- 50 Diabetesrådet
- 55 Fra Diabetesforeningen og Kort Nyt

06 Sygeplejerske får Behandlerpris 2020

Flere familier står bag nominering af **Julie Bech Olesen**, diabetessygeplejerske på Odense Universitetshospital, der i april fik Diabetesforeningens Behandlerpris 2020.



23 Skal du søge?

Se Diabetesforeningens legater til forskning og det særlige jubilæumslegat på 1,2 mio. kroner i anledning af 80-års jubilæum.

32 Borgerens behov i centrum

Helhedssyn på patienten skaber værdi.



38 Graviditetsdiabetes

Forebyggelse af diabetes efter fødslen er kernen i **Face-it-projektet**. En sundhedsfremmende efterfødselsindsats målrettet hele familien.



Tekst Michael Korsbæk **Foto** Claus Bjørn Larsen

Patienterne er de virkelige eksperter

Det er i mødet med børn og unge med diabetes og deres familier, at diabetes-sygeplejerske **Julie Bech Olesen** har lært mest om sygdommen og dens konsekvenser for alle dele af livet. Hendes kæmpe engagement gav hende i foråret Diabetesforeningens Behandlerpris 2020.

■ Det var en stor overraskelse for den 48-årige sygeplejerske Julie Bech Olesen, da hun i april blev udvalgt som modtager af Diabetesforeningens Behandlerpris 2020.

Prisen gives til diabetesbehandlere som anerkendelse af en særlig indsats for at forbedre behandlingen og støtten af personer med diabetes. Og ligesom de 16 andre nominerede til prisen, var Julie Bech Olesen indstillet til prisen af personer med diabetes, og det gør prisen til noget helt særligt for den erfarne sygeplejerske.

– Man siger, at på diabetesområdet er patienter og pårørende de virkelige eksperter, og der er ingen tvivl om, at det er rigtigt, siger Julie Bech Olesen

– Selv om man kan læse sig til meget, så er det i høj grad de personlige erfaringer, spørgsmål og historier fra de familier, jeg har arbejdet med, som jeg bærer videre og bruger i mit arbejde. Det er familierne, jeg har lært mest af.

EN ALTOMFATTENDE SYGDOM

Da Julie Bech Olesen for 13 år siden blev ansat i diabetesteamet på H.C. Andersen Børne- og Ungehospital ved Odense Universitetshospital blev hun hurtigt klar over, hvor omsiggribende diabetes er for børnene og deres familier.

– Det, der overraskede mig mest, var, hvor indgribende en sygdom, diabetes er. Hvor meget man tænker på det hele tiden, hvor mange dele af hverdagen den påvirker, og hvor meget man skal have styr på som patient med diabetes. Man kan ikke bare lægge sig til at sove og holde en pause; selv ikke om natten kan man holde fri fra sin diabetes. Det er virkelig en altomfattende sygdom,

fortæller Julie Bech Olesen om sine første erkendelser med den nye patientgruppe for 13 år siden.

Diabetesbehandlingen har taget gevaldige skridt fremad i de 13 år, Julie Bech Olesen har været med. Det skyldes ikke mindst den store teknologiske udvikling med glukosesensorer og insulinpumper. Og Julie Bech Olesen ser det som utroligt positivt, at det i dag er muligt at tilbyde alle børn og unge glukosesensor og insulinpumpe, når de er klar til det.

– Det er nogle fantastiske gode redskaber, som har gjort rigtig meget godt for mange og giver en enorm tryghed for familierne. I gamle dage var der langt mere kontrol, fordi barnet skulle tilpasse sig den langtidsvirkende insulin, de fik før skole. Samtidig var det som regel kun muligt at måle blodsukker morgen og aften, fortæller Julie Bech Olesen. ▶

BEHANDLERPRISEN 2020

■ De behandlere, som tager sig af børn og voksne med diabetes, spiller en helt særlig rolle i hverdagen for personer med diabetes. Mange gør en indsats udover det sædvanlige og skaber tryghed for både den, der har diabetes, og for pårørende som for eksempel forældre til børn med type 1-diabetes. Den indsats fortjener en helt særlig anerkendelse, mener Diabetesforeningen, som derfor har indstiftet Behandlerprisen.

Diabetesforeningens Behandlerpris består af 25.000 kroner, som er delt mellem 20.000 kroner til et relevant projekt på prisvinderens arbejdsplads og 5.000 kroner som en personlig gave. Prisen dækkes i år af det opløste "Tømremester Aksel Kastrup-Nielsen og hustru Eva Kastrup-Nielsens Legat".



💧 Jeg er glad, jeg er stolt, og jeg synes, det er fuldstændig fantastisk, at der er nogle familier, der har haft overskud og lyst til at indstille mig til den her pris.

Julie Bech Olesen

► Teknologien giver mange muligheder, men har også ulemper. For eksempel er den så almindelig i dag, at nogle børn er bange for at måle et normalt blodsukker ved et fingerprik, for de har aldrig prøvet det før, fortæller Julie Bech Olesen.

– Samtidig er bagsiden for børn og forældre, at når man kan overvåge sit blodsukker hele tiden med sensoren, så er det også nemmere at komme til at stresses over det. Så teknologien er også medvirkende til, at vi skal have langt større fokus på de psykiske aspekter ved diabetes, siger hun.

PLADS TIL FORBEDRING

Selv om diabetesindsatsen er blevet langt bedre, er der stadig plads til forbedring, mener Julie Bech Olesen.

Hun ønsker sig, at systemet bliver i stand til at involvere bedste-forældre og andre pårørende bedre i behandlingen.

Den erfarne sygeplejerske er overbevist om, at det vil lette byrden for forældrene.

– Vi har fortsat en kæmpe udfordring med børneinstitutioner og skolestart. Der er stadig rigtig mange familier, der kæmper med, at børnene ikke trives, fordi de ikke får den hjælp, der skal til. Det er desværre ikke blevet bedre over de 13 år. Jeg ved godt, at det nok ikke er noget, der kan løses over natten, fordi der er flere forskellige instanser involveret. Men hvor ville jeg ønske, vi kunne blive bedre til at støtte børnene i den sammenhæng, lyder det fra Julie Bech Olesen.

BRUGER SIN EGEN KROP

Julie Bech Olesen har ikke selv diabetes, men har alligevel flere konkrete erfaringer end de fleste med den teknologiske udvikling, for en del af hendes unge patienter har set apparaterne demonstreret på sygeplejerskens egen krop.

– Det begyndte som et pædagogisk greb over for de mindre børn, så de kunne se på mig, at de ikke behøvede at blive bange for at få for eksempel et kateter på. Det hjælper mig til at kunne vejlede bedre, at jeg selv har prøvet udstyret på kroppen. Og jeg har sluttet min telefon til, så jeg har kunnet vise det til patienterne og selv få en forståelse af mekanismerne, forklarer hun.

I de senere år har Julie Bech Olesen, der også er uddannet ungeambassadør fra Rigshospitalet, været med til at udvikle og afprøve nye tiltag særligt for de unge med diabetes, der skal jonglere deres diabetes samtidig med alle de ting, der hører ungdomslivet til, for eksempel: Særlige konsultationer uden forældre, gruppeaftener om alkohol og inddragelse af psykologer.

– Det er ikke altid nemt for de unge, der har lyst til bare at være som alle andre og i hvert fald ikke vil tænke på at have styr på diabetes, fortæller Julie Bech Olesen.

Hun er en af i alt fire sygeplejersker og fire læger i diabetes-teamet. ■

17 FLOTTE NOMINERINGER

■ Diabetesforeningen modtog hele 17 indstillinger på afdelinger, sygeplejersker, læger og fodterapeuter som mulige kandidater til Behandlerprisen.



Julie Bech Olsen, vinder af Behandlerprisen 2020
Sygeplejerske på børnediabetesambulatoriet på H.C. Andersen Børne- og Ungehospital i Odense.



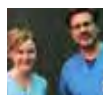
Hanne Grunnet, diabetessygeplejerske på Børne- og Ungeambulatoriet på Kolding Sygehus.



Jane Hoffmann, klinisk ansvarlig sygeplejespecialist på Børne- og Ungdomsafdelingen på Nykøbing Falster Sygehus. Tidligere modtager af Behandlerprisen.



Lisbeth Holmgaard Andersen, Hanne Grunnet, Jane Thomsen og Anette Sørensen, sygeplejerskerne på Børne- og Ungeambulatoriet på Kolding Sygehus.



Anders Jørgen Schou og Mie Katrine Briegl, speciallæge og diabetessygeplejerske på H.C. Andersen Børne- og Ungehospital i Odense.



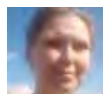
Charlotte Wadsbach Højerby og Susanne Lisbjerg, diabetessygeplejersker på Børne- og Ungeafdelingen på Nordsjællands Hospital i Hillerød.



Hanne-Charlotte Andersen, klinisk sygeplejespecialist på Steno Diabetes Center Copenhagen.



Kjeld Gade Hansen, overlæge, **Berit Sundberg Reimers**, diabetessygeplejerske og **Birgitte Schnack Nielsen**, diætist på Børneambulatoriet, Sjællands Universitetshospital i Roskilde.



Helle Dybro Havn Skjoldborg, statsautoriseret fodterapeut i Højbjerg.



Malene Boas, overlæge, ph.d. på Børne- og Ungeafdelingen på Herlev Hospital.



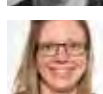
Susanne Lisbjerg, diabetessygeplejerske på Børne- og Ungeafdelingen på Nordsjællands Hospital i Hillerød.



Anne Rasmussen, ledende fodterapeut på Steno Diabetes Center Copenhagen.



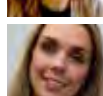
Annette Vestermark, sygeplejerske på diabetesambulatoriet for voksne på Regionshospitalet Nordjylland i Hjørring.



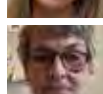
Anne Severinsen, sygeplejerske på diabetesambulatoriet for voksne på Regionshospitalet Nordjylland i Hjørring.



Inger Vestergaard, diabetessygeplejerske på voksenambulatoriet på Steno Diabetes Center Nordjylland i Aalborg.



Paula Sigvaldsdottir Bech, diabetessygeplejerske på Bispebjerg Hospital.



Birthe Susanne Olsen, overlæge på Børne- og Ungeambulatoriet på Herlev Universitetshospital.

➔ Læs mere diabetes.dk

MERE TID I MÅLOMRÅDET



Guardian™ Sensor 3

Vores sensor, der er en del af vores eksklusive SmartGuard™-teknologi.



- ✓ NØJAGTIG
- ✓ SMART OG PÅLIDELIGT DESIGN
- ✓ PRAKTISK

MiniMed™ 670G Systemet

Referencer:

1. Tresiba® senest godkendte produktresumé Februar 2018
2. Lane W, Bailey TS, Gerety G, et al. Effect of Insulin Degludec vs Insulin Glargine U100 on Hypoglycemia in Patients With Type 1 Diabetes: The SWITCH 1 Randomized Clinical Trial. JAMA 2017; 318(1):33–44.
3. Wysham C, Bhargava A, Chaykin L, et al. Effect of Insulin Degludec vs Insulin Glargine U100 on Hypoglycemia in Patients With Type 2 Diabetes: The SWITCH 2 Randomized Clinical Trial. JAMA 2017; 318(1):45–56.

Tresiba® (insulin degludec) 100 enheder/ml, 200 enheder/ml

Forkortet Produktinformation

Lægemiddelform: Injektionsvæske, opløsning. Klar, farveløs, neutral opløsning. **Indikation:** Behandling af diabetes mellitus hos voksne, unge og børn fra 1-årsalderen. **Dosering:** Basalinsulin til subkutan indgivelse én gang dagligt på et hvilket som helst tidspunkt af dagen, fortrinnsvis samme tidspunkt hver dag. Hos patienter med type 2-diabetes mellitus kan dette lægemiddel administreres som monoterapi eller i kombination med orale antidiabetika, GLP-1-receptoragonister og bolusinsulin. Ved type 1-diabetes mellitus skal Tresiba® kombineres med korttids-/hurtigvirkende insulin for at dække insulinbehovet ved måltiderne. Tresiba® doseres i overensstemmelse med patientens individuelle behov. Det anbefales at optimere den glykæmiske kontrol via dosisjustering baseret på faste-plasmaglukose. Justering af dosis kan blive nødvendig, hvis patienter udøver øget fysisk aktivitet, ændrer deres kostvaner eller under samtidig sygdom. **Tresiba® 100 enheder/ml og Tresiba® 200 enheder/ml injektionsvæske, opløsning i en fyldt pen:** Tresiba® findes i to styrker. For begge indstilles den nødvendige dosis i enheder. Dosisstrinene er forskellige for de to styrker. Med Tresiba® 100 enheder/ml kan der administreres en dosis på 1-80 enheder for hver injektion, i trin af 1 enhed. Med Tresiba® 200 enheder/ml kan der administreres en dosis på 2-160 enheder for hver injektion, i trin af 2 enheder. Dosis indgives ved brug af halvdelen af volumen i forhold til basalinsulinpræparater med 100 enheder/ml. Dosisstærken viser antallet af enheder, uanset hvilken styrke der anvendes, og dosis skal ikke omregnes, når patienten skifter til en ny styrke. **Flexibelt administrationstidspunkt:** Hvor administration på samme tidspunkt af dagen ikke er mulig, tillader Tresiba® fleksibilitet med hensyn til tidspunktet for administration af insulin. Der skal altid gå mindst 8 timer mellem injektionerne. Der er ingen klinisk erfaring med fleksibelt administrationstidspunkt af Tresiba® hos børn og unge. Patienter, som glemmer en dosis, rådes til at tage den, når de opdager forglemmelsen, og derefter genoptage deres sædvanlige doseringsplan med dosering én gang dagligt. **Initiering:** Patienter med type 2-diabetes mellitus: den anbefalede daglige startdosis er 10 enheder efterfulgt af individuelle dosisjusteringer. Patienter med type 1-diabetes mellitus: Tresiba® skal anvendes én gang dagligt sammen med måltidsinsulin og kræver efterfølgende individuelle dosisjusteringer. **Skift fra andre insulinpræparater:** Hyppig blodglucosekontrol anbefales i overgangsperioden og i de følgende uger. Doser og tidspunkter for samtidig behandling med hurtigvirkende eller korttidsvirkende insulinpræparater eller andre antidiabetika skal muligvis justeres. **Patienter med type 2-diabetes mellitus:** For patienter med type 2-diabetes, som tager basal-, basal-bolus-, blandings- eller selvblandet insulinbehandling én gang dagligt, kan skift til Tresiba® ske enhed til enhed ud fra den tidligere basalinsulindosis efterfulgt af individuelle dosisjusteringer. En dosisreduktion på 20% i forhold til den tidligere basalinsulindosis efterfulgt af individuelle dosisjusteringer er den anbefalede startdosis 10 enheder dagligt. Efterfølgende justeres dosis af basalinsulin to gange dagligt, og når der skiftes til Tresiba® fra insulin glargin (300 enheder/ml). **Patienter med type 1-diabetes mellitus:** For patienter med type 1-diabetes skal en dosisreduktion på 20% ud fra den tidligere basalinsulindosis eller basalkomponent af en kontinuerlig subkutan insulininfusionsregime overvejes efterfulgt af individuelle dosisjusteringer baseret på det glykæmiske respons. **Brug af Tresiba i kombination med GLP-1 receptoragonister hos patienter med type 2-diabetes mellitus:** Når Tresiba® gives i tillæg til GLP-1 receptoragonister, er den anbefalede startdosis 10 enheder dagligt. Efterfølgende justeres dosis individuelt. Når GLP-1-receptoragonister gives i tillæg til Tresiba®, anbefales det at reducere dosis af Tresiba® med 20% for at minimere risikoen for hypoglykæmi. Dosis skal efterfølgende justeres individuelt. **Ældre:** Tresiba® kan anvendes til ældre. Monitorering af glukose skal intensiveres og insulindosis justeres individuelt. **Nedsat nyre- og leverfunktion:** Kan anvendes til patienter med nedsat nyre- og leverfunktion. Monitorering af glukose skal intensiveres og insulindosis justeres individuelt. **Børn:** Der er ingen klinisk erfaring med brugen af dette lægemiddel i børn under 1 år. Kan anvendes til unge og børn fra 1 år. Ved skift af basalinsulin til Tresiba® skal individuel dosisjustering af basal- og bolusinsulin overvejes for at mindske risikoen for hypoglykæmi. **Administration:** Kun til subkutan anvendelse. Må ikke administreres intravenøst, da det kan resultere i alvorlig hypoglykæmi. Må ikke administreres intramuskulært, da det kan ændre absorptionen. Må ikke anvendes i insulininfusionspumper. Må ikke udtages fra cylinderpullen tilhørende den fyldte pen og ind i en sprøjte. Tresiba® administreres subkutan ved injektion i låret, overarmen eller abdominalvæggen. Injektionsstederne skal altid varieres inden for samme område for at nedsætte risikoen for lipodystrofi. Patienter skal instrueres i altid at bruge en ny nål. Genbrug af nåle til insulinpenne øger risikoen for blokerede nåle, hvilket kan føre til under- eller overdosering. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** **Hypoglykæmi:** Udeladelse af et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet kan medføre hypoglykæmi. Kan forekomme, hvis insulindosis er for høj i forhold til insulinbehovet. Hos børn skal der udvises omhu, så insulindosis (specielt ved basal-bolus-behandlingsregimer) stemmer overens med fødeindtagelse og fysisk aktivitet for at mindske risikoen for hypoglykæmi. Anden samtidig sygdom, især infektioner og tilstande med feber, øger normalt patientens insulinbehov. Samtidige sygdomme i nyrer, lever eller sygdomme, som påvirker binyrer, hypofyse eller thyreoidea, kan nødvendiggøre ændringer i insulindosis. Den langvarige virkning af Tresiba® kan som ved andre basalinsulinpræparater forsinke normalisering af blodsukkeret efter hypoglykæmi. **Hyperglykæmi:** Utilstrækkelig dosering og/eller afbrydelse af behandlingen hos patienter, som har behov for insulin, kan føre til hyperglykæmi og potentielt til diabetisk ketoacidose. Desuden kan samtidig sygdom, især infektioner, føre til hyperglykæmi og derved et øget insulinbehov. De første symptomer på hyperglykæmi opstår normalt gradvist over en periode på timer eller dage. Symptomerne inkluderer tørst, hyppigere vandladning, kvalme, opkastning, døsighed, rødme og tør hud, mundtørhed, appetitløshed og acetoneånde. Ved type 1-diabetes mellitus fører ubehandlede hyperglykæmiske tilfælde i sidste instans til diabetisk ketoacidose, som kan være dødelig. **Skift fra andre insulinpræparater:** Skift af en patient til en anden type, et andet mærke eller en anden fabrikant af insulin må kun ske under lægekontrol og kan medføre et behov for ændring af dosis. **Kombinationsbehandling med pioglitazon:** Tilfælde af hjerteinsufficiens er blevet rapporteret, når pioglitazon har været brugt i kombination med insulin, særligt hos patienter med risikofaktorer for udvikling af hjerteinsufficiens. Dette skal tages i betragtning, hvis kombinationsbehandling med pioglitazon og Tresiba® overvejes. Hvis kombinationsbehandlingen anvendes, skal patienterne observeres for tegn og symptomer på hjerteinsufficiens, vægtforøgelse og ødemer. Pioglitazon skal seponeres, hvis der sker en forværring af hjertesymptomer. **Øjensygdom:** Intensivering af insulinbehandling med en hurtig forbedret glykæmisk kontrol kan være forbundet med en forbigående forværring af diabetisk retinopati, hvorimod forbedret glykæmisk kontrol gennem længere tid nedsætter risikoen for forværring af diabetisk retinopati. **Forebyggelse af medicineringsfejl:** Patienterne skal instrueres i altid at kontrollere insulinetiketten før hver injektion for at undgå utilsigtet forveksling af de to styrker af Tresiba® såvel som andre insulinpræparater. Patienterne skal visuelt kontrollere de indstillede enheder for pennens dosistæller. Derfor er kravet til patienter, der selvinjicerer, at de kan aflæse dosistælleren på pennen. For at undgå doseringsfejl og potentiel overdosering, skal patienter og sundhedspersonale aldrig anvende en sprøjte til at udtage lægemidlet fra cylinderpullen i den fyldte pen. I tilfælde af blokerede nåle, skal patienter følge instruktionerne beskrevet i brugervejledningen, som findes sammen med indlæggssedlen. **Insulinantistoffer:** Insulin administration kan forårsage dannelse af insulinantistoffer. I sjældne tilfælde vil tilstedeværelsen af insulinantistoffer nødvendiggøre justering af insulindosis for at korrigere en tendens til hyper- og hypoglykæmi. **Natrium:** Dette lægemiddel indeholder mindre end 1 mmol natrium (23mg) per dosis. **Interaktioner:** Et antal lægemidler er kendt for at påvirke glucosemetabolismen. Følgende lægemidler kan nedsætte insulinbehovet: Orale antidiabetika, GLP-1-receptoragonister, monoaminoxidasehæmmere (MAO-hæmmere), betablokkere, ACE-hæmmere, salicylater, anabolske steroider og sulfonamider. Følgende lægemidler kan øge patientens insulinbehov: Orale kontracetiva, thiazider, glukokortikoider, thyreoideahormoner, sympatomimetika, væksthormon og danazol. Betablokkere kan maskere symptomerne på hypoglykæmi. Octreotid/anreotid kan enten øge eller reducere insulinbehovet. Alkohol kan øge eller reducere den hypoglykæmiske effekt af insulin. **Graviditet, amning og fertilitet:** Ingen kliniske erfaringer med anvendelse af Tresiba® til gravide kvinder eller med anvendelse af Tresiba® under amning. Det er ukendt, om insulin degludec udskilles i humanmælk. Der forventes ingen metabolisk påvirkning af nyfødte/spædbørn, der ammes. Reproduktionsstudier med insulin degludec hos dyr har ikke vist nogen bivirkninger på fertiliteten. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Patientens evne til at koncentrere sig og reagere kan være svækket på grund af hypoglykæmi. Dette kan udgøre en risiko i situationer, hvor disse evner er af speciel vigtighed (f.eks. ved bilkørsel eller betjening af maskiner). **Bivirkninger:** Den hyppigst rapporterede bivirkning under behandling af hypoglykæmi. **Immunsystemet:** Overfølsomhed (hævelse af tunge og læber, diarré, kvalme, træthed og kløe), urticaria. **Metabolisme og ernæring:** Hypoglykæmi. Kan forekomme, hvis insulindosis er for høj i forhold til insulinbehovet. Svær hypoglykæmi kan medføre bevidstløshed og/eller kramper og kan resultere i midlertidig eller permanent hjerneskade eller i værste fald død. Symptomerne på hypoglykæmi opstår normalt pludseligt, og kan omfatte koldsved, kold bleg hud, udmattelse, nervøsitet eller tremor, ængstelse, usædvanlig træthed eller svaghed, konfusion, koncentrationsbesvær, døsighed, overdreven sult, synsforstyrrelser, hovedpine, kvalme og hjertebanken. **Hud og subkutane væv:** Lipodystrofi. **Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet:** Reaktioner på administrationsstedet (inklusive hæmatom, smertes, hæmoragi, erytem, knuder, hævelse, misfarvning, pruritus, varme samt fortykkelse på injektionsstedet), perifert ødem. **Overdosering:** En specifik overdosis af insulin kan ikke defineres, men hypoglykæmi kan dog udvikles over forskellige faser. **Opbevaring og holdbarhed:** 30 måneder. **Før ibrugtagning:** Opbevares i køleskab (2°C-8°C), ikke for tæt på køleelementet. Må ikke fryses. **Under brug:** **Tresiba® FlexTouch® 100 enheder/ml og 200 enheder/ml:** Opbevares i højst 8 uger. Opbevares under 30°C. Kan opbevares i køleskab (2°C-8°C). **Tresiba® Penfill®:** Må ikke køles ned. Opbevares under 30°C i højst 8 uger. Opbevar Tresiba® Penfill® i den ydre karton og Tresiba® FlexTouch® med penhætten påsat for at beskytte mod lys. **Udlevering:** Receptpligtigt lægemiddel. Lægemidlet har generelt tilskud. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Novo Nordisk A/S. **Pakninger og priser:** Tresiba® FlexTouch® 100 enheder/ml 5 x 3 ml. Tresiba® FlexTouch® 200 enheder/ml 3 x 3 ml. Tresiba® Penfill® 100 enheder/ml 5 x 3 ml. Dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk (Ver. 02/2018) (DK/TB/0517/0190(2)). **Læs altid indlæggssedlen omhyggeligt inden produktet tages i brug.**

Den fuldstændige produktinformation kan vedlægges til fås ved henvendelse til Novo Nordisk Danmark A/S, Ørestads Boulevard 108, 6. sal, 2300 Kbh. S, telefon +45 80 200 240. Besøg også www.novonordisk.dk

**FLEKSIBELT INJEKTIONSTIDSPUNKT
– ÉN GANG DAGLIGT¹**



REDUCERET RISIKO FOR HYPOGLYKÆMI MED TRESIBA[®] VS INSULIN GLARGIN U100^{2,3*}

PATIENTER MED TYPE 1- DIABETES OG TYPE 2-DIABETES

*INFORMATION OM STUDIER SWITCH 1 OG SWITCH 2^{2,3}

| | | |
|--------------------------|---|---|
| Formål | Undersøge om insulin degludec er non-inferior eller superior i forekomst af symptomatisk hypoglykæmi (alvorlig eller blodglukose-bekræftede < 3,1 mmol/l) sammenlignet med insulin glargin U100. | |
| Studiedesign | Randomiseret, dobbeltblindet, treat to-target cross-over forsøg omfattende to 32 ugers behandlingsperioder, hver med en 16-ugers titreringsperiode og en 16-ugers vedligeholdelsesperiode. SWITCH 1: 501 voksne med type 1-diabetes og med mindst 1 hypoglykæmi risikofaktor SWITCH 2: 721 voksne med type 2-diabetes med mindst 1 hypoglykæmi risikofaktor, der tidligere var behandlet med basal insulin med eller uden orale antidiabetika | |
| Primært endepunkt | Det samlede antal alvorlige eller blodglukose-bekræftede (<3,1 mmol/l) symptomatiske hypoglykæmiske episoder under vedligeholdelsesperioden. | |
| Konklusion | Behandling med insulin degludec vs insulin glargin U100 resulterede i et reduceret antal af generelle symptomatiske hypoglykæmier | |
| Resultat | SWITCH 1 11% reduktion af det samlede antal alvorlige eller blodglukose-bekræftede (<3,1 mmol/l) symptomatiske hypoglykæmiske episoder under vedligeholdelsesperioden. (RR: 0,89 (95% CI: 0,85-0,94), Non-inferiority: P<0,001, Superiority: P<0,001) | SWITCH 2 30% reduktion af det samlede antal alvorlige eller blodglukose-bekræftede (<3,1 mmol/l) symptomatiske hypoglykæmiske episoder under vedligeholdelsesperioden. RR: 0,70 (95% CI: 0,61-0,80) |

Indikation: Behandling af diabetes mellitus hos voksne, unge og børn fra 1-års-alderen.



**changing
diabetes[®]**

Hos Novo Nordisk ændrer vi kursen for diabetes. I vores tilgang til at udvikle behandlinger, i vores løfte om at arbejde profitabelt og etisk og i vores søgen efter en helbredelsesmulighed.

TRESIBA[®]
insulin degludec

ACCU-CHEK® Guide



FLERE MÅDER AT TESTE HELT SIMPELT

Send data trådløst
til mySugr-appen, og
få styr på dine tal.

Slut med flere
håndskrevne logbøger.

Nemt at se både dag og nat.
Accu-Chek Guide har smart
baggrundsbelysning samt
lys i strimmelporten.



Hygiejnisk
bortskaffelse
af strimler.
Tryk på knappen
for at skubbe
teststrimlen ud.

Accu-Chek Guide holder alt enkelt. Alt lige fra teststrimlerne med et bredt felt, så det er nemmere at ramme, samt en SmartPack beholder til hurtig og rutinemæssig test. Nu kan du nemt og enkelt måle dine tal og gå videre med livet.

www.accu-chek.dk/guide



Filip Krag Knop

filip.krag.knop.01@regionh.dk
Klinisk professor, overlæge, ph.d.,
Herlev og Gentofte Hospital,
Københavns Universitet

Involver din patient i behandlingsmål

Mennesker med type 2-diabetes er glade for deres behandlere, men de kan blive bedre til at informere om for tidlig død, mulighed for at reducere risikoen og bruge specifikke behandlingsmål som effektivt dialogværktøj. Det viser undersøgelsen **Kend dine tal**. Der også overraskende viser, at 56 procent ikke opfatter sygdommen som alvorlig.

De sidste 20 år er der sket markante forbedringer i prognosen for personer, der lever med type 2-diabetes. Det vil sige, at både sygeligheden og dødeligheden er faldet markant⁽³⁾.

Alligevel har personer, der lever med type 2-diabetes en dobbelt så høj dødelighed som personer uden diabetes.

Mere end halvdelen af alle dødsfald blandt personer med type 2-diabetes skyldes hjerte-kar-sygdom. Det er mere end dobbelt så mange som i baggrundsbefolkningen.

Den forventede levetid hos en person med type 2-diabetes er to til seks år kortere end en aldersmatchet person uden type 2-diabetes⁽¹⁾.

Den øgede sygelighed og dødelighed blandt personer med type 2-diabetes skyldes i et stort omfang tilstedeværelsen af risikofaktorer som rygning, forhøjet kolesterol, forhøjet blodtryk, overvægt og fysisk inaktivitet samt manglende glykæmisk kontrol.

Et dansk interventionsstudie⁽²⁾ har vist, at intensiv multifaktoriel risikofaktorbehandling øger levetiden med medianen otte år. Og udskyder tiden til betydende komplikationer lige så meget.

Et nyt stort svensk registerstudie⁽³⁾ har vist, at hvis alle risikofaktorerne er i kontrol, er dødeligheden ikke forhøjet sammenlignet med baggrundsbefolkningen.

Danske og internationale behandlingsvejledninger⁽⁴⁾ under-

streger, at det er essentielt at inddrage personen med type 2-diabetes i beslutningsprocessen omkring diabetesbehandling.

Inddragelse øger motivation og compliance og sandsynligheden for at få opfyldt behandlingsmålene.

OPFATTER IKKE SYGDOMMEN SOM ALVORLIG

Diabetesforeningen har i samarbejde med Novo Nordisk Danmark A/S i efteråret 2019 foretaget spørgeskemaundersøgelsen **Kend dine tal** blandt Diabetesforeningens medlemmer. Formålet var at afklare, hvor udbredt kendskabet til egne behandlingsmål, samt graden af opfyldelse af disse, er blandt patienter med type 2-diabetes. Ligeledes havde undersøgelsen til formål at afdække tilfredshed med livskvalitet og behandling blandt patienterne, samt hvorvidt der kan identificeres faktorer af betydning herfor.

I skærende kontrast til ovenstående fakta, om den svært forøgede sygelighed og dødelighed blandt personer med type 2-diabetes, viste det sig, at kun godt halvdelen af deltagerne (56 procent) anser type 2-diabetes som en "alvorlig" eller "meget alvorlig" sygdom.

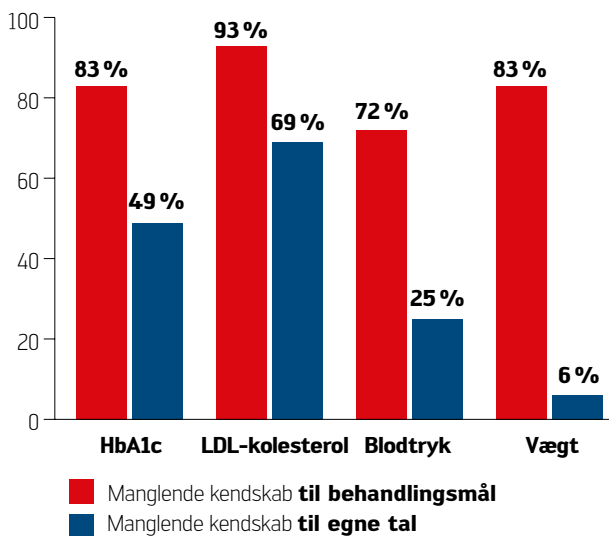
De kvindelige deltagere anså gennemsnitligt sygdommen som mere alvorlig end mændene.

Overordnet lever deltagerne i undersøgelsen et liv med god ►

Mange kender ikke egne tal og behandlingsmål

Så mange mennesker med type 2-diabetes svarer, at de ikke har eller ikke kender behandlingsmål og ikke kender deres senest målte tal.

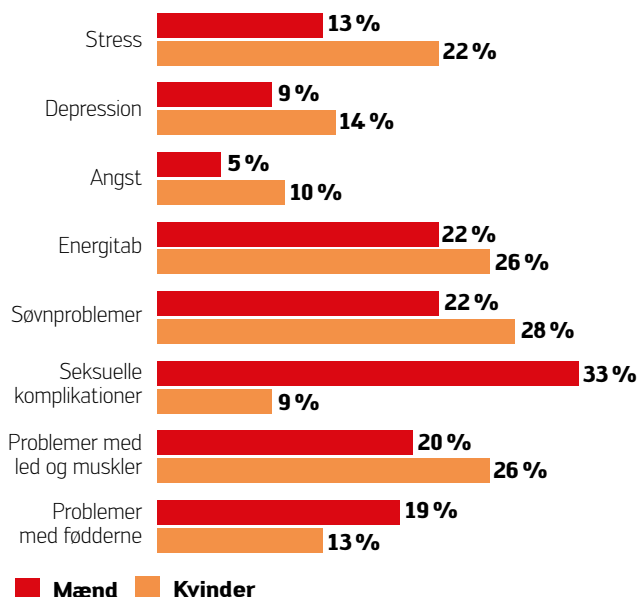
Antal adspurgte: 1.894 personer



Kilde: Behandling af type 2-diabetes 2019 – selvrapporterede data (diabetes.dk/kenddinetal)

Negativ påvirkning på livskvalitet

Antal adspurgte: 1.894 personer



Kilde: Behandling af type 2-diabetes 2019 – selvrapporterede data (diabetes.dk/kenddinetal)

- ▶ livskvalitet. 82 procent svarede, at deres livskvalitet var "god", "vældig god" eller "fremragende".

Helbredet blev overordnet vurderet til "godt", "vældig godt" eller "fremragende" af 70 procent af deltagerne. For begge mål vurderede de mandlige deltagere livskvalitet og helbred lidt bedre end de kvindelige deltagere. Ovenstående til trods oplevede 70 procent af alle deltagere alligevel, at deres livskvalitet blev påvirket negativt af at have type 2-diabetes. Dette var både forårsaget af fysiske og mentale følger af sygdommen.

LIVSSTILSÆNDRINGER MEST UDFORDRENDE

Deltagerne, i højest grad kvinderne, var i vid udstrækning negativt påvirket af mentale følger. For eksempel stress, depression, angst, energिताb og søvnproblemer.

Mændene havde til gengæld større grad af reduktion af livskvalitet grundet fysiske komplikationer. Den allerhyppigste (33 procent) var seksuelle komplikationer, efterfulgt af "problemer med led og muskler og problemer med fødderne".


De mere klassiske komplikationer såsom hjerte-kar-, nyre-, nerve- og øjenssygdom fyldte væsentligt mindre blandt deltagernes selvrapporterede udfordringer.

Deltagerne vurderede motion, sund kost og egen motivation, som de vigtigste faktorer for at leve et godt liv med diabetes. Men samtidig opfattede deltagere også livsstilsændringerne i form af netop kostændringer og øget fysisk aktivitet

som det mest udfordrende ved at leve med type 2-diabetes.

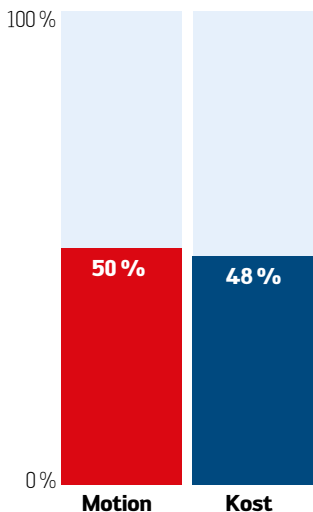
GLADE FOR BEHANDLING

Langt størstedelen, cirka $\frac{3}{4}$ af deltagerne, var tilfredse med deres diabetesbehandling, hvad enten de behandles i almen praksis eller i et diabetesambulatorium. De deltagere, der blev behandlet i et diabetesambulatorium, tenderede mod at være mere tilfredse end de, der blev behandlet i almen praksis. Blandt de personer med type 2-diabetes, der blev behandlet i almen praksis, svarede cirka halvdelen, at der var knyttet en diabetessygeplejer-

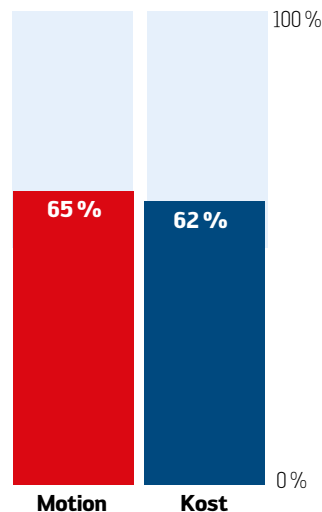
 Danske og internationale behandlingsvejledninger understreger, at det er essentielt at inddrage personen med type 2-diabetes i beslutningsprocessen omkring diabetesbehandling. Inddragelse øger motivation og compliance og sandsynligheden for at få opfyldt behandlingsmålene.

Vigtigst for et godt liv med diabetes

Antal adspurgte: 1.894 personer



Største udfordringer ved diabetes



Kilde: Behandling af type 2-diabetes 2019 – selvrapporterede data (diabetes.dk/kenddinetal)

ske til deres praksis. I disse tilfælde havde det i 78 procent af tilfældene en positiv betydning for oplevelsen af behandlingen. Særligt mændene oplevede sygeplejersken som en positiv faktor.

BEHANDLINGSMÅL

Kun lidt mere end halvdelen af deltagerne i undersøgelsen bekræftede, at de havde talt med deres behandler om behandlingsmål i relation til type 2-diabetes. Blandt dem, der ikke bekræftede dette, svarede halvdelen, at de ville ønske, at deres behandler havde talt med dem om dette, mens 15 procent svarede, at de ikke ønskede dette. Blandt dem, der havde et kendt behandlingsmål, svarede over halvdelen, at det var motiverende for dem at kende målet, mens kun 18 procent svarede, at det ikke var motiverende.

Særligt for HbA1c var det udbredt, at der ikke var sat (eller kommunikeret) et behandlingsmål, nemlig blandt 83 procent af deltagerne. Dog kendte halvdelen af deltagerne deres aktuelle HbA1c-værdi, men en stor del ved altså ikke, om de har nået deres målsætning. For både vægt, LDL-kolesterol og blodtryk gælder det også, at over halvdelen af personerne med type 2-diabetes ikke har eller kender behandlingsmål.

BETYDELIGT FORBEDRINGSPOTENTIALE

Undersøgelsen **Kend dine tal** afdækker en række punkter med betydeligt forbedringspotentiale inden for behandling og forståelse af type 2-diabetes, hvoraf en del er relativt lavhængende frugter. Først

DELTAGERNE

Deltagerne i undersøgelsen **Kend dine tal** havde:

- En gennemsnitsalder på 65,7 år. Det afspejlede en vis underrepræsentation af deltagere < 50 år og > 80 år, sammenlignet med den faktiske patientpopulation
- I gennemsnit været diagnosticeret med diabetes i cirka 12 år
- 84 % blev behandlet for deres type 2-diabetes i almen praksis
- I vid udstrækning co-morbiditet og/eller komplikationer til diabetes
- Over halvdelen af personerne med type 2-diabetes døjede med overvægt, hypertension og dyslipidæmi. Hjerter-kar-sygdom, fodproblemer samt tandsygdomme var de hyppigste komplikationer
- Neuropati og søvnnapnø var også hyppige følgesygdomme.

(Bemærk, at ovenstående informationer omkring komplikationer og følgesygdomme stammer fra personerne med type 2-diabetes selv)

KEND DINE TAL

Diabetesforeningen har i samarbejde med Novo Nordisk Denmark A/S foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt Diabetesforeningens medlemmer. Formålet var at afklare:

- Hvor udbredt kendskabet til egne behandlingsmål og graden af opfyldelse af disse er blandt personer med type 2-diabetes
- Afdække tilfredshed med livskvalitet og behandling blandt personerne med type 2-diabetes, samt om der kan identificeres faktorer af betydning herfor.

Undersøgelsen opnåede 1.894 besvarelser, hvoraf 1.548 var fuldstændige besvarelser. Besvarelserne blev indsamlet i perioden 24.10 – 14.11 2019.

➔ Hent Diabetesforeningens rapport: diabetes.dk/kenddinetal

- ▶ og fremmest er det påfaldende, at så stor en andel af personerne med type 2-diabetes, som tilfældet er her, ikke betragter type 2-diabetes som en alvorlig sygdom. Det til trods for, at den både er betydeligt livslængde- og livskvalitetsreducerende med en prognose, der er værre end mange maligne sygdomme.

At undervise en person med type 2-diabetes i dette faktum kræver naturligvis både empati og fingerspitzgefühl. Men, kombineret med viden om mulighederne for at forbedre prognosen betydeligt ved at nå specifikke behandlingsmål, vil det formentlig føre til øget motivation.

Det er her påfaldende, at personerne med type 2-diabetes stadig opfatter livsstilsintervention, som den vigtigste faktor for et godt liv med diabetes.

Vi ved fra store randomiserede kliniske studier, at betydelige livsstilsændringer overordnet set ikke ændrer morbiditet eller mortalitet inden for en tiårig tidshorizont⁽⁵⁾.

Det er her behandlerens fornemmeste opgave at sikre, at personen med type 2-diabetes også modtager den rigtige farmakologiske behandling med lægemidler, der faktisk reducerer morbiditet og mortalitet.

Undersøgelsen viser også, at alt for mange personer med type 2-diabetes ikke kender deres behandlingsmål. Derfor ved de

Alt for mange mennesker med type 2-diabetes kender ikke deres behandlingsmål. Derfor ved de ikke, om de er på rette vej. Man må opfordre til, at der for alle opstilles specifikke, målbare og realistiske behandlingsmål.

ikke, om de er på rette vej, eller om de skal gøre en større egenindsats, og/eller i samarbejde med deres behandler fokusere på optimering af den farmakologiske behandling.

Man må her opfordre til, at der for alle personer med type

Balancekort – hjælp til læge og patient

De mere end 3.500 praktiserende læger i Danmark, som behandler langt størstedelen af de over 250.000 mennesker med type 2-diabetes, har alle adgang til at bruge de digitale forløbsplaner. Forløbsplanen kan være en stor hjælp for patienten til at forstå sin behandling og samarbejde godt med lægen. De nye digitale forløbsplaner kan dog stadig være en udfordring for mange, og det er stadig ikke alle praktiserende læger, der benytter værktøjet.

For at hjælpe så mange patienter som muligt til at nå deres mål, har Diabetesforeningen lanceret et nyt balancekort til personer med type 2-diabetes. Kortet indeholder de optimale tal for langtidsblodsukker, kolesterol og blodtryk. Men der er ligesom i de digitale for-

løbsplaner mulighed for at angive sine individuelle mål, samt notere sine aktuelle tal under konsultationen. Det vil forhåbentlig motivere og øge opmærksomheden på målene. Desuden kan man notere, hvad man gerne vil tale om ved næste konsultation. Og holde øje med at man får tjekket sine øjne, nyrer, fødder og tænder årligt. ■

FÅ STYR PÅ TAL OG MÅL

Diabetesforeningen arbejder løbende på at forbedre samarbejdet mellem behandlere og personer med diabetes. Derfor har foreningen udsendt nyt balancekort til alle praktiserende læger, som står for behandlingen af de fleste med type 2-diabetes. Balancekortet kan bruges til at få styr på tal og behandlingsmål. Samt sikre, at man får de nødvendige undersøgelser til at forebygge de alvorlige følgesygdomme.

➔ diabetes.dk/balancekort



2-diabetes (hvis muligt i tæt samarbejde mellem behandler og personen med type 2-diabetes) opstilles specifikke, målbare og realistiske behandlingsmål. De skal have en klar tidshorizont, så klinisk inertitet reduceres eller undgås.

Til sidst understreger undersøgelsen, at vi som behandlere skal huske at undersøge og spørge til mere end de klassiske komplikationer. Hos personerne med type 2-diabetes er det i høj grad de psykologiske, seksuelle og bevægeapparatsrelaterede komplikationer, der volder problemer i det daglige; ikke hjerte-, nyre- og øjenssygdom, (om end de er nok så vigtige set fra en klinikers synspunkt).

Med forbehold for denne undersøgelses begrænsninger peger den på, at vi som behandlere kan blive bedre til at informere personerne med type 2-diabetes om:

- Risikoen for følgesygdomme og for tidlig død
- Muligheden for at reducere denne risiko ved at opnå specifikke behandlingsmål og benytte optimal farmakologisk behandling
- Opstille, kommunikere og følge op på behandlingsmål
- Involvere personerne med type 2-diabetes i behandlingsmål.

Endelig viser undersøgelsen, at personerne med type 2-diabetes er tilfredse med uddelegering af opgaver i relation til deres diabetesopfølgning til sygeplejersker.

Set i lyset af ovenstående understreger undersøgelsen et vist uforløst potentiale i relation til at forbedre behandlingen af type 2-diabetes ved at opnå større forståelse, engagement og motivation fra personerne med type 2-diabetes' side, i sidste ende til alles fordel. ■

KEYWORDS

Behandlingsmål. Følgesygdomme. Sygelighed. Dødelighed. Reduktion af risiko. Balancekort. Inddragelse af patienten i behandlingsmål.

REFERENCER

1. Sattar, Circulation, 2019.
2. Gæde, Diabetologia, 2016.
3. Rawshani, NEJM, 2018.
4. DSAM 2018 og ADA/EASD 2019.
5. Look AHEAD research group, NEJM, 2013.

ANNONCE



Få et overblik
over dine
patienters
diabetesdata



mySugr-rapport i PDF-format.
Få Pro gratis i 6 måneder nu!

Roche Diabetes Care / Accu-Chek kundeservice: Tlf. 80 82 84 71 / www.accu-chek.dk/mysugr



JARDIANCE® er indiceret til behandling af voksne med utilstrækkeligt kontrolleret type 2 diabetes mellitus som supplement til diæt og motion. Gives som monoterapi, når metformin betragtes som uhensigtsmæssigt på grund af intolerans eller som supplement til andre antidiabetika. For studieresultater vedrørende kombinationer, effekt på glykæmisk kontrol og kardiovaskulære hændelser samt studiepopulationer, se pkt. 4.4, 4.5 og 5.1 i produktresuméet.

Jardiance® (empagliflozin) Forkortet produktresumé

Indikationer*: Voksne med utilstrækkeligt kontrolleret type 2-diabetes mellitus som supplement til diæt og motion. Gives som monoterapi, når metformin betragtes som uhensigtsmæssigt på grund af intolerans eller som supplement til andre antidiabetika. For studieresultater vedrørende kombinationer, effekt på glykæmisk kontrol og kardiovaskulære hændelser se pkt. 4.4, 4.5 og 5.1 i produktresuméet. **Kontraindikationer**: Overfølsomhed for det aktive stof eller for et eller flere af hjælpestofferne. **Bivirkninger***: **Meget almindelig** ($\geq 10\%$): Hypoglykæmi (i kombination med sulfonylurinostof eller insulin). **Almindelig** (1- 10%): Vaginal moniliasis, vulvovaginitis, balanitis og andre genitale infektioner, urinvejsinfektion, tørst, pruritus (generaliseret), udslæt, øget vandladning, forhøjede serumlipider. **Ikke almindelig** (0,1-1%): Urticaria, volumendepletering, dysuri, øget serumkreatinin, nedsat glomerulær filtrationshastighed, forhøjet hæmatokrit. **Sjældne** (mindre end 0,1%): Diabetisk ketoacidose. **Bivirkninger med ikke kendt frekvens**: Angioødem, nekrotiserende fasciitis i perineum (Fourniers gangræn). **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen***: **Diabetisk ketoacidose**: I sjældne tilfælde er der set diabetisk ketoacidose, herunder livstruende og dødelige tilfælde. Opleves opkastninger, mavesmerter, udtalt tørst, udtalt træthed, vejrtrækningsbesvær eller konfusion, skal Jardiance-behandlingen afbrydes, og patienten skal straks tjekkes for ketoacidose uanset blodglukoseniveau. Risikoen for diabetisk ketoacidose er størst ved længerevarende begrænset føde- og væskeindtagelse, akutte medicinske tilstande, alkoholmisbrug eller ændring i insulindosis. Behandlingen bør afbrydes hos patienter, der indlægges med henblik på større kirurgiske indgreb eller på grund af akutte alvorlige medicinske sygdomme. Det anbefales, at disse patienter overvåges for ketonstoffer via en blodmåling. Jardiance-behandlingen kan genoptages, når ketonstofværdierne er normale og patientens tilstand er blevet stabil. **Nyrefunktion**: Den glykæmiske virkning af empagliflozin afhænger af patientens nyrefunktion. Nyrefunktionen bør vurderes, før behandling indledes og derefter regelmæssigt, samt før initiering af et andet lægemiddel, som kan have en negativ virkning på nyrefunktionen. Jardiance bør ikke initieres, hvis eGFR er under 60 ml/min/1,73 m². Dosis justeres til eller holdes på 10 mg én gang dagligt, hvis eGFR vedvarende er under 60 ml/min/1,73 m². Jardiance skal seponeres, når eGFR vedvarende er lavere end 45 ml/min/1,73 m². Ved terminal nyresygdom eller dialyse bør Jardiance ikke anvendes. **Ældre**: Hos patienter på >75 år skal der tages højde for den øgede risiko for volumendepletering (f.eks. samtidig diuretika, ACE-hæmmere). Terapeutisk erfaring hos patienter >85 år er begrænset, og initiering af behandling anbefales ikke. **Urinvejsinfektioner**: Midlertidig afbrydelse skal overvejes ved komplicerede urinvejsinfektioner. **Fourniers gangræn**: Patienter skal have besked om at søge lægehjælp ved symptomer på Fourniers gangræn. Ved mistanke om Fourniers gangræn bør behandling med Jardiance afbrydes og øjeblikkelig behandling (antibiotika og kirurgisk debridement) iværksættes. **Amputation af underekstremitet**: Det er vigtigt at rådgive diabetespatienter om rutinemæssig forebyggende fodpleje. **Pædiatrisk population**: Sikkerhed og virkning er ikke klarlagt. **Hjerteinsufficiens**: Erfaringen hos New York Heart Association (NYHA) klasse III er begrænset og manglende for NYHA klasse IIIIV. I EMPA-REG OUTCOME-studiet havde 10,1% af patienterne hjerteinsufficiens ved baseline. Reduktionen i kardiovaskulær død hos disse patienter var konsistent med den overordnede studiepopulation. **Lactose**: Tabletterne indeholder lactose. **Interaktioner***: Jardiance kan potensere den diuretiske virkning af thiazid- og loop-diuretika og øge risikoen for dehydrering og hypotension. Ved kombination med insulin eller sulfonylurinostoffer kan risikoen for hypoglykæmi være øget. Samtidig brug af kendte UGT-enzym-induktorer bør undgås pga. potentiel risiko for nedsat virkning. **Graviditet og amning***: Bør undgås ved graviditet. Må ikke anvendes under amning. **Trafiksikkerhed***: Ved kombinationsbehandling med sulfonylurinostof eller insulin bør patienter rådes til at tage forholdsregler for hypoglykæmi. **Dosering***: Startdosis er 10 mg én gang dagligt i mono- og i kombinationsterapi. Dosis kan øges til 25 mg én gang dagligt hos patienter, hvis eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m². Højeste daglige dosis er 25 mg. Ved kombinationsbehandling med sulfonylurinostof eller insulin kan en lavere dosis af sulfonylurinostof eller insulin overvejes for at reducere risikoen for hypoglykæmi. **Ældre, pædiatrisk population og nyrefunktion**: Se **Særlige advarsler og forsigtighedsregler**. **Lægemiddelform**: Filmovertrukne tabletter. **Pakninger og priser**: 10 mg; 30 tabl. og 90 tabl.; 25 mg; 30 tabl. og 90 tabl. Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk. **Udlevering**: B. Tilskudsberettiget. **Registreringsindehaver**: Boehringer Ingelheim International GmbH. **De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det godkendte**. Yderligere information findes i produktresuméet (www.produktresume.dk), som vederlagsfrit kan rekvireres fra Medicinsk Information hos Boehringer Ingelheim Danmark A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø, tlf.: 39 15 88 88, eller mail: info.cop@boehringer-ingelheim.com. BIDK: v1

Behandling af type 2-diabetes¹

STYRKEN TIL AT OPNÅ MERE^a

Signifikant reduktion af:^{b,c,1,2}

- ✓ **HbA_{1c}^{1,2}**
- ✓ **Vægt^{1,2}**
- ✓ **Blodtryk^{1,2}**

JARDIANCE[®] har ved behandling af patienter med type 2-diabetes og kardiovaskulær sygdom vist:^{d-g,3,4}

14%
RRR AF
CV-HÆNDELSER^e
(ARR = 1,6%)

38%
RRR AF
CV-DØD^e
(ARR = 2,2%)

35%
RRR AF
HOSPITALISERING
PGA. HJERTESVIGT^f
(ARR = 1,4%)

39%
RRR AF NYOPSTÅET
ELLER FORVÆRRING
AF NEFROPATI^f
(ARR = 6,1%)

a. Med "opnå mere" menes reduktion af: 3P-MACE, kardiovaskulær død, hospitalisering for hjertesvigt samt nyopstået eller forværring af nefropati hos type 2-diabetes patienter med hjertekarsygdom.¹

b. JARDIANCE[®] er ikke indiceret til vægttab eller blodtryksnænkning

c. I et fase 3 studie, som inkluderede 637 patienter, var det primære endepunkt ændring i baseline HbA_{1c} ved uge 24 sammenlignet med placebo tillagt behandling med metformin. Der blev opnået en HbA_{1c} reduktion på 0,70% og 0,77% for henholdsvis 10 mg og 25 mg Jardiance og 0,13% i placebogruppen. De sekundære effektmål inkluderede ændring i kropsvægt og systolisk blodtryk ved uge 24 og viste en reduktion på 2,08 kg og 2,46 kg for henholdsvis 10 mg og 25 mg Jardiance (0,45 kg reduktion i placebogruppen), og en reduktion på det systoliske blodtryk med 4,5 og 5,2 mmHG for henholdsvis 10 mg og 25 mg Jardiance (0,4 mmHG reduktion i placebogruppen).²

d. EMPA-REG OUTCOME[®] inkluderede 7020 voksne patienter med type 2-diabetes og kendt hjertekarsygdom (koronararteriesygdom, perifer arteriel sygdom, myokardielt infarkt (MI), ustabil angina eller apopleksi) sammenlignet med placebo tillagt standardbehandling.³ Studiet havde til formål at vurdere ikke-inferioritet for det sammensatte primære endepunkt med afprøvning af superioritet som en præspecificeret analyse.³

e. Det primære sammensatte endepunkt i EMPA-REG OUTCOME[®] viste 14% RRR af 3P-MACE (CV-død, ikke-fatal MI og ikke-fatal apopleksi). ARR af 3P-MACE var 1,6% (et fald fra 12,1% til 10,5%). ARR af delkomponenten CV-død var 2,2% (et fald fra 5,9% til 3,7%).³

f. Dette sekundære endepunkt viste 35% RRR af HHF (ARR 1,4%, et fald fra 4,1% til 2,7%).³ Det sammensatte mikrovaskulære endepunkt viste 39% RRR i delendepunktet for nyopstået eller forværring af nefropati (progression til makroalbuminuri, fordobling af serumkreatinin med eGFR på ≤45 ml/min/1,73 m², initiering af renal substitutionsterapi, dødsfald på grund af nyresygdom). ARR af nyopstået eller forværring af nefropati var 6,1% (et fald fra 18,8% til 12,7%).⁴

g. Blandt de sekundære endepunkter forekom ingen risikoreduktion i ikke-fatal MI, silent MI, ikke-fatal apopleksi, og hospitalisering for ustabil angina. I det sekundære sammensatte mikrovaskulære endepunkt, forekom kun risikoreduktion i delendepunktet for nyopstået eller forværring af nefropati.⁴

Jardiance[®]
(empagliflozin)



Tekst Michael Korsbæk, pressechef

Skærp fokus på livsstil

Otte ud af ti personer med diabetes er tilfredse med deres direkte behandler, viser ny undersøgelse fra Diabetesforeningen. Det er et stærkt udgangspunkt for at skærpe fokus i behandlingen på forbedring af sammenhæng og øget inddragelse af kost og motion.

De fleste med diabetes, hele 81 procent, er overordnet set tilfredse med den behandling, de modtager. Det viser den hidtil største kortlægning af livet med diabetes i Danmark, som Diabetesforeningen står bag.

Det store flertal af mennesker med diabetes føler sig også hørt og set hos deres behandler:

- 80 procent føler sig tilstrækkeligt inddraget
- 85 procent forstår behandlerens forklaringer
- 82 procent er trygge ved deres behandleres kendskab til diabetes.

Samtidig peger undersøgelsen på væsentlige punkter, hvor patienterne oplever mangler: Hver femte har ønsket henvisning til psykologhjælp uden at få den. Og kun 39 procent oplever god sammenhæng mellem forskellige sektorer som kommune, praktiserende læge og hospital.

– Det er vigtigt viden, at det store flertal er tilfredse med den behandler, de møder i konsultationen. Alligevel viser undersøgelsen også nogle meget betydningsfulde områder, hvor patienterne i langt højere grad ønsker at blive set og mødt som hele mennesker og ikke blot patienter, siger Tanja Thybo, forskningschef i Diabetesforeningen.

POTENTIALE I DET HELE MENNESKE

Samlet set viser undersøgelsen tydeligt, der er et meget stort behov hos mennesker med diabetes i at få integreret deres kost og fysiske aktivitet som en del af diabetesbehandlingen.

Det skal læge, kommune og sundhedsvæsen i langt højere grad understøtte med et regulært tilbud:

– Systemet udnytter ikke det enorme potentiale, der er for bedre liv, færre følgesygdomme og mindre behov for medicin og traditionel behandling, hvis man samlet set bliver bedre til at sætte mennesket i centrum, lyder det fra Tanja Thybo. Hun henviser til undersøgelsen *Livet med diabetes 2019*. Den viser, at blot ni procent savner hjælp og støtte til at tage medicin korrekt, mens flere end tre

gange så mange, 32 procent, ønsker hjælp og støtte til at følge ønskede spisevaner. Og endnu flere, 40 procent, ønsker sundhedsvæsenets støtte til motion.

LIVSSTIL OG TYPE 2-DIABETES

Livsstilen er ikke mindst vigtig for personer med type 2-diabetes.

Tidligere undersøgelser viser, at næsten alle med type 2-diabetes går i gang med livsstilsændringer efter diagnosen.

Undersøgelsen "Behandling af type 2-diabetes 2019, selvrappede data" fra februar 2020, med svar fra 1.894 personer med type 2-diabetes, bekræfter, at netop kost og motion fylder enormt meget for personer med type 2-diabetes.

Godt halvdelen svarer, at mad og/eller motion er det vigtigste for at leve godt med diabetes. Mens hele 60 procent angiver mad og/eller motion som den største udfordring for at leve godt med diabetes.

– Det viser, at potentialet er enormt, hvis der sættes ind med den rette sundhedsfaglige og individuelt rettede støtte, siger Tanja Thybo.

TILFREDSHED ER STÆRKT GRUNDLAG

Den individuelle tilpasning sker ikke i tilstrækkelig grad i dag. Det skyldes ikke mindst den manglende sammenhæng i det nære sundhedsvæsen, altså mellem kommuner og især praktiserende læger.

LIVET MED DIABETES 2019

■ *Livet med diabetes 2019* er den hidtil største undersøgelse om udfordringer og vilkår for mennesker med diabetes i Danmark. I alt 9.108 danskere med diabetes, heraf 6.544 med type 2-diabetes, har svaret på undersøgelsen, der er gennemført af Diabetesforeningen, efterår 2019.

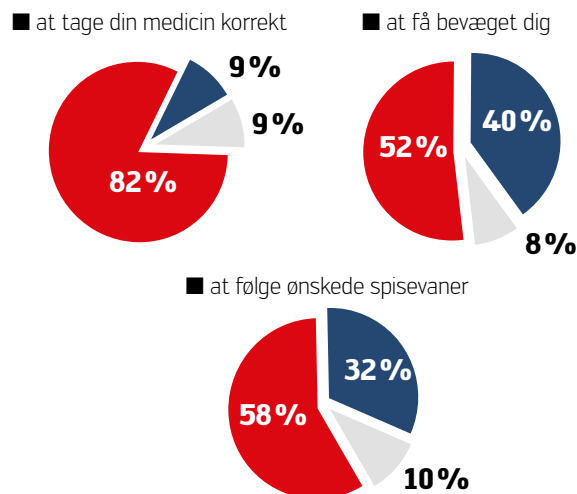


👉 Hent hele rapporten: diabetes.dk/diabetes2019

OPLEVELSEN AF STØTTE

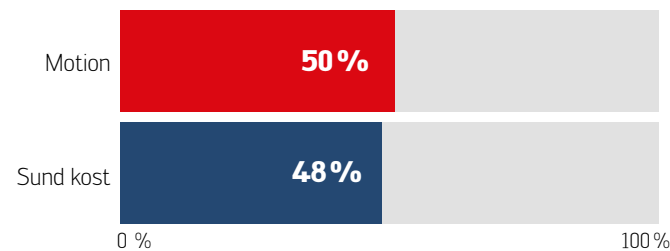
Får du den hjælp og støtte fra sundhedsvæsenet, som du har behov for, for ...

● Ja ● Nej ● Ved ikke

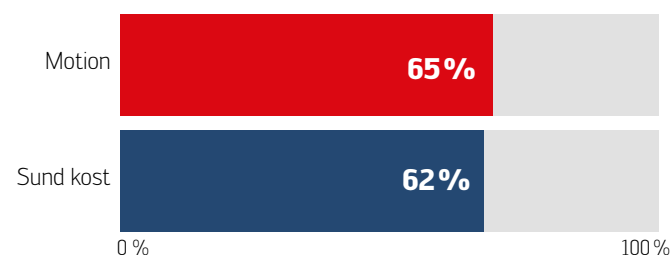


Livskvalitet og udfordringer

■ Vigtigt for at leve et godt liv med diabetes

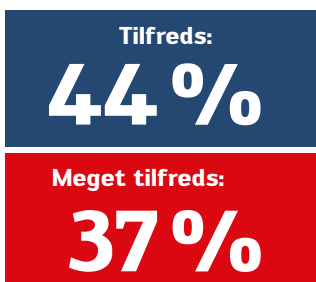


■ Største udfordring med diabetes



Kilde: "Behandling af type 2-diabetes 2019, selvrapporterede data"

Hvor tilfreds er du overordnet med kvaliteten af din behandling?

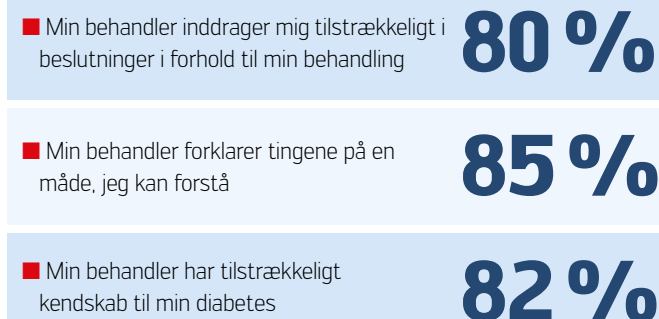


Jeg oplever en god sammenhæng mellem forskellige sektorer



Kilde: Livet med diabetes 2019

Mig og min behandler



I undersøgelsen *Livet med diabetes 2019* svarer op imod en fjerdedel, 22-24 procent, af de over 6.500 med type 2-diabetes, at de ikke har fået et kommunalt tilbud om hjælp til at dyrke motion og ændre spisevaner inden for de seneste fem år, selv om de gerne ville have haft det.

– Mange med type 2-diabetes kan få det bedre og have mindre behov for medicin, hvis de får hjælp fra en diætist til at ændre deres kost og støtte til mere motion. Derfor skal det nære sundhedsvæsen prioritere tilbud om støtte til at ændre livsstil lige så højt som den medicinske behandling af type 2-diabetes, siger Tanja Thybo.

Forskningschefen pointerer, at den store tillid og tilfredshed,

personer med diabetes har til deres primære diabetesbehandler, er et meget stærkt grundlag for at inddrage livsstilen som en aktiv del af behandlingen.

– Vi ved, at langt de fleste, der får type 2-diabetes, gerne vil foretage livsstilsændringer, og dansk forskning fra blandt andet Rigshospitalet har vist, at faglig kvalificeret støtte til kost og motion kan gøre en kæmpe forskel især i starten af diabetesforløbet. Men alt for mange får slet ikke tilbuddet, siger forskningschef Tanja Thybo fra Diabetesforeningen. ■

HOLD KONTAKTEN MED DINE PATIENTER ONLINE



**FreeStyle
LibreLink^{2,3}**

Patienter kan helt enkelt måle glukoseværdien med deres smartphone







LibreView^{4,5}

Sundhedspersonale har en sikker, elektronisk adgang til bedre glukoseindsigt






LibreLinkUp¹

Omsorgspersoner kan følge med i glukosemålingerne



Forstå dine patienters glukose data bedre.
Scan QR-koden eller log på LibreView.com



**FreeStyle
Libre**

FLASH GLUCOSE MONITORING SYSTEM



life. to the fullest.®

Abbott

* LibreView er udviklet og leveret af Newyu, Inc.

1. LibreLinkUp er en mobilapplikation, som er udviklet af Newyu, Inc. Brugen af FreeStyle LibreLink og LibreLinkUp kræver registrering i LibreView, en service der er stillet til rådighed af Abbott og Newyu, Inc. Der kan forekomme udgifter i forbindelse med download af FreeStyle LibreLink eller LibreLinkUp appsene. FreeStyle LibreLink, FreeStyle Libre aflæser og sensorer stilles til rådighed af Abbott. 2. Appen FreeStyle LibreLink er kompatibel med mobil, der har aktiv NFC-funktion, og som bruger Android OS 5.0 eller nyere og med iPhone 7 eller nyere, som bruger iOS 11 eller nyere. LibreLinkUp er kompatibel med mobil, som bruger Android OS 4.4 eller nyere og iPhones, som bruger iOS 10 eller nyere. 3. FreeStyle LibreLink appen og FreeStyle Libre aflæser har lignende men ikke identiske funktioner. Det er nødvendigt at lave en glukosemåling i blod fra fingerspidsen i perioder med hurtigt faldende/stigende glukoseniveauer, hvor glukoseniveauet i interstitiel væske ikke nødvendigvis afspejler det aktuelle blodsukterniveau; hvis systemet rapporterer hypoglykæmi eller snarlig hypoglykæmi; eller hvis du har symptomer, der passer dårligt med systemets målinger. 4. LibreView data kan ses med Safari Browser på Mac OS X Mountain Lion eller nyere versioner og på iOS 6 eller nyere mobilversioner. For øjeblikket understøttes upload af glukosedata kun af Windows-baserede computere. Minimumssystemkrav er Windows 7 med IE10 eller nyeste version af Google Chrome og Mozilla Firefox, som kører på en 550MHz Pentium III, 512 MB DRAM, 2G harddisk, USB 2.0, LCD-skærm med 1024x768 opløsning. 5. LibreView (inklusive LibreLinkUp mobilappen) er ikke beregnet til at skulle være primær glukosemåler: hjemmebrugere skal konsultere sin/sine primære enheder samt relevant sundhedspersonale inden nogen former for medicinske vurderinger eller behandlingsjusteringer foretages på baggrund af information fra softwaren. Sundhedspersonale bør desuden bruge softwarens oplysninger i sammenhæng med andre tilgængelige kliniske oplysninger. Billederne viser skærbilledet på en Android-telefon. Skærbilledet på en iPhone kan afvige fra det viste. FreeStyle Libre Flash glukosemonitoreringsystem er beregnet til at måle glukoseniveauet i interstitiel væske på patienter (min. 4 år gamle) med diabetes mellitus, inklusive gravide kvinder. Indikationen for børn (4-12 år) er begrænset til de, som er under opsyn af en omsorgsperson på mindst 18 år.

© 2020 Abbott. FreeStyle, Libre, og relaterede brands er varemærker tilhørende Abbott Diabetes Care Inc. i forskellige jurisdiktioner. Andre varemærker er ejet af deres respektive ejere. ADC-21576 v. 1.0 04/20

www.FreeStyle.Abbott/dk-da ☎ 0+45 3977 01900 · Abbott Diabetes Care · Emdrupvej 28C, 2100 København Ø

LEGATER TIL FORSKNING

Diabetesforeningen har eksisteret i 80 år den 12. december 2020. I den anledning uddeler vi i efteråret 2020 et særligt **jubilæumslegat til forskning** på 1,2 millioner kroner. Vi uddeler også foreningens **forskningslegater og rejselegater**. Er det dig, der skal søge, eller kender du en, du vil opfordre til det?



Forskningslegater til yngre forskere inden for diabetes

■ Diabetesforeningen støtter yngre forskere på postdoc-niveau, der arbejder med medicinsk, naturvidenskabelig, samfundsvidenskabelig eller humanistisk forskning i relation til mennesker med diabetes eller til forebyggelse af diabetes. Diabetesforeningen uddeler i 2020 tre forskningslegater på hver 500.000 kroner.

Ansøgningsfrist

- Onsdag den 12. august 2020 kl. 12.00.
- 👉 Læs mere og find ansøgningsskema: diabetes.dk/forskningslegat

80

80-års jubilæumslegat på 1,2 millioner kroner

■ Diabetesforeningen fylder 80 år den 12. december 2020 og uddeler i den anledning et helt særligt jubilæumslegat til forskning på 1,2 millioner kroner. Jubilæumslegatet kommer fra det opløste "Tømrermester Aksel Kastrup-Nielsen og hustru Eva Kastrup-Nielsens legat". Jubilæumslegatet kan kun søges til et toårigt postdoc-projekt.

Ansøgningsfrist

- Onsdag 12. august 2020 kl. 12.00
- 👉 Læs mere og find ansøgningsskema: diabetes.dk/forskningslegat/jubilæum2020



Rejselegater 2020

■ Forskning i diabetes er afgørende for at udvikle bedre behandling. Derfor uddeler Diabetesforeningen rejselegater til ph.d.-studerende med det formål, at de kan komme ud i verden og dygtiggøre sig, opbygge et internationalt netværk og møde den nyeste viden på diabetesområdet. Diabetesforeningen uddeler i løbet af 2020 tolv rejselegater på hver 10.000 kroner.

Ansøgningsfrister

- Lørdag den 1. august 2020 kl. 12.00.
- Søndag den 1. november 2020 kl. 12.00.
- 👉 Læs mere og find ansøgningsskema: diabetes.dk/rejselegat

KONTAKT OS

■ Hvis du har spørgsmål, er du meget velkommen til at kontakte **Anne-Marie K. Wegener**, seniorfaglig rådgiver, ph.d., på: amk@diabetes.dk eller telefon **41 91 88 27**





Birgitte Schnack Nielsen

bsne@regionsjaelland.dk
Klinisk diætist, Børneafdelingen,
Sjællands Universitetshospital Roskilde



Louise Lundby Christensen

lochris@regionsjaelland.dk
Børnelæge, programchef, Børne- og
ungediabetes, Steno Diabetes Center
Sjælland

Hænderne i bolledejen med dia-venner

Børn med type 1-diabetes og deres forældre har brug for viden om sygdom og behandling og redskaber, der støtter gode valg i hverdagen. Børn lærer bedst gennem leg og ved at bruge sanserne. Steno Diabetes Center Sjælland og Sjællands Universitetshospital Roskilde har startet et nyt behandlingstilbud med gruppebaserede diabetes-konsultationer og praktisk kulhydrattælling i nyindrettet grupperum og køkken.

De fleste mennesker, der har erfaring med børn, kan sikkert genkende fornemmelsen af, at man mister barnets opmærksomhed, hvis samtalen bliver lidt for voksen. Det er som om, de indstiller blikket på uendeligt og ophører med at tage informationerne ind.

Det er i hvert fald en erfaring, vi har gjort os i arbejdet med børn med type 1-diabetes i diabeteskonsultationerne. Et af "vores" børn sagde det rammende og fint, da vi spurgte dem, hvad de syntes om diabeteskonsultationen:

Jeg synes, det er lidt kedeligt, fordi vi ikke skal lave noget.

ET VOKSENT FRIRUM

Børn lærer bedst gennem krop, leg og sanser. Og vil vi lære dem noget, som skal sidde fast og medføre adfærdssændringer hos dem i hverdagen, er vi nødt til at tage højde for dette forhold i vores undervisning.

Det har vi taget konsekvensen af i Steno Diabetes Center

Sjælland. I januar introducerede vi et nyt behandlingstilbud i diabetesambulatoriet på Sjællands Universitetshospital Roskilde. Her får børnene helt bogstaveligt talt hænderne i bolledejen.

Vi voksne kaldte det til en start for **praktisk kulhydrattælling og gruppekonsultation**, men børnene har nu selv fundet på et meget bedre navn: **"dia-venner"**.

Til formålet har vi indrettet et nyt lokale til gruppekonsultationer med et tilhørende køkken i børneambulatoriet.

I det nye tilbud har vi erstattet de sædvanlige individuelle diabeteskonsultationer med gruppekonsultationer, hvor vi deler børn og forældre op i stedet for som hidtil at tale med dem på én gang. På den måde er håbet, at vi kan skabe et frirum for forældrene, hvor de kan mødes med andre forældre, der sidder i samme båd som dem selv. Mange forældre kan nemlig, ligesom børnene, føle sig meget alene om det at have diabetes helt tæt på livet. I et interview om deres forventnin-



Inde ved siden af udveksler de voksne erfaringer og ser på insulinpumper og blodsukkerkurver sammen med en læge og sygeplejerske. Imens er børnene sammen til en sjov og legende diabeteskonsultation i nyindrettet grupperum og køkken. Her kan de i selskab med diætisten og sygeplejersken blandt andet lege kulhydrattælling ind på lystavlen. Og ligesom de voksne får de lejlighed til at udveksle erfaringer med ligesindede.

ger til det nye behandlingstilbud sagde en af forældrene:

Jeg håber, at man måske ikke føler, at man er helt alene med det ... at man ligesom får noget erfaring fra andre forældre, hvor børnene måske har haft det i lang tid eller også er nye med det, så man kan dele sine egne erfaringer det vil være rart at få nogle input om, hvordan folk tackler deres hverdag.

LEGENDE LÆRING

Mens de voksne snakker, udveksler erfaringer og ser på insulinpumper og blodsukkerkurver sammen med en læge og sy-

geplejerske, går børnene ind ved siden af til en sjov og mere legende diabeteskonsultation med udgangspunkt i køkkenet. Her kan de i selskab med diætisten og sygeplejersken blandt andet lege kulhydrattælling ind på lystavlen. Og ligesom de voksne får de lejlighed til at udveksle erfaringer med ligesindede. Og børnene havde ligesom deres forældre også positive forventninger til at mødes med andre børn med diabetes, inden vi startede: *Jeg tror, det bliver hyggeligt og rart at være sammen med andre, som har det (diabetes),* sagde et af børnene. De havde naturligvis også masser af idéer til, hvad vi skulle lave af mad: ▶



Plads til børn og voksne i børneambulatoriet.



- *Pølsehorn synes jeg ... og pizzasnegle.*
Så vi startede med pølsehornene.

HJØRNESTEN I BEHANDLINGEN

Kulhydrattælling er en hjørnesteen i behandlingen af type 1-diabetes hos både børn og voksne, fordi det har en række positive effekter:

Hvis patienten er i stand til at tælle kulhydrater og beregne deres insulindosis til maden, kan det være med til at forbedre blodglukosereguleringen, reducere risikoen for hypoglykæmi og øge patienternes livskvalitet⁽¹⁻²⁾.

Derfor bør uddannelse i kulhydrattælling og sunde kostvaner også være en central del af behandlingstilbuddet til børn med type 1-diabetes i henhold til de internationale guidelines⁽³⁾.

Men desværre ved vi fra litteraturen, at effekten af patientuddannelse ofte er kortvarig. Og, at der derfor er brug for løbende opfølgning⁽⁴⁾.

Dia-venner tager netop højde for dette: Børnene samles i køkkenet sammen med diætist og sygeplejerske, hvor de i grupper af fire til seks børn laver mad og træner kulhydrattælling med fingrene i bolledejen. Bagefter spiser børn, forældre og diabetesbehandlere sammen. Børnene kan fortælle, hvad de har lært, og give tips og tricks videre til deres forældre, mens der spises pølsehorn, grønsagsstænger og hjemmelavet dip i det nye grupperum.

Gruppekonsultationerne erstatter de hidtidige individuelle konsultationer, hvor man hen over året mødtes to gange med en læge og to gange med en sygeplejerske.

Nu møder børnene, i første omgang de 8-12-årige, og deres forældre i stedet til fire gruppekonsultationer af to timers varighed om året. Og grupperne følges ad, så der bliver mulighed for, at både børn og forældre kan lære hinanden rigtig godt at kende hen ad vejen.

HYGGELIGT, HJEMLIGT OG SANSELIGT

Gruppekonsultationerne skal være et trygt frirum, som er rart at være i for børnene. Derfor er det en vigtig detalje, at vores nye grupperum og køkken er indrettet på en måde, så det adskiller sig fra sygehushmiljøet. Det skal være hyggeligt, hjemligt og sanseligt.

I gruppekonsultationerne taler diætisten og sygeplejersken med børnene om deres sygdom, og leg, madlavning og andre aktiviteter giver dem nye redskaber til at håndtere den.

Vi har udviklet en række værktøjskasser med forskellige emner, som er udgangspunkt for gruppekonsultationerne. Børnene er fra gang til gang med til at vælge et emne til næste gang, for eksempel sport, fødselsdage, fastfood, mellemmåltider og madpakker.

Værktøjskasserne indeholder eksempelvis opskrifter i bør-



Diabetessygeplejerske Nina Hougaard, diabetessygeplejerske Berit Reimers og klinisk diætist Birgitte Schnack Nielsen.

nehøjde, indkøbslister og forslag til lege og aktiviteter. De gør det muligt ganske let at kopiere og implementere behandlingstilbuddet til andre diabetesambulatorier i fremtiden.

TRÆKKER PÅ GRUPPEERFARING FRA HOLBÆK

I tilblivelsen af det nye behandlingstilbud på Sjællands Universitetshospital Roskilde har vi været heldige at kunne trække på de erfaringer, diabetesteamet på Børne- og ungeafdelingen på Holbæk Sygehus har gjort sig, hvor de har arbejdet med gruppebaserede diabeteskonsultationer gennem flere år, dog uden madlavningsdelen.

Diabetesteamet i Holbæk og Roskilde har derfor arbejdet tæt sammen i hele processen. I opstartsforløbet har en sygeplejerske fra Holbæk deltaget i gruppekonsultationerne i Roskilde for at hjælpe kollegerne i Roskilde godt fra start.

Erfaringerne fra Holbæk viser blandt andet, at både børn og voksne er meget glade for gruppekonsultationerne: Det er vigtigt for dem at mødes med andre, som står i samme situation, og der opstår hurtigt et tillidsfuldt rum blandt deltagerne, hvor man kan dele sine erfaringer, frustrationer og bekymringer. Da vi interviewede børnene i Holbæk, havde de da også et godt budskab til børnene i Roskilde:

Ja, jeg har ét ... at de helt sikkert får gode venner! ■

LØBENDE EVALUERING

■ Det nye behandlingstilbud startede i januar 2020. Vi har gennemført første konsultation i fem af i alt ti grupper for de 8-12-årige, som starter op i 2020. Vi udvikler videre på gruppekonsultationstilbud til andre aldersgrupper. Vi forventer opstart af yderligere ti grupper i 2021.

Vi laver en løbende evaluering af projektet og måler på tre faktorer:

Tilfredsheds mål: Både børnenes, forældrenes og de sundhedsprofessionelles tilfredshed med konsultationerne.

Kliniske mål: Vi ser på børnenes glykæmiske regulation i løbet af projektet og holder øje med, hvor ofte de taster data om kulhydrater ind i deres insulinpumpe.

Organisatoriske mål: Hvor stor er henholdsvis tilslutningen og frafaldet.

Dia-venner løber indtil medio 2022, hvorefter det besluttes, om det skal implementeres som en del af det fremtidige behandlingstilbud og eventuelt skal udrulles til andre børne- og ungeafdelinger i regionen.

KEYWORDS

Børn. Type 1-diabeteskonsultation. Gruppekonsultation. Krop, leg og sanser. Praktisk kulhydrattælling.

REFERENCER

1. Marigliano M, Morandi A, Maschio M, et al.: Nutritional education and carbohydrate counting in children with type 1 diabetes treated with continuous subcutaneous insulin infusion: the effects on dietary habits, body composition and glycometabolic control. *Acta Diabetol.* 2013;50(6):959-964. Doi:10.1007/s00592-013-0491-9.
2. Tascini G, Berioli M, Cerquiglini L, et al.: Carbohydrate Counting in Children and Adolescents with Type 1 Diabetes. *Nutrients.* 2018;10(1): 109. Doi: 10.3390/nu10010109.
3. Smart CE, Annan F, Higgins LA, Jelleryd E, Lopez M, Acerini CL: ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Nutritional management in children and adolescents with diabetes. *Pediatr Diabetes.* 2018;19:136-154. Doi:10.1111/pedi.12738.
4. Bell KJ, Barclay AW, Petocz P, Colagiuri S, Brand-Miller JC: Efficacy of carbohydrate counting in type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014;2(2): 133-140. Doi: 10.1016/S2213-8587(13)70144-X.

Tekst Ninett Rohde Brandt, journalist Foto Nils Meilvang

SEXOLOG:

Mange veje til et bedre sexliv

Seksuelle problemer kan opstå, når man har diabetes. Sexolog Marie Thjellesen guider til løsninger.

Marie Thjellesen er sexolog og rådgiver i Diabetesforeningens rådgivning. Hver uge giver hun vejledning til mennesker med diabetes, som har spørgsmål omkring sex, der relaterer sig til deres sygdom.

Kvindernes udfordring er ofte, at de oplever tørhed i skeden som følge af diabetes.

– Har man problemer med tørre slimhinder eller smerte ved samleje, selvom man har lyst til sex, kan glidecreme eller mandelolie hjælpe. For andre kan løsningen være hormoncreme, som kræver recept fra egen læge, forklarer Marie Thjellesen.

For mænd med diabetes kan det handle om rejsningsproblemer. Et problem, der kan give præstationsangst, som gør, at manden måske ender med at trække sig fra sin partner.

– Mange mænd hænger deres identitet op på, om de kan få rejsning, så de skammer sig over, at de har problemer med det. Her kan bare det at italesætte frygten for ikke at få rejsning, faktisk være første skridt i den rigtige retning, siger Marie Thjellesen og understreger, at der er mange midler til at afhjælpe rejsningsproblemer.

NÅR LYSTEN IKKE LYSTRER

Kvinder og mænd med diabetes kan også opleve, at lysten kan blive påvirket, fordi sex kan blive mere besværligt. For mange virker det for eksempel forstyrrende, hvis man har brug for at tjekke blodsukkeret før, under eller efter sex. For nogle betyder det at have diabetes, at sex bliver noget, der skal planlægges.



– Løsningen vil ofte være at lære at finde glæde i den mere planlagte sex, fortæller Marie Thjellesen.

Andre gange handler det om, at den seksuelle akt skal have et eftersyn: Hvornår på døgnet foregår det, hvor meget forspil er der? Er det vigtigt at have været i bad, eller at der er sikkerhed for ikke at blive forstyrret?

– Det kan være et vigtigt skridt at tale om, hvad der fungerer. Der er mange, der ikke har talt om det, og der er mange, der bliver overraskede, når de så taler om det, siger Marie Thjellesen.

ACCEPT ER VEJEN FREM

Ifølge Marie Thjellesen handler et godt sexliv i høj grad om at skabe et trygt miljø, der bunder i åben kommunikation.

En stor del af løsningen er ifølge Marie Thjellesen også at acceptere begrænsningerne.

Man kan måske ikke kaste sig i dynerne spontant, eller man skal måske have hjælp til at holde en rejsning. Men der findes hjælpemidler og medicinske præparater, som kan hjælpe. Og der er nogen, der lærer at mestre et sexliv uden penetrering.

– Det er meget individuelt, hvad der er den bedste løsning for det enkelte par eller den enkelte person. Derfor er det vigtigt, at opfordre til, at patienten ikke giver op, siger Marie Thjellesen. ■

➔ Sex og diabetes – når kroppen ikke vil som lysten

Læs side 30

💧 Det er meget individuelt, hvad der er den bedste løsning for det enkelte par eller den enkelte person. Derfor er det vigtigt, at opfordre til, at patienten ikke giver op.

Marie Thjellesen, sexolog

Få rejsningen tilbage

Mange mænd med diabetes kan få mistet rejsningsevne tilbage med overkommelig træningsindsats.

– Mænd ville aldrig købe en bog, der hedder "Bækkenbundstræning for mænd". Jeg forsøgte tre år i træk at holde kurser på instituttet, men der kom ingen deltagere, før jeg ændrede titlen, siger Søren Ekman.

Han er direktør på Gotvedinstituttet og forfatter til bogen "Fra regnorm til anakonda", der siden 2006 er solgt i 40.000 eksemplarer. Modstanden mod ordet "bækkenbundstræning" forklarer Søren Ekman med mænds blufærdighed.

– Maskuliniteten hænger uløseligt sammen med vores evne til at



Resultaterne bør vise sig inden for en måned. Gør de ikke det, kan det være udtryk for, at blodkarrene er blevet så forkalkede, at det desværre ikke kan lade sig gøre at få rejsningen tilbage, fortæller Søren Ekman.

få rejsning. Det er et stort tabu, når vi har problemer. Men jeg oplever heldigvis, at vi i dag har lettere ved at tale om det end tidligere.

Når man har diabetes, kan blodkarrene være kalket til, og det kan give rejsningsproblemer. Blodtrykssænkende medicin kan også betyde nedsat rejsningsevne.

USE IT OR LOOSE IT

Søren Ekmans bedste råd er at bruge fem minutter dagligt på bækkenbundsøvelser. Og dyrke sex eller onanere to-tre gange om ugen.

– Man skal også være fysisk aktiv generelt. Det handler om at få blodet til at rulle igen. Det er ren hydraulik, siger han.

Bare det at gå en tur på 40 minutter fire gange om ugen kan have effekt på chancen for at få rejsning igen. Bruger man kun tastatur, rat og fjernbetjening, så falder det hele hen.

– "Use it or loose it" kombineret med sund kost, så har man større chance for at bevare en god rejsning hele livet. ■

Styrk din rejsning på 5 minutter om dagen

■ Her får du to øvelser, der maksimalt skal tage fem minutter og udføres én gang dagligt, hvis du ønsker at kunne holde tæt og forbedre rejsningen.

1 AFSPÆNDING

- Lig på knæ og albuer med enden i vejret. Slap af i mave- og rygmuskler, så vejrtrækningen forplanter sig helt ud i lænd og mave
- Giv slip i bækkenet, og lad tyngdekraften hjælpe
- Prøv at spænde og slippe i bækkenbunden et par gange og giv så fuldstændig slip i et minut.



2 FIND MUSKLERNE

- Du skal være i stand til at spænde rigtigt i bækkenbunden, uden at lår, mave og baller spænder med. Pas på med at spænde for meget og for længe
- Lig enten på alle fire, sid ned eller stå med let spredte ben. Det kan være en god idé at sætte et par fingre på bækkenbunden, lige bag ved pungen, så du kan mærke, om musklerne spænder
- Spænd let omkring endetarmen, som hvis du skulle holde på en prut
- Løft roden af penis og testiklerne
- Forestil dig, at du har rejsning og skal vippe med den.



Præcision

- Spænd ganske let i 1 sekund uden at spænde andre steder
- Hold kort pause. Gentag ti gange efter hinanden
- Hold 30 sekunders pause og spænd let ti gange igen.

Udholdenhed

- Spænd din bækkenbund cirka 50 procent uden at spænde i balder, lår og mavemuskler
- Hold spændingen, mens du trækker vejret roligt
- Tag tid på, hvor god du bliver til at holde spændingen
- Målet er, at du skal kunne holde spændingen i 30 sekunder
- Gentag to gange med 30 sekunders pause.

Kilde: Bogen: Fra regnorm til anakonda af Søren Ekman

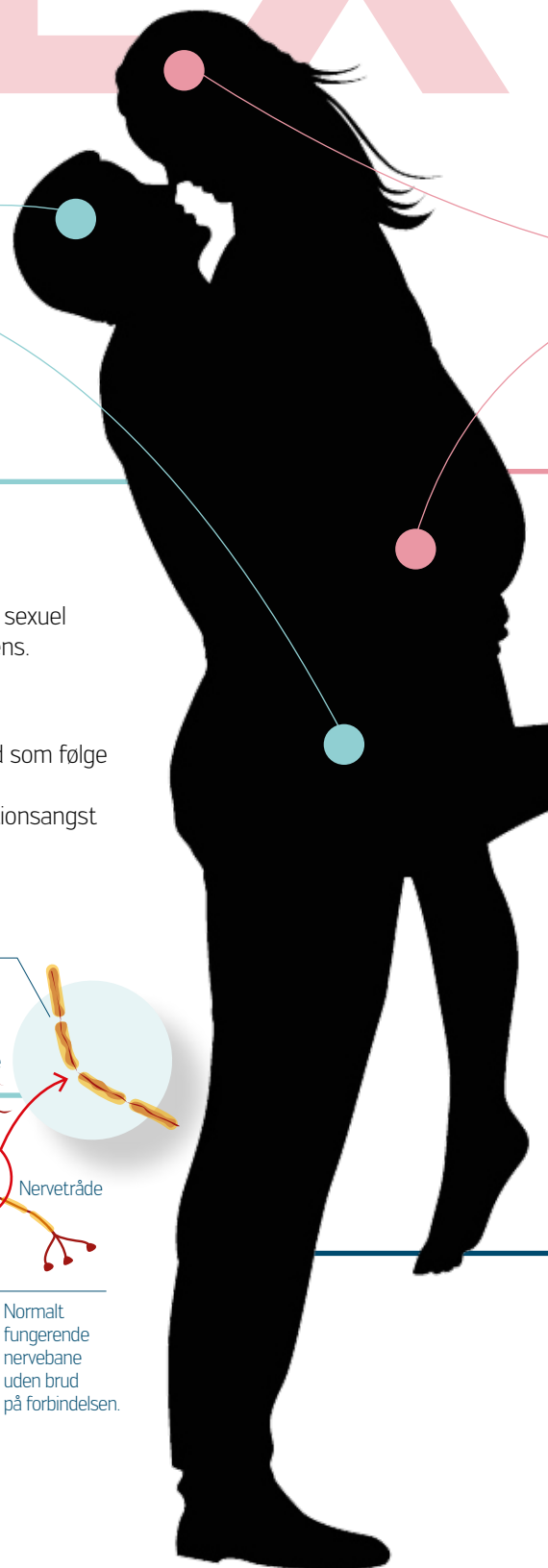
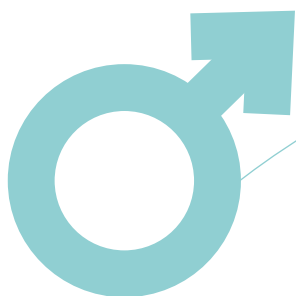


Tekst Lene Kølle,
diabetessygeplejerske
Lars Peder Holck, sexolog

Grafik Ann-Britt Broström

SEX

Mand



FYSISK

Mænd med diabetes kan opleve

- Rejsningsproblemer
- Impotens
- Nedsat eller manglende evne til at få udløsning.

Årsag

- Dårlig diabetesregulering
- Overvægt
- Medicin
- Mangel på motion
- Stress
- Rygning og alkohol.

PSYKISK

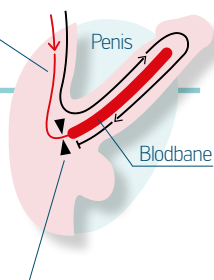
Mænd kan opleve

- Præstationsangst ved manglende sexuel formåen, f.eks. på grund af impotens.

Årsag

- Stress, herunder diabetesstress
- Manglende overskud pga. træthed som følge af højt blodsukker
- Konflikter i parfoldet pga. præstationsangst
- Skyldfølelse
- Skamfølelse.

På signal fra hjernen via nervebanerne strømmer blodet til penis, og den svulmer op.

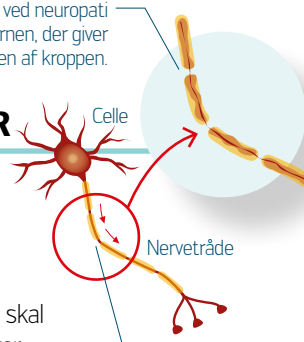


Nerveimpulser aktiverer en "klemme", som forhindrer blodet i at løbe tilbage igen, og sikrer på denne måde rejsningen. Dette kræver velfungerende nervebaner og blodårer, for at impulsen fra hjernen er optimal.

REJSNING

- Ved seksuel påvirkning sender hjernen signaler via nervebanerne til blodkarrene, der løber til og fra penis. Det medfører øget tilstrømning af blod til penis. Samtidig sker en afklemning, så blodtilstrømningen væk fra penis mindskes, blodfylden øges og normal rejsning opstår. Rejsning kræver altså, at blodårer og nervebaner fungerer, som de skal.

Beskadigede nervebaner ved neuropati forringer impulsen fra hjernen, der giver signal ud til resten af kroppen.



Normalt fungerende nervebane uden brud på forbindelsen.

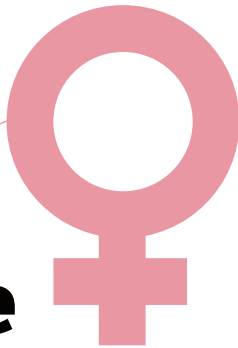
FORHINDRINGER

- Højt blodsukker kan føre til skader i nerver (neuropati) og blodkar og medføre åreforkalkning. Når blodet under samleje skal løbe til kønsorganerne, sker det via et signal fra hjernen. Ved neuropati er signalet dårligt og kan svække nerveforsyning til kønsorganerne. Åreforkalkning kan bevirke, at blodet får sværere ved at komme ud i kønsorganerne også ved seksuel ophidselse.



Når kroppen ikke vil som lysten

Kvinde



FYSISK

Kvinder med diabetes kan opleve

- Nedsat sexlyst
- Tørhed i skeden, trods lyst til sex
- Smerter ved samleje
- Nedsat følesans
- Nedsat opnåelse af orgasme
- Hyppige svampeinfektioner.

Årsag

- Diabetes øger risiko for at få infektioner. Mange kvinder med diabetes oplever hyppige svampeinfektioner og tørhed i skeden og deraf smerter ved samleje og nedsat evne til at få orgasme.
- Kvinder kan opleve kløe og smerter ved samleje som følge af svampeinfektion.

PSYKISK

Kvinder kan opleve

- Manglende overskud og træthed.

Årsag

- Højt blodsukker
- Stress, herunder diabetesstress.

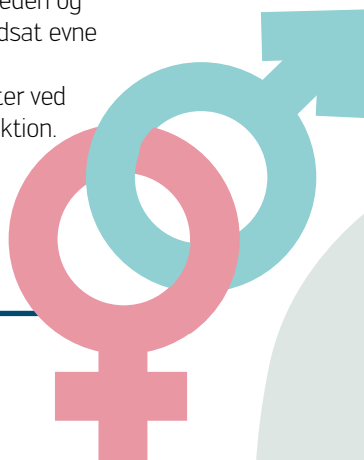
Det manglende overskud kan smitte af på andre dele af ens liv og indirekte være årsag til konflikter og udfordringer, for eksempel i parforholdet.

Begge

DIABETESSTRESS

Diabetes kan give følelsesmæssig stress, f.eks. ved:

- Voldsom bekymring over følgesygdomme og livsførelse
- Oplevelsen af, at diabetes styrer dit liv og tager din energi.



TAL MED EN SEXOLOG

Du kan ringe til Diabetesforeningens to sexologer og få rådgivning: Tlf. **63 12 14 16** mandag, tirsdag, torsdag og fredag kl. 9-15. Eller skriv til: diabetes.dk/diabetesraadgiverne

10

gode råd

til et bedre sexliv

1. Hav så god blodsukkerregulering som muligt
2. Stop med at ryge
3. Nedsæt alkoholforbruget
4. Tab dig, hvis du er overvægtig
5. Dyrk motion
6. Træn din bækkenbund – det gælder både mænd og kvinder
7. Tal med din partner om problemerne
8. Modtag og giv kærtegn uden sex
9. Prøv noget nyt
10. Husk at kysse og grine sammen.

Kilde: diabetes.dk

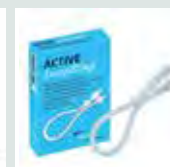
SEXHJÆLPEMIDLER

■ Hjælpemidler kan være en hjælp til at holde fast i sexlivet. Medicinsk hjælp mod impotens kan din læge ordinere. Hjælpemidler kan du købe i Diabetesforeningens netbutik.

➔ netbutik.diabetes.dk



Massageapparat



Penisring



Manuel penispumpe



Glidecreme


Annika Porsborg Nielsen

annika.porsborg.nielsen@regionh.dk
Specialkonsulent, Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA)


Trine Østerbye Rimdal

trine.oesterbye.rimdal@regionh.dk
Specialkonsulent, Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA)

Helhedssyn fra lægen skaber aktive patienter

Der er behov for, at praktiserende læger i højere grad anlægger et helhedssyn på patienter med type 2-diabetes. Når praktiserende læger kun har fokus på diabetessygdommen og ikke på det hele menneske, resulterer det ofte i standardiserede forløb, hvor lægens rolle blot er at kontrollere blodsukker og justere medicin. Det viser en ny kvalitativ undersøgelse fra Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA) i Region Hovedstaden.

■ Patienter, der har deltaget i vores undersøgelse, er alle startet op i et forløb hos egen læge, efter de har fået konstateret type 2-diabetes. Opstarten i almen praksis er afgørende for, hvordan patienterne oplever det at have fået diabetes og skulle leve med en kronisk sygdom. Der er dog store forskelle på, hvilken opstart patienterne får, og hvilke ydelser de tilbydes både ifølge patienterne og lægerne.

Nogle diabetespatienter får et standardiseret tilbud, hvor deres læge med det samme sætter dem i gang med medicin og opstarter et kontrolforløb med faste intervaller.

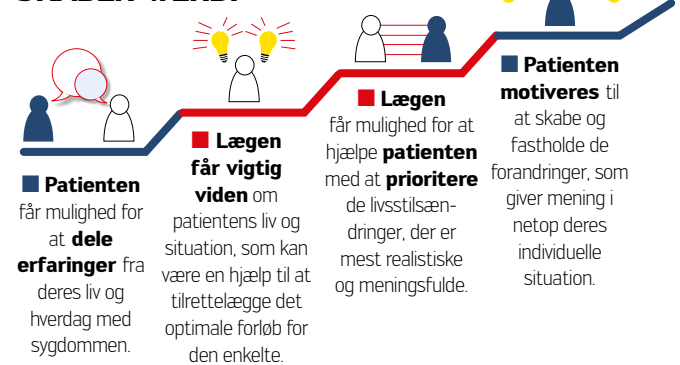
Patienterne fortæller, at lægen præsenterer medicinsk behandling som den eneste mulighed for regulering af sygdommen. Der foregår ikke en dialog om, hvorvidt patienten har mulighed for at foretage livsstilsændringer, som gør, at de vil kunne udskyde eller helt undgå medicinsk behandling.

Andre diabetespatienter fortæller, at de får en langt mere skræddersyet opstart på forløbet hos egen læge. Lægen spørger ind til deres forventninger til behandlingsforløbet, og de taler om, hvorvidt patienten har mulighed for at omlægge livsstil for at forsøge at

undgå eller udskyde medicinsk behandling. Lægen sammenholder patientens ønsker med en lægefaglig vurdering af deres blodsukker og andre relevante faktorer.

På baggrund af denne dialog lægger lægen og patienten sammen en plan for det videre forløb. Nogle patienter får en frist på eksempelvis tre måneder til selv at forsøge at ændre kost- eller moti-

HELHEDSSYN PÅ PATIENTEN SKABER VÆRDI



onsvaner. Patienterne fortæller, at denne tilgang er meget motive- rende, fordi lægen tager udgangspunkt i deres individuelle behov og ressourcer. En læge siger:

”Nogle er meget hurtige med metformin. Jeg kan godt finde på at vente tre måneder. Ligger de stadig højt, får de medicin. Der er jo forskel på patienter. Nogle kan jo ikke arbejde med vægttab, fordi der er meget andet, de kæmper med”.

SYGDOMMEN ELLER HELE LIVET

Det påvirker i høj grad patienternes håndtering af deres diabetes, om de bliver mødt af en læge, som kun har fokus på deres sygdom, eller en læge som har blik for hele deres liv.

Nogle læger ser deres rolle i patientens diabetesforløb, som en der kontrollerer blodsukker, justerer medicin og henviser til andre tilbud. Disse læger taler som udgangspunkt ikke med patienten om dét, at de har fået diabetes, hvad det betyder for dem som person, eller hvordan det påvirker andre forhold i deres liv og hverdag.

Lægerne forventer ofte, at den kommunale diabeteskole, eller måske praksissygeplejersken, tager sig af de 'bløde emner', for eksempel sociale eller psykologiske faktorer og pårørendes rolle, mens de selv har fokus på det medicinske.

Opsplitningen af de medicinske og de psykosociale effekter af sygdommen betyder, at patienten kan gå i et årelangt, muligvis livslangt, forløb i almen praksis uden at tale med lægen om, hvad de selv tænker om sygdommen, hvad der gør det svært at leve med den, og hvilke ting i deres hverdag der eventuelt blokerer for, at de kan blive bedre reguleret.

De patienter, hvis læge spørger aktivt ind til deres liv som hel- hed, tillægger lægen en helt anden rolle og betydning. For dem fun- gerer lægen som en sparringspartner, der motiverer dem til selv at tage ansvar for deres sygdom og tage initiativ til at ændre livsstil. Lægen sætter sig ind i, hvad patienten tænker om at have fået en kronisk sygdom, hvordan det påvirker dem mentalt og socialt, og hvilke støttemuligheder de har i deres familie eller netværk.

Dette helhedssyn skaber en helt anden relation mellem læge og patient, og giver lægen forudsætningerne for at kunne tilrettelægge et individuelt tilpasset behandlingsforløb. Patienterne i undersø- gelsen fortæller, at når lægen kender dem og deres baggrund, er de mere tilbøjelige til at følge lægens råd og vejledning. De oplever, at relationen bliver mere personlig, og de bliver motiverede af, at der er nogen, der følger dem og opmuntrer dem til at nå deres mål.

Det motiverer især patienterne, når de kan se, at lægen tilpasser sine råd og vejledning til for eksempel deres jobsituation, fysiske begrænsninger eller andre sygdomme. Når målene formuleres med udgangspunkt i patientens liv, bliver de realistiske og me- ningsfulde for patienten. En patient fortæller:

”Lægen kom ind og sagde: ”Ja, dit langtidsblodsukker er altså

steget”, og det vidste jeg jo godt. Og så forklarede jeg hende, hvad der var sket, og hun spurgte meget ind til det, fordi hun ved, at jeg er selvstændig, og at jeg har travlt. Hun fortalte, at det var fint at gå, for jeg kunne ikke overskue at løbe. Så jeg synes, hun fik sat mig godt i gang”.

PATIENTENS VIDEN BRUGES IKKE AKTIVT

Patienterne har en unik viden om deres egen sygdom og sympto- mer og om deres behov og ønsker til diabetesbehandlingen. Mange patienter i undersøgelsen oplever, at egen læge ikke efterspørger denne viden som input til planlægningen af deres behandling. Ved konsultationerne er der typisk fokus på den lægefaglige viden om sygdommen, og den udveksling af viden, der sker, går primært fra læge til patient. Patienterne fortæller, at de bliver nød til selv at sætte sig ind i den lægefaglige viden om deres sygdom for at kunne indgå i en dialog med lægen, og at det er svært at skabe plads til deres egen viden og erfaringer med, hvordan sygdommen spiller ind i hverdagen:

”Vi har nok en anden form for snak, fordi jeg ved, hvad det be- tyder, det lægen taler om. Vi taler om langtids- og korttidssukker og om tilskud til blodsukkerapparat og fodlæge. Jeg vender ikke andre forhold i livet med min egen læge”.

Det er den faktuelle medicinske viden, der er legitim at bringe i spil hos lægen, og ikke den mere 'bløde' viden om patienternes be- hov, præferencer og mål for behandlingen. Det betyder, at ansvaret for at bringe denne type viden ind i dialogen ultimativt ligger hos patienten, og det kræver ressourcer og kompetencer, som det ikke er sikkert, patienten har. Desuden er der kort tid til konsultatio- nerne og andre ting på programmet, hvilket også gør det svært for patienten at sætte disse emner på dagsordenen. ■

KEYWORDS

Helhedssyn. Det hele menneske. Dialog. Livsstilsændringer. Standardiseret tilbud. Skræddersyet opstart. Individuelle behov og ressourcer.

BORGERENS BEHOV I CENTRUM

■ Undersøgelsen "Borgerens behov i centrum: Manglende videndeling mellem aktører i diabetesforløb" er gennemført af Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA), Region Hovedstaden, i foråret 2019. Baseret på kvalitative interviews med 17 patienter med type 2-diabe- tes, tre alment praktiserende læger med praksis i Frederiksberg Kommune samt en diabetesygeplejerske fra Frederiksberg Kommu- nes Sundhedscenter. Alle interviewede patienter går i forløb i almen praksis og er rekrutteret fra Frederiksberg Kommunes Sundhedscen- ter, hvor de har deltaget i diabeteskursus mellem efteråret 2018 og foråret 2019. Undersøgelsens resultater er publiceret i en slutrapport.

🔗 Kan downloades: cutt.ly/borgerensbehov



Helle Terkildsen Maimdal

htm@ph.au.dk
 Professor, forskningsleder, MPH, ph.d.,
 Institut for Folkesundhed, Forskningsenhed
 for Sundhedsfremme og Befolkningssundhed,
 Aarhus Universitet, Aarhus. Seniorforsker,
 Sundhedsfremme forskning, Steno Diabetes
 Center Copenhagen



Anna Aaby

aaby@ph.au.dk
 Læge, ph.d.-studerende, Institut for Folkesundhed,
 Forskningsenhed for Sundhedsfremme og
 Befolkningssundhed, Aarhus Universitet, Aarhus

DIABETESFOREBYGGELSE OG -BEHANDLING:

Sundhedskompetence spiller væsentlig rolle

Sundhedskompetence spiller en væsentlig rolle for forebyggelse og behandling af diabetes. Borgernes sundhedskompetence er udfordret af kompleks sundhedsinformation og behandling. Det er vigtigt, at sundhedsvæsenet imødekommer borgernes individuelle behov med udgangspunkt i den enkeltes sundhedskompetence.

WHO har identificeret sundhedskompetence (health literacy) som et væsentligt og lighedsskabende fokusområde for fremtidens sundhedsfremmende indsatser⁽¹⁾.

Sundhedskompetence er en dynamisk egenskab og et potentielt effektivt og konkret mål og middel i indsatser mod ulighed i sundhed. Indsatser kan foregå på tværs af sundhedssystemet samt i de øvrige sektorer, der har betydning for sundhed og trivsel, herunder uddannelses-, social- og beskæftigelsessektoren⁽²⁻⁴⁾.

Sundhedskompetence er kombinationen af de personlige kompetencer og ressourcer, der i en given situation behøves, for at mennesker kan tilgå, forstå, evaluere og bruge information og til-

bud til at tage beslutninger om sundhed. Begrebet inkluderer evnen til at kommunikere, holde fast i og handle på disse beslutninger⁽⁴⁾.

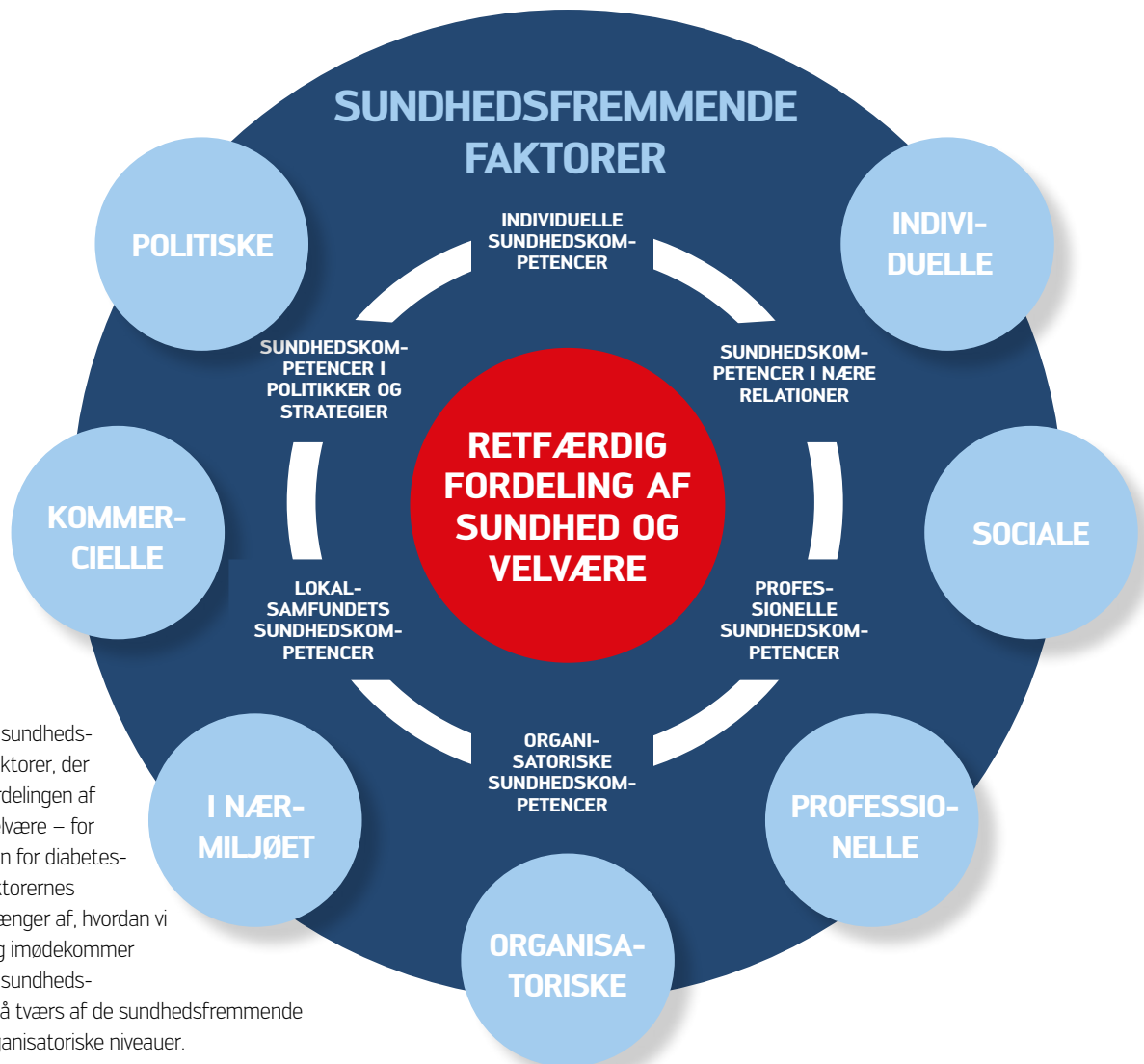
Det handler altså om evnen til at forstå sundhedsbudskaber (mundtligt, skriftligt og digitalt), evnen til at interagere med sundhedspersonale og digitale løsninger, og evnen til at navigere i sundhedsvæsenet og andre sundhedstilbud.

Mange internationale studier peger på en sammenhæng mellem sundhedskompetence og en række sundhedsudfald⁽⁵⁾. Flere danske studier er i tråd med den internationale litteratur. De peger på, at begrænset sundhedskompetence i den generelle be-

SUNDHEDSKOMPETENCE OG FOREBYGGELSE

Forebyggelse og behandling af diabetes og anden kronisk sygdom er kompleks og påvirker mange sider af hverdagslivet hos den enkelte. Det kan være svært for borgerne at navigere i de mange anbefalinger, og det stiller store krav til deres sundhedskompetencer. Konsekvensen kan være unødigt social ulighed i fordelingen af sundhed og livskvalitet. Hvis sundhedsvæsenet skal tage afsæt i den enkeltes behov stiller det store

krav til sundhedsprofessionelles kommunikative evner, de tilgængelige ressourcer og ydelsernes fleksibilitet. Mange aktører skal involveres, hvis adgang og udgang af sundhedsvæsenet skal gøres mere lige. Sundhedskompetence er et godt bud på et fælles mål og middel for integrerede indsatser i forebyggelsen af ulighed blandt mennesker med diabetes.



Figur 1 viser overordnet de sundhedsfremmende faktorer, der kan påvirke fordelingen af sundhed og velvære – for eksempel inden for diabetesomsorgen. Faktorenes betydning afhænger af, hvordan vi identificerer og imødekommer befolkningens sundhedskompetence på tværs af de sundhedsfremmende arenaer og organisatoriske niveauer.

folkning eller specifikke sygdomsgrupper hænger sammen med dårligere fysisk og mental sundhed og uheldsmæssige sundhedsvaner⁽⁶⁻⁹⁾.

Danske studier viser også, at sundhedskompetence er en del af forklaringen på sammenhængen mellem sociale sundhedsdeterminanter (for eksempel uddannelse) og sundhed^(10,11).

Sundhedskompetence spiller en væsentlig rolle inden for forebyggelse og behandling af diabetes. Et internationalt review⁽¹²⁾ fra 2014 konkluderede, at lav sundhedskompetence hænger tæt sammen med utilstrækkelig viden om diabetes. Sundhedskompetence hænger også sammen med sundhedseffekter, herunder egenomsorg og glykæmisk kontrol. Dette bekræftes i en oversigt over reviews fra 2018⁽¹³⁾.

Se faktaboks om kronisk sygdom side 36.

REDUCER SOCIAL ULIGHED

Det er veletableret, at social ulighed har betydning for sundhed og sygelighed, også inden for diabetes⁽¹⁵⁾.

På sundhedspolitisk niveau italesættes problematikken løbende. I realiteten skal forklaringerne ofte findes i en bredere

kontekst, som går forud for kontakten med sundhedsvæsenet. Netop derfor er det nødvendigt med sundhedsfremmende initiativer med fokus på alle faser i livet, hvis uligheden skal reduceres⁽¹⁶⁾.

På en række områder inden for sundhedsfremme (se figur 1) kan fokus på sundhedskompetence indgå som et konkret respons på politiske, samfundsmæssige, organisatoriske eller individuelle behov. På samme måde kan sundhedskompetence agere løftestang for udnyttelsen af sundhedsfremmende ressourcer i forskellige arenaer.

Borgernes sundhedskompetence kan øges ved viden, information og uddannelse. Men lige så vigtigt er det, at sundhedsvæsenet er imødekommende over for individuelle behov. Der skal tages udgangspunkt i den enkeltes sundhedskompetence og fokuseres på sundhedsprofessionelles kommunikation og evne til behovsidentifikation og på tilrettelæggelsen af ydelser i den enkelte organisation (hospital, praksis, kommunal enhed etc.)⁽¹⁷⁾.

Målet er at gøre komplekse sundhedsbudskaber, navigation i sundhedsvæsenet, kommunikation med sundhedsprofessio-

- nelle og egenomsorg simple og bedre tilpasset den enkeltes muligheder og ressourcer.

Diabetesforebyggelse og -behandling er i dette perspektiv ikke kun et anliggende for sundhedsvæsenet. Ansvar for at gøre det nemt for befolkningen at handle på sundhedsbudskaber, påhviler i lige så høj grad de øvrige offentlige institutioner, nærmiljøerne/lokalsamfund, fritidstilbud, arbejdspladserne og detailhandlen. På samme måde er det også et ansvar for det strategiske, politiske niveau lokalt og nationalt.

Dele af artiklen har været bragt i Best Practice august 2019. ■

KEYWORDS

Sundhedskompetence. Social ulighed i sundhed. Sundhedsinformation. Differentieret behandling. Forebyggelse.

DIABETES OG SUNDHEDSKOMPETENCE

■ En omfattende undersøgelse af godt 29.000 borgere fra Region Midtjylland viste i 2016, at personer med kroniske tilstande som diabetes og hjerte-kar-sygdom, sammenlignet med den generelle befolkning, har væsentlig flere vanskeligheder med at forstå sundhedsinformation og gå i dialog med sundhedspersonale⁽⁹⁾.

Et stort dansk studie blandt 1.400 personer med type 1-diabetes viste også, at høj sundhedskompetence er tæt associeret med lav HbA1c uafhængigt af uddannelsesmæssig baggrund⁽¹⁴⁾.

Når det gælder diabetesforebyggelse, er der god evidens for betydningen af sundhedskompetence. I et dansk studie af 1.685 diabetespatienter sås en tre gange større sandsynlighed for at være inaktiv og for at have usunde madvaner, hvis man samtidig havde svært ved at forstå sundhedsinformation eller gå i dialog med sundhedsprofessionelle⁽⁷⁾.

REFERENCER

1. World Health Organisation. Shanghai Declaration on Health Promotion in the 2030 Agenda for Sustainable Development. WHO. 2016; 1-2.
2. Kickbusch I, Pelikan J, Apfel F, Tsouros A: Health literacy. The solid facts. World Health Organisation, Regional Office for Europe, Copenhagen; 2013.
3. Aaby A, Maindal HT, Vinther-Jensen K, Sørensen K, Bertram M: GPS – god praksis for folkesundhed. Sundhedskompetence i et strukturelt perspektiv – En vej til lighed i sundhed? 2019. <http://www.danskselskabforfolkesundhed.dk/vore-gps-er/gps-health-literacy/>
4. IUHPE Global Working Group on Health Literacy. International Union for Health Promotion and Education (2018). IUHPE Position statement on health literacy: A practical vision for a health literate world. Paris; 2018.
5. Berkman ND, Stacey Sheridan ML, Katrina Donahue ME, David Halpern MJ, Anthony Viera M, Karen Crotty M, et al.: Evidence Report/Technology Assessment Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review. 2011; 1-232.
6. Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT: Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health : A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol.* 2017;24(17):1880-8.
7. Friis K, Vind BD, Simmons RK, Maindal HT: The Relationship between Health Literacy and Health Behaviour in People with Diabetes : A Danish Population-Based Study. *J Diabetes Res.* 2016;1-7.
8. Juul L, Rowlands G, Maindal HT: Relationships between health literacy, motivation and diet and physical activity in people with type 2 diabetes participating in peer-led support groups. *Prim Care Diabetes.* 2018;12(4):331-7.
9. Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, Maindal HT: Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29 473 Danish citizens. *BMJ Open.* 2016;5:e009627.
10. Friis K, Lasgaard M, Rowlands G, Osborne RH, Maindal HT: Health Literacy Mediates the Relationship Between Educational Attainment and Health Behavior: A Danish Population-Based Study Health Literacy Mediates the Relationship Between Educational Attainment and Health Behavior: A Danish Population-Based Study. *J Health Commun.* 2016;00:1-7.
11. Bo A, Friis K, Osborne RH, Maindal HT: National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers – a population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health.* 2014;14:1095.
12. Bailey SC, Brega AG, Crutchfield TM, Elasy T, Herr H, Kaphingst K, et al.: Update on health literacy and diabetes. *Diabetes Educ.* 2014;40(5): 581-604.
13. Caruso R, Magon A, Baroni I, Dellafiore F, Arrigoni C, Pittella F, et al.: Health literacy in type 2 diabetes patients: a systematic review of systematic reviews. *Acta Diabetol.* 2018; 55(1):1-12.
14. Olesen K, F Reynheim AL, Joensen L, Ridderstråle M, Kayser L, Maindal HT, et al.: Higher health literacy is associated with better glycemic control in adults with type 1 diabetes: a cohort study among 1399 Danes. *BMJ Open Diabetes Res Care.* 2017; 5(1):e000437.
15. Flachs E, Eriksen L, Koch M, Ryd J, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al.: Sygdomsbyrden i Danmark – Sygdomme. København; 2015.
16. CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva; 2008.
17. Paasche-Orlow MK, Wolf MS: The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *Am J Health Behav.* 2007; 31(Suppl 1): S19-26.

KAN BØRN MED DIABETES HAVE SVÆRT VED AT HOLDE STYR PÅ, **HVAD, HVOR MEGET OG HVORNÅR** DE VIL SPISE?

Nu er Fiasp® også godkendt til behandling af unge og børn med diabetes fra 1 år og opefter.¹

Fleksibilitet i en aktiv hverdag

Sammenlignet med NovoRapid® absorberes Fiasp® 2 x hurtigere i kredsløbet.^{1-3#}

Det giver mulighed for fleksibel dosering‡, der kan gå hånd i hånd med et aktivt børneliv.

Fiasp® og NovoRapid® er registrerede varemærker tilhørende Novo Nordisk A/S. DK20FSP00001 31. Marts 2020



Indikation Fiasp®: Behandling af diabetes mellitus hos voksne, unge og børn fra 1 år og opefter.¹

Indikation NovoRapid®: Behandling af diabetes mellitus hos voksne, unge og børn fra 1 år og opefter.⁴

Hurtigere indledende absorption af Fiasp® (efter 4 min) sammenlignet med NovoRapid® (efter 9 min).¹⁻³

‡ Fiasp® kan administreres ind til 2 minutter inden et måltid og op til 20 minutter efter måltidet er begyndt.¹

Referencer: 1. Det godkendte produktresumé for Fiasp® (07/2019). 2. Russell-Jones D et al. Diabetes Care. 2017;40(7):943-950. 3. Heise T et al. Clin Pharmacokinet. 2017;56(5):551-559. 4. Det godkendte produktresumé for NovoRapid® (04/2018)



Novo Nordisk Denmark A/S
Ørestads Boulevard 108, 6 · 2300 København S
www.novonordisk.dk. Kundeservice tlf.: 80 200 240

Fiasp®
fast-acting insulin aspart


Helle Terkildsen Mairdal

htm@ph.au.dk
 Professor, MPH, ph.d. formand for styregruppen for Face-it, Institut for Folkesundhed, Forskningsenhed for Sundhedsfremme og Befolknings sundhed, Aarhus Universitet, Aarhus. Seniorforsker, Sundhedsfremme forskning, Steno Diabetes Center Copenhagen


Karoline Kragelund Nielsen

karoline.kragelund.nielsen@regionh.dk
 Forsker, cand.scient.san.publ, ph.d., Sundhedsfremme forskning, Steno Diabetes Center Copenhagen


Inger Katrine Dahl-Petersen

inger.katrine.dahl-petersen@regionh.dk
 Projektkoordinator Face-it, cand.scient.san.publ, ph.d., Sundhedsfremme forskning, Steno Diabetes Center Copenhagen


Dorte Møller Jensen

Dorte.Moeller.Jensen@rsyd.dk
 Professor, overlæge, ph.d., næstformand for styregruppen for Face-it, Steno Diabetes Center Odense, Gynækologisk-obstetrisk afdeling, Odense Universitetshospital, Klinisk Institut, Syddansk Universitet

En sundhedsfremmende

Kvinder, der har haft graviditetsdiabetes, er langt mere udsatte end andre kvinder for efterfølgende at få type 2-diabetes, tilmed i en tidlig alder, ligesom kvindens partner og barn har øget risiko for at udvikle type 2-diabetes. Face-it-projektet afprøver en sundhedsfremmende efterfødselsindsats målrettet hele familien. Projektet tilstræber en balance mellem på den ene side at støtte op om sunde vaner i barnets første leveår og på den anden side at undgå sygeliggørelse og unødigt belastning af familierne.

I Face-it-projektet undersøger vi en helt ny måde at forebygge type 2-diabetes på. Med en helhedsorienteret familieindsats er det tanken, at sundhedsplejersker skal være med til at støtte op om vaneændringer i familier, hvor kvinden har haft graviditetsdiabetes og på den måde udsætte eller forebygge type 2-diabetes. Graviditetsdiabetes, gestationel diabetes mellitus (GDM), er en midlertidig form for diabetes, der typisk opdares i slutningen af graviditeten, og som forsvinder igen efter fødslen.

GDM diagnosticeres hos et stigende antal gravide kvinder. I Danmark gælder det næsten 3.000 gravide kvinder årligt. Sundhedsvæsenet har velbeskrevne kliniske retningslinjer for behandlingen under graviditeten. Til gengæld findes der ingen retningslinjer for forebyggelse, efter at barnet er født. Dette, til trods for at danske og internationale studier peger på, at kvinderne er

i særlig høj risiko for at udvikle type 2-diabetes^(1,2), ligesom resten af familien er det^(3,4), med en række potentielle sundhedsmæssige og samfundsmæssige konsekvenser til følge.

RISIKOFAKTORER

Efter fødslen foretager de praktiserende læger en individuel vurdering af, hvor ofte de vil tilbyde kvinderne screening for type 2-diabetes. I de tidligere retningslinjer har det været hvert 1-3 år. Men i Dansk Selskab for Almen Medicin's nyeste retningslinjer bliver kvinder med tidligere GDM ikke nævnt, hverken hvad angår screening eller forebyggende indsatser.

Evidens peger på, at mekanismer, der kan føre til type 2-diabetes, er både biologisk og socialt betinget, og i høj grad ophobet i familien^(3,4). Der er en stærk sammenhæng mellem GDM og fedme, hvor sidstnævnte også udgør en væsentlig sygdomsrisiko.

FACE-IT-PROJEKTET

■ Face-it-projektet undersøger metoder til hvordan:

- Hele familien kan støttes i at opnå bedre sundhed og i at forebygge type 2-diabetes
- Sundhedsplejersker kan bruge dialogværktøjet "familiehjulet" til at støtte familien
- Digital sundhedsvejledning via en app kan fremme familiens sundhed.

■ Projektet gennemføres fra 2018-2022 og inkluderer 460 familier.

Effekten af Face-it undersøges i et randomiseret, kontrolleret studie, hvor en gruppe får forebyggende tilbud, mens en anden gruppe er kontrolgruppe, der får vanlig behandling (opfølgende OGTT-screening).

Projektet er et samarbejde med tværfaglige teams fra sundhedsplejen i Aarhus, Odense og København. Steno Diabetes Center Aarhus, Steno Diabetes Center Odense, Steno Diabetes Center Copenhagen, Rigshospitalet, Aarhus Universitetshospital og Odense Universitetshospital, LIVA HealthCare.

familiebaseret indsats

- Kvinder med tidligere GDM har en mere end syv gange højere risiko for at udvikle type 2-diabetes end kvinder, der ikke har haft GDM⁽¹⁾
- Halvdelen vil have udviklet type 2-diabetes ti år efter en graviditet med GDM⁽⁵⁾
- Et canadisk studie har vist, at forekomsten af diabetes er 33 procent højere hos partnere til kvinder, der har haft GDM⁽³⁾
- Ligeledes er det vist, at børn af kvinder med GDM har en otte gange øget risiko for at udvikle diabetes og en fire gange øget risiko for udvikling af metabolisk syndrom, samt en fordoblet risiko for overvægt senere i livet, sammenlignet med børn af mødre uden GDM⁽⁶⁾.

Set i forhold til livskvalitet, generel sundhed og sundhedsøkonomi er potentialet altså stort, hvis det er muligt at udsætte eller undgå type 2-diabetes i disse familier.

En forudsætning for forebyggelsesarbejdet med sunde vaner er, at familierne kan træffe informerede valg. Det indebærer, at de kender til deres risiko, og har mulighed for at handle på denne viden, og gennemføre nødvendige vaneændringer, der kan fastholdes på længere sigt.

Samtidig er det vigtigt, at de unge familier ikke sygeliggøres, da de gerne skal have en række gode leveår uden at fokusere på sygdom. Derfor er det overordnede mål med Face-it-projektet at udvikle, levere og undersøge effekten af en indsats, der skal øge familiernes livskvalitet, sundhedskompetencer (health literacy), evne til at ændre sundhedsvaner og opnå generel sundhed og

derved skabe fundament for livslang forebyggelse af type 2-diabetes.

I denne artikel præsenteres udviklingen af Face-it-indsatsen samt de sundhedspædagogiske redskaber, der er udviklet til og anvendes i indsatsen. Face-it-indsatsen afprøves i et randomiseret, kontrolleret forsøg for at undersøge om den effektivt kan forebygge type 2-diabetes hos kvinder med tidligere GDM (se faktaboks). De endelige resultater forventes i 2022.

FOREBYGGELSE AF TYPE 2-DIABETES

Potentialet for at forebygge type 2-diabetes hos kvinder med tidligere GDM er kendt fra blandt andet det store amerikanske "Diabetes Prevention Program" (DPP).

I DPP-studiet blev deltagerne randomiseret til enten en gruppe ►

GDM

■ Graviditetsdiabetes – eller gestational diabetes mellitus.

Forekomsten af GDM i Danmark er stigende. Fra 2004 til 2012 steg den aldersstandardiserede prævalens af GDM i Danmark fra 1,7 pct. til 2,9 pct. – svarende til en absolut stigning på 56 pct. på 8 år⁽¹⁵⁾.

Tendensen fortsætter med en prævalens på ca. 4 pct. i 2018.

Da overvægt er en af de vigtigste risikofaktorer for udvikling af GDM⁽¹⁶⁾, antages det, at forekomsten af GDM i Danmark fortsat vil stige med den øgede forekomst af overvægt blandt kvinder i den reproduktive alder⁽¹⁷⁾.

UDVIKLINGEN AF FACE-IT-INTERVENTIONEN

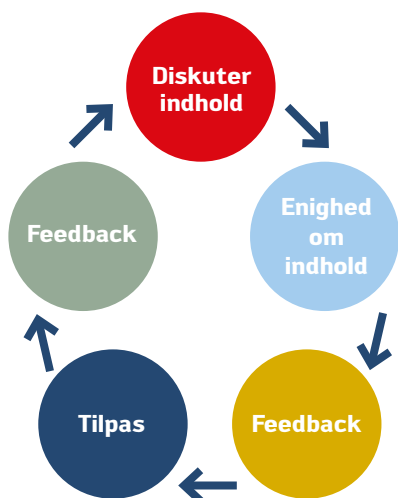
Fase 1

Afsøgning af evidensen på området, identificering af problem og nøgleaktører.



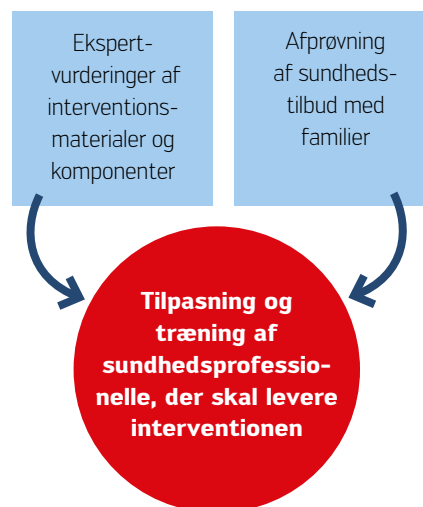
Fase 2

Samskabende tilgang, der resulterer i udarbejdelse af interventionsmateriale og forslag til aktiviteter i programteorien.



Fase 3

Prototype-testning, der resulterer i implementerbare interventionsmanualer og programaktiviteter.



Figur 1 Face-it-indsatsen er blevet udviklet i en fælles proces mellem familier i risiko for diabetes, sundhedsprofessionelle og forskere.

pe, der modtog en standardiseret livsstilsintervention med henblik på vægttab (kost- og motionsvejledning), en gruppe, der fik metforminbehandling eller en kontrolgruppe.

Blandt kvinderne i livsstilsinterventionsgruppen så man en 53 procent reduktion i risikoen for type 2-diabetes efter 3-5 år sammenlignet med kontrolgruppen⁽⁷⁾. Efter 10 år var risikoen for at udvikle type 2-diabetes 35 procent lavere i livsstilsinterventionsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen⁽⁸⁾. Blandt kvinder i metformingruppen blev risikoen reduceret med 50 procent efter 3-5 år og 40 procent efter 10 år.

Amning ser også ud til at kunne nedsætte risikoen for at udvikle type-2 diabetes blandt kvinder med tidligere GDM, og risikoen bliver mindre, jo længere tid man ammer, og jo mere af barnets kost, der dækkes med modermælk.

Gunderson m.fl. undersøgte 522 kvinder med tidligere GDM og fandt, at de, der ammede fuldt havde lavere fastglukose og lavere insuliniveauer 6-9 uger efter fødslen sammenlignet med kvinder med tidligere GDM, der primært benyttede modermælkserstatning⁽⁹⁾.

Ammeperiodens længde betyder tilsyneladende også noget. I et studie fra Tyskland havde kvinder med tidligere GDM, der ammede i mere end tre måneder, således en 46 procent nedsat risiko for type 2-diabetes sammenlignet med GDM kvinder, der ikke ammede så længe⁽¹⁰⁾.

Vi ved altså, at sunde vaner med fokus på bevægelse, madva-

ner og amning er helt centrale for at kunne nedsætte kvindens diabetesrisiko.

Vi ved dog mindre om, hvordan vi får familierne til at ændre og fastholde gode vaner allerede fra barnets første leveår, hvor der sker store omvæltninger, og hvor fokus ofte er på mange andre livsbegivenheder. Social støtte fra partner og øvrig familie er dog helt essentiel. En række studier har dokumenteret, at manglende social støtte opleves som en markant barriere for at ændre og fastholde gode vaner blandt kvinder med GDM både under og efter graviditeten⁽¹¹⁾.

Fra dansk forskning ved vi også, at kvinderne oplever, at deres egen læge sjældent italesætter risikoen for type 2-diabetes samt mulighed for forebyggelse eller giver støtte til sunde valg⁽¹²⁾.

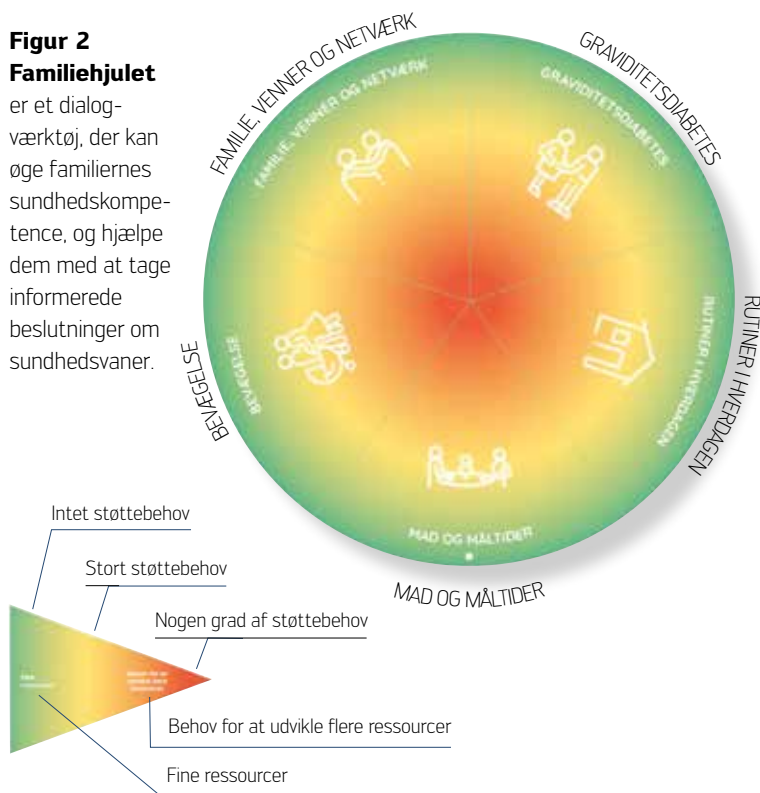
Et af de vigtigste mål for udviklingen af Face-it-indsatsen har derfor været at finde den rette balance mellem på den ene side at støtte familierne i sunde vaner i barnets første leveår og fremadrettet, og på den anden side ikke at belaste familierne unødigt.

SKRÆDDERSYET INDSATS

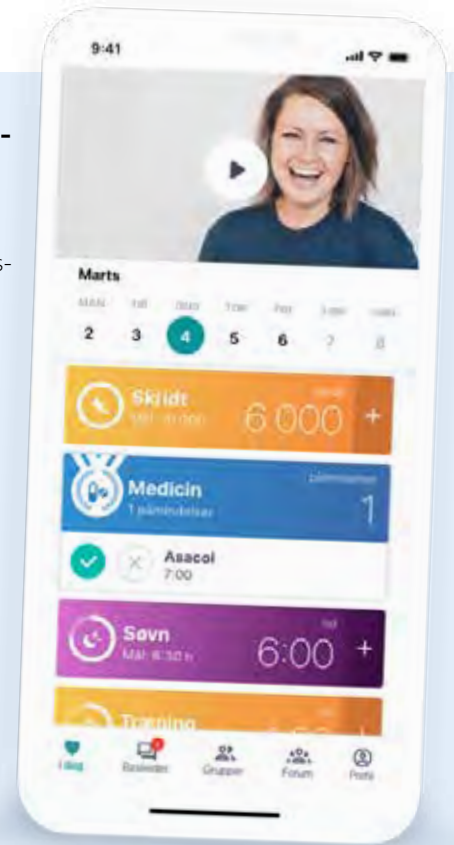
Face-it-indsatsen blev udviklet af Face-it-projektgruppen med baggrund i evidens, i tæt samarbejde med familier, der har haft graviditetsdiabetes, og i samarbejde med sundhedsprofessionelle med kendskab til GDM eller svangeromsorg under graviditet og efter fødslen. Denne udviklingsproces har formet den overordnede ramme for indsatsen og de konkrete sundhedspæ-

Figur 2
Familiehjulet

er et dialogværktøj, der kan øge familiernes sundhedskompetence, og hjælpe dem med at tage informerede beslutninger om sundhedsvaner.



Figur 3
LIVA sundheds-
appen støtter familiernes vaneændringer ved hjælp af sundhedsvejledning og feedback fra en sundhedsvejleder.



dagogiske værktøjer, der er blevet udviklet⁽¹³⁾. Den overordnede ramme for indsatsen i Face-it er et stærkt tværfagligt samarbejde mellem sundhedsprofessionelle både i hospitals- og primærsektoren (læger fra forskellige specialer, jordemødre, diætister og sygeplejersker, der møder familierne). Projektet foregår i et tværsektorielt samarbejde på tværs af kommune, hospital og almen praksis. Ligeledes er der kommet en ekstra dimension på sundhedsvæsenets sektorer, nemlig en digital komponent i form af en sundhedsapp. Igennem udviklingen af indsatsen blev det tydeligt, at selvom den praktiserende læge er ansvarlig for screening og opsporing af type 2-diabetes i familierne, så mente hverken lægerne eller familierne, at det nødvendigvis er den praktiserende læge, der skal være primus motor i forebyggelse, herunder vaneændringer. I kvalitative interviews gav kvinderne udtryk for, at de gerne ville have støtte i hjemmet, men også at de forestillede sig, at digital støtte kunne være en fleksibel mulighed for dem til at holde fast i gode vaner⁽¹²⁾. Som et resultat af dette, fungerer sundhedsplejersken derfor som den primære sundhedsprofessionelle i Face-it, i tæt samarbejde med en digital sundhedsvejleder, samt de øvrige professionelle, der tager sig af familierne før og efter en graviditet med GDM.

SUNDHEDSPÆDAGOGISKE VÆRKTØJER

Med udgangspunkt i erfaringer, eksisterende viden, interviews og de borgerinvolverende processer (figur 1) er Face-it-indsat-

sen tilrettelagt sådan, at den tager højde for målgruppens forskelligheder og tilbyder en fleksibel, skræddersyet støtte og vejledning.

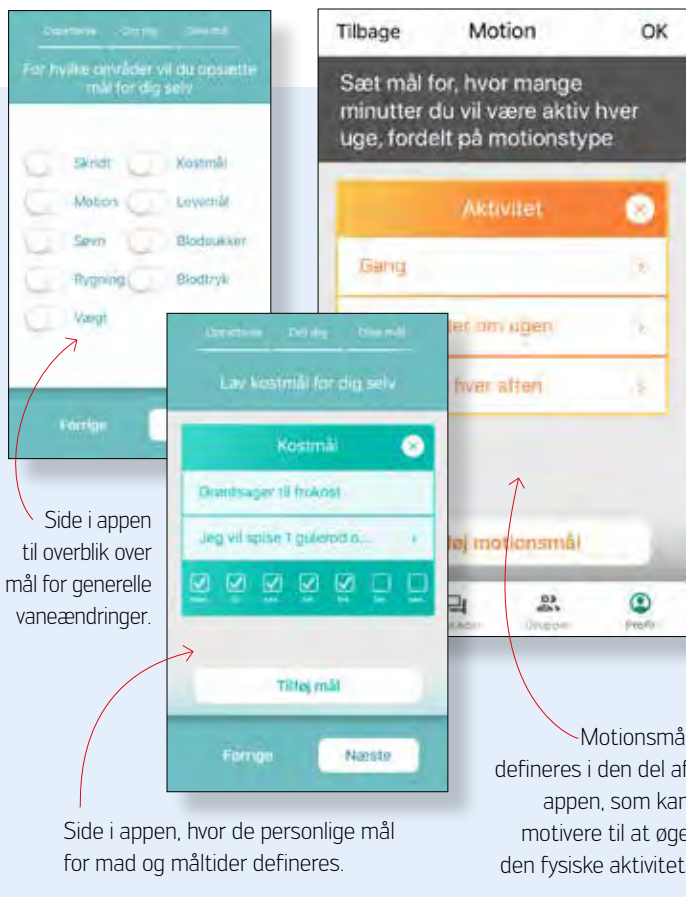
Sundhedsplejersken har to sundhedspædagogiske værktøjer til rådighed: Familiehjulet og sundhedsappen LIVA. Begge værktøjer er videreudviklet til Face-it, i tæt samarbejde mellem projektgruppen, sundhedsplejen og familierne. (Se figur 2 og 3, side 42-43).

Værktøjerne skal være med til at øge de nybagte familiers motivation og handlekompetence i forhold til sunde vaner, og tager udgangspunkt i familiens ressourcer, herunder sociale fællesskaber i og omkring familien.

Familiehjulet er et interaktivt dialogværktøj, der indeholder seks temaer: Familie, venner og netværk, graviditetsdiabetes, rutiner i hverdagen, mad, måltider og bevægelse.

Særligt uddannede sundhedsplejersker taler med familierne om realistiske muligheder for ændringer inden for hvert tema på tre ekstra hjemmebesøg i barnets første leveår. Sundhedsplejerskerne tager udgangspunkt i familiernes ressourcer og behov for støtte.

Den digitale støtte foregår via sundhedsappen LIVA. Den er særligt videreudviklet til projektet ved blandt andet at indeholde råd og vejledning tilpasset familien i barnets første leveår. Samt med et særligt fokus på at skabe sundhedskompetence og handlekompetence, der rækker ind i det videre familieliv.



Side i appen til overblik over mål for generelle vaneændringer.

Side i appen, hvor de personlige mål for mad og måltider defineres.

Motionsmål defineres i den del af appen, som kan motivere til at øge den fysiske aktivitet.

Familierne bliver tilknyttet en særlig trænet sundhedsvejleder, som via appen og online-vejledning understøtter familien i at sætte mål for sunde vaner. Det gælder for eksempel mål om at spise sammen i familien og få mere bevægelse ind i familiens hverdag.

Familierne har mulighed for at sparre med andre familier i projektet i et online forum og for løbende dialog med og vejledning fra deres sundhedsvejleder under hele projektprioriden. Samlet set består Face-it-indsatsen af:

- Tre ekstra sundhedsplejebesøg i familiens hjem i projektprioriden (3 til 12 måneder efter fødsel)
- Familien tilknyttes endvidere en personlig sundhedsvejleder, som løbende understøtter og vejleder familierne digitalt via en app, eventuelt særligt målrettet nybyggede familier.

De sundhedspædagogiske værktøjer vil være til rådighed for interesserede, så snart Face-it-indsatsen er evalueret.

VIRKER FACE-IT?

Face-it-indsatsen afprøves og evalueres i et randomiseret forsøg i perioden 2019-2022. Kvinder med GDM, som følges på Rigshospitalet, Aarhus Universitetshospital, Skejby og Odense Universitetshospital inviteres til projektet under graviditeten. Når kvinderne har født, undersøges familierne på Steno Diabetes Centrene i København, Odense og Aarhus, og 2/3 får tilbudt Face-it-indsatsen, mens 1/3 fungerer som kontrolgruppe.

DET BETYDER GRAVIDITETSDIABETES FOR FAMILIEN

- Ca. 3.000 gravide (ca. 4 % af alle gravide) får hvert år GDM. ti år efter fødslen har ca. halvdelen udviklet type 2-diabetes
- Kvinderne har mere end syv gange højere risiko for at udvikle type 2-diabetes end kvinder, der ikke har haft GDM
- Børnene har otte gange øget risiko for at udvikle type 2-diabetes, fire gange øget risiko for det metaboliske system og dobbelt så høj risiko for at blive overvægtige
- Kvindernes partner har øget risiko for at udvikle type 2-diabetes med ca. 33 %.

Det randomiserede forskningsdesign er udførligt beskrevet i en studieprotokol⁽¹⁴⁾.

Vores forventning er, at indsatsen vil føre til forbedringer, når det gælder amning, madvaner, bevægelse og trivsel. Samt øge familiernes evne til at forstå sundhedsbudskaber, navigere i sundhedsvæsenet, og dermed skabe sammenhæng i familiens kontakt med sundhedsvæsenet.

Det er dog ikke kun effekten, Face-it-projektgruppen finder interessant at undersøge. Mindst lige så vigtigt er det at undersøge selve processen i en sådan sundhedsintervention. Det gælder for eksempel det tværfaglige samarbejde mellem de forskellige sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer og samarbejdet mellem sundhedsplejerskerne og den enkelte familie.

Vi undersøger også, hvilken "dosis" af interventionen familien har modtaget, herunder antal digitale møder, samt hvorledes de sundhedspædagogiske værktøjer i Face-it påvirker familiernes sundhedskompetencer.

Ambitionen med Face-it-indsatsen og de planlagte studier er således stor. Vi ønsker at bidrage til at skabe mest mulig viden om sundhed og sundhedsfremme. Ikke kun for moderen, men også for barnet og partneren, der begge er i særlig høj risiko for type 2-diabetes og relaterede sygdomme.

Samtidig forventes det, at den nye viden kan være til gavn for andre familier med lignende sundhedsmæssige udfordringer.

Sidst, men ikke mindst, er det målet, at Face-it gennem den vedvarende inddragelse af alle aktører på området, også de forskellige sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer, vil skabe grobund for fælles udvikling og for nye veje i sundhedsfremme og forebyggelse. ■

KEYWORDS

Helhedsorienteret familieindsats. Sundhedsplejersker. Vaneændringer i familien. Graviditetsdiabetes. Udsætte eller forebygge type 2-diabetes. Sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer.

FACE-IT-PROJEKTET

■ Face-it-projektet er et samarbejde med tværfaglige teams fra Aarhus, Odense og Københavns kommuner. Steno Diabetes Center Aarhus, Steno Diabetes Center Odense, Steno Diabetes Center Copenhagen, Rigshospitalet, Aarhus Universitetshospital og Odense Universitetshospital, LIVA HealthCare.

En særlig tak til Face-it Core Investigator group; Christina Vinter, lektor, overlæge, Odense Universitetshospital. Elisabeth Reinhardt Mathiesen, professor, overlæge, Rigshospitalet. Helle Terkildsen Maindal, professor, Aarhus Universitet, Steno Diabetes Center Copenhagen. Inger Katrine Dahl-Petersen, projektkoordinator Face-it, Steno Diabetes Center Copenhagen. Karoline Kragelund

Nielsen, forsker, Steno Diabetes Center Copenhagen. Per Ovesen, professor, overlæge, Aarhus Universitetshospital. Peter Damm, professor, overlæge, Rigshospitalet. Ulla Kampmann, lektor, afdelingslæge, Aarhus Universitetshospital

Samt øvrige videnskabelige medarbejdere: Anne Timm, ph.d.-studerende, Steno Diabetes Center Copenhagen. Emma Davidsen, videnskabelig assistent, Steno Diabetes Center Copenhagen. Line Hillersdal, adjunkt, Københavns Universitet. Maja Thøgersen, ph.d.-studerende, Steno Diabetes Center Copenhagen. Nanna Husted, ph.d.-studerende, Aarhus Universitet/ Steno Diabetes Center Copenhagen.

REFERENCER

- Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD, Williams D: Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2009;373(9677):1773-9.
- Lauenborg J, Hansen T, Jensen DM, Vestergaard H, Molsted-Pedersen L, Hornnes P, et al.: Increasing incidence of diabetes after gestational diabetes: a long-term follow-up in a Danish population. *Diabetes Care*. 2004;27(5):1194-9.
- Dasgupta K, Ross N, Meltzer S, Da Costa D, Nakhla M, Habel Y, et al.: Gestational Diabetes Mellitus in Mothers as a Diabetes Predictor in Fathers: A Retrospective Cohort Analysis. *Diabetes Care*. 2015;38(9):e130-1.
- Clausen TD, Mathiesen ER, Hansen T, Pedersen O, Jensen DM, Lauenborg J, et al.: High prevalence of type 2 diabetes and pre-diabetes in adult offspring of women with gestational diabetes mellitus or type 1 diabetes: the role of intrauterine hyperglycemia. *Diabetes Care*. 2008;31(2):340-6.
- Kim C, Newton KM, Knopp RH: Gestational diabetes and the incidence of type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Care*. 2002;25(10):1862-8.
- Damm P, Houshmand-Oeregaard A, Kelstrup L, Lauenborg J, Mathiesen ER, Clausen TD: Gestational diabetes mellitus and long-term consequences for mother and offspring: a view from Denmark. *Diabetologia*. 2016;59(7):1396-9.
- Ratner RE, Christophi CA, Metzger BE, Dabelea D, Bennett PH, Pi-Sunyer X, et al.: Prevention of diabetes in women with a history of gestational diabetes: effects of metformin and lifestyle interventions. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008;93(12):4774-9.
- Aroda VR, Christophi CA, Edelstein SL, Zhang P, Herman WH, Barrett-Connor E, et al.: The effect of lifestyle intervention and metformin on preventing or delaying diabetes among women with and without gestational diabetes: the Diabetes Prevention Program outcomes study 10-year follow-up. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(4):1646-53.
- Gunderson EP, Hedderston MM, Chiang V, Crites Y, Walton D, Azevedo RA, et al.: Lactation intensity and postpartum maternal glucose tolerance and insulin resistance in women with recent GDM: the SWIFT cohort. *Diabetes Care*. 2012;35(1):50-6.
- Ziegler AG, Wallner M, Kaiser I, Rossbauer M, Harsunen MH, Lachmann L, et al.: Long-term protective effect of lactation on the development of type 2 diabetes in women with recent gestational diabetes mellitus. *Diabetes*. 2012;61(12):3167-71.
- Nielsen KK, Kapur A, Damm P, de Courten M, Bygbjerg IC: From screening to postpartum follow-up – the determinants and barriers for gestational diabetes mellitus (GDM) services, a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:41.
- Svensson L, Nielsen KK, Maingdal HT: What is the postpartum experience of Danish women following gestational diabetes? A qualitative exploration. *Scand J Caring Sci*. 2018;32(2):756-64.
- Hawkins J, Madden K, Fletcher A, Midgley L, Grant A, Cox G, et al.: Development of a framework for the co-production and prototyping of public health interventions. *BMC Public Health*. 2017;17(1):689.
- Nielsen KK, Dahl-Petersen IK, Jensen DM, Ovesen P, Damm P, Jensen NH, et al.: Protocol for a randomised controlled trial of a co-produced, complex, health promotion intervention for women with prior gestational diabetes and their families: the Face-it study. *Trials*. 2020;21(1):146.
- Jeppesen C, Maingdal HT, Kristensen JK, Ovesen PG, Witte DR: National study of the prevalence of gestational diabetes mellitus among Danish women from 2004 to 2012. *Scand J Public Health*. 2017;45(8):811-7.
- Scott-Pillai R, Spence D, Cardwell CR, Hunter A, Holmes VA: The impact of body mass index on maternal and neonatal outcomes: a retrospective study in a UK obstetric population, 2004-2011. *BJOG*. 2013;120(8):932-9.
- Heitmann BL: Ten-year trends in overweight and obesity among Danish men and women aged 30-60 years. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2000;24(10):1347-52.

GlucoMen[®] Day CGM

System til kontinuerlig glukosemåling

Nyhed!

Kan købes i webshoppen uden bevilling på www.glucomenday.dk

Opstart med online support og undervisning inkluderet!



Glukosedata hvert minut!



14 dages sensor



Miljøvenlig*

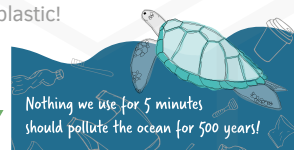


Individuelle alarmer

Vil du vide mere se www.glucomenday.dk

Reduce your single-use plastic footprint!

*In 5 years of continuous use, the GlucoMen[®] Day CGM system just wastes 2 lithium batteries and about 3 Kg of plastic, while competitor products could dispose of up to 120 lithium batteries and up to about 18 Kg of plastic!



A.MENARINI
diagnostics

Living your life.



www.glucomenday.dk



Signe Vogel

sivo@clin.au.dk
Videnskabelig assistent, antropolog,
International Diabetic Neuropathy
Consortium, Danish Pain Research Center,
Dept. of Clinical Medicine, Aarhus University



Troels Staehelin Jensen

tsjensen@clin.au.dk
Director, professor, DMSc,
International Diabetic Neuropathy Consortium,
Danish Pain Research Center, Dept. of
Clinical Medicine, Aarhus University

Diabetisk neuropati påvirker hele livet

Diabetisk polyneuropati kan have store konsekvenser for hverdag, livskvalitet og identitet. Men ikke alle får talt med lægen om det i god nok tid. Det peger kvalitativt studie fra IDNC på.

■ Diabetisk polyneuropati og smertefuld diabetisk polyneuropati kan være vanskelige at diagnosticere, kan ikke kureres og kan være svære at symptombehandle. Men en tidlig diagnose og en empatisk dialog om oplevelsen af sygdom kan gøre en verden til forskel. Meget tyder på, at sundhedsvæsenet med fordel kan arbejde på at sætte tid af til det.

I et presset sundhedsvæsen prioriterer man ofte at forske i årsager og behandle symptomer uden at undersøge nærmere, hvordan patienter oplever symptomer og behandlinger. Her kan kvalitativ forskning bidrage til den kliniske forskning ved at udforske og afdække patientperspektiver, der ikke kan belyses gennem kvantitative metoder⁽¹⁾.

IDNC, The International Diabetic Neuropathy Consortium, startede i 2018 et antropologisk forskningsprojekt med det formål at undersøge, hvordan livet med diabetisk polyneuropati og smertefuld diabetisk polyneuropati bliver oplevet. Der blev i alt gennemført 27 interviews med personer, der lider af type 2-diabetes. Heraf led ti personer også af diabetisk polyneuropati, DPN. Mens ti personer led af smertefuld diabetisk polyneuropati, PDPN.

I studiet var der deltagere, der oplevede mange symptomer, andre oplevede ingen. Størstedelen af deltagernes symptomer koncentrerede sig om fødderne. Enkelte oplevede også symptomer i ben, arme og fingre. Deltagerne beskrev blandt andet symptomer som: Stikkende. Prikkende. Snurrende. Jagende. Brændende. Øm. Stram. Tung. Urolig. Vattet. Sovende. Følelsesløs.

PÅVIRKER LIVSKVALITET

Der var stor forskel på, hvordan relativt ens symptombilleder påvirkede deltagernes livskvalitet. Hyppige og/eller fremtrædende symptomer påvirkede ofte fysiske funktioner, for eksempel:

- Evnen til at holde balancen, til at stå op i længere tid ad gangen og til at gå
- Det besværliggør arbejde, husarbejde, motion, hobbyer og sociale aktiviteter.

Enkelte af deltagerne oplevede også, at deres smerter påvirkede deres nattesøvn, koncentrationsevne og humør. En deltager fortæller om sig selv:

"Nogle dage er jeg bare irriteret, og så vrisser jeg".

Flere af deltagerne oplevede, at deres symptomer påvirker rela-

tioner til venner og familie negativt. Ofte fordi symptomerne isolerer dem fra sociale sammenhænge eller fører til konflikter. En deltager siger for eksempel:

"Jeg tager mig mere sammen koncentrationsmæssigt for at holde samtalen i gang, når der kommer gæster, eller vi skal i byen".

EKSISTENTIELLE UDFORDRINGER

Mange af deltagerne sloges også med eksistentielle problematikker. De oplevede, at deres symptomer afholdt dem fra at leve op til stereotype identiteter. For eksempel som bedstemor der passer børnebørn, eller som ægtemand der står for al havearbejdet. En deltager siger for eksempel:

"Jeg troede ikke, at det ville blive så slemt, som det er nu. Jeg troede, at jeg ville kunne løbe omkring med mine børnebørn".

Studiet peger altså på, at diabetisk polyneuropati, både med og uden smerter, kan have store konsekvenser for den enkelte patients hverdag, livskvalitet og identitet.

EMPATISK DIALOG

Deltagernes fortællinger demonstrerer tydeligt, at symptomer på diabetisk polyneuropati og smertefuld diabetisk polyneuropati kan optræde og opleves forskelligt. Disse lidelser kan således være yderst svære at få hånd om, både for patient og behandler.

Derfor kan et vigtigt værktøj i forhold til at forebygge og diagnosticere være nærværende, dybdegående og empatisk dialog. Her kan patient og behandler sammen afdække den enkeltes symptombillede, og hvordan dette påvirker hverdag, livskvalitet og identitet⁽²⁾.

EN DIAGNOSE KAN LETTE

Selvom det ikke er muligt at helbrede diabetisk polyneuropati og smertefuld diabetisk polyneuropati, er det alligevel uhyre vigtigt at få stillet diagnosen så hurtigt som muligt⁽³⁾.

Flere af deltagerne i IDNC's forskningsprojekt havde oplevet deres begyndende føleforstyrrelser som skræmmende. Enkelte deltagere havde været bange for, at det var noget, de forestillede sig. Derfor havde de ikke søgt læge, hvilket blot

DIABETISK POLYNEUROPATI

■ Diabetisk polyneuropati, både med og uden smerter, kan have store konsekvenser for den enkelte patients hverdag, livskvalitet og identitet.

ANERKENDELSE ØGER COMPLIANCE

■ Forskning i den kroniske hudsygdom psoriasis viser, at den lægelige anerkendelse, der forhåbentlig følger diagnose og dialog, rent faktisk kan reducere stress, øge compliance og forbedre patientens objektive sygdomsgrad og lykke.

Kilde: LEO Innovation Lab, The Happiness Research Institute 2017

IDNC

■ The International Diabetic Neuropathy Consortium, IDNC, er et internationalt tværfagligt initiativ med base på Aarhus Universitet. Formålet er at studere udviklingen af smertefuld og ikke-smertefuld neuropati som en konsekvens af diabetes.

Kilde: Idnc.au.dk

forværrede deres helbred og situation. En diagnose kan derfor også være en lettelse for patienterne, fordi de får en forklaring på de symptomer, som de ofte har oplevet gennem længere tid.

Flere deltagere berettede om oplevelsen af, hvordan en udiagnosticeret lidelse med usynlige symptomer kan skabe gnidninger i forhold til chefer, kolleger, venner, og ikke mindst familiemedlemmer. Derfor kan en officiel diagnose også hjælpe patienterne på et relationelt plan. Et af de forhold, der sprang i øjnene under samtalerne med denne gruppe patienter, var, fra en antropologisk synsvinkel, netop deres påfaldende mangel på sygdomsopfattelse og sygdomsviden. En mangel, der ofte var kædet sammen med en manglende diagnose. Flere af deltagerne ville ikke engang forsøge at forklare, hvad diabetisk polyneuropati er, da de blev spurgt under interviewet. Følgende er eksempler på forklaringer, som enkelte deltagere forsøgte sig med:

"Nervebetændelse, er det en autoimmun reaktion"?

"Det er jo altså nogle nerver, der dør og ikke gendannes".

"Forbindelsen fra foden op til hjernen, den er ikke ret god". ►

- En del af deltagerne fik først stillet diagnosen diabetisk polyneuropati eller smertefuld diabetisk polyneuropati, da de deltog i et klinisk forskningsforsøg hos IDNC.

IKKE KLAR OVER SAMMENHÆNG

Mange af de deltagere, der havde fået diagnosen diabetisk polyneuropati eller smertefuld diabetisk polyneuropati, inden de deltog i forskningsforsøg hos IDNC, var ikke klar over, at der var en direkte forbindelse mellem deres type 2-diabetes og deres diabetiske polyneuropati og/eller smertefuld diabetisk polyneuropati. Det på trods af, at de havde haft diagnosen i årevis.

På den måde bruger nogle af deltagerne al deres energi på at lindre deres neuropatiske symptomer. De kommer til at negligere behandlingen af deres type 2-diabetes, fordi de ikke er klar over, at det bedste værn mod forværring af deres føleforstyrrelser og smerter er en god blodsukkerkontrol.

HEALTH LITERACY

Health literacy er essentielt i mange henseender. I offentlige diskurser går dårlig health literacy og manglende ressourcer hos individet ofte hånd i hånd. Deltagerne i dette forskningsprojekt synes udfordrede på deres health literacy. Men, de var samtidig langt fra ressourcetsvage. Så hvorfor var deres health literacy så dårlig?

- En del af vores deltagere mente ikke, at de var blevet informeret om risikoen for at udvikle diabetisk polyneuropati og smertefuld diabetisk polyneuropati i forbindelse med, at de fik diagnosticeret type 2-diabetes

- Flere af deltagerne var usikre på, hvorvidt de var blevet informeret om risikoen for at udvikle diabetisk polyneuropati og smertefuld diabetisk polyneuropati.

Informerede eller ej. Mange af deltagerne genkendte i hvert fald ikke symptomerne, da de begyndte at gribe ind i deres hverdag.

TSUNAMI AF FACTS – SÅ HØRER MAN IKKE

I forbindelse med en diabetesdiagnose får patienten ofte en hel del information på én gang, enten under en konsultation eller på en patientskole. I nogle tilfælde kan mængden af information, der bliver givet på dette stadie, måske bevirke at livsvigtig viden går tabt.

Den kan simpelthen drukne i en tsunami af facts. Eller blive overdøvet af trykbølgen, der følger ordbomber, for eksempel amputation.

Kronisk syge har i sagens natur ofte lange sygdomsforløb, men de færreste af os husker noget, vi fik fortalt for fem år siden. Nogle af vores deltagere havde forsøgt at tale med deres læge om deres symptomer, men oplevede, at de hverken fik diagnose, svar eller hjælp. Det kan naturligvis sagtens være, at lægen har givet den nødvendige information, men at patienterne enten ikke har hørt eller forstået den.

Fremadrettet kan man altså med fordel arbejde på at etablere et kontinuerligt kommunikationsflow rettet mod patienter, der lider af diabetes. Man kan for eksempel med fordel tage snakken om følgesygdomme en gang om året. Det kræver ikke blot opdatering af viden, men også at lægen og andre sundhedsmedarbejdere har den nødvendige tid til at videreformidle denne viden videre til patienten.

OPGIVER AT TALE MED LÆGEN

Mange af de deltagere, der havde fået diagnosticeret diabetisk polyneuropati og/eller smertefuld diabetisk polyneuropati, inden de deltog i vores forskningsprojekt, oplevede, at deres læge måske ikke havde viden nok om lidelsen og mulige symptom-

LIVET MED DIABETISK POLYNEUROPATI

■ IDNC, The International Diabetic Neuropathy Consortium, startede i 2018 et antropologisk forskningsprojekt med det formål at undersøge, hvordan livet med diabetisk polyneuropati og smertefuld diabetisk polyneuropati bliver oplevet. 17 mænd og 10 kvinder deltog i interviewundersøgelsen, og gennemsnitsalder var 64,4 år. De tre grupper af deltagere tillod en sammenligning af livet med og uden DPN og PDPN.

27 deltagere

| | |
|---|------------------|
| Mænd, n (%) | 17 (63.0) |
| Alder, år, median (IQR) | 64.4 (59.4;68.2) |
| Tid siden diabetesdiagnose, median (IQR) | 5.5 (3.3;7.4) |
| Ingen diabetisk polyneuropati, n (%) | 10 (37.0) |
| Diabetisk polyneuropati, n (%) | 7 (25.9) |
| Smertefuld diabetisk polyneuropati, n (%) | 10 (37.0) |

Deltagerne til dette studie blev rekrutteret fra et stort nationalt klinisk studie af diabetisk polyneuropati og smertefuld diabetisk polyneuropati blandt patienter med type 2-diabetes i Danmark. Gylfadottir, et. al. unpublished.

behandlinger til at kunne hjælpe dem. En stor del af dem følte, at deres symptomer ikke blev taget alvorligt. Flere havde derfor opgivet at tale med deres læge om dem. En deltager siger for eksempel:

"Der kunne jeg godt tænke mig lidt mere opbakning. At han [læge] ligesom gjorde lidt for det, fordi jeg gider heller ikke komme ned og sidde som hypokonder nede ved lægen".

Diabetisk polyneuropati og smertefuld diabetisk polyneuropati kan være vanskelige at diagnosticere, de kan ikke kureres, og samtidig kan de være svære at symptombehandle.

Men møder man deltagerne i vores forskningsprojekt, opdager man dog hurtigt, at en tidlig diagnose og en empatisk dialog om oplevelsen af sygdom kan gøre en verden til forskel. Det giver svar, der kan:

- Skabe ro
- Mindske relationelle konflikter
- Gøre det nemmere at lindre symptomer.

Men det kræver konsultationer, der tager tid. Derfor er det vigtigt, at sundhedssystemet giver mulighed for, at lægerne har den

fornødne tid til at afholde disse konsultationer.

Der skal, med andre ord, sættes ressourcer af til det. ■

KEYWORDS

Diabetisk polyneuropati. Smertefuld diabetisk polyneuropati. Hverdag. Livskvalitet. Empatisk dialog. Identitet. Health Literacy.

REFERENCER

1. Osborn M, Rodham K: 2010. Insights into Pain: A Review of Qualitative Research. Side 2-7 i British Journal of Pain. Vol. 4. No 1.
2. Mattingly C: 2005. Den narrative udvikling i nyere medicinsk antropologi. Side 13-40 i Tidsskrift for Forskning og Samfund: Narrativer. No. 2.
3. Tesfaye S, et. al.: 2010. Diabetic Neuropathies: Update on Definitions, Diagnostic Criteria, Estimation of Severity, and Treatments. Side 2285-2293 i Diabetes Care. Vol. 33. No. 10.

Stærke fællesskaber

– et godt supplement til behandling

Har du en patient, der har brug for mere, end det er muligt at tilbyde i behandlingen? Der har brug for at tale med andre i samme situation? Så er det en mulighed at oplyse om Diabetesforeningens mange stærke fællesskaber, båret af mennesker med diabetes. I Diabetesforeningen findes en lang række muligheder for støtte og aktivitet, og lokalforeningerne giver gode rammer for at etablere møder for de mange grupper og netværk. For eksempel:

- **Ungegrupper**
 - **Børnefamiliegrupper**
 - **Mentorordninger**
 - **Type 1-diabetes**
 - **Motivationsgrupper**
- ➔ Find information på diabetes.dk

diabetes
foreningen



BESTIL GRATIS PJECER

Som behandler kan du hente gratis oplysningsmateriale i Diabetesforeningens netbutik.

➔ netbutik.diabetes.dk



Diabetesrådet

Diabetesrådet består af dedikerede fagpersoner, der bredt beskæftiger sig med diabetes. Rådet rådgiver Diabetesforeningen i arbejdet med at skabe gode rammer og vilkår for mennesker med diabetes, understøtter aktiviteter i forhold til forebyggelse af diabetes og diabetiske følgesygdomme. Forskningsudvalget deltager i udvælgelse af forskningsprojekter, som modtager Diabetesforeningens forskningslegater.



Hans Perrild, formand

Ledende overlæge, klinisk lektor, klinikchef, Institut for Klinisk Medicin, Bispebjerg Hospital.

Fagområde: Chef for endokrinologisk ambulatorium og sengeafsnit på Bispebjerg-Frederiksberg Hospital (BFH). Lægger vægt på et ambulatorie med en bred sammensat tværfaglig stab. Fokus på gode strukturerede patientforløb med udgangspunkt i patienternes behov.



Troels Krarup Hansen, næstformand

Direktør og klinisk professor, Steno Diabetes Center Aarhus.

Fagområde: Læge, diabetesspecialist og tidligere formand for Dansk Endokrinologisk Selskab. Fokus på at sikre gode og lige vilkår for alle med diabetes. Deltager på nationalt plan i samarbejdet mellem Steno-centrene og i det Nationale Netværk for Diabetes. Involveret i arbejdet med diabetes-guidelines i blandt andet Medicinrådet. Formand for den nationale arbejdsgruppe for ny diabetesteknologi.



Mickael Bech

Direktør, UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole.

Fagområde: Ansvar for de sundhedsfaglige uddannelser og forskningsaktiviteter på sundhedsområdet. Tidligere professor i sundhedsledelse ved Kronprins Frederiks Center for Offentlige Ledelse ved Aarhus Universitet. Direktør for VIVE/KORA. Professor i sundhedsøkonomi ved Syddansk Universitet. Forsket i sundhedsledelse, sundhedsøkonomi og -politik.



Charlotte Glümer

Centerchef, professor, ph.d., læge, Center for diabetes, Københavns Kommune

Fagområde: Erfaring og praksisnær viden om rehabilitering i praksis. Patientuddannelse, etniske minoriteter, personcentreret tilgang, tværsektorielt samarbejde/fællespopulations ansvar. Forsket gennem 15 år i diabetes, epidemiologi/screening og folkesundhed.



Bettina Ewers

Ph.d.-studerende, cand.scient., ernæringschef, Steno Diabetes Center Copenhagen.

Fagområde: Faglig ansvarlig for kostbehandlingen af personer med type 1- og type 2-diabetes på Steno Diabetes Center Copenhagen. Arbejdet med klinisk og epidemiologisk ernæringsforskning ved kronisk sygdom. Primære fokusområder er forskning og udvikling, der bidrager til at skabe bedre evidens for effekten af forskellige former for diætist-faciliterede kostinterventioner på helbred, livskvalitet og egenomsorg hos personer med type 1- og type 2-diabetes.



Torben Hansen

Professor, MD, ph.d., Metabolismecentret, Københavns Universitet.

Fagområde: Forsker i arvelige og mikrobielle årsager til diabetes, fedme og hjerte-kar-sygdom. Har bidraget til identifikation af en række diabetes- og fedmegener i både danske og grønlandske patienter. Molekylær-genetisk diagnostik og rådgivning i samarbejde med Steno Diabetes Center Copenhagen. Leder af ph.d. skoleprogram i basal metabolisme ved Københavns Universitet.



2020



Berit L. Heitmann

Professor i Ernæringsepidemiologi, Afd. for Almen Medicin, Københavns Universitet. Forskningschef på Enheden for Epidemiologisk Kostforskning, Parker Institutet på Frederiksberg Hospital.

Fagområde: Forsket i fedmens årsager og konsekvenser i over 30 år. 300+ peer reviewede publikationer inden for emnerne fedme, ernæring og sygdom. Særlig interesse inden for den primære forebyggelse af fedme.



Per Hildebrandt

Praktiserende speciallæge i medicinske hjertesygdomme, dr. med, Frederiksberg Hjersteklinik.

Fagområde: Bredt uddannet i kardiologi, med speciel interesse for hjertesvigt samt diabetes og hjertesygdom. Videnskabeligt primært arbejdet med diabetes og hjertesygdom, hjertesvigt, samt biomarkører.



Kurt Højlund

Forskningschef, klinisk professor, overlæge, dr.med, ph.d., Steno Diabetes Center Odense, OUH.

Fagområde: Fokus på implementering af forskningsstrategi for SDCO. Samt nationalt og internationalt samarbejde. Forsker i en bedre forståelse af patofysiologi bag udvikling af type 2-diabetes, årsager til insulinresistens hos personer med eller i høj risiko for type 2-diabetes, og hvordan øget fysisk aktivitet kan forbedre denne tilstand.



Bjarne Bruun Jensen

Professor i Sundhedsfremme og seniorkonsulent, Steno Diabetes Center Copenhagen.

Fagområde: Arbejder med forskning og udvikling af nye metoder inden for sundhedsfremme og folkesundhed, hvor brugerinvolvering indgår som centralt princip. Initiativtager til Masteruddannelsen i Sundhedspædagogik på Danmarks Pædagogiske Universitet. I det internationale arbejde en af initiativtagerne til European Forum for Health Promotion Research. Har været Europæisk Vicepresident i den globale organisation International Union for Health Promotion and Education.



Troels Staehelin Jensen

Professor, overlæge, speciallæge i neurologi.

Fagområde: Indtil for nylig lærestolsprofessor i neurologi ved Aarhus Universitet. Nu centerleder af International Diabetic Neuropathy Consortium. Fokuserer her, sammen med internationale topforskere fra USA, England, Syddansk Universitet og Aarhus Universitet, på årsager og mekanismer, der ligger til grund for diabetisk neuropati og smerter.

FORSKNINGSUDVALGET 2020 – 2021

- Anelli Sandbæk
 - Helle Terkildsen Maindal
 - Kurt Højlund
 - Peter Rossing
 - Reimar W. Thomsen
 - Signe Schmidt
 - Jesper Johannesen.
-

Diabetesrådet



Jesper Johannesen

Overlæge i pædiatrisk endokrinologi, Børne- og Ungeafdelingen, Herlev og Gentofte Hospital.

Fagområde: Behandler børn og unge med diabetes. Ser som endokrinologisk fagområdeansvarlig i afdelingen tillige børn med almene og specielle endokrinologiske problemstillinger. Forskningsansvarlig overlæge, har i over 25 år haft primær fokus på virkningsmekanismerne for udviklingen af type 1-diabetes, aktuelt med særlig fokus på remissionsfasen.



Susanne Kleist

Formand for Tandlægeforeningen. Privatpraktiserende tandlæge i Roskilde.

Fagområde: Fokusområde er sund mund sund krop, altså kobling mellem almen sygdom og sygdom i munden. Parodontitis har stor indflydelse på diabetes og omvendt. Velbehandlet parodontitis kan sænke blodsukkerniveauet betydeligt. Derfor er samarbejde mellem sektorer og udbredelse af viden supervigtigt.



Henriette Langstrup

Lektor, cand. psyk., ph.d., Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

Fagområde: Forsker i, hvordan personer med kroniske sygdomme bruger teknologi. Hvordan den øgede digitalisering af sundhedssektoren har betydning for organisering og samarbejde. På diabetesområdet aktuelt forskning i i patientdrevet innovation, selvmåling og sociale medier.



Michael Larsen

Professor, overlæge og professor ved Rigshospitalets Øjenafdeling med klinisk funktion og forskning inden for medicinske nehindesygdomme, herunder diabetisk retinopati.

Fagområde: Forsker blandt andet i udvikling af diabetisk øjenssygdom, herunder de allertidligste forandringer og forebyggelse af disse.



Helle Terkildsen Maindal

Professor i sundhedsfremme, MPH, ph.d. Institut for Folkesundhed Aarhus Universitet, forskningsleder for Face-it, Steno Diabetes Center Copenhagen.

Fagområde: Æresprofessor University, Melbourne, Australia. Sundhedsfremme og forebyggelse særligt inden for overvægt og diabetes. Interventionsforskning i et livsforløbsperspektiv, udvikling, implementering og evaluering. Sundhedskompetence, udvikling af indsatser og måleinstrumenter



Elisabeth R. Mathiesen

Klinisk professor, overlæge, dr.med., Medicinsk Endokrinologisk Klinik, Abdominalcentret, Rigshospitalet.

Fagområde: Er specialist i endokrinologi og intern medicin. Har mange års erfaring i både behandling og forskning inden for graviditet og diabetes.



Klaus Kirketerp-Møller

Ph.d. og overlæge på Bispebjerg Hospitals Videncenter for Sårheling. Ortopædisk konsulent på Steno Diabetes Center Copenhagen.

Fagområde: Har været i bestyrelser og beklædt formandsposten i flere internationale foreninger. Forfatter til videnskabelige artikler og kapitler om den diabetiske fod. Underviser kommende fodterapeuter og speciallæger. Som foredragsholder er fokus altid at gøre det enkle og med den enkelte i centrum.



Birgitte Ries Møller

Speciallæge i almen medicin, Fionia læger i Odense

Fagområde: Medejer i firmaet Fionia Lægerne i Odense. Praktiserende læge på 18. år. Faglig interesse i diabetesområdet siden min ansættelse som læge på endokrinologisk afdeling i Odense. I dag er det det hele menneske, jeg interesserer mig for. Det optager mig, at vi får mere lighed i sundhed. Diabetes er en lille delmængde af det, der fylder i patienternes liv. Jeg vil gerne hjælpe de, der ikke selv kan tale deres egen sag, og fremme at de får en bedre behandling end i dag.



Åse Agesen Nielsen

Diabetespsykolog, Steno Diabetes Center Aarhus.

Fagområde: Autoriseret psykolog og specialist i klinisk psykologi og psykoterapi. Arbejder på Steno Diabetescenter Aarhus med behandling og rådgivning af børn, unge og voksne med problemer relateret til livet med diabetes og problemer med at få passet sygdommen. Er med i projekter omkring særlige tilbud til sårbare voksne, kursus for ny-diagnosticerede voksne med DM1 og forebyggelse af udvikling af DM2 hos kvinder med PCOS. Er del af Diabetesforeningens ekspertrådgivning.



Kirsten Nørgaard

MD, DMSc, MHPE, overlæge, associate professor, dr.med., forskningsleder, Steno Diabetes Center Copenhagen.

Fagområde: Har som specialist i endokrinologi mangeårig klinisk erfaring i behandling af diabetes, især i behandling af type 1-diabetes med insulinpumper og kontinuerlig glukosemåling. Leder af forskningsgruppen Diabetes Technology. Vi forsker i udviklingen og optimal brug af teknologiske værktøjer hos både type 1- og type 2-diabetes.



Peter Rossing

Leder af Komplikationsforskning på Steno Diabetes Center Copenhagen, professor i endokrinologi Københavns Universitet og overlæge på SDCC.

Fagområde: Klinisk forskning i forebyggelse og behandling af diabetiske senkomplikationer, med hovedfokus på hjerte-kar-system og nyrer, samt nerveskader. Forskning i biomarkører der kan forudsige komplikationer. Og behandling der kan forhindre eller bremse udvikling af senkomplikationer



Anelli Sandbæk

Leder af enhed for forskning og udvikling i sammenhæng i patientforløb og tværsektorielle indsatser, Steno Diabetes Center Aarhus, overlæge, klinisk professor, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.

Fagområde: Arbejdet med forebyggelse af type 2-diabetes, forebyggelse af komplikationer til diabetes. Implementeringsforskning og epidemiologisk forskning: Kommunikation, sårbare grupper, komplikationer og organisation af sundhedsvæsenet.

DIABETESRÅDET

➔ Læs om Diabetesrådet:

diabetes.dk/diabetesraadet



Signe Schmidt

Læge, ph.d., seniorforsker, Steno Diabetes Center Copenhagen.

Fagområde: Forsker i optimering af de nuværende behandlingstilbud samt i udvikling af nye behandlingskoncepter til personer med diabetes med et særligt fokus på anvendelsen af diabetesteknologier.



Jes Søgaard

Professor og direktør på Interdisciplinary Centre on Population Dynamics (CPop) på Syddansk Universitet.

Fagområde: Har arbejdet med sundhedsforskning i 40 år på universitetet og udenfor, blandt andet Dansk Sundhedsinstitut og Kræftens Bekæmpelse. Patientperspektiver og sundhedsøkonomi skal kunne gå hånd i hånd. Det har altid været mit fokus og ærinde.



Jens Søndergaard

Forskningsleder, professor, praktiserende læge, klinisk farmakolog, ph.d., Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet.

Fagområde: Kronisk sygdom, herunder optimering af lægemiddelbehandling. Fokus på tidlig opsporing og forebyggelse af kronisk sygdom som diabetes og KOL. Arbejder også med metoder til optimering af livsstil



Reimar W. Thomsen

Overlæge, klinisk lektor, cand.med, ph.d., Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitetshospital.

Fagområde: Klinisk epidemiologi, farmako-epidemiologi og registerforskning inden for kroniske sygdomme som type 2-diabetes, fedme og metaboliske sygdomme. Klinisk forløb, komplikationer og prognose hos mennesker med type 2-diabetes.

Basal-IQ™ med Dexcom G6

- ✓ Forudsiger
- ✓ Pauserer
- ✓ Genoptager



Tid til en ny insulinpumpe?

Test Tandem t:slim X2 på din mobil

Tandem t:slim X2 er den avancerede insulinpumpe, som er enkel at bruge - med touchscreen i farver, genopladeligt batteri og opdaterbar software. Nu kommer Tandem t:slim X2 også med Basal-IQ-teknologi, der forenkler din hverdag og hjælper med at forebygge lavt blodsukker.

Lær pumpens skærm og funktioner at kende på din mobil med den gratis demo-app **t:simulator**.

www.rubinmedical.dk





FORSKNING

Sammenhæng mellem diabetes og covid-19

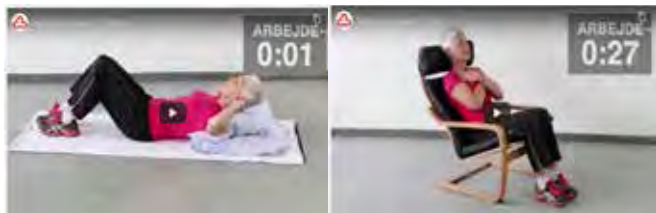
■ Der skal mere forskning til, før det er helt klarlagt, hvilken sammenhæng der er mellem diabetes og covid-19.

– I Diabetesforeningen sad vi klar til at crunch de første tal omkring diabetes og covid-19 fra Kina og Italien, men desværre kunne man ikke konkludere noget fra de data. Både fordi detaljeniveauet ikke var godt nok, og fordi det bare er svært at sammenligne forskellige landes opgørelser og sundhedssystemer, Tanja Thybo, forskningschef, Diabetesforeningen.

– De danske tal lod paradoksalt nok vente på sig, fordi der simpelthen ikke var nok data til, at man kunne offentliggøre dem. Men vi ved, at der lige nu arbejdes på at finde ud af, hvor mange af de indlagte der havde diabetes.

Ved redaktionens slutning 14. maj 2020 tyder de udenlandske data på en overrepræsentation af personer med diabetes blandt de indlagte covid-19-patienter. Vi ved dog endnu ikke det vigtigste: Hvorfor der er en overrepræsentation.

– Heldigvis er der sat rigtig mange nye forskningsprojekter i søen i Danmark, som er støttet af både private fonde og offentlige midler, siger Tanja Thybo.



Motion og træning

■ Diabetesforeningen har samlet en række forslag til motion, der kan udføres hjemme i en coronatid. Der er forslag til aktivitetsplaner og videoer, der viser øvelser samt links.

➔ diabetes.dk/aktuelt/coronavirus/motion

Diabetesrådgiverne

■ Der er støtte til dine patienter, der har brug for rådgivning. Diabetesrådgiverne består af diætist, socialrådgiver, diabetessygeplejerske, motionskonsulent, børne-ungekonsulent, læge, psykolog, fodterapeut og sexolog.

➔ Diabetesrådgivningen kan kontaktes på telefon

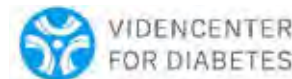
63 12 14 16

FORSKNING

Diabetes og corona

■ For at skabe et overblik over forskning, der relaterer sig til coronavirus og diabetes, overvåger Videncenter for Diabetes den videnskabelige litteratur. Her kan du søge den seneste litteratur på området.

➔ videncenterfordiabetes.dk



Artikel om covid-19 og psykosocial sundhed

■ Diabetesforeningen indgik i marts 2020 et samarbejde med Steno Diabetes Center Copenhagen. Formålet var at undersøge covid-19 specifikke bekymringer og overordnet psykosocial sundhed blandt personer med diabetes og at udforske karakteristika hos personer med diabetes og et højt bekymringsniveau relateret til covid-19. Undersøgelsen var en tværsnitsanalyse via et online spørgeskema udsendt til 2.430 voksne medlemmer (> 18 år) af to paneler af personer med diabetes, heraf 1.949 medlemmer af Diabetesforeningens Diabetespanel.

En artikel om nogle af undersøgelsens baseline-resultater er godkendt til publikation i Diabetic Medicine, under titlen:

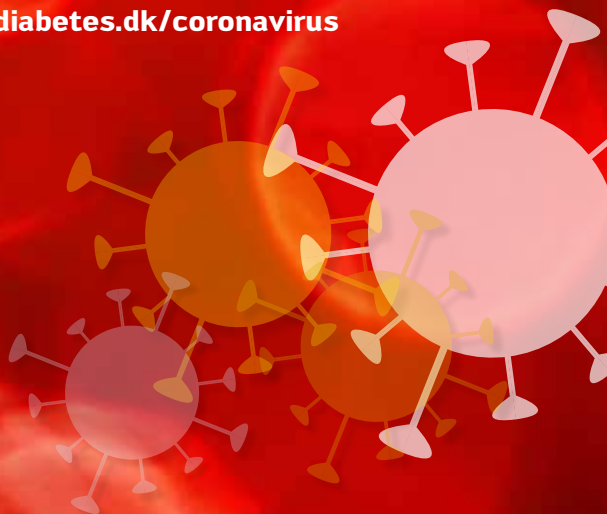
“Diabetes and COVID-19: Psychosocial consequences of the COVID-19 pandemic in people with diabetes in Denmark – what characterises people with high levels of COVID-19-related worries?”

Corona på diabetes.dk

■ Diabetesforeningen følger udviklingen i coronavirus meget tæt.

➔ Følg med – bliv opdateret:

diabetes.dk/coronavirus





Idékatalog til rådgivning af borgere med diabetes

■ Du kan gratis downloade et idékatalog, der giver overblik over apps, madopskrifter og madplaner, film og andre støtteværktøjer. Lige til at bruge som inspiration, når du vejleder eller rådgiver mennesker med diabetes.

Idékataloget tager udgangspunkt i de gældende kostbefalinger (2019) til borgere med type 1- og type 2-diabetes. Det er lavet i forbindelse med Den nationale diabetesbehandlingsplan, Satspuljeaftale for sundheds- og ældreområdet 2017-2020 Initiativ 4: Sunde fødevarer til mennesker med diabetes, i regi af Rådet for sund mad i et samarbejde mellem Diabetesforeningen, Sundhedsstyrelsen, Komitéen for Sundhedsoplysning samt Kost og Ernæringsforbundet.

➔ diabetes.dk/idekatalog

LEGATER TIL FORSKNING

Diabetesforeningens forskningslegater 2020

Fik du set annonceringen af Diabetesforeningens forskningslegater på side 23?

■ Hvis ikke: Skynd dig tilbage og læs om Diabetesforeningens forsknings- og rejselegater 2020. Og se det helt særlige jubilæumslegat på 1,2 mio. kroner i anledning af foreningens 80-års jubilæum.

➔ Skal du søge, eller kender du en, du vil opfordre til det?

diabetes.dk/fagfolk/legater/diabetesforeningen



Mangel på B12-vitamin

■ De vigtigste kilder til B12-vitamin er kød, fisk, skaldyr og mælkeprodukter. Underskud af B12-vitamin kan udvikle sig ganske langsomt, og symptomerne kan derfor vise sig gradvist over tid. Nogle af de mest almindelige symptomer er træthed, koncentrations- og hukommelsesbesvær, prikken i hænder og fødder, nedsat appetit og fordøjelsesproblemer.

Metformin øger risikoen for nedsat optagelse af B12-vitamin fra kosten. Ifølge den amerikanske diabetesforening, ADA, American Diabetes Association, bør man overveje en årlig blodprøve for tjek af B12-vitamin status, hvis man er i behandling med metformin.

Mangler du forsøgspersoner?

■ diabetes.dk/fagfolk formidler aktuel viden. Her er det også muligt for forskere at annoncere diabetesforsøg til en målgruppe af personer med diabetes og deres pårørende. Inden vi kan oprette din annonce, har du som forsker ansvar for, at dit forsøg og din annoncetekst er godkendt af Den Videnskabetiske Komité. Forsøget skal være relevant for mennesker med diabetes, registreret og godkendt hos Den Videnskabetiske Komité og godkendt af Sundhedsstyrelsen.

➔ diabetes.dk/fagfolk



Ozempic® (semaglutid) 1,34 mg/ml

Forkortet Produktresumé

Lægemiddelform: Injektionsvæske, opløsning, i fyldt pen. Klar og farveløs eller næsten farveløs, isotonisk opløsning. **Indikation:** Ozempic® er indiceret som et supplement til kost og motion til voksne med type 2-diabetes mellitus, som ikke er tilstrækkeligt kontrolleret. **Monoterapi:** når metformin anses for uhensigtsmæssigt på grund af intolerance eller kontraindikationer. **Som supplement:** til andre lægemidler til behandling af diabetes. For forsøgsresultater vedrørende kombinationer, virkning på glykæmisk kontrol og kardiovaskulære hændelser og de undersøgte populationer henvises til pkt. 4.4, 4.5 og 5.1 i det fulde produktresumé. **Dosering og indgivelsesmåde:** Startdosis er 0,25 mg semaglutid én gang ugentligt. Efter 4 uger skal dosis øges til 0,5 mg én gang ugentligt. Efter mindst 4 uger med en dosis på 0,5 mg én gang ugentligt kan dosis øges til 1 mg én gang ugentligt for yderligere at forbedre den glykæmiske kontrol. Semaglutid 0,25 mg er ikke en vedligeholdelsesdosis. Ugentlige doser større end 1 mg anbefales ikke. Ved anvendelse som supplement til en eksisterende metformin- og/eller thiazolidindionbehandling, kan den aktuelle dosis metformin- og/eller thiazolidindion fortsætte uændret. Ved anvendelse som supplement til en eksisterende behandling med sulfonylurinstof eller insulin, skal det overvejes at reducere dosis af sulfonylurinstof eller insulin for at reducere risikoen for hypoglykæmi. Selv-monitorering af glucose i blodet er ikke nødvendig for at justere dosis. Dog kan selv-monitorering af glucose i blodet ved behandlingsstart med Ozempic® i kombination med sulfonylurinstof eller insulin være nødvendig for at justere dosis af sulfonylurinstof eller insulin med henblik på at reducere risikoen for hypoglykæmi. **Glemte doser:** Hvis en dosis glemmes, skal den administreres hurtigst muligt og inden for 5 dage efter den glemte dosis. Hvis der er gået mere end 5 dage, skal den glemte dosis springes over, og den næste dosis skal administreres på den planlagte dag. **Ældre:** Dosisjustering, baseret på alder, er ikke nødvendig. Erfaring med behandling af patienter ≥ 75 år er begrænset. **Nedsat nyrefunktion:** Dosisjustering er ikke nødvendig hos patienter med let, moderat eller svær nedsat nyrefunktion. Erfaring ved svært nedsat nyrefunktion er begrænset. Semaglutid anbefales ikke til patienter med nyresygdom i slutstadiet. **Nedsat leverfunktion:** Dosisjustering er ikke nødvendig hos patienter med nedsat leverfunktion. Erfaring ved svært nedsat leverfunktion er begrænset. Der bør udvises forsigtighed ved behandling af disse patienter med semaglutid. **Pædiatrisk population:** Sikkerheden og virkningen af semaglutid hos børn og unge under 18 år er endnu ikke klarlagt. Ingen data. **Administration:** Ozempic® administreres én gang ugentligt når som helst i løbet af dagen, med eller uden mad. Injiceres subkutant i maven, i låret eller i overarmen. Injektionsstedet kan ændres uden dosisjustering. Må ikke administreres intravenøst eller intramuskulært. Dagen for den ugentlige administration kan om nødvendigt ændres, så længe tidsrummet mellem to doser er mindst 3 dage (>72 timer). Når en ny doseringsdag er valgt, skal dosering én gang ugentligt fortsættes. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Semaglutid må ikke anvendes til patienter med type 1-diabetes mellitus eller til behandling af diabetisk ketoacidose. Semaglutid er ikke en erstatning for insulin. Der er ingen erfaring med behandling af patienter med kongestiv hjerteinsufficiens i NYHA-klasse IV (New York Heart Association), og semaglutid anbefales derfor ikke til disse patienter. **Gastrointestinale virkninger:** Brug af GLP-1-receptoragonister kan være forbundet med gastrointestinale bivirkninger. Dette skal overvejes ved behandling af patienter med nedsat nyrefunktion, da kvalme, opkastning og diarré kan forårsage dehydrering, som kan føre til en forværring af nyrefunktionen. **Akut pankreatitis:** Der er observeret akut pankreatitis i forbindelse med brugen af GLP-1-receptoragonister. Patienterne skal informeres om de karakteristiske symptomer på akut pankreatitis. Hvis der er mistanke om pankreatitis, skal semaglutid seponeres; og hvis akut pankreatitis bekræftes, må behandling med semaglutid ikke påbegyndes igen. Der skal udvises forsigtighed hos patienter med tidligere pankreatitis. **Hypoglykæmi:** Patienter, der behandles med semaglutid i kombination med sulfonylurinstof eller insulin, kan have øget risiko for hypoglykæmi. Risikoen for hypoglykæmi kan nedsættes ved at reducere dosis af sulfonylurinstof eller insulin, når behandlingen med semaglutid påbegyndes. **Diabetisk retinopati:** Hos patienter med diabetisk retinopati, der er i behandling med insulin og semaglutid, er der observeret en øget risiko for udvikling af komplikationer ved diabetisk retinopati. Der bør derfor udvises forsigtighed ved brug af semaglutid til patienter med diabetisk retinopati, som er i behandling med insulin. Hurtig forbedret kontrol af glucose i blodet har været forbundet med en forbigående forværring af diabetisk retinopati, men andre mekanismer kan ikke udelukkes. **Interaktioner:** Semaglutid forsinket ventrikeltømmningen og har potentiale til at påvirke absorptionens hastighed af samtidigt oralt indgivne lægemidler. Semaglutid skal anvendes med forsigtighed til patienter, der får orale lægemidler, som kræver hurtig gastrointestinal absorption. **Paracetamol:** Semaglutid forsinket ventrikeltømmningen, vurderet ud fra farmakokinetik for paracetamol under en standardiseret måltidstest. Dosisjustering af paracetamol er ikke nødvendig ved administration sammen med semaglutid. **Oral kontraception:** Semaglutid forventes ikke at reducere virkningen af oral kontraception. **Atorvastatin:** Semaglutid ændrede ikke den overordnede eksponering for atorvastatin efter én enkelt dosis. **Digoxin:** Semaglutid ændrede ikke den samlede eksponering eller C_{max} af digoxin efter én enkelt dosis digoxin. **Metformin:** Semaglutid ændrede ikke den samlede eksponering eller C_{max} af metformin efter en dosis på 500 mg to gange dagligt over 3,5 dage. **Warfarin:** Semaglutid ændrede ikke den samlede eksponering eller C_{max} af R- og S-warfarin efter én enkelt dosis. **Fertilitet graviditet og amning:** Det anbefales, at kvinder i den fertile alder anvender kontraception under behandling med semaglutid. **Graviditet:** Der er utilstrækkelige data fra anvendelse af semaglutid til gravide kvinder. Semaglutid må derfor ikke anvendes under graviditet. **Amning:** Semaglutid må ikke anvendes under amning. **Fertilitet:** Ukendt hos mennesker. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Semaglutid påvirker ikke eller kun i ubetydelig grad evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner. **Bivirkninger:** **Immunsystemet:** Anafylaktisk reaktion. **Metabolisme og ernæring:** Hypoglykæmi ved brug sammen med insulin eller sulfonylurinstof, Hypoglykæmi ved brug sammen med andre orale antidiabetika, Nedsat appetit. **Nervesystemet:** Svimmelhed, Smagsforstyrrelser. **Øjne:** Komplikationer ved diabetisk retinopati. **Hjerte:** Øget hjertefrekvens. **Mave-tarm-kanalen:** Kvalme, Diarré, Opkastning, Abdominalsmerte, Abdominal distension, Forstoppelse, Dyspepsi, Gastritis, Gastroøsofageal reflukssygdom, Eruktion, Flatulens. **Lever og galdeveje:** Cholelithiasis. **Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet:** Træthed, Reaktioner på injektionsstedet. **Undersøgelser:** Forhøjet lipase/amylase, Vægttab. **Beskrivelse af udvalgte bivirkninger:** **Hypoglykæmi:** Der blev ikke observeret episoder af alvorlig hypoglykæmi, når semaglutid blev anvendt som monoterapi. Alvorlig hypoglykæmi blev primært observeret, når semaglutid blev anvendt sammen med sulfonylurinstof eller insulin. **Gastrointestinale bivirkninger:** Ved behandling med semaglutid 0,5 mg og 1 mg forekom kvalme hos hhv. 17,0% og 19,9%, diarré hos henholdsvis 12,2% og 13,3% og opkastning hos henholdsvis 6,4% og 8,4%. De fleste hændelser var milde til moderate i sværhedsgrad og af kort varighed. Hændelserne førte til seponering af behandlingen hos henholdsvis 3,9% og 5% af patienterne. Hændelserne blev rapporteret hyppigst i de første måneder af behandlingen. Patienter med lav legemsvægt kan få flere gastrointestinale bivirkninger ved behandling med semaglutid. **Komplicationer ved diabetisk retinopati:** I et studie hos patienter med type 2-diabetes, med høj kardiovaskulær risiko, langvarig diabetes og dårligt reguleret glucose i blodet, forekom hændelser, der blev bedømt som komplikationer ved diabetisk retinopati, hos flere patienter, som blev behandlet med semaglutid, sammenlignet med placebo, og blev observeret hos insulinbehandlede patienter med kendt diabetisk retinopati. I kliniske studier hos patienter med type 2-diabetes, blev der rapporteret om bivirkninger relateret til diabetisk retinopati i stort set samme omfang som hos forsøgspersoner, der blev behandlet med semaglutid, som hos komparatorer. **Seponering på grund af bivirkning:** De hyppigste bivirkninger, der førte til seponering, var gastrointestinale. **Reaktioner på injektionsstedet:** Disse reaktioner har som regel været milde. **Immunogenicitet:** Patienter kan udvikle antistoffer under behandling med semaglutid, hvilket er i overensstemmelse med de potentielle immunogene egenskaber ved lægemidler, som indeholder proteiner eller peptider. **Overdosering:** Der er i kliniske studier rapporteret om overdosering med op til 4 mg i én enkelt dosis og op til 4 mg på en uge. Den hyppigst rapporterede bivirkning var kvalme. Alle patienterne restituerede uden komplikationer. **Opbevaring og holdbarhed:** 3 år. Opbevaringstid efter ibrugtagning: 6 uger. **Før ibrugtagning:** Opbevares i køleskab (2°C - 8°C). Må ikke opbevares tæt på kølelementet. Må ikke fryses, og må ikke anvendes, hvis det har været frosset. Opbevar pennen med hættens påsat for at beskytte mod lys. **Efter ibrugtagning:** Opbevares ved temperaturer under 30°C eller i køleskab (2°C - 8°C). Må ikke fryses, og må ikke anvendes, hvis det har været frosset. Pennen opbevares med hættens påsat, når pennen ikke er i brug, for at beskytte den mod lys. Fjern altid nålen efter hver injektion, og opbevar pennen uden nålen påsat. Det kan forhindre tilstopning af nålene, kontaminering, infektion, lækage af opløsningen og upræcis dosering. **Udlevering:** Receptpligtigt lægemiddel. Ozempic® har generelt klausuleret tilskud. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Novo Nordisk A/S. **Pakninger og priser:** Ozempic® 0,25 mg 1x1,5 ml, Ozempic® 0,5 mg 1x1,5 ml, Ozempic® 1 mg 1x3 ml. Dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk. (DK/SM/1118/0402)

Læs altid indlægssedlen omhyggeligt inden produktet tages i brug. Den fuldstændige produktinformation kan vederlagsfrit fås ved henvendelse til Novo Nordisk Denmark A/S, Ørestads Boulevard 108, 6., 2300 Kbh. S, telefon +45 80 200 240. Besøg også www.novonordisk.dk. (Ver. 10/2018).



Novo Nordisk Denmark A/S
Ørestads Boulevard 108 · 2300 København S
www.novonordisk.dk · Kundeservice tlf.: 80 200 240

1 GANG UGENTLIGT
OZEMPIC®
semaglutid injektion

Der er støtte til dine patienter i Diabetesforeningen

Diabetesrådgiverne

Vores diætister, motionskonsulent, børneungekonsulent, sygeplejerske og socialrådgivere sidder klar til at svare på spørgsmål om vægttab, fysisk aktivitet og sociale rettigheder.

Motivationsgrupper og fællesskaber

Her mødes vi og får hjælp og inspiration til at fastholde den nye livsstil.

Indkøbsguide

Få nem hjælp til at vælge sundere mad- og drikkevarer, når der købes ind.

Balancekort

Giver overblik over de optimale tal for HbA1c, blodtryk og kolesterol, og hvornår de bør tjekkes.

Pjecer og vejledninger

Få værdifuld information om den optimale egenomsorg i vores vejledninger.



Mere råd og vejledning på
diabetes.dk

diabetes
foreningen



STØT DIABETESSAGEN I DIT TESTAMENTE

SÅ VI KAN HJÆLPE FLERE
TIL ET GODT LIV MED DIABETES

Ved at oprette et testamente til fordel for Diabetesforeningen, støtter du vores kurser, rådgivning og lokale netværksmøder, som er med til at skabe et godt liv for mennesker med diabetes. Derudover arbejder vi for at forebygge type 2-diabetes samt de alvorlige følgesygdomme som hjerte-kar-sygdomme, amputationer, blindhed og nyresvigt. Vi støtter forskningen i en kur mod diabetes og arbejder politisk for alles ret til den nyeste teknologi og bedste behandling. Du kan læse mere på diabetes.dk/arv

SÅDAN GØR DU

Ønsker du at betænke Diabetesforeningen i dit testamente og gøre en forskel for det stigende antal danskere, der rammes af diabetes, er du eller din advokat velkommen til at kontakte os på telefon **63 12 90 73** eller mail sb@diabetes.dk

FÅ 5.000 KR. I TILSKUD TIL ADVOKATSALÆR

Vi har gjort det nemt for dig, der ønsker at betænke Diabetesforeningen. Som en del af Det Gode Testamente, giver vi et tilskud til advokatsalæret på op til 5.000 kr. inkl. moms for udfærdigelsen af dit testamente, når du betænker Diabetesforeningen med en donation i dit testamente.

I flere tilfælde kan dine arvinger arve lige så meget, som de ellers ville have gjort, selvom du giver en donation til velgørenhed. Din advokat kan rådgive dig og sikre, at din arv bliver fordelt præcis, som du ønsker det.

Du kan læse mere på diabetes.dk/arv

Find en advokat tæt på dig, som er med i samarbejdet, på

detgodetestamente.dk

BEHANDLER- BLADET

DIABETESFORENINGENS FAGLIGE TIDSSKRIFT

Juni 2020/51

Tidsskrift for diabetesbehandling
udgivet af Diabetesforeningen.
Udkommer to gange årligt.
Oplag 8.500

Adresse

Stationsparken 24, st.tv.
2600 Glostrup
Tlf. 66 12 90 06, fax 65 91 49 08
ISSN 1902-4703
E-mail: info@diabetes.dk
Web-site: diabetes.dk

Telefon- og kontortid

Mandag til torsdag kl. 9-15, fredag kl. 9-14

Redaktion

Kommunikationschef, ansvarshavende
redaktør Helen H. Heidemann

Redaktør
Lisbeth Maindal
Ima@diabetes.dk

Art director
Ann-Britt Broström
ann@diabetes.dk

Produktionskoordinator/korrektur
Dorte Lund Toftelund
dll@diabetes.dk

Annoncesalg

Søren Biune
sb@diabetes.dk, tlf. 41 91 88 45
Kim Thines
kim@diabetes.dk, tlf. 41 91 88 29

Tryk

Clausen Grafisk ApS, Odense

Forsidefoto

Claus Bjørn Larsen

*Redaktionen påtager sig ikke
ansvar for annoncerede produkter.*

*Artikler må kun gengives efter
aftale med redaktionen.*

Til patienter med type 2-diabetes

REALISÉR POTENTIALALET

for tillægsbehandling til metformin

Ozempic® (semaglutid)

- En ugentlig GLP-1 analog med bedre glykæmisk kontrol og større vægttab end Januvia®, Bydureon®, Lantus® og Trulicity®^{1*}
- En ugentlig GLP-1 behandling med kardiovaskulære behandlingsfordele^{1,2}



BEDRE GLYKÆMISK KONTROL^{1*}

HbA_{1c} reduktion på 19,4 mmol/mol (-1,8%) med Ozempic® 1 mg vs. 14,9 mmol/mol (-1,4%) med Trulicity® 1,5 mg^{1**}



STØRRE VÆGT TAB^{1*}

Mere end dobbelt så stort vægttab med Ozempic® sammenlignet med Trulicity® (-6,5 kg med Ozempic® 1 mg vs. -3,0 kg med Trulicity® 1,5 mg)^{1***}



DOKUMENTEREDE KARDIOVASKULÆRE BEHANDLINGSFORDELE^{1,2†}

26% kardiovaskulær risikoreduktion hos patienter med type 2-diabetes og høj kardiovaskulær risiko^{1,2†}

* Ozempic® viste bedre glykæmisk kontrol og vægtreduktion på tværs af SUSTAIN 1-7 studierne, der omfatter behandling med Ozempic® sammenlignet med henholdsvis placebo, Januvia®, Bydureon®, Lantus® og Trulicity®.¹

** HbA_{1c} reduktion på 16,5 mmol/mol (-1,5%) med Ozempic® 0,5 mg vs 12,1 mmol/mol (-1,1%) med Trulicity® 0,75 mg.¹

*** Vægtreduktion på -4,6 kg med Ozempic® 0,5 mg vs -2,3 kg med Trulicity® 0,75 mg.¹

† I SUSTAIN 6 studiet reducerede Ozempic®, sammenlignet med placebo, tillagt standardbehandling risikoen for MACE (kardiovaskulær død, ikke-fatal myokardieinfarkt eller ikke-fatal apopleksi) med 26% hos patienter med type 2-diabetes i et non-inferiority studie¹.

‡ Tilføjet standardbehandling, som omfattede oral antidiabetika, insulin, antihypertensiva, diuretika og lipidsænkende behandling.²

Referencer:

1. Godkendt produktresumé for Ozempic® (semaglutid) 10/2018. 2. Marso SP, Bain SC, Consoli A, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2-diabetes. *N Engl J Med.* 2016;375:1834-1844.