

Det er stor avstand mellom behandlingsmål og måloppnåelse ved diabetesbehandlingen i Norge. Er problemet helsevesenet, pasientene eller medikamentene?

Hvorfor er diabetesbehandling så vanskelig?

Prevalensen av type 2-diabetes er økende og den relative økningen er størst i gruppen under 50 år (1). Mye av denne økningen skyldes livsstilsfaktorer som redusert fysisk aktivitet og vektøkning. Randomiserte studier har vist at livsstilsomlegging som innebærer vektreduksjon, økt fysisk aktivitet, mer fiber i kosten og lavere inntak av mettet fett er effektivt for å forhindre eller forsinke utviklingen av type 2-diabetes i grupper med høy risiko (2). Flere studier har vist at god behandling av hyperglykemi, og spesielt av hypertensjon og dyslipidemi, fører til en reduksjon av diabetiske mikro- og makrovaskulære senkomplikasjoner. Dette har medført at intervensjonsgrenser og behandlingsmål for hypertensjon, dyslipidemi og diabetes er senket. Samtidig er mulighetene for behandling av hypertensjon og dyslipidemi blitt bedre. Særlig har statinbehandling vært effektivt for å redusere kolesterolnivået, men avstanden mellom mål og måloppnåelse er fortsatt betydelig (3).

Insulinpinner, egenmåling av blodglukose og måling av HbA_{1c} har vært viktige nyvinninger for å oppnå en bedre metabolsk kontroll. De har også betydd mye for å trekke personene med diabetes aktivt inn i behandlingen. Verken nye perorale blodglukosesenkende medikamenter eller nye typer insuliner har ført til noe gjennombrudd når det gjelder behandlingen av hyperglykemi. Vi mangler fortsatt et «statin» til behandling av diabetes.

Hva skal vi gjøre i påvente av mer effektive metoder eller medikamenter for å redusere blodglukosenivået hos et økende antall personer med diabetes? Gunstig livsstil og aktiv deltakelse i behandlingen er sentrale faktorer i en vellykket diabetesbehandling. Livsstilsendring er vanskelig, men representerer et stort potensial. Som leger har vi nok en tendens til å være lite lyttende og kanskje litt fundamentalistiske i vår rådgivning. Ethvert forsøk på atferdsendring må ta utgangspunkt i pasientens ståsted, interesser, kunnskapsnivå og vilje til forandring.

Individuelle råd og tiltak er nødvendige, men ofte ikke tilstrekkelige for å oppnå de ønskede forandringer. Tiltak som trimgrupper, turløyper og økt oppmerksomhet på fysisk aktivitet i lokalsamfunnet har vist seg å være effektive på befolkningsnivå, men krever et stort lokalt engasjement og sentrale ildsjeler. Norges Diabetesforbund har vært og er meget aktivt i opplæring både av egne medlemmer og av helsepersonell.

Det er langt igjen til vi har utnyttet det potensialet som foreligger i de tilgjengelige behandlingsoalternativene for hypertensjon, dyslipidemi og hyperglykemi. En undersøkelse fra norsk allmennpraksis viser at legene ikke legger nok vekt på livsstilsfaktorer (3). Om dette skyldes en erkjennelse av at det er vanskelig, eller om det er mangel på tid, effektive verktøy eller om det er andre årsaker, vet vi lite om. Undersøkelsen viser også at det fortsatt er mange personer med en dårlig regulert diabetes som ikke får optimal blodsukkersenkende behandling. Insulinbrukere er de som har den dårligste metabolske kontrollen. Ved godt gjennomført insulinbehandling har man mulighetene til å optimalisere blodglukoseverdiene i større grad enn det som ofte er tilfellet (4). Kunnskap om aktuelle insulin typer, god pasientopplæring, definerings av behandlingsmål for fastende og postprandial glukose, bruk av behandlingsalgoritmer, systematiske egenmålinger av blodglukosenivå og ansvarliggjøring av pasientene, er sentrale faktorer for en vellykket insulinbehandling.

Ved optimal medikamentell behandling av diabetes ender man ofte opp med en betydelig polyfarmasi: 3–5 blodsukkersenkende tabletter, 2–3 antihypertensjonstabletter, et statin og acetylsalisylsyre, til sammen 7–10 tabletter, er ikke uvanlig. Vi ønsker å tro at pasientene tar alle medikamentene som forskrives, men vet at dette ofte ikke er tilfellet. Det finnes få undersøkelser der man har sett på effekten av denne polyfarmasien. Et unntak er Steno-studien som viste en betydelig reduksjon av både mikro- og makrovaskulære komplikasjoner ved en massiv medikamentell intervensjon hos pasienter med type 2-diabetes og mikroalbuminuri (5). Studien viser tydelig at intervensjon hos pasienter med høy risiko er effektivt.

Gjennomføringen av en slik polyfarmasi er avhengig av at pasienten har en forståelse av nytten av behandlingen. Dette er igjen avhengig av en god dialog mellom pasient og helsearbeider og at pasienten er med som en aktiv deltaker i diskusjonen om forskjellige behandlingsoalternativer. Noen ganger vil valget stå mellom livsstilsendringer og økt medikalisering, og da er pasientmedvirkningen spesielt viktig. Livsstilsendringer er det vanskelig å lykkes med, og som rådgivere har vi sannsynligvis mye å lære på dette området.

En mulighet for pålitelig, ublodig og ev. kontinuerlig blodglukosemåling vil sannsynligvis komme. Fremtidsvisjonen må være å koble dette sammen med en insulinpumpe slik at man får en «kunstig pancreas». For pasienter med type 1-diabetes kan man også håpe på at transplantasjon av insulinproduserende celler blir en realitet.

Inntil det foreligger nye og bedre blodglukosesenkende medikamenter, må vi utnytte de tilgjengelige behandlingsoalternativene mer optimalt enn det som er tilfellet i dag. Vi vet at dette vil redusere forekomsten av makrovaskulær sykdom og diabetiske senkomplikasjoner. Det vil kreve mer kunnskap, større innsats både fra helsevesen og pasienter og en bedre mulighet til å kvalitetssikre behandlingen. Kunnskap om kvaliteten på den behandlingen vi gir i dag, er en forutsetning for å bli bedre i morgen.

Tor Claudi
tclaudi@online.no

Tor Claudi (f. 1947) er spesialist i allmennmedisin og indremedisin og er leder i NSAMs referansegruppe for diabetes.

Oppgitte interessekonflikter: Tor Claudi har mottatt forskningsstøtte, og/eller fått reisestøtte/holdt foredrag for alle firmaer som markedsfører insulin i Norge.

Litteratur

1. Midthjell K, Krüger Ø, Holmen J et al. Rapid changes in the prevalence of obesity and known diabetes mellitus in an adult Norwegian population. The Nord-Trøndelag Health Surveys: 1984–1986 and 1995–1997. *Diabetes Care* 1999; 22: 1813–20.
2. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344: 1343–50.
3. Claudi T, Cooper JG, Hausken MF et al. Risikointervensjon ved diabetes i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1508–10.
4. Riddle MC, Rosenstock J, Gerich J. The treat-to-target trial: randomized addition of glargine or human NPH insulin to oral therapy of type 2 diabetic patients. *Diabetes Care* 2003; 26: 3080–6.
5. Gæde P, Vedel P, Larsen N et al. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2003; 348: 283–93.