
Diabetesbehandling i forandring

REDAKSJONELT

KRISTIAN F. HANSSEN

Email: kristian.hanssen@ioks.uio.no
Endokrinologisk avdeling
Medisinsk klinikk

TORE JULSRUD BERG

Kristian F. Hanssen (f. 1942) er professor i medisin, avdelingsoverlege ved endokrinologisk avdeling, medisinsk klinikk, Aker sykehus og daglig leder av Diabetesforskningscenteret Aker-Ullevål.

Tore Julsrud Berg (f. 1962) er dr.med., lege ved medisinsk klinikk, Aker sykehus. Han sitter i styret for Scandinavian Society for the Study of Diabetes.

Email: t.j.berg@ioks.uio.no
Aker Diabetes Forskningscenter
Aker sykehus
0514 Oslo

Diabetes er en alvorlig sykdom som rammer stadig flere også i Norge. Tidsskriftet vil derfor i dette og følgende numre presentere en artikkelserie om diabetes.

De diagnostiske kriterier for diabetes er i den nye WHO-definisjonen forandret litt (1). Grensen for fastende plasmaglukose er senket fra 7,8 mmol/l til 7,0 mmol/l. Denne verdien svarer bedre til den diagnostiske grensen for type 2-diabetes etter peroral glukosebelastning (11,1 mmol/l) som nøyere gjenspeiler risikoen for mikrovaskulære komplikasjoner.

Insidensen av type 2-diabetes, som øker sykkelighet og dødelighet av hjerte- og karsykdom tre til fire ganger, øker i Norge fordi befolkningen blir eldre og mer overvektig. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag har vist at det er en økt forekomst av fedme i yngre alder som fører til en økning av sykdommen helt ned i 30-årene (2). Foreløpig er det ikke så ille her til lands som i USA, hvor 30 % av alle barn nå er overvektige og type 2-diabetes i barnealderen er blitt et nytt problem.

På verdensbasis er utbredelsen av type 2-diabetes en epidemi som krever handling. Årsaken til denne epidemien er mindre mosjon og overvekt (3). Vi må derfor oppfordre befolkningen til å utvikle fornuftige mosjons- og friluftsvaner.

Type 2-diabetes omfatter flere sykdommer som har det til felles at blodglukosenivået er forhøyet. De fleste innebærer metabolsk syndrom (hyperglykemi, magesfedme, hypertensjon, lipidforstyrrelser), noe som finnes hos mange som ennå ikke har fått særlig økt blodglukosenivå, men nedsatt glukosetoleranse. Disse pasientene har betydelig økt risiko for kardiovaskulær sykdom. De er ofte så unge at kost- og mosjonsråd skulle ha mye for seg (3). Vi vet nå at intervensjon mot hyperglykemi, hypertensjon, lipidforstyrrelser og plateadhesivitet kan nedsette sykkelighet og dødelighet betydelig ved type 2-diabetes. Å igangsette antihypertensiv behandling er minst like viktig som å redusere blodsukkernivå (4, 5). Det er mindre viktig hvilken blodtrykkssenkende eller blodsukkersenkende behandling man velger, bare behandlingsmålene oppnås (4 – 6). Behandlingsmålet for blodtrykk bør være ca. 140/85 mm Hg hos yngre pasienter med diabetes. Metformin er førstehånds blodsukkersenkende preparat i alle fall hos de overvektige. Det trengs ofte flere legemidler for å oppnå tilfredsstillende Hb Alc (under 7,0 %). Lipidsenkning til en total kolesterol/HDL-kolesterol-ratio under 5 er et mål hos alle pasienter med type 2-diabetes (7).

Det er viktig å ha et nært samarbeid med Norges Diabetesforbund, pasientenes egen organisasjon. De har laget en kampanje (BEDRING) som bygger på handlingsprogrammet til Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM). NSAM kommer med et nytt handlingsprogram om diabetes i år. Det er nylig introdusert en opplæringstakst for pasienter med diabetes i samarbeid mellom allmennpraksis og sykehus. Dette er et stort fremskritt. Samtidig er det behov for egne årstakster for nøyere undersøkelse av pasienter med type 2-diabetes i allmennpraksis.

For å lykkes i den kompliserte farmakologiske behandling av type 2-diabetes, må pasienten, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samarbeide bedre. Et godt eksempel finnes i Oslo, hvor byrådet har bevilget penger til et økt samarbeid mellom de forskjellige nivåene i Aker sektor. Det er betydelige kostnader ved polyfarmasi, og det er uklart om man kan oppnå de samme gevinstene ved behandling i dagliglivet som man gjør ved kontrollerte kliniske forsøk. Diabetesomsorgen må kvalitetssikres med bruk av informasjonsteknologi (8) slik man allerede har begynt med i allmennpraksis i Rogaland og i Salten (9).

Blodglukosereguleringen hos pasienter med type 1-diabetes i Norge er nok noe bedre enn tidligere. Vi vet imidlertid ennå ikke om dette har ført til mindre komplikasjoner i øyne og nyrer, men det er sannsynlig. Det kommer stadig nye insulinvarianter på markedet. Det er imidlertid usikkert om hurtigvirkende insulinanaloger representerer noe stort fremskritt. De kan ha sin plass hos enkelte pasienter med nattlig hypoglykemi. Hovedproblemet ved dagens insulinbehandling er den store dag-til-dag-variasjonen i absorpsjon av insulin fra subkutan vev.

Hypoglykemi er viktig fordi pasienten frykter denne komplikasjonen mest, og det begrenser muligheten for normoglykemi. Marit Bjørgaas presenterer i dette nummer av Tidsskriftet blant annet behandling av pasienter som mister symptomer på hypoglykemi (10).

Nylig har sju pasienter med type 1-diabetes fått øyceller transplantert inn i leveren. De har hatt normalt blodsukkernivå uten insulininjeksjoner i ett år (11). Det er sannsynligvis de nye immunsuppressive midler som har bidratt til denne suksessen, men vi har for få bukspyttkjertler til at dette foreløpig kan bli en vanlig behandling.

Vi sitter i dag med vitenskapelig dokumentert kunnskap som viser at type 2-diabetes kan forebygges, og vi vet hvordan vaskulære komplikasjoner kan reduseres. Det vi trenger er engasjement, kvalitetssikringssystemer og bedre opplæring.

LITTERATUR

1. Grill V, Claudi T, Følling I, Jenssen T, Hanssen K, Jervell J. Nye diagnostiske retningslinjer for diabetes mellitus – hvorfor? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1876 – 7.
2. Midthjell K, Krüger O, Holmen J, Tverdal A, Claudi T, Bjørndal A et al. Rapid changes in the prevalence of obesity and known diabetes in an adult Norwegian population. The Nord-Trøndelag Health Surveys: 1984 – 1986 and 1995 – 1997. Diabetes Care 1999; 22: 1813 – 20.
3. Berg TJ. Kan type 2-diabetes forebygges? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2330 – 3.
4. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Lancet 1998; 352: 837 – 53.
5. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UK Prospective Diabetes Study Group. BMJ 1998; 317: 703 – 13.
6. Thorsby P, Kilhovd B, Sletmo R, Martinsen S, Birkeland KI. Blodsukkersenkende behandling ved type 2-diabetes. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2334 – 40.
7. Birkeland KI, Claudi T, Hansteen V, Hanssen KF, Hjermann I, Jenssen T et al. Forebygging av hjerte- og karsykdom ved type 2-diabetes. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120, nr. 21.
8. Skeie S, Bergrem H. Bruk av informasjonsteknologi i kvalitetsutvikling av diabetesomsorgen Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1899 – 902.
9. Claudi T, Cooper J, Skogøy K, Hausken MF, Melbye H. Diabetesomsorg i norsk allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3661 – 4.

10. Bjørgaas M. Hypoglykemi – en fryktet komplikasjon ved diabetes Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2441 – 4.
 11. Shapiro AMJ, Lakey JRT, Ryan EA, Korbutt GS, Toth E, Warnock GL et al. Islet transplantation in seven patients with type 1 diabetes mellitus using a glucocorticoid-free immunosuppressive regimen. N Engl J Med 2000; 343: 230 – 8.
-

Publisert: 30. august 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.