

Skift fra GLP-1-RA for patient med type 2-diabetes og:



Færre end 3 kardiovaskulære risikofaktorer

Trin 1: Seponér GLP-1-RA

- Seponér GLP-1-RA uden udtrapning.
- Mål HbA1c ca. 6–7 uger efter seponering mhp. vurdering af respons.
- Ved forventning om utilfredsstillende glykæmisk kontrol efter seponering af GLP-1-RA kan et andet antidiabetikum opstartes umiddelbart eller indenfor 1–2 uger afhængigt af risikoen for hypoglykæmi.

Trin 2: Start behandling med metformin, hvis dette ikke er gjort

- Hvis metformin endnu ikke er startet, opstartes behandling.
- Dosis øges med 500 mg om ugen til lavest effektive dosis og max 1.000 mg 2 gange dagligt.
- Ved bivirkninger til metformin forsøges behandling som udgangspunkt 3–4 uger før andet lægemiddel afprøves.
- Mål HbA1c ca. 6–7 uger efter endelig optitrering mhp. vurdering af respons.

Trin 3: Intensiver behandling afhængigt af HbA1c

- Hvis tilfredsstillende glykæmisk kontrol ikke kan opnås på metformin alene, startes en DPP-4-H, SGLT-2-H eller SU. Disse er som udgangspunkt ligeværdige behandlingsalternativer (SU bør dog ikke anvendes hos personer med høj risiko for hypoglykæmi inkl. skrøbelige individer og ældre >75 år).
- Mål HbA1c efter ca. 6–7 uger efter endelig optitrering af senest ordinerede antidiabetikum.
- Ved utilstrækkeligt glykæmisk respons øges dosis eller der tillægges DPP-4-H, SGLT-2-H eller SU.
- Medmindre der er kontraindikationer, bør kombinationsbehandling med metformin, DPP-4-H, SGLT-2-H og SU forsøges før evt. tillæg af GLP-1-RA.
- Se evt. DES/DSAMs vejledning for yderligere vejledning.

Trin 4: Tillæg GLP-1-RA

- GLP-1-RA tillægges ved utilstrækkelig glykæmisk kontrol på kombinationsbehandling med metformin, DPP-4-H, SGLT-2-H og SU.
- Ved tillæg af GLP-1-RA seponeres DPP-4-H pga. overlappende effekt.

Mindst 3 kardiovaskulære risikofaktorer

Trin 1: Seponér GLP-1-RA

- Seponér GLP-1-RA uden udtrapning.
- Mål HbA1c ca. 6–7 uger efter seponering mhp. vurdering af respons.
- Ved forventning om utilfredsstillende glykæmisk kontrol efter seponering af GLP-1-RA kan et andet antidiabetikum opstartes umiddelbart eller indenfor 1–2 uger afhængigt af risikoen for hypoglykæmi.

Trin 2: Start behandling med metformin, hvis dette ikke er gjort

- Hvis metformin endnu ikke er startet, opstartes behandling.
- Dosis øges med 500 mg om ugen til lavest effektive dosis og max 1.000 mg 2 gange dagligt.
- Ved bivirkninger til metformin forsøges behandling som udgangspunkt 3–4 uger før andet lægemiddel afprøves.
- Mål HbA1c ca. 6–7 uger efter endelig optitrering mhp. vurdering af respons.

Trin 3: Start SGLT-2-H afhængigt af HbA1c

- Hvis tilfredsstillende glykæmisk kontrol ikke opnås på metformin alene, startes en SGLT-2-H.
- Ved kontraindikationer eller intolerable bivirkninger til SGLT-2-H ordineres en GLP-1-RA.
- Mål HbA1c ca. 6–7 uger efter endelig optitrering mhp. vurdering af respons.

Trin 4: Intensiver behandling afhængigt af HbA1c

- Ved utilstrækkeligt glykæmisk respons tillægges DPP-4-H (med mindre patienten får GLP-1-RA) eller SU (SU bør dog ikke anvendes hos personer med høj risiko for hypoglykæmi inkl. skrøbelige individer og ældre >75 år).
- Medmindre der er kontraindikationer, bør kombinationsbehandling med metformin, DPP-4-H, SGLT-2-H og SU forsøges før evt. tillæg af GLP-1-RA.
- Se evt. DES/DSAMs vejledning for yderligere vejledning.

Trin 5: Tillæg GLP-1-RA

- GLP-1-RA tillægges ved utilstrækkelig glykæmisk kontrol på kombinationsbehandling med metformin, DPP-4-H, SGLT-2-H og SU.
- Ved tillæg af GLP-1-RA seponeres DPP-4-H pga. overlappende effekt.

Iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt eller nyresygdom

Trin 1: Seponér GLP-1-RA og ordiner SGLT-2-H

- Seponér GLP-1-RA, medmindre der er kontraindikationer for SGLT-2-H.
- Ordiner SGLT-2-H. Pause er ikke nødvendig, og opstart af SGLT-2-H må ikke forsinkes af optitrering af metformin.

Trin 2: Start behandling med metformin, hvis dette ikke er gjort

- Hvis metformin endnu ikke er startet opstartes behandling efter ca. 2 ugers stabil behandling med SGLT-2-H.
- Metformin ordineres uafhængigt af HbA1c.
- Dosis øges med 500 mg om ugen til lavest effektive dosis og max 1.000 mg 2 gange dagligt.
- Ved bivirkninger til metformin forsøges behandling som udgangspunkt 3–4 uger før andet lægemiddel afprøves.
- Mål HbA1c ca. 6–7 uger efter endelig optitrering mhp. vurdering af respons.

Trin 3: Intensiver behandling afhængigt af HbA1c

- Ved utilstrækkeligt glykæmisk respons tillægges DPP-4-H eller SU (SU bør dog ikke anvendes hos personer med høj risiko for hypoglykæmi inkl. skrøbelige individer og ældre >75 år).
- Medmindre der er kontraindikationer, bør kombinationsbehandling med metformin, DPP-4-H, SGLT-2-H og SU forsøges før evt. tillæg af GLP-1-RA.
- Se evt. DES/DSAMs vejledning for yderligere vejledning.

Trin 4: Tillæg GLP-1-RA

- GLP-1-RA tillægges ved utilstrækkelig glykæmisk kontrol på kombinationsbehandling med metformin, DPP-4-H, SGLT-2-H og SU.
- Ved tillæg af GLP-1-RA seponeres DPP-4-H pga. overlappende effekt.

Baggrunden for udarbejdelse af algoritmen er Lægemiddelstyrelsens skærpelse af klausulen for tilskud til GLP-1-RA med virkning fra den 25. november 2024.

Fremtidig tilskudsklausul for GLP-1-RA:

"Patienter med type 2-diabetes, hvor SGLT-2-hæmmer ikke kan anvendes på grund af intolerance eller svært nedsat nyrefunktion, og som enten har:

- 1) hjertekar- eller nyresygdom eller
- 2) mindst tre risikofaktorer for hjertekarsygdom og samtidig utilstrækkelig glykæmisk kontrol med metformin.

Alle patienter med type 2-diabetes, som ikke har tilfredsstillende glykæmisk kontrol ved behandling med alle relevante orale antidiabetika, herunder SGLT-2-hæmmer"

Udvalgte glukosesænkende lægemidler med generelt tilskud eller generelt klausuleret tilskud

DPP-4-hæmmer ● (DPP-4-H)	Sitagliptin (Januvia) Vildagliptin
GLP-1-receptoragonist ☒ (GLP-1-RA)	Dulaglutid (Trulicity) Semaglutid (Ozempic) Semaglutid, p.o. (Rybelsus)
SGLT-2-hæmmer ● (SGLT-2-H)	Canagliflozin (Invokana) Dapagliflozin (Forxiga) Empagliflozin (Jardiance)
Sulfonylurinstof ● (SU)	Gliclazid Glimepirid

Generelt tilskud markeret med ●.

Generelt klausuleret tilskud markeret med ☒.

Generelt

Risikoprofil og organbeskyttelse

- Valg af farmakologisk glukosesænkende behandling tilrettelægges iht. patientens risikoprofil, hvor der overordnet skelnes mellem følgende grupper:
 1. Patienter med færre end tre risikofaktorer for iskæmisk hjertekarsygdom.
 2. Patienter med tre eller flere risikofaktorer for iskæmisk hjertekarsygdom.
 3. Patienter med iskæmisk hjertekarsygdom, hjertesvigt, eller nyresygdom.
- Risikofaktorer for iskæmisk hjertekarsygdom omfatter:
 1. Alder >60 år.
 2. Mandligt køn.
 3. Familiær disposition (nært beslægtet familiemedlem med debut af kardiovaskulær sygdom i alder <55 år for mænd, <65 år for kvinder).
 4. Dysreguleret hypertension (BT >130/80 mmHg trods behandling).
 5. Dyslipidæmi (LDL kolesterol >1,8 mmol/l trods behandling).
 6. Rygning >10 pakkeår.
- Kombinationsbehandling af GLP-1-RA og SGLT-2-H har ingen dokumenteret yderligere organbeskyttende effekt sammenlignet med monoterapi.

Bemærkninger vedr. GLP-1-RA

- Reduktionen i HbA1c er ca. 0,2 %-point større ved behandling med Ozempic 2,0 mg/uge sammenlignet 1,0 mg/uge, mens prisen er dobbelt så høj. Ozempic 2,0 mg/uge vil sjældent være indiceret.
- Overvægt giver ikke anledning til klausuleret tilskud til behandling med GLP-1-RA.

Bemærkninger vedr. SGLT-2-H

- SGLT-2-H er kontraindiceret ved svært nedsat nyrefunktion eller ketoacidose uden anden kendt årsag end behandling med SGLT-2-H.
- Enkelttilfælde af genital svampeinfektion er som udgangspunkt ikke indikation for at stoppe behandling med SGLT-2-H.
- Hyppig vandladning aftager typisk inden for de første måneder efter behandlingsstart med SGLT-2-H, hvorfor bedring ofte bør afventes før seponering.

Bemærkninger vedr. SU og insulin

- SU bør ikke anvendes hos personer med høj risiko for hypoglykæmi inkl. skrøbelige individer og ældre >75 år.
- Basalinsulin kan være rationel tillægsbehandling til udvalgte patienter. Der henvises til DES/DSAMs vejledning.