

Til

nn

NORSK
DIABETES
REGISTER
for voksne

Årsrapport 2014

Diabetes mellitus rammer 4 % av den norske befolkningen, og forekomsten av type 2-diabetes er økende. Helsedirektoratet har for 2009 estimert kostnadene til drøyt 4 milliarder kroner, der det meste brukes til behandling av senkomplikasjoner. Moderne diabetesbehandling, som vektlegger både å senke glukosenivået og å behandle den økte risikoen for hjerte- og karsykdommer, vil i betydelig grad redusere lidelse, komplikasjoner og kostnader.

Et bedre liv med diabetes

ÅRSRAPPORT 2014

Rapporten baserer seg på innsendte data fra Noklus diabeteskjema for 2014. Rapporten delt inn slik at første del av rapporten omhandler listepasienter med type 2-diabetes, mens andre del av rapporten omhandler listepasienter med type 1-diabetes.

Rapporten er delt i fem hovedavsnitt med tabeller og kortfattede kommentarer: Demografi, prosedyrer, behandling, måloppnåelse og komplikasjoner. Kommentarene er basert på nasjonale kliniske retningslinjer for diabetesområdet (www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-diabetes). Ved behov for detaljert informasjon bør du slå opp i retningslinjene.

I rapporten vil data fra dine listepasienter med type 2-diabetes sammenstilles med data fra 159 allmennleger og 3870 diabetespasienter og dine listepasienter med type 1-diabetes vil sammenstilles med data fra 63 allmennleger og 369 diabetespasienter. Bare leger som har rapportert inn data fra relativt mange av sine pasienter er med i sammenligningsgrunnlaget.

I tabellene kommer dine tall først (grønne kolonner), deretter kollegafordelingen (hvite kolonner). Denne fordelingen er vist med **gjennomsnitt og prosentiler** (persentiler), dvs. at tallene fra kollegene er rangordnet fra "færrest" til "flest". Dersom din verdi ligger mellom 10- og 90-prosentilen, er du med i de "midterste" 80 prosentene av fordelingen, dvs. at 10 % av deltakerne har lavere verdier enn 10-prosentilen, og 10 % har høyere verdier enn 90-prosentilen

Alle allmennleger som har sendt inn registreringer, får tilbakemelding. Dersom få pasienter har samtykket eller mange skjemaer er ufullstendig utfylt, vil rapporten selvsagt i mindre grad gi inntrykk av din praksis. **Manglende data er markert med en strek i tabellene.**

Vi tror alle vil ha nytte av å gå gjennom rapporten, gjerne sammen med en eller flere kolleger som har brukt diabeteskjemaet. Og når diabetesregisteret etter hvert får inn mer data, vil årsrapporten bli enda nyttigere!

Med vennlig hilsen,

John Cooper
Medisinsk leder Norsk diabetesregister for voksne/
Endokrinolog

Sverre Sandberg
Leder Noklus

Karianne Fjeld Løvaas
Seksjonsleder Norsk diabetesregister for voksne

Geir Thue
Seksjonsleder Noklus/ Fastlege

Pasienter med type 2-diabetes

Del 1 – Demografi

Nedenfor finner du noen nøkkeltall og aldersfordeling for listepasienter med type 2-diabetes.

Tabell 1: Nøkkeltall.

Type 2-diabetes	Dine listepasienter	Alle praksiser	
		Gj.snitt	10-90 prosentiler
Antall pasienter	42	24	11-40
Prosentandel kvinner	21	45	24-69
Alder (gjennomsnitt)	68	66	61-71
Sykdomsvarighet i år (gjennomsnitt)	11	9,5	7,0-12

Tabell 2: Aldersfordeling. Diabetesregisteret mottar data for personer med diabetes som er 18 år og eldre. For personer ≥ 81 år gjelder andre behandlingsmål enn for "yngre".

Type 2-diabetes	Dine listepasienter		Alle praksiser	
	Antall pas.	% (n=42)	Gj.snitt (%)	10-90 prosentiler
Alder				
18-29	0	0,0	0,5	0,0-0,5
30-39	0	0,0	1,9	0,0-8,0
40-49	0	0,0	8,4	0,0-17
50-59	9	21	20	7,7-35
60-69	17	40	31	17-46
70-80	11	26	27	14-41
≥ 81 år	5	12	11	0,0-23

Del 2 – Prosedyrer

Retningslinjene anbefaler at måling av HbA1c, blodtrykk og vekt inngår i rutinekontrollene. En gang årlig bør det dessuten måles lipider og mikroalbumin i urin, gjøres kartlegging av røykevaner, undersøkelse av føtter og undersøkelse av øyebunn hos øyelege (ev. annethvert år hos velregulerte uten retinopati). Høyde og risiko for prematur koronarsykdom bør også være dokumentert i journalen.

Ulike forhold innebærer at det ikke er rimelig å forvente at dette er ført inn i diabeteskjemaet hos alle. HbA1c-måling, blodtrykksmåling, lipidmålingene, registrering av røykevaner, øyebunnsundersøkelse, høyde og vekt bør være dokumentert hos 90 %. Undersøkelse av føtter bør være dokumentert hos 70 %.

Ved alder over 80 år bør man vurdere indikasjonen for analyse av lipider og mikroalbumin ut fra relevansen for forebygging av senkomplikasjoner. For lipider er det derfor kun pasienter ≤ 80 år som er med i utvalget i tabell 3. For de andre variablene er alle pasientene med type 2 med i utvalget.

Når det gjelder lipider, brukes nå LDL-kolesterol mest i risikostratifiseringen fremfor ratio totalkolesterol/HDL-kolesterol. Særlig lavt HDL-kolesterol ($<1,0$ mmol/l), men også høyt triglyseridnivå ($\geq 1,7$ mmol/l) gir tilleggsinformasjon som styrker indikasjonen for kostholdsintervensjon og statinbehandling, jf. del 4.

Tabell 3: Prosentandel av type 2-diabetespasienter med prosedyrer dokumentert i Noklus diabeteskjema.

Type 2-diabetes	Dine listepasienter		Alle praksiser	
	Antall pas.	% (n=42)	Gj.snitt (%)	10-90 prosentiler
Måling av HbA1c	42	100	95	88-100
Måling av blodtrykk	42	100	94	82-100
Røykevaner angitt	42	100	90	68-100
Vekt angitt	42	100	84	43-100
Høyde angitt	42	100	90	60-100
Undersøkelse av fotpuls	42	100	64	11-100
Undersøkelse med monofilament og/eller stemmegaffel	42	100	64	15-100
Undersøkelse av øyebunn	23	55	64	42-88
Kartlagt om det er prematur koronarsykdom i familien	39	93	74	19-100
		% (n=37)		
Måling av total-kolesterol	36	97	81	49-100
Måling av HDL-kolesterol	36	97	78	40-100
Måling av LDL-kolesterol	36	97	74	31-100

* For HbA1c, blodtrykk, røykevaner, vekt og undersøkelser av føtter er kun data fra 1.10.2014-31.12.2014 tatt med (15 mnd tilbake). Måling av kolesterol/HDL/LDL og undersøkelse av øyebunn er tatt med dersom det foreligger svar fra 1.7.2012-31.12.2014 (30 mnd tilbake)

*Mikroalbumin er ikke med i tabellen pga av at benevnelse er lite standardisert i journalen og uttrekket til registeret er derfor mangelfullt.

Del 3 – Behandling

Behandlingen av diabetes retter seg som kjent mot å forebygge både mikro- og makrovaskulære komplikasjoner, og den medikamentelle behandlingen (effekten er godt dokumentert) blir derfor ofte ganske omfattende. I blodtrykkdelen av UKPDS-undersøkelsen¹ måtte en tredel av diabetespasientene behandles med tre eller flere blodtrykkssenkende medikamenter for å oppnå tilfredsstillende blodtrykk. Videre bør de fleste (ca. 75 %) av pasientene med type 2-diabetes tilbys behandling med statiner.

Tabell 4 gir en oversikt over prosentandelene av pasienter med type 2-diabetes som får:

- medikamenter mot hyperglykemi
- medikamenter mot hypertensjon
- medikamenter mot dyslipidemi
- tromboseprofylakse

Type 2-diabetes	Dine listepasienter		Alle praksiser	
	Antall pas.	% (n*)	Gj.snitt (%)	10-90 prosentiler
Hyperglykemi				
Bare kost og mosjon	9	21 (42)	25	7,0-46
Bare glukosesenkende medikamenter unntatt insulin	26	62 (42)	57	38-78
Insulin (ev. sammen med annen glukosesenkende behandling)	7	17 (42)	17	4,0-31
Hypertensjon				
Behandlet for hypertensjon	30	71 (42)	71	53-89
-herav med 1 medikament	13	43 (30)	28	13-44
-herav med 2 medikamenter	5	17 (30)	30	13-45
-herav med 3 eller flere medik.	12	40 (30)	42	22-61
Dyslipidemi				
Statiner	28	67 (42)	62	42-80
Tromboseprofylakse				
Acetylsalicylsyre/andre platehemmere	22	52 (42)	39	15-61
Warfarin	1	2,4 (42)	5,7	0,0-15

* Fordi enkelte skjemaer kan være ufullstendig utfylt, vil antallet (n) som grunnlag for prosentberegningen variere.

Del 4 – Måloppnåelse

Nasjonale retningslinjer anbefaler at personer med diabetes bør ha:

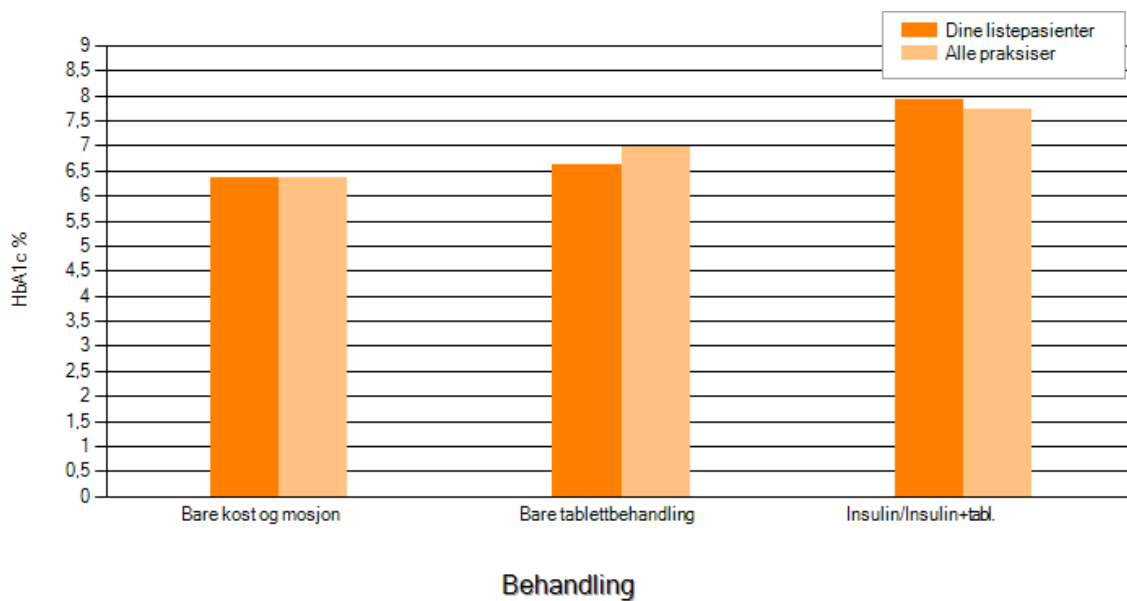
- Normal kroppsvekt. Det tilstrebes en vektreduksjon på minst 5-10 % ved overvekt ($KMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) eller fedme ($KMI > 30 \text{ kg/m}^2$)
- HbA1c på $\leq 7,0 \%$
- Systolisk blodtrykk (SBT) $\leq 135 \text{ mmHg}$
- Diastolisk blodtrykk (DBT) $\leq 80 \text{ mmHg}$
- LDL-kolesterol som er (jf. omtale under prosedyrer):
 - $\leq 3,5 \text{ mmol/L}$ hos pasienter uten kjent hjerte- og karsykdom som ikke behandles med statiner
 - $\leq 2,5 \text{ mmol/L}$ hos pasienter uten kjent hjerte- og karsykdom som behandles med statiner
 - $\leq 1,8 \text{ mmol/L}$ hos pasienter med kjent hjerte- og karsykdom (i hovedsak koronar hjertesykdom og hjerneslag). Alle bør behandles med statiner.

Tabell 5: Måloppnåelse hos listepasienter med type 2-diabetes.

Type 2-diabetes	Dine listepasienter		Alle praksiser	
	Antall pas.	Gj.snitt	Gj.snitt	10-90 prosentiler
KMI (kg/m^2)	42	28	30	28-33
HbA1c (%)	42	6,8	7,0	6,6-7,4
SBT (mmHg)	42	133	135	128-143
DBT (mmHg)	42	77	78	73-82
LDL-kolesterol (mmol/L)	36	2,8	2,7	2,2-3,3
Antall og prosentandel som har:	Antall pas.	% (n*)	Gj.snitt (%)	10-90 prosentiler
KMI $\leq 25 \text{ kg/m}^2$	11	26 (42)	19	3,4-33
KMI $> 30 \text{ kg/m}^2$ (fedme)	12	29 (42)	44	25-70
HbA1c $\leq 7,0 \%$ (behandlingsmål)	29	69 (42)	63	39-83
HbA1c 7,1-8,0 %	8	19 (42)	24	9,1-41
HbA1c 8,1-9,0 %	4	9,5 (42)	9,0	0,0-21
HbA1c $>9,0 \%$	1	2,4 (42)	4,1	0,0-12
SBT $\leq 135 \text{ mmHg}$	23	55 (42)	56	33-79
SBT $\leq 135 \text{ mmHg}$ u/behandling	9	75 (12)	66	32-100
SBT $\leq 135 \text{ mmHg}$ m/behandling	14	47 (30)	50	23-77
DBT $\leq 80 \text{ mmHg}$	29	69 (42)	69	46-89
LDL med mål $\leq 3,5 \text{ mmol/L}$ (Pas. uten hjerte- og karsykdom og ikke statinbeh.)	7	64 (11)	66	25-100
LDL med mål $\leq 2,5 \text{ mmol/L}$ (Pas. uten hjerte- og karsykdom, men med statinbeh)	9	50 (18)	55	16-100
LDL med mål $\leq 1,8 \text{ mmol/L}$ (Pas. med hjerte- og karsykdom)	0	0,0 (7)	34	0,0-100
Prosentandel dagligrøykere	4	9,5 (42)	18	3,7-33

* Fordi enkelte skjemaer kan være ufullstendig utfylt, vil antallet (n) som grunnlag for prosentberegningen variere. Gjennomsnittsverdiene er basert på siste resultat.

Figur 1: Oversikt over HbA1c-verdier i forhold til type blodsukkersenkende behandling for pasienter med type 2-diabetes sammenlignet med "alle praksiser".



Del 5 – Komplikasjoner

Tabell 6 viser forekomsten av viktige diabetes-komplikasjoner i din praksis.

Til sammenligning viser europeiske data fra 2002² at 72 % av pasienter med type 2-diabetes hadde minst én mikro- eller makrovaskulær komplikasjon og at 24 % hadde både mikro- og makrovaskulære komplikasjoner, for eksempel både retinopati og koronarsykdom. I en norsk undersøkelse med data fra 2004³ ble det funnet retinopati hos 20 %, kjent angina eller hjerteinfarkt hos 24 % og kjent hjerneslag/TIA hos 9 %. I diabetesskjemaet skal TIA ikke tas med under hjerneslag, og prosentandelen for hjernelag (alle praksiser) kan derfor synes høy, mens andelen med retinopati er lav og indikerer ufullstendig rapportering. I 2012 var diabetes den primære årsaken til nyreerstattende behandling (RRT) hos 30 pasienter med type 1-diabetes og 55 pasienter med type 2-diabetes. I tillegg hadde 82 pasienter (alle type-2 diabetes) med annen primær nyresykdom diabetes som co-morbiditet. Totalt hadde derfor 33 % av nye pasienter med behov for nyreerstattende behandling i 2012 diabetes (nefrologiregisteret, www.nephro.no).

Tabell 6: Registrerte komplikasjoner.

Type 2-diabetes	Dine listepasienter		Alle praksiser	
	Antall pas.	% (n*)	Gj.snitt (%)	10-90 prosentiler
Koronarsykdom	7	17 (42)	20	5,9-33
Hjerneslag	2	4,8 (42)	5,8	0,0-16
Amputasjon	0	0,0 (42)	0,9	0,0-1,9
Karkirurgi	2	4,8 (42)	2,5	0,0-8,3
Manglende fotpuls	8	19 (42)	9,2	0,0-25
Hatt sår nedenfor ankelen	0	0,0 (42)	2,7	0,0-8,5
Perifer nevropati	3	7,1 (42)	16	0,0-38
Nedsatt syn	0	0,0 (42)	5,1	0,0-13
Ikke laserbehandlet retinopati	5	12 (41)	6,3	0,0-17
Laserbehandlet retinopati	0	0,0 (41)	1,8	0,0-7,1
Mikroalbuminuri	8	19 (42)	7,2	0,0-21
Proteinuri	0	0,0 (42)	2,4	0,0-9,9
Moderat nyresvikt, dvs. eGFR 30-59 (basert på kreatinin, alder og kjønn)	14	34 (41)	16	0,0-32
Alvorlig nyresvikt, dvs. eGFR<30 (basert på kreatinin, alder og kjønn)	0	0,0 (41)	1,9	0,0-6,9

* Fordi enkelte skjemaer kan være ufullstendig utfylt, vil antallet (n) som grunnlag for prosentberegningen variere.

Pasienter med type 1-diabetes

Del 1 – Demografi

Nedenfor finner du noen nøkkeltall og aldersfordeling for listepasienter med type 1-diabetes.

Tabell 7: Nøkkeltall.

Type 1-diabetes	Dine listepasienter	Alle praksiser	
		Gj.snitt	10-90 prosentiler
Antall pasienter	6	5,7	3,0-9,0
Prosentandel kvinner	33	47	0,0-100
Alder (gjennomsnitt)	54	52	42-66
Sykdomsvarighet i år (gjennomsnitt)	15	23	13-30

Tabell 8: Aldersfordeling. Diabetesregisteret mottar data for personer med diabetes som er 18 år og eldre.

Type 1-diabetes	Dine listepasienter		Alle praksiser	
	Antall pas.	% (n=6)	Gj.snitt (%)	10-90 prosentiler
Alder				
18-29	0	0,0	13	0,0-40
30-39	2	33	11	0,0-33
40-49	1	17	19	0,0-43
50-59	1	17	24	0,0-43
60-69	1	17	20	0,0-40
70-80	0	0,0	10	0,0-33
≥ 81 år	1	17	3,4	0,0-17

Del 2 – Prosedyrer

Retningslinjene anbefaler at måling av HbA1c, blodtrykk og vekt inngår i rutinekontrollene. En gang årlig bør det dessuten måles lipider og mikroalbumin i urin, gjøres kartlegging av røykevaner, undersøkelse av føtter og undersøkelse av øyebunn hos øyelege (ev. annethvert år hos velregulerte uten retinopati). Høyde og risiko for prematur koronarsykdom bør også være dokumentert i journalen.

Ulike forhold innebærer at det ikke er rimelig å forvente at dette er ført inn i diabeteskjemaet hos alle. HbA1c-måling, blodtrykksmåling, lipidmålingene, registrering av røykevaner, øyebunnsundersøkelse, høyde og vekt bør være dokumentert hos 90 %. Undersøkelse av føtter bør være dokumentert hos 70 %.

Ved alder over 80 år bør man vurdere indikasjonen for analyse av lipider og mikroalbumin ut fra relevansen for forebygging av senkomplikasjoner. For lipider er det derfor kun pasienter ≤ 80 år som er med i utvalget i tabell 9. For de andre variablene er alle pasientene med type 1 med i utvalget.

Når det gjelder lipider, brukes nå LDL-kolesterol mest i risikostratifiseringen fremfor ratio totalkolesterol/HDL-kolesterol. Særlig lavt HDL-kolesterol ($<1,0$ mmol/l), men også høyt triglyseridnivå ($\geq 1,7$ mmol/l) gir tilleggsinformasjon som styrker indikasjonen for kostholdsintervensjon og statinbehandling, jf. del 4.

Tabell 9: Prosentandel av type 1-diabetespasienter med prosedyrer dokumentert i Noklus diabeteskjema.

Type 1-diabetes	Dine listepasienter		Alle praksiser	
	Antall pas.	% (n=6)	Gj.snitt (%)	10-90 prosentiler
Måling av HbA1c	6	100	85	60-100
Måling av blodtrykk	6	100	96	80-100
Røykevaner angitt	6	100	89	57-100
Vekt angitt	6	100	88	67-100
Høyde angitt	6	100	96	80-100
Undersøkelse av fotpuls	6	100	70	33-100
Undersøkelse med monofilament og/eller stemmegaffel	6	100	71	33-100
Undersøkelse av øyebunn	4	67	77	43-100
Kartlagt om det er prematur koronarsykdom i familien	6	100	64	17-100
		% (n=5)		
Måling av total-kolesterol	5	100	67	20-100
Måling av LDL-kolesterol	5	100	67	20-100

* For HbA1c, blodtrykk, røykevaner, vekt og undersøkelser av føtter er kun data fra 1.10.2013-31.12.2014 tatt med (15 mnd tilbake). Måling av kolesterol/HDL/LDL og undersøkelse av øyebunn er tatt med dersom det foreligger svar fra 1.7.2012-31.12.2014 (30 mnd tilbake)

*Mikroalbumin er ikke med i tabellen pga av at benevnelse er lite standardisert i journalen og uttrekket til registeret er derfor mangelfullt.

Del 3 – Behandling

Tabell 10 gir en oversikt over prosentandelene av pasienter med type 1-diabetes som får:

- medikamenter mot hypertensjon
- medikamenter mot dyslipidemi
- tromboseprofylakse

Type 1-diabetes	Dine listepasienter		Alle praksiser	
	Antall pas.	% (n*)	Gj.snitt (%)	10-90 prosentiler
Hypertensjon				
Behandlet for hypertensjon	3	50 (6)	52	20-100
Dyslipidemi				
Statiner	2	33 (6)	49	25-86
Tromboseprofylakse				
Acetylsalicylsyre/andre platehemmere	1	17 (6)	26	0,0-60
Antikoagulasjonsbehandling	0	0,0 (6)	2,2	0,0-2,7

* Fordi enkelte skjemaer kan være ufullstendig utfyllt, vil antallet (n) som grunnlag for prosentberegningen variere.

Del 4 – Måloppnåelse

Nasjonale retningslinjer anbefaler at personer med diabetes bør ha:

- HbA1c på $\leq 7,0$ %
- Systolisk blodtrykk (SBT) ≤ 135 mmHg
- Diastolisk blodtrykk (DBT) ≤ 80 mmHg
- LDL-kolesterol som er (jf. omtale under prosedyrer):
 - $\leq 3,5$ mmol/L hos pasienter uten kjent hjerte- og karsykdom som ikke behandles med statiner
 - $\leq 2,5$ mmol/L hos pasienter uten kjent hjerte- og karsykdom som behandles med statiner
 - $\leq 1,8$ mmol/L hos pasienter med kjent hjerte- og karsykdom (i hovedsak koronar hjertesykdom og hjerneslag). Alle bør behandles med statiner.

Tabell 11: Måloppnåelse hos listepasienter med type 1-diabetes.

	Dine listepasienter		Alle praksiser	
Type 1-diabetes	Antall pas.	Gj.snitt	Gj.snitt	10-90 prosentiler
HbA1c (%)	6	6,7	7,8	7,1-8,8
SBT (mmHg)	6	125	129	121-136
DBT (mmHg)	6	79	75	68-81
LDL-kolesterol (mmol/L)	5	3,3	2,7	2,1-3,2
Antall og prosentandel som har:	Antall pas.	% (n*)	Gj.snitt (%)	10-90 prosentiler
HbA1c $\leq 7,0$ %	4	67 (6)	28	0,0-67
HbA1c 7,1-8,0 %	2	33 (6)	37	0,0-67
HbA1c 8,1-9,0 %	0	0,0 (6)	17	0,0-40
HbA1c $> 9,0$ %	0	0,0 (6)	17	0,0-40
SBT ≤ 135 mmHg	6	100 (6)	71	40-100
SBT ≤ 135 mmHg u/behandling	3	100 (3)	80	50-100
SBT ≤ 135 mmHg m/behandling	3	100 (3)	63	33-100
DBT ≤ 80 mmHg	2	33 (6)	79	60-100
LDL med mål $\leq 3,5$ mmol/L (Pas. uten hjerte- og karsykdom og ikke statinbeh.)	2	50 (4)	83	50-100
LDL med mål $\leq 2,5$ mmol/L (Pas. uten hjerte- og karsykdom, men med statinbeh)	0	0,0 (1)	65	0,0-100
LDL med mål $\leq 1,8$ mmol/L (Pas. med hjerte- og karsykdom)	-	-(0)	27	0,0-100
Prosentandel dagligrøykere	0	0,0 (6)	20	0,0-50

* Fordi enkelte skjemaer kan være ufullstendig utfylt, vil antallet (n) som grunnlag for prosentberegningen variere. Gjennomsnittsverdiene er basert på siste resultat.

Del 5 – Komplikasjoner

I 2012 var diabetes den primære årsaken til nyreerstattende behandling (RRT) hos 30 pasienter med type 1-diabetes og 55 pasienter med type 2-diabetes. I tillegg hadde 82 pasienter (alle type-2 diabetes) med annen primær nyresykdom diabetes som co-morbiditet. Totalt hadde derfor 33 % av nye pasienter med behov for nyreerstattende behandling i 2012 diabetes (nefrologiregisteret, www.nephro.no).

Tabell 12 viser forekomsten av viktige diabeteskomplikasjoner i din praksis.

Type 1-diabetes	Dine listepasienter		Alle praksiser	
	Antall pas.	% (n*)	Gj.snitt (%)	10-90 prosentiler
Koronarsykdom	0	0,0 (6)	13	0,0-33
Hjerneslag	0	0,0 (6)	4,5	0,0-20
Amputasjon	0	0,0 (6)	1,3	0,0-0,0
Karkirurgi	0	0,0 (6)	3,0	0,0-10
Manglende fotpuls	0	0,0 (6)	4,8	0,0-22
Hatt sår nedenfor ankelen	0	0,0 (6)	4,8	0,0-20
Perifer nevropati	0	0,0 (6)	9,7	0,0-33
Nedsatt syn	0	0,0 (6)	5,5	0,0-20
Ikke laserbehandlet retinopati	3	50 (6)	25	0,0-57
Laserbehandlet retinopati	0	0,0 (6)	14	0,0-33
Mikroalbuminuri	0	0,0 (6)	8,8	0,0-33
Proteinuri	0	0,0 (6)	3,3	0,0-17
Moderat nyresvikt, dvs. eGFR 30-59 (basert på kreatinin, alder og kjønn)	1	17 (6)	7,2	0,0-25
Alvorlig nyresvikt, dvs. eGFR<30 (basert på kreatinin, alder og kjønn)	0	0,0 (6)	1,0	0,0-0,0

* Fordi enkelte skjemaer kan være ufullstendig utfylt, vil antallet (n) som grunnlag for prosentberegningen variere.

Referanser:

- (1) UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *BMJ* 1998; 317(7160):703-713.
- (2) Williams R, Van GL, Lucioni C. Assessing the impact of complications on the costs of Type II diabetes. *Diabetologia* 2002; 45(7):S13-S17.
- (3) Jenssen TG, Tonstad, Claudi T, Midthjell K, Cooper J. The gap between guidelines and practice in the treatment of type 2 diabetes: A nationwide survey in Norway. *Diabetes Res Clin Pract.* 2008 May;80(2):314-20.