

Til

nn

NORSK  
DIABETES  
REGISTER  
for voksne

# Årsrapport 2013

**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 2013

Rapporten baserer seg på innsendte data fra Noklus diabeteskjema for 2013. 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](http://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 127 allmennleger og 2814 diabetespasienter og dine listepasienter med type 1-diabetes vil sammenstilles med data fra 32 allmennleger og 185 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	37	22	11-39
Prosentandel kvinner	30	44	19-68
Alder (gjennomsnitt)	67	65	60-71
Sykdomsvarighet i år (gjennomsnitt)	12	9,0	6,7-11

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

Type 2-diabetes	Dine listepasienter		Alle praksiser	
	Antall pas.	% (n=37)	Gj.snitt (%)	10-90 prosentiler
Alder				
18-29	0	0,0	0,4	0,0-0,0
30-39	0	0,0	2,6	0,0-9,1
40-49	3	8,1	8,6	0,0-18
50-59	5	14	21	8,7-35
60-69	14	38	31	14-47
70-80	10	27	26	9,1-40
$\geq 81$ år	5	14	11	0,0-20

## 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  $\leq 80$  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=37)	Gj.snitt (%)	10-90 prosentiler
Måling av HbA1c	37	100	97	93-100
Måling av blodtrykk	37	100	96	88-100
Røykevaner angitt	37	100	97	89-100
Vekt angitt	37	100	95	85-100
Høyde angitt	37	100	97	92-100
Undersøkelse av fotpuls	37	100	65	6,6-100
Undersøkelse med monofilament og/eller stemmegaffel	37	100	65	7,1-100
Undersøkelse av øyebunn	30	81	57	8,1-86
Kartlagt om det er prematur koronarsykdom i familien	35	95	89	79-100
		<b>% (n=32)</b>		
Måling av total-kolesterol	30	94	78	35-100
Måling av HDL-kolesterol	30	94	75	25-100
Måling av LDL-kolesterol	30	94	74	24-100

\* For HbA1c, blodtrykk, røykevaner, vekt og undersøkelser av føtter er kun data fra 1.10.2012-31.12.2013 tatt med (15 mnd tilbake). Måling av kolesterol/HDL/LDL og undersøkelse av øyebunn er tatt med dersom det foreligger svar fra 1.7.2011-31.12.2013 (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-undersøkelsen<sup>1</sup> 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
<b>Hyperglykemi</b>				
Bare kost og mosjon	8	22 (37)	28	8,3-48
Bare glukosesenkende medikamenter unntatt insulin	20	54 (37)	55	36-76
Insulin (ev. sammen med annen glukosesenkende behandling)	9	24 (37)	17	1,7-32
<b>Hypertensjon</b>				
Behandlet for hypertensjon	24	65 (37)	72	55-88
-herav med 1 medikament	5	21 (24)	31	13-48
-herav med 2 medikamenter	5	21 (24)	32	13-49
-herav med 3 eller flere medik.	14	58 (24)	38	14-59
<b>Dyslipidemi</b>				
Statiner	24	65 (37)	64	42-82
<b>Tromboseprofylakse</b>				
Acetylsalicylsyre/andre platehemmere	24	65 (37)	44	25-65
Warfarin	1	2,7 (37)	6,8	0,0-17

\* 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:

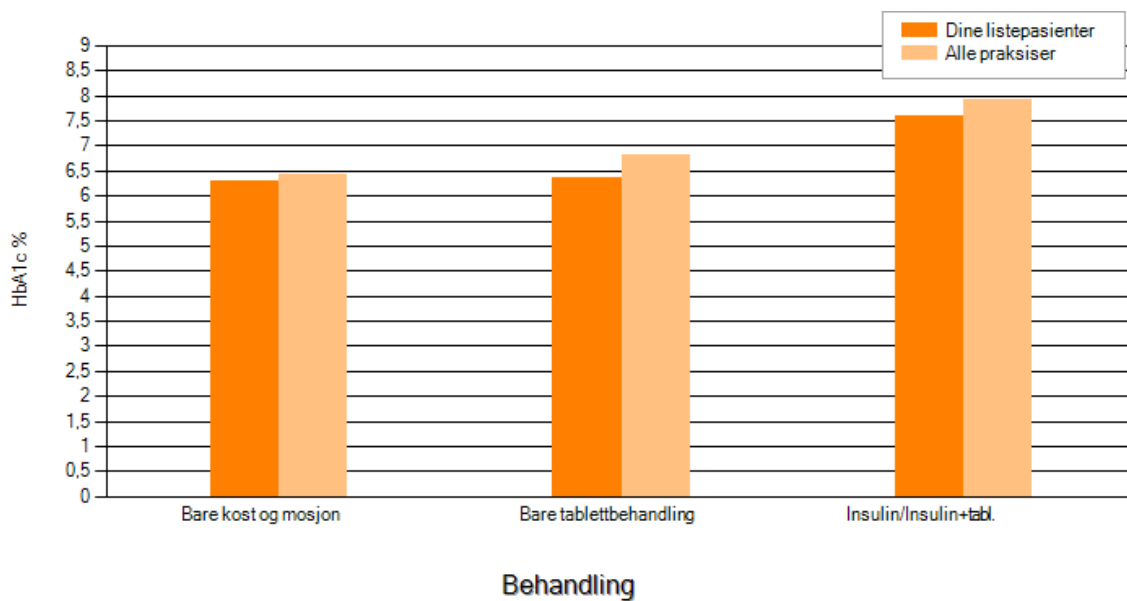
- Normal kroppsvekt. Det tilstrebes en vektreduksjon på minst 5-10 % ved overvekt ( $KMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) eller fedme ( $KMI > 30 \text{ kg/m}^2$ )
- HbA1c på  $\leq 7,0 \%$
- Systolisk blodtrykk (SBT)  $\leq 135 \text{ mmHg}$
- Diastolisk blodtrykk (DBT)  $\leq 80 \text{ mmHg}$
- LDL-kolesterol 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 ( $\text{kg/m}^2$ )	37	28	30	27-32
HbA1c (%)	37	6,7	7,0	6,4-7,3
SBT (mmHg)	37	135	135	128-144
DBT (mmHg)	37	78	78	73-83
LDL-kolesterol (mmol/L)	30	2,7	2,7	2,2-3,2
Antall og prosentandel som har:	Antall pas.	% (n*)	Gj.snitt (%)	10-90 prosentiler
KMI $\leq 25 \text{ kg/m}^2$	9	24 (37)	21	8,0-35
KMI $> 30 \text{ kg/m}^2$ (fedme)	13	35 (37)	40	25-59
HbA1c $\leq 7,0 \%$ (behandlingsmål)	27	73 (37)	66	45-85
HbA1c 7,1-8,0 %	6	16 (37)	21	5,6-36
HbA1c 8,1-9,0 %	3	8,1 (37)	7,8	0,0-17
HbA1c $>9,0 \%$	1	2,7 (37)	5,0	0,0-12
SBT $\leq 135 \text{ mmHg}$	19	51 (37)	56	34-77
SBT $\leq 135 \text{ mmHg}$ u/behandling	9	69 (13)	67	34-100
SBT $\leq 135 \text{ mmHg}$ m/behandling	10	42 (24)	52	28-77
DBT $\leq 80 \text{ mmHg}$	25	68 (37)	69	43-89
LDL med mål $\leq 3,5 \text{ mmol/L}$ (Pas. <b>uten</b> hjerte- og karsykdom og <b>ikke</b> statinbeh.)	8	89 (9)	65	0,0-100
LDL med mål $\leq 2,5 \text{ mmol/L}$ (Pas. <b>uten</b> hjerte- og karsykdom, men <b>med</b> statinbeh)	5	42 (12)	55	0,0-86
LDL med mål $\leq 1,8 \text{ mmol/L}$ (Pas. <b>med</b> hjerte- og karsykdom)	0	0,0 (9)	27	0,0-67
Prosentandel dagligrøykere	4	11 (37)	16	6,1-29

\* 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 2002<sup>2</sup> 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 2004<sup>3</sup> 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	8	22 (37)	20	7,4-36
Hjerneslag	2	5,4 (37)	5,3	0,0-15
Amputasjon	0	0,0 (37)	0,5	0,0-0,0
Karkirurgi	2	5,4 (37)	3,4	0,0-13
Manglende fotpuls	9	24 (37)	10	0,0-27
Hatt sår nedenfor ankelen	0	0,0 (37)	1,2	0,0-5,0
Perifer nevropati	1	2,7 (37)	12	0,0-32
Nedsatt syn	0	0,0 (37)	6,5	0,0-17
Ikke laserbehandlet retinopati	5	14 (37)	4,4	0,0-13
Laserbehandlet retinopati	0	0,0 (37)	1,6	0,0-7,1
Mikroalbuminuri	5	14 (37)	8,4	0,0-27
Proteinuri	1	2,7 (37)	1,8	0,0-7,3
Moderat nyresvikt, dvs. eGFR 30-59 (basert på kreatinin, alder og kjønn)	10	27 (37)	17	0,0-30
Alvorlig nyresvikt, dvs. eGFR < 30 (basert på kreatinin, alder og kjønn)	1	2,7 (37)	1,5	0,0-4,0

\* 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	7	5,0	3,0-7,1
Prosentandel kvinner	43	49	15-100
Alder (gjennomsnitt)	58	54	44-64
Sykdomsvarighet i år (gjennomsnitt)	14	25	14-36

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=7)	Gj.snitt (%)	10-90 prosentiler
Alder				
18-29	0	0,0	5,4	0,0-19
30-39	2	29	15	0,0-33
40-49	1	14	22	0,0-34
50-59	1	14	25	0,0-50
60-69	1	14	14	0,0-34
70-80	1	14	14	0,0-33
≥ 81 år	1	14	4,6	0,0-20

## 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  $\leq 80$  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=7)	Gj.snitt (%)	10-90 prosentiler
Måling av HbA1c	6	86	93	84-100
Måling av blodtrykk	7	100	97	85-100
Røykevaner angitt	7	100	99	100-100
Vekt angitt	7	100	96	82-100
Høyde angitt	7	100	99	100-100
Undersøkelse av fotpuls	7	100	56	0,0-100
Undersøkelse med monofilament og/eller stemmegaffel	7	100	54	0,0-100
Undersøkelse av øyebunn	6	86	59	0,0-100
Kartlagt om det er prematur koronarsykdom i familien	7	100	92	80-100
		<b>% (n=6)</b>		
Måling av total-kolesterol	6	100	78	49-100
Måling av LDL-kolesterol	6	100	73	32-100

\* For HbA1c, blodtrykk, røykevaner, vekt og undersøkelser av føtter er kun data fra 1.10.2012-31.12.2013 tatt med (15 mnd tilbake). Måling av kolesterol/HDL/LDL og undersøkelse av øyebunn er tatt med dersom det foreligger svar fra 1.7.2011-31.12.2013 (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
<b>Hypertensjon</b>				
Behandlet for hypertensjon	4	57 (7)	55	24-100
<b>Dyslipidemi</b>				
Statiner	3	43 (7)	47	25-80
<b>Tromboseprofylakse</b>				
Acetylsalicylsyre/andre platehemmere	1	14 (7)	23	0,0-61
Antikoagulasjonsbehandling	1	14 (7)	3,1	0,0-15

\* 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)  $\leq 135$  mmHg
- Diastolisk blodtrykk (DBT)  $\leq 80$  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.

Type 1-diabetes	Dine listepasienter		Alle praksiser	
	Antall pas.	Gj.snitt	Gj.snitt	10-90 prosentiler
HbA1c (%)	6	6,4	8,0	7,1-8,9
SBT (mmHg)	7	129	131	120-143
DBT (mmHg)	7	79	76	68-83
LDL-kolesterol (mmol/L)	6	3,2	2,8	2,1-3,5
Antall og prosentandel som har:	Antall pas.	% (n*)	Gj.snitt (%)	10-90 prosentiler
HbA1c $\leq 7,0$ %	6	100 (6)	24	0,0-50
HbA1c 7,1-8,0 %	0	0,0 (6)	31	0,0-67
HbA1c 8,1-9,0 %	0	0,0 (6)	23	0,0-50
HbA1c $> 9,0$ %	0	0,0 (6)	22	0,0-50
SBT $\leq 135$ mmHg	4	57 (7)	62	25-100
SBT $\leq 135$ mmHg u/behandling	1	33 (3)	69	17-100
SBT $\leq 135$ mmHg m/behandling	3	75 (4)	54	0,0-100
DBT $\leq 80$ mmHg	3	43 (7)	71	33-100
LDL med mål $\leq 3,5$ mmol/L (Pas. <b>uten</b> hjerte- og karsykdom og <b>ikke</b> statinbeh.)	2	50 (4)	74	5,0-100
LDL med mål $\leq 2,5$ mmol/L (Pas. <b>uten</b> hjerte- og karsykdom, men <b>med</b> statinbeh)	0	0,0 (2)	42	0,0-100
LDL med mål $\leq 1,8$ mmol/L (Pas. <b>med</b> hjerte- og karsykdom)	-	-(0)	42	0,0-100
Prosentandel dagligrøykere	0	0,0 (7)	21	0,0-41

\* 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	1	14 (7)	9,1	0,0-21
Hjerneslag	0	0,0 (7)	4,5	0,0-17
Amputasjon	0	0,0 (7)	0,0	0,0-0,0
Karkirurgi	0	0,0 (7)	3,3	0,0-0,0
Manglende fotpuls	1	14 (7)	6,5	0,0-29
Hatt sår nedenfor ankelen	0	0,0 (7)	4,9	0,0-20
Perifer nevropati	0	0,0 (7)	9,3	0,0-25
Nedsatt syn	0	0,0 (7)	8,3	0,0-21
Ikke laserbehandlet retinopati	4	57 (7)	20	0,0-59
Laserbehandlet retinopati	0	0,0 (7)	12	0,0-34
Mikroalbuminuri	0	0,0 (7)	13	0,0-43
Proteinuri	0	0,0 (7)	3,0	0,0-13
Moderat nyresvikt, dvs. eGFR 30-59 (basert på kreatinin, alder og kjønn)	1	14 (7)	12	0,0-33
Alvorlig nyresvikt, dvs. eGFR<30 (basert på kreatinin, alder og kjønn)	0	0,0 (7)	0,3	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.