

Til

nn

NORSK
DIABETES
REGISTER
for voksne

Årsrapport 2015

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 sen-

komplikasjoner. Moderne diabetes-

behandling, 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 2015

Rapporten baserer seg på innsendte data fra Noklus diabeteskjema for 2015. 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 222 allmennleger og 5763 diabetespasienter og dine listepasienter med type 1-diabetes vil sammenstilles med data fra 147 allmennleger og 796 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 | 26 | 11-42 |
| Prosentandel kvinner | 35 | 45 | 24-71 |
| Alder (gjennomsnitt) | 69 | 66 | 61-71 |
| Sykdomsvarighet i år (gjennomsnitt) | 12 | 10 | 7,6-12 |

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=37) | Gj.snitt (%) | 10-90 prosentiler |
| Alder | | | | |
| 18-29 | 0 | 0,0 | 0,4 | 0,0-0,0 |
| 30-39 | 1 | 2,7 | 1,8 | 0,0-5,9 |
| 40-49 | 1 | 2,7 | 7,9 | 0,0-17 |
| 50-59 | 4 | 11 | 20 | 8,6-33 |
| 60-69 | 11 | 30 | 30 | 18-45 |
| 70-80 | 15 | 41 | 29 | 13-43 |
| ≥ 81 år | 5 | 14 | 11 | 0,0-22 |

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 risikostratifisering fremfor ratio totalkolesterol/HDL-kolesterol. Særlig lavt HDL-kolesterol (<1,0 mmol/l), men også høyt triglyseridnivå (≥ 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 | 95 | 89-100 |
| Måling av blodtrykk | 36 | 97 | 89 | 64-100 |
| Røykevaner angitt | 37 | 100 | 94 | 84-100 |
| Vekt angitt | 36 | 97 | 81 | 45-100 |
| Høyde angitt | 37 | 100 | 93 | 82-100 |
| Undersøkelse av fotpuls | 35 | 95 | 70 | 18-100 |
| Undersøkelse med monofilament og/eller stemmegaffel | 35 | 95 | 69 | 18-100 |
| Undersøkelse av øyebunn | 17 | 46 | 65 | 40-89 |
| Kartlagt om det er prematur koronarsykdom i familien | 35 | 95 | 80 | 47-100 |
| | | % (n=32) | | |
| Måling av total-kolesterol | 31 | 97 | 88 | 67-100 |
| Måling av HDL-kolesterol | 31 | 97 | 86 | 60-100 |
| Måling av LDL-kolesterol | 31 | 97 | 83 | 53-100 |

* For HbA1c, blodtrykk, røykevaner, vekt og undersøkelser av føtter er kun data fra 1.10.2014-31.12.2015 tatt med (15 mnd tilbake). Måling av kolesterol/HDL/LDL og undersøkelse av øyebunn er tatt med dersom det foreligger svar fra 1.7.2013-31.12.2015 (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 | 7 | 19 (37) | 24 | 6,3-44 |
| Bare glukosesenkende medikamenter unntatt insulin | 19 | 51 (37) | 57 | 39-77 |
| Insulin (ev. sammen med annen glukosesenkende behandling) | 11 | 30 (37) | 18 | 5,3-31 |
| | | | | |
| Hypertensjon | | | | |
| Behandlet for hypertensjon | 28 | 76 (37) | 72 | 55-87 |
| -herav med 1 medikament | 10 | 36 (28) | 29 | 13-46 |
| -herav med 2 medikamenter | 7 | 25 (28) | 31 | 14-47 |
| -herav med 3 eller flere medik. | 11 | 39 (28) | 40 | 21-58 |
| | | | | |
| Dyslipidemi | | | | |
| Statiner | 25 | 68 (37) | 64 | 44-85 |
| | | | | |
| Tromboseprofylakse | | | | |
| Acetylsalicylsyre/andre platehemmere | 26 | 70 (37) | 41 | 21-62 |
| Warfarin | 0 | 0,0 (37) | 3,0 | 0,0-10 |

* 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:

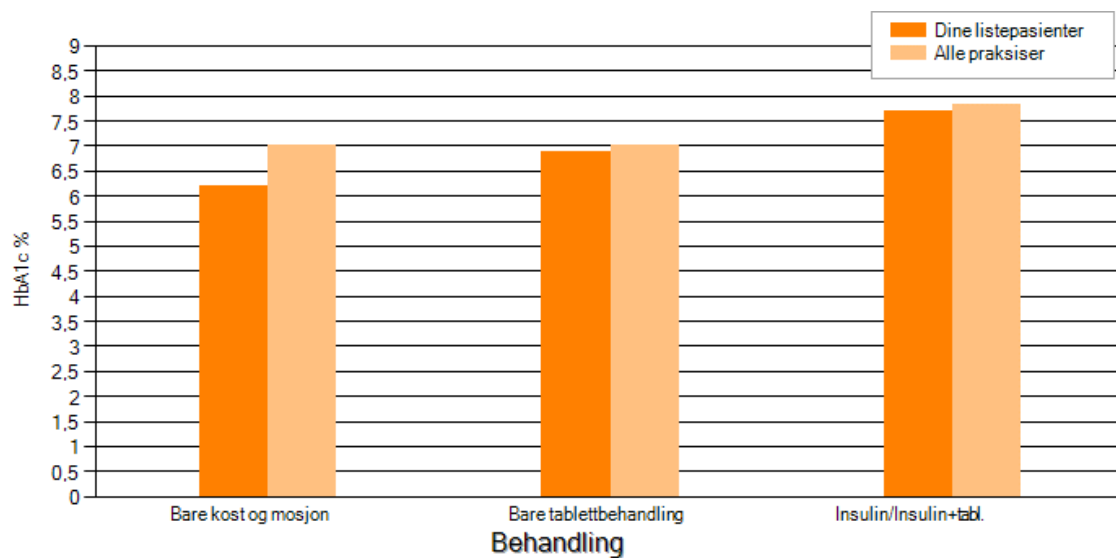
- Normal kroppsvekt. Det tilstrebes en vektreduksjon på minst 5-10 % ved overvekt ($KMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) eller fedme ($KMI > 30 \text{ kg/m}^2$)
- HbA1c på $\leq 7,0 \%$
- Systolisk blodtrykk (SBT) $\leq 135 \text{ mmHg}$
- Diastolisk blodtrykk (DBT) $\leq 80 \text{ mmHg}$
- LDL-kolesterol som 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) | 36 | 28 | 30 | 28-32 |
| HbA1c (%) | 37 | 7,0 | 7,0 | 6,6-7,5 |
| SBT (mmHg) | 36 | 133 | 135 | 127-143 |
| DBT (mmHg) | 36 | 77 | 77 | 73-82 |
| LDL-kolesterol (mmol/L) | 31 | 2,9 | 2,7 | 2,3-3,2 |
| Antall og prosentandel som har: | Antall pas. | % (n*) | Gj.snitt (%) | 10-90 prosentiler |
| KMI $\leq 25 \text{ kg/m}^2$ | 11 | 31 (36) | 20 | 5,3-31 |
| KMI $> 30 \text{ kg/m}^2$ (fedme) | 12 | 33 (36) | 42 | 26-58 |
| HbA1c $\leq 7,0 \%$ (behandlingsmål) | 22 | 59 (37) | 60 | 39-79 |
| HbA1c 7,1-8,0 % | 9 | 24 (37) | 26 | 11-42 |
| HbA1c 8,1-9,0 % | 3 | 8,1 (37) | 9,1 | 0,0-20 |
| HbA1c $>9,0 \%$ | 3 | 8,1 (37) | 5,1 | 0,0-14 |
| SBT $\leq 135 \text{ mmHg}$ | 16 | 44 (36) | 57 | 34-80 |
| SBT $\leq 135 \text{ mmHg}$ u/behandling | 7 | 78 (9) | 65 | 25-100 |
| SBT $\leq 135 \text{ mmHg}$ m/behandling | 9 | 32 (28) | 50 | 25-76 |
| DBT $\leq 80 \text{ mmHg}$ | 23 | 64 (36) | 72 | 46-93 |
| LDL med mål $\leq 3,5 \text{ mmol/L}$ (Pas. uten hjerte- og karsykdom og ikke statinbeh.) | 8 | 89 (9) | 62 | 29-100 |
| LDL med mål $\leq 2,5 \text{ mmol/L}$ (Pas. uten hjerte- og karsykdom, men med statinbeh.) | 7 | 50 (14) | 57 | 25-84 |
| LDL med mål $\leq 1,8 \text{ mmol/L}$ (Pas. med hjerte- og karsykdom) | 0 | 0,0 (8) | 31 | 0,0-76 |
| Prosentandel dagligrøykere | 3 | 8,1 (37) | 18 | 5,3-32 |

* 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 hjerneslag (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 | 19 (37) | 21 | 8,3-33 |
| Hjerneslag | 3 | 8,1 (37) | 6,0 | 0,0-14 |
| Amputasjon | 0 | 0,0 (37) | 0,7 | 0,0-2,6 |
| Karkirurgi | 1 | 2,7 (37) | 2,3 | 0,0-7,5 |
| Manglende fotpuls | 11 | 30 (37) | 8,8 | 0,0-25 |
| Hatt sår nedenfor ankelen | 0 | 0,0 (37) | 3,0 | 0,0-8,3 |
| Perifer nevropati | 5 | 14 (37) | 13 | 0,0-29 |
| Nedsatt syn | 0 | 0,0 (37) | 5,4 | 0,0-13 |
| Ikke laserbehandlet retinopati | 5 | 14 (37) | 7,6 | 0,0-19 |
| Laserbehandlet retinopati | 0 | 0,0 (37) | 2,1 | 0,0-7,6 |
| Mikroalbuminuri | 4 | 11 (37) | 8,3 | 0,0-22 |
| Proteinuri | 0 | 0,0 (37) | 3,2 | 0,0-10 |
| Moderat nyresvikt, dvs. eGFR 30-59 (basert på kreatinin, alder og kjønn) | 12 | 33 (36) | 16 | 3,9-30 |
| Alvorlig nyresvikt, dvs. eGFR<30 (basert på kreatinin, alder og kjønn) | 0 | 0,0 (36) | 2,2 | 0,0-6,6 |

* 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 | 10 | 5,3 | 3,0-9,0 |
| Prosentandel kvinner | 30 | 47 | 18-80 |
| Alder (gjennomsnitt) | 51 | 52 | 39-64 |
| Sykdomsvarighet i år (gjennomsnitt) | 17 | 23 | 13-32 |

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=10) | Gj.snitt (%) | 10-90 prosentiler |
| Alder | | | | |
| 18-29 | 2 | 20 | 13 | 0,0-40 |
| 30-39 | 2 | 20 | 15 | 0,0-33 |
| 40-49 | 2 | 20 | 16 | 0,0-40 |
| 50-59 | 1 | 10 | 22 | 0,0-44 |
| 60-69 | 0 | 0,0 | 17 | 0,0-46 |
| 70-80 | 1 | 10 | 10 | 0,0-33 |
| ≥ 81 år | 2 | 20 | 5,3 | 0,0-25 |

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 risikostratifisering fremfor ratio totalkolesterol/HDL-kolesterol. Særlig lavt HDL-kolesterol (<1,0 mmol/l), men også høyt triglyseridnivå (≥ 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=10) | Gj.snitt (%) | 10-90 prosentiler |
| Måling av HbA1c | 10 | 100 | 81 | 50-100 |
| Måling av blodtrykk | 9 | 90 | 81 | 33-100 |
| Røykevaner angitt | 10 | 100 | 92 | 67-100 |
| Vekt angitt | 9 | 90 | 73 | 4,4-100 |
| Høyde angitt | 10 | 100 | 96 | 88-100 |
| Undersøkelse av fotpuls | 9 | 90 | 64 | 0,0-100 |
| Undersøkelse med monofilament og/eller stemmegaffel | 9 | 90 | 61 | 0,0-100 |
| Undersøkelse av øyebunn | 5 | 50 | 75 | 40-100 |
| Kartlagt om det er prematur koronarsykdom i familien | 10 | 100 | 62 | 5,6-100 |
| | | % (n=8) | | |
| Måling av total-kolesterol | 7 | 88 | 70 | 28-100 |
| Måling av LDL-kolesterol | 7 | 88 | 68 | 25-100 |

* For HbA1c, blodtrykk, røykevaner, vekt og undersøkelser av føtter er kun data fra 1.10.2014-31.12.2015 tatt med (15 mnd tilbake). Måling av kolesterol/HDL/LDL og undersøkelse av øyebunn er tatt med dersom det foreligger svar fra 1.7.2013-31.12.2015 (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 | 5 | 50 (10) | 46 | 20-80 |
| | | | | |
| Dyslipidemi | | | | |
| Statiner | 3 | 30 (10) | 45 | 20-80 |
| | | | | |
| Tromboseprofylakse | | | | |
| Acetylsalicylsyre/andre platehemmere | 1 | 10 (10) | 27 | 0,0-67 |
| Antikoagulasjonsbehandling | 1 | 10 (10) | 1,6 | 0,0-0,0 |

* 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.

| Type 1-diabetes | Dine listepasienter | | Alle praksiser | |
|---|---------------------|----------|----------------|-------------------|
| | Antall pas. | Gj.snitt | Gj.snitt | 10-90 prosentiler |
| HbA1c (%) | 10 | 7,3 | 7,9 | 7,0-8,6 |
| SBT (mmHg) | 9 | 133 | 129 | 118-138 |
| DBT (mmHg) | 9 | 82 | 75 | 68-82 |
| LDL-kolesterol (mmol/L) | 7 | 3,4 | 2,7 | 2,1-3,4 |
| | | | | |
| Antall og prosentandel som har: | Antall pas. | % (n*) | Gj.snitt (%) | 10-90 prosentiler |
| HbA1c $\leq 7,0$ % | 6 | 60 (10) | 30 | 0,0-67 |
| HbA1c 7,1-8,0 % | 2 | 20 (10) | 30 | 0,0-65 |
| HbA1c 8,1-9,0 % | 0 | 0,0 (10) | 26 | 0,0-67 |
| HbA1c $> 9,0$ % | 2 | 20 (10) | 13 | 0,0-39 |
| SBT ≤ 135 mmHg | 4 | 44 (9) | 72 | 33-100 |
| SBT ≤ 135 mmHg u/behandling | 4 | 80 (5) | 62 | 0,0-100 |
| SBT ≤ 135 mmHg m/behandling | 0 | 0,0 (4) | 62 | 0,0-100 |
| DBT ≤ 80 mmHg | 4 | 44 (9) | 79 | 44-100 |
| LDL med mål $\leq 3,5$ mmol/L (Pas. uten hjerte- og karsykdom og ikke statinbeh.) | 4 | 57 (7) | 82 | 50-100 |
| LDL med mål $\leq 2,5$ mmol/L (Pas. uten hjerte- og karsykdom, men med statinbeh) | - | -(0) | 47 | 0,0-100 |
| LDL med mål $\leq 1,8$ mmol/L (Pas. med hjerte- og karsykdom) | - | -(0) | 33 | 0,0-100 |
| | | | | |
| Prosentandel dagligrøykere | 0 | 0,0 (10) | 18 | 0,0-43 |

* 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 | 10 (10) | 13 | 0,0-33 |
| Hjerneslag | 0 | 0,0 (10) | 5,5 | 0,0-25 |
| Amputasjon | 0 | 0,0 (10) | 1,5 | 0,0-0,0 |
| Karkirurgi | 0 | 0,0 (10) | 3,8 | 0,0-16 |
| Manglende fotpuls | 1 | 10 (10) | 9,0 | 0,0-25 |
| Hatt sår nedenfor ankelen | 0 | 0,0 (10) | 5,2 | 0,0-20 |
| Perifer nevropati | 0 | 0,0 (10) | 14 | 0,0-50 |
| Nedsatt syn | 0 | 0,0 (10) | 5,6 | 0,0-21 |
| Ikke laserbehandlet retinopati | 5 | 50 (10) | 30 | 0,0-66 |
| Laserbehandlet retinopati | 0 | 0,0 (10) | 15 | 0,0-33 |
| Mikroalbuminuri | 1 | 10 (10) | 9,9 | 0,0-33 |
| Proteinuri | 0 | 0,0 (10) | 4,3 | 0,0-17 |
| Moderat nyresvikt, dvs. eGFR 30-59 (basert på kreatinin, alder og kjønn) | 3 | 33 (9) | 11 | 0,0-33 |
| Alvorlig nyresvikt, dvs. eGFR<30 (basert på kreatinin, alder og kjønn) | 0 | 0,0 (9) | 1,7 | 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.