

Til

nn

NORSK  
DIABETES  
REGISTER  
for voksne

# Årsrapport 2016

**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 2016

Rapporten baserer seg på innsendte data fra Noklus diabeteskjema for 2016. 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 312 allmennleger og 7531 diabetespasienter og dine listepasienter med type 1-diabetes vil sammenstilles med data fra 77 allmennleger og 482 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.

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	24	24	11-41
Prosentandel kvinner	17	44	24-70
Alder (gjennomsnitt)	71	67	62-72
Sykdomsvarighet i år (gjennomsnitt)	14	11	7,8-13

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=24)	Gj.snitt (%)	10-90 prosentiler
Alder				
18-29	0	0,0	0,3	0,0-0,0
30-39	0	0,0	1,8	0,0-7,4
40-49	1	4,2	6,3	0,0-15
50-59	3	13	18	6,3-30
60-69	9	38	30	17-44
70-80	5	21	32	17-47
$\geq 81$ år	6	25	12	0,0-26

## 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=24)	Gj.snitt (%)	10-90 prosentiler
Måling av HbA1c	24	100	97	90-100
Måling av blodtrykk	22	92	87	58-100
Røykevaner angitt	24	100	95	83-100
Vekt angitt	22	92	85	50-100
Høyde angitt	24	100	94	84-100
Undersøkelse av fotpuls	22	92	75	23-100
Undersøkelse med monofilament og/eller stemmegaffel	22	92	73	20-100
Undersøkelse av øyebunn	13	54	61	31-88
Kartlagt om det er prematur koronarsykdom i familien	23	96	84	55-100
		<b>% (n=18)</b>		
Måling av total-kolesterol	12	67	86	60-100
Måling av HDL-kolesterol	12	67	83	50-100
Måling av LDL-kolesterol	12	67	85	57-100

\* For HbA1c, blodtrykk, røykevaner, vekt og undersøkelser av føtter er kun data fra 1.10.2015-31.12.2016 tatt med (15 mnd tilbake). Måling av kolesterol/HDL/LDL og undersøkelse av øyebunn er tatt med dersom det foreligger svar fra 1.7.2014-31.12.2016 (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	3	13 (24)	22	6,3-44
Bare glukosesenkende medikamenter unntatt insulin	15	63 (24)	60	43-80
Insulin (ev. sammen med annen glukosesenkende behandling)	6	25 (24)	17	4,5-31
<b>Hypertensjon</b>				
Behandlet for hypertensjon	17	71 (24)	73	56-89
-herav med 1 medikament	3	18 (17)	27	13-45
-herav med 2 medikamenter	6	35 (17)	30	14-46
-herav med 3 eller flere medik.	8	47 (17)	42	22-62
<b>Dyslipidemi</b>				
Statiner	16	67 (24)	66	44-88
<b>Tromboseprofylakse</b>				
Acetylsalicylsyre/andre platehemmere	16	67 (24)	42	20-62
Warfarin	1	4,2 (24)	6,0	0,0-16

\* 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:

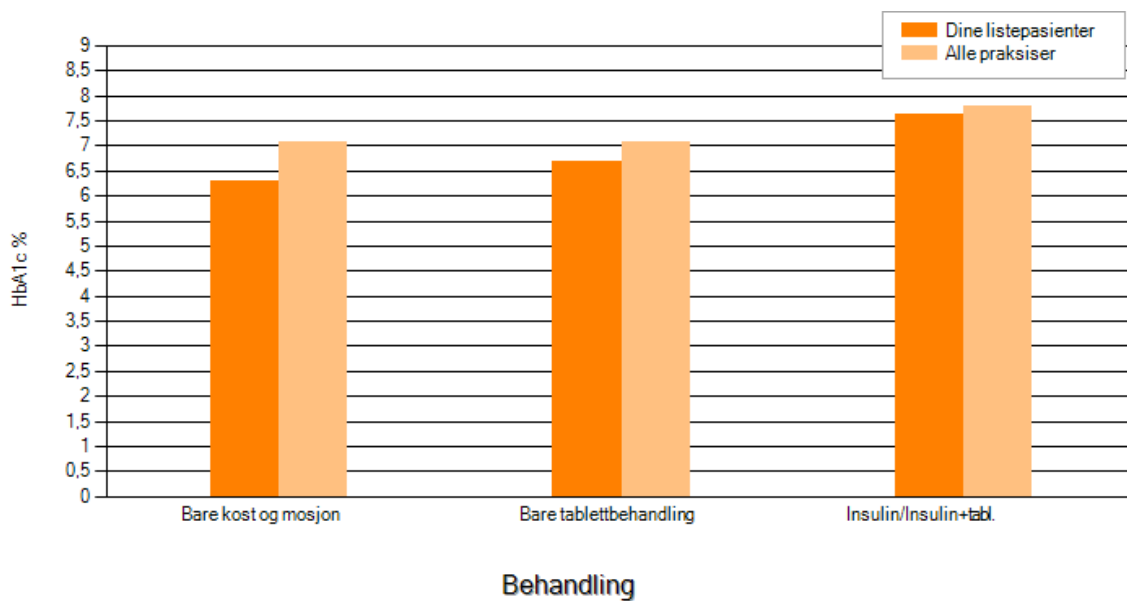
- Normal kroppsvekt. Det tilstrebes en vektreduksjon på minst 5-10 % ved overvekt ( $KMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) eller fedme ( $KMI > 30 \text{ kg/m}^2$ )
- HbA1c på  $\leq 7,0 \%$
- Systolisk blodtrykk (SBT)  $\leq 135 \text{ mmHg}$
- Diastolisk blodtrykk (DBT)  $\leq 80 \text{ mmHg}$
- LDL-kolesterol 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 ( $\text{kg/m}^2$ )	22	27	30	28-32
HbA1c (%)	24	6,9	7,1	6,6-7,5
SBT (mmHg)	22	134	135	128-143
DBT (mmHg)	22	77	77	72-82
LDL-kolesterol (mmol/L)	12	2,7	2,7	2,3-3,2
Antall og prosentandel som har:	Antall pas.	% (n*)	Gj.snitt (%)	10-90 prosentiler
KMI $\leq 25 \text{ kg/m}^2$	8	36 (22)	19	4,0-33
KMI $> 30 \text{ kg/m}^2$ (fedme)	5	23 (22)	41	23-60
HbA1c $\leq 7,0 \%$ (behandlingsmål)	14	58 (24)	57	38-77
HbA1c 7,1-8,0 %	9	38 (24)	28	13-44
HbA1c 8,1-9,0 %	0	0,0 (24)	9,9	0,0-20
HbA1c $>9,0 \%$	1	4,2 (24)	5,1	0,0-13
SBT $\leq 135 \text{ mmHg}$	17	77 (22)	56	29-80
SBT $\leq 135 \text{ mmHg}$ u/behandling	6	100 (6)	67	33-100
SBT $\leq 135 \text{ mmHg}$ m/behandling	11	69 (16)	52	25-80
DBT $\leq 80 \text{ mmHg}$	13	59 (22)	71	43-94
LDL med mål $\leq 3,5 \text{ mmol/L}$ (Pas. <b>uten</b> hjerte- og karsykdom og <b>ikke</b> statinbeh.)	3	75 (4)	61	20-100
LDL med mål $\leq 2,5 \text{ mmol/L}$ (Pas. <b>uten</b> hjerte- og karsykdom, men <b>med</b> statinbeh.)	3	50 (6)	58	25-87
LDL med mål $\leq 1,8 \text{ mmol/L}$ (Pas. <b>med</b> hjerte- og karsykdom)	0	0,0 (2)	32	0,0-69
Prosentandel dagligrøykere	2	8,3 (24)	16	5,0-27

\* 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 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	5	21 (24)	20	7,7-33
Hjerneslag	1	4,2 (24)	6,1	0,0-14
Amputasjon	0	0,0 (24)	0,5	0,0-0,0
Karkirurgi	1	4,2 (24)	2,2	0,0-7,7
Manglende fotpuls	6	25 (24)	9,5	0,0-25
Hatt sår nedenfor ankelen	0	0,0 (24)	2,3	0,0-8,3
Perifer nevropati	2	8,3 (24)	14	0,0-33
Nedsatt syn	0	0,0 (24)	6,4	0,0-17
Ikke laserbehandlet retinopati	2	8,3 (24)	6,1	0,0-16
Laserbehandlet retinopati	0	0,0 (24)	1,5	0,0-6,3
Mikroalbuminuri	4	17 (24)	9,1	0,0-23
Proteinuri	0	0,0 (24)	2,4	0,0-8,3
Moderat nyresvikt, dvs. eGFR 30-59 (basert på kreatinin, alder og kjønn)	7	39 (18)	18	6,3-31
Alvorlig nyresvikt, dvs. eGFR<30 (basert på kreatinin, alder og kjønn)	0	0,0 (18)	1,7	0,0-6,3

\* 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	5,6	3,0-8,0
Prosentandel kvinner	33	47	0,0-84
Alder (gjennomsnitt)	51	55	45-67
Sykdomsvarighet i år (gjennomsnitt)	16	25	16-33

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	1	17	7,4	0,0-33
30-39	1	17	11	0,0-33
40-49	1	17	20	0,0-44
50-59	1	17	22	0,0-50
60-69	0	0,0	19	0,0-40
70-80	1	17	17	0,0-50
≥ 81 år	1	17	4,2	0,0-19

## 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 (≥ 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	5	83	92	67-100
Måling av blodtrykk	5	83	85	39-100
Røykevaner angitt	6	100	96	80-100
Vekt angitt	5	83	82	48-100
Høyde angitt	6	100	98	100-100
Undersøkelse av fotpuls	5	83	75	0,0-100
Undersøkelse med monofilament og/eller stemmegaffel	5	83	74	14-100
Undersøkelse av øyebunn	3	50	70	33-100
Kartlagt om det er prematur koronarsykdom i familien	6	100	84	50-100
		<b>% (n=5)</b>		
Måling av total-kolesterol	5	100	84	50-100
Måling av LDL-kolesterol	5	100	82	50-100

\* For HbA1c, blodtrykk, røykevaner, vekt og undersøkelser av føtter er kun data fra 1.10.2015-31.12.2016 tatt med (15 mnd tilbake). Måling av kolesterol/HDL/LDL og undersøkelse av øyebunn er tatt med dersom det foreligger svar fra 1.7.2014-31.12.2016 (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	3	50 (6)	57	29-100
<b>Dyslipidemi</b>				
Statiner	2	33 (6)	58	32-100
<b>Tromboseprofylakse</b>				
Acetylsalicylsyre/andre platehemmere	1	17 (6)	34	0,0-67
Antikoagulasjonsbehandling	0	0,0 (6)	5,2	0,0-25

\* 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 (%)	5	6,6	7,8	6,9-8,9
SBT (mmHg)	5	127	132	121-142
DBT (mmHg)	5	79	76	67-84
LDL-kolesterol (mmol/L)	5	3,0	2,6	2,2-3,2
Antall og prosentandel som har:	Antall pas.	% (n*)	Gj.snitt (%)	10-90 prosentiler
HbA1c $\leq 7,0$ %	2	40 (5)	26	0,0-67
HbA1c 7,1-8,0 %	3	60 (5)	38	0,0-67
HbA1c 8,1-9,0 %	0	0,0 (5)	22	0,0-50
HbA1c $> 9,0$ %	0	0,0 (5)	14	0,0-33
SBT $\leq 135$ mmHg	4	80 (5)	60	25-100
SBT $\leq 135$ mmHg u/behandling	2	67 (3)	58	0,0-100
SBT $\leq 135$ mmHg m/behandling	2	100 (2)	56	0,0-100
DBT $\leq 80$ mmHg	3	60 (5)	71	33-100
LDL med mål $\leq 3,5$ mmol/L (Pas. <b>uten</b> hjerte- og karsykdom og <b>ikke</b> statinbeh.)	3	75 (4)	87	50-100
LDL med mål $\leq 2,5$ mmol/L (Pas. <b>uten</b> hjerte- og karsykdom, men <b>med</b> statinbeh)	0	0,0 (1)	44	0,0-100
LDL med mål $\leq 1,8$ mmol/L (Pas. <b>med</b> hjerte- og karsykdom)	-	-(0)	36	0,0-100
Prosentandel dagligrøykere	0	0,0 (6)	19	0,0-36

\* 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)	14	0,0-33
Hjerneslag	0	0,0 (6)	7,0	0,0-27
Amputasjon	0	0,0 (6)	1,9	0,0-0,0
Karkirurgi	0	0,0 (6)	5,0	0,0-22
Manglende fotpuls	0	0,0 (6)	7,7	0,0-33
Hatt sår nedenfor ankelen	0	0,0 (6)	6,5	0,0-27
Perifer nevropati	0	0,0 (6)	14	0,0-50
Nedsatt syn	0	0,0 (6)	12	0,0-33
Ikke laserbehandlet retinopati	2	33 (6)	21	0,0-61
Laserbehandlet retinopati	0	0,0 (6)	16	0,0-38
Mikroalbuminuri	1	17 (6)	6,5	0,0-25
Proteinuri	0	0,0 (6)	5,2	0,0-17
Moderat nyresvikt, dvs. eGFR 30-59 (basert på kreatinin, alder og kjønn)	1	20 (5)	11	0,0-33
Alvorlig nyresvikt, dvs. eGFR<30 (basert på kreatinin, alder og kjønn)	0	0,0 (5)	0,8	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.