

**Litteratur**

- Johansen OE, Gullestad L, Blaasaas KG et al. Effects of structured hospital-based care compared with standard care for type 2 diabetes – The Asker and Bærum Cardiovascular Diabetes Study, a randomized trial. *Diabet Med* 2007; doi: 10.1111/j.1464-4912.2007.02198.x.
- Johansen OE. Type 2-diabetikere bør følges opp ved poliklinikk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1759.
- Levetan CS, Salas JR, Willets IF et al. Impact of endocrine and diabetes team consultation on hospital length of stay for patients with diabetes. *Am J Med* 1995; 99: 22–8.
- Hayes TM, Harries J. Randomised controlled trial of routine hospital clinic care versus routine general practice care for type II diabetics. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1984; 289: 728–30.
- Verlato G, Muggeo M, Bonora E et al. Attending the diabetes center is associated with increased 5-year survival probability of diabetic patients: the Verona Diabetes Study. *Diabetes Care* 1996; 19: 211–3.
- Greenfield S, Rogers W, Mangotich M et al. Outcomes of patients with hypertension and non-insulin-dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1995; 274: 1436–44.
- Olivarius NF, Beck-Nielsen H, Andreassen AH et al. Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. *BMJ* 2001; 323: 970.
- Arbeidsnotat 2004 om samhandling mellom første og annenlinje helsetjenester. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2004.

O.E. Johansen og medarbeidere svarer:  
Se etter neste innlegg.

## Bør pasienter med type 2-diabetes følges opp ved poliklinikk?

Odd Erik Johansen konkluderer i et innlegg i *Tidsskriftet* nr. 13–14/2007 med at pasienter med type 2-diabetes bør følges opp ved medisinske poliklinikker (1). Bakgrunnen for dette er en undersøkelse fra Medisinsk avdeling, Sykehuset Asker og Bærum, publisert i *Diabetic Medicine* (2) og kort referert i *Tidsskriftet* (1). Dette er en åpen, randomisert undersøkelse med 160 personer med diabetes hvor man i en periode på to år sammenliknet standardbehandling i allmennpraksis og et strukturert behandlingsregime ved sykehusets poliklinikk. Opplegget på poliklinikken besto av et gruppebasert livsstilsendingsprogram over seks måneder, deretter et optimalisert behandlingsopplegg for blodsukkerivå, lipider og blodtrykk. Ikke uventet kom de pasientene som ble randomisert til et intensivt og strukturert behandlingsopplegg best ut med tanke på HbA<sub>1c</sub>-verdier, blodtrykk, lipider og kardiovaskulær risiko vurdert ut fra UKPDS-risikskår. Gjennomsnittlig antall medikamenter økte fra 2,5 til 3,2 i kontrollgruppen og fra 3,4 til 5,6 i intervensjonsgruppen. Vekt, røykevaner, fysisk aktivitet og arbeidskapasitet forble uendret i begge gruppene, noe som kanskje kan tyde på at den medikamentelle innsatsen var mer intens enn innsatsen for å endre livsstil.

Etter vårt syn viser studien at personer med type 2-diabetes profitterer på et strukturert

behandlingsregime og at det er mye å vinne på å optimalisere diabetesbehandlingen. Fordi man har sammenliknet standardbehandling og et intensivt og strukturert behandlingsopplegg, synes vi forfatteren trekker for omfattende konklusjoner (3). Man kan etter vårt syn ikke uten videre trekke den slutning at alle med type 2-diabetes bør følges opp ved en medisinsk poliklinikk. Det ville forundre oss dersom man ikke fant tilsvarende forskjeller mellom standardbehandling og et mer intensivt behandlingsregime også ved medisinske poliklinikker.

Studien bør stimulere til en bedring av diabetesomsorgen både i allmennelegetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dersom personer med type 2-diabetes ikke når behandlingsmålene hos fastlegene, bør de etter vårt syn henvises til spesialisthelsetjenesten. Etter vår erfaring er det imidlertid mange steder betydelige kapasitetsproblemer på diabetespoliklinikkene, slik at ansvaret for pasientene bør avklares med lokale avtaler og retningslinjer mellom allmenn- og spesialisthelsetjenesten. På begge nivåer bør man ha en kontinuerlig vurdering av kvaliteten på den behandling som tilbys og utføres.

**Tor Claudi**

Rønvik Legesenter

**John G. Cooper**

Stavanger universitetssykehus

**Anne Karen Jenum**

Aker universitetssykehus

**Litteratur**

- Johansen OE. Type 2-diabetikere bør følges opp ved poliklinikk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 1759.
- Johansen OE, Gullestad L, Blaasaas KG et al. Effects of structured hospital-based care compared with standard care for type 2 diabetes. The Asker and Bærum cardiovascular diabetes study, a randomized trial. *Diab Med* 2007; E-publisert 17.5.2007. doi: 10.1111/j.1464-4912.2007.02198.x.
- Lauritzen T, Mainz J, Lassen JF. From science to everyday clinical practice. Need for systematic evaluation of research findings. *Scan J Prim Health Care* 1999; 17: 6–10.

O.E. Johansen og medarbeidere svarer:

Vi takker for de to kommentarene til vår studie om organisering av omsorgen ved type 2-diabetes. Dessverre mistolkes essensen i vår studie, ettersom vi faktisk ikke forfekter at poliklinisk oppfølging ved type-2 diabetes er et sine qua non for behandlingsmessig suksess (1). Imidlertid peker vi på fem elementer i organiseringen – gjennomføring av regulære kontroller (hver tredje måned), tilstrekkelig tid ved hver kontroll, kombinasjon av livsstilsintervensjon og farmakologisk intervensjon, bruk av strukturerte farmakologiske behandlingsalgoritmer (2) og ambisiøse behandlingsmål. Gruppen i vår studie som fikk dette implementert, oppnådde en betydelig gevinst, også på fysiske aktivitetsmål (1).

Vi er derfor enig om at strukturert oppføl-

ging er viktig. Vi er imidlertid ikke enig med Nicolaisen i at de refererte studiene støtter det syn at oppfølging bør gjøres i allmennpraksis. I den refererte studie av Olivarius og medarbeidere, der de sammenliknet strukturert og rutinemessig oppfølging, oppnådde pasientene i gruppen med strukturert oppfølging etter gjennomsnittlig seks års intervensjon en HbA<sub>1c</sub>-verdi på 8,5 %, mot 9,0 % i kontrollgruppen. Det var ingen forskjell i «harde endepunkter» eller diabetesrelaterte komplikasjoner. Dette viser at selv om strukturerte behandlingsopplegg kan gjennomføres i allmennpraksis, er det en utfordring å nå behandlingsmålene og intensivere behandlingen tilstrekkelig, noe også Claudi og medarbeidere erkjenner i sitt innlegg. Dette understøttes av allmennpraksisdata fra Rogaland, Salten og Aker, der det av 287 personer under 76 år med diabetes og etablert hjerte- og karsykdom kun var 57,5 % som fikk statinbehandling (3).

Vi er heller ikke enig med Nicolaisen i at kontinuitet i pasientoppfølgingen, nærhet til pasientens lokalmiljø og ikke minst helseøkonomiske faktorer taler for at man heller bør satse på allmennpraktikere. Kontinuitet er slett ikke er garantert i allmennpraksis (like lite som ved poliklinikker), og lokalsykehusene er i høyeste grad en del av lokalmiljøene. De helseøkonomiske gevinster ved en slik organisering er dessuten høyst tvilsom dersom man ved poliklinikker i større grad oppnår behandlingsmålene. Forekomsten av kostbare komplikasjoner reduseres når risikoprofiler forbedres.

Vi er enige om at type 2-diabetes er en felles utfordring. Mer enn for noen annen sykdom gjelder det at behandlingssuksessen ved diabetes er avhengig av samarbeid over spesialitetsgrenser. Derfor er forslaget fra Claudi og medarbeidere om å avklare pasientansvaret med lokale avtaler og retningslinjer ett av flere gode tiltak. Å strukturere behandlingen etter de fem nevnte punktene kan være et riktig skritt, både i allmennpraksis og ved poliklinikker, men arbeidet fordrer både ressurser og vilje til innsats og omstilling.

**Odd Erik Johansen**

Sykehuset Asker og Bærum

**Lars Gullestad**

Rikshospitalet-Radiumhospitalet

**Kåre I. Birkeland**

Aker universitetssykehus

**Litteratur**

- Johansen OE, Gullestad L, Blaasaas KG et al. Effects of structured hospital-based care compared with standard care for type 2 diabetes – The Asker and Bærum Cardiovascular Diabetes Study, a randomized trial. *Diabet Med* 2007; doi: 10.1111/j.1464-4912.2007.02198.x.
- Johansen OE. Cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus: a multifaceted symbiosis. *Scand J Clin Lab Invest* 2007; E-publisert 15.6.2007.
- Claudi T, Cooper JG, Hausken MF et al. Risiko-intervensjon ved diabetes i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 1508–10.