

Vi vet for lite om kvaliteten på diabetesbehandlingen av voksne i Norge. Bedre registerdata og representative nasjonale undersøkelser er nødvendig

Hvordan er kvaliteten på diabetesomsorgen?

Diabetes er en utbredt folkesykdom som øker i omfang. Sykdommen er forbundet med økt risiko for alvorlige senkomplikasjoner. Komplikasjonene skyldes først og fremst forandringer i de små blodårene i øyne, nyrer og nerver med risiko for blindhet, nyresvikt og alvorlige fotsår, og økning av aterosklerose og derved risiko for hjerteinfarkt, hjerneslag og perifere sirkulasjonsforstyrrelser. Kunnskapsgrunnlaget tilsier at god blodsukkerkontroll kan beskytte mot diabetisk øye-, nyre- og nervesykdom og at medikamentell behandling av blodtrykk og kolesterol samt røykestopp reduserer risikoen for hjerte- og karsykdommer betydelig ved diabetes (1). Helsedirektoratet utga i 2009 nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, diagnostikk og behandling av diabetes (2). I hvilken grad følges disse retningslinjene? Hvordan er kvaliteten på diabetesbehandlingen i Norge? Hvor stor andel av pasientene når behandlingsmålene?

Vi har dessverre ikke registerdata eller representative nasjonale undersøkelser som tillater oss å besvare disse spørsmålene (3). Det er tankevekkende og svært uheldig. Ikke minst fordi nå også myndighetene er kommet sterkt på banen. Et av den nylig avgåtte Stoltenberg-regjeringens siste gjøremål var å lansere en strategi «for forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft» (4). Her settes ambisiøse mål for diabetesomsorgen for perioden frem mot 2017:

- Norge skal bli et foregangsland for forebygging av diabetes type 2
- Andelen med ukjent diabetes type 2 skal reduseres
- Utviklingen av senkomplikasjoner ved diabetes skal reduseres
- Norge skal bli et foregangsland for god og likeverdig oppfølging og behandling av diabetes

Hvis vi skal ha noen mulighet for å vise om målene oppnås eller om vi i det minste er på rett vei, trenger vi kvalitetssikrede, representative data. Slike kan komme fra gode registre, epidemiologisk forskning basert på et nasjonalt representativt utvalg av personer eller direkterapportering fra fastlegene. Vi har allerede et godt, landsdekkende barnediabetesregister i Norge, med nær 100 % deltagelse av barn med diabetes opptil 15 års alder. Rapporteringen til registeret skjer fra alle landets barneavdelinger. De får årlig tilbakemeldinger som tillater anonym sammenlikning med andre avdelinger, noe som utgjør et sterkt incitament til kvalitetsforbedring.

På voksensiden står det dessverre langt dårligere til. Vi har for flere år siden etablert et nasjonalt diabetesregister for voksne, som til tross for begrensede ressurser og at registeret er samtykkebasert, har klart å samle verdifulle data på mer enn 14 000 pasienter ved siste årsskiftet (John Cooper, personlig meddelelse). Det skyldes en entusiastisk ledelse og motiverte diabetesleger på mange sykehuspoliklinikker. Men en hovedutfordring er at kun ca. 240 av landets mer enn 4 000 fastleger rapporterer til registeret. Ettersom de aller fleste pasienter med diabetes i Norge behandles hos fastlegene, betyr det at vi har en stor utfordring.

Med denne mangelen på landsdekkende data er det fortjenestefullt at allmennlege Gunnar Moulund fra Legegruppen Arendal i dette nummer av Tidsskriftet rapporterer kvalitetsindikatorer for diabetesbehandlingen i egen praksis (5). Selv om dette er et lite materiale og hans pasienter kanskje ikke er helt representative – han er trolig mer enn gjennomsnittlig interessert i diabetes – gir slike rapporter et nyttig innblikk i hva som foregår. Hans data indikerer at det ikke står så verst til, men også at det er klare forbedringsmuligheter, særlig

når det gjelder undersøkelse av føtter, mikroalbuminuri og høyde (for å vurdere kroppsmasseindeks). I tillegg er måloppnåelsen for behandling av LDL-kolesterol for dårlig. Dette siste punktet er kanskje det forbedringsområdet som har størst livreddende potensial og er lettest å gjøre noe med.

Vi trenger et nasjonalt løft for å sikre oss data i diabetesregisteret som kan si noe om kvaliteten på norsk diabetesomsorg. Det vil ta tid, sannsynligvis mange år, å få et landsdekkende, representativt diabetesregister for voksne i Norge. Kan vi gjøre noe i mellomtiden? I USA publiseres jevnlig kvalitetsutviklingen på diabetesområdet blant annet på bakgrunn av data fremskaffet ved regelmessige helseundersøkelser (6). Våre myndigheter kunne finansiere tilsvarende undersøkelser i Norge. Hvis man bestemte seg for å følge utviklingen av noen sentrale kvalitetsmål for de fire sykdommene som omfattes av regjeringens nye strategi, kunne man ved hjelp av relativt beskjedne midler få verdifull informasjon om behandlingskvaliteten. En tredje mulighet er å motivere alle leger som behandler diabetes, for eksempel gjennom takstsystemet, til å rapportere årlig enkle mål på alle sine diabetespasienter. Det ville tillate i hvert fall en viss overvåking av kvaliteten.

I mangelen av gode nasjonale registerdata oppfordrer jeg flere fastleger til å gjøre som Moulund: Skaff deg en oversikt over noen få og viktige kvalitetsmål hos dine diabetespasienter og konsentrer din innsats for diabetes der forbedringspotensialet er størst. Og til det store flertallet av diabetesbehandlere som ikke rapporterer til Norsk diabetesregister for voksne er oppfordringen: Gjør en innsats for diabetes i 2014 – begynn å rapportere og få oversikt over kvaliteten på din diabetesbehandling. Det gir det beste grunnlaget for forbedring.

Kåre I. Birkeland
k.i.birkeland@medisin.uio.no

Kåre I. Birkeland (f. 1957) er spesialist i indremedisin og i endokrinologi, er avdelingsleder ved Avdeling for endokrinologi, sykelig overvekt og forebyggende medisin ved Oslo universitetssykehus og professor II ved Universitetet i Oslo. Han leder forskningsgruppen for type 2-diabetes, metabolisme og overvekt. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt honorar fra Lilly Norge, Novo Nordisk, Diabetesforbundet, Janssen, MSD, Boehringer Ingelheim, Pfizer og Sanofi.

Litteratur

1. Rydén L, Grant PJ, Anker SD et al. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: the Task Force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J* 2013; 34: 3035–87.
2. Diabetes – forebygging, diagnostikk og behandling. Nasjonale faglige retningslinjer. IS-1674. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-diabetes/Publikasjoner/Nasjonalt-faglig-retningslinje-Diabetes-fullversjon.pdf [28.10.2013].
3. Berg TJ. Norge og geitekillingen som ikke ville telles. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 224.
4. NCD-strategi 2013–2017. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2013. www.regjeringen.no/pages/38449517/ncd_strategi_060913.pdf [28.10.2013].
5. Moulund G. Diabetes i en fastlegepraksis – ble behandlingsmålene nådd? *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 168–72.
6. Ali MK, Bullard KM, Saaddine JB et al. Achievement of goals in U.S. diabetes care, 1999–2010. *N Engl J Med* 2013; 368: 1613–24.