

Nationella riktlinjer fastställda för diabetesvården

Socialstyrelsen har nu godkänt de reviderade nationella riktlinjerna för diabetes mellitus. Gränsen för diabetes är därmed ett fastebloodglukosvärde på 6,1 mmol/l eller högre efter två provtagningar. För laboratorier som använder plasmaglukosvärden är gränsen 7,0 mmol/l eller högre. Dessa riktlinjer gäller med omedelbar verkan.

De flesta av landets mottagningar har redan anpassat sig till den nya ordningen, som nu blivit officiellt fastställt. Flera artiklar i Läkartidningen under året har också diskuterat orsaker till och konsekvenser av de nya definitionsgränserna.

Införs inte bara i Sverige

Det är inte bara i Sverige som de nya diagnostiska kriterierna införs. Förslaget, som kommer från en arbetsgrupp tillsatt av WHO [1], ansluter sig till de kriterier som utarbetats av American Diabetes Association (ADA) och som redan tillämpas i USA. En skillnad är dock att ADA till stor del slopat det orala glukostoleranstestet (OGTT), medan vi i Sverige ansluter oss till WHO:s kriterier, och anser att OGTT kan göras vid gränsvården för faste-B-glukos, särskilt när det förekommer andra riskfaktorer för diabetes och dess komplikationer [1, 2].

Skall underlätta bättre patientinformation

Särskild omsorg har också lagts på att revidera den del av de nationella rikt-

linjerna som omfattar patientinformationen. Den har fått en genomgripande bearbetning med betydligt förbättrad läsbarhet för målgruppen.

Det reviderade dokumentet har under drygt ett års tid varit ute på remiss hos en lång rad organisationer; samtliga sjukvårdshuvudmän i Sverige har också fått ta del av det. Synpunkterna har sedan bearbetats av huvudexperterna professorerna Carl-David Agardh och Christian Berne. En kvalificerad referensgrupp har medverkat bestående av Svenska diabetesförbundet, Svensk förening för diabetologi, Endokrinologföreningen, Svensk förening för sjuksköterskor för diabetesvård, liksom representanter för Svensk förening för allmänmedicin.

Likvärdig standard

De nationella riktlinjerna avser att skapa likvärdiga förhållanden över hela landet och förbättra vården för de 360 000 diabetespatienterna i Sverige. Socialstyrelsens »Aktiv uppföljning» för några år sedan påvisade nämligen att det förelåg stora skillnader inom landet. Riktlinjerna beskriver en kvalitetsstandard som Socialstyrelsen anser att diabetesvården i landet minst skall uppfylla.

För många regioner med diabetesmottagningar både i öppenvård och på sjukhusnivå innebär dock följsamhet till riktlinjerna ökade kostnader för att nå upp till kvalitetskraven; inte minst gäller detta glesbygdslänen.

Ribban för minimistandard läggs nu fast i distinkta numeriska värden. Det gäller för huvudmännen att överföra dessa till regionala och lokala vårdprogram. Flera regioner och lokala mottagningar har redan implementerat 1996 års riktlinjer med gällande handlingsprogram för diabetesvården, ofta efter en omfattande regional kartläggning och inventering. Här finns också uppgifter om de brister som identifierats och som nu behöver åtgärdas.

Riktlinjerna blir en hjälp för våra po-



SERIE Diabetes

Vidstående medicinska kommentar avslutar Läkartidningens diabetesserie. Tidigare artiklar har publicerats i nr 46, 47 och 49/98, 1–2, 3, 4, 7, 8 och 11/99.

litiker att göra nödvändiga prioriteringar. Vårdprogrammet blir därför ett användbart dokument för såväl den medicinska professionen som politiska beslutsfattare.

Diabetesvården har de senaste tio åren fått flera grundläggande vetenskapliga dokument som underlag för bevisbaserad, »evidence-based», klinisk diabetesvård. Kvalitetsregistret för diabetesvården, det nationella diabetesregistret, är mycket viktigt, då det visar vilka resultat man får av gjorda insatser inom diabetesvården.

Efter något år har detta register blivit ett av världens mest omfattande kvalitetsregister. Det ger oss ett unikt underlag för att värdera diabetesvårdens kvalitet i landet.

Praktiska konsekvenser

Resultaten av Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) och av United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) med krav på intensivbehandling, eller kanske snarare krav på optimerad behandling av både typ 1- och typ 2-diabetes, har naturligtvis fått genomslag i riktlinjerna. Det betonas starkt i UKPDS att typ 2-diabetes skall vara föremål för en multifaktoriell be-

Författare

STIG ATTVALL

docent, sektionschef

ULF SMITH

professor, överläkare, gästredaktör för diabetesserien; båda vid Diabetescentrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska, Göteborg.

handling där glukoskontroll, mikroalbuminuri och blodtryckskontroll skall gå hand i hand med lipidkontroll [3, 4] och intervention mot rökning [5].

De reviderade nationella riktlinjerna får bli en nedan angivna praktiska konsekvenser för våra diabetesmottagningar:

- HbA_{1c}-målet i UKPDS (för svenska förhållanden 5,8 procent) är viktigt; i de nationella riktlinjerna anges som generellt mål HbA_{1c} under 6,5 procent.
- Lipidkontrollens rekommendationer är grundade på bl a subgruppsanalysen av 4S- och CARE-studierna, som understryker betydelsen av kolesterolbehandling för att minska den ökade kardiovaskulära sjukligheten vid diabetes [6]. I konsensusrapporten från Läkemedelsverket om behandling av lipidrubbningar anses numera patienter med diabetes ligga på samma risknivå som individer med manifest kranskärlssjukdom [7]. Intervention skall övervägas med målet att LDL-kolesterol skall understiga 3,0 mmol/l, S-kolesterol skall ligga under 5,0 mmol/l. Det nya är också att behandlingsmålet är detsamma som nivå för åtgärder, dvs om LDL-kolesterol och S-kolesterol är över 3,0 respektive 5,0 mmol/l bör aktiv behandling inledas. Detta underlättar betydligt, då många läkare tidigare avvaktat i brist på klara regler.
- Ett blodtrycksmål på <130/80 mm Hg är önskvärt för yngre personer med typ 1-diabetes samt för patienter med mikroalbuminuri/nefropati. För övriga är målet 140/85 mm Hg eller lägre. ACE-hämmare framförs som förstahandsmedel vid nefropati, i enlighet med flertalet internationella riktlinjer. Acetylsalicylsyra i lågdos rekommenderas också till patienter med hypertoni och hjärt-kärlsjukdom.

Resurser krävs för att genomföra riktlinjerna

De reviderade nationella riktlinjerna för diabetesvård är ett lätt tillgängligt kliniskt dokument för diabetesteamen i landet och ett underlag för förbättring av diabetesvården. De uppfyller också de bevisbaserade krav som vården skall utgå från. Eftersom vi vet att en bra diabetesvård med särskilda diabetesteam är lönsam för både patient och samhälle [8] är det angeläget att varje region identifierar och åtgärdar de brister som finns. Det är t ex viktigt att optimera vårdkedjorna mellan diabetologisk öppen och slutenvård. Kontinuerliga utbildningsinsatser, liksom etablering av intresserade och ansvariga diabetesråd som driver utvecklingen framåt, bör prioriteras.

Det är också angeläget att se till att det finns en speciell diabetesansvarig läkare (DAL) och en diabetesansvarig sköterska (DAS) vid varje vårdcentral.

Den pågående globala »diabetesepidemin», där antalet diabetiker förväntas bli dubblat till år 2010, är en alarmrande utveckling som ytterligare understryker vikten av att diabetesvårdens samlade resurser ses över.

Riktlinjerna läggs ut på Internet (www.sos.se/mars) av Socialstyrelsen som ett MARS-dokument. Samtidigt släpps den tryckta versionen.

Referenser

1. Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Provisional report of a WHO consultation. *Diabet Med* 1998; 15: 539-53.
2. Davies M. New diagnostic criteria for diabetes – are they doing what they should? *Lancet* 1999; 354: 610-1.
3. Turner RC, Millns H, Neil HA, Stratton IM, Manley SE, Matthews DR et al. Risk factors for coronary artery disease in non-insulin dependent diabetes mellitus: United Kingdom Prospective Diabetes Study. *BMJ* 1998; 316: 823-8.
4. Turner R, Holman R, Stratton I, Cull C, Frighi V and the 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: 703-13.

5. Metoder för rökavvänjning. SBU rapport 1998; nr 138.
6. Pyörälä K, Pedersen TR, Kjekshus J, Faergeman O, Olsson AG, Thorgeirsson G. Cholesterol lowering with simvastatin improves prognosis of diabetic patients with coronary heart disease. A subgroup analysis of the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Diabetes Care* 1997; 20: 614-20.
7. Kjellström T, Nilsson P. Blodfettrubbningar. Läkemedelsboken 1999/2000. Stockholm: Apoteksbolaget AB, 1999.
8. Jönsson B, Smith Ü. God diabeteskontroll lönar sig. *Läkartidningen* 1997; 94: 2803-4.