



Diabetesrapporten

*en översikt över typ 2-diabetes
och diabetesvården i Sverige*

Förord

Diabetes är en av våra vanligaste folksjukdomar som växer lavinartat i världen. Här i Sverige beräknas 350 000 personer ha diabetes och majoriteten av dessa har typ 2-diabetes. Därtill kommer stora mörkertal med människor som lider av typ 2-diabetes utan att veta om det. Typ 2-diabetes drabbar enskilda människor men kostar också samhället stora summor.

Sanofi-aventis är ett ledande europeiskt hälsoföretag och en del av svensk sjukvård. I denna rapport har vi samlat information och fakta ur olika källor, bland annat Nationella Diabetesregistret, Socialstyrelsens Folkhälsorapport, SKLs öppna jämförelse, om typ 2-diabetes och diabetesvården i Sverige. Vi ser också ett antal förbättringsområden där insatser kan bidra till att fler patienter får en god diabetesvård.

Vår förhoppning är att rapporten bidrar till kunskap och ett samtal om hur fler patienter ska nå sina målvärden och må bättre. Vi presenterar rapporten utifrån att vi tror att alla aktörer i vården har mycket att bidra med för att utveckla vården. Vi ser fram emot att delta i samtalet om hur vi tillsammans förbättrar svensk diabetesvård.

Margarita Lopez Acosta
VD sanofi-aventis

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	5
1.1	Nio förbättringsområden för en bättre diabetesvård	6
2	Inledning	7
3	Vad är diabetes?	7
3.1	Orsaker till diabetes	8
3.2	Symptom	8
3.3	Komplikationer	9
3.4	Behandling	9
4	Kostnader för typ 2-diabetes	11
5	Patientgruppen med typ 2-diabetes	13
5.1	Män och kvinnor	13
5.2	Utbildningsnivå	13
5.3	Hälsa	14
5.4	Ursprung	15
5.5	Regionala skillnader	16
6	Diabetesvården i Sverige	17
6.1	Nationella Diabetesregistret	17
6.1.1	HbA1c	19
6.1.2	Blodtryck	19
6.1.3	LDL-kolesterol	20
6.1.4	Totalkolesterol	21
6.1.5	Rökning	21
6.2	Diabetesindex	22
6.3	Euro Health Consumer Index	23
7	Kunskap om diabetes hos patienterna	24
8	Patienternas kontakt med vården	25
9	Förebyggande vård	26
10	Screening	26

1 Sammanfattning

Diabetes är en folksjukdom med 350 000 drabbade i Sverige. Av dessa har cirka 90 procent typ 2-diabetes. Typ 2-diabetes är en allvarlig och progressiv sjukdom som kräver betydande vårdinsatser. Förutom höga samhällskostnader medför typ 2-diabetes också ett stort lidande, ökad sjuklighet och ibland för tidig död hos patienterna.

En god blodsockerkontroll är livsviktig för att minska risken för långvariga och livshotande komplikationer till följd av typ 2-diabetes. Men enligt NDR är det många patienter som inte når sina behandlingsmål. Om typ 2-diabetes inte behandlas eller missköts kan sjukdomen leda till en ökad risk för komplikationer som hjärt-kärlsjukdomar inklusive stroke, njursjukdom inklusive njursvikt, retinopati, neuropati, sårbildning och amputation.

De problem som främst märks i den svenska primärvården, där de allra flesta patienterna behandlas, är den dåliga tillgängligheten, bristen på läkarkontakt och bristande uppföljning, vilket får stora konsekvenser för just patienterna med typ 2-diabetes. Förbättrar vi primärvården kommer vi samtidigt att förbättra diabetesvården. Genom fler och tätare läkarbesök blir patienter med prediabetes och diabetes medvetna om sin risksituation och informerade om vad de själva kan göra för att förhindra att sjukdomen utvecklas.

Diabetes är en sjukdom som drabbar allt fler och insjuknandet går ner i åldrarna. Samtidigt är antalet ickedagnostiserade personer med typ 2-diabetes stort. Att införa screening av typ 2-diabetes borde vara ett relativt kostnadseffektivt och enkelt sätt att undvika de stora kostnader som sjukdomen för med sig i form av komplikationer. Om alla personer över en viss ålder som besöker vårdcentralerna genomgår ett vanligt blodprov skulle fler personer med prediabetes och typ 2-diabetes kunna identifieras.

I ett europeiskt perspektiv framstår svensk diabetesvård som medioker. De länder som hamnar i toppen prioriterar och behandlar diabetes i primärvården. Tidig upptäckt och behandling är särskilt viktigt när det gäller typ 2-diabetes. Fler läkarbesök där patientens värden mäts och kontrolleras och rådgivning ges kring vad patienten själv kan göra för att förbättra sina värden måste bli praxis.

I dagsläget finns bara cirka hälften av alla Sveriges kända diabetespatienter i Nationella Diabetesregistret. Registret baseras på frivillig rapportering och variationen i landet är därmed stor, med Östergötland i topp med en rapportering på 80 procent och Halland, Stockholm och Västmanland i botten med en rapporteringsgrad på drygt 30 procent. Denna ojämlika rapportering borde inte accepteras av landets landstingsledningar. Inför en obligatorisk inrapportering till NDR för att säkerställa att informationen kring alla våra patienter med typ 2-diabetes blir känd och sedan verka för att använda registret aktivt för att uppnå en högre måloppfyllelse. Detta skulle kunna utveckla den svenska diabetesvården till den bästa i världen.

1.1 Nio förbättringsområden för en bättre diabetesvård

Det är tydligt att det i svensk diabetesvård finns flera förbättringsområden. Nedan följer nio områden där det finns möjligheter att genom olika insatser skapa en förbättring för den enskilda patienten.

- ✓ Fler patienter med diabetes bör få stöd och kunskap av sjukvården för att nå sina behandlingsmål
- ✓ Vården bör i mindre omfattning bero på var man bor eller på socioekonomiska faktorer
- ✓ Varje person med diabetes bör garanteras regelbunden kontroll och uppföljning av sin sjukdom, hos läkare och diabetessjuksköterska, i den omfattning som behövs för att säkerställa en god vård
- ✓ Åtgärder bör vidtas för att utbilda patienterna i hur man bättre bedriver egenvård av sin typ 2-diabetes
- ✓ Screening för typ 2-diabetes bör i större omfattning övervägas för att tidigt i sjukdomsförloppet kunna påbörja livsstilsförändringar och en effektiv behandling
- ✓ Säkerställ att det finns effektiva metoder för att införa och följa upp de nya nationella riktlinjerna för diabetesvården
- ✓ Överväg att ta fram en nationell diabetesstrategi och regionala diabetesstrategier i varje landsting/region
- ✓ Överväg obligatorisk inrapportering till Nationella Diabetesregistret och verka för att det Nationella Diabetesregistret används som en resurs i ett förbättrat kvalitetsarbete i diabetesvården
- ✓ Samla alla aktörer, till exempel skola, arbetsgivare, facket, vården, politiken, näringslivet och andra, för gemensamma och verkningsfulla insatser för att förebygga typ 2-diabetes

2 Inledning

Diabetes är en folksjukdom som drabbar allt fler. Typ 2-diabetes är den vanligaste typen av diabetes och utgör cirka 85 till 90 procent av diabetesfallen. Få sjukdomar kan orsaka så många följsjukdomar som typ 2-diabetes och sjukdomen kan ofta påverka livskvalitet och livslängd negativt. Typ 2-diabetes kostar samhället stora summor, både i direkta och indirekta kostnader.

Det finns socioekonomiska och regionala skillnader i diabetesvården idag. Risken att få typ 2-diabetes påverkas av social grupp, utbildningsnivå och bostadsort. Det är idag vanligare att få typ 2-diabetes för den som är fattig och utlandsfödd än för den som är rik och född i Sverige.

Syftet med denna rapport är att ge en överblick över sjukdomen och de konsekvenser det ökade antalet insjuknande får för både de personer som drabbas och samhället i stort. Typ 2-diabetes utgör idag ett globalt hot mot folkhälsan.

3 Vad är diabetes?

Diabetes eller *diabetes mellitus*, är egentligen inte en utan flera olika sjukdomar med det gemensamma kännetecknet att blodsockret är för högt. Diabetes är en ämnesomsättningssjukdom, det vill säga en störning i kroppens omhändertagande av framför allt det socker (glukos) vi får i oss när vi äter. Orsaken till detta är att kroppen inte förmår producera tillräcklig mängd av det livsnödvändiga hormonet insulin, som håller sockerämnesomsättningen i balans. Sedan 1980-talet har förekomsten av diabetes ökat med 40 procent vilket innebär en ökning på 50 procent av antalet diabetiker.¹ Idag räknar man med att cirka 300 000 svenskar² lider av sjukdomen vilket gör det till en av våra folksjukdomar.

Typ 1-diabetes, som utgör cirka 10 till 15 procent av diabetesfallen, drabbar främst unga och innebär att de insulinproducerande cellerna i bukspottskörteln gått förlorade efter en attack från kroppens egna immunsystem. Detta leder till avsaknad av kroppens eget insulin vilket gör att blodsockret stiger. Typ 1-diabetes behandlas med insulin i flerdos eller med en så kallad insulinpump.

Typ 2-diabetes, som utgör de övriga cirka 85 till 90 procenten av diabetesfallen, kännetecknas av att kroppens olika celler blir mindre känsliga för insulin och man drabbas av så kallad insulinresistens. Trots att det kommer mer insulin från bukspottskörteln räcker det inte till. Blodsockret tas då inte upp av kroppens celler, utan istället ökar halten av socker i blodet. Risken att insjukna i typ 2-diabetes ökar markant ju äldre man blir eftersom kroppens egen insulinproduktion avtar med stigande ålder. Bland den

1 Socialstyrelsen; Folkhälsorapporten 2005, s 92

2 www.diabetes.se (090407)

svenska befolkningen som är över 75 år räknar man med att cirka 10 procent har typ 2-diabetes.³ Vid prediabetes, som är ett förstadium till typ 2-diabetes, kan sjukdomen för det mesta hållas i schack med rätt kost och motion. Men med tiden kräver sjukdomen även farmakologisk behandling, inledningsvis med tabletter men sedan även med insulin.

3.1 Orsaker till diabetes

Orsakerna till att man drabbas av typ 1-diabetes är inte helt kartlagda, men känt är att ärftlighet är en bidragande faktor, kombinerat med virusinfektioner i tidig barndom. Andra faktorer som spelar in är exempelvis snabb tillväxt och viktökning under fosterlivet och den tidiga barndomen.⁴

Typ 2-diabetes är till stor del en ärftlig sjukdom och den är mer ärftlig än typ 1-diabetes. Personer med typ 2-diabetes bär ofta på en viss typ av gener som innebär att personen i fråga är mycket känsligare för en ohälsosam livsstil. Lever man osunt »vaknar« en del av dessa gener till liv och kan då starta en sjukdomsprocess i kroppen. En stor del av dem som insjuknar i typ 2-diabetes är överviktiga och fetma är en orsak till att insulinkänsligheten minskar och bukspottskörteln behöver producera mer insulin. Överviktiga som inte drabbas av typ 2-diabetes har förmågan att öka produktionen av insulin till den nivå som krävs vid övervikt. Nivåer som är 5–10 gånger över det normala krävs för att blodsockernivån ska hållas på en rimlig nivå trots den nedsatta känsligheten i cellerna som övervikten medför. Har man anlag för diabetes klarar inte kroppen av detta.

Typ 2-diabetes är en allvarlig progressiv sjukdom som kräver betydande vårdinsatser och förutom höga samhällskostnader medför det också ett stort lidande, ökad sjuklighet och ibland för tidig död hos patienterna.

3.2 Symptom

Symptomen för de båda diabetestyperna är trötthet, ökad törst, ökad hunger och stora urinmängder. Vad som skiljer de två typerna åt är att insjuknandet för typ 1-diabetes ofta sker på bara några veckor där patienterna tvingas uppsöka akutsjukvård medan typ 2-diabetes ofta kommer smygande över en längre tid.

Eftersom insjuknandet vid typ 2-diabetes sker över en längre period finns det många svenskar som går omkring med för högt blodsocker utan att veta om det. Typ 2-diabetes upptäcks ofta i samband med hälsokontroller genom ett blodprov. Det är också vanligt att diagnosen typ 2-diabetes ställs på hjärtintensiven då patienten redan fått sin första hjärtinfarkt. Samhället skulle spara mycket på att upptäcka det förhöjda blodsockret i tid för att säkerställa att patienterna får behandling som ger kontroll över blodsockret vilket i sin tur minskar risken för att drabbas av komplikationer.

3 www.diabetes.se (090407)

4 Socialstyrelsen; Folkhälsorapporten 2005, s 93

3.3 Komplikationer

Komplikationerna vid diabetes är många och allvarliga och leder till stora samhällskostnader när de måste behandlas. Det är känt att medellivslängden för personer med diabetes är kortare än för friska människor.⁵ Tidigare studier har visat att typ 2-diabetes förkortar överlevnaden med cirka 5–10 år, detta till stor del på grund av insjuknande i hjärtinfarkt och stroke. Sjukdomen medför också problem i vardagen, med risk för komplikationer och nedsatt livskvalitet som följd.

De vanligaste komplikationer som följer av själva sjukdomen är både för höga och för låga blodsockervärden. För högt blodsockervärde (hyperglykemi) uppstår om patienten exempelvis inte får tillräckligt mycket insulin i förhållande till hur mycket maten höjer blodsockret. De direkta effekterna av detta är törst, trötthet och ökad urinmängd. På lång sikt kan för högt blodsocker leda till mikro- och makrovaskulära komplikationer. Skador i de små blodkärlen (mikrovaskulära) drabbar framför allt ögon, nerver och njurar. Skador i de stora blodkärlen (makrovaskulära) visar sig i form av ökad risk för hjärtinfarkt och stroke.⁶ Cirka 20 procent av dem som vårdas för hjärtinfarkt har konstaterad diabetes. Och av de 80 procent som inte har fått diabetes konstaterad har två tredjedelar ett förstadium till diabetes, så kallad prediabetes.⁷

För lågt blodsocker (hypoglykemi) kan leda till hunger, svettningar, darrningar etc. Sjunker blodsockernivån mycket lågt förlorar personen medvetandet. Detta är mycket allvarligt eftersom hjärnan kan ta skada av alltför låga blodsockervärden. Hypoglykemier förekommer vid överdosering av vissa tabletter som sänker blodsockret och/eller vid insulinbehandling.

3.4 Behandling

Målet med behandling av typ 2-diabetes är att patienten ska bli fri från symptom och att minska riskerna för komplikationer.⁸ Detta uppnås främst genom att hålla blodsockervärdet på en så stabil nivå som möjligt och att minska risken för högt blodtryck och blodfetterubbnings. Det finns nyligen publicerade guidelines för behandling av högt blodsocker framtagna av europeiska och amerikanska diabetesorganisationer. Där poängteras vikten av tidig intervention, en hög måluppfyllelse och att patienten träffar sin läkare var tredje månad. Vid en tät kontakt med vården minimeras risken att personer med typ 2-diabetes går lång tid med för höga blodsocker vilket minskar risken att utveckla senkomplikationer.⁹

Diabetes är en aktiv sjukdom som kräver en effektiv och målinriktad behandling. I ett tidigt skede kan man motverka följderna av typ 2-diabetes med hjälp av livsstilsförändringar, men när livsstilsförändringar inte räcker till måste man sätta in medicin. Det

5 Socialstyrelsen; Folkhälsorapporten 2005, s 93

6 www.insulin.se/insulinse/Insulinbehandling/Hogt-blodsocker-/ (090407)

7 www.diabetes.se (090407)

8 www.sjukvardsradgivningen.se/artikel.asp?CategoryID=26210&PreView= (090407)

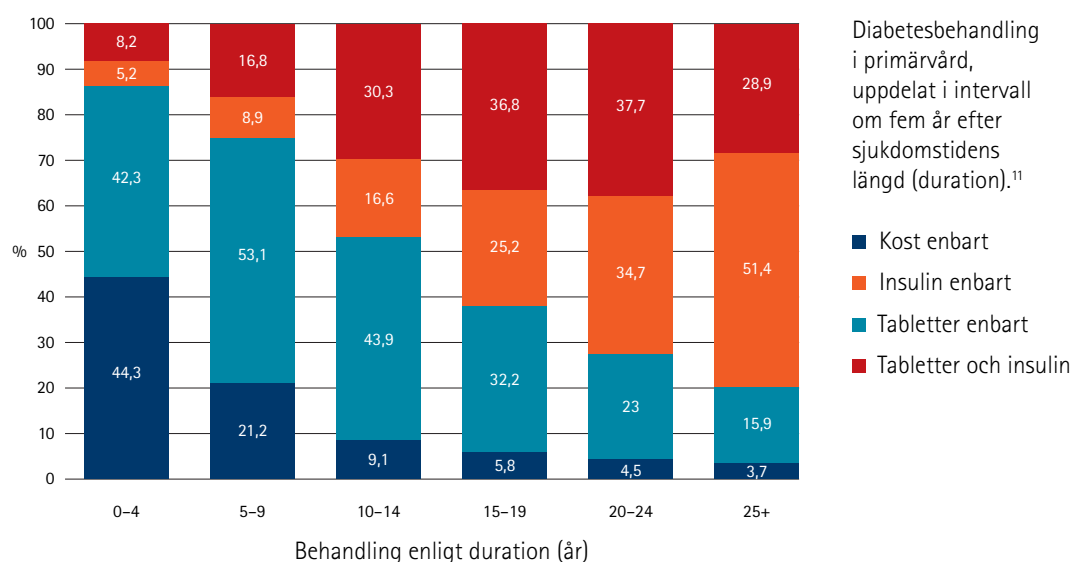
9 Nathan et al Diabetes Care 2008;31:1-11

finns en mängd olika typer av läkemedel för behandling av typ 2-diabetes. Grovt kan en uppdelning göras mellan tabletter och insulin.

Tabletterna fungerar blodsockersänkande antingen genom att öka insulinkänsligheten, bidra till en fördröjning av sockerupptagningen från tarmen eller genom att stimulera kroppens egen produktion av insulin.

Vid typ 1-diabetes behövs alltid insulinbehandling och även vid typ 2-diabetes är det vanligt att tillföra insulin. Insulinbehandling är det mest effektiva sättet för att uppnå ett bra blodsockervärde hos de flesta patienterna.¹⁰ Tillförseln av insulin sker genom en injektion i underhudsfettet, antingen på magen eller i låret. Detta är något patienten kan sköta själv och sprutan liknar oftast en penna med mycket tunn nål som innehåller insulindoser för flera dagar. Man skiljer på snabbverkande insulin (måltidsinsulin) och långverkande insulin (basinsulin). Basinsulin ska ha en låg och jämn blodsockersänkande effekt över hela dygnet, medan måltidsinsulinets uppgift är att ta hand om den förhöjning av blodsockret som sker efter en måltid och tas därför i regel tre gånger per dag. Det finns även en kombination av bas- och måltidsinsulin som kallas för mix-insulin.

Många använder också en kombination av tabletter och insulin. Ibland räcker det med en kombination av basinsulin och tabletter, men i vissa fall behövs även måltidsinsulin. Efter cirka åtta till tio år med typ 2-diabetes behöver de allra flesta behandling med insulin. Diagrammet nedan visar hur typ 2-diabetesbehandlingen förändras över tid. Under de första åren med sjukdomen spelar kosten en stor roll i behandlingen och behovet av farmakologisk behandling är mindre. Efter cirka femton år med sjukdomen är nittio procent av behandlingen farmakologisk.



10 Nathan et al Diabetes Care 2008;31:1-11

11 Årsrapport 2007, Nationella Diabetesregistret

Enligt Socialstyrelsens diabetesriktlinjer från år 1999¹² har den ökade insikten om god blodsockerkontroll för utvecklingen av komplikationer vid typ 2-diabetes lett till att allt fler personer behandlas med insulin och insulinbehandling kan övervägas vid ny-debuterad typ 2-diabetes. Genom tidig insulininsättning har forskare funnit att blodsockerkontrollen kan förbättras och dessutom verkar den egna insulinproduktionen kunna bevaras längre om insulinbehandling introduceras tidigt i sjukdomsförloppet.

En god glukoskontroll, med ett HbA1c-värde under 6 procent¹³ (ett mått på genomsnittlig blodsockernivå de senaste sex till åtta veckorna), har stor betydelse för hjärt-kärlprevention vid både typ 1- och typ 2-diabetes. En god glukoskontroll förhindrar också i än högre grad mikrovaskulära komplikationer (skador i mindre kärl i till exempel ögonbottnar, nerver och njurar). Viktigt att tänka på är att mikrovaskulära komplikationer kan leda till makrovaskulära komplikationer (skador i större kärl som leder till hjärtinfarkt och stroke).

4 Kostnader för typ 2-diabetes

Det finns tyvärr inte många svenska hälsoekonomiska studier kring diabetes men i en svensk studie från år 2000¹⁴ uppskattades de direkta medicinska kostnaderna för att behandla typ 2-diabetes i Sverige till cirka 7 miljarder kronor (1998 års priser). Detta är de senaste data som finns för kostnaderna för typ 2-diabetes i Sverige. De indirekta kostnaderna, som innefattar kostnader för produktionsbortfall, sjukskrivningar och förtidspensioneringar, är dock det som kostar samhället mest. De direkta medicinska kostnaderna på 7 miljarder kronor utgjorde 1998 cirka 6 procent av de totala hälsovårdsutgifterna. Den årliga kostnaden per patient med typ 2-diabetes uppgick i studien till 25 000 kr. Denna direkta kostnad bestod av kostnad för sjukhusvistelse (42 procent), öppen sjukvård (31 procent) och medicin (27 procent).

Den enskilda faktor som påverkar kostnaderna mest är förekomsten av komplikationer. Kostnaderna för komplikationer är väsentligt större än kostnaderna för att kontrollera diabetes. För en patient med både mikro- och makrovaskulära komplikationer medför dessa mer än tre gånger högre kostnader än för en person som ännu inte utvecklat några komplikationer, främst beroende på höga slutenvårdskostnader. Jämfört med normalbefolkningen har en patient med typ 2-diabetes cirka två till tre gånger högre kostnader.¹⁵

Faktaruta

Årliga kostnader för diabetesvård i Sverige (1998 års priser):

*Sjukhusvistelse 29,4 miljoner kronor
(motsvarar enligt Statistiska Centralbyrån
34,1 miljoner i dagens penningvärde)*

*Öppen sjukvård 21,7 miljoner kronor
(motsvarar 25,2 miljoner)*

*Läkemedelskostnader 18,9 miljoner kronor
(motsvarar 21,9 miljoner)*

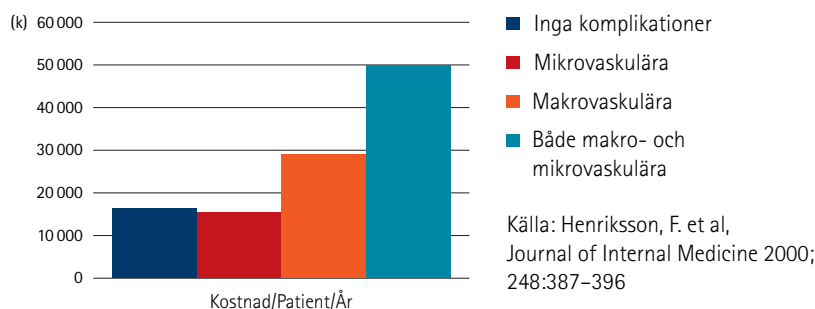
12 Socialstyrelsen; Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus, 1999

13 HbA1c mäts i procent medan blodsockernivån mäts i millimol per liter

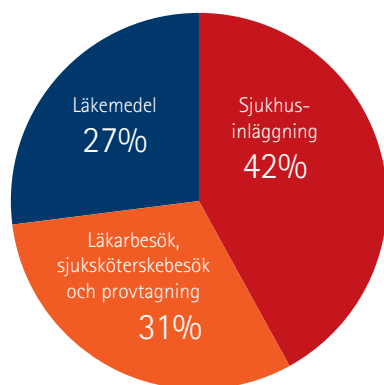
14 Henriksson, F. et al, Journal of Internal Medicine 2000; 248:387–396

15 Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer av typ 2-diabetes, 1999

Det man bör ha i åtanke med ovanstående kostnadsberäkning är att den tar med alla sjukvårdskostnader för en diabetespatient. Diagrammet nedan visar kostnaderna per patient, år och status på sjukdomen.¹⁶ En patient som ännu inte har utvecklat några komplikationer har en årlig sjukvårdskostnad på cirka 16 000 kronor, vilket kan jämföras med en kostnad på cirka 50 000 kronor för en patient med både makro- och mikrovaskulära komplikationer.¹⁷



Nedanstående diagram visar fördelningen av de direkta kostnaderna för typ 2-diabetes i Sverige.



Källa: Jönsson et al. Diabetologica 2002;45:5-12

Tidigare studier har visat att det som kostar samhället mest i diabetesvården är de indirekta kostnaderna såsom sjukskrivning, förtidspension och produktionsbortfall. En tidigarelagd och intensifierad vård för diabetespatienter, som minskar risken för komplikationer, torde rimligen innebära stora ekonomiska vinster på sikt, trots den ökade kostnaden initialt.

Diabetes fortsätter att öka i världen och allt talar för att vi inom kort även ser bevis för att det ökar även i Sverige. Diabetiker lever allt längre och vid en längre tids sjukdom ökar behovet av effektiva blodsockersänkande behandlingar med insulin. Behandling med insulin innebär initialt en ökad kostnad men som tidigare nämnts är det de indirekta kostnaderna av sjukdomen som kostar mest. Målet med den svenska diabetesvården är att förhindra akuta och långsiktiga komplikationer och att behålla en hög livskvalitet. Att

16 Henriksson, F. et al, Journal of Internal Medicine 2000; 248:387-396

17 Henriksson, F. et al, Journal of Internal Medicine 2000; 248:387-396

acceptera ett för högt HbA1c-värde under en längre tid genom att vänta alltför länge med insulininsättning är inte något att eftersträva för varken patient eller samhälle.

5 Patientgruppen med typ 2-diabetes

5.1 Män och kvinnor

Enligt Folkhälsorapporten 2009 från Socialstyrelsen har förekomsten av diabetes ökat och gått från en andel på 4 procent hos kvinnor år 2004, till 5 procent år 2007. För män ökade andelen från 6 till 7 procent under samma tidsperiod.¹⁸ Förekomsten av diabetes är relativt låg hos män upp till 45 år och kvinnor upp till 55 år.¹⁹ Dock bör noteras att nästan var fjärde person är mellan 41 och 50 år gammal när de får typ 2-diabetes. Med åldern ökar andelen insjuknade, och hos män och kvinnor över 75 år är förekomsten av typ 2-diabetes cirka 10 procent.²⁰

5.2 Utbildningsnivå

När det gäller sociala skillnader är typ 2-diabetes mer förekommande hos arbetare och tjänstemän på låg nivå än vad det är hos tjänstemän på mellannivå och högre nivå. Detta gäller för båda könen. Sett till utbildningsnivå är typ 2-diabetes nästan dubbelt så vanligt bland lågutbildade personer som för personer med hög utbildning.²¹ Denna bild bekräftas av en SIFO-undersökning, som år 2008 genomfördes av Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård.²² Undersökningen visar på socioekonomiska skillnader bland typ 2-patienterna. I gruppen »arbetare« fick 38 procent diagnosen typ 2-diabetes när de var under 45 medan endast 20 procent i gruppen tjänstemän konstaterades med typ 2-diabetes när de var under 45 år. Medelåldern för insjuknande var i gruppen arbetare 45,8 år och för tjänstemän 52,0 år.

Folkhälsorapporten från Socialstyrelsen, från år 2005, pekar också på att sambanden mellan socioekonomisk tillhörighet respektive utbildningsnivå och förekomst av typ 2-diabetes kan bero på förekomsten av övervikt, bristen på fysisk aktivitet och rökning. Dessa beteenden är vanligare i lägre socioekonomiska grupper och bland lågutbildade. Manliga arbetares risk för att få typ 2-diabetes är dubbelt så stor som kvinnliga tjänstemän på mellannivå eller högre. Kvinnor med högre utbildning löper mindre än hälften så stor risk att drabbas av typ 2-diabetes som lågutbildade män.

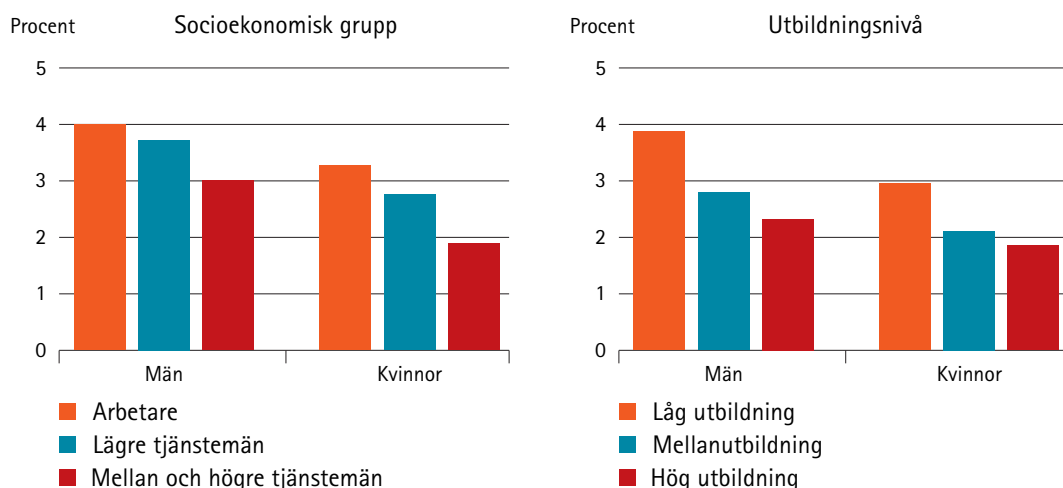
18 Socialstyrelsen; Folkhälsorapporten 2009, s 229

19 Socialstyrelsen; Folkhälsorapporten 2005, s 95

20 www.diabetes.se (090407)

21 Socialstyrelsen; Folkhälsorapporten 2009, s 229

22 SIFO International Research; En släng av socker – Kunskap bland typ 2 diabetiker 2008



Andelen diabetiker i olika socioekonomiska grupper, efter utbildningsnivå, åren 1996–2002 (åldersstandardiserade värden). Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB

5.3 Hälsa

Enligt ovan nämnda SIFO-undersökning var cirka 72 procent överviktiga (BMI över 25) eller led av fetma (BMI över 30) i gruppen med typ 2-diabetiker.²³ Övervikt och fetma är vanligare bland män, där andelen var 81 procent, än bland kvinnor som hade en andel på 62 procent som led av övervikt eller fetma.²⁴

Midjemåttet hos personer med diabetes är ofta högt. Medelvärdet i Nationella Diabetesregistret år 2007 var 99,4 cm för kvinnor och 105,4 cm för män (målvärdet för midjemått är 80 cm för kvinnor respektive 94 cm för män).²⁵ Utöver övervikt och fetma lider, enligt NDR, gruppen med typ 2-diabetes också av andra samtidigt sjukdomar. De vanligaste samtidigt sjukdomarna är högt blodtryck (54 procent) och höga blodfetter (30 procent).

Glädjande nog visade Nationella Diabetesregistrets årsrapport 2007 att medelvärdet för HbA1c hos personer med typ 2-diabetes inom primärvården har sjunkit under de senaste nio åren från 6,5 procent till 6,1 procent. Men, trots den positiva trenden är det bara 55 procent av patienterna, som är registrerade i Nationella Diabetesregistret (NDR), som uppnår målet med ett HbA1c under 6 procent.

Cirka 50 procent av landets diabetespatienter var registrerade i NDR år 2007. Variationen över landet är dock stor, Östergötland rapporterar över 80 procent, Västra Götalandsregionen runt 60 procent medan Halland, Västmanland, Stockholm och Skåne

23 SIFO International Research; En släng av socker – Kunskap bland typ 2 diabetiker 2008

24 SIFO International Research; En släng av socker – Kunskap bland typ 2 diabetiker 2008

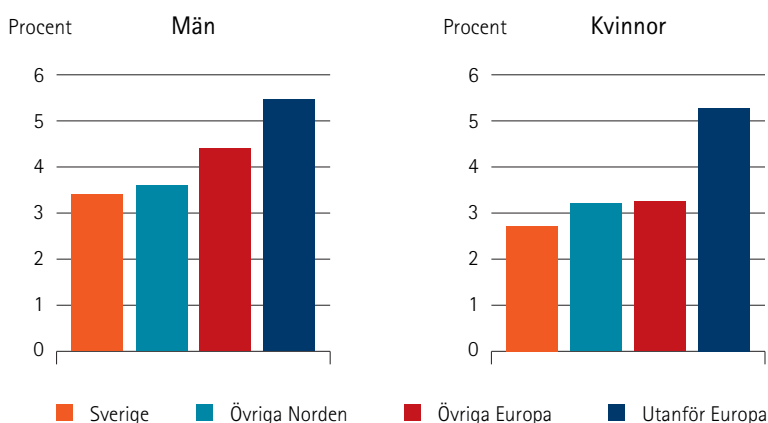
25 Årsrapport 2007, Nationella Diabetesregistret

rapporterar drygt 30 procent av sina diabetespatienter.²⁶ Hälften av Sveriges kända diabetiker finns alltså registrerade i NDR och av dessa uppnår hälften det grundläggande målet med ett HbA1c på under 6 procent. En ökad rapportering till NDR och en tydligare styrning mot måluppfyllnad skulle vara angeläget för att förbättra livskvaliteten och minska riskerna att drabbas av komplikationer för patienter med typ 2-diabetes.

5.4 Ursprung

Det föreligger även skillnad i vilka som drabbas av typ 2-diabetes beroende på härkomst. Utlandsfödda insjuknar i typ 2-diabetes i högre utsträckning och vanligast är typ 2-diabetes bland män födda utanför Europa. Enligt Folkhälsorapporten 2009 är diabetes tre gånger så vanligt bland svenskar som är födda i utomeuropeiska länder än bland infödda svenskar.²⁷ Detta tros ha delvis genetiska förklaringar så som anlag, risk för övervikt samt utveckling av bukfetma. Folkhälsorapporten pekar även på utlandsföddas levnadsvillkor i Sverige som kan karakteriseras av viss social utsatthet.

Trots att invandrargruppen är ytterst heterogen vad det gäller utbildningsnivå visar Folkhälsorapporten att invandrare generellt har sämre hälsa än infödda svenskar. De invandrade kvinnorna är betydligt sjukare än männen. Invandrarkvinnor har högre BMI, mer bukfetma, mer ofördelaktiga blodfetter och mindre fysisk aktivitet än svenskfödda kvinnor. Dessa riskfaktorer är starkt förknippade med ökad risk att drabbas av typ 2-diabetes.



Diabetesförekomst efter födelseland, män och kvinnor 16–84 år, åren 1996–2003 (åldersstandardiserade värden).

Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB

26 Årsrapport 2007, Nationella Diabetesregistret

27 Socialstyrelsen; Folkhälsorapporten 2009, s 229

5.5 Regionala skillnader

Enligt Folkhälsorapporten från år 2005 finns också vissa regionala skillnader i utbredningen av diabetes i Sverige. Det som konstaterats är att bland kvinnor är diabetes vanligast i Jönköpings län, Kalmar län, Dalarna, Västernorrland, Norrland och Gävleborg. Bland män är diabetes mer förekommande i Örebro län och Kalmar län än i övriga Sverige. Någon fastslagen förklaring till skillnaderna finns inte, men de regionala variationerna stämmer överens med fetmans spridning.²⁸



Diabetesförekomst bland män och kvinnor efter län, åren 1980-2002 (åldersstandardiserade värden).
Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB

28 Socialstyrelsen; Folkhälsorapporten 2005, s 101

6 Diabetesvården i Sverige

Socialstyrelsen skapade år 1999 Nationella Riktlinjer för diabetesvården i Sverige. Syftet var att stärka patienternas möjlighet att få en likvärdig, kunskapsbaserad vård i alla delar av landet.²⁹ Målet med behandling av diabetes i Sverige är i riktlinjerna att förhindra akuta och långsiktiga komplikationer med en bibehållen livskvalitet. Diabeteskontroller syftar till att, efter diagnos, starta ett utbildningsprogram i individanpassad egenvård, sätta upp individuella mål när det gäller påverkbara riskfaktorer för diabeteskomplikationer som till exempel HbA1c, blodtryck, blodfetter, kroppsvikt och rökning samt kontinuerligt följa upp och anpassa dessa mål. Det står också uttryckt i riktlinjerna att en hög grad av kontinuitet mellan patient och vårdteam ska eftersträvas.

Sedan riktlinjerna kom år 1999 har man i Europa och USA utarbetat nya riktlinjer med skärpta behandlingsmål. Socialstyrelsen har sedan ett par år tillbaka arbetat med ett utredningsarbete med syfte att presentera nya behandlingsriktlinjer för diabetes. De nya preliminära riktlinjerna beräknas komma i maj 2009 för att den slutliga versionen skall vara klar i slutet av år 2009. De ska bland annat innehålla en mer systematisk arbetsmetod och fylla i luckorna i de nuvarande riktlinjerna där vården behöver mer vägledning.³⁰

Faktaruta

**Faktaruta: Målvärden för diabetiker
(Källa: SFDs förslag till riktlinjer för diabetesbehandling 2007)**

HbA1c < 5–6%

Blodtryck < 130/80 mmHg

LDL-kolesterol < 2,5 mmol/l

Totalkolesterol < 4,5 mmol/l

6.1 Nationella Diabetesregistret

I Sverige finns det flera olika index som mäter den svenska diabetesvården. Nationella diabetesregistret (NDR) är ett register upprättat av Svensk Förening för Diabetologi och det är ett värdefullt verktyg för diabetesvården i Sverige. NDR är unikt i sitt slag och är världens största register för personer med diabetes. Sveriges Kommuner och Landsting använder till sin återkommande rapport Öppna Jämförelser, data från NDR. I de senaste Öppna Jämförelser från 2008 finns tabellerna angående måluppfyllelse för HbA1c och blodtryck med.³¹

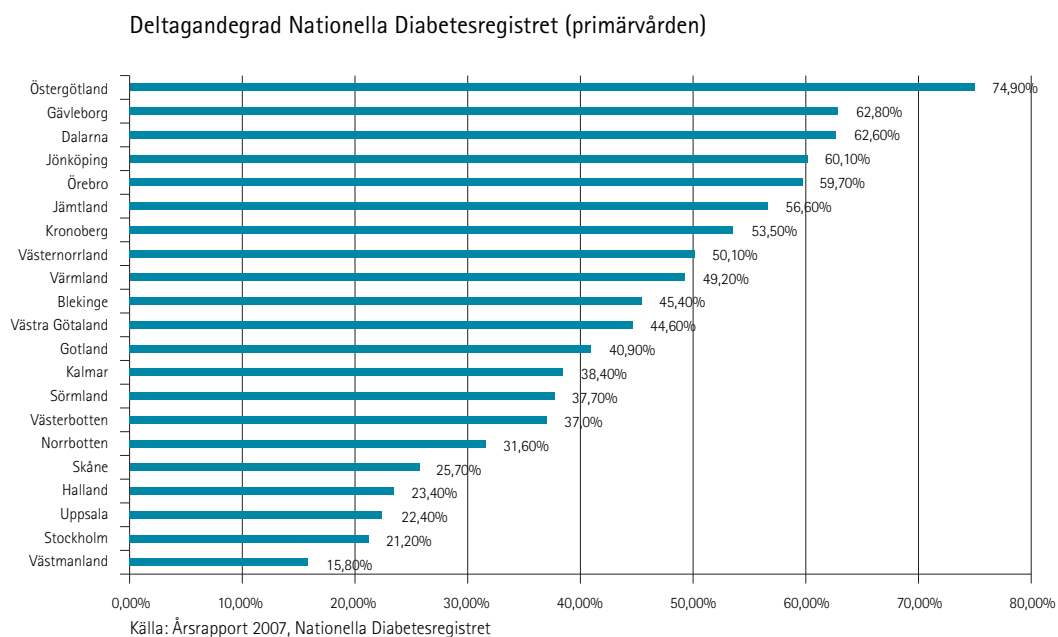
NDR har utformats för att jämföra kliniska resultat på primärvårdsenheter där diabetespatienter vårdas. Även om inrapporteringen sakta ökar saknades år 2007, 11 år efter att registret tagits i bruk, fortfarande hälften av alla kända diabetiker i registret. För att få en god bild av diabetespatienternas måluppfyllelse är det avgörande

29 Socialstyrelsen; Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus, 1999

30 Socialstyrelsen; Informationsblad om Nationella riktlinjer för vård av diabetes, 1999

31 Sverige Kommuner och Landsting; Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2008

att andelen inrapporterade patienter ökar. I Stockholm, Uppsala och Västmanland har landstingen en deltagandegrad på mindre än 30 procent, vilket gör att de inte kan delta i NDRs landstingsindex på grund av för osäker data. I alla landsting ökade dock deltagargraden mellan år 2006 och år 2007, utom i Skåne, där deltagandegraden minskade med 7,2 procentenheter.



Rapportering till det Nationella Diabetesregistret från sjukhusens medicinkliniker är genomgående hög. Den stora skillnaden i rapportering finns på primärvårdssidan.

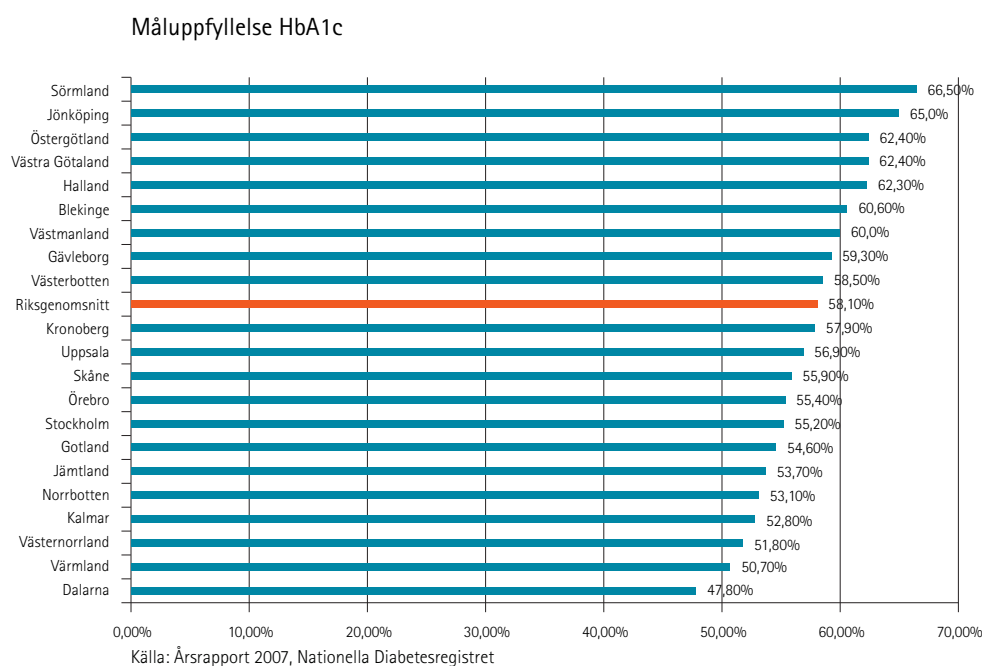
Personer med diabetes behöver livslång och regelbunden kontakt med vården för att mäta sina värden, kontrollera sin allmänhälsa och få rådgivning. Personer med typ 1-diabetes har vanligen sina kontroller på sjukhusens diabetesmottagningar, där de specialutbildade diabetesläkarna och sjuksköterskorna arbetar. Cirka 85 procent av alla med typ 2-diabetes genomgår oftast sina kontroller i primärvården, på vanliga vårdcentraler, hos sina husläkare. De problem som främst identifierats inom primärvården är dålig uppföljning, låg tillgänglighet, avsaknad av fast läkarkontakt och lång tid mellan läkarbesöken.

Nedanstående tabeller från NDR avser resultat från de deltagande landstingens primärvård, där majoriteten av landets personer med typ 2-diabetes behandlas. Resultaten visar på stora skillnader inom måloppfyllelse mellan landstingens primärvård. Måloppfyllelse enligt de olika indikatorerna, såsom HbA1c, blodtryck, LDL-kolesterol, total kolesterol och rökning, anges i förhållande till de behandlingsriktlinjer och målvärden som Svensk Förening för Diabetologi ger ut. Inget landsting är bäst på allt, utan det finns en spridning i hur varje landsting placerar sig inom varje mål-

kategori. Som exempel ses att Dalarna hamnar i botten när det gäller måluppfyllelse för HbA1c, men placerar sig strax under riksgenomsnitt när det gäller kolesterol.

6.1.1 HbA1c

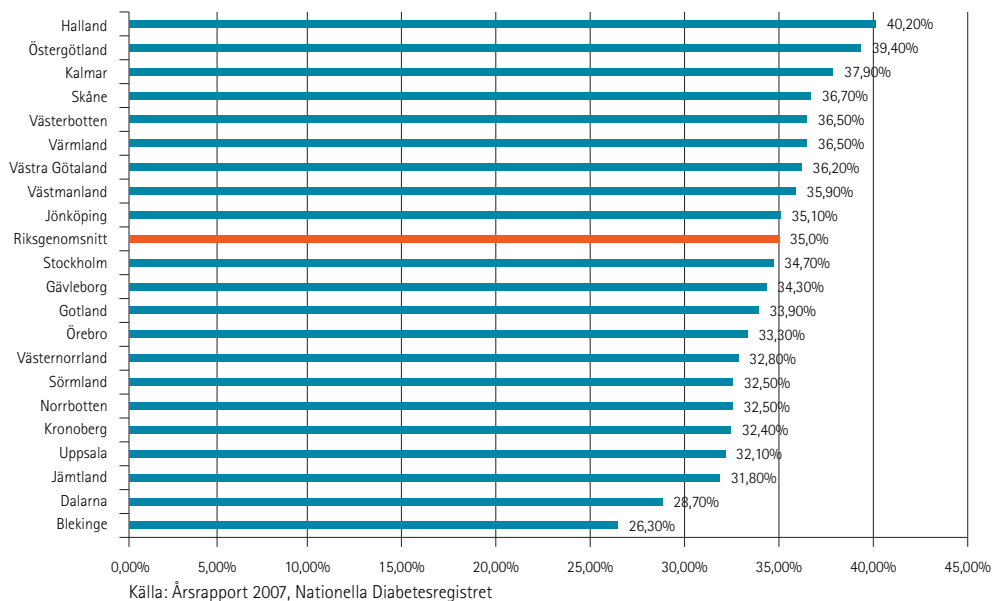
Ett lågt HbA1c är en tydlig och mycket viktig indikator på en väl genomförd behandling. När det gäller svenska patienters blodsockervärde finns en stor spridning mellan hur landstingen uppfyller målet på ett HbA1c under 6 procent. Det skiljer cirka 19 procentenheter mellan det landsting som placerar sig i topp, Sörmland (måluppfyllelse på 66,5 procent), och Dalarna (måluppfyllelse på 47,8 procent), som placerar sig i botten. Riksgenomsnittet är 58 procent.



6.1.2 Blodtryck

Målet är att diabetiker ska ha ett blodtryck som är lägre än 130/80 mmHg. Ett högt blodtryck kan leda till flera komplikationer, som skador på ögats näthinna och till nedsatt njurfunktion. Att hålla blodtrycket under kontroll är därmed en viktig del av god diabetesvård. För blodtrycks kontroll är spridningen något mindre mellan landstingens primärvård men måluppfyllelsen är generellt sett sämre än när man såg till blodsockervärde. I topp ligger Halland med en måluppfyllelse på 40 procent och i botten Blekinge med 26 procent. Riksgenomsnittet ligger på 35 procent, det vill säga endast cirka en tredjedel av landets inrapporterade diabetiker når målvärdet för blodtryck.

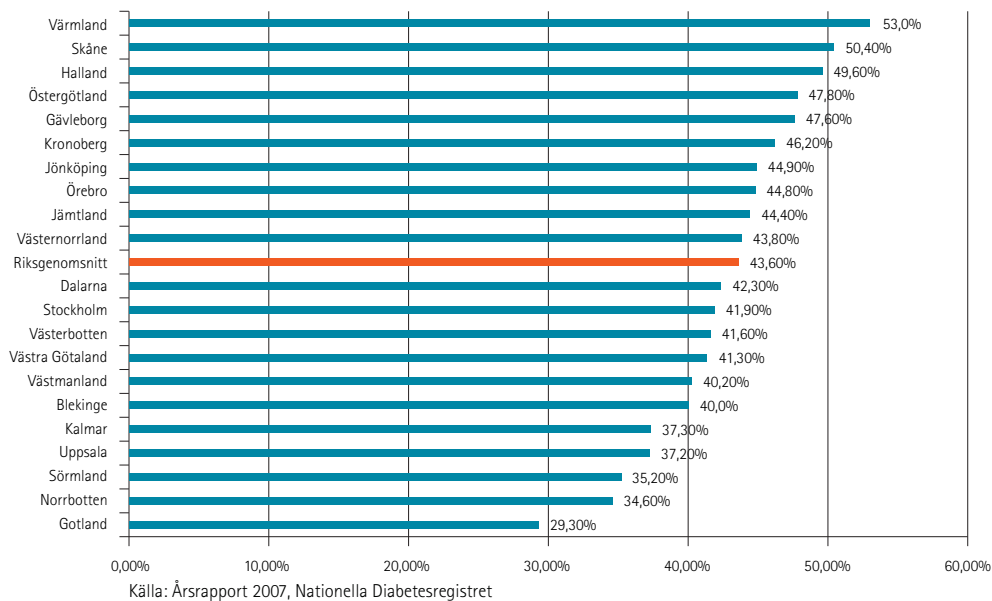
Måluppfyllelse blodtryck



6.1.3 LDL-kolesterol

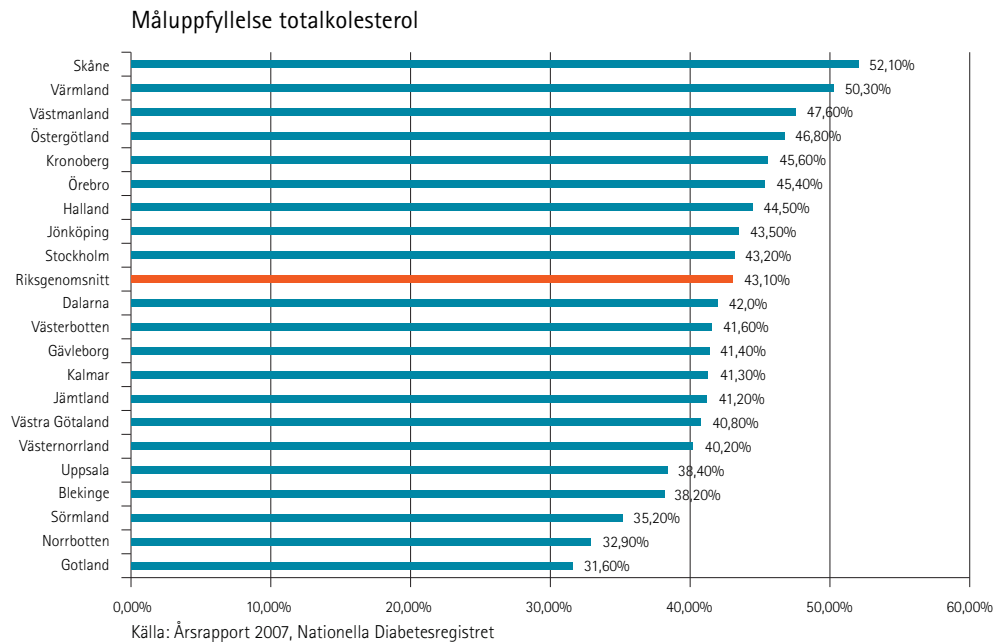
För LDL-kolesterol finns också stor spridning mellan landstingens patienter i primär-vården. Målet är att LDL-kolesterolet ska vara under 2,5 mmol/l. Detta klarar Värmland bäst med en måluppfyllelse på 53 procent. I botten ligger Gotland med en måluppfyllelse på 29,3 procent. Riksgenomsnittet är 43,6 procent.

Måluppfyllelse LDL-kolesterol



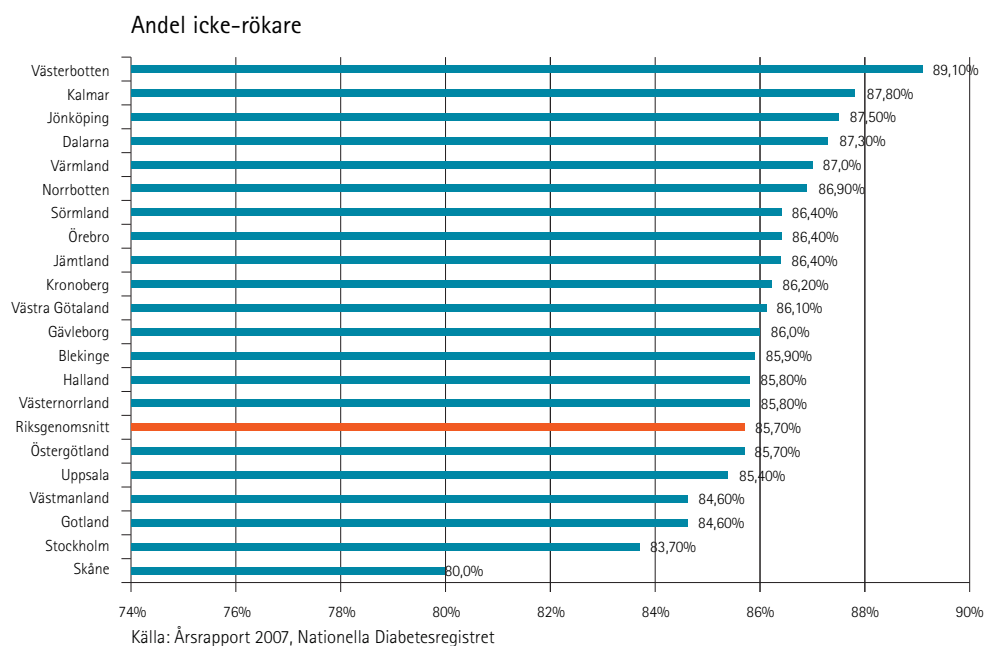
6.1.4 Totalkolesterol

Totalkolesterolet bör ligga under 4,5 mmol/l. Detta mål lyckas Skåne bäst med att uppfylla och där har man en måluppfyllelse på 52 procent. I botten återfinns Gotland med en måluppfyllelse på 31,6 procent. Riksgenomsnittet är 43 procent.



6.1.5 Rökning

Gällande rökning finns inget uttalat mål, men rökning är ohälsosamt och extra farligt för personer med diabetes. Hur många rökare varje landsting har visar till viss del hur effektiv man är att arbeta med olika typer av rökavvänjningsmetoder. Rapporteringen till NDR visar att andelen icke-rökare med diabetes som behandlas inom primärvården är högst i Västerbotten med 89 procent och lägst i Skåne med 80 procent icke-rökare.



6.2 Diabetesindex

Diabetesindex är ett annat kvalitetsindex över svensk diabetesvård. Rapporten Diabetesindex 2008 som till stor del baseras på uppgifter från Nationella Diabetesregistret visar på skillnader i diabetesvården i de olika landstingen i Sverige.³² Diabetesindex omfattar fjorton indikatorer. Varje indikator ger olika poäng där det landsting som utmärker sig positivt genom att redovisa bra resultat inom någon indikation får högst poäng. I undersökningen har vissa delar av diabetesvården skattats som viktigare än andra. De fyra huvudgrenar som mätts är:

- Rapportering till Nationella Diabetesregistret
- Förebyggande vård för att förhindra komplikationer
- Tillgänglighet till specialistvård
- Behandlingsresultat för typ 2-diabetespatienter i primärvården

De landsting som ger bäst diabetesvård till sina patienter, enligt Diabetesindex, är Jönköping, därefter Västerbotten och Blekinge. Kronoberg har avancerat från en femtonde plats år 2006 till en fjärde plats år 2008.³³ I botten finner man Gotland, Skåne, Stockholm och Västernorrland. Inget landsting får högsta betyg på allt. Även i de landsting som i undersökningen har bäst resultat finns det förbättringsområden.

Resultatlista Diabetesindex 2008

1. Jönköping
2. Västerbotten
3. Blekinge
4. Kronoberg
5. Dalarna
6. Halland
7. Östergötland
8. Norrbotten
9. Örebro
10. Kalmar
11. Västra Götaland
12. Jämtland
13. Sörmland
14. Västmanland
15. Värmland
16. Uppsala
17. Gävleborg
18. Västernorrland
19. Stockholm
20. Skåne
21. Gotland

32 Health Consumer Powerhouse; Diabetesindex 2008. En jämförelse av landstingens diabetessjukvård

33 Health Consumer Powerhouse; Diabetesindex 2008. En jämförelse av landstingens diabetessjukvård

Enligt Diabetesindex observationer förblir tillgängligheten inom diabetessjukvården låg. Många specialistkliniker har längre väntetider än vårdgarantins 90 dagar. År 2005 träffade staten och Landstingsförbundet en överenskommelse kring införandet av en utvidgad nationell vårdgaranti och en fortsatt satsning på en förbättrad tillgänglighet.³⁴ Sedan 1997 finns en nationell besöksgaranti, som innebär att primärvården ska erbjuda hjälp antingen per telefon eller genom besök samma dag, läkarkontakt om så behövs inom högst 7 dagar, samt besök inom 90 dagar efter remiss till specialistvården.

Den nya överenskommelsen innebär att den tidigare besöksgarantin utvidgas med en vårdgaranti som också omfattar ett åtagande för landstingen att erbjuda behandling inom 90 dagar från det att beslut om behandling har fattats. Garantin gäller fullt ut i hela landet och omfattar all behandling inom landstingens planerade vård. Även om majoriteten av patienterna med typ 2-diabetes behandlas i primärvården är tillgången till en diabetesmottagning med specialistutbildad personal viktig.

Ögonmottagningar har långa väntetider som ofta överskrider vårdgarantins mål. När det gäller förekomsten av ögonbottenundersökningar föreligger det även skillnaden mellan landstingen. I Örebro undersöks hela 93 procent av diabetikerna medan Västra Götaland endast undersöker 61 procent. Genomsnittet i landet ligger på 78 procent.

Skillnader förekommer också i fotvården. Halland undersöker 96,8 procent av diabetikerna inom primärvården medan andelen i Västra Götaland är 76,5 procent. Riks-genomsnittet ligger på 88 procent. Tilläggas kan att de nationella riktlinjerna säger att alla patienter med typ 2-diabetes bör kontrollera och undersöka sina fötter åtminstone en gång om året.³⁵

6.3 Euro Health Consumer Index

Euro Health Consumer Index jämför diabetesvården i de olika europeiska länderna. Parametrar som information, patientens rättigheter och valmöjligheter, generositet i sjukvårdssystemet, förebyggande åtgärder, tillgänglighet och behandlingsresultat mäts. Gemensamt för länderna i toppen av Euro Health Consumer Index 2008 (Danmark, Storbritannien, Frankrike och Nederländerna) är att de behandlar och prioriterar diabetes långt ner i vårdkedjan, det vill säga inom primärvården. Den kritik som riktas mot svensk diabetesvård gäller bland annat bristen på rutinmässiga blodprov för att avslöja sjukdomen. Även bristen på tillgänglighet till rutinmässig vardagssjukvård bidrar till att Sverige kommer på plats 11 av 29 i en den europeiska jämförelsen.³⁶ Sverige anses i undersökningen vara ett land som prioriterar komplicerade sjukdomar och behandlingar, medan sjukdomar såsom diabetes, som kräver daglig behandling, bortprioriteras.

34 Sveriges Kommuner och Landsting; Väntetider i Vården 2009

35 Socialstyrelsen; Nationella riktlinjer för vård och behandling vid diabetes mellitus – information till dig som har diabetes mellitus, 1999

36 Health Consumer Powerhouse, Euro Consumer Diabetesindex 2008

Svenskar med diabetes har färre vårdkontakter än diabetiker i något annat europeiskt land. Att bra behandling inom primärvården är viktig beror på det faktum att diabetes vinner på att upptäckas och vårdas tidigt. Sverige gör inte, till skillnad från många andra länder, rutinmässiga kontroller av förhöjda blodfetter och blodsocker. Indexet visar på att vi har en bra specialistvård, medan vi uppvisar brister gällande vardagsinsatser i diabetesvården.³⁷

Åtgärder som skulle vara positivt för diabetesbehandlingen i primärvården är bland annat krav på att varje vårdcentral har en diabetesansvarig läkare och en diabetes-sjuksköterska, krav på rapportering av alla patienter i NDR, systematiskt arbete mot förbättrad måluppfyllelse på varje enskild vårdcentral, minst ett läkarbesök om året hos diabetesansvarig läkare samt ett besök om året hos diabetessjuksköterska.

7 Kunskap om diabetes hos patienterna

En anledning till att måluppfyllelsen inom diabetesvården är låg, är bland annat bristen på kunskap om sjukdomen bland patienterna. En kunskap som är svår att få när tillgängligheten till vården är begränsad och uppföljning av ens behandling inte sker. Typ 2-diabetes är en sjukdom där komplikationer kan förebyggas genom att patienterna själva sköter om sin sjukdom och samtidigt har en fast och regelbunden kontakt med sjukvården för undersökningar och kontroller.

En SIFO-undersökning³⁸ genomfördes år 2008 för att visa hur kunskapen om typ 2-diabetes, hos dem som har sjukdomen, såg ut. Bilden som framkom i undersökningen var nedslående. Bland personerna i undersökningen med typ 2-diabetes visste 30 procent inte vilket HbA1c-värde de hade. HbA1c är ett mycket viktigt mått att hålla reda på för att kontrollera sin sjukdom. Av de med dålig kunskap om sitt HbA1c-värde har 30 procent dålig kunskap om vilka följsjukdomar som uppstår i samband med diabetes. I den grupp där man hade kunskap om sitt HbA1c-värde var det 15 procent som hade dålig kunskap av följsjukdomar. Förutom att de som har dålig kunskap om sina HbA1c-värden har sämre kunskap om sin sjukdom och riskerna med den, har de också högre BMI än de med god kunskap om sin sjukdom.

37 Health Consumer Powerhouse, Euro Consumer Diabetesindex 2008

38 SIFO International Research; En släng av socker – Kunskap bland typ 2 diabetiker 2008

8 Patienternas kontakt med vården

I SIFO-undersökningen framkom det också att cirka en tredjedel av de med typ 2-diabetes aldrig diskuterat målvärdet på sitt blodsocker med vården. Av de patienter som inte känner till sitt HbA1c-värde har 43 procent aldrig diskuterat målvärdet med läkare eller sjuksköterska. Av de som däremot känner till sitt värde var det 22 procent som aldrig diskuterat målvärdet med vården. I relation till det kan man nämna att av de som inte hade kännedom om sitt blodsockervärde uppfattade 86 procent att läkaren var nöjd med den behandling som patienten fick.

Cirka 41 procent av de med typ 2-diabetes i Sverige går på kontroll hos läkare eller diabetessjuksköterska två till tre gånger per år. 24 procent går oftare än så, och en lika stor andel går på kontroll en gång om året. 10,6 procent går dock aldrig på kontroll. Detta är något som varierar regionalt i Sverige. I norra Sverige är det 20 procent av typ 2-diabetespatienterna som aldrig går på kontroll. Bäst såg det ut i Malmöområdet och därefter kom Göteborgsområdet och östra Mellansverige med en andel på 5,9 procent som aldrig gick på kontroll.³⁹

Tittar man på huruvida patienterna fått någon information eller utbildning från vården (läkare eller sjuksköterska) är det 15,6 procent i hela Sverige som inte fått någon utbildning kring sin diabetes. Värst såg det ut i norra Sverige och norra Mellansverige där cirka 32 procent uppgett att de aldrig fått någon utbildning. Här var istället Småland (med Gotland och Öland) bäst då alla patienter uppgav att de hade fått någon form av utbildning.

50 procent av respondenterna i undersökningen uppger också att de inte känner någon oro för sin egen sjukdom. Detta kan tyckas vara positivt men idag vet man att diabetes är en kronisk och allvarlig sjukdom som ofta medför komplikationer och följsjukdomar på sikt, som både påverkar livskvaliteten hos de som drabbas men även samhället genom stora kostnader. De vanligaste orosmomenten i undersökningen var följsjukdomar, viktuppgång och försämrad livskvalitet. De minsta orosmomenten var ögonproblem och rädsla för injektioner.

Enligt Svenskt Diabetesindex 2008⁴⁰ föreligger det skillnader i rutinerna för kallelser till diabeteskontroller. På diabetesmottagningar kallas ofta patienterna rutinmässigt till kontroll, medan man inom primärvården förväntar sig att patienterna själva bokar besök för kontroll. Följden av detta blir att patienterna med diabetes i primärvården inte går på kontrollbesök så ofta som de

Faktaruta

Några resultat från SIFO-undersökningen "En släng av socker", 2008

En tredjedel har aldrig diskuterat målvärdet på sitt blodsocker med vården

15,6% har inte fått någon utbildning kring sin diabetes

10,6% går aldrig på kontroll

39 SIFO International Research; En släng av socker – Kunskap bland typ 2 diabetiker 2008

40 Health Consumer Powerhouse; Diabetesindex 2008. En jämförelse av landstingens diabetessjukvård

borde enligt medicinska riktlinjer. Detta bör ses i samband med att cirka 85 procent av alla diabetespatienter behandlas inom primärvården.

9 Förebyggande vård

Metoderna för att behandla och förebygga sjukdomar har blivit allt bättre de senaste decennierna. Detta gäller bland annat för kroniska sjukdomar som diabetes och hjärt-kärlsjukdomar. Mänskligt lidande och den ekonomiska kostnaden för typ 2-diabetes kan minskas avsevärt genom att investera i förebyggande vård. En person med pre-diabetes, som har en blodsockernivå över det normala men inte passerat gränsen för en typ 2-diabetesdiagnos, kan väsentligt förhindra eller fördröja utvecklingen av diabetes genom livsstilsförändringar. Detta gäller framförallt viktreduktion, ökad fysisk aktivitet, ändrade kostvanor och rökstopp.⁴¹ För att få kunskap om sin sjukdom är det värdefullt att delta i undervisning om typ 2-diabetes och ha möjlighet att diskutera sin situation med vårdpersonal. Genom en omsorgsfull och regelbunden kontroll av blodsockernivåerna kan komplikationer skjutas upp eller till och med förebyggas.

Folkhälsoinsatser för att förändra livsstilen i befolkningen eller främst stoppa en ogynnsam utveckling krävs. Samlade insatser för att premiera ökad fysisk aktivitet i befolkningen och ett hälsosammare födointag är viktigt. Samhället måste även informera om riskerna med typ 2-diabetes och hur man testar sig själv.

10 Screening

Primärprevention är de förebyggande insatser som görs för att tidigt upptäcka ohälsa eller riskbeteende. Exempel på primärprevention är viktnedgång, motionsinsatser och rökningsslut. Att lyckas med primärprevention är ofta mycket svårt och det är vanligt att patienten inte märker några förbättringar. Screening som sekundärprevention anges därför allt oftare som ett alternativ för att minska sjuklighet eller död i olika tillstånd där primärpreventionen inte varit framgångsrik. Några kriterier att ta hänsyn till vid införandet av screening är

- att sjukdomen innebär en stor börda för samhället
- att det finns ett icesymptomatiskt skede då sjukdomen kan diagnostiseras
- att behandlingsåtgärder som sätts in tidigt är bättre än om de sätts in senare
- att en tidig upptäckt är kostnadseffektiv
- att resurser finns för att behandla de nya fall som upptäcks

I dag screenas praktiskt taget alla nyfödda barn genom PKU-testet som undersöker om barnet har anlag för någon av de fem sällsynta sjukdomar som ingår i testet. Övriga sjukdomar som vi i Sverige idag screenar för är bröstcancer, livmoderhalscancer, hörsel-

41 Socialstyrelsen; Folkhälsorapporten 2009, s 227

problem hos barn, höftledsluckration hos nyfödda samt medfödd grå starr hos nyfödda. Idag förs även diskussioner kring införandet av screening av prostatacancer.

Frågan om screening för att upptäcka typ 2-diabetes diskuteras i Sverige och övriga Nordiska länder. Det pågår även vetenskapliga studier som under de närmsta åren kommer att ge ytterligare underlag för att ta ställning till om screening för typ 2-diabetes ska genomföras i Sverige, och i så fall hur.

Personer med prediabetes löper en ökad risk att få hjärt-kärlsjukdom såsom hjärtinfarkt. Genom att personerna blir medvetna om sin risksituation och informerade om vad de själva kan göra för att förhindra att utveckla sjukdomen fullt ut kan stora besparingar göras. Bara små livsstilsförändringar som ökad motion och minskad vikt kan innebära stora skillnader i risken att utveckla typ 2-diabetes. Idag har närmare hälften av alla patienter som får sin typ 2-diabetesdiagnos redan någon sorts diabeteskomplikation, till exempel ögonbottenförändring eller hjärt-kärlsjukdom.

Målet med screening för typ 2-diabetes skulle vara att på ett kostnadseffektivt sätt minska både dödlighet och sjuklighet genom att identifiera alla de människor som bär på sjukdomen utan att veta om det. På grund av den långa symptomfria perioden räknar man med att sjukdomen är oupptäckt hos var tredje person som har den och är i åldern 25–65 år. Bland äldre personer är siffran sannolikt högre.⁴²

Opportunistisk screening innebär att patienten erbjuds ett test när man av en eller annan anledning besöker vården. Denna typ av screening för typ 2-diabetes är på flera vårdcentraler i Sverige redan inlagd i rutinerna. Enligt Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer för typ 2-diabetes bör screening för typ 2-diabetes övervägas för personer med till exempel följande riskfaktorer;

- övervikt och/eller bålfetma
- högt blodtryck
- blodfetsrubbnings
- hjärt-kärlsjukdom
- rökning
- nära släktskap med diabetes typ 2-patient
- tidigare graviditetsdiabetes

Genom ett utbyggt screeningprogram för typ 2-diabetes skulle det gå att förändra dagens förhållande, där patienter med typ 2-diabetes i genomsnitt har levt med sjukdomen i åtta år innan han eller hon har fått sin diagnos.

42 Socialstyrelsen 2001, Hur tillämpas de nationella riktlinjerna för typ 2-diabetes?



sanofi aventis

Because health matters

sanofi-aventis, Box 14142, 167 14 Bromma • Tel 08-634 50 00 • www.sanofi-aventis.se
Vid frågor om våra läkemedel kontakta: infoavd@sanofi-aventis.com