

INNGANGUR – ALMENNT UM KLÍNÍSKAR LEIÐBEININGAR UM SYKURSÝKI 2

Síðast komu út íslenskar leiðbeiningar um sykursýki af tegund 2 árið 2002 og var því orðin mikil þörf á nýjum leiðbeiningum. Leiðbeiningar þessar eru ekki aðeins endurskoðun eldri leiðbeininga, heldur er um að ræða nýjar og mun víðtækari leiðbeiningar.

Þær eru ætlaðar sem stuðningur fyrir alla sem koma að eftirliti og meðferð þessara skjólstæðinga. Markmið þeirra er að bæta meðferðina og vonandi einnig árangur hennar og hafa þannig jákvæð áhrif á lífsgæði þessa skjólstæðingahóps.

Auðveldara aðgengi

Nýlunda er að leiðbeiningarnar eru tengdar beint inn í sjúkraskrárkerfið Sögu og samofnar sérstöku sykursýkisskjali til þess að auðvelda notkun leiðbeininganna í daglegri vinnu, auk þess sem tenglar innan leiðbeininganna auðvelda notkunina enn frekar. Skjal þetta er sérstaklega hannað til að bæta umönnun þessa hóps, auðvelda skráningu og eftirlit. Sá hluti leiðbeininganna sem þörf er á hverju sinni er mjög aðgengilegur og getur nýst heilbrigðisstarfsmanni á meðan á viðtali stendur.

Þetta nýja birtingarform er mikilvægt því að sýnt hefur verið fram á að gott aðgengi að gagnreyndum upplýsingum í klínískri daglegri vinnu eykur líkur þess að upplýsingar séu notaðar, þær hafi áhrif á ákvarðanatöku og skili sér í betri árangri meðferðar.¹⁻³

Vaxandi vandamál

Sykursýki af tegund 2 er vaxandi vandamál og hefur algengi hér á landi aukist um 50% frá 1967 til 2002 og reyndist á árunum 1997–2002 um 4,7% í aldursflokknum 45 – 64 ára.⁴ Ekki er síður athyglisvert að fyrir hvern einstakling með þekkta sykursýki eru tveir sem vita ekki að þeir eru með sjúkdóminn.⁴ Hluti þessara sjúklinga er þegar komin með fylgikvilla við greiningu og fer hlutfall þeirra vaxandi því lengur sem þeir hafa verið með sjúkdóminn.^{5,6}

Dánartíðni er minnst tvisvar til þrisvar sinnum hærrí en hjá fólki á sama aldri, sem ekki er með sykursýki, og eru stóræðasjúkdómar helsti dánarvaldurinn.⁷ Því er til mikils að vinna ef hægt er að koma í veg fyrir eða seinka fylgikvillum og bæta lífsgæði þessara einstaklinga með því að greina þá snemma (sjá [Skimun](#)) og veita viðeigandi ráðgjöf og meðferð sem lítur að öllum [áhættuþáttum hjarta- og æðasjúkdóma](#).^{8,9} Mikilvægt í þessu samhengi er að styrkja og auka samvinnu og flæði sjúklinga á milli heilsugæslu og sérfræðipjónustu spítalanna.⁹



Vinnulag við nýju leiðbeiningarnar

Vinna við leiðbeiningarnar hófst í febrúar 2007 og vildi vinnuhópurinn gera þær mun víðtækari en þær sem fyrir voru. Vinnulagið var þannig að hópurinn skipti á milli sín verkefnum og fór síðan saman yfir hvert framlag, breytti eftir ástæðum og/eða samþykkti. Þegar þessari vinnu lauk, í mars 2008, var búið að birta drög að nýjum leiðbeiningum hjá National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), sem tilgreindar eru að ofan.¹⁰ NICE þykir byggja á mjög vönduðum og gagnsæjum grunni, bæði hvað varðar vísindalegar, gagnreyndar aðferðir, praktíska reynslu og röksemdafærslu sem liggur að baki niðurstöðum þeirra. Lagði stýrihópur klínískra leiðbeininga til að beðið væri eftir þeim. Var það gert og stór hluti leiðbeininganna endurunnin í kjölfarið. Í júní 2008 komu niðurstöður úr bæði ACCORD¹¹ og ADVANCE¹², sem einnig höfðu afgerandi áhrif m.t.t. leiðbeininga um sykurstjórnun. Loks birtust í september 2008 kanadískar leiðbeiningar¹³, sem einnig er stuðst við í hluta leiðbeininganna. Eins og sjá má í heimildaskránni var einnig í sumum atriðum stuðst við aðrar leiðbeiningar, allt frá 2003, um sykursýki 2 og tengd viðfangsefni ásamt öðru efni.

Innleiðing með nýju sniði

Eins og að ofan greinir verða leiðbeiningar þessar samofnar því verkfæri sem ætlað er að halda rafrænt utan um eftirlit og meðferð skjólstaðinganna. Í ljósi þessa verður unnt að innleiða leiðbeiningarnar með algerlega nýju sniði og væntanlega á skilvirkari hátt en verið hefur hingað til. Þar að auki er áætlað að halda 2 klst. kynningu fyrir alla heimilislækna á landinu í samvinnu við FÍH (Félag íslenskra heimilislækna) á sykursýkisskjalinu í Sögu og leiðbeiningunum sjálfum. Í framhaldi af því fyrirhugar FÍH að standa fyrir 2 daga námskeiðum fyrir heimilislækna um eftirlit og meðferð sykursjúkra í samvinnu við göngudeild sykursjúkra.

Vinnuhópurinn sem unnið hefur að þessum nýju íslensku leiðbeiningum:

Anna S. Sigmundsdóttir hjúkrunarfræðingur, Ari J. Jóhannesson, sérfræðingur í innkirtlasjúkdómum, Ástráður B. Hreiðarsson, sérfræðingur í innkirtlasjúkdómum, Hörður Björnsson heimilislæknir (formaður), Rafn Benediktsson, sérfræðingur í innkirtlasjúkdómum, Ragnar Gunnarsson heimilislæknir og Rannveig Einarsdóttir lyfjafræðingur.

Faglegir ráðgjafar: Árún K. Sigurðardóttir hjúkrunarfræðingur, Bertha M. Ársælsdóttir næringarráðgjafi, Sigurður Helgason heimilislæknir og ritstjóri klínískra leiðbeininga, Þórarinn Gíslason yfirlæknir lungnadeildar LSH.



Heimildir:

1. CRD/EPOC. Getting evidence into practice: The Centre for Reviews and Dissemination (CRD) and the Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group (EPOC), 1999. [Tengill](#)
2. Kawamoto K, Houlihan CA, Balas EA, Lobach DF. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *BMJ* 2005;330(7494):765-. [Tengill](#)
3. Garg AX, Adhikari NK, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J, et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. *Jama* 2005;293(10):1223-38. [Tengill](#)
4. Bergsveinsson J, Aspelund T, Gudnason V, Benediktsson R. [Prevalence of type 2 diabetes mellitus in Iceland 1967-2002]. *Laeknabladid* 2007;93(5):397-402. [Algengi á Íslandi](#)
5. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS). VIII. Study design, progress and performance. *Diabetologia* 1991;34(12):877-90. [Tengill](#)
6. Harris MI, Klein R, Welborn TA, Knudman MW. Onset of NIDDM occurs at least 4-7 yr before clinical diagnosis. *Diabetes Care* 1992;15(7):815-9. [Tengill](#)
7. Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO and American Diabetes Association diagnostic criteria. The DECODE study group. European Diabetes Epidemiology Group. *Diabetes Epidemiology: Collaborative analysis Of Diagnostic criteria in Europe*. *Lancet* 1999;354(9179):617-21. [Tengill](#)
8. Pedersen O, Gaede P. Intensified multifactorial intervention and cardiovascular outcome in type 2 diabetes: the Steno-2 study. *Metabolism* 2003;52(8 Suppl 1):19-23. [Tengill](#)
9. Danish Centre for Health Technology Assessment NBoHaD, Research IfHS. Intensive Polypharmacological Treatment of Type 2-diabetes in Daily Clinical Practice – a Health Technology Assessment – summary. DSI Report 2007.05, 2007. [Tengill](#)
10. NICE. Type 2 diabetes: National clinical guideline for management in primary and secondary care (update). CG66. , 2008. [NICE 2008](#)
11. Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, Goff DC, Jr., Bigger JT, Buse JB, et al. Accord Diabetes Trial: Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;358(24):2545-59. [ACCORD](#)
12. Patel A, MacMahon S, Chalmers J, Neal B, Billot L, Woodward M, et al. ADVANCE Trial: Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;358(24):2560-72. [ADVANCE](#)
13. CDA. Canadian Diabetes Association 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes* 2008;32(Supplement 1). [Kanadískar leiðbeiningar 2008](#)

