

Nationella Diabetesregistret

JUBILEUMSRAPPORT 2025 ÅRS RESULTAT



NDR
30 år
1996-2026

Årsrapport NDR 2025

Nationella Diabetesregistret

<https://ndr.registercentrum.se>

Författare

Katarina Eeg-Olofsson överläkare, docent Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg och Göteborgs Universitet, registerhållare Nationella Diabetesregistret Registercentrum, Västra Götalandsregionen

Karin Åkesson barnläkare, Länssjukhuset Ryhov Jönköping och biträdande professor Linköpings universitet, ordförande expertgrupp barndiabetesvård Nationella Diabetesregistret, Registercentrum, Västra Götalandsregionen

Alexander Thorén statistiker Registercentrum, Västra Götalandsregionen

Albin Nydén statistiker Registercentrum, Västra Götalandsregionen

Rikard Isaksson statistiker Registercentrum, Västra Götalandsregionen

Ebba Linder projektledare och biträdande registerhållare Nationella Diabetesregistret, Registercentrum, Västra Götalandsregionen

Stort tack riktas till NDR:s registerstyrgrupp och expertgrupp barndiabetesvård för det arbete som lagts ner för NDR under året. Se förteckning på styrgruppsmedlemmar och medlemmar i expertgruppen på NDRs hemsida.

Författarna och NDR-teamet vill också tacka NDRs kvalitetsansvariga personer i regionerna, kontaktpersoner på vårdenheterna, sjuksköterskor, läkare och särskilt tack till alla patienter som bidrar till registret.

Använd gärna material från årsrapporten men glöm inte att ange referensen: Nationella Diabetesregistret, årsrapport 2025.

Denna årsrapport finns att hämta digitalt på NDR:s webbplats

<https://ndr.registercentrum.se>

Nationella Diabetesregistret, Registercentrum Västra Götaland
Regionens Hus, 405 44 Göteborg
epost: ndrinfo@registercentrum.se



Innehåll

1 Inledning	2
1.1 Målnivåer i diabetesvården och tolkning av rapporten	13
1.2 Den egna enhetens och regionens resultat 2025	14
2 Täckningsgrad och prevalens	15
2.1 Täckningsgrad	15
2.2 Prevalens av diabetes i Sverige	17
3 Barn och ungdomar med diabetes	18
3.1 Antal patienter, åldrar och fördelning av diagnoser	19
3.2 Glukoskontroll, HbA1c	21
3.3 Komplikationsscreening	38
3.4 Levnadsvanor	43
3.5 Hypoglykemi och ketoacidosis	46
3.6 Könsskillnader	46
3.7 Nyinsjuknade	47
3.8 Metabol acidosis	48
4 Unga med diabetes, 15-30 år	51
4.1 Blodsockerkontroll hos unga med typ 1-diabetes, 15-30 år	52
4.2 Unga med typ 2-diabetes, 15-30 år	55
5 Vuxna med diabetes	56
5.1 Antal registrerade patienter och åldersfördelning	57
5.2 Levnadsvanor	64
5.3 Riskfaktorkontroll, ålder 40-60 år	70
5.4 HbA1c och blodsockersänkande behandling	71
5.5 Blodtryck och blodtryckssänkande behandling	87
5.6 Lipider och lipidbehandling	94
5.7 Njurpåverkan	100
5.8 Diabetesretinopati och ögonbottenundersökning	103
5.9 Fötter och fotundersökning	107
5.10 Kvinnor och män	110
6 Rapporteringsgrad per variabel för barn och vuxna	112
7 Publikationer 2025	121



"Kvalitetsarbetet ger resultat och behöver fortsatt vara i fokus"

1. Inledning -NDR 30 år

Vi hälsar er varmt välkomna till denna jubileumsrapport. Nationella Diabetesregistret (NDR) firar 30 år från starten 1996 till nu 2026 och kan visa på storslagna resultat i diabetesvården under dessa 30 år. Sammanslagningen år 2018 mellan NDR för vuxendiabetesvården och Swediabkids, som startade år 2000, för barndiabetesvården till ett kvalitetsregister för barn och vuxna med diabetes har gjort registret starkare. Detta visar tydligt att diabetesvården vill samverka, lära av varandra och ser diabetes i ett långt perspektiv och vill verka för att övergångsfaser blir så bra som möjligt genom hela livet.

Starten av NDR drevs av eldsjälarna i professionen och idag fortsätter engagemanget för en ständigt bättre diabetesvård. Inte minst har detta märkts när diabetesvården har slutit upp för sitt NDR i turbulenta tider av omorganisation, minskade anslag och förändrad ekonomisk situation och bemanning. Vår förhoppning är att detta engagemang fortsätter även i nya generationer av alla vårdprofessioner som arbetar med diabetes. NDR vill också verka för att ledningens intresse på alla nivåer fortsätter och ökar där det behövs.

Jubileumsrapporten innehåller resultat för år 2025. Vi ser en minskning i antal rapporterade till NDR och denna lägre rapporteringsgrad beror på byten av journalsystem, på byte av NDRs plattform och en direktöverföring som inte fullt ut kommit på plats. Samtidigt är vi imponerade över diabetesvårdens enträgna arbete tillsammans med regionernas IT-personer som gör att det sannolikt kommer bli bättre redan under 2026. En alltmer heltäckande direktöverföring av data från journal till NDR underlättar stort för vården men det behövs arbetssätt i vardagen för att diabetesvården lätt ska kunna validera sina data, titta på sina siffror, identifiera förbättringsområden och agera.

Kvalitetsarbetet ger resultat och behöver fortsatt vara i fokus. För barn och vuxna med diabetes behöver diabetesvården fortsätta att utvecklas och NDR behöver fortsätta vara till nytta genom att ha relevanta variabler som uppdateras efter vårdens behov.

Forskningen på NDR data fortsätter att visa vägen framåt. Jubileumsrapporten inleds med röster från centrala företrädare för svensk diabetesvård, från professionsföreningarna, kunskapsstyrningen och patientföreträdare.

Vi från NDR önskar er inspirerande läsning. Stort tack till er alla i diabetesvården för ert engagemang och arbete under alla år ni varit med och fortsatt stort lycka till framåt!

*Katarina Eeg-Olofsson, registerhållare
Ebba Linder, biträdande registerhållare
Karin Åkesson, ordförande expertgrupp
barndiabetes, NDR*

Nationella Diabetesregistret (NDR) är ett nationellt kvalitetsregister för barn och vuxna med diabetes med syfte att underlätta ett systematiskt förbättringsarbete i diabetesvården.

Diabetes är en allvarlig kronisk sjukdom som drabbar både barn och vuxna. Personer med diabetes har ökad risk för hjärtkärlsjukdom och död. Det finns starkt vetenskapligt stöd för att en god multifaktoriell diabetesbehandling kan fördröja och förhindra diabeteskomplikationer på ett kostnadseffektivt sätt. Detta arbete är en daglig utmaning för diabetesvården.

Nationella Diabetesregistret (NDR) är ett verktyg för att driva förbättringsarbetet och följa hur det går i diabetesvården och identifiera ytterligare utmaningar. NDR används i förbättringsarbetet på enheten, i regionerna och i hela landet. Data på gruppnivå redovisas öppet, just för att stödja och inspirera till förbättring.

Röster från professionen



NDR – central roll i utvecklingen av modern diabetesvård i Sverige

Diabetes är ett vanligt sjukdomstillstånd som dessutom tenderar att öka i förekomst. Sverige har samtidigt en rent unik tradition att bygga upp kvalitetsregister med hög standard inom en rad olika områden inom sjukvården. Det Nationella Diabetesregistret (NDR) initierades 1996 på initiativ av Svensk Förening för Diabetologi (SFD). Några av de allra viktigaste nyckelpersonerna kring födelsen av registret var den starka trion med diabetesprofilerna Christian Berne, Göran Blohmé och Carl David Agardh. Nestorn Anders Nilsson var den allra första registerhållaren och sedan efterträddas han av registerdrottningen Soffia Gudbjörnsdottir som har styrt registret under den större delen av dessa tre årtionden och idag leder Katarina Eeg-Olofsson registret med den äran.

Syftet med NDR var primärt att främja en evidensbaserad diabetesvård genom att erbjuda uppdaterad information om behandling, riskfaktorer och olika typer av diabeteskomplikationer.

Registrets målsättning är att minska sjuklighet och dödlighet, att förbättra kostnadseffektiviteten i vården samt att utveckla vårdkvaliteten över tid. Skapandet av NDR är helt klart den enskilt viktigaste händelsen i SFDs historia. Registret har nu fyllt 30 år och den oerhört stora betydelsen av NDR kan inte nog poängteras och uppmärksammas. Registret har en helt unik täckningsgrad och mycket utvecklade funktioner och befinner sig i en slags ständig utveckling tillsammans med vårdprofessionen. Med åren har glädjande nog även Swediabkids, där Bengt Lindblad var föregångare, fusionerats med vuxenregistret och på så vis skapat ett ännu bättre och bredare, mer komplett diabetesregister.

NDR är enkelt uttryckt den "pulsåder" som det mesta av all klinisk kvalitetsutveckling i grunden bygger på och det gäller såväl sjukhusvård så som primärvård. Registret kan därför beskrivas som "lägerelden" som vården samlas kring för att följa och jämföra de egna resultaten över tid.

Att sedan genom det unika verktyget "Knappen" direkt online kunna få ut sin egen statistik för enheten utan inloggning är inte bara imponerande utan ett rent genidrag, en funktion som ytterst få andra register kan stoltsera med. Detta är förstas en av nyckelfaktorerna varför NDR är så otroligt vägvinnande, registret är helt enkelt alltid "färskt". Årsberättelser i all ära, ett levande register bygger på att ständigt vara i rörelse, att resultat kan följas och där med en valfri horisont. NDR och dess grundläggande funktioner och variabler är inte heller på något vis statistiskt utan genomgår samtidigt hela tiden en slags evig förändringsprocess. NDR utvecklas där i ett mycket tätt samarbete med både representanter för vården och patientorganisationer.

En annan essentiell del av registret är också att arbeta utåtriktat mot vården för att stötta det oändligt omfattande uppdraget att kvalitetsutveckla diabetesvården och vi kan inte nog prisa insatser så som exempelvis IQ-projekten och dess fundamentala betydelse för att vi idag har nått så långt. Trots förbättringar av resultaten rent generellt finns det fortfarande stora skillnader både mellan olika regioner och inom ett och samma sjukvårdsområde och där ger registret både ett underlag och stöd för en optimering och strävan efter en mer jämlik vård i Sverige.

Forskningen är inte registrets primära syfte men samtidigt en oerhört viktig del och en exposé bara över det senaste årets publicerade alster räcker för att inse att NDR också verkligen på allvar är med och inte bara bidrar till utvecklingen av evidensbaserad diabetesvård i Sverige utan det gäller förstas hela världen. Mängden högst tongivande publikationer som hela tiden genereras är rent hisnande, artiklar som bygger på data från NDR hamnar ofta i de finaste av tidskrifter och skapar en "hög impact" inom forskarvärlden. En ren guldgruva för klinisk forskning med andra ord.

Framstegen inom diabetesvården är helt otroliga under dessa 30 år som har passerat revy och det hade förstas inte varit möjligt utan detta register och alla fina insatser där.



Arbetet med NDR är också ett sant teamwork med många inblandade och som exempel på mer exceptionella insatser utsåg SFD 2025 trion med Ebba Linder, Ia Almskog och Victoria Carter som "Årets Eldsjälar" inom svensk diabetesvård. Sammanfattningsvis har NDR en högst central roll inom modern diabetesvård och dess historia är tätt sammankopplad med en strävan att skapa en evidensbaserad och likvärdig vård i Sverige.

Nu gäller det att ständigt hålla "elden brinnande" för att fortsatt utveckla registret och att registret också får tillräckliga ekonomiska medel för att kunna fungera fullt ut. Ett måste är också att NDR fortsatt kan ha kvar sin utåtriktade roll för att vara en katalysator även i den framtida utvecklingen av diabetesvården. Utan att på något vis överdriva finns det vad vi känner till inget bättre nationellt diabetesregister i världen idag och vi bör verkligen med emfas vara stolta över vårt gemensamma NDR. Ett särskilt varmt tack vill vi slutligen tillägna nuvarande registerhållare Katarina Eeg-Olofsson, biträdande registerhållare och tillika projektledare Ebba Linder samt Karin Åkesson som är ordförande i expertgruppen för barndiabetes. Slutordet blir därför självklart enligt följande, "Javisst ska NDR leva uti hundrade år!"

Jarl Hellman, ordförande Svensk Förening för Diabetologi (SFD)

Diabetessjuksköterskans centrala roll för framgången med NDR

NDR är sedan många år ryggraden i Svensk diabetesvård. Precis som kroppen behöver NDR användas för att må bra och blomstra. Det är vår uppgift som användare att hålla registret levande genom att följa våra egna data, vad kan vi förbättra i vården av våra patienter? Ett register hålls inte levande genom att en gång per år titta i årsrapporten, rycka på axlarna och konstatera att det stämmer nog inte. Vi måste hjälpas åt att validera vår data kontinuerligt tillsammans med registercentrum och regionernas IT avdelningar.

Agneta Lindberg, ordförande Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård (SFSD)

NDR-Swediabkids – ett levande register i den kliniska vardagen

Det har varit fascinerande att få vara med om den utveckling barndiabetesregistret gjort, vilket bidragit till ökad arbetsglädje i diabetesteamen och förbättrad kvalitet med barndiabetesvård i världsklass. Från början var registret lite av ett nödvändigt ont där man som läkare var tvungen att vid varje besök fylla i en pappersblankett med uppgifter som i efterhand matades in i ett webbformulär. En gång om året fick vi ta del av registerdata då årsrapporten kom i pappersform. Det var spännande att se om klinikkens resultat förändrats från föregående år och hur vi låg till i förhållande till riket, men det var sällan några större skillnader jämfört med tidigare år.

"Registret utgjorde navet i detta förbättringsarbete genom att vi kontinuerligt utvärderade olika förändringar..."

Den stora vändpunkten kom 2011 då kvalitetsprojektet IQ-1 startade och det fanns en stor nyfikenhet på hur andra team arbetade. Genom att diabetesteam delade med sig av konkreta förbättringsförslag, t.ex införande av kolhydraträkning vid debut, så bidrog IQ-projekten till att skapa nätverk och välfungerande team i hela landet. Registret utgjorde navet i detta förbättringsarbete genom att vi kontinuerligt utvärderade olika förändringar vilket ledde till att alla team lärde sig använda registerdata i det kliniska arbetet.

En framgångsfaktor har också varit möjligheten för teamen att påverka registret genom att inkomma med synpunkter om olika variabler samt delta i workshops digitalt om t.ex fysisk aktivitet för att öka tillförlitligheten genom rätt registrering av data. Lanseringen av "Knappen" har underlättat mycket i arbetet med att snabbt kunna ta fram statistik och med direktöverföring från journalsystemen frigörs tid för våra diabetessjuksköterskor.

Anna-Lena Fureman, ordförande SFPED, barnläkare Östersunds sjukhus



En barndiabetesvård i världsklass

Behandlingen av diabetes har moderniserats snabbt under senare år. Idag är det en självklarhet att erbjuda en AID-pump (Artificial Insulin Delivery) som kan minska eller öka insulindoseringen ganska snart efter debuten. Gränserna för det vi betraktar som normalt blodsocker (4–8 mmol/l) är nu väl inarbetade (men vi registrerar 3,9-7,8 mmol/l för att kunna göra internationella jämförelser). Med uppföljning av medelblodsocker hemma som bör vara högst 8 mmol/l och snabb kontakt om det stiger så är det fullt möjligt att fortsätta att hålla målvärdet för HbA1c ≤ 48 mmol/mol. Registret har varit mycket värdefullt för att följa upp hur det går på klinikerna och vi har sett hur HbA1c blivit allt lägre utan att antalet svåra känningar ökat. Ännu mer glädjande är att andelen unga personer med HbA1c > 64 mmol/mol ligger under 10% och stadigt minskar. I DCCT-studien hade ungdomarna i den grupp som fick intensivbehandling med flerdos/pump 65 mmol/mol i genomsnitt så vi har verkligen kommit långt i vår behandling i Sverige idag.

Jag blir alltid imponerad av den oerhörda motivation som hela familjen visar i inlärningsprocessen och den ofantliga energi de investerar för att göra livet med diabetes så bra som möjligt för barnet/tonåringen.

Inom ett par veckor klarar familjen av vardagssituationerna med diabetes riktigt bra på egen hand. Efter ca ett års tid har de har hunnit ta över tömmarna och har blivit sina egna experter på diabetes, vilket avspeglar sig i registrets data. Vi ser på NDR som ett vänskapligt cykellopp snarare än en allvarlig tävling mellan klinikerna och vi turas om att ligga och dra i tåten något år i taget. Diabetesteamen delar med sig av idéer, rutiner och knep och man vet vem man ska fråga om råd beroende på utfallet av en viss variabel. Registret utgör sedan basen för forskningen där vi kan förmedla våra resultat och erfarenheter internationellt.

Ragnar Hanås, expertgrupp barndiabetes NDR

NDR och forskning

De första vetenskapliga studierna baserade på data från NDR genomfördes för mer än 25 år sedan av Soffia Gudbjörnsdottir, Peter Nilsson, Jan Cederholm och Björn Eliasson på uppdrag av styrelsen för Svensk förening för diabetologi. Vid denna tid var det inte självklart att NDR-data skulle användas för forskning, men behovet av vetenskapliga metoder för analyser av hög kvalitet och internationell spridning blev snabbt tydligt. Med tiden har detta utvecklats till etablerad praxis och blivit en viktig förutsättning för registrets långsiktiga finansiering.

"En senare rapport visade en tydlig klyfta mellan behandlingsriktlinjer och faktiska behandlingsresultat i klinisk vardag..."

Den första vetenskapliga publikationen från NDR publicerades 2003 och beskrev kvalitetsregistret, patienternas genomsnittliga karakteristika samt förändringar i riskfaktorer mellan 1996 och 1999. Därefter följde studier av förekomsten av hypertoni, mikroalbuminuri, rökning och fetma, främst vid typ 2-diabetes men även vid typ 1-diabetes. En senare rapport visade en tydlig klyfta mellan behandlingsriktlinjer och faktiska behandlingsresultat i klinisk vardag under perioden 1996–2003.

Efter hand inkluderades fler datakällor och mer avancerad statistisk metodik togs i bruk. Studier av bland andra de dåvarande doktoranderna Araz Rawshani och Aidin Rawshani, i samarbete med andra forskare, analyserade samband mellan riskfaktorer, hjärt-kärlsjukdom och dödlighet. Detta möjliggjordes genom samkörning av NDR med Dödsorsaksregistret och Patientregistret och senare även Läkemedelsregistret. Möjligheten att länka register via personnummer har bidragit till att svenska registerstudier varit unika och fått stor internationell uppmärksamhet.

Forskningen med NDR har därefter fortsatt i omfattande tvärvetenskapliga samarbeten nationellt och internationellt, med analyser av patientkarakteristika, riskfaktorer, behandlingar och olika kliniska utfall. Samkörning med nationella register och andra kvalitetsregister har blivit allt viktigare. Idag drivs forskningen både av vetenskapliga frågeställningar, användning inom forskarutbildning samt krav från finansärer och huvudmän på metodutveckling och kunskapspridning genom vetenskaplig publicering.

Björn Eliasson, docent, överläkare Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

NDRs betydelse för nationella systemet för kunskapsstyrning

Nationella diabetesregistret (NDR) har haft en avgörande och genomgripande positiv betydelse för Nationella arbetsgruppen för diabetes (NAG diabetes) inom ramen för det nationella systemet för kunskapsstyrning. Genom att tillhandahålla strukturerad, rikstäckande och kontinuerligt uppdaterade data om diabetesvårdens kvalitet och resultat har NDR underlättat för NAG att prioritera arbetet med att öka kunskapen i en riktning som kommer alla personer med diabetes till del.

NDR har gett NAG diabetes en stabil grund för att identifiera variationer i vård, följa upp behandlingsresultat och analysera förbättringsområden på både lokal, regional och nationell nivå. Detta har varit centralt för att kunna formulera relevanta kunskapsstöd, nationella rekommendationer och indikatorer som speglar verkliga behov i vården.

Möjligheten att snabbt få feedback på implementerade åtgärder har dessutom stärkt arbetet med kontinuerligt lärande och förbättring. Vidare har NDR bidragit till ökad transparens och jämförbarhet, vilket skapat drivkrafter för kvalitetsutveckling i hela landet. Genom att synliggöra resultat har registret också underlättat dialogen mellan olika aktörer inom kunskapsstyrningssystemet. Sammanfattningsvis har NDR fungerat som en central infrastruktur för kunskapsutveckling,

uppföljning och förbättringsarbete. För NAG diabetes har detta inneburit bättre förutsättningar att bedriva ett målinriktat, jämlikt och kunskapsbaserat arbete som i förlängningen bidrar till en mer effektiv och likvärdig diabetesvård i Sverige.

Stefan Jansson, ordförande NAG diabetes

Patienternas perspektiv



Genom vårt samarbete tar vi nästa steg mot en mer personcentrerad, jämlik diabetesvård som betyder högre livskvalitet för de barn, unga, vuxna och äldre som lever med sin diabetes dygnet runt, året runt.

När patientens röst och vårdens data pekar i samma riktning blir förändring möjlig på riktigt.

Samarbetet mellan Svenska Diabetesförbundet och Nationella Diabetesregistret, NDR skapar en unik möjlighet att kombinera två avgörande perspektiv, patienternas verklighet och vårdens data. NDR sitter på en av världens starkaste databaser för diabetesvård där de samlar in och analyserar data om diabetesvården i Sverige. Svenska Diabetesförbundet tillför det som inte är synligt i denna statistik såsom erfarenheter från vardagen, livskvalitet och vilka insatser som faktiskt gör skillnad för en patient som lever med diabetes.

Tillsammans kan vi

- ✓ Göra data mer relevanta genom att utveckla patientrapporterade mått.
- ✓ Identifiera förbättringsområden genom att kombinera registerdata med upplevda behov.

- ✓ Driva jämlik vård genom att tydligare synliggöra regionala skillnader och dess konsekvenser.
- ✓ Öka genomslaget i beslutsfattande genom en gemensam röst som bygger på både evidens och erfarenhet.
- ✓ Stärka förtroendet för diabetesvården genom transparens och delaktighet.

Genom vårt samarbete tar vi nästa steg mot en mer personcentrerad, jämlik diabetesvård som betyder högre livskvalitet för de barn, unga, vuxna och äldre som lever med sin diabetes dygnet runt, året runt.

Anna Stigsdotter Jansson, ordförande Svenska Diabetesförbundet

NDR-året 2025

Syftet med Nationella Diabetesregistret är att ständigt förbättra möjligheten till ett långt och hälsosamt liv för alla som lever med diabetes.

Enheter som registrerar till NDR

Under år 2025 rapporterade 1384 vårdenheter in uppgifter till NDR från landets alla regioner. De flesta är primärvårdsenheter men nästan 130 av enheterna är sjukhuskliniker för barn och vuxna. Registreringen sker via formulär på NDRs hemsida eller med överföring av data direkt till NDR från journalsystem och via regionala datalager.

Utmaningar med direktöverföring av data

Det har gått två år sedan NDR bytte till plattformen Stratum, som är en gemensam plattform för kvalitetsregister med Västra Götalandsregionen som huvudman. Plattformbytet skedde i linje med beslut av nationella samverkansgruppen på Sveriges kommuner och Regioner (SKR) om att minska antalet registerplattformar. Registrering till NDR sker till största delen med någon form av direktöverföring och dessa överföringssystem har behövt anpassas till den nya plattformen. Denna anpassning har gått i olika takt och fortfarande finns det regioner som ännu inte har en tillfredställande överföring avseende alla NDRs variabler.

Det skedde under perioden 2024-2025 också stora förändringar när det gäller journalsystemen i landet. Många regioner bytte journalsystem och detta blev en olycklig krock med NDRs plattformbyte. Alla dessa förändringar skapade stora utmaningar för att få en fungerande direktöverföring av data till NDR. De regioner som inte anpassat sitt gamla journalsystem till NDRs nya plattform behövde börja registrera manuellt eller vänta in det nya journalsystemet och hämta data retroaktivt från journalen.



De regioner som fick störst problem är de som bytte journalsystem sent in på 2025. Dessa regioner tappade möjligheten att hämta data från journalen retroaktivt eftersom information från den gamla journalerna inte migrerades in i de nya.

Sammantaget resulterade detta i att några regioner inte lyckades registrera till NDR under en del av 2025. Nedgången i registrering märks både i täckningsgraden som speglar andel personer med diabetes som registreras i NDR och rapporteringen av variablerna, dvs i vilken mån varje patient har registrering på alla variabler under året.

Att registrera till NDR ses som mycket viktigt av vårdenheter och regionerna och det satsas nu resurser på att under 2026 arbeta med direktöverföringen. NDRs vision är att det under 2026 kommer bli en upphämtning av täckningsgraden och en kvalitetsförbättring av den data som registreras i diabetesregistret. NDRs alla dedikerade kontaktpersoner ute i regionerna arbetar hårt och enträget för att denna vision ska bli verklighet.

Nya variabler om levnadsvanor

NDR arbetar ständigt med att anpassa registret efter riktlinjer och vårdens behov och önskemål. Alla variabler finns i variabellistan på NDRs webbplats. Under 2025 har NDR gjort variabelförändringar avseende fysisk aktivitet och rök- och snusvanor. Bakgrunden till förändringen är NPO Levnadsvanors rekommendationer när det gäller dokumentation i journalen av en persons levnadsvanor. Ett annat skäl var att harmonisera NDRs variabler om levnadsvanor med Luftvägsregistrets variabler (LVR) för att underlätta för primärvården som registrerar till både LVR och NDR.

Fysisk aktivitet

Den 6 maj 2025 lanserades de två nya variablerna för fysisk aktivitet, se tabell nedan. Variabelförändringen gäller för vuxna inom primärvården och på medicinkliniker. För barnklinikerna har variabeln inte ändrats. Fysisk aktivitet delas nu upp i vardagsmotion och fysisk träning och det är antal minuter per vecka som registreras i NDR. För alla som har direktöverföring sker övergången till de nya variablerna i den takt som journalsystem och överföringsystem anpassar systemen. Den gamla och de nya variablerna finns i NDR parallellt fram till årsskiftet 2026-2027 då den gamla variabeln fysisk aktivitet kommer arkiveras.

Ny variabel	Ny beskrivning	Nya utfall
Vardagsmotion (minuter per vecka)	Vardagsmotion -personen blir lättare andfådd och får en lätt pulsökning. Ex: promenad.	0 min, <30 min, 30-60 min, 60-90 min, 90-150 min, 150-300 min, > 300 min
Fysisk träning (minuter per vecka)	Fysisk träning - personen blir andfådd och får en hög pulsstegring. Ex: löpning.	0 min, <30 min, 30-60 min, 60-90 min, 90-120 min, >120 min

Variabel	Ny beskrivning	Utfall
Rökvanor	Rökvanor -gäller rökning av alla nikotinhaltiga produkter (cigaretter, vattenpipa, e-cigaretter). Besvaras från 13 års ålder.	Aldrig varit rökare, Röker dagligen, Röker, men ej dagligen, Slutat röka
Snusvanor	Snusvanor -gäller snusning av både tobak och alla andra nikotinprodukter. Besvaras från 13 års ålder.	Aldrig varit snusare, Snusar dagligen, Snusar men ej dagligen, Slutat snusa

Rökvanor och snusvanor

Definitionen av NDRs variabler för rökning och snusning har utökats till att gälla alla nikotinhaltiga produkter. Tidigare avsågs bara rökning och snusning av tobak, i övrigt har variablerna inte ändrats, se tabell ovan.

Kontrollera data som skickas in till NDR

När data skickas in till NDR sker automatiskt kontroller för att minska risken för felregistreringar. Förutom detta så gör NDR även kontroller av redan inmatade data och när NDR upptäcker avvikelser i rapporteringen kontaktas enheter via e-post. Trots att data valideras kontinuerligt så uppstår det ibland fel i registrering till NDR.

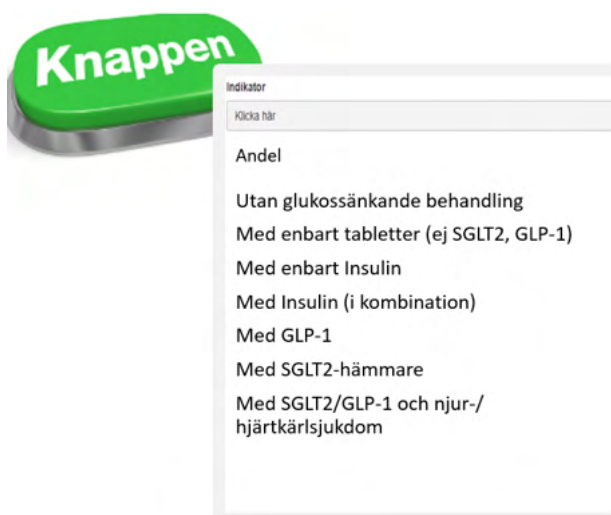
Det är därför nödvändigt att vården har koll på sin egen vårdenhets data i NDR. På så vis kan vi gemensamt arbeta för en fortsatt mycket god datakvalitet i NDR. Ett relativt enkelt sätt för en vårdenhet att kontrollera sin egen data är att jämföra några patienters journaldata med det som finns registrerat i NDR. Dessa stickprovskontroller är bra att göra minst en gång i kvartalet så att inte överföringsfel pågår under lång tid utan att upptäckas.

Statistik och datauttag

På NDRs webbplats, som besöks av ca 800 personer per dag, kan vården, patienter, forskare och alla andra få övergripande information om diabetesvårdens resultat. Den öppna delen av webbplatsen, är tillgänglig för alla utan krav på inloggning med tjänstekort. De som vill gräva djupare i resultaten kan själva söka fram det som är intressant ända ner på vårdenhetsnivå i det öppna utdataverktyget Knappen. Förutom att statistik visas i årsrapporter och kan hämtas i digitala statistikverktyg på NDRs webbplats, levereras också data från NDR till olika intressenter efter ansökan om datauttag. Under 2025 kom det in 48 ansökningar om datauttag till NDR där huvuddelen var forskningsrelaterade datauttag.

Nya indikatorer i Knappen

De indikatorer som är sökbara i Knappen förändras efter vårdens behov och ger vårdenheter och regioner möjlighet att lära av varandra och öka förutsättningarna för patienter att få en likvärdig vård. NDR har under 2025 infört nya indikatorer om diabetesläkemedel i linje med den kommande behandlingsriktlinjen från Nationella arbetsgruppen för glukossänkande läkemedel.



Kommunikation och samverkan

NDR har sedan länge ett fungerande kontaktnät i både barn och vuxen-diabetesvården med kvalitetsansvariga personer i alla regioner. Alla vårdenheter har dessutom en kontaktperson som är utsedd av enhetschefen. Information förmedlas på webbplatsen och via e-postutskick till kontaktpersonerna.

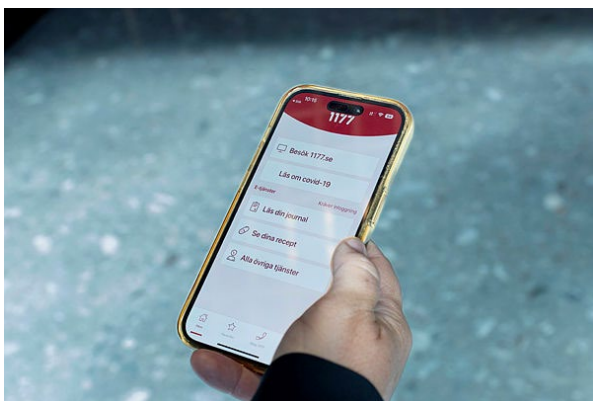
Under de senaste åren har NDR deltagit i regionala utbildningar för diabetesvården med syfte att främja förbättringsarbete och informera om hur NDR kan användas för uppföljning av vården. Flera regioner har utsedda diabetessamordnare för att stödja och främja kvalitet i diabetesvården i sina respektive regioner. I detta nätverk deltar NDR deltar regelbundet vid utbildnings-tillfällen som samordnarna arrangerar.

NDR har en löpande samverkan med patientföreningen Svenska Diabetesförbundet och ordföranden för Svenska Diabetesförbundet sitter med i NDRs styrgrupp. NDR samverkar med Nationella programområdet för endokrina sjukdomar främst genom Nationella arbetsgruppen för diabetes (NAG-diabetes). NDR hjälper till att identifiera gap och förbättringsområden och bidrar till en förståelse och förankring av den nya kunskapsorganisationen i diabetesvården.

I slutet av januari 2025 genomfördes det årliga kvalitetsmötet för NDRs kontaktpersoner. Mötet var ett hybridmöte med ca 30 deltagare på plats och ett 60-tal deltagare digitalt från nästan alla regioner. Mötet som är återkommande varje år syftar till erfarenhetsutbyte och diskussioner om NDR, dess användbarhet i diabetesvården och vårdens resultat. Patienterna representerades av Svenska Diabetesförbundet. Även representanter från professionsföreningarna och kunskapsstyrningen deltog.

Glöm inte bort Diabetesenkäten som finns på 1177

Alla vårdenheter som har 1177-tjänster kan använda Diabetesenkäten i sin verksamhet. Enkäten finns i Nationell formulärsamling som är ett bibliotek med kvalitetssäkrade digitala formulär för att samla in patientdata. Tjänsten tillhandahålls av SKR och Inera via 1177 e-tjänster. Den kan integreras med alla regioners journalsystem.



NDR har i tidigare årsrapporter berättat om Diabetesenkäten för vuxna med diabetes. Målet är att Diabetesenkäten ska bidra till ett bättre besök på diabetesmottagningen och kunna användas som en del i uppföljningen av diabetesvården. Frågorna handlar om hur personen med diabetes mår och har det med sin diabetes och hur personen upplever stödet från diabetesvården. Längre fram kommer NDR att skapa variabler så att svaren, som blir poäng på frågeområden, också ska gå att registrera i NDR.

Forskning

Under 2025 har det publicerats 42 vetenskapliga artiklar som helt eller delvis bygger på data från Nationella Diabetesregistret. Forskning på data från NDR är en viktig länk i kedjan där ny kunskap leder till förbättrad riskfaktorkontroll med resultat som kan följas upp och få spridning i vården. Många forskargrupper använder idag NDR-data för att besvara kliniska frågeställningar och flera forskarstuderande använder data från NDR i sina pågående avhandlingsarbeten. Det pågår forskningssamarbete med forskare i Sverige, med andra kvalitetsregister, inom flera olika forskningsfält och även med internationella forskargrupper. Se gärna publikationslistan för 2025 som finns längst bak i denna rapport och på NDRs hemsida.

1.1 Målnivåer i diabetesvården och tolkning av rapporten

Målnivåer

Årsrapporten från NDR syftar till att utvärdera diabetesvården i förhållande till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård och nationella mål för barndiabetesvården. Syftet är också att belysa olika patientpopulationer, behandlingar, undersökningar och dess resultat. I årsrapporten redovisas graferna med medelvärden och andelar med flera olika målvärdesnivåer. Tabellerna och figurerna i årsrapporten ska ligga till grund för diskussion om bra diabetesvård och stimulera enheterna och regionerna att titta vidare på lokala och mer detaljerade resultat i Knappen. För primärvården ingår alla patienter i alla åldrar i underlaget för redovisning och är en signal om vikten av att alla patienterska inkluderas i NDR, även de äldsta.

Socialstyrelsen satte målnivåer på grupp nivå för vuxna med typ 1- och typ 2-diabetes för fem olika indikatorer år 2017. Flera av målnivåerna är fortsatt mål att sträva efter, men när det gäller mål för glukoskontrollen kan vi idag sikta högre. Behandlingsmålen för den enskilde patienten ska alltid individualiseras utifrån personens förutsättningar.

Indikator	Mål
HbA1c >70 mmol/mol	Typ 1: <20%, Typ 2: <10%
Blodtryck <140/85 mmHg	Typ 1: ≥90%, Typ 2: ≥65%
Fotundersökning*	Typ 1: ≥95%, Typ 2: ≥99%
Ögonbottenundersökning**	Typ 1: ≥98%, Typ 2: ≥96%
Icke-rökare	Typ 1: ≥95%, Typ 2: ≥95%
* Senaste året	
** senaste två åren för typ 1-diabetes, senaste tre åren för typ 2-diabetes	

Målnivåer, Socialstyrelsens riktlinjer för diabetesvården, 2017.

Tolkning av resultat i årsrapporten

Tolkning av data kräver ofta input från flera håll och det är många aspekter att ta hänsyn till. Att redovisa data öppet, att känna till sina egna data och fokusera på förbättring är grundstenar i förbättringsarbetet. I denna rapport visas data utan några statistiska justeringar (tex för ålder, kön, diabetesduration och andra sjukdomar. Det gör att många förklaringar till utfallet kan dölja sig i data. All tolkning av data kräver kunskap om lokala förutsättningar, täckningsgrad, registreringskvalitet och patientgruppernas sammansättning. Då kan resultaten vara en viktig grund för det egna kvalitetsarbetet.

Svensk Förening för Diabetologi har tagit fram skriften Mål och målsättningar för svensk diabetologi där flera av kvalitetsmålen går att följa i NDR. Skriften finns på webbplatsen www.dagensdiabetes.se

Tolkning av resultaten

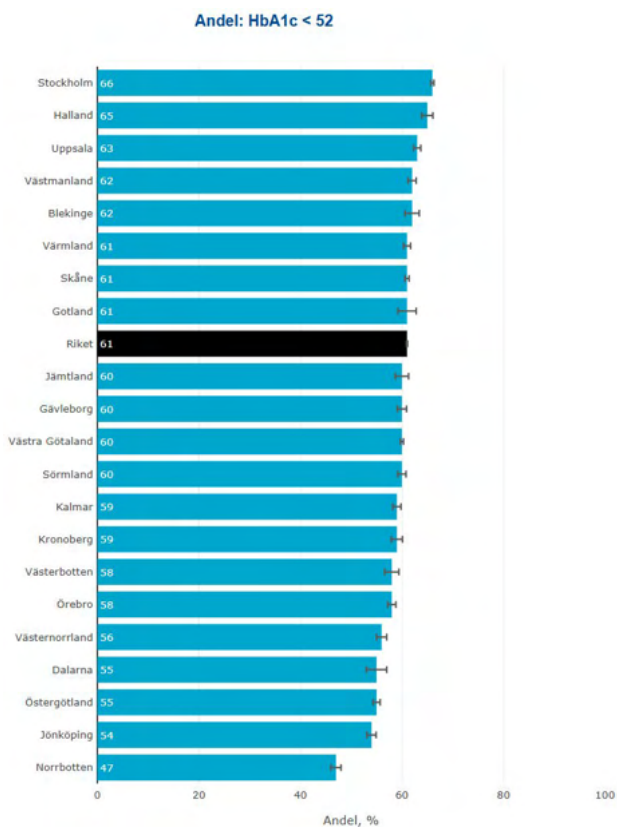
När resultaten av indikatorbaserade jämförelser skall analyseras djupgående i ett utvärderingssyfte, bör följande faktorer beaktas:

- Hur bra är indikatorn – fångas den avsedda kvalitetsaspekten?
- Hur komplett är rapporteringen av data?
- Är registreringen av de använda variablerna likformig eller kan de påverkas av lokala traditioner hos de som rapporterar?
- Är resultaten stabila över tid eller resultat av slump?
- Hur skiljer sig patienterna åt vad gäller ålder, diabetesduration, samsjuklighet, andra aspekter på sjukdomens svårighetsgrad och förmågan att bidra till sin egen vård.

1.2 Den egna enhetens och regionens resultat 2025

Knappen

De indikatorer som visas i årsrapporten är ett urval och är inte de enda måtten som är intressanta och värda att följa. Resultat kan också studeras i Knappen där olika målnivåer och urval också kan väljas på flera indikatorer. Genom att använda Knappen kan värden identifiera riskgrupper och förbättringsområden och dessutom följa över tid hur det går. Varje vårdenhet och region har tillgång till sina egna resultat på gruppnivå och jämförande nationell statistik för den åldersgrupp eller tidsperiod som valts. De som arbetar på en vårdenhet har goda möjligheter att förstå sina resultat och identifiera möjliga förbättringar med hjälp av de egna resultaten och kunskapen om den egna verksamheten.



Exempel från Knappen
 ndr.registercentrum.se HbA1c<52, primärvård
 helår 2025

Profilen

På NDRs hemsida finns också en sammanställning att hämta som visar diabetesvårdens resultat i en region, på en barnklinik, en medicinklinik, eller en primärvårdsenhet.

Typ 1 ▾ Män och kvinnor ▾

Indikator	Uppsala 2025	Riket 2025
HbA1c < 52	38 %	35 %
HbA1c > 70	13 %	13 %
Blodtryck ≤130/80	62 %	57 %
Blodtryck <140/85	72 %	72 %
LDL <2,5	63 %	63 %
Med lipidsänkande läkemedel	54 %	51 %
Fysiskt inaktiva	7 %	14 %
Rökare	7 %	8 %
Förekomst av albuminuri	10 %	12 %
Ögonbottenundersökning enligt riktlinjer (utan tidigare diabetesretinopati)	84 %	88 %
Förekomst av diabetesretinopati	63 %	52 %
Fotundersökning senaste året	78 %	71 %

Exempel från Profilen ndr.registercentrum.se

Profilen, som sammanställningen kallas innehåller 12 nyckelindikatorer för vuxendiabetesvården och 7 för barndiabetesvården och resultaten visas i jämförelse med riket för senaste kalenderåret. Profilerna bör inte ses som ett samlat mått på kvaliteten i diabetesvården på den enskilda enheten utan som ett verktyg för analys, lärande och förbättringsarbete. För mer detaljerad och ständigt uppdaterad redovisning hänvisar vi till Knappen. Vid varje nyckelindikator finns en färgmarkering som indikerar resultat i jämförelse med riksgenomsnittet.

2 Täckningsgrad och prevalens

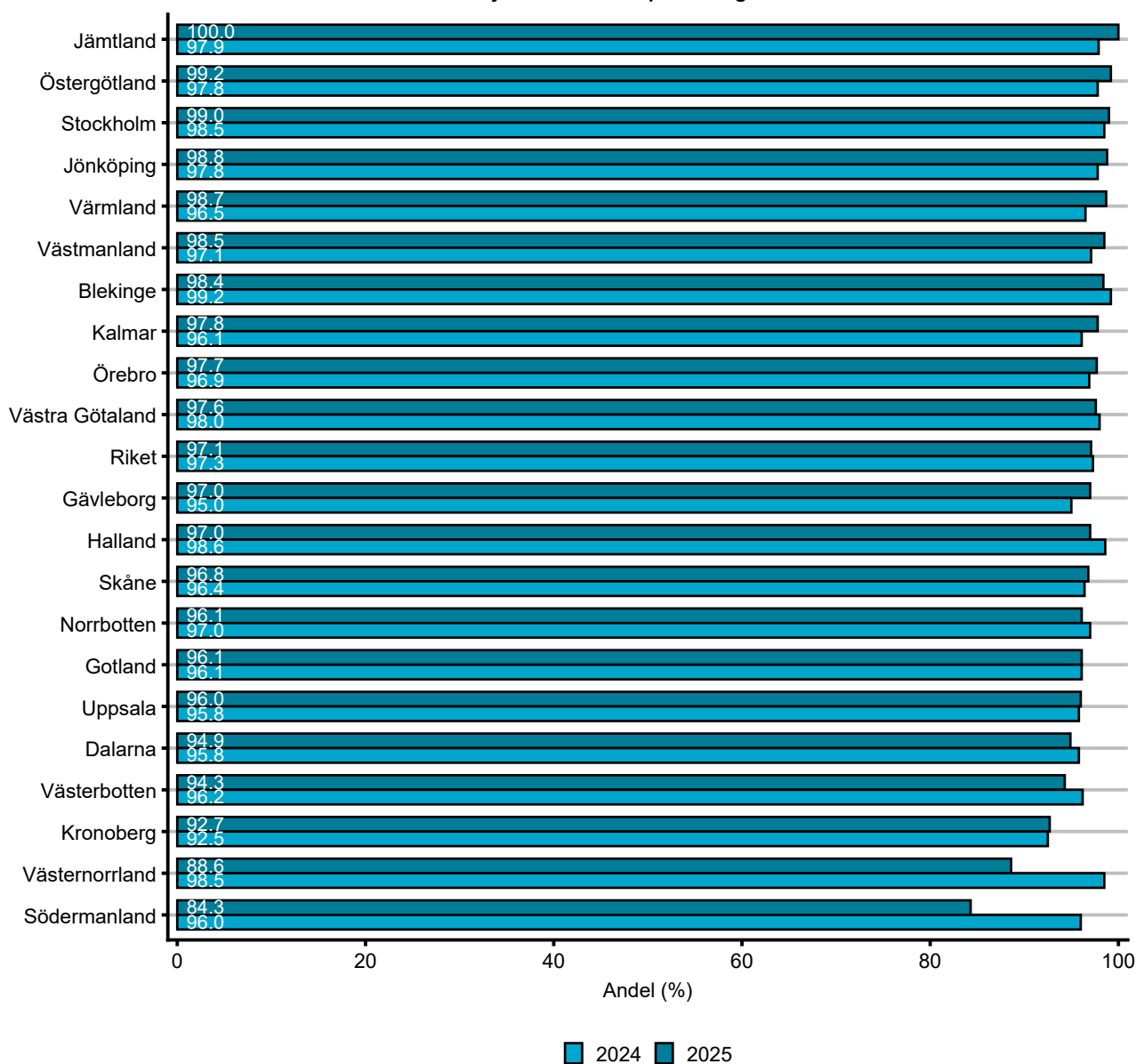
2.1 Täckningsgrad

Socialstyrelsen gör täckningsgradsanalyser för NDR för att spegla andel av regionens diabetespatienter som registreras årligen i NDR. I år visar vi resultaten från Socialstyrelsens täckningsgradsanalyser för både 2024 och 2025 eftersom vi år 2025 ser lägre täckningsgrad. År 2024 bytte Nationella Diabetesregistret plattform och under 2025 har många regioner bytt journalsystem. Alla delar kring ny eller fortsatt direktöverföring av data från journal till NDR har inte kommit på plats i regionerna under 2025, vilket påverkar täckningsgraden i NDR för 2025.

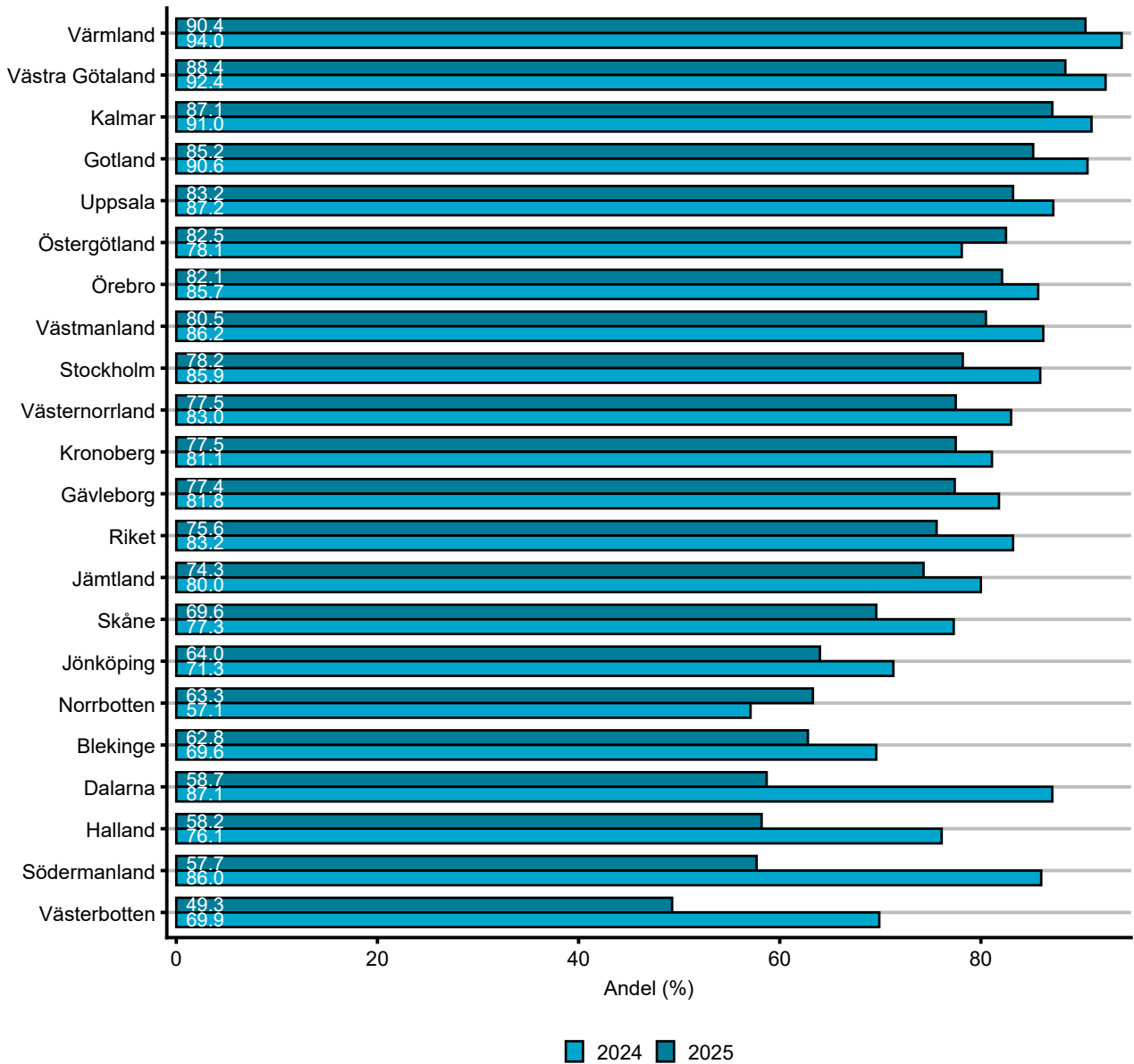
Årets analys av NDR data från 2024 och 2025 visar att täckningsgraden i NDR för vuxna med diabetes, 50-79 år har minskat från 83% till 76% jämfört läkemedelsregistret. Eftersom läkemedel inom A10 gruppen idag har andra indikationer har vi anpassat analyserna och har inte tagit med de personer som enbart har hämtat ut SGLT2-hämmare (indikation hjärtsvikt och njursvikt) eller har GLP1-analog utan förmån (indikation obesitas). Alla regioner utom två har en lägre täckningsgrad 2025 jämfört med 2024. Regionerna behöver arbeta för hög täckningsgrad så att resultaten går att följa och jämföra.

För barn med typ 1-diabetes är täckningsgraden i NDR fortsatt mycket hög på 97% jämfört med patientregistrets rapportering av ICD-kod E10, både 2024 och 2025.

Figur 1. Täckningsgrad (%) i NDR år 2025 och 2024 för barn med diabetes typ 1 <18 år, jämförelse med patientregistret.

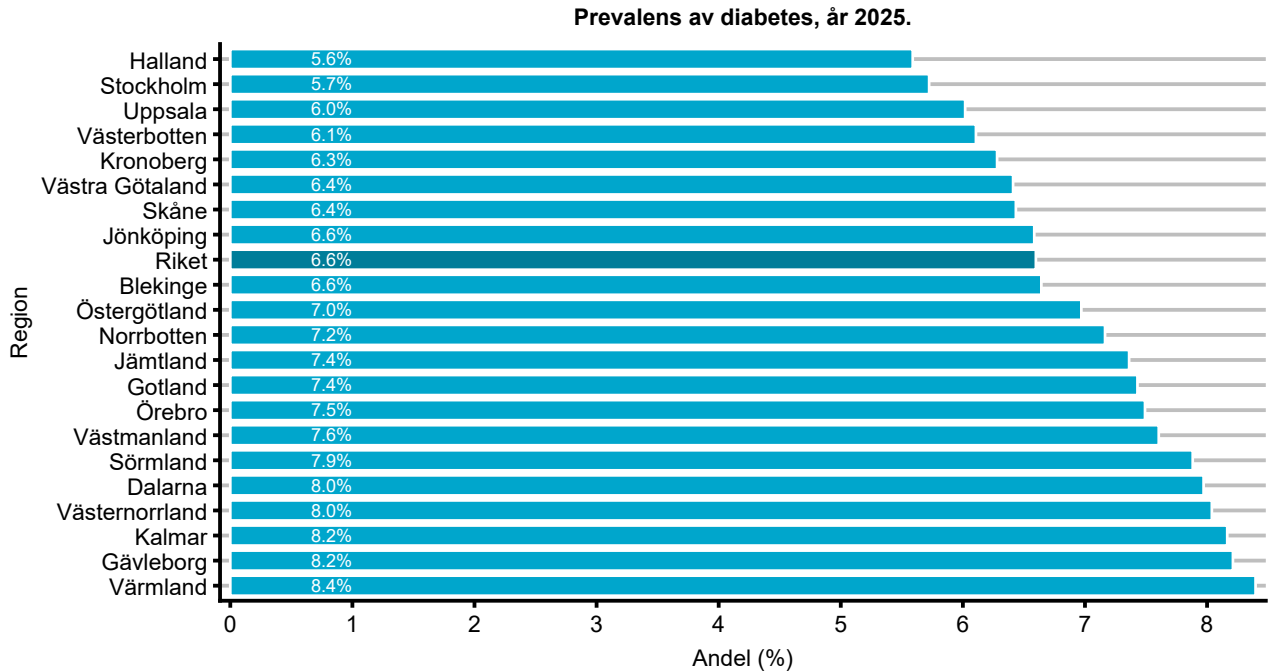


Figur 2. Täckningsgrad (%) i NDR år 2025 och 2024 för vuxna med diabetes, 50-79 år, jämförelse med läkemedelsregistret.



2.2 Prevalens av diabetes i Sverige

Prevalensen av diabetes i Sverige var 2025 6,6%. För att göra beräkning av prevalens, det vill säga förekomsten av diabetes i Sverige, har data tagits fram från NDR på alla unika individer i alla åldrar som någon gång haft ett besök registrerat i NDR 1996 till 2025 och som var vid liv 2025-12-31. Prevalensen utgörs av hur stor andel dessa individer utgör av hela befolkningen. Uppgift om Sveriges befolkning har hämtats från Statistiska Centralbyrån, SCB. När prevalens av diabetes beräknas på detta sätt hade vi en prevalens 2019 på 5,6%, 2024 på 6,2% att jämföra med årets siffra på 6,6%.





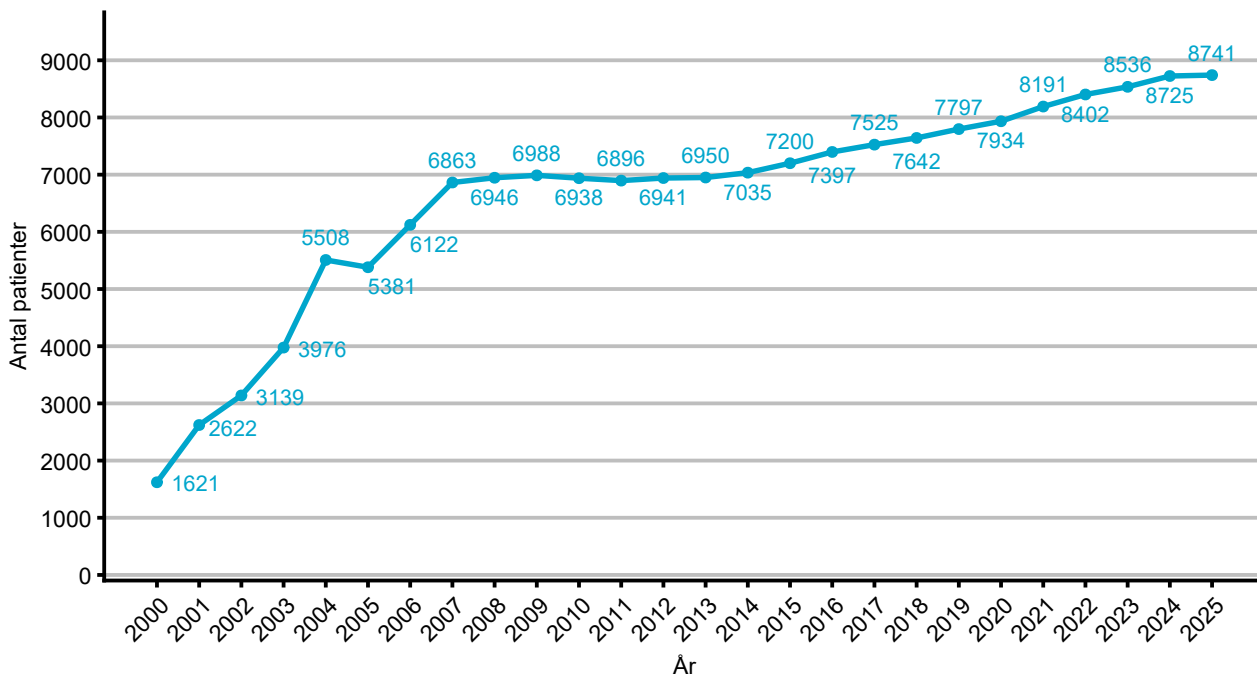
3. Barn och ungdomar med diabetes

I kapitel 3 av 2025 års rapport presenteras data på barn-och ungdomar med diabetes. Det är bara i kapitel 3:1 som det finns figurer med data på alla typer av diabetes, därefter visar tabeller och figurer data på personer under 18 år med typ 1 diabetesdiagnos. Svenska barn och ungdomar med diabetes, deras familjer och personer i dessa familjers omgivning gör, med stöd av barndiabetesvården, ett stort arbete varje dag för att uppnå goda behandlingsresultat. Medel-HbA1c för barn och ungdomar med typ 1 diabetes i Sverige år 2025 är 50,3 mmol/mol och 45,1 % uppnår det svenska behandlingsmålet ≤ 48 mmol/mol. Vi ser dock i 2025 års rapport att det är en ökande andel barn och unga som har ketoacidosis vid diagnos. Detta allvarliga medicinska tillstånd påvisas hos 30 % vid diagnos. Hur vi kan bryta denna trend och arbeta för visionen att inga barn ska ha ketoacidosis vid diagnos är en fråga för svensk barndiabetesvård.

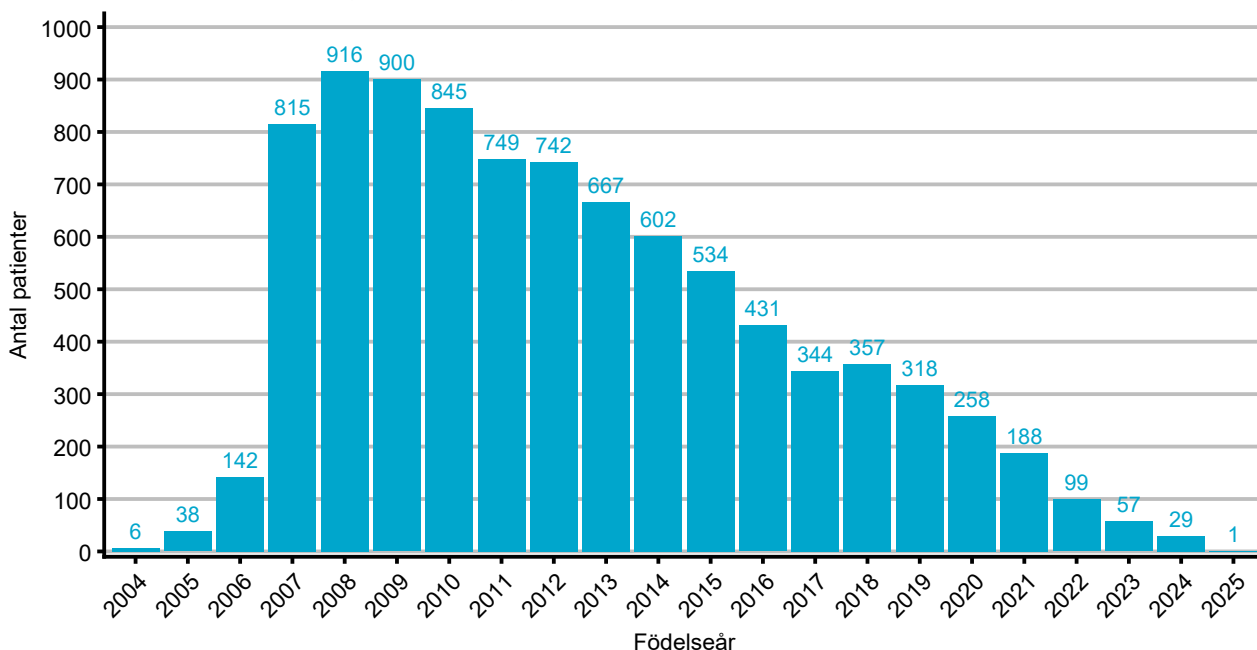
3.1 Antal patienter, åldrar och fördelning av diagnoser

Ökningen som vi ser i NDR av antal inkluderade barn med diabetes från år 2000 till 2007 återspeglar framför allt en mer heltäckande rapportering till registret. Sedan 2007 kan vi räkna NDR som nästan heltäckande vad gäller barn med typ 1-diabetes.

Figur 3. Antal patienter per år. Samtliga diabetesdiagnoser är inkluderade. Ålder < 18 år. Barnkliniker.



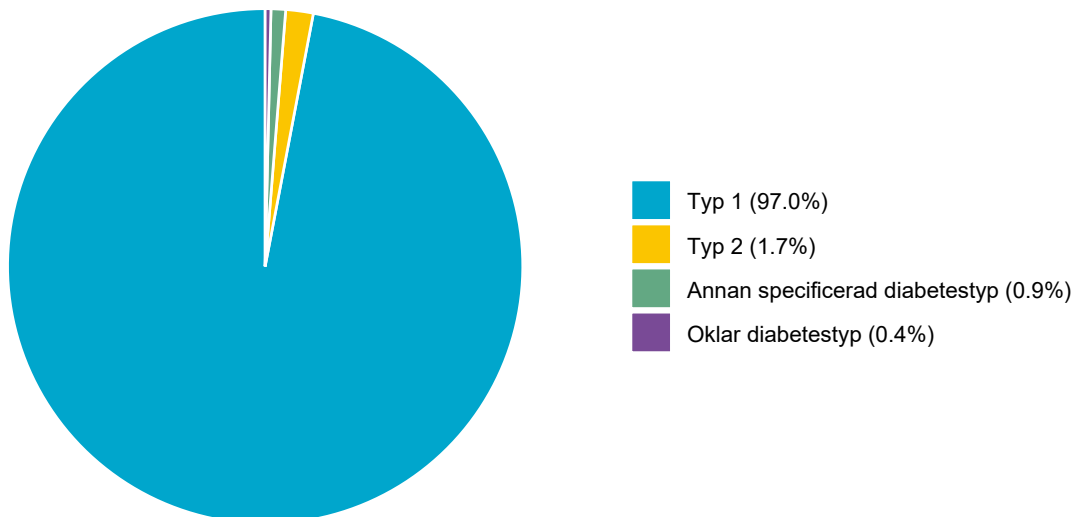
Figur 4. Antal patienter fördelat på födelseår. Samtliga diabetesdiagnoser och åldrar är inkluderade. Barnkliniker, år 2025.



Tabell 1: Antal patienter, medelålder, diabetesduration och kön. Barnkliniker

År	Antal	Flickor (Antal (%))	Duration (medel (SD))	Ålder (medel (SD))
2000	1621	782 (48.2)	4.48 (3.83)	11.81 (3.89)
2001	2622	1263 (48.2)	4.56 (3.90)	11.91 (3.93)
2002	3139	1495 (47.6)	4.61 (3.88)	12.01 (3.84)
2003	3976	1899 (47.8)	4.70 (3.85)	12.11 (3.85)
2004	5508	2629 (47.7)	4.79 (3.95)	12.26 (3.83)
2005	5381	2515 (46.7)	4.89 (4.03)	12.40 (3.80)
2006	6122	2854 (46.6)	4.95 (4.01)	12.52 (3.82)
2007	6863	3186 (46.4)	4.98 (4.01)	12.57 (3.85)
2008	6946	3229 (46.5)	5.07 (4.03)	12.69 (3.86)
2009	6988	3240 (46.4)	5.06 (4.01)	12.66 (3.95)
2010	6938	3242 (46.7)	5.02 (4.00)	12.55 (3.99)
2011	6896	3234 (46.9)	5.02 (3.98)	12.46 (4.02)
2012	6941	3260 (47.0)	5.00 (3.99)	12.38 (4.04)
2013	6950	3242 (46.6)	4.96 (3.97)	12.30 (4.05)
2014	7035	3309 (47.0)	4.98 (4.00)	12.27 (4.02)
2015	7200	3401 (47.2)	4.93 (3.97)	12.27 (4.00)
2016	7397	3452 (46.7)	4.93 (3.97)	12.32 (3.96)
2017	7525	3465 (46.0)	4.98 (3.94)	12.36 (3.93)
2018	7642	3548 (46.4)	5.04 (3.94)	12.38 (3.90)
2019	7797	3627 (46.5)	5.01 (3.94)	12.33 (3.94)
2020	7934	3714 (46.8)	5.00 (3.93)	12.34 (3.93)
2021	8191	3807 (46.5)	4.95 (3.94)	12.32 (3.97)
2022	8402	3851 (45.8)	4.94 (3.96)	12.25 (4.05)
2023	8536	3956 (46.3)	5.03 (3.92)	12.27 (4.03)
2024	8725	4031 (46.2)	5.07 (3.92)	12.26 (4.03)
2025	8741	4024 (46.0)	5.10 (3.91)	12.23 (4.01)

Figur 5. Fördelning av diabetesdiagnos. Barnkliniker, år 2025.



3.2 Glukoskontroll, HbA1c

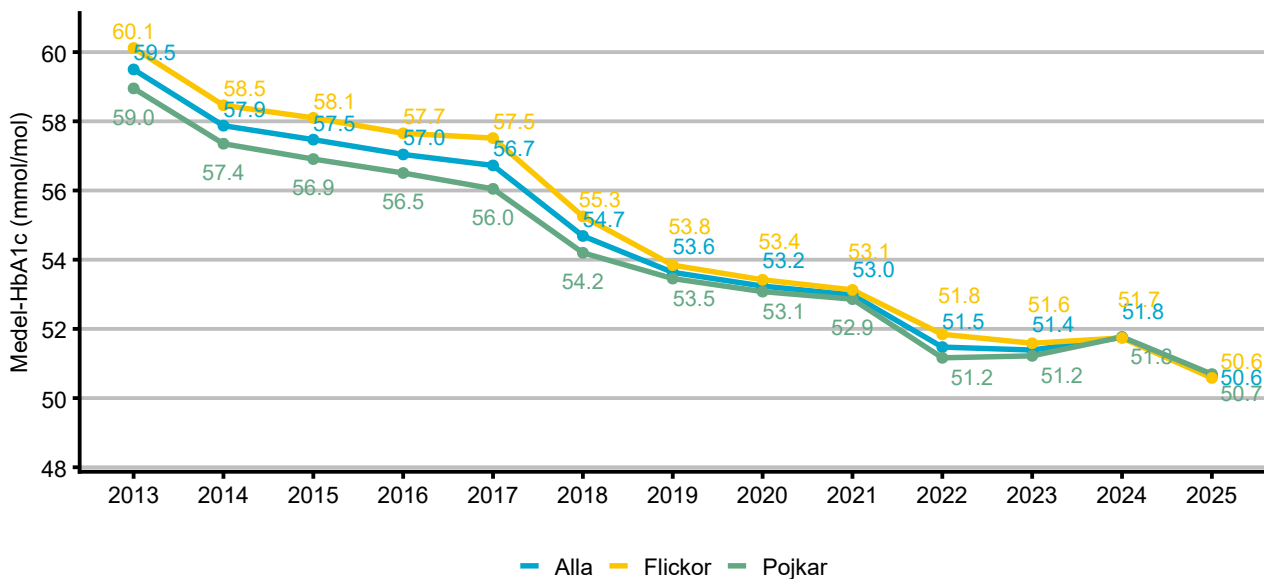
Det nationella målet för HbA1c hos barn och ungdomar är ≤ 48 mmol/mol och medel-HbA1c för alla personer med typ 1-diabetes under 18 år är 50,6 mmol/mol år 2025. Figur 6 visar årsmedelvärdet för varje patient medan övriga figurer visar varje patients senaste HbA1c per år. I de yngsta åldrarna är det få individer, varför det inte går att dra några säkra slutsatser.

Figur 10 visar på ett tydligt sätt hur andelen med HbA1c > 70 mmol/mol kontinuerligt har minskat de senaste åren och nu är på en stabilt låg nivå. Under samma period har andelen med god metabol kontroll ökat.

I figur 12–18 presenteras resultat klinikvis. Resultaten visar att det finns en kvarstående skillnad mellan kliniker i landet och tydliggör vikten av att analysera resultaten på den enskilda kliniken för att vården ska bli alltmer jämlik.

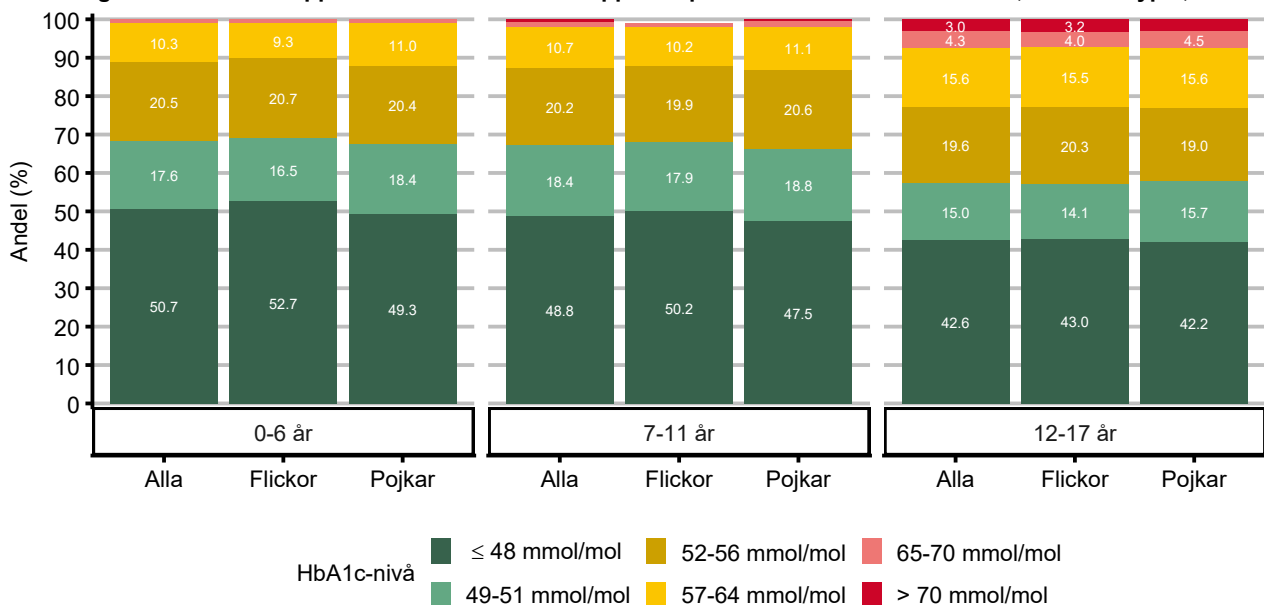
Figur 21 och tabell 2 visar sambandet mellan barnklinikers medel-HbA1c hos patienter med duration <2,0 år och klinikens totala medel-HbA1c. Figuren belyser vikten av tidig god metabol kontroll, då vi ser att kliniker med lågt medel-HbA1c hos patienter med kort duration också i många fall har ett lågt totalt medel-HbA1c.

Figur 6. Medelvärde för HbA1c (mmol/mol) beräknat på varje individs årsmedelvärde. Barnkliniker, diabetes typ 1.



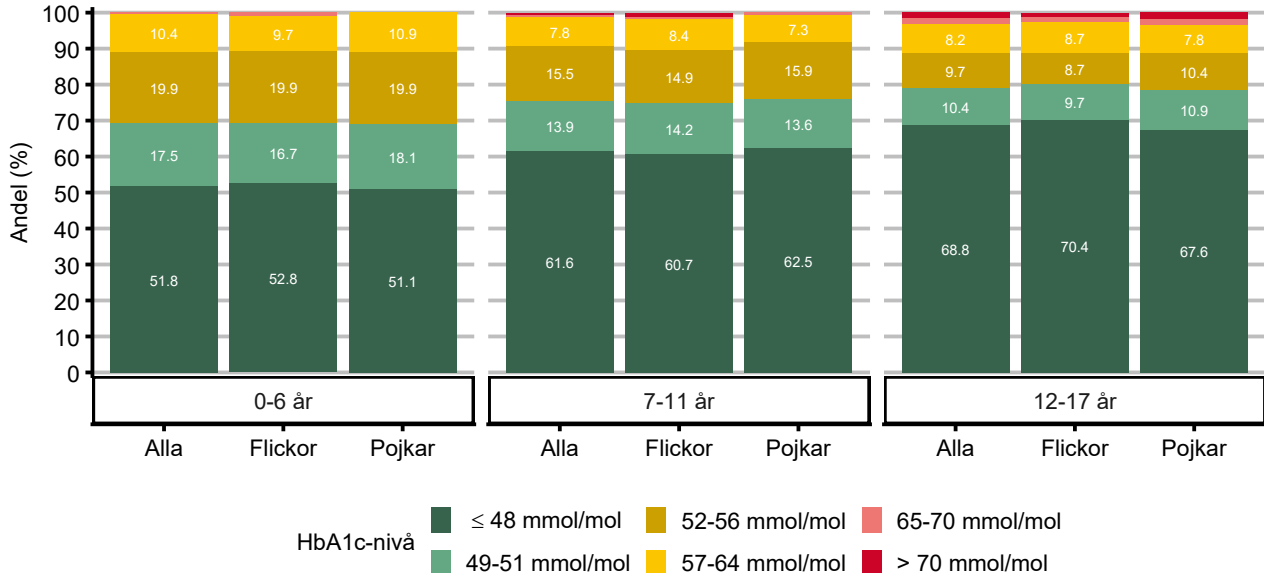
HbA1c-värden vid diabetesduration < 3 månader har exkluderats men om individen inte har diagnosdatum så inkluderas HbA1c-värdet.

Figur 7. Andel som uppnår olika HbA1c-nivåer uppdelat på kön och ålder. Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



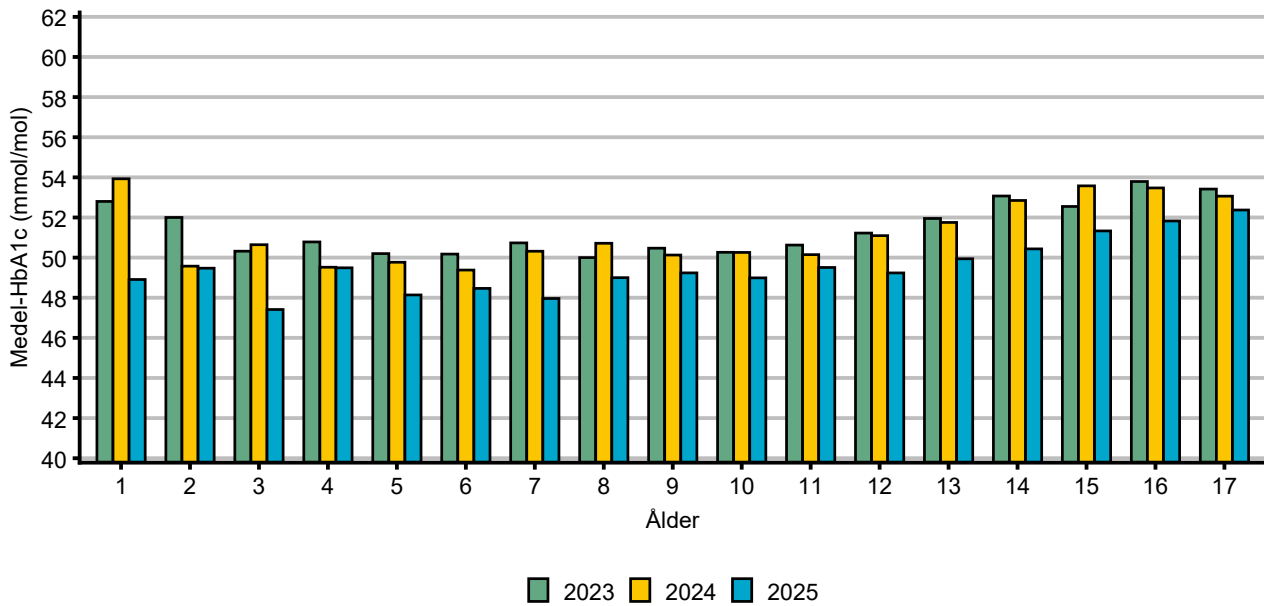
HbA1c-värden vid diabetesduration < 3 månader har exkluderats men om individen inte har diagnosdatum så inkluderas HbA1c-värdet.

Figur 8. Andel som uppnår olika HbA1c-nivåer uppdelat på kön och ålder för patienter med diabetesduration < 2,0 år. Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



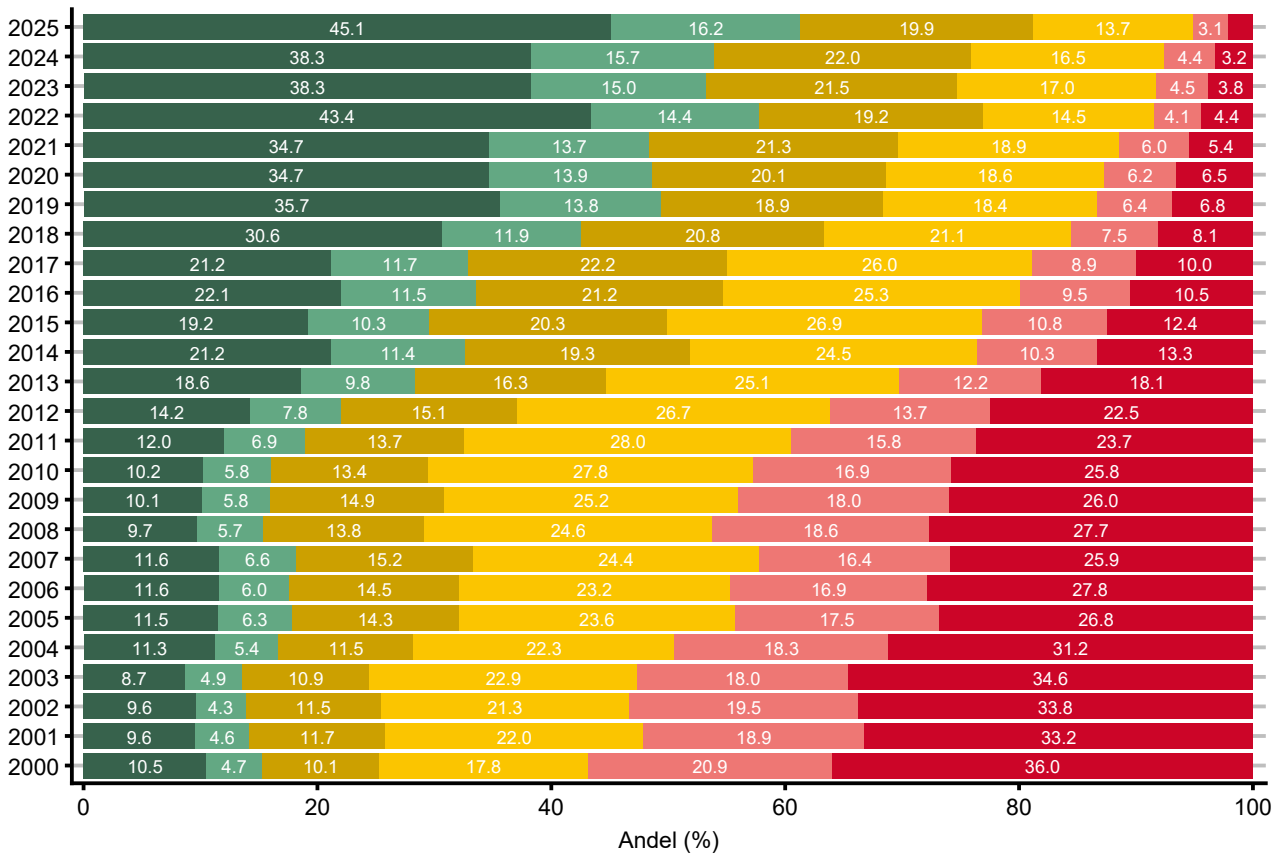
HbA1c-värden vid diabetesduration < 3 månader har exkluderats men om individen inte har diagnosdatum så inkluderas HbA1c-värdet.

Figur 9. Medel-HbA1c (mmol/mol) i olika åldrar. Barnkliniker, diabetes typ 1.



HbA1c-värden vid diabetesduration < 3 månader har exkluderats men om individen inte har diagnosdatum så inkluderas HbA1c-värdet.

Figur 10. Fördelning av HbA1c (mmol/mol) över tid. Barnkliniker, diabetes typ 1.

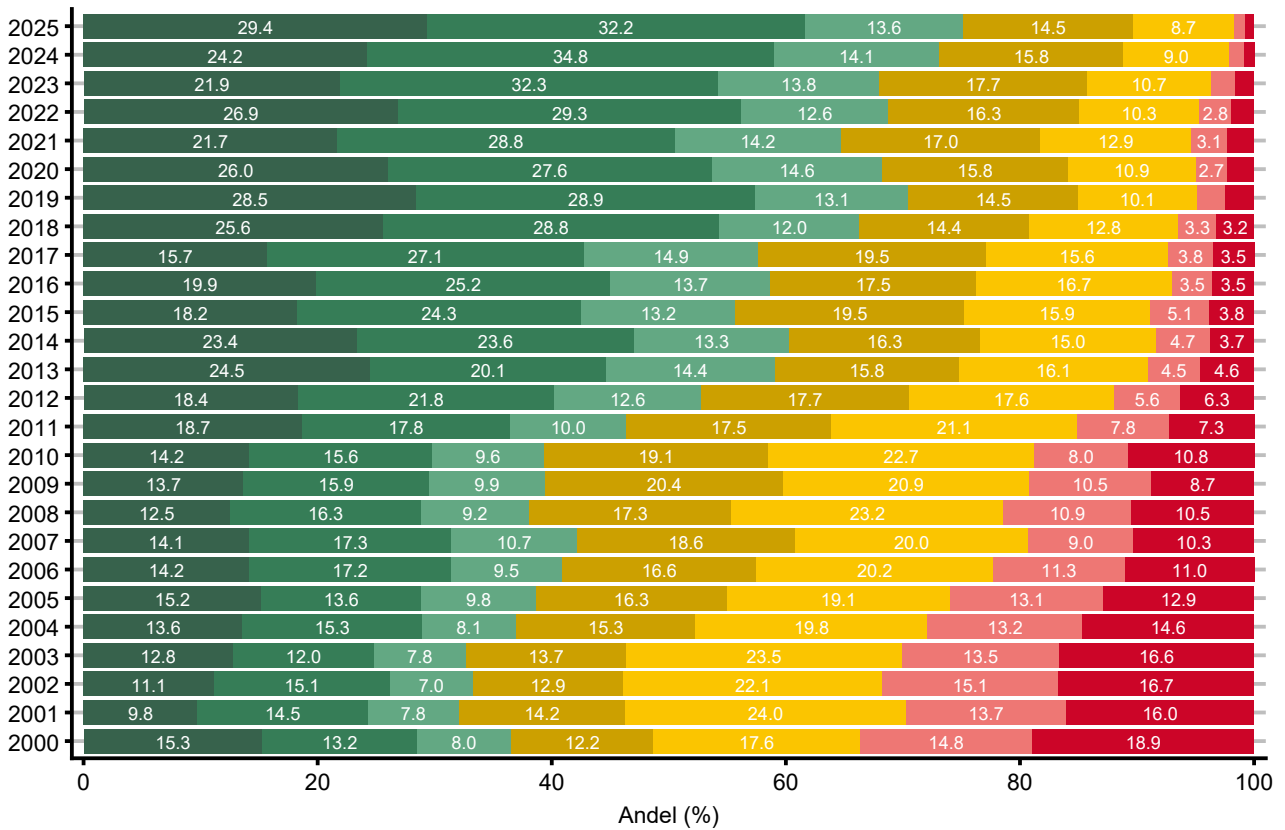


HbA1c-nivå

- ≤ 48 mmol/mol
- 49-51 mmol/mol
- 52-56 mmol/mol
- 57-64 mmol/mol
- 65-70 mmol/mol
- > 70 mmol/mol

HbA1c-värden vid diabetesduration < 3 månader har exkluderats men om individen inte har diagnosdatum så inkluderas HbA1c-värdet.

Figur 11. Fördelning av HbA1c (mmol/mol) över tid för patienter med diabetesduration < 2 år. Barnkliniker, diabetes typ 1.

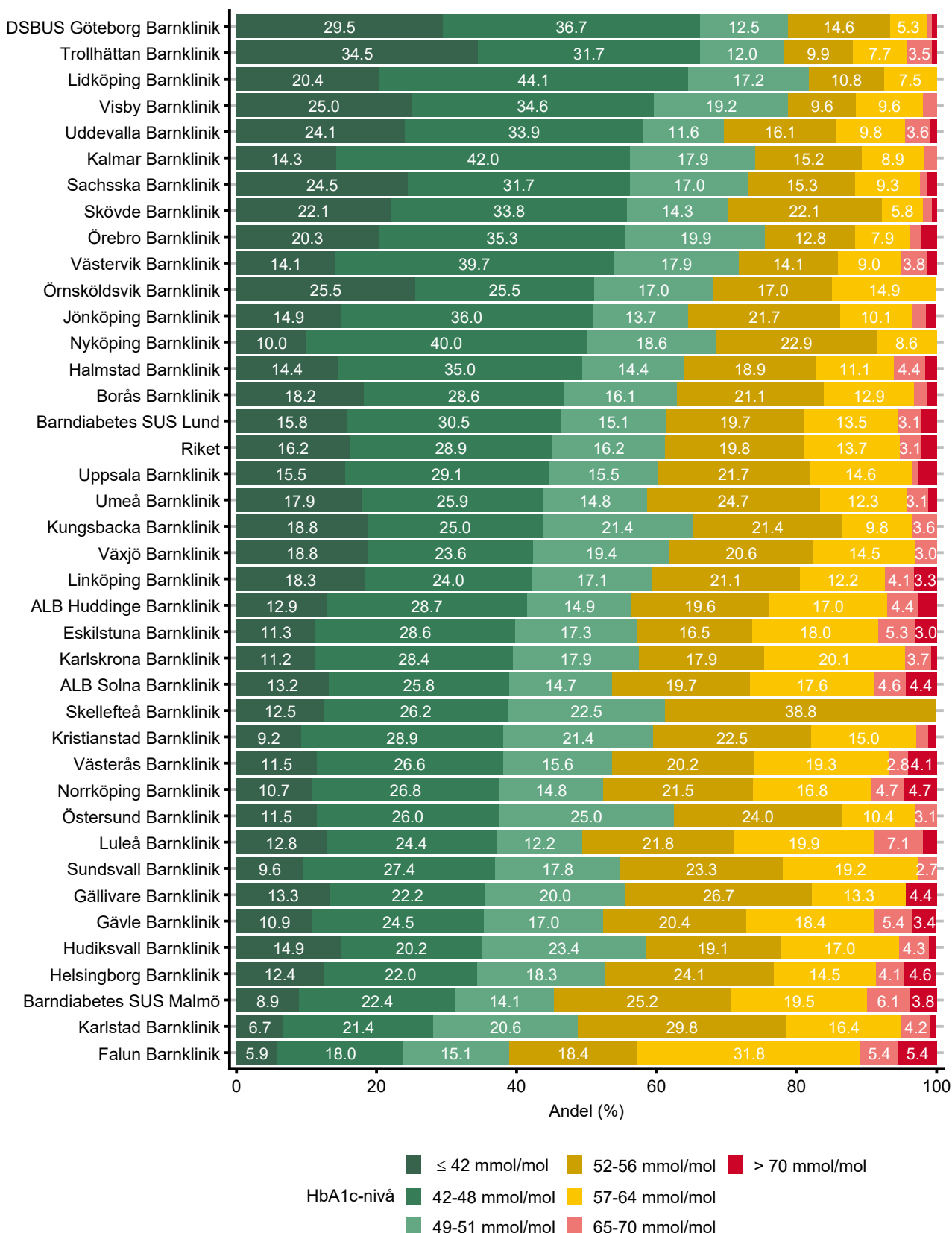


HbA1c-nivå

■ ≤ 42 mmol/mol	■ 49-51 mmol/mol	■ 57-64 mmol/mol	■ > 70 mmol/mol
■ 42-48 mmol/mol	■ 52-56 mmol/mol	■ 65-70 mmol/mol	

HbA1c-värden vid diabetesduration < 3 månader har exkluderats men om individen inte har diagnosdatum så inkluderas HbA1c-värdet.

Figur 12. Fördelning av HbA1c (mmol/mol) per vårdenhet.
Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



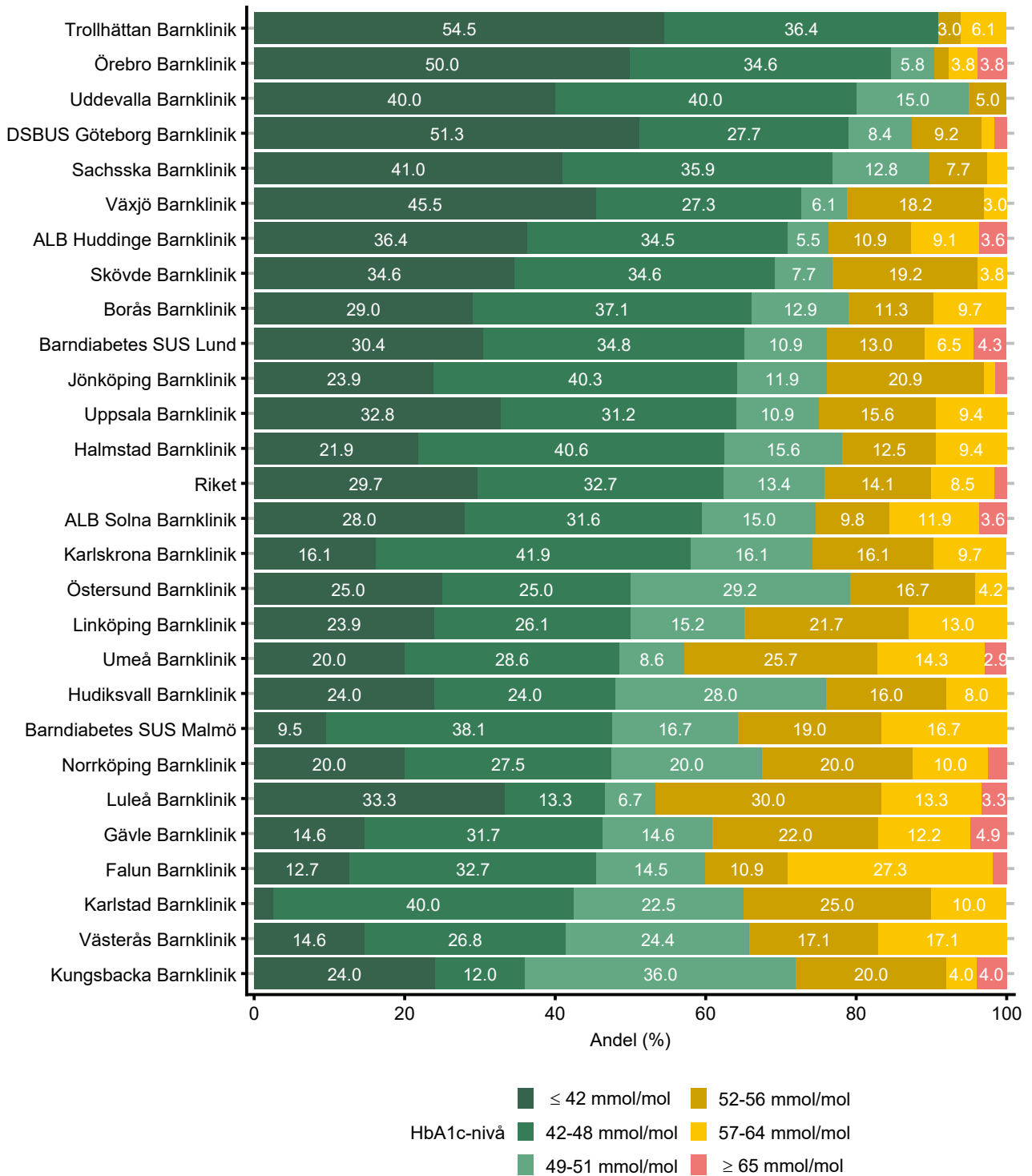
■ ≤ 42 mmol/mol ■ 52-56 mmol/mol ■ > 70 mmol/mol

HbA1c-nivå ■ 42-48 mmol/mol ■ 57-64 mmol/mol

■ 49-51 mmol/mol ■ 65-70 mmol/mol

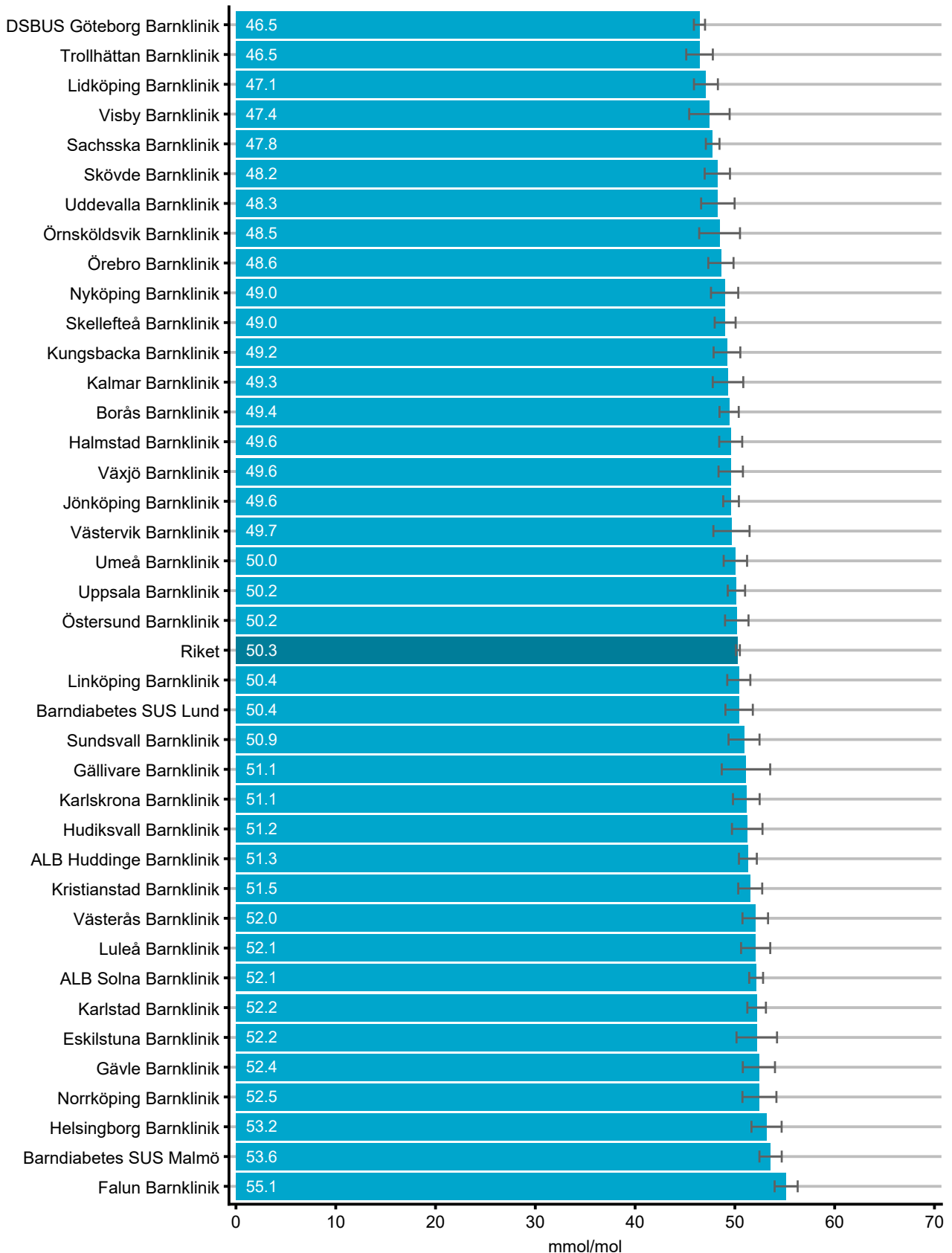
HbA1c-värden vid diabetesduration < 3 månader har exkluderats men om individen inte har diagnosdatum så inkluderas HbA1c-värdet. Vårdenheter med färre än 20 patienter har exkluderats.

Figur 13. Fördelning av HbA1c (mmol/mol) per vårdenhet för patienter med diabetesduration < 2 år. Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



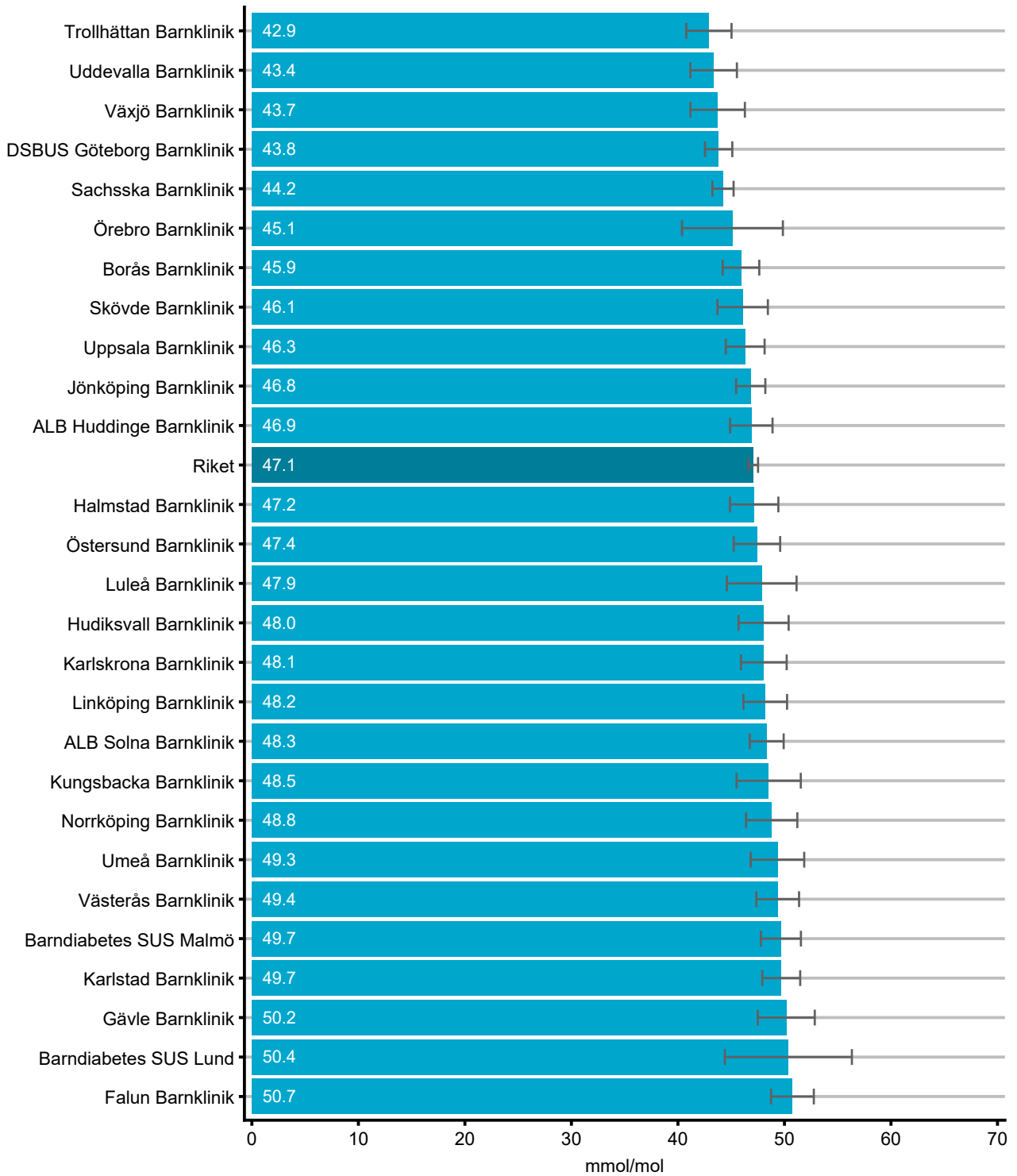
HbA1c-värden vid diabetesduration < 3 månader har exkluderats men om individen inte har diagnosdatum så inkluderas HbA1c-värdet. Vårdenheter med färre än 20 patienter har exkluderats.

Figur 14. Medel-HbA1c per vårdenheter. Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



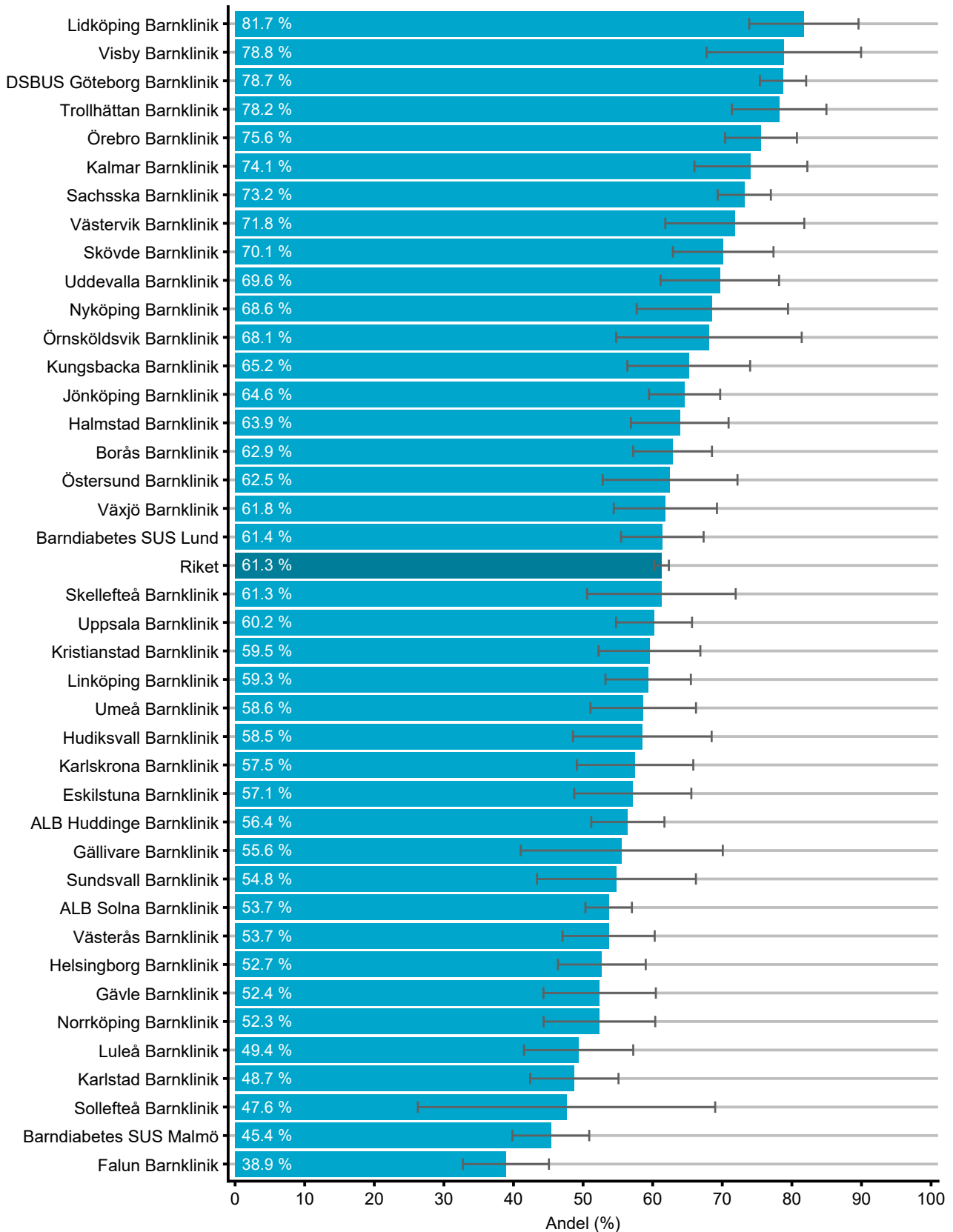
HbA1c-värden vid diabetesduration < 3 månader har exkluderats men om individen inte har diagnosdatum så inkluderas HbA1c-värdet. Vårdenheter med färre än 20 patienter har exkluderats.

Figur 15. Medel-HbA1c per vårdenhet för patienter med diabetesduration < 2,0 år. Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



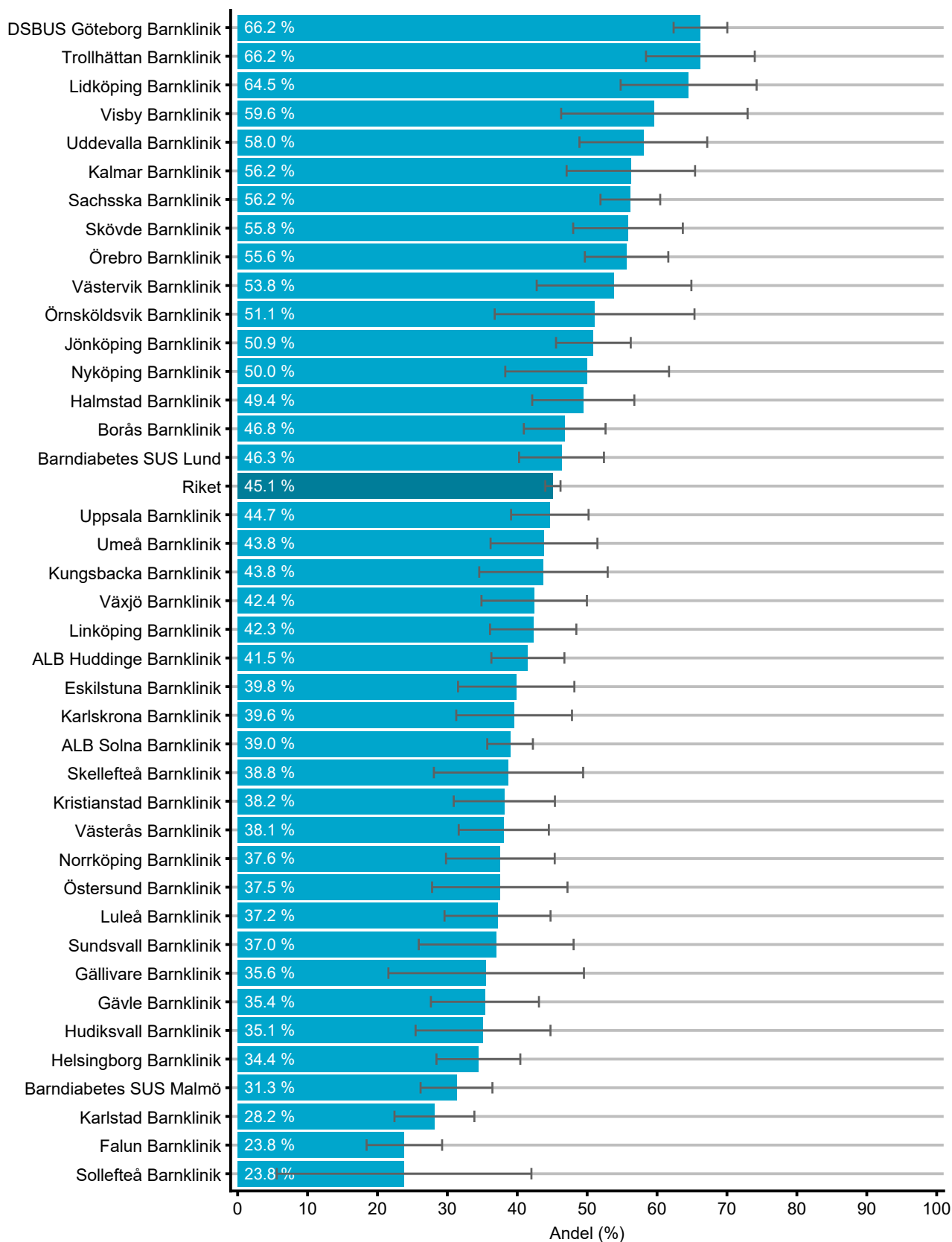
HbA1c-värden vid diabetesduration < 3 månader har exkluderats men om individen inte har diagnosdatum så inkluderas HbA1c-värdet. Vårdenheter med färre än 20 patienter har exkluderats.

Figur 16. Andel som uppnår HbA1c < 52 mmol/mol per vårdenhet. Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



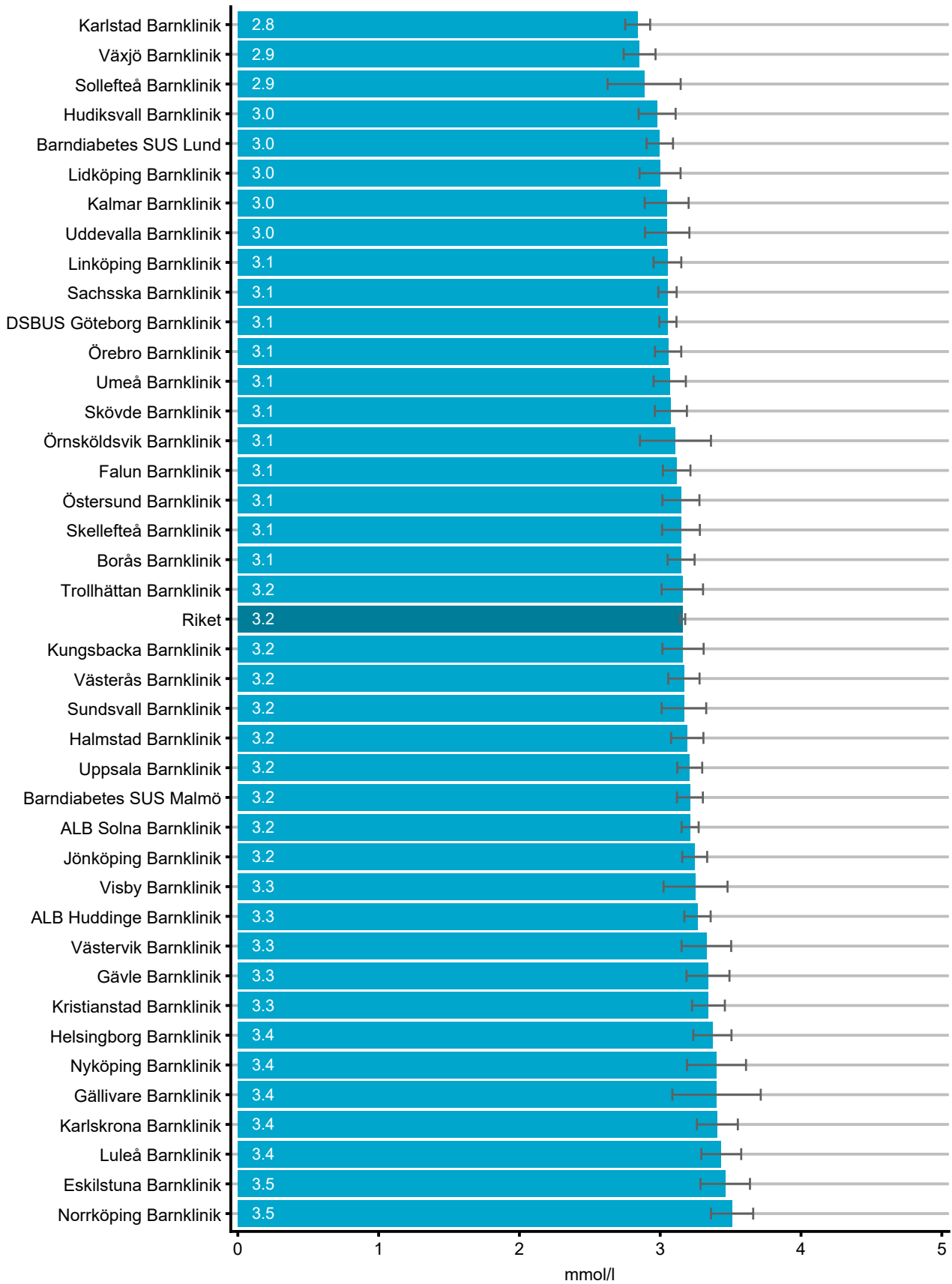
HbA1c-värden vid diabetesduration < 3 månader har exkluderats men om individen inte har diagnosdatum så inkluderas HbA1c-värdet. Vårdenheter med färre än 20 patienter har exkluderats.

Figur 17. Andel som uppnår HbA1c \leq 48 mmol/mol per vårdenhet. Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.

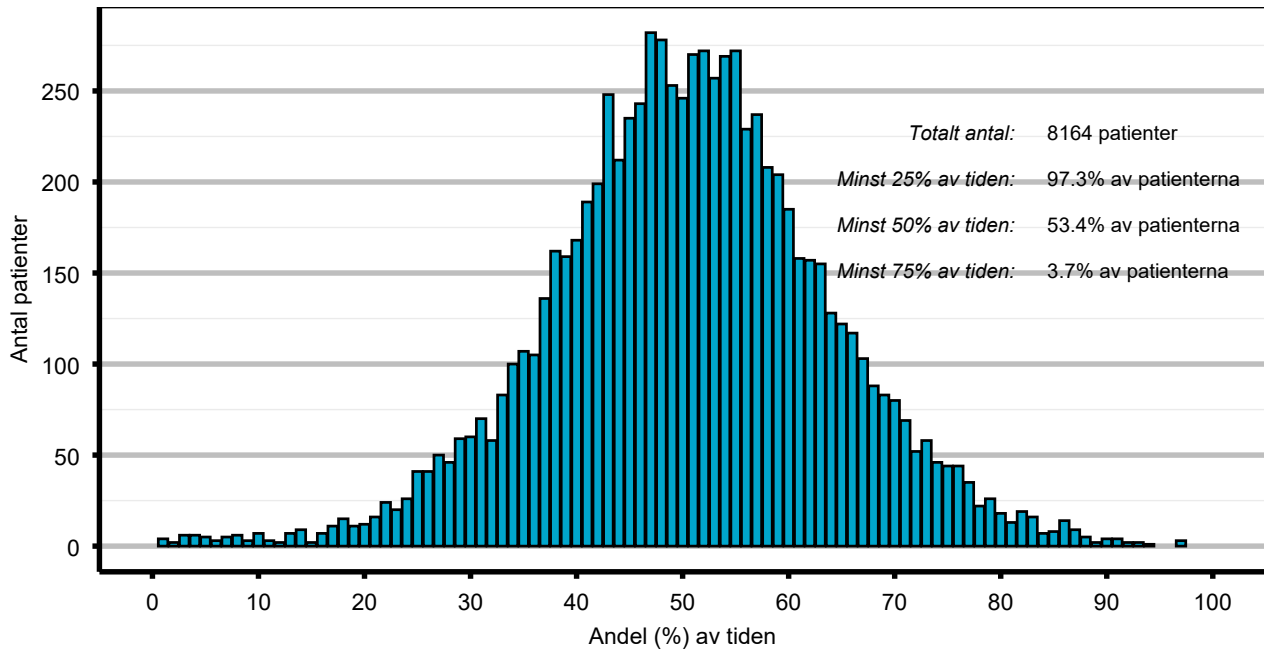


HbA1c-värden vid diabetesduration < 3 månader har exkluderats men om individen inte har diagnosdatum så inkluderas HbA1c-värdet. Vårdenheter med färre än 20 patienter har exkluderats.

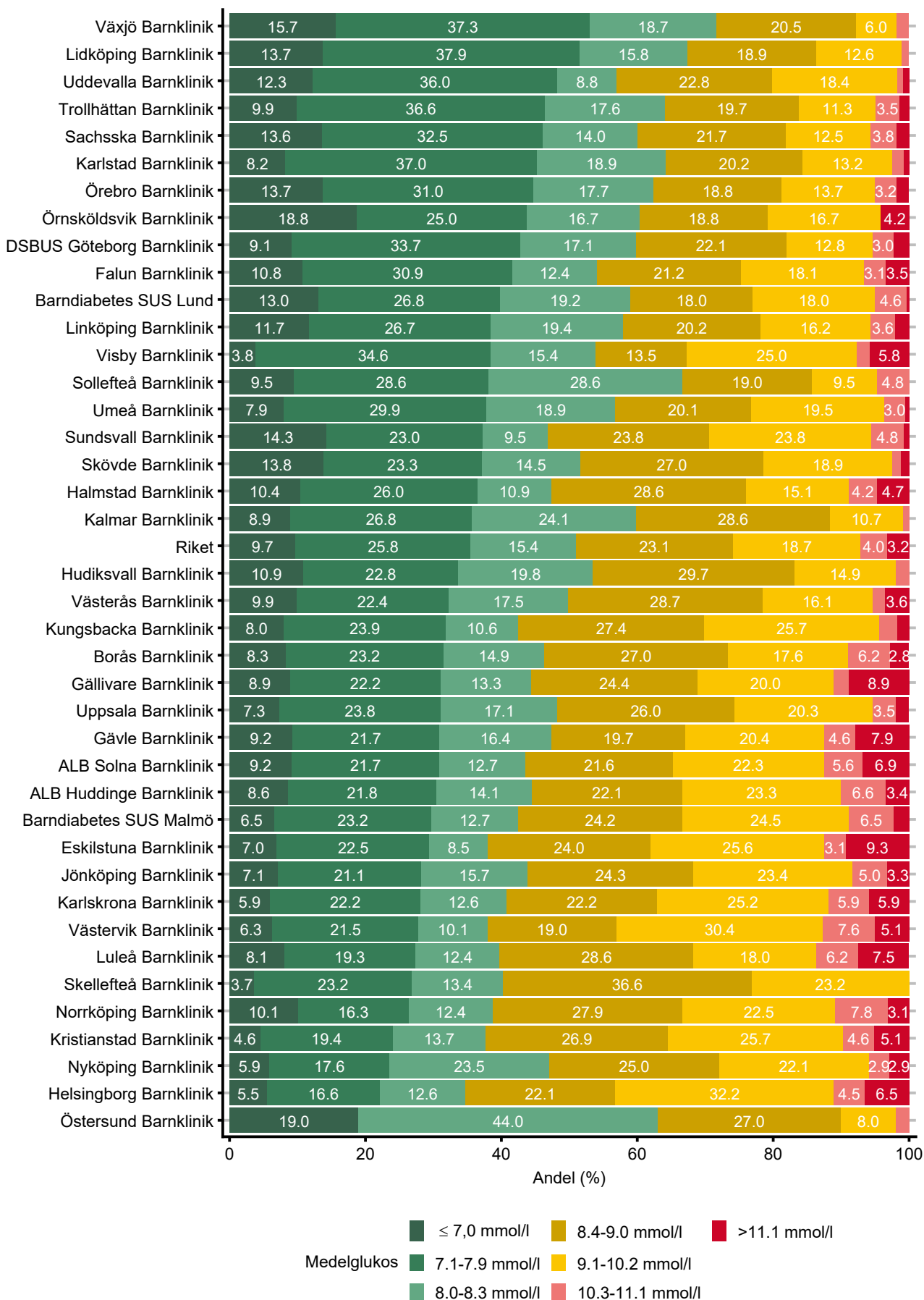
Figur 18. Medelvärde per vårdenhet av individers standardavvikelse av medelglukos i CGM senaste 2 veckorna. Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



Figur 19. Fördelning av andel av tiden med glukosvärde inom intervallet 4-8 mmol/l (Time In Target). Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.

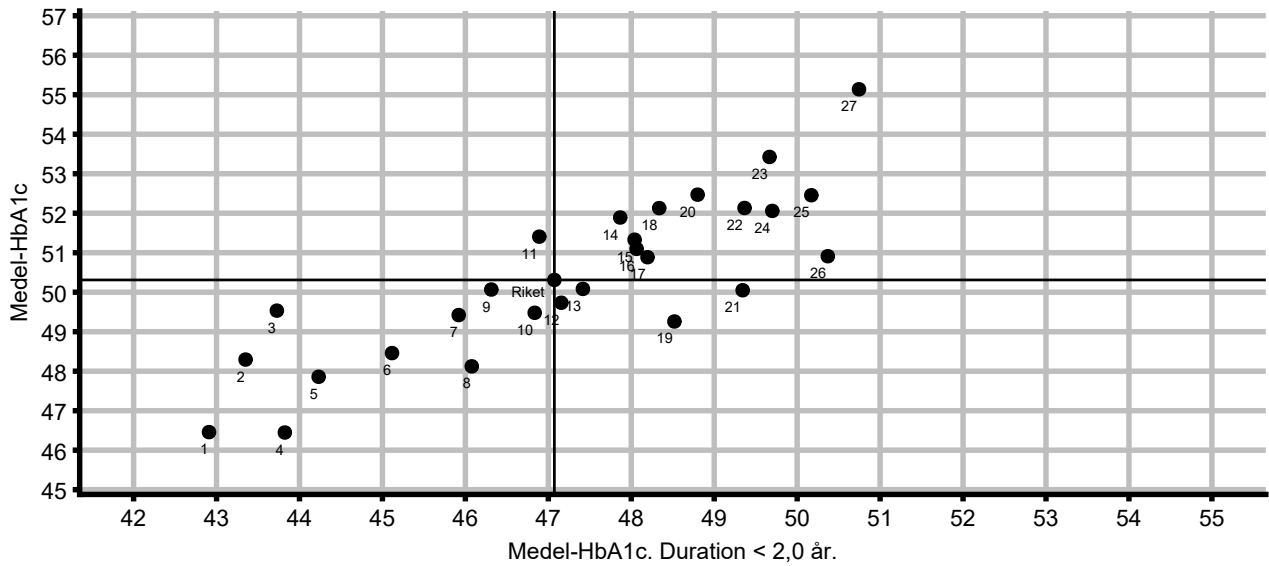


Figur 20. Fördelning av medelglukos per vårdenhet. Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



Vårdenheter med färre än 20 patienter eller med en rapporteringsgrad lägre än 50% på variabeln "Medelglukos i CGM senaste 2 veckorna" har exkluderats.

Figur 21. Medel-HbA1c per klinik mot klinikens medel-HbA1c för patienter med diabetesduration < 2,0 år. Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



HbA1c-värden vid diabetesduration < 3 månader har exkluderats men om individen inte har diagnosdatum så inkluderas HbA1c-värdet. Vårdenheter med färre än 20 patienter har exkluderats.

Tabell 2: Medel-HbA1c per klinik mot klinikens medel-HbA1c för patienter med diabetesduration < 2,0 år. Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.

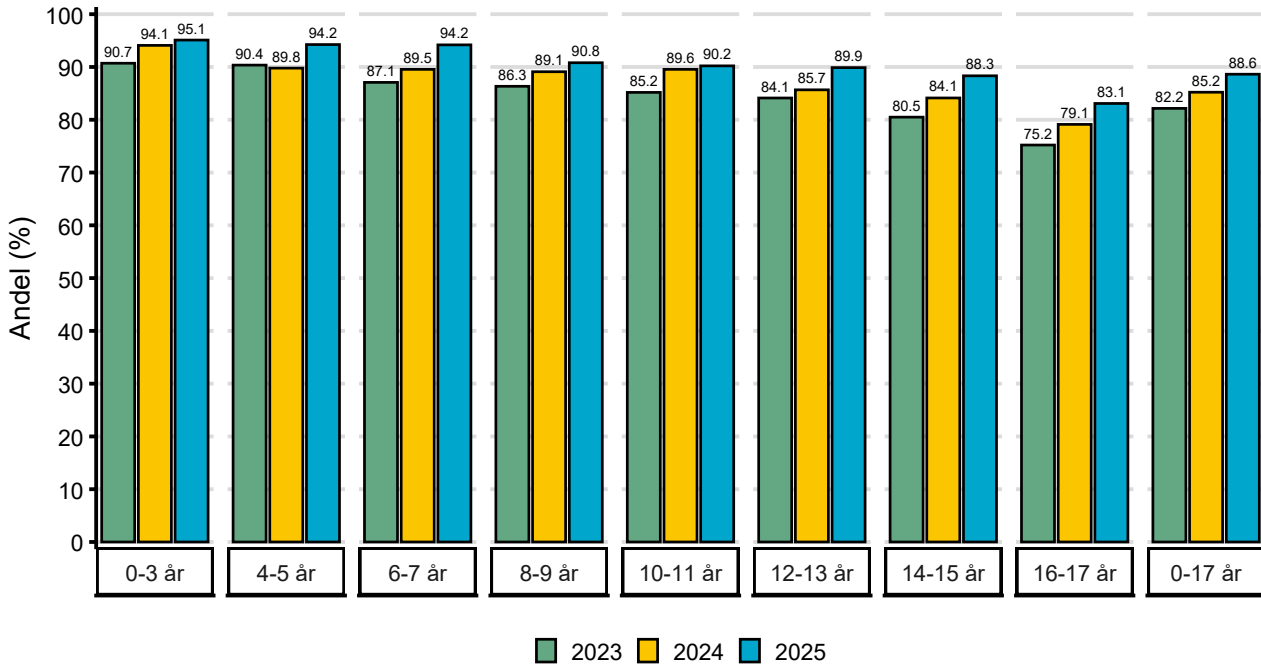
ID	Vårdenhet	Duration < 2,0 år		Totalt	
		Antal	Medel-HbA1c	Antal	Medel-HbA1c
1	Trollhättan Barnklinik	33	42,9	142	46,5
2	Uddevalla Barnklinik	20	43,4	112	48,3
3	Växjö Barnklinik	33	43,7	165	49,5
4	DSBUS Göteborg Barnklinik	119	43,8	583	46,4
5	Sachsska Barnklinik	117	44,2	518	47,9
6	Örebro Barnklinik	52	45,1	266	48,5
7	Borås Barnklinik	62	45,9	280	49,4
8	Skövde Barnklinik	26	46,1	154	48,1
9	Uppsala Barnklinik	64	46,3	309	50,1
10	Jönköping Barnklinik	67	46,8	336	49,5
11	ALB Huddinge Barnklinik	55	46,9	342	51,4
12	Halmstad Barnklinik	32	47,2	180	49,7
13	Östersund Barnklinik	24	47,4	96	50,1
14	Luleå Barnklinik	30	47,9	156	51,9
15	Hudiksvall Barnklinik	25	48,0	94	51,3
16	Karlskrona Barnklinik	31	48,1	134	51,1
17	Linköping Barnklinik	46	48,2	246	50,9
18	ALB Solna Barnklinik	193	48,3	857	52,1
19	Kungsbacka Barnklinik	25	48,5	112	49,3
20	Norrköping Barnklinik	40	48,8	149	52,5
21	Umeå Barnklinik	35	49,3	162	50,0
22	Västerås Barnklinik	41	49,4	218	52,1
23	Barndiabetes SUS Malmö	42	49,7	313	53,4
24	Karlstad Barnklinik	40	49,7	238	52,1
25	Gävle Barnklinik	41	50,2	147	52,5
26	Barndiabetes SUS Lund	46	50,4	259	50,9
27	Falun Barnklinik	55	50,7	239	55,1
	Riket	1550	47,1	8044	50,3

HbA1c-värden vid diabetesduration < 3 månader har exkluderats men om individen inte har diagnosdatum så inkluderas HbA1c-värdet.
Vårdenheter med färre än 20 patienter har exkluderats.

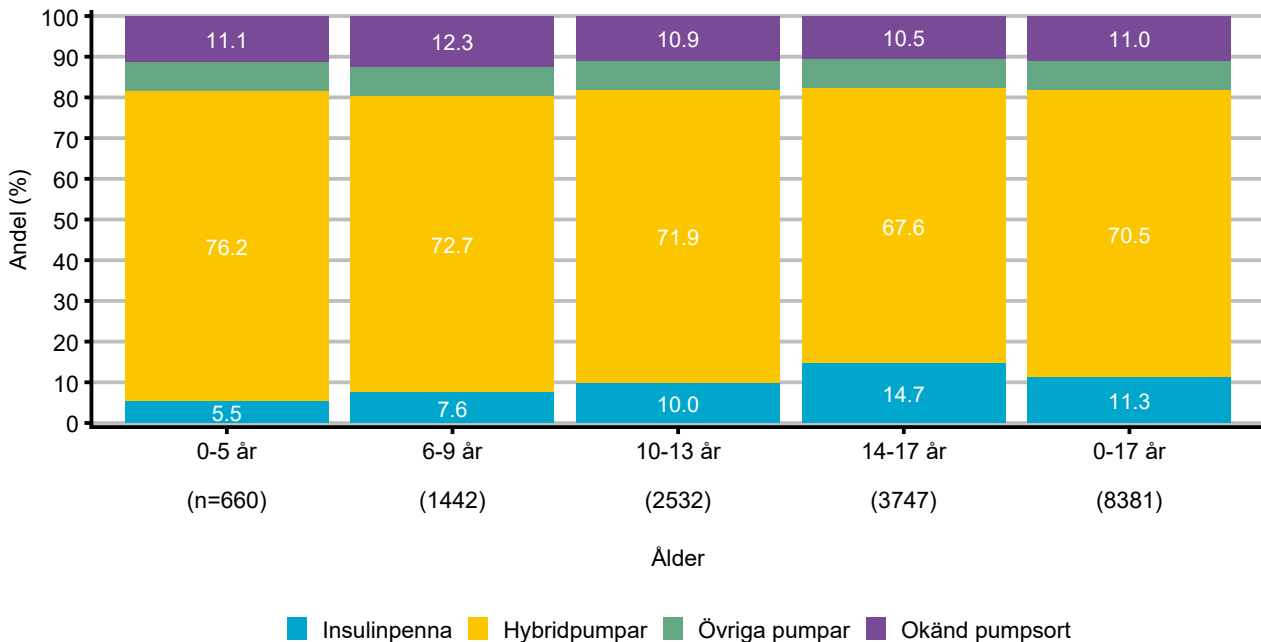
3.2.1 Insulinpump och kontinuerlig glukosmätning (CGM)

Andel barn och ungdomar med insulinpump och kontinuerlig glukosmätning fortsätter att öka. I figur 22 beräknas andel med pump hos alla individer med typ 1-diabetes där data på metod att ge insulin har dokumenterats i registret. I figur 23 visas fördelning av penna och olika typer av pumpar hos alla personer under 18 år med typ 1-diabetes. Figur 24 visar motsvarande siffror, men uppdelade på vårdenhet. Vissa kliniker har direktöverföring av data till NDR från journal. Att inte pumpsort överförs vid denna direktöverföring kan vara en förklaring till att flera kliniker har hög andel där pumpsort är okänd. Figur 25 visar att nästan alla personer under 18 år med typ 1-diabetes har kontinuerlig glukosmätning.

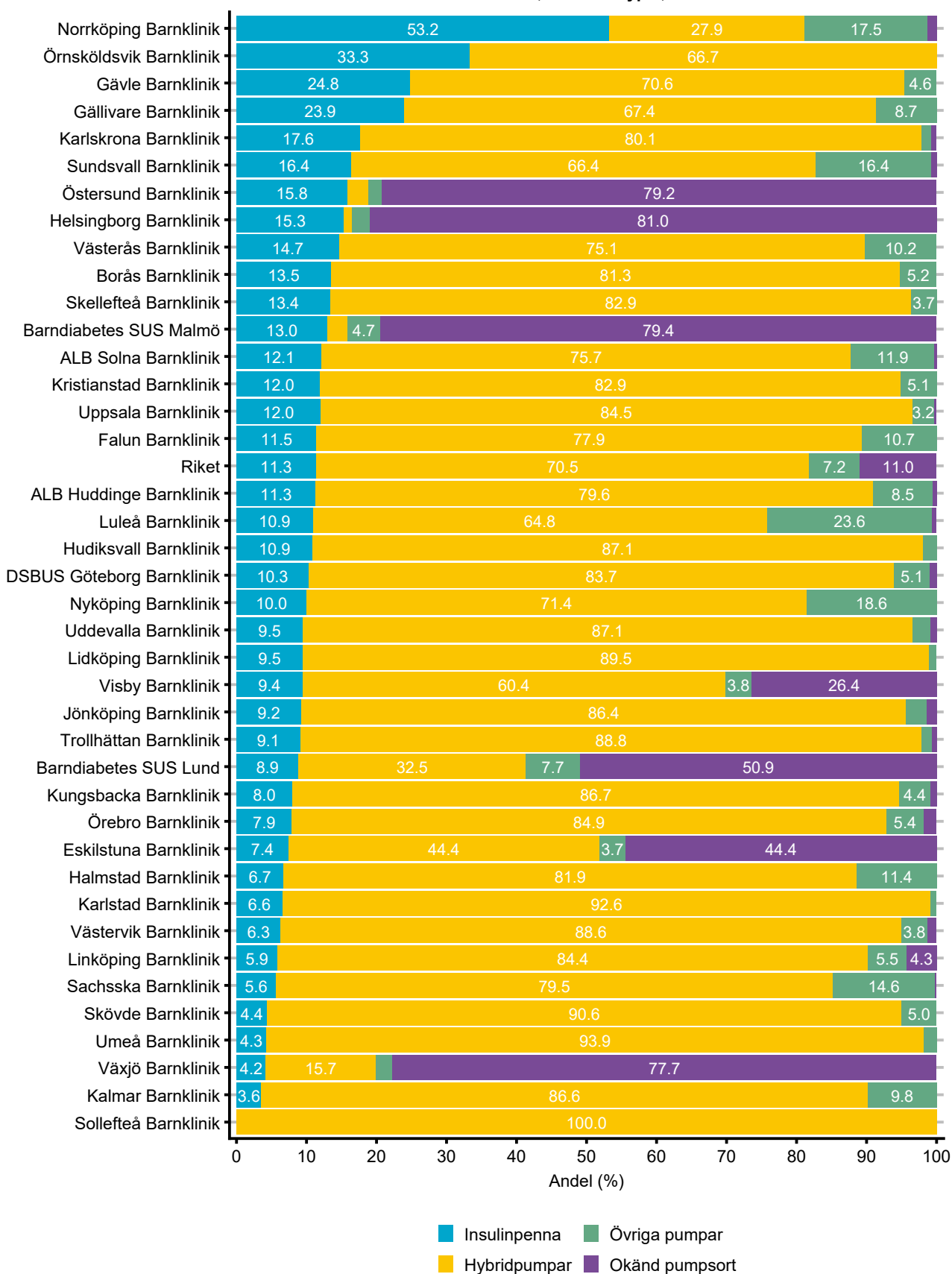
Figur 22. Andel med insulinpump i olika åldrar. Barnkliniker, diabetes typ 1.



Figur 23. Andel med insulinpenna eller olika typer av insulinpump i olika åldrar. Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.

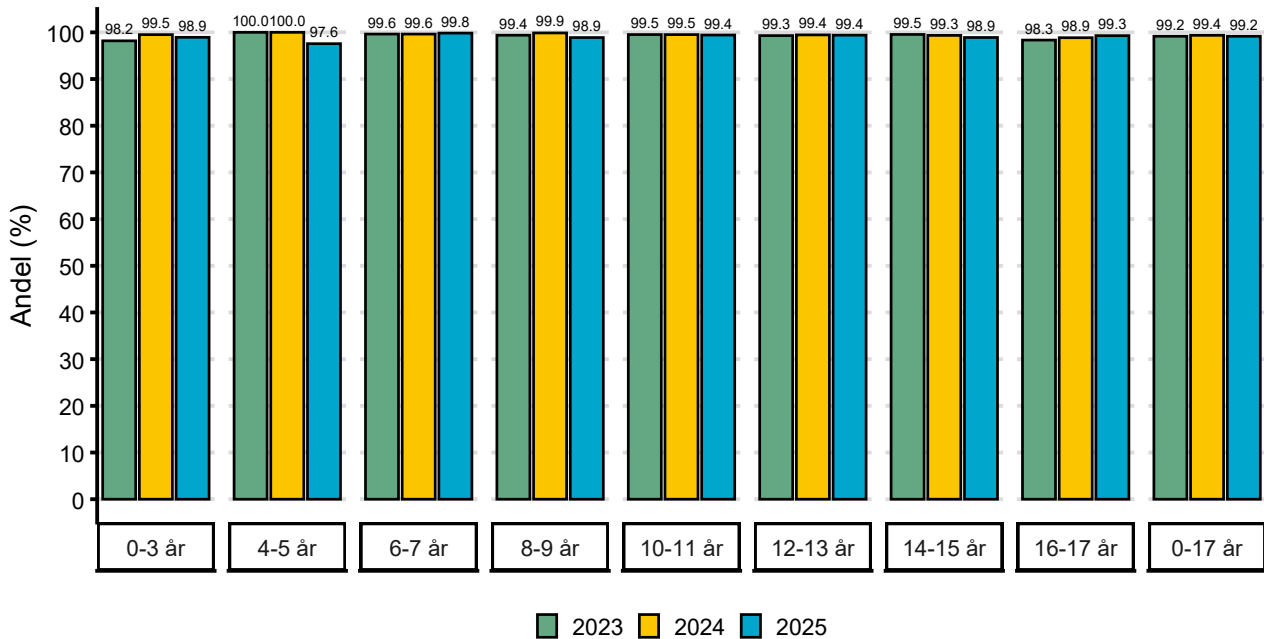


Figur 24. Andel med insulinpenna eller olika typer av insulinpump per vårdenhet. Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



Vårdenheter med färre än 20 patienter har exkluderats.

Figur 25. Andel med kontinuerlig glukosmätning (CGM) i olika åldrar.
Barnkliniker, diabetes typ 1.

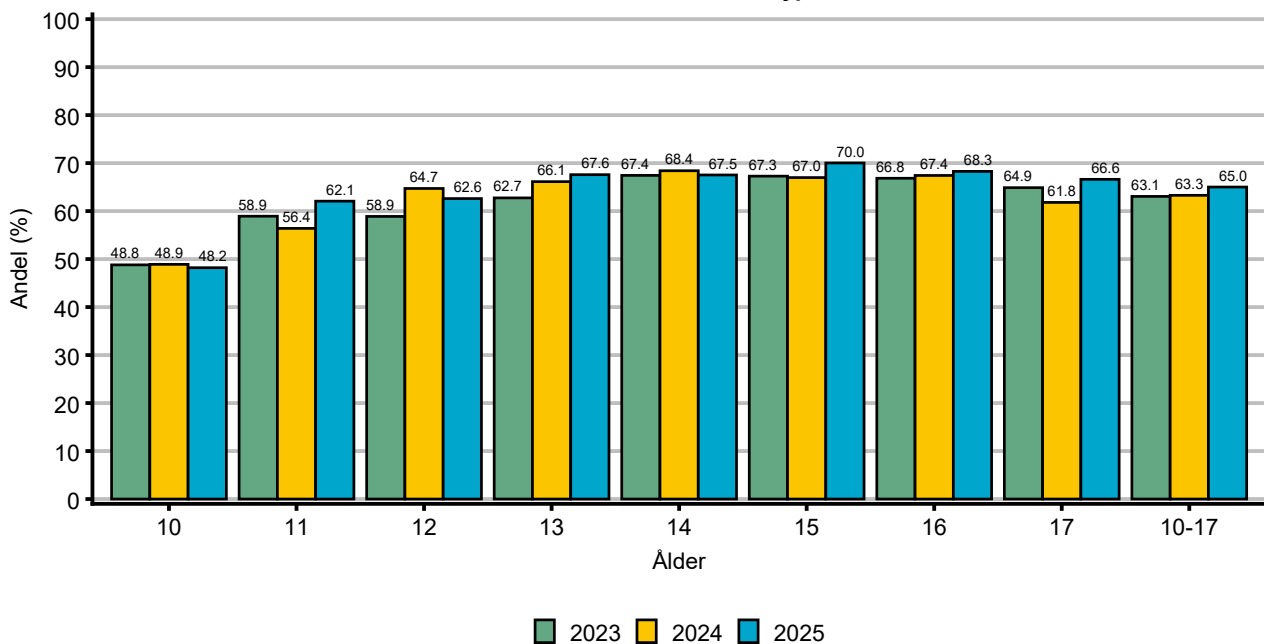


3.3 Komplikationsscreening

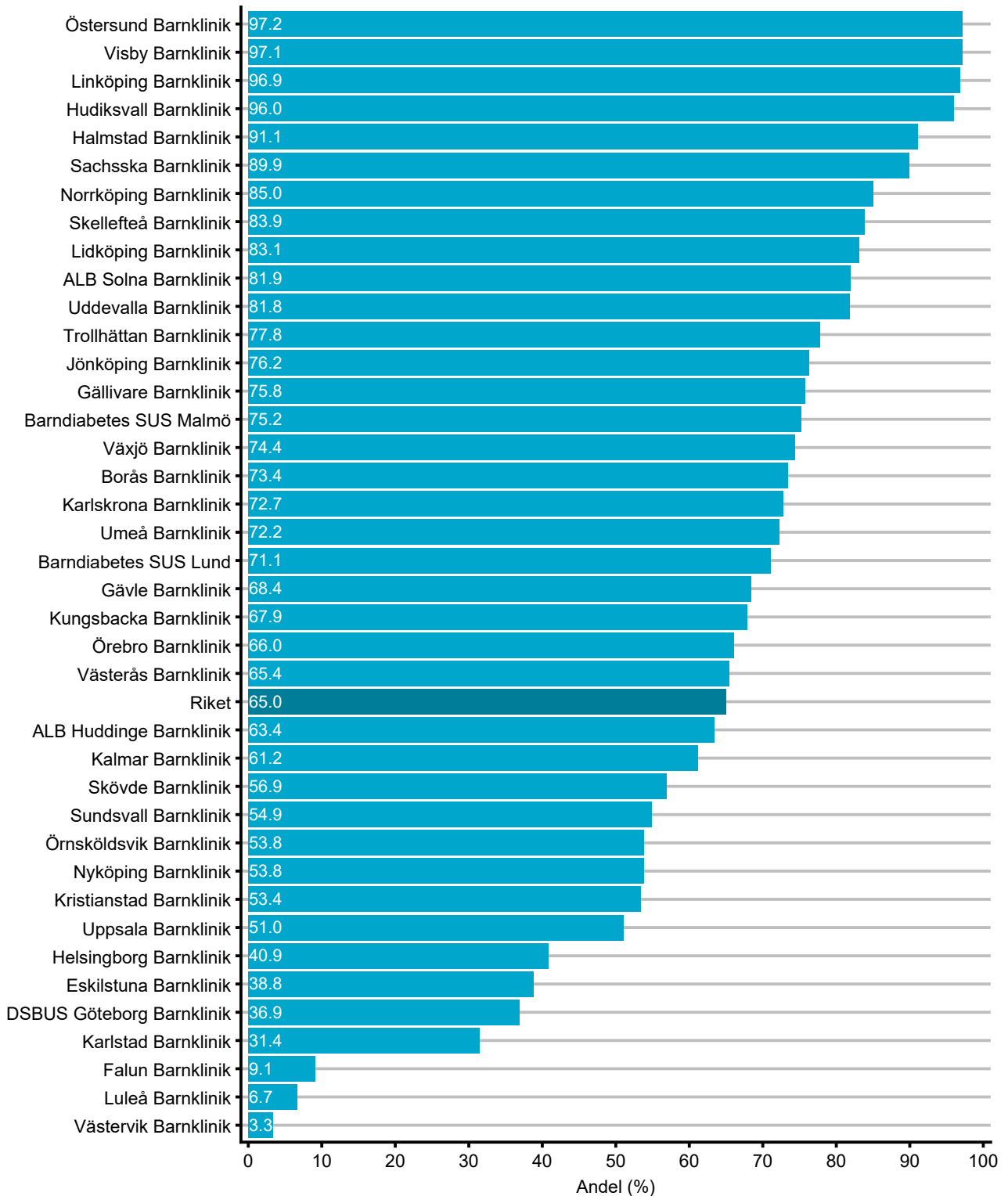
3.3.1 Kontroll av blodtryck och albuminuri

Enligt vårdprogrammet skall blodtryck och utsöndring av albumin i urinen kontrolleras årligen från 10 års ålder. Figur 26 och 27 visar att kvalitetsmålet att minst 80% av patienterna skall kontrolleras årligen inte uppnås. Det är oklart om en låg screeningfrekvens beror på att värden inte registreras i NDR eller om årliga kontroller inte genomförs. Screening för komplikationer är ett viktigt område som behöver förbättras. I figur 26–27 är nämnaren alla patienter som är 10 år och äldre och har typ 1-diabetes. Figur 26 baseras på de patienter som antingen har ett värde på variabeln albuminuri eller på U-albumin/kreatinin och nämnaren är alla patienter som är 10 år och äldre och har typ 1-diabetes.

Figur 26. Andel som kontrollerat blodtryck i olika åldrar.
Barnkliniker, diabetes typ 1.

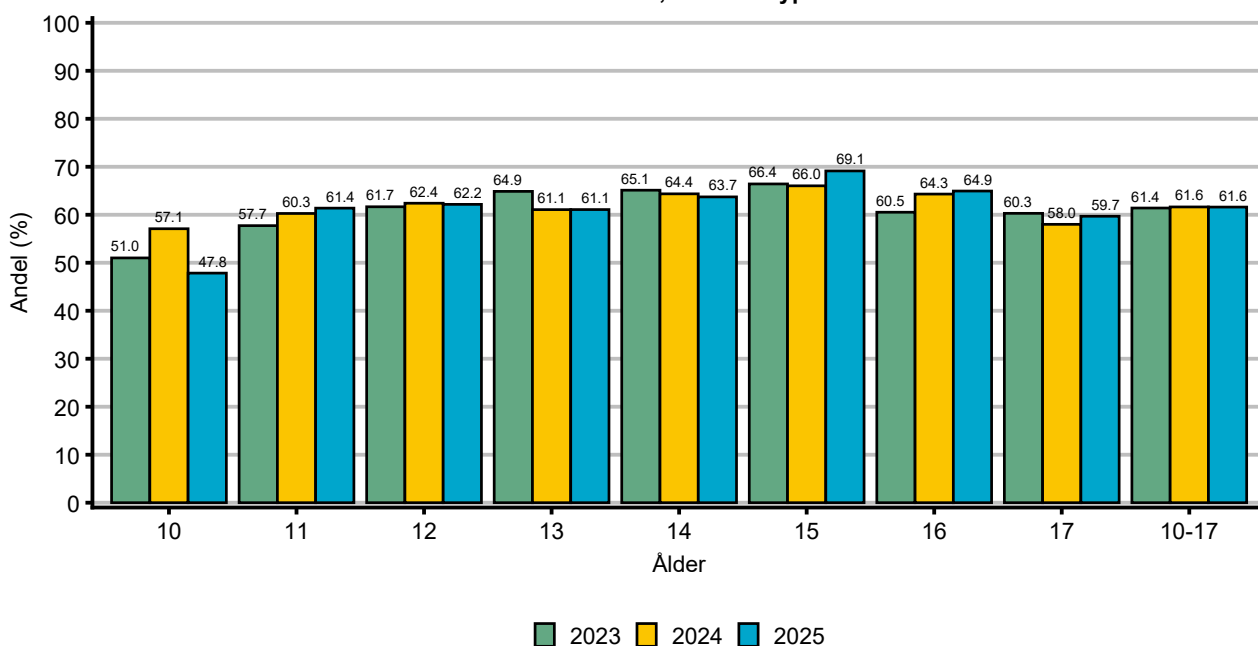


Figur 27. Andel som kontrollerat blodtryck per klinik. Ålder 10-17 år.
Barnkliniker, diabetes typ 1.



Vårdenheter med färre än 20 patienter har exkluderats.

Figur 28. Andel som kontrollerats för albuminuri i olika åldrar. Barnkliniker, diabetes typ 1.



Tabell 3: Undersökning av njurpåverkan med albumin/kreatinin-kvot (ACR). Åldersgrupp 10-17 år. Barnkliniker, diabetes typ 1.

	2023		2024		2025	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Antal patienter 10-17 år	6164		6265		6279	
Antal/andel patienter med ACR	3402	55.2	3326	53.1	3016	48.0
<3.5 mg/mmol	3202	94.1	3162	95.1	2849	94.5
3.5-25 mg/mmol	171	5.0	146	4.4	138	4.6
>25 mg/mmol	29	0.9	18	0.5	29	1.0

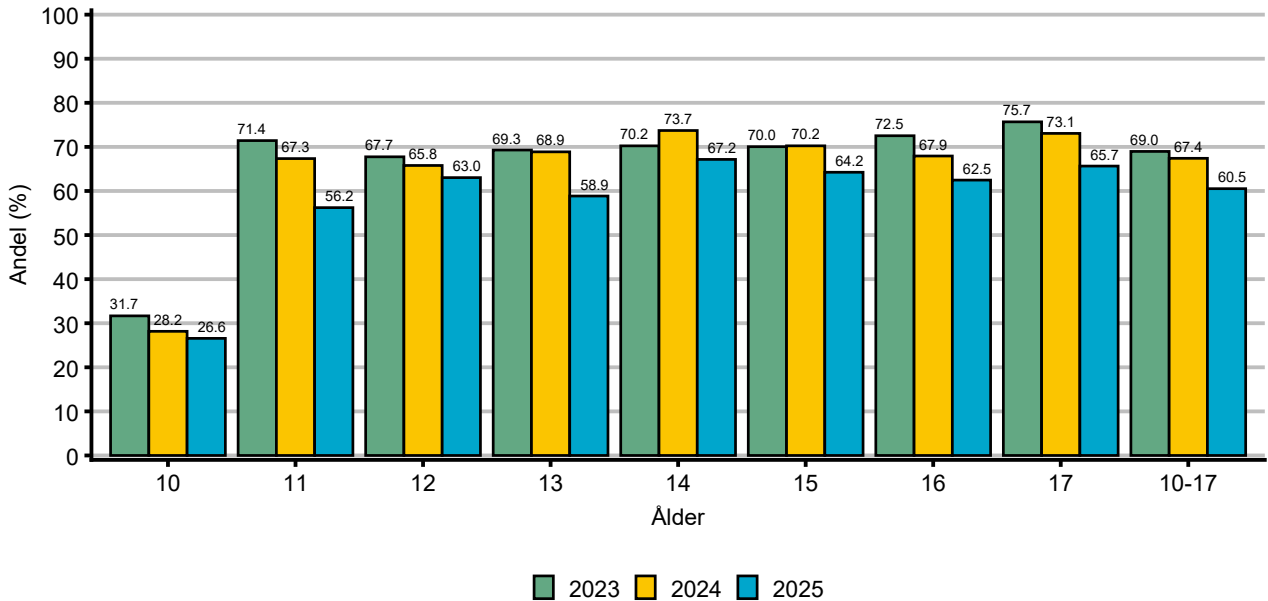
Tabell 4: Andel patienter med albuminuridiagnos. Åldersgrupp 10-17 år. Barnkliniker, diabetes typ 1.

	2023		2024		2025	
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)
Antal patienter 10-17 år	6164		6265		6279	
Antal/andel patienter med värde	2653	43.0	2752	43.9	3027	48.2
Nej	2551	96.2	2656	96.5	2922	96.5
Normaliserat värde	12	0.5	17	0.6	18	0.6
Mikroalbuminuri	75	2.8	65	2.4	72	2.4
Makroalbuminuri	15	0.6	14	0.5	15	0.5

3.3.2 Undersökning av ögonbotten

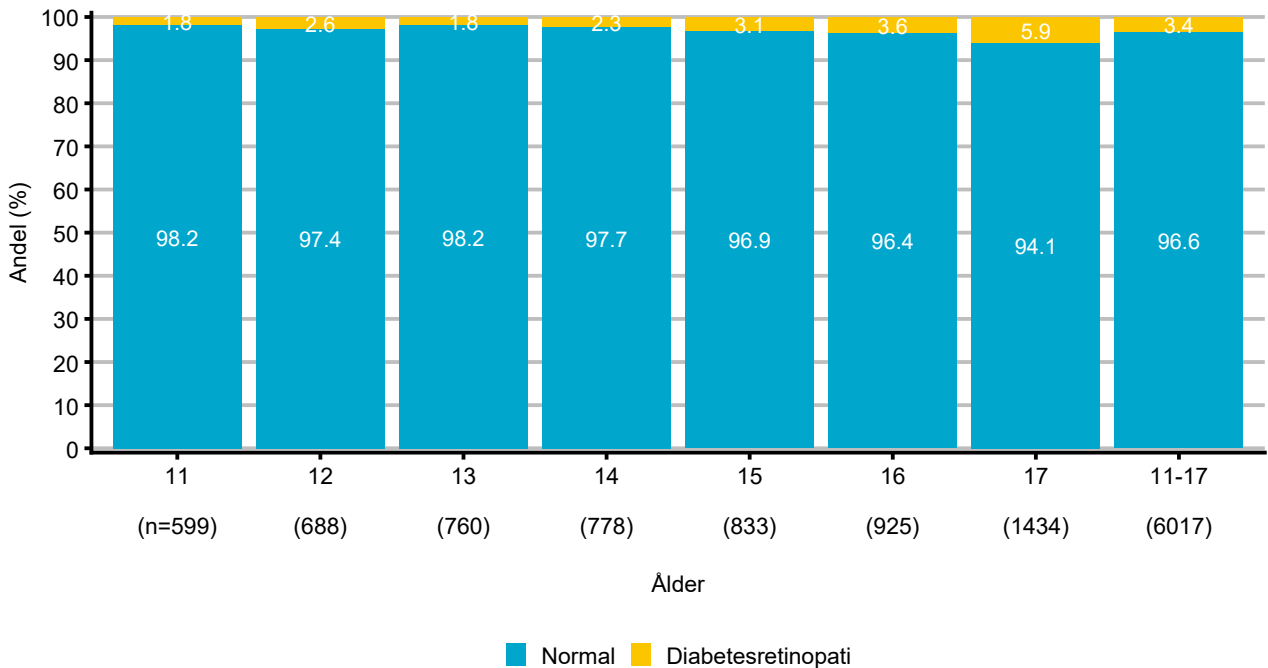
Ögonbottenfotografering startar rutinmässigt efter 2 års diabetesduration, tidigast vid 10 års ålder och upprepas vartannat år. Vid patologiska fynd sker tätare undersökningar.

Figur 29. Andel med kontroll av ögonbottenstatus* fördelat på ålder hos patienter med duration $\geq 2,0$ år. Barnkliniker, diabetes typ 1.

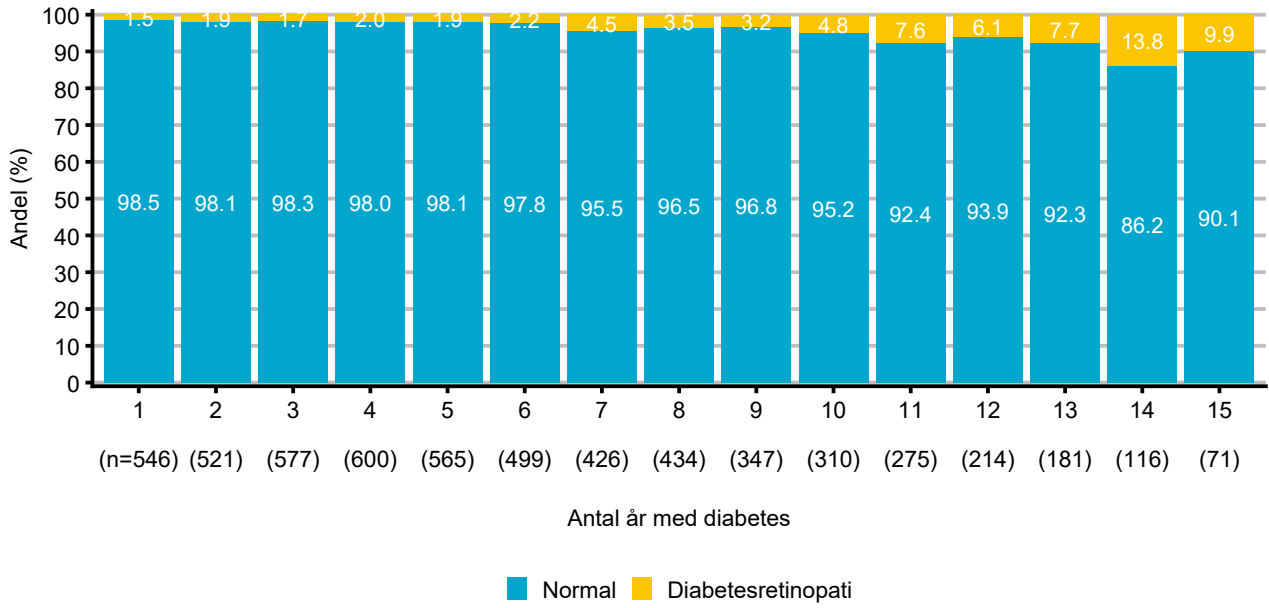


*Enligt vårdprogram (BLF 2017)

Figur 30. Andel med diabetesretinopati, fördelat på ålder. Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



**Figur 31. Andel med diabetesretinopati i åldersgruppen 10-17 år, fördelat på diabetesduration.
Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.**



Siffrorna under varje stapel i figuren är totalantalet i gruppen.

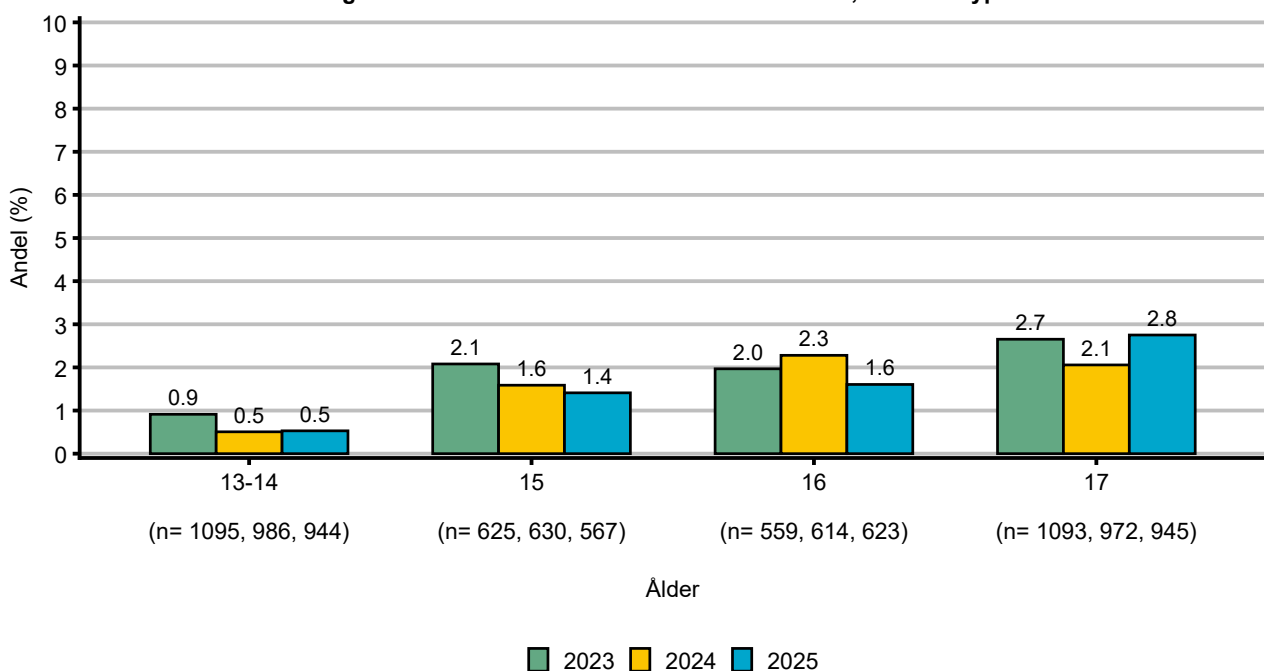
3.4 Levnadsvanor

Enligt BLF:s vårdprogram för barn och ungdomar med diabetes i Sverige ska ungdomar med diabetes tillfrågas om rökning från 13 års ålder. Data baseras på vad ungdomarna svarat på frågan om rökning vid besöket på diabetesmottagningen. På gruppnivå har de som röker ett högre medel-HbA1c än icke-rökarna. De som i figur 32 redovisas som rökare innefattar alla som röker oavsett om de uppgivit att de röker dagligen, ibland eller att de slutat röka under innevarande år. Nämnaren är alla individer 13–17 år, med typ 1-diabetes där det finns värde på rökvanor. För 2025 finns data på knappt 75% av ungdomar med diabetes 13–17 år avseende rökvanor. Det finns en svag trend att andelen rökare minskat de senare åren. I Centralförbundet för alkohol-och narkotikaupplysnings nationella skolundersökning 2025 framgår att 7% av niondeklassarna och 19% av gymnasieleverna i Sverige uppger att de röker. Andelen i NDR som rapporterar att de röker är alltså lägre än i befolkningen i stort.

WHO:s mål för fysisk aktivitet är sammanlagt minst 60 minuter per dag, 7 dagar i veckan. Av figur 33 framgår att det är en diskrepans mellan flickor och pojkar, där pojkar oftare rapporteras uppnå målet. Denna könsskillnad har rapporterats under flera år och motsvarar ganska väl hur siffrorna ser ut i den åldersgruppen i Sverige. Nationella data på fysisk aktivitet hos befolkningen i Sverige finns att läsa på Folkhälsomyndighetens hemsida.

Det är 30% av ungdomar 10–17 år med typ 1-diabetes som har övervikt eller obesitas.

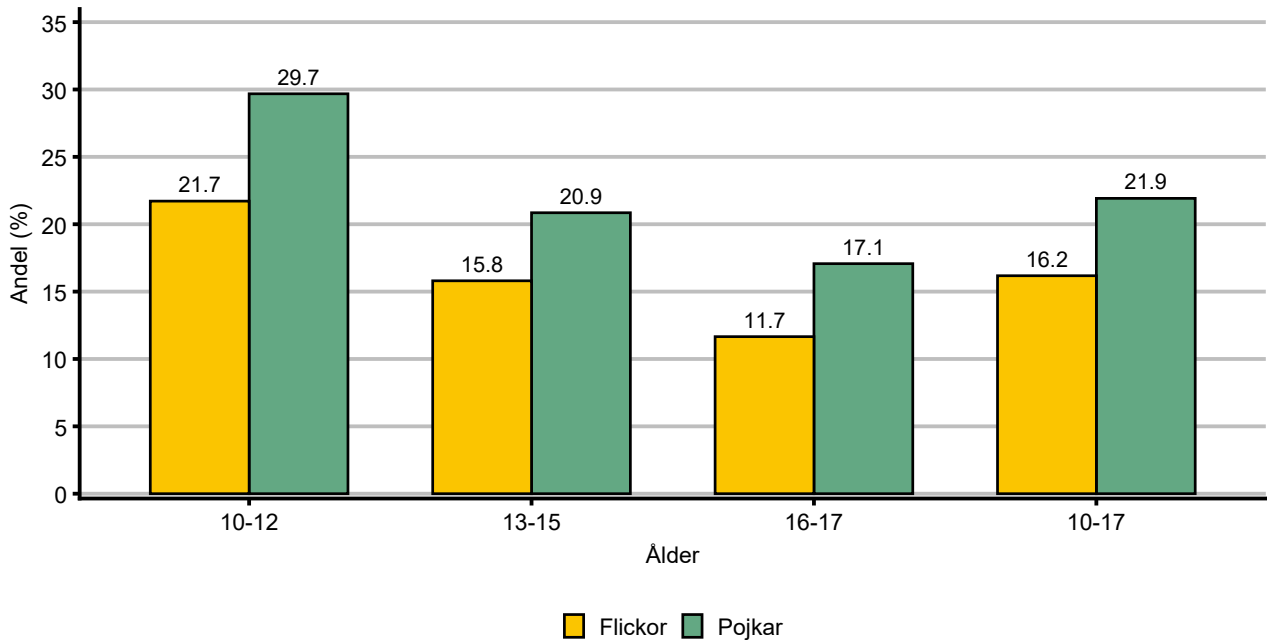
Figur 32. Andel rökare i olika åldrar. Barnkliniker, diabetes typ 1.



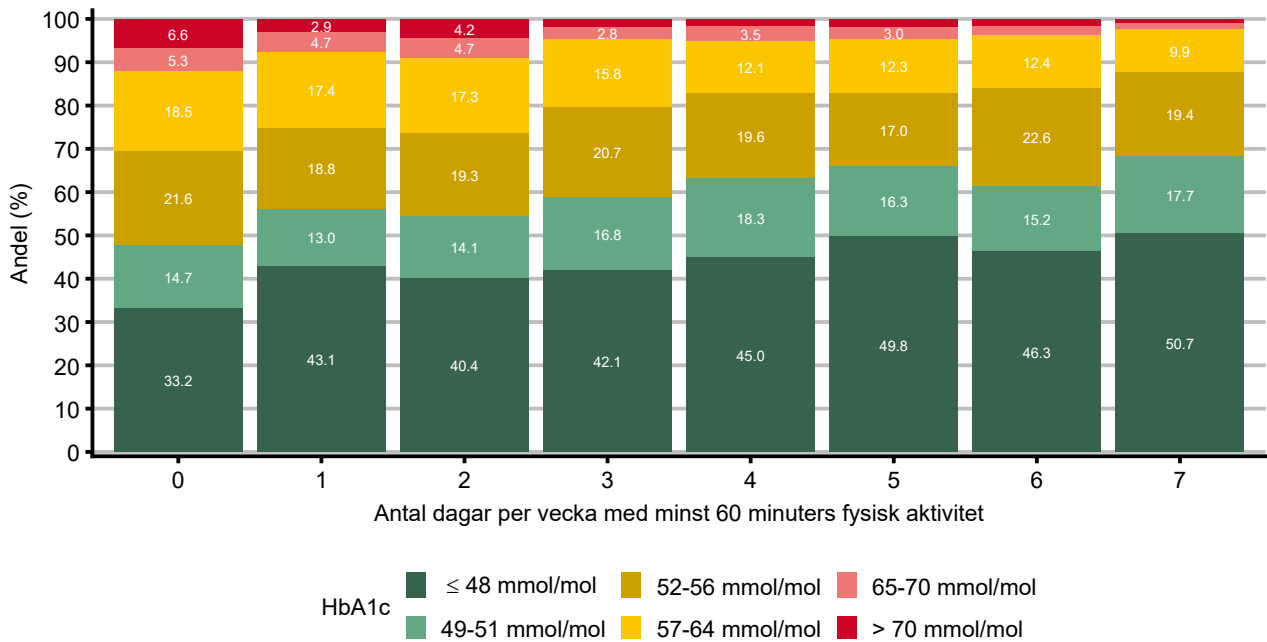
Tabell 5: Rökning och medel-HbA1c (mmol/mol) i åldersgruppen 13-17 år. Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.

Rökvanor	Antal	Medel-HbA1c (KI)
Röker ej	3030	51.2 (50.8 - 51.5)
Röker	49	56.2 (52.1 - 60.4)
Bortfall	1390	51.8 (51.2 - 52.4)

Figur 33. Andel barn med minst 60 minuters fysisk aktivitet per dag 7 dagar i veckan. Uppdelat på ålder och kön. Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.

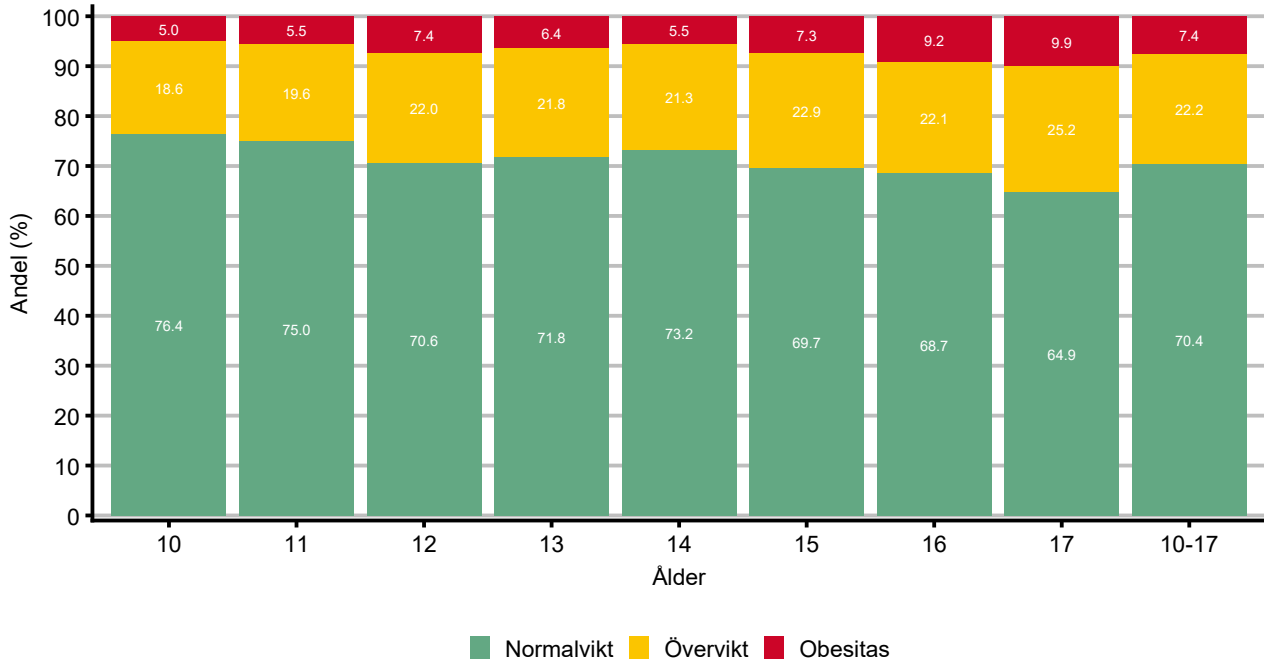


Figur 34. Fördelning av HbA1c uppdelat på grad av fysisk aktivitet. Ålder 5-17 år. Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.

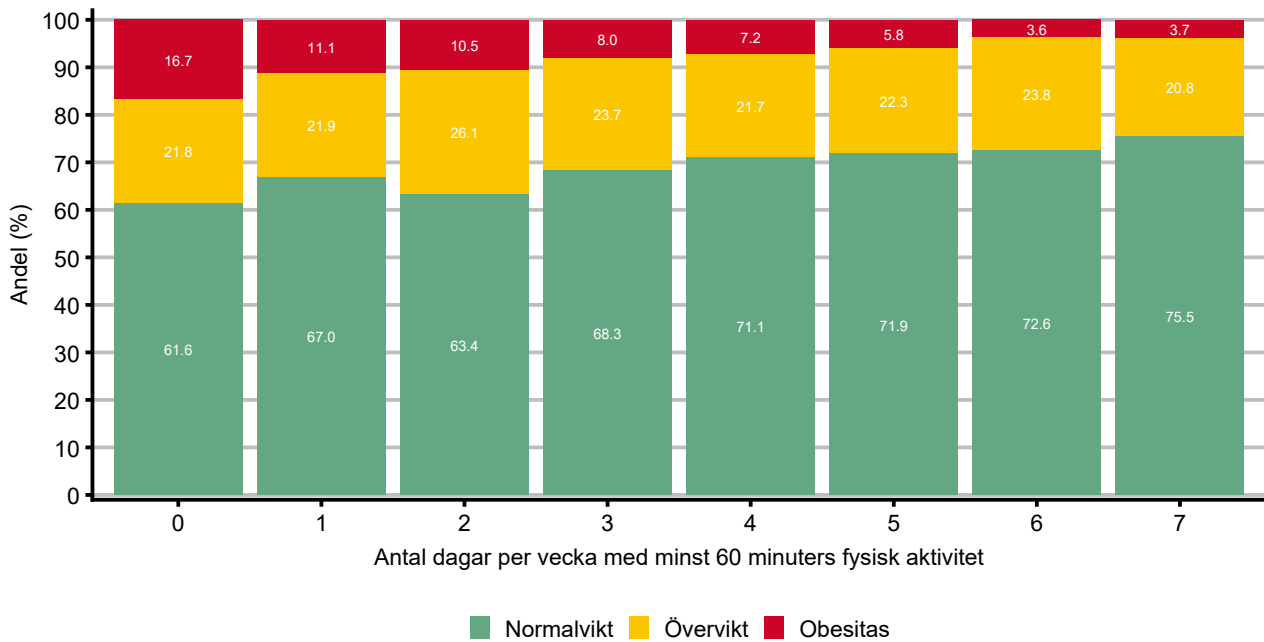


HbA1c
 ≤ 48 mmol/mol 49-51 mmol/mol 52-56 mmol/mol 57-64 mmol/mol 65-70 mmol/mol > 70 mmol/mol

Figur 35. Andel normalvikt, övervikt och obesitas uppdelat på ålder. Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



Figur 36. Andel med normalvikt, övervikt och fetma uppdelat på grad av fysisk aktivitet. Ålder 5-17 år. Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



3.5 Hypoglykemi och ketoacidosis

Andelen barn med hypoglykemier är lägre och andelen barn med ketoacidosis är oförändrad år 2025 jämfört med 2024.

Tabell 6: Antal och andel patienter som har haft svår hypoglykemi med medvetslöshet med eller utan kramp. Barnkliniker, diabetes typ 1.

År	Antal patienter	Antal patienter med hypoglykemi	Andel (%)	Totalt antal hypoglykemier
2024	8381	144	1,7	203
2025	8381	117	1,4	160

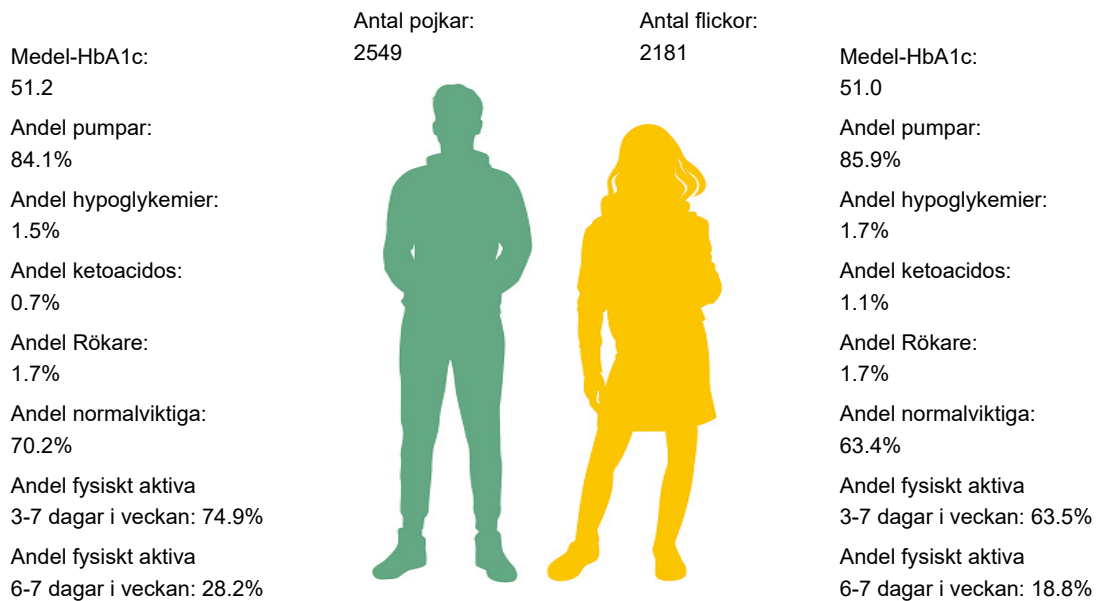
Tabell 7: Antal och andel patienter som har haft diabetesketoacidosis (DKA, pH <7.3). Barnkliniker, diabetes typ 1.

År	Antal patienter	Antal patienter med DKA	Andel (%)	Totalt antal tillfällen
2024	8381	66	0,8	89
2025	8381	65	0,8	87

3.6 Könsskillnader

I figur 37 kan man notera att HbA1c är väsentligen lika mellan flickor och pojkar i åldern 13-17 år. Däremot är flickor något mindre fysiskt aktiva medan andelen rökare är lika hos flickor och pojkar. Flickor är också i lägre utsträckning normalviktiga och har i något högre utsträckning insulinbehandling via pump. Även akuta komplikationer är enligt figur 37 något vanligare hos flickorna.

Figur 37. Pojkar och flickor 13-17 år. Kliniska karaktäristika. Barnkliniker, diabetes typ 1, år 2025.

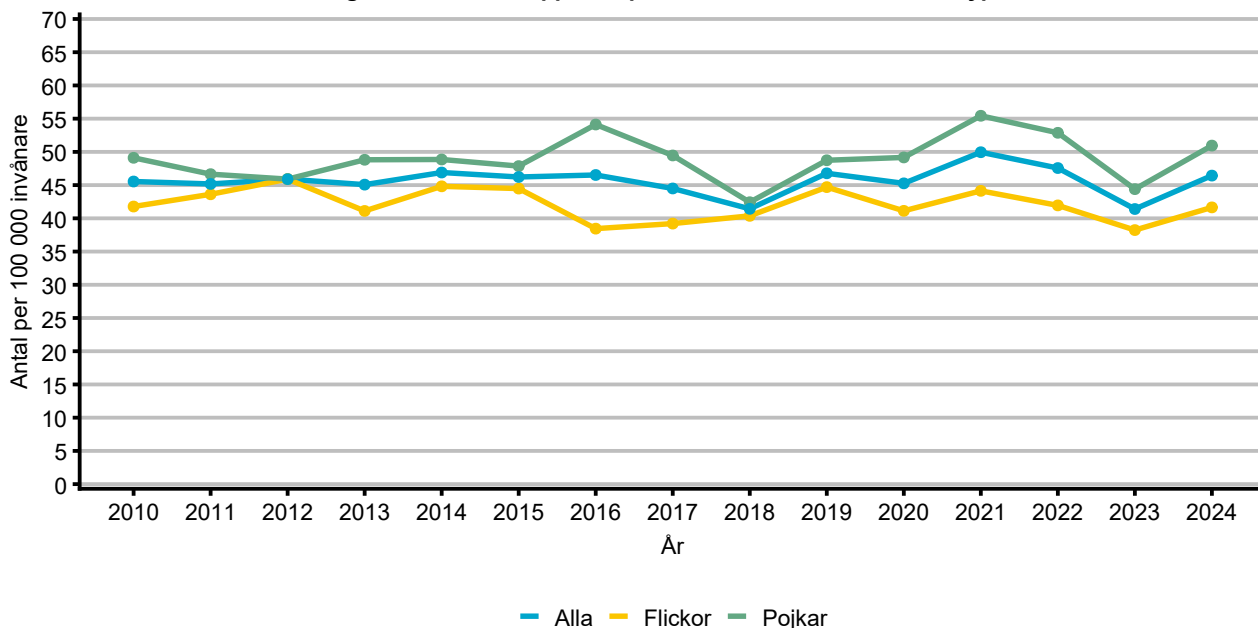


HbA1c-värden vid diabetesduration < 3 månader har exkluderats.

3.7 Nyinsjuknade

Det är ofta en eftersläpning i registreringen av nyinsjuknade och därför redovisas inte år 2025 i figur 38. Uppgift om antal nyinsjuknade per år finns i tabell 8, men det är möjligt att rapporteringen till NDR för 2025 inte är fullständig ännu.

Figur 38. Incidens uppdelat på kön. Barnkliniker, diabetes typ 1.



Uppgift om Sveriges befolkning i åldrarna 0-17 år är hämtade från SCB.

Tabell 8: Insjuknade i diabetes. Barnkliniker, diabetes typ 1.

Diagnosår	Kön	0-4 år		5-9 år		10-17 år		0-17 år	
		Antal	Incidens*	Antal	Incidens*	Antal	Incidens*	Antal	Incidens*
2021	Alla	229	38,9	539	54,7	330	52,9	1098	49,9
	Pojkar	136	45,0	317	62,4	174	54,2	627	55,4
	Flickor	93	32,5	222	46,4	156	51,5	471	44,1
2022	Alla	233	40,4	498	49,9	313	50,4	1044	47,6
	Pojkar	134	45,2	304	59,2	159	49,7	597	52,9
	Flickor	99	35,3	194	40,1	154	51,1	447	41,9
2023	Alla	165	29,6	451	45,0	285	46,3	901	41,4
	Pojkar	98	34,2	261	50,5	138	43,6	497	44,4
	Flickor	67	24,7	190	39,0	147	49,2	404	38,2
2024	Alla	212	39,3	498	49,4	291	47,9	1001	46,4
	Pojkar	127	45,8	284	54,7	154	49,3	565	50,9
	Flickor	85	32,4	214	43,7	137	46,4	436	41,6
2025	Alla	174		466		293		933	
	Pojkar	90		278		139		507	
	Flickor	84		188		154		426	

*Antal insjuknade per 100 000 inv. Uppgift om Sveriges befolkning är hämtade från SCB.

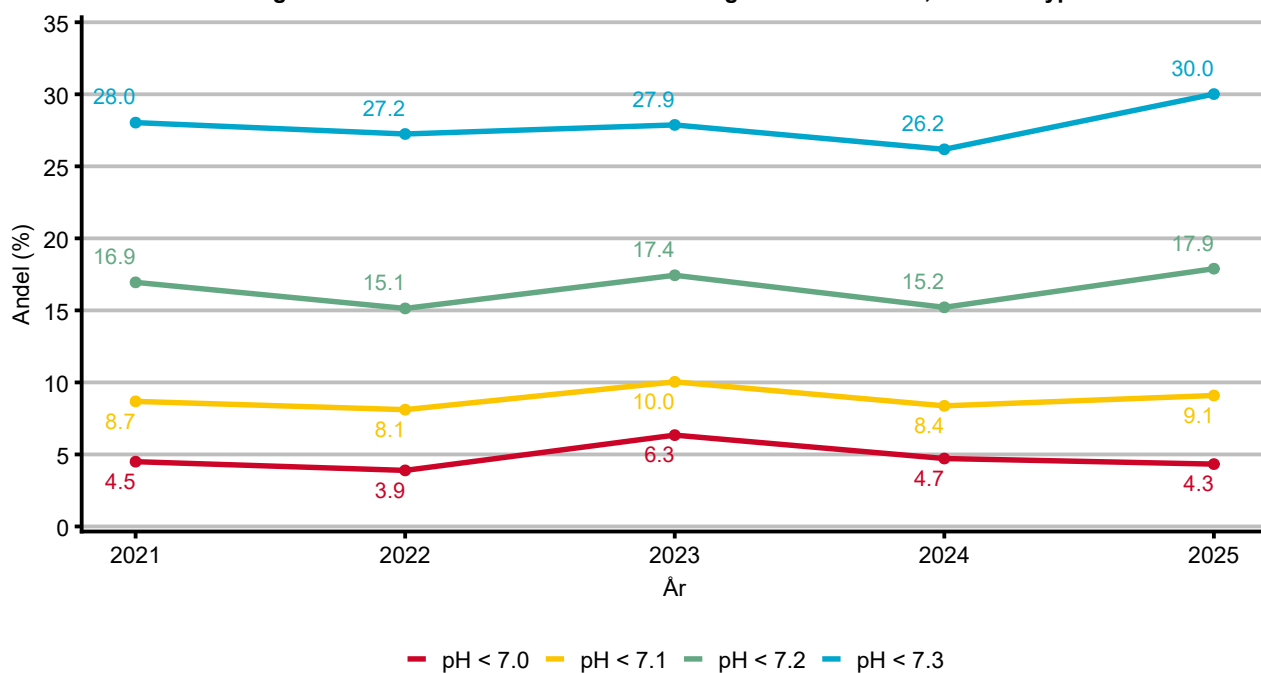
Tabell 9: Medel-HbA1c (mmol/mol) vid diagnos. Barnkliniker, diabetes typ 1.

Diagnosår	Kön	0-4 år	5-9 år	10-17 år	0-17 år
2021	Antal	211	304	489	1004
	Medelvärde (KI)	83.8 (81.0 - 86.6)	96.6 (93.9 - 99.3)	102.7 (100.0 - 105.4)	96.9 (95.2 - 98.6)
2022	Antal	216	286	457	959
	Medelvärde (KI)	83.1 (80.6 - 85.5)	95.6 (92.5 - 98.6)	105.1 (102.5 - 107.6)	97.3 (95.6 - 99.0)
2023	Antal	145	261	401	807
	Medelvärde (KI)	82.2 (79.2 - 85.3)	98.1 (95.2 - 101.1)	102.4 (99.6 - 105.3)	97.4 (95.6 - 99.3)
2024	Antal	204	266	469	939
	Medelvärde (KI)	82.2 (79.5 - 84.8)	94.5 (91.6 - 97.5)	101.0 (98.4 - 103.6)	95.1 (93.4 - 96.8)
2025	Antal	161	278	425	864
	Medelvärde (KI)	84.2 (81.4 - 87.1)	95.0 (92.3 - 97.8)	104.2 (101.6 - 106.9)	97.5 (95.8 - 99.3)

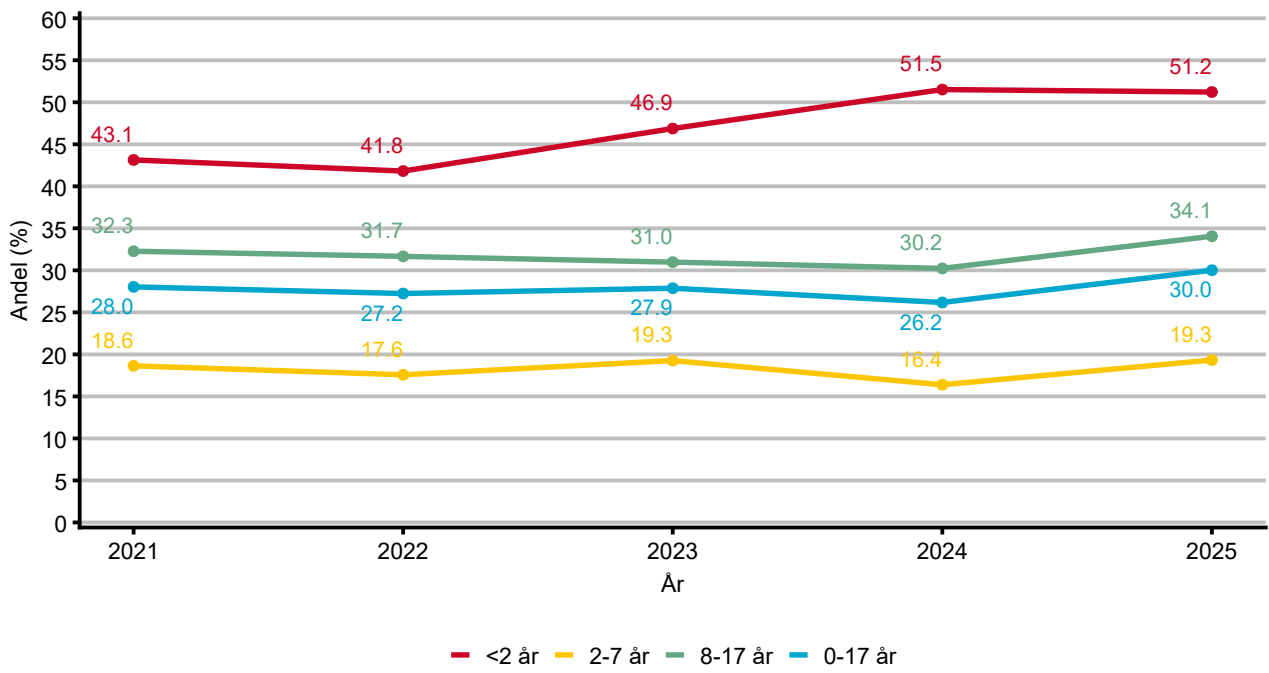
3.8 Metabol acidosis

Metabol acidosis (diabetesketoacidosis, DKA) definieras som $\text{pH} < 7.30$. År 2025 hade 30,0% av barn och ungdomar metabol acidosis vid diagnos. Det är en ökad andel som har metabol acidosis vid diagnos och är högre än alla tidigare år. Orsaker till ökningen behöver analyseras vidare.

Figur 39. Andel med metabol acidosis vid diagnos. Barnkliniker, diabetes typ 1.



Figur 40. Andel med DKA (pH<7,30) vid diagnos i olika åldersgrupper. Barnkliniker, diabetes typ 1.



Tabell 10: Antal patienter med DKA (pH < 7.3) vid diagnos. Barnkliniker, diabetes typ 1.

Diagnosår	Ålder	Antal patienter	Antal pH	Antal pH < 7.3	Andel (%) pH < 7.3
2021	0-1 år	51	51	22	43.1
	2-4 år	161	161	30	18.6
	5-9 år	308	308	71	23.1
	10-14 år	320	320	108	33.8
	15-17 år	116	116	37	31.9
	0-17 år	956	956	268	28.0
2022	0-1 år	55	55	23	41.8
	2-4 år	159	159	35	22.0
	5-9 år	288	288	54	18.8
	10-14 år	322	322	116	36.0
	15-17 år	101	101	24	23.8
	0-17 år	925	925	252	27.2
2023	0-1 år	32	32	15	46.9
	2-4 år	112	112	18	16.1
	5-9 år	259	259	65	25.1
	10-14 år	261	261	78	29.9
	15-17 år	93	93	35	37.6
	0-17 år	757	757	211	27.9
2024	0-1 år	33	33	17	51.5
	2-4 år	159	159	29	18.2
	5-9 år	259	259	51	19.7
	10-14 år	300	300	94	31.3
	15-17 år	97	97	31	32.0
	0-17 år	848	848	222	26.2
2025	0-1 år	41	41	21	51.2
	2-4 år	93	93	19	20.4
	5-9 år	234	234	53	22.6
	10-14 år	241	241	88	36.5
	15-17 år	84	84	27	32.1
	0-17 år	693	693	208	30.0



4. Unga med diabetes, 15-30 år

NDR vill med detta kapitel sätta fokus på unga personer med typ 1-diabetes och typ 2-diabetes. Dessa unga är extra utsatta då de hamnar i en skarv mellan barn- och vuxendiabetesvården, vilket kan medföra omständigheter som gör att diabetesvården påverkas. Unga med typ 1-diabetes följs inom specialistvården men för unga med typ 2-diabetes är det också en fråga om de ska ha sina diabeteskontroller i primärvården eller på medicinmottagningarna. Nationella arbetsgruppen (NAG) för diabetes har tagit fram ett nationellt kliniskt kunskapsstöd som omfattar insatser inom specialiserad vård med fokus på transition från ung person till vuxen med typ 1-diabetes. Kunskapsstödet finns att hitta på 1177 för vårdpersonal. NAG diabetes kommer framöver också sätta fokus på unga personer med typ 2-diabetes. I dag finns det både lokala och regionala skillnader i vården av unga med diabetes. Förhoppningen är att skillnaderna vi ser i regionerna kan inspirera till lokala och regionala förbättringsprojekt för unga personer med typ 1-diabetes och typ 2-diabetes.

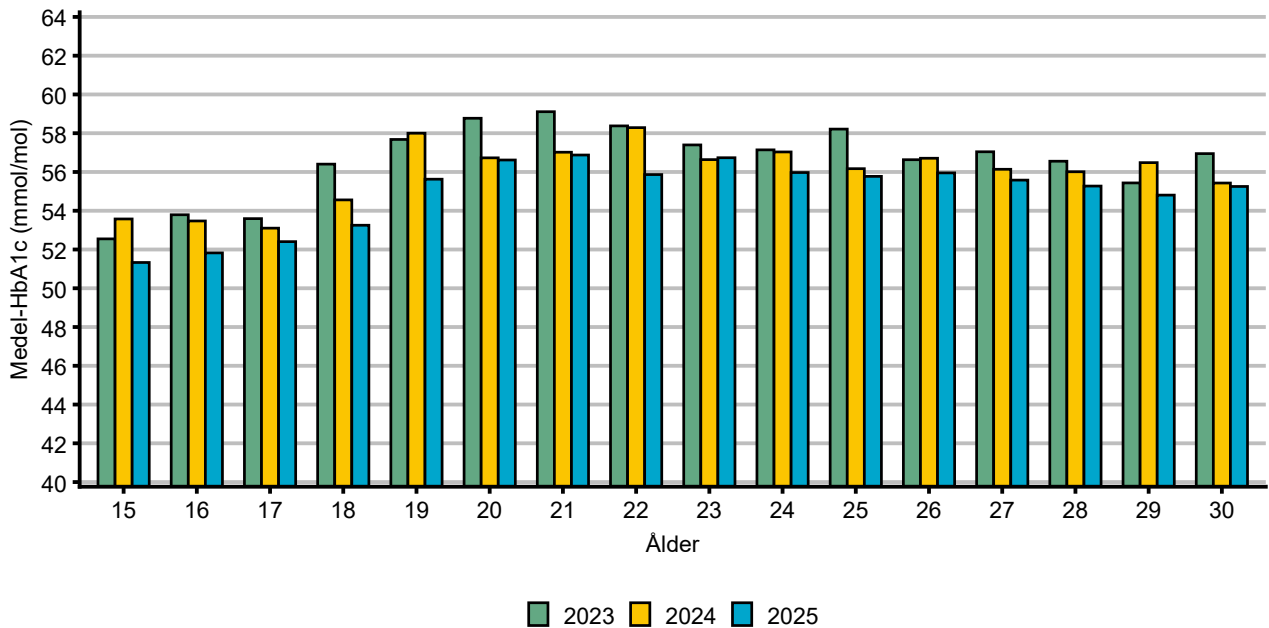
4.1 Blodsockerkontroll hos unga med typ 1-diabetes, 15-30 år

Att personer med diabetes ska få ha en så bra blodsockerkontroll som möjligt är en central målsättning för god diabetesvård. Det handlar om att må bra här och nu och att samtidigt minska risken för komplikationer på lång sikt. MedelHbA1c stiger fortfarande efter 18 års ålder, även om den tidigare puckeln i åldrarna 19-23 år inte längre är lika tydlig.

Det är intressant att se hur det ser ut i regionerna om man jämför medel-HbA1c för unga i åldrarna 15-17 år, 18-22 år och 23-30 år. Det finns många förklaringar till siffrorna, men det sätter fokus på en skarv där den unga personen går från barndiabetesmottagning till vuxendiabetesmottagning. Grupperna är i vissa fall små, vilket syns i de stora spridningsmåten i figurerna, men vår förhoppning är att det bidrar till att synliggöra denna patientgrupp i diabetesvården och kan inspirera till lokala och regionala förbättringsarbeten.

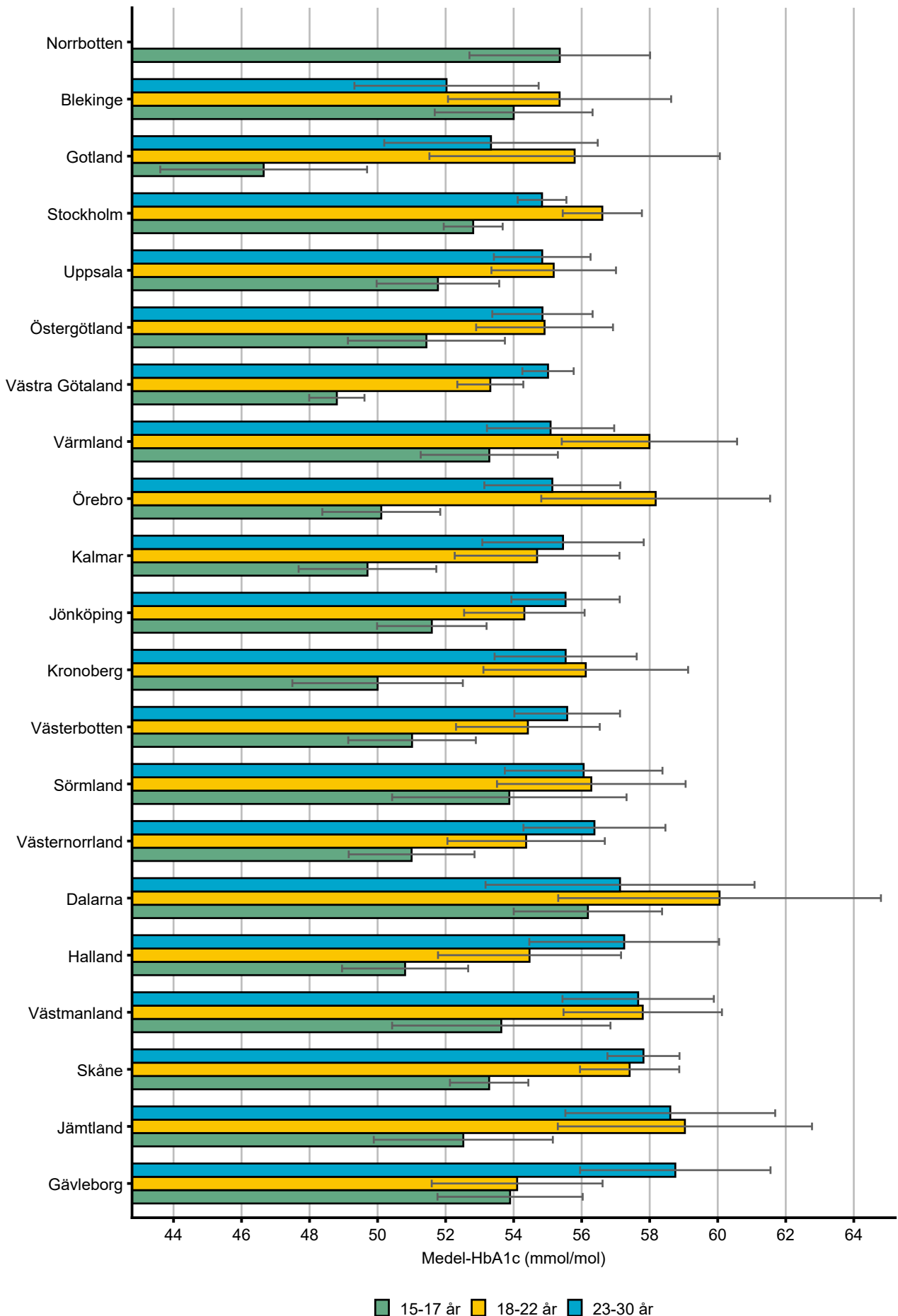
Fördelningen av HbA1c-nivåer per region på barnkliniker respektive vuxenkliniker visar också på skillnader med olika andel unga vuxna med HbA1c över 64 mmol/mol som är alldeles för högt och ett riskfyllt HbA1c i denna unga åldersgrupp.

Figur 41. Medel-HbA1c (mmol/mol) i olika åldrar. Diabetes typ 1.



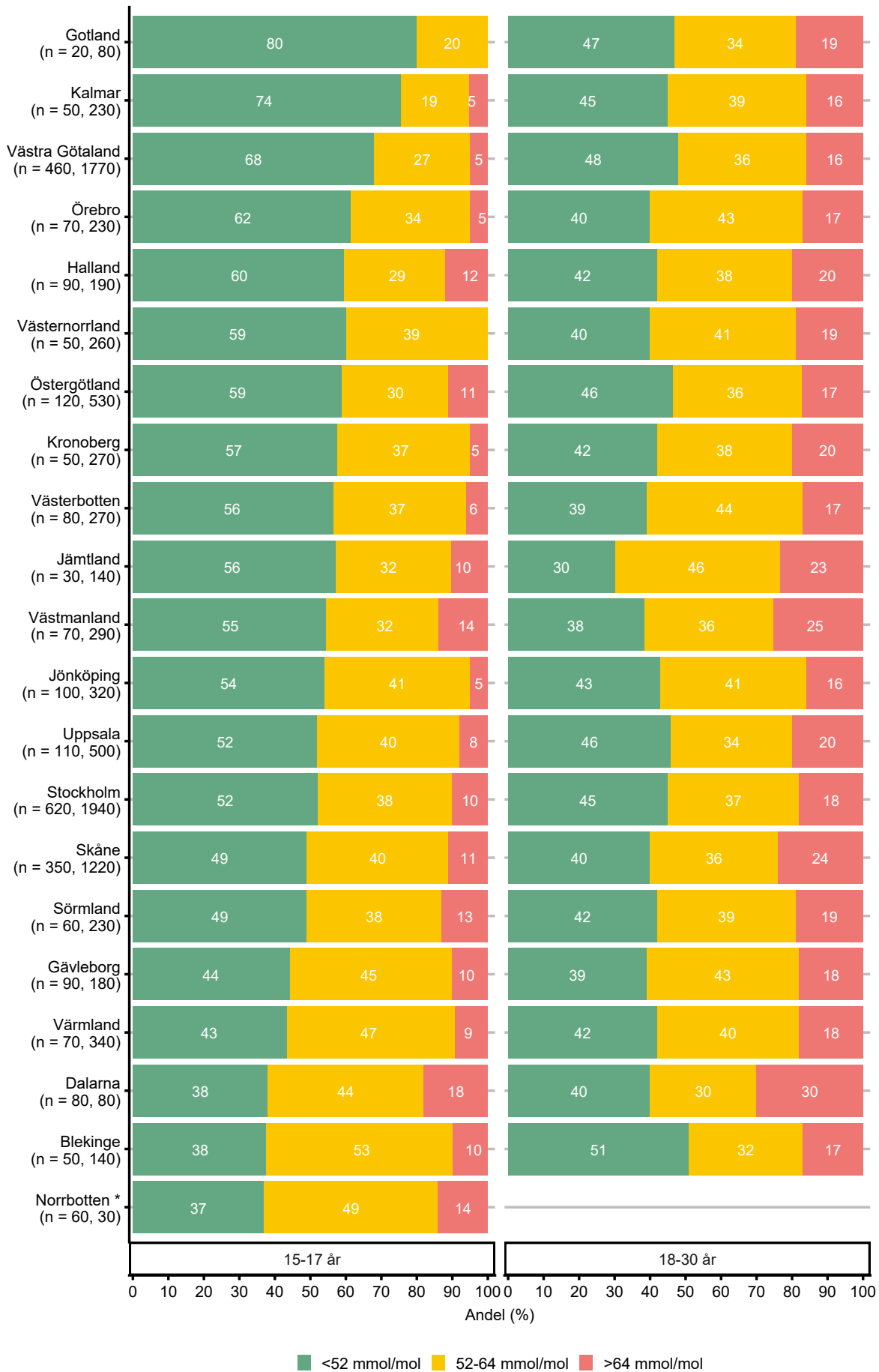
HbA1c-värden vid diabetesduration < 3 månader har exkluderats.

Figur 42. Medel-HbA1c per region i olika åldrar.
Barnkliniker och medicinkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



HbA1c-värden vid diabetesduration < 3 månader har exkluderats för 15-17 åringar.
Grupper med färre än 20 patienter har exkluderats.

Figur 43. Fördelning av HbA1c per region i olika åldrar.
Barnkliniker och medicinkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



■ <52 mmol/mol ■ 52-64 mmol/mol ■ >64 mmol/mol

HbA1c-värden vid diabetesduration < 3 månader har exkluderats för 15-17 åringar.

Siffrorna inom parentes anger totalantalet i respektive åldersgrupp. Grupper med för få patienter har exkluderats.

* Osäkra data

4.2 Unga med typ 2-diabetes, 15-30 år

Unga med typ 2-diabetes är en liten grupp men med hög metabol risk och här spelar behandling av blodsocker, blodtryck, blodfetter och obesitas stor roll. Tabellen visar att denna unga grupp finns på barnkliniker, medicinkliniker och i primärvården och hur det ser ut för gruppen på barnkliniker (15-17 år) och för grupperna på medicinkliniker respektive i primärvården (18-30 år) när det gäller riskfaktorer och behandling.

Siffrorna visar att denna grupp unga vuxna med typ 2-diabetes har sin diabetesvård i olika delar av diabetesvården vilket kan medföra risk att bollas mellan olika vårdgivare. Genom att synliggöra denna grupp av unga personer med hög risk för diabeteskomplikationer som tas omhand i olika delar av diabetesvården är vår förhoppning inspirera till lokala och regionala kartläggningar och förbättringsarbeten.

Tabell 11: Unga med diabetes typ 2 som behandlas vid barnkliniker, medicinkliniker och i primärvård, år 2025.

	Diabetes typ 2, barnklinik, ålder 15-17 år	Diabetes typ 2, medicinklinik, ålder 18-30 år	Diabetes typ 2, primärvård, ålder 18-30 år
Antal	102	164	1980
Medel-HbA1c (mmol/mol) (SD)	43.5 (13.4)	58.1 (20.4)	50.1 (17.9)
Medel-blodtryck systoliskt (mmHg) (SD)	118.4 (12.0)	120.4 (12.4)	122.8 (13.5)
Medel-BMI (SD)	32.9 (6.2)	31.6 (7.3)	35.2 (8.3)
Blodtryckssänkande läkemedel (andel %)		18.2	20.2
Lipidsänkande läkemedel (andel %)		21.1	27.9
Glukossänkande läkemedel (andel %)	88.2	93.8	87.6



5. Vuxna med diabetes

Vuxna med diabetes har sina regelbundna diabeteskontroller i primärvården eller på medicinkliniker med besök hos både diabetessjuksköterska och läkare. Alla som är med i årsrapporten har haft minst ett besök för sin diabetes under 2025. I årsrapporten bygger alla grafer och tabeller på data från år 2025 om inget annat anges.

För primärvården rapporteras samtliga patienter med diabetes. Bland dessa har 98% klassats kliniskt som typ 2-diabetes. Patienterna i primärvården betraktas därför i årsrapporten som motsvarande patienter med typ 2-diabetes. Resultaten för medicinklinikerna redovisas med uppdelning enligt klinisk klassificering i typ 1-diabetes (inklusive patienter med latent autoimmun diabetes hos vuxna, LADA) och typ 2-diabetes, tillsammans utgör dessa 97% av samtliga diabetespatienter på medicinklinikerna.

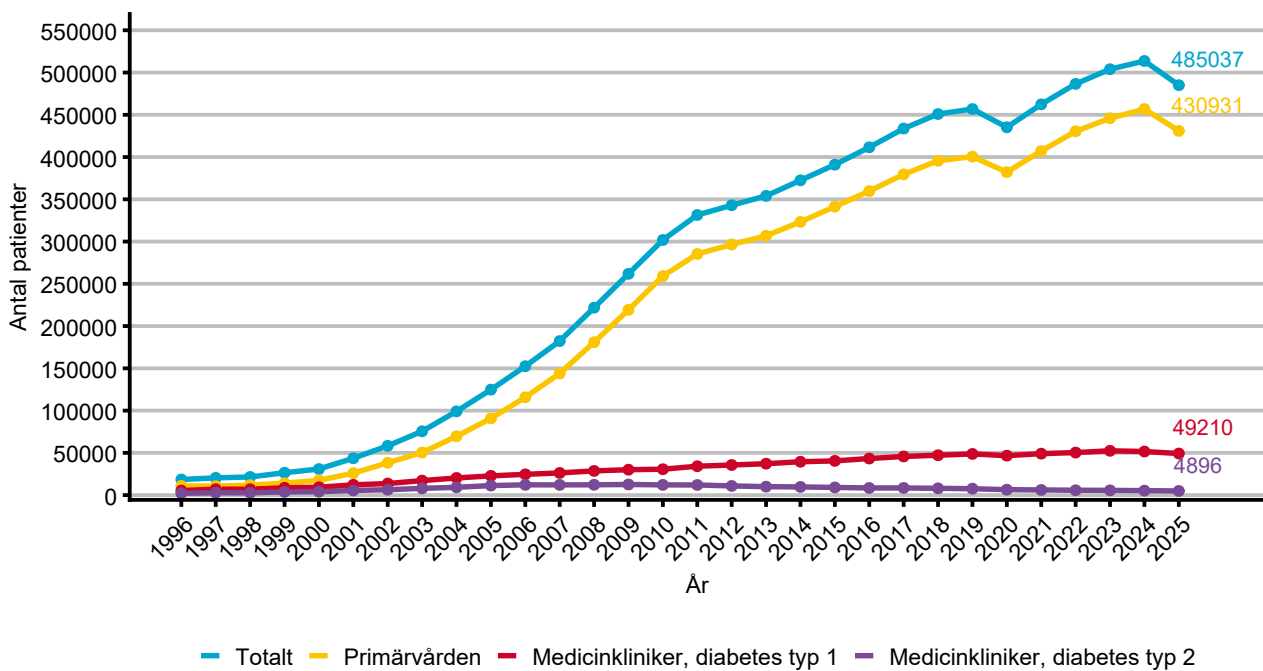
5.1 Antal registrerade patienter och åldersfördelning

I år, 2026 firar Nationella Diabetesregistret 30 år som nationellt kvalitetsregister. Från 1996 till 2025 har antal patienter med diabetes som är med i NDR över tid stadigt ökat även om vi för 2025 ser ett hack i kurvan med ett lägre antal patienter som är rapporterade 2025 jämfört med 2024. Vi såg ett hack i kurvan under covid-19 pandemin som diabetesvården hämtade upp efter pandemin och nu ser vi ett nytt hack. Detta hack har till viss del med NDRs plattformbyte att göra men framförallt med att många regioner under 2025 har bytt journalsystem och direktöverföringen av data från journal till NDR har inte kommit igång fullt ut under 2025. Viktigt att påpeka är dock att arbetet på vårdenheter tillsammans med regionerna för att få till automatisk överföring av data 2025 har varit intensivt. Under 2025 rapporterades totalt 485 000 vuxna med diabetes att jämföra med 504 000 år 2024.

Ökningen vi ser över tid från starten 1996 fram till ca 2018 avspeglar inte en ökning av förekomsten av diabetes i Sverige utan främst en ökad rapporteringsgrad till NDR. Ökningen i rapportering vi ser efter pandemin fram till år 2024 kan vara en ökad rapporteringsgrad till registret, men kan också till viss del stå för en ökad prevalens av diabetes i Sverige.

Några regioner har så låg rapporteringsgrad 2025 att de inte kan vara med i graferna som är uppdelade på regioner pga osäkra data. Detta gäller framför allt primärvården i Dalarna och medicinkliniker i Norrbotten.

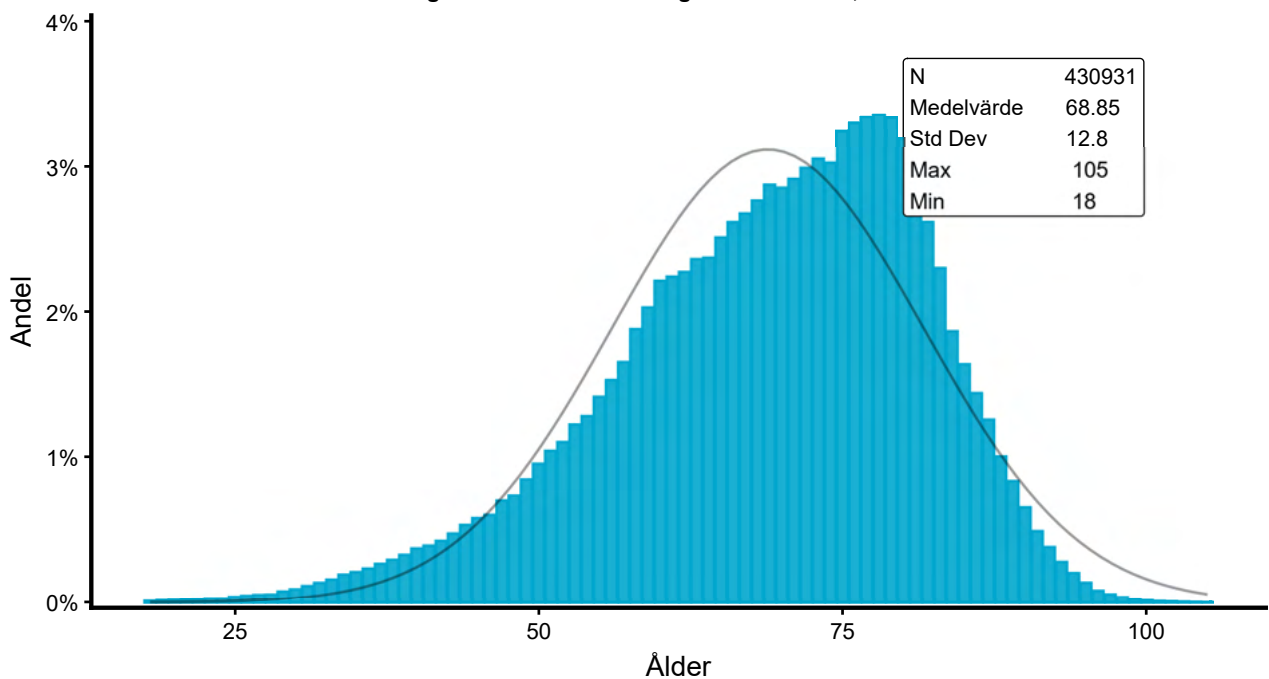
Figur 44. Antal deltagande patienter per år 1996 - 2025.



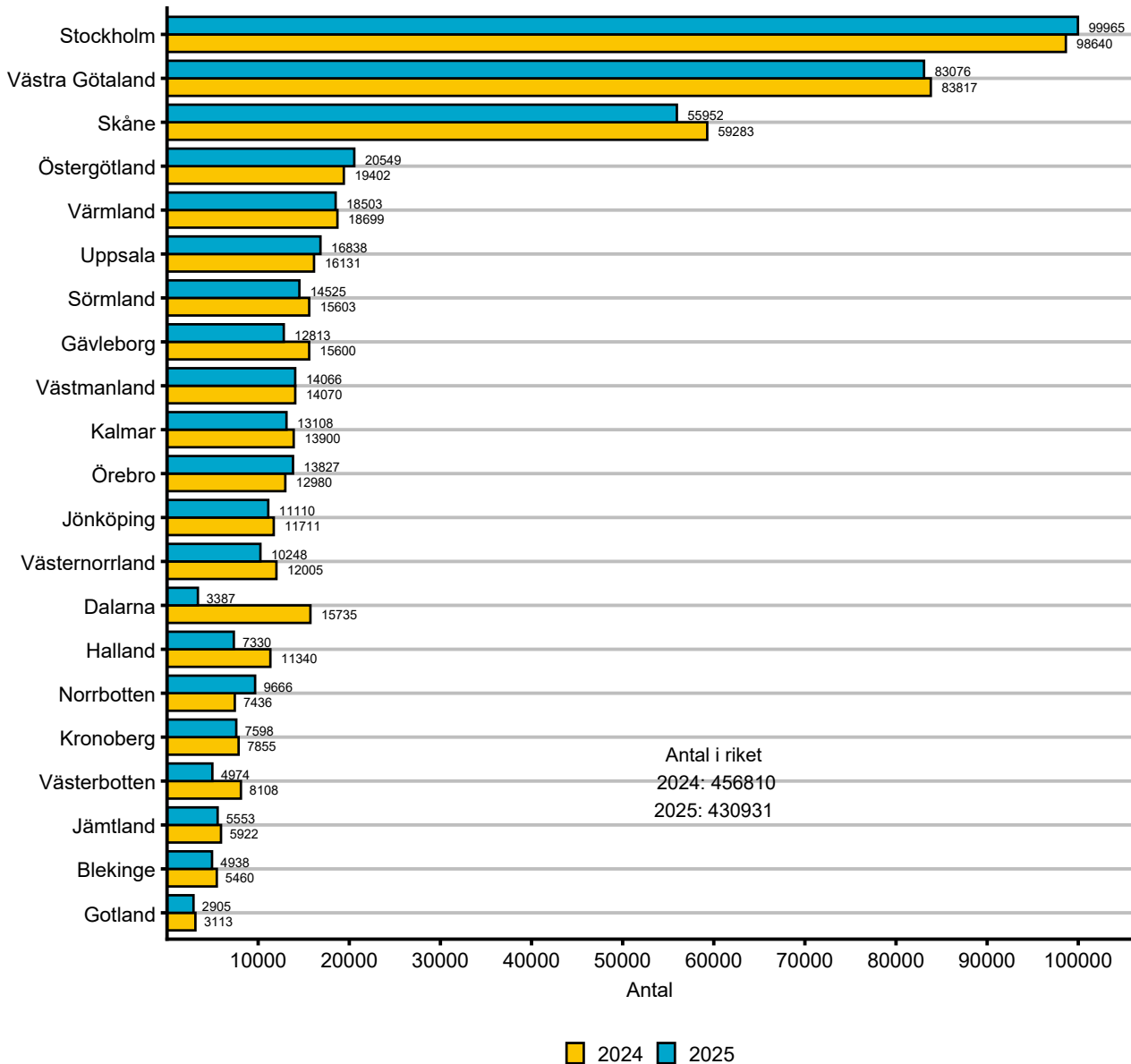
Tabell 12: Antal patienter, medelålder, diabetesduration och kön. Primärvård

År	Antal	Ålder (medel (SD))	Duration (medel (SD))	Kvinnor (Antal (%))
1996	10908	68.3 (12.1)	8.8 (8.5)	5252 (48.1)
1997	10615	67.3 (13.1)	9.4 (9.1)	5144 (48.5)
1998	11833	68.2 (12.2)	9.0 (8.5)	5741 (48.5)
1999	14081	68.5 (12.0)	8.8 (8.3)	6599 (46.9)
2000	17509	68.3 (12.3)	8.4 (8.9)	8408 (48.0)
2001	25925	67.9 (12.3)	8.2 (8.8)	12413 (47.9)
2002	38258	68.1 (12.1)	8.5 (8.9)	17895 (46.8)
2003	50349	67.6 (12.0)	8.2 (8.7)	23199 (46.1)
2004	69605	67.6 (11.8)	8.0 (8.3)	32068 (46.1)
2005	90746	67.5 (11.8)	8.1 (8.3)	41690 (45.9)
2006	115760	67.6 (11.7)	8.2 (8.3)	52519 (45.4)
2007	143970	67.4 (11.8)	8.2 (8.3)	64823 (45.0)
2008	180912	67.4 (11.8)	8.2 (8.3)	81121 (44.8)
2009	219184	67.4 (11.9)	8.2 (8.4)	97767 (44.6)
2010	259144	67.5 (12.1)	8.3 (8.5)	115419 (44.5)
2011	285295	67.7 (12.1)	8.5 (8.5)	126104 (44.2)
2012	296485	67.8 (12.0)	8.8 (8.5)	129825 (43.8)
2013	306861	67.9 (12.0)	9.1 (8.5)	132879 (43.3)
2014	323279	68.1 (11.9)	9.3 (8.4)	139037 (43.0)
2015	341390	68.2 (11.9)	9.4 (8.4)	145724 (42.7)
2016	359752	68.3 (12.0)	9.5 (8.4)	152708 (42.4)
2017	379502	68.4 (12.0)	9.6 (8.4)	160598 (42.3)
2018	395662	68.5 (12.1)	9.8 (8.4)	166746 (42.1)
2019	400492	68.5 (12.1)	9.9 (8.4)	168049 (42.0)
2020	382138	68.3 (12.3)	10.0 (8.5)	158913 (41.6)
2021	407168	68.5 (12.4)	10.1 (8.6)	170555 (41.9)
2022	430433	68.6 (12.5)	10.2 (8.6)	180246 (41.9)
2023	445889	68.7 (12.6)	10.4 (8.6)	186553 (41.8)
2024	456810	68.8 (12.7)	10.6 (8.7)	191222 (41.9)
2025	430931	68.8 (12.8)	10.7 (8.7)	180989 (42.0)

Figur 45. Åldersfördelning. Primärvården, år 2025.



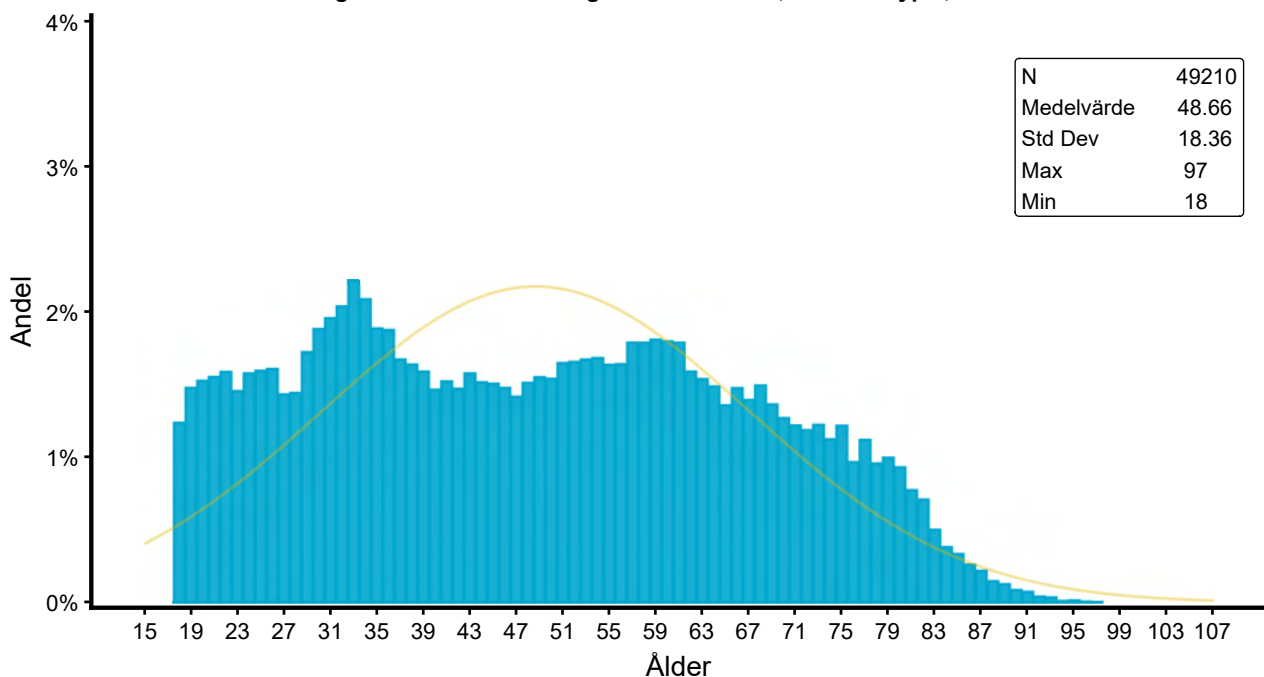
Figur 46. Antal registrerade patienter per region år 2025 jämfört med 2024. Primärvården.



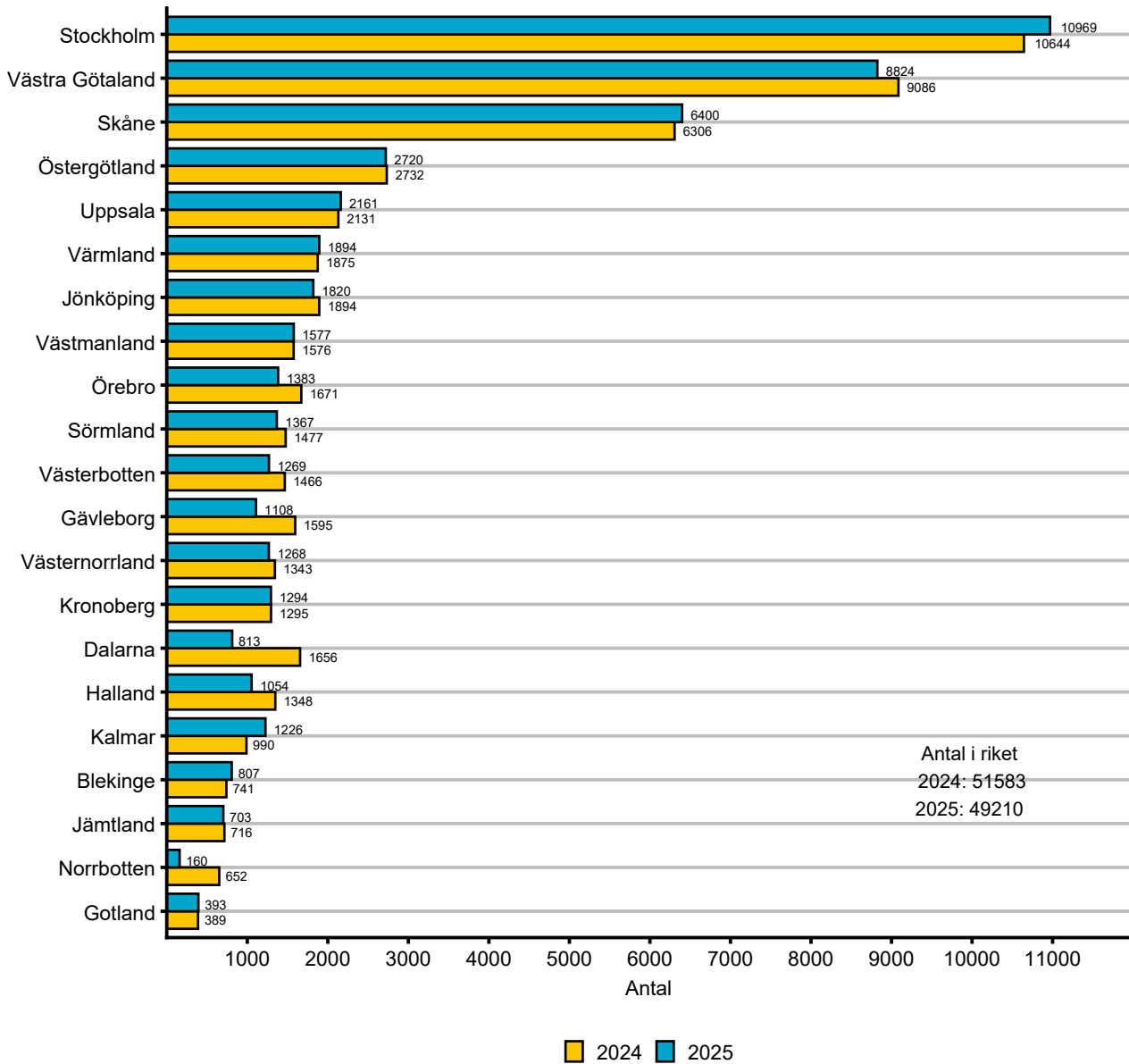
Tabell 13: Antal patienter, medelålder, diabetesduration och kön. Medicinkliniker, diabetes typ 1

År	Antal	Ålder (medel (SD))	Duration (medel (SD))	Kvinnor (Antal (%))
1996	5398	41.7 (13.2)	19.9 (12.5)	2424 (44.9)
1997	7023	41.2 (13.2)	19.8 (12.6)	3192 (45.5)
1998	6973	41.6 (13.2)	20.0 (12.7)	3172 (45.5)
1999	8642	42.4 (13.4)	20.9 (12.9)	3913 (45.3)
2000	9300	43.0 (13.5)	21.0 (13.0)	4115 (44.2)
2001	12179	43.4 (13.8)	21.3 (13.3)	5410 (44.4)
2002	13663	44.1 (14.1)	21.6 (13.5)	6027 (44.1)
2003	17184	44.4 (14.4)	21.9 (13.8)	7684 (44.7)
2004	20289	44.8 (14.6)	22.0 (14.0)	8974 (44.2)
2005	22778	45.3 (14.8)	22.6 (14.2)	10180 (44.7)
2006	24563	45.6 (15.0)	22.7 (14.4)	11003 (44.8)
2007	26241	45.6 (15.3)	22.9 (14.5)	11687 (44.5)
2008	28631	45.6 (15.4)	22.9 (14.6)	12753 (44.5)
2009	30060	45.7 (15.7)	22.9 (14.7)	13367 (44.5)
2010	30642	45.7 (16.0)	23.0 (14.8)	13591 (44.4)
2011	34165	45.5 (16.3)	23.0 (14.9)	14939 (43.7)
2012	35627	45.5 (16.5)	23.1 (15.0)	15638 (43.9)
2013	37174	45.7 (16.7)	23.3 (15.2)	16369 (44.0)
2014	39493	46.0 (16.8)	23.5 (15.2)	17431 (44.1)
2015	40512	46.4 (17.0)	23.7 (15.4)	17945 (44.3)
2016	43306	46.5 (17.1)	23.9 (15.4)	19336 (44.6)
2017	45724	46.9 (17.3)	24.0 (15.5)	20284 (44.4)
2018	47197	47.1 (17.4)	24.1 (15.6)	20901 (44.3)
2019	48720	47.5 (17.6)	24.3 (15.7)	21529 (44.2)
2020	46675	47.6 (17.7)	24.4 (15.8)	20548 (44.0)
2021	49053	48.0 (17.9)	24.6 (15.9)	21743 (44.3)
2022	50352	48.2 (18.0)	24.9 (15.9)	22253 (44.2)
2023	52429	48.4 (18.1)	25.1 (16.0)	23156 (44.2)
2024	51583	48.5 (18.3)	25.3 (16.1)	22860 (44.3)
2025	49210	48.7 (18.4)	25.4 (16.1)	21914 (44.5)

Figur 47. Åldersfördelning. Medicinkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



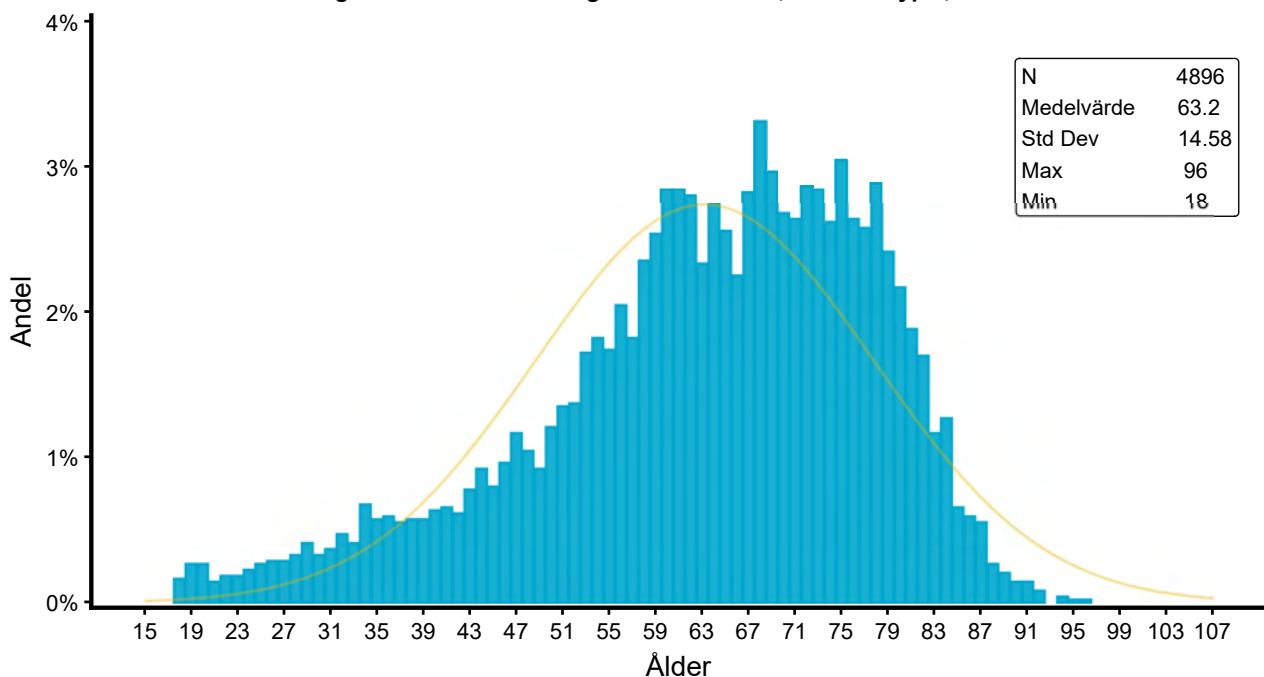
Figur 48. Antal registrerade patienter per region år 2025 jämfört med 2024. Medicinkliniker, diabetes typ 1.



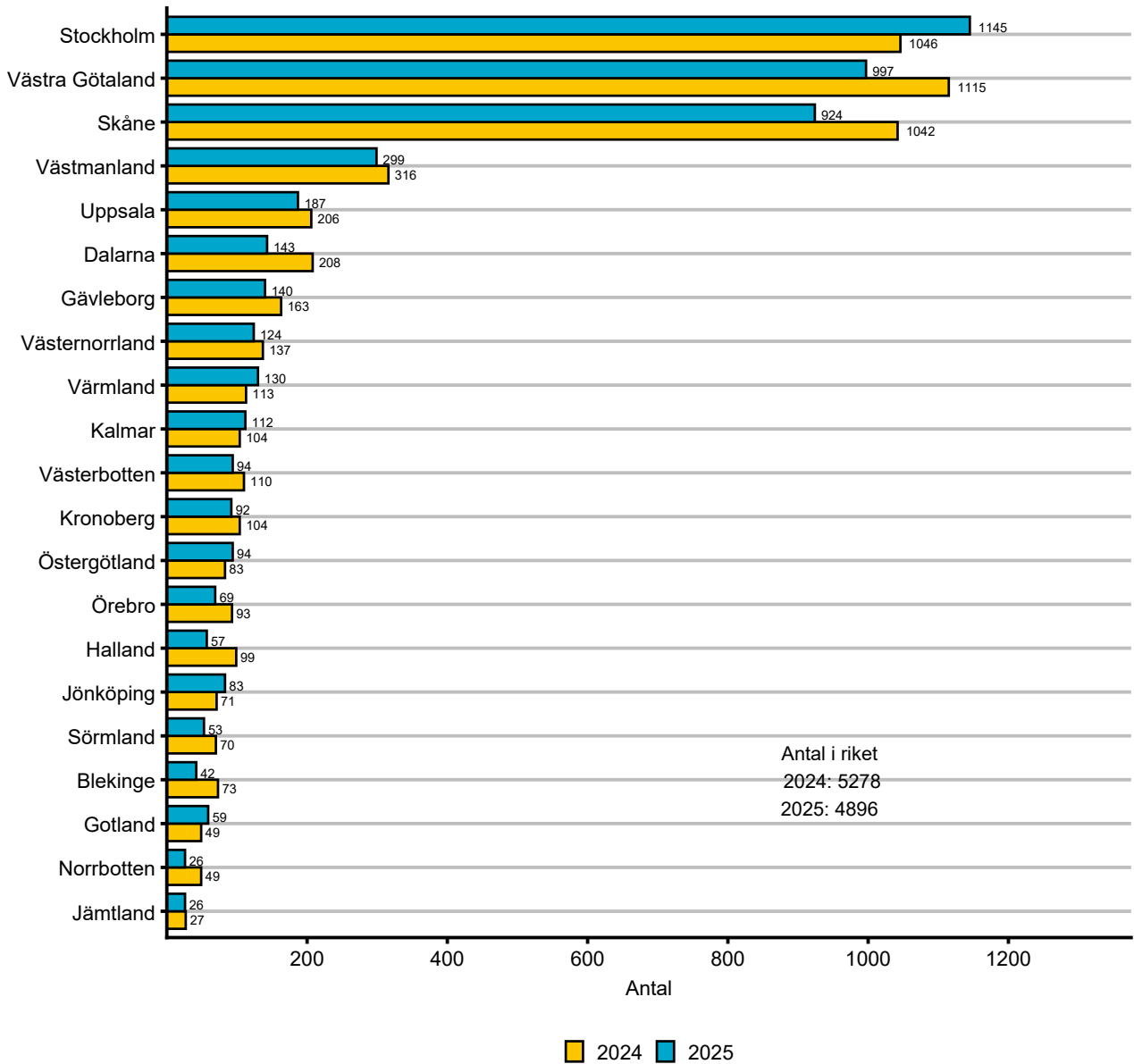
Tabell 14: Antal patienter, medelålder, diabetesduration och kön. Medicinkliniker, diabetes typ 2

År	Antal	Ålder (medel (SD))	Duration (medel (SD))	Kvinnor (Antal (%))
1996	2172	57.3 (11.0)	9.9 (9.3)	855 (39.4)
1997	2774	57.7 (10.9)	10.2 (9.0)	1059 (38.2)
1998	2664	57.5 (10.9)	10.5 (9.3)	1070 (40.2)
1999	3756	58.0 (11.3)	10.5 (9.7)	1425 (37.9)
2000	4069	58.5 (11.3)	11.0 (9.5)	1532 (37.7)
2001	5494	59.0 (11.6)	11.0 (9.6)	2013 (36.6)
2002	6393	59.6 (11.7)	11.3 (9.7)	2327 (36.4)
2003	7985	60.2 (11.9)	11.7 (9.7)	2853 (35.7)
2004	9225	60.7 (11.9)	12.0 (9.7)	3250 (35.2)
2005	11270	61.5 (12.2)	12.4 (9.8)	4026 (35.7)
2006	12169	62.0 (12.1)	12.6 (9.8)	4269 (35.1)
2007	12089	62.3 (12.2)	13.0 (9.9)	4290 (35.5)
2008	12217	62.2 (12.4)	13.2 (10.0)	4338 (35.5)
2009	12576	62.5 (12.4)	13.2 (10.0)	4435 (35.3)
2010	12099	62.7 (12.3)	13.4 (10.0)	4191 (34.6)
2011	11997	62.6 (12.5)	13.8 (10.1)	4223 (35.2)
2012	10841	62.7 (12.6)	14.5 (10.2)	3750 (34.6)
2013	10004	62.6 (12.8)	14.6 (10.2)	3513 (35.1)
2014	9695	63.0 (12.8)	15.0 (10.2)	3422 (35.3)
2015	9087	63.3 (13.0)	15.5 (10.2)	3153 (34.7)
2016	8463	62.9 (13.3)	15.9 (10.4)	2921 (34.5)
2017	8473	63.1 (13.4)	16.1 (10.3)	2976 (35.1)
2018	8034	63.0 (13.7)	16.4 (10.4)	2808 (35.0)
2019	7585	63.0 (13.8)	16.8 (10.4)	2674 (35.3)
2020	6440	62.5 (14.2)	17.4 (10.5)	2297 (35.7)
2021	6133	62.9 (14.1)	17.8 (10.5)	2193 (35.8)
2022	5756	63.1 (14.3)	18.2 (10.6)	2073 (36.0)
2023	5646	62.9 (14.4)	18.2 (10.6)	2020 (35.8)
2024	5278	62.6 (14.7)	18.2 (11.1)	1905 (36.1)
2025	4896	63.2 (14.6)	18.3 (10.9)	1750 (35.7)

Figur 49. Åldersfördelning. Medicinkliniker, diabetes typ 2, år 2025.



Figur 50. Antal registrerade patienter per region år 2025 jämfört med 2024. Medicinkliniker, diabetes typ 2.

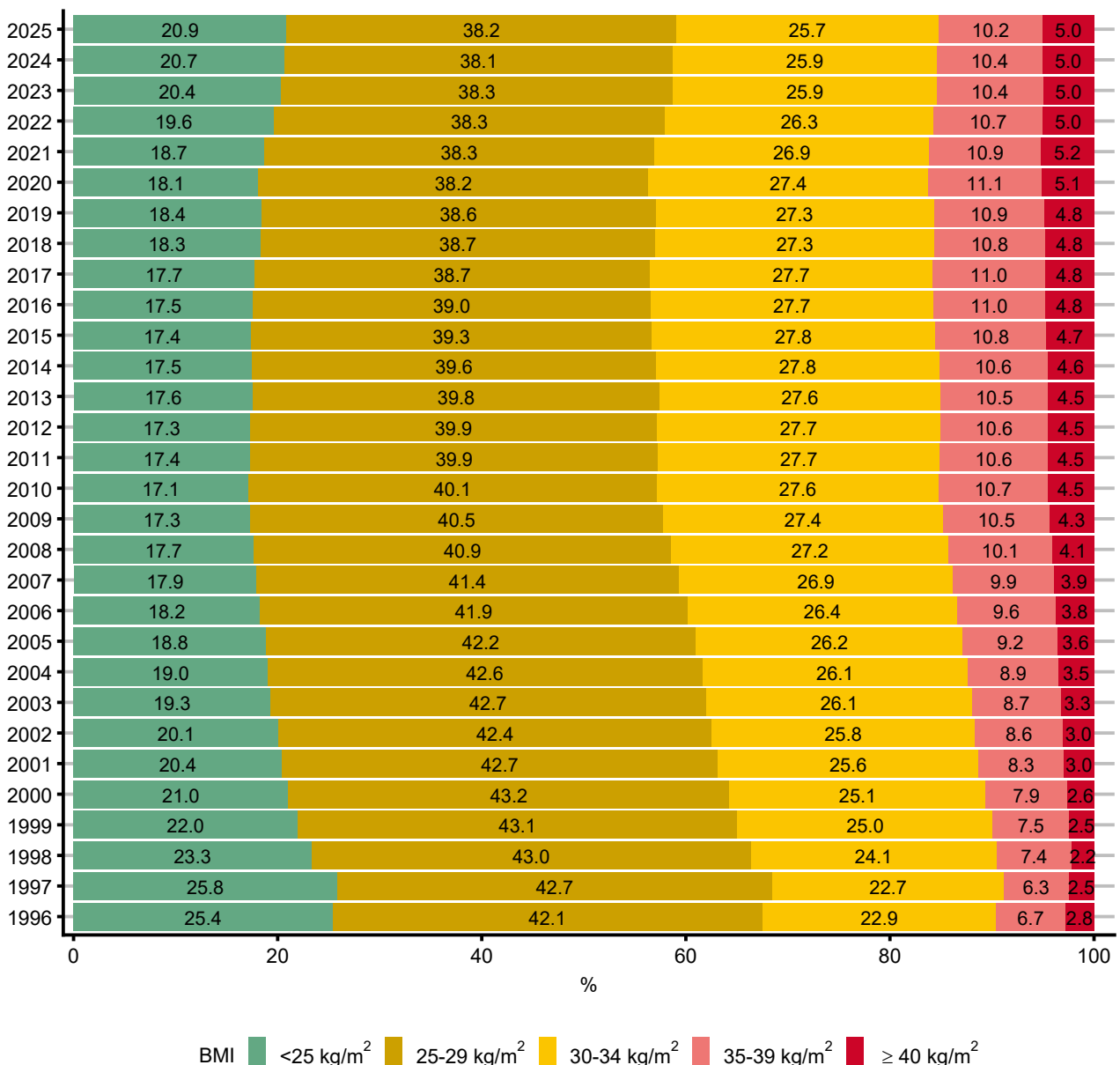


5.2 Levnadsvanor

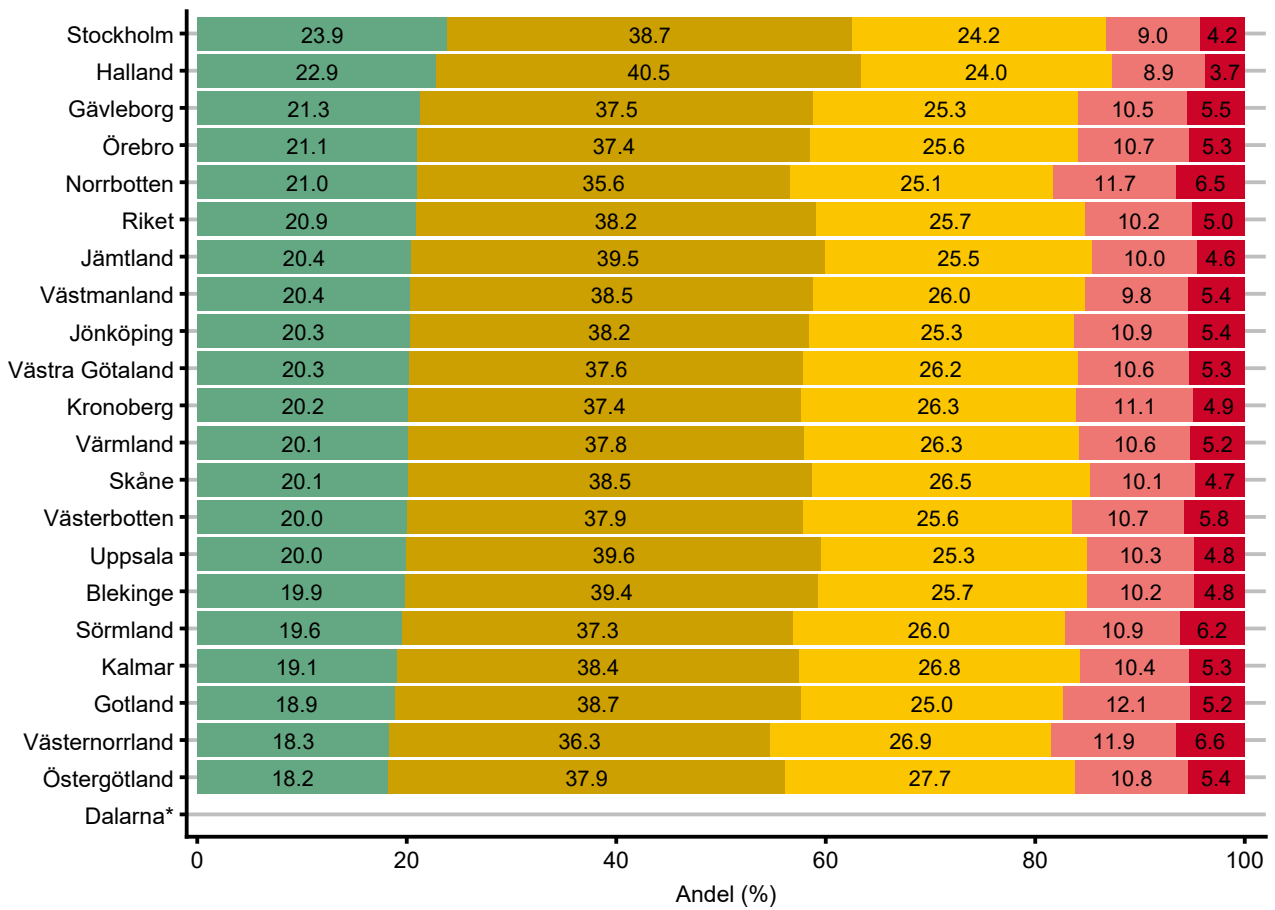
Hälsosamma levnadsvanor främjar en god hälsa och är grunden i en framgångsrik diabetes-behandling både vid typ 1- och typ 2-diabetes. För vuxna med diabetes finns ett antal variabler i NDR, som direkt eller indirekt avspeglar levnadsvanor; BMI, rökvanor, snusvanor och fysisk aktivitet (vardagsmotion och fysisk träning). Dessa är i linje med de indikatorer som Socialstyrelsen har tagit fram i sina Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Snusvanor har vi inte tidigare visat i årsrapporten och är inte med i år heller. Förhoppningen är att rapporteringsgraden för snusvanor ska öka med nya journalmallar och fungerande direktöverföring.

År 2025 har variabeln fysisk aktivitet förändras i linje med nationella rekommendationer och omfattar nu både fysisk träning och vardagsmotion, rapporterat som antal minuter per vecka i olika intervall. Detta är också i linje med sökord i nya journalmallar. I årets rapport visar vi en kombination av den gamla variabeln och de nya variabelerna uppdelat på regionerna. Här har vi beräknat antalet minuter vardagsmotion och fysisk träning (tiden för fysisk träning räknas dubbelt).

Figur 51. Fördelning av BMI över tid. Primärvård.



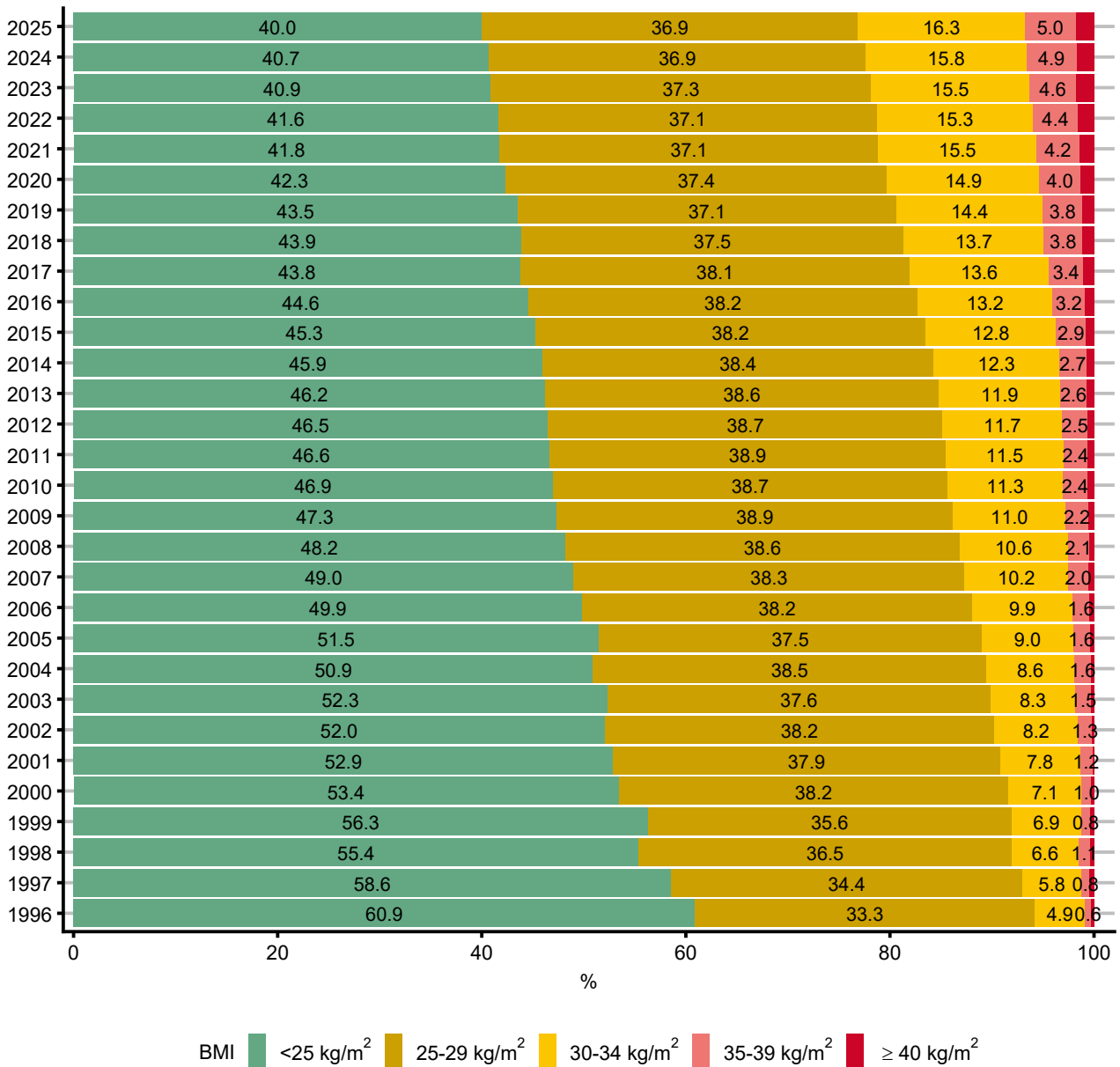
Figur 52. Fördelning av BMI i regionerna. Primärvård, år 2025.



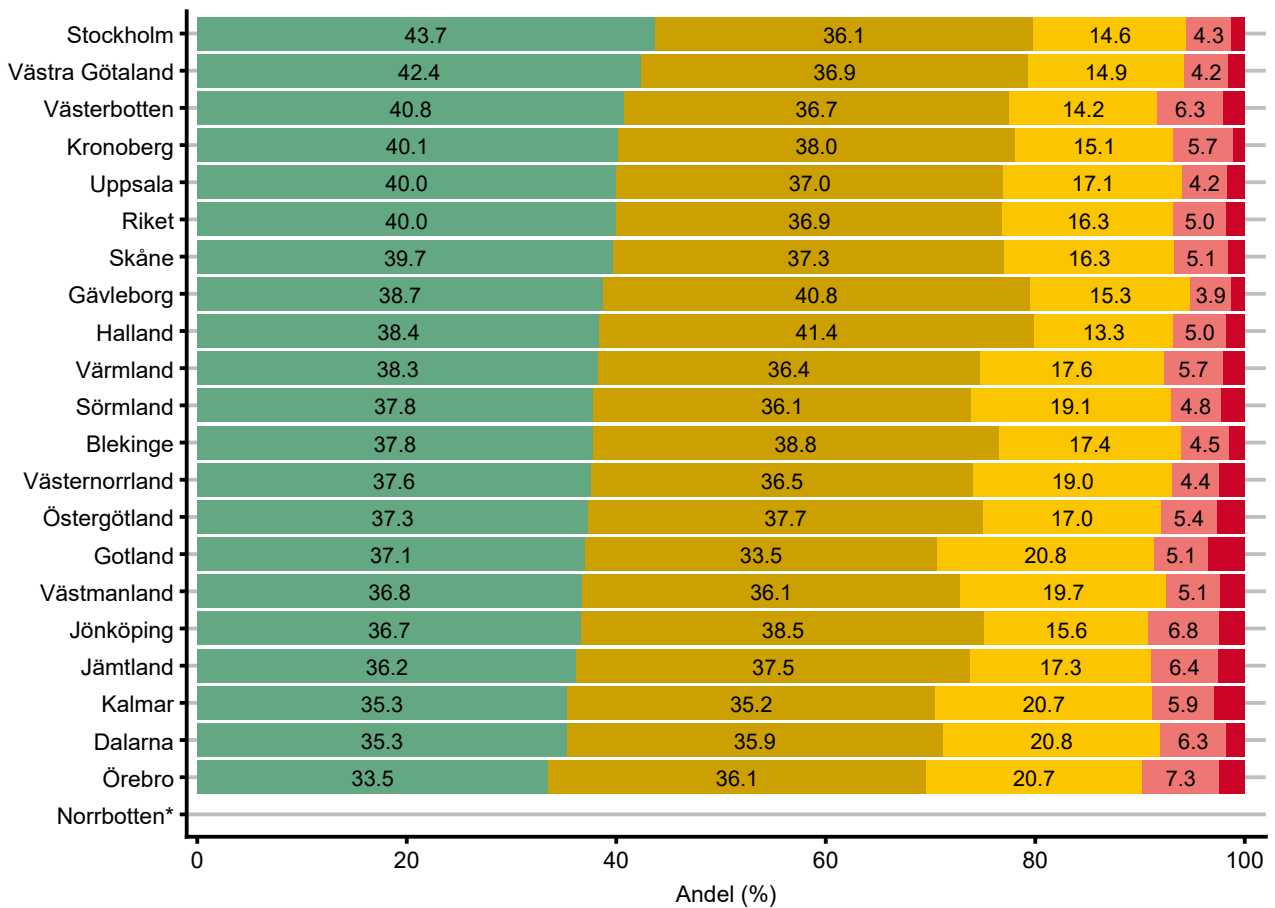
BMI ■ <25 kg/m² ■ 25-29 kg/m² ■ 30-34 kg/m² ■ 35-39 kg/m² ■ ≥ 40 kg/m²

* osäker data eller låg täckningsgrad

Figur 53. Fördelning av BMI över tid. Medicinkliniker, diabetes typ 1.



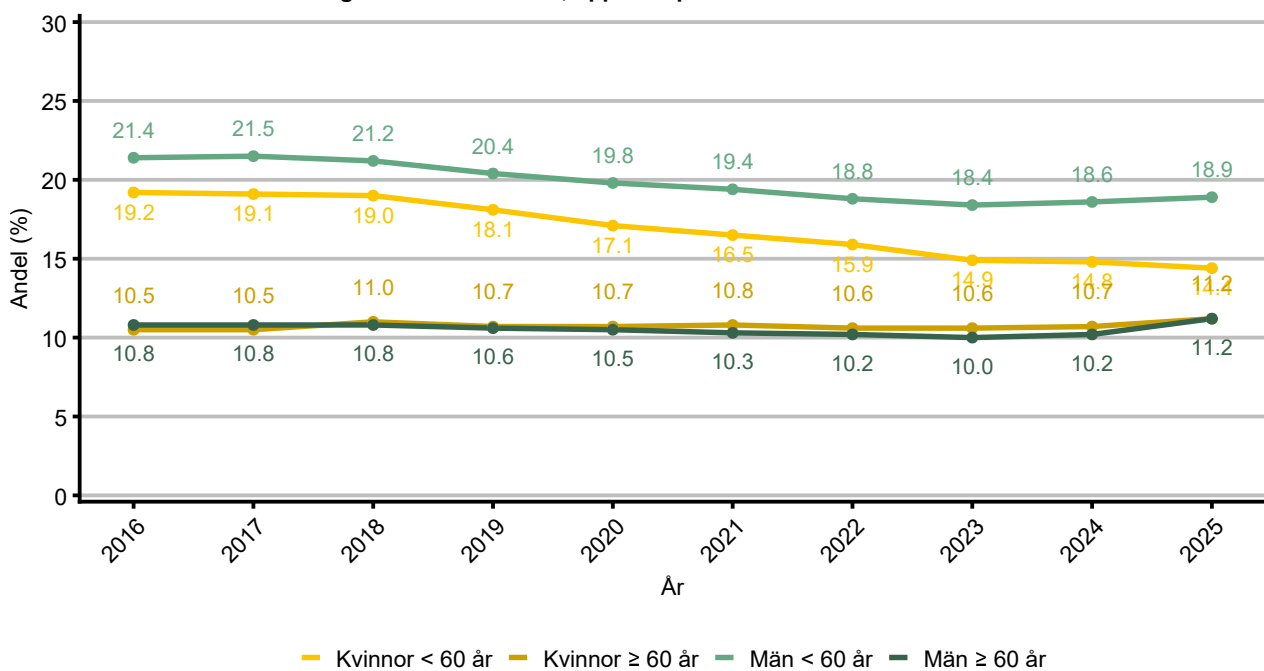
Figur 54. Fördelning av BMI i regionerna. Medicinkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



BMI ■ <25 kg/m² ■ 25-29 kg/m² ■ 30-34 kg/m² ■ 35-39 kg/m² ■ ≥ 40 kg/m²

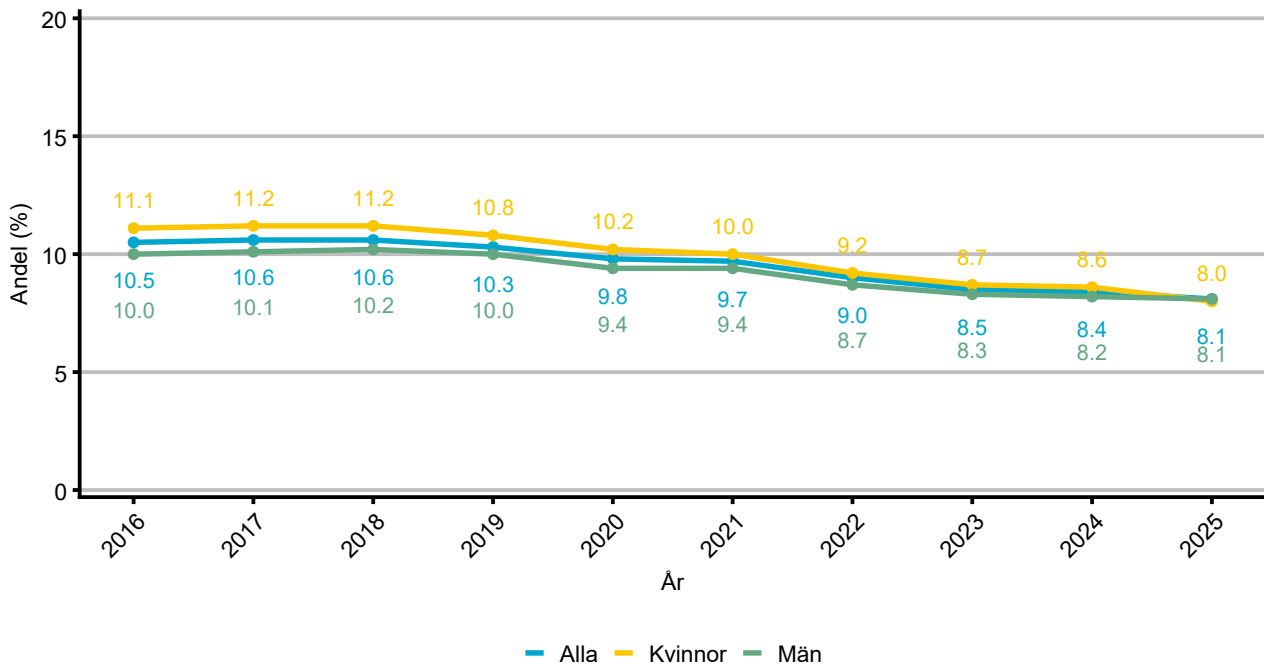
* osäker data eller låg täckningsgrad

Figur 55. Andel rökare, uppdelat på kön och ålder. Primärvården.

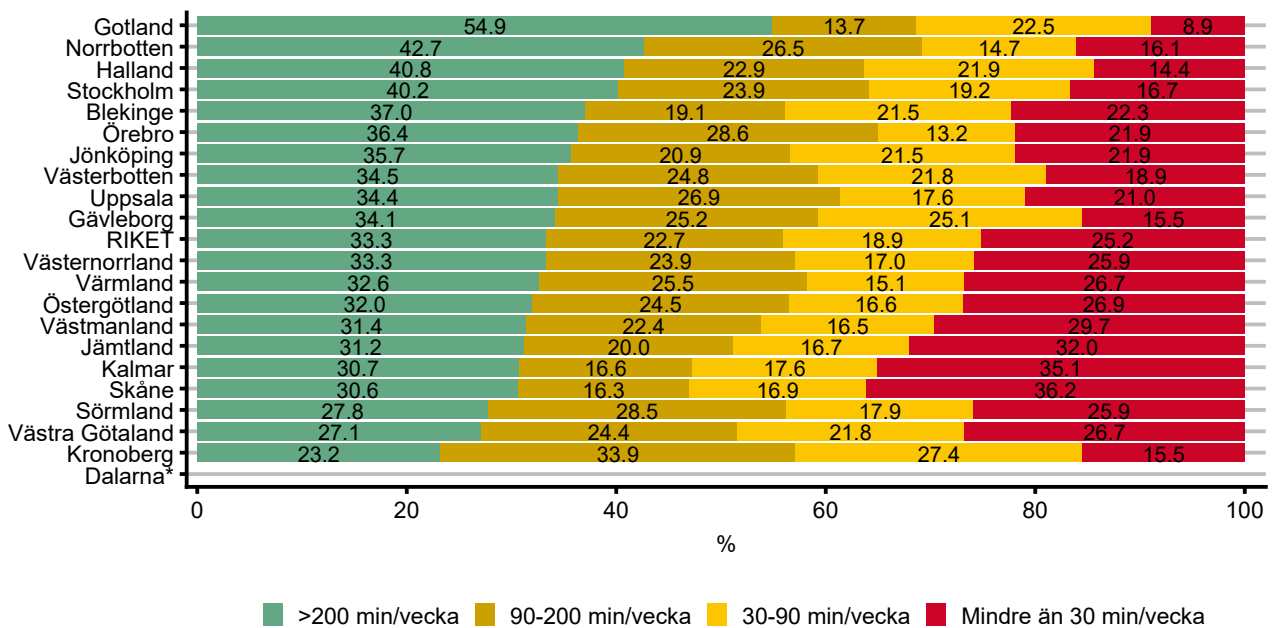


— Kvinnor < 60 år — Kvinnor ≥ 60 år — Män < 60 år — Män ≥ 60 år

Figur 56. Andel rökare. Medicinkliniker, diabetes typ 1.

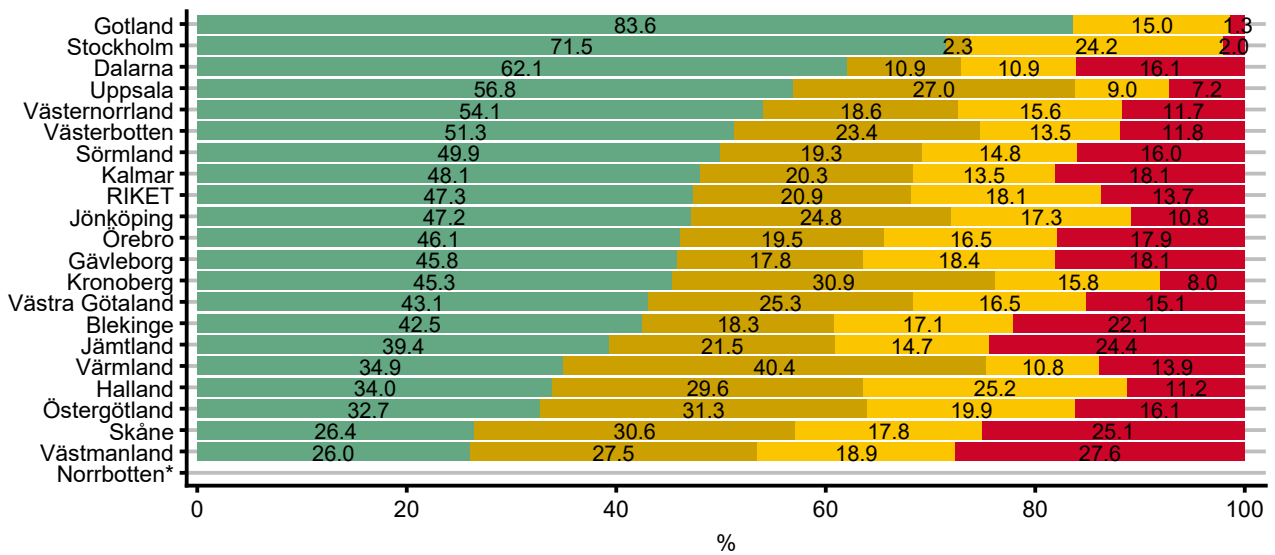


Figur 57. Fördelning av fysisk aktivitet över regioner. Primärvård, 2025



* osäker data eller låg täckningsgrad

Figur 58. Fördelning av fysisk aktivitet över regioner. Medicinkliniker, diabetes typ 1, 2025



■ >200 min/vecka ■ 90-200 min/vecka ■ 30-90 min/vecka ■ Mindre än 30 min/vecka

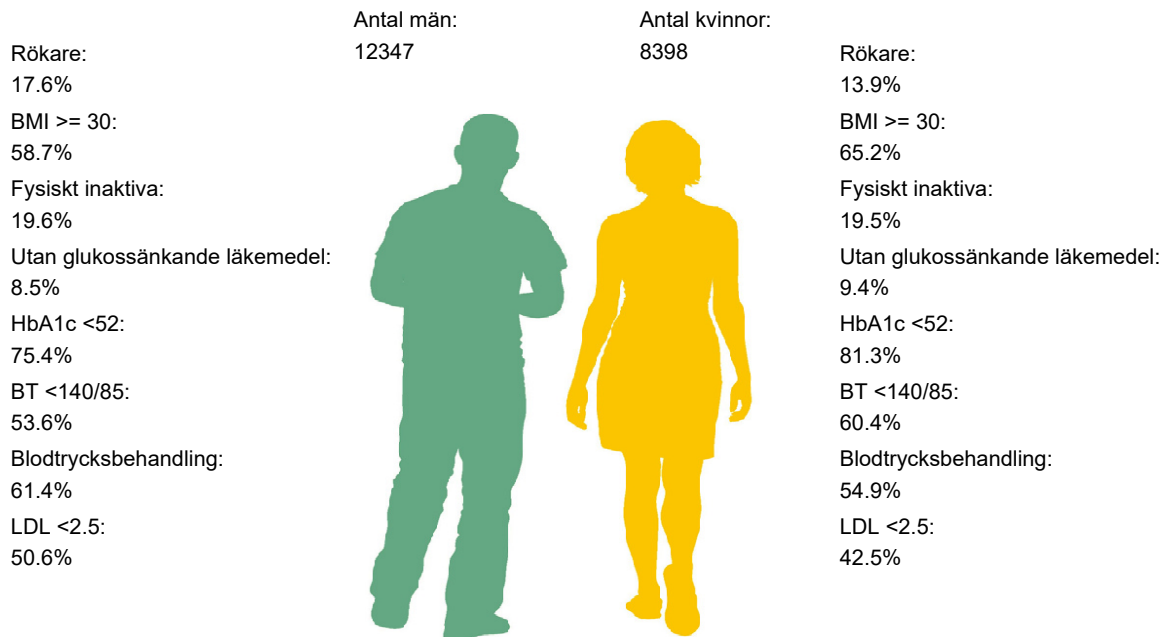
* osäker data eller låg täckningsgrad

5.3 Riskfaktorkontroll, ålder 40-60 år

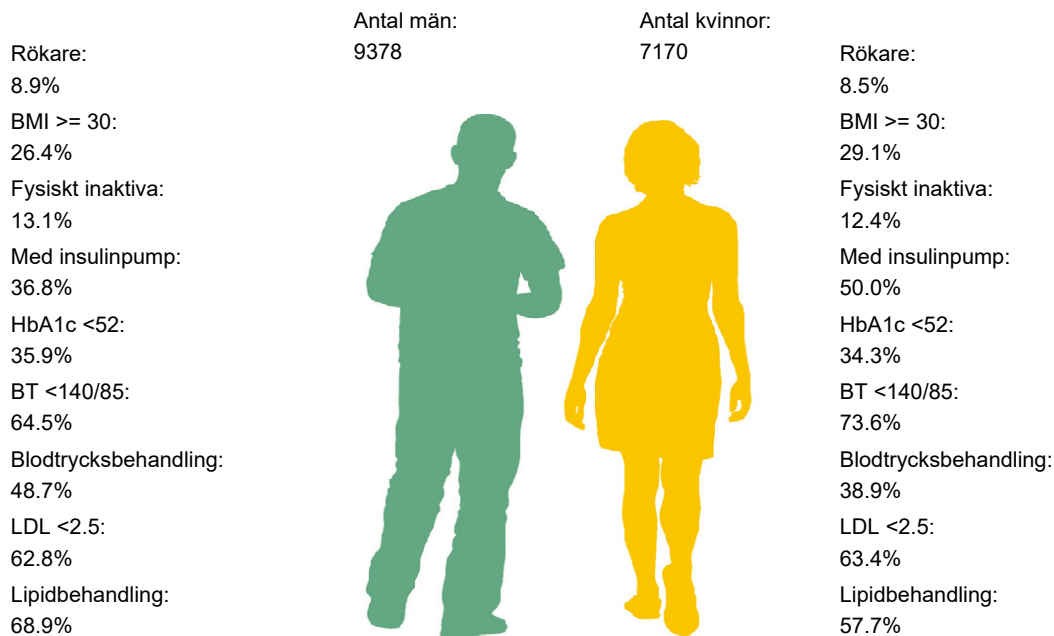
Betydelsen av multifaktoriell riskfaktorkontroll vid diabetes för att minska risken för diabeteskomplikationer är väl känd och detta synsätt är en stor framgång i diabetesvården. God kontroll av blodsocker, blodtryck och blodfetter i kombination med sunda levnadsvanor och insättning av farmakologisk behandling är högt prioriterat i våra nationella riktlinjer. Figurerna visar andel med måluppfyllelse för ett antal viktiga indikatorer för män och kvinnor 40-60 år med kort diabetesduration i primärvården respektive med typ 1-diabetes (oavsett diabetesduration) på medicinkliniker.

Figurerna visar resultat från hela riket. Använd gärna NDRs öppna utdataverktyg Knappen på NDRs hemsida *NDRs hemsida* och ta reda på hur det ser ut i din region och på din egen enhet.

Figur 59. Patienter 40-60 år med diabetesduration 0-2 år. Primärvård, år 2025.



Figur 60. Patienter 40-60 år. Medicinkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



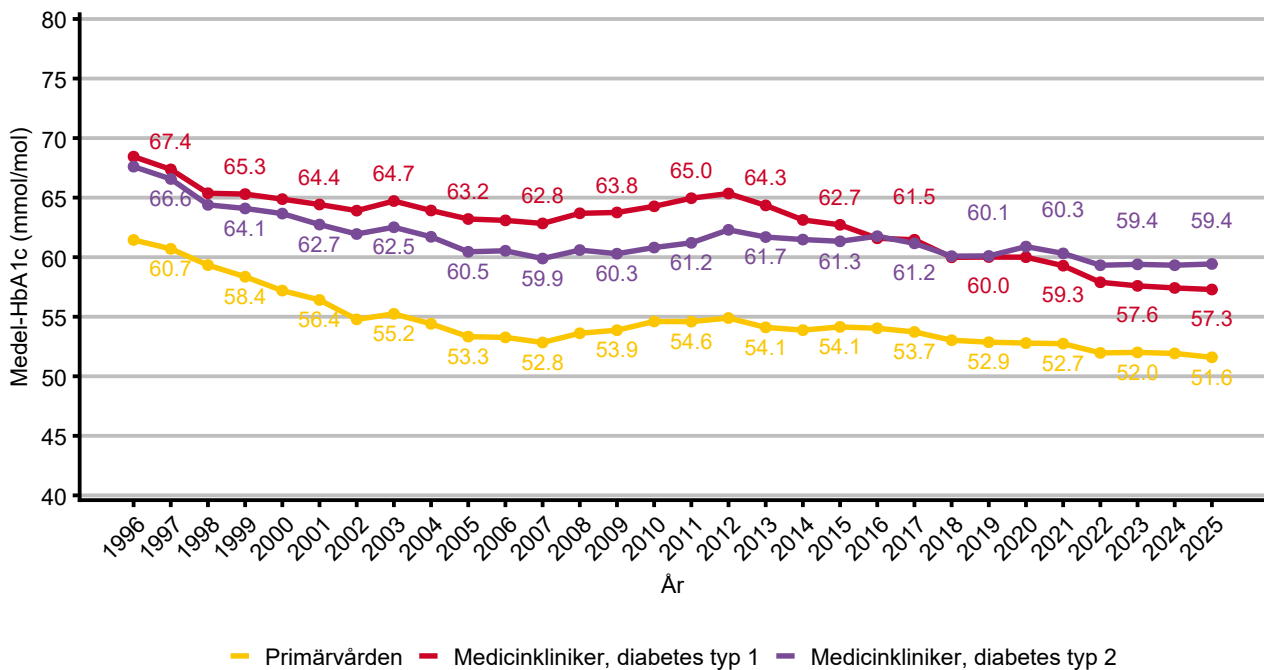
5.4 HbA1c och blodsockersänkande behandling

HbA1c avspeglar den genomsnittliga glukoskontrollen och ett högt HbA1c är en riskfaktor för i princip alla diabeteskomplikationer vid både typ 1- och typ 2-diabetes. Det är viktigt med fokus på HbA1c samtidigt som både mål och behandling behöver individualiseras. De långa trenderna för medel-HbA1c och andel som når målnivåer visar en mycket positiv bild av svensk diabetesvård.

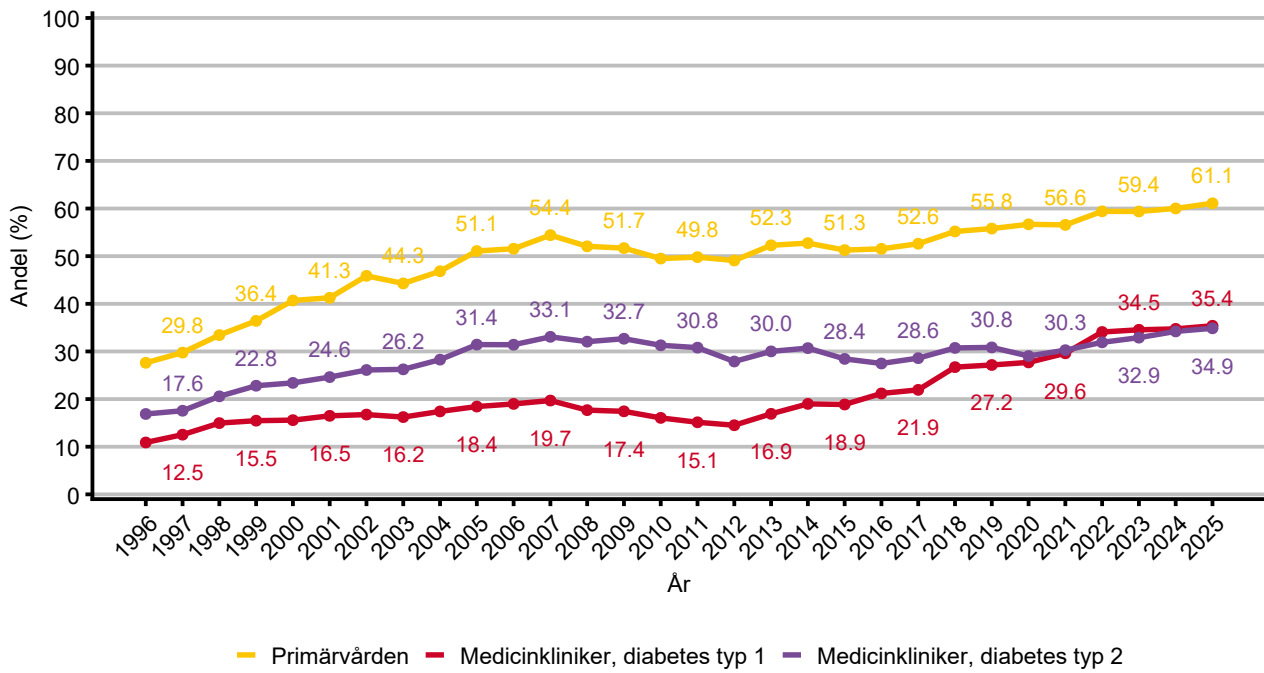
Läkemedelsbehandlingen för personer med typ 2-diabetes utvecklas och med ökad kunskap om nya diabetesläkemedel finns fler möjligheter att individanpassa den blodsockersänkande behandlingen. Sedan 2024 har NDR nya variablerna om glukossänkande läkemedel med information om olika läkemedelsgrupper. Uppdelningen av olika läkemedelsgrupper tar hänsyn till om tablettbehandlingen är med eller utan SGLT2-hämmare. Grupperna med GLP1-agonist behandling omfattar patienter både med och utan samtidigt tablettbehandling, där även SGLT2-hämmarna ingår. Det är skillnader i förskrivningsmönster i regionerna och vi ser att andelen utan läkemedelsbehandling skiljer sig åt mellan regionerna.

För personer med typ 1-diabetes har utvecklingen och användningen av tekniska hjälpmedel som glukossensorer och insulinpumpar underlättat och bidragit till förbättrad glukoskontroll. Idag använder 92% av vuxna med typ 1-diabetes någon form av kontinuerlig glukossensor. Vi ser en stadig ökning av behandling med insulinpumpar hos vuxna med typ 1-diabetes. År 2025 använder 40% av vuxna med typ 1-diabetes insulinpump och majoriteten av dessa har en algoritmstyrd insulinpump (hybridpump). Några regioner har hög andel okänd pumpsort, vilket betyder att den informationen inte har kommit in i registret och visar på att direktöverföringen av data inte fungerar fullt ut. Den nya tekniken ställer krav både på patienten och på diabetesvården, men ger också stora möjligheter för patienten att få en bra blodsockerkontroll och samtidigt minimera risken för hypoglykemi. Hos personer som använder glukossensor kan vi förutom HbA1c använda tid i målområde (TIR) med glukos mellan 4-10 mmol/L som mått på glukoskontroll. Målet är att ha över 70% av tiden i detta målområde och 2025 nådde 38% av vuxna med typ 1-diabetes detta mål (2024 var det 36%). För mer detaljer hänvisas till NDR-knappen.

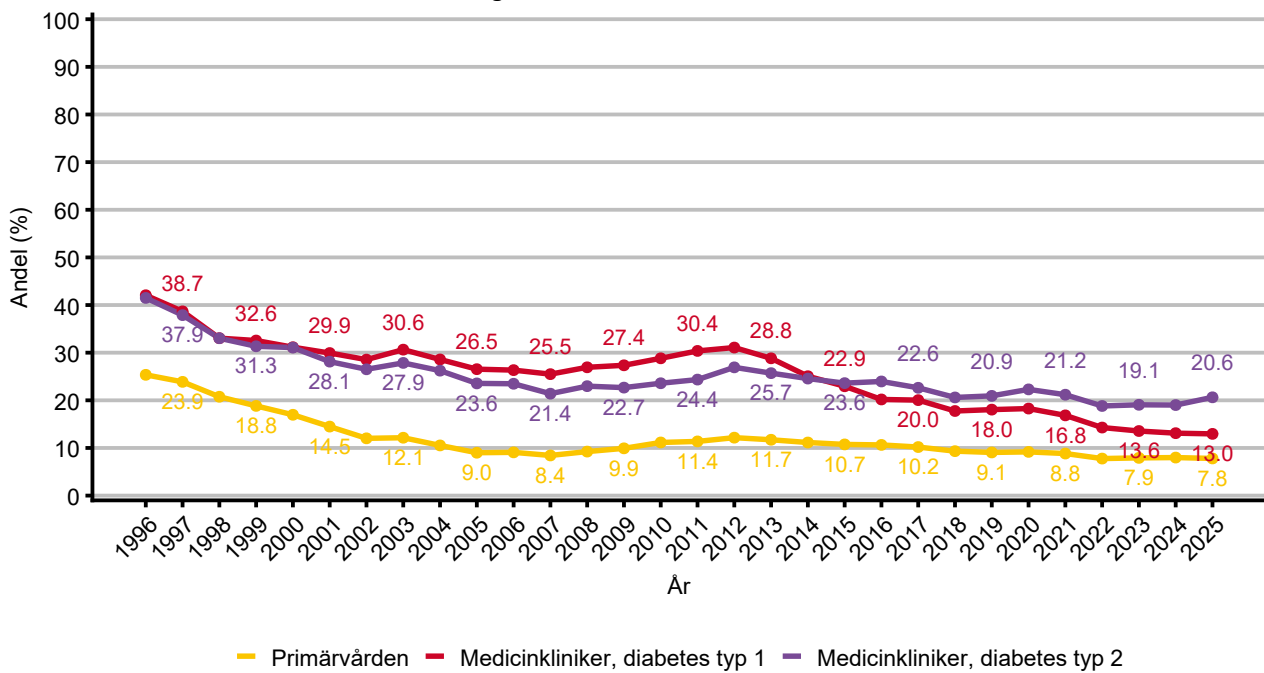
Figur 61. Medelvärde för HbA1c (mmol/mol).



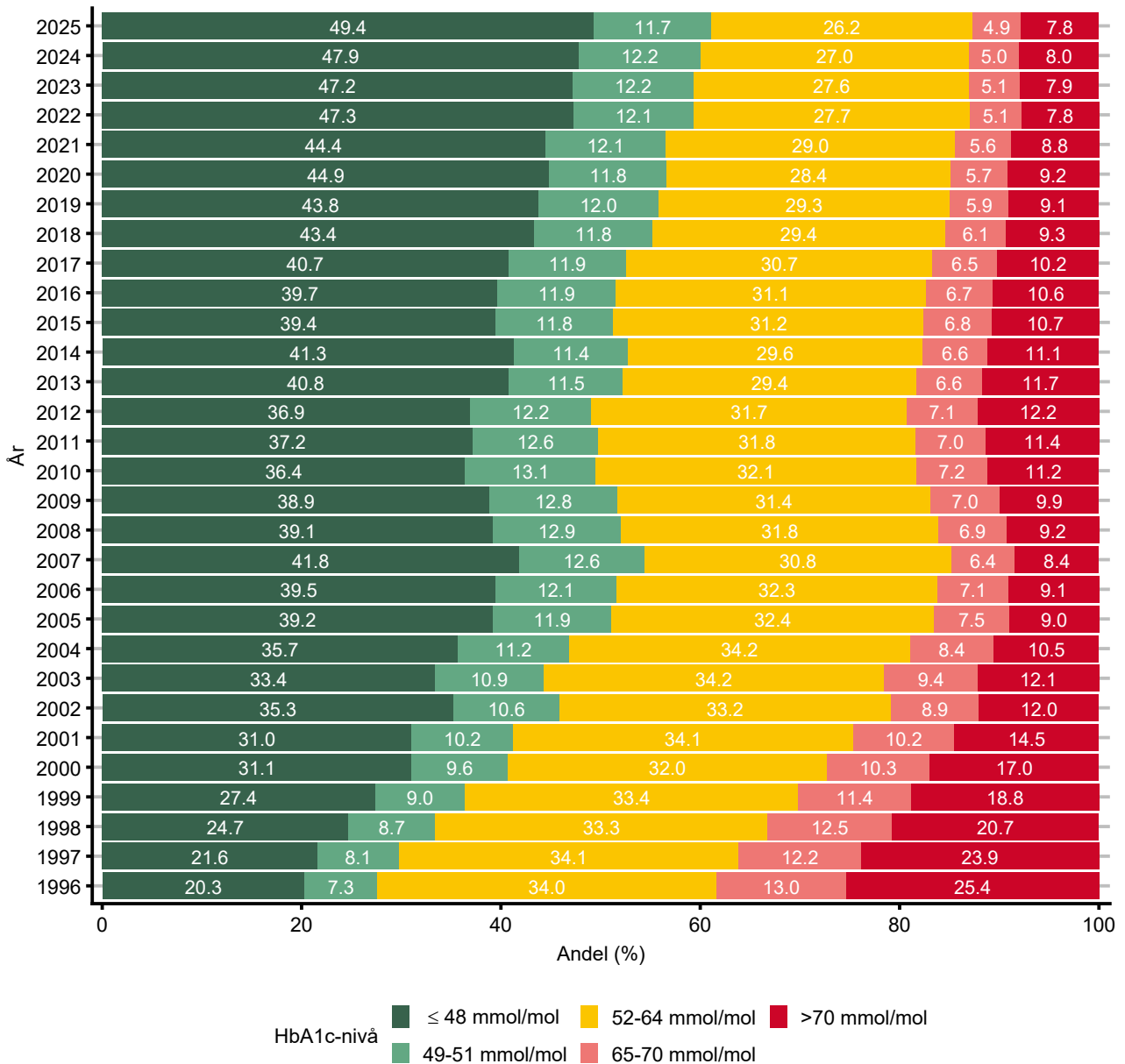
Figur 62. Andel HbA1c < 52 mmol/mol.



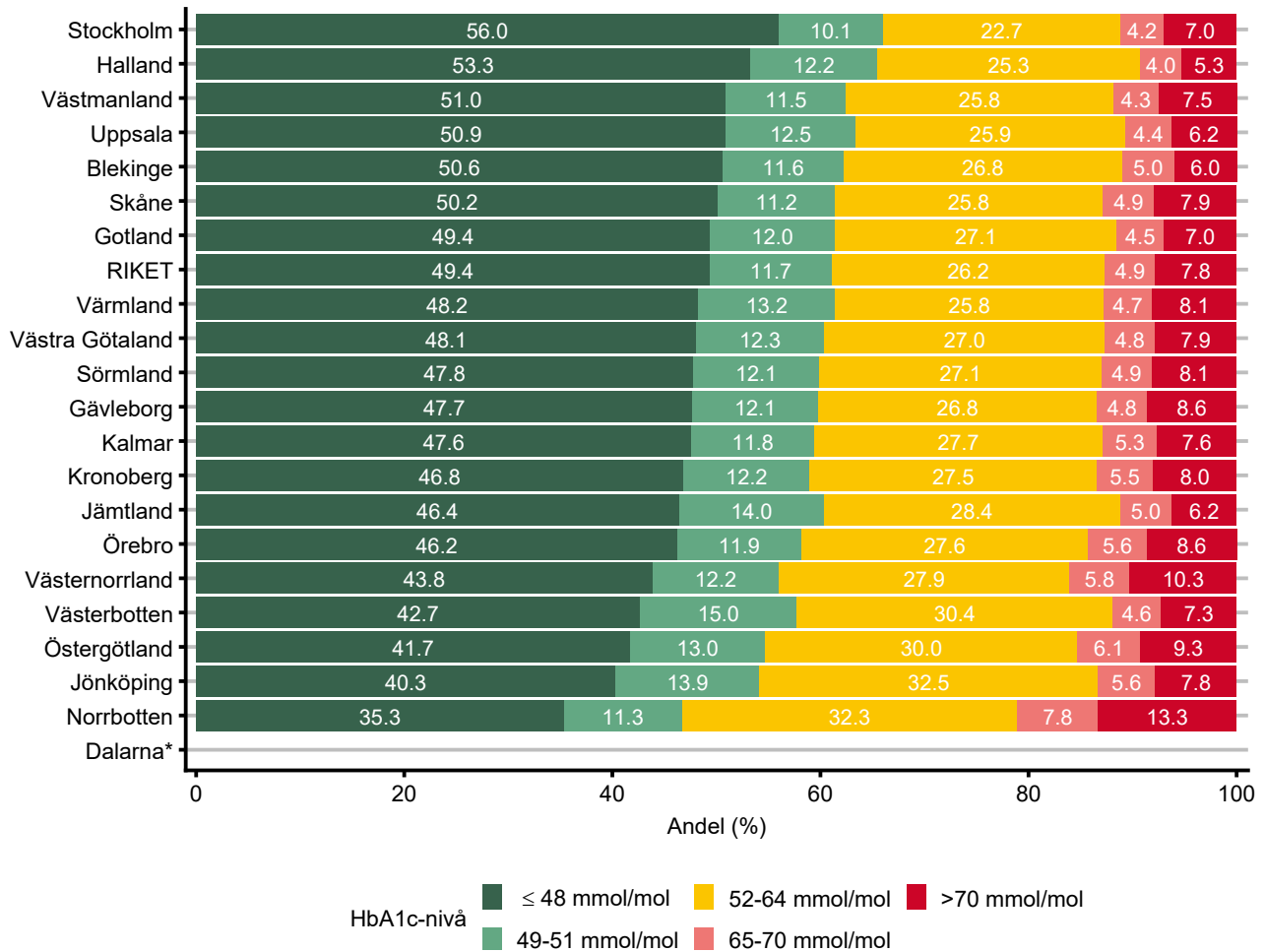
Figur 63. Andel HbA1c > 70 mmol/mol.



Figur 64. Fördelning av HbA1c (mmol/mol) över tid. Primärvård

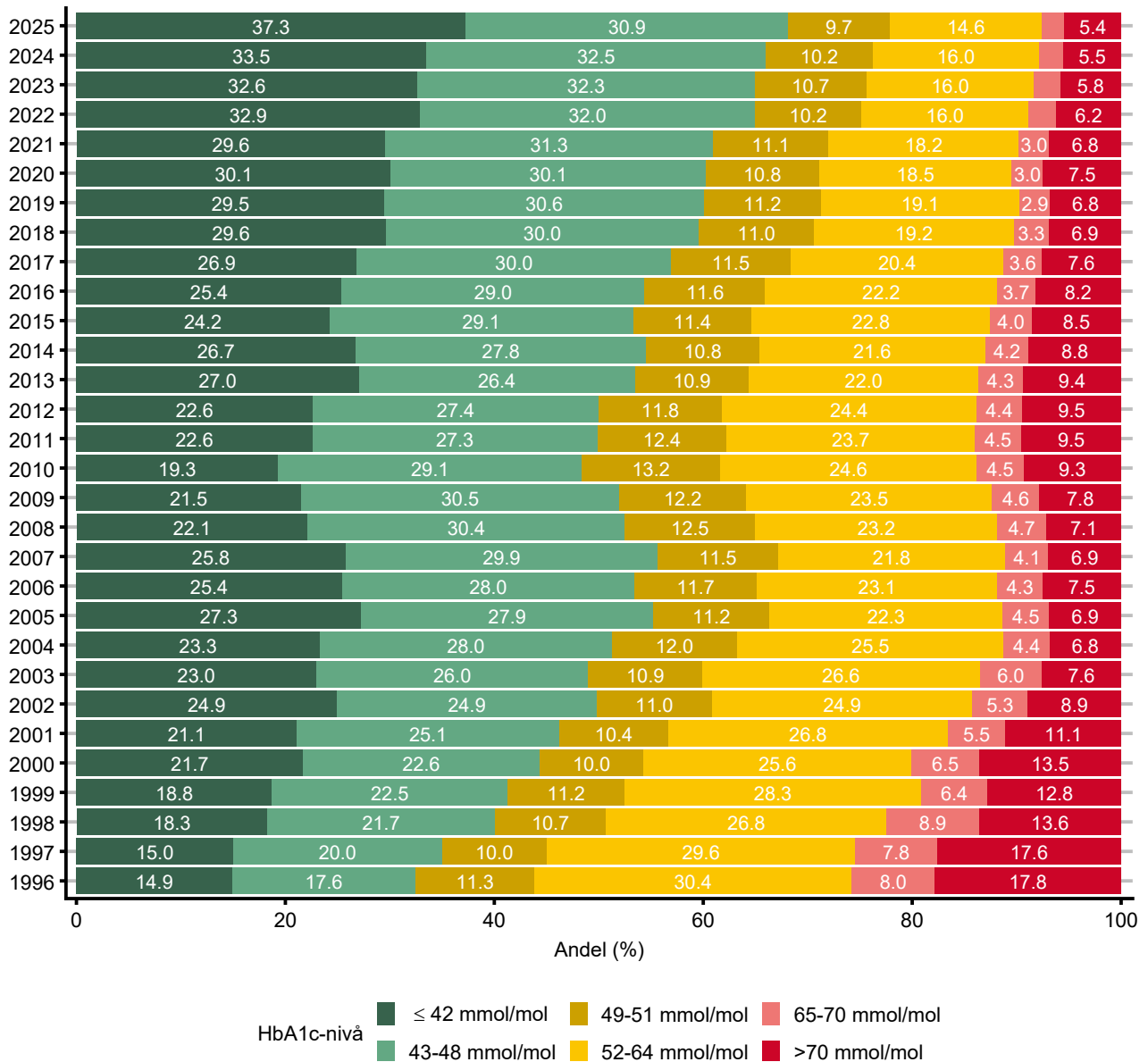


**Figur 65. Fördelning av HbA1c (mmol/mol) i regionerna.
Primärvård, år 2025.**

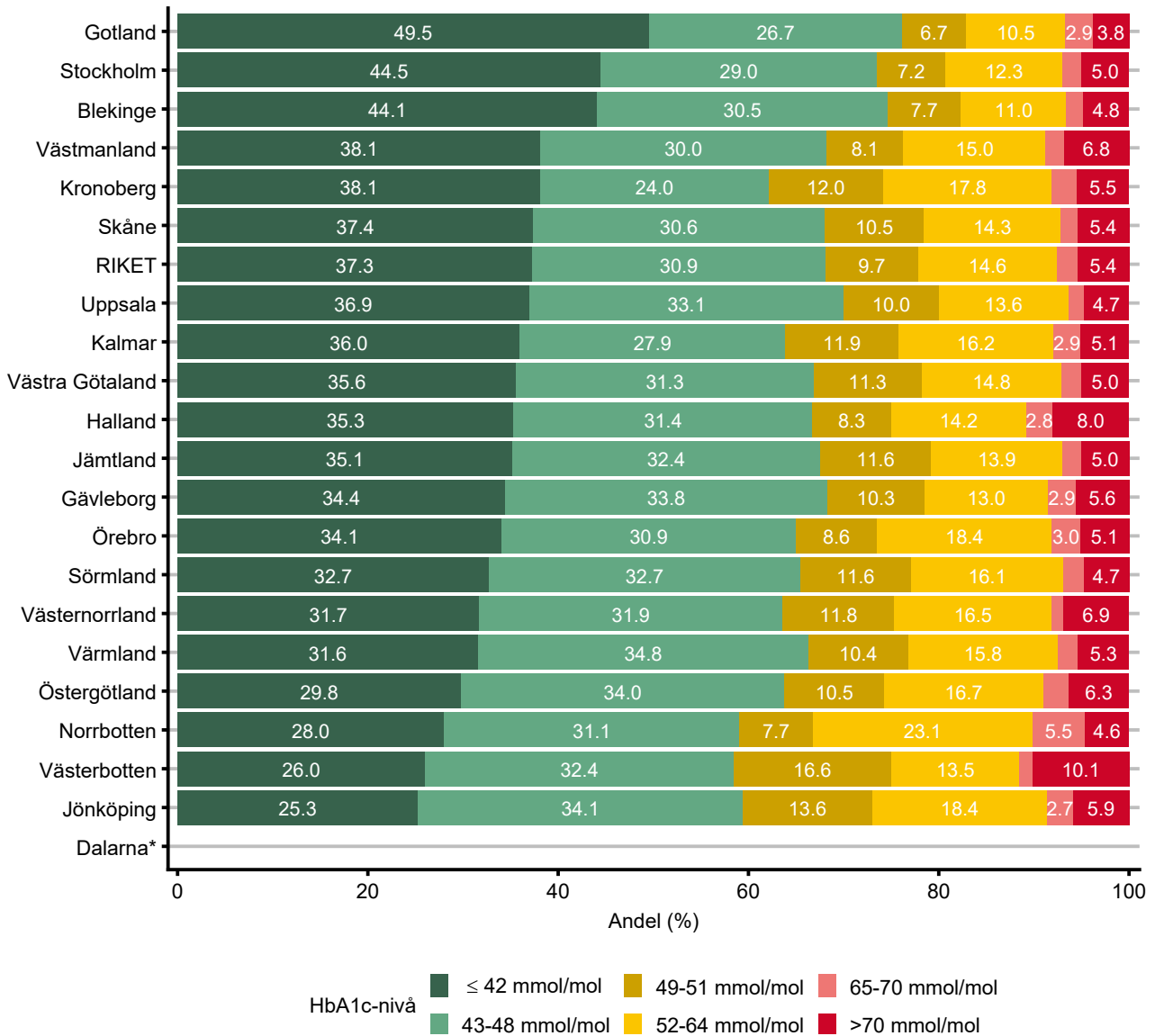


* osäker data

Figur 66. Fördelning av HbA1c (mmol/mol) över tid. Patienter 40-60 år med diabetesduration 0-2 år. Primärvård.

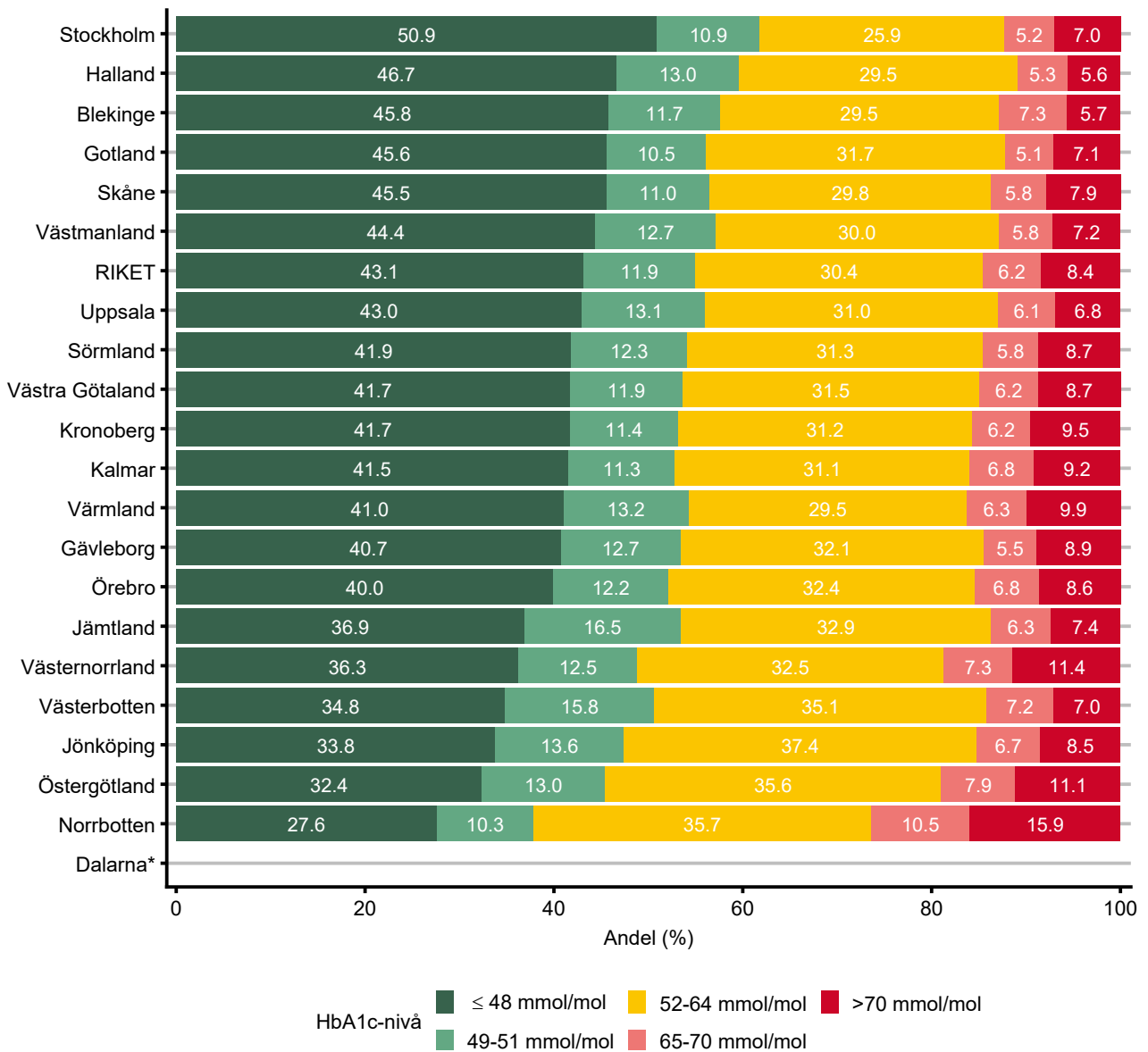


Figur 67. Fördelning av HbA1c (mmol/mol) i regionerna. Patienter 40-60 år med diabetesduration 0-2 år. Primärvård, år 2025.



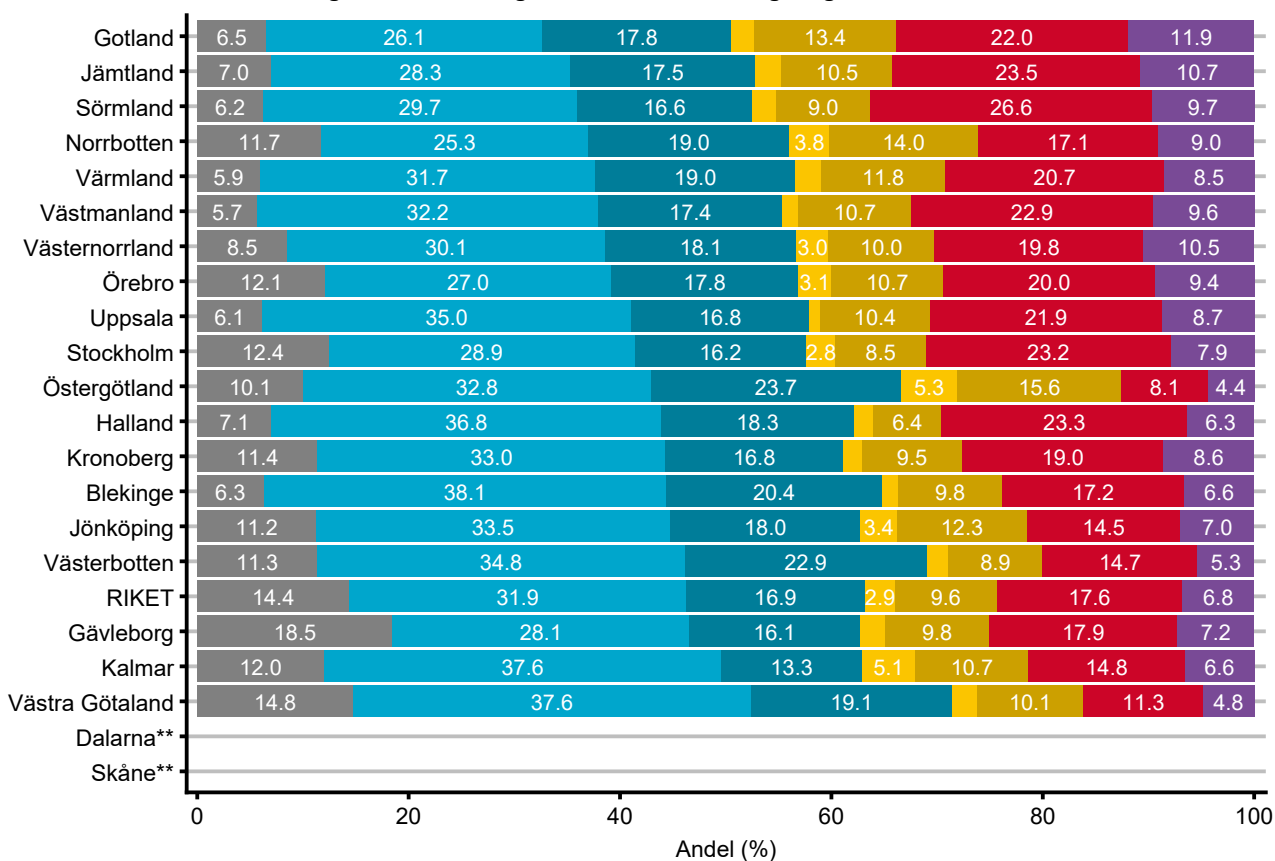
* osäker data

Figur 68. Fördelning av HbA1c (mmol/mol) i regionerna. Ålder 80 år och äldre. Primärvård, år 2025.



* osäker data

Figur 69. Fördelning av diabetesbehandling i regionerna. Primärvård, år 2025



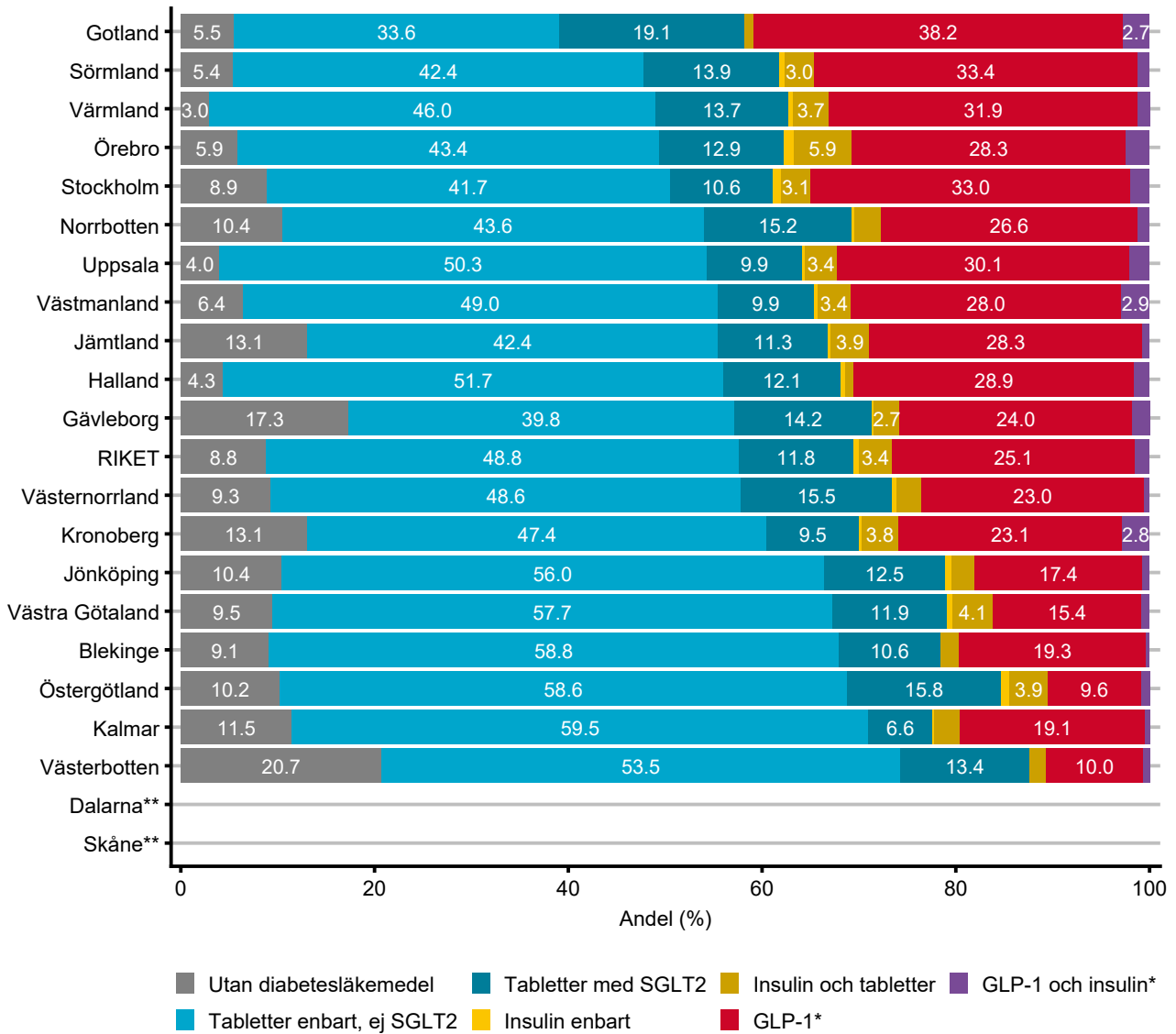
Utan diabetesläkemedel
 Tabletter med SGLT2
 Insulin och tabletter
 GLP-1 och insulin*

Tabletter enbart, ej SGLT2
 Insulin enbart
 GLP-1*

*med eller utan tabletter.

**osäker data eller låg täckningsgrad, exkluderas i RIKET

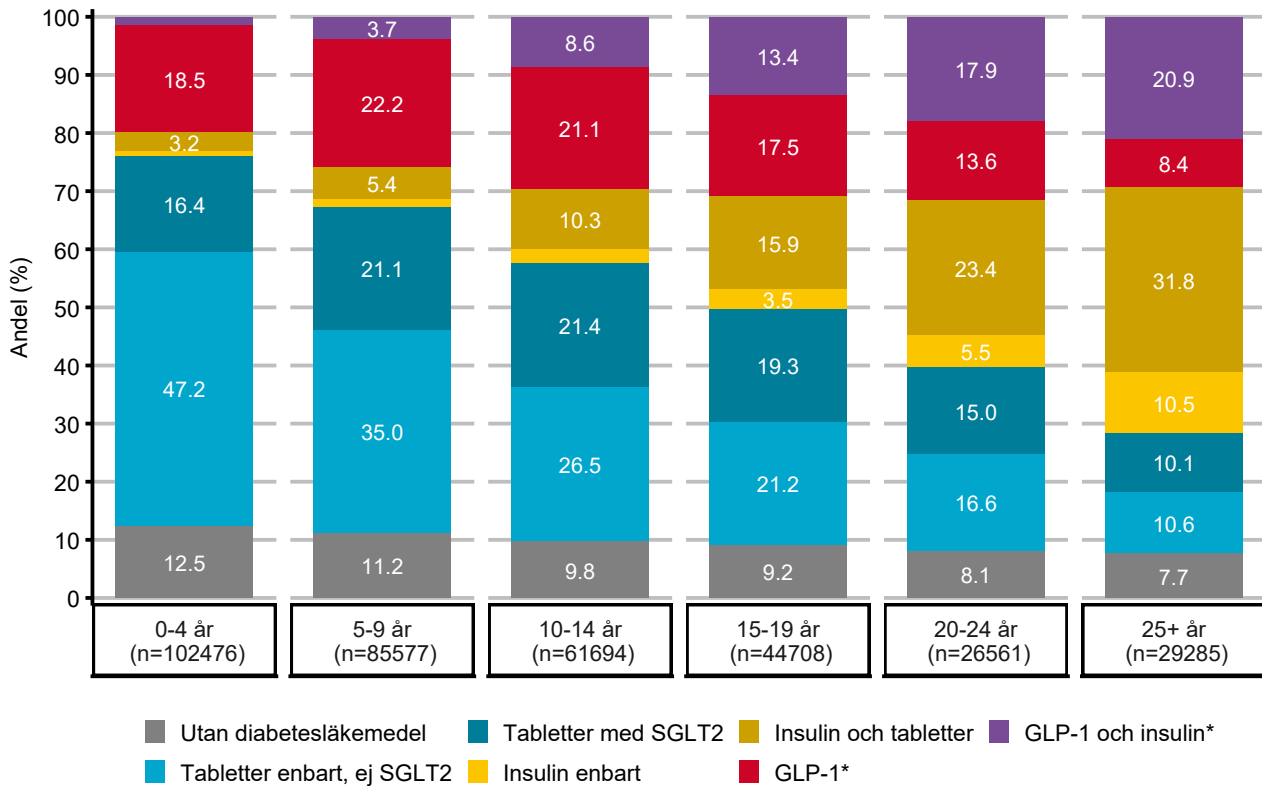
Figur 70. Fördelning av diabetesbehandling bland patienter ålder 40-60 år och diabetesduration 0-2 år. Primärvård, år 2025.



*med eller utan tabletter.

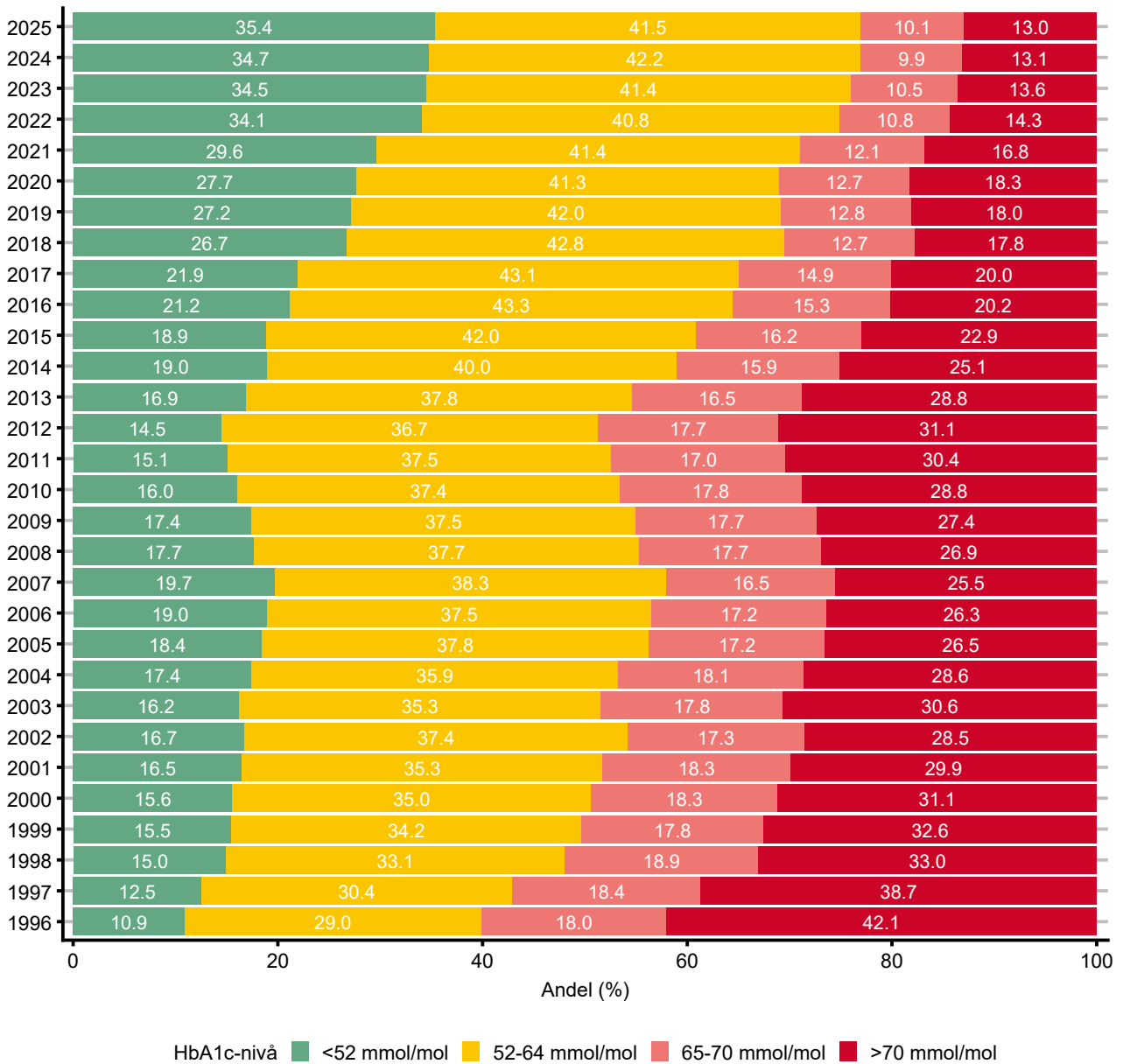
**osäker data eller låg täckningsgrad, exkluderas i RIKET

Figur 71. Diabetesbehandling uppdelad i intervaller enligt diabetesduration. Primärvård, år 2025.

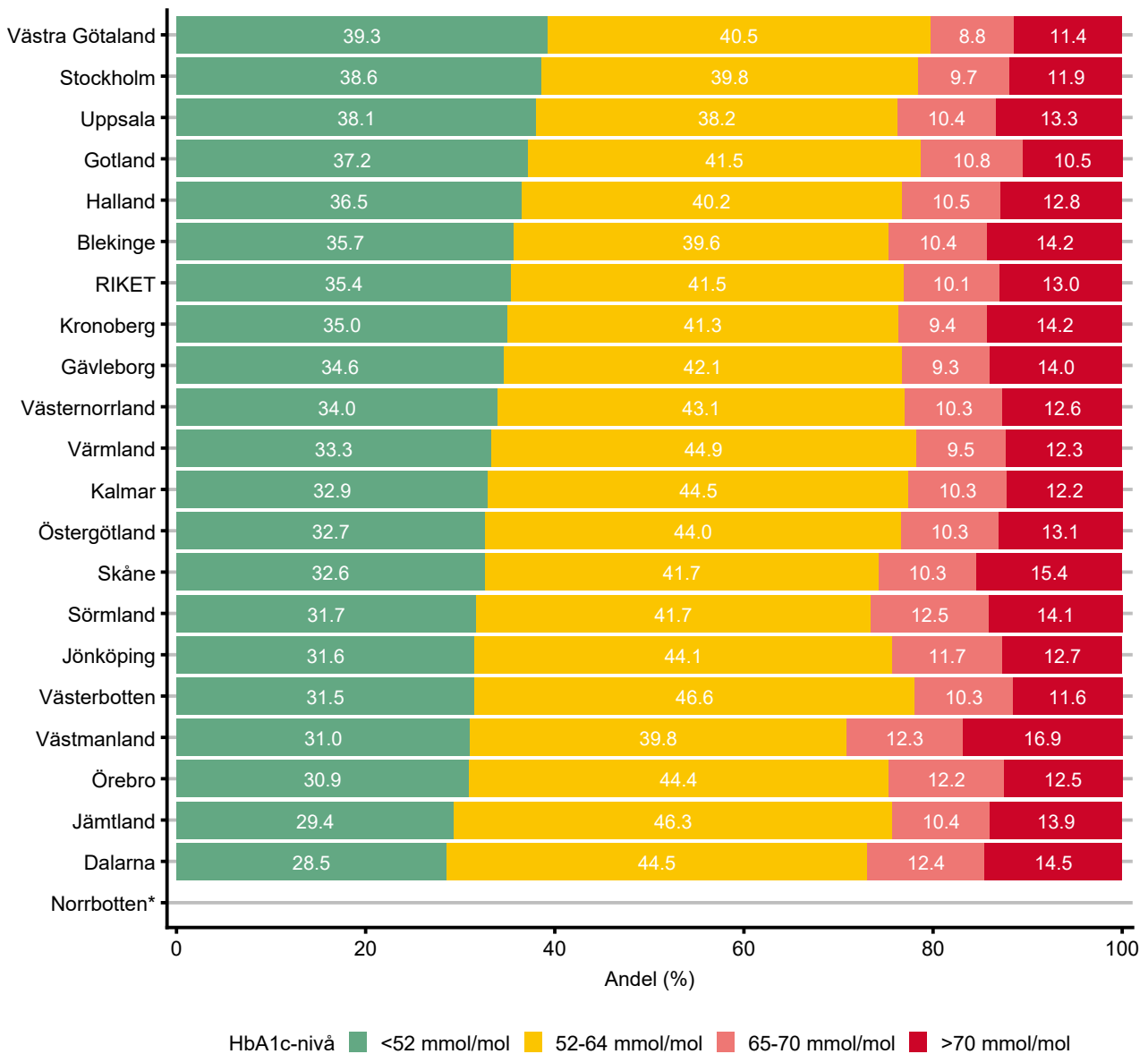


*med eller utan tabletter.

Figur 72. Fördelning av HbA1c (mmol/mol) över tid. Medicinklinik, diabetes typ 1.

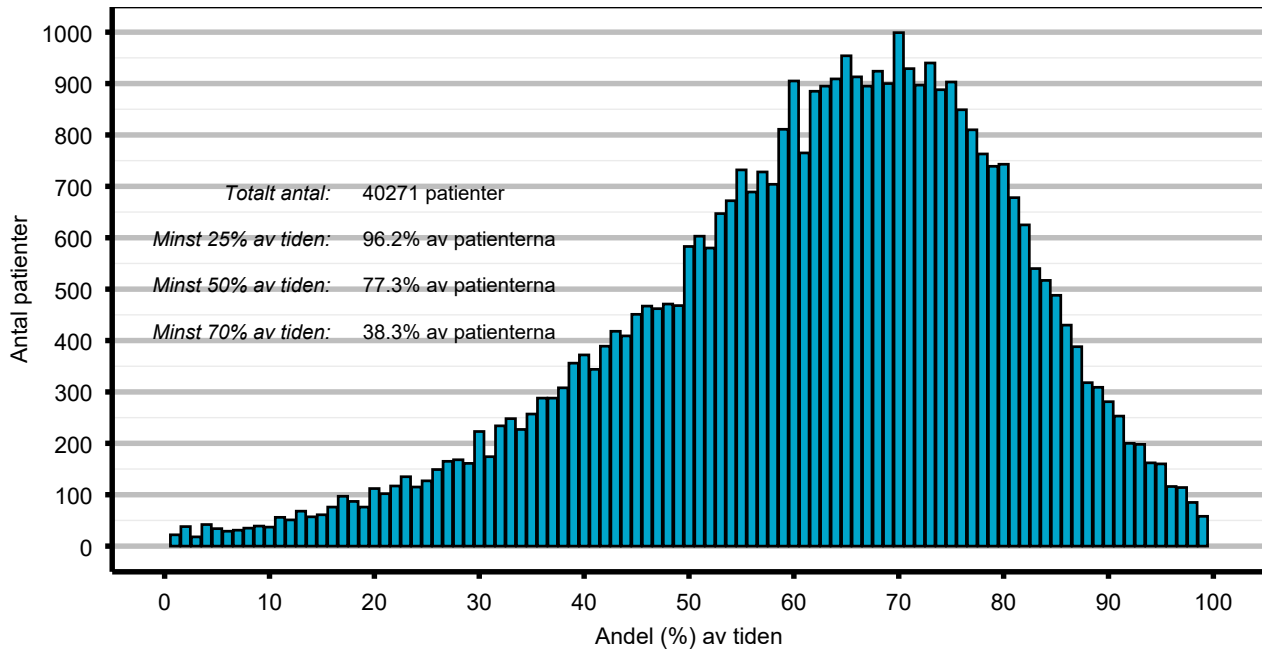


Figur 73. Fördelning av HbA1c (mmol/mol) i regionerna. Medicinklinik, diabetes typ 1, år 2025.

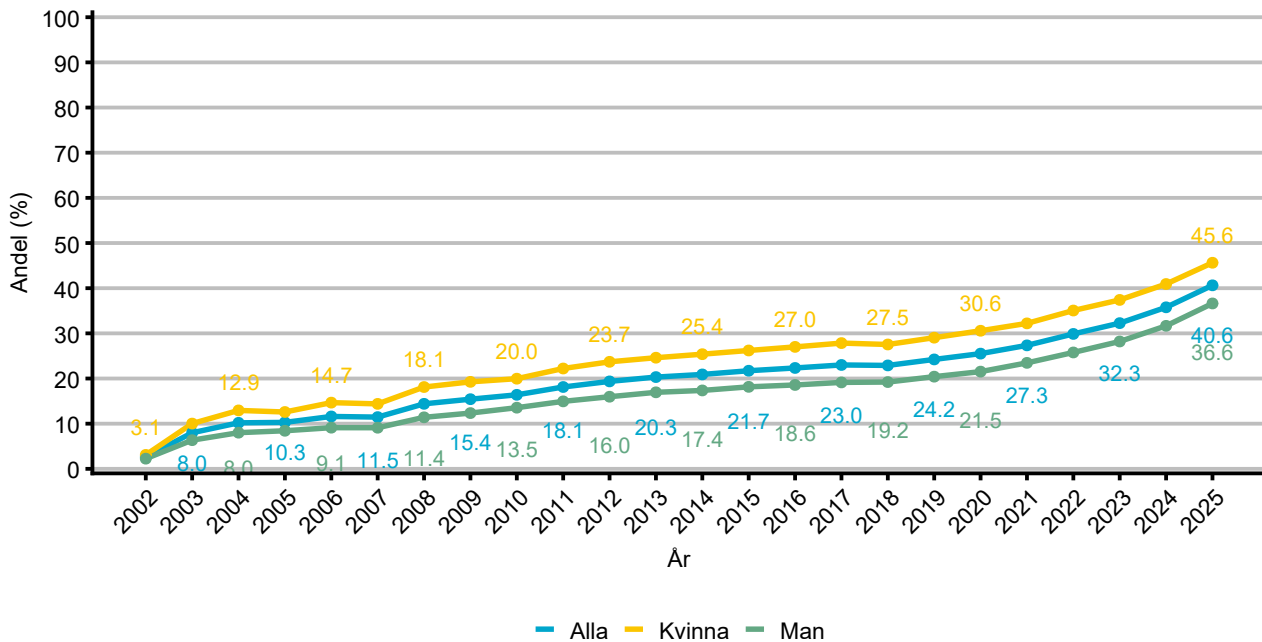


* osäker data

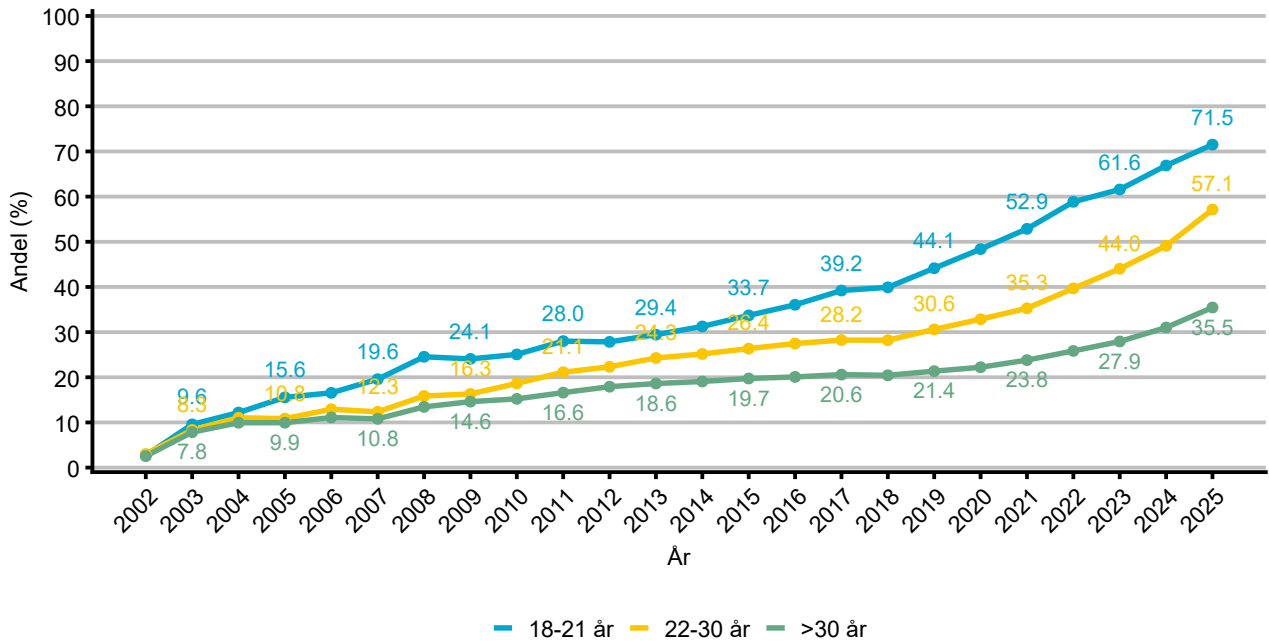
Figur 74. Fördelning av andel av tiden med glukosvärde inom intervallet 4-10 mmol/l. Medicinkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



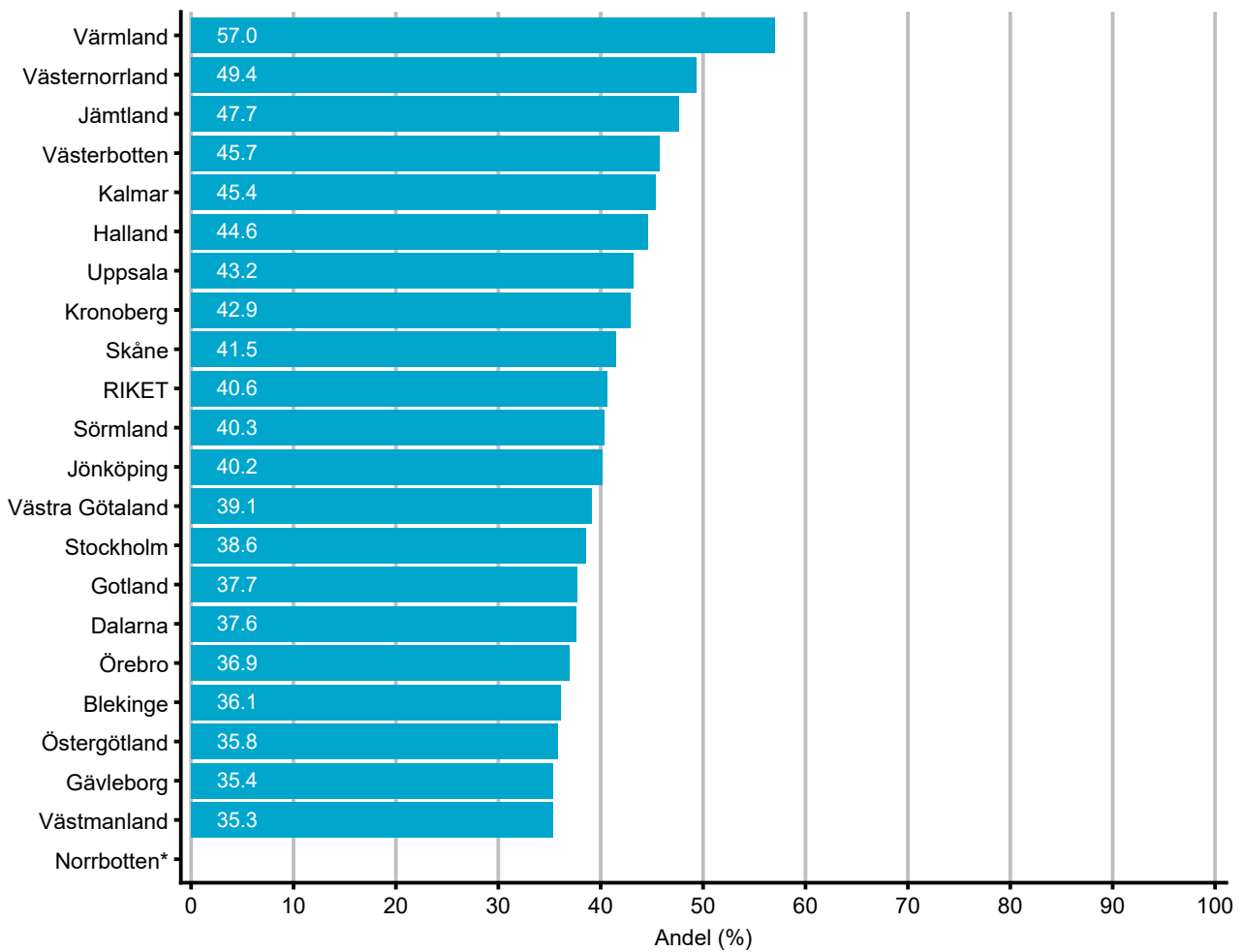
Figur 75. Andel som behandlas med insulinpump, uppdelat på kön. Medicinkliniker, diabetes typ 1.



Figur 76. Andel som behandlas med insulinpump, uppdelat på olika åldersgrupper. Medicinkliniker, diabetes typ 1.

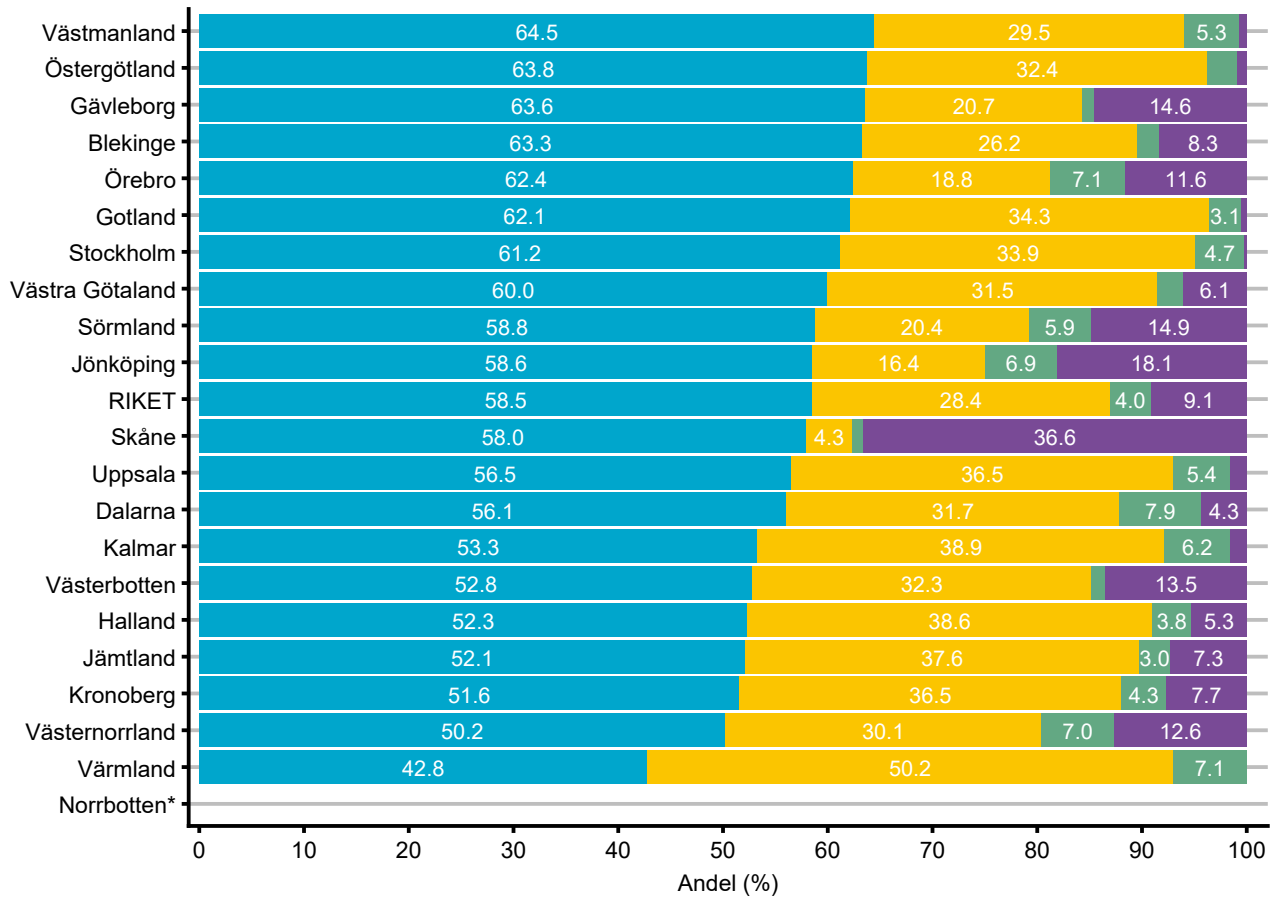


Figur 77. Andel som behandlas med insulinpump i regionerna. Medicinkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



* osäker data

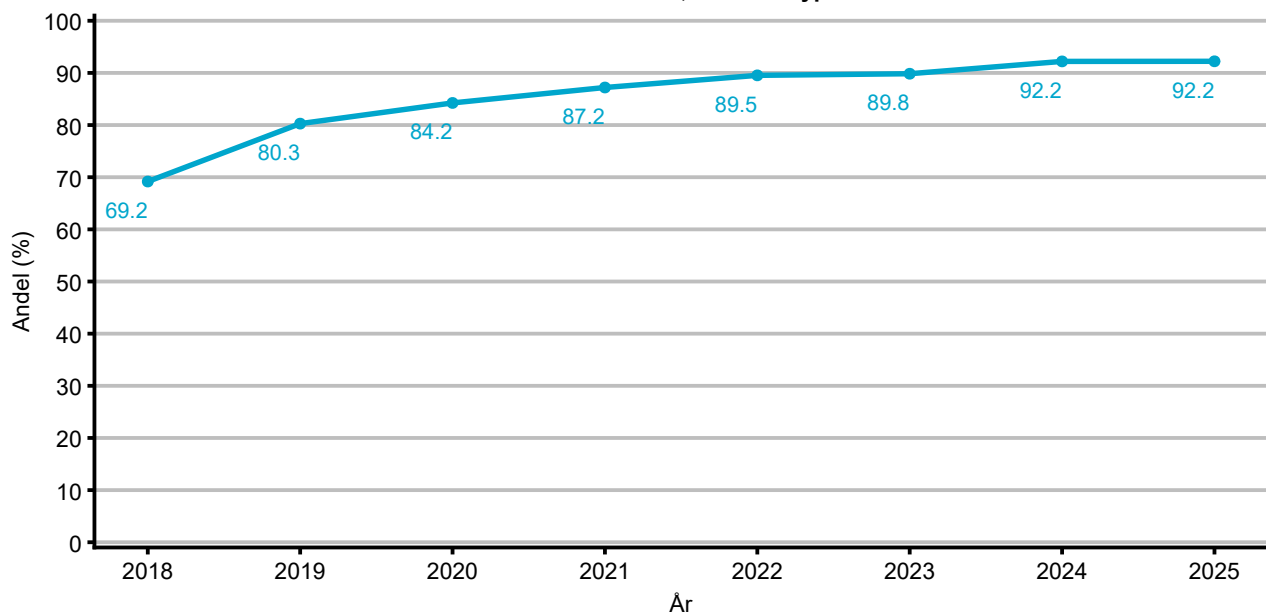
Figur 78. Andel med insulinpenna eller olika typer av insulinpump i regionerna. Medicinkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



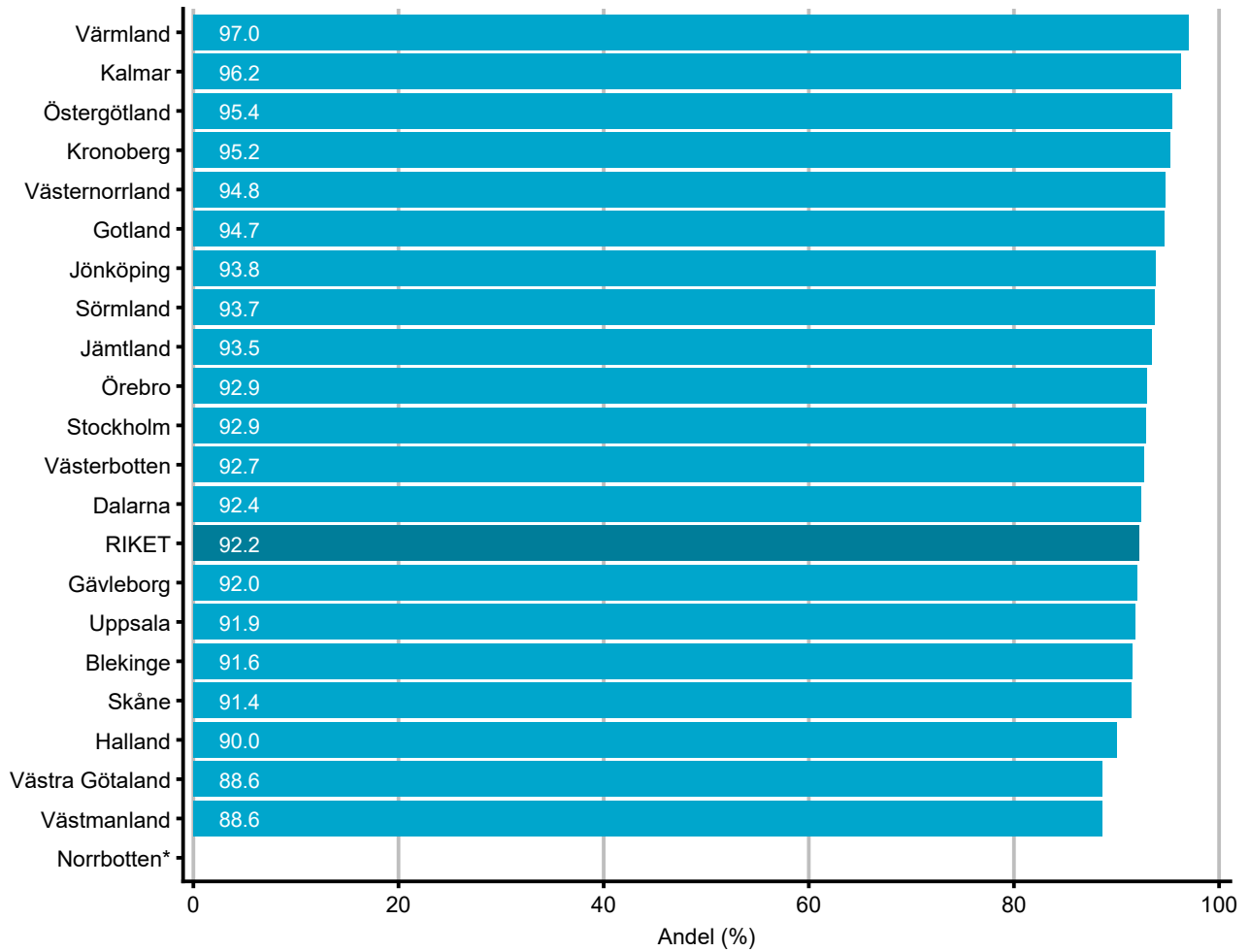
■ Insulinpenna ■ Hybridpumpar ■ Övriga pumpar ■ Okänd pumpsort

* osäker data

Figur 79. Andel med sensorbaserad kontinuerlig glukosmätning (CGM) Medicinkliniker, diabetes typ 1.



Figur 80. Andel med sensorbaserad kontinuerlig glukosmätning (CGM) i regionerna. Medicinkliniker, diabetes typ 1, år 2025.

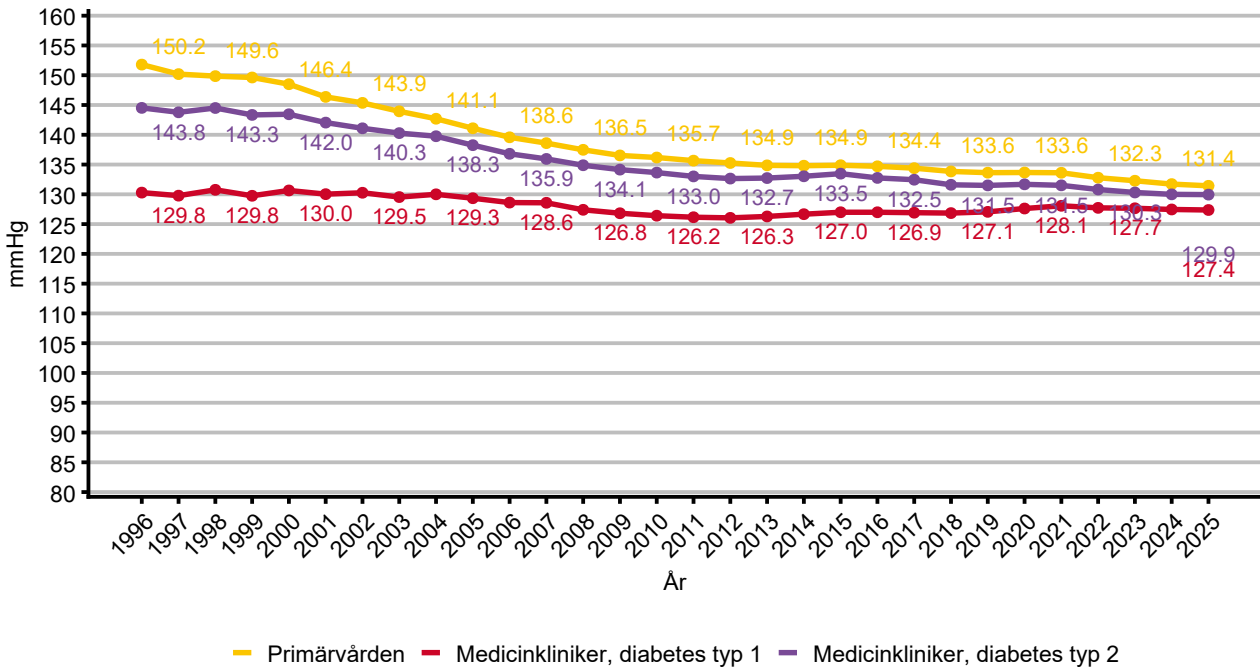


* osäker data

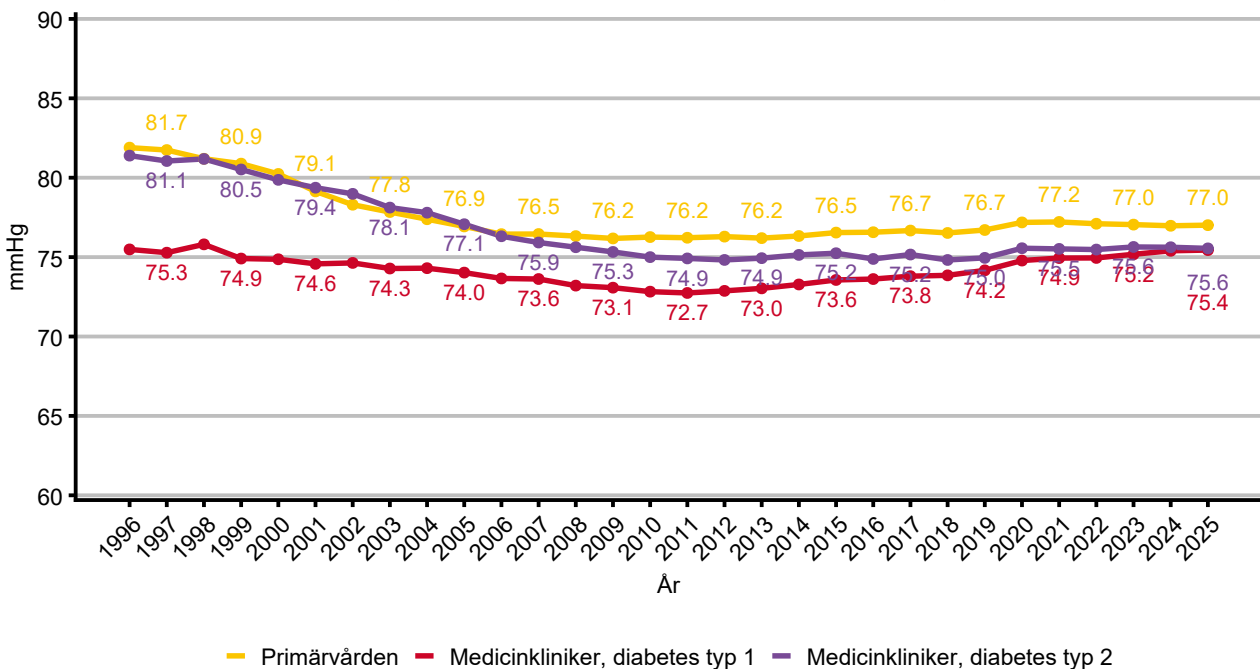
5.5 Blodtryck och blodtryckssänkande behandling

Blodtryck är en viktig påverkbar riskfaktor att följa och behandla. Trenden för medelblodtryck och andel som uppnår blodtryckmålet <140/85 mmHg i primärvården går stadigt åt rätt håll. Trenden för vuxna med typ 1-diabetes har snarast planat av. Det finns skillnader mellan regionerna. Dessa skillnader behöver analyseras och adresseras lokalt och regionalt. Välkontrollerat blodtryck är viktigt för personer med diabetes för att minska risken för komplikationer. Hög blodtryck är om blodtrycket är över 140/85 mmHg och bör då behandlas. Nya internationella guidelines och många regionala behandlingsriktlinjer förordar blodtrycksmål på 130/80 mmHg vid diabetes. Behandlingsmålet för blodtryck ska alltid individanpassas.

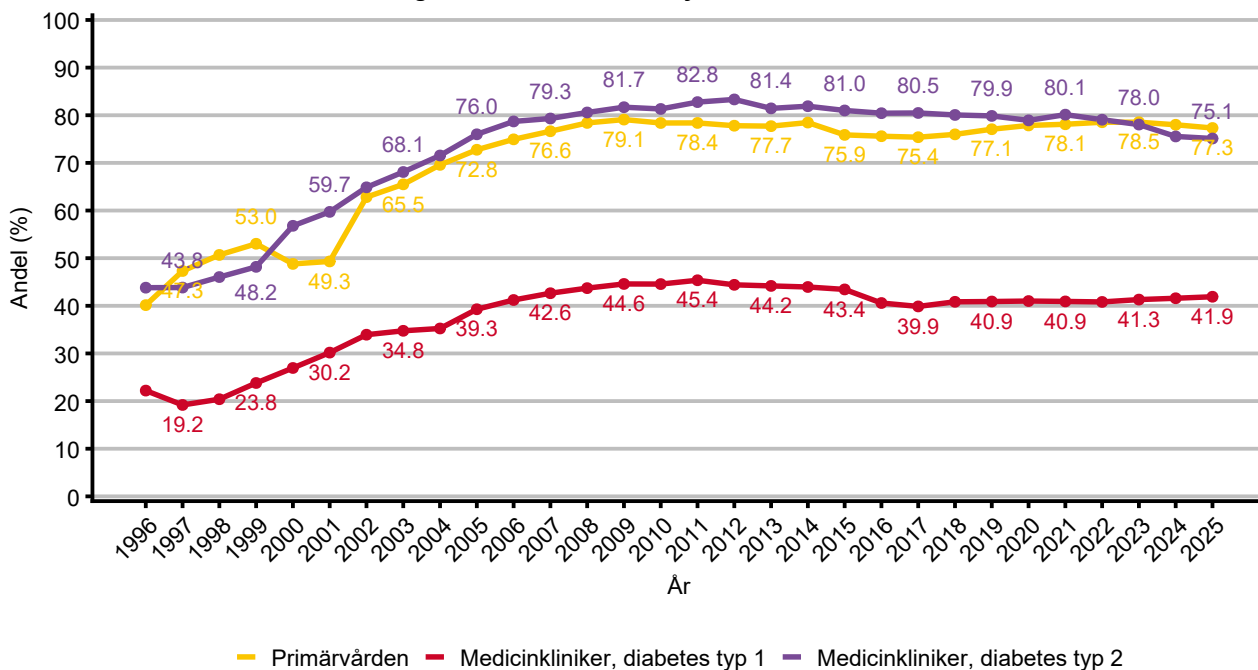
Figur 81. Medelvärde för systoliskt blodtryck (mmHg).



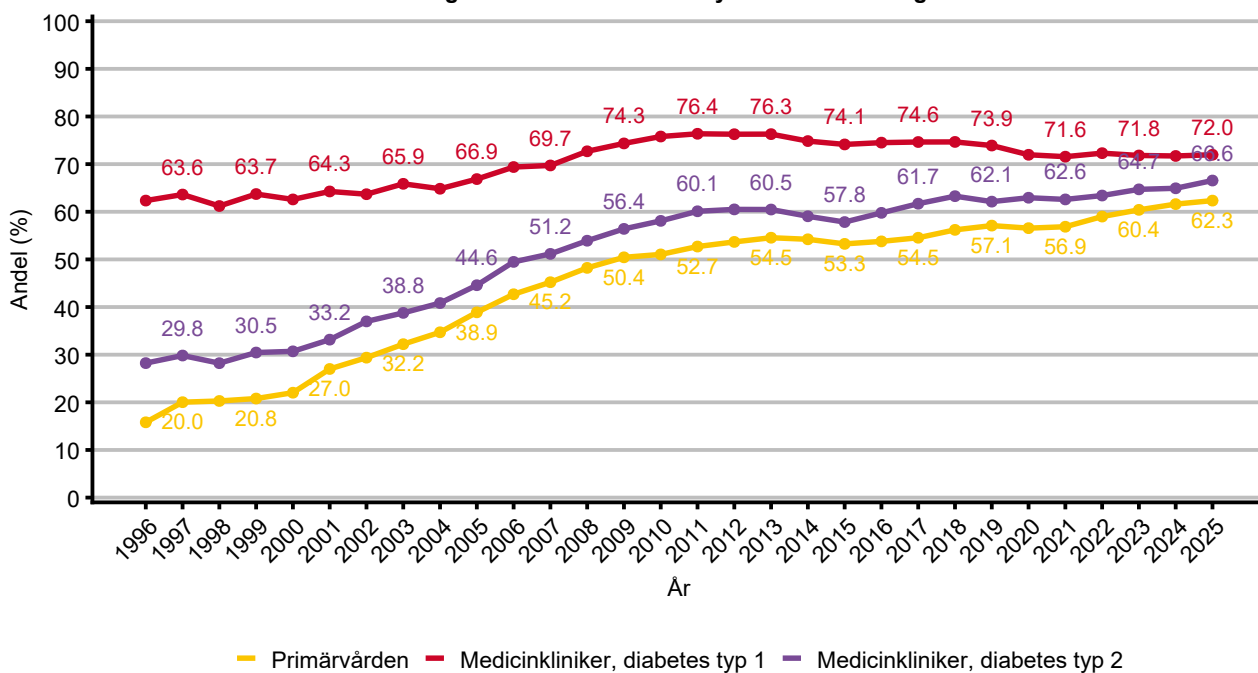
Figur 82. Medelvärde för diastoliskt blodtryck (mmHg).



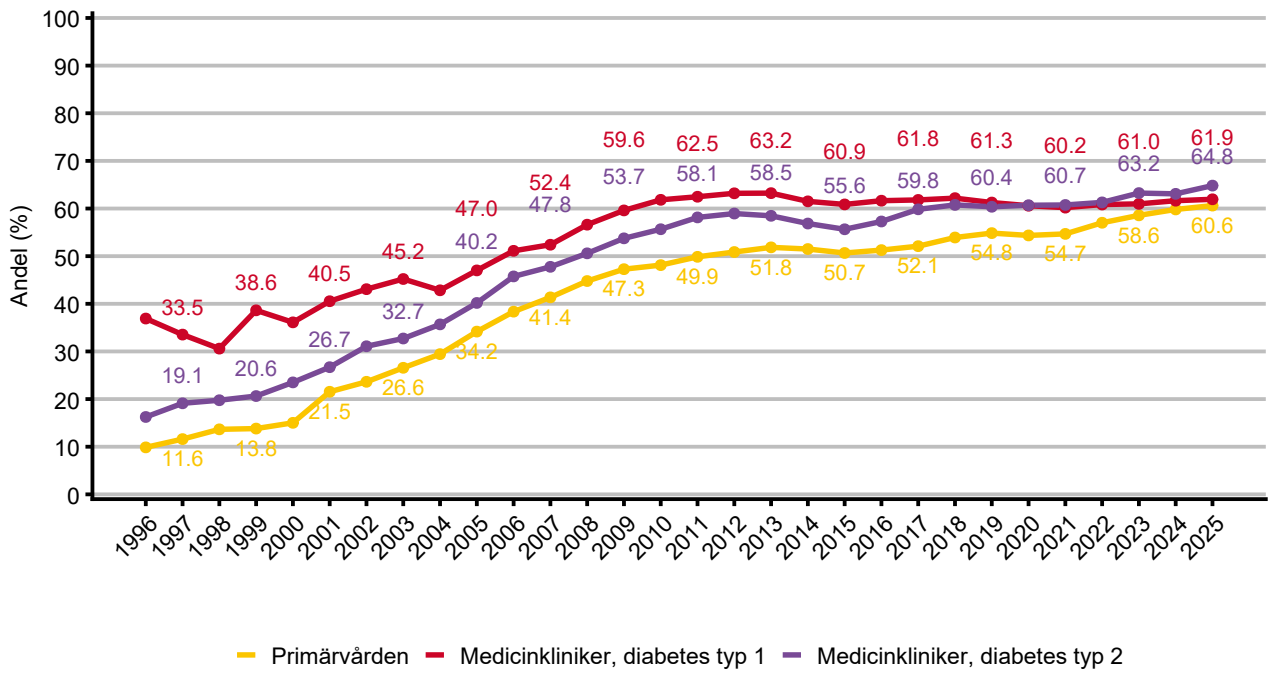
Figur 83. Andel med blodtryckssänkande läkemedel.



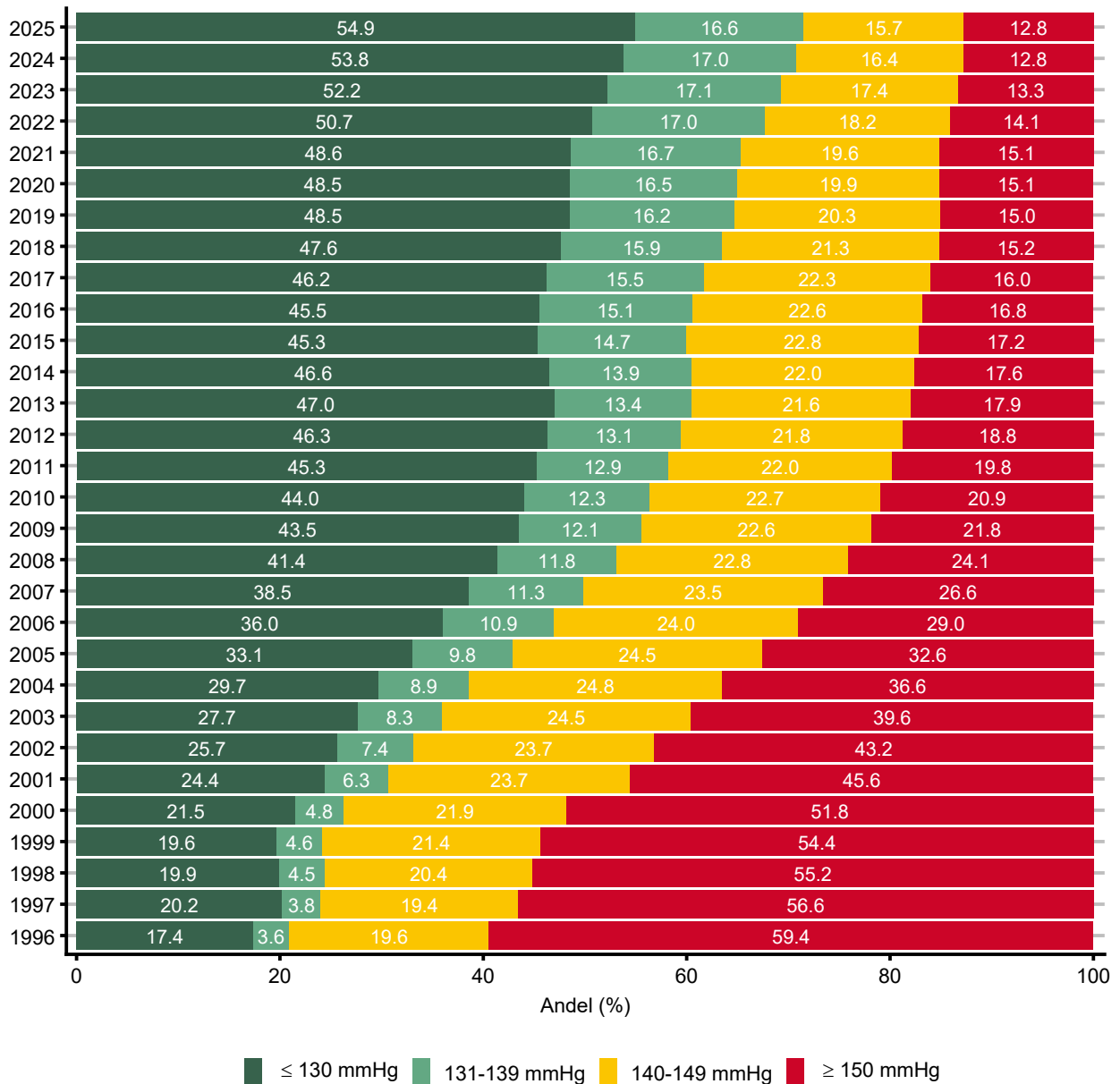
Figur 84. Andel med blodtryck < 140/85 mmHg.



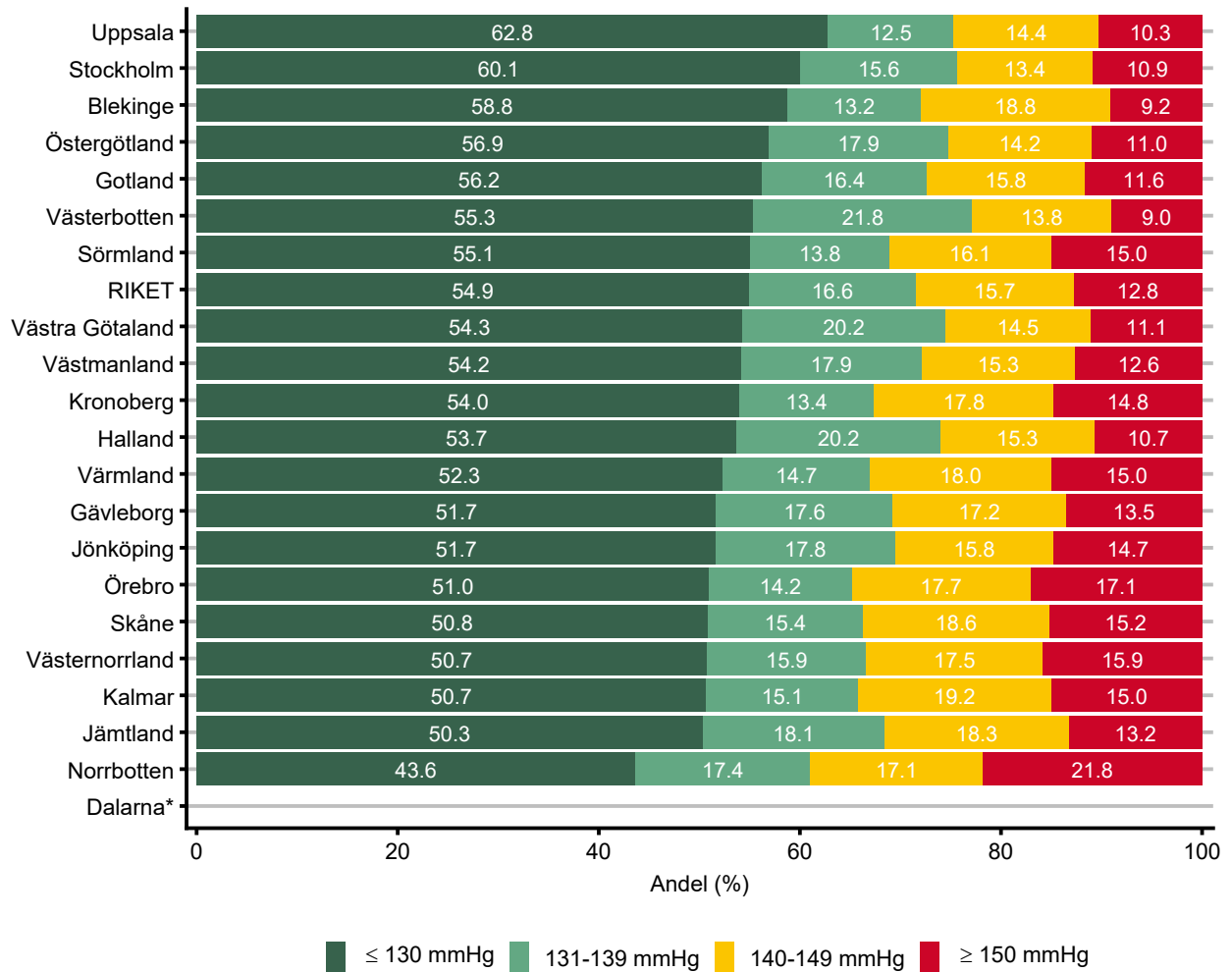
Figur 85. Andel med blodtryck < 140/85 mmHg hos patienter med blodtryckssänkande läkemedel.



Figur 86. Fördelning av systoliskt blodtryck över tid. Primärvård.

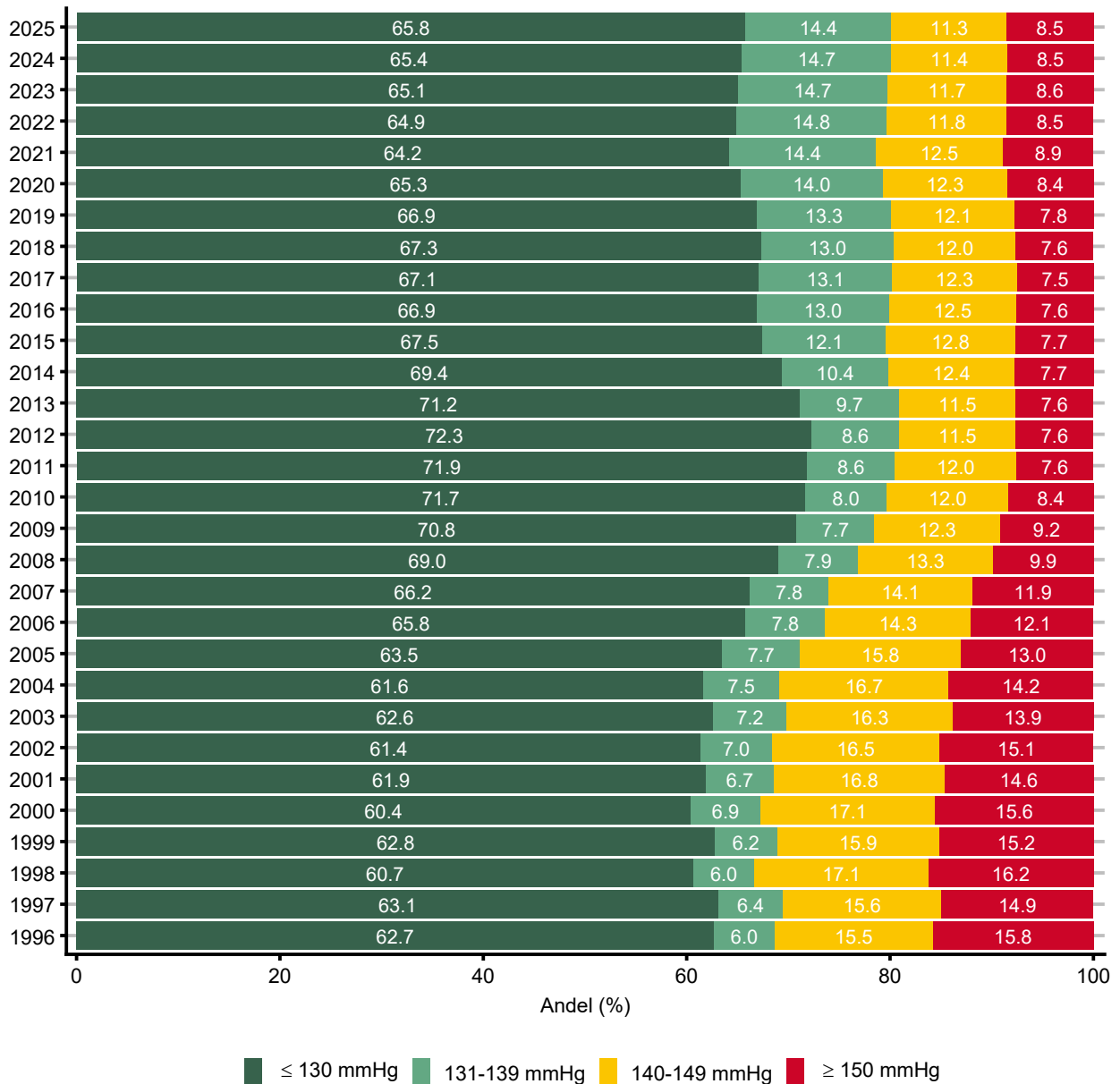


Figur 87. Fördelning av systoliskt blodtryck i regionerna. Primärvård år 2025.

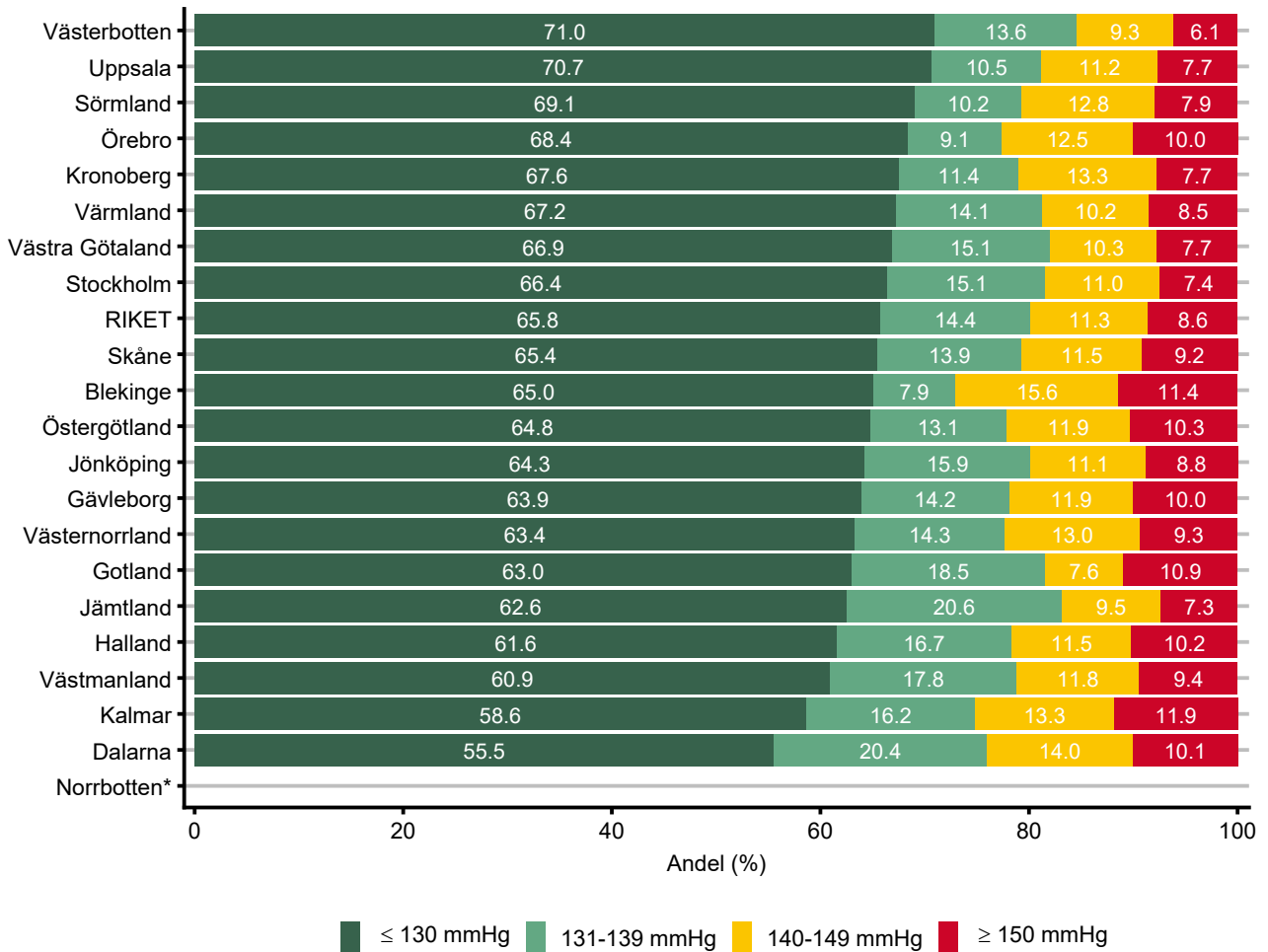


* osäker data

Figur 88. Fördelning av systoliskt blodtryck över tid. Medicinkliniker, diabetes typ 1.



**Figur 89. Fördelning av systoliskt blodtryck i regionerna.
Medicinkliniker, diabetes typ 1, år 2025.**



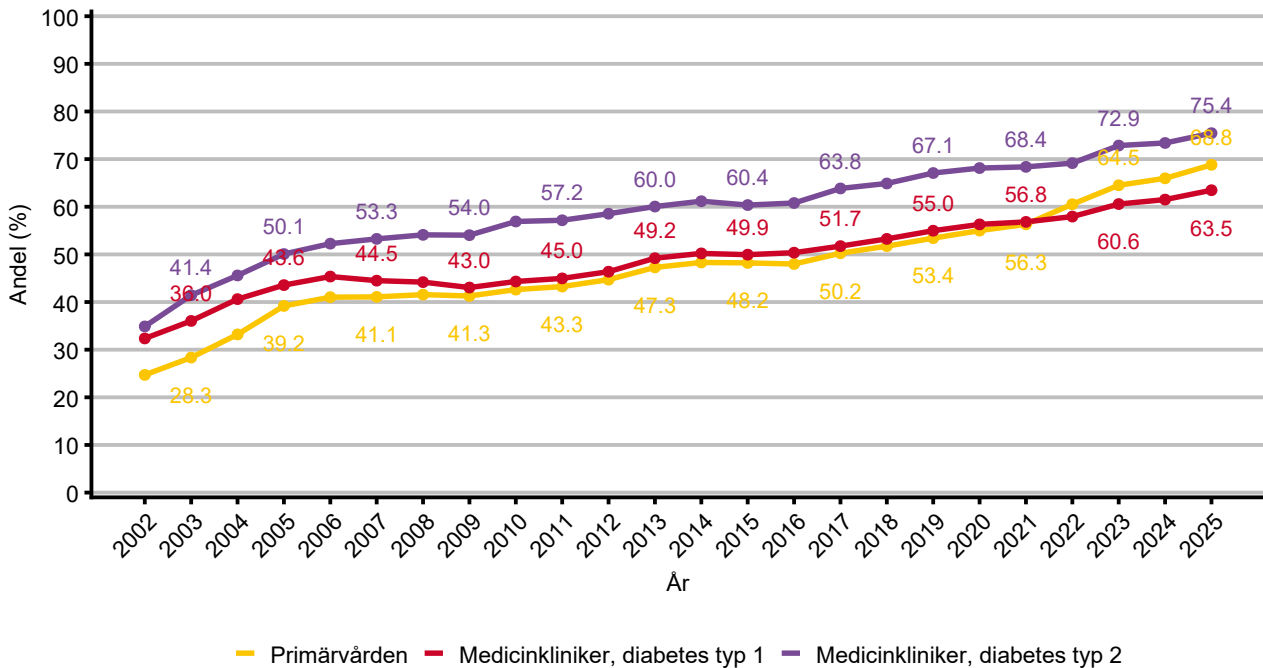
* osäker data

5.6 Lipider och lipidbehandling

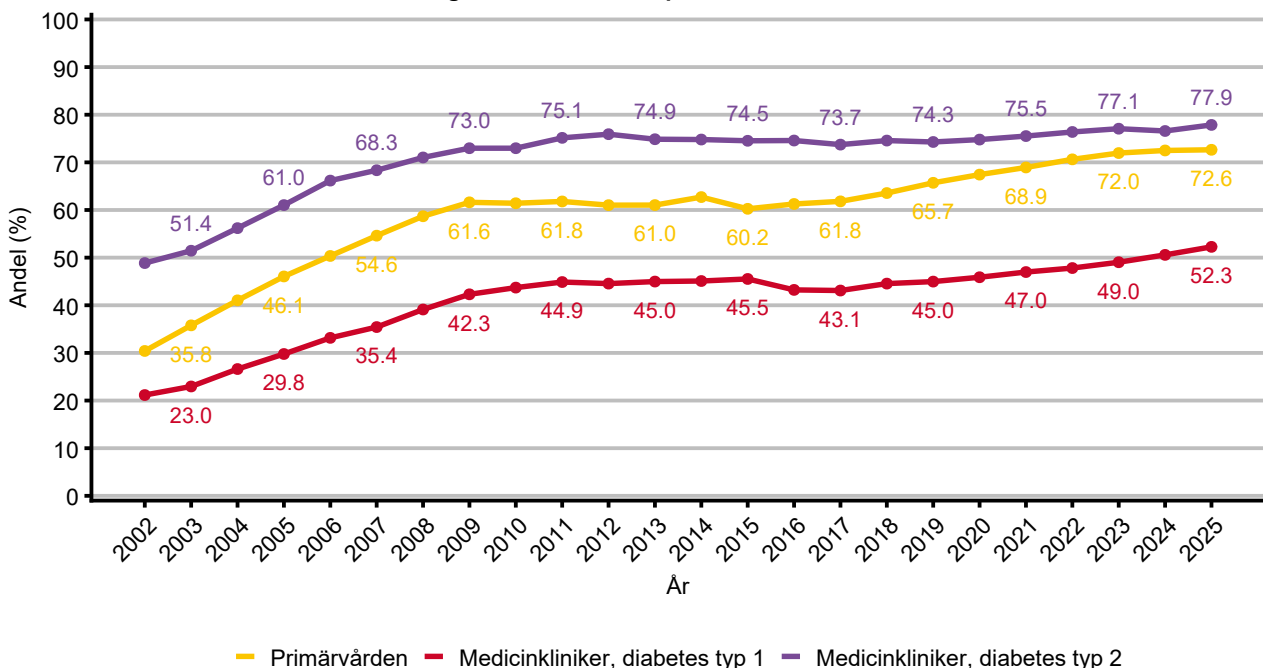
Höga blodfetter är en viktig och behandlingsbar riskfaktor. Det syns tydligt på trenderna i NDR att svensk diabetesvård anammat detta och arbetar systematiskt med insättning och uppföljning av lipidsänkande behandling. Värt att notera är att ca 80% av de med lipidsänkande behandling når behandlingsmålet med LDL-kolesterol <2,5 mmol/L att jämföra med att ca 40-50% av personer utan lipidsänkande behandling når det behandlingsmålet. De nyaste riktlinjerna skärper behandlingsmålen, speciellt hos patienter med hög kardiovaskulär risk. I dessa fall rekommenderas LDL-värde på <1,8 mmol/L. Socialstyrelsen framhåller att lipidsänkande behandling är högt prioriterat vid både typ 1- och typ 2-diabetes med hög eller mycket hög risk för hjärtkärlsjukdom.

Viktigt att påminna om att skillnaderna i måluppfyllelse mellan regionerna inte är så stora utan att de stora skillnaderna är inom regionerna. Den stora förbättringspotentialen kan ske genom att adressera skillnaderna inom regionerna. Här behöver varje region arbeta både lokalt och regionalt och följa sina resultat och verka för att fler personer med diabetes får god riskfaktorkontroll.

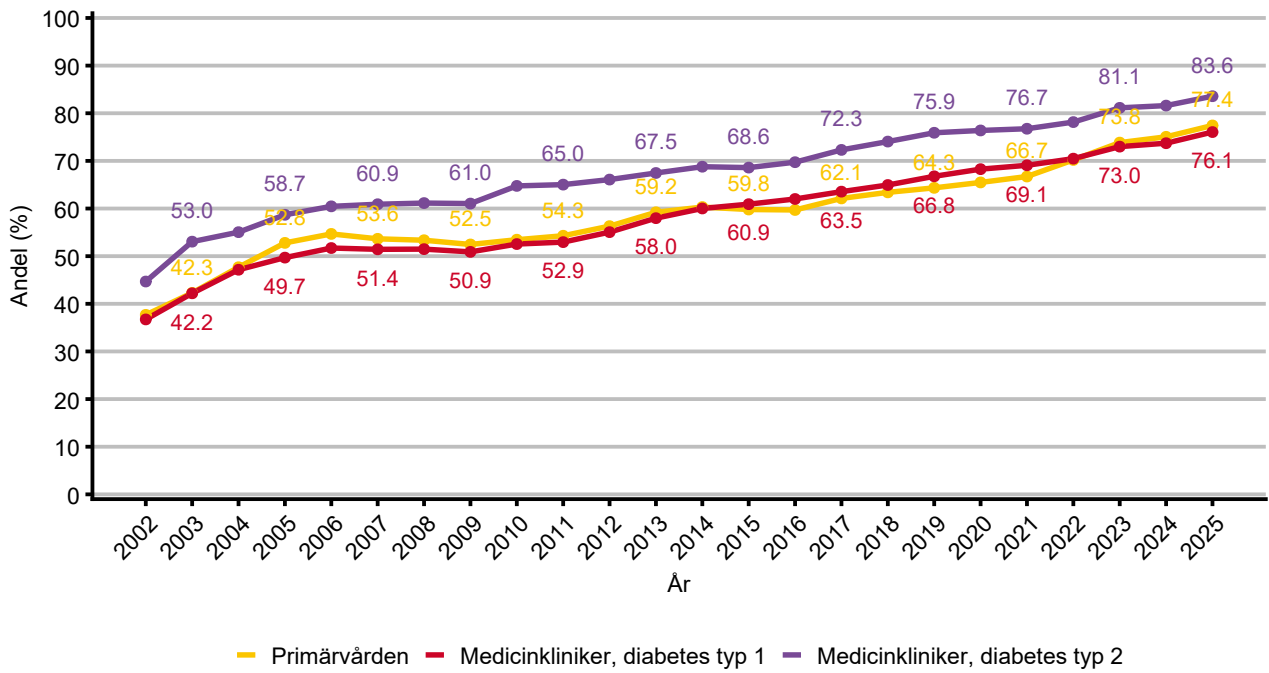
Figur 90. Andel med LDL < 2.5 mmol/L.



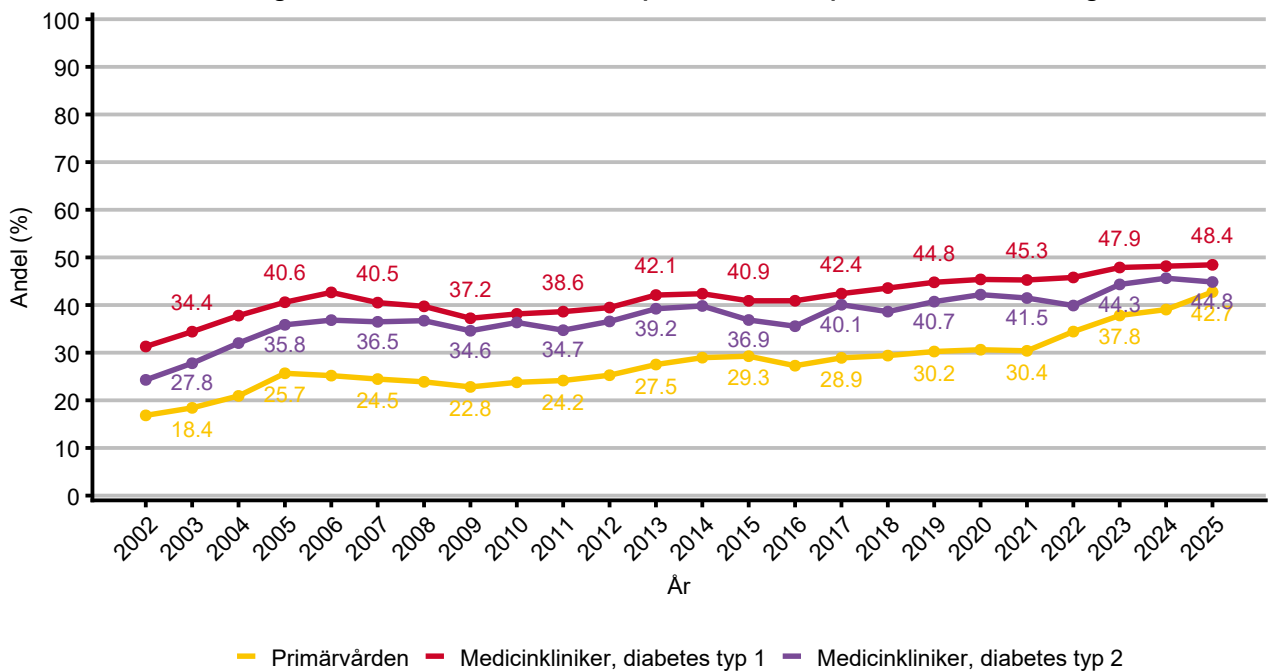
Figur 91. Andel med lipidsänkande läkemedel.



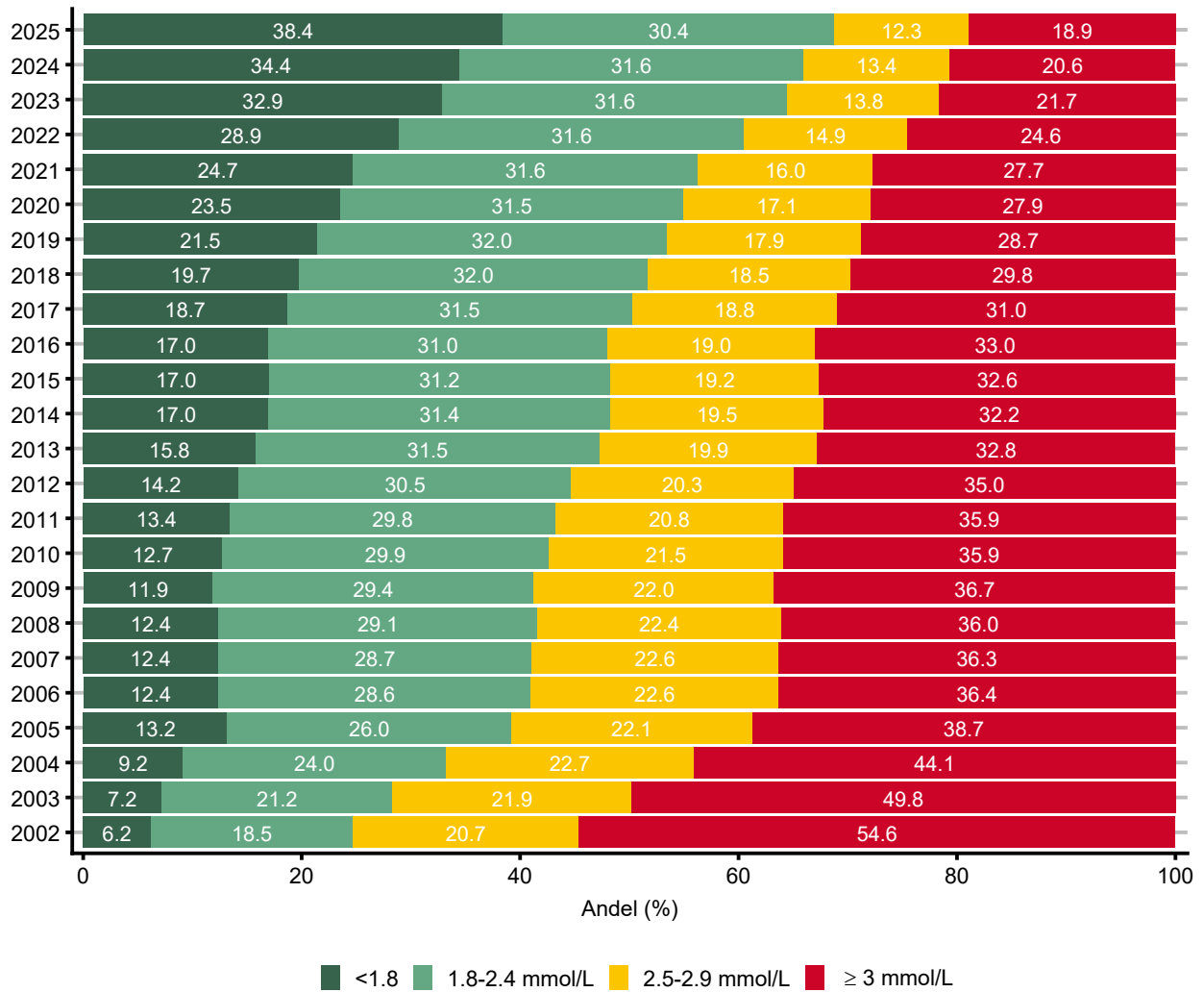
Figur 92. Andel med LDL<2,5 bland personer MED lipidsänkande behandling.



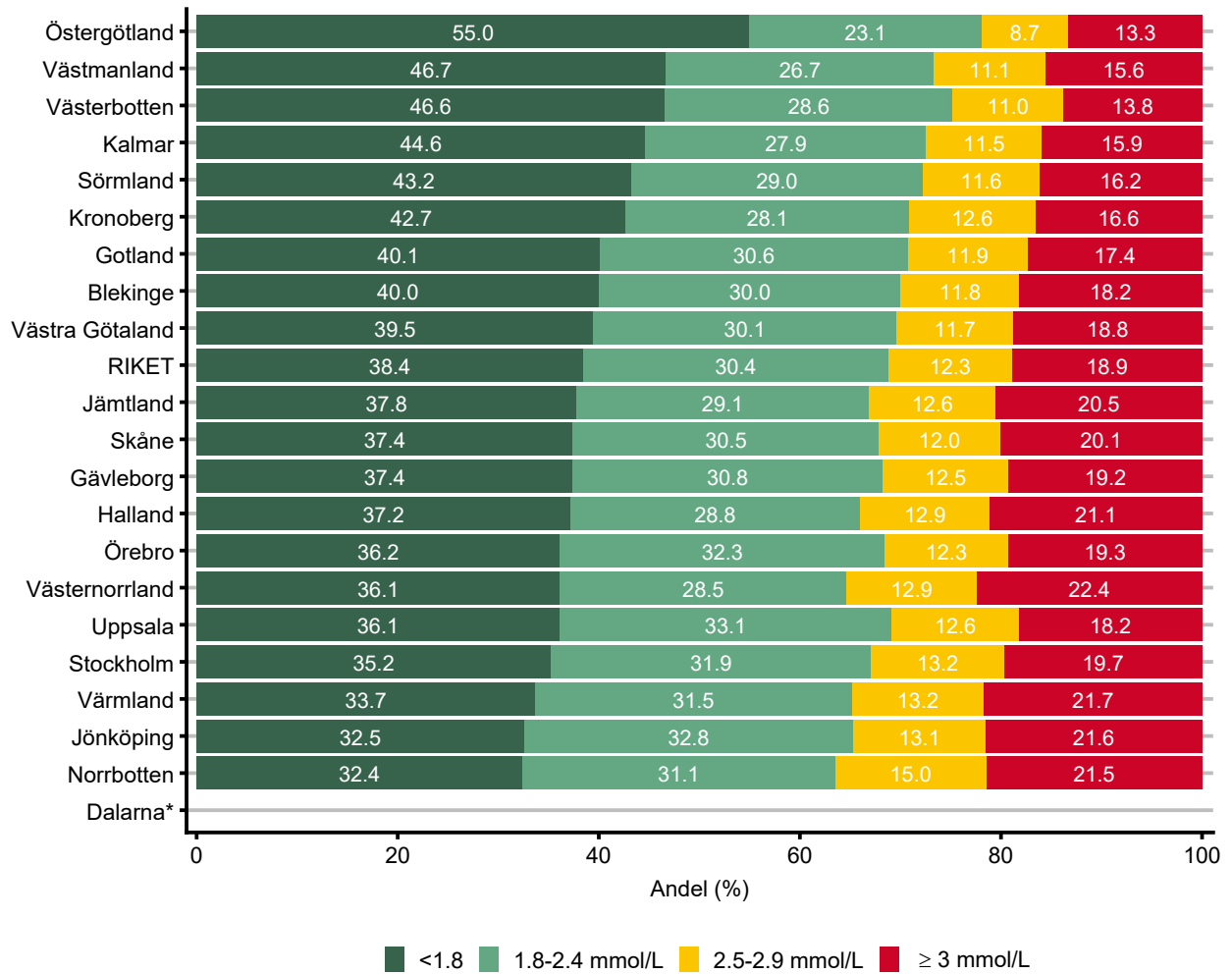
Figur 93. Andel med LDL<2,5 bland personer UTAN lipidsänkande behandling.



Figur 94. Fördelning av LDL över tid. Primärvård.

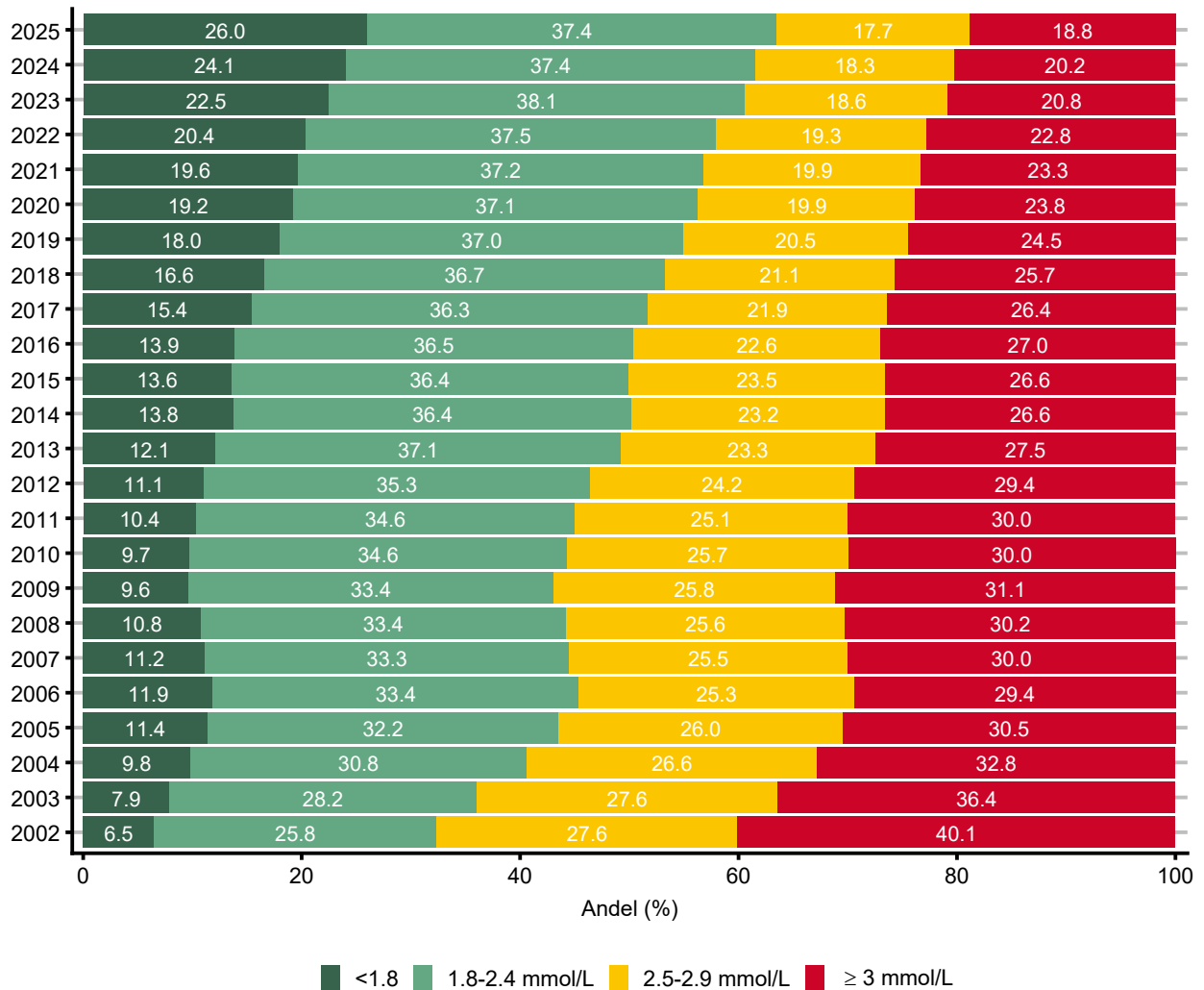


Figur 95. Fördelning av LDL i regionerna. Primärvård, år 2025.

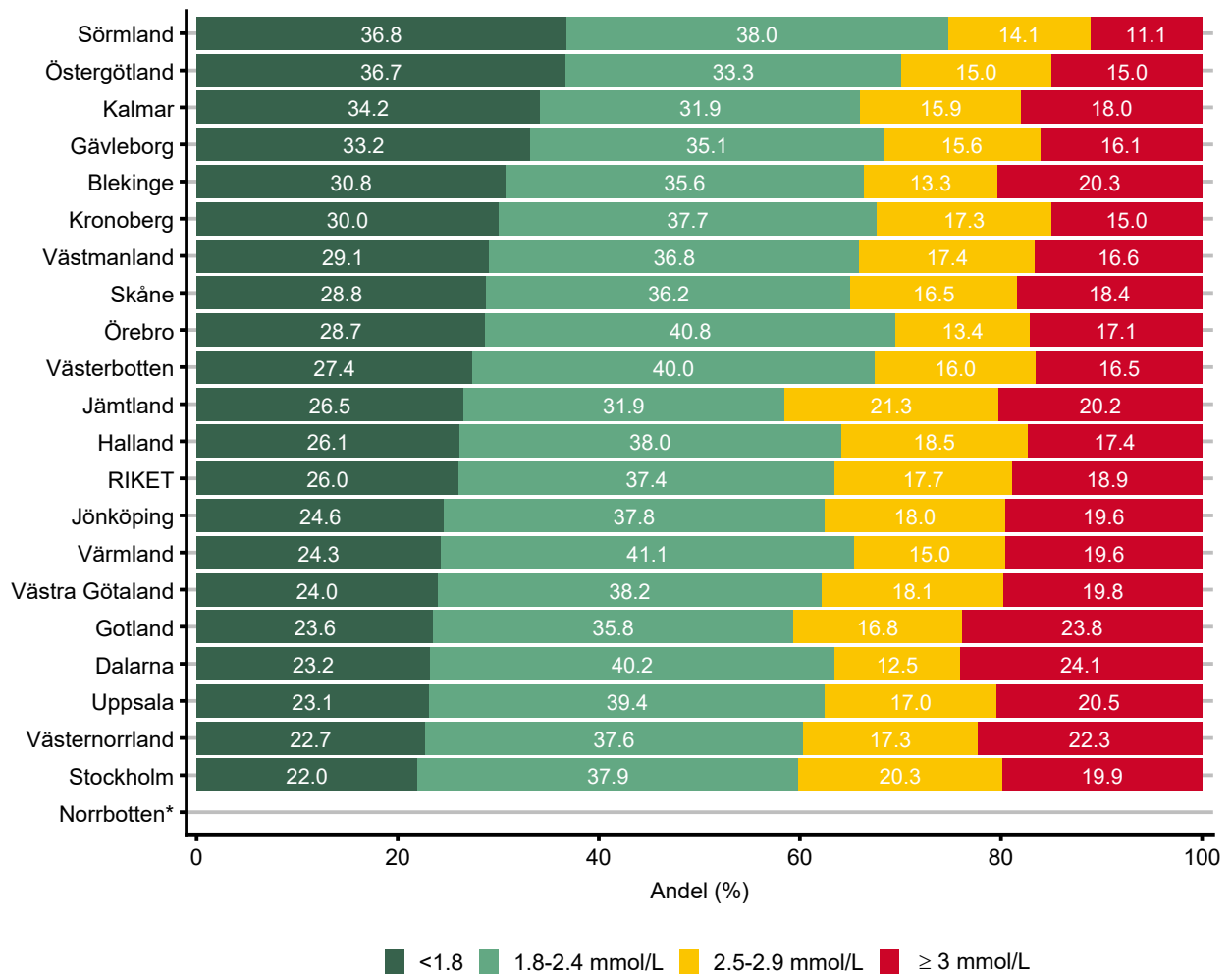


* osäker data

Figur 96. Fördelning av LDL över tid. Medicinkliniker, diabetes typ 1.



Figur 97. Fördelning av LDL i regionerna. Medicinkliniker, diabetes typ 1, år 2025.



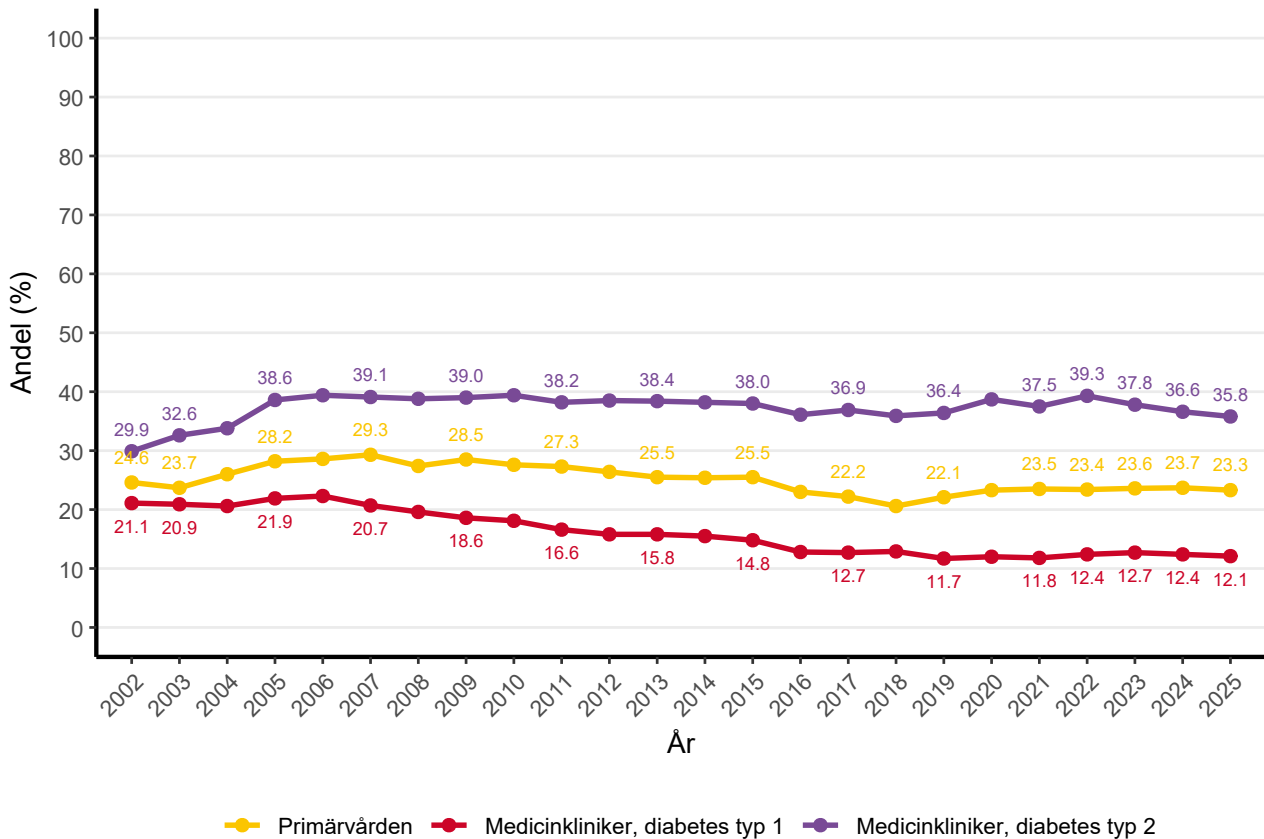
* osäker data

5.7 Njurpåverkan

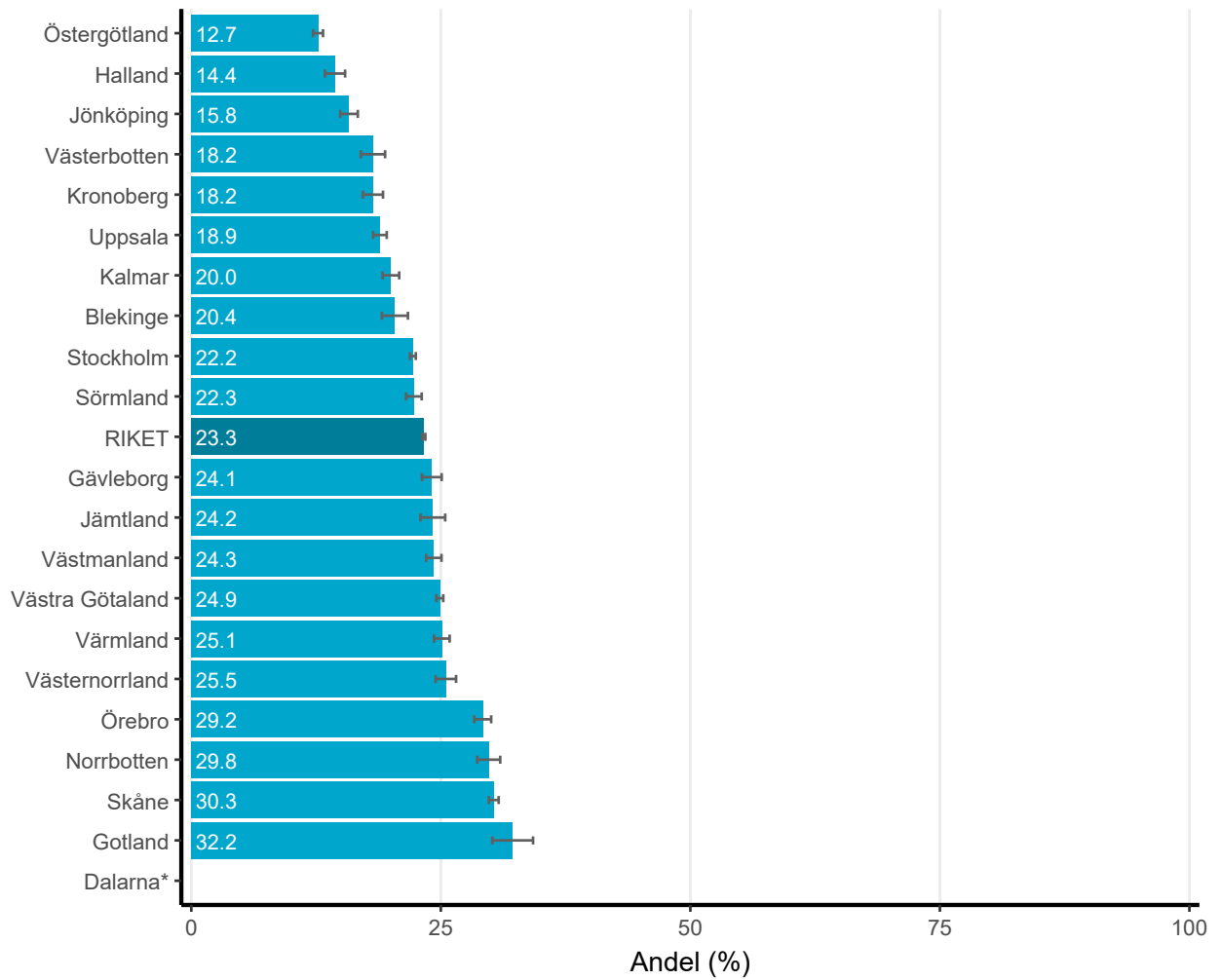
Kronisk njursvikt (nefropati) är en allvarig komplikation vid diabetes som det går att förebygga eller sakta ner utvecklingen av med rätt behandling. Screening av albuminuri och insättande av njurskyddande behandling är därför en central del i god diabetesvård. Enligt Socialstyrelsens riktlinjer bör hälso- och sjukvården årligen undersöka förekomsten av albumin i urinen hos personer med diabetes. Avgörande för rekommendationen är att albumin i urinen är en stark riskmarkör för allvarlig njurskada, hjärtkärlsjukdom och död.

Intresset för albuminuri ökar i takt med att ny diabetesbehandling kan påverka denna riskfaktor. I dag rekommenderas årlig screening med urin-albumin/kreatinin-kvot. Albuminuri omfattar i årsrapporten förekomst av både mikro- och makroalbuminuri. Rapporteringsgraden för albuminuri-variabeln har sjunkit under 2025, sannolikt till följd av alla byten av journalsystem och behöver förbättras.

Figur 98. Andel med albuminuri.

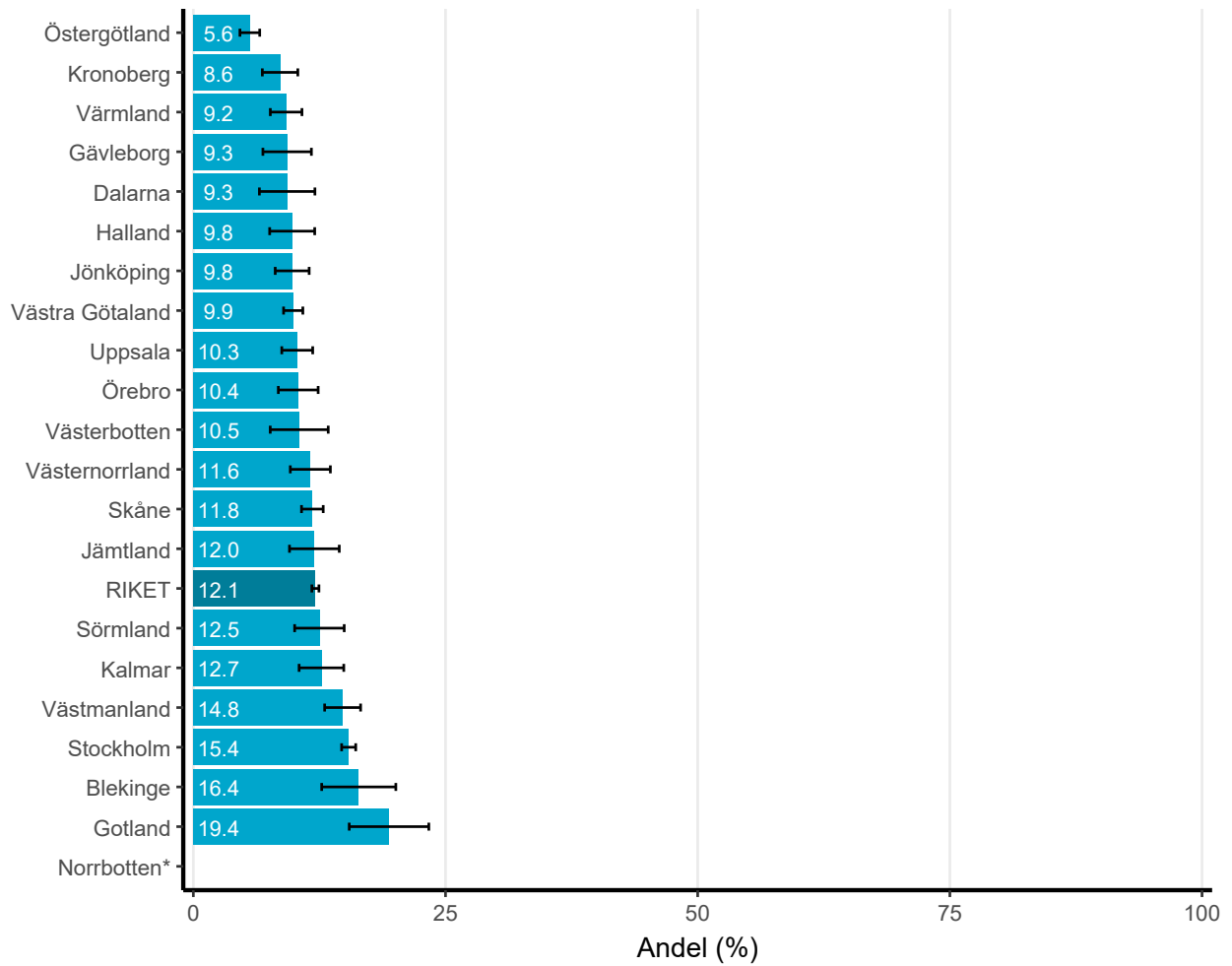


Figur 99. Andel med albuminuri i regionerna. Primärvård, år 2025.



* osäker data

**Figur 100. Andel med albuminuri i regionerna.
Medicinkliniker, diabetes typ 1, år 2025.**



* osäker data

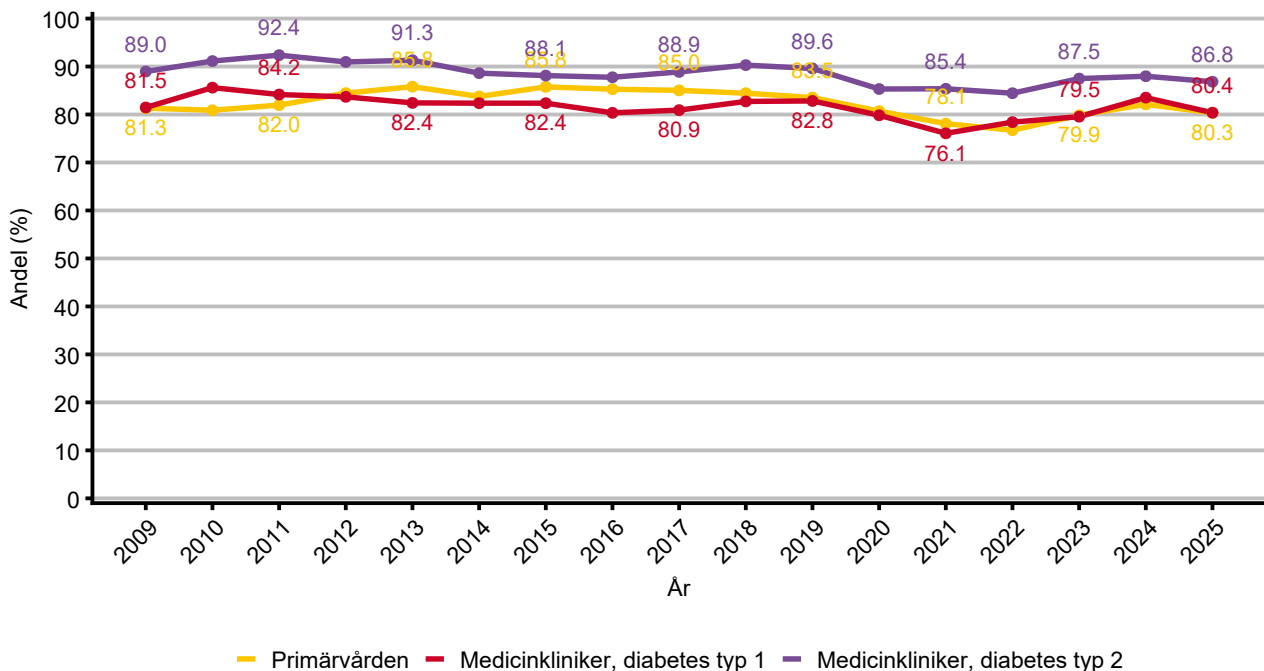
5.8 Diabetesretinopati och ögonbottenundersökning

Ögonbottenförändringar (retinopati) och försenad ögonbottenundersökning är något som oroar många personer med diabetes. De flesta har mild eller måttlig retinopati, men eftersom man inte själv kan upptäcka en behandlingsbar försämring av retinopatin, leder det till oro när inte screeningundersökningen görs i tid.

Graferna visar de med retinopati som gjort ögonbottenundersökning inom 18 månader respektive de utan retinopati som gjort ögonbottenundersökning enligt riktlinjerna Enligt Socialstyrelsens riktlinjer bör hälso- och sjukvården erbjuda personer med typ 1- och typ 2-diabetes utan retinopati ögonbottenfotografering vartannat respektive vart tredje år och oftare vid förekomst av retinopati. För de med retinopati är 18 månader är inte ett vedertaget screeningintervall, men satt här för att på ett rimligt sätt fånga de som ska göra årliga ögonbottenundersökningar. Vissa patienter ska göra ögonbottenundersökning oftare och några mer sällan. Innan det är bättre rapportering på grad av retinopati i NDR, är detta det bästa sättet att visa denna grupp.

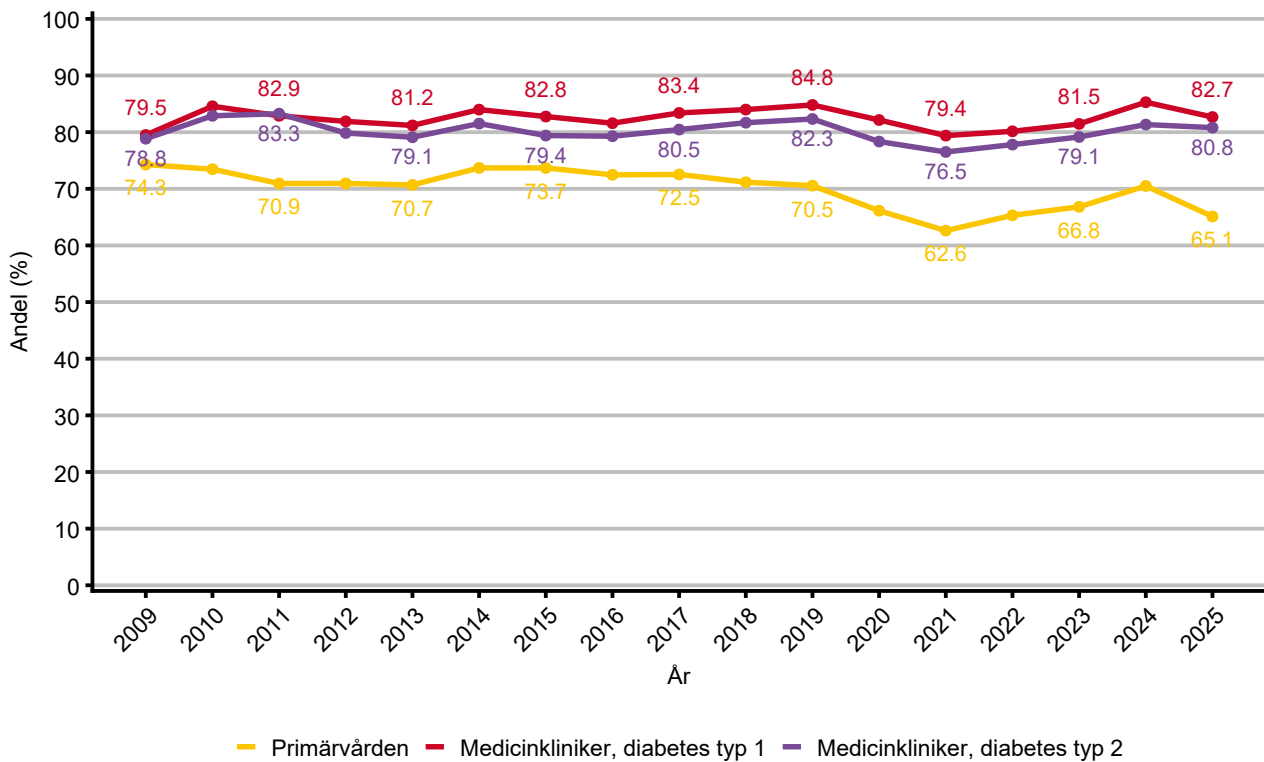
År 2025 var det 52% av de med typ 1-diabetes och 19% av de i primärvården som hade någon form av retinopati. Spridningen i andelsmåtten mellan regionerna gör siffran svårtolkad och några regioner kan inte visas pga låg rapporteringsgrad och därmed osäkra data. Sedan förra årets rapport är nämnaren alla patienter oavsett om de finns data på variabeln diabetesretinopati eller ej vilket riskerar att underskatta andelen med retinopati vid låg rapporteringsgrad. Diabetesvården behöver se över hur information om retinopati och grad av retinopati dokumenteras så att den kan direktöverföras till NDR. Vi vet att många regioner arbetar med frågan tillsammans med sina journalleverantörer och förhoppningen är att det blir en bättre rapportering redan nästa år.

Figur 101. Andel av de utan diabetesretinopati som gjort ögonbottenundersökning enligt riktlinjer*.

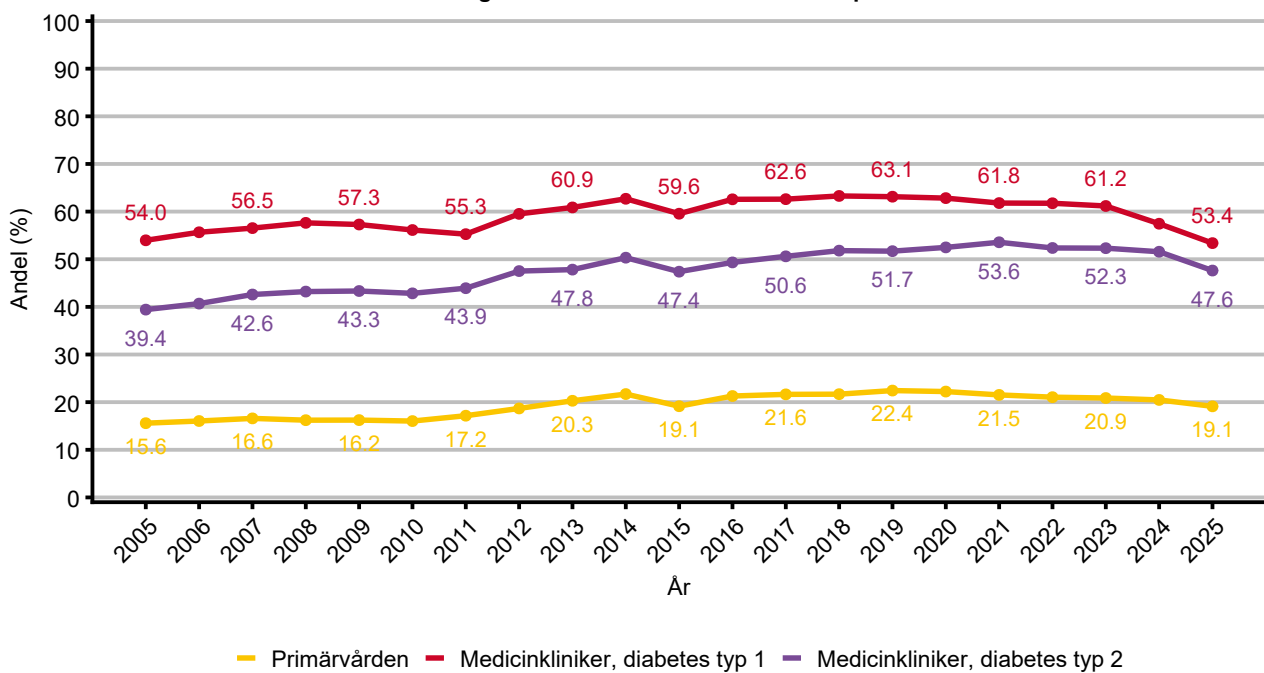


*Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård, uppföljning och översyn, 2017: vid typ 1-diabetes skall ögonbotten kontrolleras vartannat år med målnivå > 98% och vid typ 2-diabetes kontroll vart tredje år med målnivå >96%, om ingen ögonsjukdom föreligger, annars oftare.

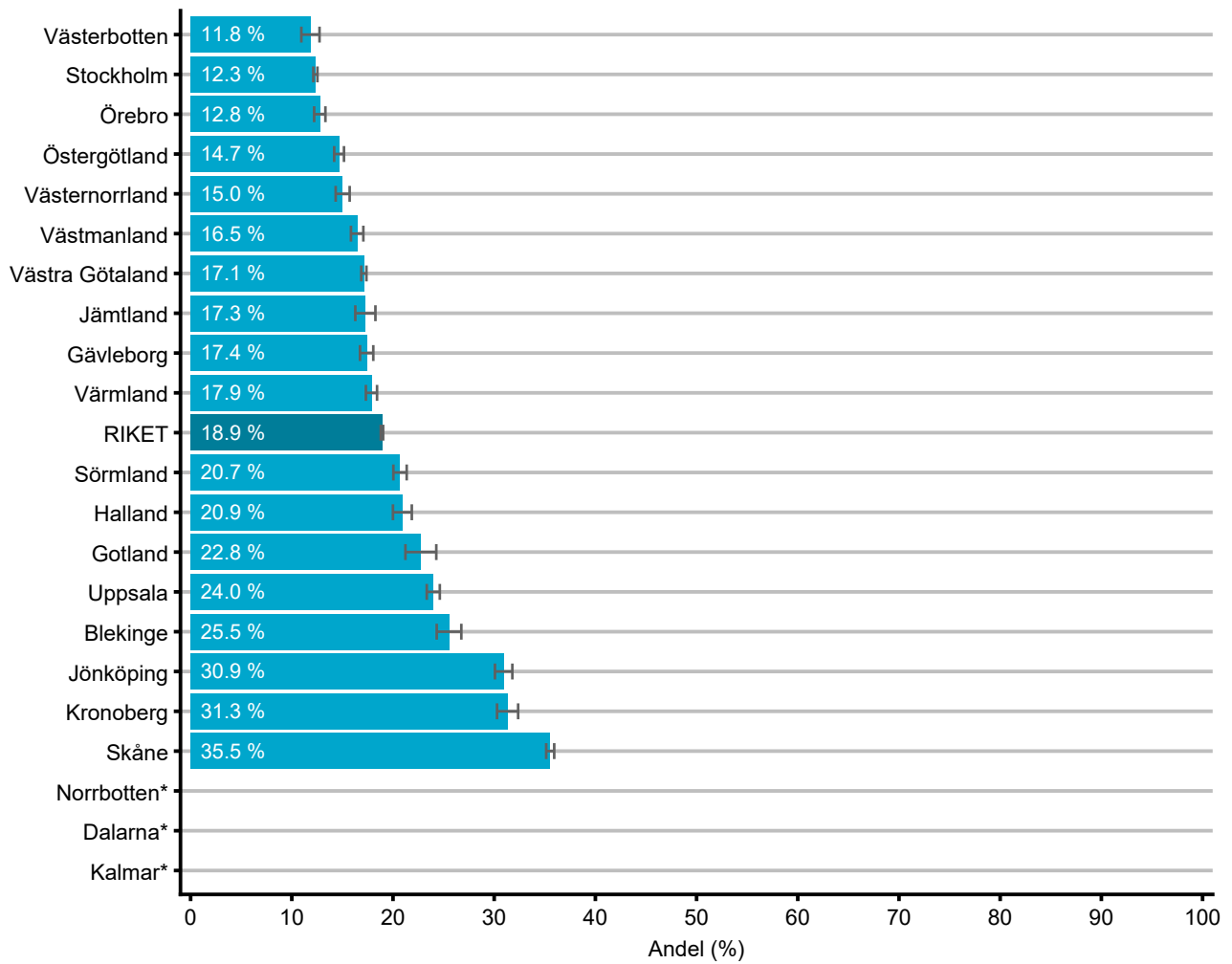
Figur 102. Andel av de med diabetesretinopati som gjort ögonbottenundersökning inom 18 månader.



Figur 103. Andel med diabetesretinopati.

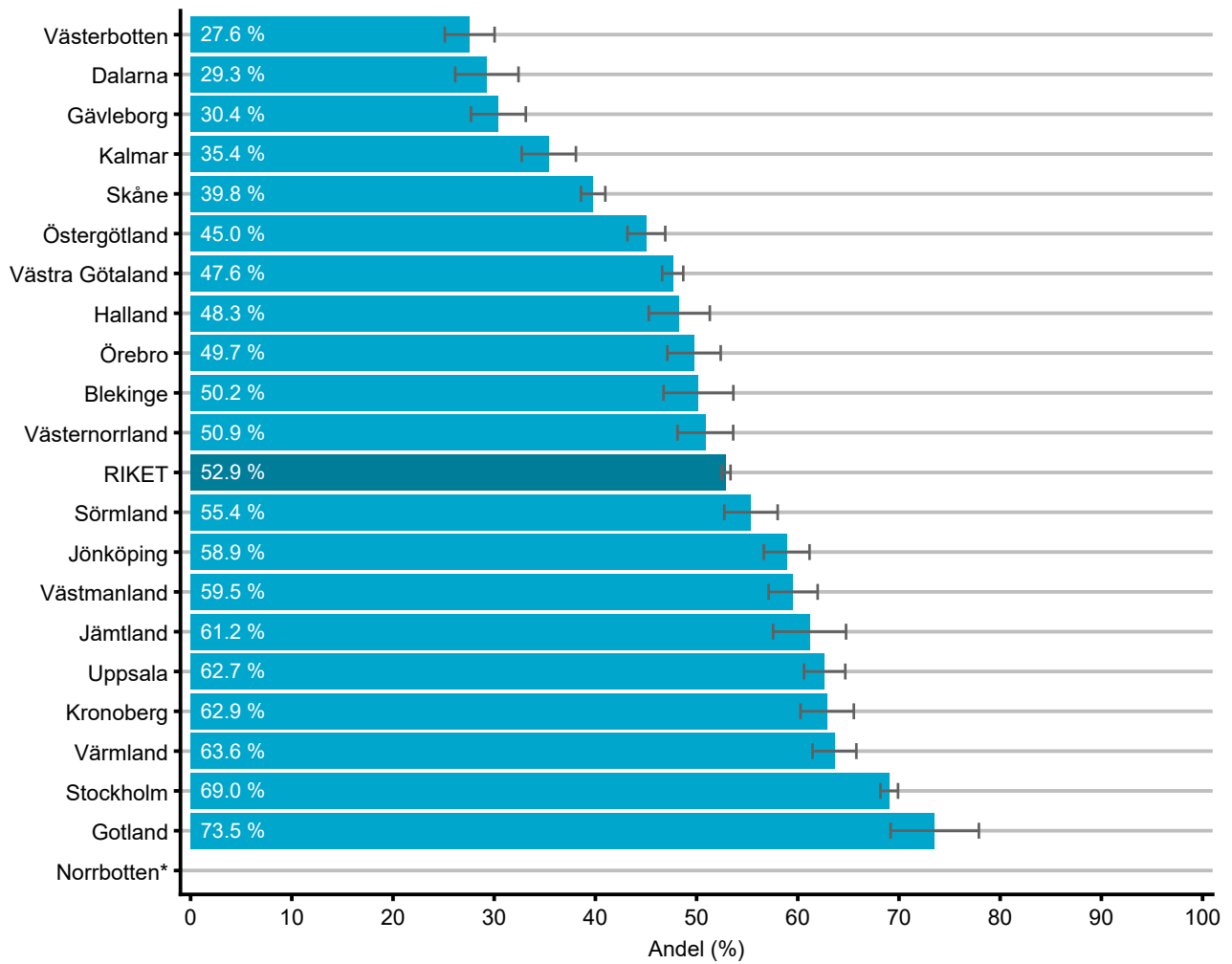


Figur 104. Andel med diabetesretinopati i regionerna. Primärvården, år 2025.



* osäker data eller låg täckningsgrad

Figur 105. Andel med diabetesretinopati i regionerna. Medicinkliniker, diabetes typ 1, år 2025.

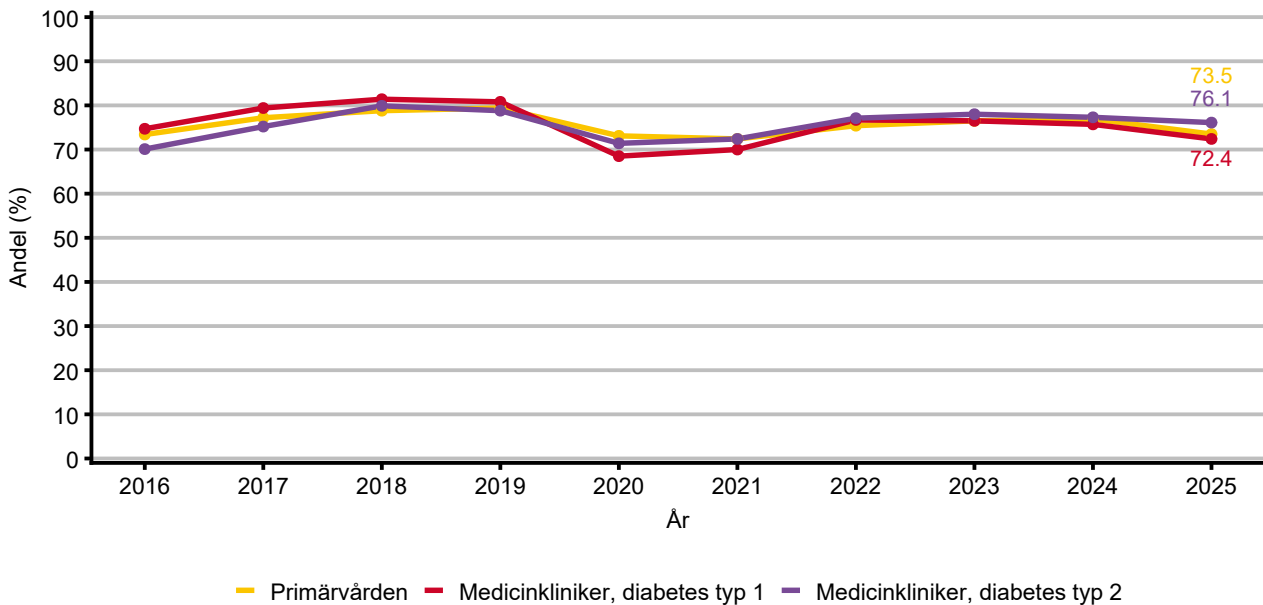


* osäker data eller låg täckningsgrad

5.9 Fötter och fotundersökning

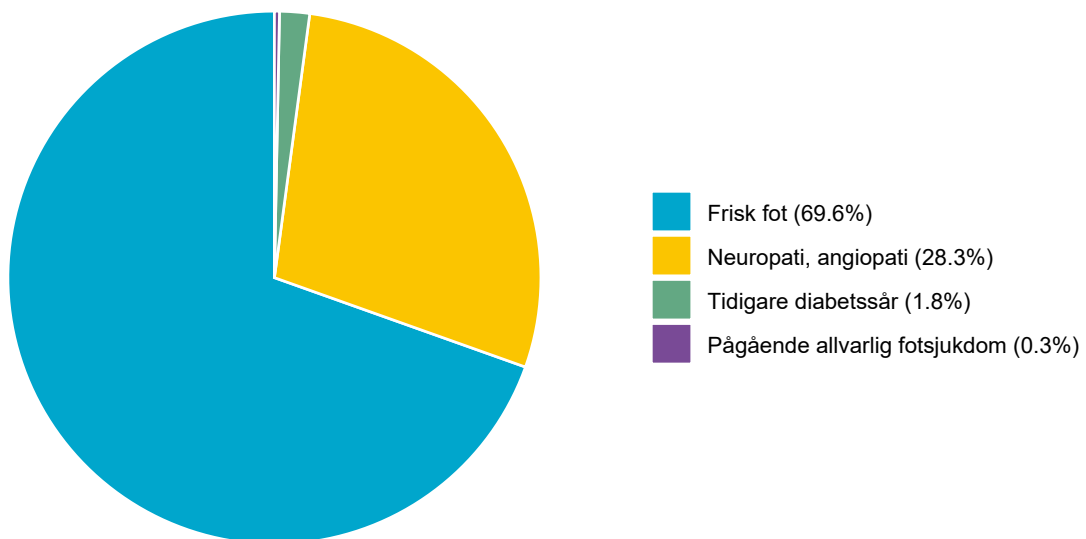
Fotundersökning är en viktig del av den årliga rutinundersökningen för personer med diabetes. Fotsår kan leda till svår sjukdom och funktionsnedsättning. Fungerande vårdprocesser för fotundersökningar och för behandling av fotsår är av stor vikt. Det pågående nationella arbetet med personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp (PSV) för omhändertagande av patienter med diabetes och hög risk för fotsår, kommer ge ökat fokus på fotfrågorna med både preventiva insatser och omhändertagande av sår. Uppföljningen av detta PSV kan bland annat ske genom data från NDR. I primärvården har ca 30% av patienterna riskfotkategori 2, dvs förekomst av neuropati eller angiopati utan aktuellt eller tidigare sår. Motsvarande siffra för patienter med typ 1-diabetes på medicinkliniker är ca 20%. Andel av patienterna som genomgått fotundersökning senaste året uppdelat på regionerna och inom regionerna kan hämtas i NDR-Knappen.

Figur 106. Andel med kontroll av fotstatus senaste året*.

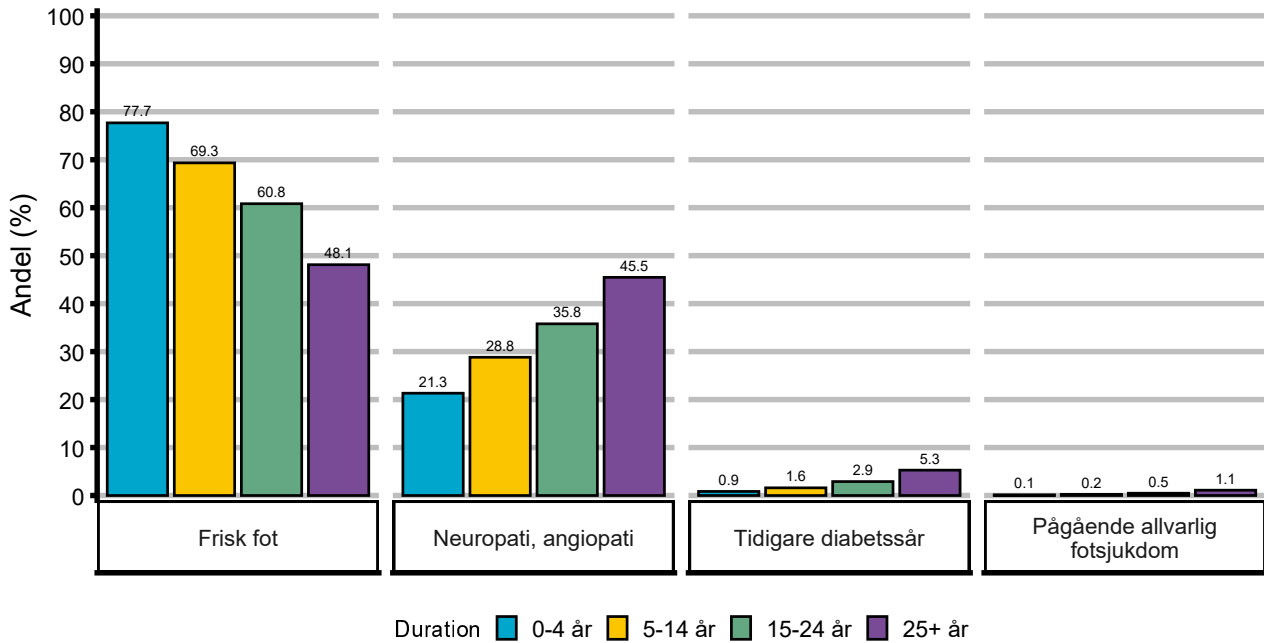


*Socialstyrelsens nationella riktlinjer för diabetesvård, uppföljning och översyn, 2017. Fotundersökning skall utföras årligen. Målnivån för fotundersökning vid typ 1-diabetes är > 95% och för typ 2-diabetes > 99%.

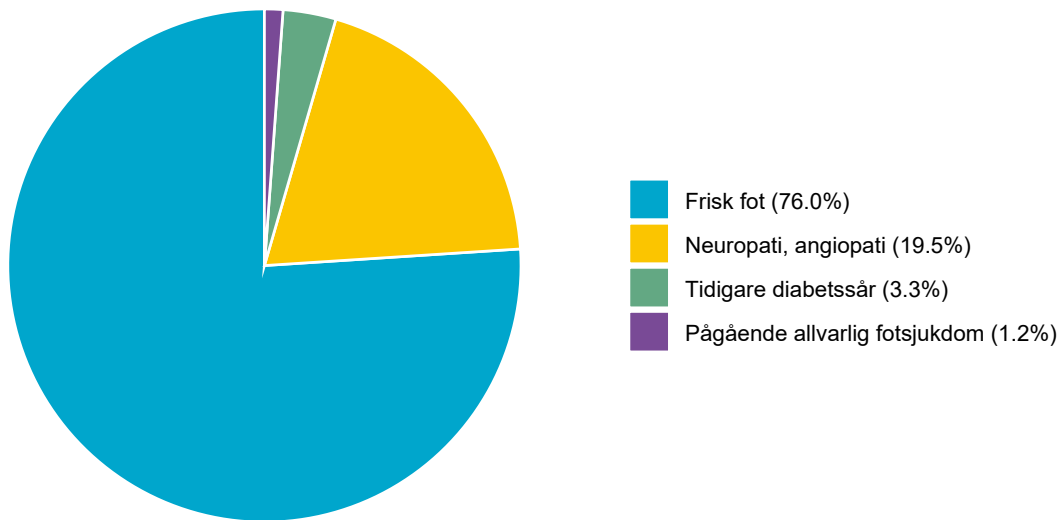
Figur 107. Fördelning av riskfotkategorier. Primärvården, år 2025.



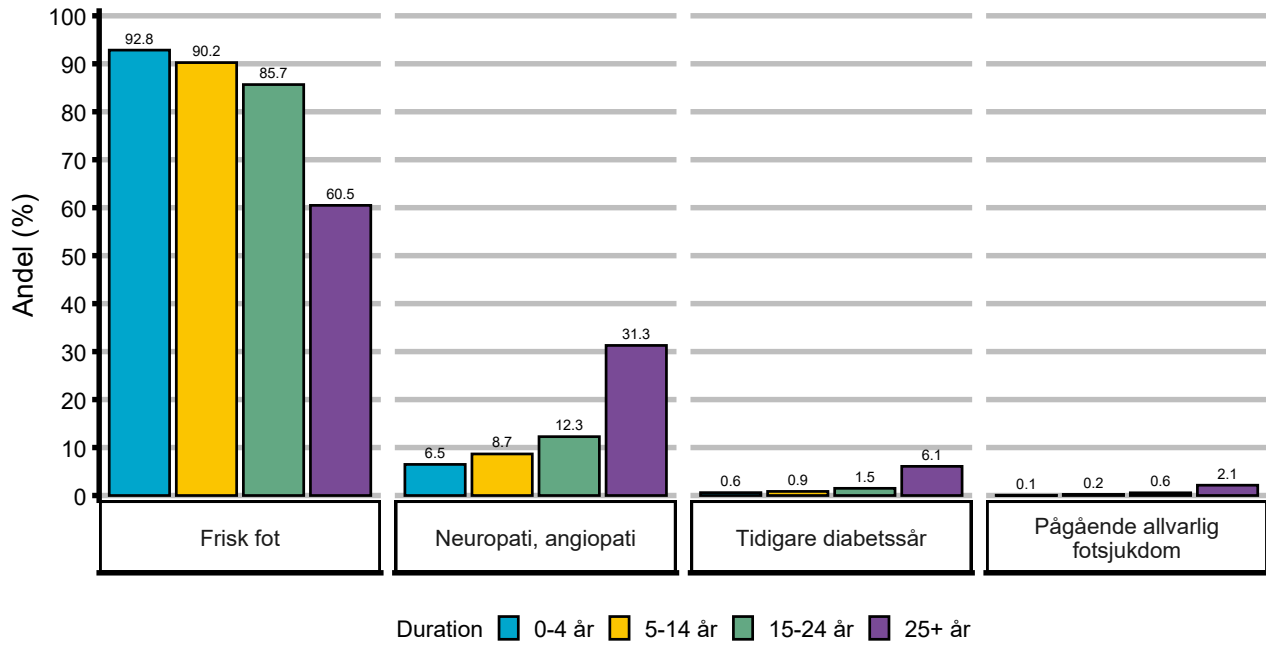
Figur 108. Fördelning av riskfotkategorier uppdelat enligt intervaller för diabetesduration. Primärvården, år 2025.



Figur 109. Fördelning av riskfotkategorier. Medicinklinik, diabetes typ 1, år 2025.



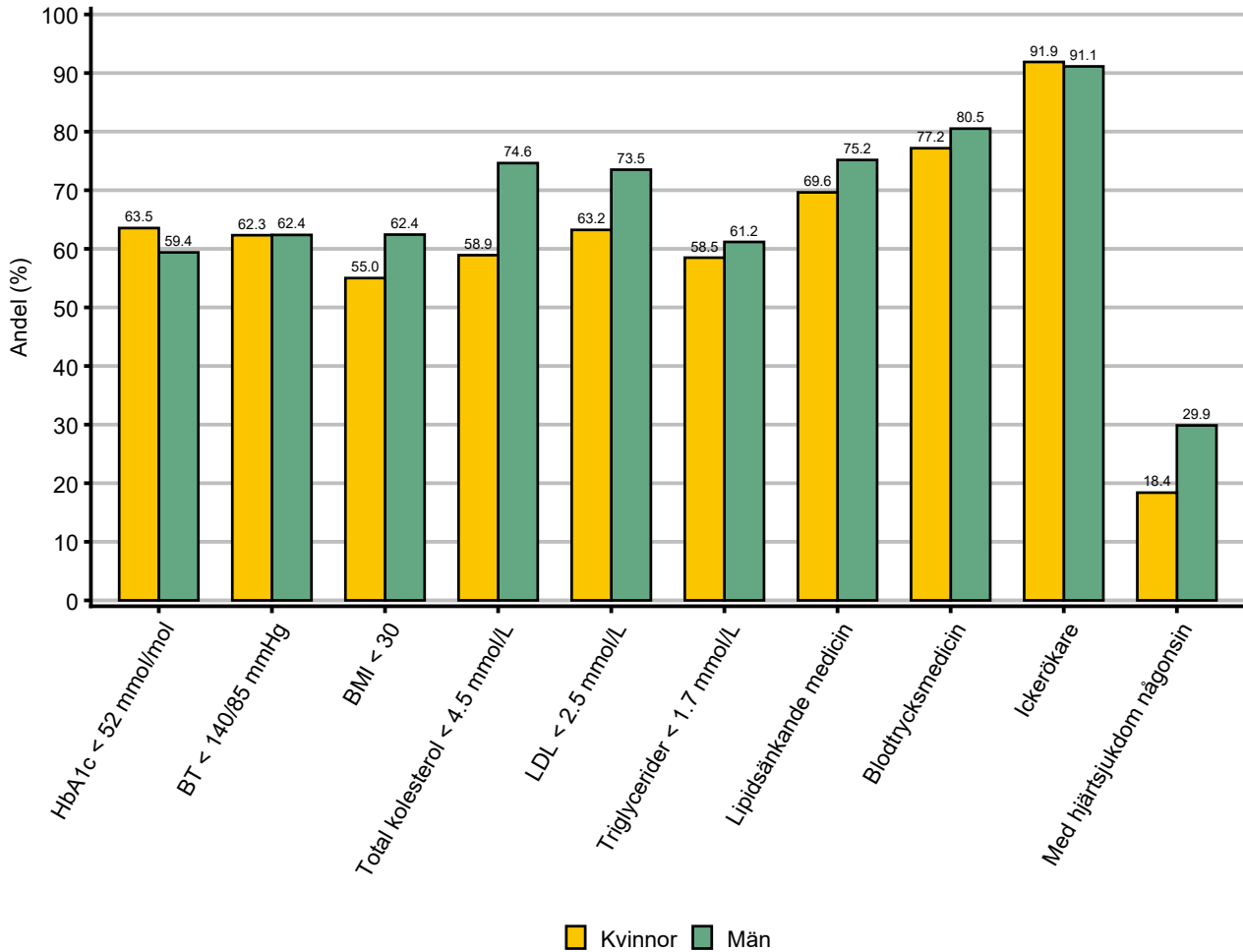
Figur 110. Fördelning av riskfotkategorier uppdelat enligt intervaller för diabetesduration. Medicinklinik, diabetes typ 1, år 2025.



5.10 Kvinnor och män

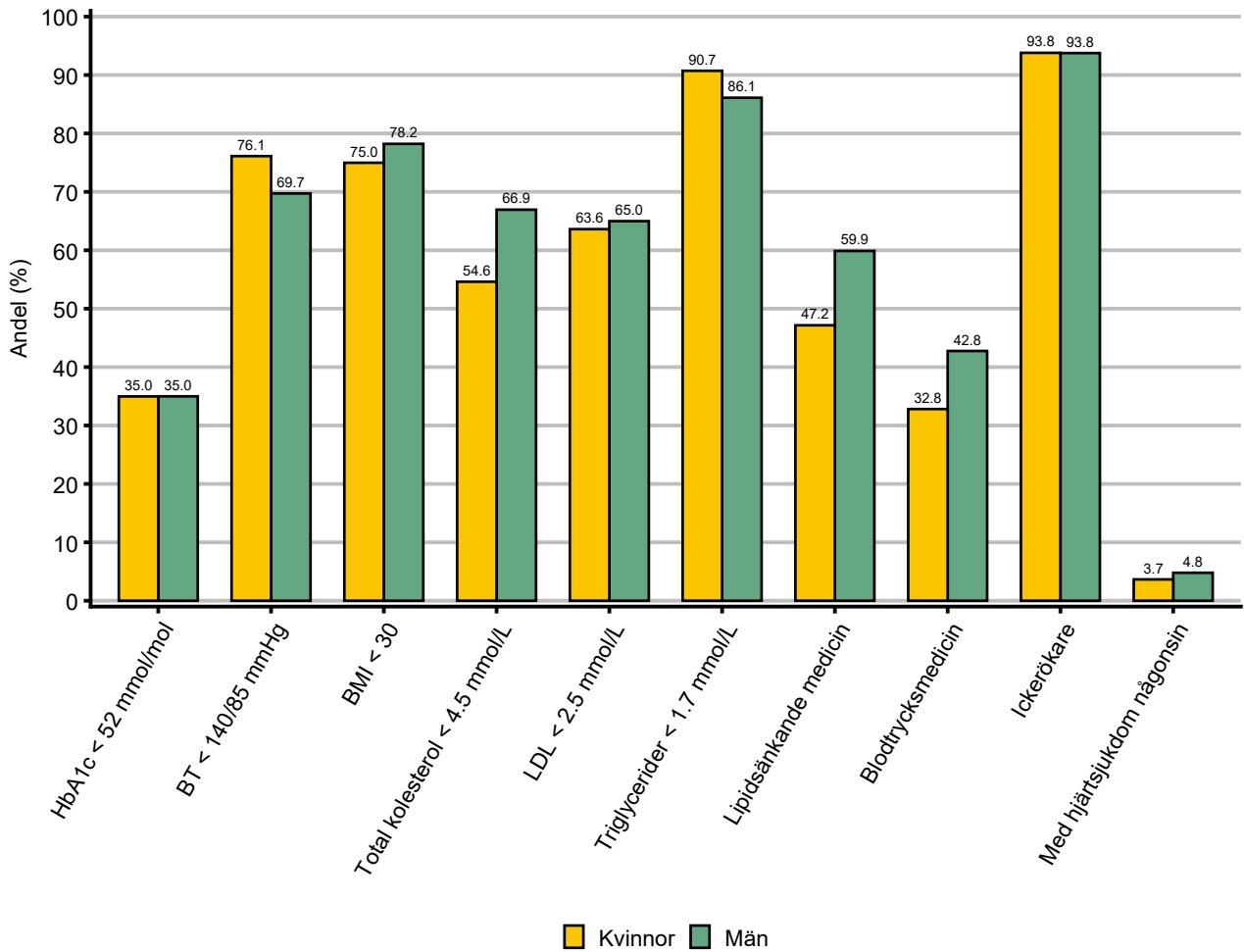
Analyserna av uppnådda målvärden för kvinnor och män i primärvården respektive med typ 1-diabetes på medicinklinik, är justerad för ålder för att möjliggöra jämförelse. Det finns skillnader som är värda att fundera över och diskutera i sitt diabetesteam och i sin region när det gäller riskfaktorkontroll och riskfaktorbehandling hos kvinnor och män.

Figur 111. Andel uppnådda målvärden, behandling och tidigare hjärtkärlsjukdom*. Primärvård, år 2025.



Samtliga frekvenser är efter justering för ålder.

Figur 112. Andel uppnådda målvärden, behandling och tidigare hjärtkärlsjukdom*.
Medicinkliniker, diabetes typ 1, år 2025.

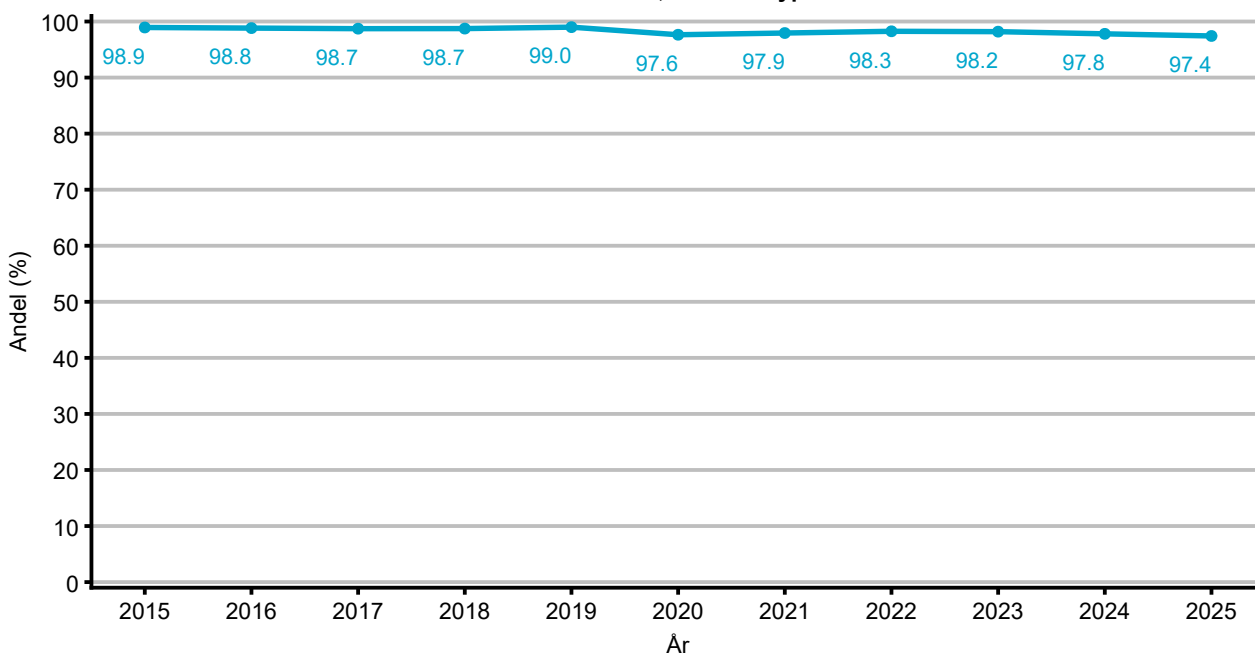


Samtliga frekvenser är efter justering för ålder.

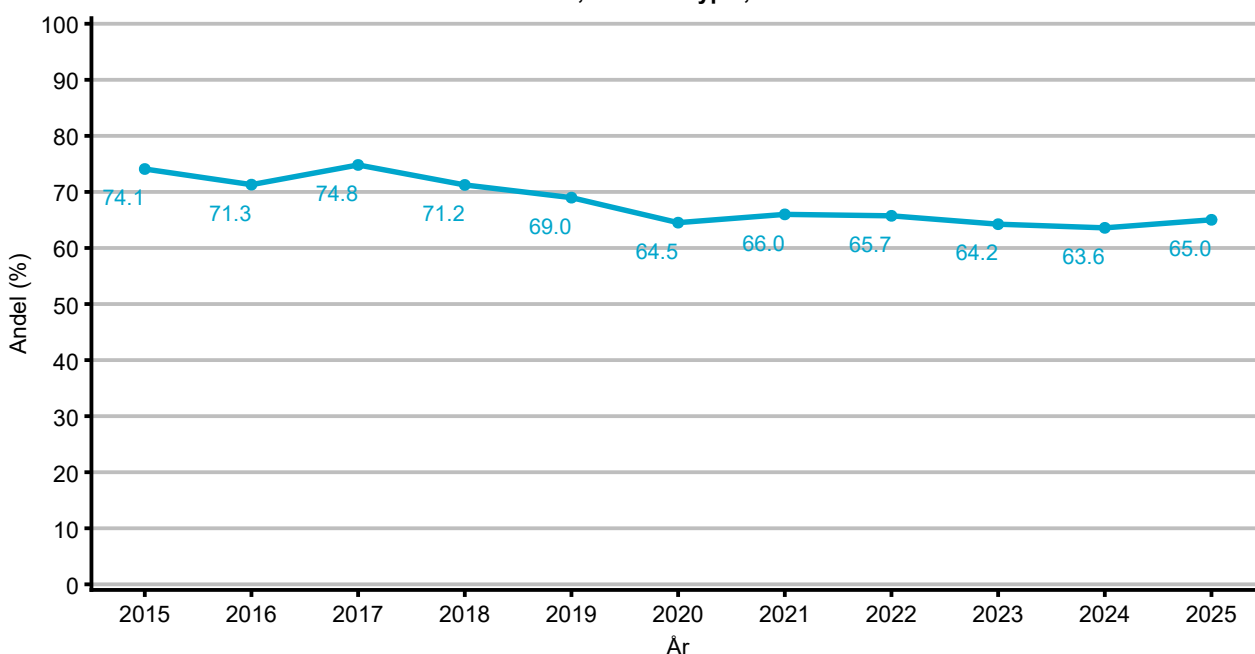
6 Rapporteringsgrad per variabel för barn och vuxna

Varje vårdenhet kan efter inloggning i NDR, se en aktuell redovisning av rapporteringsgraden på sin enhet för varje variabel i registret och jämföra med sin region och riket. Redovisningen syftar till att öka medvetenheten om hur rapporteringen till NDR ser ut för den egna enheten. I NDR-knappen finns också öppen redovisning av indikatorer avseende rapporteringsgrad för centrala variabler. Där kan rapporteringsgraden följas över tid på den enskilda enheten, jämföra inom regionen och med riket. Intresset och ansvaret för att få till bra rapporteringsgrad behöver finnas hos vårdpersonal, enhetschefer och regionens huvudmän. Grunden för att kunna använda data i NDR för jämförelse, uppföljning och förbättringsarbete är hög täckningsgrad och rapporteringsgrad. Nedan följer grafer på rapporteringsgraden över tid för ett antal centrala variabler i barn- och vuxendiabetesvården.

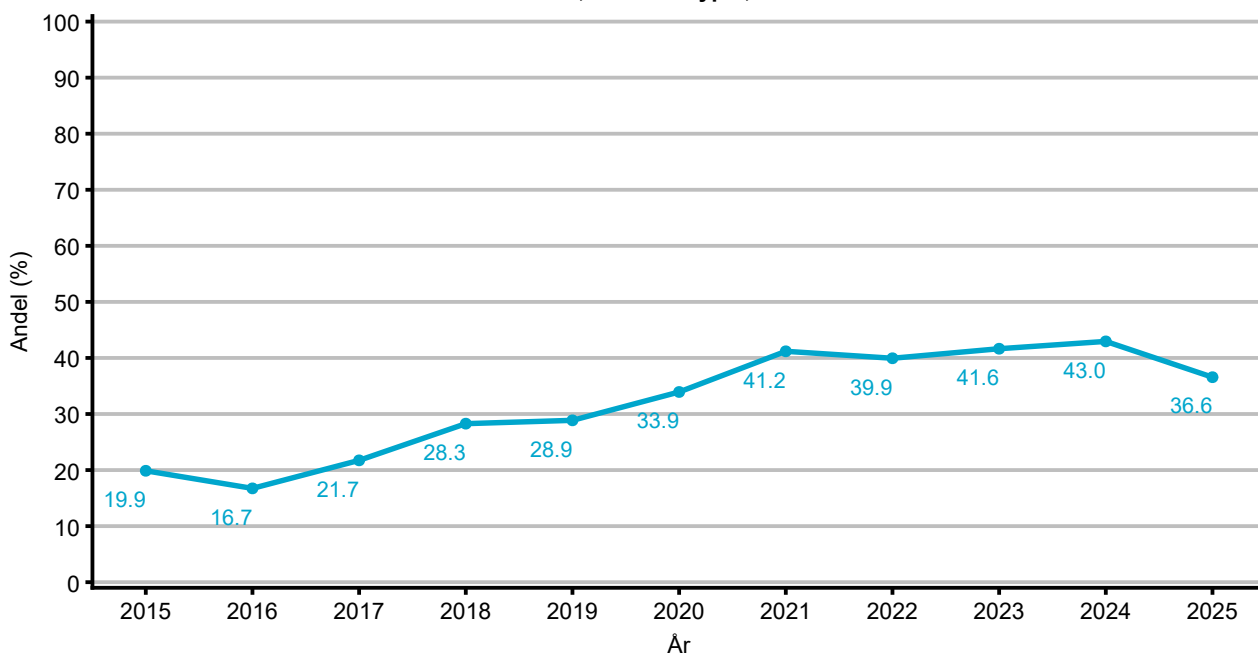
**Figur 113. Rapporteringsgrad HbA1c.
Barnkliniker, diabetes typ 1.**



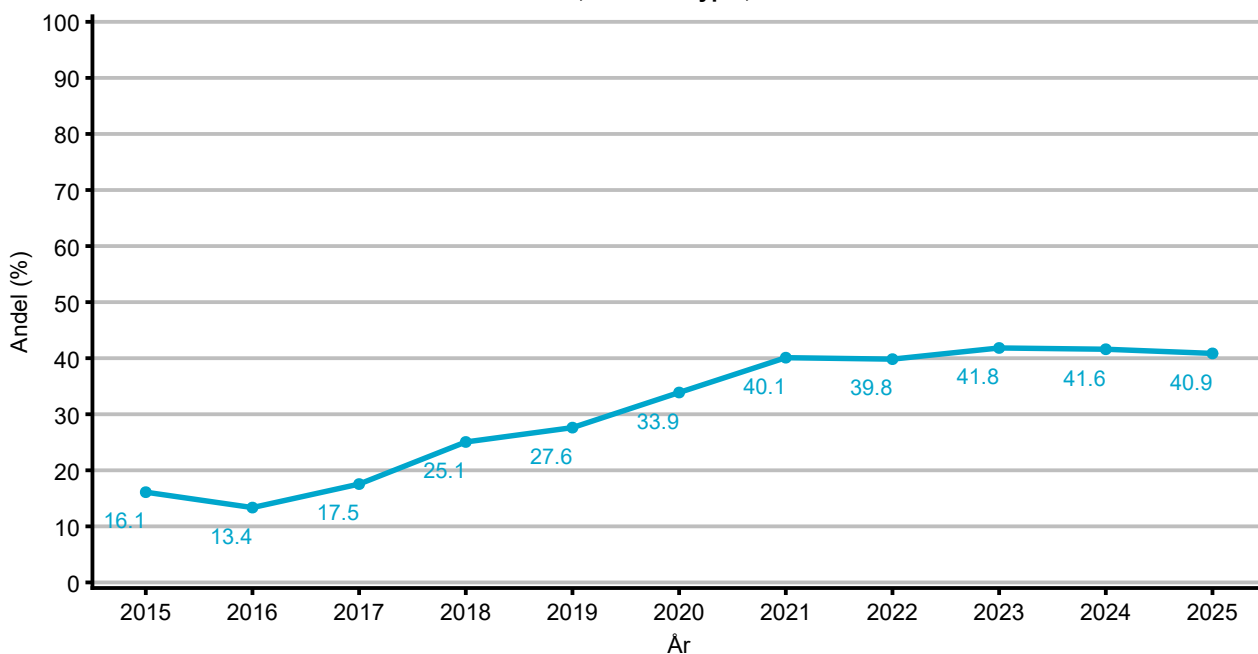
**Figur 114. Rapporteringsgrad systoliskt blodtryck
Barnkliniker, diabetes typ 1, ålder 10-17 år.**



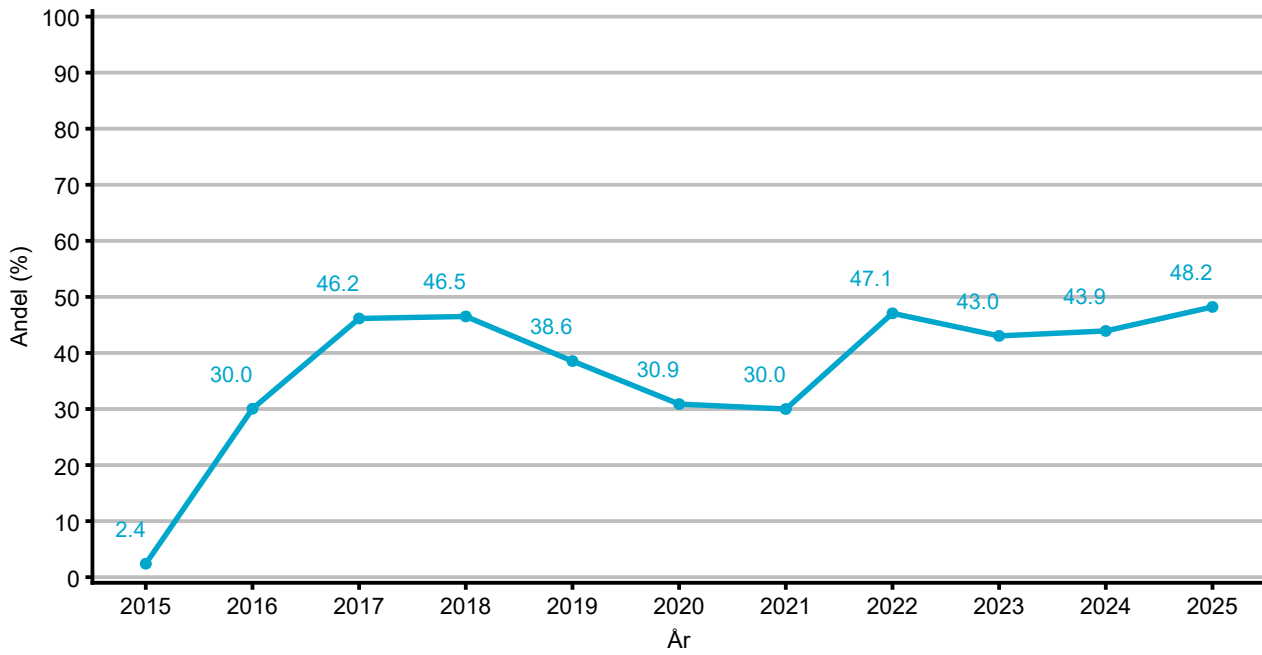
**Figur 115. Rapporteringsgrad kolesterol.
Barnkliniker, diabetes typ 1, ålder 10-17 år.**



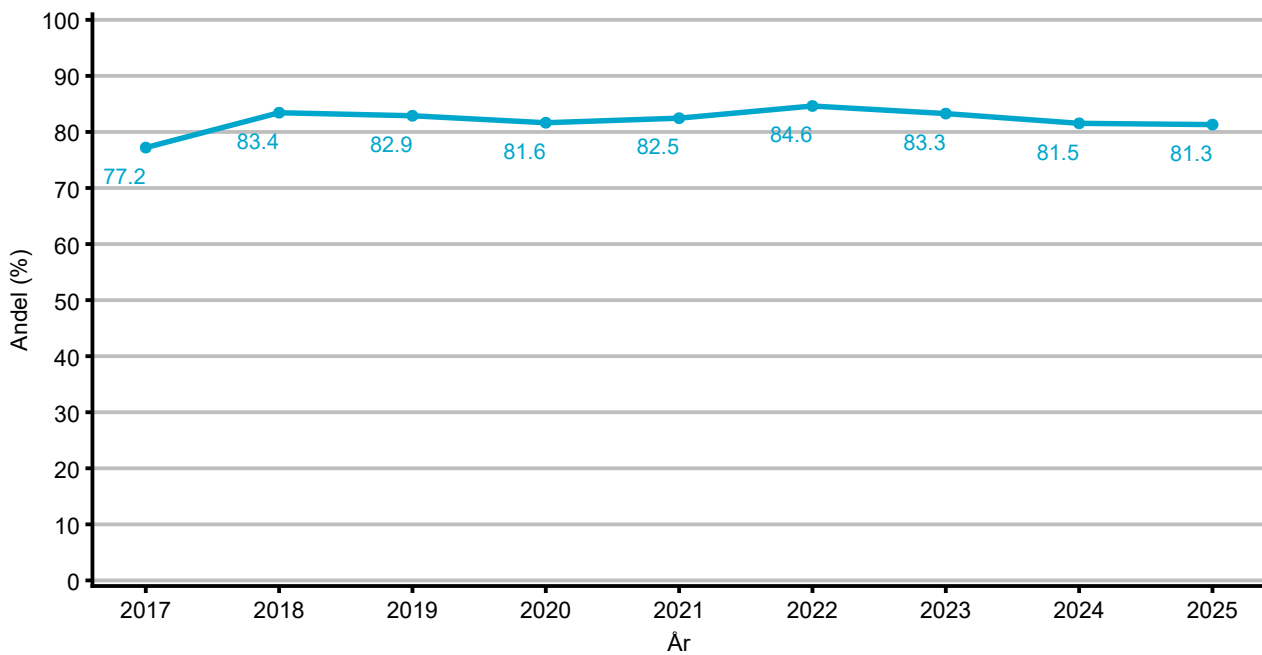
**Figur 116. Rapporteringsgrad LDL.
Barnkliniker, diabetes typ 1, ålder 10-17 år.**



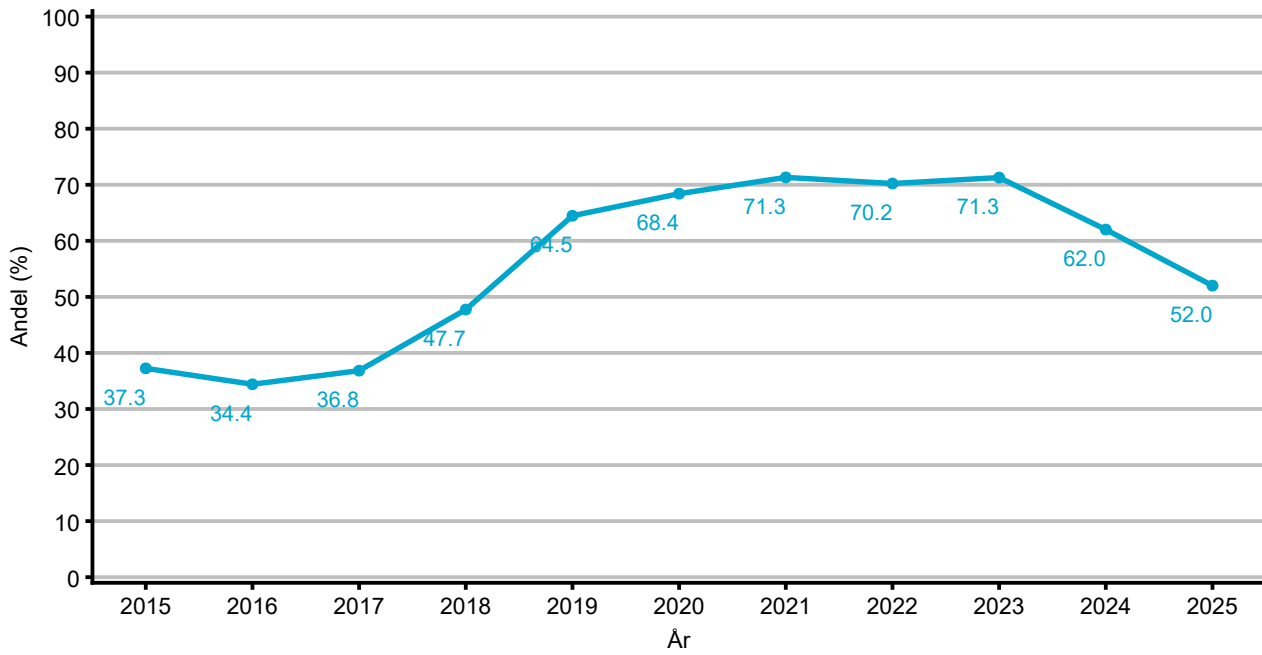
**Figur 117. Rapporteringsgrad albuminuri.
Barnkliniker, diabetes typ 1, ålder 10-17 år.**



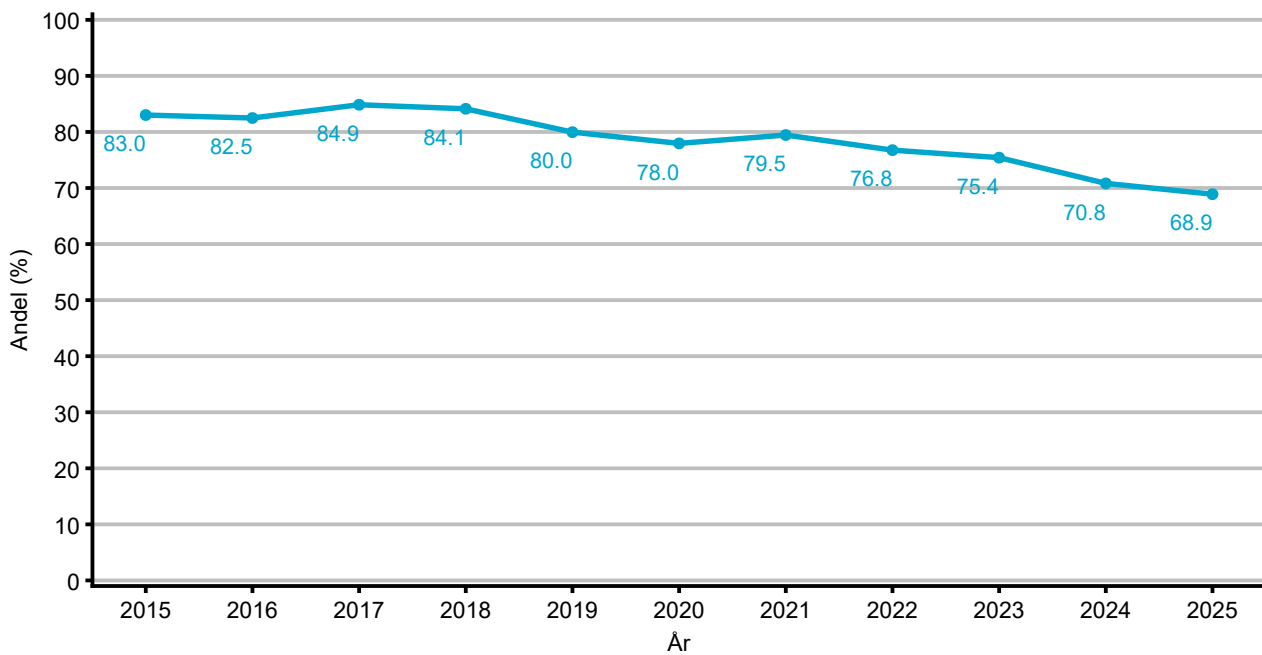
**Figur 118. Rapporteringsgrad fysisk aktivitet.
Barnkliniker, diabetes typ 1, ålder 5-17 år.**



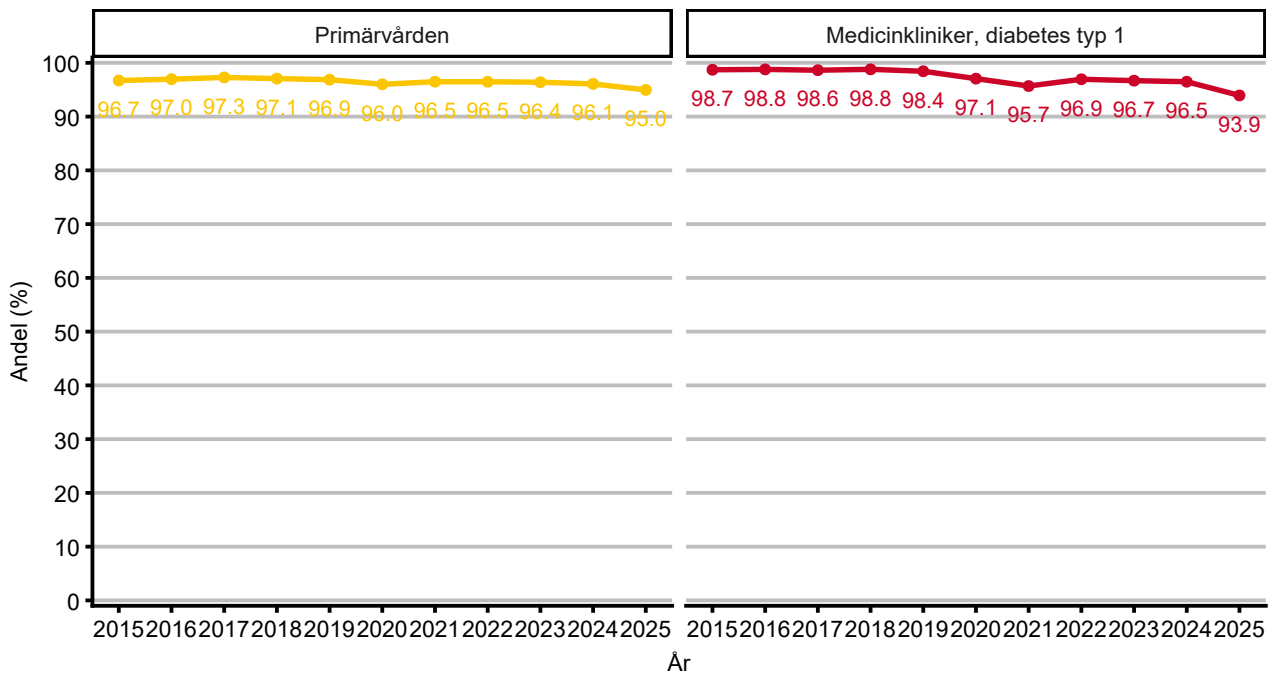
**Figur 119. Rapporteringsgrad diabetesretinopati.
Barnkliniker, diabetes typ 1, ålder 10-17 år.**



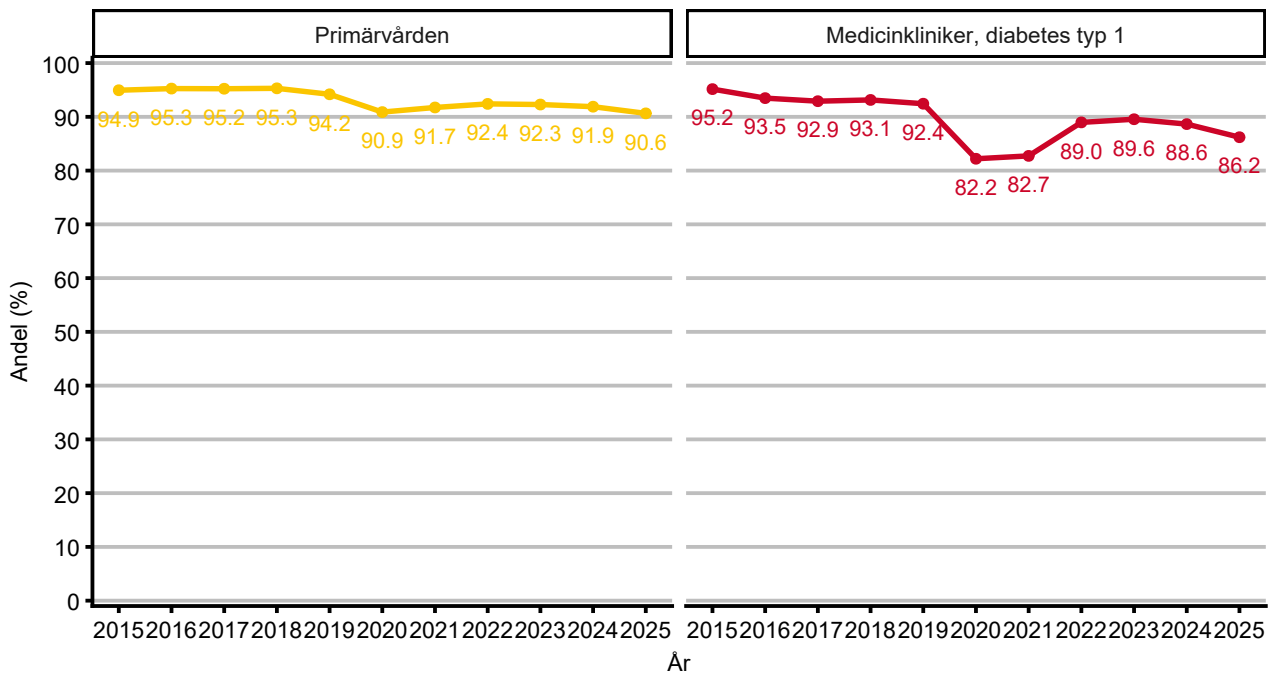
**Figur 120. Rapporteringsgrad rökvanor.
Barnkliniker, diabetes typ 1, ålder 13-17 år.**



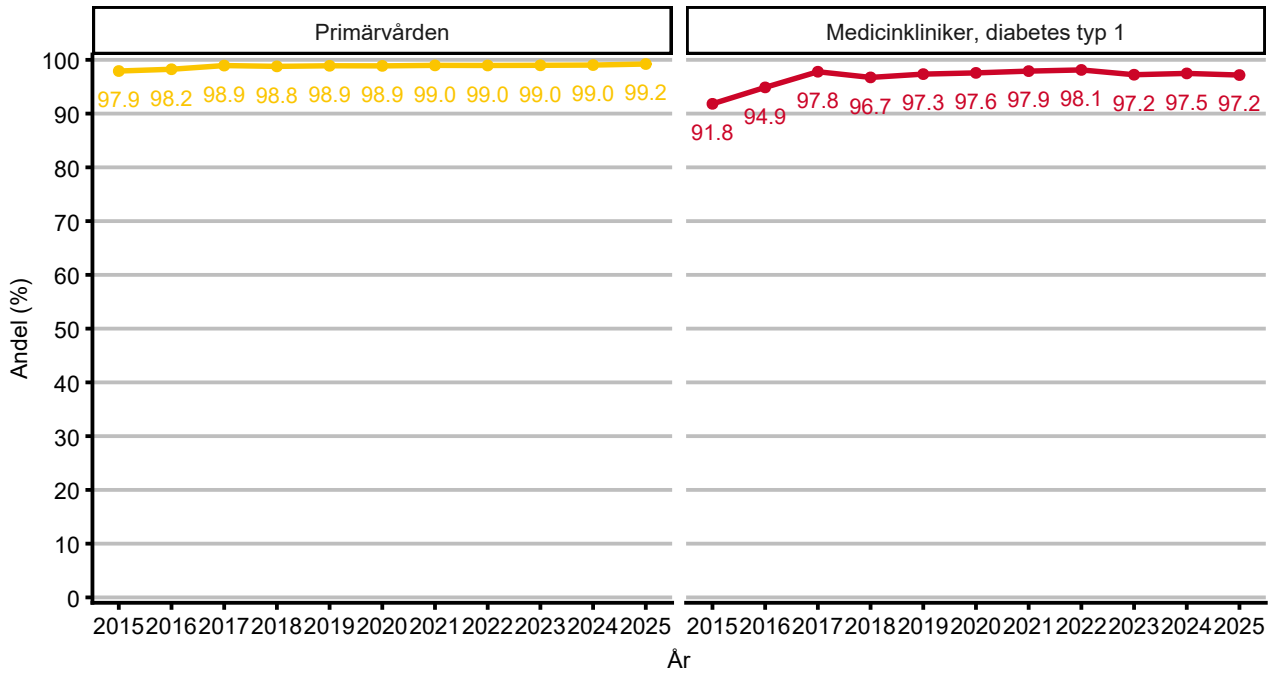
Figur 121. Rapporteringsgrad HbA1c.



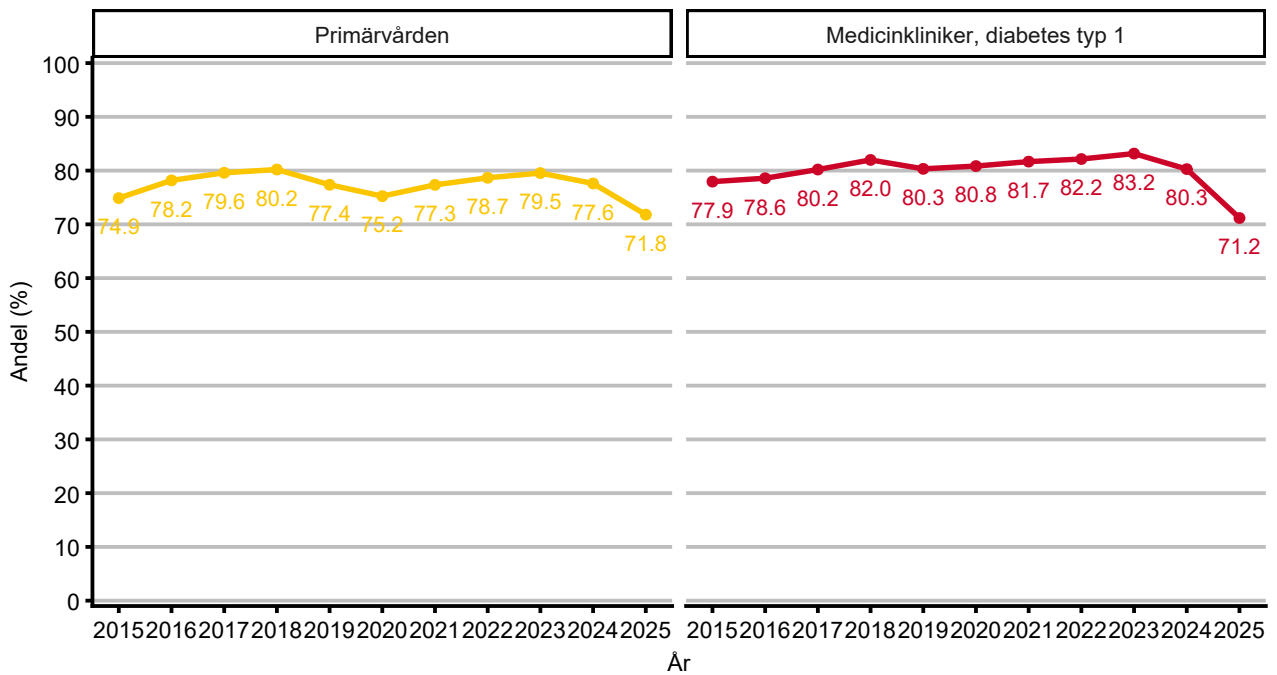
Figur 122. Rapporteringsgrad systoliskt blodtryck.



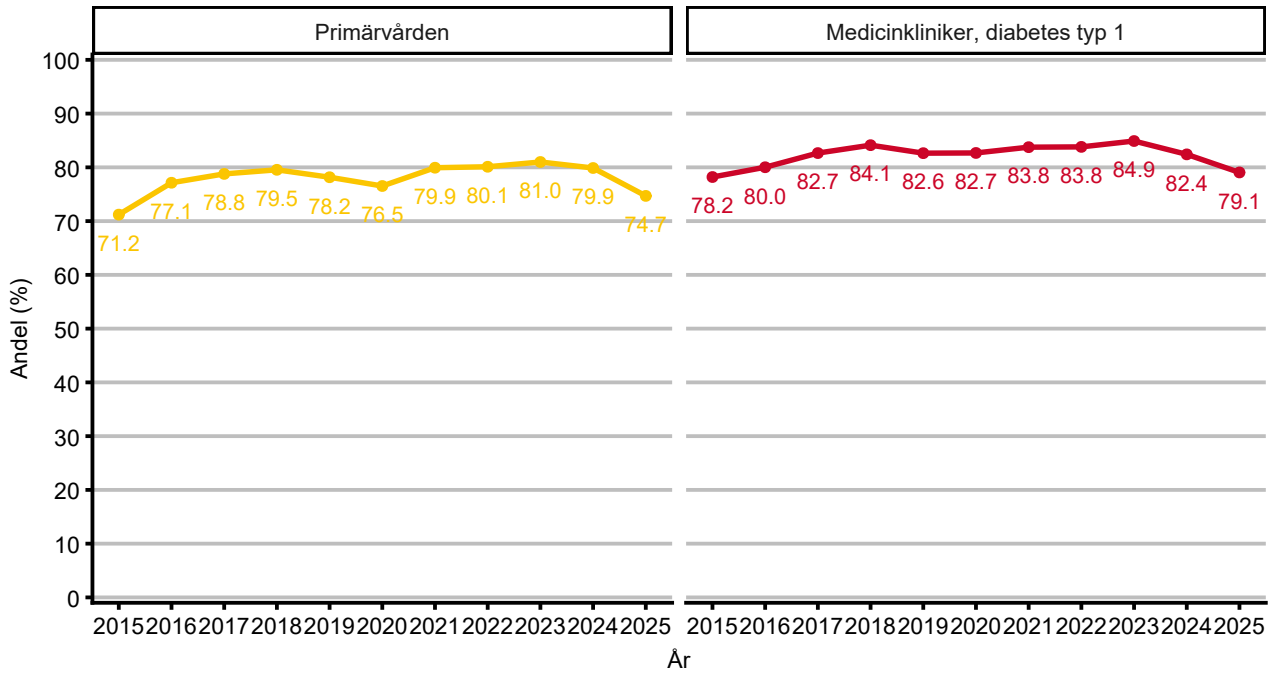
Figur 123. Rapporteringsgrad blodtryckssänkande läkemedel.



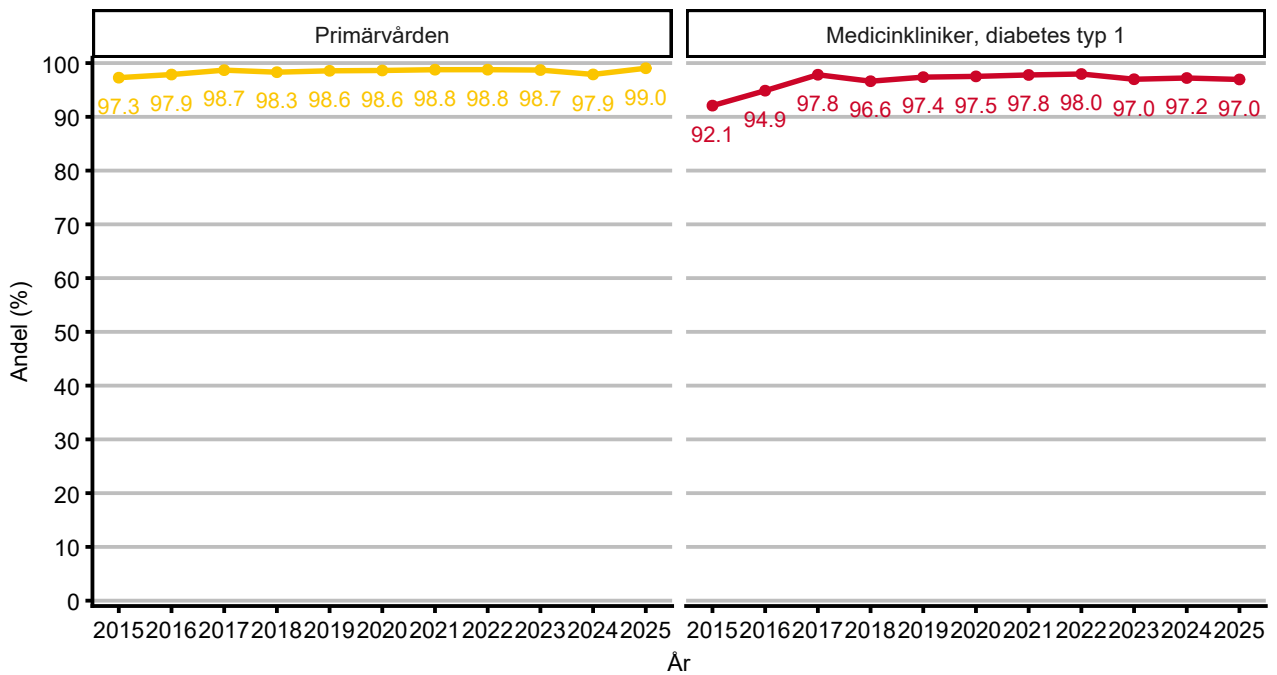
Figur 124. Rapporteringsgrad kolesterol.



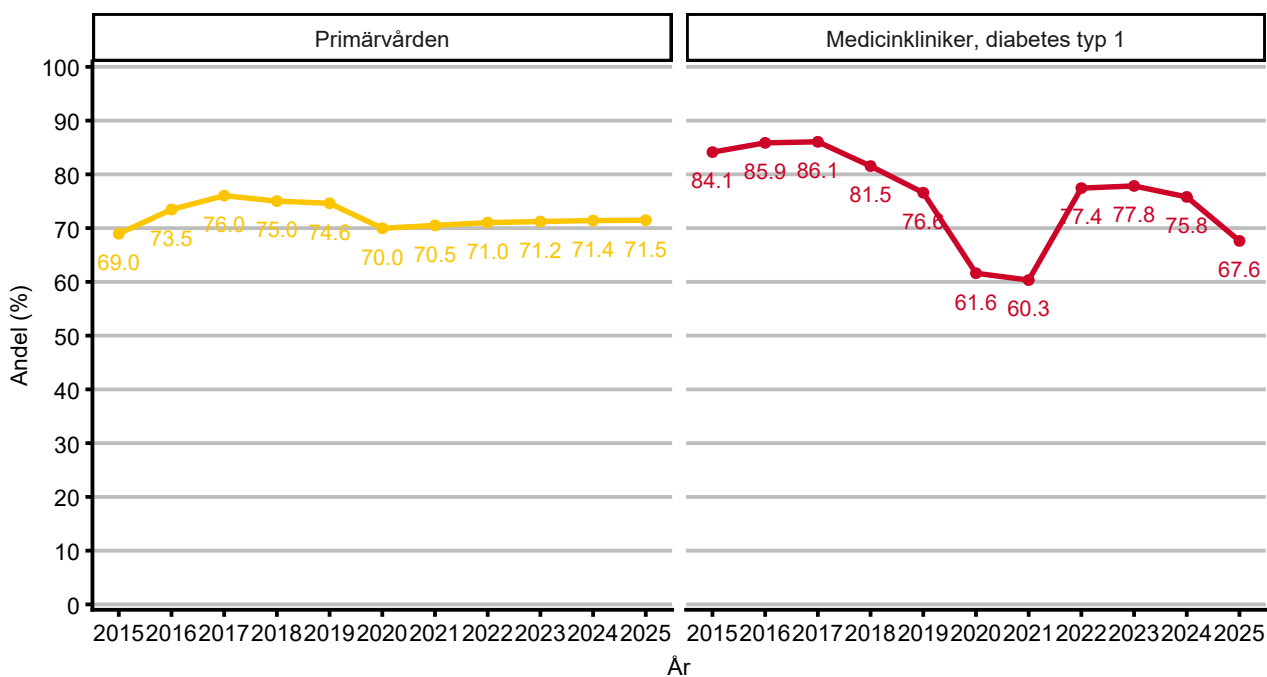
Figur 125. Rapporteringsgrad LDL-kolesterol.



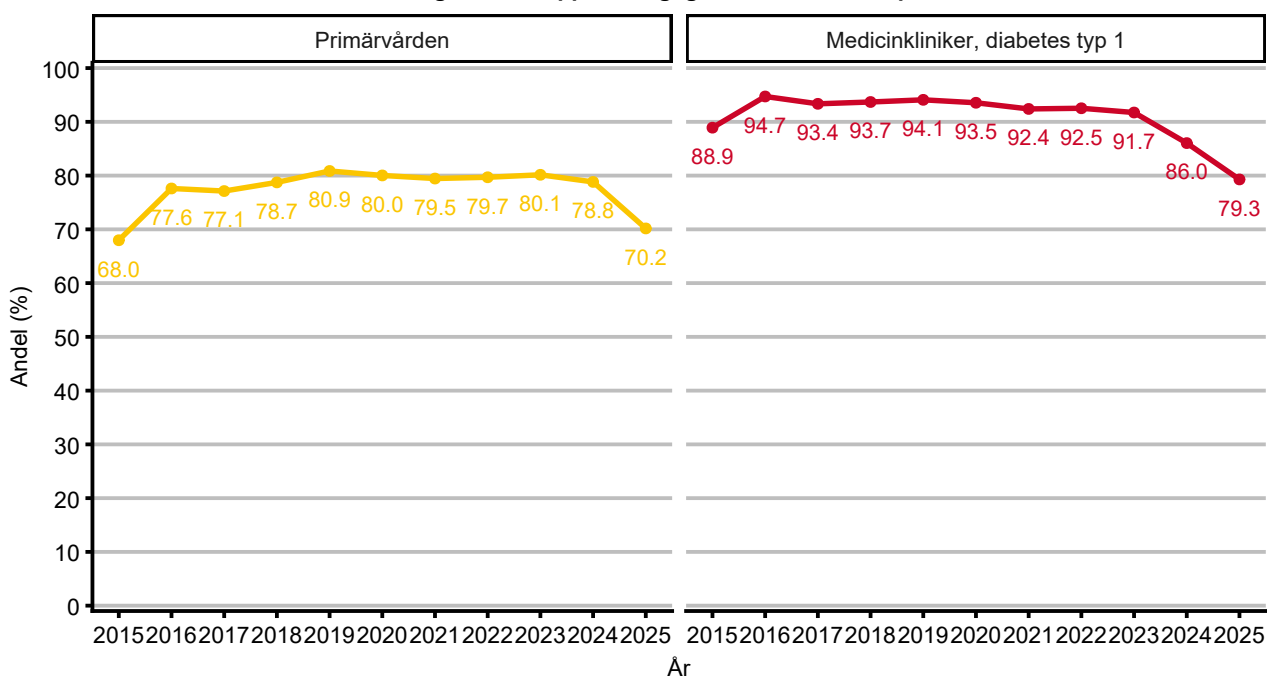
Figur 126. Rapporteringsgrad lipidsänkande läkemedel.



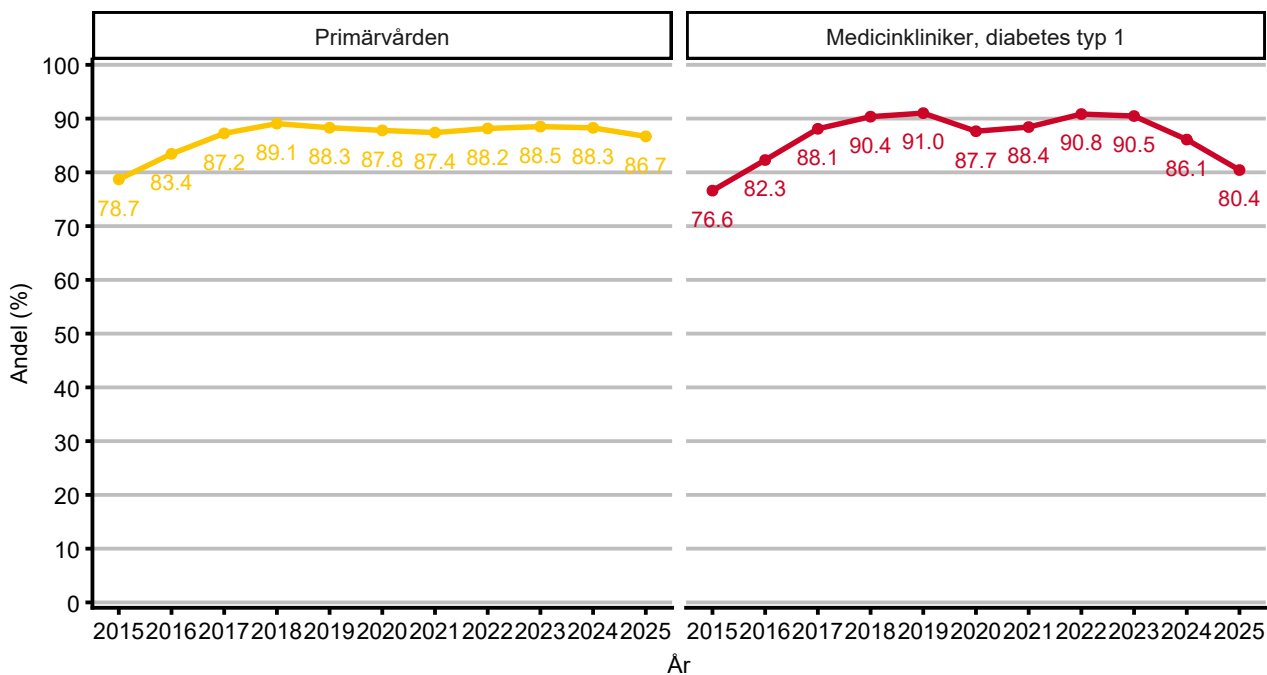
Figur 127. Rapporteringsgrad albuminuri.



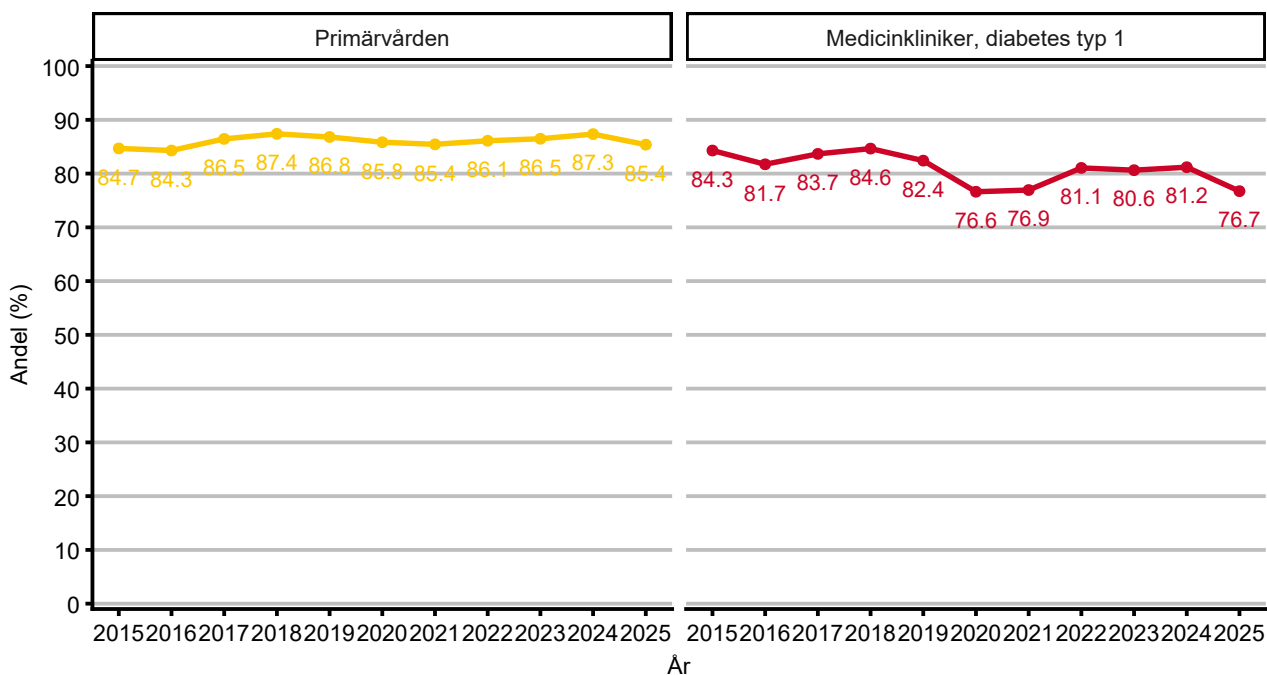
Figur 128. Rapporteringsgrad diabetesretinopati.



Figur 129. Rapporteringsgrad datum för fotundersökning



Figur 130. Rapporteringsgrad riskkategori fot.



7. Publikationer 2025

Vetenskapliga publikationer som helt eller delvis bygger på data från Nationella Diabetesregistret

1. **Indications, prognosis, and complications of de Novo implantable cardioverter defibrillators in patients with and without type 2 diabetes: a nationwide registry-based cohort study**
Zhou Y, Rautio E, Näsman P, Gudbjörnsdóttir S, Gadler F, Rydén L, Wodaje T, Mellbin LG. Cardiovasc Diabetol. 2025 Dec 31
2. **Clinical Characteristics in Swedish Children With and Without Autoantibodies at the Time of Type 1 Diabetes Diagnosis**
Hedlund E, Maziarz M, Lindahl T, Elding-Larsen H, Forsander G, Persson M, Pundziute-Lyckå A, Åkesson K, Ludvigsson J, Carlsson A. Diabetes Care. 2025 Dec 13.
3. **Estimating the societal cost of type 2 diabetes in Malmö, Sweden: a register-based cost analysis**
Annersten Gershter M, Dozet A, Ericsson Å, Zdravkovic S. Front Clin Diabetes Healthc. 2025 Dec.
4. **Retinopathy and nephropathy in type 1 diabetes: role of HbA1c and blood pressure variability**
Fatulla P, Ludvigsson J, Imberg H, Nyström T, Lind M. Acta Diabetol. 2025 Dec.
5. **Diet and diet-related challenges with specific focus on carbohydrates and carbohydrate counting in adults with type 1 diabetes: a cross-sectional study**
Sterner Isaksson S, Hellman J, Wijkman M, Imberg H, Ólafsdóttir AF, Axelsen M, Lind M. MJ Open. 2025 Nov 29.
6. **Impact of type 2 diabetes on the relationship between chronic kidney disease and cardiovascular outcomes in heart failure across ejection fraction: observational study from the Swedish heart failure and the Swedish National diabetes registries**
Merolla A, Valente V, Basile C, Benson L, Cosentino F, Dahlström U, Gudbjörnsdóttir S, Rovere-Querini P, Lund LH, Savarese G, Ferrannini G. Cardiovasc Diabetol. 2025 Dec.
7. **SGLT2 inhibitor or metformin as standard treatment in early-stage type 2 diabetes? Baseline data in SMARTTEST, a novel, decentralised, register-based randomised trial on prevention of diabetic complications**
Eriksson JW, Fanni G, Lundqvist MH, Jansson S, Rådholm K, Sofizadeh S, Patsoukaki V, Nilsson A, Lindholm D, Rolandsson O, Norhammar A, Granstam E, Eliasson B, Bennet L, Sundström J. Diabetes Obes Metab. Epub 2025 Nov 28.

8. **Dementia Risk in People With Type 1 Diabetes and Associated Risk Factors: A Nationwide, Register-Based Cohort Study**
Jancev M, Eliasson B, Gerstein HC, Eeg-Olofsson K, Cukierman-Yaffe T, Biessels GJ, DeVries JH, Visseren FLJ, Sattar N, van Sloten TT. Diabetes Care. 2025 Nov.
9. **The effect of diabetes on complications after distal pancreatectomy: A population-based cross-matched registry study**
Bergenfeldt H, Ekström E, Fagher K, Filipsson K, Andersson B. Scand J Surg. 2025 Nov 9.
10. **Patient-reported experience, patient-reported outcome and overall satisfaction with care: What matters most to people with diabetes?**
Alsubahi N, Groot W, Alzahrani AA, Pavlova M. Prim Care Diabetes. 2026 Feb;20, Epub 2025 Oct 30.
11. **Uric acid and future complications in young individuals with type 1 diabetes: results from the Diabetes Incidence Study in Sweden (DISS) and the National Diabetes Registry of Sweden (NDR)**
Fagher K, Eeg-Olofsson K, Arnqvist H, Bolinder J, Eriksson JW, Gudbjörnsdottir S, Nyström L, Landin-Olsson M. Diabetologia. 2026 Jan. Epub 2025 Oct 14.
12. **Risk differences and underlying factors of cardiovascular events and mortality in patients with type 2 diabetes versus type 1 diabetes: a longitudinal cohort study of Swedish nationwide register data**
Patsoukaki V, Lind L, Lampa E, Radhi S, Eeg-Olofsson K, Eliasson B, Eriksson JW. Lancet Diabetes Endocrinol. 2025 Oct;13.
13. **Adult-onset type 1 diabetes: predictors of major cardiovascular events and mortality**
Wei Y, Andersson T, Tuomi T, Nyström T, Carlsson S. Eur Heart J. 2025 Oct 7.
14. **Critical Illness-Associated Hyperglycemia and New-Onset Diabetes: A Retrospective Cohort Study**
Soltani N, Häbel H, Nelson D, Mårtensson J. Crit Care Med. Epub 2025 Oct 3.
15. **The impact of child type 1 diabetes on parental incomes in a welfare state context: quasi-experimental evidence from Swedish national registers**
Kennedy B, Wernroth ML, Langenskiöld S, Bonander C, Byberg L, Grönqvist E, Fall T. Diabetologia. 2025 Oct.
16. **A cohort description and comparison of four European national diabetes registries for the REDDIE project**
Thomas JJC, Lanzinger S, Soerensen KK, Imberg H, Schmid S, Barron E, Holl R, Pedersen-Bjergaard U, Adler A, Vettoretti M, Misra S, Valabhji J, Khunti K, Lind M, Torp-Pedersen C, Mader JK, Choudhary P; REDDIE study group. Diabet Med. 2025 Nov. Epub 2025 Oct 1.

17. **Association of type 2 diabetes with reoperation, adverse events and mortality after hip and knee replacement: a Swedish register-based study including 109 938 hip and 80 897 knee replacements**
Vinblad J, Bülow E, Nyberg F, Eeg-Olofsson K MD, PhD, W-Dahl A, Limbäck G, Englund M, Abbott A, Dell'Isola A, Rolfson O. BMJ Open. 2025 Sep 28.
18. **Trends in type 1 diabetes incidence between 2007 and 2023 and their association with SARS-CoV-2 infection in a population-based matched cohort study among individuals under 30 years old in Sweden**
Dietler D, Björk J, Palmkvist E, Carlsson A. Diabetologia. 2025 Dec. Epub 2025 Sep 18.
19. **Association of change in physical activity with use of outpatient specialist care and hospitalisations among breast cancer survivors with type 2 diabetes in Sweden**
Allen G, Heiland EG, Teleka S, Glimelius I, Michaëlsson K, Byberg L, Brooke HL. Br J Cancer. 2025 Sep. Epub 2025 Jul 4.
20. **Long-term effects of gastric bypass and sleeve gastrectomy in type 2 diabetes: a matched retrospective cohort study from Sweden**
Mejaddam A, Carlsen HK, Larsson I, Eeg-Olofsson K, Lugner M, Ottosson J, Stenberg E, Höskuldsdóttir G, Eliasson B. Lancet Reg Health Eur. 2025 Aug 30.
21. **Association Between Diabetes and Peri-Implantitis: Evidence From a Swedish Register-Based Study**
Trullenque-Eriksson A, Bitencourt FV, Tomasi C, Berglundh T, Derks J. J Clin Periodontol. 2025 Aug 27.
22. **Glycemic Control and Adult Height: A Nationwide Swedish Cohort Study on Childhood Type 1 Diabetes**
Smew AI, Lundholm C, Gong T, Lichtenstein P, Sävendahl L, Almqvist C. J Clin Endocrinol Metab. 2025 Jul 15.
23. **Fetal programming of early-onset type 2 diabetes: a Swedish nationwide cohort and sibling analysis**
Amadou C, Wei Y, Tuomi T, Feychting M, Carlsson S. Eur J Epidemiol. 2025 Jul. Epub 2025 Jun 24.
24. **Stable heritability of type 1 diabetes in a Swedish Nationwide Cohort Study**
Wei Y, Andersson T, Liu S, Feychting M, Kuja-Halkola R, Carlsson S. Nat Commun. 2025 Jun 17.
25. **Adolescents with long-duration type 1 diabetes have low bone mass and reduced levels of bone indices reflecting altered bone resorption.**
Swolin-Eide D, Pundziute Lyckå A, Novak D, Andersson B, Forsander G, Magnusson P. Bone. 2025 Oct. Epub 2025 Jun 4.

26. **Is diabetic ketoacidosis at diagnosis of type 1 diabetes associated with secondary episodes of ketoacidosis? A nationwide longitudinal study of Swedish children from 2012 to 2019**
Wersäll JH, Adolfsson P, Ekelund J, Forsander G, Åkesson K, Hanas R. Diabetes Res Clin Pract. 2025 Jul.
27. **Treatment discontinuation among users of GLP-1 receptor agonists and SGLT2 inhibitors in a national population of individuals with type 2 diabetes.**
Lim CE, Pasternak B, Eliasson B, Ueda P. Diabetologia. 2025 Aug. Epub 2025 May 2.
28. **Ten-year Results After Primary Gastric Bypass: Real-world Data from A Swedish Nationwide Registry**
Sundbom M, Näslund E, Ottosson J, Olbers T, Hedberg S, Wennerlund J, Laurenus A, Stenberg E. Ann Surg. 2025 Apr 29.
29. **Severe hypoglycaemia is associated with increased risk of adverse cardiovascular complications in adults with type 1 diabetes: risk mitigation using intermittently scanned continuous glucose monitoring**
Eeg-Olofsson K, Nathanson D, Spelman T, Kyhlstedt M, Seibold A, Levrat-Guillen F, Bolinder J. Diabetologia. 2025 Aug. Epub 2025 Apr 24.
30. **Comparison of Outcomes After Revascularization for Acute Lower Limb Ischemia in Patients with and without Type 2 Diabetes Mellitus - A Nationwide Registry Study**
Karonen E, Eek F, Drake I, Butt T, Carlsen HK, Eliasson B, Gottsäter A, Acosta S. DVasc Health Risk Manag. 2025 Apr 11.
31. **Risk of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in Individuals With Type 1 and Type 2 Diabetes: A Nationwide Cohort Study in Sweden**
Mavridis A, Viktorisson A, Eliasson B, von Euler M, Sunnerhagen KS. Neurology. 2025 Apr 8. Epub 2025 Mar 13.
32. **Patient-Reported Experience and Outcome Measures of Patients Living With Diabetes: Associations Among Different Factors**
Sághy E, Erdősi D, Németh B, Kovács S, Wittmann I, Zemplényi A. Value Health Reg Issues. Epub 2025 Mar 7.
33. **Longitudinal Trajectories of Antidiabetic Medication Adherence Over 5 Years From Treatment Initiation-A Swedish Nationwide Cohort Study**
Pazzagli L, Odsbu I, Cesta CE, Bellocco R, Trolle Lagerros Y, Pasternak B. Clin Transl Sci. 2025 Mar.
34. **Autoimmune diseases and the risk and prognosis of latent autoimmune diabetes in adults**
Santoso C, Wei Y, Ahlqvist E, Tuomi T, Carlsson S. Diabetologia. 2025 Feb.

35. **Impact of an intervention for osteoarthritis based on exercise and education on metabolic health: a register-based study using the SOAD cohort**
EBattista S, Recenti F, Kiadaliri A, Lohmander S, Jönsson T, Abbott A, Vinblad J, Rolfson O, Englund M, Dell'Isola A.
RMD Open. 2025 Feb 26.
36. **Body weight variability as a predictor of cardiovascular outcomes in type 1 diabetes: A nationwide cohort study**
Prattichizzo F, Veronesi V, Rigoni M, La Grotta R, Pellegrini V, Lucisano G, Nicolucci A, Berra CC, Carlsen HK, Eliasson B, Muti P, Ceriello A.
Diabetes Obes Metab. 2025 Feb.
37. **Hospitalisation from seasonal influenza among persons with type 1 diabetes: a cohort study from the Swedish National Diabetes Register**
Kjölhede EA, Carlsen HK, Martyn O, Svensson L, Gisslén M, Eliasson B, Eeg-Olofsson K.
BMJ Open. 2025 Feb 11.
38. **Risk of renal complications and death in young and middle-aged Swedes with parental type 1 diabetes: a nation-wide, prospective cohort study**
Fredriksson M, Persson E, Möllsten A, Lind T.
BMJ Open Diabetes Res Care. 2025 Jan 21
39. **Modeling of Disease Progression of Type 2 Diabetes Using Real-World Data: Quantifying Competing Risks of Morbidity and Mortality**
Kunina H, Franzén S, Kjellsson MC.
CPT Pharmacometrics Syst Pharmacol. 2025 Mar Epub 2025 Jan 17.
40. **Knowledge about diabetes in Malmö prior to initiation of "Cities Changing Diabetes"**
Annersten Gershter M, Rämngård M, Holmberg CN, Grahn M, Zdravkovic S.
Front Public Health. 2025 Jan 16.
41. **Treatment regimens and glycaemic outcomes in more than 100 000 children with type 1 diabetes (2013-22): a longitudinal analysis of data from paediatric diabetes registries**
Zimmermann AT, Lanzinger S, Kummernes SJ, Lund-Blix NA, Holl RW, Fröhlich-Reiterer E, Maahs DM, Ebekozién O, Rompicherla S, Warner JT, Pons Perez S, Robinson H, Craig ME, Johnson S, Akesson K, Thorén A, Eeg-Olofsson K, Ranjan AG, Madsen M, Witsch M, Bratke H, Alonso GT, Sumnik Z, Neuman V, Cinek O, Skrivvarhaug T, Svensson J.
Lancet Diabetes Endocrinol. 2025 jan.
42. **Burden and Excess Risk of Adverse Outcomes in Patients With Type 1 Diabetes Using KDIGO Classification: A National Cohort Study**
Makvandi K, Eliasson B, Carlsen HK, Baid-Agrawal S.
Diabetes Care. 2025 Jan.

Nationella Diabetesregistrets mål är bättre diabetesvård

Nationella Diabetesregistret (NDR) är ett nationellt kvalitetsregister för barn och vuxna med diabetes med syfte att underlätta ett systematiskt förbättringsarbete i diabetesvården. Diabetes är en allvarlig kronisk sjukdom som drabbar både barn och vuxna. Personer med diabetes har ökad risk för hjärtkärlsjukdom och död. Det finns starkt vetenskapligt stöd för att en god multifaktoriell diabetesbehandling kan fördröja och förhindra diabeteskomplikationer på ett kostnadseffektivt sätt. Detta arbete är en daglig utmaning för diabetesvården.

NDR är ett verktyg för att driva förbättringsarbetet och följa hur det går i diabetesvården och identifiera ytterligare utmaningar. NDR används i förbättringsarbetet på enheten, i regionerna och i hela landet. Data på gruppnivå redovisas öppet, just för att stödja och inspirera till förbättring.

NDR är en internationell förebild för förbättringsarbete i diabetesvården. Effekten av registreringen, de resultat registret har genererat och forskning med hjälp av registerdata, har varit en del i den förbättrade riskfaktorkontroll och den minskning i kardiovaskulär sjuklighet och dödlighet vi ser i Sverige vid både typ 1- och typ 2-diabetes.