

Diabetesrapporten 2025

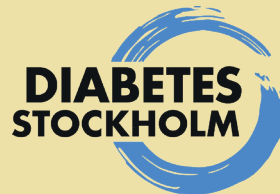
Diabetes före, under & bortom vården



Om rapporten

Vi som står bakom denna rapport är Diabetes Sverige och Diabetes Stockholm.
Rapporten är ett försök att beskriva läget i svensk diabetesvård på ett antal områden och lyfta fram förbättringsförslag inom dessa.

Läs mer på www.diabetessverige.se och www.diabetesstockholm.se.



Rapporten har tagits fram med stöd från Sanofi.

sanofi
sanofi.se

Innehållsförteckning

Innehåll	3
Förord	4
Kapitel 1. Om diabetes	5
<i>Vad är diabetes?</i>	5
<i>Typer av diabetes</i>	5
<i>Förekomst i Sverige</i>	6
<i>Typ 2-diabetes hos yngre - en växande utmaning</i> ...	6
<i>Sjukdomens påverkan på kropp & psyke</i>	7
<i>Typ 1-diabetes - nya rön & studier</i>	7
”Minsta lilla sak kan påverka mätningen”	8
Kapitel 2. Riskfaktorer & komplikationer	9
<i>Fyra starkt bidragande faktorer</i>	9
<i>Blodsocker</i>	9
<i>Blodtryck</i>	9
<i>Kolesterol & blodfetter</i>	10
<i>Albuminuri</i>	10
<i>Sammankopplade riskfaktorer</i>	10
<i>Patienternas vårdkontakt & egenvårdsstöd</i>	10
<i>Ny modell för prevention</i>	10
”Ångest och nedstämdhet är vanligt”	11
Undersökning	12
Kapitel 3. Behandling	13
<i>Livsmedelsintervention</i>	13
<i>Läkemedelsbehandling</i>	14
<i>Egenvård & uppföljning</i>	14
<i>Tidig upptäckt</i>	14
<i>Yngre debut av typ 2-diabetes</i>	14
<i>Multifaktoriell behandling hörnsten i diabetesvård</i> ...	15
”Vissa regioner släpar efter rejält idag”	16
Kapitel 4. Situationen i Sverige	17
<i>Regionala skillnader & jämlikhet i vården</i>	17
<i>Kompetens i primärvården</i>	17
<i>Forskning & medicinteknisk utveckling</i>	17
<i>En växande sjukdomsörda</i>	18
<i>Regionala skillnader i resultat & tillgångar</i>	18
<i>Register som verktyg för förbättringsarbete</i>	19
”Det är något jag alltid bär med mig”	20
Slutord	21
Referenser	22

Förord

Diabetes är en av vårtids största och snabbast växande folksjukdomar. Sjukdomen påverkar en halv miljon människor i Sverige idag – inte bara genom den dagliga kampen för att hålla blodsockret i balans, utan också genom de komplikationer och begränsningar som kan följa i sjukdomens spår. Trots att behandlingsmöjligheterna har förbättrats under de senaste decennierna ser vi fortfarande stora skillnader inom diabetesvården, både mellan olika delar av landet och mellan olika grupper i samhället. Antalet unga med typ 2-diabetes har ökat med 35 procent de senaste fem åren, vilket understryker sjukdomens snabba spridning och det växande behovet av förebyggande insatser och effektiv behandling. Många får idag inte optimal behandling tidigt i sjukdomsförloppet.

Syftet med denna rapport är att ge en uppdaterad och nyanserad bild av situationen för personer som lever med diabetes i Sverige idag. Ansvaret för en god diabetesvård ligger inte bara på den enskilda individen. Hälsa formas i en komplex väv av faktorer – i vården och i andra samhällsinstanser, men även i arbetslivet, bostadsområdet, skolan och i de sociala nätverken – där varje del spelar en roll för människors möjlighet att leva ett friskt liv. I vården är tillgången till vårdpersonal med rätt kompetens, möjlighet att få kontinuerlig uppföljning, och stöd i att göra hälsosamma val lika avgörande som patientens egen insats.

Den här rapporten belyser diabetes ur flera perspektiv, från de medicinska grunderna och de riskfaktorer som påverkar sjukdomsförloppet till den centrala roll som tidig upptäckt och god behandling spelar. Vi vill visa hur teknisk och medicinsk utveckling kan ge nya verktyg och möjligheter, och samtidigt beskriva den aktuella situationen i Sverige med fokus på jämlikhet, kompetensförsörjning och samhällsansvar. Vi vill även ge en helhetsbild av både utmaningar och framgångsfaktorer i dagens diabetesvård.

”Hälsa formas i en komplex väv av faktorer”

Vår förhoppning är att denna rapport ska fungera som underlag och inspiration för beslutsfattare, vårdgivare, forskare och alla som arbetar för en bättre diabetesvård – och att den ska bidra till konkreta åtgärder som kan göra skillnad i människors vardag. Att förbättra diabetesvården är ett gemensamt ansvar och kräver strukturer som gör det lättare att leva ett friskt liv.

Att förbättra vården för personer med diabetes är ett gemensamt ansvar. Vi behöver ett samhälle där strukturerna runt individen gör det lättare att leva ett friskt liv – och där vården möter människor där de är, med rätt kompetens, resurser och stöd.



Emma Henriksson

Ordförande
Diabetes Stockholm



Thomas Magnusson

Ordförande
Diabetes Sverige

Kapitel 1.

Om diabetes

Vad är diabetes?

Diabetes är ett samlingsnamn för flera kroniska sjukdomstillstånd som kännetecknas av förhöjda nivåer av glukos (blodsocker) i blodet. Sjukdomsorsaken är antingen att kroppen inte kan producera insulin, att den inte kan använda det insulin som produceras på ett effektivt sätt, eller en kombination av båda. Insulin är ett hormon som bildas i bukspottkörtelns betaceller och fungerar som nyckeln som gör att glukos kan tas upp av kroppens celler och användas som energi. När insulin saknas eller inte fungerar tillräckligt väl ansamlas glukos i blodet, vilket på sikt kan skada blodkärl, nerver och organ.

I Sverige är de vanligaste formerna av diabetes typ 1 och typ 2, men även så kallad graviditetsdiabetes, förekommer. Det finns också ovanligare former som uppstår till följd av andra sjukdomar eller medicinska behandlingar.

De vanligaste symtomen vid obehandlad diabetes är:

- Ökad törst och torra slemhinnor
- Stora urinmängder och täta urinrängningar
- Onormal trötthet
- Ofrivillig viktne gång
- Suddig syn¹

Typer av diabetes

Typ 1-diabetes är en autoimmun sjukdom där kroppens immunförsvar angriper och förstör betacellerna i bukspottkörteln, vilket leder till en total brist på insulin. Sjukdomen debuterar ofta i barndomen eller tonåren, men kan utvecklas i alla åldrar. Behandlingen kräver livslång tillförsel av insulin, ofta kombinerat med egenkontroller av blodsocker. I Sverige lever omkring 60 000 personer med typ 1-diabetes. En allvarig och potentiellt livshotande komplikation är ketoacidosis, som uppstår när insulin saknas i kroppen.

Typ 2-diabetes är den vanligaste formen och står för cirka 85–90 procent av alla fall – ungefär 400 000 personer är drabbade i Sverige. Den kännetecknas av att kroppen utvecklar insulinresistens, vilket innebär att cellerna inte svarar normalt på insulin, samtidigt som insulinproduktionen gradvis försämras. Typ 2-diabetes är starkt kopplad till livsstilsfaktorer som kost, fysisk aktivitet och övervikt, men är också



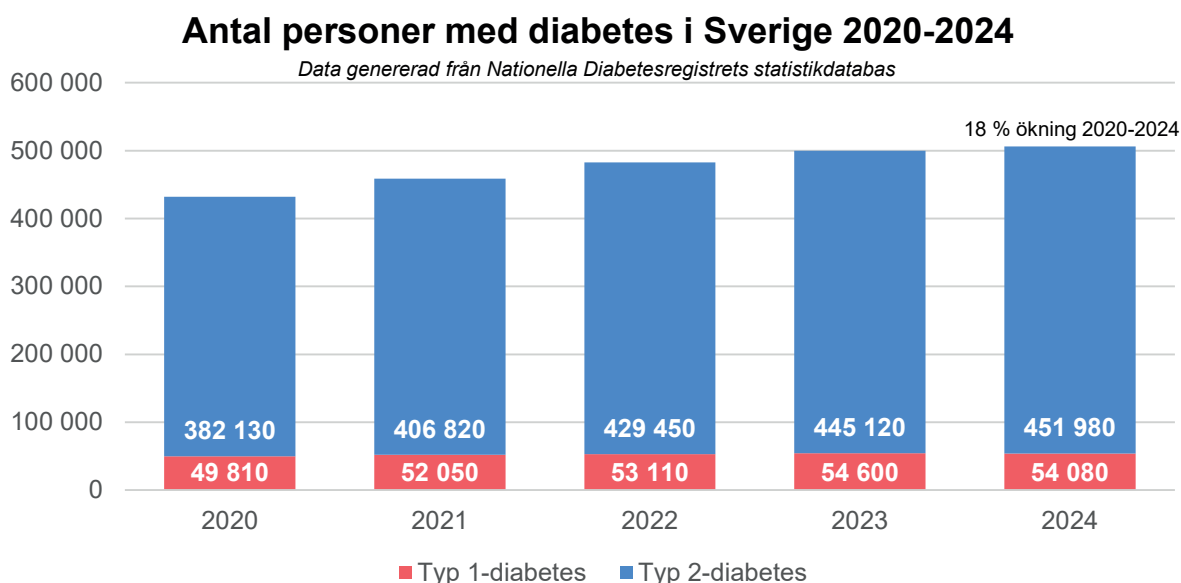
påverkad av ärftlighet och andra sociala och biologiska faktorer. Behandlingen kan omfatta livsstilsförändringar, läkemedel och ibland insulin. Vid typ 2-diabetes kan symtomen vara milda eller helt frånvarande under lång tid, vilket gör att sjukdomen ofta upptäcks sent.^{2,3}

Graviditetsdiabetes innebär att blodsockret blir förhöjt under graviditeten. Tillståndet upptäcks ofta genom rutinmässiga glukosbelastningstester under graviditeten. Graviditetsdiabetes kan gå tillbaka efter förlossningen, men innebär en ökad risk att senare utveckla typ 2-diabetes.⁴

Prediabetes är ett tillstånd där blodsockernivåerna är högre än normalt, men ännu inte uppfyller kriterierna för diabetes. Det är vanligt och ofta oupptäckt – studier uppskattar att upp till 10 procent av den vuxna befolkningen i Sverige kan ha prediabetes. Tillståndet upptäcks ofta av en slump vid provtagning för andra orsaker. Riskerna vid prediabetes är betydande: omkring 15–30 procent utvecklar typ 2-diabetes inom fem år om inga åtgärder vidtas. Samtidigt kan en del återgå till normala blodsockernivåer, särskilt vid förändringar av kost, fysisk aktivitet och viktkontroll.^{5,6}

Förekomst i Sverige

Enligt det Nationella Diabetesregistret (NDR) levde drygt 500 000 personer i Sverige med diagnosen diabetes 2024, motsvarande cirka 6 procent av befolkningen. Antalet ökar stadigt, både på grund av att fler insjuknar och för att människor lever längre med sjukdomen.⁷



Utöver de som har en fastställd diagnos finns även ett betydande mörkertal. En studie uppskattar att omkring en miljon personer lever med typ 2-diabetes i Sverige idag, och att upp till hälften av dessa kan vara odiagnostiserade. Sjukdomen utvecklas gradvis och i början kan patienten vara helt symtomfri.⁸

Typ 2-diabetes hos yngre – en växande utmaning

Traditionellt har typ 2-diabetes betraktats som en sjukdom som främst drabbar äldre vuxna, men en ny svensk registerstudie har visat att sjukdomen debuterar allt oftare i yngre åldrar och att förekomsten av typ 2-diabetes bland personer under 40 år nästan fördubblades 2006–2021. Flera faktorer skulle kunna bidra till denna utveckling, däribland:

- Ökad förekomst av övervikt och fetma bland barn och unga
- Minskad fysisk aktivitet i vardagen
- Ohälsosamma kostvanor med högt intag av energitäta, näringsfattiga livsmedel
- Socioekonomiska skillnader som påverkar möjligheten till hälsosamma val

Om utvecklingen fortsätter kan prevalensen av tidigt debuterande typ 2-diabetes bli fem gånger högre till 2050, vilket innebär att sjukvården möter allt fler unga patienter med behov av tidig behandling och uppföljning. Tidigt insjuknande innebär dessutom längre sjukdomstid och större risk för komplikationer, vilket gör förebyggande insatser i unga år särskilt viktiga.^{9,10}

Sjukdomens påverkan på kropp & psyke

Diabetes påverkar hela kroppen, och höga blodsockernivåer under lång tid kan leda till skador på både små och stora blodkärl. Mikrovaskulära komplikationer omfattar ögonskador (diabetisk retinopati), njurskador (nefropati) och nervskador (neuropati). Dessa kan i sin tur orsaka synnedsättning och behov av dialys eller amputationer vid svåra fotsår. Makrovaskulära komplikationer innefattar hjärtinfarkt, stroke och perifer kärlsjukdom. Tillsammans bidrar dessa komplikationer till en ökad sjukdomsburda och kortare förväntad livslängd för personer med diabetes.

”En central utmaning är att många av dessa komplikationer utvecklas tyst och långsamt”

En central utmaning är att många av dessa komplikationer utvecklas tyst och långsamt. Till exempel kan retinopati finnas i flera år utan symtom, men tidig upptäckt via regelbundna ögonundersökningar kan förhindra synförlust i upp till 90 procent av fallen.¹¹

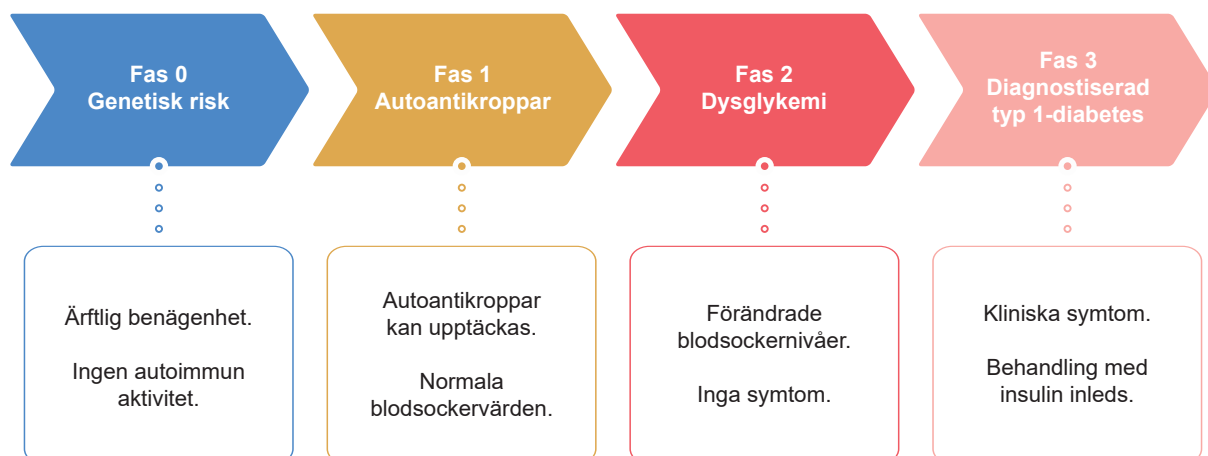
Sjukdomens påverkan sträcker sig även till den psykiska hälsan. Flera studier visar att personer med diabetes löper högre risk för depression och ångest, delvis på grund av sjukdomens krav på ständig egenkontroll och oro för komplikationer. Detta understryker behovet av att vården inkluderar psykosocialt stöd som en del av behandlingen.¹²

Typ 1-diabetes – nya rön & studier

I Sverige har incidensen av typ 1-diabetes hos barn och unga varit stabil de senaste åren. En viss ökning sågs i yngre åldersgrupper 2021, men har sedan stabiliserats.¹³ Forskningen har på senare år bidragit till en ny förståelse av typ 1-diabetes som en stegvis sjukdomsprocess snarare än en plötslig debut. Utvecklingen kan beskrivas i fyra faser: genetisk risk, autoantikroppspositivitet utan symtom, nedsatt glukostolerans och slutligen manifest sjukdom. Forskning kring screening och immunmodulerande behandling syftar till att fördröja eller förhindra övergången till sista fasen.¹⁴

Sjukdomsfaser vid typ 1-diabetes

Modell baserad på Insel, R.A. et al. (2015)



Svenska forskare har deltagit i utvecklingen av metoder för tidig upptäckt av autoantikroppar hos risk-individer, vilket kan möjliggöra screening av barn med en ärftlig benägenhet för diabetes.¹⁵ Det förekommer även kliniska prövningar med immunmodulerande läkemedel som syftar till att fördröja eller förhindra insjuknande hos personer i tidiga stadier av sjukdomsutvecklingen.¹⁶

Patientperspektiv

”Minsta lilla sak kan påverka mätningen”

Annika Rydén är 51 år gammal och blev diagnostiserad med typ 2-diabetes sommaren 2023. Efter att plötsligt ha svimmat en kväll åkte hon in till akuten med en skullskada och hjärnskakning, och fick då även beskedet att hon hade diabetes.

– Det var lite omvälvande kan man väl säga, berättar Annika. Jag hade inga tecken på diabetes alls innan, så det blev lite mycket på en gång. Jag fick dessutom inte med mig någon direkt information om sjukdomen hem från vården heller.

Typ 2-diabetes har funnits i Annikas släkt sedan en längre tid tillbaka, men hon kände inte till att sjukdomen kan vara ärftlig, och hon upplever att ingen i familjen riktigt har pratat om det. Hon betonar även att kunskapen om diabetes i största allmänhet är väldigt låg.

– Det var ju lite fy skam med typ 2-diabetes förut och till viss del är det fortfarande det. Någon kallade det ”lyxdiabetes” nyligen, som om man tar för givet att det helt och hållet är mitt egna fel att jag har blivit sjuk.

Stor okunskap bland både allmänhet & vård

En av de största omställningarna som sjukdomsbeskedet har inneburit för Annika har varit att anpassa kosten. När hon först fick diagnosen på akuten reagerade hon dessutom på att maten hon serverades inte alls var anpassad efter hennes nya diagnos.

– Jag åt både ris och pasta innan, och hade ganska höga blodsockervärden när jag kom in till akuten. Det tog ungefär ett år innan jag kom ner till godkända värden efter det, genom att äta mycket innehållsrika grönsaker och sluta äta pasta, pommis frites och så vidare.



Annika Rydén

Kostomställningen upplever även Annika att omgivningen ofta kan ha svårt att förstå.

– Många säger ”min kompis har diabetes och kan äta det här och det här”, men de förstår inte att det är en otroligt individuell sjukdom. Alla har olika upplevelser, även om diagnosen är densamma.

Utöver bristande information från vården har Annika även upplevt nedlåtande beteende från personalen, och att hon ofta fått vänta länge på besök.

– En läkare googlade större delen av mitt besök, hon verkade inte kunna någonting om typ 2-diabetes. Så jag har fått hitta mycket av informationen på egen hand. Jag har gjort en egen liten lathund kring vad jag kan äta och dricka till exempel.

I egenvården för typ 2-diabetes ingår kontinuerlig blodsockermätning, något som Annika menar nästan var beroendeframkallande för henne i början.

– Minsta lilla sak kan påverka mätningen, berättar Annika. Hur jag har sovit, vad jag har ätit, hur jag har mått i övrigt, och så vidare. Jag blev sjuk och hade feber en gång och då fick jag direkt höga blodsockervärden. Så det känns ofta som att det hänger mycket på mig själv, och att jag är ensam i att sköta allt. Jag önskar att det fanns större kunskap om diabetes, både i samhället generellt och inom vården. Men samtidigt brukar jag säga att; det är inte slutet på världen att få diabetes – det handlar bara om ett annat tänkande.

Kapitel 2.

Risikfaktorer & komplikationer

Fyra starkt bidragande grundfaktorer

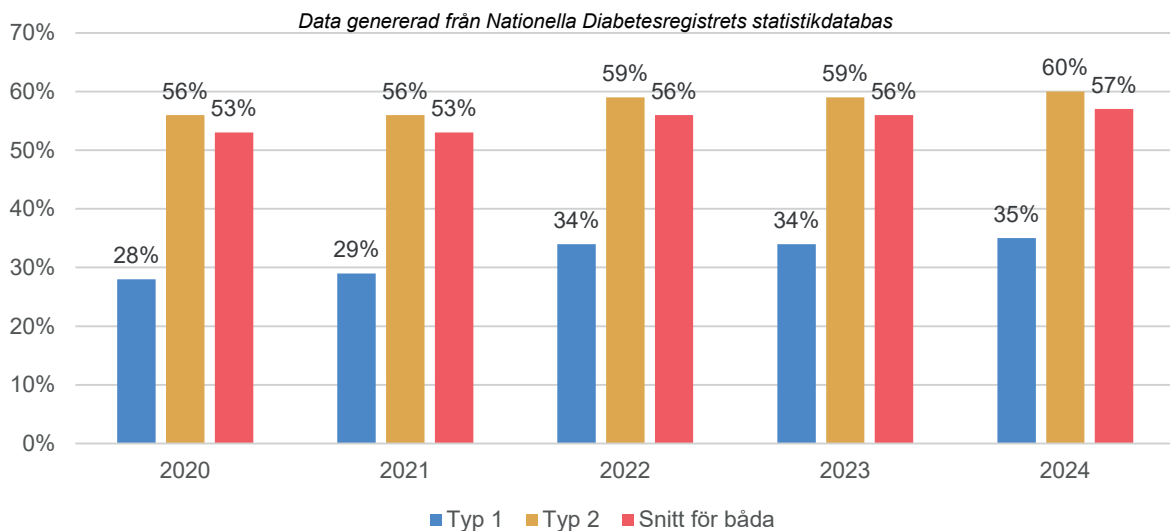
För personer med diabetes är det inte bara blodsockret som spelar roll. Flera andra faktorer bidrar starkt till risken för komplikationer och för tidig död. De fyra viktigaste är: blodsocker, blodtryck, kolesterol och albuminuri (protein i urinen). Att ha kontroll över dessa minskar avsevärt risken för både mikrovaskulära komplikationer (t.ex. ögon-, njur- och nervskador) och makrovaskulära komplikationer (t.ex. hjärtinfarkt och stroke). Nationella riktlinjer för diabetesvården i Sverige betonar vikten av regelbunden uppföljning av samtliga riskfaktorer, och årlig kontroll för albuminuri.¹⁷

Blodsocker

Blodsockernivån är den mest kända och uppmärksammade riskfaktorn vid diabetes. Långvarigt förhöjda nivåer (hyperglykemi) leder till förändringar i blodkärlens väggar, försämrad blodflödesreglering och ökad benägenhet för inflammation.¹⁸ HbA1c är det mest använda måttet för att bedöma genomsnittlig blodsockerkontroll över cirka tre månader.¹⁹

Enligt Nationella Diabetesregistret (NDR) nådde 2024 endast 57 procent av alla vuxna med diabetes (både typ 1 och 2) i Sverige det generella målvärdet på HbA1c ≤ 52 mmol/mol, men siffrorna varierar mellan regionerna – från 47 procent till 63 procent.²⁰ Vid typ 1-diabetes är andelen som når målet lägre än för typ 2, delvis på grund av sjukdomens mer svårkontrollerade natur.²¹

Andel som nådde målvärde HbA1c < 52 2020-2024



Långtidsstudier har visat att redan en minskning av HbA1c med cirka 1 procent (~11 mmol/mol) kan leda till betydande minskningar i komplikationsrisk, med 30–50 procent.²² Detta understryker vikten av kontinuerlig och noggrann blodsockerkontroll.

Blodtryck

I Sverige har nästan 90 procent av personer med diabetes hypertoni (blodtryck $\geq 140/90$ mmHg eller på blodtrycksbehandling) enligt data från Nationella Diabetesregistret (NDR).²³ Kombinationen av diabetes och hypertoni är särskilt skadlig för hjärtat, hjärnan och njurarna. Socialstyrelsen rekommenderar ett blodtrycksmål under 140/85 mmHg, och för vissa patientgrupper ännu lägre.²⁴

Att behandla högt blodtryck vid diabetes kan ge kraftfulla vinster: stora interventionsstudier har visat att sänkning av systoliskt blodtryck med 10 mmHg minskar risken för stroke med 44 procent, mikrovaskulär

sjukdom med 37 procent och risken för försämring av diabetisk retinopati (påverkan på näthinnan) med 34 procent.²⁵ Mellan en tredjedel och en fjärdedel av diabetespatienterna i Sverige når inte målnivån idag, och det är stora skillnader mellan regionerna.²⁶

Kolesterol & blodfetter

LDL-kolesterol brukar kallas det 'onda kolesterolet' eftersom det kan lagras i blodkärlen och orsaka åderförfattning, medan HDL-kolesterol kallas det 'goda kolesterolet' då det hjälper till att transportera bort överflödigt fett från blodbanan. Förhöjda blodfetter, särskilt LDL-kolesterol, är en stark riskfaktor för ateroskleros (åderförkalkning eller åderförfattning) och hjärt-kärlsjukdomar.²⁷ Vid diabetes är blodfettprofilen ofta ogynnsam även vid måttligt förhöjda värden – detta kallas ibland "diabetisk dyslipidemi" och kännetecknas av höga blodfetter, lågt HDL och små, täta LDL-partiklar.²⁸

**"Att behandla
högt blodtryck
vid diabetes ger
kraftfulla vinster"**

Svenska riktlinjer rekommenderar generellt LDL-mål under 2,5 mmol/L, och för högriskpatienter under 1,8 mmol/L.²⁹ Enligt Nationella Diabetesregistret (NDR) 2024 når cirka 65 procent av patienterna LDL-målet, men även här är variationen mellan regioner stora.³⁰ Statinbehandling hos personer med diabetes minskar risken för hjärtinfarkt med 20–25 procent även hos dem som redan har relativt låga kolesterolvärden.³¹

Albuminuri

Albuminuri innebär att protein läcker ut i urinen och är ett tidigt tecken på njurskada (diabetisk nefropati). Det betraktas både som en markör för njurproblem och som en stark oberoende riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom. I Sverige mäts albuminuri vanligen med urinprov vid årskontroller. Förekomst av mikroalbuminuri kan ofta bromsas eller vändas tillbaka med rätt behandling, främst via blodtryckssänkande läkemedel samt strikt blodsockerkontroll. Trots detta saknas uppmätta värden i journalerna för en betydande andel patienter, vilket gör att tidig upptäckt riskerar att utebli.^{32,33,34}

Sammankopplade riskfaktorer

Riskfaktorerna samverkar ofta och förstärker varandras negativa effekter. Till exempel är risken för njursvikt kraftigt förhöjd hos en person med både högt blodtryck och albuminuri, jämfört med om bara en av dessa faktorer föreligger.³⁵

En kombinerad strategi – där man samtidigt optimerar blodsocker, blodtryck och blodfetter samt minimerar albuminuri – kan halvera risken för komplikationer.³⁶ I svensk primärvård har en kombinerad strategi med fokus på blodtryck och blodfetter visat god effekt.³⁷

Patienternas vårdkontakt & egenvårdsstöd

En ofta förbisedd faktor är att framgångsrik riskfaktorkontroll kräver kontinuerlig kontakt med vården och tillgång till egenvårdsstöd. Patienter som deltar i strukturerade uppföljningsprogram generellt har en högre måluppfyllelse för HbA1c, blodtryck och blodfetter jämfört med dem som har mer sporadisk kontakt med vården.³⁸

Här blir individanpassad behandling centralt, inklusive motivation och utbildning som möjliggör för patienten att ta kontroll över sina riskfaktorer.³⁹ Digitala verktyg och hemmonitorering kan ytterligare förstärka detta, men jämlik tillgång till dessa resurser är avgörande.

Ny modell för prevention

En nyligen framtagen nationell modell för prevention föreslår att prediabetes hanteras via systemorganisationer, där insatser utvärderas och ersätts först när resultat uppnåtts. Det finns beräkningar som pekar på att diabeteskostnaderna i Sverige kan nå cirka 21 miljarder SEK år 2030, vilket gör en resultatorienterad modell både kliniskt och ekonomiskt relevant. För att detta ska fungera krävs robust datainfrastruktur, objektiv uppföljning och nationell samordning för att undvika att insatser förblir ojämnt tillgängliga regionalt. En välfungerande preventionsinfrastruktur skulle också skapa bättre möjligheter att integrera förebyggande insatser i vårdens vardagsarbete och säkerställa att fler riskpersoner fångas upp i tid.⁴⁰

”Ångest och nedstämdhet är vanligt”

Risk för utveckling av komplikationer

Jarl Hellman är överläkare i Region Uppsala och ser individualiteten i att leva med diabetes varje dag hos sina patienter, oavsett om de har typ 1 eller typ 2.

– För många är det en stor utmaning att hålla glukoskontrollen, för andra är det vikten eller att sluta röka, säger Jarl Hellman. Man kan kämpa med många olika saker som diabetespatient, och vissa kämpar mer med att de mår dåligt i själen än i kroppen.

Riskfaktorerna för komplikationer menar Jarl Hellman ser likadana ut idag som för tio år sedan, men han anser att man har blivit mera varse om att blodfetter kan vara viktigare än vad man tidigare har trott.

– Det verkar finnas ett samband mellan risken för komplikationer och hur tiden i målområdet ligger för de som har en CGM-sensor. De här sensorerna har kommit starkt de senaste tio åren, speciellt för personer med typ 1-diabetes. För de med typ 2 har kanske blodfetter och övervikt hamnat mer i fokus av olika skäl.

Jarl Hellman menar att tidig upptäckt av riskfaktorer är jätteviktigt för att förhindra komplikationer, och att man inte bara ska stirra sig blind på blodsockerbalansen.

– Samsjuklighet som till exempel hjärt-kärlsjukdom eller njursjukdom påverkar också prognosen negativt. Det innebär en tydlig försämring att ha flera tillstånd samtidigt. Vården kan arbeta med uppföljning genom att använda vårt fantastiska diabetesregister, som en slags checklista.

Skuld & livskvalitet

Det viktigaste rådet Jarl Hellman vill ge till den som precis har fått en diabetesdiagnos är att försöka att inte bli för uppgiven eller pessimistisk.

– Man måste tänka att det absolut kan bli ett bra liv även med diabetes, det tror jag är det viktigaste. Det finns bra behandlingar idag, och även i många fall möjligheter att själv påverka sjukdomen genom sin livsstil. Det är också bra att försöka ha ett gott samarbete med vården.



Jarl Hellman

Jarl Hellman påtalar även att det finns samtalsstöd för den som behöver det. Många personer som lever med diabetes upplever skuldbeteenden, och det tycker han inte att någon ska behöva göra.

– Det finns ju ingenting som personer med diabetes har gjort fel. Det gäller även de som inte har haft en perfekt livsföring, för det är det många människor som inte har haft, men som ändå aldrig blir sjuka.

Kopplingen mellan bra glukosvärden och god livskvalitet är inte självklar för Jarl Hellman.

– Det där kan vara ganska varierande, säger han. En del som har väldigt bra glukoskontroll mår ändå dåligt av sin diabetes och upplever en stor börda, medan andra som har dålig glukoskontroll inte upplever någon börda alls. Samtidigt är det vanligt att personer som lever med diabetes har problem med ångest och nedstämdhet, och därför är det viktigt med tillgång till kurator eller psykolog, även i primärvården.

Undersökning



7 av 10 har någon gång testat sitt blodsocker, vanligast via vårdcentral eller annan vårdinrättning.



3 av 4 tror att stöd för kost eller motionsvanor är det som bäst förebygger typ 2-diabetes.



9 av 10 är positiva till möjligheten att upptäcka typ 1-diabetes hos barn via screening.



73 procent tror att den svåraste vanan att upprätthålla är att äta hälsosamt.



7 av 10 är positiva till möjligheten att testa sitt blodsocker i samband med andra ärenden.



67 procent tror att det den svåraste vanan är att gå ner i vikt eller hålla en stabil vikt.

Under oktober 2025 genomfördes en undersökning tillsammans med Verian (tidigare Kantar Sifo) i syfte att undersöka kunskap och attityder om diabetes i Sverige. Totalt insamlades 1 061 svar, bland personer i åldern 18-84 år, med variation i kön, ålder och geografisk plats, för att spegla den svenska allmänheten. Nedan följer en summering av den undersökningen.

7 av 10 har någon gång testat sitt blodsocker, oftast i samband med ett besök på vårdcentral eller annan vårdinrättning. Testningen är betydligt vanligare bland äldre än bland yngre – 79 procent av personer mellan 50–84 år har gjort ett test jämfört med 42 procent i åldern 18–29 år. Kvinnor testar sig i högre grad än män (76 procent jämfört med 63 procent). Att testningen i huvudsak sker inom vården är väntat, men det innebär också att många som inte har symtom eller regelbundet söker vård riskerar att gå under radarn.

1 av 5 (21 procent) uppger att de aldrig har testat sitt blodsocker och heller inte känt något behov av det. Samtidigt finns en tydlig öppenhet inför förebyggande insatser. 9 av 10 är positiva till blodprov som kan upptäcka typ 1-diabetes hos barn, även om många sannolikt inte själva berörs direkt av frågan.

”Många upplever det svårt att leva hälsosamt i praktiken.”

7 av 10 skulle välkomna en möjlighet att testa sitt blodsocker i samband med andra ärenden, till exempel vid apoteksbesök eller hälsokontroller. Bland män i åldern 65–84 år är andelen positiva särskilt hög (77 procent), vilket visar att äldre män är en grupp med stor vilja att testa sitt blodsocker – trots att män generellt testar sig mer sällan än kvinnor. Yngre män (18–29 år) är minst positiva till detta (58 procent).

3 av 4 tror att stöd för att ändra kost- och motionsvanor är det som hjälper mest att förebygga typ 2-diabetes. Nästan hälften (47 procent) ser även bättre information om risker och symtom samt lättare tillgång till hälsokontroller (49 procent) som viktiga faktorer. Samtidigt visar resultaten att många upplever det svårt att leva hälsosamt i praktiken: 73 procent anser att det är svårt att äta hälsosamt, 67 procent tycker att det är svårt att gå ner i vikt eller hålla vikten, och 60 procent att det är svårt att upprätthålla regelbunden fysisk aktivitet. I de yngre åldersgrupperna sticker några svar ut lite extra: 22 procent av 18–29-åringarna lyfter vikten av att undvika tobak, och 24 procent nämner regelbundna hälsokontroller – båda signifikant högre än i andra åldersgrupper. Det antyder ett växande intresse för förebyggande hälsa även bland yngre, med större fokus på riskbeteenden och hälsokontroller än på kost och motion.

Det finns en medvetenhet om vad som krävs för att minska risken för diabetes, men också en upplevelse av att livsstilsförändringar är svåra att genomföra. Samtidigt efterfrågar många mer konkret information om själva sjukdomen – dess symtom, riskfaktorer och hur det är möjligt att upptäcka den i tid – snarare än ytterligare allmänna råd om kost och motion.

Kapitel 3.

Behandling

Diabetesbehandling är idag mångfacetterad och bör skräddarsys för varje individ. Målet är att normalisera blodsockret så långt det är möjligt, samtidigt som blodtryck, blodfetter och andra riskfaktorer hanteras för att minska risken för komplikationer. Behandlingen börjar ofta med livsstilsåtgärder och läkemedelsbehandling rekommenderas tidigt – ibland redan i samband med diagnos, beroende på blodsocker och riskprofil – och flera insatser kombineras ofta från början för att snabbt uppnå mål. I Sverige bygger vårdmodellen på en nära samverkan mellan patient, primärvård och specialistresurser. De flesta med typ 2-diabetes behandlas i primärvården, medan typ 1-diabetes oftare sköts av specialistmottagningar. För båda grupperna är patientens egen insats avgörande, och stöd från vården är centralt för framgång.⁴¹

Livsstilsinterventioner

Både genetiska faktorer och levnadsvanor påverkar risken att utveckla diabetes. Genom att titta på både ärftliga risker och livsstilsdata kan vården lättare rikta förebyggande insatser där de gör mest nytta. Till exempel kan individer med hög genetisk risk dra särskild nytta av tidiga livsstilsförändringar, medan personer med lägre genetisk risk kan ha mer nytta av breda folkhälsoinsatser. Livsstilsåtgärder är hörnstenen i all diabetesbehandling och kan i många fall kraftigt minska risken för sjukdom, även hos personer med hög genetisk risk.⁴²

Kost – En balanserad kost med högt fiberinnehåll, lågt intag av snabba kolhydrater och hälsosamma fetter har visat sig förbättra blodsockerkontroll och blodfetsprofil. Personer med typ 2-diabetes som får strukturerad kostrådgivning kan sänka HbA1c med i genomsnitt 5–7 mmol/mol på sex månader.

Fysisk aktivitet – Regelbunden motion ökar insulinkänsligheten och förbättrar blodtryck och blodfetter. Rekommendationen är minst 150 minuter måttlig aktivitet per vecka, gärna kombinerat med muskelstärkande övningar två gånger i veckan.

Viktminskning – Hos överviktiga med typ 2-diabetes kan en viktminskning på 5–10 procent av kroppsvikten leda till betydande förbättringar i blodsocker och blodtryck, och i vissa fall remission av sjukdomen.

Rökstopp – Rökning ökar risken för hjärt-kärlsjukdom, njurskada och död vid diabetes. Stöd för tobaksavvänjning är därför en viktig del av behandlingsplanen.⁴³



Läkemedelsbehandling

Vid typ 2-diabetes inleds ofta behandlingen med livsstilsåtgärder, men om det inte räcker för att nå målvärden behövs läkemedel som bland annat förbättrar insulinkänsligheten. Vid typ 1-diabetes är insulinbehandling nödvändig från start.⁴⁴

Kombinationsbehandling – Om insulinkänsligheten inte förbättras tillräckligt kan andra läkemedelsklasser läggas till, såsom GLP-1-receptoragonister, SGLT2-hämmare, DPP-4-hämmare eller insulin. Flera av dessa har visat sig inte bara sänka blodsockret utan även minska risken för hjärt-kärlsjukdom och njurskada.

Insulin – Många med typ 2-diabetes behöver insulin efter flera års sjukdom, ofta inledningsvis som basalinsulin, men ibland med intensifierad regim i form av flera dagliga injektioner. Insulin kan ges ensamt eller i kombination med andra läkemedel.

Blodtrycksmediciner och kolesterolsänkare (statiner) ingår ofta i behandlingsplanen för att minska risken för hjärt-kärlkomplikationer.⁴⁵

Egenvård & uppföljning

Egenvård är den viktigaste framgångsfaktorn i diabetesbehandling. Den omfattar blodsockermätning, följsamhet till läkemedel, fotkontroller, kosthållning och fysisk aktivitet.

Mätning av blodsocker – Många använder dagliga kapillärblodprov via fingerstick, medan vissa har tillgång till kontinuerlig eller intermittent glukosmätning. Val av metod beror på behandlingsform, tillgång och patientens behov.

Strukturerad uppföljning – Minst en årlig kontroll hos vården är rekommenderad, men för många behövs tätare besök. Patienter som har fyra eller fler vårdkontakter per år i genomsnitt har bättre HbA1c och blodtryck än de med färre kontakter, men målet är i längden att patienten med stöd av vården ska kunna hantera sin sjukdom självständigt och med god livskvalitet. Därför är det inte bara antalet vårdkontakter som har betydelse, utan även kvaliteten i vårdmötet såväl som patientens förmåga till egenvård. Alla möten med vården behöver inte heller ske via fysiska besök, utan ibland kan ett telefonsamtal räcka.⁴⁶

Tidig upptäckt

Att diagnostisera diabetes tidigt är avgörande för att minska risken för komplikationer. Oupptäckt sjukdom är vanligt, särskilt vid typ 2-diabetes och prediabetes. Många får sin diagnos först i samband med en annan sjukdom eller komplikation.⁴⁷

Screening av riskgrupper – som personer med övervikt, högt blodtryck, höga blodfetter eller ärftlighet – rekommenderas av flera svenska vårdprogram. Att erbjuda glukosprovtagning i primärvård, företagshälsovård och vid andra vårdbesök kan öka upptäckten. Många av dem som befinner sig i riskzonen för typ 2-diabetes besöker redan vården för andra hälsoproblem, men utan att riskstatusen uppmärksammas. Genom strukturerade arbetssätt kan vårdcentraler identifiera dessa patienter, till exempel genom att använda journalsystem för att flagga kombinationer av riskfaktorer (högt BMI, högt blodtryck, tidigare graviditetsdiabetes och familjehistoria). Regelbunden blodsockermätning i dessa grupper kan leda till tidigare diagnos och insatser.⁴⁸

Tidigt insatt behandling efter diagnos ger bättre långtidsprognos. Patienter som når målvärden för blodsocker, blodtryck och blodfetter redan första året har betydligt lägre risk för komplikationer efter tio år.⁴⁹

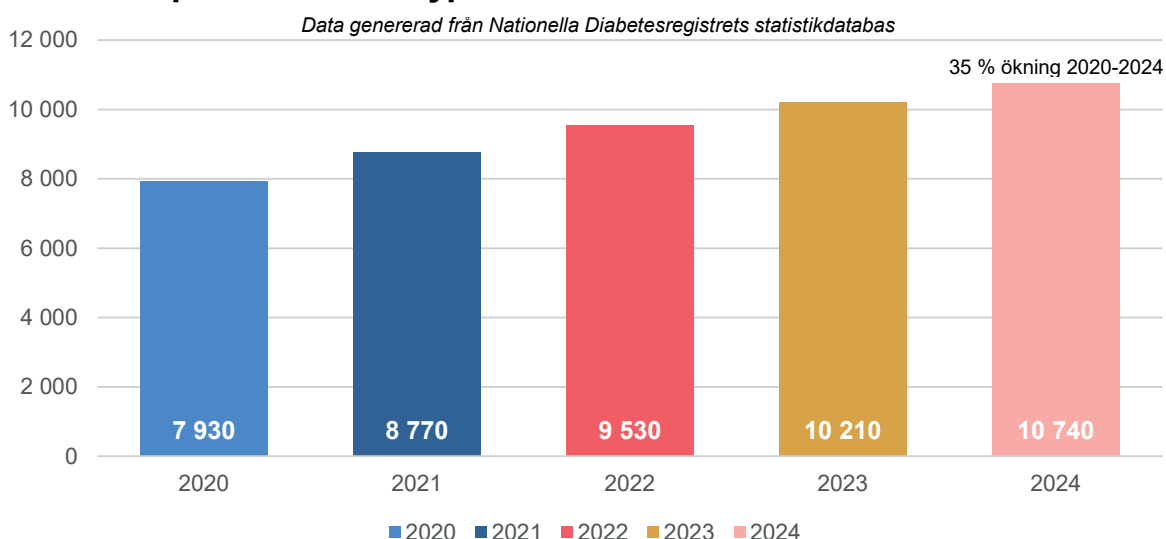
Yngre debut av typ 2-diabetes

Tidig upptäckt av typ 2-diabetes är avgörande för att minska risken för komplikationer. Vården har en central roll i att identifiera riskgrupper och erbjuda riktade insatser, men många av de viktigaste förändringarna måste ske i miljöer utanför vården – exempelvis i skolor (mer rörelse och tillgång till näringsrik mat), arbetsplatser (stöd för fysisk aktivitet, hälsosamma lunchalternativ och minskat stillasittande), stadsplanering (gång-

och cykelvänliga miljöer samt flera grönområden) och livsmedelssystem (ökad tillgång till prisvärda och hälsosamma livsmedel samt minskad exponering för energität processad mat).

En oroande utveckling är att typ 2-diabetes kryper ned i åldrarna. Nationella Diabetesregistret (NDR) visar en 35-procentig ökning i åldersgruppen 18–39 år 2020–2024, och en nationell registerstudie visar att förekomsten bland personer under 40 år nästan fördubblades 2006–2021. Denna utveckling innebär att tidiga, breda preventiva insatser i unga år är avgörande.^{50,51,52}

Antal personer med typ 2-diabetes i åldern 18-39 år 2020-2024



Kost, fysisk aktivitet och hälsosam vikt påverkar direkt både blodsockernivåer och risken för komplikationer. Förbättringar kräver mer än individuella insatser och omgivningen spelar stor roll. Tillgång till hälsosam mat, möjligheter till rörelse i vardagen och socialt stöd är avgörande. Därför behövs åtgärder som inkluderar kommuner, skolor, arbetsgivare och civilsamhället.⁵³

Multifaktoriell behandling hörnsten i diabetesvård

Diabetessköterskor har en viktig kompetens som kombinerar medicinsk kunskap med pedagogiskt stöd. I Sverige har vårdcentraler som regelbundet använder besök till diabetessköterska en högre andel patienter som når målvärden. Samtidigt ser verkligheten olika ut över landet, och alla vårdcentraler har inte tillgång till denna resurs.⁵⁴ Därför är det avgörande att vården arbetar flexibelt med de resurser och den kunskap som finns tillgänglig. Många gånger upptäcks diabetes i samband med att patienten söker vård av andra skäl, eller i exempelvis företagshälsovården. Oavsett organisationsmodell är målet att stötta patienten i dennes individuella resa och hjälpa den förstå och hantera sin sjukdom på bästa möjliga sätt.

För att ge en jämlik och effektiv diabetesvård krävs kompetenshöjning på alla vårdnivåer:

- *Primärvård* – Tillgång till diabetessköterskor är en nyckelresurs, liksom kontinuerlig fortbildning i modern behandling och teknikanvändning för både sjuksköterskor och läkare.
- *Specialistvård* – Multidisciplinära team med endokrinolog, dietist, fysioterapeut och kurator bör vara standard vid komplicerade fall.
- *Kommunal vård* – Hemsjukvårdspersonal behöver grundläggande utbildning i blodsockermätning, insulinhäntering och fotkontroller för att förebygga komplikationer.

Vårdpersonal som arbetar med distansuppföljning digitalt bör ha specifika rutiner och kompetens för att tolka digitala data, såsom kontinuerliga glukoskurvor, och kunna ge evidensbaserade råd.⁵⁵ Effektiv diabetesvård handlar om precision, och att hantera flera riskfaktorer samtidigt. Intensiv, multifaktoriell behandling kan halvera risken för allvarliga komplikationer och förbättra överlevnaden.⁵⁶

Expertperspektiv

”Vissa regioner släpar efter rejält idag”

Att screena för diabetes

Peter Adolfsson är överläkare i Region Halland där han arbetar kliniskt med både barn och vuxna med diabetes och har lång erfarenhet av prevention, teknik och systemfrågor i svensk diabetesvård. Han ser stora samhällsåtgärder som en av de viktigaste delarna i arbetet med diabetesprevention.

– För typ 2-diabetes bör vi möjliggöra, erbjuda och genomföra fysisk aktivitet mer regelbundet, exempelvis via daglig skolgymnastik, säger Peter Adolfsson. Kostsidan är svår, men att arbeta med medvetandegörande från BVC upp i skolan och upptäcka när viktutvecklingen går åt fel håll är en viktig del.

Han lägger stor vikt vid att som land bestämma sig för att adressera prevention tidigare än i vuxen ålder.

– Vi vet att åttio procent av de som upptäcks med obesitas utvecklar större problem senare i livet. Så varför inte låta obesitasteam i primärvården, skolan och barnmottagningar få kraft och resurser till detta?

I Skåne har ett screeningprojekt påbörjats för att upptäcka typ 1-diabetes innan sjukdomen bryter ut, vilket Peter Adolfsson ser som mycket värdefullt. Han ser förstegradssläktingar som en viktig grupp att börja med när det gäller screening, och poängterar att aktörerna bakom dessa projekt måste vara beredda på att besvara den oro som kan uppstå hos familjer med diabetes.

– Många skulle nog känna en trygghet i att få ingå i ett screeningprogram när det finns diabetes i familjen. Det stora värdet är att upptäckas tidigt. För barn är det en stor vinst i att undvika ketoacidosis och komma igång med behandlingen tidigt, och generellt bidrar det till att vi i framtiden kommer ha läkemedel och metoder för att fördröja och kanske till och med förhindra insjuknande.

Glapp mellan barn- & vuxenvård

Peter Adolfsson påtalar vikten av de enorma tekniska framsteg som har gjorts inom diabetes, exempelvis med halvautomatiska pumpar och smarta appar. Han ser dock stora skillnader i vilka som får tillgång till dem i Sverige.

– Det råder en total ojämlikhet. Det kostar pengar på kort sikt såklart, men på lång sikt tjänar man på att erbjuda ny teknik och behandling. Vissa regioner släpar efter rejält idag och vi skulle till exempel kunna använda Nationella Diabetesregistret för att synliggöra dessa olikheter.

En annan problematik som Peter Adolfsson ser ligger i övergången från barn- till vuxenvård.



Peter Adolfsson, privat foto

– Familjen ska ses som ett team runt personen som har diabetes, och barndiabetesvården innehåller ofta frekventa läkarbesök och sköterskekontakter, men sen när individen fyller 18 år så ska denne plötsligt ta hand om sig själv. Det måste finnas ett bättre samspel mellan barn- och vuxenvården. Det är också viktigt att personer som inte har diabetes förstår lite grann av den börda och oro som finns hos personer med diabetes. Vi brukar säga att i unga år motsvarar diabetes en 25 procentig anställning, vilket föräldrarna ska klara av att hantera. Och sedan som vuxen så förväntas man ta den där livslånga bördan själv. Som det ser ut idag är diabetespatienterna sällan förberedda på det tyvärr.

Kapitel 4.

Situationen i Sverige

Regionala skillnader & jämlikhet i vården

Sverige har som mål att erbjuda jämlik vård, men diabetesvården präglas fortfarande av stora skillnader mellan regioner och vårdgivare. Det gäller såväl medicinska resultat som tillgång till stöd, utbildning och tekniska hjälpmedel.⁵⁷

Nationella Diabetesregistrets årsrapport 2024 visar exempelvis att andelen personer med typ 2-diabetes som når målvärdet för HbA1c kan variera med över 15 procentenheter mellan regioner. Liknande skillnader ses i blodtryckskontroll och andelen som får årlig screening för ögon- och njurskador. Inom typ 1-diabetes är skillnaderna ännu tydligare när det gäller tillgång till avancerade hjälpmedel och strukturerat stöd för egenvård.⁵⁸ Orsakerna till dessa skillnader är komplexa:

- *Resursfördelning*: Vissa regioner har färre vårdcentraler per invånare, längre avstånd till specialistmottagningar och sämre tillgång till avancerad vårdutrustning.
- *Olika vårdmodeller*: Regionerna organiserar diabetesvården på olika sätt. Vissa har välutvecklade multidisciplinära team, medan andra förlitar sig nästan helt på primärvården.⁵⁹
- *Kompetensfördelning*: Skillnader i antal diabetessköterskor, dietister och foterapeuter per capita påverkar vårdens kvalitet.
- *Socioekonomiska faktorer*: Patienter i områden med lägre inkomstnivåer och högre arbetslöshet har ofta större sjukdomsburda och sämre vårdresultat, bland annat på grund av skillnader i möjligheten att delta i egenvårdsprogram.⁶⁰

För att uppnå jämlik vård krävs riktade insatser som stärker resurserna där behoven är störst, och att regionerna delar erfarenheter och goda exempel.

Kompetens i primärvården

Primärvården är ofta den första – och ibland enda – kontakten med vården för personer med diabetes. Systemet är pressat: arbetsbelastningen är hög och administrativa uppgifter tar en stor del av tiden, vilket försvårar möjligheterna att fokusera på patientens behov. Bristen på specialistkompetens är tydlig och utmaningarna att rekrytera till glesbygdsområden är särskilt stora.⁶¹

Diabetessköterskor spelar en viktig roll där de finns tillgängliga. Samtidigt är det inte realistiskt att alla vårdcentraler ska ha tillgång till den kompetensen, utan primärvården måste hitta andra lösningar till att följa upp behandling, göra riskbedömningar, undervisa om egenvård och initiera åtgärder för tidig upptäckt. Det kan handla om att stärka teamarbete, utveckla digitala vårdmöten, bygga regionala kompetensnätverk eller använda mobila mottagningar för att öka tillgängligheten på mindre orter.

Målet är inte att varje enhet ska ha samma bemanning, utan att alla patienter ska få likvärdig vård och stöd i sin egenvård. För detta krävs både god användning av befintlig kompetens och nya arbetssätt som frigör tid från administration till patientarbete.⁶²

Forskning & medicinteknisk utveckling

Utvecklingen inom medicinsk forskning och tekniska hjälpmedel för diabetes är snabb, och Sverige har en stark position inom flera områden. Kontinuerlig glukosmätning (CGM) är ett tydligt exempel. Tekniken innebär att blodsockernivåerna registreras automatiskt, antingen kontinuerligt eller med korta intervall, vilket ger patient och vårdpersonal en mer komplett bild av glukosnivåerna över dygnet. Vuxna med typ 2-diabetes som behandlas med insulin och som börjar använda intermittent CGM får en varaktig sänkning av HbA1c med cirka 3–4 mmol/mol inom sex månader, och att förbättringen kvarstår efter två år. Dessutom minskar risken för sjukhusinläggningar på grund av svår hypoglykemi, stroke, hjärtinfarkt och andra diabetesrelaterade komplikationer.⁶³



Digitala egenvårdsstöd blir allt vanligare. Vuxna med typ 1 och typ 2-diabetes använder ofta en kombination av hälsorelaterade appar, aktivitetsmätare och glukosmonitorer för egenkontroll. Dessa teknologiska hjälpmedel gör det möjligt för användarna att tolka hur livsstil och blodsocker hänger ihop – och är ett kraftfullt verktyg för att stärka diabeteshantering och egenvård.⁶⁴

Läkemedelsutveckling är ett annat område där framsteg görs. Vissa nya preparat kombinerar blodsockersänkning med betydande skyddseffekter för både hjärta och njurar vid typ 2-diabetes, och vid typ 1-diabetes kan i vissa fall både njurfunktion och glykemisk kontroll förbättras.^{65,66}

Prevention och livsstilsforskning är också centralt. Skola, arbetsliv och samhällsplanering kan bidra till att minska risken för typ 2-diabetes genom att till exempel främja fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor redan i unga år.⁶⁷

En växande sjukdomsbörda

Idag lever 6,2 procent av Sveriges befolkning med diabetes – en tydlig ökning jämfört med tidigare år. Den största orsaken är fler fall av typ 2-diabetes, men även förbättrad överlevnad bidrar. Detta innebär att fler personer lever längre med sjukdomen, vilket ställer ökade krav på primärvårdens kapacitet, specialistvårdens resurser och samordningen mellan vårdnivåer. Utvecklingen understryker behovet av tidig upptäckt och förebyggande insatser, i både vård och samhälle.

En liten grupp personer har så kallad dubbel diabetes – personer med typ 1-diabetes som också utvecklar insulinresistens/typ 2-drag, ofta vid övervikt – och de omfattas i regel inte av indikation eller subvention för typ 2-läkemedel, vilket gör att sådan behandling blir egenfinansierad.⁶⁸ Det finns även personer som först diagnostiseras med typ 2-diabetes, men senare utvecklar autoimmun diabetes (LADA/typ 1).⁶⁹

Regionala skillnader i resultat & tillgångar

Trots nationella riktlinjer finns tydliga skillnader mellan regionerna i hur väl vården lyckas med riskfaktorkontroll. Måluppfyllelsen för blodsocker, blodtryck, LDL-kolesterol och albuminuri varierar ofta med mer än tio procentenheter. För albuminuri kan skillnaden vara särskilt stor – från under 15 procent i vissa regioner till omkring 30 procent i andra, och det är även stora skillnader i rapporteringsgrad.

Även täckningsgraden i Nationella Diabetesregistret (NDR) varierar. I åldersgruppen 50–79 år registreras under 70 procent av patienterna i vissa regioner, medan andra når över 90 procent. Detta påverkar möjligheterna att analysera data och jämföra resultat på ett rättvisande sätt. Skillnaderna speglar både organisatoriska faktorer, resurstillgång och hur aktivt registret används lokalt.

Region Stockholm har i vissa avseenden hög måluppfyllelse, till exempel i LDL-kontroll, men ligger under riksgenomsnittet i HbA1c-resultat för vissa patientgrupper.⁷⁰ Regionen har hög täckning i registret, vilket möjliggör detaljerade analyser och jämförelser. De största variationerna finns dock ofta inom regionerna, med variationer mellan vårdcentraler och stadsdelar som speglar socioekonomiska skillnader.⁷¹

Tabellen nedan visar andelen uppfyllda målvärden för blodsocker (HbA1c <52), blodtryck (<130/80) och LDL (<2,5 mmol/L) i samtliga regioner under 2024, enligt Nationella Diabetesregistret (NDR). Listan är rangordnad för att visa högst till lägst resultat för HbA1c för typ 2-diabetes, eftersom det är den vanligast förekommande typen av diabetes. Färgindelningen visar lågt/rött 20–40 procent, medel/gult 41–60 procent och högt/grönt 61–80 procent, med femprocentiga intervall. De målvärden som regionerna har svårast att nå är blodtryck för både typ 1 och typ 2, men framför allt för typ 2, samt blodsocker för typ 1. Målvärden för LDL är generellt de som regionerna når bäst. Ingen region har endast höga eller endast låga målvärden för någon indikator, utan variationen är stor både mellan och inom regionerna.

REGION	TYP 2			TYP 1		
	HbA1c	Blodtryck	LDL	HbA1c	Blodtryck	LDL
Halland	66%	35%	61%	37%	40%	60%
Stockholm	64%	31%	65%	35%	40%	58%
Blekinge	63%	27%	66%	40%	32%	61%
Värmland	62%	27%	68%	34%	43%	72%
Skåne	61%	26%	67%	34%	36%	65%
Västra Götaland	61%	33%	67%	42%	45%	60%
Västerbotten	60%	35%	75%	35%	45%	63%
Kalmar	59%	24%	72%	32%	32%	68%
Sörmland	59%	28%	70%	30%	35%	71%
Uppsala	59%	30%	67%	34%	38%	61%
Gävleborg	58%	29%	66%	33%	41%	69%
Västmanland	58%	26%	57%	31%	36%	53%
Örebro	58%	27%	61%	28%	42%	63%
Kronoberg	57%	25%	69%	37%	34%	68%
Gotland	56%	32%	69%	37%	44%	56%
Jönköping	55%	32%	62%	32%	44%	56%
Dalarna	54%	31%	68%	28%	39%	65%
Jämtland-Härjedalen	54%	28%	59%	29%	36%	61%
Östergötland	54%	35%	76%	31%	45%	68%
Norrbottnen	51%	30%	60%	34%	36%	48%
Västernorrland	50%	28%	64%	30%	40%	60%

Sverige ligger ofta långt fram i forskning och utveckling av ny medicinteknik, men det finns variation i hur snabbt innovationer når patienterna. Införandet av nya läkemedel och tekniska hjälpmedel, som kontinuerlig glukosmätning, kan ta flera år från godkännande till bred användning, och tillgången varierar mellan regionerna.⁷² Fördröjd introduktion av effektiva behandlingar innebär betydande välfärdsförluster. De största samhällskostnaderna för diabetes orsakas av komplikationer. Tidigare och bättre behandling kan minska både sjuklighet och kostnader på lång sikt, och bör därför betraktas som en investering: ju tidigare i sjukdomsförloppet dessa insatser görs, desto större blir vinsten för både individ och samhälle.⁷³

Register som verktyg för förbättringsarbete

Nationella Diabetesregistret (NDR) är ett av världens största nationella diabetesregister och ett centralt verktyg för kvalitetsutveckling. För att registret ska kunna användas fullt ut behöver täckningsgraden bli hög och jämn över hela landet, och resultaten återkopplas systematiskt till vårdteam, beslutsfattare och politiska nivåer. När resultaten dessutom aktivt används för att utveckla arbetssätt och sprida framgångsrika metoder kan skillnaderna i vårdens resultat minska och goda exempel snabbare få genomslag nationellt.⁷⁴

Patientperspektiv

”Det är något jag alltid bär med mig”

Helena Trygg är 59 år gammal och har levt med typ 1-diabetes sedan åtta års ålder. Efter en hastig vikt-nedgång och en månad på sjukhus konstaterades diagnosen och Helena ställdes på insulinbehandling.

– Diagnosen påverkade hela familjen, berättar Helena. Vi lade om kosten och jag kommer ihåg att min pappa gick ner mycket i vikt. På 70-talet var det ganska styrt i samhället hur man skulle äta och leva. Det var lite så att man blev uppläxad av läkaren med pepinnar om man inte hade skött sig.

Helena är tacksam för att hon inte har fått några följsjukdomar av sin diabetes, men påtalar att livet med diabetes ändå innebär en klar begränsning i vardagen, och att diabetes ter sig olika för olika personer.

– Nu har jag haft diabetes i över femtio år och med facit i hand så är min sjukdom något som jag alltid bär med mig och måste ha koll på, för jag mår inte likadant varje dag, säger Helena. Och jag tycker fortfarande att omgivningen kan ha lite svårt att förstå hur tufft det kan vara att leva med diabetes. Jag har inga allvarliga besvär, men hade lika gärna kunnat få problem med njurarna, ögonen eller andra följsjukdomar.

Övergången till modernare insulin på 80-talet förbättrade möjligheterna för Helena att dosera rätt och minska osäkerheten. Idag har tekniska hjälpmedel förändrat hennes egenvård.

– Jag har insulinpump sedan fem år tillbaka och en kontinuerlig glukosmätare sedan nästan tio år. Med åren så märker jag inte längre när blodsockret sjunker, för signalerna är inte desamma som för bara tio år sedan. Så det är fantastiskt att ha de här hjälpmedlen, samtidigt som man blir ständigt påmind av larm då blodsockret åker upp och ned. Så det är lite dubbelt!

Utmaningar & livskvalitet

Helena är generellt nöjd med diabetesvården i Sverige, men påpekar att hon inte tycker att livskvalitet är så prioriterat som det borde vara, och att tillgången till hjälpmedel ser olika ut.

– Jag tycker det tuffaste är att man aldrig riktigt vet hur blodsockret ska bete sig – det är egentligen den största utmaningen. Och det är lite krångligt när jag ska beställa saker till min pump och mätare, för det är tre olika ställen jag måste hämta ut dem på. Och jag kan dessutom tänka mig att det är en ännu större utmaning på många andra ställen i landet än här i Stockholm.

Som patient med typ 1-diabetes hänvisas Helena till sjukhusvården för sitt omhändertagande, och det är hon mycket tacksam för.

– På vårdcentralerna finns inte kompetensen vare sig när det gäller tekniken eller hur typ 1-diabetes fungerar. Ibland kan det kännas som att eftersom mina värden ofta är väldigt bra så får man påminna lite om att det kan vara dags att boka in en tid. Lite som att man glöms bort för att man mår för bra.

Helena träffar en diabetessköterska ungefär en gång om året och en läkare en gång om året. I framtiden hoppas hon att medicintekniken fortsätter gå framåt, och att diabetes till slut går att bota helt.



Helena Trygg

Slutord

Att leva med diabetes handlar om mer än medicinska värden – det påverkar hela livssituationen. Därför måste vården och samhället samverka för att skapa förutsättningar för ett friskt liv. Den enskilda individen varken kan eller ska bära hela ansvaret för att vården fungerar, komplikationer förebyggs och livskvaliteten bibehålls. Vi behöver tänka bredare: vård, samhälle, arbetsliv, skola och omgivning är alla delar av samma system.

Antalet personer med diabetes ökar, typ 2-diabetes kryper ned i åldrarna och mörkertalet är stort, särskilt vid prediabetes. Riskfaktorer som blodsocker, blodtryck, blodfetter och albuminuri samverkar, och tidig upptäckt och rätt behandling gör stor skillnad. Ändå följs inte riktlinjerna alltid – exempelvis inleds läkemedelsbehandling inte alltid så tidigt som rekommenderas.

Tekniska och medicinska framsteg – som kontinuerlig glukosmätning, nya läkemedel och digitala egenvårdsstöd – kan förbättra både resultat och livskvalitet men skillnader mellan och inom regionerna består. Patientens egenvård behöver stärkas, till exempel genom patientens egen provtagning (PEP) och möjligheten att testa blodsocker utanför vården, till exempel på apotek, i mobila enheter eller via företagshälsovården. Vården behöver också bli bättre på att fånga riskfaktorer vid andra vårdkontakter – en enkel mätning kan ibland leda till tidig upptäckt.

Vi vet att hälsa formas i ett komplext system – i vården, arbetslivet, bostadsområdet, skolan och de sociala nätverken – och att varje del påverkar möjligheten att leva ett friskt liv. Därför måste åtgärder för att förbättra diabetesvården ta hänsyn till hela strukturen.

Våra mål för svensk diabetesvård är:

- Jämlik vård i hela landet, oavsett bostadsort eller socioekonomiska förutsättningar.
- Tidig upptäckt av diabetes och prediabetes genom systematiska insatser.
- Enkla, tillgängliga beslutsstöd för alla yrkesgrupper, även i hemsjukvård och särskilda boenden.
- Tillgång till vårdpersonal med rätt kompetens i hela landet, kompletterad med digitala ronder och vardagslärande.
- Stöd för patientens egenvård genom utbildning, uppföljning, PEP och relevant teknik.
- Automatisering och precisionssjukvård som frigör specialistresurser till patienter med störst behov.
- Integrering av förebyggande åtgärder i skola, arbetsliv och samhällsplanering.

För att nå dit föreslår vi:

- Stöd till kompetensförsörjning och vidareutbildning, samt att befintliga resurser nyttjas smartare.
- Ökad samordning och erfarenhetsutbyte mellan regioner.
- Bredare implementering av screening och riskbedömning.
- Jämlik tillgång till tekniska hjälpmedel och digitala lösningar.
- Stärkt samverkan mellan vården och andra samhällsaktörer för att skapa miljöer som främjar hälsa.

Att förbättra vården för personer med diabetes är ett gemensamt ansvar. Vi behöver ett samhälle där strukturen runt individen gör det lättare att leva ett friskt liv – och där vården möter människor där de är, med rätt kompetens, resurser och stöd.

”Den enskilda individen varken kan eller ska bära hela ansvaret för att vården fungerar.”

Referenser

- 1 1177 Vårdguiden. (2024). Diabetes. <https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/diabetes/>
- 2 Nationella Diabetesregistret (NDR). (2024). Årsrapport 2024. Göteborg: Registercentrum Västra Götaland. https://registercentrum.blob.core.windows.net/ndr/r/NDR_rsrappport-2024-nfsZyhug5.pdf
- 3 Socialstyrelsen (2018). Nationella riktlinjer för diabetesvård – Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/f0bc11a3e04142c8a1c139e67cc0c8a1/2018-10-25.pdf>
- 4 1177 Vårdguiden. (2024). Graviditetsdiabetes. <https://www.1177.se/gravid/komplikationer-under-graviditeten/graviditetsdiabetes/>
- 5 Göteborgs universitet (2025) 'Reduced prediabetes in people who ate broccoli compound', 13 februari 2025. <https://www.gu.se/en/news/reduced-prediabetes-in-people-who-ate-broccoli-compound>
- 6 VISS (2024) Prediabetes – mål för intervention. Stockholm: Vård- och omsorgsanalys. <https://viss.nu/kunskapsstod/vardprogram/prediabetes>
- 7 Nationella Diabetesregistret (NDR) - se referens 2.
- 8 Gudjonsdottir, H., et al. (2024) Undiagnosed type 2 diabetes is common – intensified screening of established risk groups is imperative in Sweden: the SDPP cohort. *BMC Medicine*, 22:168. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11027361/>
- 9 Carlsson et al. (2025) Increasing incidence of early-onset type 2 diabetes in Sweden 2006–2021. *European Journal of Public Health*. Advance online publication. doi:10.1093/eurpub/ckaf114
- 10 Folkhälsomyndigheten (2023) Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2023. Stockholm: Folkhälsomyndigheten. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a448b27d603c44f590fc1aff741b0d5d/folkhalsan-sverige-arsrapport-2023.pdf>
- 11 Socialstyrelsen (2018) - se referens 3.
- 12 Franquez R.T., et al. (2023). Interventions for depression and anxiety among people with diabetes mellitus: Review of systematic reviews. *PLoS ONE*, Feb 9 2023: e0281376. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281376>
- 13 Nationella Diabetesregistret (NDR) - se referens 2.
- 14 Insel, R.A. et al. (2015) 'Staging Presymptomatic Type 1 Diabetes: A Scientific Statement of JDRF, the Endocrine Society, and the American Diabetes Association', *Diabetes Care*, 38(10), s. 1964-1974. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26404926/>
- 15 Elding Larsson, H. et al. (2022). Screening for Type 1 Diabetes in the General Population: Swedish Experiences. *Acta Paediatrica*, 111(4), 789–797. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9114719/>
- 16 Herold, K. C. et al. (2022). Teplizumab in relatives at risk for type 1 diabetes. *New England Journal of Medicine*, 387(7), 587–597. <https://madisonclinic.ucsf.edu/sites/madisonclinic.ucsf.edu/files/Teplizumab-nejmoa1902226.pdf>
- 17 Socialstyrelsen (2018) - se referens 3.
- 18 Xue, C. et al. (2023). Common mechanisms underlying diabetic vascular complications: endothelial dysfunction and inflammation. *Cell Communication and Signaling*, 21, 132. <https://doi.org/10.1186/s12964-022-01016-w>
- 19 1177 Vårdgivarguide (2022) Blodprov: HbA1c. <https://www.1177.se/undersokning-behandling/undersokningar-och-provtagning/provtagning-och-matningar/blodprov/blodprov-hba1c/>
- 20 Nationella Diabetesregistret, siffror genererade via statistikverktyget Knappen & Profilen. <https://ndr.registercentrum.se/statistik/statistikvisning-knappen-and-profilen/p/ByTsnngCj>
- 21 Stockholms universitet (2025) "Forskningsprojekt Att leva med typ 1-diabetes". Stockholm: SU. <https://www.su.se/forskning/forskningsprojekt/att-leva-med-typ-1-diabetes>
- 22 The Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1993. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *New England Journal of Medicine*, 329(14), pp.977–986. doi:10.1056/NEJM199309303291401. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199309303291401>
- 23 Internetmedicin (2024) "Hypertoni vid diabetes". <https://www.internetmedicin.se/kardiologi/hypertoni-vid-diabetes>
- 24 Socialstyrelsen (2018) - se referens 3.
- 25 UK Prospective Diabetes Study Group (1998) 'Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes', *BMJ*, 317(7160), pp. 703–713. doi:10.1136/bmj.317.7160.703. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7160.703>
- 26 Nationella Diabetesregistret (NDR) - se referens 2.
- 27 1177 Vårdguiden (2022) Höga halter av blodfetter. <https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/hjarta-och-blodkarl/blodkarl/hoga-blodfetter/>
- 28 Taskinen, M.R. & Borén, J. (2015). "New insights into the pathophysiology of dyslipidemia in type 2 diabetes" *Atherosclerosis*, 239(2), 483–495. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2015.01.039>
- 29 Socialstyrelsen (2018) - se referens 3.
- 30 Nationella Diabetesregistret (NDR) - se referens 2.
- 31 Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators (2012). "The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease". *Lancet*, 380(9841), 581–590. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60367-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60367-5)
- 32 Mogensen, C. E. (1984). Microalbuminuria predicts clinical proteinuria and early mortality in maturity-onset diabetes. *The New England Journal of Medicine*, 310(6), 356–360. <https://doi.org/10.1056/NEJM198402093100605>
- 33 Socialstyrelsen. (2023). Nationella riktlinjer för diabetesvården – Stöd för styrning och ledning. Stockholm. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2023-3-8316.pdf>
- 34 Nationella Diabetesregistret (NDR) - se referens 2.
- 35 Afkarian, M., et al. (2013). Clinical manifestations of kidney disease among US adults with diabetes, 1988–2014. *JAMA*, 316(6), 602–610. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.10924>
- 36 Gaede, P., et al. (2003). Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *The New England Journal of Medicine*, 348(5), 383–393. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa021778>

- 37 Nationella Diabetesregistret (NDR) - se referens 2.
- 38 Nationella Diabetesförbundet. (2023). Diabetesbarometern 2023. Stockholm: NDF.
https://www.diabetes.se/media/pakmlnap/diabetesbarometern_2023_w6.pdf
- 39 Powers, M. A., et al. (2015). Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: a joint position statement. *Diabetes Care*, 38(7), 1372–1382. <https://doi.org/10.2337/dc15-0730>
- 40 Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi (IHE). (2025). Förebyggande framtid – En handlingsplan för införandet av en nationell preventionsinfrastruktur. Lund: IHE. <https://swelife.se/wp-content/uploads/2025/05/Forebyggande-Framtid-1.pdf>.
- 41 Socialstyrelsen (2018) - se referens 3.
- 42 Herzog, K., Ahlqvist, E., Alfredsson, L., et al. (2021). Combined lifestyle factors and the risk of LADA and type 2 diabetes – Results from a Swedish population-based case–control study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 174, 108760. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.108760>.
- 43 Evert, A.B., et al. (2019). Nutrition therapy for adults with diabetes or prediabetes: A consensus report. *Diabetes Care*, 42(5), 731–754. <https://doi.org/10.2337/dci19-0014>
- 44 American Diabetes Association (2024). Standards of Medical Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*, 47(Suppl. 1). <https://doi.org/10.2337/dc24-Sint>
- 45 Davies, M.J., et al. (2022). Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2022. *Diabetologia*, 65(12), 1925–1966. <https://doi.org/10.1007/s00125-022-05787-2>
- 46 Socialstyrelsen (2018) - se referens 3.
- 47 Tabák, A.G., et al. (2012). Prediabetes: A high-risk state for diabetes development. *The Lancet*, 379(9833), 2279–2290. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60283-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60283-9)
- 48 Socialstyrelsen (2018) - se referens 3.
- 49 UKPDS Group (2008) '10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes', *The New England Journal of Medicine*, 359(15), pp. 1577–1589. doi:10.1056/NEJMoa0806470. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0806470>
- 50 Nationella Diabetesregistret (NDR) - se referens 2.
- 51 Carlsson et al. (2025) - se referens 9.
- 52 Gershater, M.A., et al. (2024). Diabetes prevalence in Malmö has increased markedly in recent years, exacerbated by a rise in type 2 diabetes mainly in the younger population, *Primary Care Diabetes*.
<https://www.primary-care-diabetes.com/action/showPdf?pii=S1751-9918%2824%2900119-0>
- 53 Nationella Diabetesregistret (NDR) - se referens 2.
- 54 Adolfsson, E. T., Rosenblad, A. & Wikblad, K. (2010). "The Swedish National Survey of the Quality and Organization of Diabetes Care in Primary Healthcare—Swed-QOP." *Primary Care Diabetes*, 4(2), 91–97. DOI: 10.1016/j.pcd.2010.03.002. Summering av studien: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20434973/>
- 55 Socialstyrelsen (2018) - se referens 3.
- 56 Gaede, P., et al - se referens 36.
- 57 Socialstyrelsen (2022). Jämlik vård vid kroniska sjukdomar – slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-2-7728.pdf>
- 58 Nationella Diabetesregistret (NDR) - se referens 2.
- 59 Socialstyrelsen (2022) - se referens 57.
- 60 Folkhälsomyndigheten (2023). Skillnader i hälsa – nationell kartläggning. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/>
- 61 Socialstyrelsen (2023) Tillståndet och utvecklingen i hälso- och sjukvård och tandvård – Lägesrapport 2023. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/tillstandet-och-utvecklingen-i-halso--och-sjukvard-och-tandvard--lagesrapport-2023-2023-3-8446/>
- 62 Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) (2022), Digitala möjligheter som stöd i den nära vården. Stockholm: SKR.
https://skr.se/download/18.5463fea9180b4e0c6d5515b9/1652951016778/Digitala-mojligheter-som-stod-i-den-nara-varden_SKR.pdf
- 63 Nathanson, D., et al. (2025). Intermittently scanned continuous glucose monitoring in adults with type 2 diabetes using insulin: a nationwide register-based study in Sweden. *Diabetologia*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39460755/>
- 64 Bober, T., et al. (2025). Examining how adults with diabetes use technologies to integrate multiple behavior-tracking tools for self-management. *JMIR Diabetes*, 10, e64505. <https://diabetes.jmir.org/2025/1/e64505>
- 65 Aristizábal-Colorado, D., Bucalón-Reyes, N., van den Berg, L., et al. (2025) A decade of progress in type 2 diabetes and the road ahead: cardiovascular and renal outcomes. *Frontiers in Endocrinology*, 16, art. 1605746. <https://www.frontiersin.org/journals/endocrinology/articles/10.3389/fendo.2025.1605746/full/>
- 66 Mahmud, F.H., Bjornstad, P., Cherney, D.Z.I., et al. (2025) Adjunct-to-insulin therapy using SGLT2 inhibitors in youth with type 1 diabetes: a randomized controlled trial, *Nature Medicine*, 31(7), s. 2317-2324. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40481206/>
- 67 Statens offentliga utredningar (SOU). (2023). Varje rörelse räknas – hur skapar vi ett samhälle som främjar fysisk aktivitet? (SOU 2023:29). Stockholm: Regeringskansliet. https://www.regeringen.se/contentassets/8ab754ea529f4fa5a6caaa00581948bd/sou-2023_29.pdf
- 68 Diabetesportalen. (2021) Både typ-1 och typ-2 samtidigt. Lunds universitet, Diabetesportalen. <https://www.diabetesportalen.lu.se/artikel/bade-typ-1-och-typ-2-samtidigt?1177.se>
- 69 1177.se. (2024) Diabetes typ 1. 1177 – Sjukvårdsguiden. <https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/diabetes/diabetes-typ-1>
- 70 Nationella Diabetesregistret (NDR) - se referens 2.
- 71 Region Stockholm, Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin (CES) (2023). Folkhälsorapport 2023 - Sociala och ekonomiska förutsättningar. Stockholm: Region Stockholm.
<https://www.folkhalsorapportstockholm.se/rapporten2/sociala-och-ekonomiska-forutsattningar/>
- 72 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) (2018) Delrapport medicinteknik 2018–2019 – Samordnat införande av medicinteknik. Stockholm: TLV.
https://www.tlv.se/download/18.2eb4319b1668af6a7cd1ccb/1539935270600/delrapport_medicinteknik_2018_2019.pdf
- 73 IHE. (2015) Påverkbara kostnader för typ 2-diabetes år 2020 och år 2030 i Sverige. Lund: Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi. https://ihe.se/app/uploads/2017/10/IHE-Rapport_2015_1.pdf
- 74 Nationella Diabetesregistret (NDR) - se referens 2.

Diabetes Sverige

Upplandsgatan 3 • 111 23 Stockholm
Telefon 08-654 00 40 • E-post: info@diabetessverige.se
Webb: www.diabetessverige.se

Diabetes Stockholm

Upplandsgatan 3 • 111 23 Stockholm
Telefon: 08-654 00 40 • E-post: info@diabetesstockholm.se
Webb: www.diabetesstockholm.se

