



Helse- og
omsorgsdepartementet

Handlingsplan

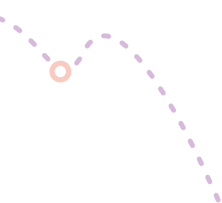
Nasjonal diabetesplan 2025–2029





Innhold

1	Forord	4
2	Mål og retning for Nasjonal diabetesplan 2025–2029	5
3	Tiltak på fem innsatsområder	6
3.1	Hjelp til å endre levevaner, vektreduksjon og å mestre egen sykdom	7
3.2	Mer kunnskap og bedre kompetanse om diabetes i helse- og omsorgstjenesten	8
3.3	Bedre oppfølging og behandling for personer med diabetes	9
3.4	Svangerskapsdiabetes – trygghet for mor og barn	10
3.5	Barn og unge – tidlig hjelp, god oppfølging og behandling	11
4	Hva er diabetes?	13
5	Dagens utfordringer	15
6	Status og utviklingstrekk	18
6.1	Diabetes i verden	18
6.2	Diabetes i Norge	18
6.3	Diabetes i ulike befolkningsgrupper	18
6.4	Oppfølging og behandling	21
6.5	Hvordan går det med behandling av diabetes i Norge?	25
6.6	Hvordan samler vi kunnskap om diabetesbehandlingen i Norge?	27
6.7	Senkomplikasjoner ved diabetes	27
6.8	Forskning, innovasjon og utvikling innen diabetesområdet	28
7	Erfaringer fra Nasjonal diabetesplan 2017–2021	29



1 Forord

Regjeringen lanserer nå en ny nasjonal diabetesplan som skal bidra til at diabetesbehandlingen og diabetesomsorgen skal bli enda bedre. Innbyggere som har diabetes, skal få god behandling, oppfølging og hjelp til å mestre livet med sykdommen. Gjennom målrettet folkehelsearbeid arbeider vi for at færrest mulig skal få diabetes.

Den nye diabetesplanen er en handlingsplan som bygger på erfaringene fra *Nasjonal diabetesplan 2017–2021*. Fagmiljøer har bidratt med sin kunnskap, og vi har fått verdifulle innspill fra kommuner og ikke minst Diabetesforbundet og Nasjonalt fagråd for diabetes. Sammen skal vi sørge for at alle med diabetes får den hjelpen de trenger – med god og kunnskapsbasert oppfølging og behandling. Målet er klart: Flere skal få god hjelp og færre skal få diabetes.

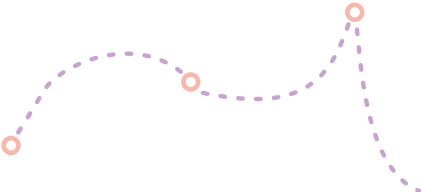
Nasjonal diabetesplan 2025–2029 har fem innsatsområder med kraftfulle tiltak:

- Hjelp til å endre levevaner, vektreduksjon og å mestre egen sykdom
- Mer kunnskap og bedre kompetanse om diabetes i helse- og omsorgstjenesten
- Bedre oppfølging og behandling for personer med diabetes
- Svangerskapsdiabetes – trygghet for mor og barn
- Barn og unge – tidlig hjelp, god oppfølging og behandling



Jan Christian Vestre
Helse- og omsorgsminister





2 Mål og retning for Nasjonal diabetesplan 2025–2029

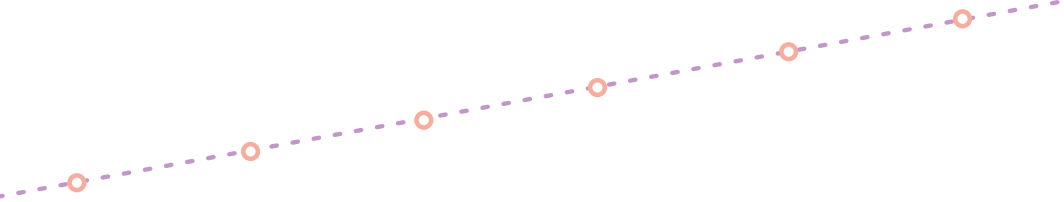
Vi skal forebygge mer, følge opp tettere og behandle bedre. Det overordnede målet med denne handlingsplanen er at færre skal få diabetes, flere skal unngå eller utsette komplikasjoner, og personer med diabetes skal kunne leve lange, gode og aktive liv.

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for handlingsplanen, mens Helsedirektoratet følger opp tiltakene i praksis. Helsedirektoratet skal også legge til rette for samarbeid med Diabetesforbundet og andre organisasjoner, regionale helseforetak, sykehus, kommuner, forskningsmiljøer og helsenæringen. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen for diabetesarbeid og skal legge til rette for prosjekter som bidrar til at innsatsen settes inn der den trengs mest.

Forebygging av diabetes type 2 handler ikke bare om helsetjenesten – det handler om helsefremmende samfunn og levekår. Gjennom bredt folkehelsearbeid, som omfatter lover, forskrifter, stortingsmeldinger, handlingsplaner, strategier og tiltak på tvers av sektorer, legger vi til rette for at flere kan leve sunt, være i aktivitet, unngå tobakk og begrense alkoholbruk.

Helsetjenesten har en nøkkelrolle som kunnskaps- og tjenesteleverandør, som samarbeidspartner og som motivator og støttespiller for befolkningen i arbeidet med å endre levevaner og mestre helseutfordringer. I kommunene er fastlegekontorene, hjemmetjenestene og frisklivs-, lærings- og mestringstilbud viktige aktører. Helsedirektoratets informasjon til befolkningen, via Helsenorge, kampanjer, kurs og digitale verktøy, er også viktig for å nå ut til folk.

Nasjonal diabetesplan 2025–2029 henger tett sammen med andre viktige planer som Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027* og arbeidet med ikke-smittsomme sykdommer. Meld. St. 15 (2022–2023) *Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*, og *Sammen om aktive liv – Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029* samt veivisere i lokalt folkehelsearbeid er også sentrale dokumenter i arbeidet med den nye diabetesplanen.



3 Tiltak på fem innsatsområder

Nasjonal diabetesplan 2025–2029 har fem innsatsområder:

1. Hjelp til å endre levevaner, vektreduksjon og å mestre egen sykdom
2. Mer kunnskap og bedre kompetanse om diabetes i helse- og omsorgstjenesten
3. Bedre oppfølging og behandling for personer med diabetes
4. Svangerskapsdiabetes – trygghet for mor og barn
5. Barn og unge – tidlig hjelp, god oppfølging og behandling

Tiltakene i handlingsplanen kan justeres og endres i takt med ny kunnskap og erfaringer som kommer i planperioden.



3.1 Innsatsområde 1 – Hjelp til å endre levevaner, vektreduksjon og å mestre egen sykdom

Diabetes handler ikke bare om legemiddelbehandling – det handler like mye om tilpasset kosthold, fysisk aktivitet og røykeslutt. Tiltakene skal hver for seg og sammen bidra til at det blir enklere for personer med diabetes å endre levevaner og mestre livet med diabetes.

TILTAK

- Helsedirektoratet vil legge til rette for å utvikle og prøve ut nye tilbud for endring av levevaner og vektreduksjon. Det inkluderer digitale verktøy og e-læring om diabetes, levevaner og vektreduksjon, både til pasienter og helsepersonell. Tilbudene skal være tilpasset personer med minoritetsbakgrunn med begrensede norskkunnskaper og personer med lav helsekompetanse.
- Det skal lages informasjon som er lett å forstå, og som er tilpasset ulike nivåer av helsekompetanse og språkferdigheter, både om endring av levevaner og tilbud for vektreduksjon.
- Informasjon om kurs i egenbehandling av diabetes skal bli lettere å finne og forstå, både for pasienter og helsepersonell.
- Det skal utvikles flere typer kurs, blant annet digitale kurs om diabetes.

Vi vet at det nytter. Personer med høy risiko for diabetes type 2 kan unngå å få eller utsette sykdommen, blant annet ved å endre levevaner. For noen som allerede har fått sykdommen, kan vektreduksjon føre til at sykdommen går tilbake i en kortere eller lengre periode – det som kalles diabetesremisjon. I *Nasjonal faglig retningslinje for diabetes* anbefaler Helsedirektoratet at personer med høy risiko for å utvikle diabetes og personer med diabetes type 2 og overvekt eller fedme, får tilbud om et strukturert program for å endre levevaner og vektreduksjon.

Helsedirektoratet vil kunne støtte og videreutvikle tilbud samt vurdere å prøve ut nye tilbud for vektreduksjon og diabetesremisjon. Dette kan for eksempel være å utvikle digitale pasientopplæringstilbud.

3.2 Innsatsområde 2 – Mer kunnskap og bedre kompetanse om diabetes i helse- og omsorgstjenesten

Kunnskap om årsaker til og behandling av diabetes er i rask utvikling. Nye legemidler og teknologiske løsninger driver fagutviklingen fremover og stiller krav til at helsepersonell følger med på utviklingen, har tilgang til oppdatert kunnskap og retningslinjer, og får tilbud om kurs, konferanser og opplæringsmateriell. Gjennom tiltakene skal helsepersonell få rask tilgang til oppdatert kunnskap, retningslinjer og digitale verktøy.

TILTAK

- De nasjonale faglige retningslinjene for diabetes og svangerskapsdiabetes skal oppdateres og tas i bruk.
- Det skal lages praktiske og digitale verktøy som gjør det enklere for helsepersonell å bruke retningslinjene i møte med pasientene.
- Regionale diabetesforum skal videreføres og utvikles videre, slik at fagfolk kan dele erfaringer og styrke sin kompetanse.
- Fagprosedyren for behandling og oppfølging av personer med diabetes i kommunale helse- og omsorgstjenester skal bli bedre kjent i tjenestene, slik at flere får god og riktig hjelp.

Det finnes mange tilbud om kompetanseheving innen diabetes til helsepersonell. Diabetesforbundet spiller en viktig rolle i dette arbeidet. De arrangerer både Nasjonalt diabetesforum for alt helsepersonell som jobber med diabetes, og regionale diabetesforum som er en møteplass for helsepersonell i kommunene – både digitalt og med fysiske kursdager. Dette er viktige arenaer for faglig oppdatering og for å iverksette faglige retningslinjer om diabetes.

3.3 Innsatsområde 3 – Bedre oppfølging og behandling for personer med diabetes

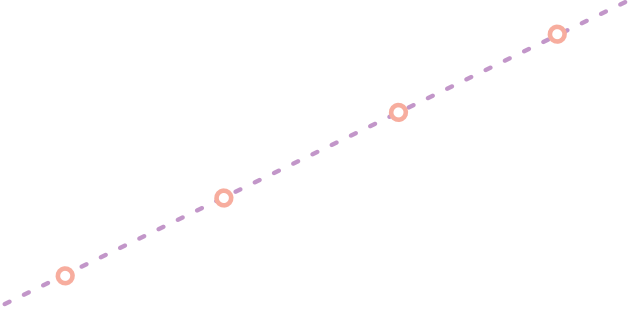
God diabetesbehandling bidrar til god livskvalitet hos personer med diabetes. For å oppnå dette må pasientene følges opp av helsepersonell som har god tilgang til ny kunnskap. Strukturert årskontroll er en sterk anbefaling i den nasjonale faglige retningslinjen for diabetes. I dag er det mange som ikke får den oppfølgingen de trenger. Blant dem som skal følges opp av fastlegen, er det mange som ikke får strukturert årskontroll, og det er for mange som ikke når behandlingsmålene. Her må vi gjøre mer. Et godt eksempel er Oslo kommunes diabetesprosjekt der fastlegekontorene arbeider systematisk med bedre oppfølging av diabetespasienter, også av sårbare pasienter.

TILTAK

- Flere personer med diabetes bør få tilbud om strukturert årskontroll i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. For å få til dette kan man
 - gi god informasjon til pasientene om hvorfor årskontroll er viktig
 - utrede løsninger for hvordan pasientene kan bli minnet om kontrolltimer eller invitert til årskontroll, og vurdere å ta slike løsninger i bruk
 - ha fastlegekontor med flere helsepersonellgrupper som samarbeider og deler oppgaver på en faglig god måte
- Øke kunnskapen om innhold og kvalitet i oppfølging av personer med diabetes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Det bør gjennomføres målrettede tiltak og kampanjer overfor helsepersonell og pasienter for å sikre at viktige prosedyrer blir fulgt opp. Det gjelder blant annet måling av albumin-kreatinin-ratio i urinen, fotundersøkelse, vurdering av behov for kolesterolsenkende behandling og hjelp til å slutte med tobakk.
- Det bør iverksettes tiltak som støtter likepersonarbeid, det vil si personer med egen erfaring som kan støtte og veilede andre med diabetes.
- Tiltak som støtter de regionale helseforetakenes arbeid med å etablere et program for innkalling, fotografering og tolkning av netthinneundersøkelser for personer med diabetes.
- Forbedre datagrunnlaget som kan øke kunnskapen om risikofaktorer, forekomst og behandling av diabetes i Norge.

Det skal bli enklere for pasienter og pårørende å følge med på og delta aktivt i eget behandlingsopplegg. Gjennom helseportalen Helsenorge skal innbyggerne få tilbud om flere individuelle tjenester og oversikt over eget pasientforløp og timeavtaler. Helsenorge har også digitale tjenester som gjør det enklere å kommunisere med sykehus og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

I Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye, forsterke, forbedre – Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus* foreslår regjeringen tiltak for å styrke oppfølgingen av personer med kronisk sykdom, blant annet gjennom tverrfaglig



samarbeid mellom faggrupper og ved å utvikle tverrfaglige fastlegekontorer. I forsøket med primærhelseteam jobbet sykepleiere i team med fastlegene på legekontoret for å forbedre oppfølgingen av pasienter med sammensatte og langvarige behov. Evalueringen viste at diabetespasienter opplevde økt tilfredshet, bedre tilgjengelighet og økt trygghet i oppfølgingen. Oppfølgingen ble også mer systematisk og kvalitetsmessig bedre. Tverrfaglige fastlegekontor vurderes derfor som egnet i møte med den økende forekomsten av diabetes type 2.

Vi trenger gode data for å få mer og bedre kunnskap om risikofaktorer, forekomst og behandling av diabetes og kunnskap om kvalitet og kvalitetsarbeid. Norsk diabetesregister for voksne (NDV) er det eneste kvalitetsregisteret som samler data fra primærhelsetjenesten, men dekningsgraden er lav. Vi må få bedre kunnskap om hvordan pasienter med diabetes følges opp i kommunene, både når det gjelder innhold og kvalitet.

3.4 Innsatsområde 4 – Svangerskapsdiabetes – trygghet for mor og barn

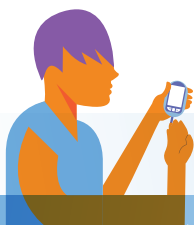
Når gravide får svangerskapsdiabetes, er det viktig med kunnskapsbasert informasjon, støtte og veiledning om sykdommen og tilpassing av levevaner. Tiltakene skal sørge for at gravide får trygg og oppdatert oppfølging under svangerskapet og etter fødselen.

TILTAK

- Det skal utredes om en alternativ metode for testing av svangerskapsdiabetes skal innføres og evalueres.
- Det skal vurderes om det er mulig å bruke registerdata for å evaluere en eventuell omlegging av teststrategi i Norge.
- Helsedirektoratet utarbeider informasjonsmateriell for gravide med svangerskapsdiabetes.
- Det skal vurderes tiltak som kan bidra til at gravide som har eller har hatt svangerskapsdiabetes, får bedre veiledning og støtte til å endre levevaner.

Mange gravide har behov for tydeligere veiledning fra helsepersonell i primærhelsetjenesten, og de trenger bedre støtte for å gjennomføre endringer av kosthold og fysisk aktivitetsnivå. Her har vi fortsatt en jobb å gjøre for å få kunnskapen ut til helsepersonell og kvinnene det gjelder.

Det er fortsatt usikkerhet om hva som er den beste strategien for å identifisere svangerskapsdiabetes. Dagens teststrategi har fått kritikk for å være for omfattende og ressurskrevende. Derfor skal det utredes alternative måter for å identifisere gravide med svangerskapsdiabetes.



Kvinner som har hatt svangerskapsdiabetes, har økt risiko for å få diabetes type 2 og hjerte- og karsykdom senere i livet. Derfor bør de følges opp hos fastlegen, blant annet med måling av blodtrykk og HbA1c (blodprøve som viser gjennomsnittlig blodsukker over tid). Hensikten er å redusere risikoen for å få svangerskapsdiabetes i et senere svangerskap samt å forebygge diabetes type 2 eller hjerte- og karsykdom senere i livet.

3.5 Innsatsområde 5 – Barn og unge – tidlig hjelp, god oppfølging og behandling

En større andel barn og unge under 18 år med diabetes type 1 oppnår nå god blodsukkerregulering sammenlignet med tidligere år. Sammenlignet med Sverige er det imidlertid færre barn og unge med diabetes type 1 som når behandlingsmålene – så vi har fortsatt et stykke arbeid igjen. Tiltakene skal bidra til at diabetes hos barn og unge oppdages tidligere, og at familiene får den beste hjelpen til å leve med diabetes, uavhengig av hvor i landet de bor.

TILTAK

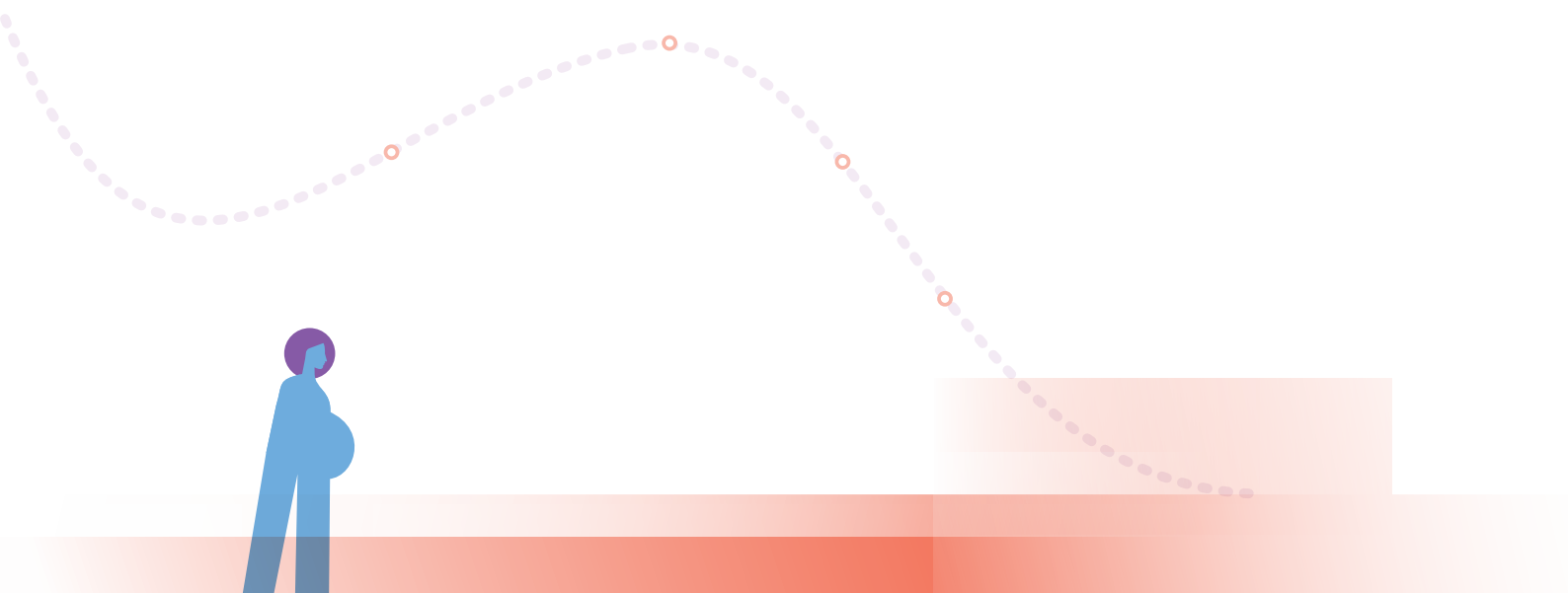
- Veilederen «Samspillet mellom barn og foreldre om diabetesbehandlingen» skal fortsatt brukes av helsepersonell på barneavdelingene.
- Det skal kartlegges hvor mange barn og unge som har diabetes type 2, hva som kjennetegner dem og vurdere tiltak som kan bedre behandlingstilbudet deres.
- I oppfølgingen av barn og unge med diabetes skal det være økt oppmerksomhet på psykisk helse.
- Det skal undersøkes hvorfor flere barn og unge har ketoacidose (syreforgiftning) ved diagnosetidspunktet, og vurdere tiltak for å redusere dette.

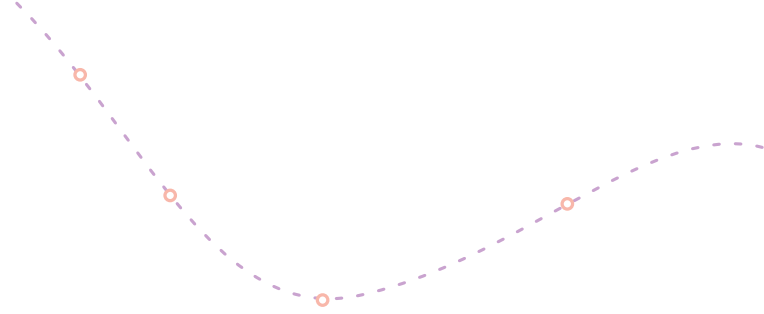
Tall fra Barnediabetesregisteret viser at det er forskjeller mellom helseforetakene når det gjelder hvor godt de lykkes med å nå målene for god blodsukkerregulering. De regionale forskjellene blir gradvis mindre.

Et bekymringsfullt trekk er den høyere forekomsten av diabetisk ketoacidose (syreforgiftning) ved diagnosetidspunktet for diabetes type 1 i Norge sammenlignet med Sverige og Danmark. Dette har vært tydelig over flere år, og det viser at diagnosen stilles senere i Norge. Diabetisk ketoacidose er en alvorlig og mulig dødelig tilstand. Det er derfor behov for mer kunnskap om hvorfor diagnosen stilles senere i Norge.

Når et barn eller en ungdom får diabetes, påvirker det hele familien. Pårørende trenger god veiledning for å bli trygge i rollen. Helsepersonell har en viktig rolle som veiledere i hvordan man kan få et godt samspill med barnet i diabetesbehandlingen. I forrige planperiode for nasjonal diabetesplan utviklet Diabetesforbundet en veileder for helsepersonell om samspillet mellom barn og foreldre i diabetesbehandlingen og startet kurs for ansatte på barneavdelingene. Dette arbeidet vil fortsatt være viktig.

Vi har for lite kunnskap om hvor mange barn og unge i Norge som har diabetes type 2. Det vi vet er at personer som får sykdommen tidlig, har høy risiko for komplikasjoner og tidlig død. Derfor trenger vi mer kunnskap om denne gruppen slik at vi kan sette inn riktige tiltak og gi dem den behandlingen de trenger.





4 Hva er diabetes?

Diabetes er en gruppe med kroniske sykdommer som har som fellestrekk at blodsukkernivået i kroppen blir for høyt. Både genetikk, levevaner og miljø påvirker hvem som får disse sykdommene.

De ulike formene for diabetes skiller seg fra hverandre når det gjelder alder for sykdomsdebut, symptomer, behandling og prognose. Personer med diabetes har kortere forventet levetid enn andre. De har også høyere risiko for å utvikle senkomplikasjoner blant annet i hjerte- og karsystemet, nyrer, øyne, nerver og føtter – med fare for amputasjon. Diabetes blir ofte klassifisert i fire hovedgrupper: diabetes type 1, diabetes type 2, svangerskapsdiabetes samt andre spesifikke former for diabetes.

Diabetes type 1

Diabetes type 1 er en autoimmun sykdom hvor immunsystemet angriper betacellene i bukspyttkjertelen, som produserer hormonet insulin. Insulin er nødvendig for at sukkerstoffer fra karbohydrater i maten kan komme fra blodet og inn i cellene, der de brukes som energi. Ved diabetes type 1 produserer kroppen lite eller ikke noe insulin, og man må ha insulinbehandling resten av livet. Rundt halvparten får sykdommen som barn eller ungdom.

Diabetes type 2

Ved diabetes type 2 virker insulinet dårligere (insulinresistens), og kroppen produserer ofte for lite insulin. Dette er den vanligste formen for diabetes og utgjør om lag 85–90 prosent av alle diabetestilfellene i Norge. Den skyldes ofte en kombinasjon av arvelig disposisjon for å utvikle sykdommen, overvekt og for lite fysisk aktivitet. Noen etniske grupper utvikler diabetes type 2 ved lavere grad av overvekt enn andre. Diabetes type 2 rammer i hovedsak voksne over 60 år, men stadig flere yngre får sykdommen på grunn av vektutviklingen i befolkningen.

Diabetes type 2 kan i stor grad forebygges ved å unngå overvekt, være fysisk aktiv, spise sunt og unngå tobakk. Behandling av diabetes type 2 starter vanligvis med endringer i kostholdet og økt fysisk aktivitet. For mange er det også behov for vektreduksjon og røykeslutt. Likevel vil de fleste etter hvert ha behov for blodsukkersenkende legemidler i tillegg. Hos noen kan sykdommen reverseres i en kortere eller lengre periode, dersom de går tilstrekkelig ned i vekt.

Svangerskapsdiabetes

Om lag seks prosent av gravide i Norge får svangerskapsdiabetes (Medisinsk fødselsregister), men det kan være flere tilfeller som ikke blir fanget opp eller registrert. Under graviditeten utvikles naturlig insulinresistens, noe som øker kroppens behov for insulin. Svangerskapsdiabetes oppstår når kroppen ikke klarer å lage nok insulin for å kompensere for dette. Risikofaktorer er en kombinasjon av blant annet alder, arv, overvekt, usunt kosthold og for lite fysisk aktivitet. Behandlingen er først og fremst omlegging av kostholdet og mer fysisk aktivitet, men noen trenger også blodsukkersenkende legemidler.

Svangerskapsdiabetes øker risikoen for komplikasjoner som stort barn, vanskelig fødsel, svangerskapsforgiftning, keisersnitt og i sjeldne tilfeller dødfødsel. Kvinner som har hatt svangerskapsdiabetes, har også økt risiko for å få diabetes type 2 og hjerte- og karsykdom senere i livet.

Boks 4.1 Noen andre former for diabetes

- *Monogen diabetes*: Oppstår ved mutasjon i ett av genene som er viktig for kroppens blodsukkerregulering. Den vanligste formen er MODY (Maturity-Onset Diabetes of the Young) som behandles med tilpasninger i kosthold, blodsukkersenkende tabletter eller med insulin, avhengig av hvilken undertype MODY det er. Det er anslått at mellom 2500 og 5000 innbyggere i Norge har MODY. Nyføddtdiabetes er en sjelden form for monogen diabetes, som oppstår i løpet av de seks første levemånedene. Sykdommen kan være forbigående eller permanent.
- *LADA*: «Latent Autoimmune Diabetes in Adults» er en form for diabetes hvor symptomene ligner på diabetes type 2, men hvor pasienten har forhøyet nivå av minst ett diabetesrelatert antistoff. Pasientene har god insulinproduksjon i starten, men flere vil etter hvert trenge insulin enn det som er vanlig ved diabetes type 2. Over tid kan sykdommen arte seg som diabetes type 1.
- *Sekundær diabetes*: Pasienten mangler insulinproduksjon helt eller delvis på grunn av en sykdom eller skade i bukspyttkjertelen, eller at bukspyttkjertelen er fjernet. Behandlingen kommer an på type og omfang av skaden på bukspyttkjertelen.



5 Dagens utfordringer

Bekymringsfullt mange med overvekt og fedme

Overvekt og fedme er den viktigste risikofaktoren for å utvikle diabetes type 2. Hos voksne defineres overvekt som en kroppsmasseindeks (KMI) mellom 25 og 29,9 kg/m², mens fedme defineres som en KMI på 30 kg/m² eller høyere.

Når flere har overvekt og fedme, øker også antallet som får diabetes type 2. Et sunt kosthold og daglig fysisk aktivitet, i tråd med nasjonale råd, kan redusere risikoen for overvekt og fedme og være med på å forebygge diabetes type 2. Personer med fedme har fem ganger høyere risiko for å utvikle diabetes type 2 sammenlignet med personer med normal vekt.

I aldersgruppen 40–49 år har om lag én av fire menn og kvinner i Norge fedme. Blant barn og unge har andelen med overvekt og fedme vært relativt stabil siden 2010, men nivået er fortsatt bekymringsfullt. I 2019 hadde 15–20 prosent av barn og 25 prosent av ungdom overvekt eller fedme (Folkehelse rapporten 2022). I 2024 hadde 41 prosent av gravide overvekt eller fedme før svangerskapet (Medisinsk fødselsregister). Dette kan gi alvorlige helsekonsekvenser for både mor og barn. Samtidig øker ressursbruken i svangerskapsomsorgen fordi kvinner med fedme eller svangerskapsdiabetes anbefales tettere oppfølging gjennom svangerskapet.

Flere bør få hjelp til å endre levevaner og vektreduksjon

Å gå ned i vekt kan utsette eller til og med reversere diabetes type 2. Dette kalles diabetesremisjon og betyr at langtidsblodsukkeret (HbA1c) holder seg under grensen (48 mmol/mol) uten legemidler i minst tre måneder uten bruk av blodsukkersenkende legemidler. De aller fleste vil få sykdommen tilbake, men det gir uansett helsegevinst å leve uten diabetes i en periode.

Den nasjonale faglige retningslinjen for diabetes anbefaler at personer med diabetes type 2 og overvekt eller fedme samt personer med høy risiko for å få sykdommen, får tilbud om et strukturert program for endring av levevaner og vektreduksjon. Uansett vekt eller ønske om vektreduksjon bør alle med diabetes ha gode levevaner. Dette er en viktig del av behandlingen. Personer med diabetes kan få veiledning og oppfølging hos fastlege, eller i kommunale tilbud som frisklivsentraler og lærings- og mestringstilbud.

Det finnes flere legemidler med vektreduserende effekt, og de senere årene har det vært en kraftig økning i bruken av de nyere GLP1- og GIP-analogene. I kliniske studier har disse legemidlene vist betydelig større effekt på vektnedgang enn eldre legemidler. De fleste som avslutter behandlingen, går opp i vekt igjen, og det vil ofte være behov for langvarig behandling. Også kirurgi kan være et alternativ ved sykkelig fedme.

Mange får ikke god nok oppfølging

Undersøkelser viser at mange med diabetes ikke får en strukturert årlig kontroll hos fastlegen som en del av oppfølgingen. Det er fortsatt for få pasienter som oppnår behandlingsmålene. Årskontrollen skal blant annet sikre at viktige risikofaktorer blir vurdert regelmessig. Dette inkluderer psykisk helse og andre psykososiale utfordringer som er relatert til sykdommen. Data fra ROSA-4-undersøkelsen, som kartlegger kvaliteten på diabetesbehandling i Norge, og data fra Norsk diabetes-register for voksne (2024), viste at mange ikke får undersøkt føtter, øyne eller urin regelmessig.

Behov for mer opplæring i egenbehandling

God egenbehandling er helt avgjørende for å forebygge senkomplikasjoner. Det handler om å ha gode levevaner, som sunt kosthold og fysisk aktivitet, og å bruke legemidler og medisinsk utstyr riktig. Derfor er det viktig med tilpasset opplæring som styrker pasientens helsekompetanse. Diabetesforbundet publiserer brosjyrer, videoer og faktaark om diabetes tilpasset ulike kulturer, og de har mattips og oppskrifter på en rekke språk. Specialisthelsetjenesten skal tilby kurs i egenmestring av diabetes, som Startkurs eller Diabeteskurs. Flere pasienter bør henvises til slike kurs.

Sosial ulikhet i helse og lav helsekompetanse

Sosial ulikhet i helse og lav helsekompetanse er viktige utfordringer både når det gjelder forebygging og behandling av diabetes. Mange synes det er krevende å mestre livet med diabetes, både praktisk og følelsesmessig. God egenbehandling stiller store krav til kompetanse og utholdenhet hos pasienten. Det er behov for økt oppmerksomhet rundt helsekompetanse. Helsekompetanse handler om menneskers evne til å forstå, vurdere og bruke helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger om egen helse. Dette kan være beslutninger om levevaner og sykdomsforebyggende tiltak, men også evne til å mestre sykdom og å være en aktiv deltaker i behandling og oppfølging i helse- og omsorgstjenesten.

Personer med ulik sosioøkonomisk bakgrunn har ulike muligheter til å ta vare på helsen og bruke helsetjenester. Helsetjenester kan både redusere, opprettholde

eller forsterke helseforskjeller. Det er viktig at helsetjenestene er tilgjengelige, likeverdige og tilpasset den enkelte, uavhengig av sosioøkonomisk bakgrunn eller minoritetsbakgrunn.

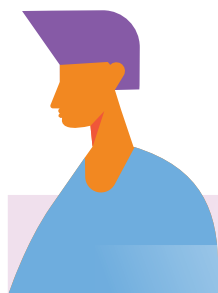
Det er sosial ulikhet i forekomsten av diabetes type 2. Det er viktig å forebygge at utsatte barn og unge utvikler overvekt, fedme og diabetes type 2 tidlig i livet. Bakgrunn og levekår påvirker også den enkeltes forutsetninger for å mestre sykdommen.

Diabetes og psykisk helse

Å få diagnosen diabetes er en stor omveltning i livet for mange. Fremfor alt gjelder dette barn og unge som får diabetes type 1. Å få en diabetesdiagnose kan gi ulike følelsesmessige reaksjoner. Mange pasienter og pårørende opplever stress og bekymring. Frykt for akutte hendelser eller bekymring for fremtidig sykdomsutvikling kan gi psykiske plager. Personer med diabetes har blant annet økt risiko for å utvikle angstlidelser, spiseforstyrrelser og selvmordstanker.

Ungdomstiden er en særlig sårbar fase. Enkelte ungdommer underdoserer insulin eller forneker sykdommen i perioder, noe som potensielt kan være livstruende. Følelsen av å være annerledes kan også være belastende. For å mestre livet med diabetes er det viktig med god og tilpasset opplæring og veiledning, oppfølging over tid og gjerne kontakt med likepersoner som kan dele sine erfaringer.

Det er viktig at personer med diabetes får oppfølging for psykiske plager og lidelser dersom de har behov for det. Gjennom Meld. St. 23 (2022–2023) *Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033)* har regjeringen satt som mål at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for psykisk helsehjelp, skal få god og lett tilgjengelig hjelp. Mange kommuner har etablert lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus for innbyggerne sine. Likevel er det behov for å stimulere til flere slike tilbud. Som en del av oppfølgingen av opptappingsplanen er det satset på utvikling av lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus i kommunene. Gode lavterskeltilbud kan bidra til at mennesker får hjelp tidlig, før problemene utvikler seg til mer alvorlige tilstander som krever spesialisert hjelp. Lavterskeltilbudene skal være tilgjengelige for alle, inkludert personer med diabetes og psykiske plager/lidelser.



6 Status og utviklingstrekk

6.1 Diabetes i verden

Verdens helseorganisasjon anslår at rundt 830 millioner mennesker, eller omtrent ti prosent av verdens befolkning, har en form for diabetes i 2025. I EU-landene er antallet med diabetes doblet de siste ti årene, og nå har nesten én av ti voksne i disse landene diabetes. Diabetes blir stadig vanligere, først og fremst på grunn av økningen i overvekt og fedme.

Diabetes er, sammen med andre ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer og kreft, blant de ledende årsakene til sykdom, funksjonsnedsettelse og død i verden. Forhøyet blodsukker er en av de risikofaktorene som bidrar til flest dødsfall på verdensbasis.

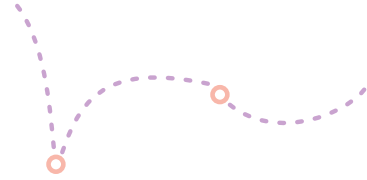
6.2 Diabetes i Norge

Det finnes ikke én samlet datakilde som viser hvor mange som har diabetes i Norge. Men oppsummert, basert på ulike datakilder, anslås det at om lag seks prosent av Norges befolkning har en form for diabetes, både diagnostiserte og udiagnostiserte tilfeller. Helsedirektoratet anslår at over 290 000 personer hadde kjent diabetes i 2023, det vil si om lag fem prosent av befolkningen. Dette er beregnet ved å benytte data fra Norsk pasientregister (NPR) og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). I 2024 var det over 3300 barn og 30 000 voksne med diabetes type 1 i Norge. I 2020 ble det anslått at om lag 60 000 personer i Norge lever med udiagnostisert diabetes (Folkehelseinstituttet).

6.3 Diabetes i ulike befolkningsgrupper

Forekomsten av diabetes er ulik mellom grupper. Det er flere menn enn kvinner som får diabetes. Forekomsten av diabetes type 2 øker med alderen og når en topp rundt 80-årsalderen. De fleste studier både fra Norge og andre land, viser at diabetes type 2 er vanligere i grupper med lav sosioøkonomisk status.





Svangerskapsdiabetes

De fleste førstegangsgravide i Norge anbefales å ta en glukosebelastningstest for å avdekke svangerskapsdiabetes. Testen er tidkrevende og kan være ubehagelig, og det diskuteres om dette er riktig prioritering av ressurser. Det er store forskjeller i om anbefalingen blir fulgt i ulike deler av landet, og det er større variasjon i forekomst enn demografiske ulikheter skulle tilsi (Medisinsk fødselsregister). Det er derfor grunn til å mistenke at det er systematiske forskjeller i testpraksis mellom regionene.

Det har vært en tydelig økning i forekomsten av svangerskapsdiabetes i Norge. Andelen gravide med overvekt og fedme er også økende, og det er derfor grunn til å tro at stadig flere gravide i Norge utvikler svangerskapsdiabetes. Det er imidlertid vanskelig å anslå hvor stor den reelle økningen har vært. Det kan skyldes endrede diagnostiske grenser, endret testregime som kan gjøre at flere blir fanget opp, og ulik praktisering av testing.

Diabetes blant barn og unge

Norge, Finland og Sverige er blant landene i verden som har flest nye tilfeller av diabetes type 1 hos barn. Hvert år diagnostiseres 450–500 barn med diabetes type 1 i Norge, og i 2024 var det over 3400 barn med sykdommen her i landet.

Diabetes type 2 blant barn og unge i Norge er sjelden, men forekomsten er økende. I 2024 var det færre enn 35 barn og unge under 18 år med kjent diabetes type 2 (Barnediabetesregisteret). Antallet barn med diabetes som har hatt konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten, økte med 17 prosent fra 2017 til 2024. Antallet konsultasjoner økte med 20 prosent i samme periode. Det er også stor geografisk variasjon i bruken av polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten til barn med diabetes. Barn med diabetes i Telemark fikk nesten dobbelt så mange konsultasjoner per år som barn i opptaksområdet Akershus, henholdsvis 8 og 4,4 konsultasjoner.

Diabetes type 2 blant barn og unge er spesielt bekymringsfullt fordi disse skal leve lenge med sykdommen og har høy risiko for utvikling av alvorlige komplikasjoner og redusert levetid. Sykdommen rammer oftere barn og unge med vanskelige levekår og/eller minoritetsbakgrunn.

Bruken av blodsukkersenkende legemidler (unntatt insulin) blant barn og unge har økt kraftig. Det skyldes særlig bruk av legemiddelet semaglutid, som også brukes til behandling av fedme. I 2024 brukte nærmere 7000 barn og unge i alderen 10–24 år slike legemidler, en kraftig økning fra 733 i 2015. Blant personer under 29 år ble semaglutid brukt til vektreduksjon i over 97 prosent av tilfellene. Helseatlas barn, som ble presentert i august 2025, viser at flere barn får diabetes.

Diabetes blant eldre

Rundt 11–12 prosent av eldre over 80 år bruker blodsukkersenkende legemidler. Omkring én av fem beboere på sykehjem og én av fire brukere i hjemmetjenesten har diabetes. Etter hvert som befolkningen blir eldre forventes det at flere får diabetes type 2. Helse- og omsorgstjenesten i kommunene får stadig flere eldre pasienter som har både diabetes og flere andre sykdommer samtidig (multimorbiditet).

God oppfølging av diabetes kan bidra til at eldre kan bo hjemme lenger. Derfor er det viktig at helse- og omsorgspersonell har kunnskap og kompetanse om diabetes. Helsedirektoratet og Nasjonalt senter for aldring og helse har gitt ut en fagprosedyre for behandling og oppfølging av personer med diabetes i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Diabetes blant minoritetsbefolkningen

Personer med bakgrunn fra Sør-Asia og enkelte afrikanske land har høyere risiko for diabetes type 2 enn andre. De får ofte diabetes type 2 og hjerte- og karsykdom i yngre alder enn etnisk norske. Det skyldes sannsynligvis en kombinasjon av medfødt økt sårbarhet, miljø og levevaner.

Lav helsekompetanse er en utfordring, særlig for dem som ikke kjenner den norske helsetjenesten, har svake norskkunnskaper og/eller har lav digital kompetanse.

Diabetes blant personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser og avhengighet

Risikoen for å utvikle diabetes type 2 er dobbelt så høy hos personer med alvorlige psykiske lidelser sammenlignet med resten av befolkningen, ifølge Legeforeningens rapport *Bedre helse og lengre liv*. Årsakene er blant annet genetiske faktorer, livsstil og bivirkninger av legemidler. Diabetes type 2 er en viktig risikofaktor for hjerte- og karsykdom, nyresykdom og leversykdom. Risikoen for plutselig uventet død er også økt. For pasienter med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddellidelser kan det være vanskelig å etterleve råd om levevaner og følge opp behandling. Derfor er det viktig med tett oppfølging. Regjeringens handlingsplan *Bedre helsehjelp – flere gode år (2025–2033)* har som mål å heve levealderen og forbedre helsen hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddellidelser.

6.4 Oppfølging og behandling

Behandling av diabetes omfatter blant annet riktig kosthold og daglig tilpasset fysisk aktivitet samt riktig bruk av legemidler og medisinsk utstyr. Å slutte med tobakk kan også være en sentral del av behandlingen for å forebygge senkomplikasjoner og leve godt med sykdommen. Helsepersonell har ansvar for å gi pasientene god opplæring og veiledning om egen sykdom, slik at de kan håndtere og mestre egen helse. Opplæring er også nødvendig for at pasienten kan ta informerte valg sammen med helsepersonell, for eksempel om behandlingsmål og valg av legemidler. Informasjon og opplæring må tilpasses pasientens helsekompetanse.

Årskontroll hos fastlegen

Alle med diabetes bør få en årlig kontroll for å vurdere risiko og eventuelt justere behandlingsplanen. Strukturert årskontroll er en sterk anbefaling i den nasjonale faglige retningslinjen for diabetes. Systematisk oppfølging gir bedre resultater og kan bidra til å forhindre eller utsette senkomplikasjoner som hjerte- og karsykdom, nyreskade, skader på nervesystemet og fotsår som i verste fall kan føre til amputasjon.

En stor svensk studie viser at pasienter med diabetes type 2 som oppnår fem viktige behandlingsmål, har samme risiko for hjerteinfarkt, hjerneslag og død som resten av befolkningen. De fem behandlingsmålene er knyttet til: langtidsblodsukker, LDL-kolesterol, blodtrykk, proteiner i urinen og tobakksfrihet. Tidlig henvisning til spesialisthelsetjenesten ved øyebunnsforandringer (retinopati) kan forhindre alvorlige øyekomplikasjoner og synsnedsettelse.



Boks 6.1 Oslo diabetesprosjekt

Oslo diabetesprosjekt startet med sju fastlegekontor i bydelene Grorud og Østensjø i 2020. Målet er å utjevne sosiale forskjeller knyttet til diabetes type 2 og sikre at alle med denne sykdommen får oppfølging av god kvalitet, uavhengig av hvilken fastlege de går til. Prosjektet ledes av kommunen og 43 fastlegekontor har deltatt i prosjektet.

Oslo diabetesprosjekt vektlegger kvalitetsforbedring og folkehelse. Legekontorene skal gjennomføre fire hovedtiltak:

- innføre bruk av Noklus-diabetesskjema
- lære opp helsesekretærer slik at de kan avlaste fastlegene i forbindelse med årskontroll
- innføre Oslo diabetesprosjekts prosedyre for årskontroll
- gjennomføre kvalitetsgrupper på tvers av legekontorene der fastlegene deltar

Samarbeid mellom fastleger, startkurs og frisklivssentraler er viktige tiltak for å sikre bedre tverrfaglig samarbeid og for at pasienter med diabetes type 2 skal få lik og god oppfølging. Prosjektet har ført til økt bevissthet om diabetes type 2 blant personellet og økt oppmerksomhet på kvalitetsforbedring i arbeidet, viser evalueringen.

Frisklivs-, lærings- og mestringstilbud

Lærings- og mestringsevne i helse- og omsorgstjenesten omfatter individuell og gruppebasert informasjon, veiledning, opplæring, undervisning, ferdighetstrening og erfaringsdeling. Virksomheten foregår både i den løpende kontakten som brukere, pasienter og pårørende har med helsepersonell, og gjennom egne tilbud og likepersonsarbeid. Opplæring og hjelp til mestring er ofte en integrert del av pasientbehandlingen hos fastlegene eller andre mestringstilbud i kommunen. Helsedirektoratet anbefaler at helseforetak og kommuner samarbeider om utvikling av lærings- og mestringstilbud slik at tiltakene/tilbudene utfyller hverandre og samsvarer med behovene til brukerne.

Om lag 87 prosent av befolkningen er bosatt i kommuner med frisklivssentral. Frisklivssentral er en kommunal helsetjeneste for personer med sykdom eller med økt risiko for sykdom som trenger støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer. Tilbudet kan innebære hjelp til tilpasset fysisk aktivitet, kostholdsendring, å slutte med tobakk eller redusere alkoholbruk.

Tilbudene i frisklivssentralen passer godt til personer med diabetes type 2, og noen tilbyr egne kurs for denne gruppen. Frisklivssentraler kan være et godt sted for å tilby hjelp til vektreduksjon for personer med diabetes type 2 i samarbeid med fastlegen.

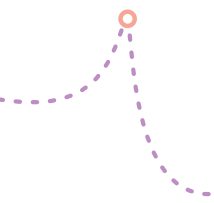
Diabetesforbundet og brukermedvirkning

Diabetesforbundet er en interesseorganisasjon for personer med diabetes og deres pårørende. Diabetesforbundet er en viktig samarbeidspartner for Helsedirektoratet i utforming og gjennomføring av Nasjonal diabetesplan. De samarbeider tett med helsemyndighetene og bidrar med faglige innspill og brukererfaringer når nye planer og retningslinjer skal utvikles. Diabetesforbundet arbeider med informasjon og veiledning til pasienter, pårørende og helsepersonell i egenmestring og behandling av sykdommen. De arbeider også med fagutvikling, støtter forskningsprosjekter og arrangerer konferanser, seminarer og folkemøter. Diabeteslinjen er en gratis veiledningstjeneste som alle pasienter og pårørende kan kontakte (boks 6.2).

Boks 6.2 Spør Diabeteslinjen

Diabeteslinjen er en gratis veiledningstjeneste fra Diabetesforbundet der personer med diabetes eller deres pårørende kan få råd og veiledning om hvordan de best mulig kan leve med diabetes. Hvert år får mer enn 3500 personer svar på spørsmål og bekymringer om diabetes. Erfarne veiledere svarer på telefon (815 21 948) og chat, eller man kan sende inn spørsmål via www.diabetes.no og få svar.





Ny teknologi, nye legemidler og medisinsk utstyr

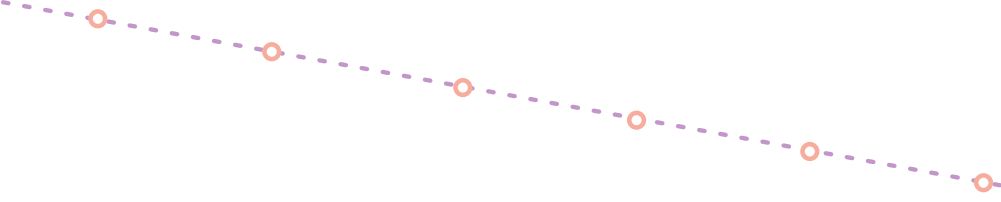
Digitale og telemedisinske løsninger og applikasjoner gjør det enklere å følge opp personer med diabetes, både for pasienten selv, pårørende og helsepersonell. Slike løsninger kan også være ressurs sparende. Det finnes flere apper og digitale verktøy, blant annet som støtte ved endring av levevaner eller ved oppfølging av fotsår. Andre eksempler på smarte løsninger er automatisert innkalling til øyekontroll, samarbeid mellom sykehus om bildetolkning og bruk av kunstig intelligens i vurdering og tolkning av bilder.

Nye legemidler og medisinsk utstyr har forbedret diabetesbehandlingen og gjort hverdagen enklere for mange pasienter de siste tiårene. Det er et mål at personer med diabetes får rask tilgang til nye, effektive legemidler og nytt medisinsk utstyr. Særlig har legemidler som SGLT2-hemmere og GLP-1-analoger (inkretinbaserte legemidler) hatt stor betydning. GLP-1-analoger har også en betydelig vektreduserende effekt. Den raske utviklingen av nye virkestoffer understreker behovet for hyppig oppdatering av beslutningsstøtte for klinikerne.

Det har også vært rask utvikling av sensorer for kontinuerlig vevsglukosemåling (CGM) med stadig bedre teknologi og algoritmer. Ved diabetes type 1 har denne teknologien gitt bedre resultater og mindre belastende behandling. Foreldre kan følge barnets blodsukker via mobilen og de slipper å stikke barnet med nåler. I dag bruker nesten alle barn med diabetes type 1 insulinpumpe i kombinasjon med CGM. De fleste voksne med diabetes type 1 bruker CGM, men litt under halvparten bruker insulinpumpe.

Direktoratet for medisinske produkter (DMP) beslutter hvilke nye legemidler som kan tas i bruk på blå resept, så lenge de årlige kostnadene er inntil 100 millioner kroner. Dersom budsjettkonsekvensene er over 100 millioner kroner, må beslutningen tas av Stortinget. Systemet for Nye metoder (de regionale helseforetakenes felles system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten) tar beslutninger om legemidler som spesialisthelsetjenesten har finansieringsansvar for. Nye metoder beslutter også om innføring av enkelte typer medisinsk utstyr i spesialisthelsetjenesten, som kontinuerlig vevsglukosemåling og insulinpumper. Helfo har ansvar for beslutninger om medisinsk forbruksmateriell og næringsmidler på blå resept, som blodglukosestimler, inhalasjonskammer og næringsdrikker.





Direktoratet arbeider med en metodevurdering av CGM-utstyr som skal være ferdig i 2025. Den skal belyse effekt og sikkerhet samt helseøkonomiske og organisatoriske konsekvenser av CGM-utstyr for pasienter med diabetes type 2 som behandles med insulin. Det finnes et unntak i systemet for Nye metoder som gjør at enkelte pasienter med diabetes type 2 kan få tilgang til CGM-utstyr, dersom de tilfredsstiller enkelte kriterier basert på alvorlighet.

6.5 Hvordan går det med behandling av diabetes i Norge?

Personer med diabetes bør tilbys årlig kontroll for å følge opp risikomarkører for komplikasjoner. Resultatene fra årskontrollen brukes til å justere individuelle behandlingsmål og legge en videre plan for oppfølging og behandling. Helsepersonell kan bruke et elektronisk diabeteskjema eller journalmal for å sikre at alle elementene i den årlige kontrollen blir gjennomgått.

Barn og unge – oppnåelse av behandlingsmål

I 2024 hadde Barnediabetesregisteret data på 3371 pasienter under 22 år med diabetes type 1. Høyt blodsukker er den viktigste risikofaktoren for å utvikle senkomplikasjoner av diabetes. Registeret viser at gjennomsnittlig HbA1c og HbA1c-målet på ≤ 58 mmol/mol varierer mye fra sykehus til sykehus. Det betyr at det er store forskjeller mellom sykehusene når det gjelder hvor godt pasientene klarer å holde blodsukkeret under kontroll. I 2023 hadde 49 prosent HbA1c ≤ 53 mmol/mol. 25 prosent hadde enda bedre kontroll og oppnådde HbA1c ≤ 48 mmol/mol. Det har vært en bedring i disse tallene hvert år siden 2012. Andelen pasienter med HbA1c ≥ 75 mmol/mol (som er et veldig høyt langtidsblodsukker) har sunket de siste årene, men enkelte sykehus har fortsatt for høy andel. Det er bekymringsfullt at så mange – hele én av tre barn og unge – legges inn med syreforgiftning (diabetes ketoacidose) når de får diagnosen. I 2024 var andelen 32 prosent, det nest høyeste som er registrert.

Voksne med diabetes type 1 som følges i sykehus – oppnåelse av behandlingsmål

Resultater fra 2024 viser at det er framgang i måloppnåelsen for pasienter med diabetes, men at det er rom for forbedring. 41 prosent av pasientene i Norsk diabetesregister for voksne (NDV) nådde behandlingsmålet for langtidsblodsukker på HbA1c ≤ 53 mmol/mol. 54 prosent hadde blodtrykk innenfor behandlingsmålet, og 66 prosent nådde målet for LDL-kolesterolet ($\leq 2,5$ mmol/L). Blant dem som både har diabetes og kjent hjerte- og karsykdom, klarte 57 prosent å nå behandlingsmålet for LDL-kolesterol for denne gruppen ($\leq 1,8$ mmol/L). Fotundersøkelse ble gjort hos 64 prosent av pasientene, øyeundersøkelse hos 74 prosent og nyreundersøkelse (målt med albumin/kreatinin ratio) hos 77 prosent. Det var store forskjeller mellom sykehusene, men nesten alle tallene er blitt bedre sammenlignet med 2023.



Voksne med diabetes type 2 – oppnåelse av behandlingsmål

Data i Norsk diabetesregister for voksne med diabetes type 2 fra 2024 er samlet inn fra 95 328 unike pasienter. Dataene kommer fra allmennleger (31 802), poliklinikker (9399) og pasientene selv (70 799). Selv om det er et stort tallmateriale fra fastlegene, er det fortsatt lav dekning, og resultatene kan være påvirket av utvalgsskjevhet.

20 prosent av pasientene som har hatt årskontroll hos fastlege, behandles kun med kosthold og fysisk aktivitet. 63 prosent av pasientene med diabetes type 2 oppnår behandlingsmålet for langtidsblodsukker ($\text{HbA1c} \leq 53 \text{ mmol/mol}$), mens 4 prosent har et langtidsblodsukker som gir svært høy risiko for komplikasjoner ($\text{HbA1c} \geq 75 \text{ mmol/mol}$). Andelen dagligrøykere var 13 prosent. Blant personer som ikke har hatt hjerte- og karsykdom, oppnår 59 prosent behandlingsmålet for LDL-kolesterol, og 48 prosent av dem som har hjerte- og karsykdom, oppnår behandlingsmålet. 79 prosent av pasientene med diabetes type 2 har overvekt og 39 prosent har fedme. Resultatene viser at det er rom for forbedring når det gjelder undersøkelse av øyebunn, nyrer (albumin-kreatinin-ratio) og føtter.

Boks 6.3 Nasjonale kvalitetsindikatorer – hva måles?

For å følge med på kvaliteten i diabetesbehandlingen, har Norge noen faste nasjonale kvalitetsindikatorer:

- Blodsukkerregulering hos voksne med diabetes type 1 som følges i sykehus: andel pasienter med $\text{HbA1c} \leq 53 \text{ mmol/mol}$ og andel pasienter med HbA1c på $\geq 75 \text{ mmol/mol}$.
- Antall pasienter med diabetes type 1 eller type 2 som har måttet amputere en tå, fot eller bein siste år. Indikatoren viser også andel amputasjoner per 1000 diabetespasienter.
- Andel barn og ungdom med diabetes type 1 som har opplevd minst én alvorlig akutt komplikasjon på grunn av insulinmangel (dvs. innleggelse med syreforgiftning) eller insulin overdosering (innleggelse på grunn av alvorlig hypoglykemi/«insulinsjokk») siden forrige årskontroll.
- Andel barn og ungdom med diabetes type 1 som har oppnådd behandlingsmål for $\text{HbA1c} \leq 53 \text{ mmol/mol}$. Indikatoren viser også data på gjennomsnittlig HbA1c .
- Andel barn og ungdom med diabetes type 1 som har oppnådd behandlingsmål for LDL-kolesterol $\leq 2,6 \text{ mmol/L}$. Indikatoren viser også andel pasienter som fikk målt LDL-kolesterol.
- Andel barn og ungdom med diabetes type 1 med vedvarende albuminuri (proteiner i urinen). Indikatoren viser også andelen som leverte urinprøve, andelen med økt albuminuri i minst en prøve og andelen som fikk vurdert urin i tråd med de internasjonale ISPAD-retningslinjene.

6.6 Hvordan samler vi kunnskap om diabetesbehandlingen i Norge?

I Norge har vi to medisinske kvalitetsregistre på diabetesfeltet: *Norsk diabetesregister for voksne (NDV)*, som driftes av Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (Noklus) og *Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes (BDR)*, Barnediabetesregisteret, som driftes av Oslo universitetssykehus.

Det er gode data for barn og voksne med diabetes type 1 i spesialisthelsetjenesten. Men fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten, der de fleste med diabetes 2 behandles, mangler vi mye informasjon. Målet er å få bedre data på diabetesområdet også fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Barnediabetesregisteret hadde i 2024 en dekningsgrad på 97 prosent ved årskontroll. Norsk diabetesregister for voksne hadde en dekningsgrad på 91 prosent for personer med diabetes type 1 som følges ved poliklinikk på sykehus. Det er mangelfulle data for personer med diabetes type 1 som følges av fastlege (opptil 10 prosent). Norsk diabetesregister for voksne har årskontrolldata fra over 9000 personer med diabetes type 2 følges i spesialisthelsetjenesten.

Det er fortsatt mangelfull innrapportering av årskontroller fra pasienter med diabetes type 2 som følges av fastlege, med nesten 32 000 pasienter innrapportert i 2024. Registeret mottok imidlertid pasientrapporterte data via Helsenorge fra over 70 000 pasienter med diabetes type 2 i 2024. De kliniske dataene som pasientene rapporterer, sammenfaller svært godt med det som er rapportert fra fastlegene. Norsk diabetesregister for voksne hadde kliniske data på nesten 70 000 pasienter med diabetes type 2 i 2024.

6.7 Senkomplikasjoner ved diabetes

Diabetes kan føre til alvorlige senkomplikasjoner. Forekomsten påvirkes av forhold både i og utenfor helsetjenesten, blant annet: sosioøkonomiske forhold, kosthold, muligheter for fysisk aktivitet, forekomst av overvekt og fedme, tobakksbruk, alkohol og rus, og psykisk helse. Hvordan diabetes følges opp i helsetjenestene, har like fullt stor betydning for forekomsten av de mest alvorlige senskadene ved diabetes. Forekomsten av komplikasjoner er derfor viktige mål på kvaliteten i behandlingen av diabetes. Å sørge for at den nasjonale faglige retningslinjen for diabetes er oppdatert og blir brukt i tjenestene, er viktig i arbeidet med å redusere risikoen for senkomplikasjoner.

Diabetes gir økt risiko for en rekke komplikasjoner og sykdommer. Hjerter- og karsykdommer forårsaker flest tapte leveår hos personer med diabetes. Nyresvikt er en annen alvorlig senkomplikasjon ved diabetes som innebærer økt risiko for tidlig død. Fotsår og amputasjoner rammer også mange med diabetes. I 2024 var det i underkant av 550 personer med diabetes som gjennomgikk en amputasjon. Etter en amputasjon dør én av fire innen ett år og 45 prosent dør innen tre år. Mange med diabetes får også øyekomplikasjoner. I nasjonal faglig retningslinje for diabetes anbefales derfor henvisning til netthinnescreening (boks 6.4).

Boks 6.4 Netthinnescreening ved diabetes (diabetisk retinopati)

Alle personer med diabetes type 1 og type 2 anbefales regelmessig netthinnescreening for å oppdage tidlige tegn på synstruende øyekompplikasjoner. Målet er å starte behandling før det oppstår varig synstap. Dette gir tryggere pasientbehandling, mindre behov for kontroller hos øyelege og bedre ressursbruk.

For å vurdere om en pasient har utviklet diabetisk retinopati, brukes fotografering av netthinnen (retinografi). Funnene på bildet og pasientens langtidsblodsukker avgjør når neste øyekontroll bør være, eller om pasienten trenger vurdering og behandling hos øyelege.

Et nasjonalt screeningprogram er under innføring. Det betyr en omlegging fra individuell henvisning til systematisk screening for alle med diabetes type 1 og type 2.

6.8 Forskning, innovasjon og utvikling innen diabetesområdet

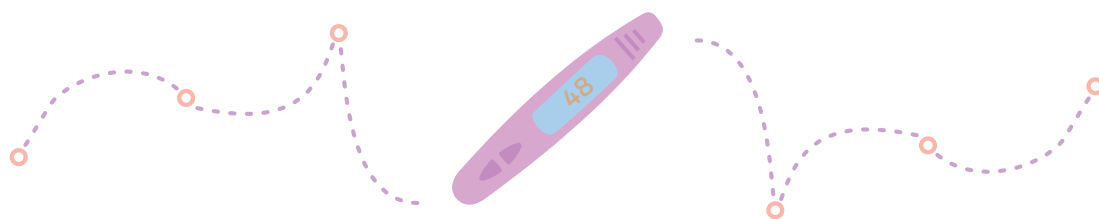
I Norge forskes det bredt og tverrfaglig på diabetes, med god geografisk spredning og deltakelse fra en rekke akademiske og kliniske miljøer. Helseundersøkelsene, de sentrale helseregistrene og kvalitetsregistrene for diabetes er viktige kilder til forskning og kunnskap om diabetes i Norge.

Forskningen spenner fra genetiske og molekylærbiologiske studier til store kliniske intervensjonsstudier, registerbasert epidemiologi og studier av livskvalitet og brukerperspektiv. Det forskes på både diabetes type 1, type 2 og monogen diabetes, forebygging og diabetesteknologi. Nytt medisinsk utstyr og nye legemidler på diabetesfeltet er også i rask utvikling, ofte som samarbeid mellom forskningsmiljøer, helsetjenesten og helsenæringen.

Norsk diabetesforskning holder høy faglig kvalitet og bidrar også i internasjonale forskningsmiljøer. Når forskning og behandling er godt integrert, får pasientene oppdatert og kunnskapsbasert behandling. Samtidig kan erfaringer fra klinisk praksis bidra til forskning som er relevant og nyttig i praksis.

Helse- og omsorgsdepartementet øremerker årlig midler til forskning gjennom Norges forskningsråd og til de regionale helseforetakene. Det legges ikke føringer på hvilke sykdommer, behandlingsmetoder og legemidler som skal prioriteres. Forskere i Norge kan også søke om midler gjennom EUs forsknings- og innovasjonsprogram, Horisont Europa.

JA PreventNCD (Joint Action Prevent Non-Communicable Diseases) er et stort samarbeidsprosjekt mellom europeiske myndigheter med mål om å redusere byrden av ikke-smittsomme sykdommer, som diabetes. Prosjektet er EUs største helsefremmende og sykdomsforebyggende prosjekt noensinne, og det har norsk ledelse fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet.



7 Erfaringer fra Nasjonal diabetesplan 2017–2021

Den nasjonale diabetesplanen som gjaldt fra 2017 til 2021 (og ble forlenget til 2023), hadde som mål å gjøre helse- og omsorgstjenestene bedre til å forebygge, følge opp og behandle personer med diabetes. Tiltakene ble gjennomført av Helsedirektoratet i samarbeid med blant andre Diabetesforbundet, Norsk diabetesregister for voksne, Nasjonalt senter for aldring og helse, kommunale helse- og omsorgstjenester og helseforetakene. Noen viktige tiltak i planen var å utvikle et nasjonalt program for screening for retinopati, videreutvikle Norsk diabetesregister for voksne i primærhelsetjenesten og utvikle Fagprosedyre for diabetes i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Planen ble evaluert av Helsedirektoratet, Diabetesforbundet og Nasjonalt fagråd for diabetes. De mente at neste Nasjonal diabetesplan i større grad burde inneholde tiltak rettet mot diabetes type 2. I evalueringen var det også et ønske om å prioritere et bedre behandlingstilbud for endring av levevaner i kommunale helse- og omsorgstjenester, og målrettede tiltak for at flere pasienter med diabetes type 1 og 2 skal nå behandlingsmålene. Det ble også foreslått at færre prosjekter bør gjennomføres samtidig, og at flere tiltak bør utvikles i samarbeid mellom Helsedirektoratet og eksterne fagmiljøer.





Utgitt av: Helse- og omsorgsdepartementet

Bestilling av publikasjoner:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00
Publikasjoner er også tilgjengelige på:
www.regjeringen.no
Publikasjonskode: I-1231 B

Design og illustrasjon: Melkeveien Designbyrå
Trykk: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
10/2025 – opplag 100

